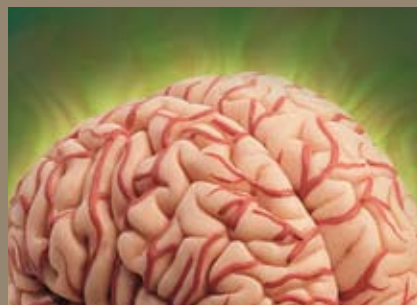
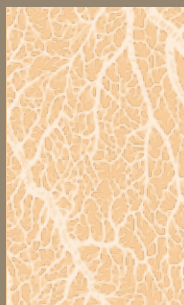


НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ

ПРИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ



«НАУКА»

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ ИНСУЛЬТЫ — РАССТРОЙСТВА РЕЧИ, ДИНАМИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРТЕКСИНОМ

С. А. Михалевич, Н. Ю. Живицкая
ЗАО Санаторий «Северная Ривьера», Санкт-Петербург

Состояние вопроса

Нередким проявлением инсульта либо черепно-мозговой травмы бывают нарушения речевой функции в виде афазии. Известна стремительная тенденция к увеличению числа больных с инсультом, а также и их «омоложение». По данным ВОЗ, 30% больных составляют лица трудоспособного возраста (до 50–60 лет), 70–80% больных, перенесших инсульт или получивших тяжелую черепно-мозговую травму, полностью утрачивают профессиональные навыки и трудоспособность. В результате нарушения речи и расстройств двигательной сферы больные переводятся на инвалидность 1 и 2 группы без права работы [1].

Под афазией понимают центральное нарушение уже сформировавшейся речи, т. е. расстройство речи, при котором частично или полностью утрачивается способность словесного выражения мыслей и восприятия чужой речи при сохранности артикуляции и слуха, достаточной для восприятия элементарных речевых звуков [2, 3]. Клинические картины афазии неоднородны. Различия между ними обусловлены, прежде всего, локализацией очага поражения, его размерами, степенью тяжести и этапом заболевания. В настоящее время наиболее распространенной является классификация А. Р. Лурия. В ее основе речь представлена как сложная функциональная система, связанная с целым рядом мозговых зон, расположенных в разных областях коры больших полушарий и нервных центров.

Целью работы являлось изучение эффективности кортексина у пациентов, имеющих расстройства речи и перенесших инсульт.

Материалы и методики

Работа проводилась в отделении реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) и находящихся в раннем восстановительном периоде (2–4 нед от начала заболевания).

С сентября 2001 г. по сентябрь 2006 г. в нейрососудистом реабилитационном отделении пролечено более 5000 неврологических больных, преимущественно с ОНМК, в возрасте от 20 до 70 лет. По локализации сосудистых поражений больные распределялись:

- ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии — 28%;
- ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии — 10%;
- ишемический инсульт в вертебрально-базиллярном бассейне — 34%;
- геморрагический инсульт — 5%;
- транзиторные ишемические атаки — 21,7% (из них 18% — в вертебрально-базиллярном бассейне).

Среди больных с ишемическим инсультом в бассейне левой средней мозговой артерии афазия наблюдалась почти у 60%.

В связи с тем что нарушение речи — частое осложнение после инсульта и ухудшает качество жизни пациента, приводит к инвалидности, затрудняет не только профессиональную деятельность, но и бытовую жизнь, подбор наиболее эффективной схемы лечения является насущной задачей. В отделении реабилитации, кроме занятий с логопедом-афазиологом, назначались препараты ноотропного и вазоактивного свойства перорально в качестве саногенетического лечения. Однако эта схема лечения не давала ожидаемого эффекта. Поэтому, наряду с занятиями афазиолога, в качестве альтернативного препарата был выбран кортексин.

Были отобраны 50 больных в возрасте от 40 до 60 лет, имеющие выраженные расстройства речи в виде афазии. 26 из них имели смешанные формы афазии с преобладанием моторного компонента и 24 — с преобладанием сенсорного компонента. При этом пациенты имели только свежие (2–3-недельной давности) формы афазии с выраженной или грубой степенью тяжести.

