

INFLUENCING OF EXTRACTS OF NORTHEW LICHEN THALLUS OBTAINED BY DIFFERENT WAYS ON BIOLOGICAL PROPERTIES OF MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

G.V. Philippova, H.G. Pavlov, M.M. Shashurin, B.M. Kerschengoltz
(Institute of biological Problems of Cnyolitozone SD RAMS.
State Establishment Scientific-Practical Center «Phthisiology»)

Antibacterial action of hydroalcoholic extracts of lichens from sorts *Cetraria* and *Cladonia* on mycobacteria of tuberculosis is investigated. Mechanochemical processing of lichens thallus has allowed to allocate fuller spectrum of bioactive substances which increase antibacterial action. This effect is kept in relation antibiotics against tuberculosis mycobacteria cultures in dilute 1:8. The use of mechanic-chemical extract of lichens in treatment of an experimental tuberculosis sharply reduces severity of its course in the mice infected with clinical culture №238 with plural medicinal stability.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксенова В.А., Лугинова Е.Ф., Иванова А.П. и др. Лекарственно-устойчивый туберкулез у детей и подростков в России//12-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания: Сборник резюме. — М., 2002. — 272 с.
2. Блехер Л.Б., Колосова Т.И. Лечебное применение лекарственных растений. — СПб: ТЦ «Северо-Запад» СПБО СФК, 1992. — 378 с.
3. Вишневский Б.И., Оттен Т.Ф., Нарвская О.В., Вишневская Е.Б. Клиническая микробиология // Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. — СПб.: ЭПБИ-СПб., 2006. — С. 95-114.
4. Иванова Л.А. Характеристика лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у больных деструктивным туберкулезом легких в современных условиях// Новые технологии в диагностике и лечении туберкулеза различных органов и систем. — СПб, 1998. — Т. 2. — С. 156-160.
5. Ковалева В.Н., Зупанец И.А., Кисличенко В.С. Основы практической фитотерапии. — Харьков: Укр. ФА, 1999. — 304 с.
6. Лакин Г.Ф. Биометрия. — М.: Высшая школа, 1980. — 291 с.
7. Махлаюк В.П. Лекарственные средства в народной медицине. — Саратов: Приволжское книжное издательство, 1967. — 558 с.
8. Методы экспериментальной химиотерапии: практическое руководство/Под ред. Г.Н.Першина. — М.: Медицина, 1971. — 539 с.
9. Минаева В.Г. Лекарственные растения Сибири.— Новосибирск: Наука, 1991. — 431 с.
10. Мишин В.Ю. Современная тактика комплексного лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких // Борьба с туберкулезом на Крайнем Севере. — Якутск, 2000. — С. 192-195.
11. Витовская М.Л., Виноградова Т.И., Заболотных Н.В., Сафонова М.Ю. Роль исландета (экстракта из слоевищ цетрарии исландской) в комплексной терапии экспериментального туберкулеза/Пролеми туберкулеза и болезней легких. — 2005. — №11. — С. 44-47.
12. Сафонова М.Ю. Фармакогностическое и фармакологическое изучение слоевищ цетрарии исландской — *Cetraria islandica* (L.) Ach.: Автореф.дис... канд. фарм.наук. — СПб., 2002. — 21 с.
13. Соколова Г.Б. Новые подходы к лечению лекарственно-резистентных форм туберкулеза// Химиотерапия туберкулеза. — 2000. — №9. — С. 30-37.
14. Васильева И.А. Химиотерапия полирезистентного туберкулеза // IV съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров: Сборник резюме. — Йошкар-Ола, 1999. — С. 78.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ПОПОВ С.Л., КОРЕННАЯ Н.А., СКОРОБОГАТОВ В.И., СЕДЫХ Е.А., МИРСАНОВА Г.Г., ШУМАРА М. А. — 2008

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ДРЕНИРОВАНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ МЕТОДОМ НЕФРОСТОМИИ ПРИ ОСТРЫХ НЕОБСТРУКТИВНЫХ ГНОЙНЫХ ПИЕЛОНЕФРИТАХ

С.Л. Попов, Н.А. Коренная, В.И. Скоробогатов, Е.А. Седых, Г.Г. Мирсанова, М. А. Шумара
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н. проф. И.В. Малов,
кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. — д.м.н. проф. С.Б. Пинский;
МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк)

Резюме. Лечение острого необструктивного гнойного пиелонефрита требует своевременного проведения операции, неотъемлемой частью которой является декапсуляция почки. Выполнение нефростомии показано только в случае нарушения уродинамики верхних мочевых путей в виду высокого риска дополнительного инфицирования госпитальной микрофлорой.

