

суммы флавоноидов в пересчёте на лютеолин-7-глюкозид – не менее 4,0%; влаги – не более 5,0%.

Результаты исследований использованы для разработки проекта технических условий и технологической инструкции на производство очанки гребенчатой экстракта сухого.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бомбела Т.В., Кроткова О.А., Петриченко В.М. и др. Фармакогностическое изучение *Euphrasia tatarica* Fisch. ex Spreng. (*Scrophulariaceae*) // Медицинский альманах. – 2012. – Т. 21. – С.230-233.
2. Государственная фармакопея СССР. – Вып.2. Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье. – XI изд., доп. – М.: Медицина, 1990. – 440 с.
3. Минович В.М., Самбаров А.Л., Шакалова С.М. Исследование фенольных соединений очанки гребенчатой, произрастающей в Прибайкалье // Вопросы естествознания. – 2013. – №1(1). – С.34-36.

4. Растительные ресурсы СССР: Цветковые растения, их химический состав, использование. Сем. *Caprifoliaceae* – *Plantaginaceae*. – Ленинград, 1990. – 362 с.
5. Самбаров А.Л., Минович В.М., Бочарова Г.И. Исследование иридоидов очанки гребенчатой, произрастающей в Прибайкалье // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: Сборник научных трудов. – Пятигорск: Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, 2013. – Вып. 68. – С. 95-96.

#### REFERENCES

1. Bombela T.V., Krotkova O.A., Petrichenko V.M., et al. Pharmacognostic examination of *Euphrasia tatarica* Fisch. ex Spreng. (*Scrophulariaceae*) // Meditsinskij almanakh. – 2012. – Т. 21. – P.230-233. (in Russian)
2. State Pharmacopoeia of the USSR: Part 2. General methods analysis. Medicinal plant material. – Vol. 11. – Moscow: Meditsina, 1990. – 440 p. (in Russian)
3. Mirovich V.M., Sambarov A.L. Shakalova S.M. The investigation of the phenolic compounds of *Euphrasia pectinata* Ten., growing in the Baical region // Voprosy estestvoznania. –

2013. – №1(1). – P.34-36. (in Russian).
4. Rastitel'nye resursy of the USSR: floral plants, their chemical composition, use. This. *Caprifoliaceae* – *Plantaginaceae*. – Leningrad, 1990. – 362 p. (in Russian).
5. Sambarov A.L., Mirovich V.M., Bocharova G.I. The investigation of the iridoids of *Euphrasia pectinata* Ten., growing in the Baical region // Development, research and marketing of new pharmaceutical production: Collection of scientific works. – Pyatigorsk: Pyatigorsk medico-pharmaceutical institute-branch to VSMU, 2013. – Is. 68. – P.95-96. (in Russian)

#### Информация об авторах:

Минович Вера Михайловна – д.фарм.н., заведующий кафедрой фармакогнозии и ботаники. 664003, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 10, тел. (3952) 243447, e-mail: mirko02@yandex.ru; Гордеева Валентина Васильевна – доцент, заведующий кафедрой технологии лекарственных форм; Мурашкина Ирина Анатольевна – доц., к.фарм.н.; Бацуева Ольга Сергеевна – интерн, e-mail: Lidix124@mail.ru; Самбаров Андрей Леонидович – аспирант, e-mail: asambarov@mail.ru.

#### Information About the Authors:

Mirovich Vera Michailovna – PhD, Professor, head of the Department, 664003, Irkutsk, 10 Karla Marksa str., tel. 8(3952) 24-34-47, e-mail: mirko02@yandex.ru; Gordeeva Valentina Vasilievna – PhD, head of the Department technology of medicinal forms; Murashkina Irina Anatolievna – assistant professor, candidate of Pharmaceutical Sciences; Batsueva Olga Sergeevna – intern, e-mail: Lidix124@mail.ru; Sambarov Andrey Leonidovich – postgraduate student, e-mail: asambarov@mail.ru.

## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ПОДКАМЕННЫЙ В.А., ЮРКЕВИЧ Н.С., ЖЕЛТОВСКИЙ Ю.В., НОСКОВ В.С. – 2014  
УДК: 616.126

### 22-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО ПОВОДУ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Владимир Анатольевич Подкаменный<sup>1,3</sup>, Наталья Сергеевна Юркевич<sup>3</sup>,  
Юрий Всеволодович Желтовский<sup>1,2,3</sup>, Владимир Степанович Носков<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра сердечно-сосудистой хирургии и клинической ангиологии, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Желтовский;

<sup>2</sup>Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной хирургии, зав. – д.м.н., член-корр. РАМН, проф. Е.Г. Григорьев; <sup>3</sup>Иркутская орден «Знак Почета» областная клиническая больница, гл.врач – к.м.н. П.Е. Дудин, кардиохирургическое отделение №1, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Желтовский)

**Резюме.** Выживаемость больных после протезирования клапанов сердца по поводу инфекционного эндокардита оценивается в 5-10 лет. Данные об отдаленных результатах, о более продолжительной выживаемости больных обычно не отслеживаются. Представлено клиническое наблюдение эффективного и своевременного оперативного лечения по поводу первичного инфекционного эндокардита. Наблюдение за больным осуществлялось на протяжении 22-х лет.

**Ключевые слова:** инфекционный эндокардит, протезирование клапанов сердца, выживаемость, многолетнее наблюдение.

## A CASE OF TWENTY TWO YEARS FOLLOW UP OF A PATIENT WITH INFECTIVE ENDOCARDITIS AFTER MITRAL AND AORTIC VALVE REPLACEMENT

V.A. Podkamennyi<sup>1,3</sup>, N.S. Yurkevich<sup>3</sup>, U.V. Zheltovskiy<sup>1,2,3</sup>, V.S. Noskov<sup>3</sup>  
 (1Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; 2Irkutsk State Medical University;  
 3Irkutsk Regional Clinical Hospital, Russia)

**Summary.** Survival of patients after heart valve replacement for infectious endocarditis is estimated to be 5-10 years. The data on long-term results, of longer survival is usually not monitored. There is a clinical case of timely and successful surgery treatment of infective endocarditis. That allowed the patient to save high exercise tolerance and high quality of life for 22 years.

**Key words:** infective endocarditis, replacement of heart valve, survival, long-term observation.

Заболеемость инфекционным эндокардитом (ИЭ) составляет 14-31 случаев на 1 млн. населения в год [4,9,10]. ИЭ в 3 раза чаще болеют мужчины, чем женщины [3]. Эффективным методом лечения больных ИЭ является протезирование пораженного клапана, позволяющее одновременно с коррекцией нарушений гемодинамики устранить источник инфекции. Показания к хирургическому лечению ИЭ отражены в рекомендациях Европейской ассоциации кардиологов [7]. Отдаленная выживаемость больных ИЭ после хирургического лечения, по данным литературы, чаще оценивается в сроки 5 и 10 лет. По данным D'Udekem [5] 10-летняя выживаемость после протезирования клапанов сердца по поводу ИЭ составляет 61%, по данным Aranki [1,2] – 61-63%. Varret-Boyes при анализе результатов протезирования аортального клапана у 108 больных ИЭ сообщает о 36% выживаемости в течение 15 лет после операции [8].

Мы хотим представить собственное 22-летнее наблюдение больного после протезирования митрального и аортального клапана по поводу ИЭ.

