

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА “МЕКСИДОЛ” У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ

В.И.Серегин

Неврологическое отделение ЦРБ г. Скопинска, Рязанская область

Применение препарата “Мексидол” при лечении больных с ишемическим инсультом в остром периоде позволяет достичь быстрого регресса неврологического дефицита, сократить общемозговую симптоматику и когнитивные нарушения. Препарат не вызывает серьезных побочных реакций, выраженность его терапевтического действия зависит от исходного состояния больных, дозы и способа введения.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, неврологическая симптоматика, когнитивные нарушения, мексидол

В России инсульт занимает 2-е место в структуре общей смертности населения и является основной причиной стойкой утраты трудоспособности: примерно 20% больных, перенесших данное заболевание, становятся инвалидами и нуждаются в посторонней помощи. Преобладают ишемические поражения мозга. Эта проблема остается актуальной и для Скопинского района Рязанской области, где с середины 1990-х гг. количество больных с острым инсультом постоянно увеличивается.

С 2000 г. под руководством Российской Национальной ассоциации по борьбе с инсультом в Скопинском районе началось эпидемиологическое исследование инсульта. В неврологическое отделение были госпитализированы 66% больных с мозговым инсультом, заболеваемость составила 8 случаев на 1000 чел., летальность — 31%, смертность на 1000 чел. — 2. К 2005 г. количество инсультов увеличилось почти в 10 раз по сравнению с показателем 1980 г. и в 5 раз — с 1995 г. В последние годы изменилось соотношение больных, находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении ЦРБ г. Скопинска: до 1999 г. преобладали пациенты с остеохондрозом позвоночника, а с 1999 г. — с острой недостаточностью мозгового кровообращения.

Ранняя госпитализация больных с острым инсультом является одним из основных факторов, способствующих благоприятному исходу. Необходимо разработать комплексное лечение

больных данной категории, направленное на поддержание всех жизненно важных функций организма.

Выделяют два основных направления патогенетической терапии ишемического инсульта: реперфузию (воздействие на 1-й этап каскада) и нейропротекторную терапию (воздействие на 2-8-й этапы).

Процесс церебральной ишемии всегда индивидуален, особенности его течения определяются фоновым (до инсульта) состоянием метаболизма мозга, в том числе его энергетическими потребностями, а также статусом и реактивностью нейроиммуноэндокринной системы человека. Патогенез повреждения церебральных структур при сосудистых ишемических поражениях головного мозга обусловлен снижением уровня содержания кислорода в артериальной крови и токсическим воздействием интермедиатов недоокисленного кислорода (оксидантным стрессом) [3]. Результатами подобных гипоксически-ишемических расстройств являются развитие первичной и прогрессирование вторичной церебральной ишемии, формирование лакунарных инфарктов и увеличение зон ишемии.

Главной причиной негативных последствий даже кратковременной ишемии и гипоксии является образование при неполном восстановлении кислорода высокореактивных и поэтому токсичных свободных радикалов или продуктов, их генерирующих. Результаты клинических исследований свидетельствуют о необходимости

проведения ранней (в пределах “терапевтического окна”) комбинированной патогенетической терапии ишемического инсульта.

Целью исследования являлось изучение эффективности комбинированного применения мексидола и глиатилина в остром периоде ишемического инсульта и его влияния на функциональный исход.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В рандомизированном исследовании изучали эффективность лечебного воздействия отечественного препарата “Мексидол” на функциональный исход и инвалидизацию больных с диагнозом “острый ишемический инсульт”, госпитализированных в ЦРБ г. Скопинска. Диагноз “ишемический инсульт” с локализацией в каротидном и в вертебробазилярном бассейне был поставлен на основании развития острого очагового дефекта неврологических функций цереброваскулярного происхождения, длившегося не менее 24 ч. Больные (292 человека) были рандомизированы на две группы: основную (157 пациентов) и контрольную (135 пациентов). Прогностические факторы пациентов обеих групп были сопоставимы. Неблагоприятным исходом считалась смерть больного или выраженная степень инвалидизации (уровень инвалидизации по индексу Бартеля менее 70 или 5–6-й уровень инвалидизации по шкале Ранкина).

Всем больным проводилось стандартное обследование, которое включало исследование соматического статуса, стандартные клинико-биохимические исследования, общий анализ крови и мочи, осмотр глазного дна, ЭКГ, оценку уровня расстройства сознания по шкале Глазго (пределы колебаний — от 3 до 15 баллов) и Скандинавской шкале инсульта, NIH, оригинальной шкале [3], оценку функционального состояния больного (по индексу Бартеля), рентгенографию органов грудной клетки и черепа, ядерно-магнитный резонанс и доплерографию головного мозга (не ранее чем через 14 сут).

