

Для оценки эффективности предложенного метода (ОГ) проведено сравнение с традиционно используемой технологией (ГКС). К окончанию операции произошло одностороннее повышение ЦВД как в ОГ, так и в ГКС: 8 (7-11) мм рт. ст. и 9 (6-12) мм рт. ст. снижение ударной работы левого желудочка и ударной работы правого желудочка в обеих группах. Изменение сердечного индекса (СИ) происходило в обеих группах к окончанию операции. В ОГ прирост СИ составил 44%, а у пациентов ГКС — 30%. Мы связываем это с улучшением прогревания миокарда на этапе восстановления сердечной деятельности. Индекс общего периферического сопротивления сосудов в ОГ к окончанию операции снизился на 40%, а в ГКС — на 31% ($p > 0,05$). КФК МБ крови в первые сутки послеоперационного периода в ОГ составил 23,5 (11,3-50) МЕ/л, а в ГКС достоверно выше — 34,9 (14,4-63) МЕ/л ($p = 0,01$). У 18-ти пациен-

тов (78,3%) ОГ зафиксировано самостоятельное восстановление сердечной деятельности, а в ГКС — только у девяти (30,1%) ($pf < 0,05$). В ОГ у 22 (95,7%) не развилось нарушений ритма после запуска сердца, а в ГКС — у 17 (73,9%) ($pf = 0,04$). В ОГ инотропная поддержка в течение первых суток послеоперационного периода прекращена у 14 пациентов (60,9%), а в ГКС — у четверых (17,4%) ($pf < 0,05$).

Таким образом, введение перлинганита в магистраль управляемой реперфузии на этапе перфузирования миокарда тёплой оксигенированной кровью позволяет увеличить СИ на 14% в раннем послеоперационном периоде и повысить частоту самостоятельного восстановления сердечной деятельности на 39,2%, снизить частоту возникновения аритмии на 13,1% и снизить длительность проведения инотропной поддержки на 52,5% в раннем послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксельрод Б.А., Толстова И.А., Зайцева С.В. и др. Нарушения микроциркуляции во время операций реваскуляризации миокарда // XI съезд Федерации анестезиол. и реаниматол. СПб. — 2008. — С. 330.
2. Акчурина Р.С., Беляев А.А., Ширяев А.А. и др. Малоинвазивное коронарное шунтирование: операция по строгим показаниям, а не панацея // Кардиология. — 1998. — № 8. — С. 32-38.
3. Бураковский В.И., Лишук В.А., Керцман В.П. Основные итоги изучения острых расстройств кровообращения и дальнейшие шаги в исследовании сердечной недостаточности // Грудная и серд.-сосуд. хирургия — 1991. — № 7. — С. 3-12.
4. Куропеев И.С. Является ли искусственное кровообращение прерогативой перфузиолога? // XI съезд Федерации анестезиол. и реаниматол. СПб. — 2008. — С. 404.
5. Локишин Л.С., Лурье Г.О., Дементьева И.И. Искусственное и вспомогательное кровообращение в сердечно-сосудистой хирургии. — М.: Пресса, 1998. — 217 с.
6. Шиганов М. Ю., Волчков В.А., Осовских В.В. Влияние режима искусственного кровообращения на течение перфузии и послеоперационного периода // XI съезд Федерации анестезиол. и реаниматол. СПб. — 2008. — С. 490.
7. Kirklin J.K. Changing leadership for the journal of heart and lung transplantation // J Heart Lung Transplant. — 2009. — Vol. 28, № 3. — P. 211 — 212.

Адрес для переписки: 664079, г. Иркутск, м-н Юбилейный, 100.

Горбачёв Владимир Ильич — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии Иркутского ГИУВа.

