

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 отрывом 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 влагалищных 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 влагалищных орошений — 40—80 (курс — 10—12 процедур).

С целью тренировки адаптационно-приспо-

**Непосредственные результаты оздоровления женщин по данным гинекологического кабинета
БФО в 1984—1986 гг. (%)**

Гинекологические формы	Выписаны с улучшением			Выписаны без изменений		
	1984 г.	1985 г.	1986 г.	1984 г.	1985 г.	1986 г.
Хронический сальпингоофорит, параметрит, периметрит	99,5	98,7	99,6	0,5	1,1	0,4
Миома матки в сочетании с хроническим сальпингоофоритом	95,5	96,8	98,1	4,5	3,2	1,9
Нарушение овариально-менструального цикла	100,0	98,1	97,3	—	1,9	2,7
Климактерический синдром	100,0	100,0	97,8	—	—	2,2
Прочие (эрозия шейки матки, эндометриоз, кольпит неспецифический, опущение стенок влагалища)	100,0	96,6	97,5	—	3,4	2,5
Всего	99,0	98,0	98,4	0,9	1,9	1,6

собираемых механизмов и повышения устойчивости организма назначают гидротерапевтические процедуры: циркулярный и восходящий душ, хвойно-жемчужные, хвойно-морские, йодно-бромные ванны и полуванны.

Лечебную грязь иловую, сульфидную доставляют из курорта «Сергиевские минеральные воды», добывая ее из озера Молочка. Наличие в ней значительного количества органических и неорганических веществ, различных солей, кислот, газов, биостимуляторов и пенициллиноподобных веществ активизируют ее физико-химические и биологические действия. Грязь нагревают до 38°—44° и используют ее в виде местных аппликаций на зоны «брюка» и «трусов», полостных вагинальных и ректальных тампонов. Из пеллоидоподобных веществ применяют парафино-озокерит по кокетно-аппликационной методике при температуре 48—54°.

Эффективность лечения женщин с гинекологическими заболеваниями оценивается в каждом санатории-профилактории и в гинекологическом кабинете БФО комплекса с учетом временной утраты трудоспособности до лечения в комплексе и после него, при этом определяющими критериями являются значительное улучшение, просто улучшение, состояние без изменений, ухудшение общего состояния и женской половой системы.

Данные о непосредственных результатах лечения приведены в таблице.

В 1985 г. у одной женщины с хроническим сальпингоофоритом лечение осложнилось обострением заболевания. В 1986 г. еще одна женщина с климактерическим синдромом была выписана без изменений общего состояния. На курорте «Сергиевские минеральные воды» в группе больных с хроническим сальпингоофоритом значительное улучшение отмечалось у 34,0% женщин, просто улучшение — у 48,7%.

Таким образом, организация для комплекса санаториев-профилакториев единой лечебной базы позволяет более эффективно пользоваться природными лечебными факторами и проводить лечебно-оздоровительные мероприятия на современном уровне.

УДК 616.316—006.55—089.8—07

А. В. Лепилин, П. Ф. Шашков, А. И. Завражнова, Т. А. Серова (Саратов). Отдаленные результаты лечения полиморфных аденом слюнных желез

Мы проанализировали клиническое течение полиморфных аденом слюнных желез, отдален-

ные результаты их лечения, морфологические особенности течения опухолей и их рецидивов.

В клинике госпитальной хирургии лечебного факультета Саратовского медицинского института с 1959 по 1987 г. находились на лечении 288 больных (мужчин — 99, женщин — 189) по поводу полиморфных аденом слюнных желез. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет — 21, от 21 до 50 — 183, от 51 до 60—44, свыше 61—40. Давность заболевания колебалась от 3 мес до 43 лет. У 205 (71,2%) больных полиморфная аденома локализовалась в околоушной железе, у 36 (12,5%) — в поднижнечелюстной слюнной железе и у 47 (16,3%) — в малых слюнных железах слизистой полости рта. По гистологическому строению у 52% больных были опухоли смешанного типа.

Всем больным проводилось оперативное лечение. При локализации полиморфных аденом в околоушной слюнной железе и в малых слюнных железах производили энуклеацию опухоли, а при наличии рецидива — плоскостную резекцию околоушной слюнной железы с препаровкой лицевого нерва. При локализации опухоли в поднижнечелюстной слюнной железе ее удаляли с экстирпацией железы. В процессе исследования изучали морфологическое строение опухоли и зависимость рецидивирования от структуры полиморфной аденомы.

Была прослежена судьба 103 из 288 больных. У 3 пациентов в момент осмотра был выявлен рецидив опухоли. У 2 больных полиморфная аденома была представлена 3 узлами, которые отделялись друг от друга тканью железы. Следовательно, рецидивы могут быть обусловлены первичной мультицентричностью опухоли. Рецидивов после удаления полиморфных аденом поднижнечелюстной слюнной железы и малых слюнных желез у нас не было. В то же время после удаления опухолей околоушной слюнной железы рецидивы были у 14 (13,6%) больных. При морфологическом изучении рецидивов полиморфных аденом гистологически картина была такой же, что и в первичных. Нами не выявлено зависимости между частотой рецидивирования и особенностями гистологического строения опухоли.

При длительном течении опухолевого процесса возрастает вероятность озлокачествления опухоли. Так, у 6 больных произошло озлокачествление полиморфных аденом слюнных желез (у 4 — околоушной, у 2 — поднижнечелюстной). Все это указывает на то, что в отношении больных с опухолями слюнных желез нужно придерживаться активной хирургической тактики