

4. International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. ICH Harmonised Tripartite Guideline. Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials E10. July 20, 2000.

5. Johansson, A. Local corticosteroid application blocks transmission in normal nociceptive C-fibres / Johansson A., Hao J., Sjolund B. // *Acta Anaesthesiol Scand.* — 1990; 34: 335—338. [98]

6. Katz, V. V. A. The nature of pain: Pathophysiology / V. V. A. Katz, R. Rothenberg // *J Clin Rheumatol.* — 2005; 11: S11—S15.

7. Preliminary results of randomized, equivalence trial of fluoroscopic caudal epidural injections in managing chronic low back pain: Part 4. Spinal stenosis / [Manchikanti L., Cash K. A., McManus C. D. et al.] // *Pain Physician.* — 2008; 11: 833—848.

8. Cervical medial branch blocks for chronic cervical facet joint pain: A randomized double-blind, controlled trial with one-year follow-up / [Manchikanti L., Singh V., Falco F. J. et al.] // *Spine.* — 2008; 33: 1813—1820.

9. Manchikanti, L. Pharmacology of neuraxial steroids / L. Manchikanti. In: Manchikanti L., Singh V. (eds). *Interventional Techniques*

in Chronic Spinal Pain. — ASIPP Publishing, Paducah, KY, 2007. — P. 167—184.

10. Mao, J. Systemic lidocaine for neuropathic pain relief / J. Mao, L. L. Chen // *Pain.* — 2000; 87: 7—17.

11. Central neuroplasticity and pathological pain / [Melzack R.,Coderre T. J., Katz J., Vaccarino A. L.] // *Ann NY Acad Sci.* — 2001; 933: 157—174.

12. Epidural local anesthetic plus corticosteroid for the treatment of cervical brachial radicular pain: Single injection versus continuous infusion / [Pasqualucci A., Varrassi G., Braschi A. et al.] // *Clin J Pain.* — 2007; 23: 551—557.

13. The prolonged analgesic effect of epidural ropivacaine in a rat model of neuropathic pain / [Sato C., Sakai A., Ikeda Y. et al.] // *Anesth Analg.* — 2008; 106: 313—320.

14. Do corticosteroids produce additional benefit in nerve root infiltration for lumbar disc herniation / [Tachihara H., Sekiguchi M., Kikuchi S. et al.] // *Spine.* — 2008; 33: 743—747.

Надійшла до редакції 09.02.2012 р.

О. А. Кондрашов, М. Е. Поліщук

*Одеська обласна клінічна лікарня (м. Одеса),
Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П. Л. Шупика МОЗ України (м. Київ)*

Ефективність епідурального введення стероїдів пацієнтам з центральними і парамедіальними килами міжхребетних дисків поперекового відділу хребта, ускладненими секвеструванням

Проведене дослідження демонструє високу ефективність даного методу терапії у пацієнтів з широким каналом і малими секвестрами і може бути рекомендований як терапевтичний метод, що забезпечує анальгезію, функціональну активність і працездатність.

Ключові слова: епідуральна блокада, кила міжхребетного диска, секвестрація.

A. Kondrashov, N. Polyschuck

*Odesa regional clinical hospital (Odesa),
National medical Academy of Postgraduate Education named after
P. L. Shupyk of the Ministry of Health of Ukraine (Kyiv)*

The effectiveness of epidural steroids in patients with central and paramedial herniated intervertebral discs of the lumbar spine complicated sequestration

The study demonstrates the high efficiency of this method of therapy in patients with a wide channel and low sequestration and can be recommended as a therapeutic method of providing analgesia, functional activity and performance.

Key words: epidural block, herniated disc, sequestration.

