

ЛІТЕРАТУРА

1. Медведева И. И. Справочник врача-дерматокосметолога / И. И. Медведева. – Киев : ООО «Доктор-Медиа», 2011. – 152 с.
2. Кубанова А. А. Интегральный подход к наружной терапии атопического дерматита / А. А. Кубанова, Д. В. Прошутинская, Л. В. Текучева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 1. – С. 20–26.
3. Казмірчук В. Є. Роль цитокінів у виявленні функціональних порушень імунітету / В. Є. Казмірчук, Д. С. Мальцев // Ліки України. – 2004. – № 2. – С. 15–18.
4. Bellonia V. Novel immunological approaches in the treatment of atopic eczema / V. Bellonia, C. Andresa, M. Ollert [et al.] // Current. Opinion in Allergy and Clin. Immunology. – 2008. – V. 8. – P. 423–427.
5. Schmitt-Grohe S. Leukotriene receptor antagonists in children with cystic fibrosis lung disease: anti inflammatory and clinical effects / S. Schmitt-Grohe, S. Zielen / Paediatr. Drugs. – 2005. – V. 7, № 6. – P. 353–363.
6. Патологическая анатомия : учебное пособие / ред. В. В. Серова, М. А. Пальцева. – М. : Медицина, 1998. – 640 с.
7. Пальцев М. А. Руководство по нейроиммуноэндокринологии / М. А. Пальцев, И. М. Кветной. – М. : Медицина, 2006. – 384 с.

В. Й. Тешук,

*кандидат медичних наук, начальник ангіоневрологічного відділення
клініки нейрохірургії та неврології військово-медичного
клінічного центру Південного регіону України*

В. В. Тешук,

*лікар-невролог відділення інтенсивної терапії загального профілю
Центру анестезіології, інтенсивної терапії загального профілю
та екстракорпоральної детоксикації комунального закладу
Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня»*

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЦЕРЕБРОКУРИНУ В КОМПЛЕКСІ З МАГНІТО-ЛАЗЕРНОЮ ТЕРАПІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

В останні роки було досягнуто значних успіхів у лікуванні та реабілітації хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК), головним чином завдяки зменшенню функціональної дезінтеграції центрального відділу нервової системи та неврологічного дефіциту. Не дивлячись на розробку і широке впровадження в практику методів тромболітичної терапії, метаболічна терапія за цілим рядом причин займає провідне місце. Природньо, що особливого значення набувають розробка та впровадження в практику нових метаболічних засобів [1]. В той же час Україна впевнено займає перше місце в Європі по захворюваності на ГПМК. В Україні щорічно від 100 до 120 тисяч жителів країни вперше захворюють інсультом. В 2011 році захворюваність мозковим інсультом (МІ) в країні складала 294,6 на 100 тис. населення, тобто 110 753 українця перенесли ГПМК. За цього 35,5% всіх випадків МІ відбулося у людей працездатного віку. Смертність від МІ в 2010 році складала 86,7 на 100 тис. населення [2]. Кількість пацієнтів з ГПМК буде щорічно неухильно зростати в зв'язку із старінням нації.

Дія метаболічних засобів при вторинній нейропротекції повинна бути спрямована на переривання атерогенних механізмів смерті клітин (віддалених наслідків ішемії): надлишкового синтезу оксиду азоту та оксидантного стресу; активації мікроглії та пов'язаних з нею дисбалансу цитокінів, імунних зрушень, локального запалення, порушень мікроциркуляції та гематоенцефалічного бар'єру, трофічної дисфункції та апоптозу. Оптимальним для досягнення цієї мети є застосування регуляторів функції ЦНС – нейропептидів. Основними механізмами дії нейропептидного засобу (цереброкурин) є модулюючий вплив на енергетичний метаболізм (зменшення кисневої потреби мозку, посилення аеробного механізму, зниження рівня лактату в нервовій тканині, оптимізація мітохондріальних процесів), нейротрофічний вплив та модуляція активності атерогенних чинників росту, а також взаємодія з системами нейропептидів та нейромедіаторів [3]. Цереброкурин володіє також антиоксидантними властивостями внаслідок гальмування процесів вільнорадикального окислення та перекисного окислення ліпідів [4]. Метою нашої роботи було вивчення ефективності застосування цереброкурину в комплексі з магніто-лазерною терапією (МЛТ) у пацієнтів в гострому періоді ішемічного інсульту (ІІ).

