

Заклучение

Больные гипертонической болезнью II стадии имеют выраженные изменения на уровне периферического звена кровообращения, проявляющиеся снижением вариабельности кровотока, усилением спастических явлений, активацией эндотелия. Изменения в МЦ русле носят гендерный характер и более выражены у мужчин при нормоциркуляторном и спастическом типах, а у женщин – при стазическом типе.

Ожирение усиливает спастические явления на периферии с более выраженными сдвигами у женщин, у которых, однако, сохраняется более физиологический профиль реакции микрососудов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бранько В. В., Вахляев В. Д., Камшилина Л. С., Маколкин В. И. Применение метода лазерной доплеровской флоуметрии в кардиологии // Рос. мед. журн. – 1998. – № 3. – С. 34–38
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Практика. – М., 1999. – 459 с.
3. Козлов В. И. Система микроциркуляции крови: клинико-морфологические аспекты изучения Текст // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2006. – Т. 5. № 1. – С. 84–101.

4. Крупаткин А. И., Сидоров В. В. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови. – М.: Медицина, 2005. – С. 49–79.
5. Маколкин В. И. Микроциркуляция и поражение органов-мишеней при артериальной гипертензии // Кардиология. – 2006. – № 2. – С. 83–85.
6. Маколкин В. И., Подзолков В. И., Бранько В. В., Самойленко В. В. Микроциркуляция в кардиологии. – М.: Визарт, 2004. – 136 с.
7. Попова А. А., Маянская С. Д., Березикова Е. Н., Яковлева Н. Ф. Эндотелиальная дисфункция и механизмы её формирования // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. – № 4. – С. 7–11.
8. Харченко В. И., Какорина Е. П., Корякин М. В. и др. Смертность от основных болезней системы кровообращения в России // Рос. кард. журн. – 2005. – № 1. – С. 5–7.
9. Шальнова С. А., Кукушкин С. К., Маношкина Е. М., Тимофеева Т. Н. Артериальная гипертензия и приверженность терапии // Врач. – 2009. – № 12. – С. 39–42.
10. Isomaa B., Almgren P., Tuomi T. et al. Cardiovascular morbidity and mortality associated with the metabolic syndrome // Diab. car. – 2001. – Vol. 24. – P. 683–689.
11. WHO Global InfoBase (<http://www.infobase.who.int>); Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации. – М., 2008.

Поступила 20.01.2012

Е. Г. ЕРМОЛЕНКО, Г. К. КАРИПИДИ, С. Б. БАЗЛОВ

ХАРАКТЕРИСТИКА АКТУАЛЬНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ И СТАРТОВАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАЦИЯМИ ДИВЕРТИКУЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Кубанского государственного
медицинского университета Минздравсоцразвития России;
муниципальное учреждение здравоохранения
Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14,
тел. +79184947849. E-mail: katy-ermolenko@yandex.ru*

Ретроспективно изучены результаты первичных бактериологических исследований перитонеального экссудата больных с перфорациями дивертикулов ободочной кишки. В составе возбудителей инфекционно-токсического процесса у этих больных преобладают грамотрицательные палочки семейства Enterobacteriaceae. Составлена схема эмпирической антибактериальной терапии, включающая применение фторхинолонов или цефалоспоринов 3-го поколения в сочетании с метронидазолом.

Ключевые слова: перфорация дивертикула, перитонит, антибактериальная терапия.

E. G. ERMOLENKO, G. K. KARIPIDI, S. B. BAZLOV

CHARACTERISTICS OF ACTUAL AGENTS AND THE SCHEME OF STARTING ANTIBIOTIC THERAPY

*Department of hospital surgery, Kuban state medical university;
municipal health Krasnodar city clinical hospital ambulance,
Russia, 350000, Krasnodar, str. 40 e Pobedy, 14,
tel. +79184947849. E-mail: katy-ermolenko@yandex.ru*

The results of primary bacteriological studies peritoneal exudates were studied retrospectively of patients with perforation of diverticula colon. The predominance of gram-negative rods of the family enterobacteriaceae in the infectious-toxic process in these patients. The scheme of antibiotic therapy with fluoroquinolones or cephalosporin 3rd generation in combination with metronidazole was compiled.

