

Література

1. Ветров В.В. Гестоз и эфферентная терапия / Ветров В.В. – СПб. : СПбМАПО, 2000. – 102 с.
2. Воинов В.А. Актуальные проблемы эфферентной терапии / В.А.Воинов // Лечебный плазмаферез. – 1997. – С. 12-14.
3. Череев А.Н. СД-маркеры в практике клинико-диагностических лабораторий / А.Н.Череев, Н.К.Горлина,

И.Г.Козлов // Заочная академия последипломного образования. – 1999. – №4. – С. 25-31.

4. Новикова О.Н. Эфферентные методы в терапии послеродовых и послеоперационных осложнений / О.Н.Новикова, А.Б.Орлов, Г.А.Ушакова [и др.] // Анестез. Реаниматол. – 2000. – №3. – С. 52-54.

Реферат

ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА НА НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ ТРУБНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Бакун О.В., Андриец О.А., Олейник М.Г., Небела М.М.

Ключевые слова: бесплодие, оплодотворение in vitro, плазмаферез, иммунная система.

При исследовании иммунологического статуса у женщин с бесплодием, которые включены в программу оплодотворения in vitro и которым проводился плазмаферез отмечено уменьшение активности системы комплемента и иммунологического коэффициента, улучшение иммунорегуляторной функции Т-лимфоцитов, увеличение общего пула Т-CD3-лимфоцитов за счет Т-CD4-лимфоцитов-Т-хелперов/индукторов.

Summary

EFFECT OF PLASMAPHERESIS ON CERTAIN IMMUNE INDICES IN WOMEN WITH INFERTILITY OF TUBAL ORIGIN

Bakun O.V., Andriyets O.A., Oliyynk M.G., Nebela M.M.

Key words: impregnation in vitro, infertility, plasmapheresis, immune system.

The investigation of immune status in infertile women listed in the program of in vitro impregnation and who undergone plasmapheresis has shown the decrease of activity in complement system and immune coefficient, the improvement of immunoregulative function of T- lymphocytes-T-helpers / inductors.

УДК 617,58-002,364-08

Беляева О.А., Яковлева Э.И., Шендрик В.Г., Цыганенко А.О.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ. ВЛИЯНИЕ ДЕКОМПРЕССИОННЫХ РАЗРЕЗОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РОЖИСТЫМ ВОСПАЛЕНИЕМ

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, КГКБ № 6, Киев

В хирургическом отделении КГКБ № 6 в период 2009-2011 годы пролечено 1448 больных с гнойно-септическими заболеваниями. Рожжа диагностирована у 187 (12, 9%) больных в возрасте от 25-91 года, среди которых мужчин было 63 (33, 7%) - 124 (66, 3%) женщин. В клинике лечилось 187 больных с рожжей. В возрасте до 20 лет она была у 6 пациентов (3,2%), 20-30 лет – у 22 (11,8%), 31-40 – у 8 (4,3%), в возрасте 41-50 – у 27 (14,4%), 51-60 – у 25 (13,4%), после 71 года у 61(32,6%) больного. Согласно классификации МКБ-10 эритематозная форма наблюдалась у 114 (60,9%) больных, эритематозно-буллезная у 28 (15,0%), эритематозно-геморрагическая у 11 (5, 9%), буллезно-геморрагическая у 34 (18, 2%). По локализации рожжистое воспаление лица было у 6 больных (3,2%), плеча и предплечья – 9 больных (4,8%), стоп – 8 больных (4,3%), бедра – 12 больных (6,4%), кисти у 7 больных – (3,7)%. Остальная локализация приходится на голень (77,6%). В основу исследования положен опыт лечения 69 больных за 2011 год. Из них 52 (75,3%) человек составляли контрольную группу и 17 (24,6%) человек составляли основную группу. Женщин было 13 (76,5%) - мужчин 4 (23,5%). Декомпрессионные разрезы на нижних конечностях произведены 13 (76,5%) больным, на верхних конечностях 4 (23,5%) больным. Рожжистое воспаление является тяжелым распространённым заболеванием. В структуре гнойно-септических заболеваний рожжа составляет 12,9%. Хирургическое лечение больных с рожжистым воспалением путем применения декомпрессионных разрезов является эффективным методом, значительно и быстро уменьшается отек тканей, интоксикация, предотвращает прогрессирование процесса, сокращаются сроки лечения на 7±2,1 суток. Хирургическое лечение рожжистого воспаления. Влияние декомпрессионных разрезов на результаты лечения больных с рожжистым

Ключевые слова: рожжистое воспаление, заболевания и повреждение нижних конечностей, лечение

В настоящее время характерной чертой рожжистого воспаления является высокая частота заболеваемости без тенденции к снижению (1, 4 – 2, 2 на 1000 человек взрослого населения), не зависящая от региональных и социальных особенностей, уровня жизни, преобладает у лиц трудоспособного возраста, и характеризуется высокой склонностью к рецидиву (1, 2, 3, 4, 5).

