



Резекция и удаление опухоли без вскрытия капсулы проведены в 43 (74%) случаях, с нарушением абластики — в 15 (26%). Послеоперационная рана зажила первичным натяжением в 44 случаях на 7–10-й день; в 10 случаях рана заживала частично вторичным натяжением по причине развития некроза краев раны или нагноения, в этих случаях

некрэктомию, дренирование антисептиками, мазовые повязки быстро приводили к закрытию краев раны. Развившиеся абсцесс левой ягодичной области, гнойный затек по внутренней поверхности бедра, гематома ягодичной области купировались их вскрытием с последующим дренированием и антибиотикотерапией.

© И.А.РАДИОНОВ, В.Н.ДРОБОТОВ, 2009
УДК 616.37-002-2-085.272.015.2:615.384.200

И.А.Радионо́в, В.Н.Дробото́в — Применение комбинации антиоксидантов с перфтораном в лечении первичного хронического панкреатита.

Первичный хронический панкреатит (ПХП) относится к числу наиболее тяжелых заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной области с многочисленными проблемами в лечении, с малоизученным и до конца неясным патогенезом. Заболеваемость ПХП неизбежно приводит к прогрессирующей недостаточности *поджелудочной железы* (ПЖ). Увеличение в последние годы числа прямых операций на ПЖ при ПХП заставляет искать новые методы консервативной коррекции развития и прогрессирования фиброза железы.

Для решения поставленных задач в опытах на животных оценили влияние антиоксидантов фридокса, эмоксипина и лекарственного средства с газотранспортной функцией — *перфторана* (ПФ) на течение модельного *хронического панкреатита* (ХП), изучили морфологическую картину ПЖ, печени, а также состояние свободнорадикального окисления у животных. На основании полученных данных разработали схему до- и послеоперационного лечения больных антиоксидантами и ПФ с лабораторным контролем процессов *перекисного окисления липидов* (ПОЛ).

Задачей настоящего исследования являлось уменьшение осложнений и снижение летальности при ПХП путем повышения антиоксидантной активности и подавления гипоксии ПЖ в послеоперационный период.

При ХП исследовано комбинированное применение ПФ и антиоксидантов и выяснено, что происходит нормализация липопероксидантного статуса и восстанавливается антиоксидантная активность. Это может быть результатом нормализации оксигенации, метаболического обеспечения клеток и фосфолипидного состава клеточных мембран.

Указанные задачи решались тем, что в разработанном нами «Способе лечения хронического панкреатита» (патент РФ на изобретение № 2295340 от 20.03.2007 г.) больным вводили антиоксиданты и одновременно внутривенно ПФ. В качестве антиокси-

дантов использовали фридокс в дозе 3–9 мг/кг, эмоксипин в дозе 3 мг/кг один раз в сутки ежедневно не менее 3 дней, но не более 7 дней. В качестве лекарственного препарата с газотранспортной функцией вводили ПФ в дозе 2 мл на 1 кг массы тела больного один раз в сутки ежедневно не менее 3 дней, но не более 7 дней.

Представляем конкретный пример осуществления способа лечения ПХП. Больной В., 32 лет (история болезни № 5418), госпитализирован в Областной гепатологический центр на базе Кемеровской городской клинической больницы № 3 им. М.А.Подгорбунского на 2-е сутки после начала заболевания с жалобами на резкие приступообразные боли опоясывающего характера в эпигастриальной области, правом и левом подреберье. Диагноз: первичный хронический рецидивирующий панкреатит, болевая форма. В течение 1-х суток проведена стандартная терапия, но состояние не улучшалось, болевой синдром усиливался. На 2-е сутки осуществлен способ внутривенного введения медикаментозных средств: перфторана 2 мл/кг, эмоксипина 3 мг/кг и фридокса 3 мг/кг, что составляло 100 мл перфторана, 15 мл 1% раствора эмоксипина и 37,5 мл фридокса в сутки в течение 5 дней.

На 3-и сутки состояние больного после применения способа внутривенного введения медикаментозных средств улучшилось, болевой синдром уменьшился. На 5-е сутки после начатого лечения показатели α -амилазы крови и мочи, а также маркёры ПОЛ (малоновый диальдегид, антиоксидантная активность сыворотки крови) нормализовались. Отмечено снижение уровня активности каталазы, церулоплазмينا и повышение супероксидисмутазы в эритроцитах. Больной выписан через 10 сут с выздоровлением.

