

Консервативная терапия инсульта в остром периоде

Турланов К.М., Дюсембаев Б.К.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

УДК: 616.831-005.1-056:616.12-008.331.1

Инсульттің жедел кезінде консервативтік емдеу

К.М. Турланов, Б.К. Дюсембаев.

Ауруларда инсульттың клиникалық көріністерінің өтуінің және аяқталуының дамуын зерттеуі жүргізілді. Ауруларды ертерек ауруханаға стационарлық госпитализация және құрастырылып біріктірілген кесте бойынша консервативтік емдеу әсері көрсетілген.

Острое нарушение мозгового кровообращения — важнейшая проблема современной медицины. Цереброваскулярная патология продолжает занимать ведущие позиции в структуре общей заболеваемости и смертности. Социальная значимость требует решения целого ряда вопросов профилактики, лечения и реабилитации.

Цель

Анализ современных возможностей комплексной консервативной терапии инсульта, разработка основных терапевтических мишеней, с учетом патофизиологических реакций.

Материалы и методы исследования

Проанализировано 200 случаев госпитализации пациентов с диагнозом ишемический инсульт, в период с 2007 по 2010 гг в ГКБ №7 (г.Алматы). Возраст пациентов от 24 до 70 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Время поступления в стационар, от момента заболевания, составило у 65% больных до 6 часов, у 15% — более 6 часов, 20% больных поступили на 2-4 сутки заболевания. Скрининговым методом верификации диагноза являлась компьютерная томография головного мозга (КТ). В 145 случаях (72,5%) исследование проведено в течение 30 минут с момента поступления, у остальных — в течение 6-12 часов. В качестве дополнительных методов использовались: клинический и биохимический анализы крови, исследование показателей гемостаза, люмбальная пункция с исследованием спинномозговой жидкости, ЭКГ, рентгенография черепа, легких, УЗИ по показаниям. Во всех случаях пациенты осмотрены нейрохирургом.

Анализ фоновых заболеваний выявил у 198 (99%) больных гипертоническую болезнь, у 34 (17%) больных — сахарный диабет, 6 (3%) больных ранее перенесли хирургические вмешательства по поводу онкологической патологии с последующей химио- и лучевой терапией, 10 (5%) пациентов страдали различными заболеваниями печени, 1 (0,5%) — с

Conservative Therapy Of Stroke In The Acute Period

K.M. Turlanov, B.K. Dyuyssembayev.

Analysis of clinical manifestations, course and outcome in patients with stroke. The expediency of early hospitalization in specialized inpatient and efficacy of the combined circuit of conservative treatment.

заболеванием крови. Наличие атеросклеротического поражения магистральных и церебральных сосудов отмечено в 154 (77 %) случаях, без признаков стенозирования. При последующем обследовании МРТ с ангиографической программой аневризма церебральных сосудов была выявлена лишь у 10 (5%) пациентов. При поступлении проводилась оценка по выраженности клинических симптомов: без клинических проявлений — 0 пациентов; с легкой степенью нарушений — 8 (4 %) пациентов, умеренной степенью нарушений — 50 (25%) пациента, сильная степень нарушений — 136 (68%). У всех пациентов при поступлении отмечено повышение артериального давления до 180-240/100-120мм.рт.ст. Снижение уровня бодрствования при поступлении: оглушенность — 42% пациентов, сопора — 38% , кома 1ст. — 20%. Комбинированная терапия включала: нимодипин, викасол, дицинон, левокарнитин, этилметилгидроксипиридина, глицин и инфузионная терапия в стандартном объеме. Лечебная программа, в обязательном порядке с момента поступления пациента, включала ненаркотические анальгетики периферического и центрального действия [1,2].

Заключение

Проведенный анализ исходов ишемического инсульта показал целесообразность ранней госпитализации в специализированный стационар, и эффективность разработанной комбинированной схемы консервативного лечения, основными направлениями которой является пролонгированное обезболивание, купирование вазоконстрикторной церебральной реакции, нейропротекторная терапия.

