

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ВАСКУЛАРНИ КОГНИТИВНИ НАРУШУВАЊА И ДЕМЕНЦИЈА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на васкуларни когнитивни нарушувања и деменција.

Член 2

Начинот на третман на васкуларните когнитивни нарушувања и деменцијата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при васкуларни когнитивни нарушувања и деменција по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8955/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ВАСКУЛАРНИ КОГНИТИВНИ НАРУШУВАЊА И ДЕМЕНЦИЈА

МЗД Упатство
10.10.2011

- Основи
- Дефиниција
- Епидемиологија и ризик фактори
- Поврзаност со цереброваскуларни заболувања
- Клинички знаци
- Третман
- Алцхајмерова и цереброваскуларна болест
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВИ

- Просечното времетраење на заболувањето е околу 5 години, прогнозата е полоша отколку кај Алцхајмеровата болест.
- Менаџментот на заболувањето со нарушено паметење, кое е резултат од цереброваскуларна болест (ЦВБ), треба да се организира во зависност од случаите, во рамките на ризик факторите за ЦВБ и во рамките на третманот на другите заболувања кои истовремено се присутни.

ДЕФИНИЦИЈА

- Васкуларното когнитивно нарушување (ВКН) претставува нарушување на паметењето и на процесуирањето на информациите како резултат од прележаната цереброваскуларна болест. Пациентите кои имаат Алцхајмерова болест (АБ) и клинички сигнификантно цереброваскуларно заболување (АБ+ЦВБ) се категоризирани во групата на ВКН.
- ВКН е клинички хетероген синдром, поврзан со различни васкуларни фактори и церебрални промени. Етиологијата и клиничката манифестација на ВКН исто така е различна.
- Главните поттипови на ВКН ги вклучуваат заболувањата на малите крвни садови (супкортикални нарушувања), заболувањата на големите крвни садови (кортикални мултиинфарктни заболувања) и состојбите кои се поврзани само со еден инфаркт.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА И РИЗИК ФАКТОРИ

- Симптомите заради нарушувањето во паметењето и нарушувањето во брзината на процесуирањето на информациите се чести по мозочниот удар:
 - 62% од пациентите на возраст од 55-85 години имаат нарушување во некоја регија која е одговорна за когнитивни способности, како што се паметењето и егзекутивните функции;
 - Погolem когнитивен дефицит, кој може да биде категоризиран како деменција, се детектира кај 25% од пациентите по мозочен удар.
- Тивките мозочни инфаркти и хиперинтензивните лезии во белата маса се поврзани со зголемен ризик за појава на нарушено паметење.

- Класичните ризик фактори (хипертензијата, хиперхолестеролемијата, дијабетот, дебелината, пасивниот животен стил, пушењето) се поврзани со кардиоваскуларните заболувања и со цереброваскуларните заболувања на средната возраст кои доведуваат до нарушување на паметењето во понапредната возраст.

ПОВРЗАНОСТ СО ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНИ БОЛЕСТИ

- Цереброваскуларни болести кои се поврзани со ВКН:
 - Атеротромботичен церебрален инфаркт;
 - Кардиоемболичен церебрален инфаркт;
 - Лакунарни инфаркти;
 - Ишемични лезии во белата маса;
 - Хемодинамски причини;
 - Интракранијални крвавења;
 - Специфични заболувања на мозочните крвни садови;
 - Извесни хематолошки заболувања.

КЛИНИЧКИ ЗНАЦИ

Заболувања на малите крвни садови (супкортикални заболувања)

- Карактеристичниот ран когнитивен симптом е дефицитот во некоја од егzekутивните функции, што е поврзано со забавувањето на интелектуалните функции.
- Нарушувањето на паметењето е помалку нагласено отколку кај АБ. Бихејвиоралните симптоми се состојат од депресија, промени на личноста и забавување на психомоторната брзина.
- Рани клинички знаци се:
 - Знаци за лезија на горниот моторен неврон (унилатерална хиперрефлексија и позитивен знак на Бабински, нарушена координација);
 - Тегоби во одот (апрактично-атаксичен од, мали чекори со влечење, одење на широка основа);
 - Нарушување во рамнотежата и паѓање;
 - Нарушување на микцијата (фреквентно и итно уринирање);
 - Псевдобулбарни симптоми, како што се помали тегоби со артикулацијата (дизартрија) и голтањето (дисфагија);
 - Екстрапирамидни симптоми (хипокинезија, ригидитет).
- Фокалниот невролошки дефицит е најчесто суптилен и ограничен, како што се мали нарушувањата на рамнотежата или на одот.
- Почетокот на симптомите покажува варијации. Анамнестичките податоци откриваат епизоди на транзитрна исхемична атака, краткотрајно нарушување на одот или конфузност без јасни фокални невролошки знаци или симптоми кои упатуваат на мозочен удар. Подмолниот почеток на заболувањето е почест отколку наглиот и кај најголемиот број пациенти симптомите прогредираат упорно без видлива фаза на намалување. Маѓутоа, прогресијата на симптомите може да флукутира, покажувајќи варијации од ден на ден и понекогаш се регистрираат фази кога не се јавува промена во состојбата, дури и до неколку месеци.
- МР на мозокот ќе ги покаже широко распространетите хиперинтензивни лезии или неколку лакунарни инфаркти во длабоките структури на сивата и белата мозочна супстанција.

Заболувања на големите крвни садови (кортикални заболувања)

- Типичен знак за когнитивното нарушување е променливиот профил на невропсихолошките тестови.

