

*Е.А.Антипенко, Л.М.Анисимова, А.В.Дерюгина,
А.В.Густов, В.Н.Крылов*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АПИТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

*Нижегородская государственная медицинская академия,
Нижегородский государственный университет им. ЛОБАЧЕВСКОГО*

Трудности лечения дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) у пожилых обусловлены сочетанием дегенеративного и сосудистого процессов, которые взаимно утяжеляют друг друга. Развитие заболевания на фоне естественного старения организма заставляет учитывать возрастные изменения реактивности организма, снижение его адаптационных возможностей, нарушение механизмов ауторегуляции [6]. Весь этот комплекс патологических изменений требует особого терапевтического подхода, рассматривающего организм как единую функциональную систему. Можно предполагать, что эффективными будут препараты неспецифического плана, мобилизующие внутренние резервы стареющего организма.

Изучение роли возрастного фактора в формировании ДЭ показало, что выраженность клинической картины заболевания обусловлена не только множественным атеросклеротическим поражением магистральных артерий головы у пациентов старше 60 лет, но и ухудшением гемостазиологических показателей и реологических характеристик крови.

Известно, что пчелиный яд запускает целую систему неспецифической защиты организма, которая может эффективно воздействовать на различные патологические процессы. Кроме того, он активно воздействует на систему гемостаза, уменьшая тромбообразование, агрегацию эритроцитов и тем самым улучшая микроциркуляцию.

В работе применялся инъекционный препарат стабильного пчелиного яда без его модификации — солапивен, разработанный совместно ННГУ и Латвийской медицинской академией по оригинальной методике проф. В.Н.Крылова. Проведенные ранее клинические испытания при ряде соматических заболеваний показали, что солапивен вызывает меньшее число аллергических реакций, чем другие препараты пчелиного яда, обладает обезболивающим и противовоспалительным эффектами.

Целью исследования было изучение влияния солапивена на клинические проявления и состояние системы гемостаза у пожилых больных ДЭ второй стадии.

На базе Нижегородского областного геронтологического центра были обследованы 50 больных от 55 до 75 лет (мужчин — 17, женщин — 33) с ДЭ второй стадии.

Больные жаловались на головные боли, головокружение, нарушение координации дви-

жения, снижение памяти, работоспособности. Реологическая картина крови характеризовалась склонностью к гиперкоагуляции (в частности, время свертывания крови составляло в среднем 2 минуты 16 секунд при норме от 3 до 5 минут. У всех пациентов имелись сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, дискинезии кишечника и желчевыводящих путей.

В соответствии с поставленной задачей больные были разделены на две группы по 25 человек, сопоставимые по полу, возрасту и клинической картине заболевания. 1-я группа (контрольная) получала традиционный курс вазоактивной терапии, 2-я (основная) — курс вазоактивной терапии и солапивен.

Критерием эффективности лечения служила сравнительная динамика неврологических синдромов в основной и контрольной группах: цефалгического, кохлеарного, вестибулярно-атактического и др. Неврологические симптомы оценивались по трехбалльной шкале. Анализировали показатели реологических свойств крови и гемостаза: общее свертывание крови методом коагулограммы, время рекальцификации плазмы по методу Бегерхофа, протромбиновое время по методу Квика, концентрацию фибриногена в плазме по методу Рутберга, агрегацию эритроцитов методом Ашкинази и их электрофоретическую подвижность, характеризующую поверхностный заряд клеток, методом Харамоненко.

Солапивен вводили в акупунктурные точки широкого спектра действия и точки шейно-воротниковой зоны. Каждому пациенту до начала лечения ставили биологическую пробу на переносимость препарата. Курс лечения включал 7—8 процедур через 1—2 дня. Разовая доза составляла от 0,5 мл до 2 мл. Препарат вводили в возрастающих дозировках. Курсовая доза равнялась 8—10 мл 0,06% раствора.

Статистическую обработку данных производили с использованием парного критерия Вилкоксона и критерия Фишера.

Динамика неврологических синдромов в ходе лечения у больных основной и контрольной групп представлена на диаграммах (рис. 1а, б). В обеих группах отмечалось уменьшение выраженности цефалгического и вестибулярно-атактического синдромов ($P < 0,05$), однако в основной группе улучшение было более замет-

