ZU_2013_24.qxd 27.12.2013 16:32 Page 51

Н.А. Марута, д.м.н., профессор, **И.А. Явдак**, к.м.н, **Е.С. Череднякова**, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Динамика состояния когнитивных функций у больных с эмоциональными расстройствами сосудистого генеза при оптимизации терапевтической тактики

Н.А. Марута

На сегодняшний день дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) вследствие цереброваскулярных заболеваний является наиболее часто отмечающимся расстройством в общемедицинской практике и популяции в целом, что определяет актуальность вопросов ее диагностики и лечения [1-6].

В Украине в структуре всей неврологической патологии сосудистые заболевания головного мозга составляют 70%. При этом в структуре цереброваскулярных заболеваний 90% приходится на хронические нарушения мозгового кровообращения (ДЭ) [1, 4, 6].

Клиническая картина ДЭ характеризуется большим многообразием взаимоотягощающих симптомов, что необходимо учитывать при построении терапевтической стратегии. Общепризнанными симптомами на начальных стадиях являются цефалгии, вестибуло-атаксические нарушения, парестезии в сочетании с сердечно-сосудистыми расстройствами (нарушениями показателей артериального давления (АД), сердечного ритма, кардиалгиями и т. д.). Вместе с тем сосудистые нарушения головного мозга даже на начальных этапах формирования сопровождаются психическими расстройствами (астеническими, эмоциональными, когнитивными), недооценка которых ведет к недостаточной эффективности проводимого лечения.

В связи с этим терапевтическое сопровождение пациентов должно включать как вазоактивную (коррекция артериального и венозного тонуса, микроциркуляции), так и нейропротекторную (коррекция астенических, когнитивных нарушений), а при необходимости – вегетостабилизирующую терапию [4-8].

Однако введение в терапевтические схемы дополнительных лекарственных средств зачастую вызывает негативное отношение пациента, ухудшая комплайенс. Фармакологический эффект в виде полипрагмазии включает риски, проявляющиеся непереносимостью, аллергическими реакциями и т. д. В этих условиях выбор оптимального лекарственного средства с многофункциональным эффектом, отвечающего всем требованиям безопасности и эффективности, а также удобства применения, приобретает особое значение.

Комплексным препаратом мультимодального действия является гомеопатическое средство Цефавора, в котором представлена тщательно сбалансированная комбинация гомеопатических разведений экстрактов трех лекарственных растений – гинкго билоба (Ginkgo biloba), омелы белой (Viscum album L.) и боярышника (Crataegus).

Экстракты листьев гинкго билоба (Ginkgo biloba) содержат флавоновые гликозиды и терпеноиды (гинкголиды, билобалиды), которые положительно влияют на улучшение кровотока (в т. ч. микроциркуляцию в мелких капиллярах), процессы свободнорадикального окисления, тканевой метаболизм и оказывают комплексное вазорегулирующее, антиишемическое, нейропротекторное и антиоксидантное действие, что способствует более медленному прогрессированию сосудистого процесса. В медицине препараты на основе гинкго билоба применяют при головной боли, головокружении, звоне и шуме в ушах, учащенном сердцебиении и похолодании конечностей, расстройствах памяти и концентрации внимания.

Омела белая (Viscum album L.) включает высокомолекулярные (вискотоксины, лектины, полисахариды) и низкомолекулярные (флавоноиды, стеролы, тритерпеноиды, аминокислоты, амины) соединения, которые традиционно используются для уменьшения возбудимости нервной системы, расширения кровеносных сосудов, улучшения деятельности сердца, стабилизации АД. Врачи XVIII и XIX веков назначали омелу при головокружениях, апоплексии и истерии. Свойства омелы белой позволяют использовать ее при высоком и низком АД, головокружении, шуме в ушах и боли за грудиной, стенозе коронарных артерий, аритмии, истощении, для повышения работоспособности, нормализации общего состояния и улучшения сна.

Экстракты плодов и цветов боярышника (Crataegus) содержат в качестве активных компонентов флавоноиды (витексин, рутин, кверцетин и гиперозид), олигомерные проантоцианидины (эпикатехин, процианидин, в т. ч. процианидин В2), тритерпеновые (урсоловая, олеаноловая) и фенольные (кофейная, хлорогеновая и ассоциированные с ними фенолкарбоновые) кислоты, которые положительно влияют на сердечно-сосудистую и центральную нервную системы, повышают толерантность к физическим нагрузкам, что обусловливает их применение при головной боли, боли в сердце, расстройствах сердечной деятельности (сердечной недостаточности, аритмии, стенокардии), нарушениях АД и кровотока, бессоннице.