Состояние речевой функции у больных исследовалось до начала комплексного лечения и после его окончания. Использовали методику с тестами на экспрессивную речь (диалог, называние предметов и действий, составление фраз, составление рассказа) и на импрессивную (понимание обращенной речи в диалоге, понимание значения слов, обозначающих предметы и действия, понимание отдельных фраз и текста). Тесты и речевой материал подбирались так, чтобы они могли отражать состояние и динамику речи при разных формах афазии и степени ее выраженности.

Количественная оценка проводилась подсчетом баллов, полученных за выполнение того или иного задания. Максимальное количество баллов было равно 30, что соответствовало выполнению всех заданий.

Все пациенты разделены на 2 группы по 25 человек с однотипными формами афазии. Комплекс реабилитационного лечения каждой из групп был максимально унифицирован и включал в себя медикаментозную терапию (гипотензивные и антиагрегантные препараты), занятия с инструктором ЛФК и логопедом-афазиологом.

Основная группа пациентов получала кортексин внутримышечно в дозе 20 мг в течение 10 дней.

Эффективность лечения контролировалась ЭЭГ-исследованием в начале и в конце курса [4].

Результаты и их обсуждение

В обеих группах отмечена положительная динамика как моторной, так и сенсорной речи. Больше случаев улучшений наблюдали среди пациентов, страдающих моторной афазией и получавших кортексин (табл. 1). Динамика улучшений сенсорной речи наблюдалась как в контрольной, так и в основной группе. Эта закономерность может быть объяснена тем, что в процессе становления речи ее моторная сторона формируется позднее, чем сенсорная. Исходя из этого можно предположить, что структура нейронов центра Брока филогенетически более молодая, чем структура нейронов центра Вернике, а следовательно, более чувствительна к гипоксии. Поэтому применение ноотропных препаратов, улучшающих утилизацию кислорода и глюкозы нейронами, наиболее эффективно и показано для лечения нарушения моторной стороны речи [5].

Таблица 1

Сопоставление динамики речевых нарушений при лечении кортексином (основная группа) и без него (контрольная группа) в процентах

Группы больных	Экспрессивная речь		Импрессивная речь	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Основная группа	37%	56%	55,5%	82%
Контрольная группа	35%	39%	64%	78%

При приеме пирацетама в дозе 2–4 мг/сут положительный эффект также наблюдался, но у ряда пациентов были такие побочные явления, как раздражительность и нарушение сна, а применение кортексина в дозе 20 мг/сут является не только эффективным, но и хорошо переносится пациентами без побочных явлений.

Характеристики речи пациентов с выраженными формами моторной афазии до (а) и после (б) курса лечения представлены на рис. 1. Из рисунка видно, что:

- у больных значительно увеличился активный словарь;
- в собственной речи появилась возможность составлять и произносить короткие фразы;
- улучшилась автоматизированная речь, пациенты стали самостоятельно воспроизводить автоматизированные речевые ряды;
- при произнесении звуки стали менее искаженными, уменьшилось количество парафазий;
- стало доступным произнесение простых по слоговой и звуковой структуре слов как в собственной речи, так и при повторении;
- сгладилось расстройство орально-артикуляторного праксиса;
- в диалоге появилась возможность отвечать фразами;

— при повторении трудности произношения выражены меньше, чем в спонтанном высказывании; больные стали правильно повторять простые фразы.

У больных с моторной афазией, не получавших кортексин, спонтанная речь осталась более обедненной, не достаточно восстановилась смысловая структура мало употребляемых слов. Отмечается артикуляционный поиск нужного звука, в результате чего возникают паузы и запинки в речи и остаются звуковые искажения, литеральные парафазии. В диалоге обычны односложные высказывания или в развернутых высказываниях пропускают отдельные слова, и нарушается порядок слов.

