

Показатели уровня когнитивного дефицита у больных ишемическим инсультом на фоне терапии ($M \pm m$)

Шкалы	Группа СМЭС дал (n = 40)	Группа КЭС (n = 40)
КШОПС до лечения	15,7 $\pm$ 2,1	18,1 $\pm$ 2,5
после лечения	26,9 $\pm$ 1,8*	23,6 $\pm$ 1,6*
ШОЛД до лечения	6,8 $\pm$ 0,8	8,5 $\pm$ 1,4
после лечения	14,7 $\pm$ 0,9*	12,6 $\pm$ 0,8*

Примечание: * – $p < 0,05$ (в сравнении с параметром до восстановительного лечения ИИ).

пами достоверны ($p < 0,01$ по критерию χ^2), что отражено на рис. 3. После лечения все больные были полностью ориентированы в месте и времени, восстанавливались запоминание и воспроизведение слов. В значительной степени улучшались беглость и синонимичность речевых высказываний, рисование, счет, чтение. Дефицитарными оставались отсроченное воспроизведение словосочетаний и понимание образных выражений, фразовая речь, выполнение сложных команд и тест на внимательность.

При оценке лобной дисфункции (ШОЛД) исходные показатели были умеренно снижены до 6,8 $\pm$ 0,8 балла в основной группе и 8,5 $\pm$ 1,4 балла в контрольной группе. В первые сутки восстановительного лечения инсульта у всех больных выявлены значительные нарушения функции интерференции, торможения и концептуализации. В меньшей степени (у 30% больных) отмечались нарушения ментальной гибкости, моторного программирования и хватательные феномены.

У больных основной группы при выписке отмечалось значительное увеличение параметра до 14,7 $\pm$ 0,9 балла с нормализацией беглости речи, концептуализации, моторного программирования, контроля торможения, интерференции. В контрольной группе рассматриваемый показатель возрастал до 12,6 $\pm$ 0,8 с восстановлением категорийных ответов, моторного программирования, осмысленного поведения. В меньшей степени восстанавливались ментальная гибкость и чувствительность к интерференции.

Сравнительный анализ показателей шкалы ШОЛД свидетельствует о различиях между группами. Прирост функций у больных

основной группы оказался в 1,7 раза выше и равнялся 53,7% (в сравнении с фоновым показателем), против 32,5% в контрольной группе, различия между группами достоверны ($p < 0,001$ по критерию χ^2).

Налагает особые обязательства на окружение больного, приводит к значительным социальным и финансовым потерям [5]. Реабилитация больных с постинсультными состояниями базируется на следующих принципах: раннее начало, систематичность, длительность, комплексность, мультидисциплинарность, адекватность, социальная направленность, контроль эффективности [9]. Процесс восстановления функций после перенесенного ишемического инсульта осложняется наличием гидроцефально-атрофических процессов, постинсультных кист, нарушением "географии" ликворных пространств. Раннее начало реабилитационной терапии способствует более полному восстановлению функций [6, 16]. В этой связи начало проведения курса лечения на третьей неделе заболевания в нашем исследовании максимально приближено к острому периоду и соответствует первому и одному из наиболее важных принципов терапии.

Комплексный характер реабилитации включает применение электростимуляции. Согласно работам А.М. Гурленя, Г.Е. Багель, В.Б. Смычек (2008), положительный эффект нервно-мышечной электростимуляции обусловлен устранением дисбаланса облегчающих и тормозящих влияний супраспинальных систем регуляции движений, восстановлением взаимоотношений мышц-антагонистов, формированием нового двигательного стереотипа, активизацией функционально недеятельных

