

лодных» болезней желудка, но и также стимулировать обмен веществ и укреплять организм больного.

Таким образом, для поиска и разработки новых эффективных лекарственных препаратов представляют интерес как биостимуляторы отдельные растения, обладающие "теплыми" свой-

ствами (гранат, крапива двудомная, княжик сибирский, ломонос шестилепестковый, фенхель обыкновенный) и в целом фитосборы "гранат-6", "рододендрон-4" и "головня-6", широко применяемые в практике тибетской медицины для лечения и профилактики расстройств пищеварения и стимуляции обменных процессов.

PHYTOCORRECTION OF DIGESTIVE AND METABOLIC DISTURBANCES IN TIBETAN MEDICINE

S.M. Batorova, I.P. Ledneva, D. Tsend-Ayush

(Institute of General and Experimental Biology SD RAS,
Department of Physical Problems. Buiyat Scientific Center, Ulan-Ude)

Information from the Tibetan sources concerning the remedies of the traditional medicine of Tibet, which are used in the digestive and metabolic disturbances is presented in the paper. Commentaries to the Tibetan notions and terms such as "indigestion", "digestive fire", "cold of phlegm" are given.

Литература

1. Дзэйцхар Мигчжан - памятник тибетской медицины / Баторова С.М., Яковлев Г.П., Базарон Э.Г. и др. - Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1985. - 87 с.
2. Дикорастущие полезные растения России / Отв. ред. А.И. Буданцев, Е.Е. Лесиновская. - СПб.: Изд-во СПХФА, 2001. - 663 с.
3. Минаева В.Г. Лекарственные растения Сибири. - Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1991. - 431 с.
4. Растительные ресурсы СССР. Цветковые растения, их химический состав, использование. Семейства Magnoliaceae-Limonaceae. - Л., 1985. - С.58-59; С.138-140.
5. Растительные ресурсы СССР. Цветковые растения, их химический состав, использование. Семейства Rutaceae-Elaeagnaceae. - Л., 1988. - С. 202-207.
6. Сатоскар Р.С., Бандаркар С.Д. Фармакология и фармакотерапия: в 2-х томах / Пер. с англ. - М.: Медицина, 1986. - 528 с.
7. Соколов С.Я., Замотаев И.П. Справочник по лекарственным растениям. - М.: Медицина, 1988. - 464 с.
8. Позднеев А.М. Учебник тибетской медицины / Пер. с тиб. и монг. - СПб.; Б.и., 1908. - Т.1-2. - 425 с.
9. "Тибетский чжор" - новый сборник рецептов. Тиб. народное изд-во. - Лхаса, 1975. С.69-70 (на Тибет, яз.).
10. Турова А.Д. Лекарственные растения СССР и их применение. - М.: Медицина, 1974. - 285 с.
11. Турова А.Д. Сапожникова Э.Н., Вьен Дьюк Ли. Лекарственные растения СССР и Вьетнама. - М.: Медицина, 1987-468 с.
12. Шретер А.И. Лекарственная флора Советского Дальнего Востока. - М.: Медицина, 1975.

© КУЗНЕЦОВА Е.Ю., СПРЕЙС И.Ф., ШАДАРОВ Л.П., РОЖКОВА Н.Ю. -
УДК 616.831-001-08:615.03

ПРИМЕНЕНИЕ БИЛОБИЛА В ЛЕЧЕНИИ ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЛЕГКОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Е.Ю. Кузнецова, И.Ф. Спрейс, Л.П. Шадаров, Н.Ю. Рожкова.

(Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор - чл.-корр. РАМН, д.м.н., проф. А.А. Дзинский, Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский, гл. врач - О.А. Приходько)

Резюме. Изучена эффективность билобила у 62 больных в возрасте 18-40 лет (средний возраст 28,3±1,7) с последствиями легкой закрытой черепно-мозговой травмы. В результате двухмесячного лечения наблюдался достоверный регресс проявлений астенического и вегетососудистого синдромов. Наиболее показательная положительная динамика отмечалась в отношении базовых психофизиологических процессов (переключаемость и концентрация внимания, оперативная вербальная память).