Key words: perforation of diverticula, peritonitis, antibiotic therapy.

Лечение дивертикулярной болезни ободочной кишки и ее осложнений является актуальной проблемой хирургической колопроктологии. Число этих больных и частота осложнений не имеют тенденции к уменьшению [6, 7]. Одним из важнейших аспектов успешного хирургического лечения пациентов с перфорациями дивертикулов ободочной кишки является успешная стартовая антибактериальная терапия. Преобладание ассоциативной микрофлоры с присутствием анаэробных возбудителей обуславливает трудности выбора адекватной схемы лечения [5]. Прогрессирование инфекции в послеоперационном периоде, без подавления которой комплексное консервативное лечение оказывает лишь паллиативное действие на течение эндотоксического процесса, закономерно приводит к полиорганной дистрофии [4]. Поэтому знание актуальных возбудителей инфекционно-токсического процесса и правильное эмпирическое назначение антибактериальной терапии имеют большое значение при лечении данной категории больных.

Цель – выявление актуальных возбудителей инфекционно-токсического процесса у больных с перфорациями дивертикулов ободочной кишки и разработка схемы стартовой антибактериальной терапии.

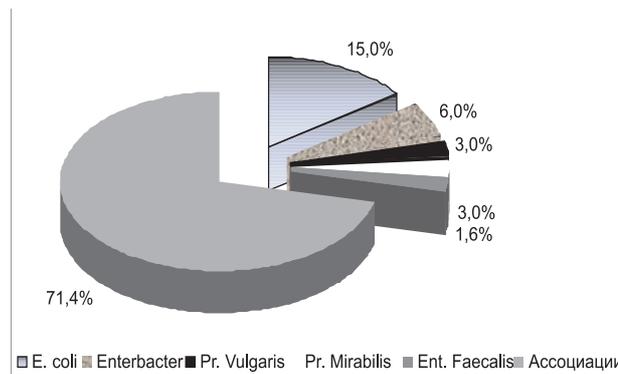
Материалы и методы

Ретроспективно изучены результаты первичных бактериологических исследований перитонеального экссудата у 67 больных с перфорациями дивертикулов ободочной кишки, находившихся на лечении в МУЗ КГК БСМП с 2005 по 2010 г. Забор материала проводился непосредственно после выполнения лапаротомии. Микробиологические исследования проводились на базе бактериологической лаборатории МУЗ КГК БСМП. Выделение и культивирование микроорганизмов проводились по стандартным методикам (Приказ МЗ СССР от 24.04.1985 г. «Об унификации микробиологических – бактериологических методов исследования, применяемых в клиничко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений») с учетом современных алгоритмов микробиологических исследований [1, 2, 3].

Результаты и обсуждение

В результате проведенного ретроспективного исследования установлено, что монокультура выделена у 19 (28,6%) больных. В монокультуре преобладали представители грамотрицательных палочек семейства Enterobacteriaceae – 18 (94,7%) штаммов. В 10 (52,6%) наблюдениях выделена *E. Coli*, в 2 (10,5%) – *Proteus vulgaris* и *Proteus mirabilis*. У 4 (21,1%) пациентов монокультура была представлена штаммами *Enterobacter* и у 1 (5,3%) – *Enterococcus faecalis*. У 48 (71,4%) пациентов при первичном бактериологическом исследовании перитонеального экссудата выделены микробные ассоциации (рисунок).

В ассоциациях также отмечено преобладание грамотрицательных палочек семейства Enterobacteriaceae. Наиболее часто встречалось сочетание *E. Coli* и *Proteus vulgaris* – 21 (43,8%) наблюдение, а также *Enterobacter* и *Proteus vulgaris* – 17 (35,4%) случаев. У 8 (16,7%) пациентов выделена ассоциация *E. Coli*+*Enterobacter*+*Proteus mirabilis*. У 3 больных обнаружена ассоциация грамотрицательных палочек и грамположительных кокков в виде сочетания *E. Coli*+*St. aureus* – 2 (4,2%) наблюдения и *E. Coli*+*Enterococcus faecalis* – 1 (2,1%) случай.



