

Фенотропил в лечении астенодепрессивных синдромов при отдаленных последствиях черепно-мозговых травм

С.Ю. Филиппова, Н.В. Алешина, В.П. Степанов

Городской психоневрологический диспансер, отделение кризисных состояний, г.Саратов

Астеноневротический и астенодепрессивный синдром часто является следствием перенесенных повреждений головного мозга, таких как черепно-мозговая травма (ЧМТ). При этом данные синдромы сами по себе могут стать причиной снижения работоспособности и социальной активности пациента.

Если не предпринять адекватные меры, у больных возможно появление затяжных депрессивных состояний. На фоне имеющегося астеноневротического синдрома легко развивается алкогольная и наркотическая зависимость, при нарастании выраженности депрессии на фоне постоянной тревоги нередко возникают суицидальные мысли. Лечение таких пациентов – задача довольно сложная, так как в основе астеноневротического синдрома лежит повышенная истощаемость головного мозга на биохимическом уровне, и неграмотная или излишняя стимуляция высших психических функций может дать обратный эффект и усугубить астенизацию (своеобразный «замкнутый круг»).

Препарат фенотропил, разработанный российскими учеными в Институте медико-биологических проблем как средство, повышающее физическую и психическую работоспособность космонавтов на различных этапах полета, относится к фармакотерапевтической группе ноотропов. Фармакологический спектр фенотропила представлен ноотропным, анксиолитическим, антиоксидантным, антигипоксическим действием без последующей истощаемости когнитивных функций, без астенизации, а также без синдрома отмены.

Нами обследовано 26 пациентов, страдающих отдаленными последствиями ЧМТ с астенодепрессивными, невротическими, ипохондрическими, поведенческими расстройствами, имеющими снижение адаптации, которые поступили в отделение кризисных состояний городского психоневрологического диспансера (ПНД) для стационарного лечения. Возраст больных составил от 37 до 43 лет, преобладали лица мужского пола. Длительность заболевания – от 7 до 10 лет.

Все пациенты методом рандомизации были поделены на две группы – основную и контрольную, не отличающиеся по возрасту и длительности заболевания. Пациентам основной группы (16 человек) фенотропил назначали внутрь в дозе 100 мг в один прием в первой половине дня. Препарат использовался в качестве лекарственной монотерапии в сочетании с комплексной стандартной немедикаментозной терапией: психотерапия (рациональная и гипносуггестивная, индивидуальная и групповая), лечебная физкультура (комплекс общеоздоровительных упражнений, массаж), физиотерапевтические процедуры (электросон), консультация у психолога.

В контрольную группу вошли 10 человек, которые помимо стандартной немедикаментозной терапии получали следующее медикаментозное

лечение: пирacetам в суточной дозе 0,8 г внутрь, общеукрепляющие средства (витамины группы В, никотиновая кислота внутримышечно курсами № 10), транквилизаторы с седативным и миорелаксирующим действием.

В ходе исследования оценивались уровень интеллекта и память. Кроме того, в ходе работы учитывались функция механического запоминания, утомляемость, активность внимания, зрительная память.

Проводилась оценка уровня депрессии и тревоги по ряду специализированных шкал (Гамильтона, Бека, Монтгомери – Айсберг, Цунга). При анализе динамики выраженности тревожного компонента в структуре астено-невротического и астенодепрессивного синдрома оценивались следующие симптомы: тревожные переживания, астенизация, вегетососудистые проявления, фобические расстройства, неуверенность в себе, панические атаки, эмоциональная неустойчивость, психологическая зависимость от других, компульсивные проявления, навязчивые мысли, приступы тревожного ожидания, раздражительность, соматические проявления тревоги.

Сенестопатические компоненты в структуре ипохондрического синдрома оценивали по субъективным ощущениям, психопатоподобные проявления и эмоционально-волевые нарушения – по объективным 5-балльным шкалам.

Комплексное обследование пациентов проводилось дважды: перед началом лечения и после 30-дневного курса терапии.

На фоне проведенного лечения пациенты обеих групп отметили улучшение памяти, внимания и интеллектуальных возможностей. Вместе с тем динамика улучшения способности к запоминанию была более выражена у пациентов основной группы. Так, если до начала курса лечения больные запоминали от 2 до 4 слов, произнесенных вслух, и от 2 до 4 геометрических фигур, нарисованных на бумаге, то по окончании терапии число запоминаемых слов в группе фенотропила увеличилось до 7-8 (в контрольной группе – до 5-7 слов). Число запоминаемых нарисованных геометрических фигур в группе фенотропила увеличилось до 6-9 (в контрольной группе – до 5-7 фигур).

Кроме того, при тестировании пациенты основной группы в среднем затрачивали меньше времени на выбор правильного ответа, что также нашло отражение в оценке изменений зрительной и механической памяти.

