

ВЛИЯНИЕ КОРТЕКСИНА НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧЕВОЙ ФУНКЦИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

А.В. Коваленко^{1, 2, 3}, М.Н. Сафронова⁴, О.А. Мизюркина²

¹Кемеровская госмед академия,

²Кемеровский кардиологический диспансер,

³НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН,

⁴Областной клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Кемерово

Состояние вопроса

Афазия — нарушение сформировавшейся речи, которое возникает при очаговых поражениях коры и прилежащей подкорковой области доминантного полушария головного мозга и представляет собой системное расстройство различных форм речевой деятельности при сохранности элементарных форм слуха и движений речевого аппарата [1].

Существуют различные классификации афазии: классическая, неврологическая классификация Вернике—Лихтгейма, лингвистическая классификация Х. Хэда, классификация В. К. Орфинской и другие. Общепринятой является нейропсихологическая классификация афазии А. Р. Лурия (1947, 1962), включающая следующие формы:

1. акустико-гностическая (сенсорная);
2. акустико-мнестическая;
3. семантическая;
4. афферентная моторная;
5. эфферентная моторная;
6. динамическая, [2].

В медицинской практике наибольшее распространение получила обобщённая классификация, согласно которой выделяют три основные формы афазий — моторную, сенсорную и тотальную. При моторной афазии больные, в целом, понимают чужую речь, но затрудняются в выборе слов для выражения своих мыслей и чувств. Основные признаки сенсорной афазии включают затруднения при понимании чужой речи и плохой слуховой контроль собственной речи [1]. Тотальная афазия — сочетание моторной и сенсорной: больной не понимает обращённой к нему речи и сам в то же время оказывается неспособным к активному произнесению слов и фраз.

Афатические нарушения являются одним из наиболее значимых и распространённых проявлений очагового неврологического дефицита при инсультах наряду с двигательными расстройствами, приводя-

щих к инвалидизации больных. по данным Л. Г. Столяровой тотальная и сенсорная афазии в остром периоде отмечаются у 84% больных с кровоизлияниями и у 50% при ишемическом инсульте в случае поражения левого полушария. Через несколько месяцев сенсомоторная афазия остаётся у 12–13% больных. Восстановление речи составляет важную медико-социальную проблему, поскольку речевые расстройства в значительной мере ухудшают качество жизни пациентов и подчас являются единственным препятствием для возвращения больного к работе.

В связи с широкой распространённостью и высокой социальной значимостью проблема восстановления речи после инсульта неоднократно освещалась в работах отечественных и зарубежных авторов. Так, ряд исследований посвящён зависимости восстановления афатических расстройств от пола, возраста больных, перенёсших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) [5], от исходной степени тяжести постинсультной афазии [3, 5], от механизма развития инсульта, размера инфаркта мозга, его объёма и локализации по данным нейровизуализации [4, 6, 7].

В медицинских кругах широко обсуждается проблема применения препаратов нейропротективного действия в остром периоде инсульта, их влияние на восстановление нарушенных функций. Большинство авторов склоняется к мнению, что раннее назначение нейропротекторов позволяет улучшить прогноз, увеличить период «терапевтического окна», уменьшить размеры очага повреждения головного мозга [8–11]. Также активно ведётся поиск эффективных лекарственных средств для первичной и вторичной нейропротекции, проводятся исследования, доказывающие необходимость назначения препаратов метаболического, антиоксидантного, ноотропного, нейротрофического действия в остром периоде ОНМК [11].

Примером такого рода лекарственных средств может служить нейропротектор пептидной структуры кортексин. Пептиды кортексина представляет собой комплекс сбалансированных аминокислот, витаминов и микроэлементов, оптимально соответствующих метаболизму тканевых структур мозга. Кортексин преодолевает гематоэнцефалический барьер, нормализует медиаторный обмен мозга, оказывает антиоксидантное действие и обладает способностью восстанавливать биоэлектрическую активность головного мозга. В настоящее время препарат широко применяется для лечения многих заболеваний центральной нервной системы, где ведущими патогенетическими факторами являются нейрональная дегенерация и снижение метаболического статуса нервных клеток.

Цель исследования – выявить особенности восстановления речевой функции у больных с афазиями в остром периоде инсульта в зависимости от типа и степени тяжести афатических нарушений, размера и локализации очага поражения головного мозга, наличия нарушений сердечного ритма. Оценить влияние курсового лечения кортексином на восстановление речи в остром периоде инсульта.

Материал и методы

В рамках исследования обследованы 95 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, из них: мужчин – 60, женщин – 35; больных с ишемическим инсультом – 81, с геморрагическим – 11, со смешанным – 3. Диагноз инсульта в доминантном полушарии подтверждён данными нейровизуализации: МСКТ и/или МРТ головного мозга.

Средний возраст больных составил $63,76 \pm 0,55$ года.

Из исследования исключены пациенты с инсультами в недоминантном полушарии, имеющие речевые расстройства по типу дизартрии.

