

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИДОЛА ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ АБСТИНЕНТНОГО И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

В.А.Бределев

Архангельская областная клиническая психиатрическая больница

Мексидол является эффективным, экономичным средством для комплексного лечения судорожного синдрома абстинентного генеза, предотвращает рецидив судорожных приступов, достоверно улучшает общее самочувствие и когнитивные функции за более короткий период времени, чем другие ноотропные препараты.

Ключевые слова: абстиненция, травма, судорожный синдром, когнитивные функции, мексидол

В клинической неврологической практике широко используется ноотропный препарат “Мексидол” (оксиметилэтилпиридина сукцинат), относящийся к нейролептическим средствам и транквилизаторам. Мексидол оказывает антиоксидантное, антигипоксическое, мембраностабилизирующее, ноотропное, анксиолитическое, стресспротективное, антиамнестическое, противосудорожное и гипополипидемическое действие. Препарат показан при остром нарушении мозгового кровообращения, дисциркуляторной энцефалопатии, вегетососудистой дистонии, легких когнитивных нарушениях атеросклеротического генеза, тревожных расстройствах при невротических и психоорганических состояниях, абстинентном синдроме при алкоголизме, черепно-мозговой травме, сенильных и атрофических процессах, острой интоксикации антипсихотическими средствами.

Цели настоящего исследования — оценить противосудорожное действие мексидола и повышение при его приеме эффективности антиконвульсантов у пациентов с судорожным синдромом абстинентного генеза на фоне алкогольной болезни, судорожным синдромом на фоне травматической болезни головного мозга с психоорганическим синдромом и в периоде становления ремиссии при алкогольной и посттравматической энцефалопатии.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническое неврологическое обследование проведено на базе наркологических (1-я и 2-я груп-

пы) и психиатрических (3-я и 4-я группы) отделений Архангельской областной клинической психиатрической больницы.

Первую группу ($n=20$; 16 мужчин и 4 женщины, средний возраст 25.8 года) составили пациенты с судорожным синдромом абстинентного генеза на фоне хронического алкоголизма, получавшие мексидол. Пациенты 2-й группы ($n=20$; 18 мужчин и 2 женщины, средний возраст 32.3 года) с судорожным синдромом в абстиненции на фоне алкогольной болезни получали другие ноотропные средства (пирацетам, фенибут). Третью группу ($n=10$; 9 мужчин и 1 женщина, средний возраст 27.8 года) составили лица с посттравматической энцефалопатией с судорожным синдромом, получавшие мексидол; 4-ю ($n=10$; 10 мужчин, средний возраст 36.4 года) — получавшие другие ноотропные средства (пирацетам, фенибут, пантогам).

Проводили объективную и субъективную клиническую оценку общего состояния, рецидивности судорожного синдрома, возможности уменьшения дозировки противосудорожных средств, когнитивной сферы. Лабораторно-клинические и электрофизиологические исследования проводили до и после лечения (наркологическим пациентам проводили эхоэнцефалоскопию, психиатрическим пациентам — эхоэнцефалоскопию и электроэнцефалографию), психиатрические пациенты проходили психологическое обследование.

Мексидол назначали наркологическим пациентам по 100 мг 1-2 раза в сутки внутримышечно или внутривенно (струйно, медленно, в

течение 5 мин, при инфузионном введении в разведении физиологическим раствором) в течение 5-7 сут, психиатрическим пациентам — по 100 мг в сутки внутримышечно в течение 10 сут, затем перорально по 125 мг 2-3 раза в сутки в течение 3 нед. Лечение проводили в сочетании с базовой терапией сосудистыми, противосудорожными, дегидратационными, витаминными, дезинтоксикационными препаратами. Во время исследования у пациентов, получавших мексидол, снижали дозировку противосудорожного препарата финлепсина (карбамазепина) с 600 до 400 мг/сут.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Больные с судорожным синдромом абстинентного и посттравматического генеза подбирались без сопутствующих заболеваний. Половой и возрастной состав в сравниваемых группах был одинаковым. Анализ жалоб исследуемых не выявил существенных различий между группами.

