

O‘ZBEKISTON
tibbiyot
JURNALI



43

Медицинский
ЖУРНАЛ
УЗБЕКИСТАНА

№1
2013

ISSN 0025-830X

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIKNI SAQLASH VAZIRLIGI

O`ZBEKISTON *Медицинский*
tibbiyot *журнал*
jurnali **УЗБЕКИСТАНА**
Medical journal of UZBEKISTAN
Ilmiy - amaliy jurnal

№ 1, 2013

1922 йилнинг январидан чиқа бошлаган

Таъсисчи – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

ТАХРИР ҲАЙЪАТИ

Бош муҳаррир – А.И.Икрамов

М.С.Абдуллаходжаева, В.Е.Аваков, М.Ж.Азизов, Ф.А.Акилов, А.В.Алимов (бош муҳаррир ўринбосари), А.Л.Аляви, Д.А.Асадов, С.М.Баҳромов, Б.Т.Даминов, Т.О.Даминов (бош муҳаррир ўринбосари), Ш.И.Ибрагимов, Ф.И.Иноятова, Т.И.Искандаров, С.И.Исмаилов, А.И.Камилов, Х.П.Камилов (масъул котиб), Х.Я.Каримов, Ш.И.Каримов, Р.Д.Курбанов, С.Н.Наврозов, Ф.Г.Назиров, С.С.Саидалиев, Ж.М.Собиров, С.Н.Султанов, А.М.Убайдуллаев, А.М.Ходжибаев, М.Х.Ходжибеков, А.А.Худояров, М.А.Хужамбердиев, А.М.Шамсиев, А.Н.Юнусходжаев

Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан
2011 йил 12 май рўйхатга олинган (№ 0138)

Муҳаррирлар - И.Ж.Гульманов, Ш.Б.Джавидбеков, Л.Ф.Хасанова

Компьютерда саҳифаловчи - Ф.Махкамов

100047, Тошкент, Тараққиёт кўчаси, 103, Тел. (3712) 289-44-57

Буюртма № 055. Алади 5782 нуска.

Босишга руҳоват этилди 19.03.2013 г. Формат 60×84 1/4. Нархи шартнома асосида
«КО'НИ-NUR» масъулияти чекланган жамият босмахонасида босилди.
Тошкент ш. Бунёдкор шох кўчаси, 44.

UYGA BERISH
MUMKIN EMAS

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

ТОШКЕНТ
ДУК «O'zbekiston tibbiyot jurnali»
2013

ASOSIY O'QUV ZALI

© ДУК O'zbekiston tibbiyot jurnali, 2013 y.

В.Е.Аваков, З.Б.Урунов, Д.В.Давыдов, С.Ж.Бегматов, А.Н.Базаров

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ ПУТЕМ ВКЛЮЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ МЕДОТИЛЛИНА

Ташкентская медицинская академия

V.E.Avakov, Z.B.Urunov, D.V.Davydov, S.J.Begmatov, A.N.Bazarov. Optimization of the results of treatment of patients with cranial-cerebral injuries by inclusion Medotilin into the complex therapy.

Purpose of work is an analysis of the effectiveness of the applying the preparation Medotilin at patients with cranial-cerebral injuries and taking the review of the pathogenesis and treatment of brain injury.

40 patients with cranial-cerebral traumas were examined. Patients were divided into two groups: group I is consisted of 20 patients who underwent complex therapy with included Medotilin 1000 mg 2-3 times a day (depending on the severity of the injury), group II - 20 patients receiving combined treatment according to the accepted standards. Patients were examined with the use of clinical and neurological and instrumental methods. The effectiveness of the therapy was evaluated with taking into account the recovery of neurological and cognitive function.

Clinical-neurological signs of this pathology were studied in particular the prevalence of cognitive impairment. Comparative analysis of the effectiveness of Choline alfoscerate (Medotilin) was made in combination with standard therapy of brain injury.

Application of Medotilin promotes a regression of pathologic neurological symptoms and an accurate reduction in time of the consciousness recovery. Among its advantages are the improving the subjective condition of patients and general motion activity, disappearance of headaches and dizziness, reduction of bed-days of patient's stay in the reanimation department and the hospital and the total cost of treatment.