Матеріали та методи

Нами в умовах ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії та неврології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону (ВМКЦ ПР, м. Одеса) було обстежено 17 пацієнтів (11 чоловіків, 6 жінок), у віці від 45 до 75 років (середній вік складав $59,1 \pm 9,3$ роки), котрі поступили у відділення на протязі 24 годин після виникнення гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Ішемічний інсульт був нейровізуалізований у них в басейні середньої мозкової артерії, за допомогою КТГМ та МРТ ГМ. З дослідження виключили пацієнтів з повним регресом неврологічної симптоматики на протязі 4-6 годин з моменту поступлення пацієнта у відділення, з геморагічним інсультом та ГПМК у вертебрально-базиллярному басейні, з рівнем артеріального тиску понад 250-260/120 мм рт.ст., з розладами свідомості до рівня коми, з гострою коронарною недостатністю. Лівобічна локалізація осередку ураження головного мозку була у 12 пацієнтів, правобічна – у 5. На протязі 12 годин після початку ГПМК у відділення поступило 8 пацієнтів; 9 поступили на протязі 12-24 годин з моменту виникнення ішемічного інсульту. До контрольного гурту пацієнтів було віднесено 17 пацієнтів, співставних за етіологічними чинниками, термінами госпіталізації, за віком, статтю, локалізацією уражень головного мозку, важкістю стану, за шкалами NIH SS, Rankin. Пацієнтам контрольного гурту було призначено плацебо (2 мл фізіологічного розчину внутрішньом'язово Х 1 раз на добу – 10 діб). Основний гурт пацієнтів отримував цереброкурин 2,0 мл внутрішньом'язово Х 1 раз на добу – 10 діб та сеанси магніто-лазерної терапії (МЛТ) за багаторівневою методикою (№ 10). Всім пацієнтам призначали ацетилсаліцилову кислоту (АСК) в дозі 75–100 мг/добу, гемодилюцію, пентоксифілін. Низькомолекулярні гепарини призначали за необхідністю (загроза ТЕ-ЛА). Засоби з нейротрофічними та модуляторними властивостями не призначалися. З метою об'єктивізації важкості стану, виразності вогнищового неврологічного дефіциту та оцінки динаміки клінічних показників використовували взаємодоповнюючі бальні шкали NIH SS, модифіковану шкалу Rankin та шка-

лу загального клінічного оцінювання. Ступінь функціонального відновлення оцінювали по індексу Barthel. Неврологічний статус та ступінь функціонального відновлення оцінювали при поступленні пацієнтів (до початку запропонованої комплексної терапії), на 5-у та 10-у добу перебування пацієнта в стаціонарі. Деяким пацієнтам проводили контрольну КТГМ або МРТ ГМ, ЕЕГ, УЗДГ+ТКДГ.

Результати та їх обговорення

При поступленні між ними не було розбіжностей в об'ємі осередка ураження головного мозку, котрий у більшості пацієнтів складав від 9 до 74 см². Проведене дослідження підтвердило дані багаточисельних досліджень про безпеку запропонованої комплексної терапії. Аналіз результатів лікування ГПМК до 20 доби не визначив достовірних розбіжностей між гуртами обстежуваних пацієнтів. При визначенні ступеня функціонального відновлення порушених неврологічних функцій спостерігалася тенденція до збільшення приросту балів по індексу Barthel в гурті пацієнтів, котрі отримували запропоновану комплексну терапію (цереброкурин + МЛТ за багаторівневою методикою). Серед пацієнтів цього гурту до 20-ї доби захворювання у 10 (58,8%) пацієнтів відмічено повний регрес неврологічного дефіциту (варіант малого інсульту: кількість балів по NIH SS з 14,2 +(-) 3,7 до 0; індекс Barthel > 75), в той же час як в гурті пацієнтів, котрі отримували плацебоаналогічне покращення було відмічено нами тільки в 1 (5,9%) пацієнта. При порівнянні обох гуртів по шкалі загального клінічного оцінювання у пацієнтів, котрі отримували цереброкурин з магніто-лазерною терапією, виявлена значна позитивна динаміка регресу неврологічних порушень до 20-ї доби захворювання в порівнянні з контрольним гуртом. Оцінка динаміки регресу окремих вогнищевих симптомів виявила достовірне покращення рухової функції на фоні лікування цереброкурином у поєднанні з МЛТ, а також тенденцію до більш повної корекції чутливих функцій в порівнянні з гуртом плацебо. Динаміка морфометричних показників не виявила значимих розбіжностей між гуртами в прирості об'єму осередка ураження головного мозку з лакунарними та обширними ГПМК. В той же час у більшості пацієнтів, котрі отримували запропоновану нами терапію, з осередком від 9 до 74 см² виявлено достовірне сповільнення приросту його об'єму на 5-у добу захворювання в порівнянні з контрольним гуртом. Ця тенденція збереглася і до 10-ї доби захворювання та була більш виразною у пацієнтів основного гурту. Результати ЕЕГ показали, що у пацієнтів, котрі отримували запропоновану нами комплексну терапію, в 11 (64,7 %) пацієнтів виявлялась тенденція до збільшення потужності альфа-ритму як у враженій, так і в інтактній півкулі (у 4 - 23,5% пацієнтів з гурту плацебо). В пацієнтів віднесених нами до основного гурту, зменшився також коефіцієнт міжпівкулевої асиметрії по альфа-ритму. Ці зміни відмічені вже до 5-ї доби захворювання. Аналогічні показники були відмічені в групі плацебо після 10-ї доби захворювання. При застосуванні комплексного лікування (цереброкурин в поєднанні з магніто-лазерною терапією) через 5 та 10 діб ми відмітили регрес неврологічного дефіциту, нормалізацію серцевого ритму та покращення церебральної гемодинаміки. Середня лінійна швидкість кровотоку (ЛШК) у всіх пацієнтів при поступленні у внутрішній сонній артерії (ВСА) була в межах (34,8 ± 8,2) см/сек; в середній мозковій ар-

