НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

О.С.Зайцев

группа психиатрических исследований НИИ нейрохирургии имени Н.Н.Бурденко РАМН (Москва)

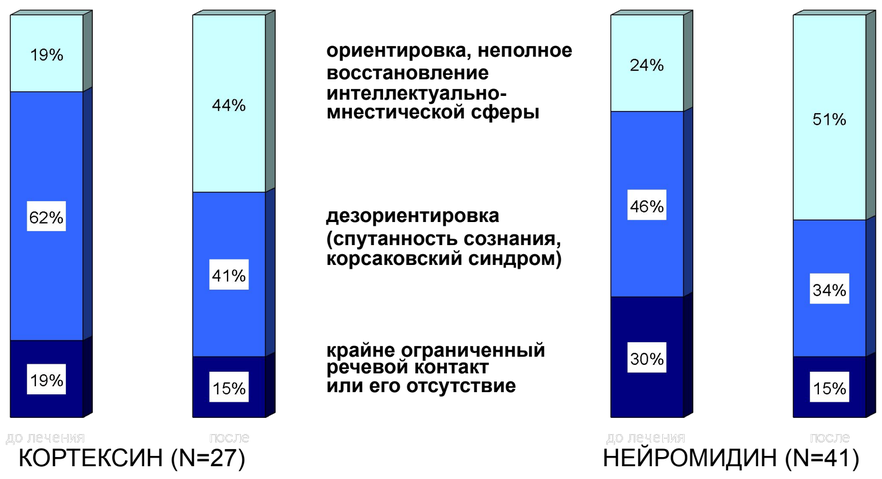
СЛОЖНОСТИ ИСПЫТАНИЙ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ СРЕДСТВ (НМС) В НЕЙРОТРАВМАТОЛОГИИ

проблемы	причины
разграничение эффекта НМС от спонтанного восстановления психической деятельности	регредиентный (в большинстве наблюдений) характер процесса; «отставленный» ноотропный эффект
вычленение действия НМС от общего эффекта нейрореанимации, нейрохирургии и нейрореабилитации	невозможность назначения НМС в виде монотерапии
составление рандомизированных групп	недостаточная изученность процесса восстановления после тяжелых ЧМТ, полифакторность прогноза
проведение плацебо-контролируемых испытаний	устоявшиеся представления о необходимости НМС для улучшения прогноза ЧМТ

ПУТИ РЕШЕНИЯ

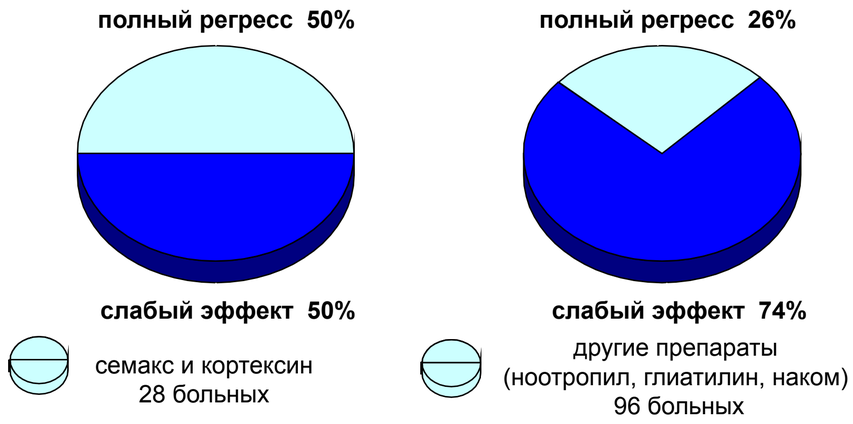
1. СРАВНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ МЕЖДУ СОБОЙ В ГРУППАХ С РАЗЛИЧНЫМИ СИНДРОМАМИ:

Уменьшение доли пострадавших с нарушенным сознанием на фоне лечения кортексином и нейромидином