В ряде проведенных клинических исследований доказаны эффективность и безопасность препарата Цефавора. Показано, что благодаря оригинальному подбору компонентов, дополняющих друг друга, препарат обладает способностью комплексно улучшать мозговую, сердечную и периферическую микроциркуляцию; снижать агрегацию эритроцитов, тромбоцитов и вязкость крови, способствуя улучшению характеристик крови и повышению скорости кровотока в капиллярах.

С целью оценки эффективности применения препарата Цефавора на когнитивные функции у пациентов с эмоционально-лабильными расстройствами при ДЭ сосудистого (гипертонического, атеросклеротического) генеза проведено исследование 35 пациентов обоего пола в возрасте от 46 до 68 лет (средний возраст – 56,28±1,23 года) с диагнозом «эмоционально-лабильное расстройство сосудистого генеза» в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Пациенты принимали препарат Цефавора в виде монотерапии в течение 1 мес по 20 капель 3 р/сут за 30 мин до или через 1 ч после еды.

Все больные проходили комплексное клиническое (с оценкой соматического, неврологического и психопатологического состояния), электрофизиологическое (электрокардиография, оценка состояния мозговой гемодинамики по данным реэнцефалографии – РЭГ), нейропсихологическое обследование (оценка когнитивных функций по тесту Лурия, тесту Крепелина и таблицам Шульте) до и после курсового приема препарата Цефавора.

Исходное состояние вошедших в исследование пациентов оценивалось прежде всего по данным объективного обследования на основе регистрации субъективных жалоб и неврологического статуса.

В неврологическом статусе до лечения наиболее часто отмечались цефалгический (85,8%), вестибуло-атактический синдромы (65,8%), синдром вегетативной дисфункции (100,0%) и экстрапирамидная недостаточность (28,3%).

В структуре психопатологических проявлений у всех (100,0%) пациентов доминировала астеническая симптоматика, у 37,4% из них выявлялась субдепрессивная, у 42,8% – эмоционально-лабильная симптоматика.

Нарушения памяти и концентрации внимания были выявлены у большинства (94,3%) обследованных.

Все включенные и исследование пациенты отмечали зависимость болезненного состояния от психоэмоционального перенапряжения и метеорологических факторов.

Анализ субъективных жалоб пациента, уровень их интенсивности в баллах и динамика в процессе лечения представлены на рисунке 1.

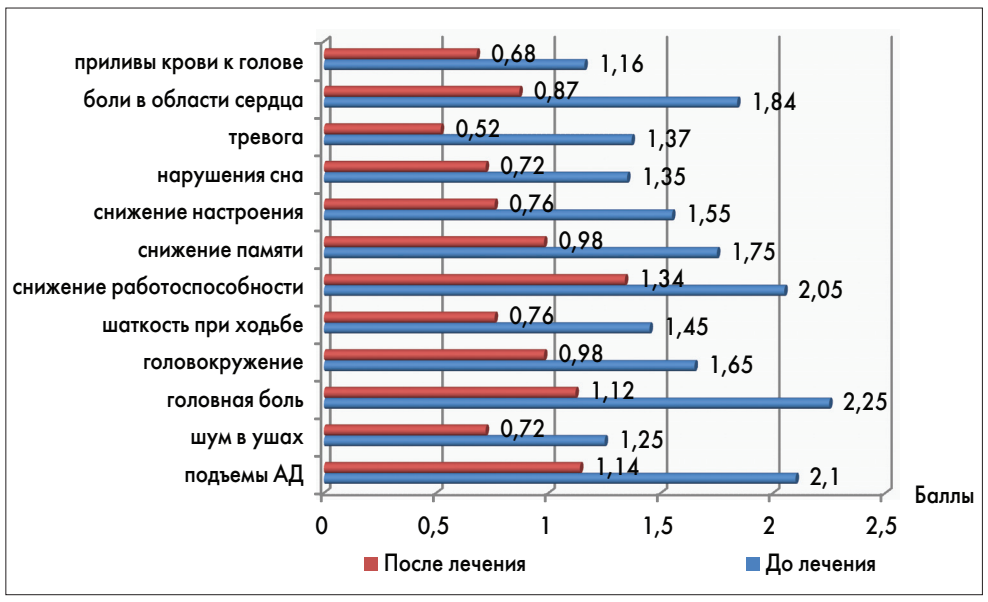

Рис. 1. Динамика субъективных жалоб обследованных в процессе лечения препаратом Цефавора

