

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕКСИДОЛА ПРИ КУПИРОВАНИИ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

О.В.Кашичкина, Н.А.Кригер

Саратовская областная психиатрическая больница Святой Софии

Мексидол применяли при лечении разных вариантов алкогольного абстинентного синдрома. Благодаря выраженным вегетостабилизирующему и седативному эффектам терапия мексидолом была эффективнее комплексной традиционной терапии при снятии нейровегетативных и психопатологических проявлений.

Ключевые слова: *алкоголизм, абстинентный синдром, мексидол*

Алкогольная ситуация в России характеризуется высоким уровнем потребления алкоголя на душу населения и широкой распространенностью разнообразной патологии, причинно связанной с этанолом. В Саратовской области заболеваемость алкоголизмом в 2004 г. составила 1177.5 случаев на 100 000 населения.

Современная медикаментозная терапия алкогольной зависимости строится на принципе комплексного подхода к лечению. Одной из основных терапевтических мишеней при алкоголизме являются соматоневрологические нарушения, связанные с токсическим действием алкоголя, которое приводит к деструктивно-дистрофическим изменениям мозговых структур и к нарушению обмена веществ в ЦНС. В этих случаях первостепенное значение приобретает назначение препаратов с ноотропной активностью. Их применяют на всех этапах лечения алкогольной зависимости: для купирования проявлений алкогольного абстинентного синдрома (ААС), в постабстинентном периоде и в ремиссии.

Целью настоящего исследования явилось изучение терапевтической эффективности мексидола при купировании разных вариантов ААС.

Мексидол является антигипоксантом с ноотропными, анксиолитическими и антиоксидантными свойствами, обладает выраженным транквилизирующим, вегетотропным и противосудорожным действием.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 50 женщин, больных алкоголизмом, в состоянии ААС, про-

ходившие стационарный курс лечения в общем женском отделении Саратовской областной психиатрической больницы Святой Софии. Возраст больных — 24-52 года, в среднем — 37.5 года.

Из исследования исключали пациенток в острых психотических состояниях, с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения и больных, у которых алкоголизм сочетался с другими видами зависимости и которые имели в анамнезе гиперчувствительность к препарату.

У всех пациенток была констатирована клиническая картина второй стадии алкоголизма. Это подтверждали клинические проявления: первичное патологическое влечение к алкоголю, утрата количественного контроля, высокая толерантность к алкоголю, сформировавшийся ААС. Кроме того, у них отмечали изменения личности: заострение преморбидных особенностей, среди которых преобладали черты неустойчивости, астеничности; реже встречались черты шизоидности, истеровозбудимости, эпилептоидности.

Длительность заболевания у исследуемых больных составляла 4-27 лет, в среднем — 15.5 года. Степень тяжести абстинентного состояния была расценена у 35 больных (70%) как средняя, у 15 больных (30%) — как тяжелая. У 44 пациенток (88%) темп прогрессивности заболевания был квалифицирован как средний, у 6 пациенток (12%) — как высокий. У 45 больных (90%) отмечена периодическая форма злоупотребления алкоголем, у 5 больных (10%) — постоянная на фоне высокой толерантности.

Первично госпитализированные больные составили 70% (35 пациенток), повторно госпитализированные — 30% (15 пациенток).

Исследование начинали в 1-е сутки после отмены алкоголя.

Основными методами исследования явились клинико-психопатологический, оценки по шкалам состояния отмены алкоголя (CIWA-Ag) и общего клинического впечатления (CGI).

Все пациентки были разделены на две группы (основную и контрольную) по 25 женщин. По основным клинико-динамическим и социально-демографическим показателям группы не различались. Больных обследовали до начала терапии, затем в течение 3 сут дважды в день, затем на 5, 10 и 21-е сутки терапии.

