

ЛИТЕРАТУРА

1. Батыршин Р.А., Сахаутдинова Г.В., Искандаров Р.Х. Поражение органа зрения при геморрагической лихорадке с почечным синдромом и методы его ранней диагностики: методические рекомендации для субординаторов, врачей-интернов, врачей-офтальмологов. – Уфа, 1998.
2. Вахрушев, Д.Н. Современные особенности клинической картины ГЛПС / Д.Н. Вахрушев, Н.М. Соломенников // Вятский медицинский вестник. – 2009. – № 1. – С. 54-55.
3. Ковальский, Ю.Г. К патогенезу почечного синдрома при геморрагической лихорадке/ Ю.Г. Ковальский, Н.И. Макаревич, А.К. Пиотрович // Урология и нефрология. – 1992. – № 1-3. – С. 35.
4. Некоторые вопросы патогенеза и лечения ГЛПС /Д.Х. Хунафина [и др.] // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2008. – № 12. – С. 220-221.
5. Патогенетические аспекты геморрагической лихорадки с почечным синдромом / Р.Т. Мурзабаева [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. – № 2. – С. 31-37.
6. Пиотрович А.К., Сиротина З.В. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом у детей. – М., 1988. – 186 с.
7. Ткаченко, Е.А. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в России – проблема XXI века/ Е.А. Ткаченко, Т.К. Дзагурова, А.Д. Бернштейн, Н.М. Окулова, Н.А. Коротина [и др.] // Вестник Российской академии естественных наук. – №1. – 2012. – С. 48-54.
8. Фазлыева, Р.М. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в Республике Башкортостан [Текст] / Р.М. Фазлыева, Д.Х. Хунафина, Ф.Х. Камбаров. – Уфа, 1995. – 243 с.
9. Хунафина Д.Х., Шамсиева А.М., Фазлыева Р.М. Комплексное лечение больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом //Акт. вопр. изучения клещевого энцефалита и геморрагической лихорадки в их природных очагах: тез. докл. – Ижевск, 1990. – С.112.

УДК 617.58-002.365-002:616.5-089.87-4-089.844-032:611.77

© А.Г. Хасанов, Р.Ф. Карамова, Д.Г. Шайбаков, С.С. Нигматзянов, А.А. Маннанов, Р.М. Гимазетдинов, 2012

А.Г. Хасанов¹, Р.Ф. Карамова¹, Д.Г. Шайбаков¹,
С.С. Нигматзянов¹, А.А. Маннанов², Р.М. Гимазетдинов²

РАННЯЯ НЕКРЭКТОМИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ АУТОДЕРМОПЛАСТИКОЙ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравоохранения России, г. Уфа

²МБУЗ ГКБ № 8, г. Уфа

Целью исследования явилась оптимизация способа лечения осложненных форм рожистого воспаления с применением ранней некрэктомии после плазменной коагуляции пораженных участков кожи и первичной аутодермопластики свободным перфорированным лоскутом.

Проведено комбинированное лечение 38 больных с деструктивными формами рожи с применением плазменного скальпеля на основе гелия «СУПР-М» и аргона «Факел-01». Для оценки результатов лечения учитывали общие и местные признаки гнойно-воспалительного процесса, данные цитологического и гистологического исследований, бактериологического контроля, изучались биоптаты кожного покрова из участков воспаления. Отмечено сокращение продолжительности периода разгара заболевания у больных рожей основной группы по сравнению с группой контроля на 33,3%, увеличение в ране грануляционной ткани на 34% и эпителизации на 38,1%, разрастание капилляров. Выявлены снижение микробного числа на 1 г ткани и сокращение койко-дней у больных основной группы в 2 раза по сравнению с группой контроля.

Ключевые слова: рожа, деструктивные формы, плазменный скальпель.

A.G. Khasanov, R.F. Karamova, D.G. Shaibakov,
S.S. Nigmatzyanov, A.A. Mannanov, R.M. Gimazetdinov

EARLY NECRECTOMY WITH ONE-MOMENT AUTODERMOPLASTY IN THE TREATMENT OF ERYSIPELATOUS DESTRUCTIVE FORMS

The purpose of the study was to improve treatment of erysipelatous destructive forms using early necrectomy after plasma scalpel and with one-moment autodermplasty. Complex treatment of 38 patients with erysipelas using the plasma scalpel based on helium SUPR-M and argon Fakel-01 has been done. To evaluate treatment results, common and local signs of the pyoinflammatory process, findings of cytologic, histologic and bacteriologic tests as well as the skin biopsies from the inflammation site were taken into account. The data obtained showed a marked decrease in bacterial seed. There was a 33,3 % reduction in the disease development among the basic group patients as compared to the control subjects, 34 % of the wound tissue was of granular and 38,1 % - of epithelial type. Moreover, there was some growth of capillaries. A decrease of microbial count to 1 tissue gr and a reduction of the hospital stay to 14 % have been found in basic group of patients.