Как свидетельствуют приведенные на рисунке 1 данные, наибольшую интенсивность у обследуемых больных до лечения имели такие показатели, как головная боль (2,25 балла), повышение АД (2,10 балла), снижение работоспособности (2,05 балла), боль в области сердца (1,84 балла), снижение памяти (1,75 балла) и головокружение (1,65 балла). Также имели место умеренно выраженные симптомы, характеризующие эмоциональное состояние больных (снижение настроения – 1,55 балла, нарушения сна – 1,35 балла, тревога – 1,37 балла и шаткость при ходьбе – 1,45 балла).

По окончании месячного курса лечения у больных отмечался статистически значимый регресс болезненной симптоматики по всем клиническим симптомам.

Состояние мозговой гемодинамики в процессе лечения оценивалось по данным РЭГ. До начала лечения РЭГ-кривые у обследованных больных характеризовались межполушарной асимметрией кровенаполнения, значительной венозной дисциркуляцией, нарушениями тонуса сосудов с преобладанием дисфункций в базилярном бассейне по сравнению с каротидным, что подтверждается данными параметров РЭГ (табл.).

Таблица. Динамика параметров РЭГ в процессе лечения Цефаворой у больных с ДЭ I-II степени сосудистого генеза

Параметры РЭГ	Пациенты с ДЭ		Здоровые
	до лечения	после лечения	
I. Полушарные РЭГ (F-M-отведения)			
Амплитуда РЭГ (Ом)	0,106±0,010	0,116±0,016	0,157±0,028
Длительность анакротической фазы РЭГ (с)	0,154±0,068	0,140±0,060	0,110±0,050
Длительность катакротической фазы РЭГ (с)	0,656±0,024	0,582±0,018	0,490±0,012
Отношение длительности анакротической фазы РЭГ к длительности всей волны (%)	20,103±2,318	18,094±2,415	15,560±2,431
Время распространенности РЭГ (с)	0,223±0,012	0,192±0,017	0,153±0,020
Дикротический индекс (%)	81,512±5,417	72,232±4,212	51,311±2,315
Диастолический индекс (%)	78,617±4,100	71,232±3,400	62,3±2,900
Коэффициент асимметрии (%)	18,349±2,523	12, 426±2,054	9,2±1,800
II. Затылочные РЭГ (M-0-отведения)			
Амплитуда РЭГ (Ом)	0,076±0,080	0,091±0,068	0,100±0,023
Длительность анакротической фазы РЭГ (с)	0,160±0,052	0,142±0,028	0,112±0,014
Длительность катакротической фазы РЭГ (с)	0,666±0,031	0,612±0,029	0,510±0,015
Отношение длительности анакротической фазы РЭГ к длительности всей волны (%)	21,783±2,415	18,785±2,121	16,113±1,800
Время распространенности РЭГ (с)	0,220±0,017	0,188±0,019	0,155±0,020
Дикротический индекс (%)	82,010±4,500	68,261±3,425	53,473±2,310
Диастолический индекс (%)	85,140±3,912	77,237±3,416	64,724±2,642
Коэффициент асимметрии (%)	19,800±2,155	16,882±1,675	13,015±1,733

Продолжение на стр. 52.

ZU_2013_24.qxd 27.12.2013 16:32 Page 52

Н.А. Марута, д.м.н., профессор, **И.А. Явдак**, к.м.н, **Е.С. Череднякова**, ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Динамика состояния когнитивных функций у больных с эмоциональными расстройствами сосудистого генеза при оптимизации терапевтической тактики

Продолжение. Начало на стр. 51.

Согласно приведенным данным, по завершении месячного курса лечения Цефаворой у больных регистрировались признаки стабилизации тонуса сосудов, уменьшались величина межполушарной асимметрии кровенаполнения и явления венозной дисфункции, что свидетельствовало о положительных изменениях мозговой гемодинамики под влиянием проведенной терапии.

Оценка состояния памяти, произвольного внимания и истощаемости исследуемых больных в динамике лечения проводилась с помощью методики «Заучивание 10 слов» (по А.Р. Лурия). Общее количество воспроизведенных слов после каждого предъявления до и после проведенного лечения представлено на рисунке 2.

