

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭНЕРГОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТРАНЗИТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ АТАКАМИ

Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. На протяжении последних десятилетий медицинское сообщество стало уделять гораздо больше внимания предупреждению инсультов. Пути решения проблемы могут быть различными в зависимости от некоторых местных климато-географических особенностей региона. С целью коррекции отрицательного влияния климато-метеорологического фактора на развитие инсульта, для более детального исследования характера влияния климато-метеорологических факторов на возникновение и развитие сосудистых заболеваний головного мозга, нами изучена эффективность сезонной метеопрофилактики, с применением препарата – Цитофлавин.

Ключевые слова: транзиторная ишемическая атака, метеорологические факторы риска, сезонная метеопрофилактика.

Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. По данным ВОЗ, ежегодно от цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) умирают около 5 млн. человек [1,2].

Согласно международным эпидемиологическим исследованиям (World Development Report) по причине смерти инсульт занимает второе место после ишемической болезни сердца во всем мире и третье – в развитых странах мира, при этом является первой причиной инвалидизации в США, Европе, России [3,4].

На протяжении последних десятилетий медицинское сообщество стало уделять гораздо больше внимания предупреждению инсультов. Благодаря эффективным методам лечения и профилактики в странах Западной Европы, Канаде, Австралии, Японии смертность от инсульта за 15–20 лет снизилась на 50 %, и сейчас она составляет менее 50 случаев на 100 тыс. населения.

Смертность от инсульта в США только за период 1999–2005 гг. снизилась на 25 %.

В Европе в остром периоде умирают 15 % больных с инсультом, но у 60 % выживших отмечаются стойкие неврологические нарушения, ограничивающие их жизнедеятельность.

Тот факт что транзиторная ишемическая атака (ТИА) является предиктором инсульта известен уже давно [8]. Ими описана группа больных с тяжелыми острыми ишемическими инсультами (ОИИ), у которых в течение недели/месяца перед развитием инсульта наблюдались одна или несколько ТИА. ОИИ в течение месяца после ТИА развился почти у половины пациентов.

Анализ объединенных данных четырех независимых исследований (2416 пациентов, которые были госпитализированы по поводу ОИИ) свидетельствовал о том, что ТИА предшествовала ОИИ у 23 % больных, причем у 17 % она отмечалась в тот же день, у 9 % — накануне и у 43 % — в течение недели перед инсультом [9].

Результаты проспективного многоцентрового исследования NORTHSTAR (North West of England Transient Ischemic Attack and Minor Stroke) продемонстрировали, что в течение 90-дневного наблюдения первичная конечная точка (повторная ТИА, инсульт, острый коронарный синдром или смерть в результате сосудистого заболевания) была зафиксирована у 18 % пациентов, которые перенесли ТИА или ОИИ на протяжении 6 недель перед включением в исследование. У 100 пациентов развились повторные ТИА, у 30 — инсульты.

Таким образом, был сделан важный вывод о том, что ТИА предшествуют почти четверти ОИИ. Это означает, что ТИА, с одной стороны, являются весомым фактором риска ОИИ, а с другой — дают клиницистам уникальную возможность предупредить развитие инсульта с его катастрофическими последствиями.

По мнению ряда ученых, официальные данные статистики не в полной мере отражают состояние проблемы церебрального инсульта в Казахстане. Отсутствие достоверных продолжительных популяционных эпидемиологических исследований затрудняет планирование адекватной лечебно-профилактической помощи населению, не позволяет оценить влияние имеющихся социально-бытовых и природно-климатических условий на заболеваемость и исходы инсультов и делает невозможным сопоставление показателей заболеваемости, смертности и факторов риска развития мозговых инсультов в разных регионах Казахстана, а также с другими странами. Тем не менее, известно, что заболеваемость мозговым инсультом в различных регионах Казахстана составляет 2,5-3,7 случаев на 1000 человек в год, смертность – 1,0-1,8 случаев на 1000 человек в год [5,6].

