

ПРИМЕНЕНИЕ МЕКСИДОЛА ПРИ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИЗРЕГУЛЯЦИЙ КАК ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦНС

М.А.Окунева

ОГБУЗ «Поликлиника № 7», г. Смоленск

Мексидол оказывает положительное влияние на основные составляющие вегетативного статуса и может быть рекомендован к использованию в качестве монотерапии и в составе комплексной терапии вегетативных нарушений.

Ключевые слова: молодой возраст, вегетативные нарушения, вегетологическое исследование, мексидол

Широкая распространенность вегетативных нарушений у молодых людей 16-20 лет (по данным литературы — 25-80%) остается актуальной проблемой современной неврологии и заставляет активно заниматься поиском причин и возможных вариантов лечения таких пациентов [10-12]. Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций свидетельствует о нарушении диэнцефальной регуляции вегетативно-висцеральных реакций организма человека [2,13]. Однако, в соответствии с представлениями А.М.Вейна и соавт. [5-6], синдром вегетативной дистонии может быть обусловлен не только диэнцефальной (гипоталамической) дисфункцией, но и стволовыми, а также сегментарными спинальными и периферическими расстройствами. При этом преобладание симпатико- или парасимпатикотонии зависит от уровня поражения ВНС. Можно выделить два уровня вегетативной организации: надсегментарный (центральный) и сегментарный (периферический) [5,12].

При анализе анамнеза пациентов с теми или иными вегетативными нарушениями, как правило, выясняется, что вегетативные нарушения уходят своими корнями в детство пациента и, в свою очередь, являются вариантами различных последствий перинатальных нарушений ЦНС [1,2,4]. Таким образом, патологический процесс, обусловленный перинатальным повреждением ЦНС, функционально тесно связанной с ВНС, особен-

но ее надсегментарными отделами, после рождения ребенка продолжается, т.к. в уже сформированную патологическую систему с течением времени вовлекается все большее количество органов и систем.

У большинства людей с вегетативными нарушениями выявляются различные полиморфные нарушения, которые при дефиците внимания со стороны врачей обычно принимают за индивидуальные особенности и реакции человека [12]. Обычно выявляемые признаки — метеочувствительность, периодические головные боли, повышенная потливость, акроцианоз, лабильность пульса — не дают права поставить определенный диагноз. Поэтому в своих исследованиях мы опирались на стойкие или приступообразные комплексы вегетативных расстройств, которые укладывались в картину определенного синдрома и нарушали адаптацию пациента [9].

Выраженность клинической симптоматики зависит от многих факторов. Умственные, эмоциональные и физические перегрузки, инфекционные заболевания, как правило, вызывают ее усиление.

Несмотря на успехи современной медицины, тенденция к росту перинатальной патологии у детей сохраняется [2], что вызывает увеличение количества пациентов с вегетативными нарушениями во взрослом возрасте. Решение этой проблемы имеет не только медицинское, но и социальное значение. Это рождает необходимость поисков терапевтических средств, обладающих анксиолитической, ноотропной, антиоксидант-

ной, антигипоксической, мембрано- и стресспротекторной активностью. Таким препаратом является мексидол.

Целью работы явилось изучение влияния мексидола на показатели вегетативного статуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности у пациентов 16-20 лет с вегетативными нарушениями, рассматриваемыми как последствия перинатальных нарушений ЦНС.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Основную группу составили 86 человек в возрасте 16-20 лет с признаками вегетативных нарушений, которые устанавливались на основании «вопросника для выявления признаков вегетативных изменений» и «схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений». Среди обследованных было 37 (43.1%) мужчин и 49 (56.9%) женщин. Возрастные группы: 16-18 лет — 32 (37.2%) человека, 18-20 лет — 54 (62.8%) человека. В анамнезе у всех обследованных были зарегистрированы последствия перинатальных поражений, в последующем 45 (52.3%) человек наблюдались по поводу синдрома вегетативной дисрегуляции или нейроциркуляторной дистонии, 41 (47.7%) человек не находился на диспансерном учете. Пациентов разделили на 2 группы: 51 пациент получал мексидол («Фармасофт») в дозе 375 мг/сут, по 1 табл. 3 раза в день, в течение 28 дней, 35 пациентов (контрольная группа) получали лечение препаратами ноотропного ряда.

Клиническое обследование детей проводили согласно утвержденным стандартам, с привлечением узкопрофильных специалистов и обязательной офтальмоскопией. Всем пациентам проводили ЭКГ, реоэнцефалографию, кардиоинтервалографию и ЭЭГ.

Вегетологическое исследование состояло из оценки функционального состояния надсегментарного отдела ВНС, принимающего непосредственное участие в процессах адаптации, и включало три этапа: определение вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности.

