

судорог, мы провели исследование применение препарата Депакин хроносфера у детей с различными формами эпилепсией. Средняя суточная доза Депакин Хроносфера назначалась в дозе 30-50 мг/кг веса в сутки. На первом этапе лечения больного эпилепсией в постановке диагноза большое внимание уделяли правильному определению типа приступов, эпилептического синдрома, этиологии эпилепсии и провоцирующих факторов. Многообразие проявлений эпилепсии создает значительные затруднения в постановке правильного диагноза. При сборе анамнеза выяснялась частота, продолжительность, характер приступов. Большое значение имели результаты рутинной электроэнцефалографии (ЭЭГ), а в некоторых случаях проводился длительный ЭЭГ-мониторинг, а также учитывали факторы риска рецидивирования приступов у детей Американская Академия Неврологии разработала терапевтическую тактику при возникновении первого приступа у детей и подростков [2]. Факторы риска рецидивирования приступов у детей включают:

- структурные изменения в мозге;
- выявление эпилептиформной активности на ЭЭГ;
- возникновение приступа во время сна;
- фокальный тип приступа.

Диагноз «эпилепсия» устанавливался на основании клинических данных, проведения ЭЭГ, компьютерной томографии головного мозга. В лечении эпилепсии мы придерживались основному принципу фармакологической терапии: начало с монотерапии и препарата первой очереди выбора. В связи с недостаточным контролем припадков на фоне применяемой ранее противосудорожной терапии, в отделении проводилась коррекция противосудорожной терапии, в частности перевод с генерика на оригинал. Депакин хроносфера представляет собой воскообразные микрогранулы. Препарат назначался в качестве монотерапии детям с эпилепсией в дозе 30 мг/кг в сутки в 2 приема, применялся с небольшим количеством пищи (каша, фруктовое или овощное пюре, йогурт и т. д.) холодной или комнатной температуры. Так как биодоступность вальпроата при пероральном применении близка к 100%, поэтому прием пищи не влиял на фармакокинетический профиль. Доза препарата увеличивалась через 2–3 дня, с тем, чтобы достичь оптимальной дозы примерно в течение недели. Детям с синдромом Веста, миоклонической энцефалопатией доза препарата увеличивалась до 40-50 мг в сутки в 2 приема. Только 5 пациентам с резистентной формой эпилепсий депакин хроносфера был назначен в комбинации с топамаксом. Длительность наблюдения при лечении депакином-хроносферой составляла от 1 месяца до 12 месяцев.

Обсуждение результатов.

Под влиянием проводимой терапии у всех детей отмечалась положительная динамика. Оценка эффективности Депакина Хроносферы оценивали по клиническим данным: купирование приступов судорог, уменьшение частоты приступов; переносимости приема препарата, отсутствие побочных эффектов. В условиях стационарного лечения проводился подбор адекватной

противосудорожной терапии с рекомендациями сохранять суточную поддерживающую дозу в амбулаторных условиях. Неэффективность монотерапии, отмечалась при обширных органических или прогрессирующих поражениях головного мозга, фокальных приступах, сочетание нескольких типов приступов. Полный контроль над судорогами отмечено у 27 детей (77%), урежение приступов у 8 пациентов (23 %). Отсутствие эффекта, учащение приступов не наблюдалось ни в одном случае. Препарат достаточно хорошо переносится детьми. Побочных эффектов за время приема данного препарату не отмечалось. На электроэнцефалографии при применении депакин хроносферы отмечалось снижение эпилептиформной активности, у 75% отмечалось снижение эпилептиформной активности на ЭЭГ. В лечении синдром Веста, миоклонической эпилепсии эффективен в 70% случаев.