Ключевые слова: острый пиелонефрит, нефростомия.

Адрес для переписки: Попов С.Л. — асс. каф. общей хирургии, урологии, к.м.н. 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118.

Инфекция мочевых путей относится к числу наиболее распространенных заболеваний не только в амбулаторной практике. Одним из серьезных инфекционных заболеваний мочевых путей является пие-

лонефрит, который нередко требует стационарного лечения. В структуре больных специализированных урологических отделений пациенты с острым пиелонефритом составляют до 14%, с хроническим воспалительным процессом — до 30% [5,6,12].

Различают первичный (неосложненный) и вторичный (обструктивный) пиелонефриты. По характеру течения он может быть острым (серозным или гнойным) и хроническим. Инфицирование мочевых путей может происходить восходящим, гематогенным и лимфогенным путями. Существуют различные мнения о преобладании того или иного пути инфицирования почек. Одни авторы отмечают преобладание восходящего пути инфицирования мочевых путей и доминирование грамотрицательной микрофлоры [1,5,16], другие — гематогенный путь инфицирования, а основной причиной считают стафилококк [14].

Заболевание развивается внезапно с появления болей в поясничной области, подъема температуры, явлениями интоксикации, в результате чего возникает необходимость дифференцировать с острым инфекционным заболеванием и пневмонией [6,11]. Прием жаропонижающих препаратов не только не улучшает состояние пациента, но и приводит к потере времени для оказания квалифицированной помощи. В связи с этим пациенты поступают в лечебное учреждение с уже развившимся гнойным процессом, нередко двусторонним, в тяжелом состоянии и требуют оперативного вмешательства [18].

Проведение антибактериальной терапии начинается с антибиотиков широкого спектра действия [7,17]. Своевременно начатая антибактериальная терапия в серозную фазу воспалительного процесса, как правило, приводит к снижению температуры, уменьшению интоксикации с последующим выздоровлением.

При формировании гнойных очагов возрастает интоксикация и антибактериальная терапия является малоэффективной. По данным УЗИ отмечается неоднородность паренхимы почки, сохраняющийся отек паренхимы и отсутствие кровотока под капсулой почки. Данные УЗИ являются объективными критериями которые, наряду с клинической картиной заболевания позволяют заподозрить наличие гнойных очагов в паренхиме почки и принять решение о проведении оперативного лечения [1,4]. Развитие очагов воспаления в корковом слое приводит к усилению гемодинамических нарушений и лимфостазу, а это, в свою очередь, способствует отеку паренхимы почки на фоне плотной капсулы, формируя зону ишемии в корковом слое. Наличие вирулентной инфекции, несвоевременность и недостаточность антибактериальной терапии на фоне нарушенной микроциркуляции в паренхиме почки являются идеальными условиями для формирования гнойных очагов [6,9,14]. Поэтому восстановление кровотока в паренхиме почки, в комплексе с адекватной антибактериальной терапией, является патогенетически обоснованным и достигается во время операции за счет декапсуляции почки [8, 9].

Необходимость дренирования мочевых путей при необструктивных пиелонефритах не вызывает сомнения [10,13,14,15]. Наиболее распространенными методами дренирования верхних мочевых путей является установка мочеточниковых катетеров или катетеров типа стент, дополняя дрениро-

ванием нижних мочевых путей катетером Фолея. Проведение перкутанной нефростомии под ультразвуковым контролем более оправдано при обструктивных формах пиелонефрита.

Ю.А. Пытель отмечал, что нарушения уродинамики могут быть выражены незначительно и предшествовать развитию острого пиелонефрита. Развитие воспаления в паренхиме почки влияет на моторику верхних мочевых путей негативным образом за счет вовлечения вегетативной нервной системы и нейрогуморальных факторов. В связи с этим выполнение нефростомии во время операции по поводу необструктивного острого гнойного пиелонефрита практически является стандартом [3, 12,13]. У данного вмешательства есть негативная сторона — дополнительная травма почки с возможным развитием рубцовых полей, зон ишемии и формированием ворот для инфекции. Длительное сохранение нефростомы сопровождается 100% инфицированием верхних мочевых путей, в том числе и госпитальной микрофлорой. Наличие открытой дренажной системы в условиях стационара в течение 4 суток сопровождается инфицированием до 95% больных. Наличие закрытой дренажной системы лишь замедляет скорость попадания инфекции в мочевые пути, ежедневно риск инфицирования возрастает на 5%. При этом на долю всех случаев госпитальной инфекции, связанной с мочевыми путями, приходится до 40%, а грамотрицательная микрофлора составляет до 46%. В связи с этим остается актуальным вопрос о целесообразности установки и длительном сохранении ворот для инфекции [18].

