

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОРТЕКСИНУ В РЕАБІЛІТАЦІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРАВМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОРТЕКСИНУ В РЕАБІЛІТАЦІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ТРАВМАТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ – У 70 хворих досліджено вплив кортексину на перебіг кірково-вогнищезового, астеничного, вегетативно-дистонічного, ліквородинамічного та психоорганічного синдромів травматично хвороби головного мозку. Встановлено, що застосування десятиденного курсу внутрішньом'язових введень 10 мг кортексину сприяє значному поліпшенню стану в 84,3 % хворих, яке в середньому утримується до трьох місяців. Ускладнень і побічно ді препарату не спостерігалось.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРТЕКСИНА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА – У 70 больных исследовано влияние кортексина на течение церебрально-очагового, астенического, вегетативно-дистонического, ликвородинамического и психоорганического синдромов травматической болезни головного мозга. Установлено, что применение десятидневного курса внутримышечных введений 10 мг кортексина способствует значительному улучшению состояния у 84,3 % больных, которое в среднем удерживается до трех месяцев. Осложнений и побочных действий препарата не наблюдалось.

EXPERIENCE OF CORTEXIN USE IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN DISEASE – Therapeutic influence of the drug Cortexin on focal cortical neurologic deficit, vegetative and dysmetabolic syndromes, as well as on liquor hypertensive syndromes in 70 patients with traumatic brain disease was studied. It was revealed that 10 day long intramuscular administration of preparation Cortexin improved disease course in 84,3 % of patients. Therapeutic effect of Cortexin maintained significant for 3 months. No complications and side effects of administered preparation were observed.

Ключові слова: травматична хвороба головного мозку, реабілітація, кортексин.

Ключевые слова: травматическая болезнь головного мозга, реабилитация, кортексин.

Key words: traumatic brain disease, rehabilitation, Cortexin.

Із зростанням загальною кількістю травм голови росте і число віддалених наслідків уражень головного мозку. Щорічно у світі після перенесено черепно-мозково травми (ЧМТ) 2,4 млн осіб стають інвалідами [2]. В Україні щорічно близько 1 млн українців визнано інвалідами з приводу перенесено травми голови [6]. Соціальне значення ЧМТ у цілому світі підтверджується даними досліджень вітчизняних та зарубіжних авторів. Так, у двох із трьох хворих, які перенесли ЧМТ (50–80 % спостережень), через різні

терміни проявляються віддалені наслідки ЧМТ, які перебігають із частими станами декомпенсації, тимчасово неприцездатності, наступною інвалідністю [1, 9]. Загальна кількість інвалідизованих хворих після ЧМТ може порівнятися з такою при інсульті [3, 5].

Клінічні прояви віддаленого періоду черепно-мозково травми вельми різноманітні, часто залежать від активності та якості лікування хворих у гострому та реабілітації в пізньому періодах травматично хвороби. У зв'язку із цим триває пошук нових засобів, котрі могли б з успіхом використовувати при лікуванні і реабілітації цих хворих. Великі надії покладаються на використання поліпептидних і ноотропних препаратів, що впливають на мозковий метаболізм й інтегративні функції мозку. Згідно з проведеними дослідженнями одним із найефективніших засобів цієї групи препаратів є кортексин, який виявляє церебропротективну дію на кору головного мозку [4].

Тому метою нашого дослідження стало вивчити ефективність використання кортексину для реабілітації хворих із травматичною хворобою головного мозку.

Нами було обстежено 70 хворих із травматичною хворобою головного мозку у віці від 20 до 50 років, давністю травми від 2 до 10 років. Пацієнти щоденно внутрішньом'язово отримували 10 мг кортексину упродовж 10 днів.

Для клінічно характеристики виявлених у хворих змін з боку центрально нервово системи використовували класифікацію клініко-функціональних синдромів наслідків ЧМТ. Звичайно, у хворих спостерігалися кілька синдромів, що змінювалися за характером та ступенем вираженості, тому провідним вважали той синдром, клінічні прояви якого (суб'єктивні та об'єктивні) домінували на даний момент. Було виявлено наступні посттравматичні неврологічні синдроми: кірково-вогнищезий (20 хворих), астеничний (15 хворих), вегетативно дистоні (14 хворих), ліквородинамічний (12 хворих), психоорганічний (9 хворих).

Ефективність курсу реабілітації оцінювали з урахуванням даних об'єктивного обстеження та за рівнем регресу провідного синдрому.

Оцінка рівня регресу симптомів, характерних для домінуючого синдрому, проводили на основі власних критеріїв (табл. 1), при побудові яких використовували рекомендації зарубіжних дослідників [7, 8].