Характеризуя особенности возникновения и течения хирургических инфекций мягких тканей,

нельзя не отметить, что в большинстве случаев они являются проявлением неспецифической инфекции: разнообразные по своему видовому составу микроорганизмы вызывают сходные по патогенезу и клиническому течению заболевания. Значительно реже один микроорганизм может вызывать различные патологические состояния. В полной мере это относится к β гемолитическому стрептококку группы А (*Streptococcus pyogenes*) (6). Патогенные свойства стрепто-

кока связаны с биологическим действием на ткани и органы антигенов его клеточной стенки, токсинов и ферментов (7).

Интоксикация при рожистом воспалении обуславливает множество патологических изменений во всех системах организма, а именно возрастает повреждаемость нейтрофилов. Несмотря на увеличение абсолютного числа клеток крови и их активацию, они оказываются морфологично и функционально неполноценными. Накопление активированных лейкоцитов в крови при резком угнетении их хемотаксиса обуславливает возникновение системной воспалительной реакции. Кожа и слизистые оболочки являются резервуаром данного микроорганизма. Единственным источником инфекции служат больные или носители (8).

Рожа возникает при совокупности ряда predisposing факторов, способствующих фиксации микроорганизма на эндотелии лимфатических сосудов, что вызывает вторичный лимфангоит, лимфаденит, который приводит к разрушению клапанного аппарата лимфатических сосудов и ретроградному току лимфы. Итогом лимфангита является облитерация лимфатического русла, что ведет к усугублению отека и способствует созданию благоприятных условий для рецидива заболевания, формированию стойкой деформации конечности и инвалидизации больных (9, 10).

Существующие методы лечения рожи направлены на устранение общих признаков болезни, но лишь некоторые из них способны предотвратить ранние рецидивы (5). Инфекция - одна из основных звеньев патогенеза рожи, которая обуславливает ее клинические проявления, течение и последствия. Профилактика и лечение инфекции при роже и ее гнойно-некротических осложнений - одно из основных заданий комплексного лечения рожистого воспаления. Важным методом борьбы с инфекцией является системная антибактериальная терапия. Ее место и значение рассматривают в зависимости от формы патологического процесса, возраста больного, иммунного статуса, площади местных проявлений, наличия сопутствующей патологии или осложнений.

Использование традиционных и общепринятых методов лечения не всегда приводит к желаемым результатам. Несмотря на множество способов хирургического лечения различных форм рожи проблема не теряет своей актуальности в силу снижения эффективности применяемых препаратов, резистентности микроорганизмов к проводимой терапии, снижения иммунологической и общей реактивности организма пациентов (11).

В последнее время все острее встают проблемы гнойной интоксикации организма, инфекционно-аллергических проявлений заболевания, а также увеличение осложненных форм рожистого воспаления и рецидивы данного заболевания (9).

Цель

Снизить количество случаев прогрессирования рожистого воспаления, снизить развитие осложнений и улучшить эффективность лечения больных.

Методы и материалы

В хирургическом отделении КГКБ № 6 в период 2009-2011 годы пролечено 1448 больных с гнойно-септическими заболеваниями. Рожистое воспаление диагностировано у 187 (12, 9%) больных в возрасте от 25-91 года, среди которых мужчин было 63 (33, 7%) - 124 (66, 3%) женщин.

За 2009 год лечилось 463 больных с гнойно-септическими заболеваниями, среди которых рожистое воспаление выявлено у 61 (13,1 %) больного, за 2010 год было 478 больных, рожистое воспаление диагностировано у 57 (11, 9%), за 2011 год было 507 больных, рожистое воспаление диагностировано у 69 (13, 6%) больных.

