

целесообразно применение активных метаболитов витамина D по сравнению с нативными витаминами D. Это обусловлено наличием мальабсорбции кальция и большей доступностью активных метаболитов для тканей-мишеней, а также способностью подавлять повышенный уровень ПТГ и усиливать нервно-мышечную проводимость, уменьшая проявления миопатии. Необходимо отметить универсальность терапии активными метаболитами витамина D при всех видах остеопороза и возможность комбинированной терапии практически со всеми препаратами. Длительная терапия активными метаболитами витамина D (альфа-кальцитриолом и кальцитриолом) не дает значительного прироста массы кости (в среднем 2-3% в позвонках и до 2,5% в периферических костях за 2 года), тем не менее значительно снижается частота новых переломов костей (почти на 70%).

Таким образом, в арсенале семейного врача существует большой спектр фармакологических препаратов для лечения и профилактики остеопороза. В настоящее время имеются все возможности и для его ранней диагностики, что позволяет проводить адекватную и своевременную терапию и профилактировать возникновение переломов костей. Задача врача общей практики – индивидуально подобрать схему лечения и убедить пациента в необходимости длительно лечиться или осуществлять профилактику остеопороза.

**ПОСТОЯННЫЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ
КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ
(показания, противопоказания, механизмы действия
и основные осложнения)**

Р.С. Трухманов, П.В. Астахов, В.И. Шумский
МОНИКИ

На протяжении последних десятилетий число больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) прогрессивно увеличивается и составляет 60-65 человек на 1 млн. населения. На сегодняшний день в мире число больных, страдающих терминальной стадией ХПН, приближается к 3 млн. Однако специализированное лечение получает только 1/5 больных. В целом обеспеченность заместительной почечной терапией в разных странах составляет от 18 до 100%. В настоящее время в мире по поводу терминальной стадии ХПН заместительную почечную терапию получают более 700 тыс. больных. При этом примерно у 600 тыс. больных проводится лечение гемодиализом и 100 тыс. пациентов получают перитонеальный диализ.

Большая распространенность этой патологии, недостаточность аппаратуры для специализированного лечения требует от практических

врачей глубоких знаний вопросов диагностики, принципов лечения и амбулаторного ведения пациентов, а также основ медикаментозной коррекции наиболее распространенных осложнений у больных ХПН в терминальной стадии как на додиализном этапе, так в процессе лечения.

Снижение клубочковой фильтрации примерно до 30 мл/мин, появление первых признаков азотемии требуют начала консервативного лечения, направленного, во-первых, на организацию клинического мониторинга у врача-нефролога, во-вторых, на уменьшение генерации «уремических токсинов», в-третьих, – на увеличение их элиминации, в-четвертых, – на защиту пациента от их действия. При этом не следует забывать о патогенетическом и симптоматическом лечении основного заболевания.

Клинический мониторинг должен осуществляться врачом по месту жительства больного. Пациент, в свою очередь, должен регулярно измерять артериальное давление и суточный диурез, а также контролировать массу тела. Быстрое, в течение нескольких дней или недель, увеличение массы тела служит ранним показателем задержки жидкости и, следовательно, прогрессирования ХПН.

Наиболее оптимальна, на наш взгляд, следующая схема мониторинга:

Контроль АД.....	ежедневно
Контроль массы тела.....	еженедельно
Контроль суточного диуреза.....	1 раз в 3 дня
Контроль суточного потребления жидкости.....	ежедневно
Контроль функции почек (с определением калия, натрия, кальция, фосфора, мочевины и креатинина крови, клубочковой фильтрации по креатинину, суточной экскреции натрия и калия).....	ежемесячно
Контроль анемии.....	ежемесячно
Обследование в условиях стационара (с обязательным исследованием ЭКГ, R-графии грудной клетки и кистей рук, фиброгастроскопии, УЗИ брюшной полости).....	не реже 1-2 раз в год

Диализ у больных с ХПН – один из важнейших этапов лечения. Своевременное начало активной терапии ХПН благоприятно сказывается на реабилитации больных и, в конечном итоге, на продолжительности жизни. Начало диализа может быть экстренное, срочное и плановое.

