

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. – М.: Изд-во «Самарский дом печати», 2004. – С. 432.
2. Гончар И.А. // Дальневост. мед. журнал. – 2005. – № 3. – С. 124–126.
3. Сергеевичев Д.С. Морфологический и молекулярный анализ ангиогенеза при моделировании ишемии и ревазуляризации миокарда: автореф. дис. ... канд. биол. наук. – Новосибирск, 2009. – 22 с.
4. Щава С.П. // Дальневост. мед. журнал. – 2007. – № 1. – С. 127–131.
5. Bernaudin M., Nedelec A. – S., Divoux D. et. al. // J. Cereb. Blood. Flow. Metab. – 2002. – Vol. 22, № 4. – P. 393–403.
6. Bogoslovsky T., Spatz M., Chaudhry A. et. al. // Stroke. – 2011. – Vol. 42. – P. 618–625.
7. Choy J.C., Granville D.J., Hunt D.W. et. al. // J. Mol. Cell. Cardiol. – 2001. – Vol. 33. – P. 1673–1690.
8. Hayashi T., Hayashi T., Noshita N. et. al. // J. Cereb. Blood Flow Metab. – 2003. – Vol. 23, № 2. – P. 166–180.
9. Kaya D., Gursay-Ozdemir Y., Yemisci M. et. al. // J. Cereb. Blood. Flow. Metab. – 2005. – Vol. 25, № 9. – P. 1111–1118.
10. Lee S.C., Lee K.Y., Kim Y.J. et al. // Eur. J. Neurol. 2010. – Vol. 17, № 1. – P. 45–51.
11. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) Collaborators. // Stroke. – 1999. – Vol. 30. – P. 1751–1758.
12. Olsson A. – K., Dimberg A., Kreuger A. et. al. // Nature reviews. Molecular cell biology, 2006. – Vol. 7. – P. 359–371.
13. Plate K.H., Beck H., Danner S. et. al. // J. Neuropathol. Exp. Neurol. 1999. – Vol. 58, № 6. – P. 654–666.
14. Slevin M., Krupinski J., Slowik A. et. al. // Stroke. – 2000. – Vol. 31, № 8. – P. 1863–1870.
15. Zhang H., Vutskits L., Pepper M.S. et. al. // J. Cell. Biol. 2003. – Vol. 163, № 6. – P. 1375–1384.

Координаты для связи с авторами: Гончар Ирина Анатольевна – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. Республиканского научно-практического центра неврологии и нейрохирургии, тел.: +375–29–644–86–76, e-mail: goncharirina@gmail.com; Степанова Юлия Игоревна – канд. мед. наук, доцент кафедры клинической лабораторной диагностики Белорусской медицинской академии последипломного образования, тел.: +375–17–265–35–91, +375–29–190–43–95, e-mail: st.juli@tut.by.



УДК 616.89–057: 351.74

В.А. Голоков^{1,2}, Т.Я. Николаева¹, Б.М. Кершенгольц¹

ПРИМЕНЕНИЕ ЭПСОРИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

¹ Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Медицинский институт, 677000, ул. Ойунского, 27, тел.: 8-(4112)-36–30–46, e-mail: tyanic@mail.ru;

² Медико-санитарная часть России по Республике Саха (Якутия), 677005, ул. Свердлова, 1/2, тел.: 8-(4112)-49–05–01, г. Якутск

Резюме

Одной из актуальных задач в практической неврологии является лечение часто встречаемых дезинтеграционных, полисистемных, перманентных и/или пароксизмальных психовегетативных нарушений (ПВН), которое направлено на коррекцию вегетативной и эмоциональной симптоматики. Нами изучена клиническая эффективность биофармпрепарата «Эпсорин» у ветеранов боевых действий с ПВН. Установлена клиническая эффективность эпсорина в комплексе этиотропной терапии в виде достоверного регресса по вопроснику для выявления признаков вегетативных изменений, анкетам выраженности личностных и ситуативных тревожных расстройств по Тейлору и Спилбергеру, электроэнцефалографическому исследованию. Вегетостабилизирующие и анксиолитические свойства эпсорина позволяют рекомендовать его для применения в комплексном лечении ПВН.

Ключевые слова: психовегетативные нарушения, ветераны боевых действий, эпсорин, комплексная терапия, электроэнцефалограмма.

