

ты, хроматин разрыхлен. На этом фоне в отпечатках нарастало количество одноядерных гистиоцитов.

В контрольной группе больных заметное очищение раны наблюдалось лишь к концу 1 недели после операции при этом, в раневых отпечатках увеличивалось число гистиоцитарных элементов и появлялись единичные фибробласты.

В цитограммах у больных основной группы к 7 дню после операции воспалительная реакция сменялась появлением клеточных признаков репарации (одноядерных гистиоцитов и фибробластов). На 2 неделе после операции появлялись пласты незрелого плоского эпителия и клеточные элементы фиброзной ткани.

Таким образом, проведенные нами клинико-цитологические исследования показали, что при использовании традиционных методов лечения послеоперационных ран аноректальной области почти у половины больных наблюдалось осложненное течение раненого процесса, которое характеризовалось воспалительной реакцией, отеком периаанальной области и замедленным развитием репаративных процессов.

Выводы. Применение спленодимексида в лечении ран аноректальной области приводит к достаточно быстрому снижению активности воспалительной реакции, уменьшению воспалительного инфильтрата, купированию болевого синдрома и снижению числа послеоперационных осложнений. Спленодимексид оказывает положительное влияние на местную тканевую реакцию, ускоряя репаративные процессы за счет стимуляции образования грануляционной ткани, ускорения эпителизации и рубцевания ран.

Литература

1. *Благодарный Л.А.* Геморрой. / Благодарный Л.А., Воробьев Г.И. // Монография. М. 2004. 123 С.
2. *Ривкин В.Л.* Руководство по колопроктологии. / Ривкин В.Л., Фаин С.Н., Бронштейн А.С. и др. // М. 2004. 345 С.
3. *Коленов С.А.* Использование перфторана и димексида в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей у больных с сахарным диабетом. / Коленов С.А., Овчаров С.Э., Кузин А.В. и др. // Российский биомедицинский журнал. 2004. Т. 5. С.102–103.
4. *Сафаров С.Ю.* Детоксикация организма донорской селезенкой // Сафаров С.Ю. // Монография. Махачкала. 1998. 211 с.
5. *Алиев М.А.* Спленотерапия гнойно-некротических поражений мягких тканей у больных сахарным диабетом. / Алиев М.А., Сафаров С.Ю., Абдулмажидов Х.М. и др. // Всероссийская конференция хирургов и 17 съезд хирургов Дагестана, посвященные 90-летию Р.П. Аскерханова. Махачкала. 2010. С. 124.

SPLENODIMEXIDE IN TREATING WOUNDS OF ANORECTAL AREA

M.A. ALIEV, S.YU. SAFAROV, KH.M. ABDULMAZHIDOV,
M. KH.I. MAGOMEDGADZHIEV

Dagestan Medical Academy

The analysis of wound healing at 112 patients after operations on hemorrhoids, anal fissures and rectal fistulas has been carried out. Clinical and cytological control of postoperative wound healing shows that application of splenodimexide for local treatment of wound surfaces is effective at all stages of wound process in connection with its bactericidal, anti-inflammatory action, increases fabric reparative reaction and accelerates wound healing. The offered method of wound treatment with applying splenodimexide improves the results of treatment, more than 1,5 times reduces the number of purulent complications and promotes fast wound healing.

Key words: wounds, clinical and cytological changes of anorectal area, splenodimexide, healing.

УДК 616.34

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Р. М. МАЛЛАЕВА З.Т. АСТАХОВА, А.С. ЦОГОВЕВ,
Л.З. БОЛИЕВА, Е.Б. ЦАЛЛАГОВА*

Комплексное лечение синдрома раздраженного кишечника с применением питьевой озонированной воды и ректальных инсуффляций

озоно-кислородной смеси способствует редукции патологических симптомов и удлинению ремиссии заболевания.

Ключевые слова: озонотерапия, синдрома раздраженного кишечника, лечение.

