

Таблица 2

Общая самооценка качества жизни (в абс.%)

Оценка качества жизни	До операции	Через один месяц	Через 3 месяца	Через 12 месяцев
Плохое	6/8,6	24/34,3	18/25,7	11/15,7
Удовлетворительное	15/21,4	31/44,3	33/47,2	28/40
Хорошее	49/70	15/21,4	19/27,1	31/44,3

гоприятное будущее целиком связывали с успехами в работе 14,3%, считали, что перенесенная болезнь никак не может отразиться на будущем 18,6%, надеялись на лучшее будущее 12,6%, печальное и унылое будущее связывали с болезнью 8,6%.

При проведении через год после операции экспериментально-психологического исследования были получены следующие результаты. При анализе индивидуальных профилей личности полученных с помощью теста СМОЛ, у 34 (48,6%) женщин наблюдалось повышение значений по шкале F, что характерно для переживания психологического кризиса, у 47 (67,1%) – по шкалам невротической триады (1–3), у 43 (61,4%) – по шкале 7 психостенизации. Клинически это проявлялось нарушениями психостенического и ипохондрического характера. Психостенические расстройства выражались физической слабостью, быстрой психической истощаемостью, недомоганием. Женщины были эмоционально неустойчивы, раздражительны, плаксивы, тревожны. Ипохондрические расстройства у больных характеризовались нарастающим беспокоейством за состояние своего физического здоровья. У женщин нередко появлялись синестопатии – неприятные ощущения в различных частях тела. Больные были чаще склонны переоценивать тяжесть своего состояния. Все внимание больных было приковано к своим внутренним ощущениям, развивалось сверхценное отношение к своему заболеванию, которым практически ограничивался круг их интересов.

По тесту Спилберга–Ханина большинство женщин (88,6%) имели высокий и средней уровень ситуационной тревожности, что свидетельствовало о наличии выраженной стрессовой реакции на болезнь, оперативное вмешательство и в связи с этим о перенапряжении адаптационных механизмов и возможной соматизации тревоги.

По шкале УНП уровень невротизации превышал условную норму у 43 (61,4%) пациенток, уровень психопатизации – у 25 (35,7%); у остальных женщин значения находились в пределах нормы. Полученные данные свидетельствовали о выраженных аффективных и личностных нарушениях у большинства пациенток, которые проявлялись в виде повышенной тревожности, напряженности, беспокоейства, растерянности, раздражительности, социально-психологической дезадаптации.

По тесту Цунга депрессия легкой степени была выявлена у 19 (27,1%) женщин, средней – у 5 (7,1%), тяжелой – у 2 (2,8%). Средний уровень депрессии, полученный с помощью данной шкалы, составлял $48 \pm 8,7$ балла, что указывало на относительно невысокую выраженность депрессивных проявлений.

Несмотря на относительно низкий уровень депрессии, наличие высокого уровня тревожности, склонность к формированию обсессивно-фобических расстройств свидетельствовало о тенденции к соматизации депрессивных расстройств, когда на первый план выступают не депрессивные расстройства, а соматические жалобы (неприятные тягостные ощущения в разных частях тела). Женщины были сосредоточены на чувстве соматического неблагополучия и высказывали тревожные опасения в отношении своего здоровья.

При исследовании липидного профиля уровень общего холестерина выше нормы ($> 5,2$ г/л) был выявлен у 13 (18,6%) женщин, из них триглицеридов более $2,1$ ммоль/л у 8 (11,4%), липопротеинов низкой плот-

ности более $2,2$ ммоль/л у 23 (32,8%). Уровень липопротеинов высокой плотности у всех женщин находился в пределах нормы.

При исследовании методом ультразвуковой денситометрии у 57,2 % женщин минеральная плотность костной ткани, согласно критериям ВОЗ, была нормальной, у 31,4% выявлена остеопения, у 11,4% – остеопороз.

При исследовании качества жизни у женщин после операции было выявлено ухудшение уровня физической активности по большинству параметров по сравнению с таковыми до оперативного лечения. Наиболее выраженные изменения физической активности проявлялись ощущением вялости, чувством усталости, сонливости. Основными факторами, снижавшими качество сексуальной жизни, являлись чувство дискомфорта во время полового акта и чувство сексуальной неудовлетворенности. Через год после перенесенной операции показатели незначительно улучшились, но к исходным значениям не вернулись. Наибольшие отклонения в социальном функционировании были выявлены по параметру нетерпимости по отношению к другим людям. Общая самооценка качества жизни представлена в табл. 2.

Результаты комплексного обследования женщин, перенесших двустороннюю овариэктомию, выявили через год наличие признаков синдрома постовариэктомии в виде нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств у 64,3% больных, аффективных и личностных нарушений у 87,1%, высокий удельный вес обменно-эндокринных нарушений, низкую общую самооценку качества жизни у 55,7%.