- Во зависност од локализацијата на инфарктот, клиничките знаци може да содржат: дефекти во видното поле, спуштен усен агол, хемиплегија и нарушено одење (хемиплегично или апрактично-атаксично).
- Генерално, почетокот е акутен (во часови/денови) и симптомите покажуваат прогресија чекор по чекор (здравување по егзацербација) и флукуација. Ако ризик факторите се успешно третирани, кај пациентите може да настапи фаза без детериорација во состојбата, која трае до една година.
- Неврорадиолошката дијагностика покажува неколку кортикални и кортико-супкортикални инфаркти кои се карактеристични за заболувањата на големите крви садови или за кардиоемболизмот. И кај двата типа, промените може да упатуваат на мали хеморагии.

Други испитувања

- Функционалната imaging дијагностика (СПЕКТ, ПЕТ) на мозокот покажува разновидни промени.
- Специфичните промени за ВКН или васкуларната деменција (ВД) не се детектираат во цереброспиналниот ликвор. Ниту, пак, други лабораториски испитувања се вредни во откривањето на оваа состојба.
- Во случај на АБ+ЦВБ, промените во ликворските маркери упатуваат на АБ (намален бета-амилоид пептид 42 и зголемен фосфо-тау и тотал-тау) и имаат дијагностичка важност.

ТРЕТМАН

- Третманот на нарушеното паметење кое е поврзано со ЦВБ се состои од третман на причините и на ризик факторите на ЦВБ, но и на третманот на останатите коморбидитети.
- Не постои податок за ефикасноста од третманот врз ризик факторите на ЦВБ (хипертензија, аритмија и нарушувања во метаболизмот на гликозата и масните).
- За превенција од нови циркулациски нарушувања би требало да се препишат лекови кои се во согласност со тековните упатства за третман на мозочниот удар. Ефикасноста на специфичните лекови (ацетилсалицилна киселина (ннд-**D**), dipiridamol, clopidogrel или антикоагулантна терапија) во симптоматскиот третман на ЦВБ не се покажа во клиничките студии.
- Лековите, индицирани за заболувањата со нарушено помнење (galantamine (ннд-**C**), donepezil (ннд-**A**), memantine (ннд-**A**), кои се употребуваат кај ВКН, може да се исто толку ефикасни како и за когницијата, но не доведуваат до подобрување на функционалната независност.
- Ниту за ВКН ниту за васкуларната деменција не е посочен медикамент од страна на соодветни асоцијации/агенции како што се ЕМА (Европа), односно FDA (САД).

АЛЦХАЈМЕРОВА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНА БОЛЕСТ

- АБ и ЦВБ имаат неколку заеднички фактори: хипертензија, хиперхолестеролемија, нарушувања на метаболизмот на гликозата и артериските заболувања. АБ поврзана со ЦВБ се сретнува во најмалку една половина од пациентите кои се над 80 години.
- АБ+ЦВБ како поттип на прогресивно заболување со нарушено паметење привлече внимание. Тоа има значајна улога во повозрасните популациски групи и може во иднина да прерасне во најчестиот поттип на прогресивно заболување со нарушено паметење.
- Постапувањето на дијагнозите клинички е многу тешко, пациентите имаат фокални невролошки знаци и симптоми кои упатуваат на ЦВБ, односно исхемични промени на неврорадиолошките методи.
- Факторите кои ги поткрепуваат дијагнозите за истовремена АБ вклучуваат нарушување на паметењето на периоди, атрофија на gyrus medialis од темпоралниот лобус на МР, како и

намалени вредности на бета-амилоид пептидот 42, зголемени вредности на фосфо-тау и тау-протеинот во ликворот.

- Пациентите со АБ и истовремена ЦВБ може да имаат корист од лековите кои се индицирани за заболувањата со нарушено паметење.
- Ефикасноста на galantamin-от е исто толку добра, или дури и подобра, отколку кај АБ, внесена како монотерапија.
- Како donepezil-от, така и rivastigmin-от и memantin-от, не покажаа ефикасност во студиите.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Информативни прегледи

- Hachinski исхемичниот скор, се чини, дека е корисен во диференцирањето на Алцхајмеровата болест од мултифокалната деменција, но е неуспешен во препознавањето на мешаната деменција (ннд-В).
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00550 (036.053) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Moroney JT, Bagiella E, Desmond DW, Hachinski VC, Mölsä PK, Gustafson L, Brun A, Fischer P, Erkinjuntti T, Rosen W, Paik MC, Tatemichi TK. Meta-analysis of the Hachinski Ischemic Score in pathologically verified dementias. *Neurology* 1997 Oct; 49(4):1096-105. **PubMed**
2. Williams PS, Rands G, Orrel M, Spector A. Aspirin for vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (4):CD001296 (Last assessed as up-to-date: 19 May 2008). **PubMed**
3. Craig D, Birks J. Galantamine for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Jan 25; (1):CD004746. **PubMed**
4. Malouf R, Birks J. Donepezil for vascular cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (1):CD004395. **PubMed**
5. McShane R, Areosa Sastre A, Minakaran N. Memantine for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (2):CD003154. **PubMed**
6. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, Patterson C, Cowan D, Levine M, Booker L, Oremus M. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2008 Mar 4; 148(5):379-97. **PubMed DARE**

Authors: Timo Erkinjuntti The article has been totally revised Article ID: ebm00755 (036.053) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 10.10.2011, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до октомври 2016 година.**