Качественный состав возбудителей инфекционно-токсического процесса у больных с перфорациями дивертикулов толстой кишки

Таким образом, из 125 выделенных штаммов 121 (96,8%) были представлены грамотрицательными палочками и 4 (3,2%) – грамположительными кокками.

Выделенные штаммы *E. Coli* обладали наибольшей чувствительностью к фторхинолонам и «защищенным» пенициллинам, а также к цефалоспорином 3-го поколения. Чувствительность к ципрофлоксацину и пефлоксацину составила 88,1% и 95,2% (табл. 1).

Число штаммов, чувствительных к амоксициллину/клавулонату, составило 85,7% от общего количества, а чувствительных к цефотаксиму – 90,5%. В меньшей степени выделенные штаммы кишечной палочки обладали чувствительностью к ампициллину (69%), гентамицину (52,4%) и цефалоспорином 2-го поколения (64,3%). Среди изученных грамотрицательных палочек мы не встретили случаев устойчивости к антибактериальным препаратам группы карбапенемов. Выделенные штаммы *Enterobacter* также оказались наиболее чувствительны к антибиотикам группы фторхинолонов (89,7–93,1%) и цефалоспоринов 3-го поколения (89,7%). Данные бактериологических исследований в отношении *Pr. vulgaris* и *Pr. mirabilis* показали высокую чувствительность (80–87,5%) этих возбудителей к цефалоспорином 3-го поколения, фторхинолонам и антибиотикам из группы «защищенных» пенициллинов.

На основании полученных данных нами составлена схема эмпирической антибактериальной терапии у больных с перфорациями дивертикулов ободочной кишки, осложненных перитонитом. Согласно этой схеме стартовое лечение должно включать применение фторхинолонов или цефалоспоринов 3-го поколения в сочетании метронидазолом. Поскольку *Enterobacter* обладает устойчивостью к «защищенным» пенициллинам, а его доля в спектре возбудителей составляет 23,2%, применение амоксиклава в составе стартовой антибактериальной терапии возможно лишь в сочетании с фторхинолонами или цефалоспорином 3-го поколения.

Предлагаемые схемы стартовой антибактериальной терапии применены в рамках проводимого прямого проспективного исследования у 29 больных с перфорациями дивертикулов ободочной кишки. Во всех случаях течение заболевания осложнялось перитонитом. В большинстве наблюдений характер перитонита определялся как гнойно-фибринозный или гнойный (табл. 2).

Забор материала для бактериоскопии и бактериологического исследования проводился на момент выпол-

**Чувствительность к антибиотикам грамотрицательных палочек,
выделенных из перитонеального экссудата у больных
с перфорациями дивертикулов толстой кишки**

Антибиотик	Возбудитель				Всего
	E. Coli (n=42)	Entero- bacter (n=29)	Pr. vulgaris (n=40)	Pr. mirabilis (n=10)	
Ампициллин	29 (69%)	н/д*	н/д	н/д	29 (23,9%)
Ципрофлоксацин	37 (88,1%)	26 (89,7%)	24 (60%)	5 (50%)	92 (76%)
Пефлоксацин	40 (95,2%)	27 (93,1%)	27 (67,5%)	6 (60%)	100 (82,6%)
Гентамицин	15 (35,7%)	12 (41,4%)	14 (35%)	4 (40%)	45 (37,2%)
Цефазолин	27 (64,3%)	19 (65,5%)	18 (45%)	3 (30%)	67 (55,4%)
Цефотаксим	38 (90,5%)	26 (89,7%)	35 (87,5%)	8 (80%)	107 (88,5%)
Амоксиклав	36 (85,7%)	н/д	36 (90%)	8 (80%)	80 (66,1%)
Меропенем	42 (100%)	29 (100%)	40 (100%)	10 (100%)	121 (100%)
Итого	42 (100%)	29 (100%)	40 (100%)	10 (100%)	121 (100%)

Примечание: * – нет данных.

