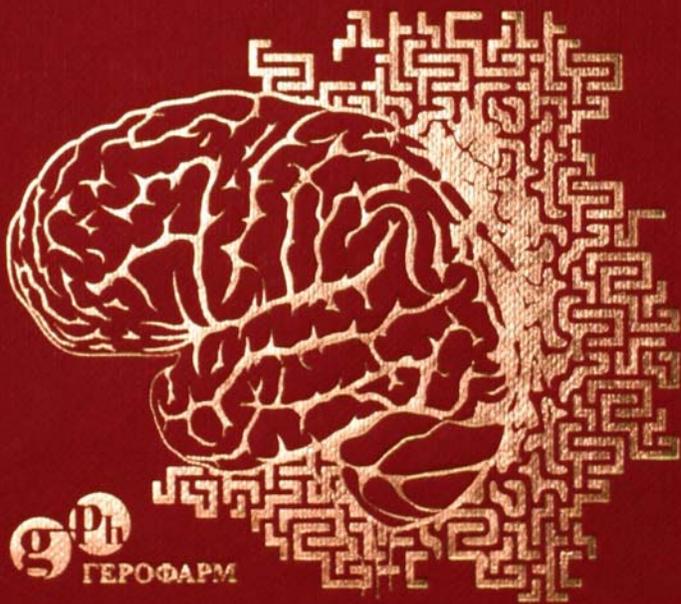


# КОРТЕКСИН

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ  
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ



**g<sup>Ph</sup>**  
ГЕРОФАРМ



«НАУКА»

**КОРТЕКСИН В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ****И.К. Шелухин***Поликлиника № 83, Санкт-Петербург, Россия***CORTEXIN IN OUTPATIENT PRACTICE****I.K. Shelukhin***Outpatient Polyclinic No. 83, Saint-Petersburg, Russia*

*An interesting experience of a neurologist at an ordinary polyclinic in Saint-Petersburg gives striking illustrations of treating patients with Cortexin, which may be useful for neurologists, therapists, and health care managers.*

## Состояние вопроса

**П**репарат кортексин применяется в поликлинике с 2000 года. Еще 5 лет назад этот препарат в составе комплексной терапии заболеваний нервной системы получал 1 из 35 обратившихся, а в 2004 году – уже почти каждый третий больной.

Использование кортексина в неврологии перспективно благодаря его составу (20 L-аминокислот и 15 микроэлементов), молекулярной массе около 7 кДа (что обеспечивает преодоление гематоэнцефалического барьера), тканеспецифичности к нейронам, ноотропному, метаболическому, противосудорожному, нейротрофическому, регуляторному для мотонейронов действию со снижением мышечного тонуса, а также его способности снижать аутоиммунные процессы (в т.ч. в миелиновой оболочке).

Терапия кортексином и оценка ее эффективности осуществлялись в три этапа: 2000 г. – при сосудистых заболеваниях ЦНС, с 2001 г. – при остальных заболеваниях ЦНС, с 2003 г. – при основных болезнях периферической нервной системы и заболеваниях спинного мозга.

## Цели исследования:

- 1) оценить преимущество терапии кортексином перед ранее применявшимися методами;
- 2) сравнить эффект кортексина при лечении различной патологии нервной системы;
- 3) определить эффективность препарата в различных возрастных группах;
- 4) оценить целесообразность применения кортексина в ургентной цереброневрологии;
- 5) подтвердить неспецифичность кортексина для терапии различных отделов нервной системы, учитывая общность их гистогенеза и нейрофизиологии;
- 6) оценить безопасность терапии при оценке отдаленных результатов лечения.

## Материал и методы

Характеристика пролеченных кортексином больных представлена в табл. 1.

Кортексин назначался наряду с традиционной для соответствующего заболевания терапией ежедневно внутримышечно в дозе 10 мг, как правило, в 1-2 мл 0,5%-ного раствора новокаина курсами по 10 дней. В редких случаях (по показаниям) в качестве растворителя лиофилизированного порошка кортексина использовали изотонический раствор хлорида натрия или воду для инъекций по 1 мл.

