

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИДОЛА В ЛЕЧЕНИИ СОТРАСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

А.В.Игнатова

МБУЗ Городская поликлиника № 26, г. Новосибирск

Применение мексидола в базовой дозе 100 мг/сут внутримышечно в течение 10 дней является эффективным при лечении легких ЧМТ, что подтверждается положительной неврологической динамикой. У больных с тяжелой ЧМТ более целесообразно применять 10-дневную схему лечения мексидолом в дозе 200 мг/сут внутримышечно с последующим переходом на прием внутрь в дозе 0.25 г 2 раза в сутки в течение 4 нед. Благодаря хорошей переносимости и возможности внутримышечного введения, мексидол является актуальным препаратом в амбулаторной практике для лечения и реабилитации пациентов разных возрастных групп с ЧМТ.

Ключевые слова: мексидол, черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, реабилитация, амбулаторное лечение

ЧМТ занимает одно из значимых мест среди инвалидизирующей патологии. Их частота составляет 1.8-5.4 случая на 1000 населения и, по данным ВОЗ, возрастает в среднем на 2% в год. ЧМТ занимают в среднем 30-50% в общей структуре травматизма. Среди причин ЧМТ в России преобладают бытовые, транспортные, производственные и спортивные [2].

ЧМТ — это тяжелый вид патологии. Летальность в острый период составляет 20-80%. Полное выздоровление после перенесенной ЧМТ наступает не всегда (выздоровление 30-50%, последствия — 50-70%). ЧМТ является частой причиной инвалидности (каждый 5-й из госпитализированных или 97-й из каждых 1000). Инвалидизация вследствие ЧМТ, как правило, длительная [2].

Ведущими клиническими синдромами при последствиях ЧМТ являются [3]:

- пирамидные нарушения (у 79.2% больных);
- вегетативная дистония (у 73.6%);

- вестибулярный (у 56.8%);
- гипертензивный (у 79.2%);
- эпилептиформный (у 18.0%);
- психопатологический (у 91.2%).

Среди получивших первичную инвалидность вследствие ЧМТ большую долю составляют лица в возрасте до 50 лет (80.6%, по данным филиала МСЭК № 13 ФГУ ГБ МСЭ по Новосибирской области), наиболее активном в социальном и трудовом отношении.

Комплексное клинико-физиологическое обследование больных и инвалидов вследствие ЧМТ позволило нам выделить особенности клинической картины отдаленного периода ЧМТ, для которого характерны прямые и не прямые (опосредованные) последствия. Прямые последствия чаще возникают непосредственно после травмы или в промежуточном периоде, в отдаленном периоде регрессируют в различной степени, стабилизируются (достигают того или иного уровня компенсации) или прогрессируют.

Сотрясение головного мозга (СГМ) — одна из наиболее часто встречающихся форм ЧМТ, но в то же время она наименее изучена и клинически очерчена. СГМ как механизм травмы является

ся фактором перераздражения вестибулярного комплекса, формирующего картину вестибулярной гиперстезии [4]. Повторные и протекающие на фоне патологии СГМ приводят к стойкой утрате нетрудоспособности.

Одной из основных причин временной нетрудоспособности (свыше 21 дня) при легких ЧМТ и стойкой утраты трудоспособности при тяжелых ЧМТ являются дефекты лечения. При выборе медикаментозного лечения при легкой ЧМТ и в реабилитационном периоде при тяжелой ЧМТ в амбулаторных условиях наше внимание привлек мексидол.

