

А.Ю. Савченко,  
доктор медицинских наук

И.Н. Степанов,  
кандидат медицинских наук

Н.С. Захарова,  
кандидат медицинских наук

Государственная медицинская академия, г. Омск, Россия

## Кортексин в комплексном лечении больных с глиомами височной доли головного мозга, страдающих эпилепсией

Клиническое изучение эффективности кортексина проведено на кафедре неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской генетики у 20 больных с глиомами головного мозга, которым выполнено комплексное клиническое, электроэнцефалографическое и нейрорентгенологическое обследование.

Пациенты разделены на две однородные группы. В основную группу вошли 20 оперированных больных, которым наряду с противосудорожной терапией, общеукрепляющим и симптоматическим лечением проводили курс лечения кортексином в дозе 10 мг в/м однократно ежедневно в течение 10 дн. [1–3]. В контрольную группу вошли 25 оперированных больных, лечение которых включало применение только традиционных методов лечения (антиконвульсанты, стероидные гормоны, рассасывающие, дегидратационные препараты).

Анализ находившихся под наблюдением 45 больных с опухолями височной доли головного мозга, страдающих эпилепсией, выявил разнообразные виды опухолей (табл. 1).

Как видно из таблицы, преобладали опухоли астроцитомы (35,6%) и олигодендроглиомы (28,9%), причем опухоли первой группы наблюдались преимущественно у мужчин, опухоли второй группы – у женщин. На третьем месте по численности стоят опухоли группы глиобластом (15,5%), олигодендростроцитом, астробластом, олигодендроглиобластом.

Опухоли головного мозга наиболее часто встречались в возрастном диапазоне от 21 до 50 лет, что составило 80,0% случаев со значительным преобладанием в этой группе больных в возрасте от 31 до 40

лет (44,4%). В группах больных в возрасте 21–30 лет и 41–50 лет этот процент составляет 17,8%. Больные в возрасте до 10 лет составляют всего 4,4%, старше 60 лет – 2,2%.

Локализация опухолей головного мозга имеет огромное значение для определения тактики хирургического лечения или констатации факта неоперабельности объемного процесса.

При неврологическом обследовании у 35,1% наблюдаемых больных обнаружены проявления различной церебральной органической недостаточности. В 48,6% случаев имели место симптомы вегетативно-сосудистой дистонии по смешанному типу. Астенические состояния в виде раздражительной слабости, колебаний настроения, повышенной утомляемости, нарушений сна наблюдались у 89,2% больных. Психологические нарушения выявлялись у 31 (68,9%) больного. У 13 (28,9%) из них преобладали интеллектуально-мнестические расстройства, у 10 (22,2%) – эмоционально-волевые, а у 5 (11,1%) – периодические длительные дисфории. Патологические черты характера эпилептического круга в виде эксплозивности, вязкости, педантичности определялись у 16 (35,5%) больных.

Длительность нарастания клинической симптоматики при опухолях височной доли до установления диагноза и начала лечения отражала не только рост новообразования, но и индивидуальные реактивные особенности мозга человека. У большинства пациентов (67,5%) этот период не превышал 3 года. При этом отмечалась некоторая тенденция к укорочению периода диагностики при атипичных формах опухолей. Короткий период от момента первых клинических проявлений до операции (1–3 месяца, в одном случае до 1 месяца) имел место у больных с энцефалопатией выраженной степени и значительной частотой эпилептических приступов. Следует заметить, что и у лиц, имеющих выраженную степень энцефалопатии, регистрируемую клиническими и параклиническими методами, имели место случаи длительно существующей, но неяркой неврологической симптоматики, предшествующей поступлению в стационар. Как правило, их госпитализации для хирургического лечения предшествовали явления экзакцербации. Реже пациенты, находившиеся в состоянии субкомпенсации с выраженными очаговыми и менее выраженными общемозговыми

Таблица 1. Распределение больных с опухолями височной доли головного мозга по полу и гистологическим формам

Гистологические формы	Пол				Всего	
	Мужской		Женский			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Астроцитомы	9	20,0	7	15,6	16	35,6
Олигодендроглиомы	5	11,1	8	17,8	13	28,9
Глиобластомы	2	4,4	5	11,1	7	15,5
Олигодендростроцитомы	2	4,4	1	2,2	3	6,6
Астробластомы	1	2,2	2	4,4	3	6,6
Олигодендроглиобластомы	2	4,4	1	2,2	3	6,6
Всего	21	46,5	24	53,5	45	100,0

проявлениями болезни, несмотря на установленный диагноз долго отказывались от операций. Важно отметить, что заболевание часто начиналось именно с эпилептических приступов, затем присоединялись общемозговые и очаговые симптомы и синдромы.

