

Рис. 3. Структура выделенных штаммов НФБ

P. aeruginosa преимущественно обнаруживались при гнойно-септических и урогенитальных инфекциях, *A. baumannii* - при инфекциях нижних дыхательных путей.

Клинические штаммы *P. aeruginosa* характеризовались множественной резистентностью к антибиотикам, в частности к бета-лактамам антибиотикам и цефалоспорином. К пиперациллину были резистентны 76% клинических штаммов *P. aeruginosa*, цефепиму – 96%, цефтазидиму – 86%, цефоперазону

– 94% и цефотаксиму – 87% культур, тогда как к меропенему лишь 39% исследованных штаммов. Относительно высокой в отношении *P. aeruginosa* оставалась эффективность аминогликозидов, поскольку к тобрамицину резистентными оказались только 48% штаммов, а к амикацину – 51%.

Несколько иными были результаты тестирования антибиотикочувствительности клинических штаммов *Acinetobacter spp.* В частности, чувствительность к меропенему показали 75% культур, к тобрамицину – 52%, к нетилимицину – 50% и к амикацину – 30%.

Работа выполнена в соответствии с ФЦП «Научные и научно-педагогические кадры инновационной России на 2009-2013 гг.» ГК №П385 от 30.07.2009 г.

Сведения об авторах статьи:

Хасанова Гузель Фаузавиевна – аспирант кафедры фундаментальной и прикладной микробиологии БГМУ.

Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: HasanovaGF@rambler.ru

Мавзютов Айрат Радикович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой фундаментальной и прикладной микробиологии БГМУ.

Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Ufalab@mail.ru.

Мирсаянова Ирина Анатольевна – аспирант кафедры фундаментальной и прикладной микробиологии БГМУ.

Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Хасанова Суфия Гайсеевна – зав. бактериологической лабораторией МУ ГКБ № 21 г. Уфы.

Хазеева Гузель Дамировна – ассистент кафедры фундаментальной и прикладной микробиологии.

Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Магазов Риза Шаихьянович – д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Ворошилова Наталья Николаевна – д.м.н., профессор, зав. лабораторией НПО «Микроген»

ЛИТЕРАТУРА

1. Розанова, С.М. Результаты мониторинга устойчивости возбудителей госпитальных инфекций к антибиотикам в ОРИТ Екатеринбурга /С.М.Розанова, В.А.Руднов, Я.Б.Бейкин [и др.]// Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. –2005. – № 7 (4). – С. 410-8.
2. Решедько, Г.К. Неферментирующие грамотрицательные возбудители нозокомиальных инфекций в ОРИТ России: проблемы антибиотикорезистентности/Г.К.Решедько, Е.Л.Рябкова, А.Н.Фарашук [и др.]. //Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. –2006. – № 8(3). – С. 1–16.
3. Руднов, В.А. Клиническая значимость инфекций, вызванных панрезистентными штаммами *Pseudomonas aeruginosa* у пациентов ОРИТ /В.А.Руднов, З.А.Фролова, С.М. Розанова [и др.]// Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. –2007. – № 9 (2). – С. 37.
4. Руднов, В.А. Инфекции в отделениях реанимации и интенсивной терапии, вызванные *P. aeruginosa* и *Acinetobacter spp.* Consilium Medicum /В.А.Руднов, А.С. Зубарев //Антимикробная терапия. – Т. 10, №1. – 2008.
5. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский А.И. [и др.] Нозокомиальная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей. 2005.
6. Шагинян, И.А. Неферментирующие грамотрицательные бактерии в этиологии внутрибольничных инфекций: клинические, микробиологические и эпидемиологические особенности /И.А.Шагинян, М.Ю.Чернуха// КМАХ. – 2005. – № 7(3). – С. 271-285.
7. Drusano GL. Prevention of resistance: a goal for dose selection of antimicrobials agents. Clin Infect Dis 2003; 36: 42–52.
8. Kadusevicius E, Zmuidaitė V, Stankeviciene I et al. Clinical outcomes and effectiveness of antimicrobial treatment of patients with antibiotic-resistant *P.aeruginosa* pneumonia. Clin Microbiol Inf 2003; 9 (8): P1513.
9. Joly-Guillou M.-L. Clinical impact and pathogenicity of *Acinetobacter Acinetobacter spp.* Clin Microbiol Infect 2005; 11: 868–73.