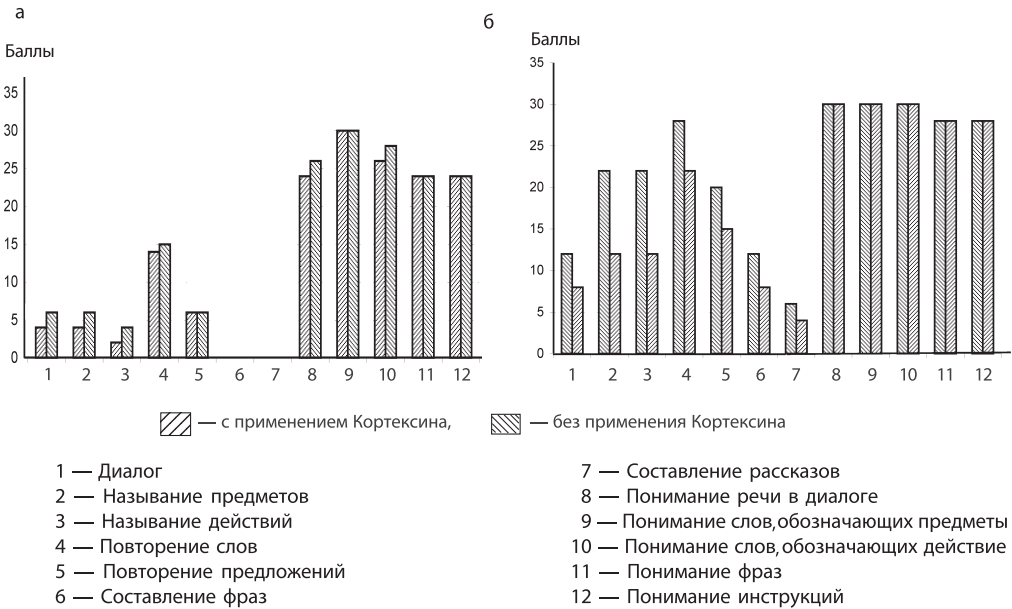


Рис. 1. Состояние речи больных с моторной афазией до (а) и после (б) лечения с применением кортексина и без такового

У больных с сенсорной афазией:

- появились определенные возможности понимания внеситуативных видов речи и ряда устных инструкций;
- постепенно исчез феномен отчуждения смысла слов;
- восстановился фонематический слух (могут дифференцировать на слух слова с оппозиционными фонемами);
- собственная речь стала значительно ясней — уменьшилось количество литеральных замен, нормализовался темп речи;
- активный словарь увеличился, пациенты употребляют разные части речи, улучшилось согласование между ними;
- улучшились названия предметов, редко употребляемых в обиходе (восстановились зрительные образы-представления предметов);
- восстановились чтение и письмо.

По данным ЭЭГ, у пациентов, получавших кортексин, на фоне положительной динамики ЭЭГ прослежена следующая закономерность:

- увеличился индекс α -ритма в лобно-височных отведениях левого полушария, восстановился электрогенез;
- сгладилась межполушарная асимметрия по индексу α -ритма;
- снизился индекс медленных колебаний в левом полушарии;
- улучшился ответ на функциональные нагрузки (открыть глаза, закрыть глаза);
- снизились пароксизмальные изменения — уменьшились острые волны (у 9 из 25 больных).

У пациентов, не получавших кортексин, положительная динамика ЭЭГ отсутствовала (у 8 из 25 больных) либо прослеживалась неочетливо (у 17 из 25 больных).

Выводы

1. Восстановление речевой функции при реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, эффективнее решается при использовании препарата кортексин, который обладает церебропротективным действием, улучшает метаболизм, электрогенез головного мозга, что в итоге нормализует функциональное состояние нейронов коры головного мозга (центров Вернике и Брока).

2. На фоне применения кортексина лучше восстанавливается моторная речь.

3. Кортексин рекомендуется в комплексной терапии при лечении речевых расстройств у больных, перенесших ОНМК, в дозе 20 мг (2 флакона) внутримышечно в течение 10 дней; он хорошо переносится, не вызывает побочных эффектов.

Список литературы

1. Скорыходов А. П. Опыт применения кортексина в лечении ишемического и геморрагического инсультов // Кортексин — пятилетний опыт отечественной неврологии». СПб.: Наука, 2005. С. 68–80.
2. Цветкова Л. С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. М.—Воронеж, 2002.
3. Шеповальников А. Н., Цицерошин М. Н. Эволюционные аспекты становления интегративной деятельности мозга человека // Рос. физиол. журн. им. И. М. Сеченова. 1999. № 9–10.
4. Коренко Л. А., Рыбина И. Я., Скоромец Т. А. Электроэнцефалография: Учебно-методич. пособие. СПб., 2004. — 54 с.
5. Скоромец А. А., Скоромец Т. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. СПб., Политехника, 2002. — 399 с.