

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положен анализ исследования 52 лиц мужского пола. Контрольную группу составили 20 мужчин с доказанной фертильностью (доноры спермы). У 32 больных бесплодием, которые составили основную группу, выявлено варикоцеле. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование эякулята, включающее двукратную оценку семенной жидкости, полученную с интервалом в 14 дней (табл. 1).

Таблица 1

Показатели хемилюминесценции у больных до операции

Основные показатели ХЛ		Основная группа	Контрольная группа
Нативная сперма	Светосумма свечения, отн. ед	31,2 ± 3,7	2,7 ± 0,9
	Спонтанное свечение, отн. ед	4,1 ± 1,2	0,8 ± 0,3
	Максимальное свечение, отн. ед	7,2 ± 1,4	0,6 ± 0,1
Отмытые сперматозоиды	Светосумма свечения, отн. ед	16,3 ± 2,4	2,5 ± 0,7
	Светосумма свечения, отн. ед	1,9 ± 0,6	1,1 ± 0,4
	Максимальное свечение, отн. ед	3,2 ± 0,9	0,5 ± 0,2

Примечание: результаты статистически достоверны ($p < 0,05$)

РЕЗУЛЬТАТЫ

На следующем этапе исследования изучали показатели хемилюминесценции в основной группе после выполнения хирургического лечения (через 72 дня после операции) (табл. 2).

Таблица 2

Показатели хемилюминесценции у больных после операции

Примечание: результаты статистически достоверны ($p < 0,05$)

Динамика изменений эякулята такова: к 3-м месяцам улучшаются показатели подвижности сперматозоидов, к 6-ти месяцам увеличивается их количество. В группе больных, перенесших эндоскопическое лечение беременность наступила в 9 (28,1 %) семьях в течение первого года после операции.

ВЫВОДЫ

1. Активные формы кислорода играют важную роль в патогенезе мужского бесплодия. В норме сперматозоиды характеризуются низкой способностью к генерации активных форм кислорода.
2. Хирургическое лечение варикоцеле, как фактора мужского бесплодия, ведет нормализации показателей хемилюминесценции спермы.

А.Н. Горшеев, Т.Н. Обыденникова, В.В. Усов, О.П. Беньковская

МОНИТОРИНГ МИКРОФЛОРЫ ОЖОГОВЫХ РАН КАК ЭТАП СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

**ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Владивосток)
ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр Росздрава» (г. Владивосток)**

Ожоговая травма остается одной из актуальных проблем современной медицины. Среди всех видов травматизма она занимает третье место. Общее число пострадавших от термической травмы на

территории Приморского края составляет 6–7 тыс. человек ежегодно, из них госпитализируется 1200–1500 человек. В Приморском краевом ожоговом отделении на протяжении последних 4-х лет лечение получали 600–630 ожоговых больных. В последние годы имеет место увеличение доли пострадавших с глубокими ожогами с 35,7 до 41,4 %. Несмотря на некоторое снижение летальности за счет успехов противошоковой терапии в группах молодого и среднего возраста, среди тяжелобольных происходит перераспределение летальности за счет увеличения осложнений ожоговой болезни в более поздние сроки.

Наиболее частой причиной смерти пострадавших от ожогов остаются инфекционные осложнения ожоговой болезни. Улучшение результатов лечения больных с тяжелой термической травмой достигается разработкой эффективных методов ранней диагностики инфицирования ожоговых ран, исследованием микробного пейзажа госпитальных штаммов, выявление их антибиотикорезистентности с целью назначения рационального лечения гнойной инфекции у обожженных.

Для профилактики и лечения гнойно-септических осложнений при ожоговой травме необходимым условием является быстрый и качественный мониторинг, как экзогенной госпитальной микрофлоры, так и эндогенных скрытых источников инфекции у пострадавших.

Цель нашего исследования состояла в изучении спектра микрофлоры биоптатов ожоговых ран и разработке стандартизированного подхода к назначению антибактериальных препаратов в Приморском краевом ожоговом отделении ФГУ «ДВОМЦ Росздрава».

При выявлении условно-патогенных штаммов исключали возможность контаминации биологического материала микроорганизмами с поверхностью кожи. При выделении смешанных культур предпочтение отдавалось микроорганизмам, выделенным в большой концентрации и обладающих потенциально более высокой вирулентностью. За последние три года удельный вес *S. aureus* в микробных ассоциациях составлял 34 %; *Ps. aeruginosae* – 22,8–32,4 %.

Нами проведено 967 микробиологических исследований. У *St. aureus* наибольшая устойчивость была выявлена к антибиотикам пенициллинового ряда. Высокая чувствительность определялась к ингибитор-защищенным пенициллинам, цефалоспорином III поколения, фторхинолонам. 97,5 % резистентных к оксациллину стафилококков были чувствительны к ванкомицину.

Наибольшая резистентность *S. epidermididis* отмечена к оксациллину, аминогликозидам (гентамицину, ампициллину).

Ps. aeruginosae отличалась очень высоким уровнем резистентности к гентамицину (61,3 %), а также к полусинтетическим пенициллинам (70–90 %). Наиболее активными в отношении *Ps. aeruginosae* являлись амикацин (резистентность 6,7 %), цефалоспорины III поколения (резистентность 11–14 %), левофлоксацин (резистентность 0 %).

Таким образом, препаратами выбора для лечения инфекционных осложнений ожоговой травмы являются ингибитор-защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения.

Е.Г. Григорьев, А.С. Коган, В.Е. Пак, В.И. Капорский, С.В. Растомпахов, П.И. Сандаков

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница» (г. Иркутск)

Проблема бактериальных деструкций легких, в том числе гангрены, является актуальной для Сибири. Гангрена легкого была описана почти 190 лет назад тому назад Р. Лаэннеком. Наши представления о ключевых этиопатогенетических факторах этой тяжелой патологии приведены в схеме (рис. 1).

Их калейдоскопическое сочетание и взаимное отягощение являются причиной крайней тяжести пациентов, усугубляющейся осложнениями (кровотечения, эмпиема плевры, сепсис). Ключевой проблемой этой патологии является ранняя диагностика трансформаций острых и хронических воспалительных заболеваний различной этиологии (чаще всего пневмоний) в деструктивный процесс, особенно гангрену.

Мы располагаем опытом диагностики и лечения гангрены легкого более чем у 300 больных. Клинические проявления гангренозного процесса в легких описаны нами ранее (Григорьев Е.Г., 2000, 2003).

В настоящее время есть основания считать, что единственным эффективным методом лечения распространенной гангрены легкого является радикальный хирургический – лоб-, билобэктомия, либо