Таблица

Показатели ЛСК в интрацеребральных венах (см/с)

Венозный бассейн	Группы больных		
	I группа	II группа	III группа
Глазничная вена	12,25	16,56	19,25
Прямой синус	23,31	32,25	38,25

На основе анализа полученных данных стало очевидным, что нарушения венозного оттока имели место у больных всех групп. Проявления венозного застоя были однотипными и характеризовались повышением ЛС венозного кровотока, что уже было выражено на начальных стадиях заболевания. Так, у больных I группы появляется ретроградный кровоток по глазничным венам, наблюдалось повышение ЛСК в прямом синусе на 26 % по сравнению с показателями контрольной группы. У больных II группы прослеживается тенденция к повышению ЛСК в интракраниальных венах: в прямом синусе на 38,35 % по отношению к показателям I группы. Эти данные свидетельствуют о дальнейшем увеличении интракраниального венозного застоя; также лоцировался более интенсивный (на 35,18 % выше чем в I группе) кровоток и по глазным венам. У больных III группы в глазничных венах регистрировалось повышение ЛСК на 16,2 % — в сравнении с больными II группы, а в прямом синусе венозный кровоток повышался на 18,6 % соответственно. У больных I и II групп не было выявлено пульсации во ВЯВ, а у 24,2 % пациентов II группы в горизонтальном положении регистрировался венозный отток по позвоночному венозному сплетению.

Таким образом, ультразвуковая допплерография у всех обследованных больных выявила нарушения интракраниальной гемодинамики, в том числе и венозного кровотока, в виде венозного застоя различной степени выраженности, который увеличивался с усилением венозной гипертензионной дисциркуляторной энцефалопатии.

Список литературы

1. Анкин Л. Н. Опыт работы клиники Unfallchirurgie // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1995. — № 3. — С. 70–72.

2. Бердичевский М. Я. Венозная дисциркуляторная патология головного мозга. — М.: Медицина, 1989. — 224с.

3. Полтарацкий В. Г. Структура сочетанной черепно-мозговой травмы в зависимости от ее причин // Международный медицинский журнал. — 2003. — Т. 9. — № 3. — С. 107–110.

4. Bulloak R. Chesnut R. Clifton G et al. Guidelines for the management of sever head injury // Eur. J. Emerg. — 1996, 2, P. 109–127.

5. Ferdinande P. Recommendation for intra-hospital transport of the severely head injured patient // J. Int. Care Med. — 1999. Dec. 25 (12). — P 1441–3.

Надійшла до редакції 15.11.2005 р.

В. А. Флорикян

Ультразвукова допплерографія при венозній патології у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми

Харківська медична академія післядипломної освіти (Харків)

У роботі на підставі обстеження 122 хворих з інтракраніальною венозною патологією у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми методом ультразвукової допплерографії виявлені зміни артеріального і венозного компонентів церебральної гемодинаміки, дано оцінку цим порушенням, що дозволяє розробити раціональну комплексну терапію даної категорії осіб.

V. A. Florikyan

Ultrasonic Dopplerography at venous pathology in long term after closed cranial-cerebral injuries

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education

In work on the basis of inspection of 122 patients with the intracranial venous pathology in the long term after closed cranial-cerebral injuries by method of ultrasonic Dopplerography changes of arterial and venous components of cerebral circulation are exposed, these violations was expect, that allows to develop rational complex therapy this patient.

УДК 616.831–005.4–036.6–085

І. О. Цьоха, О. В. Ткаченко*

Київська міська клінічна лікарня № 12;

* Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕЙРОМІДИНУ В РАННЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Кожного року зростає поширеність гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК), зокрема ішемічного інсульту. Так, в Європі захворюваність на інсульт складає біля 600 на 100 тис. населення. Більше половини таких пацієнтів (360 на 100 тис. населення) мають стійкій інвалідизуючий дефект (British Society of Rehabilitation Medicine, 1993). Високий відсоток інвалідизації після ГПМК є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем, яка спонукає до пошуку нових підходів у реабілітації.

