Коробинцева К.Н., Гафарова А.А., Бархатова Н.А.

Влияние полиморбидных состояний на местные иммунные реакции и течение раневого процесса при хирургической инфекции мягких тканей

*Южно-Уральский государственный медицинский университет
(Россия, Челябинск)*

doi:10.18411/lj-04-2018-111

idsp: 000001:lj-04-2018-111

Аннотация

В данной статье отражено влияние сопутствующих патологий на местные иммунные реакции и течение раневого процесса хирургической инфекции мягких тканей, отражена динамика заживления раневого процесса в зависимости от формы инфекции. Полипатии в настоящее время являются актуальной проблемой, так как оказывают влияние на течение раневого процесса. В ходе исследования проведен анализ результатов лечения 180 человек с гнойной инфекцией мягких тканей. Исследуемые были разделены на группы: с одной сопутствующей патологией, с двумя и более сопутствующими патологиями. Всем пациентам проводили комплексное бактериологическое исследование, а так же исследовали тип цитогрaмм в динамике, активность фагоцитоза и фагоцитарный индекс. В результате исследования было выявлено, что наличие сопутствующей патологии влияет на течение раневого процесса на этапе воспалительных реакций и при переходе в стадию регенерации. При генерализованной форме инфекции сроки заживления раневого процесса увеличиваются.

Ключевые слова: активность фагоцитоза, фагоцитарный индекс, цитогрaмма, монопатология, полипатия, раневая инфекция, генерализованная инфекция.

Проблема полиморбидных состояний интересовала врачей давно. Еще С. П. Боткин в 1886 году в лекции «Общие основы клинической медицины» говорил, что «...исследуя взрослого больного, мы редко встречаемся с какой-нибудь одной патологической формой; в большинстве случаев представляющиеся при этом патологические факты бывают различного происхождения по времени и причинам» [1].

В настоящее время проблема полипатий и их влияние на течение раневого процесса недостаточно освещена в медицинской литературе, не смотря на то, что неуклонно растет число больных с сопутствующими патологиями. Именно это послужило причиной проведения научной работы.

Цель исследования – изучить влияние сопутствующих патологий на местные иммунные реакции и течение раневого процесса при хирургической инфекции мягких тканей, определить динамику заживления раневого процесса при локальной и генерализованной форме инфекции.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 180 человек с гнойной инфекцией мягких тканей. В зависимости от количества сопутствующих патологий все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 77 (42,8%) больных, у которых наблюдалась одна сопутствующая патология. Вторую группу составили 103 пациента (57,2%) с двумя и более сопутствующими патологиями ($p < 0,05$). Проанализировав полученные данные, выявлено, что среди пациентов с сопутствующими монопатиями (СМ) и сопутствующими полипатиями (СП) преобладают мужчины, 74% и 51,5% соответственно ($p < 0,05$). Средний возраст больных с СМ составил $58,8 \pm 1,3$ лет, с СП $65,5 \pm 1,1$ лет ($p < 0,05$). В зависимости от наличия или отсутствия синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) выделили пациентов с локальной формой инфекции (ЛФИ) и генерализованной формой инфекции (ГФИ) [2,3]. Среди исследуемых с СМ у 48% наблюдалась ЛФИ, у 52% ГФИ ($p < 0,05$). У пациентов с СП ЛФИ установлено у 28,2%, ГФИ - у 71,8% исследуемых ($p < 0,05$). Всем пациентам проводили комплексное

бактериологическое исследование. Течение раневого процесса оценивали, исследуя в динамике тип цитогрaмм, активность фагоцитоза (АФ) и фагоцитарный индекс (ФИ). При анализе полученных данных использовали статистические показатели: критерий Стьюдента, χ^2 . Уровень значимости был принят менее 5%.

Результаты и обсуждение.

При бактериологическом исследовании поверхностных ран получены следующие результаты (табл.1).

Таблица 1.

Показатели бактериологического исследования при СМ и СП

Показатели	СМ		СП	
	ЛФИ	ГФИ	ЛФИ	ГФИ
КОЕ ¹⁻² , сут.	6,9±1,2°	7,7±1,3	11,9±1,1°	10,3±0,6
КОЕ ³⁻⁴ , сут.	6,3±0,7*°	13,3±1,2*	8,7±0,8°	12,2±0,8
КОЕ ⁵⁻⁶ , сут.	2,7±0,6*°	5,0±0,6*	5,0±0,7°	5,2±0,4
Моноинфекция	77%*°	59%*°	79%*°	55%*°
Микст-инфекция	23%*°	41%*°	21%*°	45%*°

Примечание: * - $p < 0,05$ - достоверная разница показателей между группами ЛФИ и ГФИ, ° - $p < 0,05$ - достоверная разница показателей между группами СМ и СП

В результате комплексного бактериологического исследования выявлено, что при ЛФИ СМ моноинфекция преобладает над микстинфекцией в 3,3 раза, а при ГФИ СМ в 1,4 раз. В ЛФИ и ГФИ при СП преобладание моноинфекции над микстинфекцией наблюдается в 3,8 и 1,2 раза соответственно. Во всех случаях независимо от формы инфекции и сопутствующей патологии при моноинфекции преимущественно выявлена грамположительная флора, при микстинфекции грамположительная флора встречалась в 45,6% случаев, грамотрицательная в 54,6% случаев.