Легкая закрытая черепно-мозговая травма (ЛЗЧМТ), составляет в структуре общей черепно-мозговой травмы от 60 до 82%, является важной медицинской и социально-экономической проблемой. В связи с большой частотой ЛЗЧМТ и связанных с ней посттравматических расстройств ее называют "скрытой эпидемией". На лечение

таких больных в США тратится более 3,9 млрд. долларов в год [1-8,10]. Острый период ЛЗЧМТ отличается скудностью симптоматики, поэтому часто больные не получают своевременного лечения или оно недостаточно, в связи с чем и развиваются отдаленные последствия ЛЗЧМТ. У значительного количества больных, перенесших закры-

тые черепно-мозговые травмы, на длительные годы остается функциональная неполноценность адаптационных механизмов вегетативной нервной системы и неспецифических структур лимбико-ретикулярного комплекса, в силу чего под влиянием самых различных экзогенных и эндогенных факторов очень часто наступают срывы, декомпенсация заболевания с продолжительной нетрудоспособностью и дальнейшей инвалидизацией [1,3,5]. Лечение и реабилитация таких больных должны быть строго индивидуальными, с учетом патогенеза и основных клинических проявлений болезни [1,4,8,9]. Учитывая, что ведущими в клинической картине ЛЗЧМТ являются нарушения вегетативной регуляции и высших психических функций, медикаментозное лечение у таких больных должно быть направлено на устранение проявлений астении и вегетативно-сосудистых нарушений, улучшение памяти и интеллектуальной работоспособности.

Билобил представляет собой стандартизированный экстракт реликтового растения Гинкго Билоба (EGb 761). Он содержит флавоновые гликозиды, гинголиды, которые, на основании теоретических предположений, могут оказывать благоприятное воздействие на некоторые звенья патогенеза сосудистой мозговой недостаточности [11-13]. Имеются экспериментальные данные о том, что гинголиды уменьшают вязкость сывортки крови, улучшая тем самым ее реологические свойства и микроциркуляцию, ингибируют дегрануляцию нейтрофилов и тромбоцитов, предохраняют нейрональные мембраны от гипоксического повреждения, опосредованного процессами свободнорадикального окисления [11]. В клинических испытаниях, проведенных на довольно большом клиническом материале, показано, что назначение EGb 761 пожилым больным с легкими или умеренными когнитивными нарушениями способствует улучшению самочувствия и регрессу когнитивных и эмоционально-аффективных расстройств, улучшению выполнения нейропсихологических тестов, нормализации биоэлектрической активности головного мозга [14-16]. Однако в большинстве проведенных исследований не использовались строгие критерии подбора нозологически однородных групп больных; исследования обычно проводились на смешанных группах, в которые включали больных как с сосудистой, так и с дегенеративной деменцией и с деменцией неуточненной этиологии. Кроме того, в исследованиях включали больных с выраженными нарушениями, когда возможности лечения весьма ограничены.

Активные ферменты экстракта флавоновые гликозиды, гинголиды и билобалид способствуют улучшению кровотока, препятствуют агрегации тромбоцитов. Препарат нормализует метаболические процессы, оказывает антигипоксическое действие на ткани, улучшает мозговое кровообращение и снабжение мозга кислородом и глюкозой, улучшает кровообращение в конечностях. В основе ноотропного эффекта билобила, который зарегистрирован как нейропсихологическими, так и электрофизиологическими методами, предположительно лежат два основных механизма действия препарата. Во-первых, гемореологическая активность билобила приводит к увеличению концентрации глюкозы в коре головного мозга [11-13]. Во-вторых, препарат обладает холинергической активностью, увеличивая высвобождение ацетилхолина [12].

Оба эти механизма, возможно, и обуславливают характерный профиль действия билобила.

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности билобила у больных с отдаленными последствиями ЛЗЧМТ.

Материалы и методы

Обследовано 62 больных с ЛЗЧМТ в возрасте 18-40 лет (средний возраст - 28,3±1,7 лет). Мужчин было 38 чел., женщин - 24. В группу были отобраны больные, перенесшие ЛЗЧМТ два года назад и не имевшие сопутствующей соматической или неврологической патологии. Больные получали билобил в капсулах по 40 мг 3 раза в день в течение 2 месяцев. Другие вазоактивные, ноотропные и антиагрегантные препараты в этот период не назначались.

Перед началом лечения и по завершении его больные проходили клиническое неврологическое исследование, реоэнцефалографию (РЭГ), транскраниальную доплерографию (ТКДГ), компьютерную электроэнцефалографию, психофизиологическое и нейропсихологическое тестирование. При наличии показаний проводилась магнитно-резонансная томография головного мозга. Математико-статистический анализ полученных результатов проводился с помощью программ MS Excel XP и Statistica for Windows 6.0.

