

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

Фагоцитарная активность нейтрофильных лейкоцитов крови больных зооантропонозной трихофитией					
Больные трихофитией		Фагоцитарная активность нейтрофилов крови больных 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		22,25±2,33*	3,56±0,64	24,12±2,54*	3,58±0,45
лечения		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:

Мухаммадеева 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: timtimus@ufanet.ru

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Каталог иммунобиологических препаратов и лекарственных средств. – Уфа: РИО ГУП “Иммунопрепарат”, 2000. – С.155-163.
2. Куягина 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 “Иммунопрепарат”. – 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.

V.N. Pavlov, R.I. Safiullin, V.G. Korzhavin, A.T. Mustafin,
D.R. Sakautdinov, A.A. Kazikhinurov, I.M. Nasibullin

LOWER URINARY TRACT SYNDROME IN PATIENTS WITH HFRS DURING POLYURIA AND RECONVALESCENCE

The article presents the results of investigation and correction of lower urinary tract syndrome in patients with hemorrhagic fever with renal syndrome during polyuria.

Key words: hemorrhagic fever with renal syndrome, urinary tract syndrome, microcirculation.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – это вирусный нетрансмиссивный зооноз, широко распространенный в Евразии, а в России занимающий первое место по заболеваемости среди природно-очаговых инфекций [8].

За период с 2000 по 2009 гг. 74890 случаев ГЛПС были зарегистрированы в 58 из 83 субъектов Российской Федерации (в среднем 5,2 случая на 100 тыс. населения) [7].

Почти 90% всех зарегистрированных в РФ случаев заражения ГЛПС приходится на Приволжский федеральный округ. Особенно высокие показатели отмечены в Республике Башкортостан (54,7 на 100 тыс. населения) и Удмуртской республике (54,1 на 100 тыс. населения). Именно в них, на территории активнейших природных очагов, расположены крупные населенные пункты, что многократно увеличивает риск заражения людей [7].

Большая часть случаев ГЛПС в этом регионе приходится на городских жителей (64,6%). Мужчины болеют ГЛПС в 2–4 раза чаще, чем женщины, при этом в 75% наблюдений в наиболее трудоспособном возрасте – от 20 до 50 лет [2,8].

По мнению ряда исследователей [3,4,6], ведущую роль в развитии основных синдромов ГЛПС играет поражение микроциркуляторного русла, обусловленное действием вируса. Абдурашитов Р.Ф. (1975) при биомикроскопии конъюнктивы и других органов обнаружил внутрисосудистые изменения в виде замедления кровотока, периваскулярного отека, наличия сладжа эритроцитов, которые способствуют замедлению кровотока [1,5,9].

При наблюдении за нашими пациентами мы заметили, что часть мужчин в период полиурии предъявляют жалобы на нарушения мочеиспускания, которые не укладываются в классическую картину полиурии.

В литературе мы не нашли объяснения этому феномену. В связи с этим нам представляется целесообразным изучить состояние нижних мочевых путей у мужчин, больных ГЛПС, в периоде полиурии.

Материал и методы

Материалом для анализа клинической картины послужили результаты обследования

190 мужчин с ГЛПС тяжелой и средней степени тяжести, получавших консервативное лечение в клинике урологии Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова в 2007 – 2012 годы. Возраст больных колебался от 18 до 62 лет. Средний возраст составил $33,6 \pm 6,5$ года. В клинику больные ГЛПС поступали, как правило, из реанимационных отделений инфекционных, городских и районных больниц: 29 пациентов (15,3%) в связи с олигурией, 161 (84,7%) – с анурией.

Заболевшими были преимущественно мужчины молодого возраста 144 человека (75,8%). Тяжелая форма ГЛПС была у 62 (32,6%), среднетяжелая у 128 (67,4%) пациентов.

