

— Александр Павлович, расскажите, пожалуйста, о современных методах лечения острого нарушения мозгового кровообращения.

— Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) бывают ишемического (инфаркт мозга) и геморрагического характера (геморрагический инсульт). Большинство инсультов являются ишемическими, т.е. артерия, несущая кровь к мозгу, закупорена тромбом, или ее просвет сужен атеросклеротической бляшкой, или она сдавлена каким-либо образованием. В этих случаях клеткам мозга не хватает кислорода, и если соседние артерии не могут взять кровоснабжение этого участка на себя, то в течение нескольких минут нейроны умирают.

Причиной геморрагического инсульта является кровоизлияние. Это происходит реже, но намного более опасно для жизни, это субарахноидальное кровоизлияние, кровоизлияние в ствол мозга, в мозжечок, в полушария головного мозга. В свою очередь кровоизлияния в полушария делятся на медиальные, латеральные и лобарные. При каждом из этих видов несколько меняется тактика лечения. В последнее время ученые приходят к выводу, что во всех случаях происходит нарушение микроциркуляции. При ишемическом инсульте возникает недостаточность кровотока за счет стеноза, тромбоза, гемодинамических нарушений, происходит своего рода инфаркт мозга. При геморрагическом инсульте наблюдается разрыв сосуда. Если этот разрыв происходит в субарахноидальном пространстве, выявляются общемозговые симптомы: головная боль, тошнота, рвота, припадки, при очень тяжелых случаях может быть потеря сознания вплоть до комы.

Кровоизлияние в вещество головного мозга происходит за счет мелких аневризм (врожденных или приобретенных с возрастом), атеросклеротических, посттравматических, микотических аневризм сосудов головного мозга. Провоцирующим фактором может стать повышение артериального давления (АД). Происходит разрыв стенки дефектного сосуда, в результате кровь попадает в вещество головного мозга. Образуется внутримозговая гематома, которая сдавливает окружающие ткани, там тоже нарушается микроциркуляция. Появляются гемодинамические нарушения, приводящие к увеличению объема этой гематомы и некроза окружающих тканей. От объема гематомы зависит и неврологическая симптоматика, соответственно применяются и различные методы лечения.

При ишемическом инсульте, например, сейчас на первое место выходит тромболитическая терапия, о которой в настоящее время много говорится в нашей стране, принята программа помощи больным с ОНМК и с инфарктом. Тромболитическая терапия внедряется во многих регионах России. Воронежская область вошла в план мероприятий помощи больным с этой патологией, и у нас начинает внедряться этот метод лечения. В дальнейшем применяется нейротропная терапия для улучшения обменных процессов в головном мозгу на фоне нарушения головного кровообращения.

При геморрагическом инсульте также используется нейротропная терапия, что во многом способствует восстановлению нарушенных функций поврежденных клеток. В нейротропной терапии мы используем такие препараты, как актовегин, ноотропил, хорошо известный церебролизин, он уже больше 30 лет применяется в практике и у нас в России, и за рубежом. С 2000 г. мы начали использовать в своей практике Кортексин®, по сей день применяем его очень широко и весьма эффективно.

— С чем это связано, в чем вы видите преимущество этого препарата?

— Кортексин® — отечественный препарат, который разработали санкт-петербургские уче-

Геморрагический инсульт и опыт его лечения



Инсульт является вторым по частоте «убийцей» людей во всем мире, в последние годы число таких повреждений головного мозга только растет, превысив даже количество инфарктов миокарда. Последствия инсультов поистине катастрофичны. Смягчить их позволяет современная концепция нейропротекции. При этом лечение тяжелых инсультов органопрепаратами (в частности Кортексином®), по мнению многих практикующих докторов, более эффективно, чем синтетическими нейропептидами. О результатах изучения клинической эффективности препарата Кортексин®, об опыте его применения при лечении геморрагического инсульта мы попросили рассказать заведующего кафедрой неврологии с нейрохирургией и психиатрией ИПМО Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, заведующего нейрососудистым отделением ГКБ СМП № 1 г. Воронежа

доктора медицинских наук,
профессора Александра Павловича СКОРОХОДОВА

ные Военно-медицинской академии. Семь лет назад мы стали использовать его при лечении ишемического инсульта, результаты нас порадовали. Через год-полтора мы начали применять Кортексин® и при терапии геморрагического инсульта. Опыт показал, что Кортексин® при лечении геморрагического инсульта является одним из самых эффективных лекарств в процессе реабилитации.

В течение последних нескольких лет мы проводили клинические наблюдения за группами пациентов, использующих в лечении геморрагического инсульта различные препараты. В контрольную группу вошли 72 человека со сходной локализацией кровоизлияния. Графики наглядно демонстрируют результаты применения Кортексина®. Например, динамика восстановления функций верхних конечностей в группе, где применяли Кортексин®, — 1,6 балла, у пациентов, получавших традиционное лечение, лишь 0,8 балла, т.е. восстановление функций шло в 2 раза быстрее. Схожие показатели и при наблюдении восстановления функций нижних конечностей, на фоне терапии с применением Кортексина® — 1,75 балла, без Кортексина® — 0,94. Быстрее и эффективнее проходило устранение речевых нарушений, возвращение чувствительности, восстановленные нарушенные функции по шкале Оргогозо.

Диаграммы демонстрируют нам статистически достоверные различия по восстановлению нарушенных функций в группе пациентов с медиальными, латеральными и лобарными типами локализации инсультов, получавших Кортексин®, и пациентов, не получавших такой терапии.

Очень яркий показатель — индекс Бартель, который указывает на способность пациентов себя обслуживать через 21 день. Например, при медиальной локализации — 30 баллов набрали больные, получавшие Кортексин®, и почти вполнину меньше пациенты, не получавшие препарат, — 16 баллов.