У пациентов обеих групп отмечались нормализация цикла сон – бодрствование с повышением двигательной активности, усиление волевых функций, уменьшение метеолабильных проявлений.

При оценке выраженности сенестопатических, психопатоподобных и эмоционально-волевых нарушений по 5-балльной шкале, в которой минимальному баллу соответствует максимальная выраженность нарушений, большая положительная динамика была получена у пациентов основной группы (см. рис. 1), чем у больных контрольной группы (см. рис. 2). На фоне применения фенотропила выявлено значительное снижение аффективных расстройств, также зафиксировано уменьшение выраженности патологических соматовегетативных проявлений в виде головных болей, головокружения, потливости.

Пациенты основной группы на фоне курса лечения имели более выраженный положительный эффект в виде полной регрессии тревожного компонента.

При оценке динамики депрессивных проявлений при лечении фенотропилом отмечены значительное повышение фона настроения с приближением его к ровному, без проявления эйфоризации, сокращение потребности во сне без уменьшения его общего времени, стабилизация веса, нормализация аппетита. После курса приема фенотропила у больных появлялась критичность к своему состоянию, исчезали суточные колебания настроения и суицидальные тенденции, регрессировали идеи самообвинения, восстанавливались утраченные социальные связи.

Таким образом, анализ терапевтической активности фенотропила в суточной дозе 100 мг в виде 30-дневного курса лекарственной монотерапии у пациентов с отдаленными последствиями ЧМТ с астенодепрессивным и астено-невротическим синдромом показал, что применение этого препарата в условиях стационара по сравнению со стандартной лекарственной тера-

РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ / КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Рис. 1. Динамика выраженности сенестопатических, психопатоподобных и эмоционально-волевых нарушений на фоне лечения фенотропилом (основная группа)

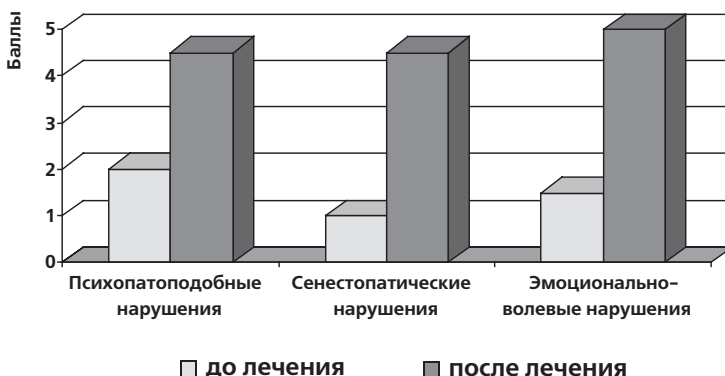
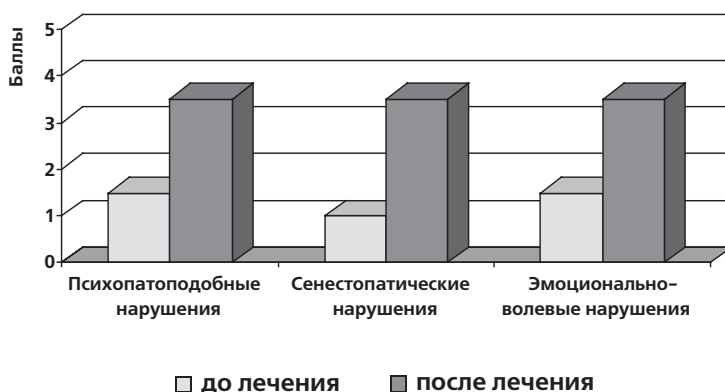


Рис. 2. Динамика выраженности сенестопатических, психопатоподобных и эмоционально-волевых нарушений на фоне получения стандартной терапии (контрольная группа)



пией, включающей прием пирарцетама в суточной дозе 0,8 г, общеукрепляющие средства и транквилизаторы с седативным и миорелаксирующим действием, помогает добиться улучшения нарушенных высших психических функций за сравнительно короткий промежуток времени.

На фоне позитивных изменений в интеллектуально-мнестической, эмоционально-волевой сферах, улучшения ассоциативных процессов мышления наблюдалась редукция астенодепрессивных состояний с улучшением фона настроения без усиления тревоги и ажитации, но и без

эйфоризации. Уменьшение утомляемости, адинамии сопровождалось появлением активной жизненной позиции, планов на будущее, стабилизацией межличностных, внутрисемейных отношений, улучшением социальной адаптации и качества жизни пациентов.

Все это дает основания рекомендовать применение фенотропила в виде лекарственной монотерапии для лечения больных с отдаленными последствиями ЧМТ. Хорошая переносимость препарата позволяет применять его как в условиях стационара, так и в амбулаторной практике. **МК**