Южный Казахстан отличается высоким уровнем рождаемости и, соответственно, интенсивным демографическим показателем роста населения. В 2010 году в области родилось 75 тысяч детей, умерло 18 тысяч людей, таким образом природный рост составил 57 тысячи это очень высокий показатель [7]. В 2011 г. в Южно-Казахстанской области увеличилось количество вызовов бригад скорой помощи по поводу острых сосудистых событий: по поводу гипертонических кризов в 2010 г. – 1011 вызовов, в 2011 г. – 2447 вызовов; по поводу острого нарушения мозгового кровообращения: в 2010 г. – 1241, 2011 г. – 1278 вызовов.

Влияние факторов погоды является строго специфичным для каждого региона и результаты исследований, полученных в одной зоне, нельзя считать равнозначными.

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 [10].

Меры профилактики метеотропных реакций для каждого больного должны быть индивидуальны и определяться медицинским погодным режимом (типом погоды), диагнозом заболевания, состоянием нервной системы больного, которые способствуют возникновению различных кризовых состояний, что особенно неблагоприятно при артериальной гипертензии. АГ является важнейшим, хорошо изученным и поддающимся коррекции фактором риска геморрагического и ишемического инсульта, соответственно и транзиторных и ишемических атак. Существенным и весьма частым осложнением течения АГ являются церебральные гипертонические кризы, являющиеся в большинстве своем предиктором ТИА.

Человек, находясь в условиях естественной внешней среды, подвергается влиянию различных метеорологических факторов: температура, влажность и движение воздуха, атмосферное давление, осадки, солнечное и космическое излучения и т. д. Перечисленные метеорологические факторы в совокупности определяют погоду.

В России и в ряде других стран из всех существующих в настоящее время критериев оценки погоды наиболее распространена комплексная классификация, предложенная И. И. Григорьевым, и дополненная Н.М. Маджидовым и В.Д. Трошиным в основу которой положены: 1) комплексы электрометеорологических элементов, 2) факторы синоптического ряда и 3) некоторые гелиогеофизические процессы в атмосфере. Этим самым была осуществлена клинко-метеорологическая и динамическая характеристика погодных факторов в установлении медицинского прогноза, что позволяет все разнообразие погодных условий по сумме и динамике показателей разбить на четыре типа. Для каждого типа погоды условно принята словесная характеристика: I — весьма благоприятная погода, II — благоприятная погода, III — неблагоприятная погода, IV — особо неблагоприятная погода. Такая морфодинамическая классификация позволяет более широко использовать прогнозы погоды для организации действенных профилактических мероприятий многих заболеваний, в том числе мозговых инсультов. При определении типа погоды учитывают уровень атмосферного давления, температуру воздуха, интенсивность ветра, относительную влажность, количество осадков, содержание кислорода в воздухе, ионный состав атмосферы и электромагнитные показатели.

Н.М. Маджидовым предложено для организации рациональной профилактики метеотропных реакций выделить медицинских погодных режимов: для погоды типа I — весьма благоприятный, типа II — благоприятный, типа III — медико-погодный усиленного контроля, типа IV — медико-погодный строгого контроля.

При I и II типах погоды обычно нет необходимости принимать специальные меры, направленные на предупреждение метеотропных реакций. В дни с погодой типов III и IV больные проводят комплекс мероприятий организационно-оздоровительного и лечебно-профилактического характера; усиленный (для погоды типа III) или строгий (для погоды типа IV) врачебный контроль ограждает больного от психоэмоциональных и физических перенапряжений, предупреждает больных от перегревания и переохлаждения.

Цель исследования: изучить клинические особенности гипертонической энцефалопатии с транзиторными ишемическими атаками и разработка сезонной метеопрофилактики с учетом погодных режимов.

