

ТҰЖЫРЫМ

А.А. ТАЖИЕВ

Сарқаң қаласының орталықтың аудандық ауруханасы

ТИІМДІ ҚОЛДАНУ УРАПИДИЛ КРИЗ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Зерттеулер мақсат – қолданулар тиімділігі бағалау урапидил ми қан айналулар өткір бұзушылықпен шиеленістіріп алған гипертензия криз. Зерттеулер материалдар және әдістер: 140 емделушілердің тексерған. Топтарға барлық ауру бөлген: негізгі топ базистік қарсы жоғары қан тамырының тарылуы терапиядан қатар (61 емделуші), урапидил алды, және (79 емделушілердің) бақылау топ тек қана үйреншікті терапия қолданылды. Көк тамырда енгізу ургент терапиялар тиімді және қауіпсіз әдіспен урапидил келіп жатыр. Қолдану систола және диастолалық тамыр қысымдың шүбәсіз тезірек төмендетуін урапидил шақырады.

S U M M A R Y

A.A. TAZHIYEV

Central regional hospital of Sarkand c.

EFFECTIVE APPLICATION URAPIDIL AT HYPERTENSIVE CRISES

Research objective – to estimate efficiency of application urapidil at the hypertensive crises complicated by acute disturbance of a cerebral circulation. Materials and research methods. 140 patients are surveyed. All patients are divided into groups: the main group (61 patients) along with basic anti-hypertensive therapy, received urapidil, and the control group (79 patients) was applied only standard therapy. Intravenous administration urapidil is an effective and safe method of emergency therapy. Application urapidil causes authentically faster depression of systolic and diastolic arterial pressure.

НЕВРОЛОГИЯ

УДК 617.9

К.К. КАЙМАКОВ

Городская поликлиника №3, г. Атырау

ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ, ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КАВИНТОН В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

В статье представлен анализ результатов лечения больных цереброваскулярным заболеванием препаратом Кавинтон в Атырауской городской поликлинике №3 за последние три года.

Ключевые слова: инсульт, цереброваскулярные заболевания (ЦВБ), кровоснабжение мозга, церебральная сосудистая недостаточность, Кавинтон, Кавинтон форте.

Инсульт – это острое развитие неврологического дефицита в результате нарушения мозгового кровообращения по ишемическому или геморрагическому типу. Ишемический инсульт развивается в результате локальной артериальной окклюзии, что приводит к недостаточному поступлению кислорода и глюкозы в ткань мозга, а также ведет к последующим нарушениям обменных процессов в бассейне пораженного сосуда.

Ишемический инфаркт – это необратимый структурный дефект мозговой ткани. Транзиторная ишемическая атака – это преходящее полностью обратимое состояние, при котором неврологический дефицит сохраняется не более 24 часов.

Инсульт в настоящее время является одной из главных причин смертности и инвалидизации населения земного шара, занимая в большинстве стран 2-3 место в структуре общей смертности. Восстановление прежней трудоспособности после мозгового инсульта у большинства людей проблематично. Только 10-20% возвращаются к труду, из них около 8% сохраняют свою профессиональную пригодность, 20-43% больных нуждаются в постороннем уходе, у 33-48% пациентов наблюдаются явления гемипареза, а 18-27% имеют речевые нарушения. Инсульт накладывает особое обязательство на членов семьи больного и ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество. От 3 до 5% бюджета на здравоохранение в развитых странах приходится на больных мозговым инсультом. Таким образом, инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости.

Результаты и обсуждение

По анализам трех последних лет по Городской поликлинике № 3 города Атырау количество пролеченных больных цереброваскулярным заболеванием составило: в 2010 г. 140 человек – 44,7%, в 2011 г. 120 человек – 47,5%, в 2012 г. – 100 больных – 52,3%.

По анализу летальных случаев от цереброваскулярных болезней, число умерших составило 84,5% от числа всех умерших больных по неврологическим заболеваниям.