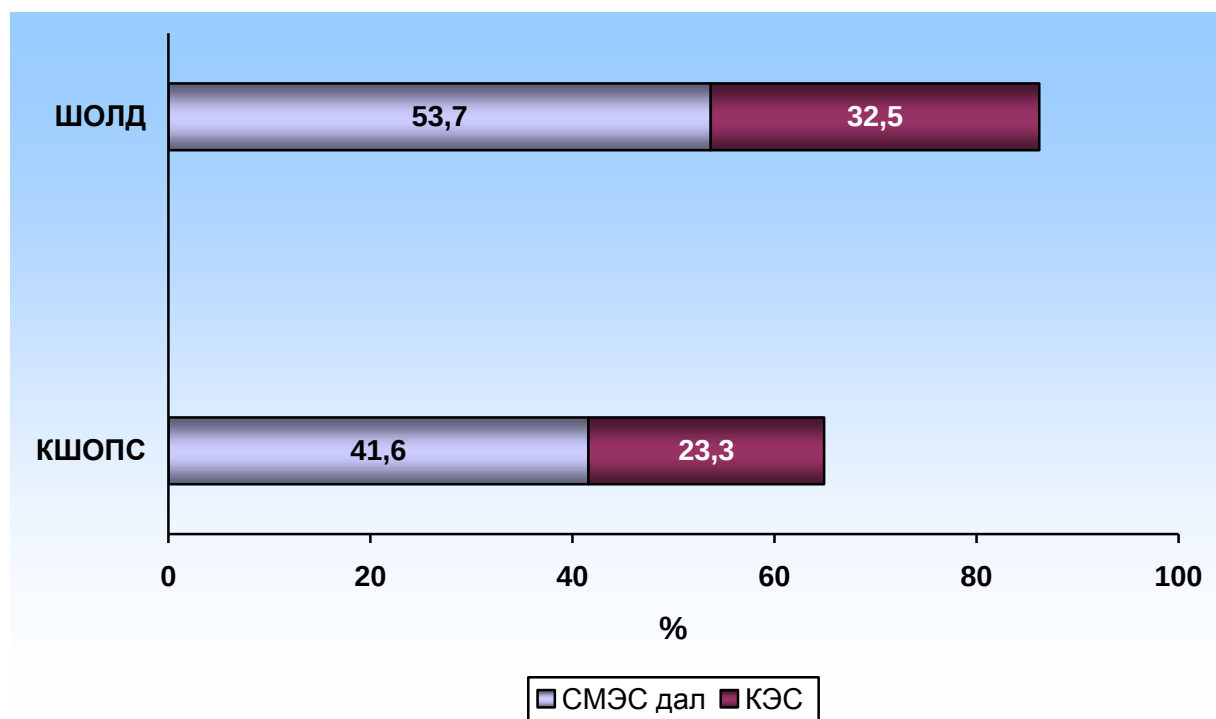


Рис. 3. Прирост показателей шкал КШОПС и ШОЛД у больных ишемическим инсультом основной группы (СМЭС дал) и контрольной группы (КЭС) на фоне терапии (в %).

Примечание: * – статистически значимые различия между группами, $p < 0,001$. Светлый столбик – показатели группы СМЭС дал до лечения, темный столбик – показатели группы КЭС после лечения.

тельных нейронов. Интенсивный поток афферентных сигналов с периферии способствует установлению новых связей между мозговыми структурами [12]. Поэтому сопряженная многоканальная электронейромиостимуляция имеет более широкий спектр заинтересованных корково-подкорковых зон и с учетом динамической локализации функций высокие возможности для формирования нового двигательного стереотипа.

Проведенное исследование свидетельствует о положительном эффекте как классической, так и предложенной сопряженной многоканальной методик электростимуляции, что подтверждается клиническими тестами. Однако более высокие показатели Американской шкалы и балла Оргогозо были достигнуты при использовании СМЭС за счет снижения спастичности, повышения объема и скоординированности движений в паретичных конечностях. Улучшение двигательной функции сопровождалось расширением возможностей выполнения бытовых операций, ходьбы, независимости от ухода с повышением балльных оценок шкал Бартел и Рэнкин.

Представляет интерес тот факт, что указанные схемы ведения больных в малой степени оказывали влияние на выраженность центрального пареза лицевого и подъязычного нервов, в то время как корковые парезы зрения нивелировались в большей степени. Вероятно, это обусловлено широким представительством коркового центра иннервации зрения, активацией функционально недеятельных нейронов, сопряженных систем и их вовлечением в новую систему связей церебральных структур с компенсацией дефекта.

Неблагоприятными прогностическими факторами для постинсультных больных являются локализация очага в стратегически важных зонах (пирамидный тракт, внутренняя капсула), большие размеры очага, пожилой и старческий возраст, нарушения чувствительности и речи, соматическая отягощенность процесса [10]. В нашем исследовании средний возраст больных превышал 60 лет, что является типичным для данной группы больных, но вместе с тем снижает реабилитационные возможности. Это обстоятельство подтверждает необходимость поиска и

построения новых реабилитационных программ, не сопровождающихся риском развития выраженных побочных эффектов. Применение СМЭС и интраназального введения даларгина не выявило побочных эффектов или симптомов непереносимости процедур, что особенно важно при выборе индивидуальных длительных реабилитационных комплексов лечения постинсультных больных.

Нарушения чувствительности, особенно мышечно-суставного чувства, нарушают афферентный контроль над выполняемыми движениями, а болевой синдром усиливает дезадаптацию больных. Противоишемическое действие опиоидного пептида даларгин было выявлено Г.К. Золотевым (1988) при острой недостаточности кровообращения, и подтверждено В.В. Казанцевым, А.А. Луциком и О.Н. Тюлькиным (2006) во время шунтирующих операций на сонных и позвоночных артериях при их окклюзионном поражении.

