

Таблица 2
Результаты исследования уровня активности АлАТ и АсАТ (ед./л)

Сроки наблюдения	1 группа		2 группа	
	n=86		n=10	
	АлАТ	АсАТ	АлАТ	АсАТ
После хирургического лечения 2-е сутки	103,4±13,4	58,1±11,6	84,2±4,2*	35,5±2,2 ⁰

Примечание: * – межгрупповые различия показателей АлАТ достоверны ($p < 0,05$ по *t*-тесту для несвязанных случаев), 0 – межгрупповые различия показателей АсАТ достоверны ($p < 0,05$ по *t*-тесту для несвязанных случаев)

больных. Во второй группе осложнений со стороны брюшной полости не было, нагноение послеоперационной раны – у 1 (10%) больного.

Разработанный способ ушивания ран печени обеспечивает возможность ушивания ран разной длины и глубины, что предупреждает прорезывание швов, обеспечивает гемостаз и надежное сопоставление раневых поверхностей, сокращает время операции и улучшает процессы заживления в области шва. Проведенные клинические наблюдения показали эффективность предложенного способа гемостаза при хирургическом лечении повреждений печени и селезенки, что позволило значительно улучшить результаты операций на паренхиматозных органах.

Выводы

1. Предложенный способ ушивания ран при хирургическом лечении повреждений печени и селезенки обеспечивает надежный гемостаз.
2. Разработанный способ ушивания ран паренхиматозных органов способствует снижению послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени: Руководство для хирургов. – М., 2003. – С. 86–90.
2. Владимирова Е.С., Абакумов М.М. Хирургическая тактика при закрытых повреждениях печени. – Хирургия. – 1997. – №3. – С. 53–58.
3. Литвин А.А., Цыбуляк Г.И. Местный гемостаз в хирургии повреждений печени и селезенки. – Хирургия. – 2000. – №4. – С. 74–76.
4. Шапкин В.С., Гриненко Ж.Ф. Закрытые и открытые повреждения печени. – М., 1977. – С. 176.
5. Feliciano D.V., Pachter L. Hepatic trauma revisited // Current probl surg 1989. – Vol. 266. – №7. – P. 455–524.
6. Hanna S.S. Blunt live trauma and Sunnybrook medical centra a 13 year experirience // Surgery. – 1991. – Vol. 4. – №1. – P. 49–58.
7. Mischinger H.L., Bacher H., Werkgartuer Ct. et al. Liver Trauma // Acta Chir Austr. – 1999. – Vol. 2. – P. 80–84.
8. Mooney D.P. Multiple trauma: liver and spleen injury // Curr Opin Pediat. – 2002. – Vol. 14. – №4. – P. 482–485.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА С УЧЕТОМ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ

С.В. Чуйкин, Т.В. Баширова

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Чуйкин Сергей Васильевич, зав. кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии БГМУ, декан стоматологического факультета, д-р мед. наук, профессор,
450000, Россия, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Ленина, д. 3,
тел. 8 (347) 267-21-49,
e-mail: chuykin-sv@mail.ru

Проведено обследование пациентов с язвенной болезнью желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori* инфекцией. Анализ стоматологических индексов – КПУ, РМА, ОНІ-S, PDI, а также проведение диагностических методов обследования – уреазного теста, микробиологического, серологического, молекулярно-генетического методов обследования до и после лечения достоверно подтверждает улучшение пародонтологического статуса больных как важного аспекта профилактики рака желудка. Выполнено комплексное лечение язвенной болезни желудка и воспалительных заболеваний пародонта в качестве метода профилактики рака желудка местно в полости рта кумусо- и висмутсодержащими препаратами.

Ключевые слова: профилактика, рак, заболевания пародонта, язвенная болезнь желудка.

NEW APPROACHES TO STOMACH CANCER PREVENTION IN VIEW OF PERIODONTAL STATUS OF PATIENTS

S.V. Chuykin, T.V. Bashirova

Bashkir State Medical University, Ufa

Patients with gastric ulcer, associated with Helicobacter pylori infection, have passed dental examination and gingivitis and periodontal treatment with usage of lyophilized kumyss lactic acid bacillus and bismuth preparation. Measure time course of dental health (OHI-S, PMA, PDI). Diagnostic examination methods – urease test, microbiological, serological, molecular genetic examination methods before and after treatment. Complex treatment of gastric ulcer and inflammatory periodontal diseases locally in the oral cavity by kumys- and bismuth-containing preparations.

