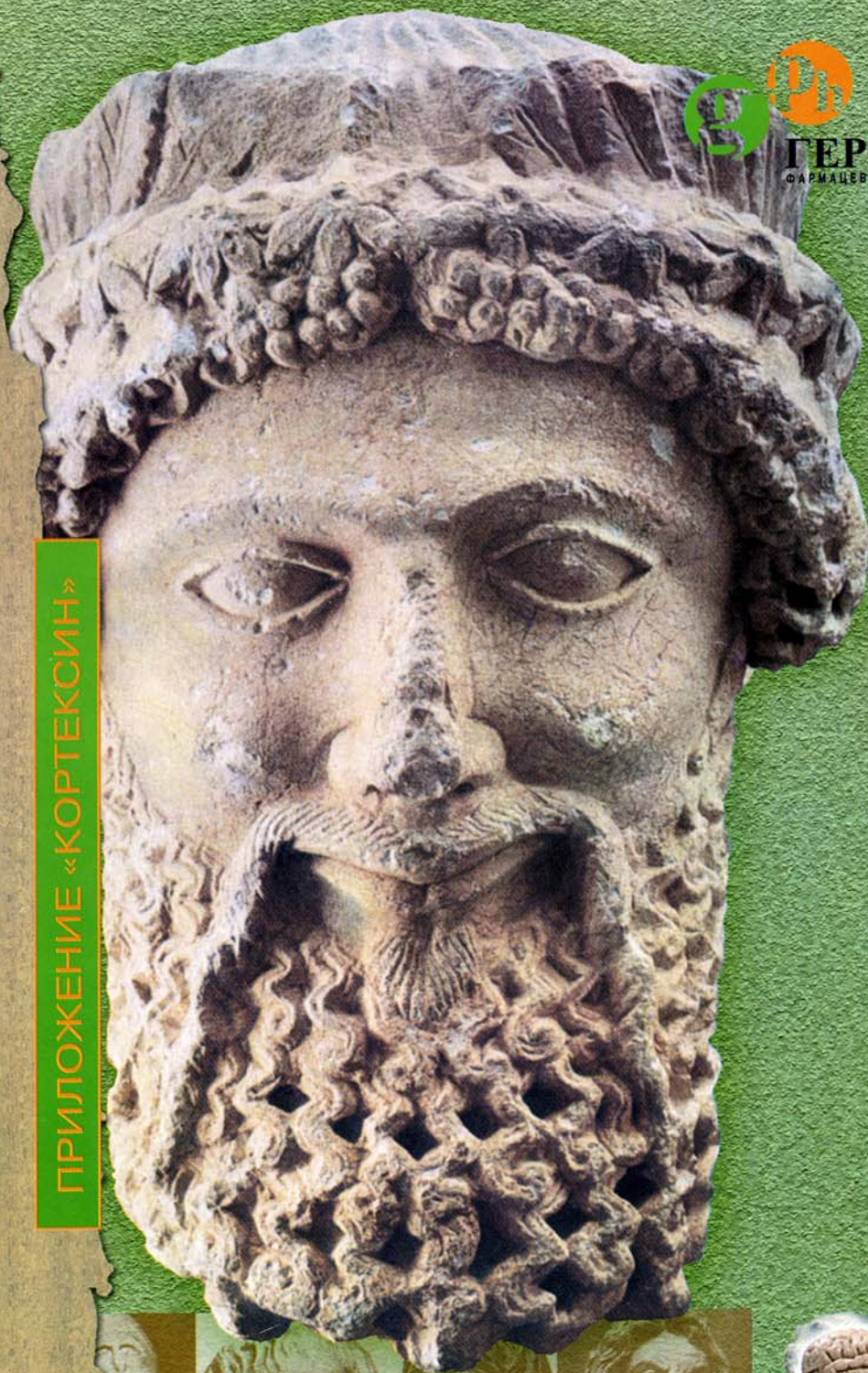


TERRA MEDICA[®] *novum*

ПРИЛОЖЕНИЕ «КОРТЕКСИН»



ГЕРОФАРМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ



Эффективность Кортексина в лечении церебральной ишемии у новорожденных детей

При клиническом обследовании у 10 % новорожденных в родильных домах обнаружены грубые повреждения нервной системы, менее грубые, постепенно исчезающие в течение 8–12 мес жизни — у 23–27 %, т.е. у каждого третьего ребенка имелись признаки неонатальных неврологических нарушений [29–31].