Михайлов Алексей Владимирович — аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии Иркутского ГИУВа, врач анестезиолог — реаниматолог отделения анестезиологии и реаниматологии № 2 Иркутской ордена «Знак почёта» областной клинической больницы.
E-mail: alexis100@rambler.ru

© СУВОРОВА И.А. — 2009

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЦЕРЕБРОЛИЗИНОМ ПРИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕМЕНЦИИ

И.А. Суворова

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра неврологии и нейрохирургии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. С целью изучения эффективности и безопасности длительной терапии церебролизином при постинсультной деменции было обследовано 48 пациентов в возрасте от 59 до 77 лет с легкой и умеренной деменцией. Было проведено открытое исследование влияния трехлетней курсовой терапии церебролизином на замедление прогрессирования когнитивных нарушений у пациентов с постинсультной деменцией. Эффективность и безопасность препарата оценивали клинически, а также по общепринятым шкалам и нейропсихологическим тестам. Установлена высокая терапевтическая эффективность длительной терапии церебролизином, проявляющаяся улучшением когнитивных, функциональных и двигательных функций пациентов при различной степени тяжести деменции на раннем и отдаленном этапах терапии. Длительная терапия позволяет предотвратить прогрессирование когнитивных нарушений и замедлить развитие постинсультной деменции.

Ключевые слова: постинсультная деменция, церебролизин, когнитивные нарушения.

EFFICACY OF PROLONGED COURSE OF CEREBROLYSIN THERAPY IN POSTSTROKE DEMENTIA

I.A. Suvorova

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. To study efficacy and safety of prolonged course of cerebrolysin therapy in poststroke dementia, 48 patients, aged 59-77 years, with mild and moderate dementia have been studied. A potential of 3-years course of cerebrolysin therapy to slow down the progression of cognitive impairment in patients with poststroke dementia has been studied in the open study. Efficacy and safety of cerebrolysin were assessed clinically and with a battery of widespread scales and neuropsychological tests. The improvement of cognitive, functional and motor activities in patients with mild and moderate dementia indicate the high effectiveness of cerebrolysin. A prolonged therapy allows to prevent the progression of cognitive impairment and development of poststroke dementia.

Key words: poststroke dementia, cerebrolysin, cognitive impairment.

Сосудистые поражения головного мозга считаются второй по частоте (после болезни Альцгеймера) причиной деменции у лиц пожилого возраста. Однако в России, Финляндии и Японии сосудистая деменция встречается чаще, чем болезнь Альцгеймера. В Европе деменция выявляется у 5-8% пожилых пациентов, и с увеличением возраста, каждые 10 лет, распространенность деменции возрастает в 2 раза [12]. В нашей стране частота сосудистой деменции среди лиц старше 60 лет достигает 5,4% [2].

Одним из частых вариантов сосудистой деменции является постинсультная деменция [4]. Частота постинсультной деменции колеблется от 6 до 32%, и повышенный риск возникновения деменции у лиц, перенесших инсульт, сохраняется в течение нескольких лет после инсульта. В клинических исследованиях доля пациентов с деменцией спустя год после инсульта варьирует от 9 до 17 %, после трех лет — от 24 до 28 %, спустя 5 лет — 32 % [13,14]. Таким образом, в 5-летней перспективе риск развития деменции у лиц, перенесших инсульт, оказывается примерно в 4-5 раз выше, чем в общей популяции [13]. В связи с высокими показателями заболеваемости мозговым инсультом можно ожидать увеличение распространенности постинсультной деменции, и очевидно, что в России именно сосудистая деменция становится особо актуальной медико-социальной проблемой, т.к. уровень когнитивного дефицита определяет прогноз социальной и трудовой дезадаптации больных [1].

Между тем современные возможности терапии деменции способны предотвратить или замедлить прогрессирование когнитивных нарушений у пациентов и улучшить их социальную адаптацию [5,6]. В настоящее время применимо понятие базисной терапии деменции, которая включает методы лечения, направленные на предупреждение дальнейшего повреждения головного мозга и обеспечивающие длительную стабилизацию или замедление снижения когнитивных функций в условиях прогрессирования патологического процесса [8]. Основными принципами базисной терапии постинсультной деменции являются ранняя адекватная коррекция сосудистых факторов риска (антигипертензивная терапия, лечение гиперлипидемии, сахарного диабета, ИБС), а также раннее применение и длительный прием антидементных препаратов, т.к. лечебный потенциал средств базисной терапии деменции выше на ранних стадиях патологического процесса, и только длительный прием антидементных препаратов позволит поддерживать бытовую независимость пациентов и предупредить прогрессирование когнитивных нарушений [6].