Больной Т, 1950 года рождения, русский, 10.04.1991 г. госпитализирован в отделение кардиохирургии с жалобами на подъем температуры до 38°C, слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, снижение массы тела на 5 кг за последние 3 месяца. Анамнез перенесенной острой ревматической лихорадки не прослеживается. В январе 1991 г. больной удалил зуб и через 2 недели стал отмечать лихорадку с подъемом температуры до 39°C. В течение 1 месяца лечился самостоятельно. В связи с ухудшением состояния госпитализирован в стационар по месту жительства с подозрением на двустороннюю нижнедолевую пневмонию. При обследовании диагностирован ИЭ с поражением митрального и аортального клапана. Больной направлен в отделение кардиохирургии ИОКБ. При эхокардиографическом исследовании (ЭхоКГ) выявлены множественные перфорации в створках митрального и аортального клапана с выраженной регургитацией, вегетации на створках, отрыв хорд митрального клапана. Отмечается анемия, лейкоцитоз, умеренная протеинурия и гематурия. Посевы крови отрицательны. По данным УЗИ брюшной полости диагностирован инфаркт селезенки, отмечается спленомегалия. В 1991 г. отсутствовали общепринятые в настоящее время диагностические критерии ИЭ по Duke [6]. Основные понятия о «малых и больших» критериях ИЭ были сформулированы автором в 1994 г. Ретроспективно, оценивая данные больного Т., можно отметить, что для постановки диагноза ИЭ имелся один «большой» критерий (по данным ЭхоКГ наличие вегетаций и недостаточность клапана) и три «малых» критерия (предрасполагающий фактор в виде экстракции зуба, лихорадка и эмболический инфаркт селезенки).

25.04.1991 г. выполнена операция – протезированием митрального и аортального клапана в условиях искусственного кровообращения (оперирующий хирург В.С. Носков). На операции выявлено, что передняя и задняя створки митрального клапана с множественными перфорациями до 3 мм в диаметре, на створках и хордах белесоватые вегетации размером до 5 мм. На створках аортального клапана также определяются множественные вегетации размером от 1 до 3 мм, в правой коронарной створке перфорация размером до 3 мм. Створки митрального и аортального клапана иссечены, в митральную позицию имплантирован механический протез ЭМИКС-31, а в аортальную позицию – механический протез ЭМИКС-25. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 23 сутки после операции 17.05.1991 г. больной выписан под наблюдение кардиолога.

Через 3 месяца после операции больной вернулся к физическому труду. Значительные физические нагрузки переносил удовлетворительно. Контрольные осмотры проходил нерегулярно, 1 раз в 3-4 года, объясняя это хорошим самочувствием. Непрямые антикоагулянты (фенилин) принимал постоянно под контролем протромбинового индекса (ПТИ). Кроме этого, регулярно принимал метопролол в дозе 12,5 мг два раза в сутки. При контрольной ЭхоКГ отмечалась удовлетворительная функция протезов без изменения основных размеров полостей сердца, отсутствие зон гипо- и акинезии с удовлетворительной сократительной способностью левого желудочка (фракция выброса 52-58%). На ЭКГ ритм синусовый. С 2004 г. по ЭКГ описывался Q-инфаркт задней стенки, рубцовый период.

Очередной осмотр больной проходил в октябре 2013 г. Жалоб не предъявляет, при выполнении значительных физических нагрузок самочувствие оценивает как удовлетворительное. Продолжает регулярно принимать фенилин и метопролол. Биохимический анализ крови по основным показателям, общий анализ крови и общий анализ мочи в пределах нормы. ПТИ составляет 42%, МНО – 1,79. На ЭКГ ритм синусовый 70 ударов в минуту, Q-инфаркт задней стенки неясной давности. Данные ЭхоКГ исследования: КДРлж – 57 мм, КСРлж – 46 мм, ФВ (s) – 41%, зоны гипокинезии задней и нижней стенок в среднем и базальном сегменте. Функции протезов не нарушены, пиковый градиент на аортальном протезе 13 мм рт.ст., на митральном протезе – 6 мм рт.ст. Учитывая изменения ЭКГ и наличие по данным ЭхоКГ зоны гипокинезии, выполнена коронарография. Стенотических поражений коронарного русла не выявлено.

Данное наблюдение является примером эффективности своевременного хирургического лечения больных ИЭ с длительным сохранением высокого качества жизни.