Также выявлены нарушения неврологического статуса у недоношенных новорожденных детей, что связано с высокой травматичностью преждевременных родов, наличием патологии родовой деятельности, меньшей продолжительностью схваток, преждевременным отхождением околоплодных вод. Низкая масса тела при рождении и глубокая недоношенность — важные факторы риска развития церебрального паралича [31, 34]. Но при своевременно начатом адекватном лечении возможно значительное снижение частоты патологии нервной системы у таких детей [21, 39].

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности пептидного биорегулятора Кортексина у новорожденных детей с наличием церебральной ишемии.

В исследование было включено 100 новорожденных детей в возрасте от 3 до 12 сут с церебральной ишемией и сопутствующей соматической патологией, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных. Гестационный возраст наблюдаемых детей был от 32 до 40 нед, масса тела при рождении составляла 1300–3950 г, оценка по шкале Апгар через 1 мин — от 1 до 7 баллов, через 5 мин — от 1 до 8 баллов. Дети были разделены на 2 группы, сопоставимые по основным параметрам: по 6 детей с недоношенностью III и I степени, по 19 — с недоношенностью II степени и доношенных, из них по 18 детей с церебральной ишемией тяжелой степени, внутриутробной пневмонией, конъюгационной желтухой II степени и по 32 ребенка с церебральной ишемией средней степени тяжести, из которых у 52 % был диагностирован гипертензионно-гидроцефальный синдром. В основную группу вошли 50 больных, в комплекс лечебных мероприятий которых был включен Кортексин из расчета 0,5 мг на кг массы в сутки в/м курсом 10 дн. Контрольную группу составили 50 детей, получавших пираретам [23].

Терапевтическую эффективность Кортексина оценивали по динамике клинических признаков и ре-

зультатам ультразвуковых исследований с помощью «Профиля угнетения-раздражения» (таблица) [19] в течение всего курса лечения, ультразвукового сканирование головного мозга до начала и после окончания терапии.

Для оценки степени выраженности синдрома при применении Профиля нами были использованы 5 основных шкал: общей активности (ОА), мышечного тонуса (Т), периостальных рефлексов (Р), рефлексов новорожденного (РН), вегетативных показателей (В). Шкалы включали в себя следующие субшкалы, выраженные в баллах (от -2 до 2): ОА — двигательная активность, движения глаз, крик, реакция на раздражение, судороги, тремор; Р — биципитальный, коленный; РН — сосательный, верхний хватательный, Моро, опоры, шаговый, Галанта, Бабинского; В — зрачки, сердцебиение, дыхание.

На основании полученных данных высчитывали среднюю оценку показателя в баллах по формуле:

$$X = y/n,$$

где X — средняя оценка показателя в баллах; y — суммарная оценка профиля; n — количество использованных субшкал.

На ультразвуковом сканировании выявлялись признаки отека тканей головного мозга, а именно: равномерное повышение общей эхоплотности, уменьшение просвета желудочков, нечеткость структур подкорковых ядер, сглаживание рельефа извилин [18]. У детей с наличием церебральной ишемии тяжелой степени тяжести регистрировали перивентрикулярную гиперэхогенность с наличием экстенсивных кистозных изменений, дилатацию боковых желудочков мозга и субарахноидального пространства, у новорожденных с церебральной ишемией средней степени тяжести — стойкую гиперэхогенность перивентрикулярных зон в области передних и задних рогов боковых желудочков [19].

Результаты и обсуждение. Установлено, что показатели Профиля у новорожденных с синдромом угнетения основной и контрольной групп до начала лечения варьировались от -1,3 до -1,8, с синдромом пониженной нервно-рефлекторной возбудимости в пределах от -0,5 до -0,8.

