

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА “МЕКСИДОЛ®” ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Н.И.Карпикова, А.А.Петерюхина

ФГУЗ Центральная медико-санитарная часть № 50, Саров

Представлены результаты трехлетнего наблюдения за больными 30-79-лет с заболеваниями сосудов головного мозга. Выявлена высокая эффективность препарата “Мексидол®” при амбулаторном лечении больных с данной патологией.

Ключевые слова: *сосуды головного мозга, амбулаторное лечение, мексидол*

Поражения сосудов головного мозга являются актуальной неврологической проблемой. Пациенты с такой патологией составляют до 20% неврологических больных, 23% из них перенесли мозговую инсульт. Инвалидизация после инсульта составляет 3.2 на 10 000 населения, к труду возвращаются 20.2% работавших, а полная профессиональная реабилитация, по некоторым данным, достигается в 3-8% случаев [1]. По этой причине создание и апробация новых лекарственных средств, улучшающих мозговой метаболизм и кровоснабжение головного мозга, благоприятно влияющих на микроциркуляцию и реологические свойства крови, уменьшающих агрегацию тромбоцитов, обладающих гиполипидемическим, антигипоксическим, ноотропным действием, способных повышать резистентность организма к воздействию разных повреждающих факторов, к кислородзависимым состояниям (шок, гипоксия, ишемия, нарушения мозгового кровообращения) имеют огромное значение. Таким препаратом является “Мексидол”.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании участвовали 82 научных сотрудника ВНИИЭФ разных возрастных групп (30-39 лет — 4 человека, 40-49 лет — 26, 50-59 лет — 31, 60-69 лет — 19, 70-79 лет — 2 человека). Наблюдение продолжалось в течение 3 лет. До и после лечения регистрировались жалобы больных, неврологический статус, измерялось артериальное давление (АД), проводилась РЭГ по общепринятой методике.

Участники исследования имели следующие диагнозы: “остаточные явления инсульта” — 25 человек (30%), “дисциркуляторная энцефалопатия” — 17 человек (21%), “гипертоническая болезнь” — 9 человек (11%), “церебральная ангиодистония” — 31 пациент (38%). В течение 14 дней “Мексидол®” по 100 мг в сутки вводили внутривенно струйно, затем в той же дозе внутримышечно в течение следующих 2 нед.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Самыми распространенными были жалобы на головные боли — 53 случая (65%), головокружения — 32 (39%), подъемы АД — 33 (40%), ухудшение памяти и внимания — 27 (33%), шаткую походку — 11 (13.4%), у одного участника исследования двоилось в глазах (1.2%). Слабость и быструю утомляемость отмечали 4 пациента (4.9%), шум в ушах — 4 (4.9%), онемение конечностей — 2 (2.4%).

Головные боли были разнообразны по характеру, интенсивности, локализации. Больные с гипертонической болезнью жаловались на периодические давящие тупые головные боли в утренние часы или к вечеру в затылочной области, обычно ослабевающие в середине дня, или на боли пульсирующего характера в теменной области, ощущение тяжести в лобных и височных отделах головы к вечеру. Боли усиливались при физической нагрузке, умственном напряжении, при перепадах атмосферного давления.

У больных с церебральной ангиодистонией головные боли локализовались в височной, лоб-

Результаты РЭГ у пациентов, получавших мексидол

Время наблюдения	Реографический индекс		Коэффициент асимметрии	
	в полушарных сосудах головного мозга	в регионарных сосудах головного мозга	в полушарных сосудах головного мозга	в регионарных сосудах головного мозга
До лечения	0.61-0.72	0.48-0.54	9	8
После лечения	0.87-0.94	0.68-0.85	3	5

но-височной или височно-теменной областях, возникали в разное время суток, чаще к вечеру, имели ломящий, тупой, ноющий характер.

У пациентов с остаточными явлениями инсульта и дисциркуляторными энцефалопатиями головные боли носили ноющий, давящий характер, отмечались чаще утром или к вечеру, провоцировались переутомлением, эмоциональным напряжением, перепадами атмосферного давления.

Головокружения носили несистемный характер.

По окончании курса лечения головные боли прошли у 45%, уменьшились (стали менее выраженными и редкими) у 51% пациентов. Изменений не наблюдалось у 2 больных (3.8%).

Головокружения прошли у 47% и уменьшились у 31% (стали менее выраженными) пациентов, изменений не произошло у 7 человек (22%).

Память улучшилась у 30% пациентов, походка стабилизировалась у всех жаловавшихся на ее нарушение. Двоение в глазах, имевшее место у одного больного с остаточными явлениями инсульта в вертебробазиллярном бассейне, после лечения прошло.

Аллергическая реакция наблюдалась у одной пациентки (резь в глазах).

В одном случае наблюдалось ухудшение состояния. Больного (51 год) с диагнозом “остаточные явления инсульта в вертебробазиллярном бассейне” и “гипотиреоз” беспокоили сла-

бость, повышенная утомляемость, сонливость. Пациент принимал Л-тироксин. После нескольких инъекций мексидола усилилась слабость. Возможно, это состояние связано с применением “Мексидола®” на фоне Л-тироксина. Состояние пациента не улучшалось при лечении и другими препаратами.