Key words: erysipelas, destructive forms, plasma scalpel.

Среди хирургических инфекций мягких тканей рожистое воспаление продолжает оставаться на достаточно высоком уровне (до 12%), а частота рецидивирующего течения и гнойных осложнений в последние годы составляет 5 - 8% [1,3]. Высокая частота, неудовлетворительные результаты лечения, рецидивирующее течение заболевания диктуют

необходимость разработки новых методов лечения данной категории больных. Ряд авторов отмечают эффективность применения плазменных потоков при лечении осложненных форм рожистого воспаления. Положительное влияние плазменного потока обусловлено воздействием продуктов плазмогенерации на биологические ткани. Использо-

вание плазменного скальпеля при лечении гнойных ран способствует уменьшению микробной обсемененности и воспалительных явлений: происходит снижение степени нейтрофильной инфильтрации, отека тканей и микроциркуляторных изменений [2].

Целью исследования явилась оптимизация способа лечения осложненных форм рожистого воспаления с применением ранней некрэктомии после плазменной коагуляции пораженных участков кожи и первичной аутодермопластики свободным перфорированным лоскутом.

Материал и методы

Проведено комбинированное лечение с применением плазменного скальпеля на основе гелия «СУПР-М» и аргона «Факел-01» 38 больных (основная группа) рожистым воспалением с гнойно-некротическими осложнениями. В основной группе женщин было 22 (57,9%), мужчин 16 (42,1%). Пациенты основной группы были в возрасте от 23 до 82 лет, средний возраст составил 57,7 года. Все пациенты имели гнойно-некротические осложнения рожистого воспаления: флегмонозно-некротические — 25 (65,8%) случаев и флегмонозные — 13 (34,2%) случаев. Продолжительность от начала заболевания до поступления в стационар у больных основной группы — от 3 до 14 дней (в среднем 6,8 дня). Больным основной группы с деструктивными формами рожистого воспаления проводилось комбинированное оперативное лечение, направленное на удаление девитализированных структур и раневой микрофлоры. Предлагаемый способ осуществлялся под внутривенной анестезией путем некрэктомии и применения плазматрона в режиме «резки и коагуляции» (сила тока - 30А, расстояние от раны - 10-15см) на область рожистого воспаления. Коагуляцию проводили возвратно-поступательными движениями под углом 20-30° к обрабатываемой поверхности. Оптимальная экспозиция плазменного воздействия на гнойную рану 40 сек/см². После санации образующийся коагуляционный струп в случае обширного дефекта кожного покрова при некротических осложнениях рожки иссекался электродерматомом (ЭДТ-100) в пределах жизнеспособных тканей с одномоментным закрытием раневой поверхности свободным перфорированным лоскутом. Взятие кожного лоскута толщиной 0,35мм осуществлялось с помощью электродерматома. В случае флегмон после их вскрытия и санации края раны открывали и плазменным скальпелем проводили обработку полости раны, затем рыхло тампонируют марлевыми турун-

дами с водным раствором 0,05% хлоргексидина биглюконата и устанавливали полиэтиленовые дренажи. В раннем послеоперационном периоде (в первые 4 суток) использовались влажные антибактериальные повязки с водным раствором 0,05% хлоргексидина биглюконата, затем мажевые повязки на мажевой основе с препаратом левомеколь для защиты раны от бактериального и механического воздействий. С учетом чувствительности микрофлоры препаратом выбора стал представитель цефалоспоринового ряда III поколения - цефтриаксон. Антибактериальная терапия включала внутримышечное введение цефтриаксона по 2г в течение 7-8 дней. В послеоперационном периоде при проведении перевязок облучали пересаженную поверхность аутодермопластики плазменным потоком в терапевтическом режиме сканирующими движениями на расстоянии 20-25 см в течение 3-5 минут в зависимости от площади поверхности.