Незважаючи на значні успіхи у лікуванні хворих на ішемічний інсульт, продовжує дискутуватися питання щодо оптимальних термінів початку реабілітаційних заходів, а також вибору фармакологічних засобів для більш ефективної корекції рухового дефіциту з урахуванням наявної супутньої соматичної патології. Як відомо, протягом перших діб відбуваються руйнівні дії ішемізованих нейронів, минає загроза набряку та набухання астроглії, формується зона ішемічної напівтіні. Починаючи з четвертої-сьомої доби поступово інтенсифікуються процеси репарації, активізуються білок-синтезуючі структури, нормалізується стан рецепторів систем нейротрансмісії (ацетилхолінергічної та дофамінергічної), відновлюються взаємозв'язки різних функціональних зон мозку. 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, вищевказане обумовлює особливу актуальність початку адекватного лікування саме в гострий період.

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

Завдання стосувалися проведення порівняльної оцінки ефективності використання антихолінестеразних препаратів, зокрема прозерину та нейромідину, починаючи з 5–6 доби від початку захворювання; а також розробки рекомендації щодо фармакологічної корекції рухового дефіциту у ранньому відновному періоді ішемічного інсульту з урахуванням особливостей стану серцево-судинної системи.

Під нашим спостереженням знаходилось 30 хворих на ішемічний інсульт, які перебували на лікуванні в неврологічному відділенні КМКЛ № 12, яке є базовим кафедри неврології № 2 КМАПО ім. П. Л. Шупика. Серед обстежених пацієнтів жінок було 13 осіб, чоловіків — 17. Вік хворих був від 47 до 78 років. Середній вік склав 66,7 роки. У 13 хворих ГПМК за ішемічним типом розвинулося в лівому каротидному басейні, у 15 — в правому каротидному басейні, у 2 — в вертебробазилярному басейні.

Для підтвердження діагнозу та локалізації мозкового інсульту були використані нейровізуалізаційні методики: комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія головного мозку. Всі хворі мали руховий дефіцит у вигляді геміпарезу (оцінка сили проводилась окремо у дистальних та проксимальних відділах верхньої та нижньої кінцівки).

До схеми лікування хворих входили антиагреганти та антикоагулянти, актовегін, магнезія, ноотропи, гіпотензивні. Вже на першому тижні захворювання була розпочата нейрореабілітація, яка включала фармакологічну корекцію рухового дефіциту з застосуванням нейромідину в дозі 20 мг на добу — з 5–7 дня, чи прозерину в дозі 0,3–0,5–1 мл — з 5–10 дня.

Результати дослідження щодо впливу нейромідину та прозерину на динаміку вираженості рухового дефіциту наведені у рисунках 1 та 2. Для наочності за цими даними побудовано симетричний варіаційний ряд.

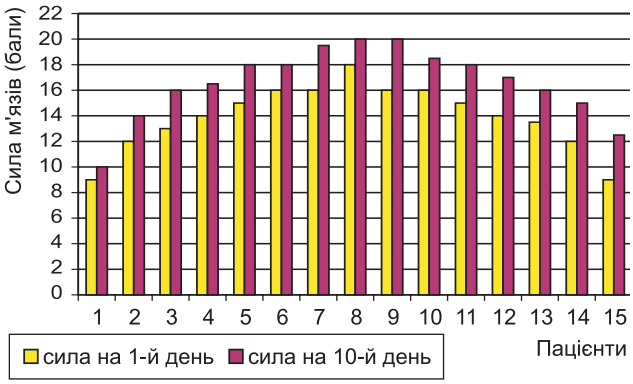


Рис. 1. **Вплив нейромідину на силу м'язів**

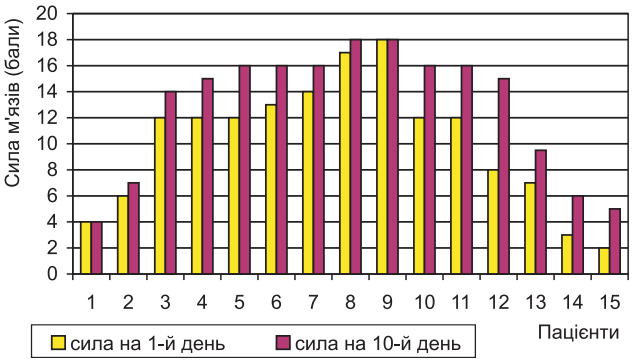
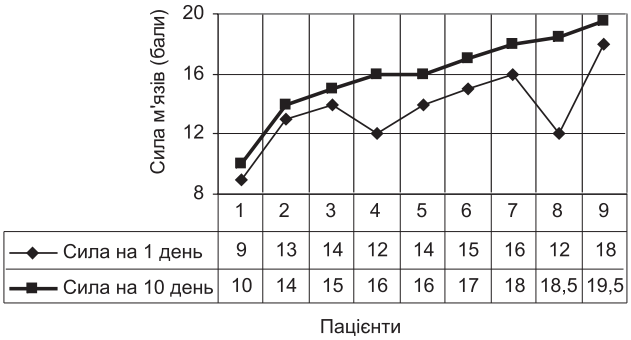


