

Могилев) и Российской Федерации (Москва, Казань, Новосибирск, Якутск). Все изоляты имели генную кассету *bla_{VIM-2}*, кодирующую МБЛ VIM-2, и принадлежали к ST235.

В соответствии с критериями EUCAST, все изоляты сохраняли чувствительность только к колистину (МПК 0,094–1,0 мкг/мл). МПК карбапенемов и левофлоксацина для всех изолятов в восемь и более раз превышали пограничные ФК/ФД концентрации (EUCAST v.4.0), поэтому их дальнейшее тестирование в комбинациях не проводилось. Для всех комбинаций с включением колистина (колистин + азтреонам, колистин + цефтазидим, колистин + амикацин) отмечен нейтральный эффект (ΣФПК от 1,18 до 2,0). Комбинация азтреонам + амикацин оказывала аддитивный эффект на два изолята (ΣФПК 0,875 и 1,0), комбинация цефтазидим + амикацин — на три (ΣФПК 0,56; 0,875; 1,0), для остальных изолятов эффект данных комбинаций нейтральный. Однако МПК амикацина у изолятов, для которых в комбинациях был достигнут аддитивный эффект, в 3–8 раз превышала пограничные ФК/ФД концентрации. Высокие значения МПК карбапенемов и фторхинолонов, многократно превышающие их пороговые ФК/ФД концентрации, не позволяет рекомендовать эти препараты для включения в схемы комбинированной антибактериальной терапии инфекций, вызванных устойчивыми к ним МБЛ-продуцирующими штаммами.

Заключение

Выявлены высокие уровни резистентности МБЛ-продуцирующих изолятов *P. aeruginosa* с многократным превышением пороговых ФК/ФД-концентраций для бета-лактамов, аминогликозидов и фторхинолонов. Все протестированные комбинации на основе колистина не проявляли синергического эффекта. Обнаруженные комбинации с аддитивным эффектом на основе амикацина не имеют потенциала для клинического использования в связи с высокими значениями МПК, многократно превышающими пороговые ФК/ФД концентрации. Показана недостаточная активность коммерчески доступных препаратов бактериофагов в отношении экстремально-антибиотикорезистентных изолятов *P. aeruginosa*. Расширение спектра активности может быть достигнуто за счет включения в состав препаратов новых литических синегнойных бактериофагов, выделенных из внешней среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клональное распространение штаммов *Pseudomonas aeruginosa* — продуцентов металло-бета-лактамаз на территории Беларуси / В. А. Осипов [и др.] // Иммунопатология, аллергология, инфектология. — 2012. — № 4. — С. 92–97.
2. Rapid identification of international multidrug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* clones by multiple-locus variable number of tandem repeats analysis and investigation of their susceptibility to lytic bacteriophages / J. Larche [et al.] // Antimicrobial Agents and Chemotherapy. — 2012. — Vol. 56. — P. 6175–6180.
3. Zavascki, A. P. Combination therapy for carbapenem-resistant Gram-negative bacteria / A. P. Zavascki, J. B. Bulitta, C. B. Landersdorfer // Expert Review of Anti-infective Therapy. — 2013. — Vol. 11. — P. 1333–1353.

УДК 616.3-006.6-089

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА В ГОМЕЛЬСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Терешко А. В.¹, Нагла Ю. В.¹, Тихманович Е. Е.¹, Похожай В. В.²

¹Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Рак пищевода является одним наиболее часто встречающихся заболеваний пищевода. Основным методом лечения рака является экстирпация пищевода с лимфодиссекцией и эзофагопластикой. У части пациентов распространенность опухолевого процесса исключает возможность выполнения радикального вмешательства. Главной задачей в этой ситуации является обеспечение перорального питания. В настоящее время предпочтение отдается эндоскопическим методикам. Эти методы — альтернатива гастро- или энтеростомии, которая негативно отражается как на состоянии пациента, так и на его качестве жизни.

Так же в случаях осложненного послеоперационного периода, как правило, при несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза, применяется пищеводное стентирование, как альтернатива глубоко инвалидизирующих, разобщающих операций, с наложением гастро-, и эзофагостом.