Группа сравнения состояла из 39 больных рожистым воспалением. Из них женщин было 24 (61,5%), мужчин - 15 (38,5%). Пациенты группы сравнения были в возрасте от 20 до 76 лет, средний возраст составил 55,7 года. Больные группы сравнения получали стандартное лечение согласно медико-экономическим стандартам включавшее антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикационные и десенсибилизирующие средства. Всем больным выполняли некрэктомию. У данной группы больных аутодермопластику проводили на 10-12-е сутки по мере появления полноценной грануляционной ткани. Для оценки результатов лечения учитывали общие и местные признаки гнойно-воспалительного процесса, данные цитологического и гистологического исследований, общего анализа крови, с расчетом показателей лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по формуле Я.Я. Кальфа-Калифома (1943г.), а также данные бактериологического контроля, включавшего количественное определение содержания микробных тел на 1г ткани. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Микробиологические исследования доказали высокую эффективность плазменного потока. Применение плазменного скальпеля способствовало снижению микробного числа в 1 г ткани основной группы по сравнению с группой контроля уже в первые сутки после обработки на $1,4 \times 10^7$ $p=0,043$ (табл. 1).

Таблица 1
Изменение количества микроорганизмов в 1 г ткани у основной и контрольной групп в зависимости от сроков лечения

Сроки лечения, сутки	Основная группа	Контрольная группа
1	$3,7 \pm 0,5 \times 10^7$	$5,1 \pm 0,3 \times 10^{7*}$
5	$1,9 \pm 0,4 \times 10^5$	$2,2 \pm 0,6 \times 10^{5**}$
9	Микроорганизмы не определяются.	$2,8 \pm 0,3 \times 10^3$

* Различие сравниваемых групп статистически достоверно ($p=0,043$).

** Различие сравниваемых групп статистически достоверно ($p=0,0009$).

Расчетные показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) свидетельствовали о более раннем купировании воспалительного процесса в основной группе. К пятым суткам от начала лечения ЛИИ основной группы составил $2,54 \pm 0,87$ против $3,29 \pm 1,24$ группы контроля. Средняя продолжительность лихорадочного периода заболевания у больных рожистым воспалением основной группы уменьшилась на 33,3 % по сравнению с группой контроля и достигала статистически значимых значений (табл. 2).

Таблица 2
Динамика клинических изменений у больных рожистым воспалением с гнойно-некротическими осложнениями (показатели в сутках, $M \pm m$)

Показатели клинических изменений	Группа контроля n=39	Основная группа n=38	P
Средняя продолжительность лихорадочного периода заболевания у больных с деструктивными формами рожистого воспаления.	$4,2 \pm 0,2$	$2,8 \pm 0,5$	$p=0,048$
Появление грануляционной ткани у больных с деструктивными формами рожистого воспаления.	$10,3 \pm 0,6$	$6,8 \pm 1,4$	$p=0,037$
Появление краевой эпителизации раны у больных рожистым воспалением с деструктивными формами.	$16,7 \pm 1,7$	$7,2 \pm 1,8$	$p=0,042$
Койко-дни проведенные больными рожистым воспалением с деструктивными формами.	$21,5 \pm 0,3$	$10,5 \pm 0,5$	$p=0,048$

Появление грануляционной ткани происходило на 34% раньше у пациентов основной группы, по сравнению с группой контроля, что свидетельствует о сокращении сроков процессов регенерации (табл. 2).

Краевая эпителизация у больных основной группы наступала на 38,1% раньше, чем в группе контроля. Применение плазменного потока при лечении деструктивных форм рожистого воспаления показало высокую эффективность как по бактериостатическому воздействию на патогенную флору, так и по стимулирующему

воздействию на ткани. Морфологическое исследование, проведенное на четвертые сутки, демонстрирует более раннее купирование воспалительных изменений у больных основной группы. К 7-8-м суткам у пациентов, прошедших курс комбинированного лечения, отмечались пролиферация фибробластов, рост полноценной грануляционной ткани, разрастание капилляров. Случаев лизиса и отторжения пересаженного кожного лоскута не наблюдалось.

При гистологическом исследовании биоптатов из очагов рожистого воспаления на 4-5-е сутки после комплексного лечения с использованием предлагаемого способа раневые дефекты были покрыты грануляционной тканью с большим количеством сосудов. Фибробласты грануляционной ткани отличались высокой синтетической активностью и формировали горизонтальный слой. В области краев и дна язв формировались пучки фуксинофильных коллагеновых волокон. Появлялась краевая эпителизация.

При цитологическом исследовании на 5-е сутки в мазках-отпечатках больных основной группы обнаруживались нейтрофильные лейкоциты в малом количестве, лимфоциты, макрофаги, юные фибробласты в большом количестве.

