

А.Н. ХОВДАШ

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Нейрохирургия кафедрасы*

**ЖАБЫҚ БАС-МИ ЖАРАҚАТЫНДАҒЫ КЕШЕНДІ ТЕРАПИЯНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫНА
«ЛИПОСОМ - ФОРТЕ» ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ.**

Кіріспе. Жеңіл жарақаттар бас-ми жарақаттарының 80%-дан астамын құрайды. Мұндай жарақаттарға бас мидың шайқалуымен жеңіл дәрежедегі бас мидың зақымдалуы жатады. Жеңіл БМЖ соң көбінесе өлім көрсеткіші минимальды жағдайда байқалады, дегенмен науқас өмірінің сапасын төмендететін әртүрлі вариаттағы неврологиялық бұзылыстар дамиды зақымданушылардың еңбекке қабілеттігіне әсер етеді. Жедел және аралық кезеңінде жүргізілген жарақаттарға қарсы жасалған медициналық шаралар ОЖЖ қызметін толық және жылдам қалпына келтіруде үлкен маңызға ие. Гипоталамикалық метаболизм бұзылысы БМЖ-ның ағымын, ауырлығын және соңын анықтауда негізгі фактор болып табылады. Негізінен бұл дофамин мен аденилат-циклазаның ролінің төмендегенін көрсетеді. Бұл үрдістің негізгі патофизиологиялық эффекті болып гипоталамус-гипофиз жүйесінің дисфункциясы жатады. Гипоталамустық дисфункцияның клиникалық аспектідегі көрінісі өзінше қасиеті бойынша және ерекшелігі бойынша түрліше. Сонымен бірге коррекциялық әдістері де түрліше, бірақ өте күрделі клиникалық көріністеріне және анық диагностикалық критерилеріне байланысты олардың эффектісін дәлелдеу қиын. Бұл саладағы ғылыми жұмыстар әр түрлі бағытта жүргізіліп жатыр, әсересе, гипоталамустық-гипофиздік жүйедегі фармакологиялық әдістердің медиаторлық алмасуының белсенділенуі. Клиникада осындай бағытта синтезделген гипоталамикалық фосфолипидтерді қолданады (Липосом форте®).

Максаты.

Жеңіл бас-ми жарақаты бар науқастарға инъекциялық формадағы синтезделген гипоталамикалық фосфолипидтерді (Липосом форте®) қолданғанда клиникалық эффектісін бағалау.

Мәліметтер мен әдістер.

Жеңіл БМЖ-ның зерттеу мәліметі ретінде № 7 Алматы қалалық клиникалық ауруханасында стационарда емделіп жатқан 42 науқас болды. Зерттеушілер арасында 35 ер кісі (83,3%) және 18 бен 58 жас арасындағы 7 (16,7%) әйел кісі (орташа жас мөлшері $31,3 \pm 1,2$ жас) болды. Алкогольды масаюмен түскен науқастар зерттеуден шығарылды. Барлық зерттелушілер стандартты медикаментозды терапияны қабылдаған: 1 мг фурошемидті тәулігіне 1рет 3 күн бойы және кетоналды тәулігіне 2 рет 5-7 күн бойы қолдану және 1мг винпосанды күніне 1 рет 10 күн бойы көктамыр ішіне енгізу. Зерттелушілер 2 топқа бөлінді. Негізгі топқа (20науқасқа) бір реттілік көктамыр ішіне инфузия(Липосом форте®) 10күн бойы енгізілді. Бақылау тобында инфузия жүргізілмеді. Емнің нәтижесін бағалауда жарақаттан соң бірінші, үшінші, жетінші, оныншы тәуліктерде ориентация және Гальверстон амнезиясы бойынша баға берілді.

Бас-мидың компьютерлік томографиясын Philips аппаратында жүргізген.Көп жағдайда стандартты үкладка қолданып 4, 8, 10 және 20мм интервалмен кесінділер алып паралельно орбитаментальды сызық бойымен 10-15° бұрышпен жүргізген. Philips фирмасының компьютерлік томографиясында бас сүйек дефектісінің үштік трехмерная реконструкциясын орындаған. Бас мидың магнитті-резонансты томографиясын Philips аппаратымен 1,5 теслдік кернеу алаңында түсірген.