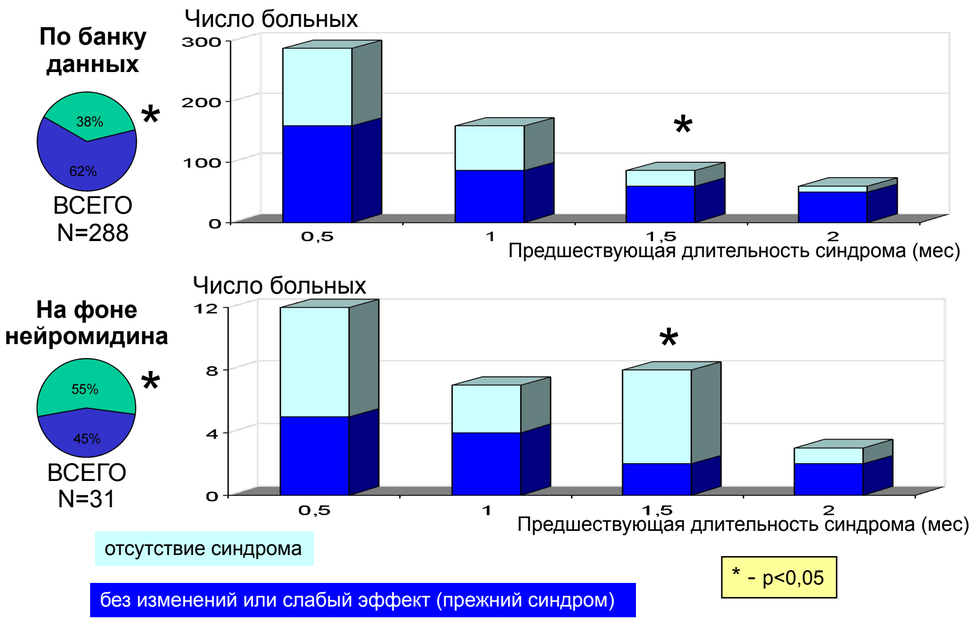
2. СРАВНЕНИЕ ГРУПП ПРЕПАРАТОВ У ПОСТРАДАВШИХ С ОДНИМ И ТЕМ ЖЕ СИНДРОМОМ:

Влияние нейропептидных и других НМС на регресс корсаковского синдрома (совместно с С.В.Ураковым, 1999)



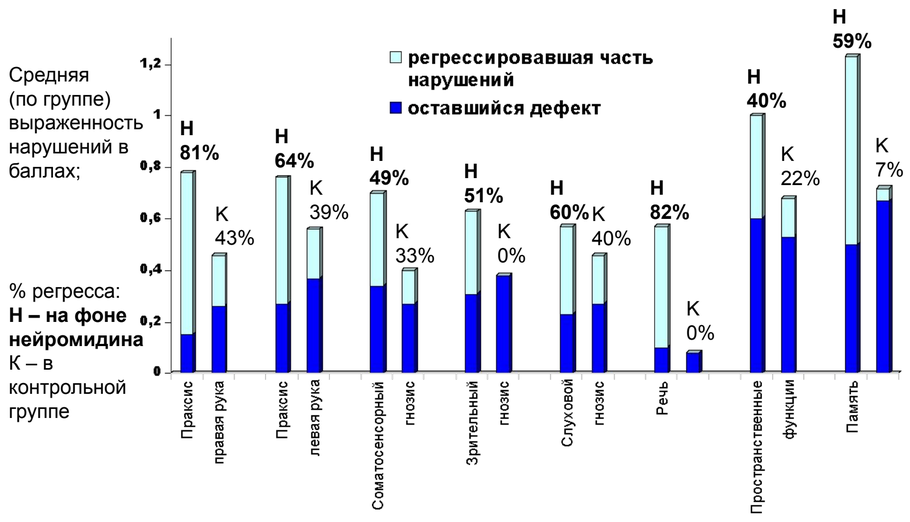
3. СРАВНЕНИЕ ПРЕПАРАТА С БАНКОМ ДАННЫХ:

Полный регресс синдромов нарушенного сознания в ближайшие 2 нед. по банку данных и на фоне нейромидина



4. СРАВНЕНИЕ МОНОТЕРАПИИ С КОНТРОЛЕМ (ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧМТ):

Регресс нейропсихологических симптомов на фоне нейромидина и в контрольной группе (по Н.В.Гогитидзе, 1990)



Постерное сообщение на XIV СЪЕЗДЕ ПСИХИАТРОВ РОССИИ (Москва, 2005)

E-mail автора: Ozaitsev@nsi.ru

В реабилитации пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) большое значение имеет эффективный подбор нейрометаболических средств (НМС), обеспечивающих восстановление функционального состояния мозга.

Попытки провести испытания НМС с позиций доказательной медицины в нейротравматологической клинике наталкиваются на труднопреодолимые проблемы (см. схему и рисунки слева от текста), поэтому разработка стандартов и рекомендаций использования этого класса препаратов пока далека от воплощения.

Настоящее сообщение основано на анализе эффективности 634 курсов нейрометаболических препаратов, назначенных 163 пострадавшим с тяжелой травмой мозга.

