

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА НОТТА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ I СТАДИИ

Дзяк Л.А., Голик В.А.

Днепропетровская государственная медицинская академия

Резюме

Цереброваскулярная патология является одной из наиболее распространенных в современном мире. Дисциркуляторная энцефалопатия является одной из наиболее распространенных нозологий среди цереброваскулярных заболеваний. Комплекс симптомов при дисциркуляторной энцефалопатии I стадии включает рассеянную неврологическую симптоматику, нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения. Нами исследовано влияние монотерапии препаратом НОТТА на симптоматику тревоги, депрессии, расстройств сна, вегетативные показатели у пациентов с гипертензивной дисциркуляторной энцефалопатией I стадии в сравнении со стандартной сосудистой терапией. Получены данные по статистически достоверному влиянию исследуемого препарата на выраженность показателей тревоги и депрессии, нарушений сна и вегетотропных показателей.

Summary

Incidence of cerebrovascular pathology is one of highest in nowadays. Chronic cerebrovascular insufficiency is the most often among cerebrovascular diseases. The symptoms of 1st stage of the disease include disseminated organic neurological symptoms, autonomic and psychological signs. We studied monotherapy of NOTTA influence on depression, anxiety, insomnia, autonomic disturbances in patients with 1st stage Chronic cerebrovascular insufficiency in comparison with standard vascular therapy. We obtained statistically significant data of medication influence on anxiety, depression, insomnia and autonomic symptoms' expression.

Актуальность проблемы

Цереброваскулярная патология (ЦВП) является одной из наиболее распространенных в современном мире. Ишемические нарушения мозгового кровообращения, в частности дисциркуляторная энцефалопатия представляет комплекс универсальных реакций ткани мозга на повреждающее воздействие или изменение окружающей среды, в том числе, нарушение функционирования сосудистой системы, обеспечивающей адекватную перфузию мозга, необходимую для его нормальной жизнедеятельности. Дисциркуляторную сосудистую энцефалопатию можно считать приоритетной проблемой отечественной сосудистой неврологии. Согласно проведенным эпидемиологическим исследованиям установлено, что в настоящее время дисциркуляторные энцефалопатии (ДЭП) составляют до 67% в структуре цереброваскулярных заболеваний, из них 47-55% случаев обусловлены атеросклеротическим поражением сосудов мозга в сочетании с артериальной гипертензией. Патоморфологические и нейровизуализированные исследования доказали, что в основе хронических форм цереброваскулярной недостаточности лежат гетерогенные по происхождению и морфологическим характеристикам (многоочаговые и диффузные, инфарктные и неинфарктные) повреждения кортикальных и субкортикальных отделов мозга, вызванные поражением интра- и экстракраниальных церебральных артерий различного калибра [1, 2, 3].

Комплекс симптомов при дисциркуляторной энцефалопатии I стадии включает рассеянную неврологическую симптоматику, нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения. Участие в клинической картине заболевания вегетативных нарушений является обязательным.

Препарат НОТТА является комплексным натуральным препаратом и относится к группе седативных средств. Обеспечивает легкий седативный эффект, уменьшает нервную возбудимость и раздражительность, улучшает умственную деятельность, ликвидирует нарушения сна. Согласно данным проводившихся ранее исследований [4, 5] препарат НОТТА эффективен при лечении широкого спектра расстройств невротического регистра. К числу наиболее выраженных, быстро наступающих и стабильных терапевтических эффектов относится влияние на функциональные расстройства ночного сна. При этом указанный эффект не сопровождается такими нежелательными явлениями, как затруднения при пробуждении, сонливость и вялость в дневное время.

Таким образом, с учетом патогенеза и клинической картины заболевания и фармакологических возможностей препарата НОТТА показано его использование при дисциркуляторной энцефалопатии I стадии.

Целью исследования являлась оценка эффективности применения препарата НОТТА в лечении гипертензивной дисциркуляторной энцефалопатии I стадии.

Задачами исследования являлись: количественная оценка вегетативных нарушений, тревожных и депрессивных проявлений у больных с данной патологией при лечении препаратом НОТТА.

Методы и материалы.