По возрастным группам в 2012 году пролеченные больные по ЦВБ в возрасте от 60-70 лет и старше составили 43 человека (56,8%), а в возрасте от 40 до 60 лет – 57 человек (40,6%). По половому признаку больший процент заболеваемости от ЦВБ выявлен среди мужчин, чем среди женщин. Так, показатель мужской заболеваемости составил 68,1% (64 больных), женской – 31,9% (36 больных), что в два раза меньше.

От общего количества вылеченных больных от ЦВБ больший процент составляют больные гипертонической болезнью и атеросклерозом сосудов головного мозга – 69,5%, остальное число больных – 30,5%. Это больные, страдающие сосудистой мальформацией, аневризмой сосудов головного мозга, ишемической болезнью сердца с нарушением ритма, больные с почечной патологией с симптоматической гипотонией и на фоне алкогольной интоксикации. Проведенное исследование показало большое разнообразие причин инсульта.

Этиология инсульта

– Атеросклеротические и атеротромботические стенозы крупных артерий на основании мозга.

– Артеро-артериальное эмболии из атротромботических наложений приводят к окклюзии интракраниальных сосудов.

– Системные кардиогенные эмболии, которые возникают при наличии искусственных клапанов сердца, мерцательной аритмии, сердечных тромбов, дилатационной кардиомиопатии, перенесенного инфаркта миокарда, внутрисердечных шунтов.

– Липогианилоз мелких сосудов, приводящий к развитию микроангиопатии и формированию лакунарных очагов.

– К менее встречающимся причинам относятся повреждения крупных артерий шей: васкулиты, тромбоз в результате коагулопатии.

Клинические проявления

Клинические проявления зависят от пораженного артериального бассейна. Однако наиболее распространенными являются следующие симптомы:

– гемипарез и гемипарестезия на противоположенной стороне;

– афазия, апраксия, дизартрия;

– нарушение сознания;

– диплопия, головокружение, нистагм, атаксия, дисфагия, дисфония.

Ведение острого периода ишемического инсульта

Решающее значение для выбора лечебной тактики имеет ранняя диагностика ишемического или геморрагического инсульта.

Данные физикального и неврологического обследования, а также рациональное применение и правильная интерпретация лабораторных анализов позволяют выявить различные причины инсульта. Четко дифференцировать ишемический инсульт, внутримозговую гематому и субарахноидальное кровоизлияние позволяют данные компьютерной томографии мозга.

В 2010 -2012 годах в Атырауской городской поликлинике №3 пролечено 360 пациентов с цереброваскулярной патологией. Все пациенты были обследованы компьютерной томографией. Некоторым больным при необходимости была проведена ультразвуковая доплерография сосудов. Подобные диагностические обследования необходимо проводить на начале лечебных мероприятий.

Методика магнитно-резонансной томографии позволяет качественно определять очаг инфаркта даже в небольших стволовых инфарктах.

ЭКГ-диагностика необходима при мерцательной аритмии и перенесенном инфаркте миокарда – частые причины кардиогенной эмболии.

Исследование периферических артерий необходимо при атеросклерозе.

Лабораторные анализы: клинические анализы крови, оценка параметров свертывающей системы крови, анализ электролитов, биохимические анализы печеночно-почечного гомеостаза, холестерин. Если имеются клинические подозрения субарахноидального кровоизлияния при наличии нормальной компьютерной томографии головного мозга, необходима люмбальная пункция.

Лечение

Ведение острого периода ишемического инсульта включает базисную терапию и дифференцированное лечение в условиях блока интенсивной терапии.

Выделяют четыре направления тактики:

1. Стабилизация жизненно важных функций.
2. Реканализация артериальной окклюзии.
3. Профилактика повторного инсульта в раннем периоде.
4. Профилактика уменьшения вторичного повреждения нейронов.

Стабилизация жизненно важных функций включает базисное лечение и диагностический мониторинг: клинический статус, артериальное давление, температура тела, обмен глюкозы, оксигенация крови, водно-электролитный баланс, ЭКГ, печеночно-почечной гомеостаз.

Реканализация артериальной окклюзии – специфическое дифференцируемое лечение:

– восстановление проходимости сосудистого русла;

– внутривенное введение рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (РТПА) в дозе 0,9 мг/кг:

– фибринолитические ферменты назначения анкроста в течение первых трех часов от начала инсульта и дальше в течение пяти дней;

– антиагрегативная и антикоагулянтная терапии;

– нейропротекторы.