Положительный эффект (ускорение восстановления сознания, регресс интеллектуально-мнестических и астенических расстройств) отмечен после 66% назначенных курсов, наиболее часто (свыше 70%) – при лечении ноотропилом, нейромидином и накомом. Нежелательные изменения в психическом состоянии (в основном – развитие возбуждения или других продуктивных расстройств), выявлены после 26% назначений, чаще всего – на фоне терапии накомом, редко (менее 10%) – на фоне лечения пантогамом, фенибутом, кортексином, семаксом.

Обобщение данных о курсах НМС, после которых отмечались значимые положительные изменения в психическом состоянии пострадавших, позволило сформулировать основные принципы нейрометаболической терапии, критерии выбора препаратов, в том числе в зависимости от преимущественного их влияния на различные структуры мозга и уровней психопатологической симптоматики (см. таблицы и рисунки справа от текста).

При лечении пострадавших с синдромами угнетенного сознания в наблюдениях с преобладанием признаков дисфункции стволовых структур мозга определенным преимуществом обладали холиномиметические препараты (глиатилин, нейромидин), а с доминированием симптомов подкоркового поражения – дофаминэргические (наком, ПК-мерц). В случаях возникновения нецеленаправленного возбуждения в период регресса угнетенного сознания необходимыми оказывались резкое снижение доз или отмена вышеперечисленных средств, переход на терапию препаратами с седативным компонентом действия (фенибут, пантогам, глицин).

В терапии пострадавших, находившихся в состоянии дезинтегрированного сознания (спутанность сознания, корсаковский или грубый дисмнестический синдромы), эффективным было подключение полипептидных препаратов (семакс, кортексин, церебролизин).

При лечении интеллектуально-мнестических и эмоционально-волевых расстройств на фоне восстановленного сознания успех нейрометаболической терапии был более вероятен при учете преимущественного действия препаратов на функции разных полушарий: левого (нейромидин, наком) или правого (бемитил, кортексин, семакс).

В особо тщательном подборе терапии нуждались пациенты, обнаруживающие признаки левшества ввиду того, что именно у них по сравнению с правшами после прояснения сознания достоверно чаще ($p<0,05$) отмечались нежелательные психопатологические эффекты препаратов.

В терапии пациентов с пограничными нарушениями (умеренными когнитивными, эмоционально-личностными, неврозоподобными) в наблюдениях с преобладанием астении, гипостезии наиболее эффективными были ноотропил, энцефабол, а при повышенной возбудимости, гиперестезии – пантогам, фенибут.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НМС

1) АДЕКВАТНОСТЬ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА, ЕГО ДОЗИРОВКИ И ПУТИ ВВЕДЕНИЯ, УЧЕТ ВОЗМОЖНЫХ СОПУТСТВУЮЩИХ ЭФФЕКТОВ

Принимаются во внимание:

а) синдромальная характеристика психического состояния - выраженность нарушений, соотношение продуктивных и негативных расстройств, вид наиболее нарушенных психических процессов

б) динамические особенности психического состояния - длительность расстройств, суточные изменения, наличие пароксизмальных нарушений

в) неврологическое и соматическое состояние больного

г) индивидуальные особенности больного (возраст, вес, правшество-левшество, реакции на препараты и т.д.)

2) ПОСТЕПЕННОЕ НАРАЩИВАНИЕ ДОЗИРОВОК НМС до появления первых признаков положительного эффекта; дальнейшее наращивание - после периода времени, достаточного для заключения об отсутствии дальнейших положительных изменений в состоянии и побочных эффектов НМС