В работах Н.Н. Колотилова (2000) описан широкий спектр фармакологической активности препарата даларгин при различных заболеваниях, обладающего антиоксидантным, цитопротекторным, анальгетическим, противоишемическим, антигипоксическим, стресспротективным действием. Автор указывает на эффективность интраназального способа введения с относительной биодоступностью 52-54% по отношению к внутримышечному, способность проникать через гематоэнцефалический барьер. В нашей работе выявлено положительное влияние даларгина в курсовой дозе 10 мг при интраназальном введении на выраженность постинсультного болевого синдрома, гиперпатии, нарушений поверхностной и в большей степени глубокой чувствительности с регрессом симптоматики. Улучшение чувствительности фиксировалось субтестом Американской шкалы (12 и 13 позиции шкалы). Исходно чувствительные нарушения оценивались в $1,5 \pm 0,1$ балла, а после СМЭС и применения даларгина снижались на 20% ($1,2 \pm 0,08$ балла, $p < 0,05$). Реакция на стимуляцию также претерпевала положительные изменения в виде снижения показателя на 50% (с $1,2 \pm 0,1$ до $0,6 \pm 0,1$ балла, $p < 0,01$). Уменьшение сенсорных расстройств положительно сказывается на всем спектре постинсультного дефицита. Особую значи-

мость имеет регресс сенситивной атаксии (неизбежно сопровождающей утрату суставно-мышечного чувства), способствующий восстановлению скоординированности движений и повышению функциональных возможностей пациентов [10, 17].

Когнитивные нарушения являются одной из существенных проблем, затрудняющих реабилитационный процесс. Предложенная программа восстановительного лечения с использованием сопряженной многоканальной электронеуромиостимуляции и даларгина приводила к улучшению запоминания и воспроизведения слов, беглости речи, программирования движений, интерференции и контроля торможения. Этот феномен можно объяснить с теоретических позиций устранением функциональной асинапсии, формированием новой детерминанты и устойчивой, адекватной в функциональном отношении системы связей центров, приближенных к норме, широким спектром воздействия пептидного препарата даларгин [3, 13]. Разнонаправленный положительный эффект предложенной схемы лечебного воздействия свидетельствует о высокой эффективности электронеуромиостимуляции с направленной перестройкой интерцентральных взаимодействий, усиленной применением синтетического аналога лейэнкефалина – даларгина, для реабилитации больных с фокальным постинсультным дефицитом.

Получается, что:

1. Сопряженная многоканальная электронеуромиостимуляция в сочетании с интраназальным введением даларгина оказывает положительный эффект со значительным регрессом постинсультных двигательных координаторных расстройств, обусловленный формированием новой системы межцентрального взаимодействия, устойчивого более физиологического двигательного стереотипа, и имеет преимущества перед классической методикой электростимуляции.

2. Включение в комплекс восстановительного лечения больных ишемическим инсультом даларгина приводит к уменьшению степени выраженности сенсорных расстройств, нивелированию центрального болевого синдрома, связанных не только с опиоидным эффектом синтетического аналога

лейэнкефалина, но и дезактуализацией патологической детерминанты.

3. Нейропротективный эффект предложенной схемы электростимуляции и препарата даларгин выражается в улучшении памятного следа, восстановлении темпа речи, моторного программирования и праксиса, что улучшает исходы реабилитации и повышает качество жизни постинсультных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волошин П.В., Тайцлин В.И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 688 с.
2. Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии. – СПб.: Политехника, 2006. – 607 с.
3. Гурленя А.М., Багель Г.Е., Смычек В.Б. Физиотерапия в неврологии. – М: Медицинская литература, 2008. – 296 с.
4. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: Медицина, 2001. – 328 с.
5. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб.: Фолиант, 2004. – 304 с.
6. Епифанов В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.
7. Завьялов А.В. Соотношение функций организма /Эксперим. и клинико-физиологический аспекты/. – М.: Медицина, 1990. – 159 с.
8. Золотов Г.К. Роль опиоидных пептидов в патогенезе и коррекции ишемических и метаболических нарушений при острой недостаточности кровообращения. – Томск, 1988. – 248 с.
9. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.
10. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. – М: Миклош, 2006. – 192 с.
11. Колотилов Н.Н. Нейропептиды. Афины – Москва – Берлин: МАМТН, 2000. – 50 с.
12. Крыжановский Г.Н. Детерминантные структуры в патологии нервной системы: Генератор, механизмы нейропатологических синдромов. – М.: Медицина, 1980. – 360 с.
13. Крыжановский Г.Н. Новые представления о механизмах нейропатологических синдромов и принципы рациональной патогенетической терапии. // Принципы и механизмы деятельности мозга человека. – М.: Медицина, 1985. – С. 4–8.
14. Крыжановский Г.Н. Пластичность в патологии нервной системы // Журн. невропатол. и психиатр. – 2001. – № 2. – С. 4–6.
15. Способ лечения постинсультных парезов: патент № 2040282 РФ: МКИ 6 а 61 В 1/1 Я / С.А. Сидорова, А.В. Завьялов, В.Б. Ласков; Курский гос. мед. ин-т. – № 5038478/14; заявл. 18.02.92; опубл. 27.07.95, бюл. № 21. – 2 с.
16. Pantano P., Formisano R., Ricci M. et al. Motor recovery after stroke morphological and functional brain alterations // Brain. – 1996. – Vol. 119. – P. 1849–1857.
17. Weiller C., Chollet F., Friston K.J. et al. Functional reorganization of the brain in recovery from striatocapsular infarction in man // Ann. Neurol, 1992. – Vol. 31. – P. 468–472.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИФЕПРИСТОНА В КОМПЛЕКСНОЙ ПОДГОТОВКЕ ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ЕЕ ЗРЕЛОСТИ

