

кислоте составлял 3,0 и 10,0%, соответственно, причем, менее чем у 1,0% штаммов она сопровождалась устойчивостью к ципрофлоксацину. Штаммы, резистентные к налидиксовой кислоте, имели сниженную чувствительность к ципрофлоксацину: МПК ципрофлоксацина повышено в 8-16 раз по сравнению с «дикой» популяцией. Характеристика возбудителей ГСИ значительно отличалась: доля штаммов, устойчивых не только к налидиксовой кислоте, но и к фторхинолонам (ципрофлоксацину) достигала 70,0% среди *E.coli* и 90% - среди *Klebsiella spp.*

Таким образом, наши исследования показали, что характеристика популяции микроорганизмов по чувствительности к антимикробным препаратам зависит от экологической ниши, которую они занимают. Так, штаммы, выделенные из кишечника - возбудители ОКИ (*Shigella*, *Salmonella*, диареогенные *E.coli*) и представители нормальной микрофлоры (*E.coli*, *Klebsiella*) сохраняли чувствительность к хинолонам и ЦРС, доля резистентных штаммов в этой популяции была незначительной. В то время как возбудители ГСИ, выделенные из различного клинического материала (кровь, моча, отделяемое ран) пациентов, находящихся во внутрибольничной среде (где созданы условия, высоко селективные в отношении устойчивых штаммов), практически полностью утратили чувствительность к препаратам, широко используемым в условиях стационара.

Полученные данные свидетельствуют о том, что энтеробактерии приобретают генетические детерминанты, обуславливающие различные механизмы резистентности к препаратам выбора. Наиболее выражены эти процессы у штаммов - возбудителей ГСИ, популяция которых практически полностью утратила чувствительность к ЦРС и фторхинолонам. Несмотря на то, что большая часть штаммов энтеробактерий, занимающих естественную экологическую нишу (ЖКТ), сохраняют чувствительность к ЦРС и фторхинолонам, их устойчивость также становится реальной проблемой для здравоохранения.

В.В. Ивлев, С.А. Варзин, А.Н. Шишкин

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА

*Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский
факультет, Россия, iwlew-80@mail.ru*

По различным источникам, содержащих статистические данные заболеваемости, острый панкреатит (ОП) сохраняет лидирующее положение, начиная с 2003 года во многих регионах страны. Разработанные стандарты обследования и лечения больных ОП не всегда есть возможность применить, в связи со слабым оснащением городских стационаров, а также из-за позднего обращения больных уже в столь тяжёлом состоянии, когда необходимо проводить реанимационные мероприятия, как в случаях с молниеносным течением острого де-

структивного панкреатита (ОДП). По последним данным частота ОДП среди всех случаев ОП достигает 30%, летальность при панкреонекрозе остаётся стабильно высокой (до 30%), при этом инфицирование очагов деструкции увеличивает летальность до 80%.

Цель исследования: оценить результаты лечения ОП.

Материалы исследования: работа основана на анализе результатов обследования и лечения 2265 больных, находившихся на стационарном лечении в городской больнице №4 им. Святого Великомученика Георгия г.Санкт-Петербурга, в период с 2003 по 2009 годы, по поводу ОП.

Результаты: в ходе нашего исследования все больные были разделены на две группы: больные с отечной формой ОП, в которую вошло 2079 (91,8%) человек; и больные с деструктивным течением процесса – 186 (8,2%) человек.

Первая группа получала консервативное инфузионное спазмолитическое антисекреторное антипротеазное и антибактериальное лечение с положительным эффектом. Срок лечения таких пациентов колебался от 5 до 20 дней.

Вторая группа получала комбинированное лечение. В состав консервативного лечения были дополнительно включены иммунокорректирующая терапия и коррекция углеводного обмена (уровень глюкозы крови поддерживался в пределах от нормальных величин до 8,0 ммоль/л). При неэффективности консервативного лечения больным проводилось оперативное вмешательство в объеме лапароскопического дренирования брюшной полости и сальниковой сумки, либо традиционной лапаротомии, санации и дренирования всех очагов деструкции и брюшной полости.

Молниеносное течение ОДП с летальным исходом отмечено в 13 (7%) случаях, оперативное вмешательство проведено только двум больным. Срок лечения больных составил до 3 дней с момента поступления в стационар.

Консервативно пролечено 40 (21,5%) больных ОДП, 34 (85%) из них с положительным эффектом, 6 (15%) случаев завершилось летальным исходом.

Оперативному вмешательству подверглось 133 (71,5%) больных ОДП, их них 31 (23,3%) случай комбинированного лечения закончился летально.

Вывод: высокая летальность при ОДП, по-прежнему, во многом определяется не только поздним обращением больных за медицинской помощью, но и слабой оснащённостью стационаров инструментальными методами диагностики.