С 2003 года в 57 случаях выраженной сосудистой церебральной патологии, миелопатии, последствиях нейроинфекции и черепно-мозговых травм, при сотрясениях головного мозга использовались различные схемы курсовой терапии кортексином, отличающиеся от первоначальной схемы [1–3]. Этому послужили следующие причины:

- 1) симптомы заболеваний и задержка трудоспособности пациентов заставляли врача искать более эффективные способы лечения в зависимости от тяжести патологии, так как терапия с применением кортексина ускоряла наступление положительного эффекта;
- 2) субъективные улучшения, возникающие, как правило, уже после 1-й инъекции кортексина («легкость в голове», «улучшилось настроение», «уменьшилась головная боль», «меньше утомляемость»), которые опережают динамику объективных данных и побуждают пациентов просить врача назначить повторные курсы кортексина уже через 1–2 месяца после первого курса;
- 3) личный опыт врача и отсутствие каких-либо побочных явлений при терапии кортексином.

Курсы терапии кортексином проводились при регулярном клиническом обследовании. В 43 случаях провели 10-дневные курсы терапии кортексином по 20 мг; в 16 случаях при выраженной органической симптоматике ЦНС – 10-дневные курсы по 30 мг в день; в 6 случаях острой церебральной травмы в условиях отказа пациентов от стационарного лечения и ограниченных возможностях постельного режима – 10-дневные курсы по 40 мг с убедительным регрессом очаговой мозжечковой, пирамидной симптоматики, внутричерепной гипертензии.

В 2004 году при выраженности патологии ЦНС и ПНС (дискогенные радикулиты) у 23 пациентов были проведены 20-дневные курсы терапии кортексином по 20 мг в сутки.

При грубой симптоматике аналогичной патологии ЦНС и ПНС у 12 пациентов проведена следующая курсовая схема лечения: 4 дня – по 30 мг, 8 дней – по 20 мг, 12 дней – по 10 мг (общее количество кортексина – 400 мг за 24 дня). В 16 из 62 случаев ургентной неврологии

Таблица 1 Распределение больных по нозологическим формам, полу и возрасту

Нозологические формы	Всего	Пол		Возраст (лет)						
		М	Ж	16–25	26–50	50–69	≥ 70	Дети		
								4–6	7–11	12–15
1. Последствия воспалительных болезней ЦНС	31	12	19	4	21	3	–	–	–	3
2. Паркинсонизм атеросклеротический	14	9	5	–	–	3	11	–	–	–
3. Эпилепсия	18	13	5	5	6	–	–	1	3	3
4. Мигрень, в т. ч.:	32	4	28	11	15	3	–	–	–	3
– мигрень без ауры (простая)	26	3	23	8	13	3	–	–	–	2
– мигрень офтальмоплегическая	6	1	5	3	2	–	–	–	–	1
5. Другие синдромы головной боли, в т. ч.:	34	14	20	6	17	10	–	–	–	1
– синдром «гистаминовой» головной боли	1	–	1	–	–	–	–	–	–	–
– сосудистая головная боль, шейная мигрень	17	2	15	1	9	7	–	–	–	–
– хроническая посттравматическая головная боль	16	12	4	5	8	3	–	–	–	1
6. Сосудистые поражения ЦНС, в т. ч.:	362	116	246	21	141	129	71	–	–	–
– синдром вертебробазилярной системы	235	43	192	14	114	69	28	–	–	–
– множественные синдромы церебральных артерий	61	16	45	–	14	25	31	–	–	–
– другие сосудистые синдромы головного мозга	66	57	9	7	13	35	12	–	–	–
7. Хроническая миелопатия поясничного отдела	16	11	15	11	–	5	6	–	–	–
8. Поражения отдельных нервов, корешков и сплетений, в т. ч.:	215	84	131	32	134	50	2	–	–	–
– невралгия тройничного нерва	27	8	19	4	19	4	–	–	–	–
– поражения лицевого нерва	11	2	9	3	8	–	–	–	–	–
– поражения плечевого сплетения	29	11	18	3	22	4	–	–	–	–
– сдавления нервных корешков, сплетений	148	63	85	22	85	42	2	–	–	–
9. Расстройства вегетативной нервной системы	26	6	20	3	21	2	–	–	–	–
10. Сотрясения головного мозга	62	33	29	11	25	17	8	–	1	–
11. Посттравматический церебральный арахноидит	8	4	4	2	6	–	–	–	–	–
<b>Всего</b>	<b>818</b>	<b>306</b>	<b>522</b>	<b>106</b>	<b>386</b>	<b>222</b>	<b>98</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>10</b>

при сотрясении головного мозга с наличием очаговой симптоматики, связанной с отеком головного мозга, назначали (при обязательном информированном согласии больного) кортексин внутривенно капельно медленно: 3 пациентам – по 10 мг, 10 – по 20 мг, 3 – по 30 мг в 100 мл физиологического раствора в течение 60 мин.; в последующие дни на дому повторяли подобные ежедневные капельные введения: 10 пациентам – 4 дня по 10 мг, 6 чел. – 2 дня по 20 мг.

