

- 4 Камчатнов П.Р. Дисциркуляторная энцефалопатия – некоторые вопросы киники и терапии. //Русский медицинский журнал. – 2004.– Т.12.–№24. – С.1414–1417.
- 5 Манвелов Л. С., Кадыков А.С. Дисциркуляторная энцефалопатия.// Клиническая геронтология.– 2000.–Т.6.–№9–10.–С.21–27.
- 6 Б.Вережанин И. В., Моргунов В.А., Гулевская Т. С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. - М., 1997. – 288 с.
- 7 Robertson CS, Contant CF, Gokaslan ZL, et al: Cerebral blood flow, arteriovenous oxygen difference, and outcome in head injured patients.// J. Neurol Neurosurg Psychiatry 55: 594-603, 2002, 26.
- 8 Sheinberg M, Kanter MJ, Robertson CS, et al: Continuous monitoring of jugular venous oxygen saturation in head-injured patients. J Neurosurg 76: 212-217, 2002. 11.
- 9 Калашникова Л.А., Гулевская Т.С., Кадыков А. С., Шахпаронова Н.В. Субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия //Неврологический журнал. 1998, Т.3, N2. С. 7-13.
- 10 Яхно Н.Н., Захаров В. В., Локшина А. Б. Нарушения памяти и внимания в пожилом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии–2006.– Т.106.–№2.–С.58–62.
- 11 Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М: Медицина 2001;с.19-24.
- 12 Chawluk J.B., Alavi A. Neuroimaging of normal brain aging and dementia. /In: Neuroimaging: A companion to Adams and Victor's Principles of neurology. Ed. J.O.Greenberg. -New York: McGraw-Hill, Inc. -1995. -P. 253-282
- 13 Chimowitz M.I., Thompson D.W., Furlan A.J. Common vascular problems in office practice. /In: Office Practice of Neurology. Ed. by M.A.Samuels, S.Feske. -New York etc.: 3-2001. – P. 125-128
- 14 Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте. //Автореферат дисс... докт.мед.наук. –М. –1997. – С.32.
- 15 Кайшибаев С.К. Некоторые аспекты эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга у жителей г.Алма-аты //Сосудистые заболевания головного мозга. - Алма-Ата, 1984. - С.3-14.
- 16 Кайшибаев С.К. Патогенез и терапия ранних форм церебрального атеросклероза // Клиницист. - 1995. - №2. – С.40-44.
- 17 Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогерiatrics. /В кн.: Достижения в нейрогерiatrics. Под ред. Н.Н.Яхно, И.В.Дамулина. -М., ММА, 1995. -С.9-29
- 18 Cummings J.L., Benson D.F. Subcortical dementia. Review of an emerging concept. //Arch Neurol. –1984. –V.41. –P.874–879.
- 19 Fisher C.M. Lacunar strokes and infarcts.//Neurology. –1982. –V.32. –P.871–876.
- 20 Doody R.S., Massman P.J. Other extrapyramidal dementia. /In: Handbook of Demented Illnesses. Ed. by J.C.Morris. -New York etc.: Marcel Dekker, Inc., 1994. - P.319-334
- 21 Зельцер М.Е. Сахарный диабет в Казахстане как медико-социальная проблема //Здравоохранение Казахстана. - 1994.- N9.- С.44-45.

Түйін: Мақалада артериалдық қан қысымының көтерілуі мен атеросклероз орынында жәдел бас мид қан айналымының бұзылуы дамығаң науқастарды неврологиялық клиникасының және Лайботен препаратты қолдану арқылы емдеу нәтижелерін зерттей берілген.