В основу оценки вегетативного тонуса положена скрининг-таблица, разработанная в Центре вегетативной патологии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова и НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ, сочетающая элементы опросника и регистрацию объективных параметров состояния ВНС, по результатам которой делали заключение о преобладании симпатического, парасимпатического тонуса или эйтонии.

Анализировали следующие интегративные показатели:

- вегетативный индекс Кердо $((1-АД/ЧСС) \times 100)$, характеризующий направленность вегетативных показателей. По полученным данным делали заключение о преобладании симпатических, парасимпатических влияний или эйтонии;
- коэффициент Хильдебранта (ЧСС/ЧДД), представляющий собой математическое выражение межсистемных соотношений сердечно-сосудистой и дыхательной систем. По значениям данного показателя делали заключение о наличии или отсутствии рассогласованности в деятельности данных систем.

Интегративные показатели изучали в покое и при нагрузке. При определении величин АД, ЧСС и ЧДД использовали таблицу возрастных показателей.

Исследование вегетативной реактивности, возникающей в ответ на внешние и внутренние раздражители, проводили при помощи оценки кардиоинтервалографии в покое, на 1-й и 5-й минутах клиноортостатической пробы (КОП) с расчетом индекса Р.М.Баевского, по значению которого делали заключение о гиперсимпатикотонической, асимпатикотонической или нормальной реактивности.

Для оценки вегетативного обеспечения деятельности использовали КОП. При исследовании выделяли 6 вариантов КОП: нормальный, гиперсимпатикотонический, гипердиастолический, асимпатикотонический, симпатикоастенический, астеносимпатический.

Сравнение в исследованных группах проводили попарно при помощи параметрических и непараметрических критериев. Доверительные интервалы для средних величин вычисляли с заданным уровнем достоверности 0.95 [7].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

После 4-недельного курса применения мексидола достоверно снижалась частота жалоб, характерных для вегетативных нарушений ($\chi^2=40.94$ при $p<0.05$; табл. 1).

Несмотря на преобладающую во всех исследуемых популяциях ваготонию (табл. 2), после применения мексидола наблюдалось увеличение количества больных с эйтонией (с 5.88% до 17.64%, $p<0.05$).

Оценка исходных интегративных показателей с помощью: индекса Кердо и коэффициента Хильдебранта выявила парасимпатическую на-

Таблица 1. Структура жалоб пациентов с вегетативными изменениями

Жалобы	До применения мексидола	После применения мексидола	Контрольная группа
Головные боли	78	59	70
Головокружение	62	60	62
Периодическая тошнота	43	37	41
Расстройство сна	71	58	64
Эмоциональная лабильность	64	57	61
Общая слабость	92	71	78
Повышенная потливость	93	72	84
Метеочувствительность	87	54	62
Смешанные жалобы	99	65	87

Таблица 2. Вегетативный тонус у пациентов с вегетативными нарушениями

Вегетативный тонус	До применения мексидола		После применения мексидола		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Симпатикотония	15	29.41	13	25.49	9	25.71
Эйтония	3	5.88	9	17.64	1	2.85
Ваготония	33	64.7	29	56.86	15	42.85

правленность изменений интегративных показателей в покое и при физической нагрузке (табл. 3, 4). Это указывало на истощение и снижение активности симпатического звена ВНС и доминирование на этом фоне парасимпатического звена в покое — у 32 пациентов (62.74%), а при нагрузке — у 35 (68.62%). У людей, страдающих вегетативными нарушениями, выявлена рассогласованность деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем в покое у 42 пациентов (82.35%) и при нагрузке — у 43 (84.31%). После курса мексидола показатели эйтонии увеличились (12 пациентов, 23.52%, $p < 0.05$) и уменьшилась рассогласованность между деятельностью сердечно-сосудистой и дыхательной систем до нагрузки (32 пациента, 16.32%, $p < 0.05$). При этом выраженность положительных изменений была ярче, чем в подгруппе, применяющей для коррекции вегетативных нарушений препараты ноотропного ряда.

При оценке вегетативной реактивности при записи кардиоинтервалографии с проведением КОП с расчетом индекса Баевского, установлено, что у 21 (41.17%) больного с синдромом вегета-

тивной дисрегуляции вегетативная реактивность характеризуется избыточным включением активности симпатического отдела ВНС. У 14 (27.45%) пациентов преобладала асимпатикотоническая реактивность, что указывало на истощение адаптационных механизмов. При повторном обследовании после коррекции состояния мексидолом наблюдалась положительная динамика. Количество пациентов с гипертонической вегетативной реактивностью сократилось до 17 (33.33%, $p < 0.05$), с асимпатикотонической — до 11 (21.56%, $p < 0.05$) соответственно.

