

ТАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.В. АЛАБУТ, В.Д. СИКИЛИНДА, Н.Ю. САЛУМ

Исследование посвящено разработке тактики уменьшения переоперационной кровопотери при эндопротезировании суставов нижних конечностей. Проанализированы результаты эндопротезирования 215 больных, из них 103 пациента составили контрольную группу и 112 – основную группу, эти пациенты интраоперационно и в послеоперационном периоде получали транексамовую кислоту. Задачами исследования явилась оценка кровесберегающего действия предложенной тактики: измерение объема интраоперационной и дренажной кровопотери, измерение потребности в гемотрансфузии. У 112 больных предложенная тактика позволила снизить послеоперационную и общую кровопотерю, уменьшить частоту донорских гемотрансфузий в 3 раза.

Ключевые слова: кровесберегающие технологии, кровопотеря, эндопротезирование суставов

BLOOD-SAVING TECHNIQUES APPLICATION IN ENDOPROSTHETICS OF LOWER EXTREMITIES LARGE JOINTS

ALABUT A.V., SIKILINDA V.D., SALUM N.Y.

The study was devoted to the development of perioperative blood loss reduce approach in endoprosthetics of lower extremities joints. The results of endoprosthetics of 215 patients (103 – the control group, 112 – the main group) have been analysed. Patients of the main group were treated with Tranexamic acid both intraoperative and during postoperative period. The mission of the research was to assess blood-saving potential of the suggested approach through intraoperative and drainage blood loss volume measurement, hemotransfusion demand registration. Suggested approach allowed to reduce donor hemotransfusion frequency up to 3 time in 112 patients.

Key words: blood-saving techniques, blood loss, joints endoprosthetics

© Коллектив авторов, 2010
УДК 618.1:616-002

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: ВОПРОСЫ И РЕШЕНИЯ

В.В. Чеботарёв¹, В.А. Батурин¹, О.Б. Тамразова², Е.В. Дзанаева¹, О.В. Галкина³

¹Ставропольская государственная медицинская академия

²Российский университет дружбы народов, Москва

³Ставропольский краевой клинический кожно-венерологический диспансер

Воспалительные процессы органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин представляют серьёзную проблему в связи с нарушением репродуктивной функции [6,9].

Чеботарёв Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии СтГМА, тел.: 89624475355; e-mail: sgmakvd@mail.ru.

Батурин Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии, бактериологии, иммунологии и аллергологии ФПО СтГМА, тел.: (8652) 352524; e-mail: v_baturin@mail.ru.

Тамразова Ольга Борисовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии ФПО Российского университета дружбы народов, тел.: 8916411134; e-mail: anait_tamrazova@mail.ru.

Дзанаева Елена Викторовна, врач-дерматовенеролог, соискатель кафедры дерматовенерологии и косметологии СтГМА, тел.: 89620133474; e-mail: antonenko@mail.ru.

Галкина Ольга Владимировна, врач-дерматовенеролог Кисловодского филиала Ставропольского ККВД, тел.: 89289013827.

Современные методы диагностики – полимерная цепная реакция (ПЦР), метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), иммуноферментного анализа (ИФА), наряду с давно используемыми, но проверенными временем – микроскопией, культуральными исследованиями (гонококки, трихомонады) и другими, позволяют установить этиологический фактор, вызвавший хронический воспалительный процесс. Однако возникают вопросы при выявлении нескольких микроорганизмов, особенно если среди них обнаружили, помимо абсолютных патогенов инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), гонококки, хламидии и условно-патогенную флору. Что касается роли гонококков в возникновении ВЗОМТ, то этот вопрос был решён ещё в середине прошлого столетия не только на основании клинических наблюдений, но и экспериментальных исследований на животных [3].

К сожалению, экспериментальная модель для *C.trachomatis* (хламидии), обосновывающая с пози-

ций доказательной медицины их роль (как моноинфекции) в возникновении ВЗОМТ, отсутствует.