Электроэнцефалографияны (ЭЭГ) 16 каналдық «МЕДИКОР» Электроэнцефалографымен жүргізген. Скальпадағы электродтарды халықаралық схема «10-20» бойынша қойған.

Нәтижесі және олардың талқылауы.

Синтезделген гипоталамикалық фосфолипидтерді (Липосом форте®) көктамыр ішіне енгізу жолымен жүргізіледі.Препаратты барлық жағдайда науқастар жақсы көтерді, аллергиялық реакциялар мен идиосинкразиялық көріністер болмады.

Стационарға түскен науқастардың ес деңгейін Глазго комалық шкаласымен бағалағанда барлық жағдайда 14-15 балға тең келді. Тері жабындысының тегістігінің целостность бұзылысы 16 (38,1%) науқаста байқалды.Тұрмыстық жарақаттар тексерілгендердің 26 (61,9%), көлік жолында 11(26,2%) және жарақаттың себебі анықталмаған 4 (9,5 %) жағдайда байқалды. Барлық науқасқа міндетті түрде нейровизуализациялық тексеру жүргізілді. Компьютерлік томография (n=36) және МРТ (n=6) тексерісі ми тінінің, қабатының құрылымдық өзгірісін тапты және сонымен қатар аздаған майда контузионды ошақтар 17 (40,4 %) пациентте, ал көптеген ошақтар 5 (11,9 %) науқаста табылды. 19(45,2%) пациенттің бас миының КТ мен МРТ-де өзгерістер анықталмады. Бас-сүйек ішілік гематомалар түзілуі ешбір жағдайда байқалмады. Бас – ми сүйегінің 16 (38,1 %) науқаста, ал 18 (42,8 %) пациентте бет қаңқасының құрылымының бұзылысы анықталды.

Электроэнцефалографияға барлық тексеріп жатқан науқастарды түсіргенде олардың бас миында биоэлектрикалық активтіліктің әр түрлі дәрежеде өзгергендігі анықталды. Көптеген бақыланушыларда (34-80,9 %) альфа-синхронизация көрінісі тіркелді,гиперсинхронизация 5 (11,9 %) пациентте, баяу белсенділіктегі дизритмия 3 (76,1 %) науқаста байқалды. Липосом форте® препаратымен жүргізілген Емдеу курсына дейінгі және одан кейінгі ЭЭГдегі тексерістің нәтижесі екі зерттеліп жатқан топта ондағы айқын өзгерістің болмағанын көрсетті.

Липосом форте® препаратының эффективтілігін бағалау «жалпы миды» құрайтын синдромдармен белгілі,яғни төрт негізгі бас-ми жарақатының клиникалық симптомдармен жүргізіліп жатыр.

№1 кестеде бақыланып жатқан науқастардың клиникалық симптомдары көрсетілген. Тексеріліп жатқан екі топтағы науқастарда төрт симптом бойынша өзгерістер байқалған. Бастағы ауру сезімі, құсу, ұйқышылдықтың төмендеуі статистикада дәлелденбеді.Дистальды гипергидроз тәрізді клиникалық көріністің болуы статистикалық дәлелділіктің өзгергенін көрсетті. Сонымен бірге өзгерістердің көрсеткіштері айқын болып көрінді. Алынған нәтижелер Липосом форте® препаратының әсер ету механизімімен тура келеді, яғни гипоталамикалық метоболизм активаторы сияқты.

науқастардың жұмысқа қабілетілін ұзақ уақытқа төмендететін факторы ретінде белгілі - Жеңіл БМЖ-ның көптеген клиникалық көрінісінің бірі вегетативті дизрегуляция болып табылады.Бұл салада БМЖ өткерген ерте реабилитация кешенін құрайтын науқастар үшін бұл анықталған эффект өте маңызды.

1 кесте - Жедел кезеңдегі жеңіл бас-ми жаракатынан кейінгі көрінген симптомдардың жиілігі, ал екі зерттеліп жатқан топта, бұл әр түрлі мерзімде көрінуі.

