

Опыт применения L-аргинина у пациентов с различными синдромокомплексами дисциркуляторной энцефалопатии

По данным официальной статистики Министерства здравоохранения (МЗ) Украины, в структуре цереброваскулярных заболеваний первое место по распространенности занимают хронические нарушения мозгового кровообращения (около 90%), которые в отечественной научной литературе и клинической практике традиционно обозначаются термином «дисциркуляторная энцефалопатия». Это состояние, обусловленное хронической сосудистой мозговой недостаточностью или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения, которое проявляется прогрессирующими многоочаговыми нарушениями функций головного мозга. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра такого термина нет, а для обозначения хронических форм цереброваскулярных заболеваний выделены рубрики: церебральный атеросклероз; гипертензивная энцефалопатия; наследственные редкие сосудистые заболевания, такие как синдром CADASIL, болезнь Бинсангера, которые уточняют этиопатогенез наблюдавшихся нарушений. Этиологические факторы дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) подобны факторам риска развития мозгового инсульта: артериальная гипертензия/гипотензия, сахарный диабет, гиперхолестеринемия, атеросклероз, нарушения ритма сердца (ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий), васкулиты, патология системы крови.

Клиническая картина ДЭ обычно представляет собой сочетание неврологических, нейровегетативных, когнитивных, поведенческих, психических и других расстройств, которые у пациентов пожилого возраста накладываются на проявления естественного старения. У пациентов с ДЭ в тех или иных комбинациях возможно наличие цефалгического, кохлеовестибулярного, астенического, тревожно-депрессивного синдромов, синдрома легких когнитивных нарушений, вегетативных пароксизмов и панических атак.

В диагностике ДЭ, помимо рутинного неврологического обследования, необходимо применять методы нейровизуализации (компьютерную и магнитно-резонансную

томографию – МРТ) для подтверждения структурных изменений в мозге, ультрасонографию сосудов головы и шеи для уточнения роли сосудистого фактора, психо-диагностические шкалы и тесты для оценки степени тяжести когнитивного дефицита (мини-тест психического статуса – MMSE, Монреальский тест когнитивных функций – MoCA, методику запоминания 10 слов, таблицы Шульте и др.), выраженности поведенческих и аффективных расстройств (тест тревоги Спилбергера-Ханина, шкалу астенических состояний и др.). Также могут применяться дополнительные методы исследования, такие как электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография, офтальмоскопия, биохимические анализы крови и др.

В лечении пациентов с ДЭ можно выделить следующие направления:

- лечение основного заболевания, которое послужило причиной развития ДЭ;
- улучшение мозгового кровотока;
- коррекция метаболических процессов в головном мозге;
- симптоматическая терапия неврологических и когнитивных расстройств;
- вторичная профилактика острых и хронических нарушений мозгового кровообращения.

В последние годы наблюдается увеличение количества научных публикаций, посвященных проблеме эндотелиальной дисфункции как важному фактору патогенеза сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, а также эндотелиопротекции – направлению использования препаратов, обладающих свойствами коррекции нарушенных функций эндотелия сосудистой стенки.

Вниманию читателей предлагается несколько клинических случаев, иллюстрирующих разнообразие клинических проявлений ДЭ и возможности применения в комплексной терапии препарата с эндотелиопротекторными свойствами Тивортин (L-аргинин).

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка Ш., 57 лет, поступила на плановое лечение в неврологическое отделение УК ЗГМУ с жалобами на головокружение несистемного характера, шаткость при ходьбе, эпизоды головокружения системного характера, сопровождающиеся тошнотой, шум в ушах, тяжесть в голове, снижение памяти на текущие события, снижение концентрации внимания, повышение АД до 167/90 мм рт. ст.