Результаты исследований позволили доказать большую положительную терапевтическую эффективность Кортексина по сравнению с пираре-

Т.В. Никерова¹,

Б.М. Глухов,

доктор
медицинских наук,

А.В. Васюнин,

кандидат

медицинских наук,

Е.И. Краснова,

доктор

медицинских наук

О.Н. Плотникова¹,

О.А. Береснева¹

Государственная
медицинская академия,
Муниципальная детская
клиническая
больница № 3

Новосибирск, Россия

Влияние терапии Кортикесином на неврологический статус новорожденных с церебральной ишемией

Показатель, симптом	Выраженность, балл					
	До лечения		На 6-й день лечения		На 10-й день лечения	
	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа	Основная группа	Контрольная группа
Двигательная активность	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,28 ± 0,09	-1.36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Движения глаз	-0.36 ± 0,5	-0.36 ± 0,5	0,32 ± 0,09	-0.36 ± 0,5	0,58 ± 0,09	0,38 ± 0,01
Крик	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,28 ± 0,09	-1.36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Реакция на раздражение	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,34 ± 0,09	-1.36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,38 ± 0,01
Мышечный тонус	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,28 ± 0,09	-1.36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Биципитальный	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,28 ± 0,09	-1.36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Коленный	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,28 ± 0,09	-1.36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Сосательный	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,32 ± 0,09	-1.36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Верхний хватательный	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,28 ± 0,09	-0,36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Моро	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,28 ± 0,09	-0,36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Опоры	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,28 ± 0,09	-0,36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Шаговый	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,28 ± 0,09	-0,36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Галанта	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,28 ± 0,09	-0,36 ± 0,01	0,64 ± 0,09	0,36 ± 0,01
Бабинского	-1.36 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,64 ± 0,01	-1.36 ± 0,01	0,64 ± 0,01	0,36 ± 0,01
Зрачки	-0,36 ± 0,09	-0,36 ± 0,09	0,64 ± 0,01	0,64 ± 0,01	0,64 ± 0,01	0,64 ± 0,01
Сердцебиения	-0,36 ± 0,13	-0,36 ± 0,13	0,28 ± 0,09	0,14 ± 0,01	0,58 ± 0,01	0,28 ± 0,09
Дыхание-1	-0,36 ± 0,13	-0,36 ± 0,13	0,28 ± 0,09	0,14 ± 0,01	0,58 ± 0,01	0,28 ± 0,09
Дыхание-2	-0,36 ± 0,13	-0,36 ± 0,13	0,28 ± 0,09	0,14 ± 0,01	0,58 ± 0,01	0,28 ± 0,09

тамом при лечении церебральной ишемии у новорожденных детей.

У больных основной группы значения Профиля увеличились на 40 %, по сравнению с контрольной. Величина показателя Профиля, в баллах, на 6-й день от начала лечения по субшкалам (двигательная активность, крик, рефлексы новорожденных) нормализовалась только у 32 больных основной группы (64 %). Мышечный тонус, периостальные рефлексы, реакция на раздражение, вегетативные показатели восстановились на 10-й день от начала лечения у 44 детей (88 %) основной и у 23 (46 %) контрольной группы. У 6 детей (12 %) основной и у 27 детей (54 %) контрольной группы значения Профиля не изменились (таблица).

У всех детей основной группы с проявлениями гипертензионно-гидроцефального синдрома происходила компенсация патологического процесса — отсутствие патологического прироста окружности головы, купирование синдромов рвоты и срыгивания, нормализация положения головки новорожденного относительно оси позвоночника — без дополнительного назначения мочегонных препаратов. Новорожденным контрольной группы применение мочегонных препаратов было необходимо.

Отмечено положительное влияние Кортикесина на структурные нарушения головного мозга. По данным нейросонографии, после окончания курса лечения признаки отека тканей мозга, перивентрикулярная гиперэхогенность у детей основной

группы не выявлялись, в то время как в контрольной группе вышеуказанные изменения сохранились у 26 % больных.

Почти у трети новорожденных основной группы (30 %) с нейросонографическими признаками перивентрикулярной гиперэхогенности с экстенсивными перивентрикулярными кистозными изменениями уменьшились количество очагов и размеры кистозных полостей. У детей контрольной группы указанные структурные нарушения оставались без динамики. У 1 больного основной группы после окончания курса патологические кистозные изменения не выявлялись.