При обследовании была определена частота основных клинических синдромов последствий ЛЗЧМТ (табл.1). Использовалась классификация А.Ю. Макарова [5]. Наиболее часто встречались астенический синдром (70,97%) и синдром вегетативной дистонии (64,52%). В результате нейропсихологического и психофизиологического исследований было выявлено наличие нарушений преимущественно в виде быстрой истощаемости психофизиологических процессов, трудности переключаемости, снижении объема оперативной памяти, ухудшение вербальной и зрительной памяти. Исследование артериального церебрального кровотока методом ТКДГ не выявило достоверных отличий у больных в опытной группе по сравнению с контрольной группой из 30 неврологически здоровых лиц.

Таблица 1.

Частота (в%) основных клинических синдромов у больных с последствиями ЛЗЧМТ

<	Клинические синдромы	Частота (%)
1	Астенический	70,97
2	Синдром вегетативной дистонии	64,52
4	Ликвородинамических нарушений	16,13
5	Вестибулярный	9,68
6	Психоорганический	3,23
7	Травматической эпилепсии	3,23
8	Церебрально-очаговый	1,61

Результаты и обсуждение

Субъективный статус больных с последствиями ЛЗЧМТ характеризуется вариабельностью, за-

Таблица 2.

Динамика субъективных синдромов у больных с последствиями ЛЗЧМТ на фоне лечения билобилом

Симптомы	Z	п	p
Головная боль	5,585	43	<0,01
• Головная боль на фоне физической нагрузки	4,573	21	<0,01
• Головная боль на фоне психоэмоционального стресса	5,092	26	<0,01
Метеолабильность	4,804	27	<0,01
Снижение активного внимания	4,804	27	<0,01
Нарушение сна			
• трудность засыпания	5,379	29	<0,01
• поверхностный сон	4,681	22	<0,01
• отсутствие восстановления после сна	4,787	23	<0,01
• дневная сонливость	4,577	33	<0,01
• раннее пробуждение	4,891	24	<0,01
Раздражительность	5,491	40	<0,01
Снижение памяти на текущие события	4,891	24	<0,01
Гиперсенситивность	5,285	28	<0,01
Общая слабость	4,992	25	<0,01
Повышенная физическая утомляемость	4,37	23	<0,01
Дистальный гипергидроз	4,942	40	<0,01

висимостью от факторов окружающей и социальной среды, и поэтому имеются методологические сложности его объективной оценки. Результаты нашего исследования, позволили констатировать положительную динамику структуры синдрома вегетативной дистонии на фоне проводимого лечения (табл.2). У больных отмечалось снижение метеозависимости, после проведенного лечения физическая нагрузка и психоэмоциональный стресс достоверно реже провоцировали развитие головной боли. Улучшились основные показатели качества ночного сна: увеличилась глубина сна, уменьшились количество эпизодов пробуждения, трудности засыпания, дневная сонливость. На этом фоне логичным выглядит позитивная динамика таких симптомов, как раздражительность, быстрая утомляемость. Необходимо отметить, что у больных не наблюдалось достоверной положительной динамики в отношении частоты, длительности и выраженности эпизодов головокружения.

В результате проведенного лечения достоверно улучшились показатели психофизиологического и нейропсихологического тестирования (корректурной пробы, красно-черных таблиц, таблиц Шульте) (табл.3). Наибольшие различия отмечались по таким показателям, как общее время выполнения тестов, длительность выполнения второй части тестов. При проведении тестирования до начала лечения билобилом у больных с последствиями ЛЗЧМТ отмечалась выраженная тенденция удлинения времени реакции, времени, затрачиваемого на выполнение тестов, нарастания количества ошибок в процессе выполнения тестирования, то есть регистрировались признаки повышенной утомляемости, отвлекаемости, сложно-

сти переключения, трудности длительно концентрировать внимание. При проведении больных отмечалось уменьшение времени, затрачиваемого на выполнение теста, и регистрировалась достоверно меньшая дисперсия результатов тестирования ($p < 0,05$). Изучение вербальной и слуховой памяти выявило на фоне лечения достоверное улучшение ряда показателей, хотя положительная динамика имела со стороны всех изучаемых параметров. Данный факт может быть интерпретирован следующим образом. Наблюдающиеся у больных нарушения памяти в своей основе неоднородны и обусловлены не только нарушениями самой памяти, но и снижением общей интеллектуальной работоспособности, снижением объема внимания, затруднением переключаемости и наличием клинических проявлений вегетативной дистонии. Регистрируемое улучшение процессов памяти в этом ключе может быть интерпретировано как проявление улучшения общего состояния больных. Практический интерес вызывает полученный результат о достоверном изменении в результате лечения психоэмоционального состояния больных, оцениваемое по шкале Гамильтона и тесту Спилбергера. Данный эффект также может быть расценен как следствие улучшения общего самочувствия больных, нормализации ночного сна, улучшения интеллектуальной работоспособности - факторов, вызвавших повышение уровня качества жизни.