Представлены данные РЭГ (таблица).

В 90% случаев (у 74 пациентов) после лечения мексидолом увеличился реографический индекс и снизился коэффициент асимметрии сосудов головного мозга, что объективно подтверждает улучшение мозгового кровообращения.

“Мексидол®” в качестве монотерапии назначали 67 больным (82%), в сочетании с гипотензивными средствами — 7 (8.5%), с ноотропами — 5 (6%), по одному пациенту данный препарат получали с троксевазином, кокарбоксылазой и витамином В₁₂ (1.2% в каждом случае).

Таким образом, по данным нашего обследования можно заключить, что препарат “Мексидол®” является высокоэффективным средством, улучшающим кровоснабжение, микроциркуляцию головного мозга, мозговой метаболизм и является препаратом первого выбора при лечении больных с заболеваниями сосудов головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гехт А.Б. // Леч. нервн. бол. 2002. № 1. С. 23.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА “МЕКСИДОЛ” В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ПАРЦИАЛЬНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

А.Г.Коротков

НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО РЖД, Саратов

Представлены результаты клинического исследования, в которое вошли пациенты с фармакорезистентной парциальной эпилепсией, на госпитальном этапе лечения и затем в амбулаторных условиях получавшие препарат “Мексидол”. Зарегистрировано сокращение случаев эпилептических пароксизмов всех типов. Эффект сохранялся в течение 3 мес после окончания приема препарата. Снижение пароксизмальной активности подтверждено данными электроэнцефалографии.

Ключевые слова: эпилепсия, фармакорезистентность, биоэлектрическая активность мозга, мексидол

В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении больных эпилепсией. Однако резистентность к противоэпилептической терапии составляет 35%. Наибольшие трудности связаны с лечением больных с парциальными органическими формами эпилепсии (криптогенные и симптоматические). Большую часть пациентов с фармакорезистентной эпилепсией составляют больные с лобными и височными формами заболевания. Такая локализация очага встречается не менее чем в 50-60% случаев эпилепсии у взрослых [1,2].

Изучение фармакорезистентности височной (ВЭ) и лобной эпилепсии (ЛЭ) в современной неврологии является весьма актуальным. Эти формы заболевания характеризуются прогрессированием изменений личности и снижением когнитивных функций. При ВЭ наиболее часто возникают психические расстройства депрессивного типа, особенно в интериктальном периоде, что нарушает социальную адаптацию больных. Особую опасность представляют суициды в этой группе пациентов: риск суицидального исхода у больных ВЭ в 20-25 раз выше, чем в общей популяции [4].

Наиболее часто при ЛЭ и ВЭ развиваются эпилептические психозы [5]. Известны также случаи сочетания приступов и псевдоприпадков у больных ЛЭ, что нередко приводит к труднос-

тям дифференциально-диагностического и терапевтического характера. Особую группу составляют больные с серийным возникновением эпилептических приступов, прежде всего сложных парциальных и вторично-генерализованных [1]. При таком характере приступов значительно возрастает вероятность развития эпилептического статуса.

Целью исследования явилась оценка эффективности препарата “Мексидол” в комплексном лечении больных с лобной и височной фармакорезистентной эпилепсией.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Критериями включения больных в исследование явились верификация диагноза ЛЭ и ВЭ с обязательным использованием ЭЭГ-мониторирования (4-8 ч бодрствования, ночного сна) и МРТ головного мозга, а также наличие терапевтической резистентности к битерапии, проводимой базовыми антиэпилептическими препаратами (карбамазепин+вальпроат, ламотриджин+карбамазепин) в адекватных суточных дозировках.

В исследование включены больные с диагнозом “симптоматическая парциальная эпилепсия” — у 16 пациентов, “криптогенная парциальная эпилепсия” — у 9. ЛЭ диагностирована в 8 случаях, ВЭ — в 17.

Средний возраст больных составил 22.4 года. В исследуемой группе преобладали лица с большой длительностью заболевания (до 5 лет — 6 человек, до 10 лет — 16, более 20 лет — 3 человека). В большинстве случаев дебют заболевания отмечался в возрасте до 20 лет (15 пациентов). Среди наблюдаемых больных преобладали пациенты с частыми приступами (в среднем — 8.6 в месяц). У 18 человек частота приступов находилась в диапазоне от 12 до 30 случаев в месяц. Все пациенты регулярно принимали 2 антиконвульсанта не менее 3 мес, что подтверждает терапевтическую резистентность эпилепсии у этих больных. Основными видами эпилептических приступов явились сочетания простых парциальных и вторично-генерализованных (17 человек — 68%), простых парциальных и сложных парциальных (18 человек — 72%). Таким образом, клиническая структура приступов характеризовалась полиморфизмом. У подавляющего большинства больных наблюдалось сочетание нескольких видов парциальных эпилептических приступов.