Существенную помощь в признании роли *C.trachomatis* в развитии ВЗОМТ имеет её обнаружение методом ПЦР в тех или иных органах малого таза при исследовании ткани, взятой при лапароскопии.

Диагностику *C.trachomatis* можно проводить 2 методами, один из которых – ПЦР. Следует помнить (ибо заблуждение относительно ИФА у некоторых врачей присутствует), что верификация диагноза хламидийной инфекции базируется на обнаружении *C.trachomatis* с помощью одного из методов, **за исключением иммуноферментного анализа** [1].

Среди микоплазм *M.genitalium* (микоплазма генитальная) признана патогенным микроорганизмом, вызывающим уретриты и цервициты у женщин [12]. Подтверждает половой путь передачи соответствие выявления *M.genitalium* у сексуальных партнёров при симптоматических уретритах.

Некоторые авторы считают, что данный патоген может вызвать у женщин эндометрит и трубное бесплодие [13]. Метод лабораторной диагностики – ПЦР. Показанием к обследованию являются:

- воспалительные процессы нижних отделов мочеполового тракта;
- наличие осложнений (ВЗОМТ, бесплодие и др.);
- обследование женщин при планировании беременности и во время беременности;
- смена полового партнёра без наличия барьерных методов защиты.

Другие виды микоплазм: *U.urealyticum*, *M.hominis* можно обнаружить у здоровых женщин, что создаёт трудности отнесения их к патогенной флоре [2]. Они могут присутствовать на слизистых оболочках урогенитального тракта у 40-80% практически здоровых лиц репродуктивного возраста в количестве меньше 10^4 КОЕ/мл. Частота их выявления у женщин репродуктивного возраста колеблется от 13,3% в неизменной шейке матки до 37,9% при её эктопии, а в период беременности частота выявления увеличивается в 1,5-2 раза.

Реализация условно-патогенных свойств указанных микоплазм происходит при определённых условиях, в частности, при ассоциации с другими патогенными или условно-патогенными микроорганизмами, что может привести к ВЗОМТ [11, 15].

Диагностика *U.urealyticum* и *M.hominis* основана на методах, позволяющих провести количественную оценку их содержания в исследуемом материале (культуральный метод с использованием плотных питательных сред с определением КОЕ/мл или, что более доказательно – ПЦР в реальном времени).

Показанием к обследованию на указанные микоплазмы являются:

- наличие клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса органов урогенитального тракта при **отсутствии патогенных микроорганизмов**;
- отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (невынашивание беременности, бесплодие, перинатальные потери и др.);
- осложнения течения настоящей беременности, предполагающие инфицирование плода.

Диагноз устанавливается в соответствии с МКБ-Х: указывается топический диагноз с уточнением выявленного инфекционного агента, например: уретрит, обусловленный *M.genitalium*; эндометрит, обусловленный *U.urealyticum*.

К сожалению, с появлением возможности диагностировать *U.urealyticum* и *M.hominis* с помощью ПЦР возникла гипердиагностика заболевания в связи с непониманием некоторыми как акушерами-гинекологами, так и венерологами необходимости количественного определения этой условно-патогенной флоры, которое создаёт возможность развития воспалительного процесса. При этом страдали пациенты, у которых не проводили количественного анализа, а после лечения вновь методом ПЦР обнаруживали микоплазмы, что является закономерным. Усугублялась ситуация повторным назначением антибиотиков, нередко – их комбинацией, приводящей к развитию дисбиоза влагалища и кишечника, появлению грибов рода *Candida*. Пациенты тратили большие деньги на лечение несуществующей инфекции и последствий нерациональной антибиотикотерапии.

Если у ряда врачей было заблуждение в трактовке лабораторного анализа (ПЦР) при выявлении *U.urealyticum* и *M.hominis*, то в некоторых коммерческих структурах это было отнюдь не заблуждением.

