

Е.Ю. Лудупова, Е.В. Ангапова, О.И. Очиров, Т.Ю. Павлова

**ПОЛИНООФИТ В СИСТЕМЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ***Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)  
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Авторы считают целесообразным применение жидкого экстракта Полиноофита в общей системе лекарственных реабилитационных мероприятий у больных, перенесших ишемический инсульт и имеющих двигательные нарушения, легкие и умеренные когнитивные реакции, а также клинические проявления тревожно-депрессивного синдрома.

**Ключевые слова:** инсульт, лекарственная реабилитация

**POLYNOOPHIT IN MEDICINAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH A STROKE**

E.Yu. Ludupova, E.V. Angapova, O.I. Ochirov, T.Yu. Pavlova

*Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko (Ulan-Ude)  
Buryat Branch of SCRRS SB RAMS (Ulan-Ude)*

The authors consider it expedient to apply liquid extract of Polynoophit in general system of medicinal rehabilitation of patients, which have undergone an ischemic stroke and having motor disturbances, light and moderate cognitive reaction, and clinical manifestation of anxiety-depressive syndrome.

**Key words:** stroke, medicinal rehabilitation

Среди всех заболеваний нервной системы цереброваскулярные болезни остаются острой проблемой здравоохранения, нанося огромный социальный и экономический ущерб обществу. Сосудистые поражения головного мозга входят в начальную тройку причин смерти [2].

Нарастает число пациентов, причем трудоспособного возраста, ставших инвалидами из-за перенесенных цереброваскулярных заболеваний. Как показывает медицинская статистика, на каждые 100 тыс. населения приходится 600 человек с последствиями инсульта, из них 360 – 400 остаются глубокими инвалидами.

Основными проявлениями неврологического дефицита у этих лиц являются расстройства произвольных движений и полимодальные нарушения в когнитивной сфере. Кроме того, после инсульта на первый план чаще всего выступают эмоционально-аффективные нарушения в виде тревоги и депрессии [7]. Все это вызывает необходимость поиска новых путей лечения и возможностей восстановления утраченных функций у таких больных.

Несмотря на обширный арсенал современных лекарственных средств, применяемых для лечения цереброваскулярных заболеваний, тем не менее, потребность в эффективных и безопасных препаратах остается по-прежнему высокой. Реализация этого аспекта представляется доступной путем применения растительных средств, содержащих широкий спектр метаболически близких организму биологически активных веществ [1, 6, 8]. Препараты растительного происхождения являются перспективными: действуют на уровне клеточного метаболизма, предотвращают острые сосудистые эпизоды, препятствуют капиллярной гипоксии нейрона при

хронической ишемии мозга, улучшают нейропластические процессы, обладают предельно низкой токсичностью (чаще атоксичны), содержат многообразие фармакологических свойств, обеспечивая комплексное воздействие на организм больного, возможность их длительного применения [4, 5, 9].

К числу таких препаратов относятся Полиноофит – жидкий полиэкстракт, в состав которого входят: корни шлемника байкальского (*Scuteelaria baicalensis Georgi*), пион уклоняющийся (*Paeonia anomala L.*), кровохлебка аптечная (*Sanguisorba officinalis L.*), трава сушеницы топяной (*Gnaphalium uliginosum L.*), горец птичий (*Polygonum aviculare*) побегов пятолистника кустарникового (*Rentaphylloides fucicosa (L.) O. Schwartz*), плоды шиповника (*Rosa L. Spp.*)

**Целью** настоящего исследования явилось: изучение реабилитационного потенциала препарата растительного происхождения «Полиноофит» у больных, перенесших ишемический инсульт.

