

ХВОРОБА АЛЬЦГЕЙМЕРА – ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ ТА ЛІКУВАННЯ**¹Березняков А. В., ²Березнякова Н. Л.***Національний фармацевтичний університет, м Харків, Україна**Кафедра клінічної фармакології ІПКСФ¹**Кафедра медичної хімії²*

clinpharmacol_ipksph@nuph.edu.ua

Хвороба Альцгеймера (ХА) – дегенеративне захворювання головного мозку і найбільш поширена причина деменції [1, 2, 3, 4]. За даними некомерційної американської добровольчої організації «Alzheimer's Association» в період з 2000 по 2015 рік смертність від інсульту, хвороб серця і раку простати знизилася на 21%, 14% і 9% відповідно, в той час як смертність від ХА збільшилася на 123% [4]. ХА вважається шостий за значущістю причиною смерті в США і п'ятою за значимістю причиною смерті серед американців у віці ≥ 65 років. Якщо загальна сума виплат в 2013 р. за медичне і, в тому числі, довгострокове обслуговування, послуги хоспісу для людей у віці ≥ 65 років з деменцією оцінювалася в 203 млрд дол., то в 2019 року вже 290 млрд дол. Зараз з цим діагнозом живуть 5.8 мільйона американців. У країнах, що розвиваються близько 4,6 млн нових випадків деменції реєструється щороку, а найвищі темпи зростання прогноуються в Китаї та інших азійських країнах [1, 2, 4]

Найбільш поширеними ознаками є втрата пам'яті, особливо забування недавно отриманої інформації (наприклад, імена, розмови, або події), проблеми з мовою, вирішенням проблем та іншими когнітивними навичками, які впливають на здатність людини виконувати повсякденні дії. Ранніми клінічними симптомами ХА часто є труднощі запам'ятовування недавніх подій, необхідність все частіше покладатися на допоміжні засоби пам'яті (замітки з нагадуваннями або електронні пристрої), допомога в процесах, які раніше оброблялися самостійно, а також апатія і депресія. Далі з'являються проблеми з плануванням певних дій і труднощі з концентрацією на них уваги, потрібно набагато більше часу, ніж раніше для їх реалізації. Пізніші симптоми включають в себе порушення спілкування, дезорієнтацію, замішання, зміна поведінки і, в кінцевому підсумку, труднощі з промовою, ковтанням і ходьбою. Люди з ХА можуть втратити рахунок дат, сезонів і часу, плутати час або місце. Іноді вони можуть забути, де вони знаходяться або як вони туди потрапили. Поглиблюються проблеми з розумінням чогось, якщо це не відбувається негайно. На останніх стадіях захворювання люди прив'язані до ліжка і потребують цілодобового догляду [1, 3].

При ХА відбувається пошкодження або руйнування нейронів, які не тільки відповідають за когнітивну функцію, ай тих, які дозволяють людині виконувати основні функції організму, такі як ковтання і ходьба. Відмінною рисою даної патології є прогресуюче накопичення в головному мозку білка бета-амілоїду (бляшки) поза нейронів і тау-білка (клубков) всередині нейронів, що в кінцевому підсумку призводить до пошкодження та загибелі нейронів. До факторів ризику можна віднести серцево-судинні захворювання, гіпертонію, цукровий діабет, затяжні стресові стани, а також куріння і споживання алкоголю, зайва вага, нестача соціальних контактів. Доступні на сьогоднішній день методи терапії здатні лише незначно вплинути на її симптоми.