В исследование не включали пациентов с повторным инсультом, онкологическими заболеваниями, а также госпитализированных позже чем через 24 ч после развития инсульта.

Пациенты основной и контрольной групп были сопоставимы по возрасту и полу, локализации и тяжести сосудистого поражения. При поступлении больные внутри каждой группы были разделены на три подгруппы: в 1-ю вошли пациенты с каротидным ишемическим инсультом тяжелой степени, во 2-ю — с каротид-

ным ишемическим инсультом средней степени тяжести, в 3-ю — с каротидным ишемическим инсультом легкой степени тяжести.

Пациентам основной группы на фоне базисной терапии, гипотензивных препаратов, дезагрегантов, антиагрегантов, которые получали больные контрольной группы, назначали мексидол (по 4.0 мл — 2 ампулы — внутривенно в физиологическом растворе 2 раза в сутки в течение 10–15 дней, далее *per os* 0.125 г 3 раза в сутки в течение 30 дней) и глиатилин (холина альфосцерат, по 1.0 г в течение 9 дней).

Основными конечными точками, используемыми для оценки эффективности лечения, считали дискретные исходы инсульта (благоприятный или неблагоприятный), определяемые по модифицированным шкалам Бартеля и Ранкина (в случае смерти — наихудший показатель). Неблагоприятным исходом считалась смерть больного или выраженная степень инвалидизации (уровень инвалидизации по индексу Бартеля <70 или 6-й уровень инвалидизации по шкале Ранкина). Благоприятным считался исход, при котором больной оставался жив и уровень его инвалидизации по индексу Бартеля был более 70 или от 0 до 5 по шкале Ранкина. Побочные действия учитывались у каждого пациента, участвовавшего в исследовании.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Летальность больных контрольной группы 1-й подгруппы (ишемический инсульт тяжелой степени) составляла 41.5%, а в основной — 27.1%. В постоянном уходе нуждались 62.7% пациентов контрольной и 50.9% больных основной группы. Нарушения средней тяжести по окончании терапии оставались у 7.0% пациентов контрольной группы. Умеренные нарушения, ограничивающие независимость пациентов, зарегистрированы в 13.6% случаев в основной группе, у больных контрольной нарушения были более выражены.

В коме (4–8 баллов по шкале Глазго) поступили 6 пациентов основной группы (1 летальный исход, 25%) и 4 больных контрольной (летальность — 100%). Сознание по шкале Глазго было оценено в 9–12 баллов у 15 пациентов основной группы (летальность — 35%) и у 23 контрольной (летальность — 80%). Летальность среди больных, у которых расстройство сознания при поступлении было оценено в 13–14 баллов, в основной группе составила 33.3%, а в контрольной — 60%. Летальность среди пациентов с сознанием по шкале Глазго в 15 баллов в ос-

новной и контрольной группах составила 5.9 и 7.7% соответственно.

Совместное применение мексидола и глиатилина способствовало выживанию больных с каротидным ишемическим инсультом тяжелой степени, оказывало выраженное побуждающее действие при расстройстве сознания и позволяло сократить нежелательные последствия инсульта (неврологический статус, степень инвалидизации).

Во 2-й подгруппе (больные с каротидным ишемическим инсультом средней степени тяжести) летальных исходов зарегистрировано не было. В постоянном уходе нуждались 6.5% больных в контрольной и 0.39% в основной группах. Нарушения средней тяжести отмечены у 45.1% пациентов контрольной группы и у 33.3% основной, умеренные — у 35.5% и 33.9% больных соответственно. По шкале Ранкина по 2 балла (наличие нарушений, ведущих к ограничениям в повседневной жизни) получили 23.07% больных контрольной и 9.7% основной группы. Минимальная симптоматика была зарегистрирована в 3.2% и 2.6% случаев соответственно. Без симптомов в основной группе оказалось 2.6% пациентов, в контрольной больных с таким показателем не было.