Таким образом, билобил оказывает выраженное положительное влияние на клинические проявления астенического и вегето-сосудистого синдромов у больных с отдаленными последствиями ЛЗЧМТ. Билобил достоверно улучшает как субъ-

Таблица 3.

Динамика показателей психофизиологического и нейропсихологического тестирования у больных с последствиями ЛЗЧМТ на фоне лечения билобилом

Название тестов		Z	п	P
Корректирующая проба	Всего ошибок	2,4	43	>0,05
	Ошибок в первой половине текста	1,928	37	>0,05
	Ошибок во второй половине текста	1,352	48	>0,05
	Ошибок слева	1,477	46	>0,05
	Ошибок справа	2,752	46	<0,01
	Общее время выполнения теста	3,029	45	<0,01
	Время выполнения 1-й половины	3,882	46	<0,01
	Время выполнения 2-й половины	3,231	46	<0,01
	Индекс утомляемости	2,886	45	<0,01
Таблицы Шульце	Первая таблица: ошибки	3,375	26	<0,01
	Первая таблица: время	3,616	46	<0,01
	Вторая таблица: ошибки	3,345	25	<0,01
	Вторая таблица: время	3,999	47	<0,01
	Третья таблица: ошибки	2,693	27	<0,01
	Третья таблица: время	2,82	28	<0,01
	Четвертая таблица: ошибки	2,521	22	>0,05
	Четвертая таблица: время	1,929	44	>0,05
Красно-черные таблицы	Первый тест: ошибки	2,875	21	<0,01
	Первый тест: время	3,778	46	<0,01
	Второй тест: ошибки		20	>0,05
	Второй тест: время	3,995	44	<0,01
	Третий тест: ошибки	3,68	34	<0,01
	Третий тест: время	4,215	47	<0,01
Тест Спилберга	Ситуативная тревожность	2,318	45	>0,05
	Личностная тревожность	3,6	47	<0,01
	Самооценка тревожности	3,58	37	<0,01
	Самооценка фрустрированности	2,514	41	>0,05
	Самооценка агрессивности	2,422	42	>0,05
	Самооценка ригидности	1,691	46	>0,05
Вербальная слуховая память	Результат	3,416	28	<0,01
	Отклонение	0,541	48	>0,05
	Дублей	1,929	32	>0,05
	Лишних	2,082	37	>0,05
Вербальная зрительная память	Результат	4,374	31	<0,01
	Отклонение	0,04	47	>0,05
	Дублей	2,126	38	>0,05
	Лишних	2,825	30	<0,01
Тест Гамильтона	Результат	4,563	47	<0,01

ективное состояние больных, так и показатели основных психофизиологических процессов, что может быть использовано при подборе индивиду-

ального комплекса лечения и реабилитации у пациентов с последствиями ЛЗЧМТ.

BILOBIL IN THE TREATMENT OF CONSEQUENCES OF LIGHT TRAUMATIC BRAIN INJURY

E.U. Kuznetsova, I.F. Sprejs, L.P. Shadarov, N.U. Rozkova

(Irkutsk Institute for Medical Advanced Studies)

62 patients with two-years long katamnoses of light traumatic brain injury were treated by Bilobil. Average Age of patients was 28,3±1,7. The results of treatment were observed by ultrasound dopplerography, neuro-psychological and psychophysiological tests. It was revealed that more significant positive clinical effect of Bilobil was marked on memory and attention dysfunction. Positive effect was revealed in intensity of astenic syndrome and vegetative disfunction.

Литература

1. Анашкина С.А. Отдаленные последствия закрытых черепно-мозговых травм (распространенность, кли-

нические проявления, амбулаторное лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Казань, 1991. - 20 с.