В процессе дальнейшего наблюдения микробных клеток в цитограмме не встречалось, преобладали профибро- и фибробласты, отмечался активный рост грануляционной ткани. Клеточный состав также представлен макрофагами, единичными фагоцитирующими лейкоцитами, эндотелиоцитами, эпителиальными клетками. Тип цитограммы у большей части больных регенеративный. В мазках-отпечатках у пациентов контрольной группы на 4-е сутки преимущественно содержатся микроорганизмы, нейтрофильные лейкоциты. Макрофаги встречаются реже, чем в основной группе. Появляются единичные профибробласты. На 8-е сутки в цитограмме еще встречаются микробные клетки и множество фагоцитирующих лейкоцитов. Соединительно-тканых клеток значительно меньше, чем в мазках-отпечатках больных основной группы (табл. 3).

Средняя продолжительность пребывания больных с деструктивными формами рожистого воспаления основной группы в хирургическом стационаре сократилась в 2 раза по сравнению с группой контроля.

Таблица 3

Динамика цитологических изменений при использовании предлагаемого способа в основной группе и в группе сравнения						
Элементы цитограмм	До операции		Перед операцией		После операции	
	основн. группа	контр. группа	основн. группа	контр. группа	основн. группа	контр. группа
ФЛОРА						
Кокковая	++++	++++	+++	++++	-	+
Бациллы	+++	+++	++	++	-	-
Фагоцитированная	-	-	+	++	-	+
ЛЕЙКОЦИТЫ						
Нейтрофилы	++++	++++	++	+++	-	+
Фагоциты	-	-	+	+	+	+
Эозинофилы	-	-	-	+	-	+
Лимфоциты	-	-	-	+	-	+
ГИСТИОЦИТЫ						
Полибласты	-	-	-	-	-	+
Вакуолизированные	-	-	-	-	+	+
Макрофаги	-	-	-	-	+	-
СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННЫЕ КЛЕТКИ						
Профибробласты	-	-	-	-	++	+
Фибробласты	-	-	-	-	++	+
ЭПИТЕЛИИ						
Молодой	-	-	-	-	+++	-
Слущивающийся	-	-	-	-	+	-

Выводы

Таким образом, исходя из полученных результатов можно сделать выводы:

1. Морфологическое исследование, проведенное на 4-е сутки, демонстрирует раннее купирование воспалительных изменений у больных основной группы.

2. Фаза регенерации и эпителизации в основной группе наступала раньше, клинически характеризовалась разрастанием грануляций и заживлением раны за счет краевой эпителизации. В контрольной группе значимая динамика репаративного процесса в данные сроки не отмечалась.

3. При гистологическом исследовании биоптатов из очагов рожистого воспаления на 4-5-е сутки после комплексного лечения с использованием предлагаемого способа раневые дефекты были покрыты грануляционной тканью с большим количеством сосудов.

4. При проведении цитологического исследования в процессе дальнейшего наблюдения тип цитограммы у большей части боль-

ных основной группы - регенеративный, в отличие от контрольной группы, где на восьмые сутки в цитограмме еще встречаются микробные клетки, множество фагоцитирующих лейкоцитов.

5. Плазменный скальпель в режиме «резки и коагуляции», применяемый при лечении больных с деструктивными формами рожки, обладает высокой бактериостатической эффективностью.

6. Иссечение коагуляционного струпа, образовавшегося после плазменной обработки гнойно-некротической раны, с одномоментной аутодермопластикой свободным перфорированным лоскутом позволяет исключить повторные оперативные вмешательства, направленные на закрытие раневого дефекта, и сократить сроки госпитализации больных.

7. Средняя продолжительность пребывания больных с деструктивными формами рожистого воспаления основной группы в хирургическом стационаре сократилась в 2 раза по сравнению с группой контроля.

Сведения об авторах статьи:

Хасанов Анвар Гиниятович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. Тел.: (347)264-16-19

Карамова Регина Фоатовна – аспирант кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, врач-хирург ГКБ №8. E-mail: Reggi_angel@mail.ru

Шайбаков Данис Габдинурович – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. Тел.: (347)264-16-19

Нигматзянов Салим Салихьянович – к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. Тел.: (347)264-16-19

Маннанов Айрат Альбертович – врач-хирург ГКБ №8. Адрес: г. Уфа, 40 лет Октября, 1.