В группы наблюдения включены пациенты, не имевшие в анамнезе хронических заболеваний нижних мочевых путей, у которых при восстановлении диуреза появились жалобы на нарушения мочеиспускания – отсроченное начало мочеиспускания, дискомфорт при мочеиспускании, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, слабый напор мочи, учащенное мочеиспускание до 15–20 раз в сутки.

Всем больным проводилась комплексная терапия основного заболевания, при этом у большинства больных – 133 (70%) применялся гемодиализ, а у 57 (30%) пациентов – гемодиализация.

Диагноз больным геморрагическая лихорадка с почечным синдромом выставлен на основании характерной клинической картины заболевания, эпидемиологического анамнеза, лабораторных данных. Серологическое подтверждение с помощью реакции ИФА получено у 190 (100%) больных.

Жалобы на мочеиспускание пациенты начинали предъявлять в период полиурии, что и послужило поводом к исследованию.

Обследование включало трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) с определением остаточной мочи, урофлоуметрию и др.

С учетом поражения микрососудистого русла в патогенезе заболевания нами было проведено исследование микроциркуляции мочевого пузыря, простатического отдела

уретры при цистоскопии аппаратом ЛАКК-01, который позволяет определить объемную скорость кровотока.

С целью объективизации жалоб больных и возможности проведения их анализа в динамике была использована Международная система суммарной оценки симптомов при заболеваниях простаты (I-PSS), качества жизни (QoL), обусловленного расстройствами мочеиспускания.

Результаты и обсуждение

При обследовании больных отмечалось повышение показателей I-PSS, QoL до $18,2 \pm 2,3$ и $4,4 \pm 0,7$ балла соответственно. При этом результаты были расценены как неудовлетворительные и требующие медикаментозной коррекции.

По данным урофлоуметрии, выполненной всем пациентам до начала медикаментозной коррекции синдрома нижних мочевых путей, максимальная объемная скорость потока мочи ($Q_{\max}$) составляла $7,8 \pm 3,5$ мл/с, средняя скорость потока мочи – $7,0 \pm 2,7$. Данные говорят о нарушении мочеиспускания по обструктивному типу на фоне задержки мочеиспускания, что, по-видимому, связано с нарушением кровообращения в микроциркуляторном русле детрузора, вызвавшим нарушение сократительной способности мышечной ткани (табл. 1).

Это в дальнейшем подтвердили результаты лазерной доплеровской флоуметрии.

Всем пациентам проводилось ТРУЗИ. Средние размеры предстательной железы в обеих группах совпадали. Средний объем предстательной железы составил $24,8 \pm 17,2$ см³, объем остаточной мочи $87,5 \pm 31,6$ мл³. Капсула железы во всех случаях недеформирована, лоцируется четко, утолщена. Эхогенность неоднородна.

Больные с признаками доброкачественной гиперплазии предстательной железы были исключены из исследования.

Сводная характеристика основных диагностических и клинически важных показателей больных с синдромом нижних мочевых путей при ГЛПС в исследуемых группах представлена в табл. 1.

При лазерной доплеровской флоуметрии в исследуемых точках получены данные, указывающие на достоверное снижение капиллярного кровотока, вплоть до критического уровня перфузии. Амплитудно-частотный спектр указывает на спастико-атоническую форму нарушений микроциркуляции в задней и боковых стенках и верхушке мочевого пузыря, застойную форму в зоне треугольника

Льето и стагическую форму в шейке мочевого пузыря.

