

Г.Ф. Жигаев, О.И. Очиров, Е.В. Кривигина, В.А. Козин, В.Ж. Цыренов

«ПОЛИНООФИТ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Институт пищевой инженерии и биотехнологии (Улан-Удэ)

Результаты исследования подтверждают гепатопротекторное действие «Полиноофита», а также уменьшение токсического влияния лекарственных препаратов при курсовом приеме.

Ключевые слова: ишемия головного мозга, полиноофит

«POLYNOOPHIT» IN TREATMENT OF CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

G.F. Zhigayev, O.I. Ochirov, E.V. Krivigina, V.A. Kozin, V.Zh. Tsirenov

Institute of Food Engineering and Biotechnology (Ulan-Ude)

The results of the study prove hepatoprotective effect of polinoophyt and reduction of toxic influence of medicines during the course intake.

Key words: brain ischemia, poinoophyt

Сосудистые поражения головного мозга продолжают оставаться одной из актуальных проблем медицины. В последнее десятилетие значительно возрос интерес исследователей и врачей разных специальностей к цереброваскулярной патологии, которая нередко сопровождается нарушением когнитивных функций головного мозга и является одной из ведущих причин инвалидности и смертности населения [1 – 4].

На базе неврологического отделения республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко (г. Улан-Удэ) было проведено рандомизированное сравнительное исследование фармакотерапевтической эффективности лекарственного средства «Полиноофит» у больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения на фоне гипертонической болезни и/или атеросклероза сосудов головного мозга, сопоставимых по полу, возрасту, длительности заболевания.

В исследование не включались пациенты с выраженными двигательными (гемиплегия) или речевыми (афазия) расстройствами, причиной которых являлся инсульт.

Для изучения эффективности и переносимости препарата отбирались больные в соответствии с критериями:

- наличие информированного согласия;
- диагностика невротической депрессии (данные МКБ – 10);

В строгом соответствии с критериями обследовано и пролечено 97 больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения. Методом слепой рандомизации пациенты были разделены на группы:

- 1 группа (контрольная) – 27 человек, которым лечение было проведено по схеме, включающей внутривенное введение: кавинтон – 2,0 №5, трентал – 5,0 №5; внутримышечно витамин В6 – 2,0 №10; физиолечение и ЛФК; при необходимости назначались битасерк, проводилась гипотензивная и антиангинальная терапия; пациентам этой группы в базисную терапию добавляли пирацетам в среднесуточных дозах (1,2 г) – 2 таблетки утром и 1 таблетка днем.
- 2 группа (основная) – 40 больных, которым идентичная схема терапии (без пирацетама) была

Таблица 1

Общая характеристика больных

Признаки	1 группа n = 27	2 группа n = 40	3 группа n = 30	Всего n = 97
Пол				
женский пол	8 (8,2 %)	16 (16,5 %)	9 (9,3 %)	33 (34 %)
мужской пол	19 (19,6 %)	24 (24,7 %)	21 (21,7 %)	64 (66 %)
Возраст				
21–30 лет	3 (3,1 %)	5 (5,2 %)	3 (3,1 %)	11 (11,3 %)
31–40 лет	11 (11,3 %)	16 (16,5 %)	12 (12,2 %)	39 (40,2 %)
41–50 лет	10 (10,3 %)	14 (14,4 %)	9 (9,3 %)	33 (34 %)
старше 50 лет	3 (3,1 %)	5 (5,2 %)	6 (6,2 %)	14 (14,4 %)

дополнена приемом жидкого полиэкстракта «Полиноофит» (350 мг) — 20–40 капель 3 раза в день.

• 3 группа — 30 больных, которым схема терапии была дополнена приемом препарата пирацетам и фитосредства «Полиноофит», в указанных выше дозах. Курс лечения 21 день. Общая характеристика больных представлена в таблице 1.

Как показывает анализ представленных данных в таблице, большинство пациентов были мужчины (66 %), преимущественный возраст больных от 31 до 40 лет — 39 (40,2 %).

На основании беседы с пациентами оценивалась выраженность субъективных симптомов, таких как, головная боль (72,1 %), головокружение, шум в голове (11,5 %), нарушение сна, повышенная утомляемость (24,7 %), снижение памяти, депрессия, чувство тревоги, эмоциональная лабильность (82,4 %).