М.М. ASADULLAYEV, E.S. NURGUZHAEV, B.N. RAIMKULOV, J.S. ZHANAYDAROV, S.R. KUPESPAEVA,

М.М. ИБРАГИМОВ, Г.Ж. ЖАКЕНОВА, К.Б. РАИМКУЛОВА

Kazakh National Medical University, Almaty, Kazakhstan

MOTOR DISORDERS AND METABOLIC PROCESSES IN THE MUSCLE IN ACUTE BRAIN STROKE (OMI) IN PATIENTS WITH ATHEROSCLEROSIS OF THE CEREBRAL VESSELS AND ARTERIAL HYPERTENSION

Resume:The article presents the research data of patients with acute cerebral stroke via arterial hypertension and atherosclerosis Neurological Clinic and the results of treatment with the drug Layboten. Cerebrovascular disease (CVD) are at the forefront of cardiovascular disease (CVD), cancer pathology , not only on the prevalence of mortality , but also the leading cause of disability in people most able-bodied (EV Schmidt et al., 1979, 1980). According to the World Federation of Neurological Societies, the world each year is recorded at least 15 million strokes. According to WHO for 2002 stroke mortality exceeded 7 5 million people. These data are relative, since not all cases are recorded morbidity and strokes occur under the guise of other diseases.

УДК: 616.831-005.4-08+616-008.9

Е.С. НУРГУЖАЕВ, М.М. АСАДУЛЛАЕВ, Б.Н. РАИМКУЛОВ, Ж.С. ЖАНАЙДАРОВ, С.Р. КУПЕСПАЕВА,

М.М. ИБРАГИМОВ, Г.Ж. ЖАКЕНОВА, К.Б. РАИМКУЛОВА

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан

ЛАЙБОТЕН (ФОСФОКРЕАТИНИН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ (ОМИ) И С ОСТРОЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

В статье представлены данные исследований больных с острым мозговым инсультом и острой тяжелой черепно-мозговой травмой и результаты лечения с применением препарата Лайботен

Ключевые слова: инфаркт мозга; Лайботен (фосфокреатинин); сравнительное исследование

Актуальность. Доля острых нарушений мозгового кровообращения в структуре общей смертности в России в раннем восстановительном и отдаленном периоде составляет 2 1,4%, с тенденция к ранней инвалидности населения от инсультов (Алмазов В.А. с соавт, 2001; Штульман Д.Р., Левин О.С., 2005; Гогин Е.Е., Седов В.П., 1997; Шевченко О.П., Яхно Н.Н., Парфенов В.А., 2001; Шляхто Е.В., 2001г). Смертность от

инсульта среди лиц трудоспособного возраста увеличилась за последние 10 лет более чем на 30% (247,1 на 100 000 населения). В России смертность от инсультов занимает второе место после острых заболеваний сердца и первое место по уровню резкой остаточной инвалидности (3,2 на 10000 населения). По данным Н.Н. Яхно с сотрудниками (2005, 2006) в течение первого года после инсульта умирают более 50%