Лекции, семинары позволили большинству врачей, имеющих дело с микоплазменной инфекцией, использовать в своей практике существующие методические рекомендации по диагностике и лечению микоплазменной инфекции [1]. В них подчёркивается то, о чём мы упоминали выше, а именно, что только при отсутствии известных патогенов можно считать *U.urealyticum* и *M.hominis* причиной возникновения воспаления мочеполовых органов при их количестве $> 10^4$ КОЕ/мл.

Определены схемы лечения указанных микоплазм: доксициклин по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней или джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.

После проведённого лечения при отсутствии клинической картины заболевания повторное исследование на *U.urealyticum* и *M.hominis* обычно не проводят.

Половые партнёры данных пациентов подлежат обследованию и лечению лишь при наличии клинических проявлений заболевания.

Ещё раз подчёркиваем, что только *M.genitalium* не требует количественной оценки, и диагностика базируется на методе ПЦР. Половые партнёры больных, инфицированных этим возбудителем, подлежат обязательному лечению.

Лечение проводят следующими антибиотиками: доксициклин по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней или джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней или азитромицин по 500 мг внутрь в первый день, далее по 250 мг в сутки в течение 4 дней.

Факт излеченности устанавливают через один месяц после окончания приёма антибиотиков методом ПЦР.

Что касается осложнённых воспалительных процессов, вызванных *N.gonorrhoeae* и *Tr.vaginalis*, то схемы терапии определены соответствующими

приказами МЗ и СР РФ, утвердившими протоколы ведения больных данными инфекциями [4,5].

Рекомендуемыми схемами лечения осложнённых форм хламидийной инфекции являются: доксициклин по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14-21 дня или азитромицин по 1,0 г внутрь в сутки в 1-7-14 дни или джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 14-21 дня.

По мнению американских экспертов, при лечении ИППП схемы терапии ВЗОМТ должны эмпирически обеспечить элиминацию широкого спектра патогенных микроорганизмов, включая *N.gonorrhoeae* и *C.trachomatis* [10]. Мы также солидарны с этим определением.

Один из пероральных препаратов, который может использоваться для этих целей, упомянут выше в схеме лечения *C.trachomatis*, именно он «перекрывает» указанные экспертами две инфекции.

Хотелось бы остановиться на **инфузионной** форме **азитромицина (сумамеда)**, которая рекомендована в синдромной терапии женщин с острыми воспалительными заболеваниями органов малого таза. Опыт синдромной терапии единичен. Нами была установлена клиническая эффективность ступенчатой терапии азитромицином (сумамедом) данной категории женщин и впервые изучена фармакокинетика инфузионной формы азитромицина (сумамеда) в тканях матки [7,8]. Было показано, что через одни сутки после первой инфузии 500 мг азитромицина (сумамеда) его концентрация превышала минимальную подавляющую (МПК) для *C.trachomatis* в 12,8 раза, а через одни сутки после второй инфузии – в 37,6 раза. Таким образом, было установлено, что данная концентрация препарата в тканях матки более, чем достаточна для элиминации *C.trachomatis*. «Перекрытием» двух инфекций и объясняется эффективность лечения ВЗОМТ инфузионной формой азитромицина (сумамеда).

Таким образом, этиологическая и клиническая эффективность лечения женщин с ВЗОМТ определяется пониманием роли не только патогенной (*N.gonorrhoeae*, *C.trachomatis*, *Tr.vaginalis*, *M.genitalium*), но и условно-патогенной флоры (*U.urealyticum*, *M.hominis*) в развитии осложнённого воспалительного процесса.

Количественное определение *U.urealyticum*, *M.hominis* (концентрация > 10⁴ КОЕ/мл) при наличии клинической картины воспаления со стороны мочеполовых органов и отсутствии абсолютных патогенов позволяет считать данные микоплазмы причиной развития уретритов, цервицитов у женщин или наличия осложнённых процессов.

Выбор схем лечения ВЗОМТ должен базироваться на протоколах ведения больных ИППП или (до их утверждения) на клинических рекомендациях, одобренных профильными научными обществами, ассоциациями.