Ряд исследователей отмечают отсутствие функции нефростомы в послеоперационном периоде за счет нормальной работы верхних мочевых путей и предлагают отказаться от установки нефростомы в случае отсутствия обструкции верхних мочевых путей. При этом в основе патогенеза острого необструктивного пиелонефрита рассматривают нарушения гемодинамики в паренхиме почки за счет отека паренхимы почки на фоне плотной капсулы. Декапсуляция почки в данной ситуации не только способствует дренированию гнойных очагов, но и вызывает декомпрессию паренхимы почки, с восстановлением кровообращения в ней [6, 14].

Материалы и методы

В ретроспективное исследование было включено 54 больных, средний возраст составил 33,4+—17,3 лет, получивших оперативное лечение в урологическом отделении по поводу острого необструктивного пиелонефрита в 2005-2007 годах. Основным критерием отбора являлось отсутствие обструкции мочевых путей, проведения манипуляций на мочевых путях на догоспитальном этапе и оперативное лечение в условиях данного отделения. Все пациенты были разделены на 2 группы.

В 1 группу вошли 42 пациентов, подвергшиеся люмботомии, нефростомии, декапсуляции почки. 2 группу составили 12 пациентов, у которых была выполнена люмботомия и декапсуляция почки. Антибактериальная терапия проводилась цефтриаксоном в дозе 2 г в сутки и метрогиллом 1,5 г в сутки, в послеоперационном периоде лечение продолжалось с добавлением антибиотиков из группы фторхинолонов. Существенных различий в сроках госпитализации, частоте встречаемости сопут-

ствующей патологии не обнаружено. Среди пациентов в 1 группе преобладали женщины (70%), во второй группе женщин и мужчин было поровну.

Женщины, включенные в исследование, в предоперационном периоде подверглись катетеризации почек и мочевого пузыря мочеточниковым катетером и катетером Фолея в лечебных целях. У мужчин данная манипуляция не проводилась. Сохраняющаяся интоксикация, фебрильная температура и усиление отека паренхимы по данным ультразвукового исследования на фоне проводимой терапии явились показаниями для проведения оперативного лечения. Оценен микробный пейзаж мочи в предоперационном периоде и посев из раны во время операции. Изучены отдаленные результаты у больных подвергшихся повторным госпитализациям из числа оперированных больных обеих групп. Обработка полученных результатов проведена с использованием профессионального пакета для обработки и анализа статистической информации STATISTICA 6.0. При сравнении зависимых групп применен критерий Вилкоксона. Значимые различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

У 38 пациентов отмечено острое начало заболевания. У 29 пациентов четко прослеживалась связь между перенесенным переохлаждением, ОРВИ и развитием заболевания. У 12 пациентов заболевание началось с дизурии, никтурии с последующим появлением через 2-3 дня болей в поясничной области, подъема температуры. Сами пациенты расценивали ситуацию как цистит. С целью исключения терапевтической, гинекологической и хирургической патологии больные были консультированы соответствующими специалистами. Терапевт привлекался в 32 наблюдениях гинеколог и хирург в 18 и 9 случаях соответственно.

Неоднородность и отек паренхимы почки по данным ультразвукового исследования на момент операции в той или иной степени были обнаружены у всех пациентов. Отсутствие кровотока под капсулой почки и выраженный отек паренхимы почки в сочетании показали себя надежными критериями для выявления гнойного пиелонефрита. Интраоперационная картина соответствовала данным, полученным в предоперационном периоде при проведении УЗИ. Проведение декапсуляции почки во время операции способствовало восстановлению кровотока в корковом слое при ультразвуковом контроле у всех пациентов в первые сутки после операции. Нарушения уродинамики верхних мочевых путей по данным ультразвукового исследования не обнаружено ни в одном из 54 наблюдений.