Таблиця 1. Критерії оцінки регресу посттравматичного домінуючого синдрому

Оцінка регресу	Критерії оцінки
Повна клінічна регресія	Відсутність клінічних проявів домінуючого синдрому
Значна клінічна регресія	Повний регрес не менше ніж 1/2 клінічних симптомів домінуючого синдрому або зменшення інтенсивності х проявів не менше ніж на 60 % від початкового рівня
Незначна клінічна регресія	Повний регрес не менше ніж 1/4 клінічних симптомів домінуючого синдрому або зменшення інтенсивності х проявів не менше ніж на 20 % від початкового рівня
Відсутність клінічної регресії	Відсутність змін у клінічному стані хворих або регрес менше ніж 1/4 клінічних симптомів домінуючого синдрому або зменшення інтенсивності х проявів менше ніж на 20 % від початкового рівня
Прогресування хвороби	Збільшення кількості скарг, поглиблення клінічних симптомів домінуючого синдрому

Після проведено корекції кортексином (табл. 2) повна клінічна регресія домінуючого синдрому настала у 26 (37,2 %), значна клінічна регресія – у 19 (27,1 %), незначна – у 14 (20 %) хворих. Відсутність клінічно регресії ми спостерігали у 11 (15,7 %) хворих, які перенесли забій мозку тяжкого ступеня і у них домінували церебрально-вогнищевий синдром чи синдром ліквородинамічних порушень. Випадків, коли корекція призвела до погіршення стану хворих, ми не спостерігали.

За даними катамнестичного спостереження ефект від проведено реабілітації кортексином зберігався до 3-х місяців. Потім у більшості хворих (65 %) під впливом різноманітних несприятливих чинників настала декомпенсація травматично хвороби. Тому пацієнти з травматичною хворобою головного мозку потребують проведення повторних курсів лікування через 3 місяці, зокрема з профілактичною метою, особливо у випадках інтенсивно праці і проградієнтного перебігу захворювання.

Таблиця 2. Ефективність лікування за регресом посттравматичного домінуючого синдрому

Оцінка регресу	Кількість хворих
Повна клінічна регресія	n=26 37,2 %
Значна клінічна регресія	n=19 27,1 %
Незначна клінічна регресія	n=14 20 %
Відсутність клінічно регресії	n=11 15,7 %
Прогресування хвороби	–

ВИСНОВОК Застосування кортексину позитивно впливає на регрес домінуючого посттравматичного синдрому і дозволяє певною мірою досягти відновлення неврологічного дефіциту та соціально реабілітації потерпілих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дзяк Л. А. Современные представления о патофизиологии тяжелой черепно-мозговой травмы и роли прогнозирования ее исходов на этапах лечения / Л. А. Дзяк, О. А. Зозуля // *Нейронауки: теоретичні та клінічні аспекти*. – 2005. – Т. 1, №1. – С. 70–80.

2. Коновалов А. Н. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / А. Н. Коновалов, Л. Б. Лихтерман, А. А. Потапов. – М. : АНТИДОР, 2001. – С. 346–347.

3. Полищук Н. Е. Унификация объема диагностики и медицинской помощи больным с черепно-мозговой травмой / Н. Е. Полищук, С. Ю. Рассказов // *Український нейрохірургічний журнал*. – 2000. – Т.9, № 1. – С.73–77.

4. Рыжак Г. А. Кортиксин и регуляция функций головного мозга / Г. А. Рыжак, В. В. Малинин, Т. Н. Платонова. – СПб. : Фолиант, 2003. – 208 с.

5. Тайцлин В. И. Закрытая черепно-мозговая травма и ее последствия / В. И. Тайцлин // *Международный медицинский журнал*. – 2002. – № 1–2. – С. 58–62.

6. Трещинская Л. И. Черепно-мозговая травма с позиций анестезиолога / Л. И. Трещинская, И. В. Холодняк // *Здоров'я України*. – 2005. – № 1. – С. 76–80.

7. Andreoni V. Project management: putting continuous quality improvement theory into practice / V. Andreoni, Y. Bilak, M. Bukumira [et al.] // *Journal of Nursing Care Quality*. Aspen Publisher, Inc. – 1995. – Vol.9, № 4. – P. 29–37.

8. Berwick D. Quality management in the NHS: the doctor's role / D. Berwick, A. Enthoven, J. Bunker // *British Medical Journal*. – 1992. – Vol. 25. – P. 235–239.

9. Ghajar J. Traumatic brain injury / J. Ghajar // *Lancet*. – 2000. – Vol. 356. – P. 923–929.

Отримано 18.10.11