



УКРАЇНА

(19) UA (11) 67250 (13) U
(51) МПК (2012.01)
A61B 5/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПОСТІНСУЛЬТНИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ЗА ПУЛИКОМ

1

2

(21) u201108808

(22) 13.07.2011

(24) 10.02.2012

(46) 10.02.2012, Бюл.№ 3, 2012 р.

(72) ПУЛИК ОЛЕКСАНДР РОМАНОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
"УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИ-
ТЕТ"

(57) Спосіб лікування постінсультних когнітивних порушень, який включає клінічне та нейропсихологічне обстеження хворих після перенесеного мозкового інсульту з використанням короткої шкали психічного стану MMSE, який відрізняється тим, що при виявленні когнітивного дефіциту пацієнту призначається таблетка серміону 30 мг один раз на день в період з 12 до 14 години дня протягом 2-3 місяців.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до неврології, і може бути застосована для лікування когнітивних порушень у хворих, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, в тому числі ішемічний інсульт.

Відомі способи лікування неврологічного дефіциту та когнітивних порушень за допомогою медикаментозних препаратів, зокрема ніцерголіном (серміон) [1].

Вони пропонують використовувати медикаментозну терапію, зокрема препарат серміон згідно з рекомендаціями виробника - по 30 мг вранці або по 30 мг два рази на день - вранці та ввечері, без урахування біологічних ритмів окремих систем організму пацієнта, його емоційної сфери, без оцінки ритму когнітивної активності нервової системи.

В основу корисної моделі поставлена задача розробити простий і доступний для практичної роботи спосіб лікування когнітивних порушень у пацієнтів, що перенесли мозковий інсульт за допомогою серміону в дозі 30 мг з урахуванням циркадного ритму окремих систем хворого. Відомо, що дія препарату серміон, розпочинається через 1,5 години і досягає максимуму через 3 години. Основний принцип хронотерапії полягає в тому, що дача препарату повинна співпадати з моментом максимуму розвитку патологічного процесу. З 8 години ранку по 13 годину має місце природна активація симпатичної нервової системи і когнітивних функцій, а в післяобідній час настає депресія її активності, різко знижується емоційний фон, когнітивна активність [2].

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб лікування постінсультних когнітивних порушень за Пуликом, який включає клінічне та нейропсихологічне обстеження хворих після перенесеного мозкового інсульту з використанням короткої шкали психічного стану MMSE, який відрізняється тим, що при виявленні когнітивного дефіциту пацієнту призначається таблетка серміону 30 мг один раз на день в період з 12 до 14 години дня протягом 2-3 місяців.

Запропонований спосіб дає можливість покращити когнітивну функцію в динаміці і сукупності зі змінами артеріального тиску, змінами лабораторних аналізів та змінами функціонального стану.

Результатом застосування способу лікування постінсультних когнітивних порушень за Пуликом буде зменшення витрат на лікування та швидке досягнення ефекту.

Між запропонованим способом лікування постінсультних когнітивних порушень і станом організму після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу існує чіткий патогенетичний взаємозв'язок. Гостре порушення мозкового кровообігу призводить до гострої ішемії окремої ділянки мозку і зниження кровообігу навколо вогнища ішемії, так звана напівтінь. Вчасно розпочата терапія дозволяє відновити кровообіг в цій ділянці і повернути втрачені властивості головного мозку. Рухова функція є найбільш наглядна, тому завжди орієнтація при обстеженні хворих з мозковим інсультом йде на виявлення парезів, а разом з тим втрачається контакт з хворим, не звертається увага на його інтелектуальний стан, і лише при тривалому реабілітаційному лікуванні приходять до висновку, що в хворого має місце деменція. Деменція є фінальною стадією розвитку когнітивного дефіциту. Розрізняють кілька стадій/рівнів когнітивного дефіциту: легкі когнітивні порушення,

(13) U

(11) 67250

(19) UA

помірні когнітивні порушення та грубі когнітивні порушення - власне деменцію. Виявлення у хворого легких когнітивних порушень дозволяє вчасно розпочати лікування основного захворювання та запобігти розвитку у хворого деменції. Мозковий інсульт збільшує ризик виникнення деменції. Багато досліджень підтвердило той факт, що деменція в кілька разів частіше виникає у осіб, що перенесли мозковий інсульт. Виявити когнітивні порушення на етапі їх виникнення, вчасно призначити правильне лікування, шанс для швидкого одужання хворого та повернення якості життя.

Спосіб здійснюють поетапно.

Спочатку проводять клінічне та нейропсихологічне обстеження хворого та визначають рівень когнітивних порушень. При виявленні когнітивного дефіциту хворому призначають серміон по 30 мг внутрішньо в період з 12 до 14 години дня протягом 2-3 місяців.

Придатність способу ілюструється виписками з медичної документації

Приклад 1. Хворий 68 років, пенсіонер, освіта вища, працював вчителем загальноосвітньої школи. Був госпіталізований о 08 годині 17.08.2009 року зі скаргами на слабкість в лівій руці та в нозі, оніміння лівої половини тіла, запаморочення, яке виникло гостро о 6 годині ранку цього ж дня. Вага хворого - 106 кг, зріст 1 м 74 см (індекс Кетле = 35). При прийнятті мовні розлади відсутні, серед чинників ризику виникнення ГПМК виявлено гіпертонічну хворобу, ішемічну хворобу серця (ІХС), тютюнопаління. За клінічними ознаками має місце ураження правої півкулі без бульбарних та менингеальних симптомів. АТ при прийнятті 224/118 мм рт. ст., пульс ритмічний 96 уд./хв. На очному дні - ангіоспазм судин. Оцінка за Скандинавською шкалою - 36 балів, за шкалою MMSE - 21 бал.

