

Медицинская кафедра Cathedra medicinae

СТРЕПТОКОККОВАЯ
(ГРУППЫ А) ИНФЕКЦИЯ

КОНСИЛИУМ:
ИНСУЛЬТ

АНДРОГЕННЫЙ
СТАТУС

VI СЪЕЗД НОГР:
ОТЧЕТ

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА
МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ
И ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

Выбор нейропротекции в остром периоде ишемического инсульта

А.П. СКОРОХОВ, А.А. ДУДИНА, Е.А. КОЛЕСНИКОВА, А.Е. КОРОН,
Ю.А. КОБАНЦЕВ, А.А. СЕДОВА

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Распространенность ишемического инсульта (ИИ) в России общеизвестна – он занимает второе место в структуре смертности населения. Остаются актуальными проблемами стойкая утрата трудоспособности после ИИ, а также практическая необходимость в посторонней помощи этим больным в период реабилитации, который является долгим. Все это подтверждает всеобщее внимание специалистов к терапии заболевания и дальнейшему клиническому исследованию ноотропных средств.

Понятно, что базисная терапия в остром периоде ИИ, связанная с коррекцией возникших нарушений дыхания, сердечно-сосудистой патологии, кислотно-основного равновесия, профилактикой повышения внутричерепного давления и отека мозга, а также трофических расстройств – не решает полностью проблемы нормализации состояния нейрона как в очаге ишемии, так и в ближайшей зоне мозга. Необходимость нейропротекции не вызывает сомнений как на догоспитальном этапе, так и в стационаре. Это мнение абсолютного большинства неврологов России.

Считается, что для каждого этапа ишемического каскада целесообразно иметь конкретный нейропротектор. Наибольшее распространение в нашей стране при выборе нейропротектора в остром периоде ИИ в последние годы получили хорошо известные препараты – церебролизин, пирацетам (ноотропил производства разных стран) и кортексин (отечест-

венный нейропротектор, ноотроп и антиоксидант).

Специалисты хорошо знакомы с исследованиями, в которых суммарные дозировки указанных препаратов при ИИ представлены в следующих объемах: церебролизин – 210–410 мл (курс – 21 день); пирацетам – до 180 мл (первичный курс – 10 дней); кортексин – 100–200 мг (курс – 10 дней). Это стало основанием для проведения сравнительных исследований эффективности препаратов в остром периоде ИИ.

В первом этапе работы участвовали три группы пациентов.

Группа лечения кортексином – 35 больных (24 мужчины и 11 женщин) с полушарным ИИ в возрасте от 42 до 76 лет (средний возраст – $57,5 \pm 2,7$ года): у 21 больного был средний инсульт (СИ) и у 14 – большой инсульт (БИ). Группа сравнения – лечение большими дозами ноотропила (по 12 г внутривенно капельно ежедневно в течение 10 дней, с последующим

приемом ноотропила в капсулах по 800 мг 2 раза в сутки) – 23 человека (13 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 44 до 72 лет (средний возраст – $57,4 \pm 2,5$ года), из них 10 пациентов со СИ и 13 – с БИ. Контрольная группа – 105 человек с полушарным ИИ (63 мужчины и 42 женщины) в возрасте от 40 до 82 лет (средний возраст – $56,5 \pm 2,7$ года), не получавших при лечении кортексин и большие дозы ноотропила (СИ – 38 больных, БИ – 67). Подробное описание этапа приведено в работе, представленной в журнале «Медицинская кафедра» (2005, № 3 (15), с. 144–150), поэтому отметим, что выявлены достоверные положительные изменения неврологического статуса (шкала Оргогозо) в группах кортексина и ноотропила по сравнению с контрольной группой. Причем анализ клинических проявлений у пациентов с ИИ при лечении кортексином в острейшем периоде заболевания показал его положительное влияние как на общемозговые, так и на очаговые неврологические симптомы. Так, после 5–6 дней лечения у больных улучшалась общемозговая симптоматика, отмечалась положительная динамика в восстановлении нарушенных функций, особенно речевых в виде афазии.

На втором этапе работы проведено исследование по определению эффективности лечебного действия кортексина и церебролизина в острейшем периоде ИИ, в котором участвовали 45 больных с полушарным ИИ в возрасте от 45 до 70 лет (31 мужчина и 14 женщин), поступившие в первые сутки заболевания по скорой помощи (см. табл. 1).

Диагноз поставлен на основании клинических данных и подтвержден компьютерной

томографией головного мозга. Всем больным проведена транскраниальная доплерография и компьютерная электроэнцефалография. Размеры очага ишемии по данным КТ у всех пациентов соответствовали среднему инсульту.

