

Козелкин А.А., Сикорская М.В., Козелкина С.А.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА НЕЙРОМИДИН
У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ В ОСТРОМ И РАННЕМ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ**

A.A. Kozelkin, M.V. Sikorskaya, S.A. Kozelkina

**THE EXPERIENCE OF THE DRUG NEUROMIDIN IN PATIENTS
ISCHEMIC STROKE IN THE ACUTE AND EARLY RECOVERY PERIODS**

В структуре смертности в развитых странах инсульт уверенно занимает третье место после ишемической болезни сердца и онкологических заболеваний. В Украине ежегодно отмечается рост заболеваемости мозговыми инсультами - около 100 случаев на 100 тыс. населения в год. Около 70 % всех мозговых инсультов - ишемические.

Проводимые нами комплексные лечебно-реабилитационные мероприятия, в условиях ангионеврологического центра, у больных в остром периоде мозгового ишемического инсульта позволили снизить смертность до 16-19%. Основной задачей раннего восстановительного периода является восстановление утраченных двигательных речевых и других функций. Известно, что лишь 10% больных возвращается к труду, остальные становятся инвалидами, а это - большая социально-экономическая проблема. Комплексную реабилитацию необходимо начинать как можно раньше, т. к. ее своевременное начало приводит к снижению количества больных, нуждающихся в постороннем уходе после перенесенного инсульта. Учитывая сложность проведения ранних реабилитационных мероприятий, обусловленную нарушением уровня бодрствования, явлениями сенсорной афазии, сопутствующей соматической (в первую очередь кардиологической) патологией, одним из основных направлений реабилитации является применение медикаментозных средств [1].

Все вышеизложенное определяет интерес к применению препарата нейромидин (фирма Olfa) в остром и раннем восстановительном периодах ишемического мозгового инсульта.

Известно, что в основе спектра фармакологической активности нейромидина лежит комбинация двух молекулярных эффектов - блокада калиевой проницаемости мембраны и ингибирование холинэстеразы. Препарат улучшает передачу возбуждения в нервно-мышечном синапсе, увеличивает сократительную активность мышц, оказывая прямое воздействие на миофибриллы (чем не обладает классические антихолинэстеразные препараты), что обусловило в дальнейшем их совместное применение [2, 3].

Известно, что нейромидин - единственный препарат, обладающий способностью влиять на все звенья передачи возбуждения в холинэргических нейронах. Он увеличивает длительность потенциалов действия пресинаптического нервного волокна, способствует увеличению выброса медиатора в синаптическую щель, уменьшает метаболизм ацетилхолина вследствие ингибирования холинэстеразы, повышает функциональную активность постсинаптического нервного образования как путем усиления медиаторных воздействий, так и в результате прямого мембранного эффекта [4, 5].

Целью нашего исследования было выявление особенностей течения острого и раннего восстановительного периодов у больных с мозговыми ишемическими инсультами при проведении комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий с применением препарата нейромидин.

В задачи исследования входило:

- изучить динамику речевых и двигательных расстройств у больных в остром периоде мозгового полушарного ишемического инсульта;
- изучить динамику бульбарного синдрома у больных со стволовым ишемическим инсультом в остром периоде заболевания;
- провести сравнительный анализ эффективности применения нейромидина у больных с полушарными ишемическими мозговыми инсультами и стволовыми;
- разработать схему применения нейромидина в остром и раннем восстановительном периодах мозгового ишемического инсульта.

Под нашим наблюдением находилось 276 больных с мозговым ишемическим инсультом: 107 женщин и 169 мужчин, возраст больных - от 43 до 67 лет. У 118 больных ишемический мозговой инсульт был в полушариях мозга, в системе каротид, а у 158 - в стволе, в вертебро-базиллярном бассейне.

Распределение больных по этиологическим факторам было следующим:

1. Атеросклеротические и атеротромботические стенозы крупных экстракраниальных

артерий шеи и крупных артерий на основании мозга с развитием критической гипоперфузии и дистальнее стеноза - у 91 больного (33 %).

2. Системные кардиогенные эмболии, развивавшиеся у больных с искусственным клапаном сердца, мерцательной аритмией, сердечными тромбами, дилатационной кардиомиопатией, перенесенным инфарктом миокарда, внутрисердечными шунтами - у 66 человек (24 %). 3. Повреждения экстракраниальных артерий, васкулиты, тромбоз в результате коагулопатии - у 53 больных (19 %).