В настоящее время представления о средствах базисной терапии деменции систематизированы и определены их основные критерии: 1) эффективность препарата должна быть показана в многоцентровых плацебо-контролируемых исследованиях продолжительностью не менее 6 мес., 2) эффективность препарата должна быть клинически значимой, т.е. эффективность препарата должна быть подтверждена не только улучшением когнитивных функций (при нейропсихологическом тестировании), но и улучшением функциональной повседневной активности и бытовой независимости пациента, 3) эффективность препарата должна проявляться в долгосрочной перспективе, 4) клиническая эффективность препарата должна определяться не только симптоматическим, но и патогенетическим действием, включающим нейропротективный эффект [5,6]. Указанным критериям, несомненно, соответствует церебролизин — препарат, обладающий доказанным нейропротективным действием и нейротрофической активностью. В серии выполненных в мире рандомизированных клинических исследований была доказана эффективность церебролизина при лечении различных форм деменции [17,18]. Проведенные исследования также показали, что терапевтическая эффективность препарата сохраняется в

течение 2-6 месяцев после завершения терапии. Данные последних выполненных в России клинических исследований долговременной эффективности церебролизина (2 курса в течение 6 месяцев и 4 курса в течение 22 месяцев) свидетельствуют о модифицирующем влиянии препарата на течение патологического процесса на стадии легкой-умеренной деменции. Повторные курсы лечения закрепляют первоначальный терапевтический эффект и приводят к более выраженному улучшению по сравнению с уровнем, которого удалось достичь в результате предыдущего курса терапии [3,16].

Целью нашего исследования явилось изучение клинической эффективности и безопасности трехлетней курсовой терапии церебролизином и влияния длительности терапии на замедление прогрессирования когнитивных нарушений у пациентов с постинсультной деменцией.

Материалы и методы

Обследовано 48 пациентов с постинсультной деменцией легкой и умеренной степенями тяжести (20 мужчин и 28 женщин, средний возраст — $64,3 \pm 5,9$ года). Деменция у пациентов данной группы развилась в первые 6 месяцев после перенесенного инсульта (среднее время от развившегося инсульта до постановки диагноза «постинсультная деменция» — $5,1 \pm 1,4$ месяца). Средняя длительность деменции составила $2,65 \pm 1,5$ года. Диагноз постинсультная деменция был установлен согласно критериям МКБ-10 [21] и критериям NINDS—AIREN [19]. Диагноз «вероятная» сосудистая деменция был подтвержден нейровизуализационными признаками цереброваскулярного заболевания, выявленными при МРТ головного мозга и критериями Центров по диагностике и лечению болезни Альцгеймера штата Калифорния — California Alzheimer's Diagnostic and Treatment Centers, ADDTC [7]. Данные критерии предусматривают подтипы деменции в зависимости от локализации инфарктов (кортикальные, белое вещество, перивентрикулярные, базальные ганглии, таламус), объема, пораженного сосуда, механизма (хроническая ишемия, инфаркт), этиологии (эмболия, атеросклероз, гипоперфузия). Для подтверждения сосудистого характера деменции проводилась оценка по модифицированной шкале ишемии Hachinski. Все пациенты с учетом критериев внезапного начала, постепенного прогрессирования, наличия артериальной гипертензии, инсульта в анамнезе и очаговой неврологической симптоматики имели оценку по этой шкале свыше 7 баллов. Степень тяжести деменции оценивалась по шкале оценки психического статуса MMSE [10]. В исследование было включено 25 пациентов с легкой деменцией (20-24 балла по шкале MMSE) и 23 пациента с деменцией умеренной степени тяжести (10-19 баллов по шкале MMSE).

Всем пациентам было проведено комплексное клиничко-неврологическое и нейровизуализационное обследование.

Клиническое обследование пациентов включало исследование соматического и неврологического статуса; для объективизации тяжести состояния, выраженности очагового неврологического дефицита применяли шкалу инсульта Национального института здоровья (NIHSS). Степень выраженности функциональных нарушений определяли по модифицированной шкале Rankin. Для объективизации когнитивных и функциональных нарушений у пациентов с постинсультной деменцией проводилось детальное нейропсихологическое обследование с использованием психометрических шкал.

