



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14502 (13) A

(51) A 61 K 31/00

ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДбез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769-XII від 23 XII 1993 р.Публікується
в редакції заявника

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

1

(21) 93007512

(22) 21.12.93

(24) 09.01.97

(46) 25.04.97, Бюл. № 2

(47) 09.01.97

(56) Авторське свідоцтво СРСР № 1210834,
кл. А 61 К 31/00, 1986. Бюл. № 6 (прототип).(73) Тернопільський медичний Інститут
ім. акад. І.Я.Горбачевського (UA)(57) Спосіб лікування ішемічного інсульту,
що включає визначення типу системної ге-
модинаміки, швидкості й напрямку кровото-
ку в магістральних артеріях голови (МАГ) і
реологічних властивостей крові та введення
лікарських засобів, який відрізняєть-
ся тим, що в залежності від виявлених по-
рушень проводять диференційовану меди-

2

каментозну терапію і вводять при
гіпокінетичному типі гемодинаміки стро-
фантин, корглікон, рибоксин, ретаболіл, па-
нангін, фосфаден, при гіперкінетичному –
анаприлін, ніцерголін, верапаміл або
ділтіазем, при еукінетичному – сульфокам-
фокатін; при зниженні швидкості кровотоку
в МАГ в межах 30% вводять кавінтон, пен-
токсифілін або ксантинолу нікотинат; понад
30% – верапаміл, ділтіазем та ніцерголін,
при підвищеній швидкості кровотоку – анап-
рилін, редергін, ерготамін; а також при
підвищеній в'язкості крові, гіпер агрегації
тромбоцитів і еритроцитів призначають
ацелазин, пентоксифілін, диліридамоп або
верапаміл чи ділтіазем, а при гіпер агрегації
тільки еритроцитів – ніцерголін, кавінтон.

Винахід відноситься до медицини і мо-
же бути використаний для лікування
ішемічного інсульту.

Відомі традиційні методи лікування
ішемічного інсульту (Виленский В.С. Неот-
ложные состояния в невропатологии. М.,
1986, с. 233–247; Карлов В.А. Терапия нерв-
ных болезней. М., 1987, с. 139–166; Воло-
шин П.В., Тайцлин В.И. Лечение сосудистых
заболеваний головного и спинного мозга.
Киев, 1991, с. 209–225).

Найбільш близьким по суті до заяв-
ляемого є спосіб (авт.св. СССР № 1210834
"Способ лечения ишемического инсульта",

М. кл. А 61 К 91/00, 1986 БИ № 6), який
проводиться в залежності від типу цереб-
ральної гемодинаміки, який визначається
реосенцефалографічним методом. Однак цей
метод не дозволяє оцінювати швидкість й
напрямок кровотоку в магістральних ар-
теріях голови (МАГ). По відомому способу не
враховуються мікроциркуляційні порушен-
ня в розвитку і перебігу захворювання, а
саме, реологічні властивості крові, зміни
в'язкості її, стан агрегації тромбоцитів і
еритроцитів, а також швидкість і напрямок
кровотоку в магістральних артеріях голови,
стан колатерального кровотоку, стенозуючі
та оклюзуючі ураження артерій.

(19) UA (11) 14502 (13) A

Отже, лікуванням ішемічного інсульту по відомому способу-прототипу досягається лише швидкоплинний ефект.

Завданням винаходу є підвищення ефективності лікування, зниження кількості ускладнень і смертельних наслідків захворювання. Поставлене завдання досягається тим, що на початку лікування проводиться оцінка параметрів системної гемодинаміки з визначенням її типу, магістрального й колатерального кровотоку та стану тромбоцитарної і еритроцитарної ланки гемореології.

Медикаментозна корекція системної гемодинаміки проводиться в залежності від її типу, церебральної – від стану магістрального й колатерального кровообігу, гемореології – від зміни в'язкості крові, агрегації тромбоцитів і еритроцитів.