больных, а около 20% становятся инвалидами первой группы и полностью зависят от окружающих. В наиболее крупных промышленных центрах России ежегодная частота инсульта составляет 3-4 на 1000 населения. Основной причиной инсультов остается артериальная гипертензия. (Гусев Е.И., 2001-2003). Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирают приблизительно 50% больных, то есть каждый второй заболевший. Инсульт - преобладающая причина инвалидизации населения (3,2 на 1000 населения). По данным Национального регистра инсульта, 31% пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в посторонней помощи для ухода за собой, 20% не могут самостоятельно ходить. Лишь 8% выживших больных могут вернуться к прежней работе. Национальный регистр инсульта (2001-2005) показал, что смертность от инсульта в России достоверно коррелирует с заболеваемостью ($r = 0,85$; $p < 0,00001$), однако если уровень заболеваемости инсультом между регионами страны различается максимум в 5,3 раза, то различия в смертности составляют 20,5 раза. Это свидетельствует о разном качестве медицинской помощи в разных регионах, что подтверждается различиями показателей госпитальной летальности между регионами более чем в 6 раз. (Захаров В.В., Яхно Н.Н., Дамулин И.В., 1994-1999). Профилактика, ранняя диагностика и лечение сосудистых заболеваний головного мозга является одной из самых актуальных проблем в современной неврологии. В то время как в странах в странах Западной Европы и Японии смертность имеет тенденцию к снижению, а продолжительность активной жизни, населения увеличивается из года в год, По мнению нейродиабетолога В.М. Прихожана [53], проблема церебральных проявлений диабетического генеза остается без должного внимания из-за отсутствия сложных методологических подходов в их изучении. Вопрос о первичности СД или хронической ишемической болезни головного мозга и артериальной гипертензии остается открытым. До сих пор в научной литературе дискутируются проблемы наличия специфического поражения структур головного мозга при СД. Отдельные авторы (Меликсетян М.М., Мятчин М.Ю., 1984; Мартынов Ю.С., Сучкова И.А. 1978) выдвигают гипотезу не являются ли эти поражения осложнением либо проявлением основного заболевания. Наличие высокой инвалидизации и смертности от острых и хронических нарушений мозгового кровообращения при сахарном диабете (СД) предполагает рассматривать органические изменения в структурах головного мозга в рамках определенных стадий развития церебральных проявлений и осложнений диабета. Наиболее частой причиной особенно ишемического инсульта является хроническая недостаточность мозгового кровообращения в результате атеросклероза сосудов головного мозга (С.К.Кайшибаев 1986-1991; Е.В.Шмидт, 1985; Chui H.C., Victoroff J.I., 1992; Culebras A., 1993). Снижение когнитивных функций вплоть до развития деменции после перенесенных инсультов на фоне хронической ишемии головного мозга (ХИМГМ) представляет одну из сложных медико-социальных проблем в большинстве экономически развитых стран мира (Карлов В. В., Куликов Ю.А., Ильина Н.Л., Грабовская Н.В., 1997; Верещагин Н.В., Лебедева Н.В., 1991; Мясников И.Г., 1999; Wahlund L.O., 1994; Inzitari D., Marinoni M., Ginanneschi A., 1993; Iqbal K., Winblad B., Nishimura T., 1997; Israel L., Dell'Accio E., Martin G., 1987). Между развитием ДЭ с артериальной гипертензией и сахарным диабетом и последующим инсультом имеется тесная связь (Мартынов Ю.С., Гирич Т.И., 1998; Котов С. В., Калинин А. П., Рудакова И.Г., 1992-2000; Бокебаев Т.Т., 2001). С каждым годом отмечается выраженная тенденция к широкому распространению, роста заболеваемости сахарным диабетом (СД) во всех странах мира. По результатам исследования инициативной группы ВОЗ, в мире насчитывается более 150 млн. больных диабетом. По данным М.Е.Зельцера в Республике Казахстан сахарным диабетом страдают более 100000 человек. В экономически развитых странах Американского и Европейского континента распространенность сахарного диабета составляет 5-6% и имеет тенденцию к дальнейшему повышению с приростом 1-1,5% в год (Балаболкин М.И., 1998; Прихожан В.М., 1981; Мехтиева