Материалы и методы:

С целью коррекции отрицательного влияния климато-метеорологического фактора на развитие инсульта, для более детального исследования характера влияния климато-метеорологических факторов на возникновение и развитие сосудистых заболеваний головного мозга, нами изучена эффективность сезонной профилактики, с применением препарата — Цитофлавин, в ходе которого было проведено комплексное изучение 120 больных с гипертонической энцефалопатией на фоне артериальной гипертензии, перенесших ТИА, контрольную группу составили 110 больных репрезентативных по заболеванию, возрасту, полу, которым не проводилась сезонная метеопрофилактика.

Критериями включения в исследуемую группу были — наличие АГ I, II ст., клинических признаков гипертонической энцефалопатии, ТИА в анамнезе (не менее одной транзиторной ишемической атаки).

Оценка клинической и неврологической симптоматики проводилась при включении в исследование, после окончания курса терапии (26-30 сутки после начала приема препарата) и через месяц (56-60 сутки).

Клиническое обследование всех пациентов включало изучение жалоб, анамнеза, соматический осмотр, оценку неврологического статуса. Из инструментальных методов использовали УЗДГ экстра и интракраниальных артерий.

Для оценки тяжести состояния больного использовалась специальная карта по ведущим клиническим симптомам: динамика головной боли, артериального давления, сердцебиения, головокружения, нарушения сна, работоспособности, памяти, утомляемости, реагирования на перепады погоды в динамике до и после проведения сезонной профилактической терапии. Кроме того данная карта включала субъективную оценку самочувствия, как стабильно хорошее, периодически хорошее, перепады самочувствия и плохое самочувствие.

Анализ клинических проявлений у больных с гипертонической энцефалопатией, перенесших транзиторные ишемические атаки, находившихся под нашим наблюдением, показал, что у них преобладают признаки нарушения функции нервной системы в виде головной боли, повышенной утомляемости, ухудшения памяти, нарушения сна, снижения умственной и физической работоспособности, эмоциональной неустойчивости. Отметим, что наряду с субъективными признаками, у больных этой стадии энцефалопатии выявлены более выраженные функциональные нарушения — головокружение, постоянный шум в голове, депрессивные проявления и умеренно выраженные признаки очагового поражения структур головного мозга в виде анизорефлексии, недостаточности конвергенции, девиации языка, рефлексов орального автоматизма (табл.1).

Таблица1 - Неврологические проявления гипертонической энцефалопатии с ТИА (P±m%)

Клинические признаки	Гипертоническая энцефалопатия (P±m%)
Головные боли	90,21 ±4,4
Головокружение	58,82±5,0

Шум в голове		75,47±6,0
Нарушение памяти		72,06±5,44
Снижение умственной работоспособности		64,11±6,02
Нарушение сна		54,12±5,3
Эмоциональные нарушения		85,47±6,0
Недостаточность конвергенции		61,76±5,8
Асимметрия носогубных складок		32,35±5,6
Девияция кончика языка		5,1±2,3
Оживление сухожильных рефлексов		29,41±5,5
Анизорефлексия		8,8±2,0
Рефлексы орального автоматизма	Маринеску – Радовичи	26,47±25,3
	Хоботковый	4,4±2,4
Сочетание этих рефлексов		58,82±5,9

Головные боли явились самой частой жалобой и носили разнообразный характер: тупые, диффузные, периодически усиливающиеся до очень сильных, сопровождающиеся шумом в голове, головокружением, иногда тошнотой. Необходимо отметить, что эти головные боли были почти постоянными с усилениями при эмоциональном или физическом перенапряжении.

На шум в голове или ушах указывали 75,47±6,0% больных, чаще всего сопутствовавшие головной боли, которые были более интенсивными и постоянными.

Головокружение, ощущение неустойчивости при ходьбе, иногда связанные с резкими поворотами головы наблюдались у 58,82±5,0% больных, головокружения большей частью были кратковременными и легко компенсировались больными. В подавляющем большинстве случаев головокружению сопутствовали головные боли и сочетались с шумом в голове. Общая слабость и повышенная утомляемость отмечены у 83,9±2,2% больных, которые были как правило, в течение всего дня, почти постоянными и отсутствовала их связь с физической нагрузкой.