4. Артерио-артериальные эмболии из атеротромботических наслоений, приводящие к окклюзии интракраниальных сосудов - у 47 больных (17 %).

5. Липогиалиноз мелких сосудов, приводящий к развитию микроангиопатий и формированию лакунарных очагов - у 19 больных (7 %).

К реализующим факторам относились повышенная физическая нагрузка, психотравмирующие ситуации гипертонические кризы, злоупотребление алкоголем, курение.

Для подтверждения диагноза мозгового ишемического инсульта нами использовалось комплексное исследование больных, включающее: компьютерную томографию головного мозга, ультразвук, доплерографию экстра- и интракраниальных артерий, люмбальную пункцию (при необходимости); электрокардиография, компьютерная ЭЭГ, лабораторные анализы (анализ крови, оценка параметров свертывающей системы крови, анализ электролитов, биохимические анализы печеночно-почечного гомеостаза).

Клинические проявления у больных обследуемой группы зависели от поражения сосудистого бассейна. Наиболее распространенными были синдромы, представленные в таблице 1.

Таблица 1.

Основные синдромы у обследованных больных

Синдром	Кол-во больных	%
Гемипарез и гемиплегия на противоположной стороне	113	40,9
Афазии	25	9,0
Апраксия	27	9,8
Нарушения когнитивных функций	46	16,7
Бульбарный синдром	159	57,2

При лечении больных в остром и раннем восстановительном периодах нами использовались

общепринятые схемы базисной терапии ишемического инсульта, включающие стабилизацию жизненно важных функций, реканализацию артериальной окклюзии, профилактику и уменьшение вторичного повреждения нейронов, профилактику повторного инсульта.

Из средств дифференцированной терапии применялись:

1. Антиагреганты и антикоагулянты:

а) гепарин в малых дозах по 5 тыс. ЕД 4 раза в сутки с постепенным снижением дозы;

б) ацетилсалициловая кислота 60-300 мг в сутки.

2. Нейропротекторы (нимодипин, эмоксипин, менсидол).

3. Гемодилюция (по показаниям).

4. Симптоматическая терапия: борьба с отеком мозга, средства улучшающие микроциркуляцию.

Уже на первой неделе мозгового ишемического инсульта у больных с нормальным уровнем сознания начинали раннюю нейрореабилитацию, включающую кроме вышеперечисленных средств, средства нетрадиционной медицины – гирудотерапию, ИРТ, кроме того, с больными начинал работать психотерапевт, включались антидепрессанты (ципрамил) и логопедическая коррекция.

Учитывая наличие у обследуемых больных выраженного неврологического дефицита, особую роль в схеме нейрореабилитационной терапии мы отводили средствам, влияющим на восстановление двигательного дефицита, афазий и на другие инвалидизирующие синдромы.

В комплекс терапевтических средств был включен нейромидин в дозе 20 мг 3 раза в сутки.

Все больные были разделены на 3 группы: в 1-ю вошли пациенты, которым нейромидин был включен в комплексную терапию с 4-5 дня от начала инсульта - 90 чел.; во 2-ю - пациенты, которым нейромидин давали с 7-10 дня инсульта - 90 чел.; в 3-ю - принимавшие нейромидин после 2-й недели от начала заболевания - 96 чел.

Результаты представлены в таблицах 2 и 3.

Анализируя представленные в таблицах данные, можно с уверенностью сказать, что назначение нейромидина в первую и вторую неделю ишемического инсульта дает более выраженный эффект по сравнению с группой, где нейромидин назначался позднее двух недель от начала заболевания.