Рис. 2: **Вплив прозерину на силу м'язів**

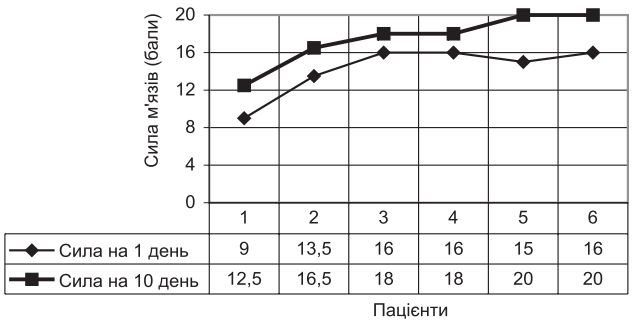
Проаналізовано зміни рухового дефіциту у пацієнтів з ГПМК за ішемічним типом під впливом комплексного лікування з використанням антихолінестеразних препаратів з урахуванням аспекту статі як окремої вибірки, що продемонстровано для нейромідину (рис. 3 та 4) та прозерину (рис. 5, 6) у жінок та чоловіків відповідно (ці результати свідчать, що ці дві вибірки належать одній генеральній сукупності).

Більш наочно зростання сили м'язів демонструють коефіцієнти збільшення сили м'язів, наведені на рис. 3 та 4: у чоловіків зростання сили м'язів збільшується до 133 %, а у жінок сягає 150 %.



	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Сила на 1 день	9	13	14	12	14	15	16	12	18
Сила на 10 день	10	14	15	16	16	17	18	18,5	19,5

Рис. 3. **Вплив нейромідину на силу м'язів у чоловіків**



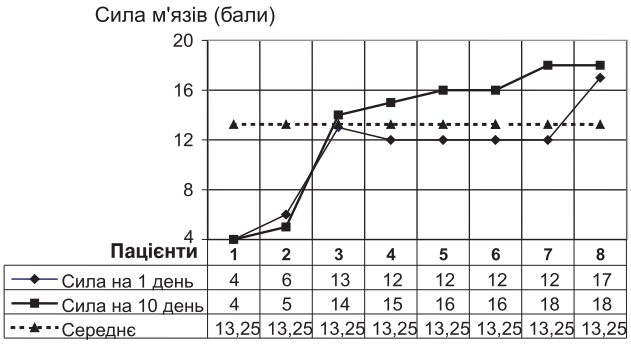
	1	2	3	4	5	6
Сила на 1 день	9	13,5	16	16	15	16
Сила на 10 день	12,5	16,5	18	18	20	20

Рис. 4. **Вплив нейромідину на силу м'язів у жінок**

У всіх випадках застосування нейромідину відмічалося зростання сили м'язів, причому в порівнянні з прозерином зростання сили м'язів на фоні прийому малої дози нейромідину було більш рівномірним при різному ступені вираженості геміпарезу.

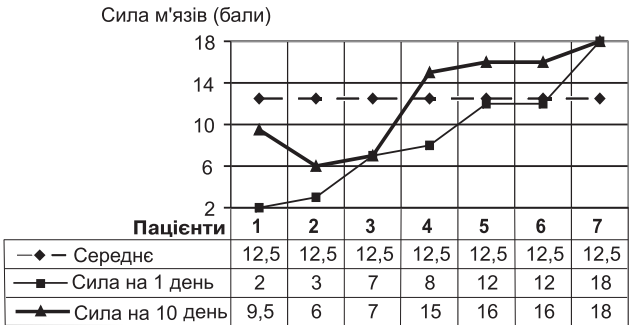
До початку терапії з 30 хворих 4 мали ознаки недостатності коронарного кровообігу за даними ЕКГ, 7 — аритмію (з них брадіформу — 2, в одному випадку з ознаками субендокардіального ушкодження міокарда лівого шлуночка), сповільнення АВ-провідності — 2, неповну блокаду ніжок пучка Гіса — 5. Моніторинг ЕКГ проводився кожні три-чотири дні та у випадку виникнення будь-яких скарг кардіологічного характеру. Лише в одному випадку брадіаритмії у групі із застосуванням нейромідину зареєстровано прогресування сповільнення серцевого ритму.