The key words: prevention, cancer, periodontal diseases, gastric ulcer.

Введение

Изучение патогенных свойств *Helicobacter pylori* (HP) привело к переосмыслению взглядов на патогенез и принципы лечения не только хронического гастрита и язвенной болезни желудка (ЯБЖ), но и аденокарциномы и экстранодальной В-клеточной MALT-лимфомы. Установлена прямая зависимость клинической манифестации и частоты рецидивирования хронического гастрита, язвенной болезни и прогрессирования предракочных состояний от степени обсемененности HP слизистой оболочки желудка. В 1994 году Международное агентство по изучению рака (IARC) отнесло хеликобактерную инфекцию к канцерогенам первого порядка.

При полном клиническом благополучии и в то же время осложнении ЯБЖ полость рта, в частности – ткани пародонта напрямую связаны со слизистой желудка [2]. Оздоровление состояния полости рта и ликвидация обострений ЯБЖ служит вторичной профилактикой рака желудка. Имеются работы, которые говорят, что при ЯБЖ и заболеваниях пародонта существует орально-оральное заражение HP инфекцией [6]. И поэтому, кроме противовоспалительной терапии, должна применяться эрадикационная терапия HP инфекции.

Воспалительные заболевания пародонта являются важной медицинской и социально-экономической проблемой современного общества вследствие широкой распространенности, прогрессирующего течения с утратой функции зубочелюстной системы и потерей зубов и связанным с этим снижением качества жизни пациентов [4]. Среди основных этиопатогенетических факторов заболеваний пародонта на современном этапе выделяют микробную агрессию с формированием зубного налета, продуктов их жизнедеятельности и общие факторы, определяющие сопротивляемость тканей пародонта к патогенным воздействиям [3]. Наличие возбудителя в зубной бляшке указывает на то, что полость рта может играть роль «резервуара» HP, и орально-оральный путь является одним из путей инфицирования [6]. В настоящее время механизмы оральной колонизации интенсивно изучаются. Ряд исследователей считает, что HP способен колонизировать полость рта по пути

к желудку и находиться там постоянно, другие называют присутствие HP в полости рта случайным, «транзиторным» [4]. Отдельные исследователи предполагают, что HP забрасывается в полость рта из желудка вследствие рефлюкса [5,6]. В числе последних большинство исследователей отмечают соматическую патологию и, в первую очередь, заболевания пищеварительной системы [2]. Большинство исследователей рассматривает язвенную болезнь как заболевание целостного организма с вовлечением в патологический процесс на функциональном или органическом уровне других отделов пищеварительной системы и, в первую очередь, ротовой полости [1]. В последние годы внимание исследователей в области гастроэнтерологии и стоматологии привлечено к проблеме участия полости рта в процессе взаимодействия микро- и макроорганизма, развития ряда заболеваний желудочно-кишечного тракта [3,6]. Этим и объясняется пристальное внимание исследователей к изучению актуальных вопросов ранней диагностики, прогноза течения, поиска эффективных методов лечения и профилактики сочетанной патологии [6].

Цель исследования

Новые подходы к профилактике рака желудка с учетом пародонтологического статуса больных.

Материалы и методы

Гастродуоденальная патология диагностировалась в стационарах ГКБ № 21 и ОАО «МУ ГКБ № 13» г. Уфы. Обследовано 110 человек с язвенной болезнью желудка, средний возраст составил $37,2 \pm 0,18$, из них: 55 мужчин (50%) и 55 женщин (50%), среди которых 61 (55,45%) человек с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, средний возраст которых $36,5 \pm 1,88$, из них: 30 (49,18%) женщин и мужчин – 31 (50,81%). У всех обследуемых проведено лечение хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести. В первой группе было 30 пациентов (49,2%), из них 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%), во второй группе 31 пациент (50,8%), из них 15 женщин (48,38%) и 16 мужчин (51,61%). Выделена 3-я группа – 24 человека (21,8%) с генерализованным гингивитом, из них 12 женщин (50%) и 12 мужчин (50%), средний возраст

составил $33,4 \pm 2,56$. Все обследуемые были в возрасте от 23 до 37 лет. В качестве контрольной группы обследована произвольная группа из 100 человек, не имеющих заболеваний язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Средний возраст составил $40,4 \pm 1,2$.

