

# Опыт применения фенотропила при лечении астенического синдрома и вегетативных нарушений в остром периоде легкой закрытой черепно-мозговой травмы

П.П. КАЛИНСКИЙ, В.В. НАЗАРОВ

## Use of phenotropil in the treatment of asthenic syndrome and autonomic disturbances in the acute period of mild cranial brain trauma

P.P. KALINSKY, V.V. NAZAROV

Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота, Владивосток

С каждым годом возрастает напряженность деятельности военных специалистов Вооруженных Сил. При сокращении армии и переходе ее на профессиональную основу, военнотрудовым приходится решать все более сложные задачи [1, 3, 8], особенно с учетом внедрения в повседневную практику достижений научно-технического прогресса, что чревато увеличением травматических повреждений и в вооруженных силах [9].

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к числу наиболее распространенных повреждений [2, 11, 16], она составляет около 40% от всех видов травм.

Распространенность ЧМТ — более 200 случаев на 100 000 населения в год; число пострадавших с сотрясением головного мозга ежегодно достигает 350—400 тыс. Пострадавшие в основном люди в возрасте от 20 до 50 лет, т.е. в период наибольшей социальной активности. У подавляющего большинства пострадавших (до 60%) в результате травмы наблюдается стойкое снижение работоспособности вплоть до наступления инвалидизации. Уровень нейротравматизма в армии возрастает не только при боевых действиях, но и вне таковых, достигая 24,3% от всех видов травм [2]. Увольняемость по причине травм составляет 14,5% и имеет устойчивую тенденцию к росту.

После перенесенной травмы мозга в связи с поражением центральных вегетативных структур [13], наиболее часто развиваются астенический синдром и синдром вегетодистонии. У военнослужащих в этих случаях отмечаются астенические состояния с такими типичными проявлениями, как общая слабость, раздражительность, вегетативные нарушения и расстройства сна. Г.А. Герасименко [3], изучая цереброгенные астенические расстройства, выявил раздражительность и головные боли у 80%, нарушения сна у 57,1%, головокружение у 45,7%, повышенную утомляемость у 20% лиц молодого возраста (18—21 год).

Сказанное дает основание считать проблему астении одной из ведущих в военной неврологии и психиатрии. Однако до настоящего времени особенности астенических расстройств у военнослужащих остаются недостаточно изученными, ибо публикации об особенностях течения астенического синдрома при ЧМТ у военнослужащих единичны [2, 7, 10, 13]. Исследовавшие эту проблему авторы подчеркивают, что астения является наименее специфичной формой реагирования организма на различного рода патогенные факторы, в том числе и закрытую ЧМТ. Все эти обстоятельства определяют рассматриваемую проблему не только как медицинскую, но и как социально-экономическую [4].

В терапии астенических расстройств основное место занимает использование психофармакологических препаратов [15], в частности транквилизаторов. Многие транквилизаторы с успехом используются в лечении астенических расстройств не только в стационарах, но и во внебольничных условиях, включая очаги стихийных бедствий и катастроф [6]. В литературе есть сведения [7] о том, что при астенических состояниях целесообразно применение транквилизаторов с ноотропной, вегетотропной и анксиолитической активностью, но соответствующих работ, отражающих опыт применения таких средств, пока мало. Недостаточно изученной остается и динамика астенических расстройств в процессе лечения [7, 14].

В аспекте приведенных выше данных привлекает к себе внимание отечественный ноотропный препарат — фенотропил, отличающийся широким спектром действия.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности фенотропила при лечении астенического синдрома у больных в остром периоде легкой закрытой ЧМТ.

## Материал и методы

Обследовали больных с астеническими состояниями, обусловленными легкой ЧМТ. Критериями включения больных в исследование были следующие: наличие перенесенной травмы; возраст от 20 до 30 лет; отсутствие у пациентов текущих острых соматических заболеваний; наличие астенического синдрома.

Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю группу вошли 32 больных, которым в качестве ноотропного препарата назначался фенотропил внутрь в дозе 100 мг 1 раз в день утром; во 2-ю группу были включены 24 пациента, которые в качестве ноотропной терапии получали пирacetам по 0,2 г (2 таблетки) 2 раза в день. Лечение указанными препаратами проводили в течение одного месяца.

Больные обеих групп в качестве сосудистой терапии получали кавинтон 5 лет 3 раза в день.

Обследование больных проводилось на 1, 7, 14-е и 30-е сутки от момента травмы. На 14-е сутки обследуемые выписывались из отделения в связи с окончанием стационарного курса лечения и продолжали амбулаторное лечение в поликлиническом звене до 30-х суток с момента травмы.

