

дивом и с хроническим течением туберкулеза легких была различной. В первом случае преобладало сочетание МЛУ с устойчивостью к ПТП основного ряда – 66,7%, во втором – такая устойчивость наблюдалась реже – 48,1%, а в 51,9% сочеталось МЛУ с устойчивостью к ПТП основного и резервного ряда, при этом наибольшую долю составило сочетание: изониазид + рифампицин + стрептомицин + этамбутол + канамицин – 25,9%. У 21,8% больных с хроническим течением определена ОЛУ (сочетание МЛУ с устойчивостью к фторхинолонам и одному из инъекционных ПТП резервного ряда), представляющая наиболее тяжелый вид лекарственной устойчивости.

Лечение больных осуществлялось по IV и по индивидуальным режимам химиотерапии. Плохо переносили ПТП 17,1%. Прооперировано 3 больных (4,3%); 34,3% больных от оперативного лечения отказались. Эффективность лечения была низкой: у больных с рецидивом прекращение бактериовыделения наблюдалось в 46,7%, закрытие полостей распада – в 46,7%, с хроническим течением соответственно в 20,0% и 20,9%.

Таким образом, у больных туберкулезом, отбывающих наказание в пенитенциарных учреждениях, особенно при хроническом течении заболевания, имеет место высокая частота сочетания МЛУ с лекарственной устойчивостью к ПТП как основного, так и резервного ряда, что в сочетании с низкой эффективностью лечения и с учетом социальной дезадаптации делает эту категорию больных высокоопасной в эпидемиологическом отношении. В лечении таких больных требуется не только соблюдение режимов химиотерапии с учетом лекарственной чувствительности МБТ, но и повышение оперативной активности, а также применение как патогенетической терапии и коллапсотерапии, так и современных методов лечения: локорегиональной химиотерапии и клапанной бронхоблокации, что позволит предотвратить распространение особо тяжелых форм инфекции.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ

*М. Крстич, В.В. Базаев,
А.Б. Зилькарнаев, А.В. Ватазин*

Московский ОНИИ им. М.Ф. Владимирского, Россия

E-mail авторов: dolce-vita07@mail.ru

Трансплантация почки является единственным радикальным методом лечения пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН). Гнойно-септические состояния являются причиной более 50% случаев всех осложнений в послеоперационном периоде после трансплантации почки. Исходно тяжелое состояние пациента, иммуносупрессивная терапия, ишемические и реперфузи-

онные повреждения трансплантата, а также длительность оперативного вмешательства служат предрасполагающими факторами неблагоприятного исхода. Применяемая в настоящее время иммуносупрессивная терапия, необходимая для подавления реакции отторжения трансплантированного аллогенного органа, вызывает нарушение противомикробного иммунитета. Расширение арсенала новых иммунодепрессантов способствует значительному снижению потери трансплантатов почек, предупреждает возникновение (развитие) реакций отторжений и увеличивает продолжительность функционирования пересаженного органа. При этом отмечено снижение сопротивляемости организма реципиента, что влечет за собой рост числа гнойно-септических осложнений. Следует отметить увеличение выявления полирезистентных штаммов бактерий в посттрансплантационном периоде. Трансплантация почки сопровождается рядом технических проблем, способствующих развитию гнойно-септических осложнений, которые, как правило, развиваются в ишемизированной ране и некачественном гемостазе. Возникновение гнойно-септических осложнений у реципиентов ренального трансплантата, зависит от множества причин, среди которых важные – экзогенная, эндогенная и смешанная инфекции. При этом время развития инфекций рассматривается в 3 интервалах: раннее (от 0 до 30 дней после трансплантации), промежуточное (спустя 31–180 дней после трансплантации) и позднее (спустя 180 дней и более после трансплантации). Ранние инфекции вызываются чаще всего бактериями и дрожжами. Промежуточное время – типичное время для начала инфекций, связанных с передачей хронических инфекций донора (вирусные инфекции и др.). В позднее время после пересадки печени инфекции недостаточно полно определяются, так как диагностика и суждение о полученных данных происхождения стационара. Спустя продолжительное время после трансплантации сказывается эффект иммуносупрессивной терапии – появляются и становятся преобладающими оппортунистические инфекции. Известно, что пути распространения, как правило, зависят от микробного возбудителя. Суммируя данные литературы следует отметить, что *Pseudomonas aeruginosa* – через медицинское оборудование (аппараты ИВЛ), *Staphylococcus aureus* распространяется аэрогенным путем, через воздух и воду, руки персонала. *Klebsiella spp.* передается при несоблюдении гигиены рук персоналом. Необходимо отметить, что основными факторами риска развития нозокомиальных инфекций являются проблемные микроорганизмы – метициллинрезистентные стафилококки, ванкомицинрезистентные энтерококки, грамотрицательные бактерии – продуценты β-лактамаз расширенного спектра.

