

гензим, трипсин) и муколитиков, которые, стабилизируя комплекс инфекционный агент – иммуноглобулин (аглютиноген), способствуют отрыву данного комплекса от эпителия мужского полового тракта. Элиминация возбудителя (свободного или в комплексе с аглютиногеном), а также препятствие повторной адгезии инфекционного агента, достигались инстилляцией поверхностно-активных веществ (мирамистин).

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы:

1. Пациенты-невыделители чаще заболевают ИМПТ, для них характерно длительное, хроническое течение заболевания, с осложнениями и частыми рецидивами.

2. Определение степени выделительства на ранних этапах диагностики ИМПТ позволяет прогнозировать тип течения ИМПТ и своевременно корректировать терапию.

3. У пациентов-невыделителей следует удлинять сроки назначения антибактериальных препаратов в 1,5-2 раза.

4. В терапии ИМПТ у невыделителей целесообразно использовать ферментные препараты, муколитики, поверхностно-активные вещества.

Литература

1. Арнольди Э.К. Хронический простатит. – Ростов-на-Дону. – 1999. – 243 с.
2. Березняков И.Г. Инфекции мочеполовых путей. – Харьков. – 2000. – 78 с.
3. Лесовой В.Н., Книгавко А.В., Аркатов А.В. // Врач. практика. – 2002. – № 6. – С. 34-38.
4. Лесовой В.Н., Книгавко А.В., Аркатов А.В. // Здоровье мужчины. – 2003. – № 1. – С. 76-78
5. Stapleton A., Nudelman E. // J. Clin. Invest. – 1992. – № 90. – P. 965-72

НОВЫЕ ПОДХОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

С.В. Котов, Е.В. Исакова, Г.С. Чатаева

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания в наш век стали самыми распространенными, смертность от них среди других причин занимает одно из ведущих мест. Если учесть, что мозговой инсульт почти у половины больных наступает в возрасте до 60 лет, то есть часто поражает людей, еще полных творческих сил и возможностей, то становится ясно, какой большой ущерб несет государственная экономика. Профилактика развития мозгового инсульта и его лечение становятся очень важной задачей – не только медицинской, но и социальной.

Одной из значимых составляющих при лечении больных с ишемическим инсультом является воздействие на вязкость крови. На

сегодняшний день с целью снижения гематокрита и улучшения микроциркуляции используется гемодилюция, способствующая восстановлению мозгового кровотока. Другой метод снижения вязкости крови – антиагрегантная терапия, которая является традиционной в профилактике и лечении ишемического инсульта.

Не менее важной представляется проблема нелекарственной профилактики – каротидная эндартерэктомия, применяемая сейчас довольно широко. В результате, по данным мировой литературы, у оперированных больных риск развития ишемического инсульта в течение 3 лет после операции снизился в 6 раз.

Современные научные и технологические достижения позволили пересмотреть существующее до недавнего времени мнение об ограниченных возможностях лекарственной терапии острой фокальной ишемии мозга. Установлено, что метаболизм кислорода и глюкозы в наибольшей мере страдает в центральной зоне ишемизированной территории, в меньшей степени – в демаркационной зоне. В течение нескольких часов центральный «точечный» инфаркт окружен ишемизированной, но живой тканью (зоной пенумбры). Зона «ишемической полутени» или пенумбры может быть спасена восстановлением адекватной перфузии мозговой ткани и применением нейропротективных средств, среди которых наиболее известными являются нимодипин, мексидол, эмоксипин, глицин и другие препараты.

Одним из перспективных препаратов, обладающих нейропротективными свойствами, является мемантин (акатинол). Это потенциал-зависимый, неконкурентный антагонист рецепторов NMDA. Глутамат не только выполняет роль нейротрансмиттера, но и оказывает нейротоксическое действие при различных заболеваниях, включая инсульт, хроническую ишемию мозга, болезнь Альцгеймера. Результаты экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что мемантин предохраняет нейроны от повреждения в условиях эксайтотоксичности, обусловленной избыточным выбросом глутамата. При этом отмечено замедление прогрессирования патологического процесса, что свидетельствует о нейропротективных свойствах мемантина.

Сложно переоценить необходимость проведения терапии, направленной на улучшение регенераторно-репаративных процессов при ишемическом инсульте. К препаратам репаративного действия относят производные ГАМК – пиридитол, цитиколин, глиатилин, аплегин и другие. Все они воздействуют на метаболизм и кровоснабжение мозга.

Пирацетам – первый представитель ноотропов, давший название всей группе препаратов. Структурной основой пирацетама является циклическая форма ГАМК, однако препарат не является источником метаболически активной ГАМК. Важным аспектом метаболического действия пирацетама является его влияние на нейротрансмиссию и пластичность ткани мозга. В отличие от быс-

трех энергетических эффектов, пирацетам имеет отсроченный эффект, проявляющийся через несколько дней после начала применения.

