

Результаты лечения больных аппликациями глицифоновой мази

Характеристика группы	Эффективность	
	лечение эффективно	без эффекта
Всего больных	11	4
Мужчины/женщины	2/9	2/2
Множественность поражения	4 (36%) из 11	2 (50%) из 4
Локализация очагов	10 — лицо, 1 — волосистая часть головы	2 — лицо, 2 — волосистая часть головы
Размер очага (см <sup>2</sup> )	0,39±0,45	2,33±1,06
Лечение другими методами не проводилось	4	4
Рецидивы после других методов лечения в анамнезе	7	0

мы, у 9 — одиночная (солидная). У 12 (80%) пациентов опухоль локализовалась на коже лица, у 3 — на коже волосистой части головы. Очаги, на которые делались аппликации глицифоновой мази, имели размеры от 0,004 до 6 см<sup>2</sup> (в среднем 0,9±0,39 см<sup>2</sup>). По поводу базалиомы указанной локализации пациентов ранее наблюдали до 30 лет (в среднем 5 ± 2 года). Для их лечения прежде были использованы хирургическое иссечение (у 3), электрокоагуляция (у 3), коагуляция углекислотным лазером (у 1). У этих 7 пациентов, по данным анамнеза, возникли 12 локальных рецидивов. Последний рецидив был отмечен в среднем за 3,1 месяца до назначения глицифоновой мази. Остальные 8 пациентов (длительность заболевания — в среднем 3,3 года) никакого лечения до назначения аппликаций глицифоновой мази не получали. Кроме того, были обследованы 2 пациента в возрасте 75 и 72 лет с актиническим кератозом, который был выявлен у них соответственно 15 и 10 лет назад.

У всех больных применяли 30% глицифоновую мазь производства «Татхимфармпрепараты». На цитологически верифицированные базалиомы назначали аппликации этой мази ежедневно один раз в день в течение 20 дней. Повторно пациентов осматривали через один месяц. Эффективность лечения оценивали по образованию рубца на ложе опухоли (см. табл.).

Как следует из данных, приведенных в таблице, в подавляющем большинстве случаев (11 из 15) лечение базалиомой кожи глицифоновой мазью было эффективным. Анализ полученных результатов показал, что большая часть случаев неэффективного применения глицифоновой мази пришлось на опухоли относительно более крупных размеров. При этом следует отметить, что при крупных очагах поражения пациенты получили лишь один курс терапии в связи с их отказом от дальнейшего лечения из-за повышенной болевой чувствительности в очагах поражения. Мазь была эффективна во всех случаях при рецидивах опухолей, что может быть связано с ранним обращением пациентов и меньшими размерами очагов. Кроме того, эффективным оказалось использование мази в двух названных случаях актинического кератоза.

Следовательно, аппликации 30% глицифоновой мази являются эффективным методом лечения актинических кератозов и поверхностных форм базалиомы небольших размеров. Его можно использовать у пациентов пожилого возраста при наличии тяжелой сопутствующей патологии, являющейся противопоказанием к применению других методов лечения, а также при наличии множественных очагов поражения, локализации очагов в труднодоступных местах и рецидивах после других методов лечения.

УДК 617.55 – 002 – 02 : 612. 017. 1

**В.Ф. Чикаев, Н.А. Сафина, О.Д. Зинкевич, О.В. Геворкян (Казань) Состояние гуморального антибактериального иммунитета при гнойно-воспалительных заболеваниях брюшной полости**

Нами был изучен уровень антибактериальных антител к *E. coli*, *Pr. mirabilis*, *Ps. aeruginosa*, *Bact. fragilis*, *St. aureus*, а также к эндотоксину грамотрицательных бактерий (гликолипид — ГЛП) иммуноферментным методом в плазме у пациентов с различной степенью распространенности гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости.

Всего был обследован 71 больной (мужчин — 47, женщин — 34) в возрасте от 14 до 75 лет. По характеру распространенности патологического процесса больные были распределены на две группы. В 1-ю группу вошли 25 больных с ограниченным гнойно-воспалительным процессом в брюшной полости с деструктивными формами острого аппендицита. 2-ю группу составили 46 пациентов с распространенными формами перитонита. Причиной перитонита у 26 больных был острый гангренозно-перфоративный аппендицит, у 7 — закрытая травма живота с повреждением тонкой и толстой кишок, у 5 — перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, у 3 — панкреонекроз, у 5 — острая кишечная непроходимость. При этом патологический процесс сопровождался эндогенной интоксикацией 2 — 3 степени.