Проблема травм черепа и головного мозга является одной из наиболее актуальных в современной нейрохирургии [5]. По данным ВОЗ, частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) во многих странах мира, имеет тенденцию к росту и, в среднем, ежегодно увеличивается на 2%. Мировая статистика последних лет также подтверждает данные ВОЗ и свидетельствует о непрерывном росте острых травм мозга и их последствий [5]. Данные зарубежных авторов указывают, что распространенность ЧМТ колеблется в пределах 1,80-7,2 на 1000 населения [6]. Мужчины в 2-3 раза чаще получают ЧМТ, чем женщины, в возрасте 25-45 лет. В настоящее время в общей структуре травматизма трудоспособного населения повреждения ЦНС составляют 30-40%, а среди причин летальных исходов и инвалидизации, наступивших вследствие всех травм, они выходят на первое место [6]. Через год после закрытой ЧМТ у 80% людей обнаруживаются её последствия, и, при этом, примерно 20% пострадавших в дальнейшем не могут приступить к нормальной трудовой деятельности [7]. Летальность при ЧМТ составляет

5-10%, а при наиболее тяжелых формах достигает 41-85%, что связано с развитием техники, прежде всего, средств передвижения, урбанизацией населения [8].

В Республике Узбекистан в среднем в год за помощью обращается 120 тыс. пострадавших с ЧМТ, 15% из них с тяжелой формой травмы головного мозга. Наблюдается неуклонный рост ЧМТ в среднем на 1,5% в год. Летальность колеблется от 10 до 80% [2].

В связи с этим, проблема ЧМТ из чисто медицинской переходит в социальную и экономическую проблемы, стоящих перед современным обществом, что диктует необходимость дальнейшего совершенствования организации травматологической помощи населению, улучшения результатов лечения и реабилитации этого тяжело-когнитивного контингента больных.

Выделяют три главных пути ишемического повреждения ткани мозга при снижении мозгового кровотока до 10 мл/100 в 1 мин, хотя точные механизмы его еще полностью не установлены: 1) неконтролируемое увеличение в плазме клетки кон-

Таблица 1. Распределение больных по тяжести ЧМТ, по полу и возрасту.

Тяжесть ЧМТ	Группа	
	I	II
Сотрясение головного мозга	2	2
Ушиб головного мозга легкой степени	3	4
Ушиб головного мозга средней степени	7	6
Ушиб головного мозга тяжелой степени	7	7
Менингиома ЗБО слева	1	
СПО «Удаление опухоли»	1	1
Мужчины	15	16
Женщины	5	4
Средний возраст, лет	34,7±1,23	36,1±1,22

центрации ионов Ca^{2+} ; 2) глутаматная эксайтотоксичность; 3) образование свободных радикалов. Независимо от причины, вызвавшей локальную ишемию мозга, развивается каскад патобиохимических изменений, приводящих к необратимому повреждению нервной ткани по механизмам некроза и апоптоза.

Мозг получает необходимую энергию в результате окисления глюкозы и образования АТФ. При ишемии мозга содержание кислорода в крови недостаточно для аэробного окисления глюкозы, поэтому возникает анаэробный путь расщепления глюкозы, который лишь частично компенсирует энергетические потребности мозга.

Лактат-ацидоз в сочетании с гипоксией нарушает функцию ферментной системы, управляющей транспортом ионов, что приводит к выходу ионов K^+ из клетки во внеклеточное пространство и перемещению ионов Na^+ и Ca^{2+} в клетку (нарушение ионного гомеостаза клетки). Важное значение имеет повышенный выброс во внеклеточное пространство возбуждающих нейромедиаторов — глутамата и аспартата, недостаточность их обратного захвата астроглией, перевозбуждение глутаматных NMDA-рецепторов и раскрытие контролируемых ими кальциевых каналов, что приводит к дополнительному притоку ионов Ca^{2+} в нейроны. Избыточное накопление Ca^{2+} внутри клетки активирует ферменты (липазы, протеазы, эндонуклеазы), вызывает перегрузку митохондрий с разобщением окислительного фосфорилирования и усиливает процессы катаболизма. Распад фосфолипидов в мембранах внутриклеточных органелл и наружной клеточной мембране усиливает перекисное окисление липидов и образование свободных радикалов. Увеличение содержания внутриклеточного кальция, образование свободных кислородных радикалов и липидных перекисей оказывают нейротоксическое действие, что приводит к гибели (некрозу) нервной ткани [3].

В Республике Узбекистан зарегистрирован препарат холина альфосцерат (медотилин, рег.