Summary

One of the important problems in the practice of a neurologist is treatment of disintegration, polysystemic, permanent and/or paroxysmal psychovegetative disorders (PVD), aimed at the correction of vegetative and emotional symptoms. We study clinical efficiency of epsorin in war veterans with PVD. Clinical efficiency of epsorin in a complex etiologial therapies manifested by symptoms subsiding confirmed by the questionnaire for revealing the signs of vegetative disorders, expressiveness of personal and situational disturbing disorders according to Taylor and Spilberger, electroencephalography is confirmed. Vegetative stabilization and anxiogenic effects allow recommending epsorin to be included in a complex treatment of PVD.

Key words: psychovegetative disorders, war veterans, epsorin, ethyological and complex therapy, electroencephalography.

Психовегетативный синдром (ПВС) – это комплекс дезинтеграционных, полисистемных, перманентных и/или пароксизмальных расстройств, включающий в себя вегетативные, поведенческие и эмоционально-личностные нарушения [2]. Частота встречаемости психовегетативных расстройств (ПВР) травматической и психогенной природы достигает 55-80% [3, 8]. Для ПВС характерным является клинический полиморфизм, что вызывает множество споров у различных специалистов, как в диагностике, так и в лечении [4]. Изучение возможности применения в лечении ПВР отечественного биофармпрепарата «Эпсорин» – биоактивного вещества из пантов северного оленя, является актуальным. Свойства эпсорина, которые можно использовать в лечение ПВС, заключаются в его адаптогенном, стресс-регулирующем и антиастеническом действиях.

Цель проведенного исследования заключалась в оценке эффективности биофармпрепарата «Эпсорин» у пациентов с психовегетативными расстройствами.

Материалы и методы

Изучена клиническая эффективность биофармпрепарата «Эпсорин» в группе из 50 пациентов в возрасте от 24 до 45 лет (средний возраст – 33,46±4,8 г.) мужского пола с ПВН. Все пациенты принимали участие в боевых действиях на территории Северо-Кавказского региона с 1999 по 2009 г. Для оценки вегетативной дисфункции использован вопросник для выявления признаков вегетативных изменений (ВВПИ), для оценки тревоги – анкета выраженности личностных тревожных расстройств по Д. Тейлору (АВЛТР) и ситуативных по Спилбергеру (АВСТР). Критерии включения: 1) возраст от 20 до 45 лет; 2) наличие данных об участии в боевых действиях; 3) наличие по МКБ-10, согласно классификации, вегетативных нарушений по А.М. Вейну: церебральных, надсегментарных вегетоземotionalных нарушений под рубриками G 90.8, G 90.9. Критерии исключения: 1) возраст до 20 и старше 45 лет; 2) отсутствие данных об участии в боевых действиях; 3) наличие других вегетоземotionalных нарушений под рубрикой F. Для медикаментозной коррекции ПВН использован отечественный биофармпрепарат, разработанный в Институте биологических проблем криолитозоны СО РАН, «Эпсорин», изготов-

ленный из пантов северного оленя с адаптогенным, стресс-регулирующим и антиастеническим действием [5, 11].

Для оценки состояния пациентов проводился клинико-неврологический осмотр, электроэнцефалография (ЭЭГ), ВВПИ, АВЛТР по Д. Тейлору, АВСТР по Спилбергеру до и после лечения.

Все пациенты подписали информированное согласие и были разделены на две группы. Больные основной группы (ОГ, n=25) получали эпсорин в суточной дозе 40 кап. вместе со стандартной нейропротективной терапией (кавинтон 10 мг три раза в день и глицин 100 мг три раза в день). Пациенты контрольной группы (КГ, n=25) получали стандартную нейропротективную терапию. Длительность наблюдения составила 30 дней с тремя визитами.

Полученные в процессе исследования медико-биологические данные были обработаны с использованием пакета статистических программ SPSS 13RU. Для оценки уровня значимости *p* средних значений использовались три варианта *t*-критерия: для одной, зависимых и независимых выборок.

Результаты и обсуждение

При сравнении субъективной оценки до и после лечения отмечено статистически достоверное различие в ОГ и КГ: по отсутствию жалоб – на 48%, по незначительным нарушениям – на 44% (*p*<0,05), что указывает на клиническую эффективность биофармпрепарата по субъективному мнению ветеранов боевых действий (табл. 1).

Таблица 1

Субъективная оценка состояния до и после лечения

Субъективная оценка	ОГ, n=25, % до лечения	ОГ, n=25, % после лечения	КГ, n=25, % до лечения	КГ, n=25, % после лечения
Нет жалоб	0	48*	0	0
Незначительные нарушения	40	52*	48	96
Средние нарушения	48	0	44	4
Сильные нарушения	12	0	8	0

Примечание. * – статистически достоверные отличия после лечения, визит-3 между группами ОГ и КГ по *t*-критерию для независимых выборок, непараметрическим критериям Манна-Уитни и Краскала-Уоллеса, *p* < 0,05.