Анализ напряженности антибактериального иммунитета у больных 1-й группы показал, что на момент поступления в клинику концентрация антител к наиболее распространенным возбудителям гнойно-воспалительного процесса была

Концентрация антибактериальных антител (мкг/мл) у больных с местным гнойно-воспалительным процессом

Антигены	Сроки исследований, сут				
	1-е	3-и	5-е	при выписке	норма
ГЛП	10,2±2,6	11,5±3,0	12,1±4,0	14,8±3,7	7,28±0,77
<i>E. coli</i>	7,2±0,9	8,9±1,1	8,3±1,4	13,7±3,4	16,5±1,49
<i>Ps. aeruginosa</i>	8,3±2,1	9,3±2,6	7,4±1,4	11,3±2,8	9,24±0,58
<i>Pr. mirabilis</i>	23,1±5,9	28,2±6,7	29,6±6,0	41,3±9,7	4,88±0,59
<i>St. aureus</i>	7,0±1,1	5,6±0,7	9,1±2,1	8,3±1,7	9,88±1,3
<i>Bacteroides</i>	6,5±3,9	—	8,2±2,1	11,8±1,6	8,26±0,51
<i>Bac. bifidum</i>	2,7±0,1	—	2,7±0,4	5,7±1,1	4,53±0,62

несколько ниже нормы (табл. 1). Исключение составили антитела к *Pr. mirabilis*: их концентрация как на момент поступления, так и на протяжении всего периода госпитализации оставалась значительно выше нормы. При выписке их концентрация составила 41,3 мкг/мл, что почти в 5 раз превышало нормальные показатели. Эта группа больных была достаточно неоднородна по уровню антител к отдельным видам исследуемых бактерий. Так, сниженный уровень антител к *E. coli* наблюдался в 78,9% случаев, к *P. aeruginosa* — в 72,2%, а повышенный уровень к *Pr. mirabilis* — в 66,7%. Наиболее низкие уровни антител были при запущенных гангренозно-перфоративных формах острого аппендицита.

В процессе лечения концентрация антибактериальных антител умеренно повышалась, стабилизируясь на 5 — 6-е сутки, что коррелировало с улучшением клинического состояния и нормализацией лабораторных показателей. При этом наиболее существенное повышение концентрации антител наблюдалось к *P. mirabilis*, *E. coli*, *Bact. fragilis*, что отражает этиологическую роль этих бактерий при деструктивных формах острого аппендицита.

При распространенных гнойно-воспалительных процессах в брюшной полости (2-я группа) уровень антител значительно варьировал как по отношению к отдельным видам микроорганизмов, так и по изменению в процессе лечения (табл. 2). На момент госпитализации уровень антител к ГЛП в 88,9% случаев был ниже средних показателей нормы, а также значительно ниже, чем у пациентов 1-й группы. При этом в 70,8% случаев были крайне низкие показатели с колебаниями от 1,1 до 3,3 мкг/мл. Только в 18,5% случаев концентрация антител к ГЛП была выше нормы и колебалась от 8,0 до 27,3 мкг/мл. Среднее значение концентрации антител к эндотоксину грамотрицательных бактерий составило 5,1±1,2 мкг/мл.

Уровень антител к *E. coli* в 76,5% случаев был ниже нормы, из них в 63,2% — крайне низким (от 1,3 до 5,5 мкг/мл). При этом среднее его значение было ниже нормы, а в сравнении с показателями при местном гнойно-воспалительном процессе — оказалось более высоким (10,1±2,4 мкг/мл). К *P. aeruginosa* в 66,7% случаев он был ниже нормы, при этом в 62,5% — крайне

низким (от 1,0 до 5,2 мкг/мл), в 33,3% — высоким (от 12,3 до 30,1 мкг/мл). Среднее значение в группе было ниже как нормы, так и показателей при местном гнойно-воспалительном процессе (7,8 ± 1,9 мкг/мл).

Исходная концентрация антител к *St. aureus* превышала показатели при местном гнойно-воспалительном процессе, при этом только в 32% случаев она была низкой (от 2,3 до 5,8 мкг/мл), средний их уровень составил 9,5±1,4 мкг/мл.

Уровни антител к *Bacteroides* и *Bifidum* были стабильно низкими (соответственно 3,2±0,4 и 2,7±0,5 мкг/мл), а к *B. fragilis* в сравнении с показателями при местном воспалительном процессе — еще ниже.

Анализ исходного уровня антибактериальных антител при распространенных гнойно-воспалительных процессах показал, что напряженность гуморального иммунитета зависит от индивидуальных особенностей организма, от тяжести и распространенности гнойно-воспалительного процесса. Наиболее низкие концентрации антител определялись при токсических и терминальных фазах перитонита со сроком госпитализации свыше 24 часов с момента заболевания. Для реактивных форм перитонита исходный уровень антибактериальных антител в ряде случаев был в пределах нормы или снижен незначительно. Низкий уровень антител, очевидно, связан как с их истощением вследствие участия в процессе опсонифагоцитоза бактерий и их компонентов, так и с угнетением иммунной системы вследствие интоксикации. Вероятно, одним из факторов интоксикации является эндотоксин грамотрицательных бактерий, поскольку для этой группы была характерна низкая концентрация антител к ГЛП (маркер эндотоксина грамотрицательных бактерий), которая составляла 5,1±1,1 мкг/мл.

При благоприятном течении гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости уровень антибактериальных антител достоверно ( $P < 0,01$ ) возрастал (табл. 2).

