

Шамсидинов А.Т., Ахмедова Г.А., Файзов К.С., Абдуллоев Ш.У.

Shamsidinov A.T., Ahmedova G.A., Fayzov K.S., Abdulloev Sh.U.

Ҳиссиётнокии микроорганизмҳо ба антибиотикҳое, ки дар муассисаҳои дандонпизишкӣ дар гардиш мебошанд

The sensitivity of microorganisms circulating in the dental offices to antibiotics

Дар мақола оиди тадқиқоти ҳассосият ва муқовиматнокии микроорганизмҳо ба 20 намуди антибиотикҳои маъмулӣ, ки дар дармонгоҳҳои дахонпизишкӣ истифода бурда мешавад, оварда шудааст. 600 штамҳои намудҳои асосии микроорганизмҳо тадқиқ карда шудаанд. Штамҳои тамоми намуди микроорганизмҳои дар дармонгоҳҳои дахонпизишкӣ гардишкунанда доройи ифодаи мутобикатшавӣ ба 7 - 10 намуди антибиотикҳо буданд. Микроорганизмҳои аз объектҳои муҳити атроф ҷудо карда гирифта шуда ва аз ҷониби кормандони муассисаҳои тиббӣ ҷудо гардида, бо мутобикатшавии бештари худ ба аксарияти антибиотикҳо фарқ карда меистанд. Муҳити атроф дар дармонгоҳҳои дахонпизишкӣ манбаи шартии микроорганизмҳои патогенӣ мебошанд.

The paper deals with sensitivity and resistance of microorganisms to the 20 most popular antibiotics that are used in dental offices. Studied 600 strains of the main types of microorganisms. Strains of all species of microorganisms circulating in the dental clinics have expressed polyresistance by 7-10 antibiotics. The microorganisms extracted from environmental objects, and standing out in health care workers, are more pronounced polyresistance. The environment in dental clinics is a reservoir of opportunistic microorganisms.

Шарифова Б.А., Абдурахманова Р.Ф., Хадибаева Г.Р., Иззатов Х.Н.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Кафедра неврологии и медицинской генетики ТИППМК

Ключевые слова: профилактика, инсульт, антигипертензивная и дезагрегантная терапия.

Актуальность

Наиболее существенно предотвращают развитие повторных сосудистых мозговых катастроф эффективные антигипертензивная, антитромбоцитарная и липидоснижающая терапии, применяемые в комплексе лечебных мероприятий, направленных на коррекцию других факторов риска их развития. Медикаментозная профилактика повторного инсульта с позиций доказательной медицины должна включать три основных направления: А-В-С. А - это антигипертензивные препараты, В - блокаторы тромбообразования, С - статины [7]. Любой пациент, перенесший острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (транзиторную ишемическую атаку - ТИА - или инсульт), должен лечиться согласно этой стратегии, которая позволяет достоверно снизить риск повторных инсультов. Антигипертензивная терапия показана всем больным для вторичной профилактики инсульта, а не только лицам с повышенным АД.

Для предупреждения ишемического инсульта актуальны препараты с благоприятными метаболическими эффектами, влияющие на функции эндотелия, улучшающие ремоделирование миокарда и сосудистой стенки, улучшающие мозговой кровоток и параметры гемостаза, позволяющие стабилизировать или способствовать регрессу атеросклеротической бляшки [1,4]. Препаратами, в наибольшей степени соответствующими этим требованиям, являются блокаторы рецепторов ангиотензина II, которые блокируют рецепторы 1 типа, но не влияют на работу рецепторов 2 типа, что способствует целому ряду благоприятных (протекторных) эффектов. Они достаточно широко представлены на нашем рынке, но особое место среди них занимает телмисартан (Микардис). Этот препарат выгодно отличается от других сартанов, имеет ряд клинических преимуществ, в том числе и у пациентов с цереброваскулярной патологией. Препараты этой группы быстро вса-

сываются при пероральном приеме, обеспечивают стойкую и длительную блокаду ангиотензиновых рецепторов 1 типа. За счет этих препаратов развивается выраженный антигипертензивный эффект, отмечается протективное влияние на сосуды, миокард, почки, что делает эти препараты средством не только для лечения АГ, но и для эффективной профилактики кардиоваскулярных осложнений.