УДК 616.831-005.1-08

**Т. С. Міщенко, д-р мед. наук, проф., керівник відділу судинної патології,
К. В. Харіна, канд. мед. наук, ст. наук. співробітн.**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ЕФЕКТИВНІСТЬ І ПЕРЕНОСИМІСТЬ ПРЕПАРАТУ ГРІНВІТАЛ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Дана оцінка клінічної ефективності препарату грінвітал в терапії хворих на дисциркульторну енцефалопатію. Період спостереження — 1 місяць. Було обстежено 30 хворих. Проведене дослідження показало високу клінічну ефективність препарату грінвітал в лікуванні хворих на дисциркульторну енцефалопатію.

Ключові слова: дисциркульторна енцефалопатія, лікування, грінвітал.

В останні роки як в Україні, так і в цілому світі має місце несприятлива тенденція щодо поширення судинних захворювань головного мозку. Це стосується також і хронічних прогресуючих судинних захворювань головного мозку, зокрема дисциркульторних енцефалопатій (ДЕ), які займають провідне місце у структурі судинних захворювань. В Україні близько 3 млн. хворих страждають на ДЕ [1].

Згідно з даними офіційної статистики МОЗ України, на ДЕ страждають близько 5,6 % населення країни. При цьому, за останні 10 років темпи зростання

захворюваності на ДЕ збільшилися майже вдвічі, що пов'язано з різними причинами.

Важливість проблеми ДЕ обумовлена й тим, що перебіг захворювання у значній частки пацієнтів ускладнюється розвитком гострих порушень мозкового кровообігу [1, 2].

ДЕ — хронічна форма цереброваскулярної патології, яка може прогресувати, характеризується багатоглибинним або дифузним ішемічним ураженням головного мозку з поступовим розвитком комплексу неврологічних та нейропсихологічних розладів. На відміну від гострих порушень мозкового кровообігу, більшість випадків ДЕ пов'язані з патологією не екстракраніальних артерій або їх основних інтракраніальних гілок, а саме невеликих пенетруючих мозкових артерій діаметром 40—200 мкм (церебральної мікроангіопатії), від яких у першу чергу залежить кровопостачання глибинних відділів мозку [3, 4].

Основним етіологічним фактором церебральної мікроангіопатії є артеріальна гіпертензія, яка обумовлює артеріосклероз (ліпогліноз) невеликих пенетруючих

артерій і артеріол (гіпертонічну артеріопатію). У хворих, які не страждають на артеріальну гіпертензію, ураження невеликих артерій може бути пов'язано із артеріосклерозом, амілоїдною ангіопатією, спадковими і запальними ангіопатіями або іншими причинами [5, 6]. Дифузне ураження невеликих артерій у хворих з ДЕ супроводжується широким спектром змін у головному мозку, найбільш важливими з яких є: 1) дифузне ураження білої речовини (лейкоенцефалопатія), 2) множинні лакунарні інфаркти в глибоких відділах мозку, 3) мікроінфаркт, 4) мікрогеморагії; 5) атрофія кори великих півкуль і гіпокампу. Наявність, ступінь, профіль нейропсихологічних порушень лише частково корелює з типом, вираженістю і локалізацією судинних змін, за даними КТ та МРТ [7—9].

Когнітивні порушення, окрім інших неврологічних синдромів, — це найбільш поширені розлади при ДЕ. Поняття «когнітивні розлади» об'єднує як судинну деменцію, так і менш тяжкі порушення когнітивних функцій судинної етіології. За даними літератури відомо, що на I і II стадії ДЕ когнітивні порушення присутні в 80—90 % випадків. Близько третини припадає на частку легких за виразністю когнітивних порушень. Таким чином, когнітивні порушення визначаються у переважній більшості пацієнтів з ДЕ, причому вже на ранніх її стадіях [1, 10]. Зазвичай розвиток когнітивних порушень передують формуванню інших об'єктивних неврологічних розладів, таких як порушення ходи, інші рухові пірамідні, екстрапірамідні і атактичні порушення. Іншими словами, цереброваскулярні захворювання, у тому числі досить виражені, можуть довгий час виявлятися тільки когнітивними розладами. Тому оцінці стану когнітивної сфери слід приділяти особливу увагу в діагностиці хронічної цереброваскулярної недостатності [11].