УДК 617-089 Д44

© Р.З. Латыпов, В.В. Плечев, А.В. Чабин, 2012

Р.З. Латыпов, В.В. Плечев, А.В. Чабин ПОКАЗАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ ПРИ ВИСЦЕРОПТОЗЕ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравоохранения России, г. Уфа

В статье отражены вопросы диагностики и показания к органосохраняющему хирургическому лечению нарушений флексуальной проходимости толстой кишки у больных, страдающих висцероптозом.

Ключевые слова: висцероптоз, толстая кишка, проходимость флексур, поперечник, индекс.

R.Z. Latypov, V.V. Plechev, A.V. Chabin
**INDICATIONS FOR ORGAN-SAVING SURGERIES
 ON THE LARGE INTESTINE IN VISCEROPTOSIS**

Issues of diagnostics and indications for organ-saving surgical management of colonic flexure patency disorders in visceroptosis patients are discussed in the article.

Key words: visceroptosis, large intestine, flexure patency, diameter, index.

Клинические проявления хронических дисфункций толстой кишки при висцероптозе, возникающие как первичная манифестация заболевания, становятся объектом внимания хирургов только в стадии суб- и декомпенсированного колостаза [5,10,9].

В этой связи ряд авторов не без основания придерживаются мнения о том, что длительное консервативное лечение колостазов и доведение его до степени суб- и декомпенсации является неоправданным [1,3].

Связанно это, во-первых, с тем, что широко используемая в настоящее время субтотальная резекция ободочной кишки часто не приводит к ожидаемым результатам, так как после проведения субтотальных резекций толстой кишки процент неудовлетворительных исходов остается высоким и колеблется в пределах от 17,6 до 45,9 [2,4,6,8].

Во-вторых, хирург, выполняя субтотальную резекцию ободочной кишки при декомпенсированном колостазе, часто вынужден дополнительно производить резекционные и реконструктивные операции по устранению уже возникших органических изменений вышележащих отделов пищеварительного тракта [5,7,9,10].

Подлежит признанию и тот факт, что наиболее уязвимой областью при висцероптозе являются два изгиба ободочной кишки (печеночный и селезеночный), так как они подвержены деформациям, которые приводят к нарушениям проходимости различной степени выраженности [5,10].

Целью исследования явилось обоснование необходимости и целесообразности широкого использования операций органосохраняющего типа на толстой кишке при висцероптозе.

Материал и методы

Работа базируется на всестороннем анализе историй болезни 123 больных с установленным клиническим диагнозом висцероптоз, находившихся на лечении в отделении хирургии №1 Клиники БГМУ за период 2000 - 2009 годов.

Женщин было 92 (81,2%), мужчин 31 (18,8%). Средний возраст женщин составил $51,3 \pm 1,4$, мужчин - $45,5 \pm 2,9$ года.

В соответствии с задачей, поставленной перед исследованием, а именно в целях объ-

ективной оценки степени нарушений проходимости ободочных изгибов нами применен разработанный в клинике метод с использованием индекса соответствия поперечников (ИСП) толстой кишки, основанный на количественной оценке состояния пластического тонуса различных сегментов толстой кишки (патент РФ № 2151591), позволяющей использовать его как при иригоскопии, так и при проведении пассажа контрастной массы по толстой кишке при условиях полного заполнения толстой кишки бариевой взвесью.

При этом мы исходили из того, что расширение толстой кишки, происходящее в процессе тугого заполнения ее контрастной массой, зависит главным образом от исходного состояния тонуса различных ее отделов. По этой причине гипотония или гипертония, возникшие на каком-либо участке препятствия по ходу толстой кишки, приводят к нарушению существующей в норме пропорции между поперечниками различных ее отделов. При вычислении индекса соответствия поперечников мы также исходили из общеизвестного положения о существовании обратной зависимости между тонусом и растяжимостью кишечной стенки. Индекс соответствия поперечников толстой кишки вычисляли путем деления поперечников проксимального сегмента на поперечник дистально расположенного отдела толстой кишки, полученная цифра умножалась на 100 и выражалась в процентах (см. рисунок).

