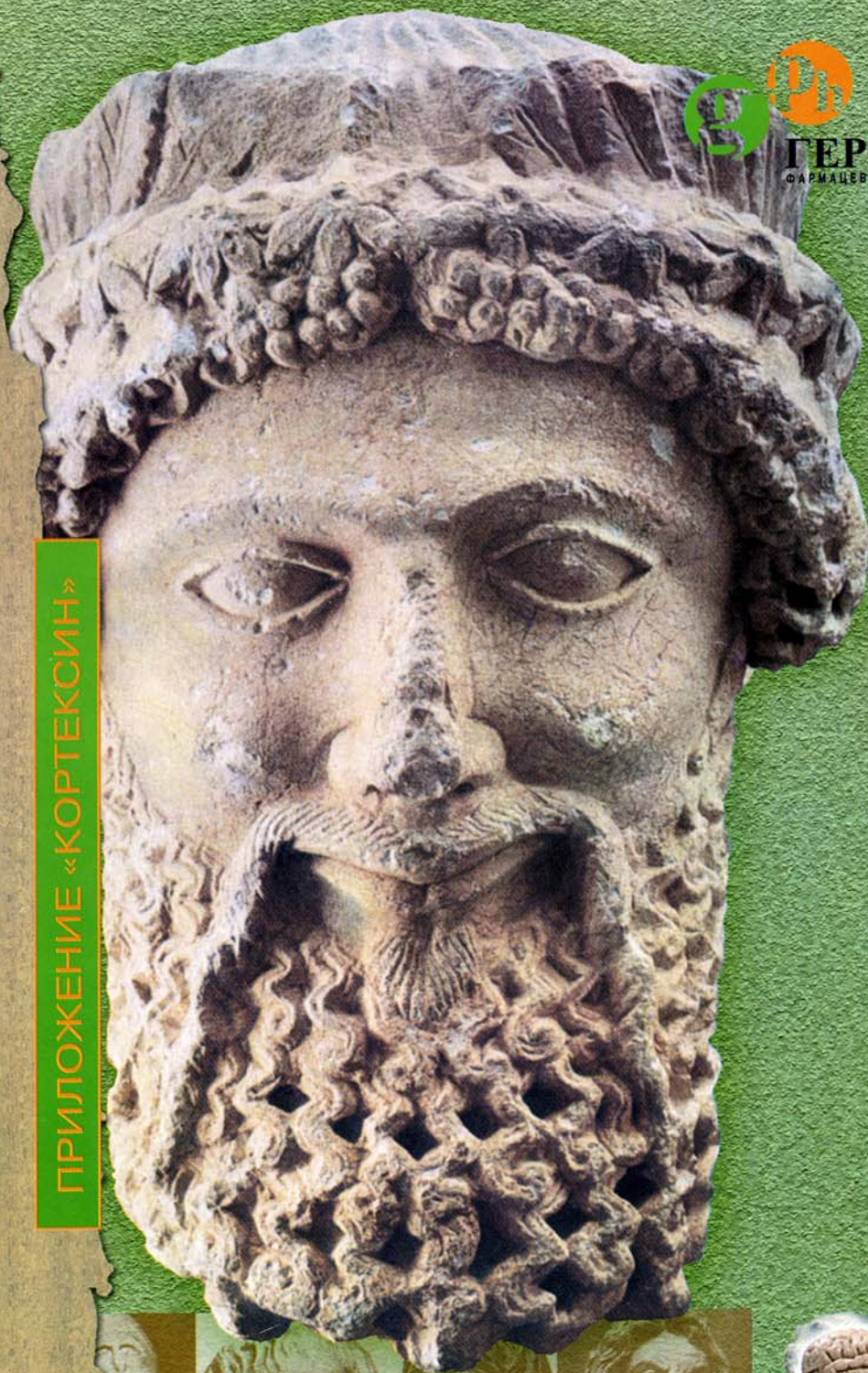


TERRA MEDICA[®] *novum*

ПРИЛОЖЕНИЕ «КОРТЕКСИН»



ГЕРОФАРМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ



Динамика когнитивных функций при оценке применения Кортексина у больных с цереброваскулярной патологией

Проблема терапии и профилактики цереброваскулярных патологий (ЦВП) находится в центре внимания современной неврологии. Пациенты с ЦВП нуждаются в длительном, иногда пожизненном лечении. Однако имеющийся на сегодняшний день набор медикаментозных средств не позволяет добиться существенного улучшения состояния подобных больных, а увеличение количества препаратов чревато нежелательным их взаимодействием, развитием аллергических реакций и др. Таким образом, заболевание неуклонно прогрессирует, повышая риск развития мозговой сосудистой катастрофы.

Вышесказанное свидетельствует о том, что необходимо изучение современных механизмов воздействия и разработка, с учетом полученных знаний, новых препаратов, повышающих показатели медицинской реабилитации и качество жизни больных с ЦВП.

По опубликованным данным, у всех больных с ЦВП происходят изменения высших психических и интеллектуальных функций. Даже в начале заболевания нейropsychологическое тестирование выявляет неустойчивость настроения, снижение умственной деятельности, ослабление внимания, существенно влияющие на качество жизни пациентов [4, 5, 9].

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 150 больных с ЦВП в острой и хронической стадии, из которых были сформированы 2 группы. Больные 1-й группы, сравнения (100 чел.), получали традиционную терапию (сосудорасширяющие и ноотропные препараты, витамины). Пациентам 2-й группы, основной (50 чел.), наряду с общепринятой стандартной терапией назначали Кортексин, обладающий многофункциональным тканеспецифическим действием на кору головного мозга человека, — по 10 мг/сут в 2 мл 0,5%-го раствора новокаина [23].