Выводы. Депакин Хроносфера в гранулах пролангированного действия эффективный препарат в качестве монотерапии у детей, кроме резистентных форм эпилепсий. Форма выпуска вальпроевой кислоты в виде Депакин Хроносфера особенно эффективна, удобна для детей раннего возраста по сравнению с такими формами как таблетки, капсулы. Депакин Хроносфера хорошо переносится детьми.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белоусова Е. Д., Авакян Г. Н. «Эффективность и переносимость пролангированного вальпроата (депакин хроносфера) как препарата первой очереди выбора в лечении эпилепсии у взрослых» Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2012 г. Том 4 №2
2. Т. Броун, Г. Холмс «Эпилепсия». Клиническое руководство 2006 год

ТҮЙІН

Балаларда эпилепсияны емдеуде депакин хроносфера колдану тәжірибесі

Депакин хроносфера монотерапия ретінде балаларда эпилепсияның резистентті түрлерінен басқасында аса нәтижелі. Таблетка және капсуламен салыстырғанда ерте жастағы балаларға Депакин хроносфераның әсері ұзартылған түйіршіктерін колдану ыңғайлы, әрі тиімді. Депакин хроносфера балалармен әдетте жақсы қабылданады.

SUMMARY

Experience of application is depakinum of chronosphere in treatment of epilepsy for children

Depakine Chronosphere effective drug as monotherapy in children, except resistant forms of epilepsies. The form of release valproic acid in the form of Depakine Chronosphere is particularly effective, convenient for children of early age in comparison with forms such as tablets, capsules. Depakine Chronosphere is well tolerated in children.

Ключевые слова: Депакин Хроносфера, эпилепсия у детей, вальпроевая кислота.

УДК 616.8-00

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ (СКРИНИНГ) ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Кайшибаев Н.С., Кайшибаева Г.С., Хасенова Г.П., Жумагулова К.Г.

Кафедра неврологии АГИУВ,

НПЦ «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева», г. Алматы, Казахстан

Головокружение является третьей по частоте причиной обращения больных к врачам разных специальностей

– терапевтам, неврологам, отоларингологам. Чаще всего головокружение сопровождается практически все

неврологические заболевания. При острых нарушениях мозгового кровообращения головокружение встречается в 73% случаев, при черепно-мозговой травме в 60%, при патологии шейного отдела позвоночника в 70%, при поражении позвоночных артерий в 50% [1,2,3]. Головокружение встречается в разных возрастных группах. В возрастной группе 20-29 лет в 7%; 30-39 лет в 26%; 40-49 лет 35%; 50-59 лет в 25%; 60-69 лет в 37%; 70-79 лет в 48% случаев (Herdman S., 2007).

В настоящее время время распространенность синдрома головокружения связана с различными заболеваниями внутреннего уха, вестибулярной системы и их сложными нейрональными связями с корой, таламусом, мозжечком, двигательными нейронами спинного мозга и черепно-мозговых нервов, вегетативной и лимбической систем, а также системы кровообращения. В зависимости от поражения многочисленных проводящих путей вестибулярной системы необходима дифференцированная вестибулярная реабилитация с учетом особенностей

нейропластичности мозга. Важно учитывать восприятие пациентом времени, пространства, движение и равновесие, быстрое перераспределение мышечного тонуса, фиксацию взгляда при движениях головой, вегетативные возможности организма, а также правильно оценивать качество жизни самим пациентом [4]. Влияние головокружения на эмоциональную, функциональную и физическую сферы жизнедеятельности пациента очевидно. Наличие единых критериев диагностики как сложных, так и легких головокружений позволило бы дифференцированно подходить к терапии головокружений при различных заболеваниях.

Вышеизложенное послужило основанием для проведения настоящей работы.

Нами проведен скрининг головокружения по трем городам Республики Казахстан. В скрининге участвовало 576 пациентов: из Алматы – 148 пациентов; из Караганды – 232 пациента и из Астаны – 196 пациентов (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение пациентов, участвовавших в скрининге по Республике Казахстан, по полу

Пол	Алматы	Караганда	Астана	Всего
Мужчины	35 (6,1%±3,92)	35 (6,1%±3,92)	105 (18,2%±2,12)	175 (30,4%±1,51)
Женщины	113 (19,6%±2,02)	197 (34,2%±1,38)	91 (15,8%±2,31)	401 (69,6%±0,66%)
Всего	148 (25,7%±1,7)	232 (40,3%±1,22)	196 (34%±1,39)	576 (100%)

Наибольшее количество пациентов, участвовавших в скрининге, было из г. Караганда (232 пациента). Из них 35 мужчин, 197 женщин. В г. Астана в скрининге приняли участие 196 пациентов: 105 мужчин и 91 женщина. Алматы

представлен 148 пациентами: из них 35 мужчин и 113 женщин (диаграмма 1).

