

Кортексин в лечении геморрагического инсульта

Проблема ранней диагностики и лечения мозговых инсультов — одна из важнейших в современной медицине.

В начальном периоде (острейшая фаза) геморрагического инсульта (ГИ) клиническая картина, вне зависимости от вида и локализации кровоизлияния, однотипна. Кровоизлияние развивается, как правило, внезапно, днем, в период активной деятельности больного. Нередко инсульту предшествуют эмоциональные переживания или физическая нагрузка. По данным некоторых авторов [1–2], приблизительно у 5–6 % больных кровоизлияния происходят во время сна. Для церебральной геморрагии характерно сочетание общемозговых и очаговых симптомов. Генез общемозговых симптомов сложен — он включает в себя и общую реакцию мозга на «удар» излившейся крови, и быстрое сдавление ствола мозга с последующим нарушением гемо- и ликвородинамики при массивных кровоизлияниях.

Очаговые симптомы — результат непосредственного поражения мозгового вещества, его сдавливания при гематомах или разрушения и сдавливания при обычных геморрагиях.

Внезапная головная боль, рвота, утрата сознания, учащение дыхания, бради- или тахикардия с одновременным появлением гемиплегии или глубокого гемипареза — обычные начальные симптомы кровоизлияния. Большое значение в диагностике ГИ имеет менингеальный синдром, ствольные симптомы. Кровоизлияния с прорывом крови в желудочки мозга протекают особенно тяжело.

Заметим, что в последние годы клиническая картина течения мозговых кровоизлияний несколько изменилась. Это отмечено многими авторами. Значительно чаще наблюдается не внезапное, а несколько замедленное (в течение 1–2 ч.) развитие инсульта. При этом общемозговые симптомы бывают выражены не ярко и дифференциальная диагностика ГИ с мозговым инфарктом становится затруднительной. В этих случаях большую помощь оказывает компьютерная томография (КТ) головного мозга.

Данные КТ изменили существовавшее мнение о крайне неблагоприятном фатальном течении паренхима-

тозно-вентрикулярных геморрагий, основанное преимущественно на результатах патоморфологических исследований.

Частота проникновения крови в желудочную систему при геморрагических инсультах, по данным разных авторов, составляет от 30 до 85 %. Распространение крови в субарахноидальное пространство при внутримозговых кровоизлияниях наблюдается редко [3]. Сочетание прорыва крови в желудочки и субарахноидальное пространство обнаруживается, по данным КТ, в 32 % случаев [3]. Чаще (более 90 % случаев) прорыв крови в желудочки происходит при кровоизлияниях смешанной локализации, реже — при латеральных, медиальных и лобарных кровоизлияниях.

Особенно часто прорыв происходит при объеме кровоизлияния более 30 мл. На частоту прорыва крови в желудочки влияют как локализация, так и объем кровоизлияния [4].

При объеме кровоизлияния в мозг, превышающем 50 мл, смертность достигает 85 % [5].

По данным некоторых авторов, хирургическое лечение ГИ не имеет преимуществ по сравнению с консервативным лечением. Так, в группе больных, которым проводили краниотомию, показатель смертности и инвалидности оказался выше, чем в группе пациентов, получавших медикаментозное лечение [6–7]. Поэтому важное значение в лечении ГИ имеет поиск и применение новых лекарственных препаратов.

Нами в лечении ГИ применялся кортексин — отечественный препарат полипептидной природы, разработанный в Санкт-Петербургском Институте биорегуляции и геронтологии (Морозов В.Т., Хавинсон В.Х., 1996). Это пептидный биорегулятор, оказывающий тканеспецифическое воздействие на кору головного мозга. Механизм действия кортексина связан с его метаболической активностью: он регулирует соотношение тормозных и возбуждающих аминокислот, уровень серотонина и дофамина, оказывает ГАМК-ергическое влияние, обладает антиоксидантной активностью и способностью восстанавливать биоэлектрическую активность головного мозга. Препарат оказывает церебропротекторное действие, улучшает способность к обучению и память, стимулирует репаративные процессы в головном

А.П. Скороходов,

доктор
медицинских наук,

В.В. Белинская,

кандидат
медицинских наук

Воронежская государственная мед. академия
им. Н.Н. Бурденко

Воронеж,
Россия

мозге, ускоряет восстановление функций головного мозга после стрессорных воздействий (Шабалов Н.П. и др., 2001).

