

Опыт применения Фенотропила у больных с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга

Н.В. Селянина, А.А. Шутов

Цереброваскулярная патология занимает второе место в ряду главных причин смертности в мире (после ишемической болезни сердца) и является ведущей причиной инвалидизации населения в экономически развитых странах, что определяет ее как одну из важнейших медицинских и социальных проблем [13].

В соответствии с отечественной классификацией сосудистых заболеваний головного и спинного мозга [12], наиболее ранней формой хронических нарушений мозгового кровообращения являются **начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга** (НПНКМ). Считается, что НПНКМ обычно возникают, если приток крови к мозгу составляет менее 45–30 мл/100 г/мин; при более выраженном и стойком снижении поступления крови в мозг (35–20 мл/100 г/мин) развивается дисциркуляторная энцефалопатия [8]. В качестве критериев НПНКМ принимают наличие двух или более из нижеперечисленных симптомов, которые повторяются как минимум один раз в неделю в течение как минимум 3 мес: головная боль, головокружение, шум в голове, снижение памяти, снижение работоспособности, повышенная раздражительность, нарушение сна. Среди других проявлений могут отмечаться чувство тяжести в голове, ощущение неустойчивости при ходьбе и др. НПНКМ нередко возникают после эмоционального и физического перенапряжения, употребления

алкоголя, под влиянием неблагоприятных метеорологических факторов. В неврологическом статусе могут быть выявлены признаки вегетативно-сосудистой и эмоциональной лабильности, недостаточность конвергенции, умеренно выраженные симптомы орального автоматизма. При нейропсихологическом обследовании больного обычно выявляют замедленность мышления, особенно в процессе решения интеллектуальных задач, без качественных изменений высших психических функций [8]. Клинико-эпидемиологические исследования свидетельствуют о существенной распространенности НПНКМ, при этом в подавляющем большинстве они встречаются у наиболее трудоспособной части населения [6]. Нарастающие проявления НПНКМ ведут к развитию следующей стадии сосудисто-мозговой недостаточности – дисциркуляторной энцефалопатии, поэтому очень важно своевременно выявлять таких пациентов и проводить адекватную коррекцию мозгового кровообращения.

В последние годы для профилактики и лечения цереброваскулярных заболеваний, особенно на начальных стадиях, широко применяются ноотропные препараты. Одним из таких препаратов является оригинальный отечественный препарат Фенотропил, сочетающий в себе ноотропное, антиастеническое и анксиолитическое действие.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности Фенотропила при курсовом лечении больных с НПНКМ. Выбор именно данной формы обусловлен: 1) необходимостью привлечь внимание практических неврологов к больным с наиболее ранними проявлениями сосудистой патологии мозга; 2) желанием полу-

чить точную оценку непосредственного действия Фенотропила на симптомы хронической недостаточности мозгового кровообращения (монотерапия данным препаратом), поскольку при НПНКМ проведение комплексной сосудисто-метаболической терапии не является облигатным.

Характеристика больных и методов исследования

Под нашим наблюдением находилось 20 больных с НПНКМ – 10 мужчин и 10 женщин в возрасте от 40 до 50 лет (средний возраст составил 46 лет); основным сосудистым заболеванием во всех случаях явилась нейродисциркуляторная дистония. Все больные получали монотерапию Фенотропилом в дозе 100 мг (1 таблетка) в сутки, прием препарата производился в утренние часы в течение 30 дней.

До назначения препарата и после проведения курсового лечения всем больным проводился комплекс обследований, который включал: 1) стандартное клинико-неврологическое обследование с подробным анализом жалоб и клинических проявлений; 2) определение уровня астенических расстройств по субъективной шкале оценки астении (MFI-20); 3) изучение оперативной памяти с применением теста «отыскания чисел» [10]; 4) самооценку депрессии по шкале Цунга [14] в модификации Балашовой Т.И.; 5) тест Спилбергера для определения уровня реактивной и личностной тревожности [7]; 6) оценку качества жизни с помощью визуально-аналоговой шкалы [5]; 7) определение вегетативной дистонии по схеме и вопроснику, разработанным во Всероссийском центре вегетативной патологии [4].

Статистическая обработка данных проводилась с использованием стан-

Кафедра неврологии лечебного факультета Пермской государственной медицинской академии.

Наталья Васильевна Селянина – канд. мед. наук, ассистент кафедры.