Таблица 1
Основные диагностические показатели больных с синдромом нижних мочевых путей при ГЛПС в исследуемых группах

Параметры	Группы больных	
	ГЛПС средней степени тяжести	ГЛПС тяжелой формы
Возраст, лет	$34,2 \pm 6,7$	$34,5 \pm 7,7$
Показатель I-PSS, баллы	$18,2 \pm 2,6$	$18,1 \pm 2,2$
Показатель QoL, баллы	$4,4 \pm 0,9$	$4,4 \pm 1,2$
$Q_{\max}$, мл/с	$7,9 \pm 3,5$	$7,7 \pm 3,4$
Объем ПЖ, см ³	$24,6 \pm 16,9$	$25,2 \pm 18,7$
Остаточная моча, мл	$85,8 \pm 3,3$	$90,8 \pm 2,3$
Показатель PSA, нг/мл	$2,0 \pm 0,5$	$2,1 \pm 0,7$

Показатель микроциркуляции у больных резко снижен и составляет в среднем 20% от выведенной нормы, за которую мы принимали показатели микроциркуляции в аналогичных точках в стенках нормального мочевого пузыря (табл. 2).

Таблица 2
Показатели микроциркуляции мочевого пузыря и уретры у больных с синдромом нижних мочевых путей при ГЛПС в исследуемых группах до лечения

Область мочевого пузыря	ПМ	σ	K_v
Задняя стенка	$5,06 \pm 0,7$	$1,45 \pm 0,4$	$34,17 \pm 3,8$
Левая стенка	$5,37 \pm 0,6$	$1,19 \pm 0,4$	$25,94 \pm 3,4$
Правая стенка	$5,48 \pm 0,7$	$0,95 \pm 0,2$	$19,93 \pm 3,7$
Верхушка	$7,37 \pm 0,9$	$1,71 \pm 0,3$	$26,34 \pm 4,2$
Треугольник Льето	$4,44 \pm 1,1$	$0,46 \pm 0,1$	$11,55 \pm 2,0$
Шеечная область	$3,89 \pm 0,7$	$0,23 \pm 0,2$	$5,59 \pm 0,9$
Уретра в зоне сфинктера	$4,09 \pm 0,6$	$0,24 \pm 0,2$	$5,46 \pm 0,9$

При проведении исследования больные были разделены на основную и контрольную группы с равным количеством больных ГЛПС как средней, так и тяжелой форм. Так как исследуемые показатели у больных различной степени тяжести ГЛПС в период полиурии не отличались, при сравнении они не выделялись.

В основной группе помимо лечения ГЛПС пациентам проводилось консервативное лечение синдрома нижних мочевых путей, альфа1-адреноблокатором тамсулозином в дозе 400 мг/сутки. Консервативное лечение пациенты получали на протяжении 3 месяцев.

Обследование в динамике проводилось через 2 недели, 1, 3 и 6 месяцев после начала лечения и ежегодно до 3 лет и включало помимо общеклинического обследования изучение уродинамики и микроциркуляции. Наблюдение свыше 3 лет сочли нецелесообразным, так как результаты стабилизировались.

Переносимость препарата была хорошей. Побочных эффектов на фоне применения α_1 -адреноблокатора тамсулозина больные не

отмечали. Тенденции к снижению артериального давления во время исследования отмечено не было.

Исследования уродинамики выявили увеличение максимальной скорости потока мочи у больных основной группы в сроки наблюдения до 12 месяцев с 7,8 до 14,1 мл/с. В дальнейшем результат стабилизировался.

При контрольном исследовании субъективной оценки мочеиспускания и качества жизни больных данной группы в сроки до 1 года выявлено снижение показателя IPSS с 18,2±2,4 до 8,1±2,2 балла и показателя QoL с 4,4 до 2,0 балла. Основные диагностические показатели больных основной группы в различные сроки лечения представлены в табл. 3.