Средний возраст пациентов по трем городам Республики Казахстан составил 53,3 года: из них среди мужчин – 54 года, среди женщин – 52,6 лет (таблица 2).

Таблица 2 - Средний возраст пациентов, участвовавших в скрининге по РК (лет)

Пол	Алматы	Караганда	Астана	Всего
Мужчины	50,2	60,8	51	54
Женщины	49,9	58,8	49,1	52,6
Всего	50,05	59,8	50,05	53,3

Средний возраст пациентов с головокружением в трех городах составил 53,3 года. В г. Алматы – 50,05 лет, в г. Караганда – 59,8 лет, в г. Астана – 50,05 лет.

В г. Караганда средний возраст значительно превышал показатели в сравнении с двумя другими городами. Это свидетельствует о преобладании в г. Караганда более

взрослого населения, а в городах Алматы и Астана более молодого населения.

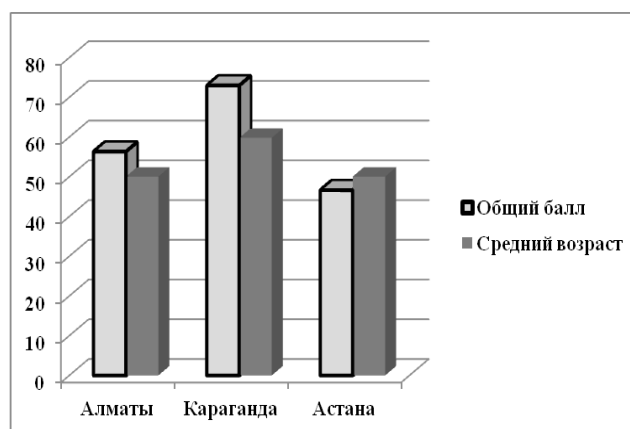
В связи с этим наметилась положительная тенденция и в оценке эмоциональной, функциональной и физической сфер жизнедеятельности у пациентов по трем городам РК (таблица 3).

Таблица 3 - Количество баллов для оценки эмоциональной, функциональной и физической сфер жизнедеятельности по городам

Город	Е	Ф	Р	Общее
Алматы	19,6	20,4	16,35	56,35
Караганда	22,65	25,95	22,4	71
Астана	17,25	14,9	13,5	45,65

Из таблицы 3 видно, что общее число баллов, составляющее сумму баллов из оценки эмоциональной, функциональной и физической сфер жизнедеятельности пациентов, напрямую связано со средним возрастом жителей городов. Высокий показатель среднего возраста в г. Караганда соответствует высокому общему баллу и всех показателей сфер жизнедеятельности (Е, Ф, Р) в отдельности (диаграмма 1).

Диаграмма 1 - Сравнительный анализ среднего возраста и общего балла оценки эмоциональной, функциональной и физической сфер жизнедеятельности у пациентов в трех городах



В ходе скрининга у всех пациентов определялись два показателя головокружения: частота и тяжесть. Частота головокружений оценивалась тремя ответами: «1 раз в месяц»; «чаще 1 раза, но реже 4 раз в месяц»; «чаще 1 раза в неделю».

При сравнении показателей частоты головокружения

нами установлено, что чаще всего головокружение в процентном соотношении было у женщин в г. Караганда - 34,2%±1,38, затем у женщин г. Алматы - 19,6%±2,02 и у мужчин г. Астаны -18,2%±2,12. Головокружение реже встречалось у мужчин из Алматы и Караганды – по 6,1%±3,92 (таблица 4).