В структуре гастроэнтерологической заболеваемости значительное место занимают функциональные болезни желудочно-кишечного тракта, среди которых удельный вес синдрома раздраженного кишечника составляет 15-20%. Кроме того, еще две трети лиц с этими симптомами к медицинской помощи не прибегают [1,2,4].

В настоящее время рассматривается 3 основных направления патогенеза СРК: дисфункция психической деятельности, сопровождающаяся изменением вегетативных функций и гуморальными реакциями, висцеральная гиперчувствительность и нарушение моторики кишечника.

Основная клиническая симптоматика проявляется болью в животе или дискомфортом, связанным с актом дефекации и нарушением стула. Особую роль в развитии болезни отводят психоэмоциональным нарушениям. Как правило, симптомы СРК продолжают в течение долгого времени и серьезно ухудшают качество жизни больных [3,4]. До настоящего времени не разработаны эффективные схемы лечения СРК. Современные медикаментозные препараты не дают желаемого эффекта, требуют почти постоянного приема. При этом нередко приходится сочетать несколько лекарств с различным механизмом действия.

Цель исследования – изучение влияния питьевой озонированной воды и ректальных инсуффляций газовой озono-кислородной смеси при СРК с запорами.

Озон обладает выраженным антигипоксическим, иммуномодулирующим и противовоспалительным действием, при местном применении улучшает микроциркуляцию и процессы репарации [5].

В исследование включили 50 больных с синдромом раздраженной толстой кишки с запорами. Критерием исключения из данного исследования явилось наличие органической патологии органов пищеварения и сопутствующих соматических заболеваний в стадии декомпенсации. Возраст больных составил 35,6±4,8 года, длительность заболевания – от 3 до 10 лет. Клиническая картина заболевания характеризовалась наличием обстипационного синдрома у всех больных. При объективном обследовании констатировано вздутие, живота, умеренная болезненность по всей его поверхности, у 22 (45,8%) пальпировалась спазмированная сигмовидная кишка.

Диспепсические явления наблюдались у 76% больных в виде изжоги и отрыжки, тошноты, гиперсаливации, вздутия живота.

При проведении психологического тестирования психоэмоциональные нарушения отмечались у 88% больных в виде субклинически выраженной тревоги/депрессии, снижение самочувствия отмечали 66% больных

При рентгенологическом исследовании гипомоторная дискинезия с гипертонусом толстой кишки наблюдалась у 60% больных, гипомоторная дискинезия с гипотонусом толстой кишки констатировалась у 34% пациентов.

Умеренное снижение уровня серотонина в крови определялось у 72% больных. При этом при проведении корреляционного анализа выявлена четкая обратная связь между снижением уровня серотонина крови и выраженностью психоэмоциональных нарушений по данным психологического тестирования.

Для определения эффективности применения озонотерапии в общем комплексе восстановительного лечения больные были разделены на 2 группы: пациенты 1 группы (25 человек, 1 ЛК, контроль) получали диету по 1 табл. 3 раза, в день и микроклизмы из настоя лекарственных трав (10 процедур на курс лечения), пациенты 2 группы (25 человек, 2 ЛК, основная) дополнительно получали питье озонированной дистиллированной воды концентрацией растворенного озона 5 мг/л от аппарата УОТА 60-01 «Медозон» по 150 мл 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 3 нед и ректальные инсуффляции газовой озono-кислородной смеси концентрацией озона 15 мг/л в количестве 200 мл, на курс лечения 8 процедур в чередовании с микроклизмами. Обе группы больных по основным клиническим показателям были репрезентативными.

После проведенного лечения у большинства больных наблюдали положительную динамику основных клинических и параклинических показателей, характеризующих общее самочувствие, состояние психоэмоциональной сферы и моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.

* Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

При сравнительной оценке двух лечебных комплексов выявили, что положительная динамика основных показателей, характеризующих патологический процесс (болевой, диспепсический, обстипационный синдромы, психоэмоциональные нарушения), была на 18-20% более выражена в группе больных, получавших озонотерапию ($p < 0,05$). Уровень серотонина повысился у 90% больных с $295 \pm 99,6$ до $423 \pm 101,5$ нМ/л ($p < 0,001$) при норме 470 ± 112 нМ/л.

Особенно показательной была динамика моторно-эвакуаторной функции толстой кишки (по результатам рентгенологического исследования): у больных, получавших озонотерапию, частота улучшения составила 96% против 74% в контроле. Уменьшение симптомов тревожности и депрессии, нормализация самочувствия, настроения по госпитальной шкале HADS наблюдались у 94% больных, получавших озонотерапию, против 76% в контрольной группе.

Данные результаты подтверждены проведенным анализом качества жизни пациентов [3] в отдаленные сроки после восстановительного лечения: в исследуемых группах более высокие показатели качества жизни выявлены у лиц, получавших озонотерапию, по всем интегральным показателям физического и психического здоровья.

Проведенный корреляционный анализ выявил достоверную обратную связь между уменьшением степени выраженности клинической симптоматики уровнем серотонина крови ($r = -0,66$; $p < 0,001$) и прямой между повышением уровня серотонина и улучшением показателей качества жизни ($r = 0,69$; $p < 0,001$), что подтверждает роль серотонина в развитии СРК. При этом более отчетливую связь констатировали между повышением уровня серотонина и выраженностью болевого синдрома (коэффициент корреляции Спирмена $r = -0,71$, $p < 0,001$).

Таким образом, комплексное лечение больных СРК с применением питья озонированной воды и ректальных инсуффляций газовой озono-кислородной смеси способствует редукции патологических симптомов и удлинению ремиссии заболевания, позволяет уменьшить затраты больного на медикаментозные препараты.

Литература

1. Маев И. В., Черемушкин С. В., Лебедева Е. Г. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. 2000. М. 5. С. 70–75.
2. Мишукин О. Н. // Consilium medicum. 2007. Т. 9, № 7. С. 59–64.
3. Новик А. А., Матвеев С. А., Ионов Т. И. и др. // Клин. мед. 2000. Т. 78, № 2. С. 10–13.
4. Тарасова Г. Н. // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Проблемы гастроэнтерологии Юга России. 2007. № 3, спец выпуск. С. 108–111.
5. Шмакова И. П. Методики применения озона в медицине: Метод рекомендации. Киев, 2004.

NON-MEDICAL TREATING IRRITATED BOWEL SYNDROME

R.M. MALLAEVA, A.S. TSOGOEV, L.Z. BOLIEVA, E.B. TSALAGOVA

Northern Ossetia State Medical Academy

Combined treatment of irritated bowel syndrome including the application of ozonized drinking water and rectal insufflations of ozone and oxygenic gas mixture promotes the reduction of pathologic symptom severity and increasing the illness remission.

Key words: ozonotherapy, irritated bowel syndrome, treatment.

УДК 504.75:616-093:618.1

МОНИТОРИНГ МИКРОБИОЦЕНОЗА УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН ПРИ МИКОПЛАЗМЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ

И.С. НЕМОВА, Н.И. ПОТАТУРКИНА-НЕСТЕРОВА, М.А. ОРЛИНА, А.В. МЯСНИКОВА*

Изучен видовой состав микрофлоры урогенитального тракта у 95 женщин с микоплазменными инфекциями и у 50 здоровых женщин (группа сравнения). Изучение микробиоценоза влагалища показало, что воспалительные заболевания внутренних половых органов протекают на фоне дисбиотических состояний, характеризующихся выделением условно-патогенных и патогенных микроорганизмов.

Ключевые слова: микробиоценоз, микрофлора урогенитального тракта, микоплазменные инфекции, чувствительность к антимикробным препаратам.