На даний час у світовій медицині існує тільки дві фармакологічні групи препаратів, які мають ефективну доказову базу і позитивні рекомендації в лікуванні ХА: інгібітори ацетилхолінерастери (ІХЕ) – донепезил, галантамін, ривастигмін і неконкурентний антагоніст NMDA – рецепторів \square мемантин [3, 4]. Лікування починають зазвичай з монотерапії ІХЕ, але у випадках недостатньої ефективності додають мемантин. Препарати мають різні механізми дії, але особливість клінічного застосування як ІХЕ, так і мемантину полягає в ступінчатою терапії. Метою такого підходу є зниження ризику появи побічних реакцій з боку орга-

нізму. Оптимальну терапевтичну дозу визначають поступовим підвищенням прийому препарату на 5 мг/тиж. протягом перших трьох тижнів:

- 1-й тиждень (1-7-й день) – ½ таб. (5 мг/доб.);
- 2-й тиждень (8-14-й день) – 1 таб. (10 мг/доб.);
- 3-й тиждень (15-21-й день) – 1½ таб. (15 мг/доб.);
- 4-й тиждень – 2 таб. (20 мг/доб.) щодня.

Рекомендована підтримуюча доза для дорослих і людей похилого віку становить 20 мг/доб. [2, 3, 4]. Надалі, протягом трьох місяців від початку лікування регулярно оцінюють переносимість та дозування препаратів. За клінічними рекомендаціями підтримуючу терапію продовжують поки позитивний ефект і переносимість залишаються сприятливими. Якщо ці фактори не дотримуються, лікування припиняють.

Лікування деменції на сучасному етапі розвитку медицини орієнтоване на усунення амілоїдних бляшок, в той час як вони є наслідком, а не причиною хвороби. Препарати надають тільки обмежений за часом ефект і не можуть зупинити або значно сповільнити руйнівний перебіг хвороби. Вчені багатьох країн докладають максимальних зусиль для вирішення цієї проблеми, намагаючись використовувати системний підхід в лікуванні пацієнтів. Розроблена складна терапевтична програма, що включає комплексні зміни в дієті, стимуляцію мозку, фізичні вправи, оптимізацію сну, специфічні лікарські препарати і вітаміни, а також кілька додаткових кроків, які впливають на хімію мозку.

Сьогодні на українському фармацевтичному ринку спостерігається досить широкий спектр препаратів-генериків різних фірм виробників у вигляді розчинів для ін'єкцій, таблеток, капсул і сиропів. До групи ІХЕ входять переважно закордонні препарати: донепезил представлений 12-ю, а галантамін 3-я комерційними найменуваннями. Рівастігмін – 2 закордонними і 1 вітчизняним виробником. Препарати, що містять мемантин мають 19 аналогів (16 закордонного і 3 вітчизняного виробництва).

Висновки: 1. Причинами розвитку ХА є не тільки прогресуюче накопичення в головному мозку бета-амілоїду і тау-білка, що призводить до пошкодження та загибелі нейронів, але досить великий список хронічних захворювань. Сучасна терапія препаратами з групи ІХЕ і мемантином здатна лише трохи вплинути на симптоми цієї патології. Профілактичними заходами в боротьбі з ХА є: лікування серцево-судинних та інших хронічних захворювань, регулярна фізична активність, здорове харчування. Навчання протягом усього життя і когнітивні тренування можуть підтримувати роботу мозку на належному рівні і знизити ризик розвитку деменції.

2. На українському фармацевтичному ринку в даний час є досить широкий вибір препаратів-генериків для медикаментозної підтримки пацієнтів з ХА.

Література

1. Эпидемиология болезни Альцгеймера в мире / Н.А. Язуина, Ю.К. Комлева, А.Б. Салмина, М.М. Петрова и др. // Неврологический журнал. – 2012. – № 5. – С. 32-37.
2. Memantine for dementia / R. McShane, M.J. Westby, E. Roberts, N. Minakaran et al. // Cochrane Database Syst Rev. – 2019. – 20. – P. 3:CD003154. doi: 10.1002/14651858.CD003154. pub6.
3. Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia: Meta-analysis of 41 robust inception cohort studies / A.J.Mitchel, M.Shiri-Feshki et al. // Acta Psychiatr Scand. – 2009. – Vol.119. – P. 252-265.
4. Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective / M. Baumgart, H.M. Snyder, M.C. Carrillo, S..Fazio et al. // Alzheimers Dement. – 2015. – Vol .11. – P. 718-726.