Нарушения речи у пациентов были представлены моторной афазией у 40 больных и сенсомоторной у 55 пациентов.

Выделена группа пациентов, имеющих нарушения ритма сердца в виде фибрилляции предсердий – 27 чел.; у 68 больных нарушений ритма выявлено не было.

Всем пациентам проводилась нейровизуализация головного мозга методом МСКТ и/или МРТ. по результатам данных исследований были выделены следующие группы пациентов:

1. больные, у которых не было выявлено очага поражения головного мозга – 24 чел.;
2. больные с очагом корковой локализации – 24 чел.;
3. пациенты, у которых выявлен очаг подкорковой локализации – 24 чел.
4. больные с обширными очагами корково-подкорковой локализации – 23 чел.

Кроме того, у пациентов оценивалось состояние экстракраниальных артерий методом цветного дуплексного сканирования, по результатам которого у всех больных выявлены атеросклеротические изменения в брахиоцефальных артериях разной степени выраженности.

Пациенты получали весь комплекс лечебных мероприятий, показанных при мозговом инсульте, в том числе нейропротективную терапию, включающую препараты метаболического, нейротрофического, антиоксидантного действия. Кортексин в дозе 10 мг/сут. внутримышечно получали 18 пациентов с первых суток от начала заболевания и в течение последующих 20 дней.

Со всеми больными проводились логопедические занятия.

Математическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ статистики Statistica 8.0.

Результаты и их обсуждение

На первом этапе исследования в течение первых суток от начала заболевания все пациенты были осмотрены неврологом и логопедом. Проводилась оценка исходной степени тяжести и типа афатических расстройств, тестирование на нарушение экспрессивной и импрессивной речи.

В течение последующих трёх недель больные, находясь в стационаре, получали весь комплекс предусмотренных стандартами лечебных мероприятий, включающих в том числе нейропротективную терапию и логопедические занятия по восстановлению речи, чтения и письма.

На втором этапе оценивался уровень восстановления речевой функции у обследуемых больных на 21-е сутки от начала заболевания, после проведённого курса нейрометаболической терапии и логотерапии. Степень восстановления речи оценивалась по трёхбалльной шкале:

- 0 баллов – отсутствие улучшения от исходного уровня – имело место у 12 больных;
- 1 балл – умеренное восстановление – у 29 больных;
- 2 балла – значительное улучшение – у 54 больных.

В том числе в группе больных, получавших кортексин, данный показатель составили соответственно: 0 баллов – 0 чел, 1 балл – у 3 чел.; 2 балла – у 15 чел..

При ретроспективной оценке особенностей восстановления речевой функции выявлено, что речь лучше восстанавливается у пациентов с моторной афазией (1,8 балла, $n=40$), чем с сенсомоторной (1,18 балла, $n=55$) ($p=4,7 \times 10^{-6}$).

Оценивая зависимость восстановления речи от наличия/отсутствия у пациента нарушений ритма сердца в виде фибрилляции предсердий, можно выявить следующую зависимость: лучше речь восстанавливается у больных, не имевших нарушений ритма (1,54 балла, $n=68$), чем у пациентов с фибрилляцией предсердий (1,18 балла, $n=27$) ($p=0,026$).

При анализе данных, полученных при нейровизуализации, выявлено, что лучшие результаты по восстановлению речевой функции наблюдались у больных, не имеющих очага поражения вещества головного мозга по результатам МСКТ/МРТ (1,83 балла, $n=24$), у пациентов с выявленным очагом данный показатель составил 1,31 балла (при $n=71$) ($p=0,00018$).

Рассматривая изолированно группу пациентов, имеющих очаг поражения головного мозга по данным нейровизуализации, можно выявить следующую закономерность: у пациентов, имеющих очаги корковой либо подкорковой локализации речь восстанавливалась быстрее (1,46 балла, $n=48$), чем у пациентов с обширными корково-подкорковыми очагами поражения (1,0 балл, $n=23$) ($p=0,0275$).

При оценке влияния нейропротективной терапии на скорость восстановления речевой функции лучший регресс речевых нарушений наблюдался у пациентов, получавших лечение кортексином (1,83 балла, $n=18$) в сравнении с пациентами кортексин не получавшими (1,35 балла, $n=77$) ($p=0,0003$).

При этом в группе пациентов, пролеченных кортексином, высокий средний балл восстановления речи наблюдался как при наличии обширного очага поражения головного мозга ($n=7$, 1,82 балла), так и при очаге малых размеров корковой либо подкорковой локализации ($n=11$,

1,98 балла). Достоверные различия между данными показателями отсутствовали ($p > 0,05$), что свидетельствует о высокой эффективности кортексина при тяжёлых формах инсульта.

Полученные данные согласуются с результатами других исследований эффективности кортексина в восстановлении речи у больных, перенёвших мозговую инсульт [12, 13, 14]. Известно, что при сравнительном анализе восстановления моторной речи у больных с ишемическим инсультом в доминантном полушарии, рядом авторов получены данные о том, что улучшение и полное восстановление речи достоверно лучше происходит у пациентов, получавших терапию кортексином [12, 13].

