

ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСУ ФІТОЗБОРІВ В ОПТИМІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

Макєєва М.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Анотація. У роботі представлені дані вивчення ефективності застосування комплексу фітосборів в складі реабілітації хворих з віддаленими наслідками черепно-мозкових травм. Було обстежено 60 пацієнтів з травматичною хворобою головного мозку, які отримували стандартну медикаментозну терапію, а також 60 хворих, до і після 3-х місячного додаткового призначення комплексу з 5 фітосборів по ¼ ч.л. кожного збору 3 рази на добу. Проводили оцінку якості життя за шкалою EuroQol 5D-5L, по марбурзька опитувальником GWBQ; оцінки стану когнітивних функцій за шкалою оцінки стану когнітивних функцій (MMSE), а також по Госпітальній шкалою тривоги і депресії.

За результатами дослідження встановлено, що додавання в комплексну реабілітацію більших з віддаленими наслідками ЧМТ 5 фітосборів (фітосбори для центральної нервової системи - № 2, для нормалізації мікроциркуляції судин головного мозку - № 7, нормалізації периферического кровообігу - № 14, для периферичної нервової системи - № 29; серцево-судинної системи - № 3) до складу комплексної терапії добре переноситься, покращує самопочуття, нормалізує стан оксидантно-антиоксидантної системи, позитивно впливає на церебральну гемодінаміку, когнітивний дефіцит і підвищує якість життя.

Ключові слова: віддалені наслідки, черепно-мозкова травма, реабілітація, фітотерапія.

Аннотация. В работе представлены данные изучения эффективности применения комплекса фитосборов в составе реабилитации больных с отдаленными последствиями черепно-мозговых травм. Было обследовано 60 пациентов с травматической болезнью головного мозга, получавших стандартную медикаментозную терапию, а также 60 больных, до и после 3-х месячного дополнительного назначения комплекса из 5 фитосборов по ¼ ч.л. каждого сбора 3 раза в сутки. Проводили оценку качества жизни по шкале EuroQol 5D-5L, по марбургская опроснику GWBQ; оценки состояния когнитивных функций по шкале оценки состояния когнитивных функций (MMSE), а также по Госпитальной шкале тревоги и депрессии.

По результатам исследования установлено, что добавление в комплексную реабилитацию больных с отдалёнными последствиями ЧМТ 5 фитосборов (фитосборы для центральной нервной системы – № 2, для нормализации микроциркуляции сосудов головного мозга – № 7, нормализации периферического кровообращения – № 14, для периферической нервной системы – № 29; сердечно-сосудистой системы – № 3) в состав комплексной терапии хорошо переносится, улучшает самочувствие, нормализует состояние оксидантно-антиоксидантной системы, положительно влияет на церебральную гемодинамику, когнитивный дефицит и повышает качество жизни.

Ключевые слова: отдаленные последствия, черепно-мозговая травма, реабилитация, фитотерапия

Abstract. The paper presents the study of the effectiveness Phytomixture complex consisting of rehabilitation of patients with remote consequences of traumatic brain injury. It examined 60 patients with traumatic brain disease who received standard medical therapy, and 60 patients before and after 3 months of additional purpose complex with 5 ¼ tsp Phytomixture on each collecting 3 times a day. Assessed the quality of life scale EuroQol 5D-5L], Marburg questionnaire for GWBQ; assessment of cognitive functions on a scale assessment of cognitive function (MMSE), as well as Hospytalnoyu anxiety and depression scale.

The study found that the addition of a comprehensive rehabilitation of patients with distancing effects of TBI 5 Phytomixture (Phytomixture for central nervous system - № 2, for normalization of microcirculation vessels of the brain - № 7, normalization of peripheral circulation - № 14, to the peripheral nervous system - № 29; cardiovascular system - № 3) in the combined therapy was well tolerated, improves mood, normalize condition oxidant-antioxidant system, positive effect on cerebral hemodynamics, cognitive deficits and increases quality of life.