Нарушения памяти, преимущественно, на текущие события отмечали 72,06±5,44%. Снижение умственной работоспособности со сложностью восприятия нового материала, трудностью переключения с одного вида деятельности на другой, повышенной отвлекаемостью выявлено у 64,11±6,02% больных, жалобы на мнестические нарушения становятся одним из ведущих при ГЭ, наряду с головными болями. Снижение умственной работоспособности отмечали 64,11±6,02%. Скорее всего это обусловлено тем, что основная часть больных с 1 стадией ДЭ не вели напряженную умственную работу была предпенсионного и пенсионного возраста.

Затрудненное засыпание, поверхностный сон, тяжелые сновидения наблюдались у 54,12±5,3% больных. Инвертированный ритм сна, сопровождавшийся недостаточно глубоким ночным сном и как следствие этого – дневная сонливость. Частой жалобой у больных (85,47±6,0%) была эмоциональная лабильность, с повышенной раздражительностью, неустойчивым настроением, чувством неуверенности в своих возможностях, иногда с немотивированным страхом. Эмоциональные нарушения, отмечавшие у больных ГЭ, большей частью проявлялись подавленностью, тревожностью, чувством неуверенности, сопровождавшимся депрессивным фоном настроения.

При изучении неврологического статуса обнаруживалась рассеянная микроорганическая симптоматика. Из микроорганических симптомов у больных ГЭ следует отметить недостаточность акта конвергенции (61,76±5,8%), асимметрию носогубных складок (32,35±5,6%) или девиацию языка (5,1±2,3%).

У 58,82±5,9% больных ГЭ выявлены рефлексы орального автоматизма, среди них ладонно – подбородочный рефлекс Маринеску – Радовичи в 26,47±25,3% хоботковый в 4,4±2,4%.

Таким образом, анализ клинических проявлений гипертонической энцефалопатии с транзиторными ишемическими атаками обнаружил рассеянную очагово – органическую симптоматику. Указанная неврологическая симптоматика при ГЭ становится более стойкой и диффузной, значительно преобладают жалобы на нарушение памяти и склонность к депрессивному состоянию.

Анализ доплерограмм в обеих группах не выявил достоверных различий ни у пациентов, принимавших цитофлавин, ни у больных принимавших базовую терапию.

Цитофлавин - комплексный препарат является многокомпонентным энергокорректором. В состав цитофлавина входят 2 метаболита (янтранная кислота и инозин) и 2 кофермента-витамина – рибофлавин-мононуклеотид (витамин В²) и никотинамид (витамин РР). Благодаря тщательно подобранному и сбалансированному составу, компоненты препарата оказывают взаимопотенцирующие метаболотропное и энергокорректирующее действия, активируют сукцинатгидразное окисление, увеличивают содержание ГАМК (γ-аминомасляная кислота) в головном мозге через шунт Робертса, восстанавливают как НАД (никотинаденилдинуклеотид), так и ФАД (флавинаденилдинуклеотид)-зависимые звенья цикла Кребса, ингибируют реакции окислительного стресса. Все это в конечном итоге приводит к оптимизации цикла трикарбоновых кислот, способствуя быстрому ресинтезу АТФ (аденозинтрифосфат) и предотвращая прогрессирующее постишемического энергодефицита.

Цитофлавин назначался 120 больным основной группы по 10 мл внутривенно капельно на 200 мл 0,9 % раствора хлорида натрия – 10 дней, а затем по 2 таблетки 2 раза в день – 25 дней.

Больным контрольной группы проводилась терапия, включающая – антигипертензивные препараты, сосудистые, вазоактивные препараты, ноотропы, микроциркуляторы, антиагреганты (базисная терапия), без Цитофлавина.

Все эти мероприятия проводились пациентам в периоды II погодного режима – благоприятного типа. Результаты лечения регистрировались в специальной анкете в динамике до и после лечения.