Гимазетдинов Рафаэль Маратович – врач-хирург ГКБ №8. Адрес: г. Уфа, 40 лет Октября, 1.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ратникова, Л.И. Современная клинико-эпидемиологическая характеристика рожи / Л.И. Ратникова, А.Н. Жамбурчинова, Н.И. Лаврентьева // Рос. мед. журн. - 2007. - № 4. - С. 33-35.
2. Оценка иммуномодулирующей активности лазеротерапии при роже / О.Ф. Белая, Ю.В. Юдина, А.А. Еровиченков [и др.] // Кремлевская медицина. - 2004. - Т. 2 - С. 64-66.
3. Лещенко, И.Г. Гнойная хирургическая инфекция / И.Г. Лещенко, Р.А. Галкин. - Самара: Перспектива, 2003. - 326 с.
4. Косенков, А.Н. Патогенез и основные принципы консервативного и хирургического лечения рецидивирующей рожи / А.Н. Косенков // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2005. - № 7. - С. 63-65.
5. Жаров, М.А. Содержание провоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных рожей / М.А. Жаров, М.И. Горницына // Современные наукоемкие технологии. - 2006. - № 2. - С. 89-90.
6. Жаров, М.А. Рожа: клинико-эпидемиологическая характеристика, совершенствование методов лечения и прогнозирования течения болезни: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2007. - 38 с.
7. Жаров, М.А. Особенности современной клиники и результаты лечения рожи / М.А. Жаров, В.В. Лебедев // Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии: матер. XIV междунар. конф. и дискус. науч. клуба. - Гурзуф, 2006. - С. 167-169.
8. Еровиченков, А.А. Современные проблемы диагностики, лечения и профилактики рожи / А.А. Еровиченков // Инфекционные болезни и антимикробные средства: матер. второй науч.-практ. конф. - М., 2004. - С.54-56.
9. Антонов, К.А. Рожа: метод. пособие / К.А. Антонов, И.В. Малов, В.А. Борисов. - Иркутск, 2003. - 29 с.
10. Абдулов, Р.Х. Применение электростатического насыщения антибиотиком лимфатической системы в комбинации с лазеротерапией у больных рожей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2004. - 21 с.

УДК 616.155.194.8.2:638.1

© Л.Р. Ялалетдинова, А.Г. Муталов, А.М. Ишемгулов, 2012

Л.Р. Ялалетдинова¹, А.Г. Муталов¹, А.М. Ишемгулов²
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАТОЧНОГО МОЛОЧКА
 И ГРЕЧИШНОГО МЕДА В ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ**
¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздравсоцразвития России, г. Уфа
²ГБУ «Башкирский научно-исследовательский центр по пчеловодству
 и апитерапии», г. Уфа

Выполнено исследование, целью которого было оценить влияние продуктов пчеловодства на показатели крови детей с железодефицитной анемией. Результаты проведенных исследований, анализ клинико-гематологических показателей свидетельствуют, что курсовое применение маточного молочка и его совместное применение с гречишным медом обеспечивает регресс клинических симптомов железодефицитной анемии легкой степени, нарастание уровня гемоглобина, нормализацию показателей красной крови и показателей обмена железа. Полученные данные могут быть использованы для дальнейшего изучения вопросов применения продуктов пчеловодства для лечебно-профилактических целей.

Ключевые слова: апитерапия, продукты пчеловодства, маточное молочко, мед, анемия.

L.R. Yalaletdinova, A.G. Mutalov, A.M. Ishemgulov
**THE EFFICIENCY OF UTERINE MILK AND BUCKWHEAT
 HONEY APPLICATION IN CHILDREN ANEMIA TREATMENT**

The aim of the investigation was to evaluate the influence of beekeeping products on the blood indicators of children with iron deficiency anemia. The results of the investigations, the analysis of clinical and hematological rates testify that the course application of the uterine milk and its joint application with buckwheat honey provides regression of clinical symptoms of light iron deficiency anemia, increase of hemoglobin, normalization of red blood cells and iron metabolism indicators. The obtained data may be used to the following study of beekeeping products for treatment and preventive aims.

Key words: apitherapy, beekeeping products, uterine milk, honey, anemia.

Железодефицитная анемия (ЖДА) характеризуется уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина в крови. Развивающиеся при ЖДА нарушения на клеточном, органном и тканевом уровнях приводят к снижению интеллекта, частоты заболеваемости, дисгармонии физического развития [6,7]. За последние годы накоплен богатый клинический опыт, разработаны приемлемые и доступные методы диагностики, созданы химические препараты для лечебно-профилактических целей в области гематологии.

На фоне успехов современной медицины апитерапия (от лат. *Apis* «пчела») – метод

лечения различных заболеваний человека с применением живых пчёл, а также продуктов пчеловодства – не теряет своей ценности и приобретает еще большее значение как эффективный метод терапии [5,8,12].

Значительный интерес для фармакологии представляет маточное молочко в качестве полигормонального биологически активного стимулятора, в составе которого более ста соединений и микроэлементов, все незаменимые аминокислоты, витамины, фолиевая, пантотеновая кислоты, биотин и др. Белки представлены альбуминами и глобулинами. Микроэлементы: железо, кобальт, медь, цинк,