В структуре ААС у больных были выделены четыре клинических варианта (табл. 1). Нейровегетативный вариант характеризовался плохим сном, астенией, вялостью, потливостью, отечностью лица, плохим аппетитом, жаждой, сухостью во рту, повышением или понижением артериального давления, тахикардией, тремором пальцев рук. При церебральном варианте ААС нейровегетативные нарушения сопровождались сильной головной болью с тошнотой, головокружением, гиперактузией, резким вздрагиванием, обмороками, эпилептиформными припадками. При висцеральном (соматическом) варианте преобладали боли в животе, тошнота, рвота, метеоризм, жидкий стул, субиктеричность склер, стенокардия, нарушения сердечного ритма, одышка. В случае психопатологического варианта ААС присутствовали значительно выраженные психические расстройства: суицидальные мысли и поведение, тревога, страх, подавленность, дисфория, идеи отношения и виновности, тотальная бессонница, гипнагогические галлюцинации, слуховые и зрительные иллюзорные обманы, яркие "приключенческие" сновидения, просночные состояния с временной дезориентировкой в окружающем.

Всем больным с момента поступления в стационар проводили традиционную комплексную терапию, направленную на купирование ААС, коррекцию имеющихся психопатологических и соматоневрологических нарушений. Дезинтоксикационная терапия включала введение солевых растворов, сернокислой магнезии, сердечных и

сосудистых препаратов, витаминов. При психопатологических расстройствах и нарушениях сна в первые 3 сут лечения назначали бензодиазепиновые транквилизаторы (реланиум до 20 мг, феназепам до 4 мг). Учитывали частоту и общие дозы транквилизаторов.

Всем пациенткам основной группы вводили мексидол по следующей схеме: 300 мг внутривенно струйно на 10 мл изотонического раствора NaCl 2 раза в сутки в течение первых 3 сут, затем по 300 мг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 5 сут с последующим переходом на таблетированную форму по 125 мг 3 раза в сут в течение 13 сут.

Больным контрольной группы проводили только традиционную комплексную терапию.

Терапию мексидолом расценивали как эффективную, если отмечалось отчетливое клиническое улучшение состояния больных. Критериями эффективности препарата были редукция симптомов по шкале CIWA-Ag на 70% и более на 3-и сутки лечения, а также показатели шкалы CGI, которые не превышали 2 баллов на 5-е сутки исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенное клиническое исследование позволило оценить терапевтическую эффективность мексидола как высокую. Терапевтическое действие мексидола начиналось в течение первых часов введения (табл. 2).

При нейровегетативном варианте ААС мексидол оказывал выраженный вегетостабилизирующий эффект (табл. 2). Более высокая терапевтическая активность мексидола наблюдалась при купировании таких симптомов, как пароксизмальная потливость, жажда и тремор (уже на 2-е сутки лечения), к 3-м суткам лечения стабилизировалось артериальное давление и заметно улучшилось физическое состояние больных: исчезли вялость, слабость, истощаемость и пассивность, восстанавливались сон и аппетит.

На фоне лечения мексидолом у пациенток с церебральным вариантом ААС к 3-м суткам

Таблица 1. Клинические варианты ААС

Группа	Нейровегетативный вариант		Церебральный вариант		Висцеральный вариант		Психопатологический вариант	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Контрольная	18	72	1	4	3	12	3	12
Основная	16	64	2	8	2	8	5	20

Таблица 2. Терапевтическая эффективность мексидола при купировании AAC по шкале CIWA-Ar, баллы