Мексидол (2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат) является антиоксидантным средством, ингибитором свободнорадикальных процессов — мембранопротектором, обладающим также антигипоксическим, стресспротекторным, ноотропным, противоэпилептическим и анксиолитическим действием. Механизм действия мексидола обусловлен его антиоксидантными и мембранопротекторными свойствами. Мексидол подавляет ПОЛ, повышает активность СОД, увеличивает соотношение липид/белок, уменьшает вязкость мембраны, увеличивает ее текучесть. Препарат модулирует активность мембранно-связанных ферментов (Ca^{2+} -независимой фосфодиэстеразы, аденилатциклазы, ацетилхолинэстеразы), рецепторных комплексов (бензодиазепинового, ГАМК, ацетилхолинового), что способствует их связыванию с лигандами, сохранению структурно-функциональной организации биомембран, транспортнейромедиаторов и улучшению синаптической передачи. Повышает концентрацию в головном мозге дофамина. Вызывает усиление компенсаторной активации аэробного гликолиза и снижения степени угнетения окислительных процессов в цикле Кребса в условиях гипоксии с увеличением АТФ и креатинфосфата, активацию энергосинтезирующих функций митохондрий, стабилизацию клеточных мембран. Мексидол повышает резистентность организма к воздействию различных повреждающих факторов при патологических состояниях (шок, гипоксия и ишемия, нарушение мозгового кровообращения, интоксикация этанолом и антипсихотическими лекарственными средствами), улучшает метаболизм и кровоснабжение головного мозга, микроциркуляцию и реологические свойства крови, уменьшает агрегацию тромбоцитов.

Одним из основных показаний к назначению мексидола является ЧМТ.

Цель работы — определение эффективности и переносимости мексидола в лечении ЧМТ и СГМ в амбулаторных условиях.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 30 пациентов обоего пола в возрасте 19-48 лет с СГМ. Критерием отбора служило отсутствие тяжелой фоновой и тяжелой сопутствующей соматической патологии. Всем пациентам была назначена противоотечная, ноотропная и метаболическая терапия.

Больные были разделены на две группы. В 1-ю группу ($n=15$) вошли пациенты, получавшие мексидол в дозе 100 мг/сут внутримышечно в течение 10 дней. Во 2-ю группу ($n=15$) — пациенты, которым в процессе лечения мексидол не назначался.

Всем пациентам был выставлен диагноз СГМ в приемном отделении Городской клинической больницы № 34 г. Новосибирска в 1-е сутки после получения травмы. Все пациенты были осмотрены нейрохирургом, проведена рентгенография черепа и эхоэнцефалоскопия. Ввиду отказа пациентов от госпитализации в нейрохирургическое отделение им было рекомендовано наблюдение и лечение у невролога по месту жительства амбулаторно.

В амбулаторных условиях проведены неврологический осмотр, общеклинические анализы, исследование остроты зрения и глазного дна, контроль АД, ЭКГ, в ряде случаев ЭЭГ и РЭГ.

В клинической картине преобладали общемозговой и вегетативный синдромы. Среди субъективных симптомов отмечались жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, общую слабость. Из объективных признаков — умеренная АГ (при отсутствии ее в анамнезе), лабильность тонуса сосудов лица, гипергидроз. В неврологическом статусе — слабость конвергенции, мелкокорзинчатый нистагм, легкий центральный парез 7-й пары черепных нервов, снижение брюшных рефлексов, неустойчивость в позе Ромберга, ошибки при выполнении пальценосовой и коленно-пяточной проб. Неврологический дефект наблюдался только у 8 пациентов в 1-й группе и у 7 во 2-й группе.

В 3-ю группу ($n=18$) вошли пациенты (17 мужчин и 2 женщины, возраст 23-54 года), перенесшие тяжелую ЧМТ (ушиб головного мозга средней степени тяжести и тяжелой степени тяжести) 1-3 года назад. Критерием отбора послужило ремиттирующее течение заболевания с длительным периодом декомпенсации и прогрессирующее течение заболевания с нарастанием выраженности неврологической симптоматики.

Всем пациентам провели неврологический осмотр, общеклинические анализы, ЭКГ, термометрию, исследование остроты зрения и глазного

дна, по показаниям ЭЭГ и МРТ головного мозга, нейропсихологическое тестирование. Соответственно жалобам больных, объективного статуса и дополнительных методов обследования выделены основные клинические синдромы:

- церебрально-очаговый синдром (у 86.7% больных);
- вегетативная дистония (у 83.3%);
- вестибулярный (у 63.3%);
- ликворо-динамические нарушения (у 73.3%);
- эпилептиформный (у 20.0%);
- астеноневротический (у 93.3%).