В ходе исследования до начала и после окончания курса лечения оценивали жалобы, неврологический статус, а также проводили нейropsychологическое тестирование пациентов с помощью следующих методик: таблица Шульте, корректурная проба Бурдона, отсчитывание, проба на ассоциа-

тивную память Блейхера, шкала Векслера, тест Люшера, госпитальная шкала тревоги и депрессии Zygmond & Snaith. Особое внимание обращали на такие жалобы, как головокружение, головная боль, неустойчивость при ходьбе, снижение зрения, слуха, нарушение речи, дрожание, скованность, снижение памяти, работоспособности, депрессия, эмоциональная лабильность.

При неврологическом обследовании выявляли следующие синдромы: пирамидный, вестибуло-мозжечковый, синдром Паркинсона, синдром интеллектуально-мнестических расстройств в сочетании с церебрастеническим синдромом.

По данным тестирования, у всех больных до лечения показатели памяти (кратковременной, зрительной) были ниже, чем у здоровых людей, уровень тревожности и депрессии значительно превышал норму. До начала курса лечения биоэлектрическая активность мозга у пациентов характеризовалась полиморфизмом и неустойчивостью фоновой ритмики, отмечалось преобладание альфа-ритма и наличие тета-ритма. Лечение Кортексином проводилось в течение 10–15 дн.

В результате лечения у всех больных основной группы отмечалось улучшение общего состояния различной степени выраженности, которое проявлялось уменьшением или исчезновением жалоб, четкой положительной динамикой неврологического статуса. По данным тестирования, показатели кратковременной и зрительной памяти возросли, уровень тревожности и депрессии снизился. Анализ электроэнцефалограмм показал некоторое усиление регулярности и выраженности альфаритма, у ряда пациентов наблюдалось исчезновение медленных колебаний в диапазоне тета-волн.

У больных группы сравнения, получавших традиционную терапию, выраженность изменений в неврологическом статусе и по результатам обследований была незначительной.

Таким образом, данные клинических исследований свидетельствуют о том, что препарат пептидной структуры «Кортексин» эффективно повышает реабилитационный потенциал больных с цереброваскулярной патологией [23].

И.И. Шоломов,
доктор
медицинских наук,
Е.Б. Лутошкина

Государственный
медицинский
университет

Саратов, Россия

Список литературы

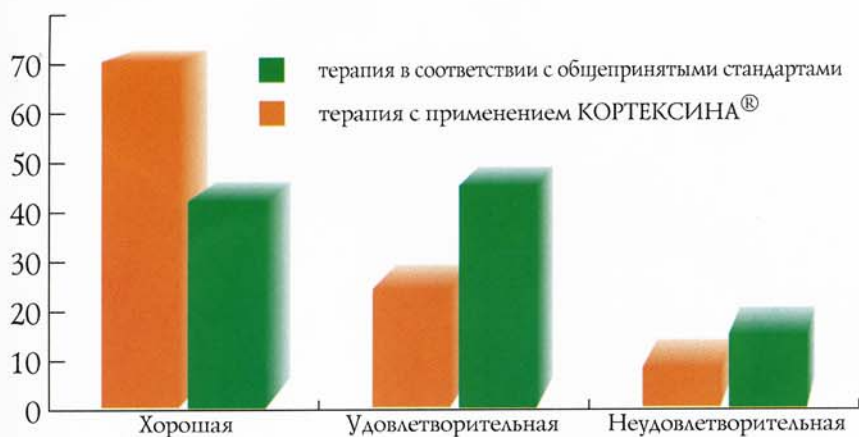
1. *Акимов Г.А.* Некоторые аспекты проблемы закрытой черепно-мозговой травмы // Воен.-мед. журн. 1988. № 11. С. 32–34.
2. *Акимов Г.А., Шамрей Р.К., Головкин В.И.* Клинико-иммунологические корреляции при травматической болезни головного мозга // Актуальные вопр. нейрохирургии и невропатологии. Саратов, 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 нейроредиапии (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 des ordrest // 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. *Hansonita 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.

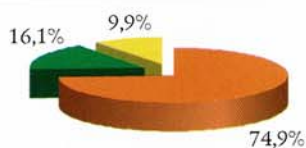
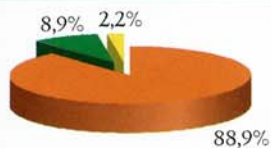


Изменения контролируемых параметров терапии в соответствии с общепринятыми стандартами (контрольная группа) и дополнительного курса КОРТЕКСИНА® (основная группа).

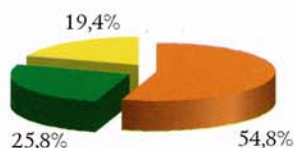
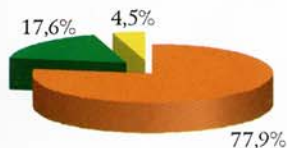
Основная группа

Контрольная группа

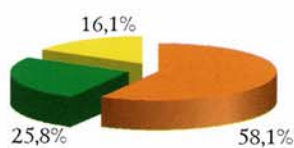
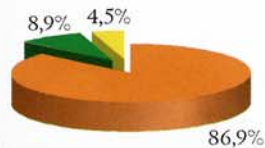
Актуальное психическое состояние



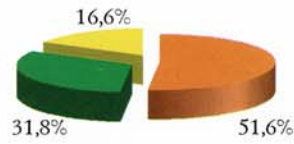
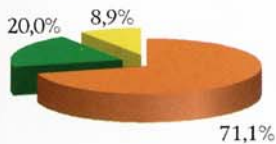
Неврологический статус



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