Проблема инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитальных путей – одна из самых актуальных в гинекологии, венерологии и урологии [6,13]. По данным литературы, общая частота инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой системы в структуре гинекологической патологии составляет около 60%. Общая частота вагинальных инфекций и дисбиотических состояний в структуре инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой системы варьирует от 30-80%, а у больных с воспалительными заболеваниями матки и придатков составляет более 70% [3].

В последние годы значительно возрос интерес исследователей к изучению этиопатогенетических механизмов развития урогенитальных инфекций. Микробная колонизация гениталий на фоне нарушения вагинального микробиоценоза может явиться начальным этапом инфекционного процесса [2]. Число возбудителей урогенитальных инфекций достаточно велико и включает микоплазмы, хламидии, вирусы, бактерии, грибы и простейшие [10]. Среди указанных возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний особое место занимают представители семейства *Mycoplasmataceae* в связи с их особенностями биологии как мембранных паразитов [4,8]. Для них характерна длительная, часто пожизненная персистенция в организме и влияние на микроэкологию организма. Урогенитальные микоплазмозы с трудом поддаются антибиотикотерапии, в виду частого развития резистентности к антибиотикам [9,12].

В настоящее время наблюдается преобладание микст-инфекций над моноинфекцией. Смешанные инфекции или инфекции, развивающиеся на фоне выраженного дисбаланса состава микробиоценоза влагалища, наблюдаются в 20% случаев клинически выраженных инфекций урогенитального тракта [3]. Микст-инфекция нередко характеризуется рецидивами после лечения, самопроизвольными выкидышами, инфицированием плода. В составе микст-инфекций наиболее часто встречаются трихомониаз и хламидиоз (65%), у 62% больных имеется сочетание этих заболеваний с уреаплазменной инфекцией, у 54% – с микоплазменной патологией [2,7,11].

Генитальные микоплазмы являются комменсалами урогенитального тракта, способными в определенных условиях (концентрация более 10^4 КОЕ/мл, изменение гормонального уровня, иммунного статуса) снижать устойчивость микробиоценоза влагалища к колонизации патогенными и условно-патогенными микроорганизмами [4].

Цель исследования – определение видового состава микробиоценоза урогенитального тракта женщин при микоплазменных инфекциях.

Материалы и методы исследования. Исследована микрофлора урогенитального тракта 95 женщин репродуктивного возраста (30±5,6 лет) с микоплазменными инфекциями.

Наличие воспалительных заболеваний внутренних половых органов в анамнезе выявлено в основной группе в 67,37% (64 женщины). Яркая клиническая картина острого сальпингоофорита и эндометрита наблюдалась в 34% случаев, кольпита – в 21%, аднексита – в 11%. Нарушение менструальной функции имело место почти у половины пациенток.

Группу сравнения составили 50 женщин, на момент обследования не предъявлявших жалоб и не имевших в течение года воспалительных заболеваний половой системы.

Определение количественного и качественного анализа микрофлоры влагалища проводили в соответствии с приказом МЗ СССР № 535 от 22.04.85. («Об унификации микробиологических методов исследования, применяющихся в клинико-диагностических лабораториях»). Степень микробной обсемененности определяли методом секторального посева, выражая степень колонизации в КОЕ/мл. Характер роста определяли как массивный при КОЕ (колониеобразующие единицы) более 10 тыс., средний – от 1 до 10 тыс. КОЕ, единичный – до 1 тыс. КОЕ [5].

Забор материала (соскоб со стенок влагалища, отделяемое урогенитального тракта) проводили ложкой Фолькмана из урогенитального тракта женщин и помещали в пробирку с 1 мл стерильного физиологического раствора. Затем высевали 0,1 мл бактериальной суспензии в сахарный бульон и на кровяной агар, среду Эндо, сыроваточный, мясопептонный, желточно-солевой агар.

* ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», 432970, г. Ульяновск, ул. Л.Толстого, 42, E-mail: nemova_irina@bk.ru.