

TERRA MEDICA[®]

СПЕЦВЫПУСК «КОРТЕКСИН»



Полноценная
работа
МОЗГА

КОРТЕКСИН



ГЕРОФАРМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

Список литературы

1. Барашнев Ю.И., Бубнова Н.И., Сорокина З.Х. и др. Перинатальная патология головного мозга: предел безопасности, ближайший и отдаленный прогноз // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1998. № 4. С. 6–17.
2. Барашнев Ю.И. Поражение нервной системы при асфиксии // Перинатальная неврология. М.: Триада-Х, 2001. С. 249–289.
3. Дьяконов М.М. Клинические аспекты применения кортексина, церебрамина и других пептидных биорегуляторов // Terra Medika nova. 2000. № 4 (20). С. 16–17.
4. Шабалов Н.П., Скоромец А.А., Шумилина А.П. и др. Ноотропные и нейротропные препараты в детской неврологической практике // Вестник ВМА. 2001. № 1. С.24–29.
5. Яцык Г.В. Вегетативно-висцеральные нарушения у новорожденных детей с перинатальными поражениями мозга // Лечащий врач. 1998. № 3.
6. Gunn A., Edwards A.D. Central nervous system response to injury // Pediatrics and perinatology. Ed. by P.D. Gluchman, M.A. Heymann. Arnold. 1996. P. 443–447.
7. Stewart B.W. Mechanisms of apoptosis: integration of genetic, biochemical, and cellular indicators // J. Natl Cancer Inst. 1994. № 86. P. 1286–1289.
8. Williams C.E., Mallard E.C., Fan W.K.M., Glukman P.D. Pathophysiology of perinatal asphyxia // Clin. Perinatal. 1993. № 20. P. 305–309.

Кортексин в комплексной абилитации и реабилитации детей с ограниченными возможностями

**Н.В. Иванникова,
И.В. Эсаулова,
В.Ю. Авдонина,
Л.В. Куксина**

ОЦРДП «Парус надежды»,
г. Воронеж, Россия

Цель исследования – изучить эффективность кортексина и его влияние на реабилитационный потенциал в комплексной абилитации и реабилитации детей с ограниченными возможностями. Использование кортексина в Центре «Парус надежды» в рамках комплексной реабилитации начато в 2001 г.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 87 больных с различными формами дезабилитации, обусловленными заболеваниями нервной системы. Факт перенесенного заболевания мозга и его характер определяли на основании анамнеза и анализа медицинской документации. Возраст больных – от 1 мес. до 18 лет.

В исследуемой группе преобладали пациенты с отдаленными последствиями перинатальной гипоксически-ишемической энцефалопатии разной степени выраженности – 73,6% (64), из них у 34,4% (22) больных отмечались грубые инвалидизирующие нарушения, приведшие к значительному ограничению жизнедеятельности; в основном это дети с ДЦП – 29,7%. Прочие состояния отмечены у 13,8% (12), из которых 4 являются инвалидами. Дети с перинатальной энцефаломиелопатией в возрасте до 1 года, угрожаемые по инвалидизации, составили 12,6% (11).

Для характеристики субъективных проявлений выделены нарушения:

- *самочувствия (головная боль и головокружение, чувство усталости и тревожности, снижение работоспособности, ухудшение настроения, нарушение сна);*
- *дискинетические (нарушение тонуса мышц, объема активных и пассивных движений, нарушение координации, наличие гиперкинезов);*
- *когнитивных функций: памяти, внимания, мышления. Сниженная способность к обучению: сложности в усвоении учебной программы, затруднения в организации собственной целенаправленной деятельности, низкий объем и темп работы. У ряда больных диагностирована умственная отсталость;*
- *поведения и общения (раздражительность и неуравновешенность, склонность к страхам, нерешительность и неуверенность, социальная пассивность, нарушения речевой функции).*

Выделены церебрально-очаговый синдром, синдром ликвородинамических нарушений, задержка психомоторного или психоречевого развития, церебрастенический синдром, а также синдром нейроциркуляторной дисфункции. Ведущим считался синдром, клинические проявления которого преобладали, являлись причиной дезадаптации и служили поводом для обращения за врачебно-реабилитационной помощью. Нарушения в состоянии здоровья классифицированы по степени ограничения жизнедеятельности (МНН, ВОЗ, Женева, 1989) и по нарушению физического ролевого функционирования (Role Limitations due to Physical Health Problems, показатели качества жизни SF 36).

В группе исследования преобладали церебрально-очаговый синдром (61,9%) с нарушением двигательных, когнитивных, коммуникативных функций, синдром задержки психоречевого или психомоторного развития (27,4%).

Двигательные, когнитивные и коммуникативные отклонения привели к ограничению жизнедеятельности (снижение способности к передвижению, самообслуживанию, общению, обучению и т. д.) и к ограничению физического ролевого функционирования. В группу контроля включены случаи лечения традиционными методами. Кортексин применяется в сочетании с симптоматическими и патогенетическими препаратами, а также в виде монотерапии от 1 до 3 курсов в объеме 50-100-200 мг на курс с повторением через 1-3-6 мес.

Результаты оценивали как хорошие (улучшение), удовлетворительные (незначительное улучшение) и неудовлетворительные.

Клинически хороший результат получен у 62,1% пациентов (54). Больные отмечали значительное снижение выраженности субъективных проявлений. Удовлетворительный результат получен у 33,3% (29), у больных этой группы жалобы сохранялись, но степень их выраженности уменьшилась. Отсутствие позитивной динамики отмечено у 4 больных (4,6%).