В процессе лечения при местном гнойно-воспалительном процессе нормализация уровней антибактериальных антител наблюдалась на 5 — 7-е сутки, а при распространенном перитоните в эти сроки прослеживалось только начало роста уровня антител к *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Bact. fragilis*

Уровень антибактериальных антител (мкг/мл) при распространенном гнойно-воспалительном процессе в брюшной полости

Антигены	Сроки исследований, сут					
	исход.	3-и	5-6-е	7-9-е	10-12-е	при выписке
ГЛП	5,1±1,1	5,8±1,6	7,7±2,2	14,2±5,7	11,9±3,4	19,1±6,8
E. coli	10,1±2,4	8,4±1,5	15,9±3,6	25,2±5,1	25,8±5,8	33,4±5,2
Ps. aeruginosa	7,8±1,9	13,6±2,4	21,1±6,9	25,5±6,3	27,2±6,0	44,0±19,0
Bacteroides	3,2±0,6	4,3±1,0	10,0±3,9	8,0±1,5	12,1±2,0	11,3±1,7
Pr. mirabilis	8,8±1,8	9,7±3,5	12,6±4,5	17,8±4,5*	38,7±13,1*	38,7±9,7
St. aureus	9,5±1,4	10,5±1,5	12,4±1,6	13,3±2,6*	19,6±3,8*	19,8±3,0
Bac. bifidum	3,2±0,5	3,1±0,5	3,1±0,4	3,6±0,5	5,3±1,0	5,1±0,8

\* P<0,05.

Динамика концентрации антибактериальных антител (мкг/мл) у больных с летальным исходом

Значения антител	Структура антител к микрофлоре					
	ГЛП	E. coli	Ps. aeruginosa	Protei	St. aureus	B. fragilis
Исходные	2,1±0,6	7,0±3,3	4,3±1,2	4,3±0,9	3,9±0,9	1,8±0,4
При летальном исходе	2,9±0,9	6,0±0,8	5,4±1,4	4,8±1,6	5,7±1,6	2,9±0,8

и Pr. mirabilis. При этом стабилизация показателей происходит на высоких цифрах и наблюдается на 10 — 12-е сутки. При распространенных перитонитах наибольший уровень антител отмечен к антигенам Ps. aeruginosa и Pr. mirabilis, тогда как при местном процессе — к Pr. mirabilis и E.coli. Концентрация антител к протею в процессе лечения растет, достигая уровня, характерного для местного гнойно-воспалительного процесса.

При распространенном гнойно-воспалительном процессе в брюшной полости обнаружено расширение спектра микроорганизмов, к которым выявлено значительное повышение уровня антител.

У больных с летальным исходом концентрация антиэндотоксиновых и антибактериальных антител в динамике сохранялась на низком уровне (табл.3).

Таким образом, напряженность антибактериального иммунитета достоверно отражает тяжесть патологического процесса, эффективность проводимого лечения и является объективным прогностическим критерием.

УДК 616. 927 — 06 : 616. 34 — 007. 251

**В.А. Иванов, А.К. Ахметзянов (Казань) Перитонит у больной брюшным тифом**

Приводим историю болезни больной колотифом, который был выявлен при жизни, осложнился кишечным кровотечением и прободением кишок с развитием в последующем калового перитонита.

Больная П., 47 лет, поступила в психоневрологический диспансер 08.09.97 г. с диагнозом: шизофрения, прогрессивное течение, параноидная форма, дефектное состояние.

При поступлении: общее соматическое состо-

яние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, средней упитанности, кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Региональные лимфоузлы не увеличены. Легкие — дыхание везикулярное. Сердце — тоны усилены. Пульс — 72 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 105/70 мм Hg. Язык чистый, влажный, зев без особенностей; живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Стул и диурез сохранены.

Общий анализ крови: Нб — 12,1 ммоль/л, СОЭ — 9 мм/ч, эр. — 4,2·10<sup>9</sup>/л, л. — 6,5·10<sup>9</sup>/л, б. — 1%, эоз. — 5%, миелоц. — 0%, ю. — 0%, п. — 1%, с. — 45%, лимф. — 40%, мон. — 8%, сиаловые кислоты — 190 ед. опт. пл., глюкоза — 4,2 ммоль/л, РВ — отр., Вич-инфекция — отр.

Общий анализ мочи: патологических изменений не выявлено.

Исследование кала на дизентерийную и сальмонеллезную группы от 09.09.97 г. — отр.

ЭКГ: нормальное положение электрической оси сердца, диффузные дистрофические изменения в миокарде.

Флюорография: легкие без патологии.

Консультация врача-гинеколога: патологии не выявлено.

В последующее время нахождения больной в стационаре в психическом и соматическом состоянии отрицательной динамики не отмечалось. Неоднократные профилактические посевы кала на возбудителей кишечной группы — отр.

При благополучном соматическом состоянии 04.12.98 г. у больной было зарегистрировано повышение температуры тела до 37,2°С; в последующем температура 37,2° — 38,0° — 38,4°С держалась в течение шести дней. С 13.11.98 г. по 04.12.98 г. больная получала инъекции аминазина, по 2,0 внутримышечно 3 раза в день.

06.12.98 г. состояние больной резко ухудшилось, появились жалобы на головную боль, по-