

Раздел II

КЛИНИКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. НОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ

УДК 616.831 – 005. 1/4 - 08

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Е.А. БОРИСОВА, К.М. РЕЗНИКОВ*

В статье обосновывается применение католита и комплексного гомеопатического препарата «Аурум – плюс» в лечении больных ишемическим инсультом.

Ключевые слова: католит, гомеопатический препарат «Аурум – плюс», ишемический инсульт.

Ишемический инсульт представляет собой гетерогенный клинический синдром. По статистике в России инсульт является основной причиной стойкой утраты трудоспособности населения: около 20% больных, перенесших инсульт, становятся тяжелыми инвалидами и нуждаются в посторонней помощи [9], поэтому развитие знания о причинах и механизмах повреждения ткани мозга на фоне острого нарушения мозгового кровообращения определяет основные стратегические направления терапии церебрального инсульта. Однако, по мнению М.Фишера [12], существует много очевидных и косвенных причин неэффективности лекарственных препаратов, а также имеются четкие противопоказания к проведению некоторых лечебных мероприятий, в частности, ранней реканализации окклюзированной артерии; отсутствие подтвержденной при транскраниальной доплерографии окклюзии среднего и крупного диаметра; геморрагический синдром любой локализации и этиологии, наблюдавшийся у больного за последние 3 мес. перед инсультом; опухоли, травмы, операции за последние 6 нед до инсульта; резистентная к терапии артериальная гипертензия с артериальным давлением выше 180/110 мм рт. ст. В этой связи дальнейшая разработка лечебных мероприятий, использование новых лекарственных средств, в том числе нехимического происхождения, а также апробация и внедрение в широкую практику новых схем комбинированной и политерапии ишемического инсульта представляются чрезвычайно важными в медицинском и социальном аспектах [14,15]. Во многих случаях весьма рациональным является сочетание двух терапевтических направлений, академической и альтернативной медицины, поскольку каждое из них в зависимости от ситуации является востребованным и целесообразным. Наша концепция лечения строится на наличии двух составляющих процесса выздоровления: влияния непосредственно на биохимические компоненты нарушенных структур мозга и воздействия на процесс реализации алгоритма восстановления [6]. Обоснованным с этой точки зрения является использование как *электроактивированных водных растворов* (ЭАВР), в частности, католита, обладающего антиоксидантными, иммуностимулирующими, детоксицирующими свойствами, нормализующего метаболические процессы, стимулирующего регенерацию тканей, улучшающего трофические процессы и кровообращение в тканях [7], так и комплексов потенцированных субстанций – комплексного гомеопатического препарата «Аурум – плюс», для которого характерны антисклеротические, метаболические, антигеморрагические, гиполипидемические, иммуномодулирующие, вазодилатирующие свойства [1], (производитель – ООО «Доктор Н», номер Гос. Регистрации Р№ 003642/1). Для получения католита нами была использована выпускаемая промышленностью (ВНИИМТ-НПО ЭКРАН) установка СТЭЛ-10Н-120-01, имеющая сертификат Санэпиднадзора РФ, с помощью которой получают строго стандартные растворы анолита и католита [4].

Цель исследования – обосновывать применение католита и комплексного гомеопатического препарата «Аурум – плюс» в

лечении больных ишемическим инсультом.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились на базе нейро-сосудистого отделения ГКБ №9. Были обследованы и пролечены 60 больных, поступивших в отделение с диагнозом «Инфаркт мозга». От всех больных было получено информированное согласие. Полученные данные регистрировались в специальной индивидуальной регистрационной карте, исполненной в соответствии с рекомендациями Леоновой М.В. и Асеской И.Л. [5].

Критериями включения пациентов в исследование служили: наличие подтвержденного ишемического инсульта, отсутствие геморрагического синдрома любой локализации и этиологии, травм, операций за последние 3 месяца перед инсультом. Критериями исключения из исследования явились: беременность, тяжелая патология печени и почек, психические заболевания, резистентная к терапии артериальная гипертензия с АД выше 180/110 мм. рт. ст., нежелание сотрудничать с врачами. Диагноз ишемического инсульта устанавливался на основании анамнеза, жалоб, неврологического осмотра и подтверждался данными КТ и УЗДГ.