Таблица 4 - Частота головокружений в трех городах РК (P%±m)

Пол	1 раз в месяц	Чаще 1 раза, но реже 4 раз в месяц	Чаще 1 раза в неделю	Всего
<i>Алматы</i>				
Мужчины	18(3,1%±5,57)	7(1,2%±8,99)	10(1,7%±7,54)	35(6,1%±3,92)
Женщины	40(6,9%±3,66)	24(4,2%±4,79)	49(8,5%±3,28)	113(19,6%±2,02)
Всего	58(10,1%±2,98)	31(5,4%±4,19)	59(10,2%±2,96)	148(25,7%±1,7)
<i>Караганда</i>				
Мужчины	-	9(1,6%±7,94)	26(4,5%±4,6)	35(6,1%±3,92)
Женщины	4(0,7%±11,91)	52(9,0%±3,17)	141(24,5%±1,75)	197(34,2%±1,38)
Всего	4(0,7%±11,91)	61(10,6%±2,9)	167(30%±1,52)	232(40,3%±1,22)
<i>Астана</i>				
Мужчины	25(4,3%±4,71)	59(10,1%±2,96)	21(3,6%±5,17)	105(18,2%±2,12)
Женщины	21(3,6%±5,17)	50(8,7%±3,24)	20(3,5%±5,25)	91(15,8%±2,31)
Всего	46(8%±3,39)	109(18,8%±2,07)	41(7,1%±3,62)	196(34%±1,39)
Итого	108(18,8%±2,07)	201(34,8%±1,37)	267(46,4%±1,07)	576(100%)

Из таблицы 4 видно, что по результатам сравнения частоты головокружения по трем городам, на первом месте были жители Караганды, у которых головокружение отмечалось чаще 1 раза в неделю - 30%±1,52; на втором месте жители Астаны, у которых головокружение было чаще одного раза, но реже четырех раз в месяц - 18,8%±2,07; на третьем месте с такой же частотой были карагандинцы - 10,6%±2,9.

В целом среди всех пациентов головокружение было чаще одного раза в неделю -267(46,4%±1,07); затем головокружение чаще одного раза, но реже четырех раз в месяц - 201(34,8%±1,37) и меньшее количество пациентов отмечало головокружение один раз в месяц - 108(18,8%±2,07) (диаграмма 2).

Степень тяжести головокружения или неустойчивости состояла из трех градаций: легкая, умеренно-выраженная и выраженная. По степени тяжести головокружения все пациенты из трех городов распределились следующим образом (таблица 5).



Диаграмма 2 - Распределение пациентов по частоте головокружений среди всех жителей трех городов

Таблица 5 - Распределение пациентов по тяжести головокружения по городам РК (P±m%)

Пол	Легкая	Умеренно-выраженная	Выраженная	Всего
<i>Алматы</i>				
Мужчины	11(1,9%±7,19)	14(2,4%±6,38)	10(1,7%±7,54)	35(6,1%±3,92)
Женщины	36(6,3%±3,86)	42(7,3%±3,56)	35(6,1%±3,92)	113(19,6%±2,02)
Всего	47(8,2%±3,35)	56(9,7%±3,1)	45(7,8%±2,79)	148(25,7%±1,7)
<i>Караганда</i>				
Мужчины	1(0,2%±22,33)	26(4,5%±4,6)	8(1,4%±8,39)	35(6,1%±3,92)
Женщины	25(4,3%±4,71)	121(21%±1,94)	51(8,9%±3,2)	197(34,2%±1,38)
Всего	26(4,5%±4,61)	147(25,5%±1,71)	59(10,3%±2,95)	232(40,3%±1,22)
<i>Астана</i>				
Мужчины	37(6,4%±3,82)	55(9,5%±3,08)	13(2,3%±6,52)	105(18,2%±2,12)
Женщины	43(7,5%±3,51)	31(5,4%±4,19)	17(2,9%±5,79)	91(15,8%±2,31)
Всего	80(13,9%±2,49)	86(14,9%±2,39)	30(5,2%±4,27)	196(34%±1,39)
Итого	153(26,6%±1,66)	289(50,2%±0,99)	134(23,3%±1,81)	576(100%)

По результатам, приведенным в таблице 5, видно, что у пациентов трех городов преобладало умеренно-выраженное головокружение – у 289 (50,2%±0,99) пациентов; у 153 (26,6%±1,66) пациентов было легкое головокружение; у 134 (23,3%±1,81) пациентов – выраженное головокружение.