Традиционно рассматривая восходящий путь распространения инфекции для грамотрицатель-

ной микрофлоры и гематогенный для стафилококка, мы не пришли к однозначному выводу о преобладании того или иного пути инфицирования у наших пациентов.

Проведение катетеризации пациенток при поступлении не привело к появлению преимуществ по сравнению с мужчинами, избежавших данной манипуляции. В целом группы были расценены как однородные, особенностей в течение послеоперационного периода обнаружено не было.

Таблица 1

Микробный пейзаж у больных острым пиелонефритом

Группа	Микробный пейзаж									
	Первая госпитализация						Повторная госпитализация			
	Посев мочи			Посев из раны			Посев мочи			
	Staf. aureus	E. coli	Str. Epiderm.	Staf. aureus	E. coli	Str. Epiderm.	Staf. aureus	E. coli	Serratia rubidea	Pantotea aglome-rans
1	1	-	1	3	1	1	5	4	4	3
2	2	-	-	5	-	-	-	-	-	-

Повторной госпитализации подверглись 20 больных из числа оперированных с 2005 по 2007 годы, из них 2 были госпитализированы дважды. Все пациенты являлись представителями первой группы, из них 7 поступили с клиникой обострения пиелонефрита на фоне нефростомы и 14 в плановом порядке для ее удаления. У 16 больных была обнаружена госпитальная микрофлора в посевах мочи в высоких титрах. Преобладала грамотрицательная микрофлора (68%), изменения в микробном пейзаже во второй группе были значительны по сравнению с первичной госпитализацией ($p < 0,05$). В среднем нефростома сохранялась до $42,15 \pm 17,4$ суток, а нетрудоспособность составила $47,69 \pm 17,06$ суток. Из данных 20 пациентов 3 (15%) были мужчины, у всех обнаружена грамотрицательная микрофлора, несмотря на отсутствие катетеризации мочевых путей в предоперационном периоде.

Таким образом, основным источником инфицирования мочевых путей являлась нефростома. Учитывая высокий риск инфицирования верхних мочевых путей целесообразность установки нефростомы в случае отсутствия нарушений уродинамики при выполнении операции по поводу острого гнойного необструктивного пиелонефрита должна рассматриваться в каждом случае индивидуально. Проведение декапсуляции почки во время операции способствует не только дренированию гнойных очагов, но и восстановлению кровотока в корковом слое почки и является основным этапом оперативного пособия.

ON THE EXPEDIENCY TO FULFIL NEPHROSTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE NONOCCLUSIVE PURULENT PYELONEPHRITIS

S. Popov, N. Korennaja, V. Scorobogatov, E. Sedich, G. Mirsanova, M. Shumara
(Irkutsk State Medicine University)

The treatment of acute nonocclusive purulent pyelonephritis includes operation. During the operation we remove capsule of kidney. The fulfillment of nephrostomy is necessary in cases connected with disturbance of urodynamics of upper urinary ways because of high risk of additional infecting with hospital infection microflora.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайнберг С. Неотложная урология. — М.: Московский рабочий, 1997. — 48 с.
2. Герасимович Г.И. Пиелонефрит беременных // Здравоохранение. — 2000. — № 4. — С. 30-34.
3. Довлатян А.А., Кабасов А.В. Острый пиелонефрит при сахарном диабете. // Урология. — 2003. — №3. — 20 с.
4. Жестовская СИ., Евдокимова Е.Ю., Андрейчиков А.В. Материалы конгресса РАДИОЛОГИЯ 2007 <http://www.Acustik.ru> Ультразвуковое мониторирование у больных острым пиелонефритом.
5. Лопаткин Н.А., Шабад А.Л. Урологические заболевания почек у женщин. — М.: Медицина, 1985. — 240 с.
6. Лопаткин Н.А., Деревянко И.И. Неосложненные и осложненные инфекции мочеполовых путей. Принципы антибактериальной терапии // РМЖ. — 1997. — Т.5. №24. — С.1579-1588.
7. Лоран О.Б., Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И. Патофизиологические особенности лечения уросепсиса у больных с острым гнойным пиелонефритом // Клиническая антимикробная химиотерапия. — 1999. — Т.1. — №3. — С.
8. Новиков Ю.В., Шорманов С. В., Шорманов И. С. Почки и их сосудистая система в условиях нарушения притока артериальной крови. // Урология. — 2006. — №3. — 44с.
9. Новиков Ю.В., Шорманов С. В., Шорманов И. С. // Состояние сосудистого русла почек в условиях хронического нарушения оттока венозной крови. // Урология. — 2006. — №5. — 84с.
10. Тареева И.Е. Нефрология. Руководство для врачей: в 2-х томах / Под ред. И.Е. Тареевой. — М.: Медицина, 1995. — Т. 2. — 416 с.
11. Люлько А.В., Горев Б.С., Кондрат Т.С. и др. Пиелонефрит. — Киев: Здоров'я, 1989. — 272 с.
12. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Неотложная урология. — М.: Медицина, 1985. — 320с.
13. Ходырева Л.А., Мудрая И.С. Изменения давления в лоханке почки при остром и хроническом течении пиелонефрита. — // Урология. — 2006. — №6. — 56с.
14. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю.Д., Вальтфогель И.В. // Острые гнойные заболевания почек у детей. — Кемерово: 1991. — 8с.
15. Яненко Э.К., Ступак Н.В., Мудрая И.С., Сафаров Р.М., Кирпатовский В.И. Роль уровня обструкции в нарушении уродинамики верхних мочевых путей при осложнениях мочекаменной болезни // Урология. — 2004. — №3. — 3с.
16. Журавлев В.Н., Франк М.А., Шамуратов Р.Ш. Роль госпитальной инфекции в развитии гнойно-деструктивных форм острого гнойного пиелонефрита. // Эффективная фармакология в урологии. — 2007. — №1. — С. 38.
17. Яковлев С.В. Рекомендации Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей; комментарии к возможности практического использования в России // Эффективная фармакология в урологии. — 2007. — №1. — С. 18.
18. Walsh P.C. Campbell's urology Eighth Edition, volume 1 536p.

