

А.П. Фролов

## ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКССУДАТА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТРЕПТОКОККОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)*

В начальной стадии стрептококковые заболевания мягких тканей имеют сходную симптоматику (отек, гиперемия, боль в области поражения). Это существенно затрудняет постановку правильного диагноза на ранней стадии, что приводит к неэффективной лечебной тактике.

**Цель исследования:** определить возможность использования цитологического исследования экссудата для диагностики различных форм стрептококковых заболеваний мягких тканей.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведены цитологические исследования экссудата мягких тканей у 82 больных со стрептококковыми заболеваниями мягких тканей. Экссудат получали методом пункционной аспирации из центра очага воспаления. В мазках, окрашенных по Романовскому-Гимзе, определяли вид и среднее количество микробных тел в полях зрения ( $\times 630$ ), среднее количество лейкоцитов, среднее количество деструктивных лейкоцитов, вид фагоцитоза и процент фагоцитирующих клеток. Рассчитывали микробно-лейкоцитарный коэффициент — соотношение количества стрептококков к количеству лейкоцитов. С учетом клинико-морфологических проявлений стрептококковых инфекций мягких тканей все заболевания были разделены на 3 группы клинического сравнения. В 1 группу клинического сравнения (1 ГКС) включен 31 больной рожой и серозным целлюлитом. Во 2 группу клинического сравнения (2 ГКС) — 21 больной гнойным целлюлитом. В 3 группу клинического сравнения (3 ГКС) — 30 больных некротической формой рожи, некротическим фасциитом и миозитом.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При цитологическом исследовании экссудата мягких тканей в 1 ГКС обнаруживалось небольшое количество стрептококков ( $8,39 \pm 1,89$ ) и лейкоцитов ( $5,42 \pm 0,77$ ). Деструктивные формы лейкоцитов ( $0,58 \pm 0,32$ ) встречались редко. Фагоцитоз не выражен, фагоцитарный индекс составил  $0,048 \pm 0,048$  %. Микробно-лейкоцитарный коэффициент был низкий ( $2,10 \pm 0,57$ ). Во 2 ГКС в экссудате имелось умеренное количество стрептококков ( $25,95 \pm 6,78$ ) и значительное количество лейкоцитов ( $36,70 \pm 7,61$ ), что достоверно больше, чем в 1 ГКС. Количество деструктивных лейкоцитов ( $11,10 \pm 2,45$ ) выявлялось больше, фагоцитарный индекс ( $1,595 \pm 0,459$  %) значительно выше, чем в 1 ГКС. Микробно-лейкоцитарный коэффициент низкий ( $2,53 \pm 1,74$ ) и не отличался от 1 ГКС. В 3 ГКС количество стрептококков ( $566,50 \pm 66,28$ ) обнаруживалось значительно выше, чем в 1 ГКС и 2 ГКС, количество лейкоцитов ( $15,67 \pm 2,97$ ) больше чем в 1 ГКС, но меньше, чем во 2 ГКС, что достоверно больше. Количество деструктивных лейкоцитов ( $11,67 \pm 1,68$ ) соответствовало 2 ГКС. Фагоцитоз не выражен (ИФ —  $0,0667 \pm 0,0463$  %), что отличало от 2 ГКС. Микробно-лейкоцитарный коэффициент ( $188,90 \pm 46,19$ ) был значительно выше, чем в других группах.

### ВЫВОДЫ

При развитии некротических форм стрептококковых заболеваний мягких тканей в экссудате мягких тканей при цитологическом исследовании обнаруживается большое количество стрептококков, при возникновении гнойного процесса — большое количество лейкоцитов. Эти данные могут быть использованы для дифференциальной диагностики форм стрептококковых заболеваний мягких тканей.

А.П. Фролов, А.А. Русецкая

## ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

*ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)*

В настоящее время в России отмечается рост заболеваемости туберкулезом. При развитии осложнений абдоминальной формы туберкулеза возникают симптомы острой хирургической патологии, что служит поводом для направления больных с данными клиническими проявлениями на лечение в общехирургические стационары, оказывающие urgentную помощь. Лечение больных туберкулезом в общей клинической сети имеет свои проблемы.