Литература

1. Хлуновский А.Н., Старченко А.А. Поврежденный мозг. Санкт-Петербург, изд. «Лань», 2000, 253с.
2. Мельникова Е.В. «Многофакторная нейропротекция при острой и хронической недостаточности мозгового кровообращения(клинико-экспериментальное исследование)». Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Санкт-Петербург, 2007, - 40.

Микробиологическая диагностика *C. Albicans*

Орадова А.Ш., Жусипбекова Г.А.

Казахский Национальный медицинский университет, г. Алматы

УДК 618.15-008.87-078

C. Albicans микробиологиялық диагностикасы

А.Ш. Орадова, Г.А. Жусипбекова.

Бөлінетін қынап және вагиналық биотоптың бірге болатын микрофлорасындағы саңырауқұлақтарын шоғырландыруының байланыстылары *Candida*дің тегінің саңырауқұлақтарын инфекцияның 3 формаларын ерекшелейді. Бактериялық вагиноз, вагиналық кандидоз, ерекше вагинит, цитолитиялық вагиноздың белгісін көрсетілген.

Microbiological Diagnostics *C. Albicans*

A.Sh.Oradova, G.A. Zhusipbekova.

Depending on the concentration of fungi in the discharge of the vagina and associated vaginal microflora biotope distinguish three forms of infection fungi *Candida*. Criteria bacterial vaginosis, vaginal candidiasis, nonspecific vaginitis, cytolytic vaginosis.

Публикации последних лет свидетельствуют об устойчивой тенденции к росту числа больных с инфекциями влагалища. Ее причины тесно связаны с общими факторами, влияющими на структуру патологии человека. Урбанизация, экологические проблемы, психологические стрессы, применение антибиотиков – эти мощные селективные факторы активно вмешиваются в процессы, определяющие структуру и уровень заболеваемости [1].

Смешанные инфекции или инфекции, развившиеся на фоне выраженного дисбаланса состава микроценоза влагалища, наблюдаются в 20–30% случаев клинически выраженных инфекций влагалища. Около 50% нарушений состава микроценоза влагалища протекают без клинических проявлений, хотя влияние бессимптомных форм заболевания на репродуктивное здоровье женщин едва ли не более значимое, чем при наличии жалоб, так как они остаются невыявленными и, следовательно, без лечения.

Поэтому диагностика оппортунистических вагинальных инфекций, то есть инфекций, вызванных УПМ, принципиально отличается от диагностики инфекций, вызванных облигатными патогенами (инфекции, передающиеся половым путем – ИППП). Выделение УПМ из патологического материала или их индикация еще не является доказательством их этиологической роли, так как те же самые микроорганизмы колонизируют влагалище в норме. Только учет количественных соотношений отдельных видов микроорганизмов в составе микроценоза может характеризовать состояние вагинального микроценоза и степень его нарушения.

Клиническая практика также показала, что успех терапии и особенно отдаленные результаты лечения вагинальных инфекций зависят не только от элиминации бактерий, вызвавших заболевание, но и от полноты восстановления состояния нормоценоза.

Согласно этим критериям этиологическая диагностика инфекционной патологии влагалища наряду с выявлением облигатных патогенов (возбудителей ИППП) должна включать интегральную характеристику состава вагинального микроценоза. Диагностика включает следующие три этапа:

- 1) исключение ИППП;
- 2) микроскопию вагинального мазка, окрашенного по Граму;
- 3) посев вагинального отделяемого на факультативно-анаэробную группу микроорганизмов и микроаэрофилы.

В зависимости от концентрации грибов в отделяемом влагалища и сопутствующей микрофлоры вагинального биотопа мы выделяем 3 формы инфекции влагалища грибами рода *Candida*.

