

МЕКСИДОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

С.А.Царегородцева, М.Ю.Бондаренко, Е.В.Вахранева, А.Л.Азин

Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн; Центр медико-психологической и социальной реабилитации ветеранов боевых и контртеррористических действий и членов их семей, Йошкар-Ола

Изучена клиническая эффективность и обоснованность применения мексидола в комплексной терапии пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами с типичной психопатологической симптоматикой. Учитывали динамику изменения не только количественных (экспериментально-психологических) показателей, но и качественных (клинических) признаков. При применении мексидола эмоциональная лабильность снизилась в 6% случаев, интенсивность головных болей — в 36%, уровень алкоголизации — в 37%, фон настроения повысился в 59% случаев, показатель уровня астенизации нормализовался в 82.6% случаев, уровень тревожности снизился до нормы в 70% случаев. Нормализуя процессы в ЦНС, увеличивая адаптационные резервы организма, мексидол усиливает эффективность и снижает побочные эффекты от применения антидепрессантов и бензодиазепинов. Таким образом, мексидол является перспективным препаратом в терапии посттравматических стрессовых расстройств.

Ключевые слова: *посттравматическое стрессовое расстройство, мексидол, адаптационные резервы, социальная отгороженность, анксиолитическая активность*

Проблема лечения посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) становится в последние годы все более актуальной. ПТСР вызывают стрессогенная напряженность, длительное экстремальное воздействие. Важными характеристиками тяжелого психотравмирующего фактора являются неожиданность, стремительный темп развития, длительность воздействия и повторяемость в течение жизни [6,7]. Помимо тяжести стрессорного фактора, возникновение ПТСР у человека также определяется взаимным влиянием преддикторов персональной уязвимости [1]. В состоянии воздействия психотравмы быстрее развивается психологическая зависимость от алкоголя, что обусловлено нейробиологическими изменениями. Гипервозбуждение симпатической нервной системы и хроническое понижение уровня эндогенной опиоидной системы при ПТСР способствуют возникновению химической зависимости [2]. Приобщение к алкоголю как к универсальному адаптогену вызывает психическую зависимость и патологическое влечение. Определить это бывает сложно, т.к. тяга к алкоголю не осознается пациентом. Со временем разви-

вается токсическая энцефалопатия с ускорением процессов старения организма [3].

ПТСР трудно поддается медикаментозной терапии. Существует множество гипотез патогенеза ПТСР, но наиболее важная роль все же отводится серотониновой системе [9]. Вместе с тем применение антидепрессантов и транквилизаторов основано не столько на терапии ПТСР, сколько на лечении коморбидной [5] симптоматики (депрессивных, тревожных расстройств и т.д.). С целью оптимизации лечебных мероприятий с учетом тенденций развития психосоматической патологии [4] у пациентов с ПТСР мы стали широко использовать антиоксидантные и ноотропные препараты, в том числе мексидол.

Цель данного исследования — определить эффективность мексидола в комплексной терапии психосоматических нарушений в структуре ПТСР.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовали 30 пациентов (средний возраст — 32.5 года) — участников современных вооружен-

ных конфликтов, имеющих типичную симптоматику ПТСР. В клинической картине преобладали тревожно-обсессивные, тревожно-ипохондрические, дисфорические и астенодепрессивные состояния. Вторично формировалась дефицитарная симптоматика в виде социальной отгороженности и отчужденности, эмоциональной притупленности, ощущения внутренней опустошенности и враждебности со стороны окружающих. Как способ психологической разрядки большинство пациентов выбирали систематическое употребление алкогольных напитков. Влечение к алкоголю и степень выраженности алкоголизма усугубляли симптоматику ПТСР в виде приступов интенсивных головных болей, метеозависимости, нарушений сна, внутреннего напряжения, тревоги, раздражительности. У большинства обследуемых имели место аффективные состояния, эпизоды агрессивных форм поведения, возникавшие на фоне массивной алкоголизации.