Нейровизуализационное исследование проводилось с помощью магнитно-резонансной томографии головного мозга. Оценка очаговых изменений включала выявление постинсультных корковых и подкорковых очагов, определялось их количество, локализация. Оценка диффузных изменений белого вещества (лейкоареоза)

Таблица 1

Основные клинические показатели пациентов с постинсультной деменцией в начале наблюдения, $M \pm \delta$

	Легкая деменция (n=25)	Умеренная деменция (n=23)	p
Средний возраст, лет	61,2 $\pm$ 5,6	67,4 $\pm$ 7,4	<0,01
Шкала Hachinski, балл	9,6 $\pm$ 2,9	9,6 $\pm$ 3,1	>0,05
Шкала Rankin	1,7 $\pm$ 0,7	1,9 $\pm$ 0,5	>0,05
NIHSS, общий балл	2,7 $\pm$ 1,9	3,05 $\pm$ 2,1	>0,05
MMSE, общий балл	22,1 $\pm$ 3,8	15,8 $\pm$ 2,6	<0,001
ADAS-cog +, общий балл	23,1 $\pm$ 7,4	27,6 $\pm$ 7,7	>0,05

проводилась в соответствии с рейтинговой шкалой F. Fazecas [9].

Изучение клинической эффективности длительной терапии церебролизином у пациентов с постинсультной деменцией проводилось в рамках открытого нерандомизированного исследования. Пациенты были распределены на две группы, в зависимости от степени тяжести деменции. Распределение пациентов на группы с легкой и умеренной деменцией позволило изучить сравнительную эффективность церебролизина при различной степени тяжести деменции. Всем пациентам были назначены инфузии церебролизина, который вводили внутривенно капельно по 20 мл в 100,0 мл изотонического раствора хлорида натрия. В общей сложности, было произведено 20 инфузий за один курс терапии. Курсовая терапия церебролизином продолжалась в течение всего периода наблюдения длительностью 36 месяцев, в общей сложности было проведено 5 курсов терапии длительностью по 4 недели каждый. Осуществление визитов для проведения клинической оценки проводилось в следующие временные точки: визит 1 (день 0) — исходный визит перед первым курсом лечения, визит 2 (через 6 мес.) после второго курса лечения, визит 3 (через 12 мес.) после третьего курса лечения, визит 4 (через 24 мес.) после четвертого курса лечения, визит 5 (через 36 мес.) после пятого курса лечения.

Оценка эффективности терапии церебролизином проводилась на каждом визите наблюдения при помощи нейропсихометрических шкал. После завершения курсов терапии всем пациентам была проведена повторная оценка выраженности очагового неврологического дефицита по NIH Stroke Scale и определена степень функционального восстановления по шкале Rankin. Оценка безопасности терапии включала показатели жизненно важных функций пациента и учет любых нежелательных явлений.

Влияние церебролизина на степень тяжести деменции и когнитивные функции оценивали с помощью шкалы MMSE; для выявления у пациентов сравнительно легких когнитивных нарушений, а также для оценки зрительного внимания и исполнительных функций использовали модифицированную шкалу оценки болезни Альцгеймера, ее когнитивную часть — Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale, ADAS-cog+ [20]; для оценки функциональных возможностей, повседневной активности и бытовой адаптации пациентов с деменцией использовали опросник для оценки повседневной активности пациентов — Alzheimer's Disease Cooperative Study Assessment of Daily Living, ADCS-ADL [11].

Статистическая обработка материала исследования осуществлялась общепринятыми методами статистики с использованием статистического пакета STATISTICA 6.0. Результаты представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения. Оценка значимости статистических различий проводилась с помощью t-критерия Стьюдента. Критический уровень значимости не менее 95% ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

На момент начала наблюдения средний возраст пациентов с умеренной деменцией был значимо выше, чем у пациентов с деменцией легкой степени ($p < 0,01$). Значения показателей по шкале ишемии были одинаковыми у пациентов обеих групп. В начале наблюдения показатели выраженности неврологического дефицита и степени функциональных нарушений были выше у пациентов с умеренной деменцией, чем у пациентов с деменцией легкой степени, однако различия показателей между группами значимыми не были ($p > 0,05$). У пациентов обеих групп наблюдались постинсультные двигательные нарушения, соответствующие легкому и умеренно выраженному парезу конечностей. В группе пациентов с легкой деменцией преобладали пациенты с легкими нарушениями жизнедеятельности или отсутствием таковых, тогда как в группе пациентов с деменцией умеренной степени большинство пациентов нуждалось в посторонней помощи, и уровень нарушения жизнедеятельности у них соответствовал умеренным нарушениям по шкале Rankin. Сравнительный анализ показателей нейропсихологического тестирования выявил различия в группах пациентов. Суммарная оценка баллов по шкале MMSE была значимо выше у пациентов с деменцией легкой степени ($p < 0,001$), общий балл по шкале ADAS-cog + был выше у пациентов с деменцией умеренной степени, чем у пациентов с легкой деменцией, однако различия показателей между группами значимыми не были ($p > 0,05$) (табл. 1).

