

**АПРОБАЦИЯ НОВОГО МЕТОДА ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ СТАФИЛОКОККОВЫХ  
БАКТЕРИОНОСИТЕЛЕЙ**

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

**Цель работы** — апробация цитологического метода дифференцировки резидентных и транзиторных стафилококковых бактерионосителей.

Транзиторное бактерионосительство — это временное носительство, которое может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев. Резидентное бактерионосительство — хроническое, при котором стафилококк имеет выраженные персистирующие свойства (свойства, направленные на инактивацию защитных механизмов хозяина), что обуславливает внутриклеточное паразитирование стафилококка в эпителиоцитах. Резидентное бактерионосительство имеет большее эпидемиологическое значение, по сравнению с транзиторным, особенно в дикретированных группах населения. Кроме того, подходы к лечению транзиторных и резидентных стафилококковых бактерионосителей должны отличаться, т.к. санация последних должна быть направлена на подавление персистирующих свойств стафилококка, что не учитывается в действующем приказе МЗ СССР № 720 от 31.07.1978, приложение № 3 «Инструкция по бактериологическому обследованию на выявление патологического стафилококка и проведению санации».

Нами были проанализированы результаты исследований на носительство *St. aureus* за период с 2001 г. по 2006 г. с целью выявления частоты обнаружения *St. aureus* и определения эффективности санации носителей согласно данному приказу. Среди лиц, устраивающихся на работу (на пищевые предприятия, в детские и медицинские учреждения), *St. aureus* обнаруживался в 22,1 % случаев (средний показатель за 6 лет); у персонала хирургических отделений ЛПУ — в 6,1 %; у персонала родильных домов — в 25,9 % случаев. При контрольном обследовании после лечения у лиц-реконвалесцентов *St. aureus* обнаружен в 42,6 % случаев. Высокий показатель носителей *St. aureus* у обследованных лиц, а также обнаружение *St. aureus* почти в половине случаев после проведенной санации говорит о том, что общепринятые методы санации стафилококкового бактерионосительства малоэффективны, в связи с тем, что стафилококки резистентны к большинству антибиотиков и антисептиков. Наиболее устойчивы стафилококки к антибиотикам группы пенициллинов, а также к эритромицину, доксициклину, линкомицину. При этом наиболее резистентными являются *St. saprophyticus* и *St. haemolyticus*, у них устойчивость наблюдается к шести и более антибиотикам (Муратова М.Н., 2002).

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В исследование на наличие стафилококкового бактерионосительства с использованием цитологического метода было включено 33 человека. Исследование проводилось согласно Методическим рекомендациям МЗ РФ от 06.04.2001 «Диагностика и санация стафилококковых бактерионосителей», в которых представлена принципиально новая схема лабораторной диагностики, позволяющая дифференцировать резидентных бактерионосителей от транзиторных. С помощью стерильных ватных тампонов, смоченных в физрастворе, забирали исследуемый материал (клетки эпителия слизистой оболочки переднего отдела носа). Тампон погружали в стерильную пробирку с 1,0 мл среды-199, встряхивали в течение 15 минут. Затем отжатый тампоном производили посев на желточно-солевой агар. Посевы инкубировали при 37 °С в течение 48 часов. Одновременно содержимое пробирки инкубировали при 37 °С в течение 1—2 часов. После этого верхний слой жидкости удаляли при помощи пастеровской пипетки, из осадка делали мазок, который окрашивали по Романовскому-Гимзе. При микроскопии просматривали не менее 30 эпителиальных клеток с хорошо видимым ядром на наличие в них микроколоний стафилококков. Если обнаруживали 5 и более клеток, содержащих стафилококк, то делали заключение о резидентном бактерионосительстве. Идентификация стафилококка проводилась классическим бактериологическим методом.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

При бактериологическом исследовании получены следующие культуры: *St. haemolyticus* — 15 случаев (45,5 %), *St. aureus* — 11 случаев (33,4 %), *St. epidermidis* — 7 случаев (21,2 %), *St. saprophyticus* — 3 случая (9 %). Цитологическим методом выявлено 10 резидентных бактерионосителей, что составило 30,3 % среди всех обследованных лиц. Причинами такой высокой частоты резидентного стафилококкового бактерионосительства могут быть климатические условия, особенности иммунитета обследованных лиц, условия быта и личной гигиены. Среди них преобладали носители *St. haemolyticus* (5 человек), 2 человека являлись резидентными носителями *St. Epidermidis*, и 1 человек — *St. aureus*.