У групі хворих, де застосовувався прозерин, у 4 випадках з'явилася недостатність кровообігу стінок лівого шлуночка, в 2 випадках прогресувало сповільнення АВ-провідності та в 2 випадках — провідності по ніжкам пучка Гіса.



Пацієнти	1	2	3	4	5	6	7	8
Сила на 1 день	4	6	13	12	12	12	12	17
Сила на 10 день	4	5	14	15	16	16	18	18
Середнє	13,25	13,25	13,25	13,25	13,25	13,25	13,25	13,25

Рис.5. **Вплив прозерину на силу м'язів у жінок**



Пацієнти	1	2	3	4	5	6	7
Середнє	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5	12,5
Сила на 1 день	2	3	7	8	12	12	18
Сила на 10 день	9,5	6	7	15	16	16	18

Рис. 6. **Вплив прозерину на силу м'язів у чоловіків**

Аналізуючи отримані дані, вважаємо, що обґрунтованим є застосування нейромідину з аналогічною ефективністю та більш передбачуваним регресом рухового дефіциту (з більшою вірогідністю за рахунок прямого впливу на міофібрили) за умов значно меншого ризику виникнення чи погіршення кровопостачання серцевого м'язу та швидкості внутрішньо-серцевої провідності порівняно з досвідом застосування прозерину. Застосування невеликих доз нейромідину починаючи вже з першого тижня розвитку ГПМК за ішемічним типом спонукає до дослідження дозозалежного ефекту впливу препарату на регрес неврологічної симптоматики.

При ураженні домінантної півкулі в період ранньої реабілітації неврологічний руховий дефіцит повільніше регресував в обох обстежених групах хворих.

Проведені дослідження свідчать про необхідність подальшого вивчення особливостей застосування різних доз нейромідину у ранній реабілітації хворих різних вікових груп з локалізацією ішемічних вогнищ у різних ділянках мозку не лише протягом перших тижнів захворювання, але й ще більш тривалого періоду.

За результатами дослідження підтверджено доцільність використання нейромідину, починаючи з гострого періоду ГПМК за ішемічним типом, зокрема для відновлення рухової функції за наявності геміпарезу. При використанні нейромідину можливий певний дозозалежний ефект. Вищевказаний препарат демонструє менш негативний вплив на кровопостачання та внутрішньо-серцеву провідність.

Список літератури

1. Гехт А. Б. Лечение больных инсультом в восстановительном периоде. — Consilium-Medicum, 2000. — Том 2. — № 12.
2. Бурчинський С. Г. Препарат нейромідин (аміридин): клініко-фармакологічна характеристика та перспективи практичного застосування // Ліки. — 2002. — № 5–6. — С. 37–42.
3. Коленко О. И. Результаты регистра мозгового инсульта г. Сумы // Український медичний альманах. — 2002. — Т. 5. — № 6. — С. 65–67.
4. Виничук С. М., Черенько Т. М. Ишемический инсульт: эволюция взглядов на стратегию лечения. — К., 2003. — 120 с.

Надійшла до редакції 03.10.2005 р.

И. О. Цёха, Е. В. Ткаченко*

Особенности применения нейромидина в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта

Киевская городская клиническая больница № 12
** Киевская медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика*

Назначение малых доз нейромидина больным с ишемическим инсультом, развившимся впервые, показало, что за счет не только улучшения передачи возбуждения в нервно-мышечном синапсе, но и за счет прямого действия на миофибриллы, препарат не уступает воздействию классических доз прозерина, независимо от степени выраженности гемипареза и локализации ишемического очага, демонстрирует меньший риск негативного влияния на кровоснабжение и внутрисердечную проводимость миокарда.

I. O. Tsyokha, E. V. Tkachenko*

Peculiarities of using neuromidyn for ischemic stroke at an early restorative period

Kyiv city clinical hospital № 12
** Kyiv medical Academy of Postgraduate Education (Kyiv)*

The administration of neuromidyn low doses for patients with ischemic stroke, which developed for the first time, has shown that not only owing time, has shown that not only owing to improved stimulation transmission in musculonervous synapses but also owing to a direct action upon myofibrils, it is not inferior to the effect of classic doses of proserin (neostigmine) independing on the degree of hemiparesis evidence and ischemic focus localization it demonstrates the lesser risk of negative influence on blood supply and internal myocardium conductivity.