Неврологическое обследование осуществляли по общепринятой методике [5, 12] с оценкой состояния сознания, черепно-мозговой иннервации, двигательной, рефлекторной и координаторной сфер, чувствительности, вегетативной нервной системы, высших корковых функций. Наличие и частота выявленных расстройств приведены в таблице. Общесоматическое обследование включало рентгенографию костей черепа, исследование спинномозговой жидкости, эхоэнцефалоскопию, компьютерную томографию

Таблица. Распределение больных с различными неврологическими расстройствами в разные периоды (сутки) наблюдения

Неврологические симптомы	1-я группа (n=32)				2-я группа (n=24)			
	1-е	7-е	14-е	30-е	1-е	7-е	14-е	30-е
Сознание:								
ясное	29	32	32	32	22	24	24	24
оглушение	3	0	0	0	2	0	0	0
Речевой контакт:								
нормальный	29	32	32	32	22	24	24	24
нарушенный	3	0	0	0	2	0	0	0
Потеря сознания в момент травмы	32	0	0	0	24	0	0	0
Амнезия:								
ретроградный	8	0	0	0	7	0	0	0
антероградный	3	0	0	0	7	0	0	0
нет	21	32	32	32	15	24	24	24
Головная боль	29	14	7	3	21	14	8	4
Тошнота	16	2	0	0	15	4	0	0
Рвота после травмы	15	0	0	0	14	0	0	0
Снижение брюшных рефлексов	30	7	2	1	20	5	4	0
Координаторные нарушения	23	8	1	0	18	11	4	0
Головокружение	24	8	0	0	15	7	1	0
Общая слабость	30	12	3	1	23	14	6	4
Дистальный гипергидроз	3	9	6	2	2	7	5	4

(по показаниям); все пострадавшие осматривались также окулистом для оценки состояния глазного дна.

Кроме того, при обследовании пациентов применялся комплекс психологических методик, направленных на оценку состояния внимания, памяти и сенсомоторных реакций.

При изучении внимания определяли способность к его концентрации, устойчивость, объем, распределение и переключаемость. Использовались корректурная проба с использованием таблиц с кольцами Ландольта, учитывающая скорость и точность работы, позволяющая косвенно судить о функциональном состоянии ЦНС (считаем, что скорость выполнения задания в некоторой степени отражает процесс возбуждения, а точность — дифференцировочное торможение).

## Результаты и обсуждение

Основными жалобами пациентов были головная боль, головокружение и общая слабость. Рассмотрим динамику этих симптомов в процессе лечения в каждой группе и прежде всего на основной жалобе — головной боли.

В 1-й группе при поступлении жалобы на головную боль предъявляли 29 (90,6%) пострадавших, на 7-е сутки на фоне лечения фенотропилом эти жалобы сохранялись у 14 (43,8%), к 14-м суткам — у 7 (21,9%), на 30-е сутки — у 3 (9,4%) пострадавших. Во 2-й группе (лечившиеся пираретамом) жалобы на головную боль при поступлении были у 21 (87,5%) пострадавшего, на 7-е сутки боль сохранялась у 14 (58,3%), на 14-е сутки — у 8 (33,3%), на 30-е сутки незначительную головную боль отмечали 4 (16,7%) обследуемых.

Частота проявлений головной боли во 2-й группе, по сравнению с 1-й, была достоверно выше ( $p < 0,01$ ) на 7-е и 14-е сутки (43,8 и 21,9% против 58,3 и 33,3% соответственно).

Что касается головокружения, то при поступлении жалобы на несистемное головокружение в 1-й группе обследуемых с сотрясением головного мозга предъявляли 24 (75%) пострадавших, на 7-е сутки такие жалобы имелись у 8 (25%) больных, на 14-е и 30-е сутки жалоб на головокружение не было. Во 2-й группе в 1-е сутки жалобы на головокружение предъявляли 15 (62,5%) пострадавших, на 7-е сутки они сохранялись у 7 (29,2%) больных, на 14-е сутки у 1 (4,2%) и на 30-е сутки такие жалобы исчезли.

Таким образом, при изначально более высокой частоте жалоб на головокружение в 1-й группе, т.е. у больных, которым назначался фенотропил, отмечался более быстрый регресс, как во временном, так и в процентном выражении, по сравнению со 2-й группой.

Определенная динамика отмечалась и со стороны симптома общей слабости. В 1-е сутки с момента травмы в обеих группах больных жалобы на слабость предъявляло примерно одинаковое число пострадавших: 30 (93,8%) в 1-й и 23 (95,8%) во 2-й. К 7-му дню терапии фенотропилом большинство пациентов 1-й группы отметили уменьшение общей слабости, одновременно появилось чувство бодрости, активности, исчезновение дневной сонливости и улучшение фона настроения; только у 12 (37,5%) пострадавших отмечали упадок сил, общую слабость. К этому же отрезку времени жалобы на общую слабость сохранялись у 14 (58,3%) человек 2-й группы. К 14-му дню субъективно сохранялись жалобы на общую слабость только у 3 (9,4%)

человек 1-й группы и у 6 (25%) — 2-й. На 30-е сутки в 1-й и 2-й группах жалобы предъявляли соответственно 1 (3,1%) и 4 (16,7%) обследуемых.

И, наконец, остановимся на таком симптоме, как дистальный гипергидроз, который выявлялся при первичном обследовании у части пациентов 1-й и 2-й групп.