Выводы. 1. Применение Кортикесина в терапии церебральной ишемии у новорожденных способствует более эффективному (на 6-й день от начала терапии) устранению неврологического дефицита и не требует назначения дополнительных ноотропных препаратов после окончания курса лечения. Детям контрольной группы необходимы повторные курсы ноотропной терапии.

2. Включение Кортикесина в комплекс лечебных мероприятий у детей с проявлениями гипертензионно-гидроцефального синдрома способствует компенсации процесса без дополнительного применения мочегонных препаратов.

3. Объем используемых терапевтических средств оказался значительно меньше в основной группе, чем в контрольной. Отмечено положительное влияние Кортикесина на структурные изменения головного мозга.

4. Побочные эффекты в курсе терапии Кортикесином не выявлены.

Список литературы

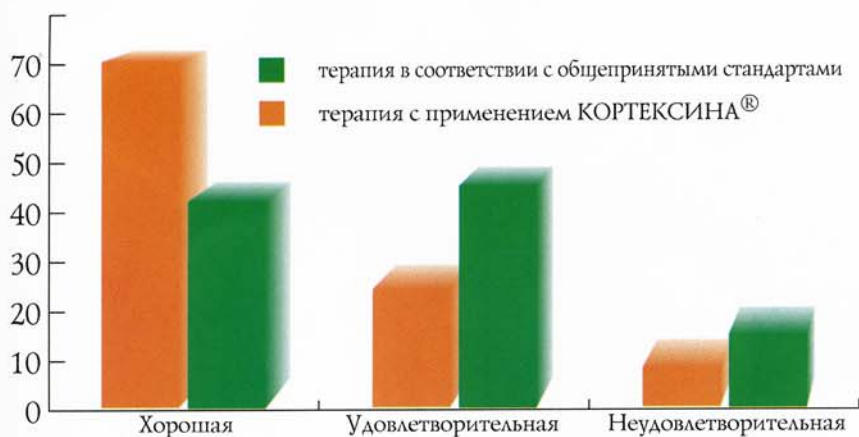
1. *Акимов Г.А.* Некоторые аспекты проблемы закрытой черепно-мозговой травмы // Воен.-мед. журн. 1988. № 11. С. 32–34.
2. *Акимов Г.А., Шамрей Р.К., Головкин В.И.* Клинико-иммунологические корреляции при травматической болезни головного мозга // Актуальные вопр. нейрохирургии и невропатологии. Саратов, 1977. С. 5–7.
3. *Бадалян Л.О.* Неврологические аспекты закрытой черепно-мозговой травмы // Вест. АМН СССР. 1984. № 12. С. 12–16.
4. *Беридзе М.З., Урушадзе И.Т., Шакаршвили Р.Р.* Механизмы отсроченной гибели нейронов при острой церебральной ишемии в эксперименте // Инсульт: Прил. 2001. № 3. С. 35–40. (Журн. неврологии и психиатрии).
5. *Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я.* Регистры инсульта в России: результаты и методические аспекты // Инсульт: Прил. 2001. № 1. С. 34–41. (Журн. неврологии и психиатрии).
6. *Герасимова М.М., Жданов Г.Н.* Участие антител к ДНК в механизмах ишемического повреждения головного мозга // Инсульт: Прил. 2001. № 4. С. 45–49. (Журн. неврологии и психиатрии).
7. *Герасимова М.М., Жданов Г.Н.* Аутоиммунный процесс при ишемическом инсульте / VIII Всероссийский съезд. Казань, 2001. С. 219.
8. *Дрынов Ю.В., Петров Е.М., Сокирянский В.С.* Военно-врачебная экспертиза последствий закрытой травмы головного мозга у военнослужащих военно-морского флота: Рек. М.: Воениздат, 1989. С. 40.
9. *Жданов Г.Н.* Клиническая характеристика и патофизиологические механизмы ишемического инсульта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. С. 25.
10. *Иргер И.М.* Черепно-мозговая травма // Болезни нервной системы. Т. 2. М., 1982. С. 44–69.
11. *Ультрасонография в нейроредиагностике (новые возможности и перспективы): Ультрасонографический атлас / А.С. Иова, Ю.А. Гармашов, Н.В. Андрущенко, Т.С. Паутницкая. СПб., 1997. 160 с.*
12. *Корниченко В.М., Васин Н.Я., Кузьменко В.А.* Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы. М.: Медицина, 1987. 287 с.
13. *Крыжановский Г.Н.* Общая патофизиология нервной системы: Рук. М.: Медицина, 1997. 352 с.
14. *Курако Ю.Л., Волянский В.Е.* О синдромах восстановительного и резидуального периода травматической болезни головного мозга // Врачебное дело. 1980. № 2. С. 87–92.
15. *Лещенко Г.Д.* Структурный анализ клиники и механизмов процессов патологической интеграции и дезинтеграции при закрытых черепно-мозговых травмах // Сб. научн. тр. / Харьковский мед. ин-т. Харьков, 1973. Вып. 106. С. 70–72.
16. *Лыткин М.И., Петленко В.П.* Методологический анализ теории травматической болезни // Воен.-мед. журн. 1988. № 4. С. 11–14.
17. *Морозов В.Г., Хавинсон В.Х.* Пептидные биорегуляторы (25-летний опыт экспериментального и клинического изучения). СПб.: Наука, 1996. 74 с.