Результаты исследования:

В результате проведенных мероприятий улучшение состояния отмечалось в 96% случаях, при этом 64% больных дали оценку как «очень хорошая». Улучшение сопровождалось уменьшением частоты головных болей на 68%, ослаблением интенсивности и длительности головной боли, головокружения, стабилизации АД. Значительно уменьшилась частота кризов, сопровождающаяся резким повышением АД, а также уменьшилось количество перепадов АД. Кроме того значительно улучшились психо – эмоциональные нарушения, улучшилось самочувствие у 79% больных. Больные отмечали улучшение сна в виде углубления и увеличения продолжительности ночного сна и улучшения таких параметров, как работоспособность, памяти, уменьшением утомляемости.

Результаты клинического исследования влияния Цитофлавина на динамику основных клинических симптомов представлены в табл.2.

Таблица 2 - Показатели основных неврологических симптомов

Клинические признаки	Цитофлавин (n=120)			Базисная терапия (n=110)			
	1-е сутки	30-е сутки	60-е сутки	1-е сутки	30-е сутки	60-е сутки	
Головные боли	90,21±4,4	70,34±3,9	78,01±4,1	90,21±4,4	88,34±3,9	90,06±4,0	
Головокружение	58,82±5,0	48,56±4,1	50,25±4,3	58,82±5,0	56,64±4,3	58,56±4,7	
Шум в голове	75,47±6,0	52,20±5,3	55,34±5,6	75,47±6,0	70,23±5,2	73,82±5,3	
Нарушение памяти	72,06±5,44	57,18±4,9	60,08±5,3	72,06±5,44	68,56±5,11	70,32±5,2	
Снижение умственной работоспособности	64,11±6,02	55,24±5,4	57,43±5,5	64,11±6,02	60,09±5,6	63,89±5,5	
Нарушение сна	54,12±5,3	40,31±4,7	45,53±4,8	54,12±5,3	45,17±4,9	51,46±5,1	
Эмоциональные нарушения	85,47±6,0	51,72±5,2	66,23±5,1	85,47±6,0	61,39±5,7	76,18±5,8	
Недостаточность конвергенции	61,76±5,8	59,21±5,1	60,24±5,3	61,76±5,8	61,25±4,8	61,56±5,6	
Асимметрия носогубных складок	32,35±5,6	31,41±4,8	32,1±5,0	32,35±5,6	32,0±5,3	32,23±5,5	
Девияция кончика языка	5,1±2,3	5,0±1,8	5,09±2,1	5,1±2,3	5,07±2,0	5,1±2,0	
Оживление сухожильных рефлексов	29,41±5,5	19,26±4,7	21,47±5,3	29,41±5,5	25,72±5,1	28,07±5,3	
Рефлексы орального автоматизма	Маринеску – Радовичи	26,47±25,3	26,40±23,1	26,44±23,9	26,47±25,3	26,44±24,2	26,46±25,0
	Хоботковый	4,4±2,4	4,23±1,6	4,3±2,2	4,4±2,4	4,4±2,1	4,4±2,4
Сочетание этих рефлексов	58,82±5,9	55,8±5,1	57,01±4,7	58,82±5,9	58,8±4,8	58,8±5,0	

В контрольной группе улучшение самочувствия на фоне базисной терапии наблюдалось в 52% случаях.

Оценка результатов как «неудовлетворительная» была отмечена в 4% в основной группе и 48% в контрольной группе.

У 9% больных в контрольной группе несмотря на проводимые базисные мероприятия развился церебральный инсульт в III погодном режиме – режим «усиленного контроля» и IV погодном режиме – «строгого контроля».

Выводы

В результате проведенного исследования получены достоверные сведения свидетельствующие о высокой эффективности медикаментозной метеопрофилактики сосудистых расстройств в мозге, проведенной с учетом погодных типов.