Keywords: zoom effects, traumatic brain injury, rehabilitation, phytotherapy.

Вступ.

Черепно-мозкові травми (ЧМТ)

займають важливе місце в структурі за-

хворювань і травм нервової системи

[1,5,6,7,13-16]. За даними різних авторів, черепно-мозкові ушкодження становлять до 30 - 50% всіх травм мирного часу [7, 6, 10]. На підставі літературних даних і власних спостережень відомо, що у 60 – 90% осіб, які перенесли травму, в подальшому розвиваються різні її наслідки [1, 6, 7, 8, 13, 15, 16], дуже часто страждають люди молодого, найбільш працездатного віку [1, 9, 11]. Розвиток віддалених наслідків ЧМТ нерідко призводить до виникнення декомпенсації різних функцій організму, тривалої втрати працездатності, і, навіть до інвалідизації хворих [1, 5, 6, 7, 13, 14, 15,16].

Тяжкість наслідків не завжди знаходиться в прямій залежності від ступеня тяжкості перенесеної травми. Вирозність наслідків відрізняється при різного ступеня пошкодження головного мозку.

У разі тяжкої ЧМТ (наприклад, забій головного мозку з утворенням внутрішньомозкових гематом, субдуральних, епідуральних і т.д.) наслідки можуть бути стійкими і глибокими. Зниження сили – може бути від легкої до глибокої ступеня вираженості, присутня слабкість в половині тіла – геміпарез, зниження сили з 2-х сторін, у ногах і руках – тетрапарез. Зниження сили відбувається через ураження провідних шляхів

рухової активності на рівні головного мозку, а це супроводжується спастикою, тобто підвищенням м'язового тону у цих частинах тіла. Тривале перебування рук або ніг у стані спастичної напруги може привести до контрактури.

Може мати місце порушення чутливості, наприклад зниження чутливості в якихось ділянках тіла, в залежності від зони і обсягу ураження мозкової тканини при ЧМТ.

Зниження когнітивних функцій – частий наслідок ЧМТ (когнітивний дефіцит або як складова частина психоорганічного синдрому). Порушення пам'яті – також частий наслідок перенесеної черепно-мозкової травми, можуть випадати цілі періоди життя людини до отримання травми. Може бути і так, що людина взагалі нічого не пам'ятає зі свого життя до отримання травми (так звана ретроградна амнезія). Зниження здатності рахувати, читати, зосереджуватися на якихось діях чи події, виконувати просту домашню роботу може коштувати неймовірних зусиль людині, яка пережила ЧМТ.

Зниження зору різного ступеня так само часте явище після перенесеної ЧМТ, яке буде залежати від ураженої частини зорового апарату. Можуть бути посттравматична катаракта, порушення ціліс-

ності сітківки і поразки зорового нерва, до повної його атрофії.

Крім зазначених порушень, для людей, які перенесли черепно-мозкову травму характерні і психологічна зміна особистості, часом, характер може змінюватися до невпізнання. Люди стають апатичними або ж агресивними, безініціативними. Реабілітація людей з такими наслідками необхідна для якнайшвидшого повернення до звичного життя людини або до пристосування до життєдіяльності з наслідками перенесеної черепно-мозкової травми.

У сучасній клінічній медицині в останні десятиріччя помітно посилилося формування переважного використання лікарських хімічних засобів (фармакотерапії), що в значній мірі обумовлено сформованою фарміндустрією в західних країнах, а також і в нашій країні.

Під немедикаментозними методами лікування маються на увазі методи профілактики і лікування без використання медикаментів.

Немедикаментозні методи реабілітації особливо актуальні в педіатричній і геріатричній практиці.

На теперешній час залишається недостатньо вивченим питання щодо ролі комплексного застосування фітопрепаратів в реабілітації хворих у віддале-

ному періоді ЧМТ, тривалості клінічного ефекту (за даними катамнеза) після використання фітосборів, частоти виникнення загострень патологічного процесу.