Всем пациентам 3-й группы назначали мексидол в суточной дозе 200 мг внутримышечно ежедневно в течение 10 дней с последующим приемом препарата в течение 4 нед. по 0.25 г 2 раза в сутки внутрь. Пациенты, страдающие АГ и симптоматической эпилепсией, продолжали принимать гипотензивные препараты и антиконвульсанты соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования установлена хорошая переносимость мексидола, неблагоприятных реакций при его применении не отмечено.

Критериями эффективности мексидола в лечении СГМ служили отсутствие жалоб у пациента, положительная динамика в объективном статусе, отсутствие неврологического дефекта на 5-е и 10-е сутки лечения (табл. 1).

У больных с СГМ мексидол достоверно улучшал состояние уже на 5-е сутки. 8 пациентов в 1-й группе жалоб не предъявляли, тогда как в контрольной группе жалобы отсутствовали только у 5 пациентов. На 10-е сутки у всех пациентов 1-й группы отсутствовал неврологический дефицит, объективный статус был в норме, тогда как у пациентов 2-й группы сохранялись жалобы на головные боли и головокружение, в объективном статусе наблюдались повышение АД, дистальный гипергидроз, неустойчивость в позе Ромберга.

Для оценки эффективности мексидола в лечении тяжелых ЧМТ в отдаленном периоде, учитывая все многообразие синдромов, нами были выделены основные жалобы, которые предъявляли все пациенты (табл. 2). Анализ результатов показал достоверную эффективность мексидола, которая заключается в регрессе основных симптомов заболевания, неврологической симптоматики, в улучшении общего состояния пациентов.

Таблица 1. Эффективность лечения мексидолом больных с СГМ (% больных)

Эффект	1-я группа		2-я группа	
	5-е сутки	10-е сутки	5-е сутки	10-е сутки
Отсутствие жалоб	53.3	73.3	33.3	66.6
Положительная динамика в объективном статусе	73.3	100.0	66.6	86.6
Регресс неврологической симптоматики	100.0	100.0	71.0	85.0

Таблица 2. Эффективность лечения мексидолом больных 3-й группы (% больных)

Симптом	Отсутствие жалоб	Значительное улучшение	Улучшение	Отсутствие динамики
Диффузные головные боли ("тяжелая голова")	36.8	26.3	26.3	10.6
Головокружение, неустойчивость при ходьбе	31.6	31.6	21.0	15.8
Метеозависимость	42.1	31.5	10.6	15.8
Раздражительность, тревожность, апатия	26.3	36.8	21.1	15.8

ВЫВОДЫ

Применение мексидола в базовой дозе 100 мг/сут внутримышечно в течение 10 дней является эффективным при лечении легких ЧМТ, что подтверждается положительной неврологической динамикой и достоверными отличиями полученных результатов от данных пациентов, не принимающих этот препарат.

У больных с тяжелой ЧМТ более целесообразно применять 10-дневную схему лечения мексидолом в дозе 200 мг/сут внутримышечно с последующим переходом на прием внутрь в дозе 0.25 г 2 раза в сутки в течение 4 нед.

Благодаря хорошей переносимости препарата и возможности внутримышечного введения, мексидол является актуальным препаратом в амбулаторной практике для лечения и реабилитации пациентов разных возрастных групп с ЧМТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Видадь*. Лекарственные препараты в России. М., 2011.
2. *Дерябин И.И.* // Вестн. хир. 1983. № 10. С. 75-79.
3. *Корнилов В.А., Губарь Л.Н., Цыбуляк Г.Н.* // Травматическая болезнь / Под ред. И.И.Дерябина, О.С.Насонкина. Л., 1987. С. 273-288.
4. *Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В.* // Болезни нервной системы. М., 1995. Т. 2. С. 69-70.

