

Л.А. Дзяк*,
Л.А. Терещенко**,
Т.І. Гайдук***

МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ МОЗКОВОГО КРОВООБИГУ У ПОТЕРПІЛИХ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Дніпропетровська державна медична академія*
кафедра нервових хвороб та нейрохірургії
(зав. – д. мед. н., проф. Л.А. Дзяк)
Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова**
м. Дніпропетровськ
Міська лікарня № 5***
м. Дніпродзержинськ

Ключові слова: цереброваскулярні захворювання, наслідки аварії на Чорнобильській АЕС, ніцеріум 30 УНО

Key words: cerebrovascular diseases, consequences of Chernobyl Nuclear Power Plant accident, nicerium 30 UNO

Резюме. Представлены материалы исследования по изучению эффективности и переносимости препарата Ницеріум 30 УНО у пострадавших в результате аварии на Чернобыльской АЭС. Препарат назначался пациентам с дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадии вследствие атеросклеротического поражения сосудов головного мозга и артериальной гипертензии. Показано, что включение Ницеріум 30 УНО в терапию хронической недостаточности мозгового кровообращения у пострадавших от аварии на Чернобыльской АЭС способствует статистическому улучшению показателей нейропсихологического статуса и церебральной гемодинамики.

Summary. Materials on efficacy and tolerance of agent Nicerium 30 UNO in the patients who suffered from Chernobyl Nuclear Power Plant accident are presented. The medicine was administered to the patients with discirculatory encephalopathy of the I and II stage caused by atherosclerosis of cerebral vessels and hypertensive disease. It is shown that inclusion of nicerium 30 UNO into therapy of patients with chronic insufficiency of cerebral circulation contributes to statistical improvement of indices of neuro-psychological status and cerebral hemodynamics.

Аварія на Чорнобильській АЕС призвела до значних і довготривалих змін у стані здоров'я населення, що зазнало дії комплексу негативних факторів катастрофи. Незважаючи на здійснення численних програм із мінімізації медико-соціальних наслідків аварії, показники стану здоров'я постраждалих мають стійку тенденцію до погіршення. Станом на 01.01.2006 року під наглядом у медичних закладах системи Міністерства охорони здоров'я України знаходилося 2 342 207 осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи. Серед них учасники ліквідації наслідків аварії (УЛНА) становлять 9,7% [4]. Значна кількість УЛНА на ЧАЕС мешкає у таких регіонах, як м. Київ (37 301 особа), Дніпропетровській та Донецькій областях (15 000 і 14 000 осіб відповідно). Збільшення показників захворюваності відбувається в усіх групах спостереження. [1, 7]. Особливо це стосується стану здоров'я безпосередніх учасників ліквідації наслідків аварії. У ліквідаторів аварії 1986-1987 рр., опромінених у дозах понад 250мЗв, встановлено залежність розвитку захворювань щитовидної залози, нервової системи, системи кровообігу,

хвороб органів травлення, новоутворень, розладів психіки та поведінки від одержаної дози.

На 01.01. 2008 р., за даними Дніпропетровського обласного реєстру, під медичним наглядом лікувально-профілактичних закладів області знаходився 21 691 потерпілий, з них дорослих - 16 616 осіб. Питома вага: 81,3% становлять УЛНА (за групами первинного обліку); евакуйованих осіб - 7,3%; населення, що переселене із забруднених територій - 11,4%. При аналізі структури захворюваності серед постраждалих у 2007 році було встановлено, що три перші рангові місця займають хвороби органів дихання - 1230,8 ‰, системи кровообігу - 755,3 ‰, органів травлення - 507,7 ‰ відповідно. Показники захворюваності потерпілих хворобами системи кровообігу, травлення вищі, ніж показники у населення області у 1,3 - 2 рази та вищі середніх показників по Україні для постраждалого населення [5]. Показник поширеності захворювань серед потерпілих найбільший у класі хвороб системи кровообігу і складає 13081,4 ‰, серед яких церебро-васкулярні захворювання складають 3170,4 ‰ - тобто друге рангове місце. Дисциркуляторна енцефалопатія складає 70% у

структурі хронічної цереброваскулярної патології і часто є предиктором розвитку гострих порушень мозкового кровообігу [6]. Ось чому розробка комплексу лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів, спрямованих на розв'язання проблеми церебро-васкулярних хвороб, є актуальною. Виходячи з етіологічних, екологічних та патогенетичних механізмів впливу комплексу факторів аварії на ЧАЕС на здоров'я людей, заходи медичної реабілітації повинні базуватися на таких принципах:

- зменшення інтенсивності процесів перекисного окиснення ліпідів;
- підвищення активності антиоксидантної системи;
- стабілізація вегетативного статусу;
- корекція вітамінно-мікроелементного балансу та метаболічних порушень;
- зменшення проявів васкулярної та імунологічної недостатності;

Таким чином, у корекції перелічених порушень неминуча поліпрагмазія, тобто одночасне призначення великої кількості лікарських засобів, що мають вазоактивні, ноотропні, вегетостабілізуючі, антиоксидантні, психотропні та інші властивості. З іншого боку, медикаментозні засоби для потерпілих від аварії на ЧАЕС повинні бути як можна більше індиферентними щодо розвитку побічних дій та негативного впливу на організм.

Ось чому для вирішення поставлених завдань необхідне використання препаратів із комбінованою дією. Вивчення фармакологічних ефектів ніцерголіну показало наявність у нього:

- 1) вазоактивних;
- 2) полінейромедіаторних;
- 3) метаболічних;
- 4) нейропротективних;
- 5) ноотропних;
6. антиагрегантних властивостей [2].

Широкий спектр впливу на різні патогенетичні механізми формування хронічної недостатності мозкового кровообігу робить обґрунтованим призначення ніцерголіну пацієнтам із дисциркуляторною енцефалопатією, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС. Тому метою нашого дослідження стало вивчення ефективності терапії пацієнтів із хронічною недостатністю мозкового кровообігу препаратом НІЦЕРІУМ виробництва „Сандоз”, Німеччина (діюча речовина – ніцерголін).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідження включено 50 хворих, що перебували на стаціонарному обстеженні та реабілітаційному лікуванні у відділенні для

хворих Чорнобильського контингенту обласної клінічної лікарні ім. Мечникова м. Дніпропетровськ у квітні – травні 2008 року та неврологічному відділенні міської лікарні № 5, м. Дніпродзержинськ. Згідно з групами первинного обліку, усі пацієнти були учасниками ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС 1986 – 1987 років, чорнобильська категорія I, II. На підставі неврологічного та нейропсихологічного дослідження у всіх хворих було встановлено діагноз - дисциркуляторна енцефалопатія I та II стадії. Серед обстежених – 41 чоловік та 9 жінок, середній вік пацієнтів становив $61,3 \pm 2,4$ року. Причиною розвитку судинної недостатності мозку було поєднання атеросклеротичного ураження судин та артеріальної гіпертензії.

Основними скаргами хворих були: головний біль із відчуттям „важкості” у голові, підвищена стомлюваність; зниження пам'яті, фізичної та розумової працездатності; шум у вухах; запаморочення; порушення сну;

У неврологічному статусі виявлялися: анізо-рефлексія та пірамідна недостатність, симптоми орального автоматизму, окорухова недостатність, дискоординаторні прояви (легкі порушення ходи, невпевненість при виконанні координаторних проб).

Пацієнтів було розподілено на 2 групи – група з призначенням препарату ніцеріум та група, в комплексному лікуванні якої ніцеріум не призначався. Пацієнти першої групи одержували НІЦЕРІУМ 30 УНО по 30мг один раз на добу протягом 2 місяців.

Окрім неврологічного та загальноклінічного обстеження, пацієнтам додатково проводили:

- оцінку змін у когнітивній сфері за допомогою короткої шкали оцінки психічного статусу – Mini Mental State Examination (MMSE);
- ультразвукову доплерографію судин голови та шиї з використанням апарату SONOS - 1000, США;
- тест запам'ятовування 10 слів з метою вивчення показників вербальної пам'яті;
- пробу Шульте для вивчення розладів уваги [3].

Додатково для оцінки ефективності терапії за вираженістю суб'єктивних симптомів використовували оригінальну шкалу від 0 до 5 балів, де 0 – відсутність порушень, а 5 балів – грубі порушення. Статистична обробка даних здійснювалась із використанням персонального комп'ютера Pentium 3, за допомогою програмного забезпечення OFFICE XP, Excel. Дані у таблицях наведені у вигляді $M \pm \sigma$, де M – середня, σ - стандартне відхилення. Для перевірки гіпотези

про рівність середніх використовували критерій Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обидві групи хворих були зіставні за віком, статтю, частотою визначених неврологічних синдромів, вираженістю порушень у когнітивній сфері та наявністю супутньої патології.

