

периоде выполнено стентирование мочеточника.

В группе КУЛТ до операции мочевые пути были дренированы у 6 больных, что составило 20 %. Остальным 24 пациентам во время проведения КУЛТ дренирование мочевых путей проводилось двумя способами — мочеточниковым катетером у 9 из 30 (37,5 %) и мочеточниковым стентом у 15 из 30 (62,5 %). Таким образом, почки у всех больных до или во время операции были дренированы. В этой группе сравнение проведено между пациентами, которым дренирование почки проводилось мочеточниковым катетером и стентом.

Обострение хронического пиелонефрита у больных с катетером было у 4 (44,4 %) больных, со стентом у 6 (40,0 %) больных, выраженные болевые приступы встречались у 2 (22,2 %) больных в первом случае, во втором тоже у 2 (13,3 %) пациентов. Статистически значимой разницы по данным критериям нет ( $p > 0,05$  и  $p = 0,157$  соответственно). Но 3 (33,3 %) больным после установки мочеточникового катетера потребовалось повторное дренирование стентом.

В группе ЭВХУ до операции мочеточниковый стент установлен 5 из 50 (10,0 %) больным, нефростомический дренаж — 5 пациентам (10,0 %). В остальных 40 наблюдениях стентирование мочеточника во время операции выполнено в половине случаев. Анализ проведен между больными со стентированием и без стентирования во время операции, выявлена статистически значимая разница ( $p < 0,0001$ ) в сроках удаления забрюшинного дренажа. У больных с интраоперационно установленным стентом забрюшинный дренаж удален на 3–4-е сутки в 70 %. У больных без стентирования почки во время операции в 80 % дренажи удалены позже 5 суток и 3 больным в послеоперационном периоде пришлось установить стент в связи с подтеканием мочи по дренажам более 4 суток ( $p < 0,001$ ).

**Вывод.** Наибольшее количество ранних послеоперационных осложнений наблюдается в группах ДУВЛ и КУЛТ и имеет достоверную зависимость от дренирования почки до или во время операции. Для профилактики послеоперационных осложнений показано дренирование почки стентом во время операций ЭВХ и КУЛТ и до выполнения ДУВЛ.

## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ГОНОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

© В.Д. Бадиков, О.Г. Захарова, Т.А. Елисеева, Н.Г. Красных

СПб ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер № 11» (г. Санкт-Петербург)

**Введение.** Гонококковая инфекция является одним из наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Высокий уровень заболеваемости гонореей в мире (около 78 млн свежих случаев ежегодно), значительное влияние на репродуктивное здоровье, увеличение числа атипичных случаев, разнообразие клинической картины и рост антибиотикорезистентности возбудителя обуславливают большое значение клинико-лабораторной диагностики инфекции.

Несмотря на неуклонное снижение показателей заболеваемости гонореей в Российской Федерации (18 случаев на 100 000 населения в 2015 г.), эпидемиологическая ситуация

продолжает оставаться достаточно напряженной. Одной из наиболее значимых причин, влияющих на высокую заболеваемость гонококковой инфекцией, является устойчивость *Neisseria gonorrhoeae* к антимикробным препаратам. Контроль над распространением антибиотикорезистентных штаммов возбудителя осуществляется на международном уровне в рамках программ Всемирной организации здравоохранения, в том числе и в РФ (Russian gonococcal antimicrobial susceptibility programme, RU-GASP). Согласно рекомендациям ВОЗ препараты выбора для терапии гонококковой инфекции должны быть эффективны в отношении как минимум 95 %

штаммов, выделяемых у больного в соответствующем регионе. В этой связи схемы рациональной антимикробной терапии гонореи могут отличаться не только в различных странах мира, но и в пределах отдельных регионов одной страны.

**Цель.** Целью настоящего исследования явилось изучение региональной чувствительности штаммов *N. gonorrhoeae*, выделенных у пациентов Центрального района г. Санкт-Петербурга, обратившихся в СПб ГБУЗ КВД № 11 в IV квартале 2016 г.

**Материалы и методы.** Определение чувствительности 16 штаммов гонококков к 7 антимикробным препаратам (пенициллин, цефтриаксон, цефиксим, тетрациклин, ципрофлоксацин, спектиномицин, азитромицин) проводили диско-диффузионным методом в соответствии с рекомендациями CLSI (Clinical and Laboratory Standards Institute).

**Результаты.** Анализ полученных результатов показал наличие высокого уровня устойчивости гонококков к пенициллину, тетрациклину и ципрофлоксацину (75,0; 62,5 и 50,0 % резистентных штаммов соответственно) при сохранении чувствительности возбудителя

к цефтриаксону, цефиксиму, спектиномицину и азитромицину (0; 0; 6,3; 6,3 резистентных штаммов соответственно). Таким образом, препаратами выбора для лечения гонококковой инфекции продолжают оставаться цефалоспорины III поколения (цефтриаксон и цефиксим). Поскольку антибиотик не должен использоваться для эмпирической терапии гонококковой инфекции, если к нему устойчивы более 5 % штаммов возбудителя, то для назначения конкретному пациенту спектиномицина или азитромицина рекомендуется предварительное определение чувствительности гонококков к этим препаратам. В связи с высоким уровнем устойчивости *N. gonorrhoeae* к пенициллину, тетрациклину и ципрофлоксацину (50,0–75,0 % резистентных штаммов) эти препараты не имеют клинической значимости и тестируются исключительно в эпидемиологических целях.

**Заключение.** Результаты проведенного исследования подтверждают необходимость проведения постоянного мониторинга антибиотикорезистентности возбудителя гонококковой инфекции в каждом регионе Российской Федерации.

## СТЕНТИРОВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

© А.К. Баратов<sup>1,2</sup>, Ф.Р. Рахимов<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе, Республика Таджикистан);

<sup>2</sup>Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии (г. Душанбе, Республика Таджикистан)

**Цель исследования.** Анализ результатов эндоваскулярного лечения больных с вазоренальной гипертензией.

**Материал и методы.** За период с 2006 года по настоящее время обследовано 28 пациентов в возрасте от 12 до 76 лет (средний возраст — 49,9 года). Лиц женского пола было 12, мужского — 16. Все без исключения больные имели длительный (5 лет и более) анамнез заболевания и лечились у терапевтов и кардиологов с временным эффектом. Поводом для обращения в специализированную клинику

явилась резистентность к гипотензивной терапии. На момент поступления цифры АД колебались от 165/85 до 255/140 мм рт. ст. У 15 больных (53,6 %) на проекции почечных артерий (ПА) выслушивался систолический шум. Этиологическими факторами были: атеросклероз — 22 (78,6 %); неспецифический аортоартериит — 5 (17,9 %) и фибромускулярная дисплазия 1 (3,5 %). Наиболее ценная диагностическая информация о состоянии ПА была получена с помощью УЗДГ и УЗДС. Решающую же роль как в плане подтвержде-