Анамнез заболевания. Пациентка болеет в течение 8 лет, когда стала отмечать периодические эпизоды головокружения, колебания АД. Неоднократно проходила курсы стационарного лечения в неврологическом отделении районной больницы с диагнозом: «Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии, кохлеовестибулярный синдром, астенический синдром. Гипертоническая болезнь II стадия, степень 2, высокого риска. Атеросклероз церебральных артерий». Принимает регулярную антигипертензивную терапию: периндоприл/индапамид 8/2,5 мг/сут. Последний стационарный курс лечения проходила около 1 года тому назад. Получала вазоактивную и нейрометаболическую терапию с положительной динамикой. Настоящее ухудшение началось около 2 нед назад в виде нарастания частоты колебаний АД и головокружения. В связи с этим пациентка была плавно направлена на госпитализацию в неврологическое отделение УК ЗГМУ.

Анамнез жизни. Сахарный диабет, вирусный гепатит, туберкулез отрицает. Страдает хроническим холециститом с 1995 г. В настоящее время жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не предъявляет.

Аллергоанамнез. Не отягощен.

Социальный анамнез. Пациентка не курит, алкоголь употребляет умеренно.

Семейный анамнез. Родители страдают гипертонической болезнью. Отец перенес ишемический инсульт.

Объективный статус. Общее состояние средней тяжести. Положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 150/90 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 78 уд/мин. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный.

Психический статус. Пациентка в сознании, ориентирована в месте, времени и собственной личности. Эмоционально лабильна. MMSE – 26 баллов. MoCA – 26 баллов.

Неврологический статус. Обоняние не нарушено. Глазные щели D≥S. Зрачки D=S. Фотореакция сохранена, содружественная. Корнеальный рефлекс снижен с обеих сторон. Зрение не нарушено. Не доводит глазные яблоки в крайние отведения. Горизонтальный нистагм. Элементы центрального прозомонопареза справа.

Речь не изменена. Слух не нарушен. Глоточный рефлекс сохранен. Язык девиирует вправо. Хоботковый рефлекс (+). Сухожильные рефлексы в верхних конечностях D=S, сохранены, коленные D=S, сохранены, ахилловы D=S. Симптом Кипшидзе (+) с обеих сторон. В позе Ромберга пошатывание. Пальценоносовую пробу выполняет неуверенно с обеих сторон. Тактильная, температурная, болевая, вибрационная, проприоцептивная чувствительность сохранена. Оценка головной боли по НИТ-6 – 48 баллов.

Учитывая жалобы больной, анамнез и неврологический статус, был установлен клинический диагноз: «Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии, кохлеовестибулярный, астенический синдромы, синдром легких когнитивных нарушений. Гипертоническая болезнь, II стадия, степень 2, высокого риска. Атеросклероз церебральных артерий».

Клинико-диагностическая программа осуществлялась в соответствии с клиническим протоколом оказания медицинской помощи больным с дисциркуляторной энцефалопатией (Приказ МЗ от 17.08.2007 р. № 487).

Общеклинические исследования

ЭКГ: вольтаж достаточный, ритм синусовый, брадикардия, электрическая ось LL = +72° вертикальная, позиция полувертикальная.

Общий анализ крови		
Показания	Результат	Референтные значения
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	5,7	4,0-10,0
Лимфоциты, %	45,3	25-50
Моноциты, %	4,4	2-10
Гранулоциты, %	50,3	50-80
Эритроциты, $\times 10^{12}/\text{л}$	4,0	М 4,1-6,2 Ж 3,5-5,5
Hb, г/л	123	М 124-170 Ж 112-160
Гематокрит, %	32,6	32-49
Средний объем эритроцитов, фл	81,4	80-100
Содержание Hb в эритроцитах, пг	30,9	26-34
Концентрация Hb в эритроцитах, г/дл	37,0	33-37
Анизоцитоз эритроцитов, %	12,0	11,5-14,5
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	189	150-400
Объем тромбоцитов, фл	10,2	9,5-10,6
Тромбокрит, %	0,193	0,15-0,4
Анизоцитоз тромбоцитов, %	11,7	10-20
СОЭ, мм/ч	15	М 1-10 Ж 2-15