Проведены диагностические методы обследования: фиброгастродуоденоскопический с применением уреазного теста на биоптате для выявления *Helicobacter pylori*, микробиологический, серологический – иммуноферментный анализ (ИФА), биохимический – уреазный тест, молекулярно – генетический: полимеразно-цепная реакция (ПЦР). Для оценки стоматологического статуса использованы данные клинического обследования и средние показатели: папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс - РМА (Parma, 1969); упрощенный индекс гигиены полости рта ИГР – У (ОНИ – S. Green J.C., Vermillion J.K., 1964); индекс оценки состояния пародонта - PDI (Ramfjord S., 1959), индекс интенсивности поражения кариесом – КПУ. Пациентам проводилась стандартная противоязвенная терапия, а также комплекс мероприятий по санации полости рта, включавший: обучение рациональной гигиене полости рта и контроль за ней с использованием индикации зубного налета, профессиональная гигиена полости рта. Для местного применения в полости рта использовали гель «Метрагил дента» в 1-й группе и кумисо- и висмутсодержащие препараты во 2-й и 3-й группах по нашей разработанной методике.

Результаты и обсуждение

Изучены истории болезни 110 человек с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ). У больных отмечена обычная для данной нозологической формы клиническая картина заболевания, сроки рубцевания дефекта слизистой оболочки - до 1 месяца и более, частота рецидивов – от 1 до 4-х раз в год. У 16 человек (14,5% наблюдений) наблюдаются осложнения в виде перфораций и кровотечений. Отягощенный анамнез (язва у отца, матери, брата или сестры) отмечен у 58 больных (52,8%).

В результате проведенного обследования в 100% наблюдений установлены изменения со стороны тканей пародонта. При этом у 24 человек (21,8%) диагностирован гингивит. При объективном обследовании больных хроническим катаральным гингивитом отмечается отек, гиперемия десен, единичные эрозии, преимущественно в области вершин межзубных сосочков, механическое раздражение которых сопровождается кровотечением. На поверхности зубов обнаружено повышенное содержание мягкого зубного налета. У 86 человек (78,2%) установлены поражения пародонта в виде хронического пародонтита. У 25 человек (22,8%) диагностирован генерализованный пародонтит легкой степени, сопровождающийся хроническим катаральным воспалением межзубных сосочков и краевой десны, наличием пародонтальных карманов глубиной до 3,5 мм, большим количеством мягкого зубного налета, над- и поддесневого зубного камня. У 61 человека (55,4%) установлен генерализованный

пародонтит средней степени, характеризующийся выраженными клиническими признаками воспаления и деструкции тканей пародонта. Глубина пародонтальных карманов достигает 5 мм, в некоторых случаях из них выделялся серозно – гнойный экссудат, определяется подвижность зубов 1-2 степени, высота альвеолярного отростка неравномерно снижена на $1/3-1/2$ длины корней, диагностированы одиночные и множественные костные карманы.

У 61 человека с язвенной болезнью желудка и хроническим генерализованным пародонтитом средней степени распространенность кариеса составляет 100%. Средняя интенсивность поражения достигает $10,9 \pm 1,55$. По индексу КПУ среднее число кариозных зубов – $3,0 \pm 1,02$, пломбированных – $5,4 \pm 0,80$, удаленных – $2,5 \pm 0,94$.

У 24 человек с ЯБЖ и генерализованным гингивитом распространенность кариесом составляет 100%. Средняя интенсивность поражения достигает $12,6 \pm 2,7$, по индексу КПУ среднее число кариозных зубов – $3,2 \pm 1,12$, пломбированных – $5,1 \pm 0,04$, удаленных – $4,3 \pm 0,82$.