Серед лікарських препаратів, спрямованих на поліпшення когнітивних функцій, виокремлюють групу холінергічних і нехолінергічних засобів. Найбільша доказова база щодо корекції когнітивних розладів у хворих з цереброваскулярною патологією стосується холінергічних препаратів (мемантин, галантамін, нейромідин та інші) [3, 11]. Серед нехолінергічних засобів доведена ефективність німодипіну, церебралізіну. Цінні клінічні ефекти стосовно мнестичних функцій мають препарати рослинного походження, що містять флавоноїди, сапоніни і біологічно активні компоненти реліктової рослини гінкго білоба. В Японії дереву гінкго під час листопада вклоняються, а опале листя з благоговінням підбирають — у японській молоді вони є необхідним атрибутом ритуалів. У 1712 році Кемпфер описав це дерево під назвою Ginkgo, що в перекладі з японської означає срібний плід, або срібний абрикос. Наукову назву гінкго дав Карл Лінней — листя рослини переважно складаються ніби з двох платівок, що і дало підставу вжити у видовій назві латинське слово *bi* — подвійний.

Екстракт гінкго білоба — це рослинний засіб, який впливає на процеси обміну речовин в клітинах, реологічні властивості крові, мікроциркуляцію. При його застосуванні поліпшується мозковий кровообіг, постачання мозку киснем і глюкозою, нормалізуються метаболічні процеси. Він має антигіпоксичну дію, перешкоджає утворенню вільних радикалів і нормалізує перекисне окислення ліпідів мембран клітин. Гінкго білоба впливає на вивільнення, зворотне захоплення, катаболізм нейро-медіаторів (норадреналіну, дофаміну, ацетилхоліну) та

на їхню здатність до зв'язування з мембранними рецепторами, підвищуючи чутливість М-холінорецепторів до ацетилхоліну, послаблює активацію NMDA-рецепторів, а також стимулює вироблення ендотелій-залежного релаксуючого фактора, розширює невеликі артерії, підвищує тонус вен, зменшує проникність судинної стінки, виявляє протинабрякову дію, стабілізує мембрани тромбоцитів і еритроцитів, має антиагрегантні властивості. Проведені численні дослідження в багатьох країнах показали ефективність гінкго білоба в лікуванні пацієнтів з когнітивними порушеннями [12, 13].

Тому становило інтерес вивчити ефективність препарату грінвітал, який недавно з'явився на фармакологічному ринку в корекції порушень у хворих з ДЕ. 1 таблетка грінвіталу містить екстракту листків гінкго білоба сухого — 37,5 мг, екстракт листків зеленого чаю сухого — 37,5 мг, порошок екстракту часнику — 100 мг. Завдяки такому складу препарат грінвітал має різноманітні ефекти. Наявність у складі грінвіталу декількох екстрактів забезпечує вплив на процеси обміну речовин в клітинах, реологічні властивості крові, мікроциркуляцію, тим самим має комплекс фармакологічних властивостей:

- нейроцитотрофічну дію, покращує утилізацію глюкози і кисню клітинами головного мозку;
- нейроцитопротекторну дію, зв'язуючи вільні радикали;
- покращує функціонування холінергічної нейротрансмітерної системи;
- уповільнює процеси старіння.

Клінічні ефекти препарату виявляються в поліпшенні мнестичних функцій, підвищення працездатності.

Таким чином, наявний сьогодні досвід переконливо свідчить про сприятливий ефект застосування препаратів гінкго білоба у пацієнтів з різними стадіями ДЕ.

Незважаючи на наявність значної кількості лікарських препаратів, засобів для безпечної профілактики та лікування порушень мозкового кровообігу не так багато. Один з таких препаратів — Грінвітал Церелоба Плюс. Екстракт листя гінкго білоба, екстракт часнику та екстракт зеленого чаю утворюють оригінальну комбінацію, сумарна дія біологічно активних речовин цих рослин обумовлює унікальні властивості цього препарату.