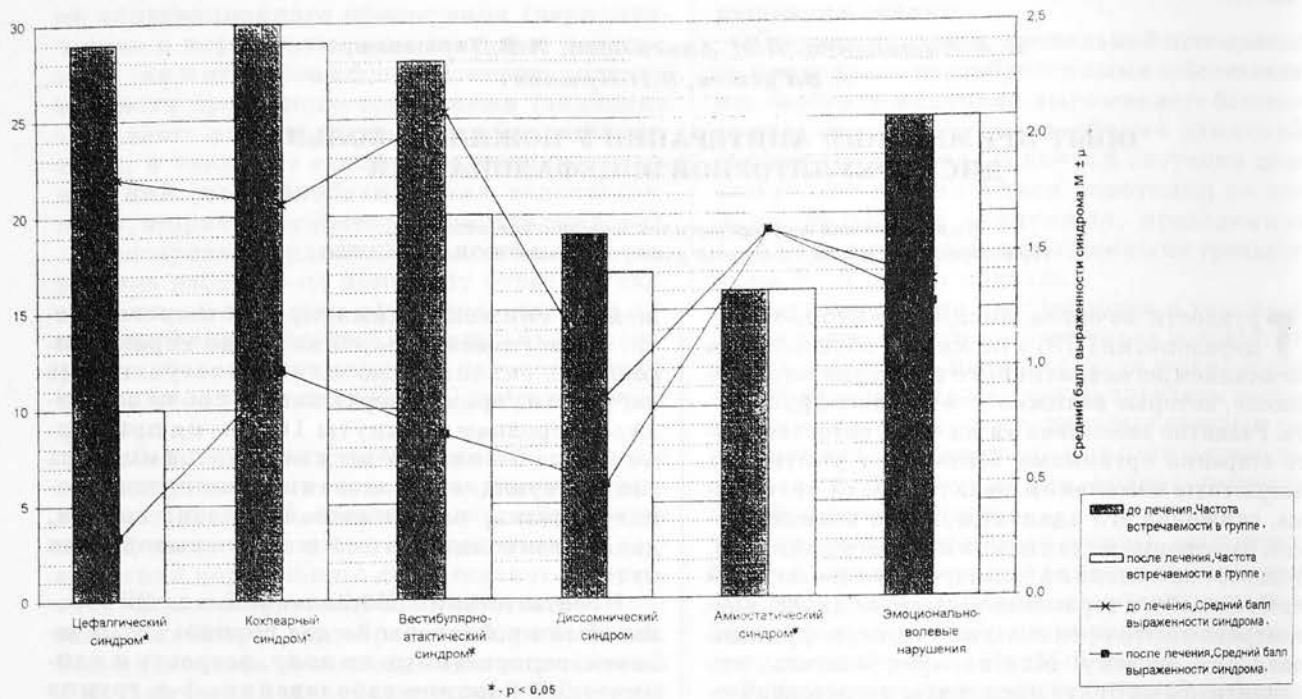


Рис. 1а. Динамика неврологических синдромов у пациентов основной группы

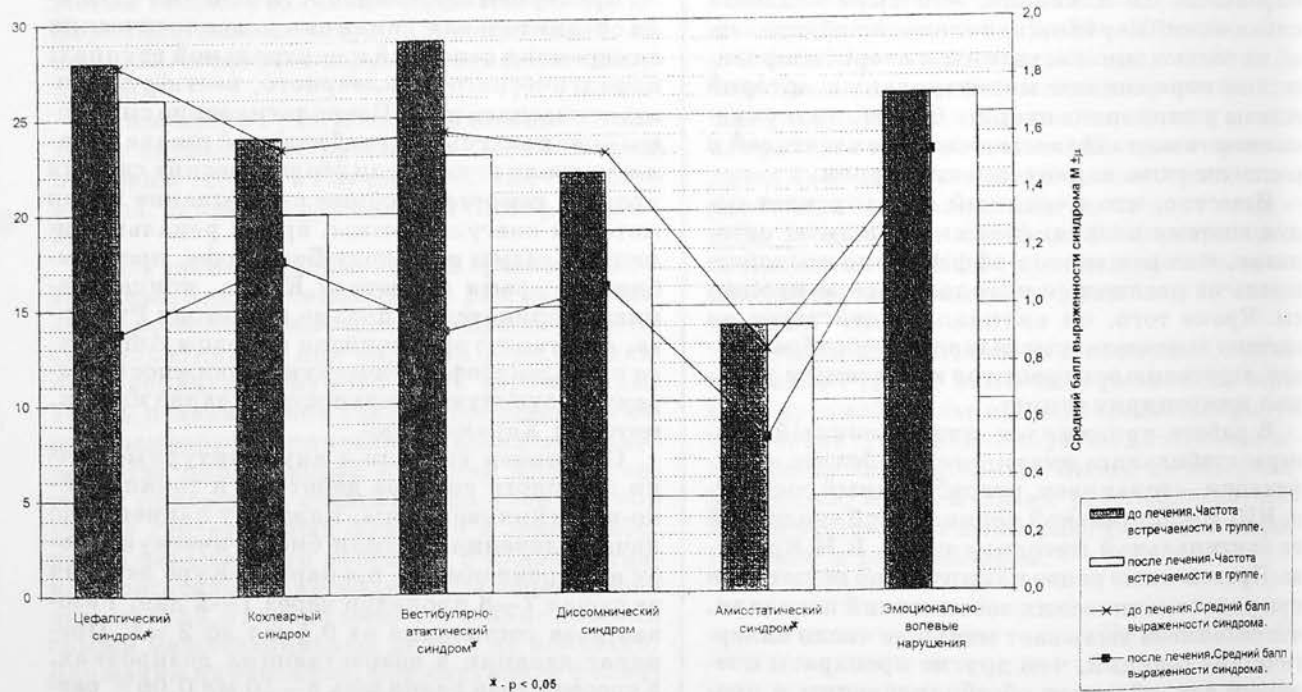


Рис. 1б. Динамика неврологических синдромов у пациентов контрольной группы

ным ($P < 0,05$), только в ней же отмечалось снижение интенсивности кохлеарного синдрома ($P < 0,05$). Ни в первой, ни во второй группе не удалось добиться достоверного уменьшения эмоционально-волевых нарушений и степени диссомнии.

На диаграмме (рис. 2) отражено изменение состояния реологических и гемостазиологических свойств крови в ходе лечения относитель-

но исходных значений данных показателей, принятых за 100%. В результате лечения солапивеном обнаружены ($P < 0,05$) увеличение общего времени свертывания крови на 56%, протромбированного времени на 52%, снижение концентрации фибриногена в плазме крови на 17,6%, а также агрегации эритроцитов на 6% и их электрофоретической подвижности на 9% ($P < 0,03$).

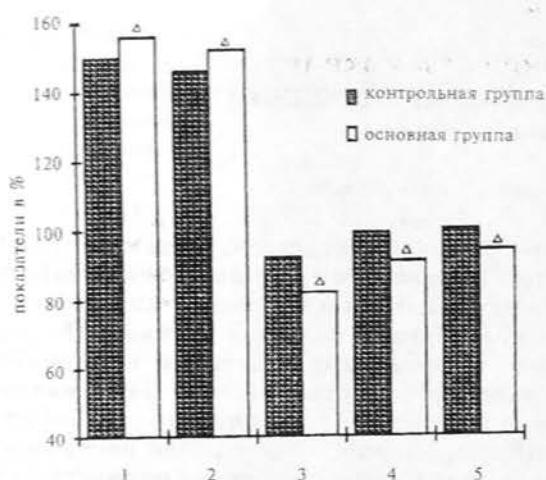


Рис. 2. Изменение реологических показателей крови в контрольной и основной группах

Обозначения: 1 — время свертывания крови, 2 — протромбиновое время, 3 — концентрация фибриногена в плазме, 4 — электрофоретическая подвижность эритроцитов, 5 — агрегация эритроцитов.

Δ — различия достоверны ($P < 0,05$).

У больных контрольной группы, как и в основной, выявлены ($P < 0,05$) удлинение общего времени свертывания крови на 50%, протромбинового времени (на 46%), уменьшение содержания фибриногена в плазме крови (на 8,2%). Не обнаружено уменьшения агрегации эритроцитов и их электрофоретической подвижности.

Таким образом, солапивен повышает эффективность лечения больных дисциркуляторной энцефалопатией. Особенно ярко его действие проявляется во влиянии на цефалгический, вестибулярно-атактический и кохлеарный синдромы. По-видимому, это связано с известными обезболивающими и сосудорасширяющими свойствами пчелиного яда, а также с его неспецифическим саногенным воздействием на организм в целом.

