

стафилококка выделялись преимущественно фаговары первой группы, много было культур смешанных фагогрупп. Наиболее часто встречающимся фаговаром был 29/52А/ 79/6/42Е/47/53/54/75/83А/84/85. К этому фаговару относились 11 культур. Вторым по частоте выделения был фаговар 71 (местный госпитальный штамм) — 8 культур. Фаговар 80 был обнаружен 2 раза, а в фагомозаике — еще 9 раз; 4 культуры были отнесены к местному госпитальному штамму 3А.

Таким образом, в эпидемиологическом отношении посетители травматологических стационаров представляют собой угрозу как дополнительные источники инфекции. Для предупреждения внутрибольничных заражений, связанных с посещением больных стационара, на посетителей следует распространить санитарно-гигиенический режим, предусмотренный соответствующими инструкциями (ношение хлопчатобумажных вещей, масок, сменной обуви и т. д.). Лиц, привлекающихся к длительному уходу за больными, необходимо обследовать на носительство стафилококков. Передвижение внутри стационара должно быть ограничено; для встреч посетителей с самостоятельно передвигающимися больными нужно выделить специальные помещения.

УДК 617.559—007.253—089.8

#### С. С. Слесаренко, В. Г. Кацяя (Саратов). Хирургия кожных аномалий крестцово-копчиковой области

В периодической литературе крайне мало статей, посвященных лечению эпителиальных копчиковых ходов. Поэтому неудивительно, что эти заболевания распознаются несвоевременно, а в их лечении допускаются серьезные ошибки. Считается, что в остром периоде заболевания есть все условия для радикальной операции, однако ряд авторов предлагают производить радикальную операцию после стихания признаков острого воспаления в сроки от 5 дней до 6 мес.

С целью разработки рациональной тактики были изучены истории болезни 112 больных с нагноившимися эпителиальными копчиковыми ходами и их воспалительными осложнениями, оперированных в проктологическом отделении. Среди обследованных больных наиболее многочисленной была группа в возрасте от 20 до 40 лет. Все применявшиеся способы операции дали примерно одинаковую частоту послеоперационных рецидивов, хотя очевидны преимущества открытого способа ведения.

Анализ сроков нетрудоспособности больных позволил выбрать оптимальный вид оперативного вмешательства. Так, наиболее короткие сроки нетрудоспособности были при иссечении копчикового хода с глухим швом (27 дней) и с открытым ведением раны (26,4 дня). Следовательно, при клинической ремиссии воспалительного процесса целесообразно применять именно эти способы операции.

Послеоперационный койко-день при иссечении хода с глухим швом (11,2 койко-дня) в среднем на 5 дней меньше. В тех случаях, когда ушивание раны наглухо невозможно в связи с наличием в местах бывших гнойных затеков массивных рубцов, образующих при их иссечении обширную рану, целесообразно уменьшить размеры операционной раны подшиванием краев ко дну. Такой способ уменьшения опера-

ционной раны после экономного иссечения копчикового хода и рубцов сокращает сроки нетрудоспособности больных, и они в среднем составляют всего 28,5—29,5 дня.

Рецидив заболевания возник у 6,6% больных от общего числа прооперированных с эпителиальными копчиковыми ходами, причем послеоперационные рецидивы в 85% случаев наблюдались в течение первого года после операции. Следовательно, для своевременного их выявления и лечения больные должны находиться под диспансерным наблюдением, как правило, в течение одного года после операции.

Болевой синдром в области копчика, близкий по клиническим проявлениям к так называемой «копчиковой боли» (кокцигодинии), осложнил послеоперационный период у 14,4% больных с прослеженными результатами лечения. Клинически он проявлялся неприятными ощущениями давления, дискомфортом или ноющей болью в области копчика. Боль мешала пациентам сидеть, особенно откинувшись на спинку стула. Частое изменение положения тела приносило им лишь кратковременное облегчение. Кроме того, боль возникала во время ходьбы, при быстром подъеме и присаживании на стул. Во всех случаях болевой синдром имел временный характер и исчезал без специального лечения в сроки от 6 мес до одного года после операции. Следовательно, сохранение под раной слоя жировой клетчатки, покрывающей надкостницу, снижает частоту возникновения болевого синдрома в области копчика.

УДК 618.1—085.838

#### С. Р. Гимадиева (Куйбышев). Результаты лечения заболеваний женских половых органов в бальнео-физиотерапевтическом объединении комплекса санаториев-профилакториев

Организация бальнеофизиотерапевтического объединения (БФО) комплекса санаториев-профилакториев Куйбышевского областного совета профессиональных союзов дала возможность сконцентрировать усилия врачей и среднего медицинского персонала, переведенных из санаториев-профилакториев, и организовать мощную лечебную базу. БФО работает в две смены с 8 до 21 ч, обслуживает 14—15 заездов каждого санатория-профилактория. Лечение проводится с открытым и без отрыва от производства. В комплексе санаториев-профилакториев ежегодно оздоравливаются 23—24 тыс. человек.

В 1984 г. в БФО получили лечение 773 женщины с заболеваниями женских половых органов, в 1985 г. — 775 и в 1986 г. — 1042 человека.

Лечение гинекологических заболеваний в БФО осуществляется с помощью естественных и искусственных физических факторов. На территории комплекса функционируют две скажники, дающие бромносероводородную воду с содержанием общего сероводорода до 57—62 мг/л брома до 48 мг/л. Общая минерализация воды составляет 37 г/л. Бромносероводородную воду больные получают, принимая общие ванны и в положении сидя, а также в виде влагалитных орошений (курс — 10—12 процедур).

Лечение искусственно приготовленной радоновой водой проводится с 1984 г. Концентрация радона в воде для ванн — 20—40—80 нКи/л, для влагалитных орошений — 40—80 (курс — 10—12 процедур).

С целью тренировки адаптационно-приспо-