УДК 616. 65 – 002. 2 – 085. 33 – 07

А.В. Семенов, Г.М. Пацановская, А.В. Башарин (г. Иваново). Антибактериальная резистентность in vivo и тактика лечения больных хроническим простатитом

Урологические инфекции являются частыми заболеваниями как в амбулаторной практике, так и в стационаре. Однако при локализации инфекционного агента в предстательной железе многие антибиотики не могут достичь должной концентрации в тканях простаты. Именно этим объясняется недостаточный клинический эффект, показанный рядом антибактериальных средств, даже при установленной чувствительности возбудителя к препарату in vivo.

Для оценки адекватности проводимой терапии и осуществления ее оперативной коррекции в клинической микробиологии существуют две классические методики: определение концентрации антибактериальных препаратов в патологическом очаге и минимальной подавляющей концентрации (МПК) применяемых препаратов в отношении выявленного возбудителя. Однако названные методики являются трудновыполнимыми в практическом здравоохранении. В то же время существуют фармакоэкономические предпосылки для прогнозирования эффективности антибактериальной терапии больных хроническим простатитом (ХП), так как рекомендуемые длительные сроки терапии (4–6 нед) значительно увеличи-

вают финансовые затраты в случае ошибки в выборе препарата.

Для изучения индивидуальной антибиотикорезистентности в процессе лечения больных ХП и оценки способности используемого антибактериального препарата проникать в секрет половых желез мы решили изучить кинетические особенности роста интактных микроорганизмов, выделенных у больного, по сравнению с ростом тех же возбудителей при условии добавления в среду спермальной плазмы, взятой на фоне проведения антибактериальной терапии.

Было обследовано 14 мужчин, страдающих ХП категории II по классификации Национального института здоровья США («хронический бактериальный простатит») в возрасте от 24 до 39 лет. Одним из критериев включения пациентов в группу наблюдения было обязательное наличие значимой бактериоспермии (КОЕ>10⁵ в зависимости от вида идентифицированных микроорганизмов). Все образцы спермы были получены в результате мастурбации. Для предотвращения контаминации эякулята пациенты перед сбором анализа должны были опорожнить мочевой пузырь, а также вымыть пенис, мошонку и руки водой с мылом. Сперму собирали в специальный стерильный пластиковый контейнер и доставляли в лабораторию не позднее чем через полчаса после эякуляции. Бактериологическое исследование секретов половых желез выполняли путем посева на плотные питательные среды. После получения чистых культур и идентификации патогенных микроорганизмов выделенный штамм отправляли на хранение. Далее с помощью планшетного фотометра Multiskan-Ascent (Финляндия), оборудованного термостатом и встряхивателем, изучали индивидуальную эффективность проводимой антибактериальной терапии путем сравнения кинетических моделей роста этиологически значимых микроорганизмов, выделенных у данного больного, в жидкой питательной среде по сравнению с ростом тех же возбудителей в той же среде, но с добавлением спермальной плазмы обследуемого больного, взятой у него на фоне антибактериального лечения.

В контрольные и опытные ячейки планшета вносят по 150 мкл бульона Мюллера–Хинтона, содержащего 10⁴–10⁵ КОЕ/см³ суточной культуры микроорганизма, выделенного из семенной жидкости больного. В опытные ячейки необходимо добавить по 50 мкл сыворотки, взятой у данного пациента на вторые сутки антибактериальной терапии через 2 часа после приема антибактериального препарата внутрь. В контрольные ячейки добавляют по 50 мкл стерильного бульона.

Программа позволяет получить кривые роста микроорганизмов под влиянием биологических жидкостей на фоне антимикробной терапии и оценить ее эффективность в процентах подавления по сравнению с контролем (рост микроорганизма в питательной среде без добавления сыворотки больного). Доказано (Л.З. Скала, 2004), что если площадь под кривой приращения оптической плотности в ячейке исследуемым материалом составляет не более 0–2% от площади в контрольных ячейках, то проводимую антимикробную терапию следует считать эффективной, так как угнетение роста микроорганизма происходит практически на 100%.

Все пациенты в качестве антибактериальной терапии получали ломефлоксацин по 400 мг внутрь однократно в сутки. На второй день лечения брали эякулят для прогнозирования индивидуальной эффективности проводимой антибактериальной терапии путем сравнительной оценки кинетических моделей роста причинных микроорганизмов в соответствии с описанной выше методикой. Длительность курса лечения зависела от результатов бактериологического исследования эякулята на 14-й день лечения. При сохраняющейся значимой бактериоспермии лечение продолжалось еще 3 недели, а у повторно выявленных микроорганизмов вновь оценивалась антибактериальная резистентность.

