

І. О. Цьоха, О. В. Ткаченко

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
МОЗ України (м. Київ)

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ РУХОВОГО ДЕФІЦИТУ В РАНЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ, ЩО РОЗВИНУВСЯ ВПЕРШЕ

Ключові слова: ішемічний інсульт, руховий дефіцит, реабілітаційна фармакотерапія.

Мозковий інсульт є всесвітньою проблемою, він щорічно уражає велику кількість дорослого населення як в економічно розвинених, так і в країнах з перехідною економікою.

За даними Центру медичної статистики при МОЗ України, в 2002—2003 рр. в Україні зареєстровано більше ніж 275 тис. випадків мозкового інсульту [7].

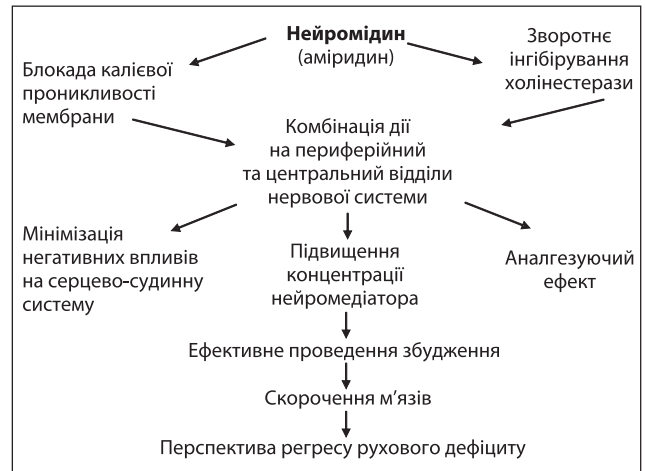
В Україні склалася небезпечна медико-соціальна ситуація щодо виникнення та наслідків інсульту. На відміну від багатьох інших країн, де інсульт займає серед причин смертності третє місце, в Україні кількість гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) перевищує кількість зл�акісних новоутворень та впевнено займає друге місце. Смертність від інсульту серед чоловіків у віці 45—74 роки складає 606, а серед жінок — 408 осіб на 100 тис. населення. Це відповідно у 11,2 та 12,75 рази вище порівняно зі Швейцарією і в декілька разів — ніж у інших країнах Європи. Навіть порівняно з Росією, від якої Україна суттєво не відрізняється за соціально-економічним розвитком, смертність від інсульту серед чоловіків у 1,5 рази, а серед жінок — майже у 2 рази вища. До того ж статистика інсульту в Україні має тенденцію до подальшого погіршення, тоді як у багатьох інших країнах ситуація покращується [4].

Ішемічні інсульти становлять близько 80 % ГПМК, а серед них переважають інсульти в каротидному басейні, які призводять до виникнення рухового дефіциту, а він у свою чергу — до інвалідації пацієнтів [6].

Приблизно одна третина пацієнтів має важкі наслідки ішемічного інсульту у вигляді вираженого неврологічного рухового, мовного дефекту, психічних розладів, що зумовлюють стійку втрату працездатності та залежність від сторонньої допомоги в повсякденному житті (British Society of Rehabilitation Medicine, 1993). За даними статистики, лише близько 18—20 % хворих, які перенесли інсульт, повертаються до трудової діяльності [8]. Значними є як прямі, так і опосередковані збитки суспільства від інсульту. Тому проблема мозкового інсульту вийшла за межі суто медичної проблеми і набула важливого соціально-економічного значення.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ та Європейської агенції з оцінки продукції медичного призначення, головними параметрами оцінки лікування ГПМК є виживання та функціональний стан. Отже, удосконалення фармакологічної терапії з метою більш повного відновлення порушених в результаті інсульту неврологічних функцій є одним із пріоритетів сучасної неврології.

Нейромідин (міжнародна назва — аміридин) є препаратом комплексної дії, що має вплив на різні ланки нейромедіаторних процесів, зокрема, як на пре- так і на постсинаптичну ланки передачі імпульсу, на синаптичну передачу у нервово-м'язових закінченнях та безпосередньо стимулює проведення збудження у нервових волокнах [1, 5]. Механізм та переваги дії препарату наведені у схемі.