Таблица 3

Основные диагностические показатели мочеиспускания у больных основной группы в различные сроки лечения

Сроки лечения	IPSS		QoL		Qmax	
	основная	контрольная	основная	контрольная	основная	контрольная
До лечения	18,2±2,4	18,2±1,4	4,4±1,0	4,4±1,2	7,8±1,7	7,8±1,9
2 недели	16,2±2,0	17,2±1,9	4,1±1,2	4,2±1,4	8,2±2,0	8,2±2,1
1 месяц	12,7±1,8	15,7±1,7	4,0±0,6	4,1±0,8	9,2±2,2	8,4±2,3
2 месяца	11,8±2,3	13,8±2,2	3,8±1,2	3,9±1,4	10,4±2,4	9,1±2,1
3 месяца	10,2±1,9	11,2±2,1	3,2±1,4	3,4±1,6	10,7±2,0	9,7±2,6
6 месяцев	10,7±2,2	11,7±2,2	3,0±0,4	3,3±0,8	11,2±2,3	10,2±2,3
1 год	8,1±2,0	10,1±2,6	2,0±0,6	2,7±0,9	14,1±2,1	11,1±2,0
2 года	7,6±2,0	9,6±2,1	2,2±0,4	2,6±0,5	14,2±0,9	12,2±1,9
3 года	7,2±1,5	8,2±1,6	2,0±0,3	2,4±0,9	14,3±0,8	12,3±1,8

По данным, приведенным в табл. 3, видно, что субъективная оценка «нормализации» мочеиспускания наступает позже, чем показывают данные уродинамического наблюдения, что, возможно, связано с неврологическими нарушениями, вызванными ишемизацией мочевого пузыря.

В контрольной группе результаты были менее успешными. Исследования уродинамики выявили увеличение максимальной скорости потока мочи в сроки наблюдения до 1 года с 7,8 до 11,1 мл/с. В дальнейшем результат стабилизировался.

При контрольном исследовании качества жизни больных данной группы в сроки до 1 года выявлено снижение показателя IPSS с 18,2±2,4 до 10,1 балла и показателя QoL с 4,4 до 2,7 балла.

Таким образом, в контрольной группе улучшения показателей мочеиспускания были менее интенсивными. В целом показатели обеих групп не достигли уровня здорового мужчины и остались ниже нормальных на 32,4% в основной и на 56% в контрольной группах.

Измерение микроциркуляции производилось в разработанных нами 6 точках. Данные доплеровской флоуметрии отражались в виде ЛДФ-грамм.

Зарегистрированные доплерограммы обрабатывали с помощью программного обеспечения. Производили вычисление стати-

стических характеристик: показателя микроциркуляции, амплитудно-частотный анализ гемодинамических ритмов в доплерограмме. Вычисляли также статистические характеристики показателя микроциркуляции: среднее арифметическое и среднеквадратичное значения, коэффициент вариации.

На рис. 1 отражена динамика улучшения микроциркуляции в основной группе, для сравнения также представлены усредненные показатели микроциркуляции в контрольной группе. При анализе показателей выявляется достоверная разница между основной и контрольной группами.

Максимальный результат в контрольной группе достигнут при исследовании через 1 год после начала лечения, который составил 11,69 перф.ед. (рис. 2), в тоже время в основной группе он был – 17,3 перф. ед.

При этом амплитудно-частотный спектр соответствовал застойной форме нарушения микроциркуляции.

Восстановление микроциркуляции проходило равномерно во всех исследуемых зонах мочевого пузыря в течение года после начала лечения, что коррелирует с результатами объективизации жалоб больных. Результаты стабилизировались на значениях ниже нормы, что, по-видимому, связано со стойкими органическими изменениями в микроциркуляторном русле.