Клинические проявления (симптомы)	Группа	Срок обследования, сут									
		до лечения	1-е		2-е		3-и		5-е	10-е	21-е
			утро	вечер	утро	вечер	утро	вечер			
Тошнота и рвота	Контрольная	5.8	5.8	5.1	3.2	1.6	1.2	0.6	0	0	0
	Основная	5.6	5.6	4.9	2.1	0.9	0	0	0	0	0
Тремор	Контрольная	6.4	6.4	4.9	3.2	1.9	1.3	0.9	0	0	0
	Основная	6.5	6.3	4	1.1	0	0	0	0	0	0
Пароксизмальная потливость	Контрольная	6.4	6.4	5.2	4	3.2	2.3	1.5	0	0	0
	Основная	6.2	6.2	3.4	1.5	0	0	0	0	0	0
Тревога	Контрольная	6.4	6.4	6.2	4.2	3.8	2.6	2	0.8	0	0
	Основная	6.6	6.6	6	3.2	2.6	1.5	0	0	0	0
Ажитация	Контрольная	5.8	5.8	5.6	5	3.8	2	1.8	1.2	0	0
	Основная	6	6	4.4	3.6	2	1.5	0	0	0	0
Тактильные нарушения	Контрольная	3.8	3.8	3.8	3.2	2.6	2	1.6	0	0	0
	Основная	4	4	3.8	2.6	1.8	1	0	0	0	0
Слуховые нарушения	Контрольная	3.6	3.6	3.6	2.8	2.4	2	1.4	0	0	0
	Основная	4	4	3.6	2.2	1.8	0.8	0	0	0	0
Визуальные нарушения	Контрольная	4.1	4.1	4	3.8	3.5	2.8	2	1	0	0
	Основная	4.2	4.2	3.8	3	2.8	2.2	1	0	0	0
Головная боль, тяжесть в голове	Контрольная	5.8	5.8	5	4	3.5	2	1.2	0	0	0
	Основная	6	5.8	4.8	3.8	2.9	1.8	0.8	0	0	0
Ориентировка и нарушение ясности сознания	Контрольная	3.2	3.2	2.8	2	1.5	1	0	0	0	0
	Основная	2.8	2.8	2.4	1.4	0.5	0	0	0	0	0

Примечание. Степень выраженности симптома оценивали по 7-балльной шкале: 0 — отсутствие симптома; 7 — сильно выраженный симптом.

уменьшалась выраженность таких симптомов, как тошнота, головокружение, гиперактузия, и наблюдалась их полная редукция к 5-м суткам лечения. Согласно анамнестическим сведениям, у пациенток с церебральным вариантом ААС ранее на фоне отмены алкоголя развивались эпилептические припадки.

У одной больной из контрольной группы на 2-е сутки госпитализации произошел генерализованный судорожный припадок. У пациенток из основной группы судорожных припадков и их эквивалентов не было.

Висцеральный (соматический) вариант ААС встречался у 2 пациенток основной группы и у 3 — контрольной. При купировании симптомов данного варианта ААС различий в основной и контрольной группах во все сроки обследования не выявлено.

Психопатологический вариант ААС обнаружен у 8 пациенток. У 3 женщин (2 — основной группы, 1 — контрольной) наблюдались предделириозные расстройства в виде выраженной внутренней тревоги, перепадов настроения, пугливости, беспорядочного возбуждения, слуховых и зрительных иллюзий, а также кошмарных и тревожных сновидений, гипнагогических галлюцинаций, частичной временной дезориентировки накануне госпитализации. Данная симптоматика служила показанием для парентерального введения бензодиазепиновых транквилизаторов. В первые 2 сут пациенткам основной группы назначали феназепам в дозе 2 мг/сут (реланиум — 10 мг/сут) на ночь, контрольной группы — феназепам в дозе 2 мг (реланиум — 10 мг) 2 раза в сутки, в последующие 2 сут — в дозе 2 мг/сут на ночь.

Быстро развивающееся транквилизирующее и антистрессорное действие мексидола дало нам возможность значительно уменьшить дозу и частоту введения транквилизаторов в первые дни лечения ААС в основной группе.

У 5 пациенток (3 — основной группы, 2 — контрольной) наблюдали преимущественно депрессивные проявления: подавленное настроение, чувство внутренней напряженности, тревога, раздражительность, ипохондричность, отрывочные сензитивные идеи отношения и суицидальные мысли.