**Задачи** исследования: провести с помощью количественных шкал оценку влияния «Полиноофита» на моторный очаговый неврологический дефект и состояние когнитивных функций, включая эмоционально-волевую сферу у данной категории больных.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.**

Нами проведено клиническое исследование препарата Полиноофит у 40 больных. Средний возраст пациентов составил  $42 \pm 3,50$  лет. Мужчин было 22 (54,8 %), женщин – 18 (45,2 %). Больные получали жидкий полиэкстракт «Полиноофит» (350 мг) – 20 – 40 кап. 3 раза в день, срок лечения 21 день. До и после окончания курса лечения паци-

енты подвергались комплексному нейропсихологическому тестированию.

Диагноз инсульта ставился на основании клинико-анамнестических данных, результатов неврологического осмотра, компьютерной (или МРТ) томографии, церебральной и транскраниальной доплерографии, лабораторного обследования. Критериями исключения являлись афатические расстройства, влекущие за собой невозможность продуктивного контакта с больным, а также наличие соматической и эндокринной патологии, способных индуцировать метаболическую энцефалопатию.

Для объективизации оценки состояния больных использована шкала «инсульта» (National Institute of Health stroke scale, Billuer S. et al., 1990), включающая 15 пунктов, которые характеризуют основные функции церебральной патологии [2].

Исследование когнитивной сферы проводили по шкале MMSE (Mini Mental State Examination, Folstein M.F, et al., 1975), оценивающей в скрининговом режиме основные корковые функции [2].

Использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии [2] для оценки динамики психоэмоционального статуса пациента.

Компьютерная статистическая обработка полученных результатов проводилась на основе пакета программ Statistica 99 (Statsoft, США). Статистически значимыми различия считали при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На фоне применения Полинофита было отмечено четкое клиническое улучшение состояния больных, определяемое как индивидуально, так и в целом по группе. Прием препарата сопровождался регрессирующим течением интеллектуального дефицита, тревоги и депрессии. Количественный анализ динамики суммарного балла по Шкале инсульта у больных с ишемическим инсультом показал четкий положительный эффект препарата, выразившийся в значительном регрессе очаговой симптоматики: исходно средний суммарный показатель (в баллах) составлял  $16,80 \pm 1,10$  к концу периода лечения было показано статистически значимое ( $p < 0,05$ ) улучшение нарушенных функций в виде снижения среднего суммарного балла до  $9,91 \pm 1,52$ . проводился избирательный анализ динамики двигательных нарушений.

Помимо очаговой неврологической симптоматики, у большей части больных были зарегистрированы когнитивные нарушения средней – у 5 (12,1 %) и легкой – у 2-х (50 %) степени тяжести по шкале MMSE (табл. 1).

Как видно из данных таблицы, на фоне применения Полинофита было зарегистрировано статистически значимое ( $p < 0,05$ ) нарастание показателей по всем разделам шкалы в результате 21-дневной терапии.

По данным клинико-нейропсихологического обследования были получены результаты, свидетельствующие о заметном регрессе интеллектуально-мнестических нарушений у 23 (57 %) пациентов: у 14 (35 %) эффект проявлялся в достоверном ( $p < 0,05$ ) улучшении когнитивных функций, повышении активности и уровня самооценки, у 9 (22,5 %) – нормализация настроения.

У пациентов, у которых наблюдалась вторичная депрессия в форме личностной реакции по Госпитальной шкале тревоги и депрессии позволило констатировать статистически значимое ( $p < 0,05$ ) уменьшения выраженности тревожных и депрессивных расстройств у пациентов на фоне проводимой терапии Полинофитом (рис. 1).

