

Г.Ф. Жигаев<sup>1</sup>, Т.А. Прокаева<sup>1</sup>, Е.М. Прокаев<sup>2</sup>, М.П. Рябов<sup>3</sup>, А.С. Николаев<sup>1</sup>

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

<sup>1</sup> ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Улан-Удэ, Россия<sup>2</sup> ФГУ «321 окружной военный клинический госпиталь Сибирского военного округа» Министерства обороны Российской Федерации, Улан-Удэ, Россия<sup>3</sup> ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» Министерства здравоохранения Республики Бурятия, Улан-Удэ, Россия

### ВВЕДЕНИЕ

Россия выделяется среди экономически развитых стран мира высокой частотой инсульта и смертностью от него [4]. Одним из основных факторов риска данного заболевания рассматриваются транзиторные ишемические атаки, которые в дальнейшем способствуют развитию инфаркта головного мозга в 15–40 % случаев [3]. По данным Государственного комитета по статистике, в Республике Бурятия частота цереброваскулярной патологии составляет 222,7 на 100 тыс. населения (в РФ – 393,4 на 100 тыс.), смертность – 211,7 на 100 тыс. населения (в РФ – 279,2 на 100 тыс.).

В структуре заболеваемости и смертности в РБ мозговой инсульт занимает первое место: 1) в бассейне левой мозговой артерии – 40 %; 2) в бассейне правой мозговой артерии – 33,1 %; 3) в вертебрально-базиллярном бассейне – 21,7 %. Общая летальность от инсульта по РБ составляет 35 %. Из общего числа случаев инвалидности 9,5 % составляет инвалидность вследствие нарушения мозгового кровообращения: 1) 1-й группы – 40 %; 2) 2-й группы – 50 %. Треть инвалидов из этого числа – лица молодого и среднего возраста, причем с увеличением возраста хроническое нарушение мозгового кровообращения чаще наблюдается у женщин. Процент госпитализации больных с мозговым инсультом – 35 % [4].

Таким образом, одной из главных задач данной работы является профилактика наступления угрожающих последствий цереброваскулярных заболеваний и когнитивных состояний. Терапевтические мероприятия должны быть направлены на уменьшение и/или устранение факторов риска цереброваскулярных заболеваний, нейроэмоционального стресса, устранение очаговых церебральных транзиторных ишемических атак. В этой связи реализация данных условий является наиболее доступным путем применения лекарственных растительных средств. Они являются перспективными для фармакологической коррекции нарушений, возникающих при недостаточности кровоснабжения головного мозга, отличаются низкой токсичностью, многообразием фармакотерапевтических свойств, что обеспечивает комплексное воздействие на организм больного [1].

Одним из таких средств является «Полиноофит». В строгом соответствии с критериями обследовано и пролечено 63 больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения.

Пациенты были разделены на группы. 1-я группа (контрольная) включала 12 человек, лечение которых было проведено по схеме, включающей: внутривенное введение кавинтона – 2,0 № 5, трентала – 5,0 № 5; внутримышечное введение витамина В6 – 2,0 № 10; физиолечение и ЛФК; при необходимости – назначение бетасерка, проведение гипотензивной и антиангинальной терапии; в базисную терапию добавляли пирацетам в среднесуточных дозах (1,2 г) – 2 таблетки утром и 1 таблетка днем. 2-я группа (основная) включала 28 больных, у которых идентичная схема терапии (без пирацетама) была дополнена приемом жидкого полиэкстракта «Полиноофит» (350 мг) – 20–40 капель 3 раза в день. 3-я группа (сравнения) включала 23 больных, у которых схема терапии была дополнена приемом препарата пирацетам и фитосредства «Полиноофит» в указанных выше дозах. Курс лечения – 21 день.