При оценке результата определения индексов соответствия поперечников толстой кишки мы исходили из того, что при наличии нарушений проходимости в печеночном изгибе ободочной кишки было логичным ожидать увеличение цекотрансверзального индекса в связи с наступившей гипотонией и дилатацией правого фланга. При снижении цекотрансверзального индекса имела место гипотония правой ветви ободочной кишки.

В случае нарушения проходимости в селезеночном изгибе ободочной кишки предполагалось увеличение трансверзосигмоидального индекса по причине возникших атонии или гипотонии поперечной ободочной кишки, а при снижении трансверзосигмоидального индекса следовало ожидать гипотонию левого фланга толстой кишки.

При увеличении цекосигмоидального индекса предполагалось нарушение проходимости в обеих флексурах ободочной кишки, а в случае снижения цекосигмоидального ин-

декса ожидаемый результат мог бы оцениваться как развившаяся гипотония левого фланга толстой кишки.

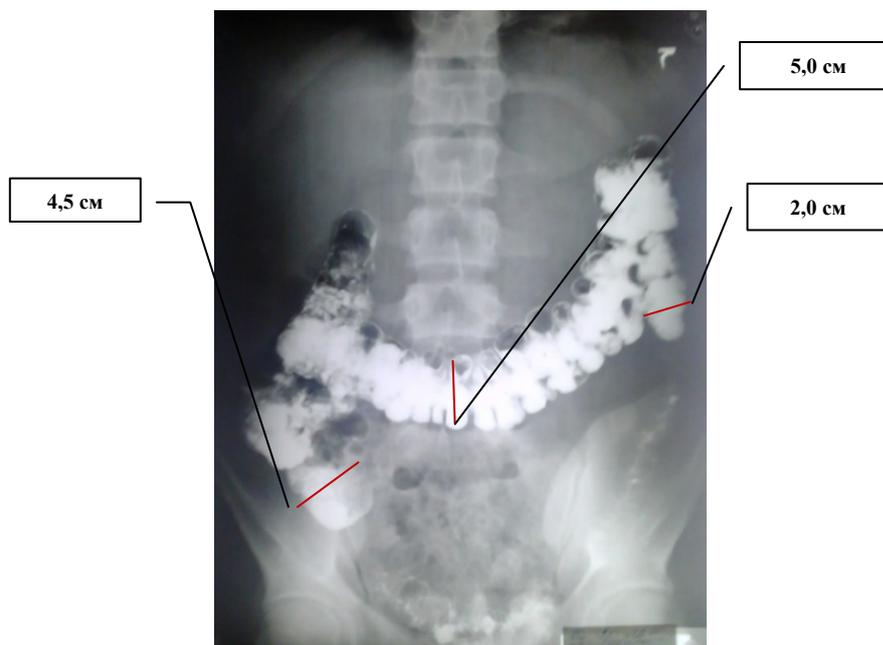


Рис. Схема определения индексов соответствия поперечников толстой кишки. Трансверзоптоз, синдром обеих флексур

Результаты и обсуждение

Обоснование показаний к применению и определение предстоящего объема оперативных вмешательств на толстой кишке при висцероптозе в зависимости от полученной

клинико-рентгенометрической оценки нарушений проходимости ободочных изгибов с использованием ИСП толстой кишки проведены у 54 больных. Полученные данные представлены в таблице.