На основі скарг, даних анамнезу та клінічних даних встановлено діагноз: гостре порушення мозкового кровообігу по типу ішемії в басейні правої середньої мозкової артерії з лівобічним геміпарезом та легкими когнітивними порушеннями.

Призначено лікування: осмодіуретики - манітол 100 мл в/в крапельно 1 раз на добу протягом трьох днів, цераксон 500 мг на 100 мл фіз. розчині в/в крапельно протягом 5 днів, розчин фраксипарину 0,3 мл п/шк. вранці та ввечері протягом семи днів, розчин серміону 4 мг в/в крапельно.

При виписці хворого зі стаціонару 29.08.2009 р. суб'єктивна оцінка стану хворого - стан покращився, за шкалою MMSE - 23 бали.

Функціональний діагноз при виписці: ішемічний інсульт (17.08.09) в басейні кровопостачання правої середньомозкової артерії у вигляді легкого правобічного геміпарезу з легкими когнітивними порушеннями. Хворому призначено серміон по 30 мг о 12 годині дня протягом 3 місяців. При контрольному огляді через три місяці за шкалою MMSE - 27 балів, що свідчить про покращення когнітивного дефіциту.

Висновок: запропонований метод дозволив зменшити когнітивний дефіцит на етапі лікування та ранньої реабілітації в амбулаторних умовах.

Приклад 2. Хвора 53 роки, домогосподарка, була госпіталізована зі скаргами на наростаючу

слабкість в правій руці та нозі, потерпання правих кінцівок, інтенсивний біль голови, запаморочення. Захворіла гостро ввечері 13.10.2009 року, коли виник інтенсивний біль голови, спробувала допомогти собі сама, але на ранок 14.10.2009 року відчувала слабкість в правих кінцівках і машиною швидкої допомоги була доставлена в міську лікарню, де була госпіталізована в неврологічний стаціонар.

Вага хворої 81 кг, зріст 1 м 63 см (індекс Кетле = 30). При прийнятті мовні розлади відсутні, серед чинників ризику: гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, значні емоційні перевантаження, ожиріння. Статико-координаторних порушень, бульбарних порушень та менингеальних симптомів не виявлено. АТ при прийнятті 212/118 мм рт. ст. пульс - 98 уд./хв., на ЕКГ синусова тахікардія, відхилення електричної осі вліво, цукор крові - 8,0 мМ/л, протромбіновий індекс -110 %, на очному дні - ангіоспазм судин сітчатки, одиничні крововиливи. Оцінка за шкалою MMSE - 21.

Встановлено діагноз: гостре порушення мозкового кровообігу по типу ішемії в басейні лівої середньомозкової артерії з правобічним геміпарезом та когнітивними порушеннями легкого ступеню.

Призначено лікування манітол 100 мл в/в крап. 1 раз на день, р-н церебраліну 10.0 на 100 мл фіз. - розчину в/в крап. 1 раз на день 5 днів, еналаприл 5 мг ввечері, розчин рибоксину 5 мл в/в струйно на сім днів, фрагмін 0,2 п/шк. два рази на день.

При виписці зі стаціонару 28.10.2009 року у хворої суб'єктивна оцінка - незначне покращення, АТ - 154/ 82 мм.рт.ст., за даними УЗДГ - ознаки стенозу до 50 % лівої внутрішньої сонної артерії, за даними АКТ - ознаки ішемічного інсульту в лобно-скроневій ділянці лівої півкулі головного мозку (гіподенсивна зона трикутної форми з розмірами 3,4 на 4,6 см). Позитивна динаміка за шкалою MMSE - 22 бали. АТ 138/86 мм рт. ст. цукор крові 7,4 Мм/л протромбіновий індекс 100 %.

Функціональний діагноз при виписці: ішемічний інсульт (13.10.09) в басейні кровопостачання лівої середньомозкової артерії з помірним правобічним геміпарезом, порушенням ходи помірного ступеня та легкими когнітивними порушеннями. Цукровий діабет, тип II, середнього ступеня вираженості. ГХ III ст.

Дані рекомендації для амбулаторного лікування: еналаприл 5 мг 1 раз на день, кардіомагніл 1 т. 1 раз на день, діабетон MR 60 мг один раз на день, 2 мл серміон 30 мг один раз в день в період з 12 до 14 години дня протягом 3 місяців. При контрольному огляді через три місяці за шкалою MMSE - 26 балів, що свідчить про зменшення когнітивного дефіциту.

Висновок: запропонований метод дозволяє ефективно лікувати когнітивні порушення під контролем клінічного стану хворого після перенесеного ГПМК.

З метою перевірки ефективності запропонованого способу було обстежено і проліковано 27 хворих обох статей з хорошим і стійким ефектом. Контролем служили результати 17 хворих, в яких

не призначався на етапі амбулаторного лікування серміон за вказаною схемою.

Одержані результати дають підставу рекомендувати запропонований спосіб для впровадження в клінічну практику для наукових та практичних цілей.

Спосіб може бути рекомендований для лікування хворих, що перенесли мозковий інсульт на етапі амбулаторного та стаціонарного лікування в ранньому відновлювальному періоді.

Джерела інформації:

1. Логановский К. Н., Юрьев К. Л. Сермион. Обзор доказательств клинической эффективности и безопасности //Український медичний часопис - № 2(46) – III/IV, 2005. - С. 59-74.

2. Заславская И. М. Хронодиагностика и хронотерапия заболеваний сердечнососудистой системы. - М.: Москва, 1991. - 319 С. - прототип.