

ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ, КЛИНИКА, СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИЯ

Магомедова Л.М., Шевченко П.П.

Ставропольский Государственный Медицинский университет, Ставрополь, Россия, 89633881237@mail.ru

Актуальность. Герпетический энцефалит является одним из самых грозных осложнений для жизни человека, вызываемый вирусом простого герпеса 1 типа. Им заражено около 90% всего населения земного шара, он находится в дремлющем состоянии на протяжении всей жизни. Установлено, что инфекция активизируется в определенных условиях, например, при снижении иммунитета. Эти данные дают нам возможность предположить, что вирус герпеса является сапрофитом нашего организма. [1, 2, 4].

Цель: проанализировать по данным источников современный уровень диагностики и терапии герпетического энцефалита.

Результаты. Болезнь поражает чаще серое вещество головного мозга, для нее характерны: лихорадка, приступы судорог, нарушение сознания, глазодвигательные нарушения, геми- или монопарез, нарушение координации движений, нарушение речи. Метод ПЦР является в настоящее время наиболее распространенным и результативным диагностическим тестом. Исследование ДНК вирусов проводится в ЦСЖ. [1, 2].

Выводы: герпетический энцефалит является мировой проблемой, что требует дальнейшего исследования в данном направлении. Основные принципы лечения при данной патологии должны быть сведены к подавлению вирусного воспаления и поднятию иммунитета. При развитии осложнений применяют препарат ацикловир [2, 3, 5].

Список литературы

1. Деконенко Е.П. Трудности диагностики герпетического энцефалита в неврологической и нейрохирургической практике
2. Елена Селюн «Конструктор здоровья», «Герпетический энцефалит: вирус не дремлет»
3. Карпов С.М., Батурин В.А., Тельбух В.П., Францева А.П., Белякова Н.А., Чичановская Л.В. Аутоантитела к основному белку миелина и их роль при демиелинизирующих процессах. Клиническая неврология. 2013. № 3.
4. Скоромец А. Диагностика герпетического энцефалита.
5. Тимченко В.Н., Л.В. Быстрякова. Инфекционные болезни у детей. Спб.: СпецЛит, 2001.

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭПИСТАТУСЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Манушариди А.С., Шевченко П.П.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия,

Актуальность темы. Проблема взаимоотношений рассеянного склероза (РС), эпистатуса и беременности является важным практическим вопросом, поскольку имеет не только медицинские, но и социально-этические аспекты. Актуальность данной проблемы связана с тем, что женщины преимущественно детородного возраста страдают рассеянным склерозом и эпилепсией практически одинаково, 1 случай на 200 женщин, и естественно, что вопрос о возможности и тактике ведения беременности и родов при данных заболеваниях постоянно встает перед лечащими неврологами.

Цель исследования. Анализировать особенности неотложной терапии при эпистатусе у больных с рассеянным склерозом.

Результаты. Большинство отечественных авторов придерживаются точки зрения отрицательного (неблагоприятного) влияния беременности и родов на

течение РС. Они полагают, что беременность, роды и аборт являются дополнительной физической, нервно-психической нагрузкой для больных рассеянным склерозом и способствуют более быстрому проявлению начальных симптомов болезни, очередных обострений заболевания. Значительно могут осложнить течение беременности и ведение родов эпилепсия и противосудорожное лечение, применяемое ранее для остановки и предотвращения новых приступов.

Процесс родоразрешения обязательно должен проходить в больнице, причем врачей и акушеров необходимо осведомить о наличии рассеянного склероза у пациентки.

При составлении плана ведения родов необходимо учесть возможные осложнения в родах: преждевременное отхождение вод, слабость родовой деятельности, гипотония матки в третьем и раннем послеродовом периоде, внутриутробную гипоксию и асфиксию плода.

Предпочтительнее кесарево сечение по сравнению с продолжительными, обессиливающими женщинами и чреватými осложнениями естественными родами.