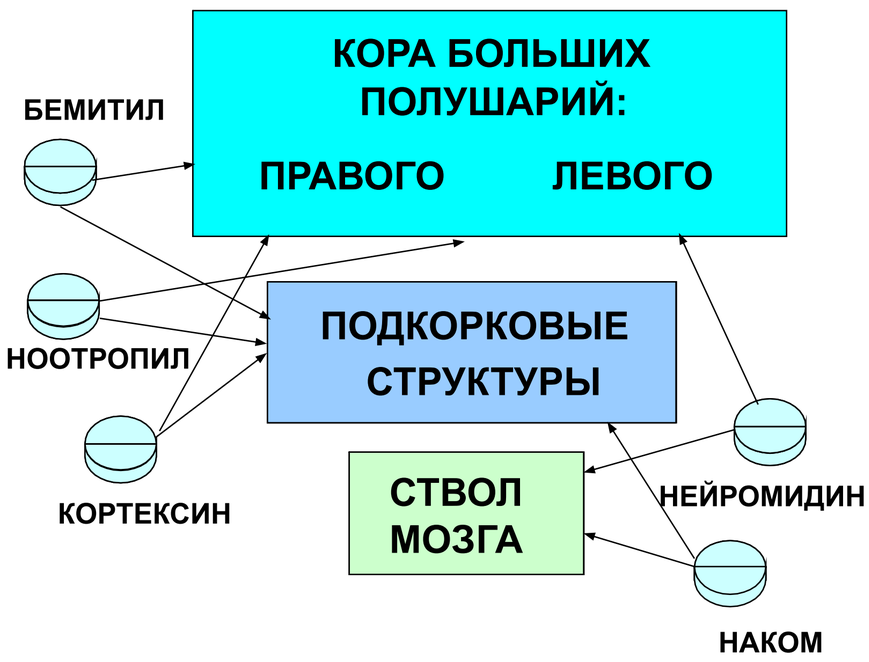
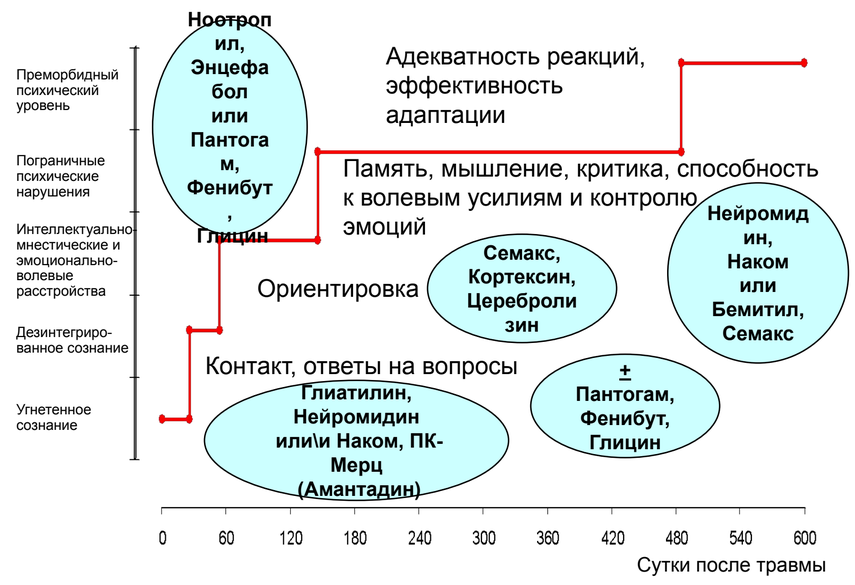
3) КОМПЛЕКСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ - одновременное назначение НМС из разных классов в сочетании с немедикаментозным воздействием

4) НЕПРЕРЫВНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ - чередование курсов НМС одного за другим до отдаленного периода травмы, когда уже допустимы перерывы

КРИТЕРИИ ВЫБОРА НМС

Критерии	Варианты	Препараты
1) Ведущий механизм действия .	а) ноотропный б) общеметаболический в) цереброваскулярный г) актопротекторный	а) пирацетам, фенибут, пантогам б) церебролизин, семакс, наком в) кавинтон, циннаризин, танакан г) бемитил, нейромидин
2) преобладание влияния на медиаторные процессы	а) ГАМК-ергическое б) холинергическое в) дофаминергическое г) другое и смешанное	а) пирацетам, фенибут, бемитил б) нейромидин, глиатилин, реминил в) наком, амантадин (ПК-Мерц) г) энцефабол, акатинол-мемантин
3) преобладание влияния на функции структур мозга	а) стволово-подкорков. б) корково-подкорковое в) левополушарное г) правополушарное	а) наком, глиатилин, ПК-Мерц б) ноотропил, энцефабол в) нейромидин, глиатилин г) бемитил, кортексин, семакс
4) действие на психомоторную активность	а) значительное усил. б) умеренное усиление в) ослабление	а) энцефабол, бемитил, наком б) пантогам, аминалон, церебролизин в) фенибут, глицин, циннаризин
5) путь введения	а) парентеральный б) пероральный в) эндоназальный г) трансорбитальный	а) церебролизин, кортексин б) пантогам, энцефабол, когитум в) семакс, L-глютаминовая кислота г) церебролизин
6) длительность курса	от 7 дней до 4 месяцев	- семакс - пантогам, фенибут, наком, ПК-Мерц

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ НМС НА ФУНКЦИИ, ЗАВИСИМЫЕ ОТ РАЗНЫХ МОЗГОВЫХ СТРУКТУР



ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