Сопутствующая неврологическая симптоматика была представлена жалобами на пониженное настроение (71,1 %), нарушение ночного сна в виде затруднения засыпания (87,5 %), малой глубины сна (63,8 %), отсутствием чувства «свежести» и отдыха после ночного сна (73,6 %), на одышку, дискомфорт в области сердца (10,3 %), чувство «комка» в горле (7,3 %), снижение физической и интеллектуальной работоспособности (68,7 %).

Методика сравнительного изучения препарата включала обязательное назначение лекарственного средства в виде монотерапии, а также определенную длительность (21 день) исследования, достаточную для выявления психофармакологического эффекта препарата.

Клинико-неврологическое обследование пациентов проводилось по общепринятой схеме (совместно с заведующим неврологическим отделением Е.В. Ангаповой). С целью детальной оценки психоневрологического статуса и возможности последующей обработки данных применялась формализованная карта, которая включала в себя данные о больном, длительности его заболевания, оценку синдромальной характеристики в динамике.

Оценка когнитивных функций проводилась только в том случае, если больной находился в ясном сознании и ориентирован во времени и пространстве, в своей личности.

Оценка интеллектуальных и психических функций пациента включала изучение речи, па-

мяти, (кратковременной, недавней, долговременной), счета, абстрактного мышления, способности принимать решение, воспринимать информацию, ориентироваться в правой и левой сторонах, распознавать пальцы и др.

С этой целью использовались тесты: Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory) для оценки памяти, внимания, психомоторной функции; шкала Тиннети (Functional Mobility Assessment in Elderly Patients) — для оценки постуральных нарушений; Векслеровская шкала оценки интеллекта и памяти у взрослых (Wechsler Adult Intelligence Scale — WAIS, Wechsler Memory Scale — WMS), краткий тест оценки психической сферы или тест Мини-Ментал (Mini-Mental State Examination — MMSE) и другие.

Каждая неврологическая проба или симптом оценивались в балльной системе по степени и выраженности. При окончательном подсчете результатов исследования проводился анализ влияния исследуемого препарата («Полинофита») на блоки симптомов: 1) тревожный (тревога, раздражительность, нейролабильность); 2) собственно астенический (истощаемость, заторможенность); 3) депрессивный (пониженное настроение); 4) вегетативный (головная боль, головокружение, потливость, функциональный тремор рук и др.). Степень изменения симптомов у каждого пациента оценивали по четырехбалльной шкале: усиление симптома — минус 1 балл, без изменений — 0 баллов, уменьшение симптоматики — 1 балл, исчезновение патологического синдрома — 2 балла. Индекс определяли как средний групповой балл.

Для оценки эффективности изучаемых методов лечения определяли частоту случаев клинического улучшения симптоматики в группах больных, а также вычисляли индекс, характеризующий степень эффективности лечения, который оценивали по четырехбалльной 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:

$$M = EV / N,$$

Таблица 2
Сравнительная оценка фармакотерапевтической эффективности «Полинофита» и пирацетама в процессе лечения ХНМК (индекс редукции)

Признаки	Индекс редукции (ИР)		
	«Полиноофит» n = 40	пирацетам n = 27	«Полиноофит» + пирацетам n = 30
соматические расстройства	0,2	0,2	0,3
астенический синдром	1,0	1,3	1,9
депрессивные изменения	1,1	0,9	1,1
тревожный статус	1,9	2,0	2,6

где M – индекс эффективности, V – количество баллов у одного больного, E – сумма баллов у всех пациентов, N – число пациентов в группе.

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.

Анализ приведенных данных в таблице свидетельствует о существенной редукции выделенных симптомокомплексов при применении препаратов (пираретам, «Полиноофит») со статистически достоверными показателями ($p < 0,05$).

Общие результаты лечения в положительной динамике достигались при назначении «Полиноофита» и пираретама, и за счет редукции астенического синдрома.

Влияние «Полиноофита» на соматовегетативные расстройства (головная боль, головокружение, алгии, потливость, функциональный тремор рук и др.) было выражено практически в равной степени сравниваемых групп, соответственно, ИР – 0,2, ИР – 0,2, ИР – 0,3.

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 – «Полиноофит» (ИР – 1,0), «Полиноофит» и пираретам (ИР – 1,9), пираретам (ИР – 1,3).