На фоне базисной терапии в течение 21 суток, включающей пентоксифиллин, тромбасс, гипотензивные препараты, гепарин по показаниям, 10 больных получали кортексин по 10 мг в/м № 10; 10 больных – кортексин по 10 мг в/в капельно № 10; 10 больных кортексин по 20 мг в/м № 10 (10 мг – утром, 10 мг – после обеда); 15 больных – церебролизин по 10 мл в/в № 10.

Тяжесть неврологического дефицита оценивали по шкалам – оригинальной, NIH, MRMI и Бартела на 1-е, 11-е и 21-е сутки. Когнитивные функции оценивали по шкале MMSE и тесту Ходкинсона на 1-е, 11-е и 21-е сутки.

Общая характеристика пациентов представлена в *таблице 1*.

Из *таблицы 2* видно, что при комплектовании групп исследования в лучших условиях оказались пациенты, получавшие церебролизин: средние размеры очага ишемии были наименьшими – $22,5 \times 15,0$ мм. Группа, в которой больные получали кортексин (10 мг 2 раза в сутки), – в более сложных условиях: средние размеры очага $31,1 \times 20,4$ мм, что, естественно, отражалось на клинической картине и процессе лечения. Группа, получавшая церебролизин, имела преимущество еще и в том, что восемь человек из 15 были госпитализированы в первые 6 часов ИИ.

По локализации очага в левом полушарии отмечалось преобладание в группах пациен-

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту и полу

Лечение	Возраст, лет	Мужчины	Женщины
Кортексин, 10 мг в/м	$57,1 \pm 0,8$	8	2
Кортексин, 10 мг в/в	$61,0 \pm 2,9$	7	3
Кортексин, 20 мг в/м	$54,3 \pm 2,5$	7	3
Церебролизин, 10 мл в/в	$60,5 \pm 0,9$	10	5

Таблица 2. **Размеры и локализация очага ишемии**

Группа, нейропротектор	Размеры очага, мм	Сторона очага	Локализация очага ишемии			
			базальные ядра и внутренняя капсула	височно-теменная область	лобно-теменная область	теменная область
Кортексин, 10 мг в/м	24,3x13,8	S	7	–	1	–
		D	1	–	1	–
Кортексин, 10 мг в/в	26,6x17,8	S	4	2	–	–
		D	4	–	–	–
Кортексин, 20 мг в/м	31,1x20,4	S	1	2	1	1
		D	2	2	1	–
Церебролизин, 10 мл в/в	22,5x15,0	S	3	2	1	1
		D	6	–	1	1

Таблица 3. **Эффективность восстановления неврологического статуса после лечения**
(шкала оригинальная, шкала инсульта NIH)

Лечение	Шкала оригинальная		СИБ	Шкала инсульта NIH		разница в баллах
	до лечения	после лечения		до лечения	после лечения	
Кортексин, 10 мг в/м	36,4±0,5	44,7±0,4	8,3±0,6	12,4±0,6	4,0±0,5	8,0±0,4
Кортексин, 10 мг в/в	36,6±1,4	44,4±1,2	7,8±1,0	11±1,0	3,4±1,1	7,6±0,9
Кортексин, 20 мг в/м	36,8±0,7	44,6±0,5	7,8±0,4	11,4±0,9	3,8±0,7	7,6±0,5
Церебролизин, 10 мл в/в	34,4±0,8	41,8±0,6	7,4±0,7	13,6±0,7	5,6±0,6	8,0±0,4

тов, пролеченных кортексином, – 10 мг в/м и 10 мг в/в, в других двух группах одинаково часто отмечалось поражение правого и левого полушария. Наиболее часто очаги ишемии в области базальных ядер встречались у больных, получавших кортексин по 10 мг в/м и 10 мг в/в, церебролизин по 10 мл в/в. В группе больных, получавших кортексин по 20 мг в/м, очаги ишемии в базальных ядрах были реже, чем в височно-теменной и лобно-теменной областях (см. табл. 2).

Анализ эффективности восстановления неврологического статуса по СИБ, разницы и приросту в баллах у больных показал, что во всех четырех группах восстановление нарушенных функций проходило одинаково хорошо – по шкалам оригинальной, NIH и MRMI (см. табл. 3 и табл. 4).

В то же время по шкале Бартела отмечалось значительно лучшее восстановление неврологического статуса в группе больных,

Таблица 4. **Эффективность восстановления неврологического статуса после лечения** (шкалы MRMI и Бартела)

Лечение	Шкала MRMI			Шкала Бартела		
	до лечения	после лечения	прирост в баллах	до лечения	после лечения	прирост в баллах
Кортексин, 10 мг в/м	5,1±0,8	17,8±0,9	12,7±0,7	55,0±1,2	95,0±1,3	40±1,1
Кортексин, 10 мг в/в	3,7±1,1	18,4±2,1	14,7±1,4	50,5±5,4	102,0±5,9	51,5±5,3*
Кортексин, 20 мг в/м	6,2±0,6	20,7±1,4	14,5±1,2	39,4±2,5	96,1±4,7	56,7±4,7*
Церебролизин, 10 мл в/в	4,9±0,7	18,1±0,8	13,2±0,6	50,4±1,0	89,5±1,6	39,1±1,2

Примечание: * – $p < 0,05$.

