

го фактора по мере накопления количественных изменений в системе может превысить критический порог, обуславливая переход организма в неустойчивое состояние. В этот период снижается резистентность к воздействию факторов риска, и даже малые возмущения могут привести к обострению ПП. В соответствии с характером причинного фактора организм выбирает наиболее оптимальный аттрактор, приходя в относительно устойчивое состояние, но на качественно новом уровне. В этом заключается сущность приспособительного механизма хронизации ПП с позиций теории синергетики.

Работа представлена на заочную электронную конференцию «Интеграция науки и образования», 15-20 апреля 2008 г. Работа поступила в редакцию 21.03.2008.

**РОЛЬ АНТИБИОТИКОВ И  
СЕРЕБРОСОДЕРЖАЩИХ  
АНТИМИКРОБНЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ  
БОЛЬНЫХ С ВЕНОЗНЫМИ  
ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ**

Парахонский А.П., Цыганок С.С.

*Кубанский медицинский университет,*

*Медицинский центр «Здоровье»*

*Краснодар, Россия*

Целью работы явилась оценка эффективности системного и местного применения антимикробных средств и современных серебросодержащих препаратов в лечении венозных трофических язв, осложненных острым индуративным целлюлитом. Средний возраст больных  $59,7 \pm 6,9$  года, длительность существования язв  $6,1 \pm 1,9$  месяца, площадь язвенного дефекта  $9,47 \pm 4,18$  см<sup>2</sup>. В I группу были включены 20 пациентов, которые в течение 7 суток получали амоксицилин (1000 мг х 2 раза в сутки), во II - 20 больных, которым назначали левофлоксацин по 500 мг х 1 раз в сутки. 20 пациентам III группы местно на язву и измененную кожу применяли банеоцин. У 30 больных IV группы использовали современные серебросодержащие раневые покрытия: гидроальгинатную повязку Silvercel (Johnson, США), раневое покрытие Sorbsan Silver (Unomedical, Англия), а после купирования воспаления применяли мазь «Эбермин» (РегАрд, Куба). Полученные результаты сравнивали с группой контроля, получавшей стандартную местную терапию (мази ируксоловую, левосин, левомеколь, раствор хлоргексидина). Эффективность терапии оценивали по клиническим данным (наличие гиперемии и индурации кожных покровов, выраженность болевого синдрома, очищение язвы от гнойно-некротических тканей, рост грануляций), а также результатам бактериологического и цитологического исследований.

До лечения наиболее часто в раневом экссудате определялись *St. aureus*, *Ps. aeruginosa*, *Pt.*

*mirabilis*, *St. epidermidis*. В 10% случаев роста флоры не отмечено, микробное число в среднем составило  $10^7$ - $10^9$  КОЕ/мл. При цитологическом исследовании в основном определялись нейтрофильные лейкоциты с признаками дистрофии и незавершенного фагоцитоза. На 7 сутки лечения у 85% больных I-III групп отмечен регресс симптомов воспаления: купированы отек и гиперемия перифокальных тканей, язвы очистились от гноя, фибрина и некротических тканей, появились участки грануляций ярко-розового цвета. В контрольной группе эти явления наблюдались лишь у 30% пациентов. Цитологически у 65% больных I-III групп отмечено снижение количества деструктивных нейтрофилов, появление фибробластов и признаков завершенного фагоцитоза; в группе сравнения у 25% пациентов. Напряженность микробной контаминации в основной группе ниже критического уровня отмечена в 45% случаев наблюдений, полная бактериальная элиминация у 40% больных, у 15% пациентов она оставалась высокой, что потребовало продолжения антимикробной терапии и усиления местного лечения с помощью антибактериальных мазей (фуцидин, бактробан). В контрольной группе за этот период изменений в характеристике высеваемой микрофлоры отмечено не было.

Показано, что применение антибиотиков для подавления патологической микрофлоры при необходимости длительного их назначения, приводит к развитию резистентности штаммов микроорганизмов и неэффективности лечения. В результате применения серебросодержащих антимикробных средств у больных IV группы полное заживление венозных язв произошло у 20% пациентов, у 60% - площадь язвенного дефекта уменьшилась более чем на 50%; у 20% выявлено незначительное ее уменьшение, но визуально отмечена положительная динамика в виде очищения язвенной поверхности от фибрина и некротических масс, образования сочной грануляционной ткани, появления островков эпителизации. Цитологическая картина свидетельствовала об активном регенераторном процессе. Состояние кожных покровов, окружающих трофическую язву, претерпело значительные изменения: признаки целлюлита купированы у 50% больных, в контрольной группе - у 20% пациентов. При бактериологическом исследовании к моменту окончания исследования у 30% больных наблюдалась элиминация микробов, у 50% пациентов степень напряженности контаминации снизилась с  $10^{7-9}$  до  $10^{3-4}$  КОЕ/мл, в 20% случаях произошло изменение качественного состава микрофлоры на условно-патогенную и сапрофитную. В контрольной группе скорость регенераторных процессов статистически значимо отставала от основной группы на 7-10 дней ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, возникновение острого индуративного целлюлита, осложняющего процесс заживления венозных трофических язв, яв-

