

ни — на 4,3; среди паровозников — соответственно на 1,1 и на 4,7. Снижение это нельзя назвать значительным, но надо учитывать, что заболеваемость ангиной имеет тенденцию к росту. Это подтверждается и литературными данными (А. С. Токман), и нашими наблюдениями за теми группами железнодорожников, среди которых не проводился весь комплекс профилактических мероприятий.

Т. Д. Шигорев (Челябинск). Опыт лечения подкожного панариция

Подкожный панариций является наиболее распространенным видом панарициев. Для каждого вида панариция характерна определенная микротравма. При развитии подкожного панариция наиболее частым видом травмы является колотая ранка (иглой, стружкой, костью, проволокой и т. д.). При микротравмах в подкожную клетчатку проникают мельчайшие инфицированные инородные тела (наждачная пыль, металлические осколки, занозы и др.). Они становятся очагом воспалительного процесса и поддерживают его.

Мы придерживаемся следующей методики обработки подкожного панариция:

Проводим анестезию по методу Лукашевича 2% раствором новокаина (по 4 мл). Находим наиболее болезненный очаг, где, как правило, располагается инородное тело, делаем продольный разрез непосредственно над этим очагом и экономное иссечение некротических участков подкожной клетчатки. Затем накладываем на рану компресс с гипертоническим раствором поваренной соли. Швы не накладываются.

На следующий день делается горячая содовая ванна (2% раствор) с последующим наложением компресса 10% раствором поваренной соли.

Такой метод применен у 253 больных. Продолжительность лечения — от 4 до 8 дней. Перехода в костный, суставной или сухожильный панариций не наблюдалось.

К. Л. Флат (Барнаул). Опыт рационализации лечения антибиотиками гнойных воспалительных процессов

В советской и зарубежной литературе много внимания уделяется вопросу о возникновении резистентных к антибиотикам штаммов микроорганизмов, чем увеличивается количество осложнений.

Рекомендуется при назначении антибиотиков предварительно исследовать чувствительность к ним микрофлоры больного, для чего предложены методы серийных разведений на бульоне, разведений на агаре и диффузии в агар с помощью бумажных дисков, описанный Дуоде и усовершенствованный В. А. Шориным и О. С. Иларионовой. Последним методом мы и пользовались.

Перед лечением определялась чувствительность микрофлоры гнойного очага больных к антибиотикам, после чего назначались соответствующие препараты.

Для контроля эффективности действия антибиотиков мы до лечения и повторно во время него брали многопробные посевы по методике В. И. Колесова и Г. Г. Ключаревой, заменив предложенный ими марлевый тампон стеклянным поршнем от шприца Люэра.

Нами применена следующая методика: с поверхности гнойного очага на чашку Петри с кровяным агаром стеклянным поршнем берется 12—16 проб. После этого чашка ставится в термостат. Через сутки производится оценка результатов. По числу выросших колоний в каждой пробе можно судить об интенсивности обсеменения раневой поверхности микроорганизмами и эффективности действия антибиотиков.

Производя систематически контроль многопробными посевами, удается, в зависимости от лечения, выяснить динамику качественного и количественного изменения микрофлоры в гнойном очаге. Мы располагаем данными о 238 больных с различными нагноительными заболеваниями. Из них мужчин 136, женщин 102.

Многие из этих больных поступили из других лечебных учреждений, где они длительно, но безуспешно лечились антибиотиками без учета чувствительности к ним микрофлоры.

Всех наших больных мы подразделяем на две группы: I группу составляют 190 больных с инфицированными ранами туловища и конечностей, II — 48 больных с нагноительными заболеваниями легких и плевры.

У 104 больных I гр. рациональное лечение антибиотиками начато на 9—18 сутки с начала заболевания. К этому времени у них раны были выполнены вялыми грануляциями грязно-серого цвета. Признаков эпителизации не было. Многопробные посевы раневого отделяемого, как правило, давали обильный рост микробных колоний.

Под влиянием рациональной, местной и общей антибиотикотерапии раны быстро очищались, грануляции оживали, становились сочными и активизировалась регенерация эпителия.

После такого лечения уже на 5—9 сутки многопробные посевы показывали заметное очищение ран: вместо сплошного роста микробов на чашках Петри вырастали только отдельные колонии бактерий, а в ряде случаев посевы оказались стерильными.