Литература

1. Дерматовенерология, 2008 / Под ред. А.А. Кубановой // Клинические рекомендации (Российское общество дерматовенерологов). – М.: ООО «ДЭКС-ПРЕСС», 2008. – 368 с.
2. Кисина, В. Роль микоплазм в урогенитальной патологии / В. Кисина, В. Прилепская, Е.

Соколовский [и др.] // Врач. – 2007. – №2. – С. 1-4.

3. Овчинников, Н.М. Гонококк и лабораторная диагностика гонорреи / Н.М. Овчинников. – М.:Медгиз, 1952. – 256 с.
4. Приказ от 20 августа 2003г. № 415 «Об утверждении протокола ведения больных «гонококковая инфекция». – М., 2003. – 78 с.
5. Протокол ведения больных «Урогенитальный трихомониаз». Утверждён зам. министра здравоохранения и социального развития РФ 14 января 2005 г. – М., 2005. – 149 с.
6. Уткин, Е.В. Основные принципы развития и современные тенденции в клиническом течении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин / Е.В. Уткин, В.А. Кулавский // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – Т.8, №1. – С. 40-44.
7. Чеботарёв, В.В. Концентрация инфузионной формы азитромицина (сумамеда) в ткани матки и эффективность синдромной терапии женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза / В.В. Чеботарёв, Е.В. Дзанаева, О.Б. Тамразова // Мат. научно-практич. конф. Актуальные вопросы дерматовенерол. – Иркутск, 2009. – С. 119-120.
8. Чеботарёв, В.В. Синдромная терапия женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза / В.В. Чеботарёв, О.В. Галкина, О.Б. Тамразова, Е.В. Дзанаева // Медицинский вестник Северного Кавказа. – Ставрополь, 2009. – №4(16). – С. 37-41.
9. Яглов, В.В. Воспалительные заболевания органов малого таза в практике врача-гинеколога / В.В. Яглов, В.Н. Прилепская // Гинекология: журнал для практических врачей. – 2007. – Т. 9, №3. – С. 18-21.
10. Center for Disease Control and Prevention 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. – MMWR, 1998. – 47 (№ RR-1). – 135 p.
11. Donders, G. Relationship of bacterial vaginosis and mycoplasmas to the risk of spontaneous abortion / G. Donders, B. Van Bulek, J. Caudron [et al.] // Amer. J. Obstet Gynecol. – 2000. – Vol. 183, №2. – P. 431-437.
12. Jensen, S. Isolation of Mycoplasma genitalium strains from the male urethra / S. Jensen, H. Hansen, K. Lind // J. Clinic Microbiol. – 1996. – Vol. 34. – P. 286-291.
13. Judlin, P. Genital mycoplasmas / P. Judlin // Gynecol. Obstet Fertil. – 2003. – Vol. 31, №11. – P. 954-959.
14. Palmar, H. Development and evaluation of the polymerase chain reaction to detect Mycoplasma genitalium / H. Palmar, C. Gilroy, P. Furr, D. Taylor-Robinson // FEMS Microbiol. lett. – 1991. – Vol. 77. – P. 199-204.
15. Shimada, M. Clinicobacteriological studies on the nine cases with upper genital tract Mycoplasma hominis infection / M. Shimada, T. Kotani, S. Ohtaki [et al.] // Centr. lab. clin. invest. Kansenshogaku Zasshi. – 1999. – Vol. 73, №7. – P. 646-651.

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ОРГАНОВ
МАЛОГО ТАЗА: ВОПРОСЫ И РЕШЕНИЯ**

В.В. ЧЕБОТАРЁВ, В.А. БАТУРИН,
О.Б. ТАМРАЗОВА, Е.В. ДЗАНАЕВА,
О.В. ГАЛКИНА

Обращено внимание на современные методы диагностики инфекций, передаваемых половым путём, и их роль в развитии воспалительных процессов органов малого таза (ВЗОМТ). Указаны схемы лечения, основанные на нормативных документах.