Исследования действия Кавинтона на мозговое кровообращение

Действенность препарата Кавинтон при терапии нарушений кровоснабжения мозга обусловлено тем, что он одновременно действует на несколько факторов, вызывающих нарушения. Кавинтон способствует расслаблению тонуса ишемизированных сосудов, воздействуя только в зоне ишемии, и при этом не вызывает синдрома обкрадывания, а также не влияет на уровень артериального давления. Кавинтон улучшает кровообращение в зоне ишемии. Кавинтон тормозит агрегацию тромбоцитов, увеличивает деформацию эритроцитов, что способствует обогащению мозга кислородом. Кавинтон улучшает метаболизм глюкозы, активизирует энергетический обмен нейронов.

Положительное действие Кавинтона при лечении вялотекущей ишемии отмечено при лечении пациентов в амбулаторных условиях. В Атырауской городской поликлинике №3 провели работу по изучению действия Кавинтона у больных с ухудшением кровоснабжения мозга.

Пациенты получали Кавинтон (ампулы по 2 мл по 10 мг препарата) с разведением в 400 мл физиологического раствора в виде внутривенных инфузий, капельно, медленно, со скоростью введения до 80 капель в мин., по следующей схеме: 1-3 день – 4 мл в сутки, 4-5 день – 8 мл в сутки, 6-7 день – 10 мл в сутки. С 11 дня таблетки Кавинтона форте 10 мг по 1 таб 3 раза в день (30 мг в сутки) перорально в течение 90 дней.

Зафиксировано, что пациенты, принимавшие Кавинтон внутривенно по указанной схеме, с переходом на Кавинтон форте в дозе 10 мг 3 раза в сутки на протяжении 3 месяцев, отмечали улучшение когнитивных функций (нормализация памяти, запоминание информации, концентрация внимания). Больные отмечали ясность сознания, появилась жизнерадостность. Пациенты стали вести себя более адекватно, и у них появилась воля к жизни. В результате работы, в которой были задействованы 310 больных, у 85% (265 больных) был отмечен значительный прогресс в выздоровлении.

Таким образом, совершенно не вызывает сомнений положительное влияние Кавинтона на течение церебральной сосудистой недостаточности. Было отмечено, что прогрессирование болезни было остановлено в большинстве случаев. Кроме того, экономически выгодная стоимость Кавинтона делает лечение доступным для любых слоев населения.

Кавинтон. Показания, дозировка

Применяют Кавинтон при резко возникшем или постоянном нарушении кровоснабжения головного мозга. При ишемических болезнях, различных типах инсультов, а также для улучшения состояния больного в постинсультный период, при нарушениях функционирования центральной нервной системы, вызванных склерозом сосудов, а также травмированием головного мозга. Для снятия и облегче-

ния симптомов при заболеваниях, сопровождающихся цереброваскулярной недостаточностью. Например, при забывчивости, нарушении координации. При болезнях органов зрения, спровоцированных сосудистыми изменениями, такими как атеросклероз, а также сжатием капилляров, изменениями в желтом пятне, закупорке сосудов, возвратная глаукома. При терапии тугоухости, связанной с нарушениями сосудистой сети, возрастными изменениями, появлением посторонних звуков в ушах, других нарушениях слухового аппарата. При нарушениях вегетативной системы во время менопаузы.

Обычная начальная суточная доза Кавинтона 20 мг (2 ампулы) в 400 мл инфузионного раствора. В зависимости от переносимости в течение 2-3 дней дозу можно увеличить не более чем на 1 мг/кг/день. Средняя суточная доза при массе тела 70 кг – 50 мг. При заболеваниях печени и почек коррекции дозы не требуется.