В число изменений субъективных проявлений вошли:

- *улучшение самочувствия, поведения и коммуникативности;*
- *позитивное изменение дискинетических проявлений (изменение мышечного тонуса, нарастание объема движений с приобретением двигательных социально значимых навыков);*

- *изменение в лучшую сторону интегративных функций мозга: дети стали лучше усваивать новую информацию, больше запоминать, стали усидчивее во время занятий, меньше отвлекались, быстрее справлялись с заданиями в школе и дома.*

Выраженное улучшение субъективных проявлений и интегративных функций мозга особенно отмечено у детей с дезадаптацией, не имеющих инвалидности. При этом у детей со средней тяжестью нарушений наиболее эффективно применение кортексина в дозе 100 мг на курс.

Улучшение самочувствия, поведения, коммуникабельности и интегративных функций отмечено и у детей с ДЦП. У пациентов старше 10 лет с двигательными нарушениями и ограничениями передвижения, самообслуживания, включая спастические формы ДЦП, позитивная динамика наступила при курсовой дозе кортексина в 200 мг (20 дн. лечения).

У детей с тикозными проявлениями и у детей с заиканием отмечено уменьшение частоты, выраженности и распространенности тиков и проявлений заикания. При этом позитивная динамика наступала с 3-4-го дня, стойкость ремиссии составила от 3 до 4 мес.

Выявлено, что применение кортексина у больных с явным отставанием в психоречевом и психомоторном развитии оказывает позитивное воздействие, которое представлено изменением поведения: проявление инициативы, самостоятельности и социальной активности.

Монотерапия подтвердила высокую эффективность препарата в возрастной группе до 3 лет. В результате сочетания традиционного лечения с кортексином увеличилось число случаев полной или частичной компенсации патологичес-

кого процесса по сравнению с обычным лечением. Включение кортексина в комплексное лечение детей с проявлениями гипертензионно-гидроцефального синдрома способствовало компенсации процесса без дополнительного назначения мочегонных средств.

Анализ ЭЭГ выявил уменьшение признаков дисфункции в лимбико-ретикулярном комплексе, более отчетливыми становились зональные различия, соответствующие возрастной норме. Контроль РЭГ показал улучшение церебрального кровообращения: некоторое снижение тонуса артериол и коэффициента асимметрии.

Побочные эффекты у пациентов, получавших кортексин, были единичны и ограничились кожными высыпаниями. При отмене препарата и соблюдении гипоаллергенной диеты без использования дополнительных мер наступала нормализация состояния кожных покровов. При этом сохранялась эффективность препарата в преодолении церебрального дефицита. Следует сказать, что применение кортексина не сопровождалось такими побочными эффектами, как возбуждение, тремор, диссомнии, головные боли, неприятные ощущения при введении.

Заключение

Исследование доказало, что в подавляющем большинстве случаев (до 95%) включение кортексина в комплекс реабилитации пациентов с хронической резидуальной стадией отдаленных последствий поражения головного мозга различного генеза, в том числе с инвалидизирующими состояниями, способствует повышению реабилитационного потенциала в компенсации социальной дезадаптации и улучшению качества жизни данной категории больных.

Эффективность кортексина в лечении серозных менингитов у детей

Энтеровирусная (ЭВИ) и арбовирусная (АВИ) инфекции регистрируются в нашей стране повсеместно и характеризуются многообразием клинических форм.

Целью исследования явилось изучение действия кортексина при серозных вирусных менингитах (СМ). Известно, что пептидам принадлежит особая роль в защите, репарации и сохранении функциональной стабильности нейрональных структур. Это положение базируется на информации о специфическом региональном синтезе этих соединений в мозге, доставке по аксонам в соседние регионы и участии в защите нейрональных структур от повреждения при ишемических и нейродегенеративных процессах в мозге [1]. Работы R. Levi-Montalcini подтвердили большие возможности нейротрофических полипептидов [2]. Основанием к введению кортексина в комплексную терапию СМ послужили многочисленные данные о его способности оказывать тканеспецифическое действие на головной мозг с улучшением нейротрофического обеспечения, формированием церебропротекторного и ноотропного эффектов [3–5]. В то же время, уменьшая эндотелиальное повреждение сосудистой стенки и восстанавливая проницаемость гематоэнцефалического барьера, обладая антиоксидантной активностью и способностью модулировать цитокиновые реакции [6], кортексин стимулирует

репаративные процессы и нейроиммунологическую защиту [7], что подтвердило целесообразность его использования в острую фазу серозных менингитов.

Обследовано 32 ребенка от 7 до 14 лет (из них 69% мальчиков): 25 человек с СМ энтеровирусной этиологии, 7 – с менингеальной формой клещевого энцефалита. Диагноз ставился с учетом клинической картины, люмбальной пункции (лимфоцитарный плеоцитоз, измененное содержание белка и сахара), эпидемиологического анамнеза, а также результатов ИФА и ПЦР-диагностики. Этиология заболевания подтверждена в 41%. Выделено 2 группы: исследуемая (10 чел.), в комплексе терапии у которой использовался кортексин, и контрольная (22 ребенка) – традиционная базисная терапия СМ. Кортексин назначался со 2-4-х сут. пребывания в стационаре в дозе 10 мг в сутки в/м ежедневно однократно в течение 10 дн. У всех детей оценивались выраженность и продолжительность интоксикации, в том числе характер и длительность лихорадочной реакции, а также степень изменения самочувствия, интенсивность и продолжительность менингеального синдрома и синдрома внутричерепной гипертензии, изменения клеточного состава ликвора. Проведен сравнительный анализ иммунологических параметров (включая идентифи-

И.Я. Извекова,
кандидат медицинских наук,
С.В. Савельев, Т.Г. Сурдина,
Н.Б. Зобина,
Н.А. Никифорова,
кандидат медицинских наук

Кафедра детских инфекционных болезней НГМА, 3 МДКБ, г. Новосибирск, Россия