

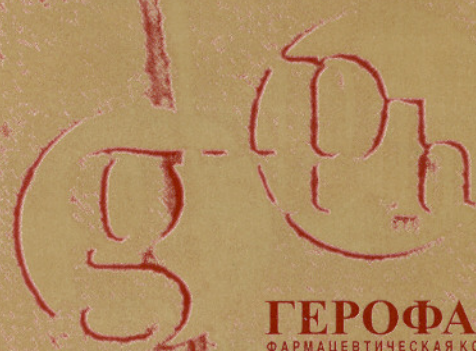
TERRA MEDICA[®]

«СПЕЦВЫПУСК «КОРТЕКСИН»»



Полноценная
работа
МОЗГА

КОРТЕКСИН



ГЕРОФАРМ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

Терапия перинатальных поражений ЦНС у новорожденных детей – эффективность кортексина

Т.В. Белоусова,
доктор медицинских наук

Новосибирская Гос. мед. академия,
Областной перинатальный центр
г. Новосибирск, Россия

По данным ВОЗ, 80% нервно-психических расстройств у детей обусловлены энцефалопатией, развившейся именно в перинатальном периоде [1–3]. В структуре заболеваемости новорожденных Новосибирской области гипоксия и асфиксия регистрируются у 24% родившихся детей (6500 в год), родовая травма ЦНС – у 3,7% новорожденных (1000 детей в год), при этом среди доношенных новорожденных она встречается в 4,8 раза чаще, чем среди недоношенных. В то же время частота развития гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) среди недоношенных регистрируется в 15 раз чаще, чем среди доношенных.

ГИЭ сопровождается практически все критические состояния у новорожденных и, соответственно, регистрируется, по нашим данным, у 100% больных, находящихся в отделении реанимации, а в ряде случаев дополняется геморрагическим компонентом – у 5% доношенных и у 36% недоношенных детей [3–5].

В качестве основы патогенетической терапии острого периода ГИЭ использован пептидный биорегулятор кортексин с целью коррекции механизмов формирования отека головного мозга, уменьшения токсических эффектов нейротропных веществ, регуляции соотношения тормозных и возбуждающих аминокислот, ГАМК-ергического действия. Учитывалось влияние кортексина на биоэлектрическую активность головного мозга и, соответственно, его противосудорожный эффект, а также антиоксидантное действие препарата [6–7]. Известно, что самым мощным триггерным фактором, запускающим меха-

низм апоптоза, является гипоксия, а кортексин обеспечивает контроль экспрессии генов и синтеза белка в клетках, оказывает стабилизирующее влияние на механизм апоптоза [3–4].

Проведено исследование по оценке клинической эффективности кортексина у новорожденных детей с перинатальными поражениями ЦНС, имевших критическое состояние при рождении. Все пациенты разделены на 3 группы, каждая из которых имела свой контроль. В I группу включены 27 доношенных новорожденных с родовой травмой ЦНС, во II группу – 26 доношенных новорожденных с ГИЭ 2-3-й степени. Характер поражения ЦНС у этих пациентов был тяжелым, что сопровождалось низкой оценкой по шкале Апгар [8], в среднем 3-4 балла, развитием критического состояния при рождении в связи с дыхательными расстройствами, судорожным синдромом, коматозным состоянием, гиповолемическим шоком. Новорожденные из родильного зала после проведения реанимационных мероприятий переводились в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и находились на продленной ИВЛ. Кортексин назначали на 3-и сут. жизни в дозе 0,5 мг/кг массы тела, в/м, курс лечения составил 10 дн. Группа контроля – 42 новорожденных (20 детей для I группы и 22 ребенка – для II группы) с аналогичными повреждениями ЦНС и стандартной программой лечения (без кортексина).

III группа – 30 недоношенных детей в возрасте 1,5 мес. жизни с ГИЭ 2-3-й степени, перенесших критические состояния при рождении. Данные УЗИ свидетельствовали о наличии множественных зон перивентрикулярной лейкомаляции и формирования кист. Неврологический статус этих детей: гипертензионно-гидроцефальный синдром – 84% детей, синдром вегетативно-висцеральных нарушений – 100%. Синдром задержки темпов психомоторного развития к этому возрасту имели 34% детей, синдром двигательных нарушений – 76%.