Кроме того, кортексин обладает мощным нейротрофическим эффектом, вследствие чего используется в ургентной неврологии при патологических состояниях, сопровождающихся отеком-набуханием головного мозга (нейротравма, эпилептический статус, менингоэнцефалиты, комы).

Лечение получили 60 больных (м — 31, ж — 29) в возрасте от 40 до 84 лет (средний возраст $63,5 \pm 1,3$ года) с ГИ. 57 из них проведено консервативное лечение (гемостатические, гормональные, антифибринолитические, мочегонные, гипотензивные препараты), 3 — хирургическое удаление внутримозговой гематомы с последующим медикаментозным лечением. Кортексин (по 10 мг в/м в течение 10 дн.) получали 24 пациента (м — 15, ж — 9, средний возраст $60,8 \pm 1,8$) на фоне унифицированной консервативной терапии ГИ и 3 (ж) — после оперативного удаления внутримозговой гематомы. Остальным 33 больным (м — 16, ж — 17) проводилось консервативное лечение без кортексина (табл. 1).

Всем больным при поступлении проведена КТ головного мозга. По данным КТ, у 20 из 24 (83,3 %) больных, получавших кортексин, объем гематомы был меньше 30 см^3 , у 4 (16,7 %) — больше 30 см^3 , у 11 из 24 (45,8 %) определялся прорыв крови в желудочки мозга. У 23 из 33 больных (69,7 %), не получавших кортексин, объем гематомы был до 30 см^3 , а у 10 (30,3%) — больше 30 см^3 ; у 19 из 33 (57,5%) определялся прорыв крови в желудочки мозга. У 2 из 3 оперированных больных объем гематомы в больших полушариях головного мозга равнялся 50 см^3 и 62 см^3 и у 1 — 15 см^3 в полушарии мозжечка. В целом кровоизлияния в левом полушарии головного мозга выявлены у 28 больных, в правом полушарии — у 25, в мозжечке — у 6, а у 1 больной обнаружено субарахноидальное кровоизлияние. Прорыв крови отмечался у 30 больных.

В группе больных, получавших кортексин, летальность была значительно меньше, чем у больных, в лечении которых данный препарат не применялся ($p < 0,05$).

После консервативного лечения проведен анализ восстановления нарушенных функций у 41 чел. с полушарным ГИ. 21 больной получал кортексин, а 20 — не получали (табл. 2). Значительных различий по рассматриваемым симптомам между этими группами не отмечалось.

После проведенного лечения у пациентов в обеих группах полностью восстановилось сознание, исчезли рвота, менингеальные и стволовые симптомы.

Головная боль оставалась у 12,5 % больных, принимавших кортексин, и у 25 % — не принимавших.

Восстановление двигательной активности в виде прироста суммарного балла в паретичной верхней конечности в группе больных, пролеченных кортексином, составило 1,6 балла, в группе больных, пролеченных без кортексина, — 0,8 балла ($p < 0,05$), в паретичной нижней конечности — 1,75 и 0,94 балла соответственно ($p < 0,05$).

Чувствительность нормализовалась быстрее у больных, получавших кортексин, нарушения чувствитель-

Таблица 1. Распределение больных с ГИ, получавших консервативное лечение

Локализация	Лечение с применением кортексина	Лечение без применения кортексина
Левое полушарие	13	14
Правое полушарие	9	14
Мозжечок	2	4
Субарахноидальное кровоизлияние	0	1
Всего	24	33
Прорыв крови в желудочковую систему	11	19
Объем кровоизлияния до 30 см^3	20	23
Объем кровоизлияния больше 30 см^3	4	10
Летальный исход	1	9

Таблица 2. Клинические признаки у больных с полушарным ГИ, выживших после консервативного лечения