Экстренное начало – проведение гемодиализа в ближайшие 6-12 часов, максимум – сутки. Показаниями к экстренному началу являются альвеолярный отек легких, гиперкалиемия, декомпенсированный метаболический ацидоз, появление признаков полисерозита, присоединение инфекции или снижение уровня клубочковой фильтрации менее 5 мл/мин, иначе говоря, ХПН IIIБ ст. Идеальный сосудистый доступ в этой ситуации – двухходовой катетер, установленный в центральную вену.

Срочное начало гемодиализа – проведение гемодиализа в ближайшую неделю. В этой ситуации следует попытаться сформировать постоянный сосудистый доступ, однако дожидаться его готовности необязательно.

Для определения сроков начала планового лечения гемодиализом можно рекомендовать использовать в качестве маркера пороговую границу клубочковой фильтрации, которая в среднем составляет около 15 мл/мин.

Наблюдение за пациентом, находящимся на лечении программным гемодиализом, осуществляет врач-нефролог диализного центра.

Альтернативным методом лечения почечной недостаточности является перитонеальный диализ. Учитывая тот факт, что данные процедуры проводятся в домашних условиях, а контроль адекватности программы и решение вопросов коррекции осложнений могут возлагаться на врача по месту жительства больного, остановимся на более детальном рассмотрении процедур постоянного амбулаторного перитонеального диализа.

Перитонеальный диализ основан на свойстве брюшины исполнять роль полупроницаемой мембраны между естественно циркулирующей крови в органах, покрытых ею, и искусственно вводимой в полость брюшины жидкости – диализирующего раствора.

Перитонеальный диализ является многогранной проблемой, которая включает в себя группу аспектов: возможности брюшины как диализной мембраны, диализирующий раствор, способ сообщения с брюшной полостью, приспособления и аппараты для перитонеального диализа, абсолютные и относительные показания и противопоказания к перитонеальному диализу, ведение диализного процесса, диализные режимы, эффективность и пути ее повышения, сочетание перитонеального диализа с другими методами детоксикации крови, осложнения перитонеального диализа и их профилактика.

Брюшина как диализная мембрана. Площадь брюшины взрослого человека равна примерно поверхности тела и составляет 20-22 тыс. см². Площадь брюшины у детей – 383 см²/ кг тела, а у взрослого – 177 см²/ кг. Гистология брюшины достаточно сложна. Удаляемые из крови вещества вынуждены проходить через следующие слои: эндотелий капилляров, базальную мембрану капилляров, перитонеальный интерстиций, перитонеальный мезотелий, а также через капиллярные перициты и субмезотелиальную базальную мембрану.

Каждый слой является своего рода сопротивлением этому движению, кроме того, к препятствующим диализу факторам относятся: онкотическое давление крови и неподвижные, соприкасающиеся с брюшиной слои диализирующего раствора.

Движущими силами являются: диффузионные, гидростатические и осмотические. Если значение последних велико, возникает конвекционный компонент и часть крупномолекулярных веществ увлекается осмотическим потоком воды. Существует понятие и “обратная диффу-

зия” и “обратный осмос” то есть перенос электролитов, глюкозы и воды из диализирующего раствора в кровь.

Суммарный кровоток через капиллярную сеть брюшины равен почечному и составляет 1200 мл/мин. Влияние на выход низкомолекулярных субстанций, маркерами которых служат мочевины, креатинин и мочевиная кислота, сводится к сокращению их концентрационного градиента путем частой смены диализирующего раствора. Токсины с высокой молекулярной массой (β_2 -микроглобулин, паратгормон и др.) содержатся в крови в малых концентрациях, их диффузия замедлена, и на скорость их удаления больше влияет фактор времени. Перенос воды через брюшину базируется исключительно на осмотическом градиенте, создаваемом той или иной концентрацией глюкозы в диализирующем растворе.