Таким образом, анализируя проблему гнойно-септических осложнений после трансплантации почки, несмотря на проводимые мероприятия по предупреждению развития послеоперационных гнойно-септических осложнений при трансплантации почки,

инфекция до настоящего времени продолжает оставаться большой проблемой, о чем свидетельствуют большинство зарубежных публикации. Подобная тональность повторяется и в отечественных публикациях, дальнейшее изучение причин развития гнойно-септических осложнений с целью их предотвращения является перспективное направление в развитии современной клинической трансплантологии.

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА

Р.А. Орипов, Ш.К. Ахмедов

Самаркандский ГМИ, Узбекистан

Е-mail авторов: dr.shavkat2011@mail.ru

В настоящее время кандидоз (молочница) вызываемая дрожжеподобным грибом *Candida albicans* проявляющаяся творожистого вида налётом на слизистой полости рта, является часто выявляемым заболеванием в стоматологической практике, причиной которого является нарушение кислотности (или pH), подавление микрофлоры антибиотиками, некорректное протезирование, поражающая ротовую полость детей, пожилых людей и людей с ослабленным иммунитетом, при различных инфекциях, где грибки начинают интенсивно размножаться поражая клетки слизистой оболочки, развивается кандидоз полости рта.

В проведенном нами исследовании мы попытались изучить клиническую эффективность и безопасность применения препарата «Флюкорем» для лечения больных одной из наиболее распространенных и часто рецидивирующих инфекций слизистых оболочек полости рта, вызванной грибами рода *Candida*.

Поэтому выбор лечебного препарата при лечении кандидоза полости рта совместно с выявлением этиологического фактора, лежащего в основе патогенеза кандидоза и в каждом индивидуальном случае является одним из факторов эффективной терапии больных.

Для этой цели нами был предложен комплексный метод с использованием препарата «Флюкорем» – противогрибковый препарат из группы производных триазола; активен в отношении *Candida*, *Microsporum*, *Cryptococcus neoformans*, *Trichophyton* и мазь в состав которого входят: нистатин – 5 гр, глицерин – 20 гр и витамин В12 – 2000 мкг.

В связи с этим нами было предложено общей группе состоящей из 12 больных, из них 4-детей использовать комплексную терапию с использованием вышеуказанных препаратов, а контрольной группе состоящей из 8-больных (из них трое детей) использовать традиционное лечение.

При клиническом обследовании у всех больных выявляли гиперемии и отек слизистых оболочек по-

лости рта, наличие обильных молочных или белесоватых налетов; а также наличие творожистого налета на языке и углах рта

При этом эффективность проводимой терапии в основном группе получающих комплексное лечение наблюдалось у 10 больных (из них двое детей), которое выражалось исчезновением налётов, прекращением боли и чувством жжения в полости рта, облегчением приёма пищи, а также, двукратными отрицательными лабораторными данными взятые с полости рта наблюдавшиеся на 7-8-е сутки.

В контрольной группе состоящей из 8 больных использовавших орошение препаратом Фунистатин все вышеуказанные клинические признаки заболевания исчезли по истечении 14-15 дней.

Таким образом, нами установлено:

1. Эффективность лечения с выявлением этиологического фактора в каждом конкретном случае совместно с применением выше указанной комплексной терапией.

2. Эффективность лечения с применением комплексной терапии с выше указанным препаратом, чем терапия орошением Фунистатина широко используемая в стоматологической практике.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Е.В. Радаева, А.В. Говорин, М.В. Чистякова, А.Н. Емельянова, Е.В. Лушпай

Читинская ГМА, г. Чита, Россия

Е-mail авторов: ya.evgenika075@yandex.ru

Цель исследования: изучить показатели микроциркуляции у больных хроническим вирусным гепатитом (ХВГ).

Материалы и методы.

Обследовано 38 больных ХВГ (гепатит С – 32 человека, гепатит В – 7) средний возраст которых составил $31,1 \pm 7,4$ лет, стаж заболевания от 1 до 9 лет. Критериями исключения из исследования явились: возраст старше 50 лет, эссенциальная и симптоматические артериальные гипертензии, заболевания сердца (стенокардия; инфаркт миокарда; реваскуляризация коронарных артерий), хронический алкоголизм и тяжелая сопутствующая патология. Контрольную группу составили 16 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Исследование микроциркуляторного русла осуществлялось с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) лазерным анализатором капиллярного кровотока ЛАКК-02 производства НПП «Лазма» (Россия). Определяли показатель микроциркуляции (ПМ); среднеквадратическое отклонение (σ); коэффициент вариации (Kv). Исследования проводилась с соблюдением стандарт-