С.А. Михалевич и Н.Ю. Живицкая в своём исследовании получили результаты, свидетельствующие о лучшем восстановлении как моторной, так и сенсорной речи у пациентов, перенёвших ишемический или геморрагический инсульт, на фоне применения кортексина в дозе 20 мг/сут. на 2–4 неделях от начала заболевания [14]. В то время как в данной работе оценивалась динамика восстановления речи на фоне раннего начала терапии кортексином с первых суток от начала заболевания, что позволило повысить реабилитационный потенциал больных, снизить истощаемость пациентов во время занятий с логопедом и, соответственно, повысить их эффективность, а также подтвердить и реабилитационный потенциал препарата.

Выводы

В процессе лечения ОНМК установлено, что:

- уровень восстановления речи в группе больных с моторной афазией, выше, чем у больных с сенсомоторной афазией ($p = 4,7 \times 10^{-6}$);
- наличие у больных с афазиями нарушения сердечного ритма по типу фибрилляции предсердий ухудшает прогноз восстановления речевой функции ($p = 0,026$);
- речевые нарушения лучше восстанавливаются у больных, не имеющих очага поражения головного мозга по данным нейровизуализации ($p = 0,00018$), хуже – у больных с обширным корково-подкорковым очагом поражения ($p = 0,0275$);
- длительное курсовое (20 суток) применение кортексина в дозе 10 мг/сут. с первых часов от развития заболевания у пациентов в остром периоде ОНМК показало высокую эффективность в восстановлении афатических расстройств ($p = 0,0003$), как при наличии обширного очага поражения головного мозга, так и при очаге меньших размеров корковой либо подкорковой локализации;
- раннее назначение кортексина является основой быстрого регресса речевых расстройств, повышает эффективность логотерапии, и позволяет добиться хороших результатов лечения уже к концу госпитального периода.

Список литературы

1. Неврология: национальное руководство / Под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., Гехт А.Б. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 29–31.
2. Цветкова Л.С. Нейропсихология и афазия: новый подход. — М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: «МОДЭК», 2001. — 529 с.
3. Лазар Р.М., Минзер Б., Антониелло Д., Феста Д.Р., Кракауер Д.В., Маршалл Р.С. Исходная тяжесть афазии является достоверным предиктором улучшения речи после инсульта. //Stroke. Росс. издание. — 2010. — №5–6. — С. 44–50
4. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Коновалова Е.В. Прогноз восстановления нарушенных функций у больных с разными механизмами развития ишемического инсульта. // Альманах клинической медицины.- 2011. — №4. — С. 14–15
5. Palle Moller Pedersena, Kirsten Vinterb, Tom Skyhøj Olsen. Aphasia after Stroke: Type, Severity and Prognosis. //Cerebrovasc Dis. — 2004. -№17. — PP. 35–43
6. Белопасова А.В., Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Бердникович Е.С. Объём очага повреждения головного мозга — главный фактор, влияющий на характер и динамику восстановления постинсультной афазии // Сб. трудов «X Всеросс. съезд неврологов». — Нижний Новгород, 2012. — С. 22.
7. Белопасова А.В., Коновалов Р.Н., Кремнева Е.И., Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Факторы, влияющие на восстановление речи после инсульта //Сб. тезисов III-го Международного конгресса «Нейрореабилитация, 2011». — Москва. — 2011. — С. 17.
8. Алифирова В.М., Антухова О.М. Инсульт. Эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика. — Томск; «Печатная мануфактура», 2009. — 292 с.
9. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 560 с.
10. Жулев Н.М., Яковлев Н.А., Кандыба Д.В., Сокуренок Г.Ю. Инсульт экстракраниального генеза. — СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2004. — 588 с.
11. Мельникова Е.В., Вознюк И.А. Эффективность нейропротекции при ишемическом инсульте. //Нейропротекция при острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения/ Под ред. А.А. Скоромца, М.М. Дьяконова. — СПб.: Наука, 2007, С. 81–88.
12. Скороходов А.П., Белинская В.В., Колесникова В.А., Сазонов В.И. и др. Опыт нейропротекции при терапии ишемического и геморрагического инсультов. //Нейропротекция при острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения/ Под ред. А.А. Скоромца, М.М. Дьяконова. — СПб.: Наука, 2007, С. 17–30.

13. *Дмитриенко Д.В., Шетекаури С.А.* Церебропротекция нейропептидами острейшего периода ишемического инсульта. //Нейропротекция при острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения/ Под ред. А.А. Скоромца, М.М. Дьяконова. – СПб.: Наука, 2007, С. 42–47
14. *Михалевич С.А., Живицкая Н.Ю.* Церебральные инсульты – расстройства речи, динамика при лечении кортексином. //Нейропротекция при острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения/ Под ред. А.А. Скоромца, М.М. Дьяконова. – СПб.: Наука, 2007, С. 144–148.