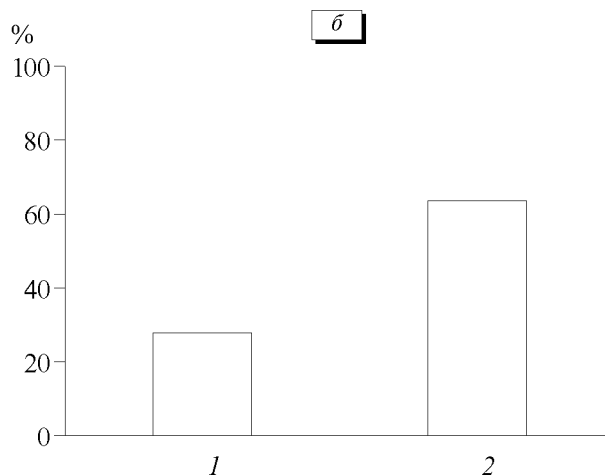
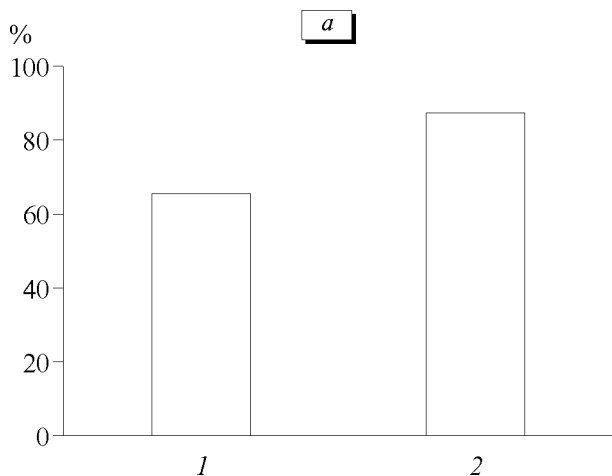
В 3-й подгруппе больных (каротидный ишемический инсульт легкой степени) основной группы был 51 пациент, в контрольной — 59 больных. Летальных исходов не зарегистрировано. В постоянном уходе не нуждался ни один пациент. У поступивших в первые 6 ч показатели были лучше. Симптомов не отмечалось (0 баллов по шкале Ранкина) среди поступивших в первые 6 ч после инсульта у 42% боль-

ных из основной группы и у 28% из контрольной, а из госпитализированных в течение 24 ч у 25 и 27% пациентов соответственно. Минимальные симптомы (1 балл по шкале Ранкина) в основной группе отмечены у 26% больных, поступивших в первые 6 ч, и у 29%, госпитализированных в первые сутки. В контрольной группе данный показатель зарегистрирован в 10 и 27% случаях соответственно. Таким образом, лучший исход наблюдался у больных, получавших мексидол и госпитализированных не позднее чем через 6 ч после развития инсульта.

При раннем применении мексидола и глиатилина у больных с острым ишемическим инсультом наблюдалась тенденция к улучшению неврологических функций и состояния. Летальность в основной группе составила 11.4%, в контрольной — 19.5%.

По завершении курса лечения жалоб на головные боли (частота и интенсивность) и головокружение стало меньше, отмечена положительная динамика уровня сознания (по шкале Глазго), улучшилось общее самочувствие, нормализовался сон, повысилась работоспособность (регресс утомляемости). Достоверно сократились когнитивные нарушения, улучшилась память, повысился уровень бодрствования (шкала Глазго), увеличилась сила в парализованных конечностях.

Мексидол в комбинации с глиатилином хорошо переносился больными, их совместное применение не сопровождалось серьезными побочными реакциями, что позволяет сделать вывод об эффективности использования такой комбинации в остром периоде инсульта (особенно в период “терапевтического окна” и при внутривенном способе введения). Существенно



Эффективность лечения мексидолом больных с ишемическим инсультом.

1 — основная группа, 2 — контрольная группа. а — жалобы на головную боль, б — улучшение когнитивных функций.

сократились общемозговая и очаговая симптоматика, число когнитивных нарушений, улучшилась память (рисунок).

После курса лечения мексидолом в комбинации с глиатилином улучшилось самочувствие больных: уменьшились интенсивность головной боли, утомляемость, улучшились общее состояние пациентов, память, сон, наблюдалась положительная динамика когнитивных функций, более устойчивой становилась эмоциональная реакция.

Таким образом, пациентам с ишемическим инсультом тяжелой степени целесообразно назначать вместе с мексидолом глиатилин: при совместном применении этих препаратов удается обеспечить стабильное течение заболевания, позитивное влияние на когнитивные и мнестические функции головного мозга, стимулировать сознание, устранить неврологическую симптоматику.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Власов В.В.* Введение в доказательную медицину. М., 2001.
2. *Воронина Т.А.* Мексидол. Основные эффекты, механизмы действия, применение. М., 2002.
3. *Гусев Е.И., Скворцова В.И.* Ишемия головного мозга. М., 2001.
4. *Миронов Н.В., Шмырев В.И., Миронов И.Н., Горяйнова И.И.* Антиоксидантная терапия препаратом мексидол в лечении острой стадии ишемического инсульта. Методические рекомендации. М., 2002.
5. *Неотложные состояния в неврологии.* Труды всероссийского рабочего совещания неврологов России / Под ред. Н.В.Верещагина и др. Орел, 2002.
6. *Применение антиоксиданта "Мексидол" у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения.* Методические рекомендации Российского Государственного медицинского университета. М., 2002.
7. *Флетчер Р.* Клиническая эпидемиология. М., 1998.