Установлено, что ни в одном случае введения кортексина в дозе более 10 мг в/м или в/в побочных явлений не было.

Повторные курсы кортексина провели 213 пациентам, в том числе 10-дневные по 10 мг через 1 месяц после 1-го курса – 16 чел., через 2 мес. – 31 чел., через 3 мес. – 65 чел., остальным 101 чел. – в более поздние сроки. 43 пациента получили 3-й курс терапии через 6 мес. и позже.

При сравнительном анализе результатов лечения учитывали динамику наиболее характерных симптомов и синдромов заболевания, субъективные признаки, данные специальных исследований. Некоторые клинические признаки оценивали с помощью традиционных тестов, в том числе шкалы инсульта, шкалы Глазго, шкалы Оргогозо и др. [4, 5].

У всех больных регистрировали клонический горизонтальный нистагм, вызываемый поворотом взора. При проведении только мягких методик мануальной терапии его регресса удавалось достичь лишь к 7-й процедуре, а на фоне приема кортексина – уже на 5-й сеанс. Такой нистагм мы расцениваем как проявление вертеброгенного синдрома внутричерепной гипертензии (мы добавили термин «вертеброгенный» к названию описанного ранее синдрома [6], который соответствует различной патологии без упоминания ее связей с позвоночником, с наличием застойных дисков зрительных нервов).

Энергоинформационные проявления рассматривались как когнитивные и поведенческие. Динамику высших психических, ментальных и духовных процессов – когнитивных функций – под воздействием кортексина оценивали по состоянию функций внимания, системы памяти, мышления с помощью рекомендаций НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко и схемы исследования когнитивных показателей у больных, перенесших черепно-мозговую травму [2, 6, 7].

Психоземotionalные, душевные состояния объединили как поведенческие и учитывали выраженность таких эмоций, как тревога (беспокойство, напряжение, опасения, нетерпение); печаль (грусть, уныние, тоска, апатия, потеря интересов, безрадостность, разочарование, обидчивость, депрессивность), гневливость (желчность, раздражительность, ворчливость, недовольство, скандальность, агрессивность, озлобленность), страх (боязнь, фобии, пугливость) и др.

Анализируя эффективность терапии кортексином при различных заболеваниях у различных групп больных, пришли к заключению, что в настоящее время не существует конкретной, краткой и в то же время полноценной по охвату необходимых признаков оценочной шкалы, перечня индексов или тестов для анализа эффективности результатов терапии, проводимой врачом в условиях поликлиники. Поэтому была разработана «Краткая многоаспектная шкала амбулаторной нейрооценки», состоящая из 4 граф.

Тожественность симптомов заболеваний основной и контрольной групп определена с помощью шкалы интенсивности проявления признаков, выраженной в баллах. Каждый признак, обозначенный как «умеренный», оценивался в 1 балл (кроме синкопальных состояний, которые составляли 2 балла); «выраженный» – в 3 балла (за исключением таких признаков, как «страх» – 4 балла, «утрата сознания», «судороги», «депрессия» – по 6 баллов). Также были введены показатели «приподнятое настроение» (3 балла) и «радость» (6 баллов) (табл. 2).

Из субъективных ощущений пациентов обращали на себя внимание боль, нарушения сна, выраженность признаков вегетативных дисфункций (диспептические, дискинетические и др.) и синкопальные состояния в анамнезе болезни. По результатам клинического обследования оценивали нистагм горизонтальный, вызываемый поворотом взора в стороны, как симптом внутричерепной гипертензии (по показателям скорости достижения положительного эффекта с учетом начала снижения нистагма и его исчезновения в днях); объем движений и силу мышц; состояние рефлексов, чувствительности, координации, черепных нервов, тазовых функций; вегетативный тонус (последний изучали по результатам исследования дермографизма, пульса, артериального давления, массы тела, глазосердечного рефлекса Даныни-Ашнера – по таблице вегетативной патологии 1 ММИ).

Дополнительно оценивали данные ультразвуковой доплерографии или дуплексного сканирования магистральных артерий головного мозга по изменениям скорости кровотока, тонуса и спастичности сосудов, электроэнцефалографии или лучевых методов исследования. В оценочный перечень вошли 25 признаков.

Группу контроля составили пациенты, получавшие традиционное лечение, идентичные больным основных групп по нозологическим формам, возрасту и числу баллов оценки субъективных и объективных признаков.