Исследуемый способ лечения является одним из перспективных вариантов коррекции липопероксидационного статуса печени и ПЖ при ПХП. Примененные препараты



эмоксипин и фридокс в комбинации с антигипоксантом перфтораном нормализуют процессы ПОЛ, обеспечивая защиту мембранных структур ацинарного аппарата ПЖ и

гепатоцитов, являются эффективным приемом коррекции установленных оксидативных нарушений, обусловленных развитием этого заболевания.

© В.Т.КАРПАЛОВ, 2009
УДК 616.126-002-022-085.33

В.Т.Карпалов — Проблема резистентности штаммов *Staphylococcus aureus* к ванкомицину при лечении инфекционного эндокардита.

Проблема резистентности штаммов *Staphylococcus aureus* к ванкомицину возникла в последнее десятилетие и в настоящее время начинает приобретать все большую значимость. Впервые об обнаружении штаммов *S. aureus*, обладающих умеренной резистентностью к гликопептидному антибиотику ванкомицину, сообщили японские врачи в 1997 г.

К настоящему моменту штаммы *S. aureus* со сниженной чувствительностью к ванкомицину выделены не только в Японии, но и в Бразилии, Корее, России, США, Франции, Шотландии, Южной Африке. Их чаще называют как «*vancomycin-intermediate S. aureus*» (VISA), поскольку штаммы *S. aureus* с минимальной подавляющей концентрацией (МПК) ванкомицина 8–16 мг/л обозначают как штаммы с промежуточной чувствительностью. В 2002 г. сообщено о выделении в США 2 штаммов с высоким уровнем резистентности к ванкомицину (МПК > 128 мкг/мл). У выделенных микроорганизмов обнаружили ген *vanA*, характерный для ванкомициноустойчивых энтерококков. Вероятно, в данном случае имел место феномен передачи генетической информации от энтерококков к стафилококкам, ранее наблюдавшийся только в экспериментальных условиях.

Следует отметить, что для энтерококков характерно более быстрое развитие резистентности к ванкомицину: в настоящее время в отделениях интенсивной терапии в лечебных учреждениях США уровень резистентности *E. faecium* к ванкомицину превышает 20%. В нашей стране проблема устойчивости энтерококков к ванкомицину не так актуальна, однако в перспективе она может возникнуть.

Появление умеренной резистентности к антибиотику (для ванкомицина минимальная ингибирующая концентрация составляет от 4 до 32 мкг/мл) опасно тем, что это может привести в конечном счете к появлению абсолютно устойчивых штаммов *S. aureus*. В описанных в литературе случаях развитие резистентности к ванкомицину объясняется аккумуляцией компонентов клеточных мембран и повышенным связыванием ванкомицина с этим материалом, что пре-

пятствует воздействию препарата на его обычную «мишень». Развитие резистентности к ванкомицину значительно ограничивает выбор лекарственных средств, однако иногда в таких случаях можно использовать препараты из групп хинолонов или оксазолидинонов, а также ряд новых экспериментальных средств.

Как правило, при отрицательных результатах исследования проводят эмпирическую антибиотикотерапию. Ее содержание и продолжительность определяются вариантом клинического течения инфекционного эндокардита (ИЭ), выраженностью лихорадки и характером осложнений. Эффективность лечения устанавливается по клинико-лабораторным признакам активности инфекционного процесса. Выбор антибиотика проводится на основании анализа структуры положительной гемокультуры современного ИЭ и возможных входных ворот инфекции. Продолжительность эмпирической антибиотикотерапии составляет от 4 до 8 нед. Достижение выраженного клинического эффекта — определяющий временной фактор антибиотикотерапии.

Однако в настоящее время в большинстве случаев консервативная терапия ИЭ, вызванного *S. aureus* с высоким уровнем резистентности к ванкомицину, не имеет реальных перспектив, и пациентов необходимо оперировать.

Такое положение дел вынуждает принимать целый комплекс специальных мер для ограничения распространения штаммов *S. aureus*, резистентных к ванкомицину внутри лечебно-профилактического учреждения:

- изолировать больного в отдельной комнате;
- свести до минимума количество лиц, ухаживающих за пациентом;
- закрепить за больным специально подготовленного сотрудника;
- начать специальные эпидемиологические и лабораторные исследования;
- ознакомить медицинский персонал с основными данными об эпидемиологии штаммов *S. aureus* с умеренной резистентностью к гликопептидным антибиотикам и о необходимых мерах безопасности;