Общий анализ мочи		
Показания	Результат	Референтные значения
Цвет	Светло-желтый	
Прозрачность	Мутная	Прозрачная
Реакция	Нейтральная	
Удельный вес	1020	1001-1040
Белок	Отрицательно	Отрицательно
Глюкоза	Отрицательно	До 1,1 ммоль/л
Эритроциты измененные	1-2 в п/з	Отрицательно
Эпителій полиморфный	Единичный в п/з	Единичный в п/з
Лейкоциты	2-3 в п/з	6-8 в п/з
Слизь	Отрицательно	Отрицательно
Оксалаты	Отрицательно	Отрицательно
Бактерии	Отрицательно	Отрицательно

Биохимические анализы		
Показания	Резуль-тат	Референтные значения
Глюкоза	4,0	3-6 ммоль/л
Билирубин общий	9,0	8,5-25,5 мкмоль/л
Тимоловая проба	1,25	0-4 Sh
Креатинин	98	44-115 мкмоль/л
Аланинамино-трансфераза	12	3-42 Од/л
Холестерин	5,24	3,9-6,2 ммоль/л
Холестерин ЛПВП	1,71	1,04-1,55 мкмоль/л
Холестерин ЛПНП	3,3	0-2,59 мкмоль/л
Триглицериды	0,60	0-1,7 ммоль/л

Коагулограмма		
Показания	Резуль-тат	Референтные значения
Протромбиновое время, с	17,3	9,2-14,1
Протромбиновый индекс, %	107	80-120
МНО	0,94	0,8-1,2
Фибриноген, г/л	3,5	2,0-4,0

Ультразвуковое исследование интра- и экстракраниальных артерий: эхо-признаки стенозирующего поражения брахиоцефальных артерий с явлением нетяжелого стенозирования правой внутренней сонной артерии до 20%, гипертонической полимакроангиопатии легкой формы, гипостенический кровоток в задней мозговой и позвоночной артериях (V4) с двух сторон с (компенсаторным?) увеличением линейной скорости кровотока по основной артерии, непрямолинейность хода позвоночной артерии (V1) и (V2) с двух сторон, вероятно, за счет дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника.

МРТ головного мозга: МРТ-признаки начальных проявлений дисциркуляторной энцефалопатии.

Консультация оториноларинголога: нейросенсорная тугоухость, I стадия.

Консультация офтальмолога: склеротико-гипертоническая ангиопатия сетчатки обоих глаз, выраженный венозный компонент.

Проведенные дополнительные методы исследования подтвердили установленный клинический диагноз.

Лечебная программа также осуществлялась в соответствии с клиническим протоколом оказания медицинской помощи больным с дисциркуляторной энцефалопатией (Приказ МЗ от 17.08.2007 р. № 487). К базисной терапии был добавлен препарат Тивортин. Способ введения: Тивортин 4,2% 100 мл внутривенно капельно, № 10.

В результате проведенной терапии у пациента уменьшилась выраженность

головокружения, улучшилась походка, стабилизировалось АД на уровне 130/80-140/90 мм рт. ст. Отмечалось улучшение когнитивных функций с 26 до 27 баллов по MMSE. При повторном проведении дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий и транскраниального дуплексного сканирования наросла линейная скорость кровотока, преимущественно в вертебробазилярном бассейне.

Выводы

Учитывая разноплановое терапевтическое действие L-аргинина, препарат целесообразно рекомендовать для применения в комплексной терапии больных с хронической ишемией мозга с целью терапии кохлеовестибулярного синдрома, коррекции когнитивных функций и церебральной гемодинамики.

Продолжение следует.