З.Х., 1973; Арзуметова Д.С., 1984; Ефимов А.С., Скробонская Н.А. 1985; Хусаинов К.Д., Рахмонов, 1996). Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых в области диабетологии, вопросы этиологии и патогенеза СД, ранних и поздних осложнений в виде поражений центральной и периферической нервной системы до конца не изучены (Старкова Н.Т., 1983; Комиссаренко В.П., Ефимов А.С., 1984; Дедов И.И., 1998; Oliveria T.V., Gorz A.M., 1988). Несомненно, наряду с широкой распространенностью, СД является одним из ведущих факторов риска развития хронической ишемии головного мозга с присоединением артериальной гипертензии с развитием в дальнейшем сосудистых мозговых катастроф (Abbot I., Donahue R.P., 1987; Woo E., Ma J.T.C., Robinson J.D., Yu Y.L., 1988). С целью выявления заболевания широко используются современные методы диагностики (Цюхно З.И., 1985; Кунцевич Г.И., Барабашкина А.В., 1997; Галенок В.А., Жук Е.А., 1998), и нейровизуализации (компьютерная и ядерно-магнитно-резонансная томография), высокочувствительные, нейробиологические и вегетативные тесты, для более глубокого изучения гемодинамических нарушений центральной и регионарного уровня (УЗДГ). До сих пор еще не разработаны эффективные методы лечения сочетания СД с хронической ишемией головного мозга в совокупности с артериальной гипертензией. К тому же в доступной научной литературе недостаточно сведений о нейробиологических, вегетативных нарушениях у больных с хронической ишемией головного мозга на фоне сахарного диабета и артериальной гипертензии, что и требует дальнейшего изучения. Сосудистые заболевания головного мозга составляют одну из ведущих причин смертности и инвалидизации во всем мире (Калашникова Л.А., Гулевская Т.С., 1998; Кайшибаев С.К., Клипицкая Н.К., 1991; Захаров В.В., Яхно Н.Н., 2001; Левин О.С., Дамулин И.В., 1995). Среди заболеваний, приводящих к развитию цереброваскулярной патологии, на первом месте стоят артериальная гипертензия и атеросклероз (Гусев Е.И., Скворцова В.И., 1995; Верещагин Н.В. 1999). Цереброваскулярные нарушения являются одной из актуальных проблем неврологии (Chesney C. M., 1997; Grieb P., Ryba M.S., Sawicki J., 1997). По данным Всемирной федерации неврологических обществ (2012), ежегодно в мире регистрируется не менее 15 млн. инсультов. Предполагается также, что значительное число острых нарушений мозгового кровообращения остается неучтенным. Инсульт находится на третьем месте среди причин смертности и на первом месте среди причин инвалидизации, что подчеркивает высокую актуальность данной проблемы, как для медицинских работников, так и для общества в целом (Кайшибаев С.К., Нургужаев Е.С., 1994; Сидоренко Б. А., Преображенский Д. В., 2002, W.H.Moos, E.R.Gamzu, 2006; Tinetti M.E., 2004). Особый интерес у неврологов и психиатров вызвала проблема деменции связанная с перенесенными инсультами. Применение нейробиологических тестов выявляет широкую распространенность и значимость этих нарушений. (Krishnan K.R.R., Boyko O.B., Figiel G.S., 1995; Moroney J.T., Bagiella E., 1997; Мартынов А.И., Шмырев В.И., 2000; Nachinski V.C., Lassen N.A., Marshall J. 1994) [115-120]. К факторам риска инсульта, особенно у лиц молодого возраста, относятся кокаиновая наркомания, злоупотребление алкоголем и курение. Употребление кокаина может привести к субарахноидальному кровоизлиянию (в результате разрыва аневризмы или АВМ), внутримозговому кровоизлиянию или инфаркту мозга. Злоупотребление алкоголем является одной из причин артериальной гипертензии. Оно может спровоцировать внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга и значительно повышает смертность при инсульте. Внутричерепное кровоизлияние также может быть обусловлено злоупотреблением амфетаминами. Таким образом, больного с инсультом (особенно молодого возраста) следует тщательно расспросить о возможной алкогольной или кокаиновой зависимости. Многочисленные исследования больных доказывает, что наиболее эффективно лечение на ранних стадиях инсультов, когда нарушение морфофункциональных систем мозга и

организма оказываются в целом более пластичными и представляют обратимый процесс (Котов С. В., 1995-1996; Ганнушкина И.В., Лебедева Н.В., 1987; Гулевская Т.С., Людковская И.Г., 1992-1995). Сосудистые заболевания головного мозга составляют одну из ведущих причин смертности и инвалидизации во всем мире (Калашникова Л.А., Гулевская Т.С., 1998; Кайшибаев С.К., Клипицкая Н.К., 1991; Захаров В.В., Яхно Н.Н., 2001; Левин О.С., Дамулин И.В., 1995). Как показывает обзоры литературы различных источников, посвященных проблемам инсультов идет изыскание новых качественных препаратов и методов лечения инсультов и их последствий. В данной статье хотелось показать краткие результаты исследований врачей КНР, которые занимаются проблемами инсультов

1 исследование. «Лечение Лайботеном (фосфокреатинином) больных с острым ишемическим инсультом». Автор исследования: Цинь Лице. Отдел чрезвычайной ситуации, больница народов провинции Хэнань, Чжэнчжоу 450003.

Цель исследования: Оценка эффективности лечения Лайботеном (фосфокреатинином) больных с ишемическим инсультом.