Клиническое обследование предусматривало изучение типа эпилептических припадков и их частоты, анамнеза и длительности заболевания, жалоб и неврологического статуса. ЭЭГ-исследование выполняли на 16-канальном электроэнцефалографе в стандартных отведениях в покое и после функциональных нагрузок (гипервентиляция, фотостимуляция). Нейрорентгенологическое исследование включало выполнение краниографии, пневмоэнцефалографии, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии.

Оценку терапевтического действия кортексина проводили на основании сопоставления результатов повторного клинического и ЭЭГ-исследований после лечения, включающего кортексин (20 пациентов) и только традиционные средства (25 больных). Катамнестическое наблюдение предусматривало изучение динамики жалоб, частоты припадков, данных ЭЭГ в течение года после лечения [4].

Установлено, что у пациентов, получавших кортексин, результаты лечения оказались существенно лучше, чем у пациентов контрольной группы [1, 5]. Больные, получавшие кортексин, после курса лечения предъявляли жалобы на головные боли в 4,5 раза реже, на ухудшение памяти – в 4 раза реже, а на нарушение сна и эмоциональную неустойчивость – в 1,5 раза реже.

Положительная динамика общего состояния у пациентов контрольной группы была менее значительна и в отличие от пациентов основной группы статистически недостоверна.

Таким образом, применение кортексина позволило существенно улучшить клинические результаты лечения у больных с опухолями височной доли головного мозга и различными типами эпилептических припадков. Положительный лечебный эффект препарата усиливался в случаях его использования в ранние сроки заболевания.

Изучение влияния кортексина на биоэлектрическую активность головного мозга проводили на основании сопоставления данных ЭЭГ до и после лечения в основной и контрольной группах. До лечения у больных обеих групп регистрировались грубые нарушения биоэлектрической активности головного мозга, соответствовавшие IV и V типу ЭЭГ. После применения кортексина у пациентов основной группы в 4 раза уменьшилась частота выявления грубой очаговой патологической активности (в контрольной группе — только в 1,4 раза). Практически полная нормализация ЭЭГ (II тип) отмечена у 45% пациентов, получавших дополнительно к противосудорожным препаратам кортексин; при использовании других традиционных методов лечения II тип ЭЭГ был

Таблица 2. Влияние кортексина на динамику биоэлектрической активности головного мозга у больных с эпилепсией

Тип ЭЭГ	До лечения		После лечения	
	Основная группа, абс.(%)	Контрольная группа, абс.(%)	Основная группа, абс.(%)	Контрольная группа, абс.(%)
I	1(5,0)	3(12,0)	2(10,0)	4(16,0)
II	3(15,0)	4(16,0)	9(45,0)*	6(24,0)
III	4(20,0)	5(20,0)	6(30,0)	6(24,0)
IV	6(30,0)	6(24,0)	2(10,0)*	5(20,0)
V	6(30,0)	7(28,0)	1(5,0)*	4(16,0)
Всего	20(100,0)	25(100,0)	20(100,0)	25(100,0)

Примечание: \*  $P < 0,05$  по сравнению с показателем в контрольной группе.

отмечен только у 24% больных (табл. 2). Особенно важно то, что во всех случаях после терапии с применением кортексина удалось избежать увеличения дозы антиконвульсантов.

Положительный эффект при включении в комплекс лечебных мероприятий кортексина был подтвержден и динамикой изменения альфа-индекса, который после курса лечения кортексином существенно возрастал, что свидетельствовало об улучшении частотно-амплитудных характеристик ЭЭГ.

Таким образом, на основании ЭЭГ-исследований установлено, что при применении кортексина у большинства пациентов удается добиться практически полной нормализации ЭЭГ за счет улучшения частотно-амплитудных характеристик основных ритмов, исчезновения их патологических форм и очаговой патологической активности.

Отсутствие припадков в течение года и практически полная нормализация ЭЭГ были достигнуты у 80 – 90% больных, получавших кортексин, что значительно превышало аналогичный показатель у больных, получавших только противосудорожные препараты. Применение кортексина позволило улучшить результаты лечения у больных с грубыми морфологическими изменениями в головном мозге: хорошие результаты лечения достигнуты у этих больных в 80% случаев, а при использовании только общепринятых методов лечения – почти в 2 раза меньше.

Катамнестические данные включают вопросы последующей реабилитации оперированных больных. При курации больных с глиомами головного мозга реабилитационный процесс начинается с проведения предоперационной подготовки (в момент поступления пациента в стационар), продолжается в раннем послеоперационном периоде путем содействия возобновлению деятельности обратимо поврежденных образований (реституция), структурно-функциональному восстановлению целостности поврежденных тканей и органов (регенерация), замещению утраченных или недостаточных функций (компенсация). Механизмы указанных преобразований достигаются медикаментозными (с обязательным применением кортексина), физиотерапевтическими (в т.ч. кинезотерапевтическими) методами,

психотерапией. Комплекс перечисленных методик позволяет в ряде случаев добиться убедительного регресса неврологического дефицита и психологической адаптации с возможностью не только бытовой, но и социальной реализации пациента.