Александр Алексеевич Шутов – профессор, зав. кафедрой.

дартной программы "Statistica-6"; полученные результаты сравнивались с нормативными значениями исследуемых параметров, в качестве которых использовались соответствующие опубликованные данные [4, 5, 7, 10, 14]. Данные в статье представлены в виде абсолютных чисел и $M \pm SD$.

До лечения все пациенты предъявляли жалобы, характерные для астении. У всех больных наблюдались быстрая утомляемость, снижение памяти и внимания (рис. 1). Из других симптомов чаще всего отмечались: повышенная раздражительность и физическая усталость ($n = 18$), снижение настроения ($n = 16$), диссомнические нарушения ($n = 12$). Реже пациенты предъявляли жалобы на головные боли ($n = 10$), чувство тревоги ($n = 9$), эпизоды головокружения ($n = 7$). Указанные жалобы появлялись после нагрузок (в основном эмоциональных или умственных), к концу рабочей недели, купировались или облегчались отдыхом. Длительность вышеописанных симптомов составила от 3 до 11 мес (в среднем $5,8 \pm 1,3$ мес). Очаговой неврологической симптоматики у обследованных больных выявлено не было.

При оценке уровня астенических расстройств по шкале MFI-20 у больных наблюдался повышенный уровень общей ($15,4 \pm 5,1$ балла) и физической ($15,2 \pm 4,8$ балла) астенизации, а также снижение активности ($13,4 \pm 2,2$ балла) – рис. 2). Показатели уровня мотивации и психической астении были в пределах нормы: $10,9 \pm 1,3$ и $11,3 \pm 3,5$ балла соответственно. Результаты теста Спилберга показали, что у обследованных пациентов наблюдался высокий уровень реактивной и личностной тревожности, который составил $46,8 \pm 9,1$ и $51,5 \pm 7,1$ балла соответственно (рис. 3). По данным опросника Цунга, балльные показатели варьировали от 29 до 50 баллов (в среднем $42,0 \pm 8,5$ балла), что характеризуется как состояние без депрессии.

Оценка вегетативного статуса по оригинальному опроснику выявила признаки вегетативной дистонии у 18 человек (у всех женщин и у 8 мужчин). Балльная оценка вегетативного статуса по вопроснику (субъективная оценка состояния) составила $33,1 \pm 10,4$ балла (в норме до 15 баллов), а по схеме (объективизированный веге-

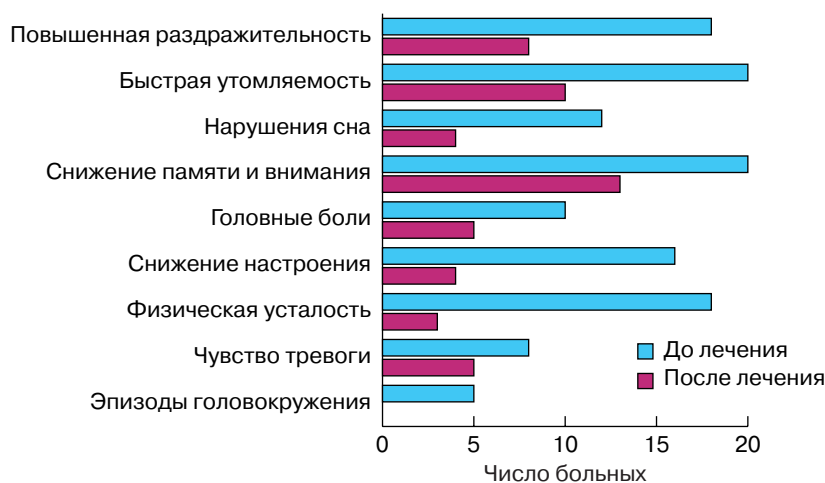


Рис. 1. Динамика основных жалоб больных с НПНKM на фоне лечения Фенотропилом.