ляется абсолютным показанием к назначению системной и местной антибактериальной терапии. Сроки её применения и регламент определяет клиническая картина регресса симптомов воспаления, купирование которого способствует созданию благоприятных условий для ускорения репаративных процессов. Применение серебро-содержащих антимикробных средств для местного лечения венозных язв снижает напряженность микробной контаминации язвенной поверхности, уменьшает риск развития воспалительных инфекционных осложнений, сокращает фазу воспаления и тем самым способствует более быстрому заживлению венозных трофических язв. Возникновение воспалительных осложнений, обусловленных микробной агрессией, существенно замедляет сроки заживления венозных язв и диктует необходимость использования различных антимикробных препаратов.

Работа представлена на заочную электронную конференцию «Диагностика и лечение наиболее распространенных заболеваний человека», 15-20 апреля 2008 г. Поступила в редакцию 21.03.2008.

#### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

Писарев В.Б., Смирнов А.В., Кропачев А.Ю.  
*Кафедра патологической анатомии ВолГМУ,  
отдел общей и экспериментальной патологии  
ВНЦ РАМН и АВО  
Волгоград, Россия*

К заболеваниям, вызывающим обструкцию нижних мочевыводящих путей и при длительном существовании приводящих к нарушению оттока мочи из верхних мочевых путей, относятся стриктуры, камни, опухоли, дивертикулы, склероз, доброкачественная гиперплазия простаты и инородные тела мочеиспускательного канала [Лопаткин Н.А., 2005].

Нами на 16 белых беспородных взрослых крысах-самках массой 180-220 г произведено моделирование неполной окклюзии нижних мочевыводящих путей за счет введения в мочевой пузырь 0,5-1мл материала «Orthoprint» (highly elastic) фирмы Zhermac (Италия) через уретру под хлороформным наркозом. В мочевом пузыре введенный материал образовывал конкремент, при малом наполнении пузыря перекрывающий просвет уретры и препятствующий оттоку мочи, а при большом наполнении открывающий внутреннее отверстие уретры, обеспечивая опорожнение мочевого пузыря. Повторное введение материала «Orthoprint» проводилось на 12-е, 18-е и 24-е и сутки. Животные выводились на 14-е, 21-е и 30-е сутки эксперимента под хлороформным наркозом. Почки фиксировали в 10% нейтральном формалине, изготавливали парафиновые сре-

зы, окрашенные гематоксилином и эозином по стандартной методике.

По мере увеличения сроков хронической окклюзии на 14-е, 21-е и 30-е сутки прогрессировали явления дистрофии и некроза эпителия канальцев, при увеличении содержания коллагеновых волокон в интерстиции.

Выявлено, что на 30-е сутки эксперимента происходит значимое ( $P<0,05$ ) уменьшение среднего объема клубочков капилляров в почечных тельцах на 15,9 % по сравнению с контролем, увеличение средней площади просвета полости капсулы клубочка. Отмечено также снижение канальцевого индекса, рассчитанного как отношение толщины стенки канальца к диаметру его просвета, которое было более выражено в дистальных канальцах за счет явлений уростаза. С увеличением сроков окклюзии нижних мочевыводящих путей в почечной паренхиме нарастала объемная доля соединительной ткани.

Таким образом, проведенное нами исследование выявило значительные качественные и количественные морфологические изменения в почках крыс при экспериментальном моделировании обструктивной уропатии, которые свидетельствуют, по нашему мнению, о резком нарушении мочеобразовательной функции нефрона.

Работа представлена на международную научную конференцию «Научные исследования высшей школы по приоритетным направлениям науки и техники», Палермо-Туни-Барселона-Савона, 13-20 июня 2008 г. Поступила в редакцию 07.06.2008.

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТА КРАСНЫХ ЛИСТЬЕВ ВИНОГРАДА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Цыганок С.С., Парахонский А.П.  
*Медицинский центр «Здоровье», Кубанский  
медицинский университет  
Краснодар, Россия*

Проблема эффективного лечения хронической венозной недостаточности, осложнившейся трофическими язвами, остается актуальной в настоящее время. В комплексном лечении этой патологии целесообразно и патогенетически обосновано назначение флеботропных препаратов, однако выбор фармакологического средства, длительность приема, оценка эффективности значенного лечения однозначно не определены.

Цель исследования - оценка эффективности и переносимости препарата «Ангистакс» на основе сухого экстракта красных листьев винограда в лечении больных варикозной болезнью и пациентов с открытыми трофическими язвами венозной этиологии. Проведено проспективное рандомизированное открытое контролируемое