

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 димексид, 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.).

5. «Казанский мед. ж.», № 1.

**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% димексид (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.