18. *Никудин Л.А., Бурундюкова А.Е., Кононова В.Е.* Нейросонография в оценке перинатальных поражений головного мозга у детей группы риска при рождении в 3-месячном возрасте // Педиатрия. 1989. № 10. С. 47.
19. *Пальчик А.Б., Шабалов Н.П.* Гипоксически-ишемическая энцефалопатия у новорожденных. СПб., 2000. С. 113–116.
20. *Плам Ф., Познер Дж. Б.* Диагностика ступора и комы: Пер. с англ. М.: Медицина, 1986. 544 с.
21. *Ратнер А.Ю.* Неврология новорожденных. Казань, 1995. С. 23–41.
22. *Ромоданов А.П., Педаченко Г.А.* Возрастной аспект черепно-мозговой травмы // Вест. АМН СССР. М.: Медицина, 1984. № 12. С. 3–6.
23. *Рыжак Г.А., Малинин В.В., Платонова Т.Н.* Кортиксин и регуляция функций головного мозга. СПб.: Фолиант, 2001. 160 с.
24. *Серета Ю.В., Шабалов Н.П.* Нейроциркуляторная дисфункция // Шабалов Н.П. Детские болезни. СПб.: Питер, 2002. С. 518–544.
25. *Скворцова В.И. и др.* Роль аутоиммунных механизмов в повреждающем действии церебральной ишемии / В.И. Скворцова, В.В.Шерстнев, М.А. Трудень и др. // Инсульт: Прил. 2001. № 1. С. 46–55. (Журн. неврологии и психиатрии).
26. *Смирнова В.Е., Манвелов Л.С.* Распространенность факторов риска и смертность от инсультов в разных географических регионах // Инсульт: Прил. 2001. № 2. С. 19–22. (Журн. неврологии и психиатрии).
27. *Спирин Н.Н., Пизова Н.В., Степатов И.О.* Антифосфолипидный синдром и рассеянный склероз: дифференциально-диагностические аспекты // Рассеянный склероз: Прил. 2002. Спецвып. С. 40–45. (Журн. неврологии и психиатрии).
28. *Судаков К.В.* Общая теория функциональных систем. М.: Медицина, 1984. 224 с.
29. *Шабалов Н.П. и др.* Ноотропные и нейропротекторные препараты в детской неврологической практике / Н.П. Шабалов, А.А. Скоромец, А.П. Шумилина и др. // Вест. Воен.-мед. академии. 2001. Вып. 1 (5). С. 24–29.
30. *Шербакова И.В. и др.* Взаимосвязь воспалительных и аутоиммунных факторов при ишемическом инсульте / И.В. Шербакова, Т.П. Ключник, С.А. Ермакова, В.И. Скворцова // Инсульт: Прил. 2001. № 4. С. 39–44. (Журн. неврологии и психиатрии).
31. *Якунин Ю.А. и др.* О распространении неврологических заболеваний у детей / Ю.А. Якунин, С.Л. Кипнис, Э.И. Ямпольская и др. // Журн. невропатологии и психиатрии. 1979. № 19. С. 1320–1324.
32. *Якунин Ю.А., Ямпольская Э.И.* Пренатальные и перинатальные поражения нервной системы // Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста. М.: Медицина, 1986. С. 223–254.
33. *Danze F., Brule J.F., Haddad K.* Chronic vegetative state after severe head injury // Neurosurg Rev. 1989. № 12. P. 477–499.
34. *Ellenberg J., Nelson K.* Birth weight and gestational in children with cerebral palsy or seizure disorder // Amer. J. Dis. Childr. 1979. Vol. 133, №10. P. 1044–1048.
35. *Faist E., Bane A.E., Dittmer H., Heberer J.* Multiple organ failure in polytrauma patients. // J. Trauma. 1983. Vol. 23, № 9. P. 775–786.
36. *Jennet B.* Vegetative State. Oxford Press, 2002.
37. *Hanson P.L.* Persistent vegetative state: review and report of electrodiagnostic studies in eight cases // Arch Neurol. 1985. № 42. P. 1048–1052.
38. *Multiple systems organ failure. Vol. 1: The based State / R.H. McMenamy, R. Birkhahn, G. Osswald et. al. // J. Trauma. 1981. Vol. 21. № 2. P. 99–144.*
39. *Stogmann W., Heidvogel M., Steiner H.* Untersuchungen zur körperlichgeistigen Entwicklung kleiner Frühgeborenen // Arch. Kinderheilk. 1971. Vol. 183, № 3. P. 283–291.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