Поры брюшины составляют всего 4% всей ее поверхности. Средний размер пор – 0,575 мкм. Эффективные мезотелиальные поры занимают 0,6% висцеральной брюшины и 0,2% париетальной. Из-за малой площади пор брюшина по пропускной способности никогда не приблизится к синтетической мембране.

Пропускная способность брюшины снижается при длительном лечении перитонеальным диализом с использованием гипертонических растворов и в особенности после каждого эпизода перитонита.

Диализирующий раствор должен быть стерильным, подогретым до температуры тела, не содержать нерастворимых частиц. Особая роль отводится обязательному компоненту диализирующего раствора – глюкозе. Концентрацией глюкозы регулируется осмолярность диализирующего раствора – основной стимулятор ультрафильтрации воды. Каждые 15 г глюкозы на 1 л увеличивают его осмолярность на 38,3 мосмоль.

Растворы после очистки заливают в твердые или эластичные пластиковые емкости, герметично укупоривают и подвергают стерилизации гамма-лучами. Коммерческие растворы отличаются многообразием концентрационных свойств для адаптации к той или иной клинической ситуации. В частности, содержание глюкозы бывает 15, 25 и 42,5 г/л.

Перитонеальные методы очищения крови, обладая технологическими преимуществами и недостатками по сравнению с другими способами аналогичного назначения, формируют целую систему относительных и абсолютных показаний и противопоказаний к своему использованию.

К абсолютным показаниям к перитонеальному диализу следует отнести геморрагический диатез, внутреннее кровотечение либо склонность к нему, аллергию на гепарин и протамин, нетранспортабельность больного, непереносимость донорской крови или ее дефицит, выраженные отеки состояния. К относительным показаниям относится гепаторенальный синдром, кратковременная программа при

острой почечной недостаточности, лечение грудных и маленьких детей, экзогенные отравления и инфекционные заболевания.

Абсолютными противопоказаниями к проведению перитонеального диализа являются: локализованные гнойные процессы в брюшной полости, свежие обширные ранения живота и состояния после хирургических вмешательств, ожоги передней брюшной стенки, большие грыжи, сообщения между плевральной и брюшной полостями, беременность более 3 месяцев, спаечный процесс в брюшной полости, двусторонние поражения легких, острую почечную недостаточность с выраженным гиперкатаболизмом, угрожающая жизни гиперкалиемия.

У уремических больных перитонеальный диализ широко используется для профилактики больших и смертельных кровотечений при декомпенсации кровообращения. Метод признан эффективным и для удаления ядов при острых экзогенных отравлениях. Следует также отметить, что у пожилых пациентов и детей перитонеальный диализ является методом выбора. К вынужденному применению этого метода прибегают в тех случаях, когда нет гемодиализных мест, нет сосудистого доступа, а также при диабетическом нефроангиосклерозе, когда лечение гемодиализом из-за обязательного использования гепарина усугубляет ангиоретинопатию. Метод используется также в целях подготовки к трансплантации почки для минимальной сенсibilизации реципиента донорской кровью и в случаях непереносимости гемодиализа.

Среди осложнений, возникающих во время проведения перитонеального диализа, следует выделить инфицирование подкожного туннеля перитонеального катетера. Частота встречаемости данного осложнения варьирует на разных этапах проведения постоянного амбулаторного перитонеального диализа (ПАПД). Так, в раннем послеоперационном периоде (до 1 мес.) она не превышает 3,5-4%, в отдаленном периоде вероятность ее возникновения увеличивается до 15-20%. Инфекция туннеля перитонеального катетера разделяется на острую (ее течение – до 1 мес.) и хроническую (более 1 мес.). Инфекция подкожного туннеля – коварное осложнение, которое зачастую приводит к развитию перитонита и «потере» перитонеального катетера. Наличие инфекции в зоне выхода перитонеального катетера, проявляющееся эритемой без видимых выделений, расценивается как риск удаления катетера (27% наблюдений). При наличии небольшого количества гнойного отделяемого в области выхода катетера без признаков эндотоксикации риск возрастает до 34%. При появлении обильного раневого отделяемого из области выхода катетера, повышения температуры тела и наличии признаков эндотоксикации риск составляет 45%, несмотря на антибактериальную терапию.