Незважаючи на певні успіхи у лікуванні хворих на ішемічний інсульт, продовжує дискутуватися питання щодо оптимальних термінів початку реабілітаційних заходів, а також вибору фармакологічних засобів для більш ефективного корекції рухового дефіциту з урахуванням наявної супутньої соматичної патології. Наприкінці третього тижня захворювання відбувається процес реалізації більшості резервів компенсації неврологічного дефекту у кожного конкретного хворого, в тому числі активізація «неактивних» нейронів та покращання їх метаболізму, зазначене обумовлює особливу актуальність початку адекватного лікування саме в гострий період [3].

Метою дослідження було виявлення особливостей застосування нейромідину та прозерину з метою корекції рухового дефіциту у ранньому відновному періоді ішемічного інсульту, який розвинувся вперше.

Завдання стосувалося проведення порівняльної оцінки ефективності застосування антихолінестеразних препаратів (зокрема розчинів прозерину та нейромідину), а також розроблення рекомендацій щодо фармакологічної корекції рухового дефіциту у ранньому відновному періоді ішемічного інсульту, що розвинувся вперше.

Під нашим спостереженням були 45 хворих на ішемічний інсульт, які перебували на лікуванні в неврологічному відділенні КМКЛ № 12, що є базовим відділенням кафедри неврології № 2 НМАПО імені П. Л. Шупика. Серед обстежених пацієнтів жінок було 30 осіб, чоловіків — 15. Вік хворих був від 53 до 87 років, середній вік — $70,2 \pm 2,03$ років.

Усім хворим було проведено клінічне та неврологічне обстеження. Неврологічний дефіцит фіксували з використанням шкали NIH (The Modified National Institutes of Health, USA, 1994). Для підтвердження характеру та локалізації мозкового інсульту були використані нейровізуалізаційні методики: комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія головного мозку.

Стан рухової активності (м'язова сила) оцінювався за п'ятибальною шкалою.

Число балів	М'язова сила
0	Плегія
1	Скорочення м'язів, що можна визначити візуально чи пальпаторно
2	Активні рухи, які не можуть протидіяти гравітаційній силі
3	Активні рухи, які можуть протидіяти гравітаційній силі
4	Активні рухи в повному обсязі, які можуть протидіяти помірному опору
5	Активні рухи в повному обсязі, які можуть протидіяти сильному опору

Усі хворі мали руховий дефіцит у вигляді геміпарезу (оцінка сили проводилась окремо у дистальних та проксимальних відділах верхньої та нижньої кінцівки до початку введення препарату та через 10 днів після його застосування).

До схеми лікування хворих входили сульфат магnezії, актовегін, пірацетам, гіпотензивні та фармакологічні препарати для корекції рухового дефіциту. Всі пацієнти були поділені на три групи. До I групи увійшли 15 хворих, які з 5—7 дня захворювання отримували 1 мл 0,5 % розчину нейромідину внутрішньом'язово; до II групи — 15 хворих, яким з 9—11 дня хвороби був призначений прозерин в дозі 0,5 мл з наступним поступовим збільшенням дози до 1 мл внутрішньом'язово. III групу, контрольну, склали решта 15 пацієнтів, які не отримували жодного з антихолінестеразних препаратів.

На час початку введення препаратів сила м'язів уражених кінцівок у пацієнтів I групи була $13,7 \pm 0,7$ бала; у пацієнтів II групи — $12,05 \pm 0,7$ бала; III — $12,1 \pm 0,6$ бала. Через 10 днів лікування силу м'язів уражених кінцівок оцінювали I групі на $16,7 \pm 0,5$ бала, у II — $14,5 \pm 0,6$ бала та у контрольній групі — $13,1 \pm 0,5$ бала. У всіх випадках застосування 1 мл 0,5 % розчину нейромідину відмічався регрес рухового дефіциту. Зростання сили м'язів на боці геміпарезу у I та контрольній групах при порівнянні наприкінці дослідження достовірно відрізнялося. У II групі на фоні застосування прозерину у двох випадках зменшення рухового дефекту протягом 10-денного терміну не відмічалось, а у трьох випадках препарат довелося відмінити раніше запланованої тривалості дослідження через виникнення ознак ішемізації

міокарду стінок лівого шлуночка, а у 2 випадках — через прогресування сповільнення АВ-провідності. Таким чином, зазначене вище підтверджує, що використання нейромідину при ішемічному інсульті, який розвинувся вперше, є більш доцільним.