Методы: взяты 59 пациентов и методом случайной выборки они были разделены на две группы: 1. основную, которым проводилось лечение с применением фосфокреатинина и 2. контрольную группу. Пациентам основной группы на фоне острого ишемического инсульта вводился препарат фосфокреатинина в дозе 1.0 гр на 5% растворе глюкозы или на физиологическом растворе в течение 30-45 минут внутривенно капельно дважды в день. Клинико-неврологическое обследование проводилось дважды: в начале и при окончании лечения (на 10 день).

Результаты: После проводимого лечения неврологический дефицит в основной группе составлял $9,3 \pm 5,5\%$, тогда как в контрольной группе эффективность лечения была достоверно ниже и составляла $15,1 \pm 6,9\%$. Коэффициент достоверности составил ($P < 0,05$)

Заключение: Лечение больных с острым ишемическим инсультом с применением препарата Лайботен (фосфокреатин) ускоряет процесс восстановления неврологического дефицита, по сравнению с контрольной группой больных, получавших стандартное лечение.

(Ключевые слова) ишемический инсульт; Лайботен (фосфокреатинин);

2 исследование. «Эффективность лечения фосфокреатинином при ишемическом инсульте в бассейне средней мозговой артерии». Исследователи: ГУ Ли ", Чэнь Хай-Ли, Чжао Цзун-мао, СОНГ Сюэ-цин; Фармацевтическая Секция подготовки, Четвертая Больница Хэбэя Медицинский университет, Шицзячжуан 050011, китайский автор Корреспондент: ЖАО Цзун-Мао.

Цель исследования: Оценить эффективность лечения Лайботен (фосфокреатинин) у больных при ишемическом инсульте в бассейне средней мозговой артерии.

Методы: 65 больных с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии методом случайной выборки были разделены на две группы: основную и контрольную (неврологический дефицит в обеих группах колебался в пределах 16-30 баллов). В основной группе помимо сопутствующей стандартной терапии был использован Лайботен (фосфокреатинин). Клинико-неврологическое обследование для оценки качества и эффективности лечения проводилось дважды: в начале и в конце лечения (на 14 день).

Результаты: После проведенного лечения неврологический дефицит в основной группе (с применением препарата Лайботен (фосфокреатинин) статистически достоверно снизился до $10,5 \pm 4,1$ баллов, а в контрольной группе только до $14,4 \pm 6,0$

баллов. Коэффициент достоверности составлял ($P < 0,05$). Эффективность проведенного лечения в основной группе больных с использованием препарат Лайботен (фосфокреатинин) составила 91.2%, тогда как в контрольной группе она статистически достоверно была значительно ниже и составляла 67.7% и коэффициент достоверности составлял ($P < 0,05$).

Заключение: Лечение больных с острым ишемическим инсультом с применением препарата Лайботен (фосфокреатинин) значительно ускоряет процесс восстановления неврологического дефицита у больных перенесших острый ишемический инсульт в бассейне средней мозговой артерии

(Ключевые слова) инфаркт мозга; фосфокреатинин; сравнительное исследование

3 исследование. «Оценка лечебного эффекта креатин фосфата в лечении пациентов с острой тяжелой черепно-мозговой травмой». Исследователи: Чжан Сю-шань, Лю Куй, Чжан Янь, Ян Хуа, Лю Хай, Лян Ю. (Кафедра анестезиологии, Хуанху больницы Тяньцзинь, Тяньцзинь 300060, Китай)

Цель исследования: Определить терапевтическую эффективность Лайботена (фосфокреатинина) у пациентов с острой тяжелой черепно-мозговой травмой во время операции и в послеоперационном периоде.