Таблица

Определение объема оперативных вмешательств при висцероптозе в зависимости от результатов количественной оценки нарушений проходимости ободочных изгибов толстой кишки

Объем оперативного вмешательства	Число больных		Индекс соответствия поперечников толстой кишки (%) (M±m)		
	абс	%	Цекотрансверзальный	Трансверзосигмоидальный	цекосигмоидальный
Контрольная группа (показатели индексов, принятые за норму)	13	-	128,3 ± 3,1	142,7 ± 3,9	182,4 ± 4,8
Гастропликация, гастропексия, коррекция обеих флексур трансверзопликация, трансверзопексия	19	35	141,6 ± 1,8**	153,7 ± 2,4*	207 ± 2,7**
Коррекция обеих флексур, трансверзопликация, трансверзопексия	6	12	157 ± 1,6**	164 ± 5,7*	223 ± 2,2**
Коррекция правой флексуры, трансверзопликация, трансверзопексия, пластика илеоцекального клапана	2	3	165,4 ± 2,8**	127,7 ± 2,4**	207 ± 3,2**
Коррекция левой флексуры, трансверзопликация, трансверзопексия, пластика илеоцекального клапана	12	23	120 ± 1,4*	172,6 ± 1,9**	228,6 ± 3,4**
Правосторонняя гемиколэктомия, илнотрансверзоанастомоз	5	9	171,3 ± 2,6	138,2 ± 3,2	225,1 ± 2,8
Левосторонняя гемиколэктомия, трансверзосигмоанастомоз	10	17	122 ± 1,7	186,6 ± 2,3	215,3 ± 2,9

* Различия достоверны (p < 0,01). ** Различия достоверны (p < 0,001).

Как видно из таблицы, 19 больным выполнена гастропликация, гастропексия, коррекция обеих флексур трансверзопликация, трансверзопексия в положении достигнутой коррекции, при этом цекотрансверзальный индекс (ЦТИ) составил 141,6 ± 1,8 %, трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ) – 153,7 ± 2,4%, цекосигмоидальный индекс (ЦСИ) – 207 ± 2,7%. При синдроме обеих флексур 6 больным, у которых выполнялась коррекция обеих флексур путем трансверзопликации, трансверзопексии, цекотрансверзальный индекс (ЦТИ) составил 157 ± 1,6%, трансверзо-

сигмоидальный индекс (ТСИ) – 164 ± 5,7%, цекосигмоидальный индекс (ЦСИ) – 223 ± 2,2%. Коррекция правой флексуры с пластикой илеоцекального клапана с помощью органосохраняющих операций проводилась 2 пациентам при индексах: цекотрансверзальный индекс (ЦТИ) – 165,4 ± 2,8%, трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ) – 127,7 ± 2,4%, цекосигмоидальный индекс (ЦСИ) – 207 ± 3,2%. У 12 больных при синдроме левой флексуры проводилась коррекция нарушений проходимости с одновременной пластикой илеоцекального клапана при значениях, равных: це-

котрансверзальный индекс (ЦТИ) $120 \pm 1,4\%$, трансверзосигмоидальный индекс (ТСИ) – $172,6 \pm 1,9\%$, цекосигмоидальный индекс (ЦСИ) – $228,6 \pm 3,4\%$. Необходимость проведения правосторонней гемиколэктомией с наложением илеотрансверзоанастомоза выявлена у 5 больных с показаниями цекотрансверзального индекса (ЦТИ) $171,3 \pm 2,6\%$, трансверзосигмоидального индекса (ТСИ) – $138,2 \pm 3,2\%$, цекосигмоидального индекса (ЦСИ) – $225,1 \pm 2,8\%$. Основанием для проведения левосторонней гемиколэктомии с трансверзосигмоанастомозом у 10 пациентов явилось резкое увеличение трансверзосигмоидального индекса (ТСИ) $186,6 \pm 2,3\%$ и цекосигмоидального индекса (ЦСИ) $215,3 \pm 2,9\%$.

Показаниями к операции при синдроме правой флексуры служат наличие выраженного колющего болевого симптома в правом подреберье, возникающего вне связи с патологией желчевыводящих путей и гипотония правого фланга толстой кишки при увеличении цекотрансверзального индекса свыше $165,4\%$.

Показанием к оперативной коррекции нарушений проходимости в левом ободочном изгибе являются: наличие постоянных колющих болей в левом подреберье, вздутие живота, выраженная гипотония поперечной ободочной кишки, увеличение трансверзосигмоидального индекса свыше $172,6\%$, наличие запоров, купируемых приемом слабительных средств.