Энергокорректирующая терапия цитофлавином может быть назначена больным артериальной гипертензией и транзиторными ишемическими атаками в качестве профилактической терапии в периоды II погодного режима – благоприятного типа, которая предотвращает прогрессирование сосудистой мозговой недостаточности и развитие инсульта. Положительный клинический эффект цитофлавина сохраняется в течение 90 суток, если прием препарата начинать с внутривенного введения 10 мл препарата в 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия — 10 дней, а затем поддерживать его действие пероральным приемом по 2 таблетки 2 раза в день в течение 25 дней, т.е. повторно назначать данный препарат с профилактической целью можно после интервала в 90 дней.

Таким образом, полученные результаты нашего исследования, продемонстрировали что проведение своевременной сезонной метеопрофилактики с учетом погодных режимов с применением энергокорректирующих препаратов, способствует профилактике инсультов у больных гипертонической энцефалопатией с транзиторными ишемическими атаками.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Скворцова В.И., Евзельман М.А. – 2006. - Ишемический инсульт, Орел.
- 2 Гусев Е.И., Скворцова В.И., Килюковский и др. Проблема инсульта в Российской Федерации // Качество жизни. - Медицина. – 2006. – №2. – С. 10-14.
- 3 Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007. – Спец. вып. – С. 25-29.
- 4 Хайбуллин Т.Н., 2011
- 5 Жусупова А.С. Инсульт – глобальная проблема отечественной неврологии // Журн. Человек и Лекарство – Казахстан. – 2011. – Вып. 3, №3. – С. 6-9.Юд
- 6 Абсеитова С.Р. Современное состояние проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Южно-Казахстанской области // Материалы 111 съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – 2007. – Т. 1, Ч. 1. – С. 21-23.
- 7 Татимов М., Қазақ даналары, Газета-Оңтүстік Қазақстан, 25.02.2012
- 8 Fisher M. - 1951, Marshall J. - 1964
- 9 Rothwell P.M., Warlow C.P. - 2005.
- 10 Carlos Dora, координатор ВОЗ по мерам оздоровления окружающей среды, Департамент общественного здравоохранения и окружающей среды.

С.Қ ЕРКЕБАЕВА

ТРАНЗИТОРЛЫ ИШЕМИЯЛЫҚ ШАБУЫЛДАРЫ БАР НАУҚАСТАРДА ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЭНЕРГОКОРРЕГИРЛЕУШІ ТЕРАПИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Бас миының қан-тамыр ауруларының жоғары таралуына және ауыр асқынуларына байланысты маңызды әлеуметтік және медициналық мәселе болып табылады. Соңғы онжылдықта медициналық қауым инсульттің алдын алу шараларына көп көңіл бөлуде. Мәселенің шешілу жолдары аймақтың жергілікті климаттық-географиялық ерекшеліктеріне байланысты әртүрлі болуы мүмкін. Инсульттің туындауына климаттық-метеорологиялық фактордың кері әсерін коррекциялау мақсатында, бас миының қан-тамыр ауруларының пайда болуы мен дамуына климаттық-метеорологиялық факторлардың әсер ету сипатын түбегейлі зерттеу үшін Цитофлавин препаратын қолданып, мезгілдік метеопрофилактиканың тиімділігін анықтадық.

Кілт сөздер: транзиторлы ишемиялық шабуыл, метеорологиялық қауіп факторы, мезгілдік метеопрофилактика

S.K.ERKEBAEVA

CLINICAL EFFICIENCY OF PREVENTIVE POWER FORWARD THERAPY USED FOR PATIENTS WITH TRANSITIONAL ISCHEMIC ATTACKS

Resume: Vascular diseases of a brain because of their high abundance and serious consequences for health of the population are the major medical and social problem. For the last decades the medical community began to give much more attention to the prevention of strokes. Solutions of the problem can be various. They depend on some local climate and geographical features of the region. To correct the negative influence of a climate-and-meteorological factor on stroke development, for more detailed research of climate and meteorological factors influence nature on emergence and development of vascular diseases of a brain, the effectiveness of seasonal prophylaxis is studied with drug application – Cytophavin.

Keywords: transitional ischemic attack, meteorological risk factors, seasonal meteoroprophylactics.