Пациенты основных групп и групп сравнения предъявляли сходные жалобы: неврологические — судорожные генерализованные редкие приступы с постприпадочным оглушением и нередко ретроградной амнезией, головные умеренные боли, несистемное головокружение, слабость, пошатывание и неустойчивость при ходьбе, тремор; психические — возбуждение, раздражительность, бессонницу, влечение к спиртному, депрессия, снижение памяти; вегетососудистые — потливость, тахикардия, колебания артериального давления.

Показатели общеклинических лабораторных исследований не выходили за границы нормативных показателей и также не различались между группами. Достоверные отличия между группами были получены только в когнитивной сфере — показатели кратковременной слуховой и зрительной памяти, мнестико-интеллектуальные нарушения, а также уровень внимания были достоверно хуже у пациентов с алкогольной болезнью, что обусловлено выраженностью энцефалопатических нарушений.

Положительную субъективную оценку результатам лечения в основных группах (очень хорошую или хорошую) дали 62% пациентов с абстинентным синдромом и 54% с травматической болезнью головного мозга. При этом 33% пациентов в абстиненции и 39% с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы эффект от лечения отчетливо не ощущали, а 5 и 7% пациентов соответственно дали низкую оценку лечения из-за нежелательных эффектов (тош-

нота, дурнота, колебания артериального давления). В группах сравнения результаты лечения были значительно хуже по качеству и длительности лечения (ни один пациент не дал положительной оценки лечения за период исследования: наркологические пациенты — за 5-7 дней, травматологические пациенты — за 1 мес).

В основных группах за время исследования достоверно улучшились когнитивные показатели — кратковременная слуховая и зрительная память, внимание (таблица). При терапии мексидолом отмечена субъективная и объективная положительная динамика всех психических, неврологических, вегетосоматических проявлений алкогольной и посттравматической энцефалопатии. Основное влияние на субъективную оценку результатов лечения оказывает динамика клинических симптомов, в частности быстрое улучшение самочувствия, регресс неврологических, психических и вегетосоматических симптомов. Объективный эффект препарата, в частности положительная достоверная динамика психометрических тестов, превышала его субъективную оценку. Это связано с тем, что улучшения памяти и внимания трудны для субъективной оценки, а недельный и месячный срок недостаточен для оценки их положительной динамики в социальной адаптации пациентов.

Мексидол является эффективным средством для комплексного лечения судорожного синдрома абстинентного и травматического генеза (рис. 1).

Рецидивов судорожного синдрома в основных группах не было, в группах сравнения рецидивы отмечены дважды у травматологических пациентов.

Хорошая переносимость мексидола отмечена у 92-94% больных. Нежелательные эффекты (тошнота, дурнота) не являлись поводом к отмене препарата и купировались после уменьшения суточной дозы мексидола. Клинически доказано

Динамика объективных показателей у пациентов с судорожным синдромом абстинентного и травматического генеза после лечения мексидолом (%)

Показатель	До лечения	После лечения
Самочувствие	41.5	43.5
Судорожный синдром	3.7	0
Возбуждение	37.2	24.7
Слуховая память	4.5	5.6
Зрительная память	8.1	9.1
Головная боль	32.4	21.8
Головокружение	4.2	2.4

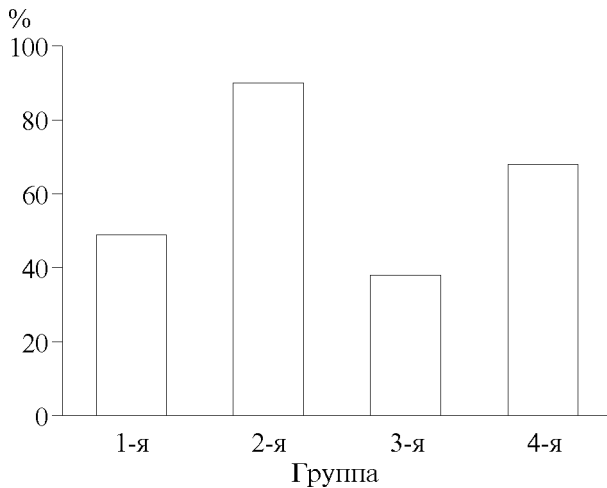


Рис. 1. Эффективность применения мексидола при судорожном синдроме.