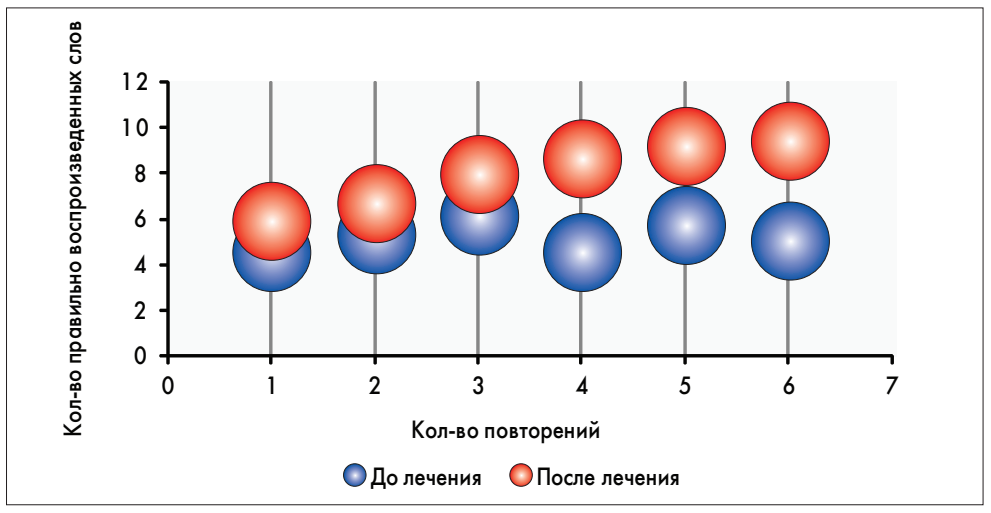

Рис. 2. Динамика показателей памяти у пациентов с ДЭ I-II степени сосудистого генеза в процессе терапии Цефаворой (по данным методики «Заучивание 10 слов»)

Как свидетельствуют представленные на рисунке 2 данные, до начала лечения у больных с ДЭ I-II степени сосудистого генеза наблюдались снижение показателей объема памяти и отсутствие стойкого увеличения количества правильно воспроизведенных слов. Кривая запоминания характеризовалась зигзагообразной формой, что свидетельствовало о неустойчивости и высокой истощаемости мнестических процессов.

Исследование объема кратковременной памяти после 1 мес лечения Цефаворой продемонстрировало значительное повышение показателей у обследованных уже при первом предъявлении стимульного материала ($p<0,05$), при каждом последующем предъявлении количество правильно воспроизведенных слов увеличивалось, после третьего-четвертого повторения большинство пациентов могли правильно воспроизвести все 10 слов. Кривая запоминания после проведенного лечения характеризовалась постепенным подъемом, что свидетельствовало об устойчивости внимания и отсутствии эффекта истощения мнестических функций.

Для исследования работоспособности, выявления истощаемости и устойчивости произвольного внимания пациентов с ДЭ I-II степени сосудистого генеза использовался счет по Крепелину. Результаты анализа полученных данных представлены на рисунке 3.

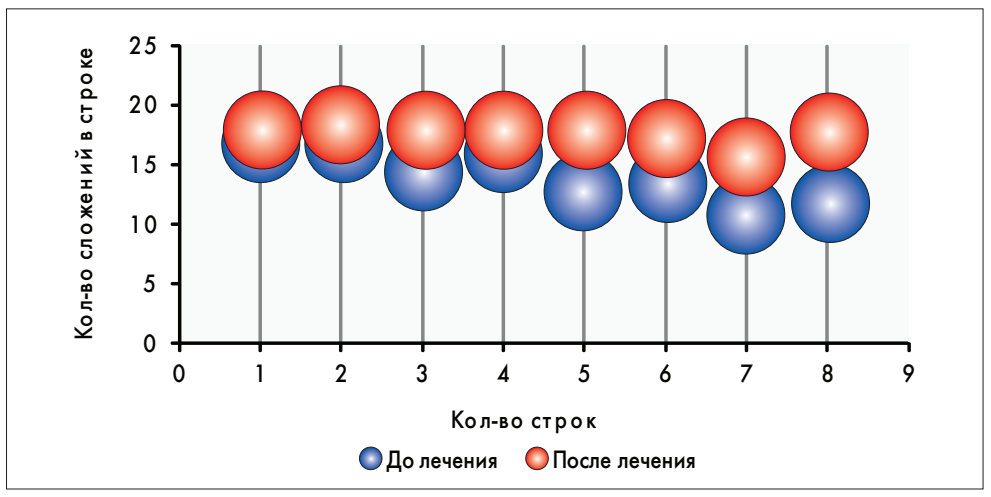

Рис. 3. Утомляемость и работоспособность у больных с ДЭ I-II степени сосудистого генеза в процессе лечения Цефаворой (по данным таблицы Крепелина)