Исследование проведено на клинических базах кафедры нервных болезней и нейрохирургии факультета последипломного образования Днепропетровской государственной медицинской академии. В исследование включены 50 больных, получавших препарат НОТТА в режиме монотерапии – по 10 капель 3 раза в день за 30 минут до еды (группа исследования - I) и 30 пациентов группы контроля, получавших стандартную сосудистую терапию (группа II) .

Наблюдение проводилось на протяжении 45 дней. В исследование включались пациенты в возрасте 18-65 лет находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике. У всех больных диагноз гипертензивной дисциркуляторной энцефалопатии I стадии был верифицирован с использованием клинических и параклинических методик.

Каждому пациенту проводилось тестирование для определения уровня тревоги и депрессии (шкала самооценки тревоги Тейлора (50 вопросов) и шкала для самооценки уровня депрессии Цунга (20 вопросов)), оценка качества сна (*Питтсбургский индекс качества сна* – ПИКС). нейровегетативное тестирование: *оценка вегетативного тонуса, обеспечения и реактивности* (вегетативный показатель ритма (ВПР) по Сидоренко Г.И., 1969 и Новиков Р.А., 1974 (эйтония – $61 \pm 0,3$), вегетативный индекс Кердо (эйтония – 0), ортоклиностагическая проба (избыточное вегетативное обеспечение – повышение ЧСС во время стояния более, чем на 30 - 40 уд в минуту при относительно неизменном АД либо подъем систолического АД при неизменном диастолическом, недостаточное вегетативное обеспечение – падение систолического АД более, чем на 10-15 мм рт.ст. либо одновременное снижение систолического и диастолического АД, глазосердечный рефлекс Даньини – Ашнера (нормальный рефлекс – замедление пульса на 4-10 уд/минуту, ваготонический – более 10 уд/минуту, симпатикотонический – нет урежения пульса либо наблюдается его учащение)),

В исследование были включены лица обоего пола, соответствующие критериям включения - исключения. Возраст пациентов женского пола (20 человек – 40%) варьировал от 34 до 60 лет составил в среднем $47,7 \pm 9,6$, для лиц мужского пола (30 пациентов – 60%) от 40 до 64 лет, в среднем - $48,0 \pm 8,7$. Для группы контроля данные показатели составляли: мужчины (16 больных – 53,3%) в возрасте 39-64 года ($50,6 \pm 10,1$), женщины (14 человек 46,7%) – 40-65 лет ($51,2 \pm 7,9$).

Сопутствующая патология в группах больных была представлена следующими заболеваниями: ишемическая болезнь сердца (соответственно 12% и 6,7% в основной и контрольной группах), хронические гастриты (4,0% и 3,3%), атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей (22,0% и 23,3%). Вся имеющаяся сопутствующая патология во время проведения исследования была в состоянии компенсации.

Результаты

Оценка полученных данных показала, что исследование в запланированном режиме закончили все пациенты. Коэффициент «приверженности лечению» составил 100%.

Анализ основных жалоб, предъявляемых пациентами, показал наличие тревожности у 100% больных в обеих группах, болей в области сердца, не связанных с кардиальной патологией - у 56% (28 человек) и 63,3% (19 больных) соответственно, ощущения «кома в горле» - 42,0% (21) и 43,3% (13), головные боли по клинике квалифицированные, как тензионные – 82,0% (41) и 80,0% (24), раздражительность – 68,0% (34) и 70,0% (21), плаксивость – 46,0% (23) и 50,0% (15), снижение трудоспособности - 74,0% (37) и 76,7% (23). Оценка наличия указанных жалоб после проведенного лечения (количество больных, предъявляющих указанные жалобы) показало, что тревожность регистрировалась у 46,0% (23) и 90,0% (23) в обеих группах, наличие болей в области сердца, не связанных с кардиальной патологией у 42% (21 человек)* и 56,6% (17 больных) соответственно, ощущения «кома в горле» - 28,0% (14) и 36,6% (11), головные боли по клинике квалифицированные, как тензионные – 54,0% (27)* и 70,0% (21), раздражительность – 44,0% (22)* и 60,0% (18), плаксивость – 34,0% (17) и 40,0% (12), снижение трудоспособности 50,0% (25) и 63,3% (19). Таким образом, статистически значимые изменения наблюдались только в группе I по показателям «боли в области сердца» ($p < 0.01$), «головные боли» ($p < 0.05$), «раздражительность» ($p < 0.05$) и «снижение трудоспособности» ($p < 0.01$).