Идентифицированные микроорганизмы и мониторинг антибиотикорезистентности в процессе лечения больных ХП

Идентифицированные микроорганизмы	n	Подавление роста на 2-е сутки терапии, %	Подавление роста на 14-е сутки терапии, %
E.coli	4	98,15±0,43	98,13±0,69
St.epidermidis	6	97,50±0,62	97,42±0,92
Proteus spp.	4	98,88±0,55	98,50±0,65

Исследования в начале лечения показали отсутствие значимой антибактериальной резистентности микроорганизмов, выделенных у больных ХП, к ломефлоксацину *in vivo*. Различия в подавлении спермальной плазмой, взятой на пике концентрации ломефлоксацина в крови, роста различных штаммов микробов, недостоверны (см. табл.).

Однако бактериологический мониторинг выявил, что двухнедельный курс антибактериальной терапии обеспечил эрадикацию возбудителей только у 8 (57,1%) мужчин. При этом индивидуальная антибактериальная резистентность к ломефлоксацину, оцененная в эякулятах больных, не ответивших на лечение, оставалась на прежнем высоком уровне (см. табл.). Анализ особенностей клинического течения ХП у этих мужчин выявил ряд факторов, сочетанное влияние которых, возможно, обусловило неэффективность лечения. Как правило, эти больные имели более длительный анамнез заболевания (5,67±1,09 года против 2,88±0,44; *p*<0,05), а при УЗИ простаты у них выявлялись «микролиты» и «кальцификаты» в паренхиме органа. Мы установили, что эффективность курса лечения не зависела от идентифицированного микроорганизма, поэтому антибактериальная терапия была продолжена.

Правильность данной тактики лечения подтвердилась результатами контрольных бактериологических анализов. Эрадикации возбудителя не было достигнуто только в одном случае, что составило 16,7% от группы больных с осложненным течением ХП и 7,1% от всех обследованных. Следует отметить отсутствие побочных эффектов проводимой терапии: ни у одного пациента не было выявлено характерных для дифторхинолонов фототоксических реакций.

Полученные результаты наглядно продемонстрировали высокую способность ломефлоксацина проникать в секреты простаты и семенных пузырьков и обеспечивать эрадикацию возбудителей ХП. Динамический мониторинг не выявил развитие антибактериальной резистентности уропатогенов в процессе курса лечения этим препаратом. Мы считаем, что возможным очагом персистенции уропатогенов являются конкременты, образующиеся в простатических акциусах при длительном воспалении, наличие которых создает условия для образования на них микробной биопленки.

Дело в том, что бактерии, формирующие биопленку, значительно отличаются от планктонных свободноплавающих микробных клеток. Доза антибиотика, бактерицидная в отношении возбудителя в лабораторных условиях, зачастую не оказывает на биопленку никакого действия. Кроме того, бактерии в биопленке более устойчивы к факторам окружающей среды. Проведенное исследование показало увеличение эффективности лечения больных ХП при удлинении сроков антибактериальной терапии до 4 нед, что демонстрирует, на наш взгляд, способность ломефлоксацина проникать в биопленки и воздействовать на микроорганизмы, заключенные в экстрацеллюлярные полисахаридные оболочки. С учетом широкого спектра действия ломефлоксацина, высокой антибактериальной активности в сочетании с благоприятными фармакокинетическими свойствами и малой токсич-

ности это антибактериальное средство следует расценивать как весьма эффективное и надежное. Способность ломефлоксацина накапливаться в адекватных концентрациях в секретах мужских половых желез и практически отсутствующая антибиотикорезистентность к данному препарату у классических возбудителей ХП позволяют рекомендовать его как препарат выбора для эмпирического лечения ХП.

УДК 616.995.428 – 06 : 616.5 002.3 – 08

В. М. Марченко, В. Ф. Оркин, А. И. Завьялов
(г. Саратов) **Усовершенствованный способ лечения чесотки, осложненной пиодермией**

Используемые в настоящее время для лечения чесотки лекарственные препараты, согласно отраслевому стандарту «Протокол ведения больных. Чесотка», сера, бензилбензоат, перметрин, спрегаль, не всегда эффективны, так как не обладают активностью в отношении гнойничковых микроорганизмов, не устраняют проявления вторичной пиодермии и не предотвращают ее развитие. Это приводит к весьма длительным срокам лечения – от 7 до 12 дней и более, а иногда требует назначения антибиотиков и иммунокорректоров в условиях стационара. Кроме того, в 10 – 20% случаев терапевтический эффект отсутствует или возникают рецидивы.