Таблица 2

**Распространенность и характер перитонита у больных
с перфорациями дивертикулов ободочной кишки**

Характер перитонита	Распространенность перитонита			Всего
	Местный	Распространенный	Общий	
Серозный	–	–	–	–
Фибринозный	–	1 (3,5%)	–	1 (3,5%)
Фибринозно-гнойный	1 (3,5%)	9 (31%)	6 (20,7%)	16 (55,2%)
Гнойный	–	7 (24,1%)	5 (17,2%)	12 (41,3%)
Итого	1 (3,5%)	17 (58,6%)	11 (37,9%)	29 (100%)

нения лапаротомии. В дальнейшем материалом для исследований служил перитонеальный экссудат, полученный по дренажам брюшной полости.

Спектр возбудителей у больных этой группы соответствовал данным, полученным при ретроспективном исследовании историй болезней. Монокультура с преобладанием грамотрицательных палочек выделена у 9 (31%) пациентов, ассоциации микроорганизмов – в 20 (69%) наблюдениях.

Следует отметить, что в 18 (62,1%) случаях при бактериоскопии первичного материала среди грамотрицательных палочек обнаружены анаэробные микроорганизмы.

Наиболее часто определялись бактероиды и пептострептококк. Уровень микробной контаминации перитонеального экссудата на момент лапаротомии составил в среднем $6,6 \pm 2,7 \times 10^7$ КОЕ/мл. Клеточный состав перитонеального экссудата был в основном представлен нейтрофильными лейкоцитами (92,4%), $107,4 \pm 11,4$ в поле зрения. При этом 82,7% лейкоцитов находились в состоянии деструкции с обильной внутри- и внеклеточно расположенной микрофлорой. Фагоцитоз носил либо извращенный характер в 73,7%, либо отсутствовал вообще.

Проводимая антибактериальная терапия оказалась эффективной у 24 (82,8%) больных. У этих пациентов уже на 3-и сутки наблюдения после операции проис-

ходили снижение уровня микробной обсемененности перитонеального экссудата до субпороговых значений, уменьшение числа нейтрофильных лейкоцитов до $56,4 \pm 8,2$ в поле зрения, а также количества нейтрофилов в состоянии деструкции до $21,8 \pm 5,1$. Кроме того, отмечались уменьшение количества внеклеточно расположенной микрофлоры и смена характера фагоцитоза на незавершенный. К 5–6-м суткам после операции у этой группы больных перитонеальный экссудат имел серозный характер, уровень контаминации не превышал 10^2 КОЕ/мл, количество нейтрофилов составляло $27,7 \pm 2,2$ в поле зрения, фагоцитоз носил завершенный характер. Длительность проведения антибактериальной терапии составила в среднем $11,2 \pm 1,4$ дня. Летальных исходов не было. Раневые осложнения отмечены в 7 (29,2%) случаях.

В 5 наблюдениях у самой тяжелой категории больных с распространенным гнойным или фибринозным перитонитом в послеоперационном периоде отмечено прогрессирование перитонита, несмотря на чувствительность выделенных штаммов микроорганизмов к выбранным антибиотикам. Это потребовало проведения повторных санационных релапаротомий. Один больной умер при явлениях полиорганной недостаточности на фоне прогрессирующего перитонита. Летальность составила 20%. Раневые осложнения отмечены у 3 (60%) больных.

Таким образом, предложенные сочетания антибиотиков позволяют в большинстве случаев обеспечить подавление актуальных возбудителей инфекционно-токсического процесса. Однако только активная хирургическая тактика с применением метода повторных санаций брюшной полости в сочетании с адекватной антибактериальной терапией может привести к улучшению результатов лечения больных с перитонитом на фоне перфораций дивертикулов ободочной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добрынин В. М., Каргальцева Н. М., Добрынина И. А. Микробиологическая диагностика гнойно-септических инфекций. – СПб, 1996. – 53 с.
2. Митрохин С. Д. Гнойные экссудаты, раны и абсцессы. Современный алгоритм микробиологического исследования // Инфекции и антимикробная терапия. – 2002. – Т. 4. № 3. – С. 90–92.