© *Шумакова А.В., Лазарева Г.А.*

Кафедра акушерства и гинекологии ФПО
Курского государственного медицинского университета, Курск

E-mail: main@kgmu.kursknet.ru

Проведено исследование эффективности препарата Мифепристон в комплексной подготовке к родам беременных с "незрелыми" родовыми путями. Проанализированы данные о течении беременности, родов и перинатальных исходах у 60 женщин с доношенной беременностью. Основную группу составили 30 пациенток, которым проводилась комплексная подготовка к родам с использованием мифепристона; контрольная группа – 30 беременных, подготовка которых проводилась по общепринятой схеме. Степень зрелости шейки матки определяли по шкале Бишопа. Наибольшая эффективность мифепристона в подготовке к родам отмечена у пациенток с индексом Бишопа более 5 баллов. Установлено, что на фоне применения мифепристона происходит укорочение среднего периода подготовки к родам, снижение общей продолжительности родов, повышается эффективность в отношении развития регулярной родовой деятельности (66,7% в основной группе против 36,7% в группе контроля).

Ключевые слова: Мифепристон, подготовка шейки матки к родам, родовозбуждение, роды.

EVALUATION OF THE EFFICACY OF MIFEPRISTONE IN COMPLEX PREPARATION OF CERVIX TO LABOR SUBJECT TO THE DEGREE OF ITS MATURITY

Shumakova A.V., Lazareva G.A.

Obstetrics & Gynecology Department of Postgraduate Faculty of the Kursk State Medical University, Kursk

The authors studied the efficacy of Mifepristone in complex preparation of the patients with immature birth canals to labor. Data referring to the course of pregnancy, labor and perinatal outcomes in 60 women with full-term pregnancy were analyzed. The cases comprised 30 patients who received complex preparation to labor with the use of Mifepristone; the controls included 30 women whose preparation was carried out according to the standard scheme. The degree of the maturity of the cervix uteri was determined by Bishop's index. The best efficacy of Mifepristone in preparation to labor was observed in patients with Bishop's index more than 5 points. It was established that against the background of Mifepristone administration the average period of preparation to labor and the period of labor became shorter; the efficacy with respect to the development of regulatory labor activity was enhanced (66.7% in the cases versus 36.7% in the controls).

Keywords: Mifepristone, preparation of cervix to labor, labor induction, labor.

Современная концепция ведения родов направлена на обеспечение безопасного материнства, а также рождение не только живого, но и здорового ребенка. Благоприятный исход родов во многом зависит от характера, качества и эффективности родовой деятельности. Особенно важное значение придают состоянию шейки матки, отражающей синхронную биологическую готовность организма матери и плода к родам [7].

Известно, что родовозбуждение при "незрелой" шейке матки часто приводит к нарушениям сократительной деятельности миометрия, которые при отсутствии эффекта от медикаментозной коррекции нередко являют-

ся показанием к экстренному оперативному родоразрешению. Частота абдоминального родоразрешения, проводимого по поводу аномалий родовой деятельности, по данным литературы достигает 37% [6].

При физиологически протекающей беременности подготовка к родам происходит самопроизвольно. Однако у части беременных, относящихся к группе риска развития аномалий родовой деятельности, отсутствует биологическая готовность организма к родам, что требует специальной терапии [1, 5]. Существующие в настоящее время способы подготовки шейки матки к родам – широко распространенный, традиционный с ком-