Пациенты были разделены на 3 группы: первая, составившая 20 человек (11 мужчин (55%) и 9 женщин (45%) в возрасте от 52 до 94 лет), получала только стандартное лечение аллопатическими лекарственными средствами, используемыми для лечения ишемического инсульта: антиагреганты, ноотропы, спазмолитики, антикоагулянты, антиоксиданты. Специализированную медицинскую помощь в условиях неврологического стационара больные первой группы получали по мере поступления в отделение в разные сроки от начала ишемического инсульта: до 6 часов – 4 человека (20%); 6-24 часов – 5 человек (25%); после 24 часов – 11 человек (55%). При обследовании очаг ишемии в левом полушарии обнаружился у 8 поступивших (40%), в правом полушарии – у 4 пациентов (20%), в вертебро-базиллярном бассейне – у 8 человек (40%). Диагноз ишемического инсульта подтверждался данными КТ у всех пациентов (100%).

Пациенты второй группы (20 чел.) на фоне стандартного лечения получала ежедневно католит из расчета 1 мл на кг. массы тела *per os*. В её состав входили 13 мужчин (65%) и 7 женщин (35%) в возрасте 44-83 лет. Сроки поступления в стационар у этих больных распределились следующим образом: до 6 ч. поступило 7 пациентов (35%); от 6 до 24 часов – 6 пациентов (30%) и после 24 часов – 5 человек (25%). Очаговые изменения в левом полушарии головного мозга при обследовании выявлены у 9 исследуемых (45%); в правой гемисфере – у 10 больных (50%) и в вертебро – базиллярном бассейне – у 1 человека (5%). Диагноз ишемического инсульта в этой группе больных был подтвержден данными КТ у 20 пациентов (100%).

Больные третьей группы (20 человек: 15 мужчин (75%) и 5 женщин (25%) в возрасте от 41 до 87 лет) наряду с традиционной аллопатической терапией получала комплексный гомеопатический препарат «Аурум-плюс» по схеме: 5 крупинок первые 2-3 дня, затем при хорошей переносимости лекарства по 7 крупинок 3 раза в день в течение 2 недель. Сроки поступления в стационар у этих пациентов распределились следующим образом: до 6 ч. поступило 5 человек (25%), от 6 до 24 часов – 5 пациентов (25%) и после 24 часов – 7 больных (35%). Очаговые изменения в левом полушарии головного мозга при обследовании выявлены у 6 человек (30%); в правой гемисфере – у 11 пациентов (55%) и в вертебро – базиллярном бассейне – у 3 человек (15%). Диагноз ишемического инсульта в этой группе больных был подтвержден данными КТ у 20 пациентов (100%).

У всех больных оценка неврологического статуса проводилась в баллах по шкале NIHSS (*National Institutes of Health Stroke*

* ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н.Бурденко» Росздрава, Россия, 394000, г. Воронеж, Студенческая 10, кафедра фармакологии, тел. (8473) 253-10-65

Scale) – 14 показателей и Оригинальной шкале [3] – 13 показателей при поступлении и перед выпиской. Исследовались: уровень сознания и ориентации во времени и пространстве, нарушения речи и других корковых функций, нарушения функций черепных нервов, определялась степень двигательных, чувствительных и координационных нарушений, наличие и выраженность менингеальных симптомов, нарушений функции тазовых органов и трофики тканей.

Динамика изменений показателей психо – эмоционального статуса в процессе лечения оценивалась по шкале САН (самочувствие, активность, настроение), предложенной сотрудниками Ленинградской Медицинской академии [10]. Оценка эмоционального состояния больных проводилась самими испытуемыми; каждую составляющую пациентам предлагалось охарактеризовать полярными показателями типа плохой – хороший, сильный – слабый, пассивный – активный.

Уровень социальной адаптации и качества жизни оценивался по шкале Бартел [13] при поступлении и в конце лечения. Возможность самообслуживания больных включала различные виды деятельности: питание, одевание, передвижение и др. и определялась по 15 - бальной шкале.

Компьютерная томография головного мозга проводилась на томографе TomoScan-cx/g, фирмы «Filips» врачами-нейрорадиологами ГКБ (№9) СМП г. Воронежа. Исследование проводилось также на базе клинической и биохимической лабораторий ГКБ (СМП). Авторы владеют полной и достоверной информацией о ходе и результатах исследований.

Наличие количественных тестовых методик сделало необходимым использование математического подхода оценки полученных данных; его основу составили рекомендации [8]. Парный тест Стьюдента использовался при повторном тестировании больных. В других случаях для доказательства достоверности изменений того или иного параметра использовался непараметрический критерий Т Вилькоксона [2,11,16].

Обработка материала и представление результатов проводились на ПЭВМ класса Pentium III с помощью пакета статистического анализа SPSS и электронной таблицы Excel 7 в операционной среде Windows.