Симптомдар	1 тәулік		3 тәулік		7 тәулік		10 тәулік	
	I*	II	I	II	I	II	I	II
Бастың ауруы	100	100	67,1 ±6,1	73,2 ±3,2	45,2 ±4,6	49,8 ±5,49	13,6 ±3,46	23,7 ±2,3
	-		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Лоқсу және құсу	46,5 ±3,65	47,2 ±4,45	12,7 ±5,5	16,1 ±2,7	5,6 ±0,42,	8,9 ±0,9	-	-
	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Ұйқышылдық	72,1 ±7,55	69,9 ±5,45	32,1 ±2,9	37,8 ±4,1	21,9± 2,2	22,7 ±3,4	11,4± 1,13	17,1± 1,2
	p>0,05		p>0,05		p>0,05		p>0,05	
Гипергидроз	35,9 ±1,67	37,1 ±2,23	25,4 ±2,1	29,6 ±2,1	17,8± 1,04	26,9 ±1,2	4,5 ±0,15	15,8± 0,24
	p<0,05		p<0,05		p<0,05		p<0,05	

I-негізгі топ

II-бақылаудағы топ

Бағдарлаудың (ориентация) бұзылысы және жеңіл мнестикалық бұзылыс БМЖ ауырлығын бағалауда қолданылатын негізгі тест болып табылады. Негізгі зерттеуде ориентация мен Галверстон амнезиясына тест жүргізіп бағалағанда статистикалық дәлелденген өзгеріс жаракаттан соң тестілеудің 3,7,10 тәуліктерінде анықталды. Зерттеудің алғашқы тәуліктерінде өзгерістер статистикалық дәлелденбеді. Липосом форте® препараттың инфузиясын қабылдап жатқан науқастарда және зерттеліп жатқандардың көбісінде есте сақтау функциясымен ориентация ертерек қалпына келді.

2 кесте - Жеңіл БМЖ бар науқастарды ориентация мен Галверстон амнезиясына тестілеу арқылы бағалау

Топ	1 тәулік	3 тәулік	7 тәулік	10 тәулік
	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Негізгі топ	67,3±5,4	78,3±2,9	86,3±3,24	98,3±3,31
Бақылаудағы топ	68,6±5,16	72,1±3,12	81,2±4,35	86,6±5,42

БМЖ жеңіл түрін алған науқастарға Липосом форте® препаратын қолданғанда оның әсері жақсы ететіні курация жасағанда деленденеді, бірақ бұл қарамастан гипоталамо-гипофизарлық жүйеге фармакологиялық әсерін дәлелдеу өте қиын. Липосом форте® препаратының оң әсері жүргізіп жатқан емге бас ми нейрон рецепторларының адаптациясының өзгеруі және де оның гипоталамустық фосфолипидтердің гипоталамус-гипофиздік жүйеге тікелей әсер етуіне байланысты болуы мүмкін.

Қорытынды:

- Кешендік емнің құрылымы ретінде синтезделген гипоталамустық фосфолипидтерді жеңіл БМЖ-да қолданғанда, ол бас ми симптоматикасы жылдам төмендеуіне әкеледі
- Синтезделген гипоталамустық фосфолипидтерді (Липосом форте®) жеңіл БМЖ жедел кезеңінде қолдану бас мидағы мнестикалық бұзылыстардың жылдам төмендеуіне және ориентацияның қалпына келуіне әсер ететіні статистикалық дәлелденген.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. Руководство для врачей. - М.: 2004. - 436 с.
- Жанайдаров Ж.С. Хирургическое лечение последствий черепно-мозговой травмы. Автореф. дисс. ... докт. мед. Наук. - СПб.: 2006. - 45 с.
- Климаш, А.В. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения травматических поражений ствола головного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб.: - 2005. - 24 с.
- Коновалов, А.Н. Градация тяжести состояния пострадавших с черепно-мозговой травмой и унифицированные критерии для их определения. Вopr. нейрохир. - 1982. - № 5. - С. 11 - 17.
- Плам Ф. Диагностика ступора и комы / Ф. Плам, Дж.Б. Познер; пер. с англ. - 3-е изд. - М.: Медицина, 1986. - 79 с.
- Marshall LF. The outcome of severe closed head injury. - 1991. - V.75. - P. 28-36.