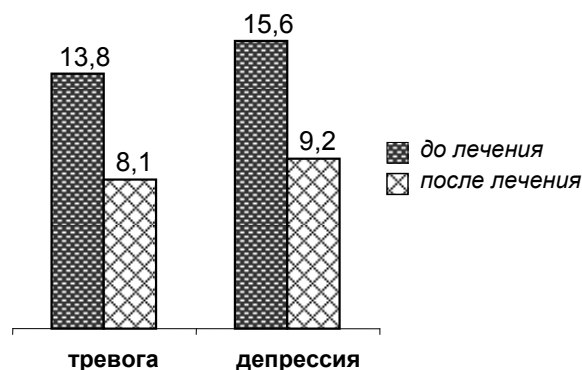


Рис. 1. Динамика тревожно-депрессивного синдрома по Госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Таким образом, настоящее исследование позволяет считать целесообразным применение жидкого экстракта Полинофита в общей системе лекарственных реабилитационных мероприятий у больных, перенесших ишемический инсульт и

Таблица 1  
Влияние Полинофита на показатели когнитивной сферы у больных ишемическим инсультом (шкала MMSE, баллы,  $M \pm m$ )

Разделы по шкале MMSE	До лечения (n = 40)	После лечения (n = 40)
Ориентации во времени и пространстве	9,42 ± 0,20	9,85 ± 0,21*
Восприятие	1,75 ± 0,19	2,82 ± 0,20*
Внимание и счет	3,12 ± 0,35	4,57 ± 0,45*
Память	1,34 ± 0,10	2,72 ± 0,35*
Речь, чтение и письмо	5,67 ± 0,45	7,58 ± 0,34*
Общий балл	21,30 ± 0,41	28,85 ± 0,20*

Примечание: \* – разница статистически значима.

имеющих двигательные нарушения, легкие и умеренные когнитивные реакции, а также клинические проявления тревожно-депрессивного синдрома.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ажунова Т.А. Противовоспалительное, анальгезирующее действие растительного средства «Фитокол» / Т.А. Ажунова, П.Б. Лубсандоржиева, К.Ц. Цыбанов // Сибирский медицинский журнал. — 2007. — № 5. — С. 90–91.

2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и вопросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. — М., 2004. — 439 с.

3. Верещагин Н.В. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения: теория и реальность / Н.В. Верещагин, Ю.Я. Варакин // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 1996. — № 5. — С. 5–9.

4. Весельский И.Ш. Применения корректоров процессов ПОЛ и гемостаза в комплексном лечении больных с цереброваскулярными расстройствами / И.Ш. Весельский, А.В. Санник // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова — 1997. — Т. 97, № 2. — С. 51–54.

5. Манвелов Л.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, патоморфология, клиника / Л.С. Манвелов, А.С. Кадыков // Лечащий врач. — 2000. — № 7. — С. 4–7.

6. Противовоспалительная активность средств растительного происхождения / Л.Н. Шантанова [и др.] // Вестник БГУ. — 2005 г. — Вып. 11. — С. 64–70.

7. Чайковский Ю.Н. Фенотропил в системе лекарственной реабилитации больных с гемипарезом после перенесенного ишемического инсульта / Ю.Н. Чайковский, А.П. Ельчанинов // Атмосфера. — Нервные болезни. — 2007. — № 1. — С. 35–38.

8. Шенова Т.Ю. Комплексные схемы коррекции состояния гемической гипоксии с использованием фитоэкстрактов 43-оксипиридинов / Т.Ю. Шенова, С.А. Чукаев // Актуальные вопросы хирургии и терапии. — Улан-Удэ, 2003. — С. 46–48.

9. Kopelman M.D. Subjective memory evaluations in patients with focal frontal, diencephalic and temporal lobe lesion / M.D. Kopelman, N. Stanhope, E. Quiman // Cortex. — 1998. — Vol. 53, N 2. — P. 191–207.

#### Сведения об авторах:

**Лудупова Евгения Юрьевна** – к.м.н., главный врач РКБ им. Н.А.Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. Тел. 8 (3012) 43-76-13, 43,67-42.

**Ангапова Елена Валерьевна** – зав. неврологическим отд. РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. Тел. 8 (3012) 43-62-45

**Очиров Олег Иванович** – гл. врач Окинской ЦРБ МЗ Республики Бурятия, 8-301-50-51-276

**Павлова Татьяна Юрьевна** – врач неврологического отд. РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12. Тел. 8 (3012) 43-62-45