Результаты и их обсуждение. Анализ показателей по шкалам NIHSS и Оригинальной выявил, что выраженность неврологического дефицита очень незначительно изменилась у пациентов, получавших только стандартное аллопатическое лечение (показатель уменьшился на 16, 8% по шкале NIHSS и увеличился на 6,25% по Оригинальной шкале). У пациентов, принимающих регоскатолит, результаты восстановления неврологического дефицита оказались более значимыми и уменьшились по шкале NIHSS на 65,3% ($p < 0,01$), а по шкале Оригинальной увеличились на 17% ($p < 0,05$). У больных, получавших дополнительно гомеопатический препарат «Аурум – плюс», показатели восстановления нарушенных функций уменьшились по шкале NIHSS на 59,7% ($p < 0,01$); по Оригинальной шкале – увеличились на 22,5% ($p < 0,05$). Полученные результаты указывают на значительное превосходство выраженности положительной динамики восстановления неврологического дефицита в группах, получавших католит и гомеопатический препарат, по сравнению с контрольной. Такая коррекция позволила значительно уменьшить размеры инфаркта мозга, удлинить период «терапевтического окна», расширяя возможности для тромболитической терапии, осуществить защиту от реперфузионного повреждения.

Интересные, на наш взгляд, данные получены при анализе динамики восстановления психо-эмоционального состояния пациентов. Так, в контрольной группе, пациенты которой получали стандартный набор аллопатических лекарственных средств, больные оценили своё состояние при выписке следующим образом: самочувствие улучшилось на 94,8%; настроение – на 97% и активность – на 80,5% по сравнению с началом лечения. Больные, получавшие в течение курса лечения католит, несколько более оптимистично оценили при выписке своё состояние: самочувствие улучшилось на 99%; активность возросла на 81% и настроение улучшилось на 102%. Пациенты, получавшие гомеопатический препарат «Аурум – плюс», наиболее позитивно оценили своё состояние при выписке из стационара: их настроение улучшилось более, чем в 1,5 раза (на 178,6%), активность возросла на 152,6%, и самочувствие улучшилось на 158% ($p < 0,01$) по сравнению с данными при поступлении. У больных контрольной группы показатели по шкале Бартел улучшились на 38% к моменту выписки из стационара; в группе пациентов, принимаю-

щих католит, этот же показатель оказался выше и улучшился на 47% по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$); в группе больных, получавших гомеопатический препарат, уровень социальной адаптации увеличился в ещё большей степени по сравнению с началом лечения на 77% ($p < 0,01$). Больные последних двух групп после выписки смогли уменьшить дозу и кратность приема аллопатических лекарственных средств, меньше жаловались на плохую переносимость и побочные действия химиопрепаратов и смогли в более короткие сроки добиться стабилизации течения заболевания, что также позволило существенно улучшить их качество жизни. Эти данные свидетельствуют не только о позитивном действии католита и «Аурум – плюс», но и о возможности получения экономического эффекта, т.к. католит и гомеопатические лекарственные средства значительно дешевле аллопатических, а их приём позволяет снизить количество стандартных лекарственных веществ.

Таким образом, включение в программу лечения пациентов с ишемическим инсультом электроактивированного водного раствора католита и гомеопатического средства «Аурум – плюс» оптимизирует процесс лечения и повышает качество жизни.

Выводы.

1. Стандартное лечение ишемического инсульта не дает возможности полного восстановления всех параметров нарушенных функций центральной нервной системы в течение 14 суток.
2. Применение электроактивированного водного раствора католита на фоне стандартного аллопатического лечения позитивно влияет на восстановление неврологического дефицита и значительно повышает уровень социальной адаптации и качество жизни пациентов, перенесших острую сосудистую атаку, а также, по оценке больных, почти в 2 раза улучшает самочувствие, активность и настроение.
3. Комплексный гомеопатический препарат «Аурум – плюс» положительно влияет на течение острого периода ишемического инсульта на фоне использования традиционного лечения и также способствует лучшему и более быстрому устранению неврологического дефицита и интенсивному восстановлению психо – эмоционального состояния пациентов, значительно улучшает качество жизни больных и повышает уровень их социальной адаптации.