В табл. 1 приводится классификация степеней инфицирования туннеля перитонеального катетера по Twardowski.

Таблица 1

**Степени инфицирования туннеля перитонеальных катетеров
в зависимости от клинических проявлений по Twardowski**

Степень инфицирования выходного отверстия перитонеального катетера	Признаки
0 – отсутствие инфицирования	Кожа бледно-розового цвета, безболезненная, без индурации и эритемы
1 – хорошее состояние	Кожа влажная с наличием корочек
2 – состояние, подозрительное на инфицирование	Легкое покраснение кожи, корочки и умеренные выделения в перевязочную салфетку
3 – инфицирование	Боль, эритема, грануляции по краю кожи, обильные выделения из подкожного туннеля

Под инфицированием подкожного туннеля перитонеального катетера подразумевается сочетание клинических проявлений инфицирования и микробиологического подтверждения бактериального обсеменения подкожной клетчатки в месте выхода катетера на кожу. Следуя критериям Twardowski, это II и III степень по предложенной градации инфицирования туннеля перитонеального катетера: I степень – хорошее состояние – отмечается у 90% больных. Периодическое возникновение приведенных признаков связано, в первую очередь, с ментальными характеристиками больных. Проявления I степени инфицирования выходного отдела перитонеального катетера можно расценивать как относительную норму, однако наличие этих симптомов заставляет предпринимать целый ряд мероприятий, направленных на создание асептических условий в месте поражения. К ним относится применение антибактериальных моющих средств, раствора йода, противовоспалительных мазей.

При появлении клинических симптомов II и III степени инфицирования по рекомендациям Twardowski, всем больным необходимо проводить микробиологическое исследование на выявление патогенных штаммов в выделениях из области раны.

Детальный анализ многочисленных микробиологических исследований показал, что наиболее частым возбудителем инфекции подкожного туннеля перитонеального катетера являются *St. aureus* и *St. epidermidis*, в меньшей степени *Pseudomonas aeruginosa* и кишечные грамотрицательные бактерии. Обсеменение раны грибом *Candida* встречаются крайне редко.

В 75% наблюдений бактериальная культура, высеваемая в очаге воспаления, неоднородна, поэтому проведение посевов необходимо для назначения адекватной антибактериальной терапии. Вообще чувствительность патогенных штаммов бактерий к антибактериальным препаратам претерпевают постоянное изменение в плане устойчивости бактерий к антибиотикам.

При воспалении туннеля перитонеального катетера высеваются следующие микроорганизмы (в %):

- Staphylococcus aureus.....83,3
- Staphylococcus epidermidis.....41,7
- Pseudomonas aeruginosa.....16,6
- Enteric gram-negative bacteria.....50,0
- Микстовые культуры.....75,0
- Грибы.....8,3

В табл. 2 приведены данные по изменению чувствительности бактериальных агентов, вызывающих воспаление в туннеле перитонеального катетера к антибактериальным препаратам, полученные в результате проведенных в Московской области исследований.