Під впливом терапії через два місяці в першій групі пацієнтів відзначалось поліпшення суб'єктивного стану зі зменшенням частоти та інтенсивності головного болю, шуму у вухах, покращенням нічного сну, а також пам'яті. Одним із важливих ефектів ніцерголіну, поряд із його вазоактивними властивостями, є ноотропна дія препарату. Ось чому до критеріїв ефективності лікування хворих віднесене поліпшення когнітивної продуктивності. Динаміка показників за MMSE наведена в таблиці 1.

Таблиця 1

Показник	Група	1	Група	2
бали	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
MMSE	26,3±0,6	27,8±0,3	24,6±0,7	25,3±0,8

Аналіз гемодинамічних показників за результатами ультразвукової доплерографії судин голови та шії показав, що на фоні терапії у пацієнтів 1 групи збільшилась лінійна швидкість кровотоку, збільшились артеріальні та зменшились венозні швидкісні характеристики у судинах каротидного та вертебробазиллярного басейнів (табл. 2).

Для об'єктивного аналізу динаміки змін у мнестичній сфері, що характеризують пам'ять, використовували тест „Запам'ятовування 10 слів”. Результати цього тесту свідчать про покращення показників обсягу слухово-мовної пам'яті: вільне запам'ятовування до лікування становило 4,6±0,3 слова, після лікування – 6,2±0,4; відстрочене запам'ятовування до лікування 4,5±0,4, після - 5,6±0,5 (p < 0,05). Хво-

рим із дисциркуляторною енцефалопатією при-таманні зміни уваги, які характеризуються її виснаженням, недостатністю переключення та концентрації уваги, що підтверджується при проведенні проби Шульте (збільшення показника середнього часу, який витрачався на виконання завдання). Після лікування відзначалося статистично достовірне зменшення середнього часу з 46,1±2,0 до 40,7±2,8 секунд (p < 0,05). Ці показники у групі хворих, що не одержували ніцеріум УНО, відповідно такі: 45,08±1,8 та 43,6±2,4 секунди.

Таблиця 2

Судини	До лікування	Після лікування
Права ВСА	62,3±3,8	66,2±2,9*
Ліва ВСА	65,5±3,4	67,6±3,0*
Права ПА	39,9±1,7	44,5±2,9*
Ліва ПА	38,3±3,7	43,6±4,0*

Примітка: *p < 0,05

ВИСНОВКИ

Включення препарату ніцеріум УНО у комплексну терапію хворих на дисциркуляторну енцефалопатію:

1. Зменшує частоту та інтенсивність головного болю, шуму у вухах, покращує нічний сон, а також пам'ять.
2. Покращує когнітивні функції за рахунок поліпшення уваги, вербальної пам'яті.
3. Позитивно впливає на церебральну гемодинаміку шляхом збільшення лінійної швидкості кровотоку у судинах як каротидного, так і вертебробазиллярного басейнів.
4. Комплексний позитивний вплив ніцеріум УНО на функціонування нервової системи зумовлює доцільність використання його у пацієнтів, зокрема тих, хто постраждав внаслідок аварії на ЧАЕС, за рахунок його ефективності та безпечності.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бобильова О.О. Сучасні уявлення про медичні наслідки Чорнобильської катастрофи в Україні // Довкілля та здоров'я. – 1998. – № 1. – С. 58 – 60.
2. Бурчинский С.Г. Ницерголин расширяет горизонты в неврологии: от фармаколога – к фармако-терапии // Новости медицины и фармации. – 2005. - № 9. – С. 13-14.
3. Диагностические и экспертные шкалы в

- неврологической практике: Методичні рекомендації. – Симферополь, 2004.- 34с.
4. Доповідь до парламентських слухань //www.likar.info/profi/articles/510.html
5. Міщенко Т.С., Лекомцева Є.В., Здесенко І.В. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні // Запорозький медичний журнал. – 2006. – №5. – С. 69-71.

6. Нові можливості у лікуванні дисциркуляторної енцефалопатії / С.М. Кузнецова, В.В. Кузнецов, Є.І. Даніч та ін. // Українська медична газета. – 2007. – № 11. – С. 16-17.

7. Цыб А.Ф., Иванов В.К. Оценка медицинских

последствий Чернобыльской катастрофы на основе данных Российского государственного медико-дозиметрического регистра // Междунар. журнал радиационной медицины. – 1999. – № 1 (1). – С. 39 – 48.