Для оценки эффективности лечения определяли частоту случаев клинического улучшения симптоматики в группах больных, а также вычисляли индекс, характеризующий степень эффективности лечения, который оценивали по 4-балльной шкале: отсутствие эффекта от лечения – 0 баллов, незначительное улучшение – 1 балл, умеренное положительное действие – 2 балла, выраженная эффективность – 3 балла. Индекс клинической эффективности (ИКЭ) вычисляется как средняя величина количества баллов в группе пациентов, получавших то или иное лечение, по формуле:  $M = EV / N$ , где  $M$  – индекс эффективности,  $V$  – количество баллов у одного больного,  $E$  – сумма баллов у всех пациентов,  $N$  – число пациентов в группе [2].

Для сравнительной оценки выраженности фармакотерапевтической динамики препарата в процессе лечения был применен индекс редукции (ИР), вычислявшийся по формуле:  $ИР = ИУ - ДУ$ , где  $ИУ$  – исходный уровень выраженности симптоматики,  $ДУ$  – достигнутый в результате терапии уровень выраженности симптоматики [2]. Для оценки состояния церебрального кровотока использовалась реоэнцефалография (РЭГ), электроэнцефалография (ЭЭГ). Рентгеновская компьютерная томография (КТ) оценивала выраженность церебральной атрофии, количество, размеры и локализацию гипотензивных очагов. Использовались линейные и объемные параметры, отражающие степень расширения желудочко-

вой системы и субарахноидальных пространств. При помощи МРТ проводилась более детальная оценка изменений белого вещества головного мозга (характер, выраженность лейкоареоза), церебральной атрофии (в том числе и атрофии гиппокампа), очаговых изменений (количество, размеры, локализация).

На фоне применения «Полинофита» было отмечено отчетливое клиническое улучшение состояния больных, определяемое как индивидуально (68,7 %), так и в целом в группе (87,5 %). Это улучшение на фоне лечения касалось в основном самочувствия и заключалось в уменьшении выраженности астенического синдрома, расстройств эмоционально-волевой сферы. Редукция блока депрессивных расстройств отличалась постепенностью и не имела самостоятельного значения. Это находило отражение в том факте, что уменьшение депрессивных расстройств было тесно связано с общим улучшением самочувствия больных, особенно со снижением выраженности астенической симптоматики, и наиболее отчетливо проявлялось у препаратов, отличающихся выраженным влиянием на собственно астенические расстройства: «Полинофит» ИР – 1,3; «Полинофит» и пирацетам ИР – 1,9; пирацетам ИР – 1,3. Блок тревожных расстройств в большей степени подвергался обратной динамике у больных 3-й группы (2,6). Пирацетам и «Полинофит» в этом отношении занимали промежуточное положение – по 2,0. Значимые различия были получены по результатам большинства проведенных тестов. Отсутствие статистически значимых различий в основном было отмечено по показателям, связанным с нейродинамическим аспектом когнитивной функции.

Полученные данные позволяют предположить, что при церебро-сосудистой патологии, которая проявляется значительными когнитивными и поведенческими расстройствами, остаются в большей степени сохранными функциями. По данным клинико-психологического обследования были получены результаты, свидетельствующие о заметном регрессе интеллектуально-мнестических нарушений у 57 % пациентов, из них в 29 % случаев эффект проявлялся в достоверном улучшении когнитивных функций, повышении активности и уровня самооценки, у 30 % лиц установлено улучшение настроения, а у 17 % – его нормализация. Доля пациентов, у которых наблюдалась депрессия в форме личностной реакции и клинико-психопатологической симптоматики, после применения «Полинофита» уменьшилась с 41 % до 8 %. Влияние «Полинофита» на диссомнические расстройства своеобразно: отмечалось отчетливое укорочение продолжительности сна на 1–2,5 часа. Отмечалась редукция расстройств засыпания и замедленного пробуждения. Основное действие препарата заключается в сокращении потребности во сне. Пациенты засыпали позднее, чем обычно, но, тем не менее, просыпались легко, быстро, с ощущением бодрости, активности, работоспособности, несмотря на то, что у некоторых больных отмечалось уменьшение глубины сна. Практически у больных улучшался процесс засыпания. При приеме средств («Полинофит» в сочетании с пирацетамом) наблю-