№ Б-250-95 №27511) производства фармацевтической компании "World Medicine" (Великобритания), изготовлено "К.О. Ромфарм Компани С.Р.Л." (Румыния). Данный препарат относится к группе холиномиметиков центрального действия, который под влиянием ферментов головного мозга расщепляется на холин и альфосцерат. Холин участвует в синтезе ацетилхолина, улучшая нейротрансмиссию, а глицерофосфат является предшественником фосфатидилхолина мембран нейрона, т.е., способствует синтезу фосфолипидов мембран нейрона, включая и таковые митохондрий. К тому же медотилин улучшает церебральный кровоток, метаболические процессы в головном мозге, влияет на выживаемость пациентов, обладая пробуждающим эффектом, восстанавливает продуктивное мышление, движение и речь [1]. Также проведены исследования, направленные на влияния медотилина при лечении ишемического инсульта, в результате которых было выявлено, что медотилин устраняет дефицит ацетилхолина, снижает выраженность вазоспазма, развития парезов и параличей, а также изменений мышечного тонуса [4].

Цель исследования — анализ эффективности использования препарата медотилин у больных с черепно-мозговой травмой.

Материал и методы

Обследовано 40 больных с ЧМТ, находившихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии хирургического блока №1 и нейрохирургии второй клиники Ташкентской медицинской академии с февраля до сентября 2012 г. Больные были разделены на две группы: I группу составили 20 больных, которым в комплексную терапию был включен медотилин по 1000 мг 2-3 раза в сутки (в зависимости от тяжести травмы), II группа — 20 больных, получавших комплексное лечение по принятым стандартам: краниocereбральная гипотермия, блокаторы Na^+ и Ca^{2+} каналов, блока-

Таблица 2. Время восстановления сознания и динамика показателей когнитивной сферы у больных после лечения, M±m.

Показатели	Группы	
	I	II
Среднее время восстановления сознания (сутки)	10,4±1,0*	13,3±1,1*
Апаллический синдром		1
Смертельный исход	1	
Тест Шульте, с	70,6±1,8*	84,0±2,1*
Время выполнения тестов на слуховую память, с	158,9±2,3*	189,7±3,1*
Время выполнения тестов на зрительную память, с	140,5±2,0*	150,3±1,9*

Примечание: * – p<0,05.

Таблица 3. Частота субъективных симптомов и жалоб у обследуемых после проведенной терапии.

Симптомы и жалобы	II группа		I группа	
	Частота случаев	%	Частота случаев	%
Головокружение	6	30,0	2	10,0
Головная боль	8	40,0	4	20,0
Снижение слуха	0	0	0	0
Шум в голове	4	20,0	2	10,0
Снижение памяти	5	25,0	0	0
Нарушение сна	4	20,0	2	10,0
Раздражительность	2	10,0	0	0
Угнетение настроения	2	10,0	0	0
Слабость в конечностях	2	10,0	0	0

Таблица 4. Количество койко-дней и стоимость лечения больных по группам.

Показатели	II группа	I группа
Среднее число койко-дней в ОРИТ	10,15±0,7	6,1±0,4
Среднее число койко-дней проведенных в клинике	15,1±0,9	11,45±0,7
Стоимость нахождения больного в стационаре за 1 койко-день, сум	339500	406200
Общая стоимость лечения, сум	5126450±305550	4650990±284340

торы АМПА и каинатных рецепторов, реперфузионная терапия (препараты ГЭК), противоотечная терапия и антиоксиданты. Обследование больных проводили с использованием клинико-неврологических и инструментальных методов исследования. Эффективность проводимой терапии оценивали с учетом восстановления неврологических и когнитивных функций. Уровень сознания оценивался по шкале Глазго. Результаты и обсуждение

Данные исследованных больных приведены в таблице №1.

Как видно из таблицы 1, группы были репрезентативны как по тяжести полученных травм, так и по соотношению полов и среднего возраста.

Из таблицы 2 следует, что при применении Медотилина в комплексной терапии были получены следующие результаты. Восстановление сознания

от комы до легкого оглушения и ясного сознания сократилось в среднем на 2,9 суток по сравнению с контрольной группой.

У больных наблюдалось улучшение когнитивной функции при применении Медотилина, что подтверждено достоверным уменьшением времени выполнения пробы Шульте, уменьшением времени выполнения тестов на память, как на зрительную, так и на слуховую. Отмечено увеличение речевой активности больных основной группы, что существенно ускорило процесс выздоровления.

Из таблицы 3 следует, что применение Медотилина в комплексной терапии положительно повлияло на частоту субъективных симптомов и жалоб больных в группах. Частота головокружений, головной боли, шума в голове, нарушений сна в

основной группе встречалась на 50% реже, чем в контрольной группе.

Из таблицы 4 видно, что заметно снизилось время нахождения больного как в отделении реанимации (в среднем, на 4,0 дня), так и общее время пребывания больного в стационаре (в среднем, на 3,5 дня) в случае применения Медотилина. Хотя стоимость лечения одного койко-дня при применении Медотилина увеличилась (в среднем на 19%), но за счет уменьшения пребывания больного в стационаре, общая стоимость лечения уменьшается (в среднем на 10%).

