

носимость терапии оценивалась пациентами как отличная и хорошая более чем в 80% случаев. Пациенты посещали поликлинику через 3 и 6 месяцев, что мобилизовало пациентов и являлось одним из факторов повышения приверженности к лечению.

Очень важный момент в наблюдении и лечении – это оценка качества жизни. Повышение качества жизни мотивирует больных к приему лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом, что, в свою очередь, является одним из факторов повышения комплаентности. В исследовании отмечено достоверное улучшение качества жизни. Кроме того, большая часть пациентов в группе показала значительное повышение приверженности к лечению на конечной точке наблюдения.

**Выводы**

1. Применение Диабетона MR 60 мг – препарата сульфаниламочевины позволило достигнуть индивидуальных целевых уровней гликолизированного гемоглобина у больных СД 2 типа в старших возрастных группах.

2. 100% пациентов отметили улучшение самочувствия на фоне терапии Диабетоном MR 60 мг.

3. Повышение комплаентности пациентов, хорошая переносимость и незначительное количество побочных эффектов, при более низкой дозе Диабетона MR 60 мг, позволяют рекомендовать его активное использование в амбулаторной практике врача-эндокринолога и терапевта для лечения больных СД 2 типа всех возрастов, в т.ч. старших возрастных групп.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Базарбекова Р.Б., Зельцер М.Е., Абубакирова Ш.С. Консенсус по диагностике и лечению сахарного диабета. – Алматы, 2011. – 36 с.

2 Базарбекова Р.Б. Современные подходы к лечению сахарного диабета 2 типа // Человек и Лекарство – Казахстан. – 2012. – №2(6). – 8 с.

3 Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология//Гозтар-Медиа. – 422 с.

4 Балаболкин М.И. Эндокринология. – Москва, 1998. – 583 с.

5 Дедов И.И. Сахарный диабет: Руководство для врачей / И.И. Дедов, М.В. Шестакова. – Москва: «Универсум Паблишинг». – 2003. – 378 с.

6 Нурбекова А.А. Сахарный диабет (диагностика, осложнения, лечение). – Алматы, 2011. – 80 с.

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**Ж.С. АУСАГИТОВА**

*Астана қаласының №5 облыстық емханасы*

**ЖАҢА ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЖӘНЕ 2 ТИПКЕ ЖАТАТЫН ҚАНТ ДИАБЕТИ**

Диабетон MR бастапқы гликемияға, диабеттің ұзақтығына тәуелсіз тиімді, сенімді түрде қандағы қант мөлшерін азайтады және емделушінің күн тәртібіне тәуелсіз гликемияның күніне 24 сағаттық тұрақты бақылауын қамтамасыз ете отырып, 3-6 ай ем қабылдаған соң гликольденген гемоглабиннің жеке мақсаттық деңгейлеріне қол жеткізуге мүмкіндік береді, бұл ретте β-жасушаларын апоптоздан қорғайды, ұйқы безінің секрециялық функциясын сақтайды, диабеттің қауіпті асқынулары қауіпін анық төмендетеді, емделушіні гипогликемия қаупіне ұшыратпайды және артық салмаққа жол бермейді, мұның бәрі емделушілердің комплаенттігінің жоғарылауына әкеледі

**S U M M A R Y**

**Zh.S. AUSAGITOVA**

*City Polyclinic №5, Astana c.*

**NEW TECHNOLOGIES AND DIABETES MELLITUS, TYPE II**

Diabeton MR effectively and confidently reduces blood sugar irrespectively of baseline glycemia and the duration of diabetes, and allows to achieve individual target glycosated hemoglobin levels after 3-6 months of use, providing stable glycemic control for 24 hours a day, regardless of the patient's day regimen, and at that, it protects β-cells from apoptosis, maintains the secretory function of the pancreas, significantly reduces the risk of dangerous complications of diabetes, does not expose the patient to the risk of hypoglycemia and does not give rise to weight gain; all of this leads to increased patient compliance.