Согласно классификации МКБ-10 эритематозная форма наблюдалась у 114 (60,9%) больных, эритематозно-буллезная у 28 (15,0%), эритематозно-геморрагическая у 11 (5, 9%), буллезно-геморрагическая у 34 (18, 2%). По локализации рожистое воспаление лица было у 6 больных (3,2%), плеча и предплечья - 9 больных (4,8%), стоп - 8 больных (4,3%), бедра - 12 больных (6,4%), кисти у 7 больных - (3,7%). Остальная локализация приходится на голень (77,6%). Рожа в области промежности и туловища возникла вследствие распространения воспалительного процесса с соседних областей - нижних и верхних конечностей, живота).

При клиническом обследовании у 115 пациентов диагностировано одно или несколько сопутствующих заболеваний. Чаще всего наблюдалась сердечно-сосудистая патология, варикозная болезнь, хроническая венозная недостаточность, заболевание органов дыхания, сахарный диабет и др. Следует отметить, что у 55,3% больных встречалось 2 или более сопутствующих заболеваний.

В клинике лечилось 187 больных с рожистым воспалением. В возрасте до 20 лет рожистое воспаление наблюдалось у 6 пациентов (3,2%), 20-30 лет - у 22 (11,8%), 31-40 - у 8 (4,3%), 41-50 - у 27 (14,4%), 51-60 - у 25 (13,4%), после 71 года у 61 (32,6%) больного.

В основу исследования положен опыт лечения 69 больных за 2011 год. Из них 52 (75,3%) человек составляли контрольную группу и 17 (24,6%) человек составляли основную группу. В контрольной группе женщин было 36 (69,2%), в основной группе - 13 (76,5%), мужчин в контрольной 16 (30,8%), в основной - 4 (23,5%).

У 17 больных основной группы проведено хирургическое лечение путем линейных декомпрессионных разрезов в зоне воспаления. Декомпрессионные разрезы на нижних конечностях произведены 13 (76,5%) больным, на верх-

них конечностях 4 (23,5%) больным.

Показанием к декомпрессионным разрезам является: острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации, повышение температуры тела до 38-39°C, выраженный болевой синдром, выраженный отек конечности, напряжение тканей и др. Степень отека ткани определяли путем изменения объема конечности и с помощью УЗИ.

Техника выполнения: производятся декомпрессионные разрезы в вертикальном направлении шириной и глубиной 1,5-2 см. Локализация разрезов - это область отечной и гиперемизированной ткани в пределах кожи и подкожно-жировой клетчатки, до фасции.

Хирургическое лечение рожи в клинику внедрено с 2003 года.

Декомпрессионные разрезы производятся под местной анестезией 0,5% раствором новокаина. Число разрезов зависит от площади воспаления. Максимальное число разрезов было 17. Путем нанесения разрезов уменьшается попадание микроорганизмов, токсических продуктов из очага воспаления в общую лимфатическую систему, предотвращается прогрессирование процесса, создаются условия для уменьшения отека тканей, улучшения микроциркуляции, что обеспечивает снижение развития осложнений в виде некроза, флегмон, гангрены, лимфостаза, значительно уменьшается боль (через 2±1, 2 сутки); сокращается период лечения (на 7±2,1 суток);

Результаты и обсуждение

Оценку результатов мы проводили по следующей схеме: в контрольной группе мы применяли только консервативное лечение рожистого воспаления, что привело к более долгому лечению и пребыванию в стационаре. Назначалась антибиотикотерапия, инфузионная терапия, направленная на уменьшение интоксикации, антикоагулянтная терапия (преимущественно низкомолекулярные гепарины), назначались иммуномодуляторы, гепатопротекторы. С первого дня в комплексе лечения на протяжении 4±1,8 дней назначались нестероидные противовоспалительные препараты, антигипоксанты и УФО очага воспаления проводим до выписки из стационара.

Декомпрессионные разрезы, как правило заживают самостоятельно на 6±2,1 сутки после операции, в 2х. случаях была необходимость накладывания швов. Раны заживали на 5 и 6 сутки первичным натяжением.

Осложнений после оперативного лечения не возникало, прогрессирование рожистого воспаления отмечено у 1 (5,8%) больного, в контрольной группе прогрессирование процесса с возникновением осложнений в виде некроза и гнойного целлюлита наблюдалось у 8 (15,3%).