Таким чином, залишається актуальним пошук шляхів оптимізації реабілітації хворих з віддаленими наслідками ЧМТ, в тому числі за рахунок використання фітопрепаратів.

Фітотерапія характеризується м'якою, поступовою і різнобічною дією. У зв'язку з тим, що біологічно активні компоненти рослин за своєю хімічною структурою близькі до тих, що виробляються людським організмом, вони активно сприяють нормалізації життєво важливих процесів, покращують обмін речовин, забезпечують організм необхідними вітамінами і мінеральними речовинами [2, 3, 4, 12, 17]. Також характерною особливістю фітотерапії є те, що складові компоненти рослин набагато рідше викликають алергічні реакції, в порівнянні з синтетичними медикаментозними препаратами [3, 12].

Найбільш часто в фітотерапії використовуються трав'яні збори, що дозволяє підвищити ефективність і розширити терапевтичний спектр тих чи інших трав. Завдяки відсутності токсичного впливу на організм, багато трав можна приймати тривалий час – місяці і навіть

роки, що дозволяє досягти хороших результатів у лікуванні багатьох хронічних захворювань [3]. За даними ВООЗ, близько 80% населення віддають перевагу рослинним препаратам [2, 3, 12].

У лікуванні наслідків травматичної хвороби головного мозку найбільш часто застосовуються глід, пустирник, валеріана, чебрець, материнка, кріп, синюха, ламінарія, зюзник, астрагал, календула, каштан, аніс, арніка, софора, горицвіт, шлемник, береза, кропива, оман, материнка, ялівець, горіх волоський, коріандр. Всі ці рослини, в певних поєднаннях, входять до складу наступних фітосборів: для нормалізації функцій центральної нервової системи (№ 2); для нормалізації функцій серцево-судинної системи (№ 3); для нормалізації мікроциркуляції судин головного мозку (№ 7); для нормалізації периферичного кровообігу (№ 14); для нормалізації функцій периферичної нервової системи (№ 29).

Механізм дії даних фітосборів:

Фітозбір № 2: сприяє поліпшенню мозкового кровообігу; регулює функції вегетативної нервової системи; поліпшення церебрального кровообігу; має антиоксидантну, антисклеротичну, седативну, безпечну дію; зменшення впливу стресогенних чинників (виражена

антистресова дія); нормалізація сну і поліпшення процесів нейропластичності.

Фітозбір № 3: поліпшення функцій серцево-судинної системи; поліпшення мікроциркуляції і обмінних процесів в міокарді; зміцнення стінок коронарних судин; має седативну, антисклеротичну, антиоксидантну дію.

Фітозбір № 7: регулювання церебральної гемодинаміки; поліпшення метаболічних процесів головного мозку; ноотропна, антисклеротична, протиспазматична, протисудомна дія; прискорення відновних процесів в головному мозку.

Фітозбір № 14: поліпшення периферичного кровообігу і мікроциркуляції; усунення спазму судин; нормалізація тону і проникності судинної стінки; профілактика венозної недостатності; антисклеротична та венотонічна дія.

Фітозбір № 29: відновлення і / або поліпшення трофічних і регенеративних процесів в мієлінових волокнах; нейроадаптогенна дія, поліпшення метаболізму в периферичних нервах; поліпшення нейропластичності периферичного відділу нервової системи.

Мета

Метою цього дослідження було вивчення ефективності використання комплексу з 5 фітосборів в складі реабілітації хворих з віддаленими наслідками

черепно-мозкових травм.