терії (СМА) відповідно ($46,0 \pm 7,2$) см/сек; в основній артерії ($40,4 \pm 5,6$) см/сек. Після проведеного комплексного лікування відмічено покращення ЛШК у ВСА до $36,2 \pm 7,6$ см/сек; в СМА відповідно – $46,4 \pm 6,8$ см /сек, та в басейні основної артерії $41,2 \pm 5,4$ см/сек. Наявні порушення церебральної гемодинаміки, очевидно, обумовлені порушеннями загальної гемодинаміки. Таким чином, проведені нами дослідження свідчать про те, що практично у всіх хворих основного гурту відмічаються ознаки хронічної недостатності мозкового кровообігу, в той же час застосування запропонованого комплексного лікування (цереброкурин та магніто-резонансна терапія) значно покращує стан мозкового кровообігу у пацієнтів основного гурту. Найкращий клінічний ефект спостерігався у пацієнтів з лакунарними ГПМК та з ураженням мозку (від 9 до 30 см²). Збільшення об'єму ураження дещо знижує терапевтичний ефект засобу, та впливає на перебіг захворювання. У пацієнтів з об'ємом ураження понад 70 см² ефект від лікування був незначним в обох гуртах. Трьом пацієнтам з об'ємом ураження понад 70 см² цереброкурин призначався в дозі 2,0 мл X 2 рази на добу (через 12 годин). Попередні спостереження за цими пацієнтами показали, що така доза, по-перше, безпечна, тобто не викликає побічних ефектів, по-друге, відмічена тенденція до більш благоприємного перебігу захворювання. Цей факт свідчить про необхідність корекції дози в залежності від важкості ураження мозку та локалізації осередку ураження. Всі пацієнти після проведеного запропонованого нами комплексного лікування (цереброкурин + МЛТ) під час лікування та після виписки із стаціонару відмічають значний приріст позитивних ефектів та покращення якості життя.

Таким чином, проведене дослідження свідчить про високу клінічну ефективність запропонованого нами комплексного лікування (цереброкурин + магніто-лазерна терапія за багаторівневою методикою) гострих порушень мозкового кровообігу за ішемічним типом. Ранній початок запропонованого комплексного лікування, на протязі першої доби від появи інсульту, сприяє більш повному та швидкому відновленню порушених неврологічних функцій. Це дозволяє використовувати запропоноване нами комплексне лікування в межах терапевтичного вікна у відділеннях ангіоневрології та нейрореанімації. Рекомендовано для досягнення найбільшої ефективності застосовувати цереброкурин по 2-4 мл на добу на протязі 10-ти діб в комплексі з 10-ма сеансами магніто-лазерної терапії за багаторівневою методикою для лікування пацієнтів, котрі перенесли гострі порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Материали експериментальных и клинических исследований препарата «Цереброкурин» // Л.М. Ена, С.М. Кузнецова и др. – К., 1997. – 115 с.
2. Вопросы и ответы в неврологии : справочник врача / под ред. Т. С. Мищенко. – К. : ООО «Доктор-Медиа», 2012. – С. 17.
3. Нейропептиды и ростовые факторы роста : сб. науч. работ . – М., 2002. – 208 с.
4. Патент № 199010498 от 24.05.2001 г. Украина / Евтушенко С.К., Дубовцева О.О. Способ лечения нарушений речи у пациентов с органическими поражениями головного мозга. – Киев.