Таблица 5. **Эффективность восстановления когнитивных функций после лечения**

Лечение	Оценка умственного состояния по шкале MMSE			Тест Ходкинсона		
	до лечения	после лечения	прирост в баллах	до лечения	после лечения	прирост в баллах
Кортексин, 10 мг в/м	21,3±0,8	26,5±0,5	5,2±0,4	8,4±0,6	9,5±0,9	1,1±0,3
Кортексин, 10 мг в/в	17,6±3,4	27,5±1,2	9,9±1,4**	7,8±1,5	9,8±1,6	2,2±0,4*
Кортексин, 20 мг в/м	16,5±2,7	26,9±0,9	10,4±2,1**	7,4±1,3	9,5±0,3	2,1±0,6*
Церебролизин, 10 мл в/в	20,4±1,0	27,0±0,6	6,6±0,7	7,9±0,5	9,5±0,2	1,6±0,3

Примечания: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

получавших кортексин, как по 20 мг в/м, так и по 10 мг в/в (см. табл. 4).

Эффективность восстановления когнитивных нарушений в группе больных, получавших кортексин внутривенно капельно по 10 мг и внутримышечно по 10 мг 2 раза в день, была достоверно выше, чем у пациентов, получавших кортексин по 10 мг внутримышечно и церебролизин по 10 мл внутривенно (см. табл. 5), что, безусловно, сле-

дует учитывать при терапии данного состояния.

Результаты исследования показывают, что применение в лечении пациентов с полушарным ишемическим инсультом средних размеров нейрорепротекторов – кортексина и церебролизина оказывает одинаково хороший терапевтический эффект на восстановление нарушенных двигательных, чувствительных, координаторных и других функций. В то же время кортексин

Таблица 6. **Эффективность восстановления нарушенных функций по приросту суммарного ишемического балла по оригинальной шкале при СИ**

Группа больных	До лечения	После лечения	СИБ
Контрольная группа, n=38	37,9±0,9	45,1±0,4	7,1±0,7
Ноотропил, 12 г в/в, n=10	33,7±0,9	43,4±1,3	10,0±1,4**
Кортексин, 10 мг в/м, n=21	33,7±0,9	43,4±1,3	10,0±1,4**
Кортексин, 10 мг в/м, n=10	36,4±0,5	44,7±0,4	8,3±0,6*
Кортексин, 10 мг в/в, n=10	36,6±1,4	44,4±1,2	7,8±1,0
Кортексин, 20 мг в/м, n=10	36,8±0,7	44,6±0,5	7,8±0,4
Церебролизин, 10 мл в/в, n=15	34,4±0,8	41,8±0,6	7,4±0,7

Примечания. * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

в дозе 20 мг внутримышечно или 10 мг внутривенно капельно оказывает достоверно лучший эффект на восстановление когнитивных функций и неврологического статуса по шкале Бартела, чем кортексин в дозе 10 мг внутримышечно или церебролизин по 10 мл внутривенно.

Эти данные позволяют рекомендовать в острейшем периоде среднего ишемического инсульта нейропротектор кортексин 20 мг внутримышечно (по 10 мг 2 раза в день) как наиболее адекватное, эффективное и доступное средство терапии. При этом, что крайне важно, форма выпуска препарата и удобство его применения позволяют применять кортексин уже до госпитализации больного.

На третьем этапе проведено сравнение эффективности восстановления нарушенных функций по оригинальной шкале при использовании в лечении ИИ средних размеров ноотропила, кортексина, церебролизина (см. табл. 6). Видно, что лечебный эффект ноотропила и кортексина достоверно выше по сравнению с контрольной группой и группой, принимавшей церебролизин.

Таким образом, лечение кортексином, как и ноотропилем в больших дозах и церебролизинем, оказывает эффективное лечебное действие на восстановление нарушенных функций у пациентов с ИИ в острейшем периоде, по сравнению с больными с ИИ без применения этих препаратов. Кортексин, как и ноотропил в больших дозах, а также церебролизин, необходимо использоваться для улучшения нейрометаболической защиты мозга при лечении ишемического инсульта.

Выводы

1. Отечественный ноотропный и нейропротекторный препарат кортексин по клиническому эффекту и экономической составляющей является наиболее приемлемым для лечения острейшего периода ишемического инсульта.

2. Оптимальная дозировка кортексина при лечении ишемического инсульта – внутримышечно по 10 мг 2 раза в день, курс – 10 дней.

3. Терапевтическая эффективность кортексина и опыт отечественной неврологии позволяют рекомендовать его использование с первых минут гемодинамических нарушений мозгового кровообращения. **ИСК**