Матеріал і методи

У дослідження було включено 60 пацієнтів з віддаленими наслідками черепно-мозкових травм, які отримували планову медикаментозну відновну терапію. Другу групу склали також 60 пацієнтів, яким проводилася планова реабілітація з використанням фітокомплексу (суть якого полягала в застосуванні 5 фітосборів з метою нормалізації взаємин між різними функціональними ланками нервової системи). Зазначений фітокомплекс застосовувався протягом 3-х місяців

Середня тривалість захворювання складала $9,2 \pm 2,7$ років. Середній вік пацієнтів був $41,4 \pm 5,1$ років, жінки 46,6% (56), чоловіки 53,4% (64).

Всім обстеженим пацієнтам діагноз віддалених наслідків ЧМТ встановлено відповідно до стандартів, і вони до включення в дослідження отримували різну медикаментозну симптоматичну терапію. У всіх випадках призначена раніше медикаментозна терапія не забезпечувала достовірного регресу клінічних неврологічних симптомів і суб'єктивно достатнього поліпшення самопочуття. Всім хворим до раніше одержуваних препаратів без корекції доз був призначений комплекс з 5 фітосборів (№№ 2, 3, 7, 14, 29) по $\frac{1}{4}$ ч.л. кожного збору 3 рази в

день перед їдою.

Курс прийому фітосборів тривав 3 міс., Щотижня стан хворих оцінювався за допомогою ряду клінічних шкал.

Контроль за ефективністю проведеної терапії здійснювався з урахуванням суб'єктивного стану і об'єктивного обстеження хворого в процесі лікування, повторного проведення додаткових методів дослідження, вивчення змін нервової системи і вищих інтеграційних функцій мозку в динаміці. Враховувалася також тривалість періоду ремісії за даними катмнеза.

Для оцінки ефективності призначеної комплексної терапії всім хворим до початку дослідження і через 10-14 днів прийому нормотонія оцінювали якість життя за опитувальником Марбурзького університету «General Well-Being Questionnaire» (GWBQ). Опитувальник складається з 7 клінічних шкал: оцінка пацієнтами свого фізичного самопочуття (скарги) (I), працездатності (II), позитивного (III) або негативного (IV) психологічного самопочуття, психологічних здібностей (V), міжособистісних відносин (VI), соціальних здібностей (VII шкала) і два питання про настрої і самопочутті на момент опитування.

При оцінці динаміки показників шкал опитувальника GWBQ враховували,

що зниження показників по I і IV шкалою і підвищення по іншим шкалами свідчить про поліпшення якості життя [10].

Результати.

Протокол дослідження повністю виконали 118 чоловік, в двох випадках пацієнти вибули: через алергічну реакцію (кропивниця) - 1 хворий і 1 - через суб'єктивні причини, що вказує на дуже

хорошу переносимість і високу прихильність до терапії при використанні комплексу фітосборів. Після закінчення дослідження відзначено значуще поліпшення самопочуття пацієнтів, оцінене за позитивну динаміку показників опитувальника Марбурзького університету GWBQ (табл. 1).

Таблиця 1.

Показники якості життя хворих з ВН ЧМТ за опитувальником GWBQ

Шкали GWBQ	До призначення фітосборів, n=120	Через 3 міс. прийому, n=118
I — фізичного самопочуття (скарги)	8,15±0,42	6,24±0,39*
II — працездатності	9,82±0,38	10,72±0,50
III — позитивного психологічного самопочуття	7,31±0,57	9,85±0,52*
IV — негативного психологічного самопочуття	11,06±0,68	8,71±0,53*
V — психологічних здібностей	12,56±0,74	14,22±0,61*
VI — міжособистісних відносин	7,82±0,41	9,27±0,44*
VII — соціальних здібностей	9,67±0,52	10,25±0,61
Самопочуття	3,81±0,29	5,14±0,32*
Настрій	4,09±0,19	4,42±0,22

*- вірогідність різниці показників, (p <0,05)

На тлі включення комплексу з 5 фітосборів в комбіновану реабілітацію пацієнти відзначали значуще (p <0,05) зменшення порушення самопочуття, поліпшення показників позитивного і зменшення негативного психічного самопочуття, сприятливий вплив на психологічні особливості і міжособистісні відносини пацієнтів. Також хворі вказували на поліпшення суб'єктивного самопочуття в цілому. Таким чином, прийом комплексу

з 5 фітосборів справляв позитивний вплив на суб'єктивні показники здоров'я, що може істотно підвищити якість життя даного контингенту хворих.