Нами предлагается в водную эмульсию для лечения чесотки, содержащую медифокс, димексид и дистиллированную воду, дополнительно ввести в качестве активизирующего вещества мирамистин при следующем соотношении компонентов (мас.%) – 0,2 медифокса, 10,0 димексида, 0,01 мирамистина, 89,79 дистиллированной воды. Мирамистин – антисептик, оказывающий быстрое и сильное бактерицидное действие на грамположительные и грамотрицательные бактерии, стимулирующий местный неспецифический иммунный ответ, ускоряющий процесс заживления ран, снижающий резистентность микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Об акарицидном эффекте мирамистина в отношении возбудителя чесотки человека сведений нет.

Димексид оказывает выраженное местноанестезирующее, противовоспалительное и антимикробное действия, изменяет чувствительность микрофлоры, резистентной к антибиотикам, а также обладает свойствами, способствующими проникновению лекарственных препаратов в кожу.

Под наблюдением находились 23 человека, больных чесоткой, в возрасте от 19 до 42 лет с длительностью заболевания от 15 дней до 2,5 месяца. В очагах поражения на коже определялись парные и рассеянные мелкие папуловезикулы, штрихообразные пунктирные линии сероватого цвета (чесоточные ходы), экскориации, пустулы и фликтены, эрозии, серозно-геморрагические и гнойные корки, сопровождавшиеся сильным зудом. Диагноз чесотки во всех случаях был подтвержден обнаружением клеща в соскобе или серозном содержимом пузырька при микробиологическом исследовании.

Предлагаемую эмульсию втирали в кожу всего тела (за исключением головы) в течение 10 минут дважды с интервалом 10 минут. Обработку производили двукратно с перерывом в 3 дня и сменой нательного и постельного белья. Контрольную группу составляли 20 пациентов, получавших лечение 0,2% водной эмульсией медифокса.

В результате лечения предложенным составом отмечен отчетливый терапевтический эффект у всех больных. Сократились сроки выздоровления на 4 – 5 дней по сравнению с таковыми при лечении с прото-типом (см. табл.).

Сроки разрешения (в днях) клинических признаков чесотки в зависимости от лекарственного средства (M±m)

Клинические признаки	0,2% водная эмульсия медифокса с 0,01% мирамистина и 10% димексида (n=23)	0,2% водная эмульсия медифокса (n=20)	p
Папуло-везикулы			
Пустулы и фликтены	4,1 ± 0,8	6,9 ± 0,7	<0,05
Чесоточные ходы	4,7 ± 0,6	7,8 ± 1,1	<0,05
Корки	3,8 ± 0,6	5,1 ± 0,4	<0,01
Эрозии	5,2 ± 1,1	8,3 ± 1,2	>0,05
и экскориации	5,3 ± 1,2	10, ± 1,3	<0,05
Зуд кожи	2,1 ± 0,8	5,2 ± 0,9	<0,05
Клиническое выздоровление	5,8 ± 1,2	10,6 ± 1,3	<0,05

В среднем на 4-й день от начала терапии разрешались папуловезикулезные элементы и чесоточные ходы, на 4–5-й – подсыхали пустулы и фликтены, на 5–6-й – наступала эпителизация эрозий и экскориаций, на 6-й – отторжение корок, на 6–7-й – полное клиническое выздоровление. Осложнений местного или общего характера при лечении предложенным составом не было. Отклонений в лабораторных показателях не отмечено. Рецидивов заболевания (при наблюдении за пациентами в течение 3 месяцев) не выявлено.

Таким образом, при применении водной эмульсии медифокса в сочетании с мирамистином и димексидом сокращаются сроки выздоровления.

УДК 616–079.6:340.6

Е.Г. Губеева, Г.М. Харин (Казань). Сравнительный анализ гистологических методов выявления частиц пороха в экспериментальных огнестрельных пулевых повреждениях

Обнаружение пороха является наиболее специфичным дополнительным фактором выстрела и позволяет решать вопросы об огнестрельном характере повреждения и специфике примененных патронов. Пороховой заряд при выстреле обычно полностью не сгорает в канале ствола. Пороховые зерна при выходе из ствола первоначально превышают скорость пули, но по мере удаления от дульного среза они теряют кинетическую энергию, конусовидно рассеиваются вперед и в стороны. Чем плотнее и тяжелее частицы, тем глубже они проникают в мишень, оказывая комбинированное механическое, термическое и химическое повреждающие действия. С увеличением дистанции выстрела плотность расположения порошинок на мишени уменьшается.

Использование гистологических методов обнаружения пороха при исследовании огнестрельных повреждений у трупов широко распространено в практической работе. В процессе изготовления гистологических препаратов из парафиновых блоков, пороховые зерна растворяются, и вместо них обнаруживаются пустоты, стенки которых покрыты черным налетом. Однако существует мнение о том, что частицы пороха не растворяются, и их можно обнаружить с помощью люминесцентной микроскопии. Указанные противоречия явились поводом для изучения эффективности выявления частиц пороха различными гистологическими методами при исследовании огнестрельных повреждений.