

10. Мазо Е.Б., Зубарев А.Р., Жуков О.Б. Ультразвуковая диагностика васкулогенной эректильной дисфункции.- М: Медицина, 2003.-112 с.
11. Перельман, В.М. Алгоритмы рентгено- и ультразвуковой диагностики в урологии/В.М. Перельман, В.М.Буйлов //Вестник рентгенологии.-1992.-№5-6.-С.17-20.
12. Жуков, О.Б. Виagra-тест в ультразвуковой диагностике васкулогенной эректильной дисфункции/О.Б. Жуков, Е.Б.Мазо, А.Р. Зубарев// Русский медицинский журнал. -2003.- Т. 11, №24.- С.1333-1335.
13. Патент на изобретение РФ «Способ диагностики васкулогенной эректильной дисфункции» № 2183942 «Бюллетень изобретений полезной модели» – № 18 – 2002 год /О.Б. Жуков, Мазо Е.Б., Зубарев А.Р.
14. Жуков, О.Б. Ультразвуковая семиотика васкулогенной эректильной дисфункции в выборе метода лечения и профилактики: дисс. ...канд мед наук.- М., 2002. –187 с.
15. Патент на изобретение РФ «Способ дифференциальной диагностики васкулогенной эректильной дисфункции» №2006141800/14 (045645) «Решение о выдаче патента на изобретение » 08.04.2008/ О.Б. Жуков, А.Р.Зубарев, С.А.Кибец.
16. Аляев, Ю.Г. С.К.Терновой, В.Е.Синицын, Л.М.Рапопорт и [др.] Магнитно-резонансная урография: возможности и перспективы //Урология.- 2001.- №4. - С. 7-11.

УДК 616.594.171-002.3-085.371

© О.Р. Мухамадеева, З.Р. Хисматуллина, Д.Р. Попова, Ю.А. Медведев, 2012

О.Р. Мухамадеева, З.Р. Хисматуллина, Д.Р. Попова, Ю.А. Медведев  
**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ  
 С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ПИОПОЛИФАГ**

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
 Минздравсоцразвития России, г. Уфа*

При бактериологическом исследовании патологического материала из очагов у больных зооантропонозной трихофитией в 29,16% случаев были выделены условно-патогенные бактерии, вызывающие пиогенные инфекции. В связи с этим нами впервые применен препарат Пиополифаг в комплексном лечении зооантропонозной трихофитии в качестве средства для борьбы с вторичным инфицированием очагов микоза пиогенными бактериями. Назначение препарата способствовало быстрой ликвидации, или предотвращению в очагах вторичной инфекции, стимулировало специфический гуморальный ответ на антигены этих бактерий и оказало неспецифическое активирующее влияние на фагоцитарную активность нейтрофильных лейкоцитов крови.

**Ключевые слова:** зооантропонозная трихофития, Пиополифаг, вторичное инфицирование очагов микоза

O.R. Mukhamadeeva, Z.R. Hismatullina, D.R. Popova, Yu.A. Medvedev  
**COMPLEX TREATMENT OF ZOOANTHROPONOTIC TRICHOPHYTOSIS WITH  
 PYOPOLIPHAGE**

Bacteriological examination of pathological material from zooanthropoctic trichophytosis lesions in 29,16% of cases identified opportunistic bacteria that cause pyogenic infections. In this regard, in complex treatment of zooanthropoctic trichophytosis we have used Pyopoliphage as the remedy against secondary pyogenic bacteria infection of mycosis foci. The use of Pyopoliphage have provided a rapid elimination or prevention of secondary infection in the foci, have stimulated specific humoral response to bacteria antigens and have had a nonspecific activating effect on the neutrophilic leukocytes phagocytic activity.

**Key words:** zooanthropoctic trichophytosis, Pyopoliphage, secondary pyogenic bacteria infection of mycosis foci

Существующая в настоящее время схема лечения инфильтративной и нагноительной форм зооантропонозной трихофитии заключается в применении системных и местных антимикотических препаратов и не предусматривает применения средств для профилактики и лечения очагов поражения, инфицированных пиогенными бактериями. В то же время данный микоз часто осложняется присоединением вторичной пиогенной инфекции. Наиболее часто выделяемыми возбудителями выступают пиогенные грамположительные кокки из родов *Staphylococcus*, *Streptococcus* и реже грамотрицательные условно-патогенные представители кишечной группы микробов. Вторичное инфицирование сопровождается резким утяжелением местного процесса. Ввиду этого в некоторых случаях при лечении трихофитии в комплексе с основным антимикотическим лечением различными авторами предложено использование

антибактериальных антибиотиков и сульфаниламидов [5]. Однако данные методы лечения имеют значительные противопоказания к их лечебному применению. Дополнительным ограничением к использованию в терапии дерматофитий антибактериальных антибиотиков, в частности пенициллинового ряда, является повышенный риск возникновения аллергических осложнений ввиду определенной антигенной общности дерматофитов-возбудителей и грибов, продуцентов антибиотиков [3,6].