© АНТИПОВА О.В., ЗЛОБИНА Т.И., МЕНЬШИКОВА Л.В., КАЛЯГИН А.Н., ТРЕСКОВА М.С. — 2008

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИТУКСИМАБА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПО ДАННЫМ ИРКУТСКОГО ГОРОДСКОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

О.В. Антипова, Т.И. Злобина, Л.В. Меньшикова, А.Н. Калягин, М.С. Трескова
(МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк, Иркутский городской ревматологический центр, зав. — Т.И. Злобина; Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра семейной медицины, зав. — д.м.н., проф. Л.В. Меньшикова; Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Горяев)

Резюме. В статье обобщён опыт использования препарата моноклональных антител к В-лимфоцитам (ритуксимаба) в лечении 21 больного с ревматоидным артритом. Показана статистически значимая положительная динамика ключевых параметров, используемых для оценки эффективности лечения таких больных (утренняя скованность, число болезненных и припухших суставов, общая оценка состояния больных по визуально-аналоговой шкале, СОЭ, индекс DAS). Представлен клинический пример рентгенологически подтверждённого обратного развития проявлений ревматоидного артрита.

Ключевые слова: ритуксимаб, моноклональные антитела к В-лимфоцитам, ревматоидный артрит, Иркутский городской ревматологический центр, клиническое наблюдение.

Адрес для переписки: 664046, г. Иркутск, ул. Байкальская, 118, Иркутский городской ревматологический центр МУЗ «Клинической больницы №1 г. Иркутска», Антипова Ольга Валентиновна — врач-ревматолог. Тел. (3952) 224891.

Биологические методы лечения ревматоидного артрита и других ревматических заболеваний, основаны на взаимодействии препаратов с ключевыми механизмами развития болезни, представляют собой новый тип патогенетической терапии в ревматологии.

Ритуксимаб (мабтера) представляет собой генно-инженерное химерное моноклональное антитело, состоящее из человеческого и мышиноного белка. Оно направлено против антигена CD20, находящегося на поверхности зрелых В-клеток, но не на развивающихся в них плазматических клетках, которые являются продуцентами антител. Применение ритуксимаба приводит

к резкому снижению на длительный срок популяции в-клеток; количество же вырабатываемых антител плазматических клеток существенно не изменяется [1].

В 2006 году ритуксимаб зарегистрирован в США, странах Европейского Союза и Российской Федерации в качестве средства, предназначенного для терапии ревматоидного артрита (РА). Эффективность и безопасность ритуксимаба в лечении РА была доказана в нескольких мультицентровых исследованиях [2].

Целью нашего исследования является оценить эффективность ритуксимаба у больных РА, получавших лечение в Иркутском городском ревматологическом центре.