Критериями оценки эффективности препарата являлись сроки восстановления витальных функций организма, длительность и степень выраженности неонатальных судорог, продолжительность ИВЛ, сроки пребывания в ОРИТ, средние сроки лечения в стационаре (койко-дни), сроки улучшения неврологического статуса – рефлекторной и психомоторной функций. Использовались унифицированные характеристики состояния больных, в т.ч. неврологического статуса, и определялись как «значительное улучшение», «улучшение», «незначительное улучшение», «без динамики», «ухудшение».

К категории детей со «значительным улучшением» были отнесены пациенты со следующими характеристиками: купирование судорог в течение 1-2 дн., восстановление эффективного спонтанного дыхания (экстубация) в течение 3-4 дн., восстановление функции кишечника – толерантность к энтеральному питанию в течение 3-4 дн., нормальный уровень сознания (оценка по шкале Шахнович) 1-2 дня, улучшение рефлекторной сферы – 5-7 дн.

Критерии «улучшения»: купирование судорог в течение 3-4 дн., восстановление функции кишечника – 7-8 дн., экстубация – 4-7 дн., нормальный уровень сознания – 3-5 дн.,



Рис. 1. Оценка эффективности кортексина у детей с родовой травмой ЦНС.

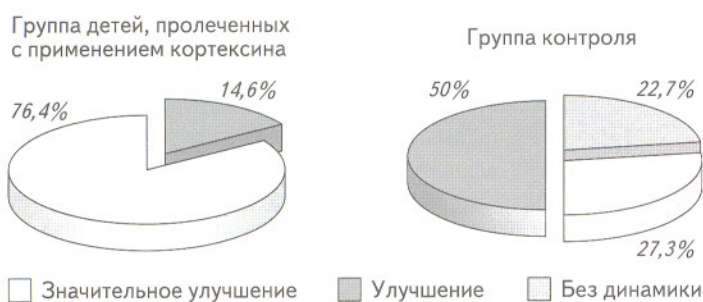


Рис. 2. Динамика неврологического статуса у детей с родовой травмой ЦНС.

улучшение рефлекторной сферы – 7-10 дн. Быстрое восстановление коммуникабельности ребенка в течение 3-5 дн. для обеих групп детей.

В качестве критериев, отражающих динамику неврологического статуса у детей III группы, использованы те же принципы, что и у детей I и II групп исследования.

«Значительное улучшение» – формирование «коммуникабельности» в течение 7-10 дн., компенсации неврологических синдромов и регрессирование синдрома двигательных нарушений.

Критерии «улучшения» – развитие субкомпенсации у больных с декомпенсированными синдромами и компенсации при исходном субкомпенсированном состоянии неврологических синдромов.

Результаты исследования

У детей I группы установлено улучшение общего состояния, стабилизация витальных функций организма в существенно более ранние сроки по сравнению с контролем (рис. 1). Так, продолжительность ИВЛ сократилась в 3 раза, на 1-2 дня раньше купировались судороги, срок лечения в ОРИТ сократился с 14-15 дн. (группа контроля) до 6-9 дн. (группа исследования). Динамика неврологического статуса у пациентов I группы представлена на рис. 2 и характеризуется как «значительное улучшение» у 76,4% и «улучшение» у 14,6% пациентов, в то время как в группе контроля соответственно характеризуется у 27,3% и 50% детей, а у 22,7% неврологический статус был оценен как «без динамики».

У детей II группы продолжительность ИВЛ также сократилась в 2,5 раза по сравнению с контролем. Динамика состояния и неврологического статуса пациентов II группы представлена на рис. 3 и 4. Средний срок лечения в ОРИТ сократился с 12-15 до 8-10 дн., быстрее (на 1-2 дня) купировались судороги. В этой группе, в отличие от I группы, в динамике неврологического статуса появилась такая характеристика, как «незначительное улучшение» и «без динамики». Однако при сравнении с контролем очевидно, что имеет место отчетливая положительная тенденция улучшения всех показателей.

Динамика неврологического статуса у пациентов III группы представлена на рис. 5, где «значительное улучшение» отмечено лишь у 13% больных. Более распространенной характеристикой стало «незначительное улучшение», которое отмечено у 43,5% детей, «улучшение» имели 21,7% и «без динамики» – 21,8% детей.

В то же время в III группе, в отличие от группы сравнения, не было «отрицательной динамики» в неврологическом статусе больных, которая отмечена у 10% детей группы контроля и связана с прогрессированием имеющихся синдромов и формированием их декомпенсации. Кроме того, в группе контроля не выявлено «значительного улучшения», в 1,3 раза меньше пациентов с характеристикой «улучшение» и в 1,5 раза больше с состоянием «без динамики».