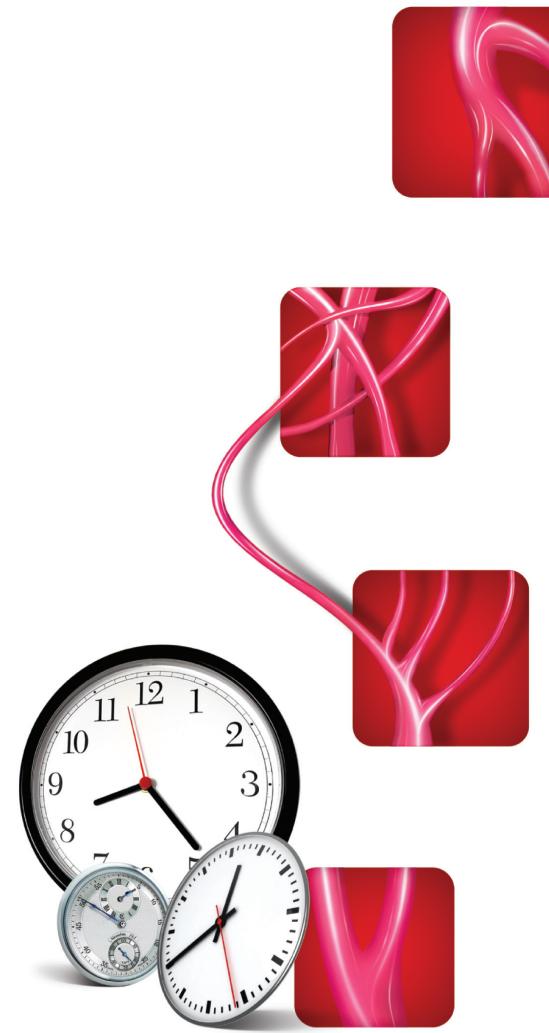
35

ТИВОРТИН®

**Незамінний
донатор оксиду азоту**



- сповільнює прогресування хронічної цереброваскулярної патології;
- профілактика повторних порушень мозкового кровотоку;
- рання реабілітація після перенесеного ГПМК;
- кардіопротективна дія: підвищує толерантність до фізичного навантаження у пацієнтів зі стабільною стенокардією напруги.*



www.tivortin.com

* Слободський В.А. Досвід застосування препарату Тівортін аспартат при лікуванні пацієнтів зі стабільною стенокардією напруження//Український медичний часопис.-2009-5.

Форма випуску:

4,2% р-н L-аргиніну гідрохлориду 100 мл для інфузій L-аргиніну аспартат (1г/5мл), розчин для пиття у флаконах по 100 та 200 мл

Інформація про лікарський препарат Тівортін® та Тівортін® аспартат. Тівортін® р-н. Склад: 100 мл розчину містять 4,2 г аргініну гідрохлориду (в 100 мл міститься 20 мілімоль аргініну гідрохлориду). Тівортін® аспартат. Склад: 5 мл розчину містять L-аргиніну аспартату 1 г (L-аргинін) – 0,57 г, кислоти аспартінової – 0,43 г. Показано до застосування. Захворювання сердечно-судинної системи: у комплексній терапії ішемічного хвороби серця та хронічної серцевої недостатності, атеросклероз судин серця та периферичних судин, гіперхолестерolemia, артеріальна гіпертензія, стан після перенесеного гострого інфаркту міокарду, міокардіопатії, діабетична аніопатія. Захворювання нервової системи: ішемічна пневмонія, ішемічна легеневі гіпертензії, хронічна постемболічна легеневі гіпертензії. Захворювання травної системи: гострі та хронічні гепатити різної етології, печінкова недостатність, печінкова ішемічна гіпертензія, спричинена гіпертонією, атеросклерозом, діабетом, хронічними захворюваннями дихальної системи: хронічні обструктивні захворювання легенів, інтерстиціальні пневмонії, ішемічні легеневі гіпертензії. Захворювання гінекологічної системи: гестози та хронічні гепатити різної етології, печінкові недостатніті, печенічні енцефалопатії, діабетичні захворювання, ішемічні легеневі гіпертензії. Захворювання гінекологічної системи: гестози та хронічні гепатити різної етології, печінкові недостатніті, печенічні енцефалопатії, діабетичні захворювання, ішемічні легеневі гіпертензії. Захворювання гінекологічної системи: гестози та хронічні гепатити різної етології, печінкові недостатніті, печенічні енцефалопатії, діабетичні захворювання, ішемічні легеневі гіпертензії. Захворювання гінекологічної системи: гестози та хронічні гепатити різної етології, печінкові недостатніті, печенічні енцефалопатії, діабетичні захворювання, ішемічні легеневі гіпертензії. Фото: Shutterstock.com/

ЮРІЯ·ФАРМ

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
тел./факс: 044-275-01-08; 275-92-42
www.uf.ua