Метою нашої роботи стало вивчити ефективність і переносимість грінвіталу в лікуванні хворих з ДЕ II ст. на тлі церебрального атеросклерозу та артеріальної гіпертензії.

Завдання дослідження:

- оцінити клінічну ефективність препарату грінвітал у хворих на ДЕ;
- оцінити безпечність та переносимість прийому грінвіталу у хворих на ДЕ.

Для вирішення поставленої мети і завдань дослідження був застосований клініко-неврологічний метод. Для оцінки когнітивних функцій використовували шкалу Mini-mental State Examination (MMSE), призначену для скороченого дослідження психічного статусу хворого. Використання MMSE дозволяє оцінити такі параметри як орієнтація, пам'ять, лічильні операції, інші гностичні функції. Також у роботі був застосований тест «Запам'ятовування 10 слів». Для оцінки довільної уваги були використані таблиці Шульте.

Серед когнітивних функцій у першу чергу оцінювали ступінь порушення пам'яті й уваги.

Для оцінки стану загального самопочуття хворих ми використовували шкали: самооцінки загального самопочуття, оцінки якості життя за шкалами «праця», «соціальне життя» і «особисте життя» (легкі, помірні, чи важкі ускладнення). Для вивчення динаміки особливостей якості життя, психологічної взаємодії з мікро- та макросоціумом, ставлення до себе та інших, ступеня повноцінності соціального функціонування застосовували метод оцінки інтегративного показника якості життя, розроблений в 1999 році Mezzich J.

Грінвітал застосовували на вільному від психотропних засобів фоні. Грінвітал призначали в дозі 1 т. 2 рази на добу протягом 1 місяця. Протипоказанням для застосування препарату була підвищена чутливість до окремих компонентів препарату. Побічних ефектів при застосуванні Грінвітал Церелоба Плюс в рекомендованій дозі не виявлено.

Клінічні обстеження хворих, оцінка ефективності і переносимості препарату із застосуванням оціночних шкал проводили перед та після лікування. Лікування проводили на фоні терапії, що складала основу вторинної профілактики, а саме гіпотензивну терапію, статини, дезагреганти.

Було обстежено 40 хворих (20 чоловіків і 20 жінок) у віці від 56 до 72 років (середній вік — $60,2 \pm 1,2$ роки) з ДЕ II ст. Критеріями включення до дослідження була наявність в клінічній картині когнітивних і вегетативних розладів. В той же час, у цих хворих мала місце й інша симптоматика — церебрастенічна, депресивний синдром, які на даному етапі не були провідними.

У дослідження не включали хворих з емоційними та психічними розладами, артеріальною гіпертензією (некоригований рівень АТ 180/100 мм рт. ст.), у стані декомпенсації (декомпенсації цукрового діабету, серцево-судинної недостатності, легеневої та ниркової захворювань), які здатні вплинути на результати дослідження.

Усі хворі страждали на артеріальною гіпертензією, тривалістю захворювання від 3,5 до 21 року.

Клінічний стан більшості хворих до початку терапії визначався поєднанням когнітивних розладів різного ступеня (ускладнення концентрації уваги, зниження оперативної і довготривалої пам'яті, зменшення інтелектуальної продуктивності і загальної активності, порушення мови дисмнестичного ґенезу) та вегетативних і астеничних порушень (головні болі, запаморочення, шум і дзвін у вухах, гіперестезія до світла і звуків, підвищена стомлюваність, дратівливість, внутрішнє напруження і тривога).

У клінічній картині захворювання у обстежених нами хворих визначалося сполучення неврологічного дефіциту та когнітивних порушень.

Нами був оцінений стан неврологічного статусу пацієнтів до і після лікування. При першому обстеженні пацієнти скаржилися на головний біль, запаморочення, слабкість у кінцівках, зниження пам'яті й уваги, плаксивість, дратівливість, почуття постійної втоми, порушення нічного сну.

Через місяць від початку лікування більшість хворих відзначали достовірне зменшення головного болю, запаморочень, шуму і почуття важкості в голові, дратівливості, загальмованості, поліпшення нічного сну.