На початку лікування в гострій пробі через 20–40 хв після внутрішньовенного введення препарату або через 2 год після прийому таблетованої форми визначається його індивідуальна ефективна доза впливу на циркуляційні порушення, самопочуття хворого. В процесі курсового лікування проводиться корекція з врахуванням циркуляційних змін і клінічних ефектів.

Методом розведення синього Еванса по Стюарту-Гамільтону або тетраполярою реографією визначають тип системної гемодинаміки. Серцевий індекс 3,2–4,5 (у віці до 45 років), 2,8–4,2 (у віці після 45 років) л/хв·м² характеризує еукінетичний тип системної гемодинаміки; значення серцевого індексу нижче й вище встановлених меж, відповідно, гіпо- й гіперкінетичний її типи.

Методом ультразвукової доплеросонografії реєструють лінійну швидкість кровотоку в загальних, внутрішніх сонних та хребетних артеріях, за допомогою функціональних проб оцінюють стан колатерального кровотоку. Лабораторними методами визначають в'язкість крові, агрегацію тромбоцитів та еритроцитів.

У здорової людини авторегуляційні механізми мозкового кровообігу забезпечують повну незалежність церебральної гемодинаміки від системної. Лише зниження систолічного артеріального тиску нижче 80 мм рт. ст. нівелює автономію мозкового кровообігу, який починає змінюватися посвід за системним.

Однак при атеросклерозі церебральних і магістральних артерій голови діапазон авторегуляції мозкової гемодинаміки звужується й, нерідко, при максимальному артеріальному тиску 110–120 мм рт.ст. відбувається чітке поглиблення дефіциту мозкових функцій у вогнищах ішемії, що

компенсується підвищенням артеріального тиску до 140–160 мм рт.ст.

Застосування вазоактивних засобів, що збільшують прохідність прекапілярів, покращує колатеральний кровообіг, сприяючи перетоку крові до вогнища ішемії. Суттєве значення при цьому має оптимальний рівень артеріального тиску. В той же час під впливом вазодилаторів поряд з плеторичним ефектом при послабленні периферичного судинного опору може знижуватись артеріальний тиск при гіпокінетичному (а нерідко й при еукінетичному) типі кровообігу. Крім того, при ішемічному інсульті, який розвивається, як правило, в умовах стенозуючих процесів МАГ і хронічної цереброваскулярної недостатності, у відповідь на введення судинного препарату може розвинути синдром "внутрішньомозкового судинного обкрадання" ішемізованої зони мозку, що погіршує перебіг захворювання. Тому важливим є доплеросонografічний контроль за реакцією магістральних судин голови та станом колатерального кровообігу на введення вазоактивних засобів.

Пропонована корекція системної гемодинаміки з врахуванням її типу розширює діапазон авторегуляції мозкового кровообігу.

Корекцію гіпокінетичного типу системної гемодинаміки проводять серцевими глікозидами (строфантин або корглікон).

Строфантин вводять внутрішньовенно в дозі 0,25–0,375 мг в 20 мл ізотонічного розчину хлориду натрію або глюкози 1–2 рази на добу протягом 14 днів. Ефективність індивідуальної дози підтверджується зростанням серцевого індексу через 20–30 хв після інфузії глікозиду не менше, ніж на 20%. Корглікон вводять внутрішньовенно в дозі 0,3–0,6 мг в 20 мл ізотонічного розчину хлориду натрію або глюкози 1–2 рази на добу протягом 10–14 днів. Ефективність індивідуальної дози підтверджується зростанням серцевого індексу через 30–40 хвилин від початку інфузії глікозиду не менше, ніж на 20%.