Трехлетний курс терапии и наблюдения закончили 46 пациентов, выход 2 пациентов из группы с деменцией легкой степени был связан с административными причинами.

Оценка эффективности терапии церебролизином по шкале MMSE. У пациентов обеих групп за время наблюдения было отмечено улучшение когнитивных функций на каждом их этапах терапии по сравнению с исходным уровнем (табл. 2).

Сравнение эффективности терапии церебролизином в группах пациентов с различной степенью тяжести

Таблица 2

Эффективность церебролизина по шкале MMSE у пациентов с постинсультной деменцией за время наблюдения, $M \pm \delta$

Показатель MMSE	1 визит	2 визит	3 визит	4 визит	5 визит
Ориентация					
- легкая	8,3 $\pm$ 1,2	8,4 $\pm$ 1,7	8,9 $\pm$ 1,9	9,1 $\pm$ 2,6	9,6 $\pm$ 2,6*
- умеренная	5,15 $\pm$ 1,4	6,8 $\pm$ 2,2**	6,6 $\pm$ 2,4*	6,6 $\pm$ 1,9**	7,1 $\pm$ 1,8***
Запоминание					
- легкая	2,7 $\pm$ 1,4	2,9 $\pm$ 1,1	2,9 $\pm$ 1,1	3,0 $\pm$ 1,1	2,9 $\pm$ 1,1
- умеренная	2,3 $\pm$ 0,8	2,6 $\pm$ 0,6	2,6 $\pm$ 0,6	2,6 $\pm$ 0,6	2,7 $\pm$ 0,4
Внимание и счет					
- легкая	2,6 $\pm$ 1,4	3,4 $\pm$ 1,1*	3,3 $\pm$ 1,2	3,4 $\pm$ 1,25	3,8 $\pm$ 1,15**
- умеренная	1,2 $\pm$ 0,9	1,2 $\pm$ 1,5	1,4 $\pm$ 1,3	1,6 $\pm$ 1,3	1,6 $\pm$ 1,3
Воспроизведение					
- легкая	1,7 $\pm$ 0,6	1,8 $\pm$ 0,6	2,2 $\pm$ 1,5	2,2 $\pm$ 1,6	2,2 $\pm$ 1,4
- умеренная	1,05 $\pm$ 1,4	1,2 $\pm$ 1,04	1,2 $\pm$ 1,04	0,8 $\pm$ 0,9	1,0 $\pm$ 0,8
Повторная речь					
- легкая	6,7 $\pm$ 1,6	6,6 $\pm$ 1,8	7,1 $\pm$ 1,6	7,3 $\pm$ 1,7	7,5 $\pm$ 1,8
- умеренная	5,6 $\pm$ 1,2	7,0 $\pm$ 1,2	6,2 $\pm$ 1,04*	6,2 $\pm$ 0,8	6,2 $\pm$ 0,8*
Общий балл					
- легкая	22,1 $\pm$ 3,8	24,3 $\pm$ 4,9	25,0 $\pm$ 4,1*	25,6 $\pm$ 4,9*	25,8 $\pm$ 4,8*
- умеренная	15,8 $\pm$ 2,6	16,6 $\pm$ 3,2	16,4 $\pm$ 3,3	16,4 $\pm$ 3,3	17,3 $\pm$ 3,5

Примечание: различия в группах по сравнению с первым визитом значимы: * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$, *** — $p < 0,001$.