Суточная доза Кавинтона форте 30 мг (по 1 таблетке 3 раза в день по 10 мг). Максимальная суточная доза 60 мг (по 2 таблетки 3 раза в день). Курс лечения 3 месяца. Терапевтический эффект развивается приблизительно через неделю с начала приема препарата. Для достижения полного терапевтического эффекта требуется три месяца. При заболеваниях почек и печени препарат назначают в обычной дозе, отсутствие кумуляции позволяет проводить длительные курсы лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мищенко Т.С., Мищенко В.Н. Исходы инсульта // Неврологическое обозрение. – 2007. – №1 (2)
- 2 Сашина М.Б., Кадыков А.С., Черникова Л.А. По-

стинсультные болевые синдромы// Неврологическое обозрение, (2) 2007. – №1

3 Чуканова Е.И. Эффективность Кавинтона в лечении пациентов с хронической недостаточностью мозгового кровообращения. Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – №12

4 Инструкция по применению Кавинтона и Кавинтона форте

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Қ.Қ. ҚАЙМАҚОВ

№3 Атырау қалалық емханасы

ИШЕМИЯЛЫҚ САЛДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ МЕН АҒЫМЫ, СЕБЕПТІ ФАКТРЛАРЫ. КАВИНТОН ДӘРІСІНІҢ САЛ АУЫРУЫН ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНЫЛУЫ

Мақала №3 Атырау қалалық емханасында соңғы 3 жыл ішінде сал ауруымен емделгендер арасында салыстырмалы бақылау қорытындысына негізделіп, сал ауыруын кавинтон дәрісімен емдеп және оның әкелген пайдасы туралы ұсынылған.

S U M M A R Y

K.K. KAIMAKOV

Atyrau city clinic №3

CAUSATIVE FACTORS, COURSE AND OUTCOMES OF ISCHEMIC STROKE. CAVINTON DRUG APPLICATION FOR THE TREATMENT OF ISCHEMIC STROKE

Article based on a comparative evaluation of the results from analyzes of the treated patients cerebrovascular disease last three years of Atyrau city clinic № 3, the use and benefits of the drug for the treatment of stroke Cavinton.

УДК 616.831-005.4(574.5)

С.К. ЕРКЕБАЕВА

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Ясави, г. Шымкент

АНАЛИЗ СТАЦИОНАРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА ИНСУЛЬТОВ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

В данной статье представлены результаты анализа частоты инсультов в стационарах неврологического профиля, развившихся у жителей г. Шымкента и области за 2010 и 2011 гг.

Ключевые слова: инсульт, эпидемиология, профилактика.

В настоящее время инсульт является наиболее частым угрожающим жизни неврологическим заболеванием и важнейшей причиной инвалидности во всем мире. Всемирная организация здравоохранения и Всемирная федерация инсульта на Всемирном конгрессе по проблемам инсульта (2004, Канада, Ванкувер) обратились с воззванием к мировой общественности, в котором инсульт объявлен глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. Большая медико-социальная значимость проблемы сосудистых заболеваний мозга определяется их значительной долей в структуре заболеваемости и смертности населения, высокими показателями временной нетрудоспособности и первичной стойкой инвалидности [2, 5]. По данным Всемирной организации по борьбе с инсультом у каждого шестого жителя Земли в течение жизни развивается инсульт, таким образом около 17% населения земного шара заболевают инсультом.

В России заболеваемость инсультом неуклонно возрастает, а смертность от него занимает второе место в структуре общей смертности населения, уступая только

коронарной патологии. Ежегодно в мире умирают от инсульта 4,6 миллиона человек, три четверти из них – жители развитых стран. Показатели летальности при инсульте варьируют в разных регионах, составляя в среднем 40% [4].

Несмотря на определенные успехи в лечении инсульта, в первую очередь ишемического, для снижения заболеваемости и смертности необходимы профилактические меры. Осуществление стратегии высокого риска для уменьшения вероятности инсульта требует выявления и лечения лиц, имеющих повышенную угрозу развития цереброваскулярных заболеваний [6, 7]. Пути решения проблемы могут быть различными в зависимости от некоторых местных климато-географических особенностей региона.

Наиболее эффективным методом является проведение в каждом городе мониторинга собственных тенденций в отношении климата в динамике по времени для того, чтобы определить круг эффективных мер, усовершенствовать их и расширить масштабы их применения. Особое значение приобретает достоверная информация об эпидемиологических показателях инсультов, позволяющая адекватно планировать объем оказания медицинской