Как свидетельствуют представленные на рисунке 3 данные, до начала лечения у больных с ДЭ I-II степени сосудистого генеза наблюдались выраженная истощаемость произвольного внимания и низкие показатели работоспособности (коэффициент работоспособности составил 0,63), что подтверждалось неравномерностью выполнения задания, пикообразным характером полученной кривой, увеличением количества допущенных ошибок.

Данные, полученные через 1 мес терапии, демонстрируют значительную положительную динамику в виде лучшей продуктивности и равномерности профиля работоспособности больных. При этом коэффициент работоспособности увеличился с 0,63 до 0,87 ($p<0,001$), что свидетельствует о значительном улучшении функций произвольного внимания и повышении работоспособности у пациентов с ДЭ после проведенного курса лечения препаратом Цефавора.

Данные относительно устойчивости и концентрации внимания, полученные с помощью таблиц Шульте до и после месячной терапии больных с ДЭ I-II степени сосудистого генеза Цефаворой, представлены на рисунке 4.

Согласно представленным данным, до начала лечения у больных с ДЭ I-II степени сосудистого генеза регистрировались низкие показатели концентрации внимания и его быстрое истощение, т. е. наблюдалась тенденция к увеличению времени, затрачиваемого пациентами на выполнение задания по каждой следующей таблице.

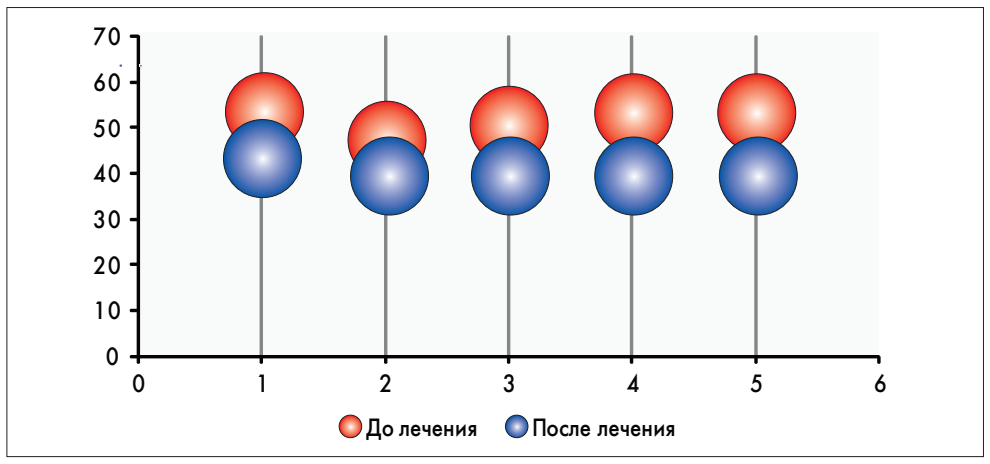

Рис. 4. Динамика показателей устойчивости внимания у больных с ДЭ I-II степени сосудистого генеза в процессе лечения Цефаворой (по данным методики «Таблицы Шульте»)

После проведенного лечения имела место положительная динамика показателей концентрации внимания, среднее время выполнения задания значительно сократилось с 52,4 с до начала лечения до 41,6 с по окончании терапии ($p<0,05$). Внимание характеризовалось устойчивостью, т. е. отсутствовали резкие колебания уровня концентрации внимания на протяжении выполнения задания.

Следовательно, данные проведенного нейропсихологического исследования демонстрируют значительное улучшение функционирования познавательных функций, в частности памяти и внимания, у больных с ДЭ I-II степени сосудистого генеза при применении препарата Цефавора.