Оцінка когнітивного дефіциту проводилася за шкалами MMSE [16], EuroQol [16], Госпітальна шкала тривоги і депресії [16].

На тлі курсового лікування відзначалися достовірні (p <0,05) поліпшення в когнітивній сфері. При оцінці MMSE бу-

ло виявлено достовірне ($p < 0,05$) поліпшення ряду показників когнітивного статусу (табл. 2), зменшилася вираженість депресії по Госпітальній шкалою тривоги і депресії: підшкал «Тривога» -

$9,7 \pm 1,1$ бала до лікування і $5,4 \pm 0,7$ бала - після нього ($p < 0,05$); підшкал «Депресія» - відповідно $10,2 \pm 1,0$ і $6,2 \pm 0,7$ бала ($p < 0,05$).

Таблиця 2.

Коротка оцінка психічного статусу (тест MMSE) у хворих з віддаленими наслідками ЧМТ в процесі застосування фітосборів

Показники MMSE, бали	До лікування	Після лікування
Орієнтація	$4,02 \pm 0,37$	$4,42 \pm 0,33$
Сприйняття	$1,94 \pm 0,15$	$2,37 \pm 0,25$
Увага, рахунок	$3,16 \pm 0,21$	$4,21 \pm 0,25$
Пам'ять	$3,02 \pm 0,24$	$4,11 \pm 0,26$
Мова, читання, письмо	$1,72 \pm 0,16$	$2,29 \pm 0,18$
Всього	$13,54 \pm 1,13$	$17,50 \pm 1,16$

Примітка: шкала MMSE має розкид балів від 0 до 30, більший бал відповідає більшому збереженню когнітивних функцій

При використанні в реабілітації комплексу фітосборів, у хворих достовірно ($p < 0,05$) покращилася якість життя за всіма підшкалами EuroQoL (табл. 3).

Таблиця 3.

Дослідження якості життя у хворих з віддаленими наслідками ЧМТ в процесі застосування фітосборів

Сфери життєдіяльності по EuroQoL, бали	До лікування	Після лікування
Мобільність	$4,02 \pm 0,37$	$4,42 \pm 0,33$
Самообслуговування	$1,94 \pm 0,15$	$2,37 \pm 0,25$
Побутова активність	$3,16 \pm 0,21$	$4,21 \pm 0,25$
Біль (дискомфорт)	$3,02 \pm 0,24$	$4,11 \pm 0,26$
Тривога (депресія)	$1,72 \pm 0,16$	$2,29 \pm 0,18$

Примітка: кожна з підшкал EuroQoL має розкид балів від 0 до 3, більший бал відповідає більшій виразності порушень (гіршого рівню даної сфери життєдіяльності або більшій виразності симптому)

Таким чином, застосування комплексу з 5 фітосборів (№№ 2, 3, 7, 14, 29) ефективно в реабілітації хворих з віддаленими наслідками ЧМТ. Очевидне позитивну дію фітосборів настає вже після декількох днів прийому і зберігається

протягом усього періоду лікування. Поєднання множинних механізмів дії дозволяє комплексно підходити до проблеми реабілітації пацієнтів у віддаленому періоді ЧМТ, а також є свого роду заходом профілактики затяжних хронічних депресій (без класичних антидепресантів).