Наприкінці дослідження спостерігалася динаміка регресу перелічених вище симптомів захворювання. Переважна більшість пацієнтів відзначали поліпшення самопочуття, деяке підвищення рівня розумової працездатності, поліпшення концентрації уваги, підвищення фону настрою і загального рівня активності.

Динаміку показників когнітивної продуктивності хворих у ході терапії «Грінвіталом» наведено в таблиці 1.

Таблиця 1
Динаміка результатів за шкалою MMSE у хворих на ДЕ II ст. до і після лікування препаратом «Грінвітал» (у балах)

Показник	max	До лікування	Після лікування
Орієнтування	10	$7,5 \pm 0,4$	$8,8 \pm 0,6$
Пам'ять	6	$2,3 \pm 0,4$	$3,4 \pm 0,7$
Лічильні операції	5	$1,6 \pm 0,4$	$2,0 \pm 0,5$
Перцептивно-гностична сфера	9	$5,9 \pm 0,8$	$7,2 \pm 1,1$
Загальний показник	30	$17,3 \pm 1,7$	$21,4 \pm 1,8$

Як свідчать отримані дані, в обстежених нами хворих спостерігалися когнітивні порушення. У частини хворих ці порушення досягали ступеня клінічно значимого когнітивного зниження. У структурі порушень пізнавальних функцій домінували розлади вербальної пам'яті ($2,3 \pm 0,4$ балів), лічильних операцій ($1,6 \pm 0,4$) балів, гностичних функцій ($5,9 \pm 0,8$). Загальний показник когнітивної продуктивності склав ($17,3 \pm 1,7$) балів. У 95,2 % пацієнтів відзначалися когнітивні порушення, що відповідали помірним когнітивним розладам — 24—25 балів за шкалою MMSE.

Через 1 місяць лікування спостерігалася поліпшення всіх параметрів когнітивних функцій. Поліпшення результатів за шкалою MMSE до ($21,4 \pm 1,8$) балів відбулося за рахунок збільшення обсягів вербальної пам'яті ($3,4 \pm 0,7$) балів, зменшення помилок у лічильних операціях ($2,0 \pm 0,5$) балів, поліпшення орієнтування до ($8,8 \pm 0,6$) балів, рухових і перцептивно-гностичних характеристик ($7,2 \pm 1,1$) балів.

Для об'єктивного аналізу динаміки змін у мнестичній сфері, що характеризують пам'ять, використовували тест «запам'ятовування 10 слів».

Результати цього тесту (табл. 2) свідчать про покращання показників обсягу слухово-мовної пам'яті.

Таблиця 2
Динаміка результатів дослідження за тестом запам'ятовування 10 слів у хворих на ДЕ до і після лікування Грінвіталом

Показник	До лікування	Після лікування
Обсяг безпосередньої вербальної пам'яті	$3,4 \pm 1,0$	$4,4 \pm 1,1$ $p < 0,05$
Обсяг довгострокової вербальної пам'яті	$2,8 \pm 1,2$	$2,9 \pm 1,2$

Результати динамічного вивчення продуктивності мнестичних функцій пацієнтів свідчили про те, що після терапії грінвіталом поліпшувалися параметри безпосередньої вербальної пам'яті (відмінності статистично достовірні, $p < 0,05$), дещо підвищилася міцність

запам'ятовування, проте відмінності не досягали ступеня значимих. Загальний показник когнітивної продуктивності у хворих підвищився на 1—3 бали, причому це підвищення відбувалося, в основному, за рахунок поліпшення лічильних операцій і функцій довільної уваги.

Таким чином, після прийому грінвітала відзначалася позитивна динаміка деяких параметрів вербальної пам'яті та когнітивної продуктивності в цілому. Психотропний ефект грінвітала був у його здатності в першу чергу зменшувати прояви тривоги і депресії.