Обобщенный анализ эффективности проведенного лечения позволил установить, что полную редукцию имеющихся жалоб отметили 8 (22,86%), значительное улучшение состояния – 16 (45,71%), улучшение состояния – 10 (28,5%) обследованных. Только 1 (2,86%) пациент наблюдал незначительное улучшение состояния в процессе терапии. Отсутствие эффективности лечения не отметил никто из обследованных (рис. 5).

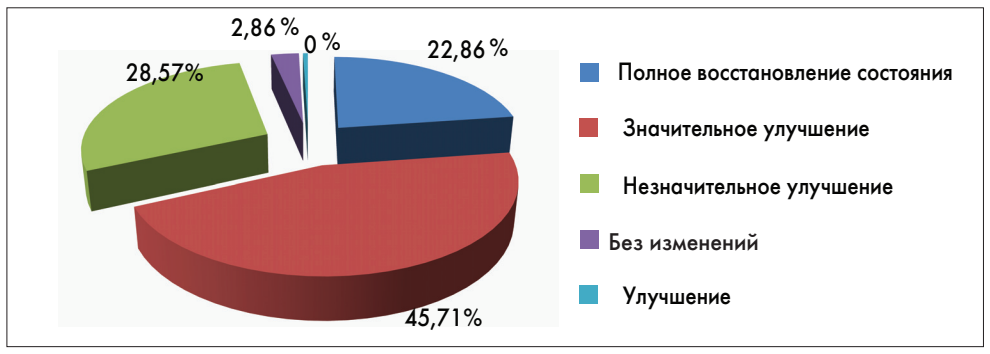

Рис. 5. Эффективность применения Цефаворы в терапии больных с ДЭ I-II степени сосудистого генеза

При осмотре и опросе пациентов в ходе проведенного исследования не было выявлено каких-либо жалоб, неожиданных побочных реакций, осложнений или явлений непереносимости препарата Цефавора при его ежедневном применении.

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что Цефавора при назначении больным с ДЭ I-II степени сосудистого генеза по 20 капель 3 р/сут в течение 1 мес оказывает мультимодальное действие – улучшает мозговое кровообращение, когнитивные функции и нормализует психоэмоциональное состояние пациентов. Терапевтические эффекты препарата Цефавора включают улучшение мозгового кровообращения в виде стабилизации тонуса сосудов, уменьшения явлений венозной дисфункции, улучшения мозгового кровотока во всех сосудистых бассейнах, уменьшения межполушарной ассиметрии кровотока; улучшение когнитивных функций в виде повышения концентрации внимания и памяти, восстановления активности и работоспособности, повышения способности к обучению у больных с ДЭ I-II степени сосудистого генеза. Данный препарат хорошо переносится больными и на протяжении месячного курса лечения ни у кого из обследованных не вызвал каких-либо побочных эффектов. Препарат Цефавора может быть рекомендован к медицинскому применению как эффективное и безопасное средство при лечении мозговой сосудистой дисциркуляции, сопровождающейся когнитивными и психоэмоциональными нарушениями.

Литература

1. Волошин П.В., Міщенко Т.С. До питання про класифікацію судинних захворювань головного мозку // Укр. вісн. психоневрол. – 2002. – Т. 10, вип. 2 (31). – С. 12-17.
2. Евстигнеев В.В., Юршевич Е.А., Бузуева О.А. Дисциркуляторная энцефалопатия // Медицина. – 2001. – № 1. – С. 26-29.
3. Захаров В.В. Атеросклероз церебральных и периферических артерий: вопросы терапии. // Рус. мед. журн. – 2007. – № 10. – С. 833–836.
4. Мищенко Т.С., Дмитриева Е.В. Сосудистая деменция: диагностика, лечение и профилактика // Междунар. неврол. журн.– 2006. – № 2 (6). – С. 16-20.
5. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Неврол. журн. – 2006. – Т. 11. – Приложение № 1. – С. 4-12.
6. Маньковский Н.Б., Бочинская Н.Ю. Современные подходы к терапии когнитивных нарушений. Нейрометаболическая терапия. – К.: Библиотечка практикующего врача, 2005. – 72 с.
7. Громова О.А. Нейрометаболическая фармакотерапия / Под ред. чл.-кор. РАМН Е.М. Бурцева. – М.: NYCOMED, 2006. – 53 с.
8. Birks J., Grimley Evans J. Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. Review // Cochrane Database Syst Rev. – 2007 – Vol. 18, N. 2. – P. 124-132.