По нашему мнению, обоснованным является совместное применение нейромидина с препаратами антихолинэстеразного действия, например, в комбинации с прозеринном (по 0,5 мл в/м 2 раза в сутки). При этом оценивали эффективность в зависимости

Таблица 2

Эффективность применения нейромидина у больных с ишемическим полушарным инсультом

Эффективность	Безэфекта	Улучшение	Значительное улучшение	Безэфекта	Улучшение	Значительное улучшение	Безэфекта	Улучшение	Значительное улучшение
Синдромы	1-я группа (40 чел.)			2-я группа (40 чел.)			3-я группа (38 чел.)		
Гемипарезы	7 17,5%	16 40%	17 42,5%	3 7,5%	21 52,5%	16 40%	2 31,6%	21 42,1%	16 26,3%
Афазии	1-я группа (5 чел.)			2-я группа (3 чел.)			3-я группа (17 чел.)		
	2 40%	1 20%	2 40%	-	1 33,3%	2 66,7%	4 23,6%	12 70,6%	1 5,8%

Таблица 3

Эффективность применения нейромидина у больных с ишемическим стволовым инсультом

Синдромы	1-я группа (50 чел.)			2-я группа (50 чел.)			3-я группа (58 чел.)		
Эффективность	Безэфекта	Улучшение	Значительное улучшение	Безэфекта	Улучшение	Значительное улучшение	Безэфекта	Улучшение	Значительное улучшение
Бульбарный синдром	10 20%	26 52%	14 28%	8 16%	31 62%	11 22%	24 41,4%	27 46,6%	7 12,1%

от сроков начала приема препаратов на 7-14-21 день. Наиболее показательными были изменения степени выраженности парезов (эффективным считалось уменьшение выраженности пареза на 2-3 балла) и регресс бульбарных нарушений (дизартрия, дисфония, дисфагия, отсутствие глоточного рефлекса), отображенные на диаграммах (рис. 1, 2).

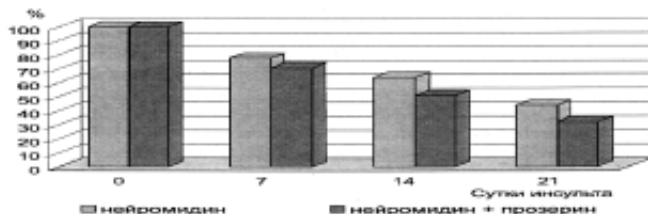


Рис. 1. Регресс двигательных нарушений в процессе лечения

Рис. 2. Регресс бульбарных расстройств в процессе лечения

Обращает на себя внимание, что регресс и двигательных нарушений и бульбарных проявлений при приеме нейромидина и при его сочетании с прозеринном имеет однонаправленный

характер, однако сочетанное применение нейромидина с прозеринном более эффективно.

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

Применение нейромидина в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта повышает эффективность проводимых комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Нейромидин положительно влияет на восстановление двигательных нарушений и бульбарного синдрома у больных с мозговым ишемическим инсультом, что обусловлено улучшением передачи возбуждения в холинергических нейронах, блокадой калиевой проницаемости и ингибированием холинэстеразы.

Нейромидин более эффективен при лечении больных с вертебробазилярными дисгемиями по сравнению с каротидными.

Целесообразно применение нейромидина с первых дней мозгового ишемического инсульта, что существенно влияет на степень и темпы восстановления неврологических расстройств.

Отмечена более выраженная эффективность нейромидина в суточной дозе 60-80 мг (1 таб. 3-4 раза) в сочетании с прозеринном у больных с мозговыми ишемическими инсультами.

Наиболее эффективная схема применения нейромидина - по 20 мг 3 - 4 раза в сутки с прозеринном в дозе 0,5 мл 2 раза в сутки на протяжении 3-4 недель.

Литература:

1. Бурчинський С.Г. Препарат нейромідин (аміридин): клініко-фармакологічна характеристика та перспективипрактичногозастосування // Ліки, No 5-6. - 2002. - С. 37-42.
2. Лаврицкая Э.Ф. Нейромидин (амиридин) - новый тип лекарственных препаратов - стимуляторов нервной и мышечной систем. - К., 2002. - 39 с.
3. Парпалій І.А. с соавт. Применение нейромидина в комплексной терапии заболеваний периферической нервной системы // Український вісник психоневрології - Т. 11, вип. 1 (34). - 2003. - С. 59-63.
4. Применение амиридина в лечении больных с черепно-мозговой травмой: Метод. рекомендации / Под ред. проф. Т. А. Дороховой и соавт. - М., 2000. - 18 с.
5. Робакидзе Т. Н. Нейробиологические основы поиска средств с базовой структурой конденсированного 4-амино-перидина для лечения нарушений памяти: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - Моск. обл., Старая Купавка, 1995. - 35 с.