2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства (клиника, диагностика, лечение). - М., 2003 - С.489-495.
3. Вейн А.М., Осетров А.С. О клинических и психофизиологических факторах, влияющих на социально-трудовую адаптацию лиц с последствиями черепно-мозговой травмы // Неврология и психиатрия. - Киев, 1987. - С. 33-35.
4. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. - М, 2000. - Т.3. - С.181-198.
5. Макаров А.Ю. Последствия черепно-мозговой травмы // Неврологический журнал. - 2001. - №2. - С.38-41.
6. Максимов О.Г. К вопросу об отдаленных последствиях легкой закрытой черепно-мозговой травмы // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины. - Иркутск, 1997 - С. 101-102.
7. Сидорова Г.В., Шпрах В.В., Сидорова Н.А. Клинико-эпидемиологические аспекты черепно-мозговой травмы в Восточной Сибири. - Иркутск, 2001 - 136 с.
8. Штульман Д.Р., Левин О.С. Легкая черепно-мозговая травма // Неврол. журн. - 1999. - Т.4., №1. - С.4-10.
9. Warburton D.W. Clinical psychopharmacology of Ginkgo biloba extract // Rokan (Ginkgo Biloba). Recent Results in Pharmacology and Clinic / Ed. E. W. Funfgeld. - Heidelberg, 1988. -P.327-345.
10. Chiu Wen-Ta Epidemiology of head injury Neurotrauma Symp. Cruise Moscow-Volga River, Moscow, July 12-17, 1997: Progr. and Abstr., 1997
11. Ching KF., Dent G., McCusker M. et al. Effect of ginkgolide mixture (BN 52063) in antagonising skin and platelet responses to platelet activating factor in man // Lancet. - 1987. - Vol.1. - P.248-251.
12. Koltringer P., Eber O., Lind P. et al. Mikrozirkulation und Viskoelastizität des Vollblutes unter Ginkgo-biloba Extrakt. Eine plazebokontrollierte randomisierte Doppelblind-Studie // Perusion. - 1989. - B.1. - S.28-30.
13. Warburton D.W. Clinical psychopharmacology of Ginkgo biloba extract // Rokan (Ginkgo Biloba). Recent Results in Pharmacology and Clinic / Ed. E. W. Funfgeld. - Heidelberg, 1988. - P.327-345.
14. Bruhert E., Heirlch S E., Ruf-Kohler P. Wirksamkeit von LI 1370 bei älteren Patienten mit Hirnleistungsschwäche. Multizentrische Doppelblindstudie des Fachverbandes Deutscher Allgemeinärzte // Munch med. Wochenschr. - 1991. -Bd.133, N.1. -S.15-18.
15. Israel L, Myslmski M., DellAccio E. et al. Onset of memory disorder: specific and combined contributions of memory- training programs and Ginkgo-biloba extract (EGb 761) treatment // Adv. Ginkgo Biloba Extract Res. - 1995. - Vol.4. - P. 119-130.
16. Wesnes K., Simmons D., Rook M., Simpson P. A double-blind placebo-controlled trial of Tanakan in the treatment of idiopathic cognitive impairment in the elderly // Hum. Psychopharmacol. - 1987. - Vol.2. - P. 159-169.

Образ жизни, экология

О ГАЙДАРОВА Т. А. -
УДК 616.314-001.4

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРУКСИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА, ПОЛА И СОСТОЯНИЯ ЗУБНОГО РЯДА

Т.А. Гайдарова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра ортопедической стоматологии, зав. - д.м.н., проф. А.Я. Вязьмин)

Резюме. В работе представлены данные распространенности бруксизма в зависимости от возраста, пола, состояния зубного ряда и прикуса. Анализ исследования показал, что теория окклюзионной дисгармонии, как этиологического фактора бруксизма, является необоснованной. Заболевание бруксизмом отмечается у мужчин и женщин в равной степени и с полом не связано.

Бруксизм - неосознанное, не связанное с жеванием и речью, сокращения жевательных мышц, наблюдаемые как днем, так и ночью. Сжатие зубов характеризуется нарушением состояния относительного физиологического покоя нижней челюсти, вследствие тонического сокращения мышц, поднимающих ее. Сокращение может происходить в центральной или других окклюзиях, чаще в передней [5,11,18,20].

Е.И. Гаврилов и В.Д. Пантелеев (1987) на основании изучения клинической картины у боль-

ных бруксизмом выделили несколько ведущих симптомов, которые определяют клиническую картину заболевания: сжатие зубов, беспищевое жевание и скрежетание зубами (бруксизм).

Данная патология охватывает практически все отделы организма и проявляется от незначительных до серьезных нарушений в зубочелюстном аппарате. Бруксизм приводит к неравномерному стиранию твердых тканей зубов [17,19], к повышенной чувствительности зубов на температурные и химические раздражители [22], функцио-