Одним из средств подавления бактерий могут служить бактериофаги (БФ). В терапевтических дозах БФ не проявляют аллергизирующих свойств. Отсутствие противопоказаний к применению БФ позволяет использовать их как с лечебной, так и с профилактической целью. Одним из поливалентных препаратов такой природы является Пиополифаг, содержащий литические бактериофаги веду-

щих возбудителей гнойно-септических заболеваний и кишечных инфекций. Пиополифаг хорошо зарекомендовал себя в профилактике и комплексной терапии соответствующих заболеваний, а также как средство борьбы с дисбактериозом [1]. Ценным свойством Пиополифага является его способность стимулировать фагоцитоз, подавленный при зооантропонозной трихофитии [4, 5], за счет действия продуктов лизиса чувствительных бактерий, обладающих иммуномодулирующими свойствами [7]. Поэтому этот препарат был использован нами в комплексном лечении больных зооантропонозной трихофитией.

**Цель исследования.** Оценить эффективность применения препарата Пиополифаг в комплексном лечении зооантропонозной трихофитии.

#### Материал и методы

Препарат Пиополифаг назначался 56 больным с инфильтративной и нагноительной формами трихофитии волосистой части головы и/или гладкой кожи при поступлении на стационарное лечение перорально по 30-50 мл 2 раза в день в виде раствора в течение 14 дней параллельно с традиционной терапией (гризеофульвин, наружные средства).

В качестве контроля мы использовали ретроспективные данные обследования 40 больных, получавших только традиционное лечение. Наличие в очагах трихофитии пиогенной микрофлоры определяли с помощью бактериологического исследования гноя, во-

лос из очагов поражения и соскобов с инфильтратов [6]. В процессе лечения у больных оценивали поглотительную активность фагоцитов крови в отношении частиц латекса [3] и гуморальный иммунный ответ на антигены возбудителей пиогенных инфекций в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) с эритроцитарными диагностикумами антигенов бактерий [2].

#### Результаты

При бактериологическом исследовании материала из очагов зооантропонозной трихофитии условно-патогенные бактерии, вызывающие пиогенные инфекции, были выявлены у 28 пациентов (29,2% от общего числа обследованных). При этом наиболее часто выявлялись стафилококки - *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis* – у 13 (13,5%) больных и протей - *Proteus mirabilis* и *Proteus vulgaris* - у 9 (9,4%) больных.

У больных с наличием в очагах микоза наиболее часто обнаруживавшихся условно-патогенных бактерий – стафилококков и протеев - до начала лечения в крови был отмечен достоверно более высокий уровень специфических антител против антигенов соответствующих микробов, но не против других пиогенных бактерий. Достоверного возрастания содержания антител у больных без вторичного бактериального инфицирования очагов и у больных с очагами, инфицированными другими бактериями, не наблюдалось (табл.1).

Таблица 1

Больные трихофитией		Уровень антител (log <sub>2</sub> титров РПГА) против антигенов:			
		стафилококка	протей	синегнойной палочки	
До лечения	(-)	5,14±0,02	6,02±0,09	5,10±0,08	
	СТАФ (n=13)	6,94±0,32*	6,13±0,15	5,12±0,16	
	ПРОТ (n=9)	5,43±0,24	6,64±0,16*	5,09±0,11	
10-14-е дни лечения	-	ТР(n=13)	5,21±0,03	6,05±0,21	4,86±0,14
		ПФ(n=9)	5,34±0,21	6,34±0,38	5,18±0,15
	СТАФ	ТР(n=8)	7,18±0,14*	6,3±0,15	5,11±0,08
		ПФ(n=5)	9,26±0,22* ** ***	6,13±0,15	5,52±0,44
	ПРОТ	ТР(n=5)	5,66±0,28	7,32±0,54*	5,14±0,12
		ПФ(n=4)	5,54±0,36	10,25±0,57* ** ***	5,41±0,39
Норма		4,95±0,25	5,92±0,06	4,92±0,12	

Примечание. (-) – больные без вторичной пиогенной флоры; СТАФ – больные с обнаруженными в очагах поражения стафилококками; ПРОТ – больные с обнаруженными в очагах поражения протейями; ТР – больные, получавшие традиционную терапию; ПФ – больные, получавшие комплексную терапию с использованием Пиополифага; различие достоверно при  $p < 0,05$  с показателями нормы (\*), таковыми до начала лечения (\*\*), между ТР и ПФ (\*\*\*).