Литература

1. Борисова, Е.А. Исследование эффективности комплексного гомеопатического препарата «Аурум – плюс» в лечении больных ишемическим инсультом.: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.А.Борисова.– Воронеж, 2005.– 27 с.
2. Гублер, Е.В. Применение непараметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях /Е.В. Гублер, А.А. Генкин.– М. : Медицина, 1973.– 285 с.
3. Гусев, Е.И. Ишемия головного мозга /Е.И.Гусев, В.И.Скворцова.– М.: Медицина, 2001.– 36 с.
4. Латышева, Ю.Н. Эффективность электроактивированных водных растворов в комплексной терапии хронического генерализованного парадонтита легкой степени: автореф. дис. ... канд. мед. наук /Ю.Н.Латышева.– Воронеж, 2008.– 23 с.
5. Леонова, М.В. Разработка протокола и индивидуальной регистрационной карты исследований /М.В. Леонова, И.Л. Асецкая // Качественная клинич. Практика, 2001.– №2.– С. 14–17.
6. Резников, К.М. От аллопатии к сознанию здоровья /К.М. Резников // Вопросы альтернативной медицины, 2005.– С. 78–86.
7. Резников, К.М. Возможные механизмы биологического и фармакологического действия анолита и католита / К.М. Резников // Прикладные информационные аспекты медицины, 2008.– Т.11.– № 2.– С. 72–82.
8. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко.– СПб.: ООО «Речь», 2002.– 156 с.
9. Скворцова, В.И. Лечение острого ишемического инсульта / В.И. Скворцова // Человек и лекарство : материалы 11 Рос. нац. конгресса «Лекции для практикующих врачей», (Москва, 19-23 апр. 2005).– М., 2005.– С. 196–222.
10. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния / Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. // Вопросы психологии, 1973.– № 6.– С.141–145.
11. Урбах, В.Ю. Статистический анализ в биологических

исследованиях / В.Ю. Урбах. – М.: Медицина, 1975. – С. 81–87.

12. Фишер, М. Нейропротекция при остром ишемическом инсульте / М. Фишер // Журнал неврологии и психиатрии (прилож. «Инсульт»), 2003. – № 9. – С. 41–43.

13. Barthel, DW, Mahoney, FI. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965;14:61-65

14. Eskinazi D. Homeopathy re-revisited – is homeopathy compatible with biomedical observations? / D. Eskinazi // Arch. Intern. Med, 1999. – Vol. 159. – P. 1981–1987.

15. Heine H. Lehrbuch der biologischen Medizin. 2. Auflage / H. Heine. – Stuttgart: Hippokrates, 1997.

16. Wilcoxon F. Individual Comparison by Ranking Methods / F. Wilcoxon // Biometrika Bulletin, 1945. – N 1. – P. 80–83.

OPTIMIZING THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

YE.A. BORISOVA, K. M. REZNIKOV

Voronezh State Medical Academy after N.N. Burdenko

The article explains the use of catholyte and complex homeopathic remedy “Aurum - plus” while treating patients with ischemic stroke.

Key words: catholyte, homeopathic medicine “Aurum – plus”, ischemic stroke.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ РЕАМБЕРИНА НА ДОЛГОВРЕМЕННУЮ ПАМЯТЬ У КРЫС В ЧЕЛНОЧНОМ ЛАБИРИНТЕ

Н. В. ГОРДЕЕВА*

В настоящей работе продемонстрированы поведенческие показатели у экспериментальных животных, полученные при введении различных доз реамберина. Выявлены условия, при которых реамберин способен оказывать стимулирующее действие на когнитивные способности животных

Ключевые слова: лабораторные крысы, реамберин, когнитивные способности.

На сегодняшний день для исследования когнитивных процессов широко применяются методы обучения животных в искусственных инструментальных средах. Челночный лабиринт с пищевым подкреплением, на наш взгляд, полностью адекватен для изучения поведенческой активности у крыс. При этом поведение животных в данной методике представляет собой сложный комплекс, включающий в себя работу долговременной и кратковременной памяти, формирование тактики и стратегии поиска и локомоцию [3].

Ряд современных исследователей доказали наличие у антиоксидантных препаратов (например, у мексидола и эмоксипина) способности позитивно влиять на познавательные и мнестические процессы мозга, а также противодействовать развитию психосоматической патологии на фоне хронического стресса [2,4]. В опытах на лабораторных крысах были показаны нейротропные свойства и стресспротективные эффекты у антиоксидантов. Эта информация позволяет отнести данные фармакологические агенты к разряду средств, обладающих ноотропной активностью (согласно классификации Т. А. Ворониной) [4].