В результате проведенного обследования до и после комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести индекс гигиены составил $1,57 \pm 0,32$ в первой группе, $1,55 \pm 0,47$ – во второй. Через 2 недели после лечения он снизился в обеих группах: до $0,46 \pm 0,06$ ($p < 0,01$) – в первой группе и до $0,15 \pm 0,07$ ($p < 0,01$) – во второй. Через 6 месяцев во второй группе он был в 1,2 раза ниже, чем в первой ($p < 0,05$), хотя изначально индекс гигиены был выше у пациентов второй группы. У обследуемых, в комплексном лечении которых применялись кумисо- и висмутсодержащие препараты, было выявлено значительное клиническое благополучие, выражавшееся снижением клинических признаков пародонтита. Индекс РМА во второй группе до лечения был незначительно выше, чем в первой группе, а уже через 2 недели после лечения значение индекса во второй группе составило $24,6 \pm 3,24$, что в 1,1 раза ниже, чем в первой группе ($26,5 \pm 2,19$) ($p < 0,05$) $RR=1$. Через 6 месяцев после лечения значение индекса во второй группе меньше в 1,1 раза по сравнению с первой группой ($p < 0,05$) $RR=1,1$. Рассматривая категорию гингивита в индексе PDI, значение которого в первой группе составило $2,34 \pm 0,22$, уменьшившись через 2 недели после лечения в 1,8 раза ($1,24 \pm 0,13$) ($p < 0,05$) $RR=1,8$, через 6 месяцев также в 1,8 раза меньше ($1,25 \pm 0,15$) ($p < 0,05$) $RR=1,8$. Во второй группе показатель категории гингивита через 2 недели после лечения уменьшился в 2,1 раза до ($1,04 \pm 0,17$) ($p < 0,01$) $RR=2,1$. Через 6 месяцев после лечения значение индекса во второй группе меньше в 2,0 раз ($1,08 \pm 0,74$) ($p < 0,01$) $RR=2,0$. Категория зубных отложений в индексе PDI в первой группе была $1,25 \pm 0,28$, после лечения – $0,09 \pm 0,03$ ($p < 0,01$) $RR=13,8$, через 6 месяцев – $0,81 \pm 0,24$ ($p < 0,05$) $RR=1,5$. Во второй группе отмечено значительное снижение показателей зубных отложений по сравнению с первой группой с $2,10 \pm 0,18$ до $0,05 \pm 0,02$ ($p < 0,01$) $RR=42$, через 2 недели и $0,39 \pm 0,05$ ($p < 0,01$) $RR=5,3$ – через 6 ме-

сяцев. При оценке глубины пародонтальных карманов в индексе PDI установлено, что в начале лечения в первой группе он был $4,25 \pm 0,43$, а во второй группе - $4,15 \pm 0,49$, через 2 недели проводимого лечения отмечалось уменьшение во второй группе до $4,05 \pm 0,08$ по сравнению с первой группой ($4,12 \pm 0,13$) ($p < 0,05$) $RR=1,0$. Через 6 месяцев при контрольном осмотре наблюдалась аналогичная тенденция относительно этих показателей (в первой группе $4,14 \pm 0,05$, во второй - $4,07 \pm 0,03$). В категории зубной налет индекса PDI по срокам лечения и наблюдения значение в первой группе до лечения - $2,57 \pm 0,23$, через 2 недели после лечения - $1,3 \pm 0,34$ ($p < 0,01$) $RR=2,0$, через 6 месяцев - $1,5 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) $RR=1,7$, во второй группе - $2,31 \pm 0,58$ до лечения, через 2 недели и 6 месяцев - $1,1 \pm 0,06$ ($p < 0,01$), $RR=2,1$ и $1,2 \pm 0,08$ ($p < 0,01$), $RR=1,9$ соответственно. В третьей группе у 24 человек с генерализованным катаральным гингивитом индекс гигиены составил $1,13 \pm 0,24$ до лечения, через 2 недели после лечения - $0,6 \pm 0,12$ ($p < 0,05$) $RR=1,8$, через 6 месяцев - $0,9 \pm 0,15$ ($p < 0,05$) $RR=1,2$. Индекс РМА до лечения $52,7 \pm 6,24$, через 2 недели - $23,2 \pm 1,14$ ($p < 0,01$) $RR=2,3$, через 6 месяцев - $24,6 \pm 2,18$ ($p < 0,01$) $RR=2,1$. В категории гингивит индекса PDI до лечения показатель составил $2,28 \pm 0,15$, через 2 недели - $0,4 \pm 0,6$ ($p < 0,01$) $RR=5,7$, через 6 месяцев - $0,6 \pm 0,63$ ($p < 0,01$) $RR=3,8$. В категории зубные отложения индекса PDI до лечения $1,2 \pm 0,55$, через 2 недели - $0,02 \pm 0,04$ ($p < 0,01$) $RR=60$, через 6 месяцев $0,11 \pm 0,02$ ($p < 0,01$) $RR=10,9$. В категории зубной налет индекса PDI до лечения $1,8 \pm 0,154$, через 2 недели - $0,6 \pm 0,05$ ($p < 0,01$) $RR=3$, через 6 месяцев - $1,0 \pm 0,03$ ($p < 0,05$) $RR=1,8$.