Строфантин вводять при нормальній частоті серцевих скорочень та брадикардії, корглікон – при тахікардії. Після досягнення стійкого кардіотонічного ефекту переходять на підтримуючу дозу ізоланіду (0,25 мг/доба) або дигоксину (0,125–0,25 мг/доба) протягом 1–2 тижнів. У випадках зниженої толерантності до серцевого глікозиду на фоні метаболічного ацидозу й гілоксії лікуванню коргліконом або строфантином повинно передувати застосування засобів (гідрокарбонат натрію, оксигенотерапія), що усувають метаболічний ацидоз і

гіпоксію, а введення глікозиду поєднують з препаратами, що підвищують енергетичне (рибоксин, фосфаден) й структурне (панангін, ретаболіл) забезпечення міокарда. В період лікування серцевими глікозидами рибоксин вводять внутрішньовенно по 10–20 мл 2% розчину або через рот по 200–300 мг 3 рази на день; АТФ – по 1 мл 1% розчину щоденно внутрішньом'язово; ретаболіл – по 1 мл 5% розчину внутрішньом'язово 1 раз у 20 днів; панангін – по 10 мл внутрішньовенно або по 1–2 драже 3 рази на день.

При слабкості серцевої діяльності й зниженні систолічного артеріального тиску нижче 110 мм рт.ст. вводять, крім серцевих глікозидів, кордіамін (1 мл підшкірно), сульфокамфокаїн (2 мл 10% розчину внутрішньовенно). Якщо систолічний тиск знижений до 100 мм рт.ст. й нижче, вводять 1 мл 1% розчину мезатону та 1 мл 20% розчину кофейну підшкірно. При судинному колапсі – внутрішньовенно суміш: 1 мл 0,06% розчину строфантину, 1 мл 1% розчину мезатону, 75 мг гідрокортизону (або 4–8 мг дексаметазону) в 100 мл ізотонічного розчину хлориду натрію.

При еукінетичному типі системної гемодинаміки призначають сульфокамфокаїн по 4 мл 10% розчину в 200 мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно із швидкістю 30–40 крапель за хвилину протягом 10 днів, потім – внутрішньовенно струйно по 2 мл в 10 мл ізотонічного розчину хлориду натрію протягом 10 днів. При низькому артеріальному тиску (систолічний артеріальний тиск нижче 120 мм рт.ст.) призначають серцеві глікозиди (як при гіпокінетичному типі кровообігу).

Корекцію системної гемодинаміки при гіперкінетичному II типі проводять тільки в умовах підвищеного артеріального тиску (систолічний – вище 160 мм рт.ст.).

Хворим з гіперкінетичним типом артеріальної гіпертензії призначають анаприлін (обзидан), антагоністи кальцію (верапаміл, ділтіазем), ніцерголін. Анаприлін призначають по 2–5 мл 0,1% розчину внутрішньовенно з 15 мл ізотонічного розчину хлориду натрію або по 10 мг 3–4 рази на добу перші 2–3 дні і потім, при доброму сприйманні препарату і відсутності брадикардії – кожні два дні дозу на 20 мг збільшують, при необхідності до 80–120 мг (за 4 прийоми) на добу. Критерієм ефективності дози препарату є зниження серцевого індексу до $4,2\text{--}4,5 \text{ л/хв}\cdot\text{м}^2$ та (або) зниження систолічного артеріального тиску не більше, ніж на 30%, або не нижче 140 мм рт.ст.

Лікування анаприліном в ефективних дозах проводять на протязі 20–28 днів. У випадках ішемічної хвороби серця препарат відмінюють поступово. Зниження серцевого індексу (нижче $3,2 \text{ л/хв}\cdot\text{м}^2$), що призводить до негативної суб'єктивної і об'єктивної симптоматики (паморочення голови, затруднене дихання, брадикардія, блювота, депресія та ін.) є показаннями до зниження дози бетаадреноблокатора або його відміни.

Верапаміл (фіноптин, ізоптин) вводять по 5 мг 0,25% розчину в 10 мл ізотонічного розчину хлориду натрію в вену 2 рази на добу в перші 7 днів, а потім призначають триразово через рот по 80 мг після їди протягом двох тижнів, особливо хворим з тахікардією та надшлунковою аритмією. Критерієм ефективності дози препарату є зниження серцевого індексу до $4,2\text{--}4,5 \text{ л/хв}\cdot\text{м}^2$ і (або) пониження систолічного артеріального тиску не більше, ніж на 30% і не нижче 140 мм рт.ст. Препарат добре переноситься хворими. Іноколи виникає нудота, головокружіння. Його не призначають при вираженій недостатності серця, атріо-вентрикулярній блокаді з рідким ритмом, гіпотонії і брадикардії. Препарат не слід поєднувати з бетаадреноблокаторами.