В анализе причин, которые обеспечивают сохранение и укрепление здоровья человека, необходимо учитывать роль психологических и поведенческих факторов, основным из которых является формирование в структуре поведения временного состояния *поисковой активности* (ПА), относящейся к одной из самых важных высших функций мозга и связанной с его когнитивными способностями и процессами обучения. Еще с конца второго тысячелетия ПА рассматривают как позитивный психонейроиммунологический «фактор здоровья», способствующий его укреплению. Психическая дезадаптация, невротические расстройства, возникающие при стрессовых воздействиях (как результат низкой интенсивности ПА), устраняются с помощью психотропных средств: антидепрессантов, транквилизаторов. Однако адаптация при их приеме носит кратковременный характер. Поэтому более перспективным, на наш взгляд, является использование фармакологических препаратов из группы актопротекторов и ноотропов для профилактики стрессо-

генных нарушений.

В конце XX и начале XXI веков были получены обширные данные о нейротропном влиянии ноотропных средств, таких как пирацетам, аминалон, бемитил, циннаризин, кавинтон и многих других. Было показано, что данная группа препаратов способна воздействовать на нервные механизмы, связанные с системой *гамма-аминомасляной кислоты* (ГАМК). Значение центральной ГАМК-ергической системы в регуляции поведенческих реакций на стресс, в том числе состояние тревожности, хорошо изучена.

Интересным соединением, на наш взгляд, является антиоксидантный препарат реамберин, активно использующийся в клинической практике для борьбы с последствиями стресса различного генеза в спортивной медицине, хирургии, онкологии, восстановительной медицине, пульмонологии, неврологии [6].

В основе механизмов действия этого средства лежит его уникальный состав.

В первую очередь это сукцинат, который является естественным эндогенным субстратом клетки. Назначение экзогенного сукцината сопровождается двумя основными изменениями, которые происходят в углеводном обмене веществ и окислительном фосфорилировании: янтарная кислота ускоряет оборот дикарбоновой части ЦТК (сукцинат – фумарат – малат) и снижает концентрации лактата, пирувата (в меньшей степени) и цитрата, которые накапливаются в клетках во время гипоксии [6].

Несомненно, что участие составных компонентов реамберина в дыхательной цепи клетки оказывает мощное воздействие на устойчивость организма к влиянию психоэмоционального стресса, одним из главных сопутствующих компонентов которого является гипоксия [9].

Цель исследования – изучение влияния различных доз реамберина (10 и 30 мл/кг) на процессы обучения и механизмы долговременной памяти у крыс в условиях челночного лабиринта.

Материалы и методы исследования. Эксперимент выполнен на 120 неинбредных крысах-самцах, содержащихся в стандартных условиях вивария. Крысы получали сбалансированный корм и питьевую воду без ограничений. Работа выполнена согласно требованиям Хельсинской декларации о гуманном отношении к животным.

Участвующие в работе особи предварительно были разделены на 3 группы. Крысы первой группы являлись контрольными. Крысы второй группы в каждые сутки эксперимента получали внутривенно реамберин в дозе 10 мл/кг. Третьей группе за аналогичный промежуток времени делали внутривенную инъекцию реамберина в дозе 30 мл/кг.

В опыте для оценки нервно-психических процессов использовали челночный лабиринт (на в первую очередь интересовали когнитивные функции мозга, и эта установка наиболее тождественна заявленной нами цели). В конце лабиринта располагали пищевое подкрепление (семена подсолнечника). Исследование выполняли ежедневно в течение 5 суток в звукоизолированной комнате при освещении 250 лк. Регистрация поведенческих показателей выполнялась оператором с помощью ЭВМ и системы компьютерного видеонаблюдения.

Расположение окружающих предметов, источника света было строго фиксировано на протяжении всего эксперимента. Регистрировали: количество пройденных отсеков; количество крыс, достигших конца лабиринта; время прохождения лабиринта; количество вертикальных стоек, груминг, время фризинга [3].

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программы Стентона Гланца «Biostat». Достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Изучая локомоцию и эмоциональные проявления у крыс в челночном лабиринте, мы установили, что при ежедневном тестировании в течение 5 суток у животных наблюдалось достоверное снижение вертикальной активности (с 53% до 14%). Возрастала реакция фризинга (до 76%); количество реакций груминга достоверно не менялось на протяжении всего эксперимента. Необходимо отметить, что по показателям локомоции двигательная и исследовательская активности у животных, участвующих в опыте, постепенно снижались от 1 к 5 суткам эксперимента.

Общезвестно, что процесс груминга у крыс начинается с облизывания передних лапок и трения носа; затем следует умывание мордочки целиком, которое сменяется умыванием головы, туловища, задних конечностей и гениталий [5]. Сохранение данной последовательности свидетельствует о комфортном состоя-

* Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск, 675000, Горького, 95, gordceva_nat75@mail.ru