При проведении уреазного теста в полости рта на наличие *Helicobacter pylori* (HP) до лечения во всех группах уреазный тест был положительным в 100% случаев у 85 больных. С помощью ИФА на обнаружение HP в крови выявлена 100% инфицированность в 3-х группах. Проведение ИФА в слюне не выявило наличие HP во всех группах в 100% случаев, что соответствует отрицательному результату. При проведении ПЦР анализа до лечебно-профилактических мероприятий наличие *Helicobacter pylori* выявлено в пародонтальных карманах в первой группе у 25 человек (83,3%) и у 26 человек (83,8%) во второй группе, в 3-й группе у 24 человек (21,8%) с генерализованным гингивитом HP в полости рта не выявлен. После проведенного комплексного лечения ИФА крови положительный в 1-й группе в 100% случаев, отрицательный - во 2-й и 3-й группах в 100% случаев. ИФА слюны показал отрицательный результат у всех пациентов в 100% случаев. При проведении ПЦР-анализа через 2 недели в 1-й группе у 25 человек (83,3%) анализ положительный, что показывает инфицированность HP в полости рта. Во 2-й группе у 31 человек - эрадикация в 100% случаев. В 3-й группе HP не выявлен, как первоначально. Уреазный тест в полости рта положительный в 1-й группе, во 2-й группе - отрицательный у 29 (93,5%) человек. В 3-й группе - отрицательный в 100% случаев.

Местное применение в полости рта кумысо- и висмутсодержащих препаратов и гигиенических мероприятий, местно 1% геля Метрагилдента выявило изменение структуры сообществ микроорганизмов в содержимом пародонтальных карманов.

В первой группе до лечения отмечается высокий процент высеваемости, составляющий группу плазмокоагулирующих представителей рода *Staphylococcus* - $28,125 \pm 2,24\%$, через 2 недели снизился до $18,75 \pm 2,1$ ($p < 0,05$). Плазмонекоагулирующая группа из всех выделенных микроорганизмов рода *Staphylococcus* составила $43,75 \pm 3,5\%$, через 2 недели - $31,25 \pm 1,7$ ($p < 0,05$). Процент высеваемости микроорганизмов рода *Streptococcus* с пародонтальных карманов составил $43,75 \pm 3,5\%$, через 2 недели - $25,03 \pm 2,4$ ($p < 0,05$). Фон в ассоциации из $28,125 \pm 2,24\%$, через 2 недели - $18,75 \pm 2,1$ ($p < 0,05$). Во 2-й группе плазмокоагулирующая группа из всех выделенных микроорганизмов рода *Staphylococcus* составила $31,25 \pm 3,22$, через 2 недели - $12,5 \pm 2,6$ ($p < 0,01$). Плазмонекоагулирующая группа из всех выделенных микроорганизмов рода *Staphylococcus* составила $37,5 \pm 2,8\%$, через 2 недели - $18,75 \pm 2,1$ ($p < 0,01$). Процент высеваемости микроорганизмов рода *Streptococcus* с пародонтальных карманов составил $37,5 \pm 2,8\%$, через 2 недели - $12,5 \pm 2,6$ ($p < 0,01$). Фон в ассоциации из $34,375 \pm 3,2\%$, через 2 недели - $12,5 \pm 2,6$ ($p < 0,01$). В 3-й группе плазмокоагулирующая группа из всех выделенных микроорганизмов рода *Staphylococcus* составила $12,5 \pm 2,8$, через 2 недели - $6,25 \pm 1,6$ ($p < 0,01$). Плазмонекоагулирующая группа из всех выделенных микроорганизмов рода *Staphylococcus* составила $21,875 \pm 1,7\%$, через 2 недели - $12,5 \pm 3,2$ ($p < 0,05$). Процент высеваемости микроорганизмов рода *Streptococcus* составил $12,5 \pm 2,1\%$, через 2 недели - $6,25 \pm 1,6$ ($p < 0,01$). Фон в ассоциации из $9,375 \pm 2,2\%$, через 2 недели - $6,25 \pm 1,6$ ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, важным аспектом профилактики рака желудка является санация полости рта. Проведен комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающий лечение язвенной болезни желудка и местное лечение в полости рта гингивита, пародонтита кумысо- и висмутсодержащими препаратами. Наблюдалось клиническое улучшение течения гингивита и пародонтита, подтвержденное индексной оценкой РМА, ОНI-S, PDI.

