

# МЕКСИДОЛ в лечении хронической ишемической болезни мозга, обусловленной церебральным атеросклерозом

Г.В. Зырина

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и мед. генетики, (зав. – профессор М.М. Герасимова) Тверской медицинской академии

В последние годы наблюдается увеличение распространения цереброваскулярных заболеваний, которые существенно снижают качество жизни больных, поэтому всегда актуальной остается разработка новых подходов к лечению сосудистой патологии мозга. Так, установлено, что одним из важнейших направлений в лечении хронической ишемии мозга (ХИМ) наряду с улучшением мозговой гемоперфузии, является применение лекарственных средств, обладающих свойствами антиоксидантов и антигипоксантов.

Среди этих препаратов особого внимания заслуживает янтарная кислота и ее производные, одним из которых является синтетический антиоксидант **мексидол**.

Механизм действия **мексидола** обусловлен его антиоксидантным и мембранопротекторным действием [1]. **Мексидол** является ингибитором свободнорадикальных процессов, перикисного окисления липидов, он оказывает влияние на физико-химические свойства мембраны, активизирует энергосинтезирующие функции митохондрий и улучшает энергетический обмен в клетке и, таким образом защищает и клетку, и клеточную мембрану. Антистрессорный эффект **мексидола** обусловлен антигипоксическим эффектом за счет влияния на транспорт медиаторных аминокислот и увеличения содержания в головном мозге гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК).

**Мексидол** улучшает метаболические процессы и кровоснабжение головного мозга, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, уменьшает агрегацию тромбоцитов [2,3].

Препарат практически не имеет побочных действий, не влияет на частоту сердечного ритма и артериальное давление и сочетается с любыми лекарственными средствами, что имеет немаловажное значение для больных пожилого и старческого возраста.

**Цель работы:** изучение клинической эффективности таблетированной формы (0,125 г) **мексидола** при хронической ишемии мозга.

## Материал и методы исследования

Обследовано 40 больных ХИМ, обусловленной, церебральным атеросклерозом возрасте 57-80 лет (средний возраст 67,7 года; мужчин - 24, женщин - 16). Распределение больных по характеру заболевания было следующим: ХИМ I стадии - у 19, ХИМ II стадии - у 14, ХИМ III стадии - у 7. Все больные находились на стационарном лечении в отделении инвалидов войн Областной клинической больницы г. Твери. В исследование не включались лица с посттравматической энцефалопатией.

Всем больным проводилось обследование, включавшее общесоматический и неврологический осмотр. Каждому пациенту предлагалось заполнить оригинальную анкету, в которой были вопросы, позволяющие более полно оценить самочувствие больных. Для выявления реактивной и личностной тревожности использовался опросник Спилбергера, для выявления уровня депрессии - опросник Зунга. Всем больным проводилось реоэнцефалографическое исследование при поступлении, и после окончания лечения **мексидол** назначался по 1 таблетке 3 раза в день в среднем в течение 14 дней. Кроме **мексидола** больные получали пирацетам по 1 таблетке 3 раза в день, циннаризин по 1 таблетке 3 раза в день, при необходимости другие показанные средства. Во время лечения у больных не отмечено каких-либо побочных эффектов.

Контрольную 2-ю группу составили 25 пациентов с хронической цереброваскулярной патологией, получавших пирацетам и циннаризин в такой же дозировке, в лечении которых **мексидол** не применялся. Группа была сопоставима по полу и возрасту, обследование больных было аналогичным.

## Результаты исследования

Неврологическая симптоматика у обследованных больных была представлена симптомами орального автоматизма, пирамидными знаками, глазодвигательными расстройствами,

центральный парезом VII и XII черепных нервов, анизорефлексией. Вегетативные симптомы в виде похолодания конечностей и субъективного ощущения онемения в них, лабильности вазомоторных реакций, пульса и артериального давления наблюдались практически у всех.

Жалобы больных выяснялись при осмотре и в результате анкеты самооценки субъективного состояния. Наиболее частой жалобой у всех пациентов были головные боли (100%), у 45% ежедневные, у 43,3% 2-3 раза в неделю, 11,7% отмечали головные боли с частотой 1-2 раза в месяц. На шум в голове жаловались 78% больных, на головокружение 76,8%. Снижение памяти и внимания отмечали 66,7% больных ХИМ. Все пациенты предъявляли жалобы астенического характера на повышенную утомляемость, усталость, слабость, дневную сонливость.