УДК 616.831-001.31-085

**Е.К. ДЮСЕМБЕКОВ, А.Р. ХАЛИМОВ, И.Т. КУРМАЕВ, А.А. ХАЛИМОВА, Г.Ж. АХАНОВ, С.З. САТБАЕВ, К.А. НИКАТОВ, Р.М. КАСТЕЙ**

*Алматынський державний інститут удосконалення лікарів, Городская клиническая больница №7, г. Алматы*

**НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕГИДРАТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

*В статье представлены динамика неврологического статуса, когнитивных функций, инструментальные методы обследования у 35 пациентов с ушибом головного мозга до и после курса лечения в сравнении с контрольной группой (25 пациентов). Показана эффективность применения L-лизина эсцината у пострадавших с черепно-мозговой травмой – ушибом головного мозга.*

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, отек головного мозга, отечный синдром, L-лизина эсцината®.

**Д**иагностика и лечение черепно-мозговой травмы (ЧМТ) является одной из важнейших проблем здравоохранения в связи с высоким процентом смертности и инвалидизации среди пострадавших с ЧМТ [1]. Важную роль в исходе ЧМТ, обусловленном степенью травматического поражения вещества мозга и развития отека головного мозга, играет предупреждение вторичного повреждения мозга [2]. Последнее зависит от выраженности компрессии

и смещения структур мозга, поражения ствола мозга и значительно ухудшает функциональное состояние мозга, утяжеляя течение посттравматического периода. В связи с этим жизненно важное значение для нейрохирургических больных имеют профилактика и лечение отека головного мозга. С этой целью в комплексе интенсивной терапии ЧМТ активно используют дегидратационную терапию, которая направлена на ликвидацию развившегося отека и набухания мозга и

снижение ВЧД. Основной эффект дегидратационной терапии связан с уменьшением содержания воды в ткани мозга, снижением ликворопродукции и улучшением венозного оттока из полости черепа.

Наиболее часто с этой целью применяют осмотические диуретики (маннит), салуретики (фуросемид, лазикс), ингибиторы карбоангидразы (диакарб) [3]. Осмодиуретики повышают внутрисосудистое осмотическое давление, чем вызывают мобилизацию жидкости из интерстициального пространства мозга в сосудистое русло, откуда она выводится с мочой. Такой эффект удерживается до тех пор, пока концентрация осмодиуретика в крови выше, чем в тканях. В дальнейшем наступает период, когда она становится более высокой в тканях и начинается переход жидкости из крови в ткань мозга. Первый этап действия осмодиуретиков продолжается 4-6 ч от момента введения, поэтому по истечении указанного времени их нужно вводить повторно. Обычно используется 15-20% раствор маннитола из расчета 1,0-1,5 г/кг массы тела. Осмодиуретики необходимо назначать при отеке мозга у больных со сниженной осмолярностью крови, помня, что каждые 10 г маннитола увеличивают ее на 4 мосм/л. Нельзя использовать осмодиуретики при сердечной недостаточности, почечной недостаточности, в случаях, когда диурез превышает 4-6 л у больных с внутричерепными кровоизлияниями. Они также не показаны больным в глубокой и терминальной стадиях комы, когда происходит полная утрата ауторегуляции мозгового кровотока.