В результате скрининга нами установлено, что в г. Караганда наиболее часто выявлялась умеренно-выраженная степень головокружения у 25,5%±1,71 пациентов. На втором месте по числу умеренно-выраженной степени головокружения стоят жители г. Астана - 14,9%±2,39 пациентов. На третьем месте – легкая степень головокружения у жителей Астаны - 13,9%±2,49. Реже всего наблюдалось головокружение легкой степени тяжести у жителей Караганды - 4,5%±4,61 пациентов (диаграммы 3.4.5).

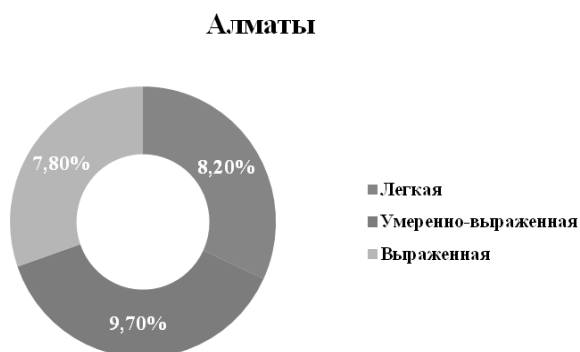


Диаграмма 3 - Распределение пациентов по степени тяжести головокружения в г. Алматы

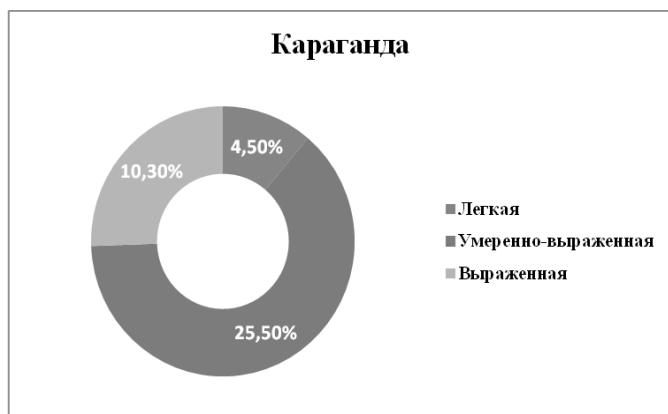


Диаграмма 4 - Распределение пациентов по степени тяжести головокружения в г. Караганда



Диаграмма 5 - Распределение пациентов по степени тяжести головокружения в г. Астана

Выводы: По результатам скрининга головокружения и связанных с ним проблем, влияющих на качество жизни, по трем городам Республики Казахстан можно сделать следующие заключения:

чаще с жалобами на головокружение обращаются женщины - 401 пациентка (69,6%±0,66%), т.е. в 2,3 раза чаще, чем мужчины;

по частоте выявления головокружения на первом месте стоит г. Караганда. Жители г. Караганда чаще страдают головокружением (40,3%±1,22), затем жители г. Астана (34%±1,39) и реже жители г. Алматы (25,7%±1,7). Причем у жителей Караганды преобладает головокружение умеренно-выраженной степени тяжести - (25,5%±1,71), которое бывает чаще одного раза в неделю (30%±1,52). У жителей Караганды также хуже показатели эмоциональной, функциональной и физической сфер жизнедеятельности (Е, F, P и общий показатель – 22,65; 25,95; 22,4 и 71 балл соответственно). На втором месте по выявляемости головокружения – г. Астана. Жители г. Астана в страдают головокружением умеренно-выраженной степени тяжести (14,9%±2,39), которое бывает чаще 1 раза, но реже 4 раз в месяц (18,8%±2,07). Однако, показатели эмоциональной, функциональной и физической сфер жизнедеятельности (Е, F, P и общий показатель – 17,25; 14,9; 13,5 и 46,65 баллов), что ниже в сравнении с таковыми у жителей Алматы. Это связано с тем, что в г. Астана преобладает количество пациентов с головокружением молодого возраста от 21 года до 50 лет – 25,9%. В то время как в Караганде таковых 20,3% и в Алматы – всего 11,1% пациентов с головокружением. Лучше выглядит картина в г. Алматы. Все показатели по выявляемости и степени тяжести головокружения значительно ниже, в сравнении с вышеуказанными городами Карагандой и Астаной.

