тивных органах женщин, работающих в эпизоотическом очаге по герпесвирусной инфекции, обусловлено влиянием бактериальной и вирусной инфекции, в том числе герпетической. Повторяющиеся половые циклы после осеменения у коров, пустуллезные вульвовагиниты связаны воздействием герпесвируса, обладающего эпителиотропизмом и цитопатическим действием на слизистые оболочки половой сферы.

Цитохимическое изучение гликогена в лейкоцитах у больных пиодермиями

Тхазаплижева М.М., Гулиев М.О.
Кабардино-Балкарский Государственный Университет, Нальчик

Гнойничковые поражения кожи чрезвычайно распространены и занимают весомое место в структуре заболеваемости дерматозами. Это диктует необходимость более детального изучения этиопатогенетических факторов с целью разработки адекватных лечебных и профилактических мер. Гликоген в нейтрофилах периферической крови является основным энергетическим веществом. Изменение его концентрации характеризует динамику метаболической активности нейтрофилов. Усиление фагоцитарной активности зрелых нейтрофилов сопровождается закономерным увеличением содержания в них гликогена (Б.И. Бочкова, 1971; Robinson с соавт., 1982). В связи с этим, изучение уровня гликогена в нейтрофилах позволяет оценивать активность некоторых механизмов микробицидной системы организма на клеточном уровне при инфекционных и воспалительных процессах.

Целью нашего исследования явилось изучение содержания гликогена в нейтрофильных гранулоцитах у больных с гнойничковыми поражениями кожи.

Под наблюдением находилось 96 больных в возрасте от полугода до 70 лет. Женщин было 45, мужчин 51. Преобладали лица молодого возраста (55,3%). Поверхностная пиодермия, как первичная инфекция, была выявлена у 14 больных (14,6%), больные глубокими формами пиодермий составили 14,6%, гнойничковые поражения кожи как осложнение основного дерматоза имели 70,8%. Обследование проводилось при поступлении в стационар, на фоне активного гнойно-воспалительного кожного процесса, в периоде угасания клинических симптомов (на фоне начатой антимикробной терапии), в периоде ранней реконвалесценции и через месяц после разрешения дерматоза (в стадии поздней реконвалесценции). Гликоген в цитоплазме нейтрофилов выявляли методом А.Л. Шабадаша (1947) с применением реактива Шиффа по Грауманну (1996). Реакция выполнялась в стандартных условиях для всех препаратов. Количество внутриклеточного гликогена определяли путем вычисления среднего цитохимического коэффициента с соблюдением принципов Kaplow (1955) и выражали в условных единицах.

Проведенные исследования выявили статистические достоверные закономерности в изменении концентрации гликогена нейтрофилов периферической крови, зависящие от стадии, клинических форм и степени тяжести процесса. Так, у больных в период разгара болезни отмечено значительное увеличение уровня полисахарида. В периоде угасания клинических симптомов, параллельно положительной динамике заболевания происходило постепенное снижение уровня гликогена. В периоде ранней реконвалесценции, т.е. по окончании этиотропной терапии, имелась тенденция к восстановлению нормальных цифр исследуемого показателя. В стадии поздней реконвалесценции у большинства больных показатели интралейкоцитарного гликогена достигли уровня здоровых лиц, за исключением случаев хронического, торпидного течения основного дерматоза, а также при наличии сопутствующих соматических заболеваний.

Таким образом, уровень интралейкоцитарного гликогена закономерно возрастает при наличии гнойно-воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей, с максимальными значениями на высоте активности воспалительного процесса и имеет тенденцию к снижению на фоне регресса клинических проявлений. При наличии основного зудящего дерматоза или других хронических сопутствующих заболеваний показатели полисахарида длительно оставались повышенными, что, вероятно, свидетельствует о наличии антигенного раздражения лейкоцитов другой этиологии.

Биологические свойства бактерий из разных биотопов тела человека

Хадзегова С.Б., Абитова Д.Х., Байтаева М.Х., Мамаева Л.М.
Кабардино - Балкарский госуниверситет, Нальчик

При исследовании микрофлоры разных биотопов выделены представители различных условно-патогенных бактерий, у которых проводили определение чувствительности к антибиотикам, плазмидного профиля ДНК и фаготипирование стафилококков, клебсиелл, энтеробактеров.

Для изучения были взяты 6 различных биотопов. В кишечнике, дыхательных путях, влагалище и на коже всегда имеется своя микрофлора. В мочевыводительных путях и верхнечелюстных пазухах микрофлора появляется при патологических изменениях, но в случае хронических процессов ее пребывание становится очень продолжительным.

Определена чувствительность выделенных бактерий к 18 антибиотикам, в результате чего установлена достаточно высокая устойчивость изученных культур к большинству используемых препаратов.

По результатам определения антибиотикоустойчивости бактерий нами выявлены множество устойчивые штаммы.

Распространение множественно устойчивых штаммов среди культур бактерий, выделенных из разных биотопов, различалось сравнительно мало. Существенные различия наблюдались лишь между штаммами, выделенными из мочевыводительных путей и из дыхательных путей (61,0 + 6,3% против 35,5 + 7,1%).

Наиболее часто множественно устойчивые штаммы встречались среди эшерихий, выделенных из

испражнений при дисбактериозах кишечника, энтеробактеров - из мокроты, верхнечелюстных пазух и с кожных покровов, среди стафилококков, изолированных с кожных покровов.