Таблица 3

Эффективность церебролизина по шкале ADAS-cog+ у пациентов с постинсультной деменцией за время наблюдения, М±δ

Показатель MMSE	1 визит	2 визит	3 визит	4 визит	5 визит
Память, обучение, усвоение информации					
- легкая	5,8±2,4	5,4±2,3	3,7±1,9**	4,0±2,2*	3,25±2,4***
- умеренная	5,0±2,7	3,25±2,3*	3,2±2,0*	2,8±1,7**	2,3±2,5**
Конструктивный праксис					
- легкая	1,8±0,7	0,8±0,7	1,4±0,7	1,0±0,7***	1,0±0,5***
- умеренная	1,3±1,2	1,3±0,8	1,5±1,0	1,4±0,6	1,4±1,3
Идеаторный праксис					
- легкая	0,4±0,5	0,6±0,2	0,4±0,5	0,1±0,2**	0,1±0,2**
- умеренная	1,5±0,8	0,75±0,9	0,6±0,8***	0,5±0,8***	0,6±1,7***
Качество речи					
- легкая	1,4±0,8	1,5±0,9	1,1±0,8	1,0±0,9	0,75±0,9*
- умеренная	1,6±0,9	1,2±1,0	1,0±0,7	0,7±0,8**	0,7±1,4**
Понимание речи					
- легкая	1,4±0,7	1,1±0,6	1,1±0,4	0,8±0,6**	0,75±0,7**
- умеренная	2,0±0,5	1,3±0,6	1,3±0,7	1,1±0,7***	1,1±1,5***
Зрительное внимание					
- легкая	2,4±1,2	1,75±1,4	2,0±1,0	1,4±0,9**	1,4±1,2**
- умеренная	3,1±1,15	3,2±1,4	2,8±1,15	1,7±1,4**	1,0±1,6***
Исполнительные функции					
- легкая	2,1±1,6	1,25±1,1	0,5±0,5	0,5±0,5***	0,25±0,5***
- умеренная	2,0±1,2	1,3±1,5	1,5±1,3	0,6±0,8***	0,4±1,6***
Общий балл					
- легкая	23,1±7,4	18,25±8,1	17,1±6,7**	15,8±5,8***	13,25±7,6***
- умеренная	27,6±7,7	21,6±9,2	21,0±9,0*	17,1±10,5***	15,8±8,4***

Примечание: различия в группах по сравнению с первым визитом значимы: * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$, *** — $p < 0,001$.

деменции выявило наличие различий между ними, проявляющееся во времени значимого улучшения общего балла, в группе пациентов с легкой деменцией оно отмечалось в середине курсов терапии и было более выраженно. На отдаленном этапе наблюдения прирост общего балла остается более выраженным у пациентов с легкой деменцией, чем у пациентов с деменцией умеренной степени. На отдаленном этапе наблюдения сохранялось улучшение показателя ориентации независимо от степени тяжести деменции, однако в группе пациентов с умеренной деменцией прирост балла по этому показателю был более выраженным. У пациентов с легкой деменцией в большей степени, чем при умеренной деменции, улучшился показатель внимания. В равной степени в обеих группах пациентов улучшился показатель запоминания. У пациентов с умеренной деменцией в большей степени, чем при легкой, улучшились показатели повторной речи.

Оценка эффективности терапии церебролизинном по шкале ADAS-cog+. У пациентов обеих групп в середине курсов терапии было отмечено значимое улучшение общего балла, т.е. его снижение, по шкале ADAS-cog+. На отдаленном этапе наблюдения снижение общего балла было более выраженным у пациентов с умеренной деменцией (табл. 3). Сравнение эффективности терапии церебролизинном в группах пациентов с различной степенью тяжести деменции показало наличие различий между ними. В группе пациентов с деменцией легкой степени в большей степени, чем при умеренной, улучшились показатели, характеризующие память, обучение, усвоение новой информации и конструктивного

праксиса. В группе пациентов с деменцией умеренной степени в большей степени, чем при легкой деменции, улучшились показатели идеаторного праксиса, зрительного внимания и исполнительных функций. В равной степени в обеих группах пациентов улучшились показатели качества и понимания обращенной речи.

