

МЕКСИДОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Е.Ю.Кравцова, Г.А.Мартынова

Пермская государственная медицинская академия; Городская клиническая больница № 6 г. Перми

Ключевые слова: ишемический инсульт, нейропротекция, качество жизни, трудоспособный возраст

Проблема терапии инсульта не теряет своей актуальности. Известно, что в РФ инсульт поражает около 450 000 человек ежегодно. При этом увеличивается заболеваемость лиц трудоспособного возраста. Инсульт занимает второе место в структуре общей смертности населения, уступая кардиальной патологии.

При развитии ишемического инсульта уменьшение кровотока вызывает гибель нейронов в центре инфаркта и формирование ишемической полутени — пенумбры, которая содержит в себе жизнеспособные клетки. Вторичное повреждение этой области мозга через 3–4 ч способно расширить зону инфаркта, вызвав необратимые повреждения церебральных структур. Вероятно, именно в эти часы лечение наиболее эффективно.

Одним из звеньев патогенетической терапии является нейропротекция. Для первичной нейропротекции применяют препараты, способные быстро прервать глутамат-кальциевый каскад. Вторичная нейропротекция представляет собой, прежде всего, антиоксидантное воздействие.

Показано, что препарат мексидол обладает уникальным комплексом саногенетических механизмов [5]. Он способен оказывать антиоксидантное, антигипоксантное, мембранопротекторное, церебропротекторное, транквилизирующее, антистрессовое, вегетотропное, ноотропное, противосудорожное воздействие. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение влияния мексидола на течение острого периода инсульта у трудоспособных лиц.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 35 больных острым ишемическим инсультом (40–55 лет; 7 женщин, 28 мужчин).

Группу сравнения составили 18 больных (14 мужчин и 4 женщины), получавших традиционную терапию инсульта без мексидола. В большинстве случаев (у 31) ведущим фактором риска развития инсульта явилась артериальная гипертензия. Критерии включения пациентов в исследование: возраст до 55 лет, отсутствие грубых интеллектуально-мнестических и речевых расстройств, ишемический характер инсульта. Критерии исключения: наличие иной патологии головного мозга, по данным нейровизуализации (компьютерная томография), наличие онкологических заболеваний, черепно-мозговая травма за 6 мес и менее до развития острого нарушения мозгового кровообращения, хронический алкоголизм, геморрагический характер инсульта. Стационарное лечение проводили в соответствии с общепринятыми медицинскими стандартами. Среднее пребывание в нейрососудистом отделении — 17,5 сут. В дальнейшем все больные направлялись на лечение в профильное отделение курорта Усть-Качка. Пациентов госпитализировали в первые 2–3 ч развития инсульта. Мексидол назначали в первый час пребывания в отделении в дозе 4 мл внутримышечно один раз в день (10 инъекций). В последующем переводили на таблетированные формы препарата (0,25 г 2 раза в день).

Клинический метод исследования включал в себя изучение факторов риска развития заболевания, особенностей его течения. Состояние больных в начале лечения и после него оценивали по шкале Бартела и шкале степени тяжести инсульта американского института неврологических расстройств и инсульта NIH-NINDS (National Institute of Health — National Institute of Neurological Disorders and Stroke). Индекс Бартела основан на оценке 10 функций с учетом

степени их выполняемости больным от полностью независимо выполняемых до полностью зависимых от посторонней помощи. Максимальная оценка — 100 баллов. Чем выше индекс Бартела, тем лучше состояние пациента. В соответствии со шкалой NIH-NINDS проводили анализ 14 признаков заболевания. Максимальная оценка — 33 балла. Чем выше балл, тем хуже клиническое состояние больного. Кроме того, изучали эмоциональную сферу с помощью шкалы реактивной и личностной тревожности (по Спилбергу и Ханину), депрессии (по вопросу Бека) и обследование по вопросу качества жизни. Качество жизни считалось нормальным при показателе выше -2, низким — при показателе от -7 до -2, очень низким — от -12 до -7. Статистическую обработку результатов проводили с использованием параметрических и непараметрических методов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При поступлении в отделение состояние пациентов оценивалось как “средней тяжести”. Неврологический дефицит выражался в виде парезов легкой и средней тяжести, атактического синдрома, дизартрии, псевдобульбарного синдрома. При этом индекс Бартела был равен 43.33 ± 4.40 , оценка по шкале NIH-NINDS — 6.88 ± 1.50 . Ишемический очаг локализовался у 20 пациентов в правом полушарии, у 9 — в левом полушарии, у 6 — в стволе головного мозга. Комплексное лечение больных, включавшее в себя терапию мексидолом, вызвало к концу пребывания в стационаре объективное улучшение состояния (оценка по шкале Бартела — 63.33 ± 5.60). В группе сравнения этот индекс был достоверно меньше (55.70 ± 7.13). В соответствии со шкалой NIH-NINDS, состояние пациентов, получавших мексидол, оценивалось в 3.59 ± 1.27 балла (достоверно ниже показателя до лечения) и было меньше этого показателя у больных группы сравнения (4.01 ± 1.70). Таким образом, регресс неврологической симптоматики наступал быстрее в группе пациентов, принимавших мексидол. Это обусловлено нейропротекторным, антиоксидантным воздействием препарата, улучшающим метаболические процессы головного мозга.