Висновок

Застосування адекватних реабілітаційних заходів є одним із важливих позитивних прогностичних факторів відновлення порушених функцій. Все більша роль відводиться немедикаментозним методам відновлення, в т. ч. фітотерапії. Комплекс з 5 фітосборів (№№ 2, 3, 7, 14, 29) при включенні в програму реабілітації хворих з віддаленими наслідками ЧМТ по ¼ ч.л. кожного збору 3 рази в день протягом 3-х мес. добре переноситься, підвищує якість життя хворих.

Таким чином, за даними цього дослідження, вважаємо за доцільне використання комплексу фітосборів в реабілітації хворих, які перенесли ЧМТ, в ряді випадків, його призначення **в перспективі** дозволяє знизити дози базисних препаратів.

Література:

1. Белова А.Н. Нейрореабілітація: руководство для врачей. – Москва: Антидор, 2003. – 736 с.

2. Беляков Н.А. Немедикаментозная терапия (в 2-х томах). – Санкт-Петербург: СПбМАПО, 2005. – Т.1. – 432 с.

3. Вайс Р.Ф. Фитотерапия / Р.Ф. Вайс, Ф. Финтельман [Пер. с нем.] М.: 2004. — 186 с.

4. Гарник Т.П. Сучасні технології виробництва фітозасобів та перспективи фітотерапії / Т.П. Гарник // Фітотерапія. Український медичний часопис. — 2008. — № 1. — С.35-38.

5. Дзяк Л.А., Сирко А.Г., Сук В.М. Роль препарата L-лизина эсцинат в комплексной коррекции внутричерепной гипертензии у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой // Международный неврологический журнал. – 2010. - № 5 (35). – С. 29 – 34.

6. Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. – Москва: МИА, 1998. – 126 с.

7. Лихтерман Л.Б., Потапов А.А., Кравчук А.Д. Современные подходы к диагностике и лечению черепно-мозговой травмы и её последствий // Вопросы нейрохирургии. – 1996. - № 1. – С. 35 – 37.

8. Основы ранней реабилитации /Скворцова В.И., Поляев Б.А., Иванова Г.Е., Чекнева Н.С. и др. – Москва: Литтерра, 2006. – 104 с.

9. Рыжак Г. А., Малинин В. В., Платонова Т. Н. Кортиксин и регуляция функций головного мозга. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 2003. — 208 с.

10. Скоромец А.А. Справочник врача-невролога. – Москва: МЕДпресс-информ, 2008. – 576 с.

11. Ткачов А.В., Корольова О.С., Ковальчук Л.О. Місце ноотропних препаратів (Прамістар, Пірацетам) у комплексному лікуванні хворих у гострий період струсу головного мозку // Международный неврологический журнал. – 2010. - № 5 (35). – С. 51 – 55.

12. Турищев С.Н. Современная фитотерапия // Турищев С.Н. — М.: 2007. — 268 с.

13. Церебральный арахноидит: всегда ли правомочен этот диагноз? /Бондарь В.Е., Ветух И.В., Кобыльченко В.Н., Филимонов Ю.Д. // Международный неврологический журнал. – 2012. - № 5 (51). – С. 203 – 206.

14. Черепно-мозговая травма: сучасні принципи невідкладної допомоги. Методичний посібник / Педаченко Є.Г., Шлапак І.П., Гук А.П., Пилипенко М.М. – Київ: ВАРТА, 2007. – 312 с.

15. Чикина Е.С., Левин В.В. Черепно-мозговые травмы: применение современных ноотропных препаратов в в острый период и при лечении посттравматической эпилепсии // Русский врач.–2005.–№ 11.– С.12–16.

16. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология: справочник практического врача. - Москва: МЕДпресс-информ, 2007. – 960 с.

17. Kalmikov S. A. Fitoterapiya [Phytotherapy], Kharkiv: KhDAFK, 205 p. – 2010.

Інформація про автора:

Макєєва Марина Анатоліївна, лікар-невролог вищої категорії, доцент кафедри медичної реабілітації, спортивної медицини та лікувальної фізкультури
Харківська медична академія післядипломної освіти