Во всех случаях применения осмодиуретиков необходим регулярный контроль гематокрита, т.к., вызывая сгущение крови, они могут ухудшить микроциркуляцию. Среди салуретиков при отеке головного мозга обычно чаще других используют фуросемид (лазикс). Его дегидратационный эффект обусловлен не только ингибированием реабсорбции натрия в почках, но и способностью снижать секрецию ликвора. Препарат незначительно понижает внутричерепное давление пропорционально снижению объема воды в организме. По мнению некоторых авторов, салуретики не лечат отек головного мозга [4]. Так, при мочеотделении в 500 мл внутричерепной объем жидкости снижается всего на 15 мл. Лазикс (фуросемид) применяют в виде внутривенных или внутримышечных инъекций, а также в таблетках (перорально) в дозе от 20 до 60 мг в зависимости от массы тела и тяжести состояния больных. Лечебный эффект лазикса при ЧМТ обусловлен выведением воды, ионов натрия и хлора, снижением ликворопродукции, центрального венозного давления и улучшением венозного оттока из полости черепа. Дегидратационный эффект лазикса при внутричерепной гипертензии менее выражен, чем у маннита. Применение препарата противопоказано при гипонатриемии, гипокалиемии. Диакарб применяют в виде таблеток в дозе 0,25-0,5 г 2-3 раза в сутки курсами по 2-4 суток с промежутками в несколько суток. Основным лечебным эффектом диакарба обусловлен повышением диуреза и снижением ликворопродукции, в связи с чем его чаще применяют у больных с гидроцефалией. Применение диакарба противопоказано при склонности к ацидозу, при гипонатриемии и гипокалиемии. Обязательным условием применения ДТ является тщательный контроль водно-электролитного баланса, показателей осмолярности, КЩС крови. У больных с тяжелой ЧМТ применение маннита и лазикса осуществляют при мониторинге АД, центрального венозного давления, а при показаниях – под контролем ВЧД.

Следует отметить, что указанные препараты применяют в основном для ликвидации развившегося отека и набухания мозга. Профилактическая их роль в этом

плане невелика, кроме того, этим препаратам присущ целый ряд побочных и нежелательных эффектов и осложнений. В связи с этим целесообразно было бы иметь препарат, нормализующий сосудистую проницаемость и предотвращающий развитие вазогенного отека мозга. Такой препарат под названием «Раствор L-лизина эсцинат 0,1% для инъекций» был создан украинскими специалистами [5, 6]. Это лекарственное средство имеет растительное происхождение и является водорастворимой солью сапонина эсцина, полученной из плодов каштана конского и аминокислоты L-лизина. Препарат представляет собой бесцветную прозрачную жидкость в ампулах, содержащих по 5 мл L-лизина эсцината, что соответствует 4,4 мг эсцина. Вводится препарат только внутривенно, максимальная суточная доза – 25 мл (22 мг эсцина). В водной среде или крови соль L-лизина эсцината быстро диссоциирует на ионы лизина и эсцина и проявляет все присущие эсцину фармакологические свойства. Препарат имеет принципиально иной механизм противоотечного действия, отличающийся от осмотических диуретиков и салуретиков. Эсцин нормализует повышенную сосудисто-тканевую проницаемость, повышает тонус вен, уменьшает застой венозной крови, улучшает артериальный и венозный эффект, а также обладает антиэкссудативным, противоотечным в микроциркуляторном русле, оказывает мембраностабилизирующее и обезболивающее действие [7, 8, 9].

Цель настоящего исследования – изучение эффективности дегидратационной терапии с применением L-лизина эсцината® у пострадавших с черепно-мозговой травмой.

#### Материал и методы

Лечебные свойства L-лизина эсцината® были изучены нами у 35 пациентов с тяжелой и среднетяжелой ЧМТ, которые составили основную группу. В контрольную группу вошли 25 больных с аналогичной тяжестью ЧМТ, у которых применялось стандартное лечение. Сравнительный анализ динамики лечебного процесса в двух исследуемых группах больных проводился на 1, 5 и 10-е сутки лечения по основным клиническим признакам.

Оценка эффективности лечения пациентов основывалась на результатах следующих исследований, проводимых до начала и после окончания курса лечения L-лизином эсцинатом®:

Клиническое исследование:

- неврологический осмотр с количественной и качественной оценкой уровня сознания, общемозговой и очаговой симптоматики;

- исследование когнитивных функций проводилось по шкале MMSE (Mini-Mental State Examination).