Хворим на ДЕ притаманні зміни уваги, які характеризуються її виснаженням, недостатністю переключення та концентрації, що підтверджується під час проведення проби Шульте (збільшення показника середнього часу, що витрачається на виконання завдання). Після лікування хворих грінвіталом спостерігалися зміни показників довільної уваги (табл. 3).

Таблиця 3

Динаміка результатів дослідження довільної уваги за методикою «Таблиці Шульте» у хворих на ДЕ до та після лікування препаратом «Грінвітал» (у секундах)

№ таблиць Шульте	До лікування	Після лікування
1 таблиця	115,7 ± 21,0	88,5 ± 13,2
2 таблиця	112,2 ± 13,8	79,2 ± 0,8
3 таблиця	116,6 ± 19,2	87,6 ± 12,0
4 таблиця	116,3 ± 27,4	93,1 ± 16,3
5 таблиця	125,8 ± 32,6	102,4 ± 8,4
Ефективність	116,6 ± 21,5	95,3 ± 8,5
Впрацьовуваність	1,4 ± 0,3	0,9 ± 1,15

Окрім того, відзначалося поліпшення самопочуття хворих. Нормалізувалися суб'єктивні та об'єктивні показники настрою і сну (як засипання, так і тривалість сну). Зменшилися тривожність, загальна слабкість, підвищувався настрій.

Усі обстежені нами хворі добре переносили прийом препарату, побічних проявів не спостерігалось. Показники крові та сечі були в межах норми.

Таким чином, після терапії препаратом грінвітал відзначалося поліпшення неврологічного статусу, когнітивних функцій і зменшення афективних розладів у хворих на ДЕ. Спостерігалось зменшення частоти виявлення та інтенсивності головного болю, запаморочення, підвищення загальної активності хворих. Відзначалося збільшення обсягу і міцності довільної пам'яті, як вербальної, так і зорової, збільшувався обсяг довільної уваги, покращився процес впрацьовування і працездатності, покращилася якість лічильних операцій. Спостерігалось поліпшення настрою, якості самообслуговування, упорядкованість поведінки. Усе це свідчить про підвищення ефективності лікувальних заходів, поліпшення якості життя хворих.

Терапія грінвіталом протягом 1 місяця призвела до достовірних змін когнітивних функцій в обстежених хворих: поліпшення функцій вербальної пам'яті у вигляді збільшення обсягу безпосереднього запам'ятовування та довгострокової пам'яті, поліпшення обсягів оперативної

пам'яті довільної уваги, поліпшення обсягів і функцій переключення, концентрації і розподілу розумових операцій, поліпшення нейродинамічних параметрів; поліпшення загального самопочуття, активності і настрою хворих; поліпшення якості життя.

Динаміка результатів дослідження особливостей якості життя, психологічної взаємодії з мікро- та макросоціумом, ставлення до себе та інших, ступеня повноцінності соціального функціонування наведені в таблиці 4.

За отриманими даними (табл. 4) видно, що у хворих на ДЕ суб'єктивна оцінка якості життя в цілому вище середнього. Під цим поняттям ми маємо на увазі суб'єктивну думку хворого про рівень свого благополуччя у фізичному, психологічному і соціальному плані.

Найнижчі оцінки було отримано за шкалами «Фізичне благополуччя» $5,50 \pm 1,80$, «Психологічне благополуччя» $(5,70 \pm 2,00)$. Середні значення показників отримано за шкалами «Духовна реалізація» $(6,70 \pm 1,90)$, «Загальне сприйняття якості життя» $(7,70 \pm 1,50)$, «Особистісна реалізація» $(7,80 \pm 1,80)$, «Службова підтримка» $(7,80 \pm 1,50)$. Найбільш високі оцінки мають шкали «Міжособистісна взаємодія» $(8,80 \pm 1,40)$, «Самообслуговування і незалежність в діях» $(8,40 \pm 1,10)$, «Соціально-емоційна підтримка» $(8,50 \pm 1,90)$, «Працездатність» $(8,40 \pm 1,70)$.