Примечание: Во всех основных группах различия между количеством исследованных признаков и различия с контрольной группой статистически достоверны ( $p < 0,05$ ).

Проведен компьютерный статистический анализ полученных результатов с применением пакета «Statistica». Использовался критерий Стьюдента [8], но для удобства рассмотрения представлен анализ по суммам признаков в баллах и процентах (табл. 2).



## Заключение

При лечении кортексином церебральных сосудистых заболеваний уменьшение симптоматики у 80% пациентов, в основном, происходит на 4-й день (в контроле – на 9-й день), регресс негативных изменений при клинических исследованиях – через 15 дней у 87% пациентов (в контроле – через 45 дней у 70% больных), период ремиссии длился 13 мес. (в контроле – 2,5 мес.).

В группах пациентов с закрытыми черепно-мозговыми травмами при ежедневной дозе кортексина в 20 мг регресс негативной симптоматики за 2 недели был в 2,5 раза выше, чем в контрольной группе. Через год у больных, пролеченных кортексином (17 чел.), признаков последствий закрытой ЧМТ было в 15 раз меньше, чем у пациентов контрольной группы.

Самые лучшие результаты применения кортексина выявлены у детей всех возрастных групп – за 2 года наблюдений у них не было ни одного рецидива эпилепсии ( $p < 0,05$ ) и обострений воспалительных заболеваний ЦНС.

Регресс патологических признаков при лечении кортексином оказался хронометрически близким при воспалительных заболеваниях ЦНС, миелопатии, заболеваниях ПНС с медленно нарастающим преимуществом по сравнению с контрольной группой: через 2 недели было зарегистрировано на 15% меньше негативных симптомов, а через месяц – меньше уже на 30%; обострений заболеваний в этих группах через 1 и 2 года соответственно зарегистрировано на 46 и 36% меньше.

Среди заболеваний ПНС в проведенных исследованиях выделяется группа пациентов с поражениями черепно-мозговых нервов, в которой эффективность терапии кортексином сравнима с группой пациентов с церебральными сосудистыми болезнями и через 5 дней лечения превосходит регресс патологии на 31%, через 10 дней – на 52%; рецидивы встречаются через год – на 37% реже, через два года – почти в 3 раза реже, чем в контрольных группах.

При повторных курсах кортексина регресс симптомов и синдромов заболеваний быстрее достигается и более устойчив: в 46 случаях церебральной сосудистой патологии через полгода регресс симптоматики был на 26% выше, чем при однократных курсах (правило случайной выборки); через год эффективность терапии среди больных, пролеченных кортексином, в 4 раза превышала результаты лечения больных в контрольной группе.

## Выводы

1. Эффективность терапии с применением кортексина была достоверно в среднем в 1,6 раза выше терапии без применения кортексина. Побочных явлений и осложнений не зарегистрировано.



2. Лучшие результаты применения кортексина достигались при лечении черепно-мозговых травм, эпилепсии, сосудистой церебральной патологии. Эффект менее выражен при расстройствах вегетативной нервной системы, мигрени.

3. Отдаленные результаты и стабильность ремиссий при лечении кортексином оказались значительно более высокими, в то время как в контрольных группах при всех хронических заболеваниях патологическая симптоматика оказалась в 1,9 раз выше, через 2 года – в 2 раза выше, чем в основных.

4. Высокая органотропность кортексина и фармакологические свойства препарата позволяют лечащему врачу увеличивать дозу и продолжительность терапии, не опасаясь побочных эффектов.

### Список литературы

1. Шелухин И.К. Кортексин в поликлинической практике // Terra Medica nova. 2003. № 1(29). С. 45–46.
2. Дьяконов М.М. Большие возможности кортексина при цереброваскулярной патологии // Медлайн экспресс. 2002. № 12 (156). С. 9–10.
3. Скоромец Т.А. Применение кортексина в остром периоде черепно-мозговой травмы // Тез. докл. XI конгресса «Человек и лекарство». М., 2004. С. 342.
4. Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. СПб.: Политехника, 1996. С. 84.
5. Шабалов Н.П., Скоромец А.П., Платонова Т.Н. Многолетнее использование кортексина в детской неврологической практике // Terra Medica – Кортексин. № 1. 2004. С. 2–4.
6. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Никифоров А.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомо-комплексы и болезни. М.: Медицина, 1999. 890 с.
7. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. М., 2004. 433 с.
8. Гельман В.Я. Компьютерный анализ медицинских данных для аспирантов. СПб.: МАПО, 1999. 59 с.