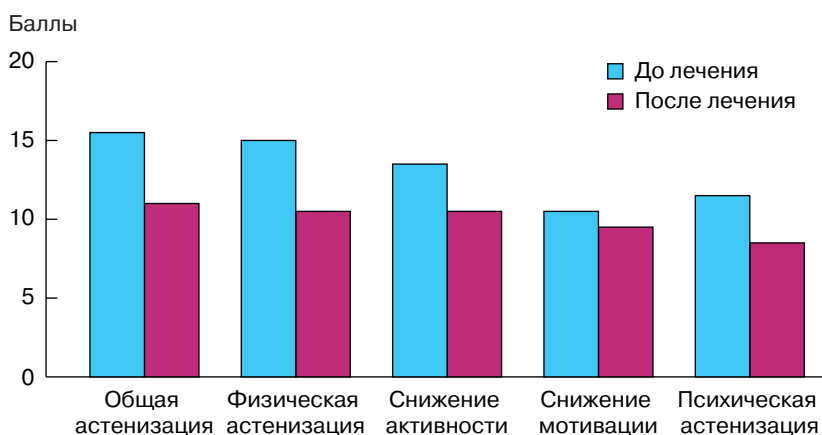


Рис. 2. Динамика астенических нарушений на фоне лечения Фенотропилом по шкале MFI-20 ($p < 0,01$).

тативный статус) – $40,6 \pm 17,2$ балла (в норме до 25 баллов) (рис. 4).

У всех обследованных оперативная память (по данным таблиц Шульте) находилась в пределах возрастной нормы: в среднем по группе она составила $32,1 \pm 3,3$ с (в норме от 18,3 до 43,7 с).

Уровень качества жизни был оценен больными от 54 до 86%, составив в среднем $62,1 \pm 14,0\%$ (при градации от 0 до 100%, т.е. от самого низкого до максимально высокого уровня качества жизни).

Таким образом, у обследованных больных с НПНKM определялись повышенный уровень астенизации (в основном общей и физической), высокий уровень личностной и реактивной тревожности, а также наличие вегетативной дисфункции. Следует отметить, что степень выраженности веге-

тативных проявлений прямо коррелировала с уровнем тревожности (коэффициент корреляции Пирсона $r = 0,7$), общей и физической астенизацией ($r = 0,65$ и $r = 0,68$ соответственно), а также уровнем оперативной памяти

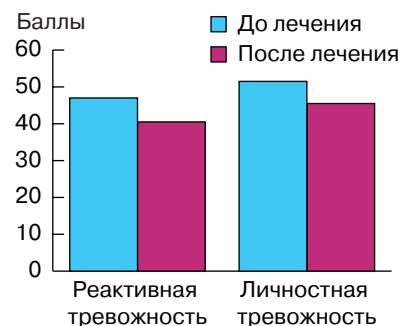


Рис. 3. Средний уровень тревожности у больных с НПНKM на фоне лечения Фенотропилом (тест Спилберга).

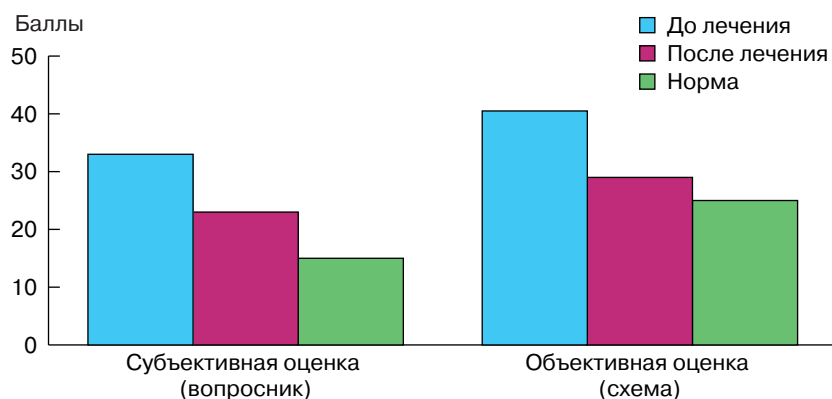


Рис. 4. Динамика вегетативных нарушений у больных с НПНKM на фоне лечения Фенотропилом ($p < 0,01$).

($r = 0,74$). Учитывая вышесказанное, можно говорить о наличии у обследованных больных **психовегетативного синдрома**.

Результаты и обсуждение

После курсового лечения Фенотропилом у пациентов уменьшились жалобы астенического плана (см. рис. 1). Значительно снизились утомляемость, физическая усталость, улучшилось настроение, в меньшей степени снизились чувство тревоги и раздражительность, уменьшилась выраженность головной боли. Жалоб на головокружение после курса лечения Фенотропилом не предъявлял ни один пациент.

Помимо этого, 18 пациентов отметили чувство "просветления в голове", 16 – "прилив сил", 13 – ощущение бодрости, 6 пациентов зафиксировали снижение веса (от 2 до 5 кг), 5 – улучшение цветоощущения.