Таблица 2

**Мониторинг чувствительности бактериальных агентов,
выделенных из очага воспаления
туннеля перитонеального катетера**

Название культур	Кол-во штаммов		Чувствительность штаммов (%)									
			AM		GM		CIP		OFX		VA	
	Годы											
	97	03	97	03	97	03	97	03	97	03	97	03
Грамположительные кокки	8	10	16,3	27,9	50,2	53,5	63,3	62,8	66,4	58,7	99,8	98,3
S. aureus	5	6	1,5	24,2	76,2	86,3	87,6	69,7	100	100	100	100
E. faecium	3	4	23,9	38,7	40,6	32,3	32,3	31,9	32,4	30,1	94,6	92,3
Грамотрицательные палочки	7	7	8,4	11,9	24,7	49,8	83,6	76,9	81,6	67,7	95,7	95,3
E. coli	2	2	44,4	42,3	55,7	76,6	99,2	89,5	97,8	82,3	99,0	98,8
Ps. Aeruginosa	3	3	0	0	13,2	29,4	70,6	67,9	66,3	38,6	нд	нд
Другие	2	2	9,8	1,4	13,4	28,7	80,2	74,1	69,8	54,6	99,0	98,8

Примечание: AM – ампициллин; GM – гентамицин; CIP – ципрофлоксацин; OFX – офлоксацин; VA – ванкомицин; нд – нет данных.

Как видно из табл. 2, на фоне применения антибактериальной терапии некоторые штаммы становятся менее восприимчивы к проводимой медикаментозной терапии. Абсолютным лидером в борьбе с инфекцией туннеля перитонеального катетера является ванкомицин. Следует также отметить, что чувствительность наиболее распространенных бактериальных штаммов по отношению к препаратам пенициллинового ряда несколько возросла.

Проведение изолированного антибактериального лечения не дает достаточного клинического эффекта, его необходимо сочетать с медикаментозной терапией на фоне хирургических мероприятий, направленных на механическое очищение инфицированной раны. К этим мероприятиям относятся хирургическая санация очага воспаления.

Перитонеальный катетер состоит из силиконовой трубки и двух дакроновых манжет, одна из которых располагается на глубине 1-2 см от поверхности кожи. Инфекционный процесс туннеля перитонеального катетера зачастую захватывает подкожную дакроновую манжету, представляющую собой синтетическую губку, что способствует лучшему прорастанию ее соединительной тканью. В случае инфицирования этой манжеты, она становится депо инфекционных агентов, и проводимое комплексное лечение не дает положительного результата вовсе либо период ремиссии составляет не более 7-10 дней. Удаление подкожной манжеты перитонеального катетера позволяет адекватно санировать очаг воспаления и в кратчайшие сроки добиться хорошего клинического эффекта. Удаление подкожной манжеты создает условия для реинфицирования туннеля перитонеального катетера. После проведения такой хирургической манипуляции вводится режим интенсивного ухода за перитонеальным катетером, который предполагает обязательное наличие на месте выхода перитонеального катетера асептической наклейки из стерильных марлевых салфеток толщиной 0,5-0,7 мм и ежедневную ее замену. Туалет выходного отверстия перитонеального катетера дополняется применением антибактериальных мазей.

Лечение инфекционного процесса туннеля перитонеального катетера является сложной и многогранной проблемой, решение которой позволяет продолжить ПАПД. Правильный выбор лечебных мероприятий позволяет обеспечивать долгосрочное проведение программы постоянного амбулаторного перитонеального диализа.

Другим опасным осложнением перитонеального диализа является диализный перитонит, который в современной классификации перитонитов выделен в отдельную нозологическую форму. Тяжесть этого осложнения связана не только с вероятностью летального исхода, но и с необходимостью прекращения ПАПД на фоне потери функциональных свойств брюшины. По определению, перитонит – это воспаление брюшины. Диализный перитонит подразделяется на бактериальный, грибковый и асептический. Возникновение асептического перитонита объясняется химическим раздражением, влиянием низкой величины рН диализирующего раствора, присутствием пирогенов, высокой концентрации глюкозы или наличием в растворе посторонних частиц. В настоящее время при наличии высокоразвитой индустрии, производящей системы и растворы для ПАПД, влияние пирогенов и посторонних частиц в растворе исключено. Остановимся на наиболее часто встречающихся диализных перитонитах, вызванных бактериями и грибами.