Результаты исследования показали, что в основной группе сочетание оперативного и консервативного лечения привело к более быстрому выздоровлению. Данный способ хирургического лечения позволяет добиться хороших результатов у подавляющего числа больных. Снизить сроки лечения и, следовательно, затраты на лечение и дальнейшую реабилитацию больных данной нозологии.

Выводы

Рожистое воспаление является тяжелым распространенным заболеванием. В структуре гнойно-септических заболеваний рожа составляет 12,9%. Хирургическое лечение больных с рожистым воспалением путем применения декомпрессионных разрезов является эффективным методом, значительно и быстро уменьшается отек тканей, интоксикация, предотвращает прогрессирование процесса, сокращаются сроки лечения на 7±2,1 суток.

Литература

1. Еровиченков А.А. Рожа / А.А. Еровиченков // Врач. – 2000. – № 8. – С. 32-34.
2. Гальперин Э.А. Рожа / Э.А. Гальперин, Р.Р. Рыскинд. – М.: Медицина, 1986. – 268 с.
3. Миноранская Н.С. К анализу клинического течения различных форм рожи / Н.С. Миноранская, Д.С. Бердникова, И.В. Сергеева // Сибирское медицинское обозрение. – 2005. – № 2-3. – С. 56-59.
4. Рыскинд Р.Р. Рожа у больных старших возрастных групп / Р.Р. Рыскинд, К.Н. Самотолкин, А.В. Лиенко // Клиническая геронтология. – 1997. – № 1. – С. 43-48.
5. Черкасов В.Л. Рожа / Черкасов В.Л. – М.: Медицина, 1986. – 198 с.
6. Bisno A. Streptococcal infections of skin and soft tissue / A. Bisno, D. Stevens // N. Engl. J. Med. – 1996. – V. 344. – 240 p.
7. Kaul R. Population based surveillance for group A Streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy seven cases / R. Kaul, A. McGeer, D. Low, K. Green // Am. J. Med. – 1997. – V. 103. – 8 p.
8. Козлов Р.С. Streptococcus Pyogenes: характеристика микроорганизма, выделение, идентификация и определение чувствительности к антибактериальным препаратам / Р.С. Козлов, О.И. Кречикова, В.А. Кречиков, К.В. Шпынев // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2007. – № 2. – С. 104-120.
9. Королев М.П. Комплексное лечение больных с осложненными формами Рожи / М.П. Королев, Ю.А. Спесивцев, О.А. Толстов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2000. – № 4. – С. 64-69.
10. Косенков А.И. Рожа как причина лимфедемы / А.И. Косенков, В.М. Наренков, Ю.А. Абрамов // Хирургия. – 2005. – № 11. – С. 51-53.
11. Бурнова Н.А. Результаты оценки иммунного статуса у больных рожистым воспалением / Н.А. Бурнова, М.А. Шатиль, К.С. Супрун, О.И. Иванова // Амбулаторная хирургия. – 2005. – № 3. – С. 40-42.

Реферат

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ БЕШИХИ. ВПЛИВ ДЕКОМПРЕСІЙНИХ РОЗРІЗІВ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БЕШИХОВЕ ЗАПАЛЕННЯ.

Беляева О.А., Яковлева Е.І., Шендрик В.Г., Циганенко А.О.

Ключові слова: бешихове запалення, захворювання і пошкодження нижніх кінцівок, лікування

У хірургічному відділенні КМКЛ № 6 у період 2009-2011 роки проліковано 1448 хворих з гнійно-септичними захворюваннями. Бешиха діагностована у 187 (12, 9%) хворих у віці від 25-91 року, серед яких чоловіків було 63 (33, 7%) - 124 (66, 3%) жінок. У клініці лікувалося 187 хворих з бешихою. У віці