Показанием к оперативному лечению синдрома обеих флексур служит резкое повышение цекосигмоидального индекса выше 223% вследствие выраженной гипотонии правого фланга толстой кишки, обусловленной удвоенной патологической нагрузкой на правый фланг толстой кишки и связанной с наличием нарушений проходимости в обоих ободочных изгибах.

Все вышесказанное в равной степени относится к группе больных, которые одновременно имеют гастроптоз, трансверзоптоз, с неизбежно возникающим при этом синдроме «обеих флексур». У этих больных флексуральная проходимость осложняется нарушениями процессов пищеварения, клинически сопровождается потерей массы тела, что требует своевременной одновременной коррекции гастро- и трансверзоптоза.

Оперативное лечение получили 54 (43,9%) пациента из 123 больных. Операции органосохраняющего типа выполнены у 39 (72,3%) пациентов, а у 15 (27,7%) применен резекционный метод коррекции данной патологии.

Выводы

1. Нарушение проходимости в ободочных изгибах при висцероптозе является неизбежным, носит характер главного патогенетического звена хронической дисфункции толстой кишки у больных независимо от анатомического его варианта и подлежит устранению путем применения операций органосохраняющего типа в стадиях, предшествующих развитию декомпенсированного колостазы.
2. Показаниями к применению операций органосохраняющего типа на толстой кишке при синдроме правой флексуры являются: наличие выраженного болевого симптома в правом подреберье, возникающего вне связи с патологией желчевыводящих путей, выраженная гипотония правого фланга толстой кишки при значительном увеличении цекотрансверзального индекса в пределах $165,4\%$. Операция органосохраняющего типа выполняется даже в стадии компенсированного колостазы в связи с прогрессирующим течением заболевания.
3. Показаниями к применению операции органосохраняющего типа на толстой кишке при синдроме левой флексуры служат наличие постоянных колющих болей в левом подреберье, вздутие живота, трансверзосигмоидальный индекс свыше $172,6\%$. Операция подлежит выполнению в ранних стадиях заболевания.
4. Показанием к выполнению операций органосохраняющего типа на толстой кишке при синдроме обеих флексур служит увеличение цекотрансверзального индекса свыше 157% , трансверзосигмоидального индекса свыше 164% , цекосигмоидального индекса 223% .
5. Проведение правосторонней гемиколэктомии при синдроме правой флексуры необходимо при цекотрансверзальном индексе $171,3\%$, трансверзосигмоидальном индексе $138,2\%$ и цекосигмоидальном индексе $225,1\%$.
6. Проведение левосторонней гемиколэктомии при синдроме левой флексуры необходимо при цекотрансверзальном индексе 122% , трансверзосигмоидальном индексе $186,6\%$, цекосигмоидальном индексе $215,3\%$.

Сведения об авторах статьи:

Латыпов Ринат Закирович – д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «БГМУ Минздравсоцразвития России», Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3

Плечев Владимир Вячеславович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «БГМУ Минздравсоцразвития России», Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3

Чабин Алексей Владимирович – консультант по лекарственным препаратам Ипка Лабораториз Лимитед. Адрес: 121609, г. Москва, Рублевское шоссе, д. 36, корп. 2, офис. 233-235. achabin@rambler.ru, тел 266-03-82.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алешин, Д.В. Выбор метода хирургического лечения резистентных форм колостазы : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.
2. Ачкасов, С. И. Аномалии развития и положения толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение: автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 2003. – 31 с.
3. Баймухамбетов, Ж.Ж. Диагностика и комплексное лечение нарушений транзитной функции толстой кишки: автореф. дис. д-ра мед. наук. – Шимкент, 2007. 41 с.
4. Джавадов, Э.А. Хирургическое лечение хронического колостазы. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. –2009. –№12. – С.60-62.
5. Иванов, А.И. А Диагностика и лечение хронического толстокишечного стаза, обусловленного висцероптозом/А.И. Иванов, В. Тобохов// Российский медицинский журнал. –2003. – № 4. – С. 35-39.
6. Ильканич, А.Я. Лечебно-диагностический алгоритм при заболеваниях ободочной кишки: автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 2009. – 44 с.
7. Клименко, Г.А. Гастроптоз и колоноптоз в современной хирургической гастроэнтерологии: сборник научно-практических работ, посвященный 90- летию кафедры общей хирургии Рос ГМУ. –Ростов –на Дону, 2006. – С.64-68.
8. Мехдиев, Д.И. Миниинвазивные методы лечения хронического колостазы ,обусловленного синдромом Пайра/Д.И. Мехдиев, А.Х. Галямов [и др.]. Здравоохранение Башкортостана. –2003. – Спец. выпуск №1. – С.89-91.
9. Неустров, П.А. Алгоритмы выбора объема резекции ободочной кишки у больных с висцероптозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Якутск, 2006. – 24 с.
10. Тобохов, А.В. Диагностика и хирургическое лечение висцероптоза: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 213с.