Проведені дослідження свідчать про необхідність подальшого вивчення особливостей застосування різних доз нейромідину у ранній фармакологічній реабілітації хворих на ішемічний інсульт, що розвинувся вперше, не лише протягом перших тижнів захворювання, але й протягом більш тривалого періоду.

За результатами дослідження підтверджено доцільність використання нейромідину внутрішньом'язово, починаючи з 5—7 доби гострого періоду ішемічного інсульту, зокрема з метою відновлення рухового дефіциту. Під час застосування нейромідину зафіксовано достовірне зростання сили м'язів уражених кінцівок порівняно з групою контролю. Нейромідін демонструє менший, ніж прозерин негативний вплив на коронарний кровообіг та внутрішньосерцеву провідність.

Список літератури

1. Бурчинський С. Г. Препарат нейромідін (аміридин): клініко-фармакологічна характеристика та перспективи практичного застосування // Ліки. — 2002, № 5—6. — С. 37—42.
2. Виничук С. М., Черенько Т. М. Ишемический инсульт: эволюция взглядов на стратегию лечения. — К., 2003. — 120 с.
3. Гехт А. Б. Лечение больших инсультом в восстановительном периоде. — Consilium-Medicum. — 2000. — Т. 2, № 12.
4. Гусев Е., Скворцова В. Комплексные лечебные мероприятия при церебральном инсульте. Опыт Российской Федерации // Доктор. Журнал для практикующих врачей. — К., 2003. — № 3. — С. 11—13.
5. Дзяк Л. А., Зорин Н. А., Кириченко А. Г. и др. Результаты комплексного лечения больных с радикулопатией и радикулоишемией, обусловленными патологией межпозвоноковых дисков поясничного отдела позвоночника, с включением препарата нейромидин // Український нейрохірургічний журнал. — 2004. — № 4. — С. 98—101.
6. Коленко О. И. Результаты регистра мозгового инсульта г. Сумы // Український медичний альманах. — 2002. — Т. 5, № 6. — С. 65—67.
7. Шевченко Л. А., Кривошеев Р. В., Евдокимов В. А. К вопросу о терапевтической эффективности применения мексидола в комплексном лечении больных, страдающих мозговыми инсультами // Международный неврологический журнал. — 2006, № 2 (6). — С. 88—91.
8. Grau A. J., Weimar C., Buggle F. Et I. Risk Factors, Outcome, and Treatment in Subtypes of Ischemic Stroke // Stroke. — 2001. — Vol. 32. — P. 2559—2566.

Надійшла до редакції 01.03.2007 р.

І. О. Цьоха, О. В. Ткаченко

Сравнительная характеристика реабилитационной фармакотерапии двигательного дефицита в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта, который развился впервые

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины (г. Киев)

Назначение нейромидина в раннем периоде больным ишемическим инсультом, развившимся впервые, показало, что за счет улучшения передачи возбуждения в нервно-мышечном синапсе и прямого действия на миофибриллы этот препарат является в сравнении с прозеринном более эффективным для коррекции двигательного дефицита и демонстрирует меньший риск отрицательного влияния на сердечно-сосудистую систему.

I. O. Tsyokha, O. V. Tkachenko

Peculiarities of using rehabilitative pharmacotherapy for motor deficiency at an early restorative period of ischemic stroke

National medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupik of the Ministry of Health of Ukraine (Kyiv)

The administration of neuromidyn for patients with ischemic stroke, which developed for the first time, has shown that not only owing to improved stimulation transmission in muscilonervous synapsis but also owing to a direct action upon myofibrils, in comparison with a neostigmine methylsulfate, it is more effective and demonstrates the lesser risk of negative influence on blood supply and internal myocardium conductivity.