Продолжительность действия их отличительная особенность; среди всех сартанов Микардис имеет наибольший период выведения и позволяет эффективно контролировать АД - более чем 24 часа без снижения эффективности к концу суток. Сартаны не только снижают вариабельность АД в течение суток, но и обуславливают надежный контроль АД в наиболее опасные утренние часы, когда активируются патологические механизмы АГ. Существует еще одна особенность препаратов: их метаболическое действие (увеличение чувствительности тканей к инсулину, улучшение липидного профиля крови, уменьшение синтеза провоспалительных цитокинов [6]). Существуют даже экспериментальные данные о том, что сартаны при ишемии головного мозга способны стимулировать восстановление нейронов и синаптических связей между ними [7]. Из блокаторов тромбообразования в мире широко применяются три основных препарата: аспирин, клопидогрель и Агренокс.

Рекомендации в отношении антитромбоцитарной терапии для вторичной профилактики инсульта очень четко регламентируют, что такая терапия должна быть назначена для предупреждения повторного инсульта и последующих сосудистых событий. При этом возможны три тактики. На первом месте (не по значимости) - использование аспирина, который должен назначаться в дозе 50-325 мг; при этом приблизительный уровень снижения риска повторного инсульта - 18%. На втором месте - комбинация аспирина и дипиридамола замедленного высвобождения (Агренокс), которая, по заключению EFNS, должна назначаться как препарат первого выбора там, где это возможно; снижение риска при этом составляет 37%. Третий важный игрок антитромбоцитарной терапии - клопидогрель, который признается незначительно эффективнее, чем аспирин, и может назначаться как препарат выбора в том случае, если аспирин или дипиридамола не переносятся либо у пациентов с особым, высоким риском (с нестабильной стенокардией, у недавно перенесших инфаркт миокарда). К сожалению, попытки применения комбинации ас-

пирина и клопидогреля не дали клинических преимуществ, напротив - способствовали повышению риска кровотечений [2]. Интересно, что, согласно результатам исследования ESPS-2, Агренокс продемонстрировал достаточную эффективность для предупреждения как атеротромботических, так и лакунарных инсультов, значительно отличающихся по своему патогенезу. Эти данные на сегодня пока нельзя объяснить, поскольку обычно антитромбоцитарные препараты очень хорошо работают в отношении профилактики атеротромботических инсультов и неэффективны для предупреждения лакунарных. Возможно, причиной уникальных результатов ESPS-2 является особое, высокотехнологичное строение капсулы Агренокса, содержащей маленькие гранулы дипиридамола, каждая из которых содержит винную кислоту и покрытие модифицированного высвобождения [3]. Такая структура обеспечивает очень медленное, постепенное высвобождение действующих веществ, их особую фармакокинетику и фармакодинамику. Агренокс эффективен на протяжении 12 часов, не вызывает повышения риска кровотечений и синдрома "обкрадывания". Рандомизированные исследования подтвердили, что Агренокс имеет профиль безопасности, сравнимый с таковым у аспирина в низких дозах [7] (25мг+200 мг).