Ділтіазем (карділ) призначають по 60 мг до середини трічі на день після їди. Критерієм ефективності дози є зниження серцевого індексу до $4,2\text{--}4,5 \text{ л/хв}\cdot\text{м}^2$ і (або) зниження систолічного артеріального тиску не більше, ніж на 30% і не нижче 140 мм рт.ст. Лікування ділтіаземом в ефективних дозах продовжують 20–25 днів.

Ніцерголін (серміон) вводять внутрішньовенно в дозі 4–8 мг в 300 мл ізотонічного розчину хлориду натрію 1–2 рази на добу протягом 7–10 днів, потім внутрішньом'язово в тих же дозах до тижня і через рот по 10 мг 3 рази в день після їди біля 10–14 днів. Критерієм ефективності дози препарату є зниження серцевого індексу до $4,2\text{--}4,5 \text{ л/хв}\cdot\text{м}^2$ і (або) зниження систолічного артеріального тиску не більше, ніж на 30% і не нижче 140 мм рт.ст. Лікування ніцерголіном в ефективних дозах проводять 24–28 днів. Зниження серцевого індексу (нижче $3,2 \text{ л/хв}\cdot\text{м}^2$), що призводить до негативної суб'єктивної симптоматики (головокружіння, почервоніння й свербіж шкіри, тахікардія, зниження артеріального тиску та ін.) є показанням до зменшення дози або відміни препарату. Його не слід призначати при зниженому систолічному артеріальному тиску нижче 110 мм рт.ст. та індивідуальній непереносимості.

Корекцію церебральної гемодинаміки при зниженні швидкості кровотоку в одній або декількох магістральних артеріях голови понад 30% проводять антагоністами кальцію (верапаміл, ділтіазем) або ніцерголіном в дозах, які наведені вище. Ділтіазем і ніцерголін покращують артеріальний приток крові до мозку як по стенозованих, так і по інтактних артеріях голови; верапаміл – більше вибірково впливає на посилення кровотоку в стенозованих артеріях.

При зниженні швидкості кровотоку в МАГ в межах 30% призначають кавінтон, пентоксифілін, ксантинолу нікотинат.

Кавінтон в перші 7–10 днів застосовують по 40–50 мг на добу; 20–30 мг у вигляді крапельної (70–80 крапель/хв) внутрішньовенної інфузії в 300 мл ізотонічного розчину хлориду натрію та по 10 мг 2 рази на день усередину; потім 1–2 тижні тільки через рот по 30 мг, а наступні 7–14 днів по 15 мг в три прийоми перед їжею. Препарат не призначають при важких формах ішемічної хвороби серця, важких аритміях. При артеріальній гіпотензії (сistolічний артеріальний тиск нижче 110 мм рт.ст.) його вводять з серцевими глікозидами.

Пентоксифілін вводять по 5 мл 2% розчину в 300 мл ізотонічного розчину хлориду натрію зі швидкістю 60 крапель за хвилину 1–2 рази на добу протягом 7–10 днів, потім через рот по 200 мг 3 рази після їди протягом 7 днів, після по 100 мг 3 рази в день ще 1–2 тижні. Його застосовують при нормальному або дещо підвищеному систолічному артеріальному тиску.

При тривалому курсовому лікуванні пентоксифіліном посилюється кровоток головним чином в інтактних магістральних судинах голови, що може сприяти обкраданню ішемізованої зони мозку. Тому призначення контролюють доплерографічним методом.