УДК 615.21/26

© Т.А. Мельникова, Ф.С. Мусина, Р.Т. Хамидуллин, П.Д. Болотов, З.З. Султанова, 2012

Т.А. Мельникова, Ф.С. Мусина, Р.Т. Хамидуллин, П.Д. Болотов, З.З. Султанова
**ОПЫТ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕФЛУНОМИДА
 ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА**
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа*

В результате исследования выявлены высокая эффективность лефлуномида при лечении псориатического артрита, достоверное снижение показателей суставного синдрома и лабораторных параметров активности воспаления после месяца лечения с нарастанием эффекта лечения в течение 4-5 месяцев. Отмечена хорошая переносимость лечения лефлуномидом больных псориатическим артритом. Продемонстрированы достоверное уменьшение проявлений воспаления, замедление темпа рентгенологического прогрессирования и остановка деструктивного процесса у большинства больных.

Ключевые слова: псориатический артрит, лефлуномид.

T.A. Melnikova, F.S. Musina, R.T. Hamidullin, P.D. Bolotov, Z.Z. Sultanova
**LONG-TERM APPLICATION OF LEFLUNOMIDE
 IN PSORIATIC ARTHRITIS TREATMENT**

Study results demonstrating high efficacy of leflunomide in psoriatic arthritis treatment are discussed in this article. An authentic decline in articular syndrome intensity and the laboratory parameters of inflammation process was observed following a month-long therapy, the effect increasingly persistent within the initial 4-5 months. Psoriatic arthritis patients were found to display a high tolerance level to leflunomide. A considerable decrease in inflammation signs, a delay in radiologically confirmed progression and the destructive process arrest were revealed in most patients with psoriatic arthritis.

Key words: psoriatic arthritis, leflunomide.

Исследования патогенеза воспалительного процесса при псориатическом артрите (ПА), проведенные в последние годы, позволяют считать, что Т– клетки играют ключевую роль как в развитии, так и в дальнейшем прогрессировании заболевания [1]. С этой точки зрения применение лекарств, способных регулировать пролиферацию активированных Т–клеток, является наиболее оправданным. К новым средствам базисной терапии относится лефлуномид (ЛФ) (Арава производства фармацевтической компании Aventis, Германия), созданный специально для лечения ревматоидного артрита (РА), но показавший свою эффективность и при ПА. ЛФ угнетает синтез пиримидина *de novo*, что приводит

к торможению пролиферации активированных Т–клеток в фазе G1 клеточного цикла [2] и к изменению Т–клеточного аутоиммунного ответа; подавляет синтез провоспалительных цитокинов (интерферона g и ФНО-а), уменьшает Т–зависимый синтез антител В–клетками [3]. Под влиянием ЛФ происходит угнетение фактора транскрипции NF–kb [4] (фактор, необходимый для активации генов, кодирующих синтез провоспалительных медиаторов), ЦОГ–2 [5], синтеза молекул адгезии [6], повышение продукции цитокина TGFb [7], блокирующего пролиферацию Т– и В–лимфоцитов.

Целью нашего исследования явилось изучение длительного применения ЛФ у