2. Инструментальное исследование:

- трансформация очагов ушиба головного мозга оценивалась по результатам КТ-обследования;

- мозговой кровоток изучался методом транскраниальной доплерографии (ТКДГ);

- состояние биоэлектрической активности головного мозга исследовалось с помощью ЭЭГ.

#### Результаты и обсуждение

Распределение пациентов по степени тяжести черепно-мозговой травмы было следующим: 20 пострадавших были с ушибами головного мозга средней степени тяжести, 15 пациентов – с ушибами головного мозга тяжелой степени.

Степень нарушения сознания оценивалась по ШКГ и составила у 37% (13 пациентов) 10-12 баллов, у 23% (8) – 7-9 баллов, у 40% (3) – 13-14 баллов. У 46% (16) пациентов отмечалось психомоторное возбуждение различной степени выраженности, у 68% (24) снижение

**Таблица 1 – Сравнительная характеристика динамики когнитивных функций по шкале MMSE у пациентов с ушибом головного мозга на фоне терапии L-лизином эсцинатом® (в баллах)**

| Показатели в баллах                      | Основная группа |               | Контрольная группа |               |
|--|-----------------|---------------|--------------------|---------------|
|  | до лечения      | после лечения | до лечения         | после лечения |
| Ориентация (макс. 10)                    | 9,2             | 9,6           | 9,1                | 9,2           |
| Восприятие (макс. 3)                     | 2,6             | 2,9           | 2,6                | 2,7           |
| Внимание и счет (макс. 5)                | 3,5             | 4,3           | 3,6                | 3,9           |
| Память (макс. 3)                         | 1,4             | 2,3           | 1,4                | 2,1           |
| Перцептивно-гностическая сфера (макс. 9) | 6,8             | 8,3           | 6,9                | 7,9           |
| Общий балл (макс. 30)                    | 23,5            | 27,4          | 23,6               | 25,8          |

**Таблица 2 – Показатели ТКДГ у пациентов с ушибом головного мозга основной и контрольной групп до и после лечения L-лизином эсцинатом® (в см/сек)**

| Сосудистый бассейн       |       | ЛСК (в см/сек) |       |      |       |       |       | RI   |       | PI   |       | Индекс м/п асимметрии |       |
|--------------------------|-------|----------------|-------|------|-------|-------|-------|------|-------|------|-------|-----------------------|-------|
|                          |       | А              |       | В    |       | М     |       | осн. | конт. | осн. | конт. | осн.                  | конт. |
|                          |       | осн.           | конт. | осн. | конт. | осн.  | конт. |      |       |      |       |                       |       |
| В экстракран. отделах ПА | до    | 22,9           | 23,6  | 15,3 | 14,9  | 18,7  | 19,2  | 0,43 | 0,41  | 0,73 | 0,7   | 34,5                  | 32,2  |
|                          | после | 27,3           | 24,9  | 15,8 | 15,1  | 21,4  | 19,5  | 0,33 | 0,39  | 0,67 | 0,75  | 12,4                  | 22,3  |
| В интракран. отделах ПА  | до    | 25,6           | 26,2  | 15,0 | 16,0  | 20,25 | 20,   | 0,44 | 0,39  | 0,66 | 0,69  | 31,2                  | 35,6  |
|                          | после | 29,2           | 27,7  | 16,2 | 16,9  | 22,71 | 20,8  | 0,41 | 0,40  | 0,57 | 0,7   | 9,9                   | 19,4  |
| В основной артерии       | до    | 56,4           | 56,9  | 35,2 | 36,2  | 42,2  | 46,55 | 0,47 | 0,48  | 0,6  | 0,55  | –                     | –     |
|                          | после | 61,6           | 58,7  | 45,1 | 38,1  | 53,3  | 48,4  | 0,43 | 0,47  | 0,72 | 0,62  | –                     | –     |
| ОСА                      | до    | 138,2          | 142,2 | 48,1 | 53,2  | 93,15 | 97,7  | 0,76 | 0,69  | 1,3  | 1,39  | 18,6                  | 20,5  |
|                          | после | 152,6          | 145,4 | 50,6 | 53,4  | 101,6 | 99,4  | 0,69 | 0,65  | 0,94 | 1,1   | 13,4                  | 17,2  |
| ВСА                      | до    | 96,4           | 102,5 | 39,1 | 41,2  | 67,75 | 71,8  | 0,57 | 0,59  | 0,91 | 0,97  | 19,5                  | 23,1  |
|                          | после | 124,6          | 113,2 | 46,6 | 43,1  | 85,6  | 78,15 | 0,56 | 0,6   | 0,84 | 0,9   | 16,6                  | 19,7  |