Выводы

1. Использование медотилина в комплексной терапии больных с чистыми ЧМТ приводит к ре-

грессу патологической неврологической симптоматики, достоверному уменьшению времени восстановления сознания (на $2,9 \pm 0,4$ сут.).


2. Уменьшению субъективной симптоматики, улучшению общего состояния (у 10% больных), увеличению общей двигательной активности (у 30% больных), регрессу и исчезновению головных болей и головокружений (у 50% больных).

3. Уменьшению нахождения больного, как в отделении реанимации, так и в стационаре на $4,0 \pm 0,9$ и $3,5 \pm 0,7$ койко-дней соответственно.

4. Несмотря на увеличение стоимости одного койко-дня при применении медотилина, за счет уменьшения времени пребывания больного в стационаре, общая стоимость лечения больного уменьшается в среднем на 10%.

Литература

1. Афанасьев В.В. Нейропротекция при остром инсульте на догоспитальном этапе. Неотложные состояния в неврологии. 2009; 5: 23-24.
2. Ахмедиев М.М. Тяжелая черепно-мозговая травма у детей. Ташкент. 2006: 5-7.
3. Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Кобеляцкий Ю.Ю. и соавт. Нейрореаниматология: нейромониторинг, принципы интенсивной терапии, нейрореабилитация. 2008: 14-24.
4. Расулова Х.А. Особенности холинергической нейромедиации при ишемических инсультах в зависимости от патогенетической гетерогенности. Междунар. неврол. журнал. 2011; 3: 41-45.
5. Bullock R., Chesnut R.M., Clifton G. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. J Neurotrauma. 2010; 17: 451-453.
6. Faul M, Xu L, Wald MM, Coronado VG. Traumatic brain injury in the United States: emergency department visits, hospitalizations, and deaths. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2010.
7. Noppers R., Brambink A.M. Traumatic brain injury in children-clinical implications. Exp. Toxicol Pathol. 2004; 56 (1-2): 113.

KLINIK TIVVIYOT 
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

<i>В.Е.Аваков, З.Б.Урунов, Д.В.Давыдов, С.Ж.Бегматов, А.Н.Базаров</i> ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ТРАВМАМИ ПУТЕМ ВКЛЮЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНУЮ ТЕРАПИЮ МЕДОТИЛИНА.....	2
<i>Х.Я.Каримов, Н.Н.Абдурахманова, К.Т.Бобоев</i> ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ.....	6
<i>М.С.Рустамов</i> АНТИГЛАУКОМАТОЗ СКЛЕРОИРИДОЭКТОМИЯНИНГ Т- ВА П-СИМОН ГЕТЕРОСКЛЕРОРЕТРАКЦИЯ УСУЛИ.....	10
<i>Х.П.Камилов, Н.Р.Даминова, Н.Абдуллакова, З. Таджиева</i> СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ И ПУЗЫРЧАТКОЙ.....	12
<i>К.П.Муминов</i> АНЕМИЯ И ПАРАМЕТРЫ ФЕРРОКИНЕТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	15
<i>Х.А.Маматкулов, Р.С.Сайидалиев, М.М.Низманова</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	18
<i>О.У.Вахобов, Ж.Н.Каххаров, Б.Б.Султанов, Д.Х.Мирхамидов</i> ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В РЕЖИМЕ МУЛЬТИФРАКЦИОНИРОВАНИЯ НА СТЕПЕНЬ РЕГРЕССИИ ОПУХОЛИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ С ПОРАЖЕНИЕМ ШЕЙКИ И ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ.....	21
<i>Ш.Т.Мухамедова, Н.И.Ходжаева, Д.Т.Каюмова, Н.Ш.Талипова</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	24
<i>Г.К.Худойкулова, С.О.Гварамадзе, С.К.Ганиева, Э.Р.Мухтарова, Д.О.Шихова</i> ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ВИЧ - ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИММУНОСУПРЕССИИ.....	27
<i>Д. А.Закирходжаева</i> РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРОНИКАЮЩИМИ РАНЕНИЯМИ ХРУСТАЛИКА.....	30
<i>Б.О.Худанов, Ш.Б.Даминова, А.С.Йулдошхонова, И.Х.Халилов, С.С.Гулямев</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ.....	33
<i>А.С.Алимов, У.А.Халбаев, А.А.Алимов, Н.В.Ким</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА К НАГРУЗКАМ У ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	35
<i>К.П.Муминов</i> НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	37