У большинства пациентов с вторично инфицированными очагами трихофитии наблюдались болезненность в инфильтратах, повышение температуры и лейкоцитоз. В процессе традиционной терапии у таких больных отмечалось медленное обратное развитие процесса в очагах, а в ряде случаев возникла необходимость в назначении дополнительной антибактериальной терапии системными антибиотиками или сульфаниламидны-

ми препаратами. В группе больных с вторичным бактериальным инфицированием очагов трихофитии, получавших Пиополифаг на 3-7-й дни комплексного лечения, ранее выявленные в патологическом материале условно-патогенные бактерии не определялись, а задержки обратного развития в очагах микоза не отмечалось. На 10-14-й дни комплексного лечения достоверно возрастал уровень антител против антигенов бактерий, выявлявших-

ся в очагах трихофитии, но не против антигенов других пиогенных бактерий (табл. 1). Помимо этого, лечение больных трихофитией с использованием Пиополифага к 10-14-му дням обеспечивало неспецифическое стиму-

лирующее влияние на активность фагоцитоза (достоверное увеличение фагоцитарного индекса нейтрофильных лейкоцитов крови) (табл. 2).

Таблица 2

Больные трихофитией		Фагоцитарная активность нейтрофильных лейкоцитов крови больных зооантропонозной трихофитией			
		без пиогенных бактерий в очагах (n=68)		с пиогенными бактериями в очагах (n=28)	
		фагоцитарный индекс (%)	фагоцитарный показатель	фагоцитарный индекс (%)	фагоцитарный показатель
При поступлении		23,02±2,87*	3,97±0,41	23,02±2,87*	3,26±0,32
На 10-14-й дни	ТР(n=13)	22,25±2,33*	3,56±0,64	24,12±2,54*	3,58±0,45
лечения	ПФ(n=15)	35,68±4,18 ** ***	4,23±0,22	34,77±3,18 ** ***	4,20±0,34
Норма		36,94±4,18	4,21±0,79	36,94±4,18	4,21±0,79

Примечание. ТР – больные, получавшие традиционную терапию; ПФ – больные, получавшие комплексную терапию с использованием Пиополифага; различие достоверно при  $p < 0,05$  с показателями нормы (\*), таковыми до начала лечения (\*\*), и между ТР и ПФ(\*\*\*).

Таким образом, назначение препарата Пиополифаг при комплексной терапии инфилтративной и нагноительной форм зооантропонозной трихофитии способствует быстрой ликвидации или предотвращению в очагах вторичной инфекции, вызываемой пио-

генными бактериями, стимулирует специфический гуморальный ответ на антигены этих бактерий и оказывает неспецифическое активирующее влияние на фагоцитарную активность нейтрофильных лейкоцитов крови.

#### Сведения об авторах статьи:

**Мухамедеева Ольга Ринатовна** – к.м.н., ассистент кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3

**Хисматуллина Зарема Римовна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3

**Попова Дилара Раулевна** – аспирант кафедры дерматовенерологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. E-mail: timimus@ufanet.ru

**Медведев Юрий Анатольевич** – д.м.н., профессор ЦНИЛ БГМУ

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Каталог иммунобиологических препаратов и лекарственных средств. – Уфа: РИО ГУП “Имунопрепарат”, 2000. – С.155-163.
2. Куныгина О.В., Садыкова А.Ф., Грабарь Ю.М. и др. Разработка новых эритроцитарных диагностикумов//Диагностика, профилактика и лечение гнойно-септических заболеваний лекарственными средствами, выпускаемыми НПО “Имунопрепарат”. - Уфа, 1993. - С.62-67.
3. Лабораторные методы исследования в клинике: справочник / В.В.Меньшиков, Л.Н.Делекторская – М.: Медицина, 1987. – 368 с.
4. Медведев, Ю.А. Молекулярно-клеточные механизмы иммуногенеза при зоонозной трихофитии: автореферат дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1988. – 36 с.
5. Медведева, Е.А. Грибковые заболевания человека, вызванные зоофильными дерматофитами: дис. ... д-ра мед. наук. - Уфа, 1967. - 467 с.
6. Методические рекомендации по микробиологической диагностике инфекций в ЛПУ. – С.Пб, 1999. - 24 с.
7. Хунафин С.Н., Алсынбаев М.М., Медведев Ю.А., Магазов Р.Ш. Специфическая и неспецифическая профилактика и лечение инфекционных осложнений у больных с ожоговой травмой. -Уфа, 2004. – 69 с.

УДК 616.61-008.64

© В.Н. Павлов, Р.И. Сафиуллин, В.Г. Коржавин, А.Т. Мустафин,  
Д.Р. Сахаутдинов, А.А. Казихинов, И.М. Насибуллин, 2012

В.Н. Павлов, Р.И. Сафиуллин, В.Г. Коржавин, А.Т. Мустафин,  
Д.Р. Сахаутдинов, А.А. Казихинов, И.М. Насибуллин  
**СИНДРОМ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ ГЛПС  
В ПЕРИОД ПОЛИУРИИ И РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ**  
*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздравсоцразвития России, г. Уфа*

В статье представлены результаты исследования и коррекции синдрома нижних мочевых путей при геморрагической лихорадке с почечным синдромом в период полиурии.

**Ключевые слова:** геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, синдром нижних мочевых путей, микроциркуляция.