Признаки	Лечение с применением кортексина	Лечение без применения кортексина
Возраст (в годах)	$60,8 \pm 1,8$	$64,6 \pm 1,9$
мужчин	12	13
женщин	9	7
Патогенез:		
разрыв сосуда	81 %	80 %
пардеапедезное кровоизлияние	19 %	20 %
Уровень сознания:		
ясное	57 %	45 %
оглушение	38 %	45 %
сопор	5 %	5 %
кома	0 %	5 %
Общемозговые симптомы:		
головная боль	71 %	65 %
рвота	19 %	30 %
менингеальный синдром	52 %	55 %
стволовые симптомы	38 %	15 %
Двигательные нарушения в руке:		
плегия	38 %	20 %
выраженный парез	14 %	35 %
умеренный парез	19 %	20 %
легкий парез	10 %	20 %
нет нарушений	19 %	5 %
Двигательные нарушения в ноге:		
плегия	14 %	10 %
выраженный парез	33 %	40 %
умеренный парез	29 %	25 %
легкий парез	5 %	20 %
нет нарушений	19 %	5 %
Чувствительные нарушения	52 %	65 %
Афатические нарушения	75 %	65 %

ности оставались после лечения у 19 % больных, из них в группе пациентов, не получавших кортексин ($p > 0,05$), этот показатель составил 35 %. Моторная речь после лечения кортексином полностью восстановилась у 50 % больных и только у 35 % больных, не получавших кортексин ($p > 0,05$).

Результаты эффективности кортексина при лечении больных с ГИ представлены на рис. 1 и 2.

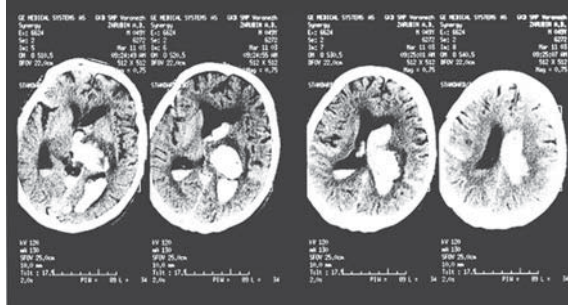


Рис. 1. Кровоизлияние с прорывом крови в желудочки мозга (1-е сут.).

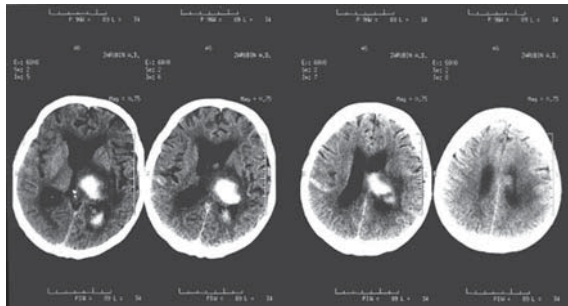


Рис. 2. Кровоизлияние с прорывом крови в желудочки мозга после лечения кортексином (20-е сут.).

Таким образом, полученные данные указывают на то, что применение кортексина в консервативной терапии ГИ оказывает более выраженный эффект в восстановлении двигательных, речевых и чувствительных функций, а также снижает летальность в остром периоде. Поэтому можно рекомендовать применение кортексина в лечении геморрагического инсульта в остром периоде.

Список литературы

1. Сосудистые заболевания нервной системы / Под ред. акад. *Е.В.Шмидта*. М., 1975. С. 281.
2. *Zulch K.* Reconsideration of the clinical problem of cerebrovascular insufficiency. Research on the cerebral circulation. Third international. Salzburg conference. USA, 1969.
3. *Верещагин Н.В., Вавилов С.Б., Кузюгов А.И.* Прорыв крови в желудочковую систему при кровоизлияниях в мозг (клинико-компьютерно-топографическое исследование) // Журн. невропатол. и психиатр. 1982. № 9. С. 1—7.
4. *Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С.* Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. М.: Медицина, 1997. 288 с.
5. *Weir B.* The clinical problem of intracerebral hematoma // *Stroke*. 1993. Vol. 24 (suppl. I), 12. P. 93.
6. *Prasad K., Shrivastava A.* Surgery for primary supratentorial intracerebral hemorrhage. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software. Search date August 1998; primary sources Cochrane Collaboration Stroke Group, handsearches of reference lists of all identified trials, specialist journals and monographs.
7. *Hankey G., Hon C.* Surgery for primary intracerebral hemorrhage: is it safe and effective? A systematic review of case series and randomized trials. *Stroke* 1997; 8:2126—32. Search date June 1997; primary sources Medline, and hand searches of reference lists of identified articles, published epidemiological studies, and reviews.