Среди эндоскопических методов для обеспечения проходимости пищевода применяются расширение суженного участка пищевода (бужирование), стентирование пищевода и реканализация (уменьшение опухоли в просвете пищевода).

Стентирование пищевода является наиболее часто используемой внутрисветной эндоскопической паллиативной операцией при злокачественном стенозе пищевода или его сдавлении.

Установку стента можно считать показанной во всех случаях циркулярного бластоматозного стеноза пищевода. Почти абсолютным показанием к эндопротезированию являются пищеводно-трахеальные или пищеводно-бронхиальные свищи [1]. В этом случае стентирование преследует две цели: восстановление перорального приема пищи и разобщение пищевода и дыхательных путей.

Установка стента нецелесообразна при нециркулярном опухолевом росте, слишком мягкой консистенции опухолевого поражения, обширном некрозе опухоли, поскольку в этих случаях велика вероятность миграции стента [2].

Для паллиативного восстановления перорального приема пищи могут использоваться два типа стентов: трубчатые пластиковые или силиконовые и саморасправляющиеся металлические стенты. При этом все чаще появляются публикации по использованию саморасправляющихся металлических стентов [3]. Преимуществом последних является меньшая травматичность, поскольку они расширяются после введения, достигая диаметра от 16 до 22 мм. Большой диаметр обеспечивает лучшее прохождение пищи, наличие в некоторых моделях антирефлюксного клапана препятствует забросу пищевых масс из желудка в пищевод, есть возможность повторного стентирования или стентирования по типу «стент в стент» при продолжающемся росте опухоли [3].

Наиболее типичным осложнением, возникающим в сроки до 7 дней после установки, является неполное раскрытие стента. Несмотря на большой диаметр саморасправляющегося стента возможна также закупорка стента пищевыми массами или его миграция. При миграции стента возможно его подтягивание на нить, либо повторное стентирование без удаления стента по типу «стент в стент» [4].

Нитиновые саморасправляющиеся стенты в 75–100 % случаев эффективны при использовании в лечении пациентов с пищеводно-респираторными фистулами [2].

Установка саморасправляющихся стентов более легкая, нетравматичная, не требует проведения седации, эндоскопического контроля этой стадии. Кроме того, отмечается достаточно низкая частота осложнений, связанных с установкой этих видов стентов, а также развитие таких осложнений, как пищеводно-респираторные свищи или кровотечения.

Цель

Анализ результатов лечения пациентов, подвергшихся стентированию пищевода.

Метод исследования: ретроспективный анализ медицинской документации.

Результаты исследования и их обсуждения

На базе отделения торакальной хирургии Гомельского областного клинического онкологического диспансера с 2014 г. по сентябрь 2015 г. стентирование пищевода и пищеводных анастомозов при злокачественных новообразованиях, сдавлении пищевода извне, а так же при различных пищеводных свищах выполнено 27 пациентам (18 мужчин и 9 женщин). Возраст пациентов — от 39 до 82 лет. Во всех случаях использовался пищеводный стент производства компании Micro-Tech (Nanjing) Co., Ltd., диаметром от 18 до 24 мм.

13 (48,1 %) пациентов госпитализированы в клинику для проведения стентирования с установленным диагнозом злокачественного новообразования. Радикального хирургического вмешательства не было из-за тяжелого состояния пациентов (2 пациента), невозможности выполнения радикальной операции ввиду запущенности опухолевого процесса (прорастание опухоли в ткань легкого (2 пациента), трахею и бронхи (3 пациента), наличие отдаленных метастазов (4 пациента), наличия тяжелой сопутствующей патологии, исключающей возможность оперативного лечения (2). В 5 (18,5 %) случаях, стентирование пищевода проводилось в послеоперационном периоде (в 1 случае позднем — через 20 суток) по поводу несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза. В 6 (22,2 %) случаях поводом для подобной манипуляции стало сдавление пищевода извне (MTS л/у средостения). В 3 (11,1 %) случаях стентирование пищевода проводилось в связи с образованием трахеопищеводного или пищеводно-бронхиальных свищей.