При несвоевременном отхождении вод — стимуляция родов, не ожидая самостоятельной родовой деятельности. Профилактика инфекции в родах.

При появлении эпилептических, в зависимости от акушерской ситуации, выключение второго периода родов, при неполном открытии шейки матки и неэффективности противосудорожной терапии — краниотомия;

В стандартных ситуациях операция кесарево сечение проводится под одним из видов нейроаксиальной анестезии (спинальной или эпидуральной анестезией). Раньше считалось, что рассеянный склероз является противопоказанием к проведению операции под нейроаксиальной анестезией, так как её проведение связано с введением лекарственных средств (местных анестетиков) непосредственно в область спинного мозга, являющегося частью нервной системы. Однако исследования последних лет показали, что пациенты с рассеянным склерозом одинаково хорошо переносят все виды наркоза и анестезии. Доказано, что пациенты с рассеянным склерозом имеют такой же риск наркозных осложнений, как и относительно здоровые люди.

Обязательное наличие в операционной 10,0 кубов сибазона, седуксена или реланиума, на случай развития эпистатуса. Вводить в течение часа через каждые 20 минут (4 куба + 3 куба + 3 куба).

Профилактика кровотечения, начиная с третьего периода родов: внутривенное вливание капельно 5% раствора глюкозы с окситоцином, кокарбоксилазой и аскорбиновой кислотой, фитоменадиола 10 мг/сут. в/м в 36 недель;

В послеродовом периоде необходимо проводить комплексную терапию с учетом тяжести заболевания — в/в пропел-мил (перед введением содержимое флакона разводят в 5 мл 5% раствора глюкозы и слегка встряхивают). Начинают вливание с 0,1 мл суспензии. Ежедневно доза увеличивается на 0,1 мл; при хорошей переносимости с 8-10 дня лечения ежедневную дозу увеличивают на 0,2 мл, постепенно доводя ее до 2,5-3 мл, не более. В такой дозе препарат вводят до конца курса, то есть 30-40 дней.

Для улучшения свертываемости крови и профилактики кровотечений, сразу после родов следует ввести новорожденному ребенку витамин К (из расчета 1 мг/кг веса ребенка).

Выводы. Таким образом, рассеянный склероз, эпистатус и беременность вполне совместимы в том случае, если у женщины нет сильного обострения

заболевания или существенного неврологического дефицита. Однако следует проводить динамическое наблюдение, как акушерами, так и неврологами.

Список литературы

1. Майда Е. Справочник по рассеянному склерозу для больных и их близких. 1999. Стр.19-26.
2. Завалишин И.А., Захарова М.Н., Переседова А.В., Аскарова Л.Ш., Бирюкова О.Э. Рассеянный склероз и беременность. НИИ Неврологии РАМН, Москва. 2001, стр. 35-36
3. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки. Успехи современного естествознания. 2014. № 6. С. 123-124.
4. Дахкильгова Ф.Т., Шевченко П.П., Карпов С.М. Современные нейробиологические методы исследования при рассеянном склерозе. Международный студенческий научный вестник. 2015. № 2-1. С. 93-94.
5. Мироненко Т.В. Эпилепсия и беременность. Международный неврологический журнал 3(7) 2006.
6. Влияние беременности на течение РС и РС на беременность. Тактика ведения беременности и родов/Журнал «Гинекология». 2011.
7. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Бурнусус Н.И. Распространенность рассеянного склероза в мире (обзорная статья) // Международный журнал экспериментального образования. 2014. № 1-2. С. 78-82.
8. Karpov S.M., Padgigova Z.B., Karpov A.S., Vishlova I.A. Invoked visual potentials in the study of the visual analyzer in patients with diffuse sclerosis. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2015. № 2 (38). С. 155-159.
9. Hamdard A.A., Mamedova A.E., Shevchenko P.P., Karpov S.M. Hyperthermia-syndrome as the debut of the development of multiple sclerosis. European Journal of Biomedical and Life Sciences. 2015. № 1. С. 10-11.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК) ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Мартыросян Е.В.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия,*