Оценка эффективности терапии церебролизинном по шкале ADL. У пациентов обеих групп в середине курсов терапии произошло улучшение показателей функциональных возможностей и повседневной активности, и достигнутые улучшения сохранялись на отдаленном этапе наблюдения. Сравнение эффективности терапии церебролизинном в группах пациентов с различной степенью тяжести деменции показало наличие различий между ними. В группе пациентов с деменцией умеренной степени в большей степени, чем при легкой, улучшились показатели интеллектуального функционирования, двигательной повседневной активности и способности пациента к самообслуживанию. В равной степени в обеих группах пациентов улучшился показатель повседневного общения. У пациентов с умеренной деменцией ко времени завершения терапии отмечено значимое улучшение большего количества показателей шкалы, чем при деменции легкой степени тяжести. Отсутствие изменений многих показателей у пациентов с легкой деменцией можно объяснить их достаточной сохранностью к моменту начала терапии.

Оценка эффективности терапии церебролизинном по шкалам Rankin и NIHSS. У пациентов обеих групп на отдаленном этапе наблюдения сохранялось статистически значимое улучшение по шкале Rankin, что свидетельствовало о более полной степени функционального восстановления (табл. 4).

У пациентов обеих групп на отдаленном этапе наблюдения произошло восстановление неврологических функций, уменьшилась выраженность двигательных нарушений. Улучшение показателей общего состояния пациентов, т.е. снижение общего балла по шкале NIHSS, за время наблюдения произошло в обеих группах пациентов, однако у пациентов с легкой деменцией снижение балла по шкале NIHSS было более выраженным, чем у пациентов с умеренной деменцией.

Таким образом, анализ эффективности длительной терапии церебролизинном у пациентов с постинсультной деменцией показал ее положительное влияние на когнитивные, функциональные и двигательные функции пациентов при различной степени тяжести деменции на раннем и отдаленном этапах терапии. Нами были выявлены особенности влияния препарата на когнитивные и функциональные составляющие в зависимости от степени тяжести деменции и этапа терапии. На фоне терапии церебролизинном улучшение когнитивных функций на любом из этапов терапии более выражено при легкой деменции.

Таблица 4

Эффективность церебролизина по шкалам Rankin и NIHSS у пациентов с постинсультной деменцией за время наблюдения, М±δ

Показатели	1 визит	5 визит	p
Шкала Rankin			
- легкая	1,7±0,7	1,4±0,5	< 0,01
- умеренная	1,9±0,5	1,5±0,6	< 0,001
NIHSS, двигательные нарушения			
- легкая	1,5±1,4	1,1±1,1	> 0,05
- умеренная	1,75±1,8	1,5±1,5	> 0,05
NIHSS, общий балл			
- легкая	2,7±1,9	2,2±1,7	> 0,05
- умеренная	3,05±2,1	2,9±1,9	> 0,05

Улучшение функциональных возможностей на раннем этапе терапии было примерно одинаковым при легкой и умеренной деменции, на отдаленном этапе наблюдения улучшение функциональной активности пациентов было более выражено при умеренной деменции. На отдаленном этапе наблюдения позитивное действие препарата на двигательные функции преобладало при легкой деменции.

На момент завершения трехлетнего периода наблюдения и терапии у 8 пациентов (34,8%) с постинсультной деменцией легкой степени суммарная оценка по шкале MMSE составила более 24 баллов, т.е. выраженность когнитивных нарушений у этих пациентов вышла за рамки деменции. У 6 пациентов (26,1%) с умеренной

деменцией суммарная оценка по шкале MMSE составила более 19 баллов, т.е. у этих пациентов изменилась тяжесть деменции до уровня легкой степени.