Динамическая оценка выраженности тревоги по шкале Тейлора и депрессии по шкале Цунга показала достоверное улучшение указанных показателей (табл.1).

Таблица 1

Динамика показателей тревоги и депрессии у пациентов в клинических группах ($M \pm m$)

	Группа I		Группа II	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Шкала Тейлора	20,4±9,8	16,5±5,1*	19,5±10,1	18,1±9,7
Шкала Цунга	38,7±8,6	29,4±5,8*	37,9±6,3	34,3±6,4

* $p < 0.01$

Изменения исследуемых показателей в контрольной группе было статистически недостоверным. Сравнительная оценка балльной динамики тревоги и депрессии выявила существенное преобладание эффективности препарата НОТТА.

Динамика нарушений сна по данным опросника ПИКС представлена в таблице 2.

Таблица 2

Результаты ответов на вопросы ПИКС у пациентов в группе I (% опрошенных)

Формулировка	Не наблюда-лось		Менее 1 раза / неделю		1-2 раза/неделю		Три и более раза / неделю	
	До ле-чения	После ле-чения	До ле-чения	После ле-чения	До ле-чения	После ле-чения	До ле-чения	После ле-чения
Невозможность заснуть в течение 30 мин	8	68 *	4	32	22	0	66	0
Пробуждения в середине ночи или рано утром	6	76 *	6	18	20	6 *	68	0
Необходимость пользования туалетом	30	82	24	10	14	6	32	2 *
Невозможность свободно дышать	54	98	18	2	12	0	16	0
Кашель или громкий храп	82	96	8	4	6	0	4	0
Ощущение холода	76	92	10	8	10	0	4	0
Ощущение жара	68	86	8	10	16	4	8	0
Плохие сновидения	26	74 *	14	20	40	6 *	20	0
Боли	66	88	18	10	14	2	2	0
Формулировка	Очень хорошее		Неплохое		Довольно плохое		Очень плохое	
Качество сна за последнюю неделю	6	75 *	10	35	52	0	32	0

$p < 0.01$

Как видно из данных, приведенных в таблице, у большинства пациентов, включенных в исследование, отмечались нарушения сна вследствие невозможности быстрого засыпания, частых пробуждений, необходимости пользования туалетом, плохих сновидений более 1 раза в неделю.

Анализ других причин, нарушавших сон больных в течение последней недели перед началом исследования, продемонстрировал у 12% - отметили наличие «волнения, переживания, страха» (ощущения без детализации), 8% - онемения различной локализации, 1% - боли в пояснице. Указанные причины у 6% они «не наблюдались в последнюю неделю», у 12% - отмечались менее одного раза, 48% - 1-2 раза в неделю, 40% - отмечались 3 и более раза в неделю. У 78% исследуемых дополнительных, кроме указанных в опроснике причин, вызывающих нарушения сна не отмечалось.

Согласно данным опросника ежедневное время отхода ко сну составляло от 22⁰⁰ до 24⁰⁰; пациенты тратили на засыпание от 78,9±35,7 минут (от 15 минут до 4,5 часов); время подъема составляло 5,4±0,8 часов (от 3⁰⁰ до 7⁰⁰ утра); количество реального сна за ночь составляло 4,4±0,2 часа (от 2,4 до 7 часов за ночь).

Как показано в данной таблице, большинство пациентов оценивало качество сна перед исследованием, как довольно плохое и очень плохое.

После использования препарата НОТТА при анализе результатов ответов опросника ПИКС отмечены следующие изменения количественных и качественных характеристик сна.

Ежедневное время отхода ко сну составляло от 22⁰⁰ до 23⁰⁰. После лечения пациенты тратили на засыпание от 22,2±9,8 минут (от 5 до 50 минут) - снижение длительности периода засыпания на 56,7 минут ($p < 0.01$). Время подъема в течение последней недели терапии составляло 6,4±0,6 часов (от 5⁰⁰ до 8⁰⁰ утра) – подъем позже на 1,0 часа. Количество реального сна за ночь составляло 7,8±0,4 часа (от 6 до 9 часов за ночь), что характеризует увеличение его длительности на 3,4 часа.