При сравнении больных 1-й основной и 2-й контрольной групп выявлено положительное влияние **мексидола** на некоторые субъективные симптомы. Отмечено позитивное действие **мексидола** в отношении таких субъективных жалоб, как головная боль, шум в голове. Головные боли стали реже и менее интенсивными, особенно у пациентов с ежедневной головной болью, в 1-й группе у 45% больных, во 2-й группе у 28% больных ( $p < 0,05$ ). Достоверно положительное влияние **мексидола** отмечалось у пациентов с вестибулярными нарушениями (1-я группа - 47,5%; 2-я группа - 8%;  $p < 0,05$ ). Особенно выраженный эффект был у больных ХИМ I стадии. У пациентов уменьшились неуверенность и ощущение шаткости при ходьбе. Большинство исследованных нами пациентов предъявляли жалобы на нарушение ночного сна: трудности при засыпании, беспокойный и поверхностный сон, чувство разбитости и слабости после пробуждения. Лечение **мексидолом** нормализовало ночной сон у 23% больных 1-й группы. В отношении объективной неврологической симптоматики положительной динамики в результате терапии не отмечено у всех обследованных больных.

По тесту Спилбергера определен средний уровень как личностной, так и реактивной тревоги (50 и 29 баллов, соответственно). В результате лечения в 1-й группе было выявлено достоверное уменьшение личностной тревожности у 15% больных по сравнению с контрольной - 8% ( $p < 0,05$ ), что доказывает положительный анксиолитический эффект **мексидола**. Тест Зунга выявил легкую депрессию у 20% больных 1-й группы и 13% больных 2-й группы. В результате сравнения динамики депрессивных расстройств на фоне лечения в обеих группах не обнаружено.

Сравнительный анализ показателей липидного состава крови до и после лечения не выявил значительных отличий между группами.

Снижение уровня холестерина,  $\beta$ -липопротеидов и триглицеридов в результате терапии было незначительным.

Для оценки состояния кровотока в бассейнах внутренней сонной артерии и вертебро-базиллярной системы 32 больным 1-й группы и всем больным 2-й группы была проведена реоэнцефалография (РЭГ). При фоновом исследовании параметров РЭГ у больных обеих групп 70,9%) было выявлено: затруднение венозного кровообращения, повышение пульсового кровенаполнения и тонуса сосудов.

Реоэнцефалографическое исследование показало, что у пациентов 1-й группы улучшились показатели мозгового кровообращения, в основном в бассейне внутренней сонной артерии. Так у 11 больных I стадией ХИМ и 7 больных II стадией отмечалось улучшение кровенаполнения артериального русла, улучшение венозного оттока. У пациентов с III стадией ХИМ положительной динамики в реоэнцефалографических показателях не выявлено. Различия между основной и контрольной группами было недостоверно.

## Выводы

1. Препарат **мексидол** может быть с успехом использован в комплексном лечении больных с ХИМ пожилого и старческого возраста.

2. При применении **мексидола** уменьшаются субъективные симптомы такие как, головная боль, головокружение, шум в голове, нарушения сна. Наибольший и ранний (в течение 14 дней) эффект **мексидола** отмечается у больных с I стадией ХИМ.

3. У пациентов с II и III стадиями эффект **мексидола** в отношении субъективных симптомов незначительный. Гиполипидемическое действие **мексидола** недостаточно выражено при назначении препарата в течение 2 недель. Возможно у пациентов более старшей возрастной группы, имеющих II и III стадию ХИМ и для положительного гиполипидемического эффекта лечение **мексидолом** должно проводиться сроком более 2 недель.

4. **Мексидол** оказывает положительное анксиолитическое действие на больных ХИМ пожилого и старческого возраста, уменьшая проявления личностной тревожности у этой группы пациентов.

## Литература

1. Воронина Т.А., Смирнов Л.Д., Горяйнова И.И. Механизм действия и обоснование применения препарата мексидол в неврологии. Москва, 2000.
2. Суслина З.А., Смирнова И.Н., Танащян М.М. и др. Применение мексидола при хронических формах цереброваскулярных заболеваний // Лечение нервных болезней. - 2002. - №3 - С.28-33.
3. Одинак М.М., Вознюк И.А. Мексидол в лечении острой и хронической ишемии головного мозга // Вестник практической неврологии. - 2003. - №7 - С.21-26.