Результаты проведенного исследования демонстрируют клиническую эффективность и безопасность длительной терапии церебролизин. Трехлетняя курсовая терапия церебролизин улучшает когнитивные, функциональные и двигательные функции у пациентов с постинсультной деменцией при различной степени тяжести деменции на раннем и отдаленном этапах терапии. Длительная терапия церебролизин способствует стабилизации патологического процесса и замедлению прогрессирования когнитивных нарушений у пациентов с постинсультной деменцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахнина Н.В., Парфенов В.А., Яхно Н.Н. Постинсультные когнитивные нарушения // Журнал неврологии и психиатрии. Инсульт. — 2008. — № 22. — С. 16-22.
2. Гаврилова С.И. Диагностика и лечение болезни Альцгеймера: Практическое руководство. — М., 2002. — 43 с.
3. Гаврилова С.И. и др. Применение церебролизина в комплексной патогенетической терапии болезни Альцгеймера // Международный симпозиум «Церебролизин: фармакологические эффекты и место в клинической практике». М., 2002. — С. 90-95.
4. Дамулин И.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии // Журнал неврологии и психиатрии. — 2009. — № 1. — С. 70-74.
5. Левин О.С. Принципы долговременной терапии деменции // Русский медицинский журнал. — 2006. — № 24. — С. 1772-1779.
6. Левин О.С. Подходы к оптимизации терапии деменции // Журнал неврологии и психиатрии. — 2008. — № 11. — С. 106-111.
7. Chui H.C., et al. Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the State of California Alzheimer's Disease Diagnostic and Treatment Centers // Neurology. — 1992. — Vol. — 42. — P. 473.
8. Farlow M.R., et al. Treatment options of Alzheimer's disease // Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. — 2008. — № 25. — P. 408-422.
9. Fazekas F., et al. Pathologic correlates of incidental MRI white matter signal hyperintensities // Neurology. — 1993. — Vol. 43. — P. 1683-1689.
10. Folstein M., et al. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // Journal of Psychiatric Research. — 1975. — № 12. — P. 189-198.
11. Galasko D., et al. An Inventory to Assess Activities of Daily Living for Clinical Trials in Alzheimer's Disease // Alzheimer Disease and Associated Disorders. — 1997. — № 11. — P. 533-539.
12. Gauthier S. Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease // Informahealthcare. — London, 2007. — P. 363.
13. Leys D., et al. Poststroke dementia // Lancet Neurology. — 2005. Vol. — 4. — P. 752-759.
14. Leys D., et al. Poststroke dementia // VASCOG, San Antonio, 2007. — P. 21.
15. McKeel D.W., et al. Dementia. Oxford: Clinical Publishing, 2006. — P. 196.
16. Moessler H. A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial to evaluate the safety and efficacy of Cerebrolysin in patients with vascular dementia. Clinical Study Report. Moscow, 2008. — 115p.
17. Panisset M. Клинический экспертный доклад о терапевтической эффективности церебролизина при лечении деменции. Москва, 2002. — 25с.
18. Reiner M., et al. Therapeutic results with Cerebrolysin in the treatment of dementia. Wien Mod Wochenschr, 1997. — № 147. — P. 426-431.
19. Roman G., et al. Vascular Dementia: diagnostic criteria for research studies. Report from the NINDS-AIREN international workshop // Neurology. — 1993. — № 43. — P. 250-260.
20. Rosen W.G., et al. A new rating scale for Alzheimer's Disease // American Journal of Geriatric Psychiatry. — 1984. — № 141. — P. 1356-1364.
21. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. — Geneva, 1993. — P. 36-40.

Адрес для переписки: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ.
Н.А. Суворов — ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии

© ПОКИНЬЧЕРЕДА Т.В., ЧЕРТОВСКИХ М.Н., КУЛИНИЧ С.И. — 2009

ВОЗМОЖНОСТИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ОСТРЫМ САЛЬПИНГИТОМ

Т.В. Покин'череда, М.Н. Чертовских, С.И. Кулинич

(Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах;
кафедра акушерства и гинекологии, зав. — д.м.н., проф., С.И. Кулинич;
Городской перинатальный центр, гл. врач — И. Ежова)

Резюме. Пролечено 72 молодые женщины с острым сальпингитом, протекающим по трем клиническим вариантам (катаральной, гнойной и осложненной формам). Средний возраст больных составил $19,3 \pm 1,8$ года. Острый сальпингит практически всегда переходит в хронический с формированием непроходимости маточных труб и потере репродуктивной функции. Комплексное лечение: антибиототики, плазмаферез, и лапароскопическая реканализация ампулярных отделов трубы способствует сохранению проходимости труб у 91,2%.

Ключевые слова: сальпингит, плазмаферез, лапароскопия, репродуктивная функция.

THE OPPORTUNITIES OF PRESERVATION REPRODUCTIVE FUNCTION IN YOUNG WOMEN WITH ACUTE SALPINGITIS

T.V. Pokin'chereda, M.N. Chertovskikh, S.I. Kulnich

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education; The City Perinatal Center)