Результаты тестирования после лечения выглядят следующим образом. Показатели астении достоверно ($p < 0,01$) снизились до уровня нормы, составив в среднем по группе: для общей астении – $11,0 \pm 3,8$ балла; для физической астении – $10,5 \pm 3,1$ балла; показатель снижения активности также стал достоверно ниже – $10,6 \pm 1,7$ балла (см. рис. 2).

Уровень реактивной тревожности недостоверно уменьшился и составил после лечения $40,6 \pm 7,7$ балла по группе в среднем; уровень личностной тревожности остался высоким, но его показатели на фоне лечения уменьшились до $45,7 \pm 7,3$ балла (см. рис. 3).

Несмотря на то что на фоне проведенной терапии не все больные субъективно отметили улучшение памяти,

результаты тестирования по таблицам Шульте показали достоверное ($p < 0,01$) уменьшение времени отыскивания чисел (с $32,1 \pm 3,3$ до $24,3 \pm 2,8$ с) после курсового лечения Фенотропилом. Аналогичная картина отмечалась при анализе депрессивного фона (по данным опросника Цунга): до и после лечения у больных отмечалось состояние "без депрессии", но общее количество баллов после приема Фенотропила оказалось существенно более низким ($34,1 \pm 6,1$ vs. $42,0 \pm 8,5$ балла).

Анализ вегетативного статуса больных показал, что после лечения достоверно ($p < 0,05$) уменьшились показатели субъективной оценки вегетативных нарушений по данным вопросника (с $33,1 \pm 10,4$ до $23,1 \pm 1,3$ балла), а также показатели объективной оценки по данным схемы (с $40,6 \pm 17,2$ до $28,8 \pm 5,2$ балла) (см. рис. 4).

У всех обследованных больных после проведенного курса лечения отмечено достоверное ($p < 0,05$) улучшение качества жизни до $74,4 \pm 15,0\%$ (по данным визуально-аналоговой шкалы).

При оценке переносимости Фенотропила было зарегистрировано, что только две пациентки в процессе проводимого лечения отмечали побочные эффекты в виде диссомнических расстройств, возбуждения, внутреннего беспокойства. Все указанные явления исчезли на 3–5-е сутки после появления без необходимости отмены или снижения дозы Фенотропила.

Таким образом, по результатам проведенного исследования можно сделать следующие **выводы**.

1. Наличие психовегетативного синдрома у больных с НПНKM являет-

ся показанием к назначению Фенотропила с целью лечения и профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания.

2. У больных с НПНKM Фенотропил вызывает улучшение настроения, увеличение физической и психической активности, повышает работоспособность, нормализует сон.

3. Объективное психовегетативное тестирование подтверждает положительное влияние Фенотропила на показатели астенизации, памяти, тревожности, вегетативных проявлений.

4. На фоне приема Фенотропила улучшается качество жизни пациентов с НПНKM.

Таким образом, комплексное действие Фенотропила на вегетативную дисфункцию, астенический синдром, снижение памяти, тревожность и пониженный фон настроения в сочетании с хорошей переносимостью препарата позволяет рекомендовать Фенотропил к широкому клиническому применению у больных с НПНKM.

Список литературы

1. Аведисова А.С. // Рус. мед. журн. 2004. № 22. С. 1290.
2. Ахапкина В.И. и др. // Атмосфера. Нервные болезни. 2004. № 3. С. 28.
3. Ахапкина В.И. // Фарматека. 2004. № 14. С. 121.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. М., 2000.
5. Вейн А.М. и др. // Лечение нервных болезней. 2003. № 2. С. 30.
6. Гусев Е.И. и др. // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1983. Т. 83. С. 3.
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
8. Никифоров А.С. и др. Клиническая неврология. Т. II. М., 2002.
9. Панков Д.Д. // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1996. № 6. С. 12.
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: Практическое руководство. М., 1970.
11. Трошин В.Д. Сосудистые заболевания нервной системы. Ранняя диагностика, лечение, профилактика: Руководство для врачей. Н. Новгород, 1992.
12. Шмидт Е.В., Максудов Г.А. // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1971. № 1. С. 3.
13. Atlas: Country Resources for Neurological Disorders. Geneva, 2004.
14. Hedlund J.L., Vieweg B.W. // J. Oper. Psychiatry. 1979. № 10. P. 51.