Таблиця 4

Результати дослідження якості життя у хворих на ДЕ (у балах) до та після лікування препаратом «Грінвітал»

Показник якості життя	До лікування n = 30	Після лікування n = 30
Фізичне благополуччя	5,50 ± 1,80	6,10 ± 1,50
Психологічне благополуччя	5,70 ± 2,00	6,10 ± 1,70
Самообслуговування і незалежність в діях	8,40 ± 1,10	8,80 ± 1,20
Працездатність	8,40 ± 1,70	8,50 ± 1,70
Міжособистісна взаємодія	8,80 ± 1,40	8,90 ± 1,60
Соціально-емоційна підтримка	8,50 ± 1,90	8,60 ± 1,60
Службова підтримка	7,80 ± 1,50	7,30 ± 1,50
Особистісна реалізація	7,80 ± 1,80	8,20 ± 1,60
Духовна реалізація	6,70 ± 1,90	6,90 ± 1,80
Загальне сприйняття якості життя	7,70 ± 1,50	7,90 ± 1,40

Примітка: * — достовірність відмінностей за критерієм U-Манна — Уїтні $p < 0,05$ між групами жінок та чоловіків

Таким чином, найменше хворі на ДЕ задоволені своїм фізичним та психологічним станом, найбільше — якістю міжособистісної взаємодії, самообслуговування і незалежністю в діях, рівнем соціально-емоційної підтримки та працездатності.

У обстежених хворих було відмічено достовірне підвищення якості життя в ході лікування. До лікування за шкалою самооцінки загального самопочуття обстежені хворі оцінили його гірше, ніж після лікування. Після лікування хворі на ДЕ відзначили достовірне поліпшення якості життя в порівнянні з початковим.

Аналіз отриманих результатів дозволяє вважати, що грінвітал є досить ефективним препаратом у лікуванні когнітивних порушень у хворих на ДЕ. Достовірне поліпшення стану та якості життя настало через 1 місяць лікування. Редукція когнітивних розладів сприяла по-зв'язанню психічної активності хворих.

Слід зазначити гарну переносимість та безпеку цього препарату.

Проведене дослідження дає підставу рекомендувати включати грінвітал в комплексну терапію хворих з ДЕ. Застосування препарату «Грінвітал» дозволяє поліпшити когнітивні функції, самопочуття і настрої хворих.

Таким чином, проведені нами дослідження показали, що грінвітал впливає позитивно на когнітивні розлади у хворих на ДЕ.

Усі хворі добре переносили прийом препарату. Не було відзначено негативних впливів, ускладнень терапії.

З урахуванням того, що у наших пацієнтів спостерігалися різноманітні неврологічні порушення, ми вважаємо, що ефективність терапії препаратом грінвітал може бути обумовлена не тільки впливом екстракту гінкго білоба, а й дією компонентів, які входять до його складу (екстракт часнику та екстракт зеленого чаю). Останні також впливають на патогенетичні механізми нейродегенерації.

Таким чином, грінвітал становить інтерес як перспективний засіб нейропротекції у хворих на ДЕ.

Грінвітал можна застосовувати по 1 таблетці на добу під час їжі або після неї, запиваючи склянкою води з метою досягнення нейропротекції, а також при погіршенні пам'яті і розумової діяльності, симптомах астенії.

Застосування грінвіталу є безпечним, незважаючи на те, що більшість пацієнтів з ДЕ — люди похилого віку та, зазвичай, мають цілу низку супутніх захворювань, приймають кілька лікарських препаратів. Екстракти, що входять до складу грінвіталу, не спричиняють побічних проявів при прийомі, тим самим вигідно відрізняються від багатьох синтетичних лікарських засобів.