Полученные результаты скрининга указывают на лучшую диагностику, лечение и профилактику сосудистых заболеваний и различных заболеваний, сопровождающихся головокружением, у жителей г. Алматы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вейс Г. Головокружение. В кн.: Неврология. Под ред. М. Самуэльс. М.: Практика, - 1997.- С. 94-120.
2. Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты профилактики острых нарушений мозгового кровообращения. Автореф. Дисс. д-ра мед. наук. М., 1994.- 25с.
3. Горбачева Ф.Е., Матвеева А.А., Чучин М.Ю. О шейном головокружении. РМЖ, 2004,- №12,- С.10.
4. Гусев Е.И. с соавт. Принципы современной реабилитации пациентов с вестибулярными нарушениями. - // V Международный конгресс «Нейрореаб-литация», Москва, 2013.- С.86-88.

ТҮЙІН

Қазақстан Республикасы бойынша бас айнарудың эпидемиологиялық аспектісі (скрининг)

Біз Қазақстан Республикасының үш қалалары бойынша (Алматы, Астана, Қарағанды) бас айнарудың және тұрмыс сапасына әсер ететін мәселеге қатысты скрининг өткіздік.

Емделушілер тұрмыс сапасы туралы олардың тіршілік әрекетінің эмоционалдық, функционалдық және физикалық салаларының көрсеткіштері куәландырды. Бас айнарудың өте жағымсыз түрі Қарағанды қаласында, содан соң Алматы қаласының емделушілерінде өмір сапасына ықпалын тигізді. Скринингтен алған нәтижелері Алматы қаласының тұрғындарына жақсы диагностика, емдеу және тамыр аурулары және бас айналуына ілесетін әр түрлі ауруларға профилактика жасуын көрсетеді.

РЕЗЮМЕ

Эпидемиологический аспект (скрининг) головокружения по Республике Казахстан

Нами проведен скрининг головокружения и связанных с

ним проблем, влияющих на качество жизни, по трем городам Республики Казахстан (Алматы, Астана, Караганда).

О качестве жизни пациентов свидетельствовали показатели эмоциональной, функциональной и физической сфер их жизнедеятельности. Наличие головокружения наиболее худшим образом оказывало влияние на качество жизни у пациентов г. Караганды, затем на пациентов г. Алматы. Полученные результаты скрининга указывают на лучшую диагностику, лечение и профилактику сосудистых заболеваний и различных заболеваний, сопровождающихся головокружением, у жителей г. Алматы.

SUMMARY

We screened dizziness and related problems affecting the quality of life in the three cities of the

Republic of Kazakhstan (Almaty, Astana, Karaganda).

Indicators of emotional, functional and physical areas of life showed the quality of life of patients. The presence of dizziness mostly affected the quality of life of patients in Karaganda, and less patients in Almaty. Due to the fact that the predominant number of Astana patients were young people (from 21 to 50 years), dizziness affected the quality of their lives the least that is associated with higher compensatory abilities of young organism. Therefore, patients in Astana have much lower indicators of emotional, functional and physical spheres of life compared to the cities of Karaganda and Almaty.

The results of screening indicate better diagnosis, treatment and prevention of cardiovascular disease in Almaty.

Ключевые слова: эпидемиология, скрининг, головокружение.

УДК 616.8-085.2/3

ИНФАРКТ МОЗГА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Кальменова И.М., Ибрагимов М.М., Аяганова Л.Б.