Ксантинолу нікотинат вводять в дозі 300 мг в 300 мл ізотонічного розчину хлориду натрію із швидкістю 60 крапель за хвилину внутрішньовенно або внутрішньом'язово в ті ж дозі протягом 7–10 днів; одночасно 2 рази, а після закінчення ін'єкцій – три рази на добу препарат по 150–300 мг призначають через рот після їди протягом 3–4 тижнів крім випадків з гіпотонією та ознаками застою у венах головного мозку.

При підвищенні швидкості кровотоку в МАГ більше, ніж на 30% призначають анапрілін (обзидан). Дози і послідовність його введення такі, як для лікування гіперкінетичного типу гемодинаміки. У ви-

падках підвищеної швидкості кровотоку в МАГ в поєднанні з гіперфузією судин головного мозку і гіперволемією (пульсуючий головний біль, паморочення, приплив жару

- 5 до голови) застосовують артеріотонізуючі та венотонізуючі засоби. До перших відносяться ерготамін (в тому числі в складі кофетаміну, беласпону, белатаміналу), редергін та ерготоксин в складі белоїду; до
- 10 других – глівенол (по 0,4 в капсулах 3 рази в день 2–4 тижні) та троксевазин (по 0,4 в капсулах 3 рази в день 2–4 тижні). Ерготамін гідротартрат призначають по 2 мг під язик 3–4 рази на добу (або 0,5–1,0 мл 0,05% розчину внутрішньом'язово) протягом 5–6 днів.
- 15 Після 3–5 днів перерви, при необхідності, повторюють лікування. Редергін призначають по 0,3 г внутрішньом'язово ранком і по 1 мг через рот за обідом та вечерею протягом трьох тижнів, а потім белоїд по 1 табл.
- 20 3 рази на день протягом 1–2 тижнів; при зниженому артеріальному тиску (а також супутньому затrudненні венозного відтоку, лікворній гіпертензії) – кофетамін по 1 табл.
- 25 2–3 рази на добу 7 днів, потім після 3-денної перерви, повторюють 1–2 курси.

Вено- і артеріотонічну дію має еуфілін. Його вводять по 10 мл 2,4% розчину внутрішньовенно або повільно струйно в 10 мл, або крапельно (60–70 крапель/хв) в 200–300 мл ізотонічного розчину хлориду натрію протягом 10–12 днів. Застосовують еуфілін для покращення мікроциркуляції, венозного відтоку, зняття перивазального набряку. Не слід вживати препарат хворим з низьким артеріальним тиском, тахікардією, аритмією, вираженим кардіосклерозом, інфарктом міокарда.

При підвищеній в'язкості крові, гіперагрегації тромбоцитів і еритроцитів призначають антиагреганти (пентоксифілін, ацетилін, дипіридамон) або антагоністи кальцію, при гіперагрегації еритроцитів – ніцерголін, кавінтон. Разова і курсова доза препаратів контролюється показниками системної гемодинаміки, лінійної швидкості кровотоку по МАГ, гемореології.

50 Крім засобів, які корегують системну і церебральну гемодинаміку, реологічні властивості крові, хворим з ішемічним інсультом призначають препарати, які зменшують периніфарктну зону

55 (гіперосмолярний розчин маніту, лазикс, дексаметазон) та покращують метаболізм нейронів (аміналон, ноотропіл, церебралізін).

Виконання описаного способу ілюструється прикладами.

П р и к л а д 1. Хворий Г., 63 роки, поступив в клініку нервових хвороб у важкому стані з явними ознаками ішемічного інсульту в басейні лівої середньої мозкової артерії, обумовленим церебральним атеросклерозом й атеросклеротичним аортокардіосклерозом, ССН 2 А ст. В анамнезі давні перенесені транзиторні ішемічні атаки. Об'єктивно: артеріальний тиск – 115/80 мм рт.ст., пульс – 78, ритмічний. Тони серця глухі, систолічний шум на верхівці серця. Пастозність гомілок. Печінка + 1 см. Моторна афазія, правобічний центральний параліч. Серцевий індекс – 2,5 л/хв·м². Понижена лінійна швидкість кровотоку по лівій надблоковій артерії на 40%, підвищена в'язкість крові й спонтанна агрегація тромбоцитів і еритроцитів.