Исходя из оценки жалоб пациентов до и после лечения, эффект от лечения эпсорином в сочетании с нейропротективной терапией в ОГ более выражен по регрессу таких симптомов, как головная боль, головокружение, повышенная утомляемость, общая слабость, нарушение сна, боль в области сердца, снижение памяти и тревожность, что может быть обусловлено противоастеническим, антиоксидантным и тонизирующим механизмом действия биофармпрепарата. Кроме того, эпсорин способен усиливать нейропротективное, антиоксидантное и вазоактивное действие кавинтона и глицина, используемых в стандартной терапии при лечении ПВН.

При сравнении основных неврологических симптомов в ОГ и КГ после лечения (табл. 2) отмечалось статистически достоверное различие по 3 пунктам (субкортикальные рефлексy, дистальный гипергидроз и неустойчивость в позе Ромберга) из 9 ($p<0,05$).

Таблица 2

Динамика неврологических симптомов до и после лечения

Неврологический статус	ОГ, n=25, % до лечения	ОГ, n=25, % после лечения	КГ, n=25, % до лечения	КГ, n=25, % после лечения
Нистагм при крайних отведениях	8	0	8	0
Повышение сухожильных рефлексов	20	0	28	8
Субкортикальные рефлексy	32	4*	20	16
Общий гипергидроз	16	0	4	0
Дистальный гипергидроз	68	40*	88	88
Красный дермографизм	48	36	36	36
Неустойчивость в позе Ромберга	16	0*	20	4
Анизорефлексия	16	0	4	0

Примечание. * – статистически достоверные отличия после лечения, визит-3 между группами ОГ и КГ по t-критерию для независимых выборок, непараметрическим критериям Манна-Уитни и Краскала-Уоллеса, $p<0,05$.

При сравнении средних баллов вегетативных расстройств после лечения в ОГ и КГ отмечалось статистически значимое различие ($ОГ=8,96\pm3,8$ и $КГ=18,72\pm3,8$; $p<0,05$), что говорит о достоверной клинической эффективности сочетания эпсорина с глицином и кавинтоном при регрессе вегетативных нарушений. Это может быть связано с адаптогенным действием эпсорина, который повышает неспецифическую сопротивляемость организма к патогенетическим травматическим и стрессогенным факторам через воздействие на нейроэндокринную и сердечно-сосудистую систему [1]. Кроме того эпсорин повышает чувствительность нейронов к не- и гормональным соединениям, активизирует бескислородное окисление углеводов и жиров, фосфорилирование глюкозы и улучшает биоэнергетические процессы головного мозга [10].

При сравнении средних баллов личностных тревожных расстройств после лечения в ОГ и КГ отмечалось статистически значимое различие ($ОГ=5,12\pm1,23$ и $КГ=10,16\pm2,8$; $p<0,05$), что подтверждает также клиническую эффективность эпсорина.

При сравнении средних баллов ситуативных тревожных расстройств после лечения в ОГ и КГ отмечалось статистически значимое различие ($ОГ=19,9\pm2,74$ и $КГ=33,56\pm3,7$; $p<0,05$), что говорит о достоверной клинической эффективности сочетания эпсорина. Возможно, это связано с действием эпсорина как стимулятора ЦНС, который содержит в своем составе простагландины, нормализующие обмен нейромедиаторов или нейротрансмиттеров – катехоламинов (адреналина, норадреналина, дофамина), моноаминов (серотонина) и ацетилхолина, играющих биохимическую патогенетическую роль в развитии тревожных нарушений [3, 6, 9, 12].

Оценка распространенности основных типов ЭЭГ после лечения (табл. 3) показала в ОГ статистически значимое улучшение ($p<0,05$) по появлению I типа (организованной ЭЭГ) с 0 до 32% в виде улучшения регулярности альфа-ритма по частоте, появления зональных различий, уменьшения представленности медленной активности.

Таблица 3

Частота типов ЭЭГ до и после лечения

Тип ЭЭГ		ОГ, n=25, % до лечения		ОГ, n=25, % после лечения		КГ, n=25, % до лечения		КГ, n=25, % после лечения	
		По группам	Общая	По группам	Общая	По группам	Общая	По группам	Общая
I	Группа 1	0	0	0	32*	0	0	0	4
	Группа 2	0		32		0		4	
II	Группа 3	72	80	60	64	64	76	72	84
	Группа 4	0		4		8		8	
	Группа 5	0		0		0		0	
	Группа 6	8		0		4		4	
III	Группа 7	0	4	4	4	4	4	4	4
	Группа 8	4		0		0		0	
IV	Группа 9	12	16	0	0	16	20	8	8
	Группа 10	4		0		4		0	
	Группа 11	0		0		0		0	
	Группа 12	0		0		0		0	
	Группа 13	0		0		0		0	

Примечание. * – статистически достоверные отличия после лечения, визит-3 между группами ОГ и КГ по t-критерию для независимых выборок, непараметрическим критериям Манна-Уитни и Краскала-Уоллеса, $p<0,05$.