Ноотропный эффект «Полиноофита» начинал выявляться на 7-10 день его применения, достигая своей высокой степени выраженности к 14 дню, наибольшей – к 21 дню терапевтического лечения. Таким образом, максимальная степень выраженности ноотропного эффекта «Полиноофита» наступала на 21 день.

Как видно из таблицы, самые высокие терапевтические результаты, улучшающие состояние больных в целом, за счет редукции астенического синдрома, достигались при назначении «Полиноофита» в сочетании с пираретамом (третья группа), индекс редукции – 5,9. В первой и во второй группе ИР – 4,4, динамика нейропсихологической симптоматики менее выражена, чем в третьей группе.

Таблица 3

Динамика нейропсихологической симптоматики в процессе фармакотерапии «Полиноофитом» и пираретамом

Синдромы	Фармакотерапия											
	1 группа, n = 27				2 группа, n = 40				3 группа, n = 30			
	исх.	14 дн.	21 дн.	ИР	исх.	14 дн.	21 дн.	ИР	исх.	14 дн.	21 дн.	ИР
тревожный	2,6	1,3	1,0	2,0	2,8	0,9	0,2	2,0	3,0	1,6	1,1	2,6
%	100	50	38		100	32	7		100	53	37	
астенический	1,9	0	0	1,3	1,3	0,6	0,3	1,3	2,1	0,1	0	1,9
%	100	0	0		100	46	23		100	5	0	
депрессивный	1,2	0,1	0,1	0,9	1,1	0,7	0,5	0,9	1,2	0,4	0,1	1,1
%	100	8	8		100	64	45		100	33	8	
вегетативный	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,1	0	0,2	0,3	0,1	0	0,3
%	100	70	50		100	32	0		100	33	0	
итого	6,1	1,7	1,3	4,4	5,5	2,3	1,0	4,4	6,6	2,2	1,2	5,9
%	100	28	21		100	42	18		100	33	19	

Таблица 4

Анализируемые параметры липидного спектра у больных с хронической ишемией головного мозга

Парамеры	Контроль n = 17 $M \pm m$	«Полиноофит» n = 14 $M \pm m$	
		до лечения	после лечения
холестерин, ммоль/л	5,19 ± 0,33	5,55 ± 0,28	5,30 ± 0,23*
ЛПОНП, ммоль/л	0,76 ± 0,14	0,89 ± 0,08	0,78 ± 0,07
ЛПНП, ммоль/л	3,11 ± 0,25	3,09 ± 0,17	2,25 ± 0,20*
ЛПВП, ммоль/л	1,42 ± 0,10	1,32 ± 0,05	1,53 ± 0,09*
триглицериды, ммоль/л	1,68 ± 0,31	1,72 ± 0,15	1,72 ± 0,15
индекс атерогенности, ед	2,87 ± 0,29	3,12 ± 0,18	2,91 ± 0,28

Примечание: * – разница статистически достоверна, $p < 0,05$.

Наши результаты (отсутствие изменений активности АСТ и АЛТ) подтверждают гепатопротекторное действие «Полинофита», а также уменьшение токсического влияния лекарственных препаратов при курсовом приеме.

Положительное влияние «Полинофита» проявлялось снижением уровня общего холестерина, снижением индекса атерогенности (ИА).

Таким образом, сочетанное применение «Полинофита» и пирацетама в комплексной терапии ХНМК следует считать не только оправданным, но и необходимым.

При этом оценка их действия не должна ограничиваться выявлением только вазомоторного эффекта. Каждое из этих средств обычно улучшает мозговое кровообращение и функциональную активность головного мозга, так как в разной степени дают опосредованный (через улучшение кровообращения, защиту от ишемии) и прямой ноотроп-

ный эффект благодаря нормализации метаболизма пораженного головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурцев Е.М. Дисциркуляторная энцефалопатия (эпидемиология, варианты клинического течения, классификация, лечение) / Е.М. Бурцев // Проблемы неврологии и нейрохирургии. — Сб. науч. трудов. — Иваново, 1994. — С. 93–102.
2. 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.
3. Гусев Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. — М., 2001. — 327 с.
4. Закиров И.Р. Оценка ишемии головного мозга в хирургии сонных артерий: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2007. — 23 с.

Сведения об авторах:

Жигаев Геннадий Федорович – д.м.н., профессор. г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко. Тел. 8 (3012) 23-36-24