критики, у 63% (22) – нарушение ориентировки, мнестические расстройства. Очаговый неврологический дефицит определялся у 91% (32) пациентов и проявлялся двигательными, чувствительными нарушениями различной степени выраженности, корковыми, подкорковыми, мозжечковыми симптомами, недостаточностью черепно-мозговой иннервации.

Когнитивные нарушения различной степени выраженности наблюдались у 83% (29) пациентов в виде расстройства внимания, ориентации и памяти.

**Клиническая эффективность и переносимость**

Положительный клинический эффект в первой группе был отмечен в первые 10-12 дней у 94% (33) пациентов, причем он был оценен как хороший у 86% (30) и удовлетворительный у 8% (3) пациентов. В контрольной группе положительный клинический эффект был отмечен в 76% (19) наблюдений.

В неврологическом статусе эффект применения препарата проявлялся, в первую очередь, в прояснении сознания до 14-15 баллов по ШКГ в сроки 5-8-12 суток у 85% (29) пациентов, в контрольной группе – у 74% (18); регрессе очаговых неврологических симптомов у 77% (27), в контрольной группе – у 68% (17); раннем восстановлении когнитивных функций – у 88% (31) пациентов, в контрольной группе – в 72% (18) наблюдений.

Исследование когнитивных функций в сравнении с контрольной группой выявило следующие результаты.

По сравнению с исходным уровнем установлено достоверное улучшение показателей, характеризующих ориентировку во времени, счет, концентрацию внимания и кратковременную память в основной группе пациентов (табл. 1).

По результатам ТКДГ в основной группе можно отметить сравнительное увеличение показателей объемного мозгового кровотока, снижение показателей мозгового сосудистого сопротивления, с признаками улучшения венозного оттока из полости черепа (табл. 2).

Результаты сравнительного исследования биоэлектрической активности головного мозга выявили явную тенденцию к нормализации основного ритма у пациентов на фоне применения L-лизина эсцината® (табл. 3).

**Инструментальное обследование**

Проведение КТ обнаружило у всех пациентов основной и контрольной групп наличие очаговых кровоизлияний в зоне ушиба и кровоизлияний головного мозга. Динамическое КТ-исследование в основной группе выявило признаки более раннего рассасывания гиперденсивных участков в очаге ушиба на 10-12 сутки, в контрольной группе – на 14-16 сутки.

**Таблица 3 – Результаты ЭЭГ у пациентов с ушибом головного мозга основной и контрольной групп до и после лечения L-лизином эсцинатом® (в%)**

| Паттерны ЭЭГ   |                | До лечения | После лечения |
|--|----------------|------------|---------------|
| Нормальный, организованный с доминированием альфа-активности | основн.        | 34,0       | 57,0          |
|  | контр. группа  | 36,0       | 44,0          |
| Патологические а) гиперсинхронный                            | основн. группа | 19,0       | 14,0          |
|  | контр. группа  | 20,0       | 16,0          |
| б) дезорганизованный с доминированием альфа-активности       | основн. группа | 34,0       | 23,0          |
|  | контр. группа  | 36,0       | 24,0          |
| в) дезорганизованный с доминированием бета-активности        | основн. группа | 13,0       | 6,0           |
|  | контр. группа  | 8,0        | 4,0           |