Методы: 40 пациентов с острой тяжелой черепно-мозговой травмой в послеоперационном периоде методом случайной выборки были разделены на две группы. Первую основную группу составили пациенты, в лечении которых использовался препарат Лайботен (фосфокреатинин), вторую контрольную группу составили больные, которым вводился физиологический раствор в том же объеме. Определялись следующие параметры: среднее артериальное давление (САД), частота сердечных сокращений (ЧСС), сердечная продукция (СО), индекс ударного объема (СИ), легочное сосудистое сопротивление (PVR), внутричерепное давление (ICP) и мозговое парциальное давление кислорода (PO2). Больным проводилось МРТ исследование в режимах (T1), после применения препарата Лайботен (фосфокреатинин) в режиме (T2), после разреза твердой оболочки мозга в режиме (T3), через 2 ч после применения режима (T4) и после операции режим (T5). Содержание белка S100B пациента определялось до и после проведенной операции на 24-ый день. После операции были зарегистрированы случаи осложнений, такие как тошнота, чувство дрожи и другие. Прогноз жизни пациентов оценивался согласно Шкале исходов Глазо (GOS).

Результаты: Во время операции не было заметного различия вариации между двумя группами больных по МАП и ШП ($P > 0,05$). По сравнению с контрольной группой, СО и СИ были значительно выше в основной группе во время операции ($t=4,019$, $P < 0,05$) в периоде T2-T5, в то же время PVR (легочное сосудистое сопротивление) в основной группе была заметно ниже, чем в контрольной группе ($t=3,517$, $P < 0,05$). После операции, МСП в основной группе с креатин фосфатом был заметно ниже чем в контрольной группе, в то же время PO2 (мозговое парциальное давление кислорода в контрольной группе была значительно выше, чем в креатин фосфат группе ($P < 0,05$). После операции содержание белка S100B в контрольной группе было значительно увеличен по сравнению с показателями до операции ($p < 0,05$). У больных с ГСН с I степени до V в креатин фосфат группе было 9 случаев, в 4 случаях, 2 случаях, 3 случаях и 2-х случаях и это были 2 случая, в 4 случаях, в 6 случаях, 2 случаев заболевания и 6 случаев в контрольной группе ($U = 116,10$, $p < 0,05$). Эффективная ставка в основной группе с креатин фосфатом была выше, чем в контрольной группе ($P < 0,05$).

Таблица 1 - Сравнение характеристик больных перед операцией

Группа	Пол (м/ж)	Возраст	Вес (м/кг)	Операционная продолжительность (т/ч)	Продолжительность анестезии (т/ч)
--------	-----------	---------	------------	--------------------------------------	-----------------------------------

Креатин фосфат	8/12	40.71±16.90	63.82± 13.27	4.77 ± 1.35	5.01± 1.38
Контроль	11/9	41.40±18.06	60.60± 16.13	4.61 ± 1.17	5.09 ± 1.27

6. (U=116.0, P<0.05), (P<0.05) (45%,9/20) (10%,2/20)

Таблица 2. Сравнительная пациентов, гемодинамика больных в двух группах в разные моменты времени. (n=20,x±s)

Группы	КАРТА (П/мм.рт.ст)				
	T1	T2	T3	T4	T5
Креатин фосфат	100.90± 11.12	102.35 ±14.62	99.35±14.64	98.72±12.85	97.69±9.71
Контроль	101.66 ± 8.75	98.40± 14.14	98.43±14.09	101.42± 15.90	95.53±13.82

Группы	ЧАС (времени, мин -1)				
	T1	T2	T3	T4	T5
Креатин фосфат	87.22±7.81	85.26±4.50	84.92±9.93	83.63±7.94	85.15±5.32
Контроль	86.80±8.13	85.23± 4.04	85.92±9.30	82.92±6.43	87.16±5.12

Группы	СО (л . мин -1)				
	T1	T2	T3	T4	T5
Креатин фосфат	7.32±1.13	8.51±1.21	8.17 ±1.50	8.19± 1.11	8.38±0.89
Контроль	7.19±1.47	6.10±1.85	6.13± 2.25	6.52± 1.10	6.44±0.82

Группы	СИ (мл . м ²)				
	T1	T2	T3	T4	T5
Креатин фосфат	41.04± 7.88	50.67 ±7.45	53.92±6.01	55.70±5.71	57.02±3.80
Контроль	40.19± 9.75	43.22± 7.67	46.63± 11.82	45.63± 6.32	43.07±6.78