В 1-й группе гипергидроз ладоней и стоп выявлялась в 1-е сутки у 3 (9,4%) пострадавших, на 7-е сутки у 9 (28,1%), на 14-е сутки у 6 (18,8%), на 30-е сутки у 2 (6,3%). Во 2-й группе он выявлялся соответственно в 1-е сутки у 2 (8,3%) пострадавших, на 7-е сутки у 7 (29,2%), на 14-е сутки сохранялся у 5 (21%), на 30-е сутки у 4 (16,7%) обследуемых. Обращает на себя внимание, что если в начале обследования гипергидроз отмечался у незначительного числа пациентов (3 и 2 человека соответственно), то к 7-му дню лечения он значительно усилился в обеих группах пациентов (9 и 7 человек соответственно), но к 14-му и 30-му дню терапии число больных с гипергидрозом снова снизилось, причем более быстрое исчезновение данного симптома отмечалось в 1-й группе больных.

Приведенное исследование показало, что более быстрое наступление терапевтического эффекта отмечалось при применении фенотропила. Начиная с 7-х суток лечения этим препаратом в дозе 100 мг большинство пострадавших отмечали улучшение состояния, указывая на

уменьшение головной боли, головокружения, улучшение аппетита, ощущение прилива сил, уменьшение дневной сонливости, утомляемости и общей слабости. Этот эффект нарастал в процессе дальнейшего лечения и к моменту выписки из стационара все пациенты 1-й группы, принимавшие фенотропил, были готовы к выполнению служебных обязанностей. Отметим, что это особенно важно для военнослужащих, так как в большинстве случаев имеются трудности обеспечения более продолжительного периода охранительного режима после перенесенной легкой ЧМТ.

Важно подчеркнуть, что клинический эффект при лечении фенотропилом наступает с первых дней лечения и к 14-м суткам астенические явления практически полностью исчезают и стойкий клинический эффект сохраняется к 30-му дню. В нашей клинической выборке были только 3 пациента 1-й группы из 32, у которых в первые 3 дня приема препарата усилились жалобы астенического характера, но к 4—5-му дню они полностью регрессировали (есть основания предполагать, что в этих случаях элементы астений имелись и до получения ЧМТ).

Полученные результаты в целом свидетельствуют о том, что фенотропил заслуживает дальнейшего целенаправленного изучения при астенических состояниях как при ЧМТ, так и при других заболеваниях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Шукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М: Медицина 1991; 96.
2. Боченков А.А., Маклаков А.Г., Мухин А.П. Особенности психофизиологического состояния и поведенческих реакций военнослужащих, находящихся на стационарном лечении по поводу боевых ранений. Медицинская реабилитация раненых и больных. Под ред. Ю.Н. Шанина. Ст-Петербург 1997; 143—156.
3. Герасименко Г.А. Ранняя диагностика, дифференциация и военноврачебная экспертиза атеросклеротической церебробенной астении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л 1974; 23.
4. Емельянов А.Ю. Травматическая энцефалопатия: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ст-Петербург 1999; 24.
5. Канарейкин К.Ф. Неврастения. Клиническая медицина 1993; 71: 1: 11—15.
6. Нечипоренко В.В., Рустанович А.В., Чудиновский А.Г. О расстройствах астенического круга у пострадавших при аварии на Чернобыльской АЭС. Обзорные психиатр и мед психол 1994; 3: 17—21.
7. Нечипоренко В.В., Рустанович А.В., Шамрей В.К. и др. Использование ксанакса в коррекции тревожных расстройств. Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. Ст-Петербург 1995; 20—23.
8. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Снедков Е.В. Особенности организации психиатрической помощи в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах. Воен-мед журн 1995; 6: 18—23.
9. Одинак М.М. Невропатология сочетанной черепно-мозговой травмы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ст-Петербург 1995; 44.
10. Одинак М.М., Емельянов А.Ю., Коваленко А.П., Панюшин К.А. Место и роль психотерапии в лечении астенического синдрома периода последствий ЧМТ: Труды. Ст-Петербург 1997; 197.
11. Помников В.Г., Сафрай Е.С. Клинико-экспертные аспекты сотрясения головного мозга в современных условиях. Материалы конференции «Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии». М 2003; 273.
12. Триумфов А.Р. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. 7-е изд. Л: Медицина 1974; 247.
13. Хилько В.А., Хуновский А.Н., Усанов Е.И. Некоторые аспекты общей резистентности организма при закрытых травмах головного мозга. Л: ВМА 1985; 22.
14. Шпилень Л.С., Рустанович А.В. Фармакорреабилитация, психогигиена и психопрофилактика. Л 1988; 22.
15. Шпилень Л.С. Средства оптимизации психического состояния у соматически больных. Ст-Петербург 1992; 44.
16. Ярцев В.В., Непомнящий В.В., Акшулаков С.К. Основные эпидемиологические показатели острой черепно-мозговой травмы среди городских жителей. Вopr нейрохир 1995; 1: 37—40.