Динамическая оценка наличия дополнительных причин, нарушавших сон в течение последней недели исследования, при повторном заполнении опросника продемонстрировала их отсутствие у 82,7% опрошенных ($p < 0.01$).

Данные исследования изменений вегетативных показателей представлены в таблице 3.

Таблица 3

Динамика показателей нейровегетологического исследования

	Группа I		Группа II	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ВПР	51,0±0,5	58,7±0,4*	53,8±0,2	54,3±0,6
Индекс Кердо	0,70±0,09	0,19±0,05*	0,67±0,08	0,59±0,04
Глазосердечный рефлекс (изменения ЧСС, уд/мин)	3,6±0,4	0,8±0,3*	3,1±0,5	2,7±0,3

* $p < 0.05$

По данным вегетативного показателя ритма в обеих группах перед началом исследования отмечалось преобладание симпатического вегетативного тонуса (снижение показателя по отношению к нормативному на 16,4% для группы исследования и 11,8% - контрольной). В результате проведенной терапии отмечалась статистически значимая положительная динамика показателя в группе принимавших препарат НОТТА.

Характеристика индекса Кердо выявила следующие особенности: при первичном исследовании показателя в обеих группах наблюдалась значительная симпатикотония (снижение значений на 30,0% и 36,7% в исследуемой и контрольной группах соответственно). По окончании лечения зарегистрирована положительная статистически значимая положительная динамика индекса, что свидетельствует о достоверном симпатолитическом действии исследуемого препарата.

Анализ изменений результатов ортоклиностагической пробы выявил избыточное вегетативное обеспечение различной степени выраженности (показатель преобладания активности симпатического отдела вегетативной нервной системы) у 86% больных группы исследования и 93,3% - контрольной группы. При оценке данного показателя после проведенного лечения избыточное вегетативное обеспечение наблюдалось у 14,0% и 56,7% больных (соответственно исследуемая и контрольная группы).

Оценка вегетативной реактивности (глазосердечный рефлекс Даньини - Ашнера) выявила реактивность по симпатическому типу в обеих группах (ускорение пульса), на фоне проведенного лечения отмечены позитивные изменения (статистически достоверные) исследуемых показателей в обеих группах.

Побочных эффектов, связанных с приемом препарата НОТТА, в настоящем исследовании больными отмечено не было.

Выводы:

1. Препарат НОТТА может быть эффективно использован в лечении дисциркуляторной гипертонической энцефалопатии I стадии.
2. Выявлено его статистически значимое влияние на симптоматику депрессивных, тревожных и инсомнических расстройств.
3. Препарат НОТТА обладает выраженной вегетотропной активностью, способствуя нормализации вегетативного обеспечения и реактивности.
4. В рекомендуемых дозах препарат НОТТА хорошо переносится пациентами и не имеет побочных эффектов.
5. Полученные в ходе исследования данные позволяют рекомендовать препарат НОТТА для эффективного и безопасного лечения пациентов с гипертонзивной дисциркуляторной энцефалопатией I стадии.

Список литературы

1. Бурцев Е.М. Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия // Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова - 1998. - №1 - с.45-48.
2. Иванив А.П. Система диагностики и лечения сосудистых энцефалопатий // Межд. мед. журн. - 2001. - Т.7, №2. - С.87-91.
3. Клініко - патогенетичні особливості хронічних ішемічних порушень мозкового кровообігу і програма реабілітації / Міщенко Т.С., Шестопалова Л.Ф., Криженко Т.В., Лапшина Л.А. // Укр. вісник психоневрол. - 2002. - Т.10, вип. 2(31). - С.63-65.
4. Тихоненко В.А., Елфимов М.А., Бобракова О.Т. Опыт применения препарата НОТТА для лечения больных с пограничными психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. - 2001. - №5. - С.50-54
5. Отчет о пострегистрационном исследовании препарата НОТТА. - М.: ММА им. Сеченова. - 2002. - 8с.