Материал и методы исследования

В группу обследуемых были включены 26 пациентов основной группы в возрасте 46 - 78 лет, в среднем $58,2 \pm 1,3$ лет. Из них было 12 женщин и 14 мужчин. У всех больных инсульт был ишемический и лечение начато с первых дней болезни. Во всех случаях диагноз был верифицирован клинически и с помощью КТ и МРТ головного мозга, у 18 больных очаг располагался медиально и у 8 больных - латерально. Больные с сосудисто-мозговой катастрофой в стволе, мозжечке в группу наблюдаемых включены не были. В 10 случаях мозговой инсульт развился на фоне гипертонической болезни (ГБ), в 8 случаях на фоне ГБ и атеросклероза сосудов головного мозга и у 8 пациентов фоном были сочетание гипертонической болезни и сахарного диабета II типа. У 18 больных мозговая катастрофа была в бассейне средней мозговой артерии, в 6 случаях пострадала зона, кровоснабжаемая передней мозговой артерией, и 2 больных были с очагом в бассейне задней мозговой артерии. Не были включены больные с грубыми когнитивными расстройствами, что могло затруднить проведение нейропсихологического тестирования. Среди больных в зависимости от показателей АД были выделены 2 группы: первую составили

76% больных с АД сист.160 - 179 и АД диаст. 100 - 109 мм рт. ст. (2-я стадия), во вторую группу вошли больные (24 %) с клиническими проявлениями поражения органов мишеней, при АД сист < 180, а АД диаст < 110 мм рт. ст., т.е. III ст. артериальной гипертензии. Группу сравнения составляли 20 больных с МИ, которым проводилась общепринятая терапия. Во всех случаях был ишемический полушарный инсульт.

В лечении гипертонической болезни были использованы препараты сартанового ряда, доза подбиралась индивидуально в зависимости от стадии гипертонической болезни и цифр АД. При лечении больных микардис и агренокс не применяли из-за дороговизны и отсутствия в РТ. Дезагрегантная терапия складывалась из сочетания аспирина и дипиридамола, причем доза зависела от показателей гематокрита, протромбинового индекса, содержания фибрина. При показателях гематокрита ≥ 40 аспирин был в дозе 125 мг, а курантил по 50 мг х 3 раз в сутки. В 6 случаях показатель гематокрита был в пределах 50 - 52. Этой группе больных проводилось

лечение 1/4 т аспирина, а курантил в дозе 75 мг х3 р в сутки. Сочетание указанных препаратов было эффективно на протяжении 24 часов и имело профиль безопасности сравнимый с таковым у аспирина в низких дозах. Лечение указанными препаратами проводилось постоянно под контролем гематокрита и функции желудочно-кишечного тракта. В клинике преобладали интеллектуально-мнестические расстройства, в 4-х случаях были выявлены нарушения речи (афазия), у 24 двигательные и чувствительные расстройства, у 3-х больных выявлялось нарушение статики, у 2-х зрения. Больные в зависимости от выраженности двигательных расстройств, согласно модифицированной Шкале Рэнкина, были распределены на 5 групп.

Результаты и их обсуждение

Динамика на фоне проводимой терапии отражена в столбиковой диаграмме (рис. 1, 2). Анализ показал заметный регресс двигательных расстройств на фоне лечения: через 1 месяц тяжелая степень не определялось ни у одного больного.

Таблица 1

Количественная оценка когнитивных функций по краткой шкале оценки

показатели группы	общий балл	счет	память	повтор фразы	рисунок
До лечения	25,16±0,86	2,9±0,78	1,90±0,78	0,6±0,49	0,72±0,29
Через 1 мес. лечения	30,02±0,90	5,1±0,54	2,95±0,47	1,25±0,30	1,2±0,01

Таблица 2

Когнитивная оценка функций по краткой шкале оценки в группе сравнения

показатели группы	общий балл	счет	память	повторении фразы	рисунок
До лечения	25,06±0,90	2,8±0,64	1,95±0,64	0,64±0,46	0,69±0,26
Через 1 мес. Лечение	28,02±0,80	4,3±0,42	2,03±0,44	1,1±0,23	1,1±0,02

Анализ оценки когнитивных функций, согласно таблице 1, также позволил отметить через 1 мес. после лечения заметный прогресс.

В группе сравнения (табл. 2) оценка когнитивных функций через 1 мес. после лечения показала некоторое отставание в их восстановлении.