**Клинический пример:**

Пострадавший У-в, 1992 г.р., и/б № 2427, поступил 15.08.10 г. в клинику. 03.08.10 г. упал с высоты. В течение 12 суток находился в районной больнице. При поступлении: состояние тяжелое, сознание – умеренная кома, выражена общемозговая, грубая очаговая – в виде гемиплегии, затем афазии, патологические стопные знаки. На КТ – внутримозговая гематома в проекции подкорковых узлов слева.

С первых суток после поступления начата терапия L-лизином эсцинатом®: по 10 мл 2 раза в день в/в капельно. На 5-е сутки после поступления – признаки размягчения и начинающегося рассасывания на фоне прояснения сознания – оглушения, гемипареза, умеренной моторной афазии

На 12-е сутки после поступления на фоне лечения L-лизином эсцинатом®: на КТ имеются признаки регресса как отечного, так и геморрагического компонента. Клинически – восстановление силы в правых конечностях, речевой функции. В удовлетворительном состоянии пациент выписан домой на 23-е сутки после поступления.

В результате проведенного исследования нами установлено, что лечение L-лизином эсцинатом® пострадавших с ушибом головного мозга оказывает клинически значимый противоотечный, анальгетический, рассасывающий эффект, проявляемый в регрессе неврологической симптоматики, восстановлении когнитивных функций. У пациентов, получавших L-лизин эсцинат®, отмечался регресс расстройств сознания в ранние сро-

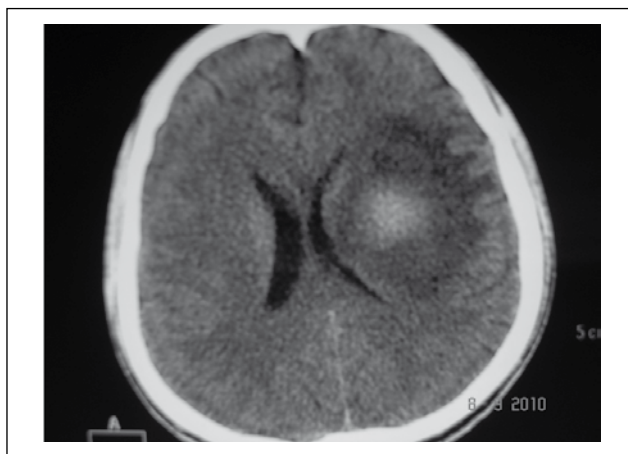


Рисунок 3 – КТ-грамма пациента У-ва на 10-е сутки лечения L-лизином эсцинатом

ки, раньше нивелировался очаговый неврологический дефицит, сглаживались общемозговые и вестибуло-мозжечковые нарушения. Субъективный и объективный позитивный эффект при лечении L-лизином эсцинатом® отмечался, как правило, с третьих суток после начала лечения. В ходе лечения не наблюдались такие побочные действия, характерные для других диуретиков, как «синдром отдачи», гипокалиемия, что указывает на относительную безопасность применения препарата. Инструментальные методы обследования подтвердили эффективность применения L-лизина эсцината® у исследуемой группы пациентов.