3. Сидоренко С. В., Колупаев В. Е. Антибиотикограмма: дискондиффузионный метод. Интерпретация результатов. – М.: Sanofi Pasteur, 1999. – 32 с.

4. Шуркалин Б. К., Кригер А. Г., Линденберг А. А. Эндогенная интоксикация при остром перитоните // Сов. мед. – 1985. – № 12. – С. 99–102.

5. Шуркалин Б. К. и соавт. Лечение анаэробного неклостридиального перитонита // Методические рекомендации МЗ РСФСР. – М., 1987.

6. Etzioni D. A. et al. Diverticulitis in the United States: 1998–2005: changing patterns of disease and treatment // Ann. surg. – 2009. № 249. – P. 210–217.

7. Salem T. A., Molloy R. G., O'Dwyer P. J. Prospective, five-year follow-up study of patients with symptomatic uncomplicated diverticular disease // Dis. colon. rectum. – 2007. – № 50. – P. 1460–1464.

Поступила 31.01.2012

Е. Н. ЖУЛЕВ, С. Ю. ГАБЫШЕВА-ХЛУСТИКОВА

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗУБОВ, ПОКРЫТЫХ ИСКУССТВЕННЫМИ КОРОНКАМИ, В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздравоохранения России,
Россия, 603005, г. Нижний Новгород, ул. Минина, 20а,
тел. (831) 436 09 79. E-mail: hrustalev54@mail.ru

Статья содержит результаты клинико-рентгенологического исследования зубов, покрытых искусственными коронками, в отдаленные сроки после протезирования. Приводятся данные о состоянии твердых тканей под коронками, состоянии краевого пародонта и фиксирующего материала, а также качестве краевого прилегания искусственных коронок к шейкам зубов. В статье также изложены результаты изучения взаимосвязи указанных параметров между собой. Полученные данные позволяют объяснить причины несостоятельности ортопедического лечения несъемными протезами в отдаленные сроки после протезирования.

Ключевые слова: искусственная коронка, краевое прилегание, дентальная рентгенография, фиксирующий цемент.

E. N. ZHULEV, S. Y. GABYSHEVA-HLUSTIKOVA

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC ANALYSIS OF TEETH COVERED BY DENTAL CROWNS IN LONG-TERM PERIOD AFTER PROSTHETIC

Department of prosthodontics Nizhny Novgorod state medical academy (NNSMA),
Russia, 603005, Nizhny Novgorod, str. Minin, 20a, tel. (831) 436 09 79. E-mail: hrustalev54@mail.ru

This article contains the results of clinical and radiological examination of the teeth covered with dental crowns, in the late periods after prosthesis. The data on the status of hard tissue of teeth for crowns, periodontal status, state of the fixing cement, as well as of fit of artificial crowns to the teeth. The article also presents the results of the study of the relationship of these parameters with each other. The data obtained allow to explain the reasons for failure of orthopedic treatment of fixed prostheses in the late periods after prosthesis.

Key words: dental crown, marginal integrity, dental radiography, fixing cement.

Введение

Основными осложнениями биологического характера являются: разрушение твердых тканей зубов при вторичном кариесе, воспаление пульпы, поражение краевого пародонта (С. Д. Арутюнов, 1990; В. Н. Трезубов, 1996; Е. Н. Жулев, 2007) [1, 5, 3]. Как отмечает И. Г. Грицай (2004) [2], процент снятия несъемных протезов в связи с кариозным разрушением опорного зуба колеблется в пределах от 23–50% от общего количества осложнений. Неудачные же исходы лечения в

первые 2–3 года пользования несъемными протезами составляют 20%.

К наиболее частым осложнениям при применении несъемных конструкций А. Н. Ряховский (2000) [4] относит разрушение цементного слоя в области края коронки, ее расцементировку и развитие кариеса с последующими осложнениями. Растворение цемента приводит к появлению краевой проницаемости под протезом и проникновению бактерий. Нередко нарушение краевого прилегания связано не только с качеством фикса-