При обследовании всем пациентам проводилась рентгеноскопия пищевода, желудка и эндоскопическое исследование для определения локализации, протяженности опухолевого, либо патологического поражения, проходимости пищевода, наличия пищеводно-респираторного соустья. У 18 пациентов была только опухоль пищевода, у 7 — рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод, у 3 — рецидив рака желудка после гастрэктомии, у 3 — рецидив рака пищевода после операции типа Lewis, у 2 — рецидив рака пищевода после экстирпации пищевода, пластики желудочной трубкой с локализацией в области зоны эзофагогастроанастомоза с распространением на верхнюю треть трансплантата.

Среди пациентов с опухолью пищевода процесс локализовался в нижней трети у 12, в средней и нижней трети — у 9, только в средней трети — у 6 пациентов. Протяженность участка опухолевого поражения составляла от 2 до 7 см.

Дисфагия с различной степенью выраженности была более чем у 90 % (25) пациентов. В 6 (22,2 %) наблюдениях у пациентов были затруднения даже при приеме жидкости.

После стентирования по поводу несостоятельности ПЖА, количество койко-дней пациентов составило от 9 до 14 дней. В остальных случаях, пациенты выписывались на 2–4 сутки после постановки стента.

Таким образом, в сравнении с другими методами паллиативной помощи инкурабельным больным с опухолевым стенозом пищевода эндоскопическое стентирование самораскрывающимися металлическими стентами является оптимальным вариантом комплексного лечения с хорошим клиническим и функциональным результатом, с улучшением качества жизни и малым количеством осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галлингер, Ю. И. Оперативная эндоскопия пищевода / Ю. И. Галлингер, Э. А. Годжелло. — М., 1999. — 273 с.
2. Cowling, M. G. Stenting in the oesophagus / M. G. Cowling // Hosp. Med. — 2000. — Vol. 61, № 1. — P. 33–36.
3. Эндоскопическое гастродуоденальное, тонко- и толстокишечное стентирование при бласто-матозных поражениях / Ю. И. Галлингер [и др.] // XIII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тез. — М., 2009. — С. 82–85.
4. Mougey, A. Esophageal stenting for the palliation of malignant dysphagia / A. Mougey, D. G. Adler // J. Support. Oncol. — 2008. — Vol. 6, № 6. — P. 267–273.

УДК 616.831-005.4:616.134.9

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКИ В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

*Терещенко С. В.¹, Бруцкая Я. И.¹, Галиновская Н. В.¹,
Лапковский А. А.², Черненко Д. В.²*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь

инвалидов Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Транзиторные ишемические атаки (ТИА) — остро возникающие приступы очаговых или общих мозговых расстройств, обусловленных нарушением кровоснабжения головного мозга, короткой продолжительности действия от нескольких минут до 24 часов [1]. На долю ТИА приходится от 13 до 15 % всех острых нарушений мозгового кровообращения. Приблизительно у трети пациентов после перенесенной ТИА развивается мозговой инсульт: в 20 % случаев в течение первого месяца, до 42 % — в течение первого года [2]. Причины летального исхода существенно не различаются у больных перенесших ТИА: до 45 % — это смерть от кардиальной патологии, до 55 % — от внутримозговой гематомы или инфаркта мозга [3].

ТИА в ВББ по литературным данным составляют от 30 до 70 % от всех преходящих нарушений мозгового кровообращения. Однако этот процент может быть неточен, в связи с отсутствием достоверных объективных диагностических критериев ТИА, быстрой редукцией неврологического дефицита и сходством с поражением периферических отделов вестибулярного анализатора.

Цель

Обзор литературных данных по проблеме ТИА в ВББ.

Результаты исследования и их обсуждение

Болезни, предрасполагающие к развитию транзиторной ишемической атаки весьма разнообразны, связаны с наследственностью, перенесенными в анамнезе заболеваниями, образом жизни. Следствием этих заболеваний является образование микроэмболов, которые в последующем и будут причиной ТИА. Наиболее значимыми из них являются:

— прогрессирующий атеросклеротический процесс, приводящий к сужению просвета сосудов, атеротромбозу осколками атероматозных бляшек;

— тромбозомболии, обусловленные заболеваниями сердца, сопровождающимися аритмией, веге-