Исследование двигательных расстройств проводилось по модифицированной шкале Рэнкина (для определения функционального статуса)

Пациентам с замедленностью умственной деятельности (брадифрения) требуется больше, чем в норме, времени и попыток для того, чтобы решать насущные интеллектуальные задачи. Такое своеобразие мнестических расстройств обуславливает сохранность памяти о событиях жизни при выраженных затруднениях в обучении, при одновременной рабо-

те с несколькими источниками информации и при решении многоэтапных задач, требующих сохранности памяти о промежуточном результате деятельности [5]. Через 1 месяц на фоне проводимого лечения наблюдалось достоверное улучшение когнитивных функций, по сравнению с исходным уровнем: счет, память, повторение фразы за врачом, повысилось внимание, улучшился конструктивный праксис, кратковременная память, письмо. Отмечалась уменьшение лобно-подкорковой дисфункции. Катамнестическое наблюдение за больными в течение года позволило выявить лишь в одном случае повторное нарушение мозгового кровообращения в виде ТИА. В группе сравнения было 2 повторных ОНМК и у 3-х - ТИА - у больной с СД II типа и атеросклерозом сосудов головного мозга. Все это указывает на целесообразность дальнейшего изучения эффективности проводи-

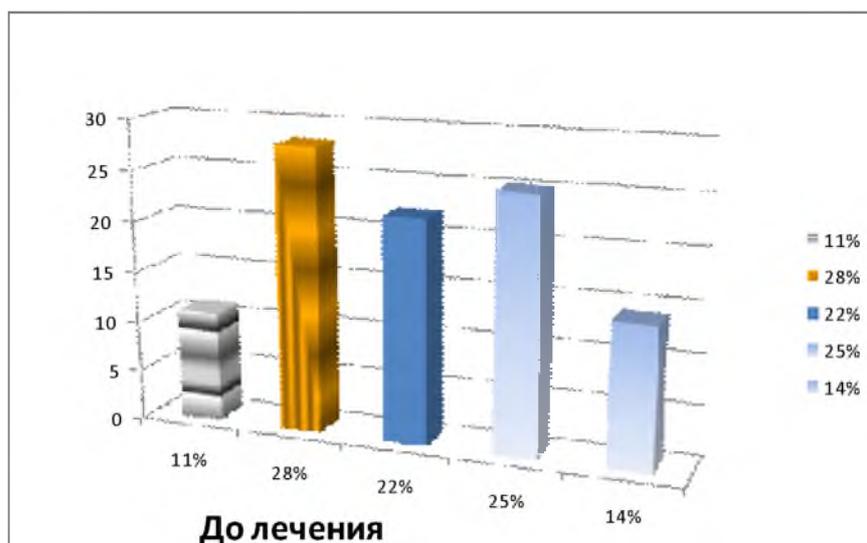


Рис. 1. I - 11% - нет значительных симптомов двигательных расстройств
 II - 28% - умеренная степень двигательных расстройств
 III - 22% - легкая степень двигательных расстройств, неспособность участвовать в повседневной деятельности
 IV - 25% - умеренно тяжелая степень
 V - 14% - тяжелая степень