Тип системної гемодинаміки гіпокінетичний, стеноз лівої внутрішньої сонної артерії.

Хворому призначено слідуюче лікування. Ранком внутрішньовенно на 20 мл ізотонічного розчину глюкози введено 0,375 г строфантину; серцевий індекс через 20 хвилин після інфузії – 3,5 л/хв·м². Через 25 хвилин розпочато крапельно введення ніцерголіну 8 мг в 300 мл ізотонічного розчину хлориду натрію. Через 40 хв після інфузії ніцерголіну лінійна швидкість кровотоку в загальних сонних артеріях зросла на 20–25%, по стенозованій внутрішній сонній артерії – на 32%, по інтактній внутрішній сонній артерії – на 26%.

Вдень і ввечерем хворий приймав після їди по 10 мг ніцерголіну. В наступні 7 днів під контролем ЕКГ призначали строфантин 2 рази (ранком і ввечерем) по 250 мг внутрішньовенно на 5% розчині глюкози; ніцерголін в попередній дозировці вводили через 40 хв після ранкової ін'єкції строфантину, всередину по 10 мг ніцерголіну хворий отримував вдень і ввечерем. Через 10 днів від початку захворювання з'явилися активні рухи в правій нозі і руці, почав висловлювати окремі слова, зникла пастозність гомілок. В наступні 10 днів строфантин в дозі 250 мг вводили внутрішньовенно ранком; ніцерголін хворий отримував тільки до середини 30 мг в три прийоми на протязі 15 днів. Крім того, на протязі трьох тижнів призначали рибоксин по 200 мг 3 рази в день, панангін по 1 драже 3 рази в день, ноотропіл по 400 мг всередину 3 рази в день, масаж і лікувальну фізкультуру правих кінцівок. Проводились заняття з логопедом. В кінці лікування у хворого значно покращилась мова, наросла м'язова сила в паретичних кінцівках до 2,5–3 балів, почав самотійно

ходити. При виписці серцевий індекс – 3,7 л/хв·м², лінійна швидкість кровотоку в стенозованій внутрішній сонній артерії залишилась зменшеною на 25%, в інтактній сонній артерії зросла до норми. Агрегація тромбоцитів і еритроцитів залишалась незначно підвищеною. Хворий виписаний із стаціонару на 38 день від початку захворювання з легким правобічним центральним геміпарезом і залишками моторної афазії.

П р и к л а д 2. Хвора М., 53 роки, поступила в стані середньої важкості з картиною ішемічного інсульту в басейні правої середньої мозкової артерії на ґрунті атеросклеротичного аортокардіосклерозу. Об'єктивно: артеріальний тиск – 140/80 мм рт.ст. Тони серця приглушені. Пульс – 76 за хв. Лівобічний центральний геміпарез по брахіоцефальному типу і геміпалезія. При обстеженні знайдені зміни системної гемодинаміки, відповідаючі еукінетичному типу кровообігу. Знижена лінійна швидкість кровотоку в правій внутрішній сонній артерії на 20%. Підвищені в'язкість крові, спонтанна агрегація тромбоцитів та еритроцитів. З врахуванням циркуляційних розладів хворій призначено: 1) ранком інфузії 10% розчину сульфокамфокаїну по 400 мг в 200 мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно зі швидкістю 30–40 крапель за хвилину; 2) вдень внутрішньовенно крапельно (до 40 крапель за хв), введення пентоксифіліну по 100 мг в 250 мл ізотонічного розчину натрію хлориду; 3) церебролізін по 1 мл внутрішньом'язово; 4) аміналон по 500 мг всередину 3 рази в день перед їдою. З другого дня лікування по 10-й день схему введення препаратів не змінювали. З 11-го по 20-й день сульфокамфокаїн вводили внутрішньовенно по 200 мг в 15 мл ізотонічного розчину хлориду натрію; з 11-го по 17-й день пентоксифілін призначали в таблетках по 200 мг 3 рази в день після їди, а з 18 дня (тиждень) – всередину по 100 мг 3 рази в день. Методику введення церебролізіну і аміналону не змінювали на протязі всього лікування (28 днів). До 15 дня від початку лікування регресували рухові і чутливі розлади, що корелювало з показниками системної і церебральної гемодинаміки та гемореології. Виписана на 29 день з відсутністю неврологічних порушень. Через місяць повернулась до своєї роботи.