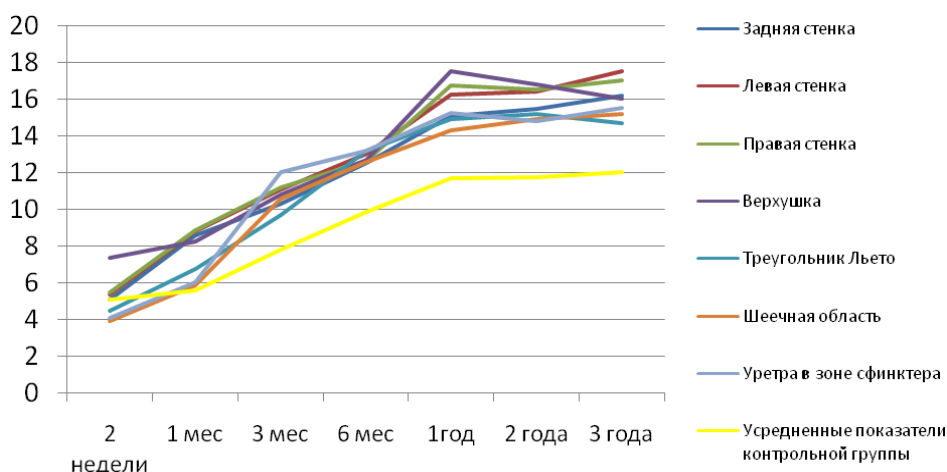


Рис. 1. Динамика изменения показателя микроциркуляции в основной группе

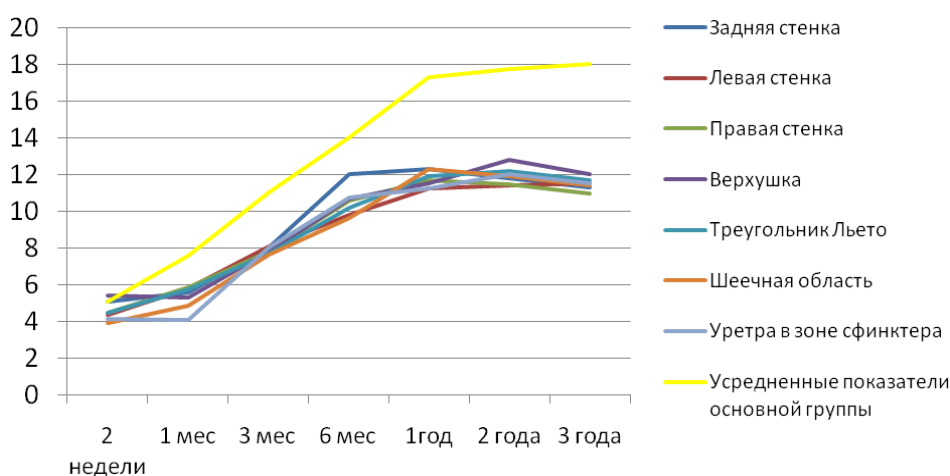


Рис. 2. Динамика изменения показателя микроциркуляции в контрольной группе

Заключение

Таким образом, в период полиурии геморрагической лихорадки с почечным синдромом у мужчин может развиваться синдром нижних мочевых путей, причиной которого является нарушение микроциркуляции в стенке мочевого пузыря.

Применение тамсулозина позволяет улучшить показатели мочеиспускания в течение года, затем результат стабилизируется.

В течение года показатель микроциркуляции в стенке мочевого пузыря больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом улучшается и стабилизируется на уровне 56% ниже нормы. Применение альфа1-адреноблокатора тамсулозин позволяет улучшить показатель микроциркуляции мочевого пузыря и уретры в зоне сфинктера быстрее и стабилизирует на уровне ниже нормальных на 32,4%.

Сведения об авторах статьи:

Павлов Валентин Николаевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Сафиуллин Руслан Ильясович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. e-mail: russafiullin@yandex.ru.

Коржавин Виталий Германович – аспирант кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. e-mail: vitaly1970@mail.ru.

Мустафин Артур Тагирович – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. e-mail: sqwer1@yandex.ru.

Сахаутдинов Дамир Расимович – аспирант кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. e-mail: sahautdinov@gmail.com.

Казихинов Альфред Альтафович – к.м.н., доцент кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3.

Насибуллин Ильдар Марсович – к.м.н., сотрудник кафедры урологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, Ленина, 3. E-mail: nim_76@mail.ru

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. Камилов. – 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 erysipelas destructive forms using early necrectomy after plasma scalpel and with one-moment autodermaplasty. 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-