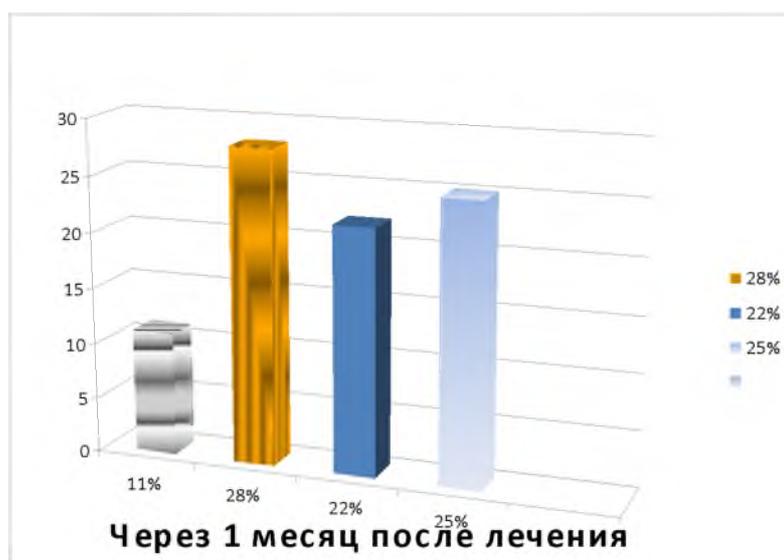


Рис. 2. I - 11% - нет значительных симптомов двигательных расстройств
 II - 28% - умеренная степень двигательных расстройств
 III - 22% - легкая степень двигательных расстройств, неспособность участвовать в повседневной деятельности
 IV - 25% - умеренно тяжелая степень

мой терапии и возможность сокращения заболеваемости и смертности от повторного инсульта до 20% и ниже в течение первых двух лет путем проведения антигипертензивной и дезагрегантной терапии. Необходимо осознать, что вторичная профилактика экономически эффективна.

Выводы

1. Применение комбинации препаратов сартанового ряда с дезагрегантными средствами (аспирин, дипиридамол) способство-

вало восстановлению двигательной и речевой функций, чувствительности и регрессу когнитивных расстройств.

2. Сочетанная терапия отличалась хорошей переносимостью, побочных эффектов не отмечалось.

3. Указанная терапия способствует профилактике развития повторного инсульта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гехт А.Б. Ишемический инсульт: вторичная профилактика и основные направления фармакотерапии в восстановительном периоде // *Cosilium medicum*. 2001. Т.3, № 5
2. Гусев Е.И Современный взгляд на проблему инсульта // *Журнал невропатологии и психиатрии*. 2003. № 9.
3. Евзельман М.А. Ишемический инсульт: Орел: СпецЛит, 2003. 294 с.
4. Левин О.С. Основные лекарственные средства, применяемые в неврологии. Москва: Медпресс - Информ, 2010. 351с.
5. Сулина З.А. и др. Инсульт. М.: СпецЛит, 2008. 283 с.
6. Шнайдер Н.А. и др. Инсульт: учебное пособие. Ростов-на-Дону: СпецЛит, 2007. 318с.
7. Штульман Д.Р. и др. Неврология: Справочник практического врача. 4-е издание; М.: СпецЛит, 2005. 943с.

Шарифова Б.А., Абдурахманова Р.Ф., Хадибаева Г.Р., Иззатов Х.Н

Лечение больных с мозговым инсультом

Результаты проведенного исследования указывают на то, что в качестве вторичной профилактики инсульта применение препаратов сартанового ряда, обладающих, кроме гипотензивного, и нейропротективным эффектом в сочетании с указанной дезагрегантной терапией является эффективным средством в лечении пациентов с первичным мозговым инсультом, а также для вторичной профилактики.

Шарифова Б.А., Абдурахманова Р.Ф., Хадибаева Г.Р., Иззатов Х.Н.

Муоличаи беморон хангоми сактаи майнаи сар.

Дар фаъолияти мазкур таъсири маводҳои зиддифишорбаландии катори сартанӣ ва суюққунандаи хун аспириин- дипирадамол дар беморони сактаҳои якумдараҷа тадқиқот гузаронида шудааст. Натиҷаи тадқиқот нишон медиҳад, ки маводҳои зерин таъсири хуби нейропротекторӣ дошта, бо мақсади пешгирии дуумдараҷа низ истифода бурда мешавад.

Sharifova B.A., Abdurakhmanova R.F., Khadibaeva G.R., Izzatov K.N.

The treatment of patient with a stroke

During the research the effect of the following medicine with the group of patients with the first time stroke was observed. The medications are: Anitigipertetion - Group of Sartan and Dizagrivation - The combination of Asperin with Dipiridamol. The result of the research has shown, that the medications possess neuro-protective effects and can be used for the prophylactics of the second time stroke.