Пациентам проводили комплексную медико-психологическую реабилитацию: аутотренинг, прогрессивно-мышечную релаксацию, рациональную психотерапию, арт-терапию, групповую психотерапию, нейролингвистическое программирование, медикаментозную терапию (антидепрессанты, транквилизаторы, антиконвульсанты). На ее фоне назначали стандартный амбулаторный курс мексидола для перорального приема длительностью 6 нед: 0.125 г 3 раза в день на 1-й и 2-й неделях, 0.125 г 2 раза в день на 3-6-й неделях.

Для анализа клинических проявлений ПТСР до и после проведения курса лечения мексидолом проводили психологическое тестирование пациентов. Оценивали динамику следующих психопатологических признаков ПТСР [8]:

1) социальная отгороженность: уклонение от деятельности, а также социальных и межличностных контактов;

2) эмоциональная лабильность: раздражительность, вспышки внезапного гнева до агрессии, импульсивное поведение;

3) когнитивные расстройства, снижение концентрации внимания;

4) депрессивный фон настроения с осознанием безысходности, отчаянием, притупленностью чувств, замкнутостью и подозрительностью;

5) тревожность: постоянное беспокойство, озабоченность, иногда немотивированная боязнь преследования, чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины;

6) напряженность: немотивированная бдительность (человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему угрожает опасность) и “взрывные” поведенческие реакции (при малейшей неожиданности человек делает стремительные движения, например, резко оборачивается и принимает боевую позу);

7) астенические состояния в виде психической вялости и стремления к покою;

8) злоупотребление алкоголем при попытке снизить субъективные ощущения симптоматики ПТСР;

9) нарушение сна, вызванное высоким уровнем тревожности и ночными кошмарами, которые воспроизводят сцены травмирующего события (так называемые “флэшбеки” [5]);

10) головные боли как проявление маскированной депрессии.

При комплексном психологическом тестировании проводили тест Спилберга для оценки уровня тревожности, использовали шкалу астенического состояния (ШАС) для оценки выраженности астенизации, шкалу сниженного настроения — субдепрессии (ШСНС) для изучения фона настроения, методику “Корректирующая проба” для измерения концентрации внимания, цветовой тест Люшера для определения эмоциональной лабильности.

Все диагностические критерии оценивали до и после комплексной терапии без мексидола и с мексидолом.

Положительным ответом считали уменьшение доли случаев клинических проявлений ПТСР и положительную динамику субъективного состояния, оцениваемую по тестовым шкалам.

Все исследования и курсы лечения проводили при условии получения письменного добровольного согласия испытуемых.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Программа психокоррекции улучшает качество жизни больных ПТСР, расширяет их круг общения и интересов, помогает осознать структуру своего внутреннего мира и, следовательно, изменить ее. Пациенты также начинают более четко осознавать свои цели, что позволяет им научиться управлять своим поведением. В целом, программа психокоррекции повышает уровень саморефлексии, улучшает коммуникативные способности, что приводит к позитивным изменениям эмоционального фона.

При депрессивной симптоматике отмечен негативный опыт использования антидепрессантов. Это связано с несогласием больных на длительный курс терапии и на строгое следование схеме лечения. Отказ от продолжения приема антидепрессантов обычно связан с тем, что пациенты ожидали позитивных сдвигов уже через несколько дней от начала приема, с побочными действиями классических антидепрессантов (амитриптилина, мелипрамина) — сухостью во рту, нарушениями ритма сердца, сонливостью в течение дня, нарушением концентрации внимания, снижением работоспособности и потенции на период лечения. Поэтому чаще от прие-

Показатели эффективности применения мексидола у лиц, страдающих ПТСР

Клинический признак ПТСР	До лечения		После комплексного лечения без мексидола		После комплексного лечения с мексидолом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тревожность (показатели по тесту Спилбергера >46 баллов)	27	90	8	26	6	20*
Фон настроения (показатели по шкале ШСНС >70 баллов)	28	93	12	40	10	34
Навязчивые воспоминания (реминисценции)	17	56	8	26*	8	26
Социальная отгороженность	24	80	15	50	15	50
Эмоциональная лабильность	28	93	15	50	13	44
Астения (показатели по шкале ШАС >101 балла)	29	96.6	7	23	2	14*
Алкоголизация	12	40	5	16	1	3
Нарушения сна	28	93	12	40	9	34
Концентрация внимания (>5 ошибок на 850 обработанных знаков)	30	100	9	30	6	20*
Головные боли*	26	86	19	63*	15	50

Примечание. * $p < 0.05$ по сравнению с данными до лечения.