дался транквилизирующий эффект, проявляющийся в уменьшении тревоги, раздражительности, эмоциональной лабильности, беспокойства [5]. Особенно это отмечалось на 10-й и 14-й день приема. Побочные расстройства наблюдались у 5 (7,7 %) обследованных. Частота их возникновения в процессе лечения была следующей: пирацетам – 3 (4,6 %) случая, «Полинофит» – 0, «Полинофит» + пирацетам – 2 (3,1 %) случая. Анализ спектра побочных эффектов, возникающих в процессе лечения средствами, показал, что в основном они относятся к психологическому эффекту: повышенная раздражительность – 1 случай, беспокойства, нарушения сна – 1 случай, токсико-аллергические явления (кожная сыпь) – 1 случай, диспепсические расстройства (тошнота, изжога, вздутие живота, запоры) – 2 случая. Как ноотропный, так и психоактивирующий эффекты выражаются в улучшении кратковременной и долговременной памяти, внимания и скорости реакции.

По нашему представлению, необходимо учитывать характеристики ноотропного фитосредства «Полинофит» как «медленного», специфического, ноотропного и «быстрого», неспецифического, психоактивирующего. Если проявления психоактивирующего действия средства приходятся на 7–10-й день фармакотерапии, то ноотропный эффект отчетливо выявляется на отдельных этапах лечения, на 14–21-й день. В этой связи для выявления собственно ноотропного эффекта необходимо длительное, не менее трех недель, систематическое применение «Полинофита». Целесообразность включения «Полинофита» в схему лечения больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения подтверждается позитивными показателями электроэнцефалографии.

Таким образом, фармакотерапия «Полинофитом» больных с нарушением мозгового кровообращения обеспечивает позитивную динамику субъективной симптоматики, оцениваемых когнитивных функций, неврологического статуса, состояния церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга. Использование «Полинофита» в комплексной терапии хронических ишемий головного мозга позитивно сказывалась на состоянии липидного спектра, приводя к статистически значимому снижению концентрации липопротеидов очень низкой плотности и индекса атерогенности, снижению интенсивности ПОЛ. Оценивая влияние «Полинофита» на нейроэмоциональную сферу и когнитивные функции с ишемией головного мозга, необходимо учитывать характеристики данного средства, его свойства как «медленного», специфического, собственно ноотропного, так и «быстрого», неспецифического, психоактивирующего, транквилизирующего действия.

Целесообразность введения в клиническую практику «Полинофита» для комплексной фармакологической защиты головного мозга при его ишемии и гипоксии обусловлена его ноотропным и нейропротективным, антигипоксическим и антиоксидантным свойствами. По выявленному ноотропному эффекту «Полинофит» сопоставим с

препаратом сравнения – пирацетамом; сочетанное их использование является высокоэффективным методом лечения больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения.

**ЛИТЕРАТУРА  
REFERENCES**

1. Базарон Э.Г. «Вайдурья-онбо» – трактат индо-тибетской медицины. – Новосибирск, 1984. – 117 с.  
Bazaron EG (1984). "Vaidurya-onbo" – tractate of Indo-Tibetan medicine ["Vajdur'ja-onbo" – traktat indotibetskoj mediciny], 117.  
2. Бархатова В.П., Суслина В.А. Основные направления нейропротекции при ишемии мозга // Невролог. журнал. – 2002. – № 4. – С. 42–50.  
Barkhatova VP, Suslina VA (2002). Main directions of neuroprotection at the brain ischemia [Osnovnye napravleniya nejroprotekci pri ishemii mozga]. *Nevrolog. Zhurnal* (4), 42-50.  
3. Болдырев А.Л. Окислительный стресс и мозг // Соросовский образовательный журнал. – 2001. – Т. 7, № 4. – С. 21–28.