### ЛИТЕРАТУРА – REFERENCES

1. Aranki S.F., Adams D.H., Rizzo R.J., et al. Determinants of early mortality and late survival in mitral valve endocarditis // Circulation. – 1995. – Vol. 92. – P.143.
2. Aranki S.F., Santini F., Adams D.H., et al. Aortic valve endocarditis. Determinants of early survival and late morbidity // Circulation. – 1995. – Vol. 94. – P.1175.
3. Arvey A., Lengyel M. Early operation for infective endocarditis and the activity of infections // Z.Cardiol. – 1986. – Vol. 75. Suppl. 2. – P.186-190.
4. Delahaye F., Goulet V., Lacassin F., et al. Characteristics of infective endocarditis in France in A 1-year survey // Eur.Heart J. – 1995. – Vol. 16. – P.394-401.
5. d'Udekem Y., David T.E., Feindel C.M., et al. Long-term results of surgery for active infective endocarditis // Eur J Cardiothorac Surg. – 1997. – Vol. 11. – P.46.
6. Durack D.T., Lukes A.S., Bright D.K., et al. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: Utilization of specific echocardiographic findings // Am. J. Med. – 1994. – Vol. 96. – P.200-209.
7. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009) / The task force on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis on the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. – 2009. – Vol. 30. – P.2369-2413.

8. Haydock D., Barratt-Boyes B., Macedo T., et al. Aortic valve replacement for active infectious endocarditis in 108 patients // J Thorac Cardiovasc Surg. – 1992. – Vol. 103. – P.130.

9. Nissen H., Nielsen P.F., Frederiksen M., et al. Native valve infective endocarditis in the general population. 10-year survey of

the clinical picture during the 1980s // Eur. Heart J. – 1992. – Vol. 13. – P.872-877.

10. van der Meer J.T.M., Thompson J., Valkenburg H.A., et al. Epidemiology of bacterial endocarditis in the Netherlands. I. Patient Characteristics // Arch. Intern.Med. – 1992. – Vol. 152. – P.1863-1888.

#### Информация об авторах:

Подкаменный Владимир Анатольевич – сердечно-сосудистый хирург, д.м.н., профессор, 664079, г.Иркутск, мкр. Юбилейный, 100, кардиохирургическое отделение №1, e-mail: pvdm@inbox.ru; Юркевич Наталья Сергеевна – кардиолог, e-mail: Natasha-fly@yandex.ru; Желтовский Юрий Всеволодович – заведующий кафедрой, сердечно-сосудистый хирург, д.м.н., профессор; Носков Владимир Степанович – сердечно-сосудистый хирург.

#### Information About the Authors:

Podkamenny Vladimir A. – cardiovascular surgeon, PhD, MD, professor, 664079, Irkutsk, mkr. Yubileyny, 100, Department Heart Surgery number 1, e-mail: pvdm@inbox.ru; Yurkevich Natalia – cardiologist, e-mail: Natasha-fly@yandex.ru; Zheltovskiy Yuri V. – Head of Department, cardiovascular surgeon, MD, PhD; Noskov Vladimir S. – cardiovascular surgeon.

© МАЛОВА И.О., КУЗНЕЦОВА Ю.А. – 2014

УДК 616.992.282:[616.34-06+616.6-06]-08

### РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА, АССОЦИИРОВАННОГО С КАНДИДОЗОМ КИШЕЧНИКА

Ирина Олеговна Малова, Юлия Александровна Кузнецова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов; кафедра дерматовенерологии ФПК и ППС, зав. – д.м.н., проф. И.О. Малова)

**Резюме.** В статье обсуждается сочетание хронического рецидивирующего урогенитального кандидоза с кандидозом кишечника. Приведены результаты лабораторного исследования микробиоты урогенитального и кишечного тракта 50 пациенток с хроническим рецидивирующим урогенитальным кандидозом и кандидозом кишечника. В биоценозе урогенитального тракта преобладали грибы *C. albicans* – у 38 (76%) пациенток, *C. krusei* выявлены у 10 (20%), *C. glabrata* – 2 (4%). Все культуры грибов рода *Candida* были выделены из урогенитального тракта и кишечника в концентрации более 10<sup>3</sup> КОЕ/мл. При сравнительном определении минимальной концентрации, ингибирующей рост грибов *Candida spp.*, двух антимикотиков полиенового ряда (нистатина и натамицина) наиболее высокая активность была установлена у натамицина.