до 20 років вона була у 6 пацієнтів (3,2%), 20-30 років-у 22 (11,8%), 31-40 - у 8 (4,3%), у віці 41-50 - у 27 (14,4%), 51-60 - у 25 (13,4%), після 71 року у 61 (32,6%) хворого. Згідно класифікації МКБ-10 еритематозна форма спостерігалася у 114 (60,9%) хворих, еритематозно-бульозна у 28 (15,0%), еритематозно-геморагічна у 11 (5,9%), бульозної-геморагічна у 34 (18,2%). По локалізації бешихове запалення особи було у 6 хворих (3,2%), плеча та передпліччя - 9 хворих (4,8%), стоп - 8 хворих (4,3%), стегна - 12 більших (6,4%), кисті у 7 хворих - (3,7)%. Решта локалізація припадає на гомілку (77,6%). В основу дослідження покладено досвід лікування 69 хворих за 2011 рік. З них 52 (75,3%) чоловік складають контрольну групу і 17 (24,6%) чоловік склали основну групу. Жінок було 13 (76,5%) - чоловіків 4 (23,5%). Декомпресійні отвори на нижніх кінцівках зроблені 13 (76,5%) хворим, на верхніх кінцівках 4 (23,5%) хворим. Бешихове запалення є важким розповсюджений захворюванням. У структурі гнійно-септичних захворювань бешиха становить 12,9%. Хірургічне лікування хворих з бешихове запалення шляхом застосування декомпресійних розрізів є ефективним методом, значно і швидко зменшується набряк тканин, інтоксикація, запобігає прогресуванню процесу, скорочуються терміни лікування на $7 \pm 2,1$ доби. Хірургічне лікування бешихового запалення. Вплив декомпресії-Сіон розрізів на результати лікування хворих з бешиховим захворюванням.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF ERYSIPELAS. EFFECT OF DECOMPRESSION SECTION ON OUTCOMES IN PATIENTS WITH ERYSIPELAS

Beliaeva O.A., Yakovleva Ye.I., Shendryk V.G., Tsyhanenko A.O.

Key words: erysipelas inflammation, lower extremities, lesions, treatment.

At the surgical department of Kyiv Municipal Clinical Hospital №6 for 2009 – 2011 there were 1448 patients treated for pyoseptic conditions. Erysipelas was diagnosed in 187 (12,9%) patients aged 25-91, there were 63 (33,7%) males and 124 (66,3%) females. The disease was detected in 6 (3,2%) patients under 20, in 22 (11,8%) patients aged 20-30, in 8 (4,3%) patients aged 31-40, in 27 (14,4%) patients aged 41-50, in 25 (13,4%) patients aged 51-60, and in 61 (32,6%) patients over 71. Erythematous erysipelas was detected in 114 (60,9%) patients, an erythematous-bullae form was found in 28 (15,0%) patients, an erythematous-hemorrhagic form – in 11 (5,9%) patients, and bullae-hemorrhagic was diagnosed in 34 (18,2%) patients. By localization we identified erysipelatous inflammation of face in 6 cases (3,2%), of arm and forearm in 9 cases (4,8%), of foot in 8 cases (4,3%), of thigh in 12 cases (6,4%), and of wrist in 7 cases (3,7)%. The rest of the inflammations were observed on the leg region (77%). The research was based on the treatment experienced on 69 patients for 2011. Control group included 52 (75,3%) patients and basic group involved 17 (24,6%) in which there were 13 (76,5%) females and 4 (23,5%) males. Decompression sections on lower extremity were carried out in 13 (76,5%), and on upper extremities in 4 (23,5%) patients. Erysipelas is a severe extensive disease. It constitutes 12,9% in the structure of pyoseptic conditions. Surgical treatment of erysipelas by performing decompression sections is a promising technique which reduces edema, intoxication, stops the progression of the disease, decreases the terms of hospital staying.

УДК 618.177:618.146-002-089-085.846.7

Весич Т.Л.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭНДО- И ЭКЗОЦЕРВИЦИТОВ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ БЕСПЛОДНЫХ ЖЕНЩИН

Харьковский национальный медицинский университет

Приведены результаты сравнительного исследования лечения хронических эндо- и экзоцервицитов у бесплодных женщин на этапе прегравидарной подготовки при стандартной этиотропной терапии и при сочетании традиционного лечения с физиохирургическим методом - радиоволновой дезэпителизацией. Выявлено, что комбинированная схема лечения более эффективна при лечении хронических эндо- и экзоцервицитов бактериальной и вирусной этиологии, достоверно снижает частоту рецидивов эндоцервицитов, существенно повышает частоту наступления беременности после проведенного лечения.

Ключевые слова: эндо- и экзоцервициты, радиоволновая дезэпителизация, прегравидарная подготовка.

Введение

Среди гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста патология шейки матки встречается в 10—15 % случаев. Актуальность изучения хронических эндоцервицитов

чрезвычайно возросла за последние годы в связи с доказанной ролью этих заболеваний в генезе невынашивания беременности, возникновении внутриутробного инфицирования плода и новорожденного, развитии инфекционных осложнений в родах и послеродовом периоде. Из-