Результаты наблюдения за динамикой реологических и гемостазиологических показателей крови в ходе лечения обнаруживают так-

же антикоагуляционное и дезагрегирующее действие яда.

Антикоагуляционная активность пчелиного яда может быть связана, с одной стороны, с действием цельного пчелиного яда, а с другой — с действием его активных компонентов, в частности мелиттина и фосфолипазы A_2 . Пчелиный яд может быть рассмотрен как антикоагулянт прямого действия. Кроме того, он способен опосредованно влиять на процесс свертывания при участии физиологических инактиваторов гемокоагуляции, выделяющихся из тканей под влиянием яда. Пчелиный яд инактивирует плазменные факторы свертывания, образование тромбопластина, активирует систему фибринолиза.

Дополнительным фактором улучшения коагулирующих свойств крови, особенно в системе микроциркуляции, можно рассматривать дезагрегацию эритроцитов. Одна из возможных причин уменьшения поверхностного заряда эритроцитов, характеризуемого величиной электрофоретической подвижности, и дезагрегирующего действия солапивена, вероятно, обусловлена снижением концентрации фибриногена в плазме больных, являющегося высокомолекулярным белком, служащим агентом агрегации.

Следует отметить, что при проведении апитерапии у лиц пожилого возраста осложнений не наблюдалось. Наибольшая эффективность апитерапии выявлена при цефалгическом синдроме. Показано положительное влияние солапивена на реологические и гемостазиологические свойства крови у пожилых больных. Следовательно, апитерапия с использованием солапивена может быть рекомендована для включения в лечебный комплекс при дисциркуляторной энцефалопатии второй стадии у больных старшей возрастной группы, особенно при плохой переносимости медикаментозной терапии.

Поступила 20.01.97.