Выводы

Кортексин оказывает выраженное терапевтическое действие при тяжелых перинатальных повреждениях ЦНС (родовой травме, ГИЭ II-III ст.), сопровождающихся нарушением витальных функций организма. Препарат наиболее эффективен в остром периоде повреждения ЦНС, особенно при натальных церебростинальных травмах.

У недоношенных детей с ГИЭ 2-3-й степени в раннем восстановительном периоде эффективность препарата убедительна, но зависит от степени зрелости организма.

Использование кортексина при неонатальных судорогах, обусловленных отеком головного мозга, сокращает их выраженность и длительность.

Препарат может быть рекомендован для комплексной терапии больных с критическими состояниями при рождении с 3-х сут. жизни.

Применение кортексина в комплексной терапии критического состояния у больных с перинатальными повреждениями мозга в остром периоде сокращает длительность интенсивной терапии и сроки пребывания больных в условиях ОРИТ, что дает *значительный экономический эффект*. Комплексная терапия с применением кортексина сокращает сроки стационарного лечения и этап первичной неврологической реабилитации.

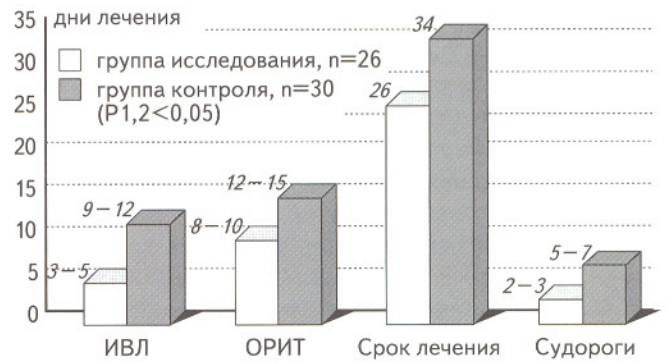


Рис. 3. Оценка эффективности кортексина у детей с ГИЭ (острый период).

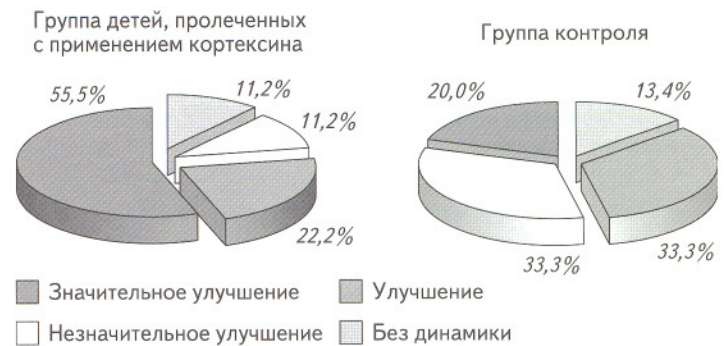


Рис. 4. Динамика неврологического статуса у детей с ГИЭ (острый период).

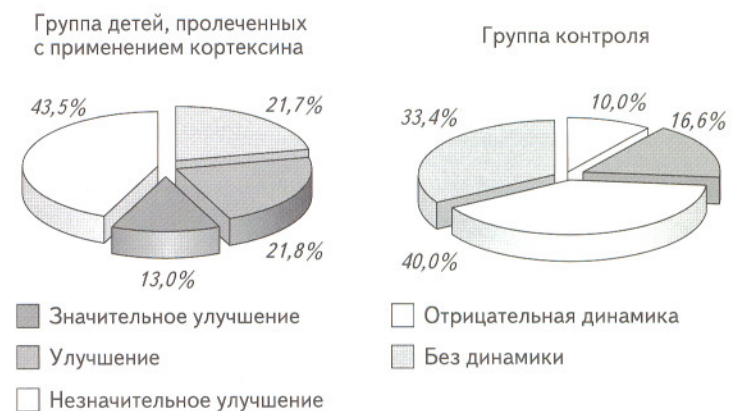


Рис. 5. Динамика неврологического статуса у недоношенных детей с ГИЭ (ранний восстановительный период).

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 врачом-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 коммуникабельности;*
- *позитивное изменение дискинетических проявлений (изменение мышечного тонуса, нарастание объема движений с приобретением двигательных социально значимых навыков);*