Список литературы

1. Артюшкевич А.С. Заболевания периодонта. - М.: Мед. лит, 2006. - 328 с.
2. Аруин Л.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и *Helicobacter pylori* // Клини. мед. - 2000. - №10. - С. 62-68.
3. Арутюнов С.Д. Заболевания пародонта и "системные болезни": известное прошлое, многообещающее будущее // Пародонтология. - 2009. - №1(50). - С. 3-6.
4. Булкина Н.В., Осадчук М.А. Некоторые механизмы возникновения и прогрессирования воспа-

лительных заболеваний пародонта у больных с сочетанной патологией желудочно-кишечного тракта // Пародонтология. - 2007. - № 2 (43). - С. 24-29.

5. Дробченко С.Н., Носков П.С., Кальво А. Быстрые простые методы диагностики хеликобактериоза // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга: научно-практический журнал. - 2005. - № 1-2. - С. 44.

6. Лепилин А.В., Еремин О.В., Островская Л.Ю. Патология пародонта при заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Пародонтология. - 2008. - № 4 (49). - С. 23-25.

ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ СТАФИЛО-ПРОТЕЙНО-СИНЕГНОЙНОЙ АДСОРБИРОВАННОЙ ВАКЦИНОЙ

**Р.А. Шарипов, А.М. Латыпов, С.М. Насретдинова,
В.З. Галимзянов, В.Е. Лешкова**

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

*Шарипов Рауль Ахнафович,
доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО
Башкирского государственного медицинского университета,
канд. мед. наук,
450000, Россия, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Лесной проезд, д. 3,
тел. 8 (347) 239-18-11,
e-mail: raul-crkb@yandex.ru*

В статье приведены возможности профилактики раневых инфекционных осложнений после радикальной цистэктомии с одномоментной илеоцистопластикой у больных раком мочевого пузыря стафило-протейно-синегнойной адсорбированной вакциной.

Ключевые слова: профилактика, послеоперационные раневые осложнения, иммунизация, СПСА-вакцина, микробная колонизация ран, заживление.

PREVENTIVE MAINTENANCE OF INFECTIOUS COMPLICATIONS OF A POSTOPERATIVE WOUND AFTER RADICAL BLADDER REMOVAL THE STAPHILO-PROTEUS-PSEUDOMONAS VACCINE

**R.A. Sharipov, A.M. Latypov, S.M. Nasretdinova,
V.Z. Galimzyanov, V.E. Leshkova**

Bashkir State Medical University, Ufa

The article presents the preventive maintenance possibilities infectious complications of a postoperative wound after radical bladder removal with one-stage plasticity of a bladder from ilium guts at sick of a cancer of a bladder the SPSA-VACCINE are resulted.

The key words: preventive maintenance, postoperative complications of a wound, immunization, SPPA-VACCINE, microbic colonization of wounds.

В урологической практике нередко возникает необходимость замещения мочевого пузыря изо-

лированными сегментами тонкой или толстой кишки [2,5]. Заместительная пластика мочевого пузыря