Boldyrev AL (2001). Oxidative stress and brain [Okislitel'nyj stress i mozg]. *Sorosovskij obrazovatel'nyj zhurnal*, 7 (4), 21-28.

4. Виленский Б.С. Препараты нейротрофического действия в лечении инсульта // Качество жизни. Медицина. Болезни сердечно-сосудистой системы. – 2003. – № 2. – С. 53–56.

Vilenskiy BS (2003). Neurotrophic agents in the blood-stroke treatment [Preparaty nejrotroficheskogo dejstviya v lechenii insul'ta]. *Kachestvo zhizni. Medicina. Bolezni serdechno-sosudistoj sistemy* (2), 53-56.

5. Лоншакова К.С., Разуваева Я.Г., Убашеев И.О., Прокопьев В.Н. Влияние фитосбора «Ноофит» на нарушение когнитивных функций у белых крыс, вызванных острой гипоксией и гиперкапнией // Вестник БГУ. Медицина. – 2004. – Вып. 4, Сер. 11. – С. 59–70.

Lonshakova KS, Razuvayeva YG, Ubasheev IO, Prokopyev VN (2004). Effect of herbal preparation "Noophyt" on the cognitive dysfunction in white rats caused by acute hypoxia and hypercapnia [Vlijanie fitosbora «Noofit» na narushenie kognitivnyh funkciy u belyh krysv, vyzvannyh ostroj gipoksiej i hiperkapniej]. *Vestnik BGU. Medicina*, 4 (11), 59-70.

**Сведения об авторах  
Information about the authors**

**Жигаев Геннадий Федорович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии Бурятского государственного университета  
**Zhigaev Gennadiy Fedorovich** – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Hospital Surgery of Buryat State University

**Прокаева Татьяна Александровна** – аспирант медицинского факультета Бурятского государственного университета (670000, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; e-mail: t-prokaeva@mail.ru)  
**Prokaeva Tatyana Aleksandrovna** – Postgraduate of Medical Faculty of Buryat State University (Oktyabrskaya str., 36a, 670000, Ulan-Ude, Buryat Republic, Russia; e-mail: t-prokaeva@mail.ru)

**Прокаев Егор Михайлович** – врач анестезиолог-реаниматолог, заведующий отделением реанимации и анестезиологии 321 Окружного военного клинического госпиталя Сибирского военного округа  
**Prokaev Egor Mikhailovich** – Intensivist, Head of the Intensive Therapy and Anesthesiology Unit of 321 District Military Clinical Hospital of Siberian Military District

**Рябов Михаил Петрович** – кандидат медицинских наук, доцент, консультант отоларингологического отделения Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко  
**Ryabov Mikhail Petrovich** – Candidate of Medical Sciences, Docent, Consultant of Otorhinolaryngologic Unit of Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko

**Николаев Андрей Семенович** – аспирант медицинского факультета Бурятского государственного университета  
**Nikolaev Andrey Semyonovich** – Postgraduate of Medical Faculty of Buryat State University

УДК 547.913

**С.В. Жигжитжапова<sup>1, 2</sup>, Т.Э. Рандалова<sup>2</sup>, Л.Д. Раднаева<sup>1, 2</sup>**

**ЭФИРНОЕ МАСЛО ПОЛЫНИ КЛЕЙКОВОЙ *ARTEMISIA SUBVISCOSA* (TURCZ. EX BESS.) KRASNOB.**

<sup>1</sup> ФГБУН «Байкальский институт природопользования» СО РАН, Улан-Удэ, Россия  
<sup>2</sup> ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Улан-Удэ, Россия

Полынь клейковатая *Artemisia subviscosa* (Turcz. ex Bess.) Krasnob. – это полукустарник. Нижняя часть стеблей многолетняя, одревесневшая, с черно-бурой

корой, однолетняя – покрыта прижатыми двуконечными и редко простыми волосками на фоне ямчатых железок. Иногда волоски единичны. Однолетние по-