Проведено исследование качества жизни у 50 пациентов с опухолями височной доли головного мозга. Основные параметры оценивались до и после проведения комплексного лечения. На фоне консервативного и хирургического лечения отмечено достоверное улучшение показателей, характеризующих мобильность, самообслуживание и бытовую активность. Напротив, показатели боли (дискомфорта) и тревоги (депрессии) значительно уменьшились.

Общее состояние больных после лечения кортексином оценивалось по модифицированной Е.А. Григорьевым (1995) шкале Карновского в баллах.

До лечения кортексином общее состояние больных в среднем оценивалось в 70 баллов (от 60 до 80). Всем больным из этой группы перед назначением кортексина проведены оперативные вмешательства по поводу удаления опухоли, интенсивная терапия и назначены противосудорожные препараты. После завершения курса терапии кортексином все 20 пациентов, получавшие комбинированное лечение, живы. Улучшение общего состояния, связанное, с нашей точки зрения, с применением кортексина, наблюдалось у 19 больных. Только у 1 пациента не выявлено субъективных изменений после проведенного курса лечения кортексином.

Положительные изменения, наблюдаемые у 19 пролеченных больных, проявлялись в улучшении качества жизни (их общее состояние по шкале Карновского в среднем оценивалось в 85-90 б.); на фоне терапии кортексином отмечены более быстрый регресс неврологической симптоматики, улучшение когнитивных функций, нормализация эмоциональной сферы. При применении кортексина у больных с глиомами головного мозга побочных эффектов и осложнений не зарегистрировано.

На основании проведенных исследований можно сделать предварительный вывод о целесообразности использования терапии кортексином в комбинированном лечении больных с глиальными опухолями височной доли головного мозга, страдающих эпилепсией.

Проведение комплексного лечения у больных с опухолями височной доли головного мозга, страдающих эпилепсией, позволяет повышать адаптационные возможности организма и способствовать улучшению качества жизни [6-7].

## Заключение

В результате клинического изучения эффективности применения кортексина в послеоперационном периоде у пациентов с опухолями височной доли головного мозга, страдающих эпилепсией, установлено, что препарат высокоэффективен как при лечении различных типов эпилептических припадков, так и в составе интенсивной терапии исследуемых больных. Применение кортексина у этой группы больных (по 10 мг в/м однократно ежедневно в течение 10 дн.) обеспечивает прекращение эпилептических припадков на длительный срок (не менее года), улучшает субъективное состояние больных, способствует нормализации ЭЭГ.

При эпилепсии целесообразно проведение курсов терапии с применением кортексина не реже 1 раза в год, что позволяет избежать возврата усиления эпилептической готовности на ЭЭГ, возобновления припадков и повышения дозы антиконвульсантов, неизбежного при лечении эпилепсии традиционными средствами.

При применении кортексина у больных с эпилепсией побочных эффектов и осложнений не зарегистрировано. При анализе изменения частоты и характера эпилептических приступов после хирургического вмешательства и применения кортексина в последующем зарегистрировано статистически достоверное преобладание клинического выздоровления и улучшения в исследуемой группе.

Таким образом, комплексное лечение, включающее в себя удаление опухоли, височную лобэктомию с целью внутренней декомпрессии, воздействие на структуры миндалина и гиппокампа при антиконвульсантной терапии производными вальпроевой кислоты или несколькими антиэпилептическими препаратами, а также применение кортексина, позволяет добиться прекращения судорожных проявлений и регресса неврологических нарушений у больных с глиомами головного мозга с локализацией процесса в височной доле.

## Список литературы

1. Скоромец А.А., Дьяконов М.М. И.П. Павлов, мозг ... и кортексин // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2004. № 2 (12). С. 29-30.
2. Terra Medica - Кортексин. 2004. № 1. С. 1-24.
3. Скоромец Т.А. Применение кортексина в остром периоде черепно-мозговой травмы. // Тез. докл. XI конгресса «Человек и лекарство». М., 2004. С. 342.
4. Гехт А.Б., Лебедева А.В., Дзугаева Ф.К. и др. Клинико-нейрофизиологические и иммуно-биохимические особенности больных с фармакорезистентными формами эпилепсии // Эпилепсия и клиническая нейрофизиология. Гурзуф, 2000. С. 196-198.
5. Шабалов Н.П., Скоромец А.А., Шумилина А.П. и др. Ноотропные и нейропротекторные препараты в детской неврологической практике // Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2001. № 1(5). С. 24-29. 7.
6. Engel J. Mesial temporal lobe epilepsy. Neurobase, 1998.
7. Epilepsy: Taming the Seizures, Dispelling the Myths Audrey T. Hingley. Service of the information of an epilepsy. 2000. Internet.