На 3-и сутки лечения мексидолом у больных основной группы купировались тревога, напряженность, раздражительность, в результате чего больные в течение дня становились спокойнее и практически не предъявляли жалоб на самочувствие. Субъективно больные основной группы отмечали улучшение настроения к 10-м

суткам терапии, а в последующие дни настроение стойко нормализовалось. Патологическое влечение к алкоголю дезактуализировалось.

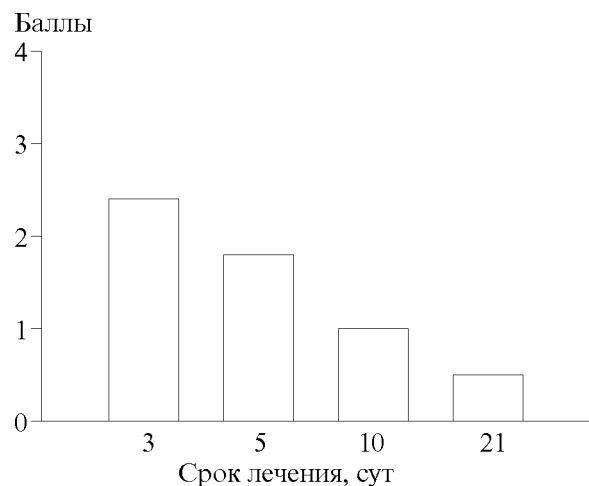
У пациенток контрольной группы тревога и чувство внутренней напряженности полностью редуцировались лишь к 10-м суткам терапии. Сохранялось подавленное настроение и была выраженной тяга к алкоголю на протяжении всего периода лечения.

Использование шкалы CGI позволило подтвердить значительный терапевтический эффект мексидола, который квалифицировался как значительное улучшение в рамках его купирующего действия на ААС (рисунок).

В ходе исследования при применении мексидола побочных эффектов не отмечалось, выбывших из исследования не было, все 50 пациенток, включенных в исследование, завершили полный курс терапии.

Проведенное нами исследование показало терапевтическую эффективность и безопасность мексидола при купировании разных вариантов ААС. Установлено, что мексидол наиболее эффективен в качестве терапевтического средства для купирования нейровегетативного и психопатологического вариантов ААС в связи с его выраженным вегетостабилизирующим и транквилизирующим действием.

При разных вариантах ААС выявлена его достаточная терапевтическая эффективность по отношению к таким психопатологическим проявлениям, как тревога, раздражительность и ве-



Динамика редукции симптомов при купировании ААС мексидолом (шкала общего клинического впечатления).

1 — значительный терапевтический эффект, существенное улучшение; 2 — умеренный, улучшение; 3 — минимальный, незначительное улучшение; 4 — изменений нет или ухудшение.

гетативные нарушения. Вегетостабилизирующее действие значительно выражено и проявляется на 2-3-и сутки применения мексидола. Седативный и снотворный эффекты в ходе исследования не выявлены. К положительным свойствам мексидола следует отнести его хорошую переносимость и способность потенцировать действие бензодиазепиновых транквилизаторов, что позволило нам снизить дозу и частоту их введения. Высокая эффективность, быстрое наступление терапевтического действия, отсутствие побочных эффектов и безопасность применения мексидола позволяют рекомендовать его для вклю-

чения в комплексные терапевтические программы при лечении разных вариантов ААС.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Анохина И.П.* // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. М., 2000. С. 16-40.
2. *Иванец Н.Н., Анохина И.П.* // Психиатр. и психофармакотер. 2004. Т. 6, № 3. С. 100-105.
3. *Кузьминов В.Н.* // Межд. мед. журн. 2002. Т. 8, № 1-2. С. 75-78.
4. *Руководство по психиатрии* / Под ред. А.С.Тиганова. М., 1999. Т. 2. С. 250-338.
5. *Фридман Л.С.* Наркология. М., 1998.