## ВЫВОДЫ

1. Цитологический метод позволяет дифференцировать резидентных стафилококковых бактерионосителей от транзиторных.
2. Среди резидентных преобладал *St. haemolyticus*.
3. Метод актуален, т.к. значительное число обследованных лиц оказалось резидентными бактерионосителями.
4. Необходимы принципиально новые методы санации резидентных стафилококковых бактерионосителей.

К.В. Протасов, Н.Б. Антоненко, О.Н. Чингаева

## ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРОФИЛЯ БЕЗОПАСНОСТИ МОКСОНИДИНА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГОУ ДПО ИГИУВ Росздрава (Иркутск)  
 НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)

Особенности артериальной гипертонии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и метаболическим синдромом — склонность к ортостатической гипотонии и преимущественно пожилой возраст — обуславливают необходимость учета безопасности гипотензивных препаратов у данной категории больных.

**Цель исследования** — изучить эффективность и профиль безопасности агониста имидазолиновых рецепторов моксилидина (физиотенз<sup>В</sup>, «Solvay Pharma», Германия) у пациентов с артериальной гипертонией в составе метаболического синдрома.

### МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование был включен 21 пациент с артериальной гипертонией и другими признаками метаболического синдрома: сахарным диабетом 2 типа или нарушенной толерантностью к углеводам, ожирением, гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией (критерии ВОЗ, 1998). Среди них было 4 мужчин и 17 женщин в возрасте от 41 до 78 лет (в среднем —  $60,0 \pm 7,0$ ). Все больные получали ранее комбинированную антигипертензивную терапию.

Эффективность препарата в условиях острой фармакологической пробы оценивалась у 15 пациентов с помощью 48-часового мониторинга артериального давления (АД) с использованием монитора CardioTens-01 («Meditech», Венгрия). По окончании первых суток мониторинга назначали моксилидин однократно в 10 часов в дозе 0,2 мг. Исследование продолжалось в течение последующих суток. Рассчитывали как стандартные показатели суточного мониторинга артериального давления (СМАД), так и параметры экстремальных кратковременных подъемов АД. Для этого на полученных суточных кривых выделяли кратковременные подъемы систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД, превышающие индивидуальное среднеедневное или средненочное АД на 2 и более стандартных отклонения и пороговый уровень 140/90 мм рт. ст. в дневной период и 120/80 мм рт. ст. — в ночной. Началом экстремального подъема АД считали момент перехода частоты сердечных сокращений (ЧСС), САД и ДАД от стабильного состояния на графике СМАД к их динамике в виде тренда. Определяли пиковые уровни САД, ДАД, ЧСС, пульсового и среднего гемодинамического давления. Рассчитывали двойное произведение (произведение САД и ЧСС) на пике АД и скорость прироста давления от начала подъема до максимума. Проводился сравнительный анализ указанных параметров за первые (до начала приема моксилидина) и вторые сутки мониторинга (после приема первой дозы).

Профиль безопасности оценивался в острой фармакологической пробе при приеме первой дозы моксилидина и по динамике качества жизни пациентов на фоне 4-недельного курса лечения. По результатам СМАД определяли количественные параметры гипотонии: индексы времени гипотонии САД и ДАД, минимальное ночное САД и ДАД, величину ночного снижения САД и ДАД. Индекс времени гипотонии рассчитывали как процент измерений САД и ДАД, меньших 90/60 мм рт. ст. в дневной период и 80/50 мм рт. ст. — в ночной (Кобалава Ж.Д., 2004). За минимальное ночное АД принимали среднее значение минимального АД за ночь и двух соседних измерений; величину ночного снижения САД и ДАД определяли как разницу среднего значения за 2-часовой период перед засыпанием и минимального ночного АД (Kagio K., Pickering T., 2003). Данные показатели рассчитывали и сравнивали в первые (до начала приема моксилидина) и вторые сутки мониторинга (после приема первой дозы). Качество жизни определяли методом анкетирования до назначения препарата и через 4 недели после начала терапии. Использовалась «Шкала качества жизни, связан-