- обладает тканеспецифическим действием и стимулирует репаративные процессы в головном мозге;
- оказывает эффективное нейропротекторное, ноотропное и противосудорожное действие;
- ускоряет восстановление функций головного мозга после стрессорных воздействий;
- снижает токсические эффекты нейротропных веществ;
- улучшает процессы обучения и памяти.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

- препарат регулирует соотношение тормозных и возбуждающих аминокислот, уровень серотонина и дофамина;
- оказывает ГАМК-ергическое действие;
- обладает антиоксидантной активностью и способностью восстанавливать биоэлектрическую активность головного мозга.

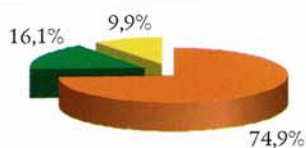
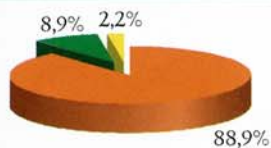


Изменения контролируемых параметров терапии в соответствии с общепринятыми стандартами (контрольная группа) и дополнительного курса КОРТЕКСИНА® (основная группа).

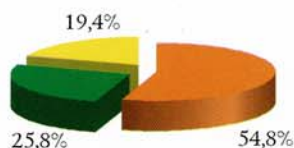
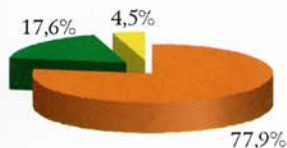
Основная группа

Контрольная группа

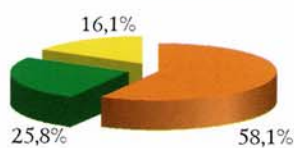
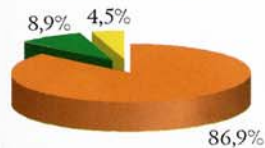
Актуальное психическое состояние



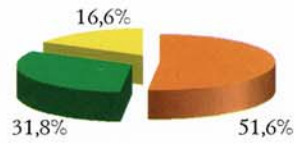
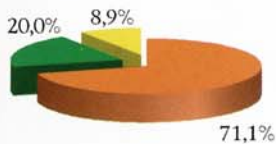
Неврологический статус



Когнитивные функции



ЭЭГ картирование



■ улучшение ■ незначительное улучшение ■ без изменений

Эффективность применения КОРТЕКСИНА® у больных детей с последствиями приобретенных энцефалопатий



gPh
ГЕРОФАРМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

ПОЛНОЦЕННАЯ РАБОТА МОЗГА

КОРТЕКСИН - ЭФФЕКТИВНЫЙ НЕЙРОПРОТЕКТОР НООТРОП



Производитель ООО «ГЕРОФАРМ»

Санкт-Петербург (812) 112-4567, 112-4644, 112-4672

Москва (095) 215-4101, доб. 1209, 1231

E-mail: gerofarm@sp.ru