Исследование плазмидного профиля ДНК бактерий показало наличие определенных различий между биотопами. Количество штаммов, содержащих плазмиды, среди бактерий, выделенных из различных биотопов, было близким и колебалось в пределах 44,4 –54,2%. Лишь у культур, изолированных с кожных покровов, плазмиды встречались достоверно чаще чем у остальных групп штаммов у 83,8+6,1% ($P<0,05$).

В тоже время отмечены достаточно существенные различия в качественном составе обнаруживаемых плазмид. У штаммов, выделенных из влагалища и с кожных покровов, резко преобладали плазмиды молекулярной массы до 40 МД – они выявлены у 73 – 77,4% плазмидосодержащих штаммов, тогда как у остальных групп бактерий доминировали плазмиды молекулярной массы 50-60 МД (50-75% плазмидосодержащих культур).

Выделеные из разных битопов штаммы обладали сравнительно низкой типируемостью стафилококковыми и клебсиеллезными фагами. Штаммы энтеробактеров, выделенные с кожных покровов, были близкими по фаготипу. Так, из 49 штаммов стафилококков удалось типировать с помощью фагов 20 штаммов (40,8%). Из 37 культур клебсиелл типировались лишь 9 (24,3%). И только штаммы энтеробактеров проявляли высокую чувствительность к фагам – из 57 штаммов этих бактерий типированы фагами 41 (71,9%).

Проведенные исследования показали, что по чувствительности к антибиотикам и содержанию плазмид, условно – патогенные бактерий, выделенные из различных биотопов тела человека, имеют определенные различия.

Анализ инфекционных осложнений при проведении операций лапароскопическая холецистэктомия

Хромова Н.Л., Ликстанов М.И., Калиш О.А.
Городская клиническая больница им .М.А. Подгорбунского, Кемерово

Проблема профилактики инфекционных осложнений представляет собой одну из важнейших проблем в современном здравоохранении. Ее значимость определяется высоким уровнем заболеваемости, смертности, социально-экономическим ущербом. Поэтому вопросы регистрации и анализа инфекционных осложнений актуальны как для всего лечебно-профилактического учреждения в целом, так и для каждой конкретной манипуляции и операции.

В основу настоящего анализа положены наблюдения исходов 2764 операций лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполненных за период 1996-2002 г.г. в ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского в Областном Гепатологическом Центре.

ЛХЭ представляет собой оперативное удаление пораженного желчного пузыря с использованием эндоскопической аппаратуры. При данной операции существует риск возникновения как общехирургических, так и специфических (инфекционных) послеоперационных осложнений.

В нашем наблюдении инфекционные осложнения после ЛХЭ возникли у 111 пациентов. У 11 из них развитие инфекционного процесса явилось закономерным продолжением основного заболевания, т. е. имел место исходный деструктивный процесс, подтвержденный гистологически. У 4 пациентов это был гангренозный холецистит, у 7 пациентов – флегмонозный и флегмонозно-язвенный холециститы с участками некроза и явлениями перихолецистита. Эти случаи не были взяты в исследование. Из 100 оставшихся случаев у 89 пациентов имел место хронический процесс, при этом у 61 пациента он был вне обострения. В 11 случаях процесс был острым: у 2 пациентов серозный холецистит, у 2 – серозно-геморрагический, у 3 – флегмонозный и у 4 – флегмонозно-язвенный. При этом 37 пациентов поступили в стационар по экстренным показаниям, у 63 пациентов была плановая госпитализация. Из них мужчин – 16 , женщин – 84. Возрастные группы распределились следующим образом: до 30 лет – 5 человек , 30 – 39 лет – 10 человек, 40 – 49 лет – 13 человек, 50 – 59 лет – 19 человек, 60 – 69 лет – 32 человека, 70 и старше – 21 человек. У 86 пациентов в клиническом диагнозе была желчнокаменная болезнь, из них у 63 был хронический калькулезный холецистит, а у 23 пациентов – острый калькулезный холецистит. Кроме того, у 51 пациента желчнокаменная болезнь, а также проявления острого и хронического холецистита осложнились стенозом большого дуоденального сосочка, стенозом папиллы, холедохолитиазом, механической желтухой. Сопутствующая патология была у 35 человек. Инфекционные осложнения регистрировались в виде различных клинических проявлений. При этом ведущее место в структуре инфекционных осложнений принадлежит хирургической раневой инфекции. Хирургическая раневая инфекция выявилась у 75 пациентов: у 54 пациентов – глубокое нагноение послеоперационной раны, у 14 – раневая инфекция в области операционного разреза, у 7 – как глубокое, так и поверхностное нагноение послеоперационной раны. Инфекции нижних дыхательных путей были у 9 пациентов, острые тромбофлебиты у – 4 пациентов, кишечные инфекции – у 2 пациентов. Кроме того, у 10 пациентов инфекционные осложнения проявились в виде нескольких клинических форм.

Таким образом, инфекционные осложнения при проведении ЛХЭ встречаются у различных групп пациентов с различными клиническими проявлениями желчнокаменной болезни и холецистита. Наибольший удельный вес инфекционных осложнений при проведении ЛХЭ составляет хирургическая раневая инфекция.