Среди нарушений вегетативного обеспечения деятельности у 22 (43.13%) пациентов преобладало истощение симпатикоадреналовой системы (гипердиастолический и асимпатикотонический варианты КОП). Активация симпатикоадреналовой системы (гипертонический вариант КОП) регистрировалась у 13 (25.49%) человек. Смешанный тип (симпатикоастенический и астеносимпатический варианты КОП) выявлялся у 10 (19.6%). Нормальная КОП была определена только у 6 (11.76%) молодых людей. После лечения выявлена тенденция к увеличению доли об-

Таблица 3. Индекс Кердо у пациентов с вегетативными нарушениями

Период исследования	В покое			После нагрузки		
	положительный	0	отрицательный	положительный	0	отрицательный
До применения мексидола	14 (27.45%)	5 (9.8%)	32 (62.74%)	16 (31.37%)	-	35 (68.62%)
После применения мексидола	13 (25.49%)	12 (23.52%)	26 (50.98%)	16 (29.41%)	11 (21.56%)	25 (81%)
Контрольная группа	12 (34.28%)	4 (11.42%)	19 (54.28%)	11 (31.42%)	3 (8.57%)	21 (60%)

Таблица 4. Коэффициент Хильдебранта у пациентов с вегетативными нарушениями

Период исследования	В покое			После нагрузки		
	>4.9	2.9-4.9	<2.8	>4.9	2.9-4.9	<2.8
До применения мексидола	23 (45.09%)	9 (17.64%)	19 (37.25%)	39 (76.47%)	8 (16.68%)	4 (7.84%)
После применения мексидола	22 (43.13%)	19 (37.25%)	10 (19.6%)	20 (39.21%)	22 (43.14%)	9 (17.64%)
Контрольная группа	17 (48.57%)	2 (5.74%)	16 (45.71%)	18 (56%)	8 (22.85%)	9 (25.71%)

следованных лиц с нормальным вариантом КОП ($\chi^2=39.07$, $p<0.05$), а число пациентов с недостаточным вегетативным обеспечением достоверно уменьшилось ($\chi^2=40.94$, $p<0.05$).

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о необходимости использования мексидола при коррекции различных вариантов вегетативных дисрегуляций. Выявленные характеристики не противоречат данным литературы. Благодаря своему механизму действия (антиоксидантному, мембранопротекторному) и широкому спектру фармакологических эффектов (церебропротективный, противогипоксический, транквилизирующий, антистрессорный, ноотропный, вегетотропный, противосудорожный; улучшение и стабилизация мозгового метаболизма и кровоснабжения головного мозга; коррекция расстройств в регуляторной и микроциркулярной системах; улучшение реологических свойств крови, подавление агрегации тромбоцитов; активация иммунной системы), мексидол оказывает

влияние на основные звенья патогенеза различных заболеваний, связанных с процессами свободнорадикального окисления, в том числе при вегетативных нарушениях. Кроме того, учитывая способность мексидола потенцировать действие других центрально действующих веществ, оптимально его использование в комплексном подходе к терапии синдрома вегетативной дисрегуляции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимова Г.А., Одинака М.М. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей. СПб., 2001.
2. Алатырцев В.В., Якунин Ю.А., Буркова А.С. // Педиатрия. 1999. № 6. С. 33-37.
3. Аникин В.В., Курочкин А.А., Кушниц С.М. Нейроциркуляторная дистония у подростков. Тверь, 2000.
4. Баранов А.А., Кучма В.Р. Методика исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге. М., 1999.

5. Вейн А.М., Данилов А.Б. // Журн. невропатол. и психиатр. 1994. № 5. С. 7.
 6. Вейн А.М., Яковлев Н.А., Каримов Т.К., Слюсарь Т.А. Лечение вегетативной дистонии. Традиционные и нетрадиционные подходы. М., 1993.
 7. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М., 1998.
 8. Емельянчик Е.Ю. // Педиатрия. 2003. № 2. С. 4-9.
 9. Захаров С.М., Пономарева Е.С., Скоморохова А.А. // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Матер. науч.-практ. конф., посв. 140-летию кафедры душевных и нервных болезней Военно-мед. акад.. СПб., 2000. С. 528-529.
 10. Курочкин А.А., Виноградов А.Ф., Аникин В.В., Иванова Е.В. // Педиатрия. 2003. № 2. С. 96-97.
 11. Кушнир С.М. // Педиатрия. 2003. № 2. С. 106-108.
 12. Шварков С.Б. // Педиатрия. 2003. № 2. С.108-109.
 13. Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И., Китнис С.Л., Сысоева И.М. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста. М., 1979.
-