К числу клинических симптомов перитонита традиционно относят помутнение оттекающего из брюшной полости диализата, боли в животе, симптомы раздражения брюшины и лихорадку.

Диализный перитонит развивается у 20% больных. Средняя частота возникновения перитонита составляет 1 случай на $29 \pm 1,4$ диализо-месяца. Практически у всех пациентов перитонит проявляется диффузным помутнением диализирующего раствора, сочетающимся с острыми болями в животе. В большинстве случаев отмечается лихорадка, озноб, тошнота и рвота, затруднение оттока и уменьшение количества ультрафильтрата.

Остановимся более подробно на наиболее распространенных симптомах диализного перитонита.

Помутнение диализата встречается в 93,7% наблюдений, чувство дискомфорта в брюшной полости – в 56,25%, острая боль в животе – в 87,5%, лихорадка – у половины больных, озноб – в 43,75%, тошнота, рвота – у 25%, потеря аппетита – у 25%, снижение ультрафильтрации – у всех больных.

Диффузное помутнение диализата, которое происходит при перитоните, вызвано резким увеличением в перитонеальном растворе лейкоцитов и эритроцитов. В норме в диализате при ПАПД содержится менее $3,0 \times 10^4$ клеток в 1 мл. Увеличение числа клеток до 10×10^5 и более можно обнаружить визуально, и иногда помутнение диализата является единственным симптомом перитонита. Помутнение раствора, как правило, сопровождается выявлением фибрина, который выглядит как волокнистые нити или желеобразные комочки, что также является признаком неблагополучия в брюшной полости.

Острые боли в животе возникают, как правило, при развитии перитонита. Больные отмечают чувство дискомфорта, иногда полностью отсутствует абдоминальная симптоматика, но только в первые сутки развития перитонита. В последующем болевой синдром отмечается у всех пациентов.

Лихорадка, наблюдаемая у половины больных с перитонитом ($37,2-40,5^\circ$) часто сопровождается ознобом. На фоне лихорадки среднее число лейкоцитов составляет в среднем 13811 клеток в 1 мм^3 или $13,8 \times 10^6/\text{мл}$. Эти показатели втрое превышают данные лейкоцитоза у больных диализным перитонитом без повышения температуры тела (3838 клеток в 1 мм^3 или $3,8 \times 10^6/\text{мл}$). Скорее всего, данная ситуация связана со сроками распознавания перитонита.

Тошнота и рвота обычно сочетаются с острыми болями в животе. В этих случаях следует помнить о необходимости проведения дифференциального диагноза с панкреатитом.

Снижение ультрафильтрации, наблюдающееся у всех больных с клиникой перитонита, сопровождается не только гипергидратацией, но и периферическими отеками. Генез данного процесса очевиден: во-первых это воспалительные явления в брюшине, приводящие к значительному уменьшению ее фильтрующей функции за счет снижения количества и диаметра функциональных пор брюшины. во-вторых, –

уменьшение онкотического давления крови на фоне потери белка. Как правило, снижение общего белка плазмы у всех больных в первые трое суток перитонита отмечено на $19,6 \pm 2,5\%$.

Как указывалось выше, первичная диагностика диализного перитонита базируется на клинических признаках и симптомах. Достоверный диагноз выставляется лишь в результате проведения микробиологических методов диагностики. Проведение этих методов необходимо не только для установления диагноза, но и для выбора адекватной антибактериальной терапии.

Микробиологическое исследование перитонеального раствора у больных с клиникой диализного перитонита крайне важно. Результативность посева биологической пробы зависит от сроков ее взятия. Так, пробы, взятые у пациентов при первых признаках перитонита, наиболее информативны: они показывают рост бактериальных культур в сроки от 3 до 6 суток. Взятие пробы на фоне антибактериальной терапии в 40% наблюдений не дают роста или штаммы проявляются в сроки более 6 суток, что привносит значительные трудности при выборе адекватной антибактериальной терапии.