Статистически достоверная эффективность схемы лечения «эпсорин + кавинтон и глицин» в ОГ, чем «кавинтон и глицин» в КГ, выявленная по ЭЭГ во время визита – 3 в виде появления организованного типа от 0 до 32%, дополняет данные о статистически значимой клинической эффективности, выявленной при оценке субъективного состояния, жалоб, неврологического статуса по анкетам вегетативных и тревожных расстройств у ветеранов боевых действий.

Выводы

Установлена клиническая эффективность применения биофармпрепарата «Эпсорин» в стандартной схеме терапии психовегетативных нарушений у участников боевых действий. Вегетостабилизирующие и анксиолитические свойства позволяют рекомендовать его для применения в комплексном лечении психовегетативных нарушений.

Литература

1. Алексеева М.Н., Кершенгольц Б.М. Применение экстракта пантов северного оленя при лечении больных вирусными гепатитами Д и С // Синтез медицины Восток-Запад и современных технологий – путь в XXI век : I Междунар. конгр. по интегративной медицине. – Кипр, 1997. – 289 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 752 с.
3. Воробьева О.В. Психовегетативный синдром // Лечение нервных болезней. – 2004. – № 1. – С. 7–11.
4. Ельчиных Н.В. Способ немедикаментозного воздействия на адаптационные механизмы сердечно-сосудистого гомеостаза при психовегетативном синдроме // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2009. – № 3. – С. 8–11.
5. Кершенгольц Б.М., Сорова О.Н., Петрова П.Г. и др. Применение эпсорина в лечении больных хроническими обструктивными бронхитами (ХОБ) // Intern. J. on Immunorehabilitation. – 1997. – № 4. – С. 9.
6. Мельцер И.М., Алексеева М.Н., Кершенгольц Б.М. Способ лечения вирусных гепатитов с помощью индивидуализируемых доз эпсорина: метод. рек. – Якутск: Изд-во ЯГУ, 1997. – 16 с.
7. Преображенская И.С., Москвин А.В. Лечение психовегетативных расстройств // Рус. мед. журн. – 2002. – Т. 10, № 25. – С. 1175–1179.
8. Шевцов А.М. Диагностика и коррекция последствий пребывания в горячих точках // Ежегодник Российского психологического общества: мат-лы 3-го Всерос. съезда психологов. – СПб., 2003. – С. 400–403.
9. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 475 с.
10. Шутов А.А., Быстрова О.В. Содержание серотонина в сыворотке крови как маркер тяжести панических атак и эффективности их лечения // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 10. – С. 49–54.
11. Pinelis I.S., Vexler N.D., Kershengoltz B.M. Epsorin Application in a Complex of Treatment of Maxillo-facial Area with Purulent Inflammatory Processes // Abstract of the 9-th International Symposium of the Japan-Russia Medical Exchange, Japan, Kanazava, 4–5.09.2001. – Vol. 1. – P. 60.
12. Wittchen H.U., Essau C.A., Krieg J.C. Anxiety disorders: similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups // Br J Psychiatry. – 1991. – Vol. 12. – P. 23–33.

Координаты для связи с авторами: Голоков Владислав Алексеевич – аспирант заоч. обучения кафедры неврологии Северо-Восточного фед. ун-та им. М.К. Аммосова, начальник неврологического отделения госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть России по Республике Саха (Якутия)», тел.: 8-(4112)-49-05-01, e-mail: yamchic@inbox.ru; Николаева Татьяна Яковлевна – доктор мед. наук, профессор кафедры неврологии Медицинского института Северо-Восточного фед. ун-та им. М.К. Аммосова, тел.: 8-(4112)-36-30-46, e-mail: tyanic@mail.ru; Кершенгольц Борис Моисеевич – доктор биол. наук, профессор, научный консультант учебно-научно-технологической лаборатории «Механохимические биотехнологии» Северо-Восточного фед. ун-та им. М.К. Аммосова, тел.: 8-(4112)-33-56-94, e-mail: kerschen@mail.ru.