При анализе полученных данных отмечена взаимосвязь между сутками пребывания в стационаре и числом колониеобразующих единиц (КОЕ). По мере продолжительности лечения наблюдалось снижение числа КОЕ. При генерализованной форме инфекции сроки элиминации патогенной флоры увеличиваются, что связано с длительной персистенцией в организме.

При цитологическом исследовании поверхностных ран получены следующие результаты (табл.2).

Таблица 2.

Показатели цитологического исследования при СМ и СП

Показатели, сут.	СМ		СП	
	ЛФИ	ГФИ	ЛФИ	ГФИ
Цитогрaмма 2 тип	3,4±0,5*°	5,4±0,5*	5,0±0,5°	5,5±0,4
Цитогрaмма 3 тип	5,2±0,6*	9,4±0,8*	6,5±0,7*	9,2±0,5*
АФ	62,5±1,6	60,3±2,1	60,2±1,9	60,2±1,5
ФИ	2,5±0,2°	2,8±0,1	3,3±0,2°	2,9±0,1
Цитогрaмма 4 тип	9,6±1,2*°	19,1±1,6*	13,6±1,2*°	17±0,9*
АФ	68,2±1,8*	60,8±2,6*	65,6±1,9	60,2±1,4
ФИ	1,3±0,1*°	2,2±0,1*	2,1±0,2°	2,1±0,1

Примечание: * - $p < 0,05$ - достоверная разница показателей между группами ЛФИ и ГФИ, ° - $p < 0,05$ - достоверная разница показателей между группами СМ и СП

По данным цитологического исследования переход цитогрaмм в 3 и 4 тип зависит от формы инфекции, при этом сопутствующая патология не оказывает влияния. Однако у пациентов с СП удлиняются сроки перехода на начальный этап и в стадию регенерации.

Выводы:

1. Сроки перехода из одной стадии инфекционного процесса в другую зависят от формы инфекции.

2. При генерализованной форме инфекции сроки заживления раневого процесса увеличиваются.

3. На моноинфекцию и микст-инфекцию оказывает влияние форма инфекции и наличие сопутствующей патологии.

4. Наличие сопутствующей полипатии влияет на течение раневого процесса на этапе воспалительных реакций и при переходе в стадию регенераций.

1. Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции в двух томах. М.: Медгиз, 1950. 180 с.
2. Гельфанд Б.Р. Сепсис: классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение. Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. 408 с.
3. Ерюхин И.А., Гельфанд С.А., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. СПб.: Питер, 2003. 588 с.

Кузьменко А.В., Гяургиев Т.А., Сабынина К.А., Бойко Н.А., Польшкова А.А.
Анализ причин развития эректильной дисфункции у мужчин различных
возрастных групп

*ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко" Минздрава России
(Россия, Воронеж)*

doi:10.18411/lj-04-2018-112

idsp: 000001:lj-04-2018-112

Аннотация

В настоящее время эректильная дисфункция является одной из наиболее частых причин обращения мужчин к урологу. Результаты, полученные в ходе ряда исследований, свидетельствуют о том, что с возрастом число пациентов с данным заболеванием возрастает. Цель исследования: провести сравнительный анализ частоты встречаемости факторов эректильной дисфункции у мужчин различных возрастных категорий. Материалы и методы. Клинико-статистический анализ 150 медицинских карт мужчин в возрасте от 19 до 60 лет с эректильной дисфункцией, поступивших на амбулаторное лечение в период 2015-2017 г. Результаты исследования. Нами были проанализированы причины, приводящие к развитию эректильной дисфункции, а также частота их встречаемости в отдельно взятых возрастных категориях.

Ключевые слова: Эректильная дисфункция, андрогенодефицит, МИЭФ-5.

Введение: В настоящее время эректильная дисфункция (ЭД) является одной из наиболее частых причин обращения мужчин к урологу [1].

В США среди мужчин в возрасте 40-70 лет данная проблема встречается у 52% пациентов, в Германии - у 31%, в России - у 34% [3]. Результаты, полученные в ходе ряда исследований, свидетельствуют о том, что с возрастом число пациентов с данным заболеванием возрастает. Так, результаты исследований Teles A.G. говорят о том, что в возрасте 40-49 лет ЭД встречается у 29% пациентов, в 50-59 лет у 50%, а в 60-69 лет у более 70% [2].

Механизм эрекции требует координированного взаимодействия многих регуляторных систем. Патологические изменения, как в самих системах, так и в регуляции их отношений могут приводить к ЭД. Так, она может быть связана с андрогендефицитом, сахарным диабетом (СД), метаболическим синдромом, дислипидемией, гиперхолестеринемией, ожирением и стрессом [3-9]. При этом выделяют три основных вида ЭД: психогенный, органический (возникающий в результате соматических заболеваний), смешанный [10].