Для проведения адекватных мероприятий купирования диализного перитонита рекомендуется следующая очередность действий: при возникновении помутнения диализного раствора и/или болей в животе больной должен оставить слитый диализат для проведения микробиологического исследования (наличие стерильного контейнера для слива диализирующего раствора в системах для ПАПД позволяет сохранять пробу раствора до специального исследования без присоединения дополнительных бактериальных культур), превентивно ввести интраперитонеально антибактериальный препарат, гепарин и увеличить объем диализирующего раствора на 150%. После этого необходима консультация с курирующим специалистом диализного центра и последующая госпитализация. Оставленная проба диализирующего раствора доставляется в клинику вместе с пациентом, где поступает в микробиологическую лабораторию для исследования.

Эффективность медикаментозной терапии больного диализным перитонитом напрямую связана с чувствительностью выделенных из брюшной полости микробов к антибактериальным препаратам. За последние несколько лет отмечена тенденция к появлению множества антибиотикорезистентных бактериальных штаммов. Это не только приводит к появлению значительных трудностей в коррекции данного осложнения, но и существенно снижает сроки лечения ПАПД, связанные с фильтрационными свойствами брюшины, которые в значительной степени уменьшаются при каждом случае перитонита.

Приведем данные, касающиеся чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам (табл. 3).

Таблица 3

Чувствительность микрофлоры

Грамположи- тельные микроорга- низмы	Чувствительность штаммов (условно в %)									
	AM		CIP		OFX		IPM		VA	
	Годы									
	99	03	99	03	99	03	99	03	99	03
Staph. Epidermidis	0	6,8	100	100	100	100	99,8	100	100	100
Staph. Aureus	0	12,4	100	92,6	100	100	63,9	51,7	100	100
Strept. Viridans	0	0	60,8	54,3	58,8	44,5	73,8	75,1	89,6	86,3
Ent. Faecalis	0	3,1	63,4	61,8	60,1	58,6	86,6	87,7	87,7	85,3
Грамотрица- тельные микроорга- низмы	Чувствительность штаммов (условно в %)									
	AM		CIP		OFX		IPM		VA	
	Годы									
	99	03	99	03	99	03	99	03	99	03
Escherichia coli	33,7	29,7	97,6	93,5	98,3	91,4	100	98,9	100	99,4
Klebsiella spp.	0	0	94,2	86,3	91,6	84,2	92,9	90,4	100	99,8
Enterobacter spp.	15,7	12,7	96,3	87,3	91,3	81,9	94,4	82,1	100	100
Pseudomonas spp.	0	0	97,7	93,4	99	91,3	98,4	92,6	нд	нд

Примечание: AM – ампициллин; CIP – ципрофлоксацин; OFX – офлоксацин; IPM – имипинем; VA – ванкомицин; нд – нет данных.

Данные табл.3 свидетельствуют о том, что чувствительность микроорганизмов, вызывающих диализный перитонит, сохраняется к современным антибактериальным препаратам. Однако следует отметить, что даже при применении ванкомицина, а по данным ведущих мировых специалистов, он является препаратом выбора, встречаются резистентные штаммы. Прогрессирование развития антибиотикорезистентных штаммов бактерий в ближайшем будущем может привести к отсутствию результативности антибактериальной терапии при диализных перитонитах. Это обстоятельство диктует необходимость усиления профилактики возникновения диализного перитонита на доклинической стадии.

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Н.В. Купряшина
ФУВ МОНИКИ

В последние десятилетия среди наиболее неотложных проблем, стоящих перед мировым сообществом, выдвинулась проблема старения населения. В соответствии с прогнозами ООН, к 2025 г. численность людей старше 60 лет превысит 1 млрд., что составит 15% всего населения. Россия не является исключением, в нашей стране доля лиц старше 60 лет постоянно растет.

Отношение к старым людям, заинтересованность в их судьбах,