**Выводы**

1. Применение L-лизина эсцината® – эффективный и безопасный метод профилактики и лечения внутричерепной гипертензии, связанной с развитием отека головного мозга.
2. Препарат показан при ушибах и кровоизлияниях головного мозга на догоспитальном и госпитальном этапах лечения пострадавшего.
3. Раннее назначение препарата позволяет предупредить развитие вторичного повреждения головного мозга.
4. Действие L-лизина эсцината® направлено как на ликвидацию зоны отека, так и геморрагического компонента очагов ушиба головного мозга, позволяет, в ряде случаев, избежать оперативного вмешательства.
5. Применение L-лизина эсцината®, с учетом его профилактического действия при травматическом отеке головного мозга, вписывается в современную концепцию активного динамического управления лечебным процессом.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Доказательная нейротравматология / под ред. проф. А.А. Потапова, проф. Л.Б. Лихтермана. – М.: Издательство ОАО «Внешторгиздат», 2003. – 518 с.
- 2 Амчелавский В.Г. Критические состояния при острых церебральных повреждениях: особенности диагностики, мониторинга и интенсивной терапии // Материалы мастер-класса по нейроанестезиологии и нейрореаниматологии. – Санкт-Петербург, 2009. – 36 с.
- 3 Усенко Л.В., Слива В.И., Площенко Ю.А. и др. Отечный синдром: современные возможности интенсивной терапии // Ж. Международный неврологический журнал. – 2006. – №2(6). – С. 57-62.
- 4 Верещагин Е.И., Верещагин И.П. Интенсивная терапия тяжелой и сочетанной черепно-мозговой травмы. Руководство для врачей. Новосибирск: ООО ИПК «Коста», 2007. – 88 с.

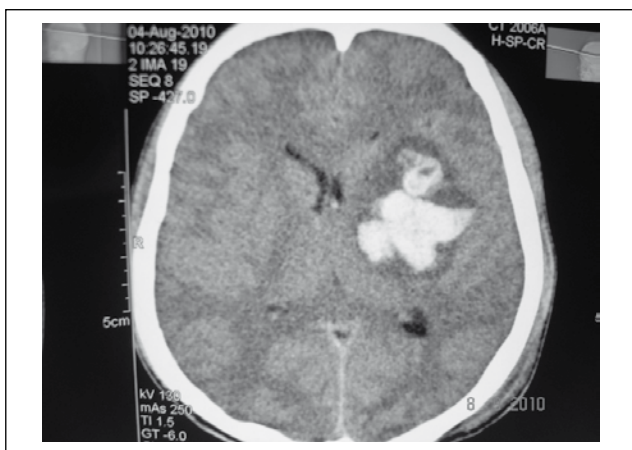


Рисунок 1- КТ- грамма пациента У-ва при поступлении



Рисунок 2 – КТ-грамма пациента У-ва на 5-е сутки лечения L-лизином эсцинатом

5 Sirtori C.R. Aescin: pharmacology, pharmacokinetics and therapeutic profile // Chem Pharm Bul., Tokyo. – 2001, May. – 49 (5). – P. 626-628

6 Островая Т.В., Черный В.И. Церебропротекция в аспекте доказательной медицины // Ж. Медицина неотложных состояний – 2007. – № 2 (9). – С. 48-53

7 Черный В.И., Колесников А.Н., Городник Г.А., Муштафин Т.А. Новые направления коррекции повышенного внутричерепного давления у пациентов с острой церебральной недостаточностью // Ж. Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 3 (16). – С. 1-4

8 Дзяк Л.А., Сирко А.Г., Сук В.М. Современные принципы консервативного лечения отека головного мозга и внутричерепной гипертензии // Ж. Международный неврологический журнал. – 2009. – № 6 (28). – С. 1-5

9 Черный Т.В., Андропова П.А., Черный В.П., Городник Г.А. Исследование эффективности препарата L-лизина эсцинат® в комплексном лечении тяжелой черепно-мозговой травмы и ишемического инсульта // Международный неврологический журнал. – 2010. – 1 (31). – С. 55-64

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**Е.К. ДЮСЕМБЕКОВ, А.Р. ХАЛИМОВ,  
И.Т. КУРМАЕВ, А.А. ХАЛИМОВА,  
Г.Ж. АХАНОВ, Қ.А. НИКАТОВ,  
С.З. САТБАЕВ, Р.М. ҚАСТЕЙ**

*Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты, №7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.*

**БАС-МИ ЖАРАҚАТЫН АЛҒАН НАУҚАСТАРҒА ДЕГИДРАТАЦИЯЛЫҚ ЕМДІ ҚОЛДАНУДЫҢ ЖАҢА МҮМКІНДІКТЕРІ**

**Зерттеу мақсаты:** бас-ми жарақаты – мидың соғылуы бар зәбірленушілерде L-лизин эсцинатты® қолдану тиімділігін зерттеу.