Нейропсихологическое исследование было проведено в первые 2 дня пребывания пациентов в стационаре. В соответствии с тестом Спилберга и Ханина реактивная (ситуационная) тревожность — уровень тревожности в данный момент — характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Уровень реактивной

тревожности у больных с инсультом в начале лечения составлял 51.42 ± 4.70 балла. На фоне лечения мексидолом к концу пребывания в отделении он уменьшился до 39.14 ± 3.15 балла. При этом у пациентов группы сравнения, не получавших мексидол, этот показатель был выше (41.66 ± 5.12 балла).

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. В начале лечения трудоспособных пациентов уровень личностной тревожности составлял 42.28 ± 7.80 балла. Комплексное лечение привело к уменьшению этого показателя в обеих группах наблюдения, причем у больных, принимавших мексидол, он был ниже (34.42 ± 4.12) по сравнению с пациентами, получавшими традиционную терапию (36.83 ± 3.41 балла).

Исследование по вопросу Бека в начале заболевания позволило выявить выраженную депрессию у пациентов (21.86 ± 5.12 балла). На фоне терапии мексидолом этот показатель снизился до 15.85 ± 3.45 (легкая депрессия), в то время как у остальных больных этот показатель был равен 17.12 ± 3.14 балла (умеренная депрессия). Выраженность депрессии в остром периоде ишемического инсульта, по нашим наблюдениям, не зависит от его локализации и пола пациентов. Депрессия в этот период имеет тревожный характер. Уменьшения тревожности и депрессивных проявлений к концу пребывания в стационаре наиболее отчетливы у пациентов, получавших мексидол, что подтверждает его транквилизирующее и антистрессорное действие.

У 24 больных изучено качество жизни в первые 3 дня пребывания в стационаре и перед выпиской из него. В начале лечения качество жизни оценивалось как очень низкое (7.57 ± 2.30 балла). У 17 больных, получавших мексидол, перед выпиской из отделения качество жизни достоверно улучшилось (3.16 ± 0.87 балла). У 7 больных, терапию которых проводили по общепринятой схеме, качество жизни также улучшилось, достоверно отличаясь от результатов первичного обследования, но абсолютное его значение уменьшилось по сравнению с соответствующим показателем другой группы (4.50 ± 1.17 балла).

Таким образом, мексидол является эффективным средством лечения острого периода инсульта у молодых пациентов. Он может применяться в комплексном лечении ишемического церебрального инсульта. Включение в схему комплексной дифференцированной терапии ишемического инсульта мексидола способствует бо-

лее быстрой реабилитации пациентов. Мексидол оказывает ноотропное, антигипоксическое и противоишемическое воздействие, что подтверждено более быстрым и более полным восстановлением неврологического дефицита у пациентов, получавших препарат в остром периоде ишемического инсульта. Мексидол снижает тревожность, уменьшая депрессию в остром периоде ишемического инсульта у трудоспособных пациентов обоих полов, независимо от локализации патологического процесса в головном мозге. Качество жизни при комплексной реабилитации больных в остром периоде ишемического инсульта на фоне терапии мексидолом повышается быстрее.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воронина Т.А.* Отечественный препарат нового поколения мексидол — основные эффекты, механизм действия, применение. Методические рекомендации. М., 2005.
2. *Гусев Е.И., Скворцова В.И.* Ишемическая болезнь мозга. М., 2001.
3. *Опросник качества жизни // Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / Под ред. А.Н.Беловой, О.Н.Щепетовой.* М., 1998.
4. *Психологические тесты / Под ред. А.А.Карелина.* М., 2003.
5. *Федин А.И., Румянцева С.А.* Применение антиоксиданта мексидол у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Методические рекомендации. М., 2002.