ма антидепрессантов отказывались молодые, трудоспособные пациенты.

Транквилизаторы (сибазон, релиум, фенозепам) в силу ряда побочных эффектов (сонливость в течение дня, нарушение концентрации внимания, миорелаксация, разбитость по утрам) не могут быть рекомендованы работающим пациентам в амбулаторной практике.

После комплексной терапии и приема мексидола наблюдалась положительная динамика в клинической картине ПТСР — уменьшалась доля случаев выраженности их проявлений (таблица).

Нормализовались показатели психологического состояния по шкале ШСНС, а значит, повысился фон настроения (в 59% случаев), нормализовался показатель уровня астенизации по шкале ШАС (в 82.6% случаев). Тест Спилбергера выявил достоверное снижение среднего уровня как личностной, так и ситуативной тревожности (в 70% случаев). Данные, полученные при исследовании концентрации внимания с помощью методики “Корректирующая проба”, показали достоверное повышение концентрации внимания до нормы в 76% случаев. При проведении цветового теста Люшера количество пациентов с выявленной эмоциональной лабильностью снизилось после комплексного лечения в 43% случаев, а после дополнительного курса амбулаторного лечения мексидолом — еще в 6% случаев.

В случае комплексного лечения с мексидолом уровень алкоголизаций снизился в 37% случаев.

Головные боли у обследованных были обусловлены высоким уровнем невротизации (пост-

коммоционный синдром не учитывался). После комплексного лечения с мексидолом данный показатель исчез в 36% случаев.

Оценка качества жизни пациентов к моменту окончания курса лечения выявила высокий уровень восстановления нарушенных функций. После курса лечения мексидолом улучшились качественные показатели ПТСР (уменьшились головные боли, повысилось настроение, меньше стали беспокоить навязчивые мысли, улучшился сон), что способствовало повышению работоспособности и общительности наблюдаемых. Побочные действия мексидола не обнаружены.

На основании полученных нами результатов можно прийти к выводу, что мексидол является перспективным препаратом для амбулаторного ведения больных, страдающих психопатологическими проявлениями синдрома ПТСР. Препарат нормализует процессы ЦНС, причем его действие не столько транквилизирующее, сколько уравнивающее нервные процессы. Он увеличивает адаптационные резервы и стрессоустойчивость организма, повышает концентрацию внимания и работоспособность. Мексидол ослабляет токсическое действие алкоголя, снижает уровень алкогольной зависимости, пролонгирует ремиссии, а также предупреждает раннее старение организма.

Таким образом, мексидол создает механизм биологической десенсибилизации повторяющихся невротических, тягостных переживаний, что действует потенцирующе при проведении психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Психиатрия и психофармакотерапия. М., 2003.
2. Анохин И.П. // Лекции по наркологии / Под ред. Н.Н.Иванца. М., 2001. С. 13-33.
3. Бейн Б.Н. Вопросы медицинской и социальной помощи участникам войн, вооруженных конфликтов, лицам пожилого и старческого возраста. Екатеринбург, 2003. С. 53-54.
4. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства. М., 2001. С. 125-153.
5. Волошин М.В. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство (клинико-терапевтические аспекты): Пособие для врачей. М., 2004.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.
7. Психиатрия чрезвычайных ситуаций / Под ред. Т.Б.Дмитрисвой. М., 2003.
8. Психические расстройства и расстройства поведения / Под ред. Б.А.Казаковцевой и др. М., 1998.
9. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М., 2000.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб., 2001.