**Материал және әдістер:** когнитивті функциялардың неврологиялық күйінің динамикасы зерттелді, бақылау тобымен (35 емделуші) салыстырғанда емделу курсына дейін және емделу курсынан кейін бас миының соғылуы бар 25 емделушілер тексерілудің инструменталды әдістерінен өтті.

**Нәтижелер:** Көптеген емделушілерде (94%) оң клиникалық әсер алынды. Бұл әсер жоғалған функцияларды ерте қалпына келтіруде, КТ, ЭЭГ, ТҚД зерттеулеріндегі көрсеткіштердің жақсаруынан көрініс тапты.

**S U M M A R Y**

**E.K. DYUSEMBEKOV, A.R. KHALIMOV,  
I.T. KURMAYEV, A.A. KHALIMOVA,  
G.ZH. AKHANOV, S.Z. SATBAYEV,  
K.A. NIKATOV, R.M.KASTEY**

*Almaty State Extension Course Institute for Medical Practitioners, City Clinical Hospital No7, Almaty c.*

**NEW POSSIBILITIES OF APPLICATION OF DEHYDRATION THERAPY IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY**

**Object of the research:** to study efficacy of L-Lysine Aescinat administration in patients with traumatic brain injuries and brain contusions.

**Materials and methods:** the present research included the study of neurological status and cognitive functions' dynamics, and application of instrumental diagnostic techniques in 35 patients with brain contusions, before and after the course of treatment, in comparison with the control group (25 patients).

**Results:** Administration of this medical preparation caused positive clinical effect in the majority of cases (92% of patients), which was expressed in earlier recovery of lost functions, as well as in the improvement of indicators of Computed Tomography, Electroencephalography, and Transcranial Dopplerography examinations.

**ОНКОЛОГИЯ**

УДК 618.19-006-085:615.277.3

**С.Е. ЕСЕНТАЕВА, Н.А. ЧИЧУА, Р.З. АБДРАХМАНОВ, З.Т. ИЛЬЯНОВА,  
Ж.С. МУСАХАНОВА, К.К. СМАГУЛОВА**

*Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г. Алматы*

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ ЛАПАТИНИБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО HER-ПОЗИТИВНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*В последнее время терапия РМЖ претерпела большие изменения. Понимание патогенетических механизмов возникновения устойчивых форм рака молочной железы позволило более прицельно подойти к лечению. Появились таргетные препараты, терапия которыми не только улучшает результаты лечения, но и довольно хорошо переносится больными в сравнении с химиопрепаратами. Понимание механизмов развития резистентности HER-позитивного РМЖ к трастузумабу подтолкнули ученых к изучению эффективности другого таргетного препарата из группы малых молекул – лапатиниба, ингибирующего тирозинкиназные пути рецепторов HER2 и EGFR, у больных с прогрессирующим метастатическим РМЖ на трастузумабе.*

**Ключевые слова:** трастузумаб, лапатиниб, таргетные препараты, таргетная терапия.

**С**егодня, когда мы говорим о раке молочной железы (РМЖ), то понимаем, что речь идет о гетерогенном заболевании, которое различается по фенотипическим особенностям опухоли. Особую группу составляют пациентки с гиперэкспрессией рецепторов эпидермаль-

ного фактора роста – HER2, которая ассоциируется с низкой выживаемостью, высоким риском метастазирования и низкой чувствительностью к цитостатикам [1]. Однако использование трастузумаба – моноклонального антитела, действующего на экстрацеллюлярный домен HER2,