Кафедра интернатуры и резидентуры по неврологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, ГКБ №7 г., Алматы, Казахстан

Предпосылки. Проблема инфаркта мозга сохраняет чрезвычайную медицинскую и социальную значимость в связи со значительной частотой его развития, стойкой тенденцией к «омоложению» контингента **больных**, высоким процентом инвалидизации и смертности. Нерешенная проблема его лечения приводит к неспособности пациента с цереброваскулярным повреждением головного мозга (инсультом) вести полноценный образ жизни, эффективно работать, адекватно воспринимать и удерживать информацию; у пациента рвутся связи, сужается круг общения, резко понижается социальная статус. Зачастую такое заболевание лишает человека способностей к элементарному самообслуживанию, родные и близкие такого неврологического больного в течение многих лет обречены на уход за беспомощным родственником.

В настоящее время в мире все больше признают, что инсульт – заболевание в значительной степени предотвратимое, и при правильном лечении имеет куда менее трагические последствия – однако смертность от него остается высокой. Достижения клинической медицины позволяют в настоящее время оказывать эффективную помощь **пациентам** с самыми тяжелыми формами сосудистых страданий, базируясь на применении целого арсенала современных фармакологических средств. Таким образом, сейчас пришло время принятия неотложных мер.

Значительный рост частоты ишемического инсульта, в том числе у лиц трудоспособного возраста, приводящий к потере трудоспособности пациента и частым летальным исходам, определяет актуальность создания и применения новых лекарственных препаратов для его лечения, в том числе и нейропротекторов. Терапевтическая тактика: в ответ на снижение уровня кровотока является еще можно более быстрое восстановление фармакологическими или механическими способами.

У больных с ишемическим инсультом происходит изменение окислительно –восстановительных процессов, угнетение оксидантной системы, нарушение фосфолипидного обмена на уровне клеточных мембран и депрессия отдельных нейромедиаторных систем, в частности ГАМК-ергических. При оказании медицинской помощи пациентам, перенесших инсульт **существует ряд терапевтических задач:** 1) восстановление структуры

и функций мозга после инсульта; 2) восстановление сосудистого русла в участке мозга с нарушенным кровообращением (зона инсульта).

Патогенетическое лечение ишемического инсульта в остром периоде включает нейропротективную терапию. Нейропротекция, или метаболическая защита мозга, используется для лечения ишемического инсульта как на догоспитальном – при появлении первых симптомов заболевания, так и на госпитальном этапе. Цель нейропротекции – предотвратить гибель нейронов в пенумбре вследствие эксайтоксичности, авоспаления и апоптозоподобных процессов. Реальную доказательную базу имеют очень немногие препараты, обладающие нейропротективным действием. С этой точки зрения несомненный интерес представляют данные об использовании Дисфосцин (цитиколина).

Дисфосцин (натрия цитидиндифосфтолин) представляет соединение, которое в норме присутствует во всех клетках человеческого организма. Он состоит из цитидина и холина, связанных дифосфатным мостиком и является необходимым промежуточным соединением в синтезе фосфатидилхолина, основного мозгового фосфолипида, в пути синтеза фосфолипидов (путь Кеннеди). Холин, входящий в состав цитиколина, служит основой для образования ацетилхолина, дефицит которого в головном мозге имеет большое значение в развитии расстройств нейромедиаторного гомеостаза и появления очаговой неврологической **патологии**. Дифосфосцин при приеме внутрь хорошо всасывается, его содержание в плазме крови после перорального приема имеет два пика – один через час после приема, а второй через 24 часа.

Целью исследования явилась оценка клинической эффективности и переносимости Дифосфагина при лечении ишемического инсульта в остром периоде.

Методы и материалы. Обследованы 20 пациентов с ишемическим инсультом, находившиеся на стационарном лечении в НСО № 2 ГКБ № 7 города Алматы. Диагноз инфаркта мозга устанавливался на основании жалоб, данных анамнеза, объективного исследования, Фиксировался анамнез, включая возраст, продолжительность, факторы риска инсульта, ишемическая болезнь сердца. Для определения этиологии инсульта брались коагуляционные пробы, проводилась ЭКГ. Всем пациентам проводилось