**Ключевые слова:** хронический рецидивирующий урогенитальный кандидоз, кандидоз кишечника, натамицин, нистатин.

### RATIONAL APPROACH TO THE TREATMENT OF THE CHRONIC RECURRENT UROGENITAL CANDIDIASIS COMBINED WITH THE INTESTINAL CANDIDIASIS

I.O. Malova, I.A. Kuznetcova

(Irkutsk State Medical University, Russia)

**Summary.** This article discusses the combination of chronic recurrent urogenital congenital candidiasis and intestinal candidiasis. The authors describe findings in urogenital tract microbiota's samples from 50 women with chronic recurrent urogenital candidiasis and itestinal candidiasis. Among these samples, *C. albicans* prevailed in 38 cases (76%), *C. krusei* was revealed in 10 cases (20%), *C. glabrata* was found in 2 cases (4%). The concentration of fungus *Candida* in microbial samples was more than 10<sup>3</sup> CGU/ml in all cases. The results of the research also showed that the natamycin was more active against *Candidiasis (Candida spp.)* than nystatin.

**Key words:** chronic recurrent urogenital candidiasis, itestinal candidiasis, nystatin, natamycin.

В настоящее время все чаще стали регистрироваться хронические формы урогенитального кандидоза. По данным различных авторов, частота встречаемости хронического рецидивирующего урогенитального кандидоза (ХРУГК) составляет от 5 до 20% [2,8]. Поддержанию хронического воспаления в урогенитальном тракте (УГТ) могут способствовать: эндокринопатии (гипофункция щитовидной железы, сахарный диабет), бесконтрольный прием антибиотиков, иммуносупрессоров, оральных контрацептивов, длительное ношение внутриматочной спирали, беременность, присоединение заболеваний вирусной и бактериальной этиологии, частые спринцевания, иммунодефицитные состояния [7,9,12,14,15]. За последнее десятилетие в этиологической структуре ХРУГК отмечается выраженная тенденция к увеличению *Candida non-albicans (C. glabrata, C. tropicalis, C. parapsilosis, C. krusei, реже – C. guilliermondi, C. kefyr и др.)* видов, на долю которых приходится 10-17% [11].

По одной из патогенетических гипотез, рецидивы ХРУГК, возможно, могут быть обусловлены реинфекцией влагалища грибами рода *Candida* из кишечника. Однако анализ доступ-

ной отечественной и зарубежной литературы показал, что мнения авторов по этому вопросу различны.

С одной стороны, грибы рода *Candida*, высеваемые из влагалища у пациенток с ХРУГК, почти всегда обнаруживаются в фекалиях, причем у большинства больных и влагалищные, и интестинальные штаммы идентичны, в связи с чем можно предположить, что при ХРУГК постоянным резервуаром грибов и источником реинфекции влагалища служит желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) [2]. По наблюдениям Т.Н. Лебедевой, у половины женщин с ХРУГК отмечается высокая контаминация *Candida spp.* ЖКТ [6].

По данным В.Л. Тютюнник и соавт. [13], при лечении ХРУГК обязательным является назначение системных антимикотических препаратов, действующих, прежде всего, на кишечник, поскольку основной очаг грибов находится именно там. Однако, по данным J.D. Sobel и соавт. [19], у женщин с ХРУГК грибы рода *Candida* выявляются и в кишечнике, но при одновременной санации УГТ и кишечника у большинства пациенток уменьшить частоту рецидивов не удается. В результате исследований J.D. Sobel и соавт. (1998) было