*Инсульт... Как часто слышим это слово,
Но не задумываемся – «Почему?»
А дни проходят, и значит снова
Инъекции, таблетки поутру...
Я не хочу пугать своим рассказом
О том, как много трудностей, когда ты заболел,
Но знай – инсульт весьма опасен
И пусть по жизни Вас сопровождает фраза:
«Я успеш!»
Е. Мартыросян*

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медикосоциальной проблемой. Заболеваемость инсультом составляет 2,5-3 случая на 1000 населения в год, смертность - 1 случай на 1000 населения в год. Летальность в остром периоде инсульта в России достигает 35 %, увеличиваясь на 12-15% к концу первого года после перенесенного инсульта. Таким образом, в России инсульт ежегодно развивается у 400-450 тысяч человек, примерно 200 тысяч из них погибают. Несмотря на то, что решающее значение в снижении смертности и инвалидизации вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, существенный эффект в этом отношении дает оптимизация системы помощи больным ОНМК, введение лечебных и диагностических стандартов для этих больных, включая реабилитационные мероприятия и профилактику повторных инсультов. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) считает, что создание современной системы помощи больным с инсультом позволит снизить летальность в течение первого месяца заболевания до уровня 20% и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после начала заболевания не менее 70% выживших пациентов.

Критерии диагностики отдельных форм ОНМК

К инсульту относятся острые нарушения мозгового кровообращения, характеризующиеся внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением очаговой не-

врологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и др. нарушений) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения. Преходящие неврологические нарушения с очаговой симптоматикой, развившиеся вследствие кратковременной локальной ишемии мозга, обозначаются также как транзиторные ишемические атаки (ТИА). Особой формой ПНМК является острая гипертоническая энцефалопатия. Чаще острая гипертоническая энцефалопатия развивается у больных злокачественной артериальной гипертензией и клинически проявляется резкой головной болью, тошнотой, рвотой, нарушением сознания, судорожным синдромом, в ряде случаев сопровождается очаговой неврологической симптоматикой.

Этапное ведение больных с ОНМК

Основным принципом ведения больных с ОНМК является этапность организации медицинской помощи. Выделяют следующие этапы:

1. Диагностика инсульта на догоспитальном этапе.
2. Максимально ранняя госпитализация всех больных с ОНМК.
3. Диагностика характера инсульта.
4. Уточнение патогенетического подтипа ОНМК.
5. Выбор оптимальной лечебной тактики.
6. Реабилитация и мероприятия по вторичной профилактике инсульта.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Основные задачи мероприятий на догоспитальном этапе:

1. Диагностика инсульта;
2. Проведение комплекса неотложных лечебных мероприятий;
3. Осуществление экстренной госпитализации больного.

Помощь оказывается линейными или специализированными неврологическими бригадами скорой медицинской помощи.

1. ОНМК диагностируется при внезапном появлении очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики у больного с общим сосудистым заболеванием и при отсутствии других причин (травма, инфекция и др.)

2. Неотложные лечебные мероприятия определяются необходимостью обеспечения достаточной вентиляции легких и оксигенации, поддержания стабильности системной гемодинамики, купирования судорожного синдрома.

3. Инсульт – неотложное медицинское состояние, поэтому все пациенты с ОНМК должны быть госпитализированы. Время госпитализации должно быть минимальным от начала развития очаговой неврологической симптоматики, желательно в течение первых 3 часов от начала заболевания. Противопоказанием для госпитализации больного с ОНМК является только агональное состояние.

Мероприятия на госпитальном этапе.

Организационные мероприятия

Госпитализация больных с ОНМК осуществляется в многопрофильный стационар, имеющий необходимое рентгено-радиологическое (включая компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), ангиографию) и ультразвуковое оборудование, а также:

1. Отделение для больных с нарушениями мозгового кровообращения с палатой интенсивной терапии;
2. Отделение нейрореанимации или отделение реанимации со специально выделенными койками и