

С. А. Михаевич

Н. Ю. Живицкая

ЗАО Санаторий «Северная Ривьера», Санкт-Петербург, Россия

## Эффективность Кортексина при речевых расстройствах у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения

Нарушение речевой функции, проявляющееся в виде афазии, является наиболее частым следствием инсульта, черепно-мозговой травмы и нейрохирургического вмешательства.

Согласно мировой статистике, в настоящее время отмечается стремительная тенденция к увеличению числа больных с инсультом, а также к их «омоложению». По данным ВОЗ, 30% больных составляют лица трудоспособного возраста (до 50–60 лет), 70–80% больных, перенесших инсульт или получивших тяжёлую 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. При этом важнейшим фактором при определении степени инвалидности является именно нарушение речи [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 распространённой является классификация А. Р. Лурия. В её основе речь представлена как сложная функциональная система, связанная с целым рядом мозговых зон, расположенных в разных областях коры больших полушарий и нервных центров.

### Материалы и методы

Работа проводилась на базе санатория «Северная Ривьера» 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 2005 г. в нейрососудистом реабилитационном отделении лечилось

4318 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 вертебробазилярном бассейне — 34%;
- геморрагический инсульт — 5%;
- транзиторные ишемические атаки — 21,7% (из них 18% — в вертебробазилярном бассейне).

Среди больных с ишемическим инсультом в бассейне левой средней мозговой артерии афазия наблюдалась 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 серьёзной задачей. В отделении реабилитации, кроме занятий с логопедом-афазиологом, назначались препараты ноотропного и вазоактивного свойства перорально в качестве самогенетического лечения. Однако эта схема лечения не давала ожидаемого эффекта. Поэтому, наряду с занятиями афазиолога, в качестве альтернативного препарата был выбран отечественный ноотропный препарат «Кортексин» в инъекциях (внутримышечно).

Были отобраны 30 больных в возрасте от 40 до 60 лет, имеющие выраженные расстройства речи в виде афазии. 16 из них имели смешанные формы афазии с преобладанием моторного компонента и 14 — 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. Использовалась методика с тестами на экспрессивную речь (диалог, название предметов

■ ■ ■ ПЕДИАТРИЯ ■ ■ ■

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 две группы по пятнадцать 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 отечественный пептидный препарат «Кортексин» внутримышечно в дозе 20 мг в течение 10 дней.

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

## Результаты и обсуждение

В обеих группах отмечалась положительная динамика как моторной, так и сенсорной речи. Больше случаев улучшений наблюдалось среди пациентов, страдающих моторной афазией и получавших Кортексин (см. таблицу). 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, что и подтверждено данным исследованием [5].

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 рисунке.

Из данных рисунка видно, что:

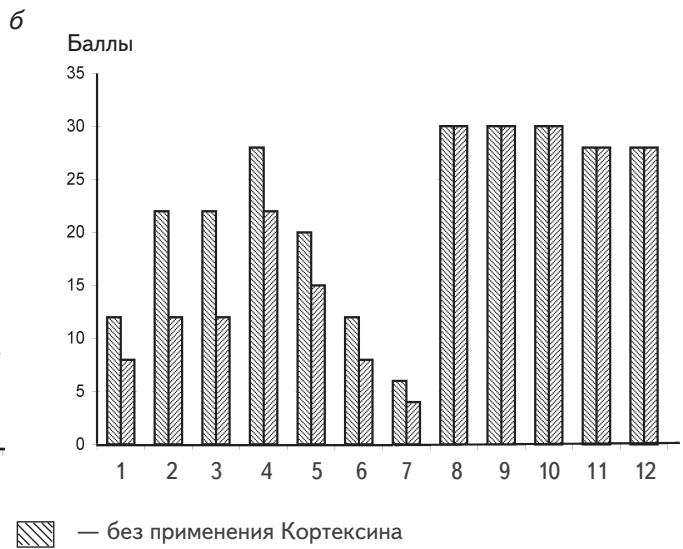
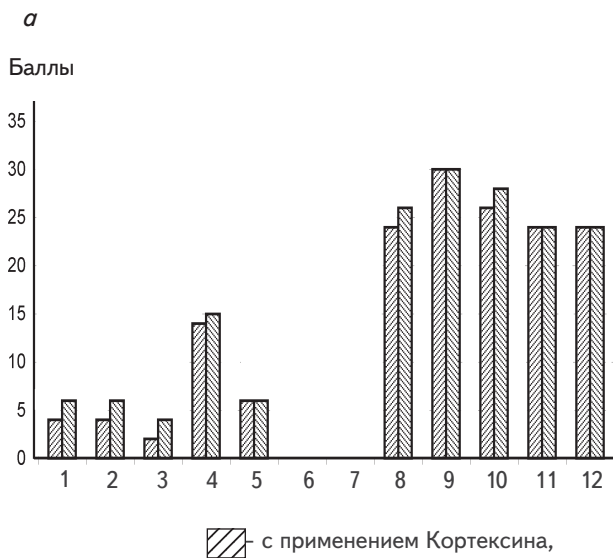
- у больных значительно увеличился активный словарь;
- в собственной речи появилась возможность составлять и произносить короткие фразы;
- улучшилась автоматизированная речь, пациенты стали самостоятельно воспроизводить автоматизированные речевые ряды;
- при произнесении звуки стали менее искаженными, 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 обычные односложные высказывания или в развернутых высказываниях пропускают отдельные слова, и нарушается порядок слов.

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 чище — 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);

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



- 1 — Диалог
- 2 — Называние предметов
- 3 — Называние действий
- 4 — Повторение слов
- 5 — Повторение предложений
- 6 — Составление фраз

- 7 — Составление рассказов
- 8 — Понимание речи в диалоге
- 9 — Понимание слов обозначающих предметы
- 10 — Понимание слов обозначающих действие
- 11 — Понимание фраз
- 12 — Понимание инструкций

Состояние речи больных с моторной афазией до (а) и после (б) лечения с применением Кортексина и без такового

— восстанавливается чтение и письмо.

По данным ЭЭГ, у всех 30 чел. мы проследили следующую закономерность: у пациентов, получавших Кортексин, отмечена положительная динамика ЭЭГ:

- увеличился индекс  $\alpha$ -ритма в лобно-височных отведениях левого полушария, восстановился электрогенез;
- сгладилась межполушарная асимметрия по индексу  $\alpha$ -ритма;
- снизился индекс медленных колебаний в левом полушарии;
- улучшился ответ на функциональные нагрузки (открыть глаза, закрыть глаза);
- снизились пароксизмальные изменения — уменьшились острые волны (у 6 из 15 больных).

У пациентов, не получавших Кортексин, положительная динамика ЭЭГ отсутствовала (у 4 из 15 боль-

ных) либо прослеживалась неотчетливо (у 9 из 15 больных).

## Выводы

Проблема восстановления речевой функции при реабилитации пациентов, перенесших ОНМК, эффективно решается с использованием препарата «Кортексин», который обладает церебропротективным действием, улучшает метаболизм, электрогенез головного мозга, что, в итоге, улучшает функциональное состояние нейронов коры головного мозга (центров Вернике и Брока).

На фоне применения Кортексина ярче выражено улучшение моторной речи.

Кортексин рекомендуется в комплексной терапии при лечении речевых расстройств у больных, перенесших ОНМК, в дозе 20 мг (два флакона), № 10 внутримышечно; хорошо переносится, не вызывает побочных эффектов.

## Список литературы

1. Скороходов А. П. Опыт применения кортексина в лечении ишемического и геморрагического инсультов // В кн.: 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. Эволюци-

онные аспекты становления интегративной деятельности мозга человека // Рос. физиол. журн. им. И. М. Сеченова. 1999. № 9–10.

4. Коренко Л. А., Рыбина И. Я., Скоровец Т. А. Электроэнцефалография: Учебно-методич. пособие. СПб., 2004.

5. Скоровец А. А., Скоровец Т. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. СПб., 1996.