Для сопоставления эффективности различных методов лечения ишемического инсульта, развивающегося на фоне атеросклероза мозговых сосудов, артериальной гипертензии и их сочетания, в клинике неврологии МОНИКИ было обследовано 140 больных: 76 мужчин и 64 женщины в возрасте от 40 до 78 лет. В зависимости от получаемой терапии, больные составили три группы: в первую вошли пациенты, получавшие лечение мемантином; во вторую – принимавшие винпоцетин (традиционный препарат, используемый в лечении сосудистых поражений головного мозга); в третью – больные, получавшие курс лечения пирацетамом.

В результате лечения улучшилось общее состояние пациентов, наметился отчетливый регресс очаговой неврологической симптоматики и когнитивных расстройств, однако наилучший эффект отмечен у больных, получавших винпоцетин.

При комплексной оценке выраженности когнитивных нарушений с использованием краткой шкалы психического статуса у больных с ишемическим инсультом исходно выявлялось снижение мнестико-интеллектуальных функций во всех группах больных, при этом достоверных отличий в показателях не было. После лечения наиболее отчетливо регресс очаговой неврологической симптоматики отмечен у больных, которые принимали мемантин. Это связано не только с нейропротективным действием препарата, но и с его способностью снижать познавательный дефицит.

Применение всех трех препаратов способствовало достоверному улучшению процессов концентрации и устойчивости внимания, снижению уровня депрессивных и тревожных расстройств. Отмечалось появление уверенности в себе, бодрости, улучшалось настроение, снижалась эмоциональная лабильность, которая исходно имела высокие показатели по шкале Бека.

Оптимизации регионарного кровотока и микроциркуляции у больных с хронической ишемией мозга, как известно, в значительной мере способствует благотворное влияние терапии на коагуляционные свойства крови. В связи с этим изучены данные коагулограммы и липидограммы наблюдавшихся больных с ишемическим инсультом. Анализ показал, что достоверных изменений в параметрах коагулограммы и липидного спектра крови в результате лечения не обнаружено.

Сравнительное исследование эффективности мемантина, винпоцетина и пирацетама показало, что все три лекарственных средства оказали положительное влияние на состояние очагового неврологического дефицита, когнитивные функции и нейропсихологический статус при сравнительно коротком (трехнедельном) курсе лечения. Отмечено, что мемантин оказывает наибольшее восстанавливающее действие на показатели памяти, внимания и нейропсихологический

статус, несмотря на исходно худшие показатели в этой группе больных (достоверных отличий не зарегистрировано). Несколько больший эффект в отношении очаговой симптоматики выявлен у винпоцетина. Назначение всех трех препаратов при лечении острой ишемии головного мозга является обоснованным и, как показали исследования, эффективным.

Следует отметить, что, несмотря на определенные успехи, достигнутые в профилактике и лечении больных ишемическим инсультом, на сегодняшний день проблема остается нерешенной. Поиск наиболее оптимального метода лечения и профилактики развития этой патологии остается актуальным. Для решения проблемы необходим более дифференцированный комплексный подход, с учетом множества факторов, в том числе давности инсульта (длительности дореперфузионного периода), глубины и протяженности ишемии, локализации очага поражения вещества головного мозга и других.

Огромная медико-социальная значимость церебрального инсульта требует применения всех возможных способов, включающих методы вазоактивной коррекции, комплекса мер профилактической нейропротекции, хирургическое лечение при наличии атеросклеротического окклюзирующего процесса в магистральных сосудах головы.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ФОРМЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

*В.Н. Лесовой, А.В. Аркатов, Н.Л. Панасовский, А.В. Книгавко
Харьковский областной клинический центр урологии и нефрологии
им. В.И. Шаповала, г. Харьков, Украина*

Среди причин бесплодия в браке, наблюдаемого у каждой седьмой супружеской пары, удельный вес мужского бесплодия за последние годы в связи с ростом числа заболеваний, передающихся половым путем, резко возрос, в том числе количество обтурационной аспермии составляет более 10% [8, 9].

В основе нарушений сперматогенеза при обструкции семявыносящих путей лежат сложные, не до конца изученные патофизиологические изменения, включая нарушения гематотестикулярного барьера, а также аутоиммунное повреждение герминативного эпителия, усугубляемые, по-видимому, гипертензией в семенных канальцах яичка [2, 4]. По данным ряда авторов, обтурация семявыносящих путей и возникающая в результате этого антиспермальная аутоагрессия в 80% наблюдений приводит к развитию иммунного бесплодия, чем объясняется, зачастую, неэффективность хирургического лечения [2, 3, 4]. Поэтому диагностика обтурационного бесплодия на ранних стадиях обуславливает эффективность дальнейшего лечения, направленного на восстановление проходимости семявыносящих путей [8, 9].