Подобную картину мы наблюдали и у пациентов с латеральной локализацией. 60 баллов по шкале Бартель получили пациенты, использовавшие Кортексин®, и меньше 30 — в группе без этого препарата. Эти цифры тоже указывают на то, что восстановление функций идет значительно лучше.

При клиническом наблюдении больных с лобарной локализацией в группах разница небольшая, но все равно заметная.

Мы исследовали самых тяжелых больных, которые находятся в палате интенсивной терапии. Здесь лечение Кортексином® применялось в больших дозах, не по 10, а по 20 мг. Это объясняется тяжестью их состояния. Мы срав-

нили группу пациентов, которые лежали в палате раньше и не получали Кортексин®, с группой, в которой препарат применялся. Всего под наблюдением был 171 пациент с ишемическим инсультом, которые не получали Кортексин®, из них выжили 89 человек (52%). А в числе тех, кто получали препарат, были 43 человека, из них выжили 35, т.е. 81%. Результаты действительно радуют.

И еще одно исследование. Мы вводили по 20 мг Кортексина® пациентам с тяжелым геморрагическим инсультом с тампонадой бокового желудочка. В результате после десятидневного применения Кортексина® гематома рассосалась. При традиционной терапии таких сложных случаев почти 90% заканчивается летальным исходом. У нас на фоне лечения Кортексином® летальный исход был значительно ниже — меньше 40%.

Таким образом, сделан вывод, что применение Кортексина® способствует лучшему восстановлению нарушенных функций больных как с геморрагическим, так и с ишемическим инсультом. Поэтому сейчас мы широко применяем препарат в своей практике. Показатель летальности по отделению стал ниже на несколько процентов по сравнению с предыдущими годами. За год в среднем через отделение проходит около 1500 человек, умирают 300—350 (вместе с реанимационным отделением). Процент летальности по отделению около 12%. Это один из хороших показателей по стране, т.к. в большинстве регионов смертность 30% считается весьма неплохим показателем. Я связываю это с активным использованием в терапии Кортексина®, препарата, который способствует лучшему восстановлению нарушенных функций у больных, помогает выводу из тяжелого состояния и возвращению пострадавшего к нормальной жизни.

— Александр Павлович, а как показывают себя на практике другие препараты?

— Конечно, наряду с использованием Кортексина® мы используем и другие лекарственные средства. Допустим, церебролизин, ноотропил, актовегин. Мы проводили сравнительное лечение с применением ноотропила в очень больших дозах и Кортексина®. Существенных различий при использовании препаратов нет, но вот по сравнению с группой, в которой не получали этих лекарств, значительная достоверная разница. При сравнении церебролизина и Кортексина® разница также незаметна. Церебролизин немного подороже, но Кортексин® несколько не уступает ему в эффективности.

С 2000 г. у нас прошли уже больше 1000 больных, получавших Кортексин®. Результаты его применения весьма и весьма положительны. Преимущество Кортексина® в том, что это низкодозированный препарат (на курс лечения — всего 0,2 г) и при его использовании нет побочного действия.

Такой вывод полностью совпадает и с результатами исследований применения Кортексина® на практике, проводимых ведущими российскими неврологами, в том числе и академиком Александром Анисимовичем Скороходом.

Изучение клинической эффективности препарата при лечении инсультов продолжается на нашей кафедре и на базе лечебного учреждения. Среди коллег такая методика вызывает одобрение, привлекает все больше сторонников. На кафедре по этой тематике уже защищена одна кандидатская работа, сейчас готовится следующая. Надеемся, что наши исследования окажут методическую помощь коллегам и дадут надежду на эффективное восстановление функций организма людям, попавшим в беду.

Беседовала Ольга РУДЕНКО

Рис. 1. Прирост основного балла по оригинальной шкале у больных с медиальной локализацией гематомы

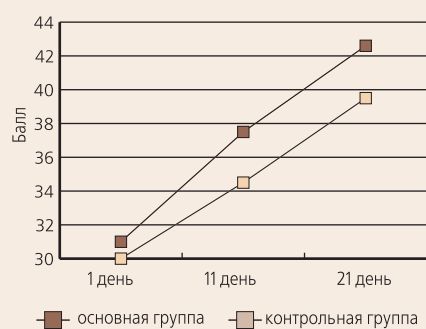


Рис. 2. Прирост основного балла по оригинальной шкале у больных с латеральной локализацией гематомы

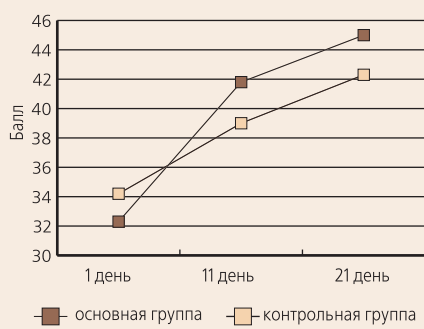


Рис. 3. Прирост основного балла по оригинальной шкале у больных с лобарной локализацией гематомы

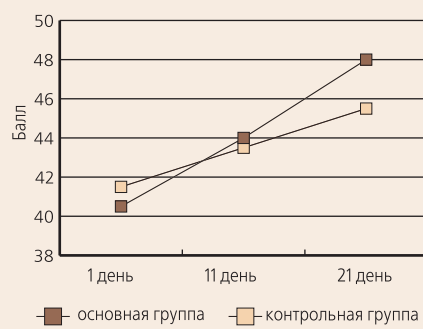


Рис. 4. Динамика Бартель на 1-11-21 день у больных с латеральной локализацией гематомы