Группы	ПВР (Кпа/ сл)				
	T1	T2	T3	T4	T5
Креатин фосфат	76.67± 33.27	53.09± 24.17	50.69±10.36	50.68±14.65	47.17±11.07
Контроль	74.37± 24.60	68.77± 24.38	69.71±13.67	68.38±14.80	67.06±17.66

P<0.05, ** P<0.01 по сравнению с контрольной группой; P<0.05, ** P<0.01 по сравнению с T1

Таблица 3 Сравнительная пациентов, ИСП и ПбрО2 между двумя группами в разные моменты времени. (n=20,x±s,P/mmHg)

Группы	ИСП				
	T1	T2	T3	T4	T5
Креатин фосфат	26.76± 4.28	26.69 ±3.96	25.06±3.78	16.76±3.20	18.35±3.12
Контроль	25.90 ± 5.17	26.01± 4.03	25.77±3.81	18.66± 3.29	22.87±3.11

Группы	ПбрО2				
	T1	T2	T3	T4	T5
Креатин фосфат	9.01±6.81	9.98±7.03	12.87±4.87	13.10±6.81	18.72±7.06
Контроль	9.13±6.76	9.67± 6.39	12.51±5.38	12.73±6.81	12.72±8.19

P<0.05, ** P<0.01 по сравнению с контрольной группой; P<0.05, ** P<0.01 по сравнению с T1

Заключение: Лайботен (фосфокреатинин) может увеличить сокращаемость миокарда у пациентов с острой черепно-мозговой травмой во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Может улучшить микроциркуляцию и энергетический метаболизм сердечно-сосудистой системы и головного мозга, что в значительной степени способствует восстановлению пациентов.

Ключевые слова: фосфат креатин; черепно-мозговая травма; энергетический метаболизм

4 исследование. «Лайботен (фосфокреатинин) в лечении ишемического инсульта». Исследователи: ВС Го-Лян, Чэнь Кен. (Центральная больница Карамай Карамай 834000, Китай)

Цель исследования: Определение эффективности Лайботен (фосфокреатинин) в лечении ишемического инсульта.

Методы: Под наблюдением и лечением находилось 65 больных с ишемическим инсультом (неврологический дефицит по бальной шкале функции оценивался в 16-30 баллов). Все больные методом случайной выборки были разделены на основную (с Лайботен (фосфокреатинин)) и контрольную группы. Пациентам в основной группе фосфокреатинин использовался на фоне стандартной терапии. Динамика неврологического дефицита и эффективность лечения оценивались до лечения и на 14 день после лечения.

Результаты исследования: После 14-дневного проведенного лечения неврологический дефицит в основной группе (с применением Лайботен (фосфокреатинина)) статистически

достоверно снизился до 10.5 ± 4.1 баллов, а в контрольной группе только до 14.4 ± 6.0 баллов ($P < 0,05$). Эффективность проведенного лечения в основной группе с использованием Лайботен (фосфокреатинин) была 91.2%, тогда как в контрольной группе она статистически достоверно была значительно ниже и составляла 67.7% ($P < 0,05$).

Заключение: Использование Лайботен (фосфокреатинин) после ишемического инсульта ускоряет процесс восстановления нейронных функций головного мозга.

Таким образом, в заключении хотелось бы отметить, что проведенные исследования в различных клиниках КНР с