П р и к л а д 3. Хворий Г., 54 роки, поступив в клініку нервових хвороб у важкому стані з явними ознаками ішемічного не тромботичного інсульту в правому каротидному басейні, обумовленому церебральним атеросклерозом і артеріальною

гіпертензією. За останні 5 років відмічались повторні загально мозкові кризи. При поступленні – цефалгія, блювота, симптом Керніга справа, глибокий лівобічний центральний геміпарез і гемігіпоалгезія. Пульс твердий, напружений, 86 ударів за хвилину. Акцент другого тону над аортою. Артеріальний тиск – 170/95 мм рт.ст. Дослідженням гемодинаміки встановлений гіперкінетичний тип кровообігу. Лінійна швидкість кровотоку по загальних і внутрішніх сонних артеріях перевищувала показники норми на 13% і 10%. Підвищена в'язкість крові, спонтанна агрегація тромбоцитів і еритроцитів.

Призначено лікування: 1) анаприлін по 2 мл 0,1% розчину внутрішньовенно з 15 мл ізотонічного розчину хлориду натрію ранком і по 10 мг 2 рази на добу в обід і вечером до їди перші два дні; 2) редергін по 0,3 мг внутрішньом'язово в обід й по 1 мг через рот ранком і вечером; 3) ацелізіл по 0,5 г в 10 мл дистильованої води внутрішньом'язово 2 рази в день 5 днів, а потім по 0,25 г 2 рази в день 10 днів; 4) церебралізін по 1 мл внутрішньом'язово. З третього дня дозу анаприліну одержував 3 рази в день тільки через рот і його дозу збільшували по 20 мг кожні 2 дні. На 5-й день захворювання з'явилися ознаки венозного застою на реоенцефалограмі і стиснутість дисків зорових нервів, в зв'язку з чим на фоні артеріального тиску 180/100 мм рт.ст. в лікувальний комплекс додані 2 мл 1% розчину лазиксу внутрішньом'язово 3 дні і внутрішньовенні крапельні інфузії суфіліну по 240 мг в 200 мл

ізотонічного розчину хлориду натрію протягом 10 днів, що нормалізувало венозний відток з мозку. На 11-й день (доза анаприліну 120 мг на добу) серцевий індекс по

низився до 4,5 л/хв·м², артеріальний тиск – 160/90 мм рт.ст. Майже нормалізувались лінійна швидкість кровотоку по МАГ і венозний відток із мозку. З 12 дня анаприлін одержував до середини по 30 мг 4 рази в день. На 15-й день значно зменшились загально мозкові розлади, зник симптом Керніга, регресували чутливі й рухові порушення. Хворий виписаний із стаціонару на 28 добу від початку захворювання з практично відсутньою неврологічною симптоматикою.

Оцінка ефективності запропонованого способу лікування ішемічного інсульту проводилась шляхом порівняння отриманих даних у 186 хворих, яким лікування запропонованими лікарськими засобами проводилась з урахуванням порушень системної гемодинаміки та швидкості кровотоку по привідних артеріях голови та гемореологічних змін з адекватними показниками 80 аналогічних хворих (контрольна група – прототип), така ж терапія яким призначалась без врахування системно-церебральних гемодинамічних та реологічних показників.

Запропонований спосіб лікування ішемічного інсульту дозволяє знизити число смертельних випадків захворювання з 20,1% по прототипу до 13,6%, скоротити строки лікування в середньому з 29,7 до 25,1 днів, а число ускладнень – з 32 до 17,2%.

Упорядник

Техред М.Моргентал

Коректор М.Самборська

Замовлення 4134

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101