Впервые изучена эффективность синдромной терапии инфузионной формой азитромицина (сумамеда) ВЗОМТ у женщин и его минимальная подавляющая концентрации по отношению к *C.trachomatis* в тканях матки.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, диагностика, лечение

**INFLAMMATORY PROCESSES OF SMALL PELVIS
ORGANS: QUESTIONS AND SOLUTIONS**

TCHEBOTARYOV V.V., BATURIN V.A.,
TAMRAZOVA O.B., DZANAYEVA E.V.,
GALKINA O.V.

The attention is paid to modern methods of diagnostics of sexually transmitted infections, and their role in development of inflammatory processes of small pelvis organs (SPO). The schemes of treatment based on standard documents are specified.

For the first time efficiency of syndromic therapy of SPO at women be means of infusion form of azithromycin (sumamed) and its minimum suppressing concentration in relation to *C.trachomatis* in uterus tissue is studied.

Key words: inflammatory diseases of small pelvis organs, diagnostics, treatment

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.9-053.2.5(470.063)

**БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ
У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЯМИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА**

О.Н. Германова, М.В. Голубева, Л.Ю. Барычева
Ставропольская государственная медицинская академия

В последнее десятилетие в структуре поражения органов дыхания отмечается увеличение удельного веса обструктивных бронхитов (ОБ) [5,10], что связано с увеличением числа часто болеющих детей и воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды. Бронхообструктивный синдром встречается у 25-31% детей, госпитализированных по поводу ОРВИ [3,20].

К числу вирусов, наиболее часто вызывающих обструктивный бронхит, относят респираторно-синцитиальный вирус (50%), вирус парагриппа, реже – вирус гриппа и аденовирус [14,21]. Отмечена значительная роль смешанных вирусных инфекций [10,19]. У детей до 1 года обструктивный бронхит чаще вызывает респираторно-синцитиальный вирус, в возрастной группе до 5 лет – вирус парагриппа,

у детей старше 5 лет – аденовирус [20]. Наряду с вирусами обструктивный синдром могут вызывать и внутриклеточные атипичные патогены – *Chlamydia pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae*, которые обладают особым циклом жизнедеятельности, обуславливающим длительную персистенцию и склонность к рецидивированию процесса [9,17,19].

В 30-50% случаев эпизоды бронхообструкции рецидивируют при повторных респираторных заболеваниях [4,8], а в 15-30% случаев формируется типичная бронхиальная астма [12]. В появлении рецидивов бронхиальной обструкции отмечена этиологическая роль респираторно-синцитиальной и хламидийной инфекции [12,15,20,24,25].

В иммунном статусе детей с обструктивным бронхитом регистрируются различные нарушения в виде изменения функциональной активности фагоцитирующих клеток, дефицита системы НК-клеток, снижения показателей клеточного звена иммунитета, дисиммуноглобулинемий, дефицита IgA [1,2,6,7,13].

Таким образом, тенденция роста острых респираторных заболеваний (ОРИ) у детей и их роль в развитии бронхообструкции, высокий риск рецидивирования обструктивных бронхитов и возможность реализации бронхиальной астмы, разнообразие иммунных нарушений при данной патологии определяют актуальность изучения факторов и механизмов формирования бронхообструктивного синдрома у детей с инфекциями респираторного тракта.

Германова Оксана Николаевна, врач педиатр-инфекционист, ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница», соискатель кафедры детских инфекционных болезней с эпидемиологией СтГМА, тел.: 88652362947, 89187474471; e-mail: oks7679@yandex.ru.

Голубева Марина Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней с эпидемиологией СтГМА, тел.: 88652264312, 89187468795; e-mail: mmvg@rambler.ru.

Барычева Людмила Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры детских инфекционных болезней с эпидемиологией СтГМА, тел.: 88652563039, 89187405484; e-mail: for_ludmila@inbox.ru.