применением препарата Лайботен (фосфокреатинин) после ишемического инсульта достоверно ускоряет процесс восстановления нейронных функций головного мозга, а также может увеличить сократимость миокарда у пациентов с острой черепно-мозговой травмой во время операции и в раннем послеоперационном периоде. Может улучшить микроциркуляцию и энергетический метаболизм сердечно-сосудистой системы и головного мозга, что в значительной степени способствует восстановлению пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шмидт Е.В., Макинский Т.А. Мозговой инсульт: Заболеваемость и смертность. // Ж. невропат. и психиатр.-1979.-№4.-с.427-432.
- 2 Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. Методическое пособие для врачей. М., 2005 – 71 с.
- 3 Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте / Автореферат дисс... д. м. н. М., 1997. 32 с.
- 4 Камчатнов П.Р. Дисциркуляторная энцефалопатия – некоторые вопросы киники и терапии. Русский медицинский журнал–2004.–Т.12.–№24.–С.1414–1417.
- 5 Манвелов Л. С., Кадыков А.С. Дисциркуляторная энцефалопатия. //Клиническая геронтология.–2000.–Т.6.–№9–10.–С.21–27.
- 6 Верещагин И. В., Моргунов В.А., Гулевская Т. С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. - М., 1997. 288 с.
- 6 Robertson CS, Contant CF, Gokaslan ZL, et al: Cerebral blood flow, arteriovenous oxygen difference, and outcome in head injured patients. J Neurol Neurosurg Psychiatry 55: 594-603, 2002, 268. Sheinberg M, Kanter MJ, Robertson CS, et al: Continuous monitoring of jugular venous oxygen saturation in head-injured patients. J Neurosurg 76: 212-217, 2002. 11.
- 7 Калашникова Л.А., Гулевская Т.С., Кадыков А. С., Шахпаронова Н.В. Субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия //Неврологический журнал. 1998, Т.3, N2. С. 7-13.
- 8 Яхно Н.Н., Захаров В. В., Локшина А. Б. Нарушения памяти и внимания в пожилом возрасте. Журнал неврологии и психиатрии–2006.–Т.106.–№2.–С.58–62.
- 9 Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М: Медицина 2001;с.19-24.
- 10 Chawluk J.B., Alavi A. Neuroimaging of normal brain aging and dementia. /In: Neuroimaging: A companion to Adams and Victor's Principles of neurology. Ed. J.O.Greenberg. -New York: McGraw-Hill, Inc. -1995. -P. 253-282
- 11 Chimowitz M.I., Thompson D.W., Furlan A.J. Common vascular problems in office practice. /In: Office Practice of Neurology. Ed. by M.A.Samuels, S.Feske. -New York etc.: 3-2001. -P. 125-128
- 12 Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте. //Автореферат дисс... докт.мед.наук. –М.–1997. –С.32.
- 13 Кайшибаев С.К. Некоторые аспекты эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга у жителей г.Алма-аты //Сосудистые заболевания головного мозга.- Алма-Ата.-1984.-С.3-14
- 14 Кайшибаев С.К. Патогенез и терапия ранних форм церебрального атеросклероза // Клинист.-1995.-№2.-С.40-44.
- 15 Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогерiatrics. /В кн.: Достижения в нейрогерiatrics. Под ред. Н.Н.Яхно, И.В.Дамулина. -М., ММА, 1995. -С.9-29
- 16 Cummings J.L., Benson D.F. Subcortical dementia. Review of an emerging concept. //Arch Neurol. –1984. –V.41. –P.874–879.
- 17 Fisher C.M. Lacunar strokes and infarcts.//Neurology. –1982. –V.32. –P.871–876.
- 18 Doody R.S., Massman P.J. Other extrapyramidal dementia. /In: Handbook of Demented Illnesses. Ed. by J.C.Morris. -New York etc.: Marcel Dekker, Inc., 1994. -P.319-334
- 19 Зельцер М.Е. Сахарный диабет в Казахстане как медико-социальная проблема //Здравоохранение Казахстана.-1994.-N9.-с.44-45.

Түйін: Мақалада жәдел бас ми қан айналымының бұзылуымен және жәдел бас ми жарақатымен науқастарды Лайботен препаратты қолдану арқылы емдеу нәтижесін зерттеу берілген.

**E.S. NURGUZHAEV, M.M. Asadullayev, B.N. Raimkulov, J.S. Zhanaydarov, S.R. KUPESPAEVA,
M.M. Ibragimov, G.J. Zhakenova, K.B. Raimkulova**
Kazakh National medical university, Almaty, Kazakhstan

LAYBOTEN (PHOSPHOCREATINE) IN PATIENTS WITH ACUTE BRAIN STROKE (OMI) AND
WITH ACUTE SEVERE CRANIOCEREBRAL INJURY

Resume: The article presents the research data of patients with acute cerebral stroke (ACS) and with acute severe traumatic brain injury as well as indicators of neurological clinic and the results of treatment with the drug Layboten