Мексидол назначался в качестве средства дополнительной терапии к антиконвульсантам, принимаемым больными, и в условиях неврологического стационара вводился в дозе 200 мг (4 мл) внутривенно капельно на 200 мл изотонического раствора NaCl ежедневно в течение 10 дней. Далее переходили на пероральный прием мексидола по 125 мг 3 раза в сутки в течение 4 нед.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Через 1 мес приема мексидола сокращалась частота всех видов эпилептических приступов (табл. 1). Наиболее важным явилось снижение частоты вторично-генерализованных судорожных припадков. Различия с показателями до лечения мексидолом становились статистически значимыми через 1 мес и сохранялись после 3 мес комбинированной терапии. Очевидно, что преимущественное влияние данного пре-

парата на вторично-генерализованные приступы обусловило эффективность его воздействия на другие парциальные приступы. Через 1 мес комбинированной терапии с мексидолом наблюдалось статистически значимое снижение частоты возникновения сложных парциальных приступов, после чего различия становились менее существенными.

Проанализирована степень прекращения приступов в разные сроки терапии (сравнивали долю пациентов, у которых частота приступов в месяц сокращалась более чем и менее чем на 50%). Наблюдались больные с фармакорезистентными формами парциальной органической эпилепсии. Результаты свидетельствуют о достаточно высокой эффективности препарата при разных типах эпилептических приступов во время его приема и не менее чем в течение месяца после окончания терапии (табл. 2). Несомненным явилось положительное действие мексидола на сложные парциальные припадки: в этой группе больных эффект был наиболее стойким. В целом тип эпилептических приступов имел значение только на начальных этапах терапии: по мере продолжения приема препарата снижалась частота всех видов парциальных эпилептических приступов (простых и сложных парциальных, вторично-генерализованных).

Количественный анализ показателей ЭЭГ-мониторирования в исследовании не проводился. Наблюдалась динамика качественных показателей биоэлектрической активности головного мозга на фоне приема мексидола. Перед началом комбинированной терапии у 4 больных ЛЭ при проведении ЭЭГ-мониторирования регистрировалась вторичная билатеральная синхронизация спайковых разрядов из лобных отведений. Контроль продолженной записи ЭЭГ через 3-4 мес выявил отсутствие изменений у 2 пациентов. Диффузная эпилептиформная активность при проведении функциональных нагрузок или записи ЭЭГ сна выявлялась перед назначением мексидола у 8 больных. ЭЭГ-контроль через 3-4 мес после завершения приема препарата вы-

Таблица 1. Средняя частота эпилептических приступов в месяц до и после назначения препарата "Мексидол"

Тип приступа	До назначения	После 1 мес	После 3 мес
Простые парциальные	8.2±3.1	5.1±2.2*	6.4±1.6*
Сложные парциальные	6.8±1.2	3.8±1.8*	4.8±0.8*
Вторично-генерализованные	4.8±1.4	2.2±1.9*	3.1±1.4*
Все приступы	13.6±0.8	8.2±0.6*	10.1±0.2*

Примечание. * $p < 0.05$ разница статистически достоверна.

Таблица 2. Эффективность препарата “Мексидол” при разных типах эпилептических приступов

Срок лечения	Тип приступа	Снижение частоты приступов в месяц, %	
		менее 50%	более 50%
1 мес	Простые парциальные	12 (3)	28 (7)
	Сложные парциальные	36 (9)	32 (8)
	Вторично-генерализованные	44 (11)	28 (7)
2 мес	Простые парциальные	12 (3)	20 (5)
	Сложные парциальные	44 (11)	24 (6)
	Вторично-генерализованные	36 (9)	6 (4)

Примечание. В скобках — количество пациентов.

явил диффузную эпилептиформную активность, инициированную из лобно-височных областей лишь у 5 пациентов. Следует отметить, что фокальное замедление в височных отведениях ЭЭГ у больных ВЭ сохранялось и после завершения приема мексидола. На наш взгляд, определение влияния мексидола на электрическую активность головного мозга требует дальнейшего и более тщательного изучения.

Таким образом, комбинированное назначение мексидола и антиконвульсантов оказывает противэпилептический эффект у больных с парциальными органическими формами эпилепсии (симптоматической, криптогенной). Данный препарат можно рекомендовать в качестве средства дополнительной терапии больных с частыми парциальными и вторично-генерализованными су-

дорожными приступами. Использование мексидола способствует улучшению биоэлектрической активности головного мозга у больных ЛЭ и ВЭ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакян Г.Н. // Материалы Международной конференции “Эпилепсия: медико-социальные аспекты, диагностика и лечение”. М., 2005. С. 46-54.
2. Пенфильд У., Эрикссон Т. Эпилепсия и мозговая локализация. М., 1949.
3. Тактика ведения и дополнительные возможности терапии больных эпилепсией (пособие для врачей) / Под ред. Е.И.Гусева. М., 2005.
4. Blumer D. // Harv. Rev. Psychiatry. 2000. Vol. 8, N 1. P. 8-17.
5. Jokeit H., Ebner A. The risk of cognitive decline in patients with refractory temporal lobe epilepsy. Cambridge, 2002. P. 152-163.