1. Кандидозный вагинит
2. Сочетание бактериального вагиноза и кандидозного вагинита
3. Бессимптомное носительство грибов

Заключение о результатах этиологической диагностики дается на основании интегральной оценки результатов комплексного микробиологического исследования отделяемого влагалища, включающего микроскопию нативных мазков, окрашенных по Граму, и посев с учетом видового и количественного состава компонентов микроценоза [2].

Литература

1. Sweet R.L., Gibbs R.S. *Infections Diseases of the Female Genital Tract*. 3rd edition. Baltimore: USA; 1995.
2. Беликова З.Ф. *Комплексная терапия урогенитального кандидоза у женщин репродуктивного возраста с учетом состояния вагинального и кишечного микробиоценоза: Автореф. дис. ... канд мед наук. Москва; 2000.*

Диагностика *Chl. trachomatis* у женщин

Орадова А.Ш.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

УДК: 616.24-002-022-07

Әйелде қасында *Chl. Trachomatis* диагностикасы

Chl. trachomatis — созылмалы ісін қызару ауруларды өте жиі себеп д әйелдерде жыныс бекітуірек. Ол тән клиникалық суретті алмайды, кедергілердің ауруды дер кезінде диагностиканы, оның таратуын сақтап қалу және ескертуін қиындататында жиі белгісіз ағады.

При хламидийном поражении нижних отделов половых путей больные могут предъявлять жалобы на зуд наружных половых органов, дизурические расстройства. Хламидиозу нижних отделов половых путей сопутствует нарушение влагалищного биоценоза. Изменение микрофлоры влагалища является индикатором и следствием инфицирования хламидиями. При хламидийном цервиците наблюдаются слизисто-гнойные или обильные слизистые выделения, шейка матки отечная, гиперемированная, возможно наличие псевдоэрозии. Хламидийные кольпиты встречаются у девочек и женщин в постменопаузе.

Сальпингиты, вызванные *Chl. trachomatis*, протекают стерто, длительно, развиваются отек эпителия и слипчивый процесс в маточных трубах с нарушением их перистальтики. Хронические, длительно протекающие аднекситы сопровождаются нарушениями менструальной функции. Поражения суставов обусловлены диссеминированным распространением хламидий или аутоиммунными реакциями, при этом чаще страдают крупные суставы нижних конечностей.

У женщин, больных воспалением нижних отделов половых путей, *Chl. trachomatis* обнаружены в 21—27% случаев.

Diagnostics *Chl. Trachomatis* At Woman

Chl. trachomatis an infection — the most frequent reason for chronic inflammatory diseases of sexual ways at women. It has no characteristic clinical picture, often proceeds asymptotically, that complicates duly diagnostics of disease, prevention of its propagation and the prevention of complications.

Поражение шейки матки *N. gonorrhoeae* или *Chl. trachomatis*, клинически проявляющееся слизисто-гнойным отделяемым, в 49,5% случаев сочетается с эндометритом. Установлено, что наличие сывороточных антител IgG против *Chl. trachomatis* ассоциируется с высоким риском инвазивного плоскоклеточного рака шейки матки [1].

Среди женщин, страдающих бесплодием, в образцах, взятых из шейки матки, методом ПЦР ДНК *Chl. trachomatis* выделена у 22,45%, из маточных труб — у 15,66%, что достоверно чаще ($P < 0,05$), чем в контрольной группе (3,3%) . По другим данным, у 35% пациенток с бесплодием и высоким титром антител против *Chl. trachomatis* лапароскопически выявлена патология маточных труб. При наличии серологических маркеров хламидийной инфекции для установления локализации процесса наиболее информативен метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). При внутриматочной хламидийной инфекции возможно выделение ДНК возбудителя в эндометрии, и в ткани хориона [2].

Таким образом, большую ценность ПЦР представляет для диагностики латентной инфекции, так как позволяет выявлять ДНК хламидий даже при наличии нескольких микроорганизмов.