Список літератури

1. Мищенко, Т. С. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний / Т. С. Мищенко. — Киев, 2010. — 470 с.
2. Евтушенко, С. К. Дисциркуляторная энцефалопатия как анахронизм отечественной неврологии / С. К. Евтушенко / Донецкий нац. мед. ун-т им. М. Горького // Международный неврологический журнал. — 2010. — № 6 (36). — С. 32—36
3. Захаров В. В., Локшина А. Б. Когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии [Электронный ресурс] / В. В. Захаров, А. Б. Локшина. — Режим доступа: www.rmj.ru1325
4. Яхно, Н. П. Сопоставление клинических и МРТ-данных при дисциркуляторной энцефалопатии. Сообщ. 2: когнитивные нарушения / Яхно Н. П., Левин О. С., Дамулин И. В. // Неврологический журнал. — 2001. — № 3. — С. 10—19.
5. Мищенко, Т. С. Сосудистая деменция: диагностика, лечение и профилактика / Т. С. Мищенко, Е. В. Дмитриева // Международный неврологический журнал. — 2006. — № 2(6). — С. 16—20.
6. Шестопалова, Л. Ф. Особливості когнітивних порушень у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію різних стадій з фібриляцією передсердь / Шестопалова Л. Ф., Мищенко Т. С., Деревецька В. Г. // Укр. вісник психоневрології. — 2005. — Т. 13, вип. 2(42). — С. 78—80.
7. Diffusion-tensor imaging in vascular cognitive impairment and mild cognitive impairment: relationship with executive functioning / [Correia S., Brennan-Krohn T., Schlichting E. et al.] // 2nd Congress of the International Society for Vascular Behavioural and Cognitive Disorders (Vas-Cog). Abstract book. — Florence, 2005. — 88 p.
8. Wancata, J. The numbers of vascular dementia in Europe between the years 2000 and 2050 / Wancata J., Krautgartner M., Friedrich F. // Ibid. — P. 36—37.
9. Трещинская, М. А. Артериальная гипертензия и цереброваскулярная патология / М. А. Трещинская // Новости медицины и фармации. — 2009. — Спец. выпуск. — С. 30—35.
10. Антипина, Е. А. Дисциркуляторная энцефалопатия. Патология, клиника, лечение : учебное пособие / Е. А. Антипина, А. В. Густов. — Нижний Новгород, 2000. — 36 с.
11. Дзяк, Л. А. Хронічна недостатність мозкового кровообігу: можливості комплексної терапії у потерпілих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС / Дзяк Л. А., Терещенко Л. А., Гайдук Т. І. // Медичні перспективи. — 2010. — Т. XV, № 1. — С. 33—36.
12. Tchanchou, F. Egb 761 enhances adult hippocampal neurogenesis and phosphorylation of CREB in transgenic mouse model of Alzheimer's disease / Tchanchou F., Xu Y., Wu Y. // FASEB J. — 2007. — V. 21. — P. 2400—2408.
13. Napryeyenko, O. Efficacy and tolerability of Ginkgo biloba extract Egb 761® by type of dementia: Analyses of a randomised controlled trial / Napryeyenko O., Sonnig G., Tartakovsky I. // J. Neurol. Sci. — 2009. — V. 283. — P. 224—229.

Надійшла до редакції 24.01.2012 р.

Т. С. Мищенко, Е. В. Харина

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины» (г. Харьков)*

Эффективность и переносимость препарата гринвیتال в лечении больных дисциркуляторной энцефалопатией

Дана оценка клинической эффективности препарата гринвیتال в терапии больных дисциркуляторной энцефалопатией. Период наблюдения 1 месяц. Было обследовано 30 больных. Проведенное исследование показало высокую клиническую эффективность препарата гринвیتال в лечении больных дисциркуляторной энцефалопатией.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, лечение, гринвیتال.

T. S. Mishcenko, K. V. Kharina

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the NAMS of Ukraine"
(Kharkiv)*

The efficiency of Grinvital in the treatment of dyscirculatory encephalopathy

It was given estimation of clinical efficiency of Grinvital in the therapy of patients with vegeto-vascular dystonia. Period of supervision made 1 month.

It was inspected 30 patients. The conducted research showed high clinical efficiency of application of gerbastres in the treating of patients with dyscirculatory encephalopathy.

Key words: dyscirculatory encephalopathy, treatment, grinvital.