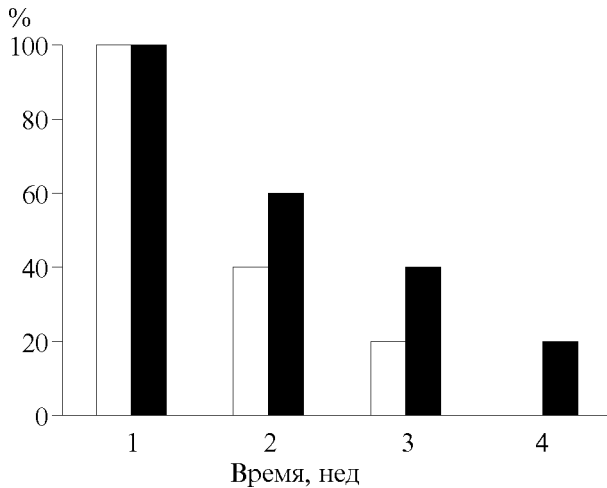


Рис. 2. Регресс судорожного синдрома абстинентного и посттравматического генеза при терапии мексидолом (светлые столбики) и другими ноотропными препаратами (темные столбики).

преимущественно регрессиентное течение многоочаговых расстройств функций головного мозга при терапии мексидолом в сравнении с традиционными ноотропными препаратами (фенибут, пирацетамом).

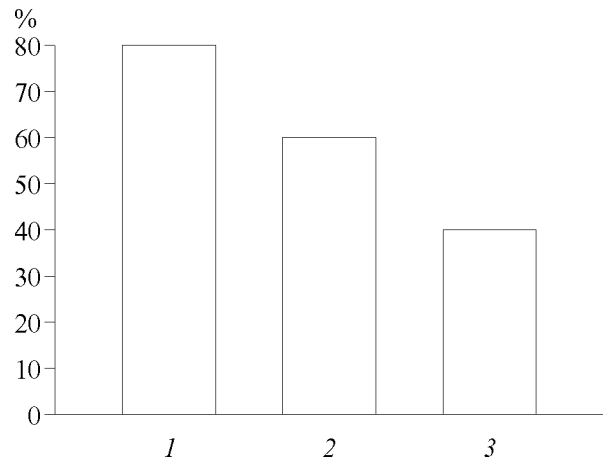


Рис. 3. Эффективность медикаментозной терапии мексидолом+финлепсином (1), фенибутом+финлепсином (2), пирацетамом+финлепсином (3) при купировании судорожной готовности и психоневрологических патологических проявлений.

Мексидол достоверно улучшал общее самочувствие, когнитивные функции, уменьшал судорожную готовность и психические симптомы, купировал вегетососудистые нарушения быстрее, чем другие ноотропные препараты (рис. 2).

Судорожный синдром и психоневрологические проявления на фоне терапии мексидол+финлепсин значительно регрессировали по сравнению с сочетанием финлепсина и других ноотропных средств (рис. 3).

Отмечен экономический эффект применения мексидола, позволяющий уменьшить суточную дозировку антиконвульсантов (финлепсин с 600 до 400 мг/сут) и заменить применение других ноотропных базисных средств.

Экономическая и клиническая эффективность ноотропного и противосудорожного препарата мексидола с антиамнестическим и антигипоксическим действием при терапии судорожного синдрома абстинентного и посттравматического генеза позволяет назвать мексидол препаратом выбора при лечении данной актуальной патологии и предупреждения ее прогрессирующего инвадизирующего течения.