

до 2 л и более гноя. После вскрытия, опорожнения и соответствующего дренирования процесс довольно быстро ликвидируется.

Целесообразно также остановиться на некоторых вопросах бактериологии и антибактериальной терапии при гнойно-воспалительной патологии в условиях Эфиопии. Бактериологические исследования и определение чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам были проведены в госпитале г. Асмары у 48 больных с различными гнойно-воспалительными процессами и осложнениями. Выявлялись преимущественно грамотрицательная микрофлора типа кишечной палочки, протей, патогенный стафилококк. Из антибактериальных препаратов чувствительность выделенных микроорганизмов в наибольшей степени отмечалась к нитрофуранам, тетрациклину, карбенициллину, хлорамфениколу, стрептомицину, в меньшей степени — к ампициллину. Пенициллин, как это наблюдалось повсеместно, показывал в лабораторных условиях наименьшую антибактериальную активность. При клиническом применении эффективность терапии антибиотиками при гнойно-воспалительной патологии в основном была высокой.

Наиболее распространенным видом обезбоживания при оперативных вмешательствах был внутривенный наркоз (кеталар), в некоторых случаях использовалась перидуральная анестезия. Местное обезбоживание применялось при некоторых хирургических обработках ран и небольших гнойных операциях.

Следует выразить сожаление в связи с отсутствием пока еще хорошей лабораторной и патоморфологической служб при госпиталях, что не позволяло проводить соответствующие исследования для уточнения характера патологии.

УДК 617.52:[616.5—002.34+616.5—002.35]—08

**Ф. С. Хамитов, Г. Г. Мингазов, В. Н. Козлов, Я. З. Эпштейн (Казань).
Комплексное лечение фурункулов и карбункулов лица**

С 1974 по 1984 г. под нашим наблюдением находилось 210 больных (мужчин — 118, женщин — 92) с фурункулами и карбункулами лица. Заболевание преобладало у лиц 16—25 лет (76%). У 75 больных процесс локализовался в подглазничной и щечной областях, у 37 — на верхней губе, у 18 — на нижней, у 12 — в лобной области, у 38 — подбородочной, у 30 — на углу рта.

Лечение проводили в зависимости от стадии и характера патологического процесса. 87 больных с неосложненными фурункулами и карбункулами лечили консервативными методами: накладывали масляно-бальзамические повязки Вишневского, инъецировали местно и внутримышечно полусинтетические антибиотики, назначали внутрь сульфаниламидные, нитрофурановые и десенсибилизирующие препараты, местно — УФО и УВЧ. На 2—3-е сутки отмечалось обратное развитие признаков воспаления: уменьшались гиперемия и отек, размягчался и отграничивался инфильтрат.

Лечение 123 больных со злокачественными фурункулами и карбункулами лица осуществляли комплексно: гнойно-некротические очаги вскрывали в день госпитализации, парентерально в больших дозах применяли антибиотики широкого спектра действия. Вводили антистафилококковый гамма-глобулин и гиперимунную антистафилококковую плазму. Больным проводили интенсивную инфузионную и антикоагулянтную терапию, корригировали углеводный обмен у больных сахарным диабетом.

Несмотря на интенсивную терапию, 6 больных с наиболее злокачественным течением процесса умерли. Летальный исход у 4 больных был связан с поздней госпитализацией; причинами смерти были тромбоз восходящих вен лица и кавернозного синуса, сепсис, септическая пневмония, менингоэнцефалит. У 2 пациентов заболевание протекало на фоне тяжелой формы сахарного диабета. У 4 больных гнойно-некротические очаги располагались выше линии, соединяющей мочку уха с углом рта, у 1 — в лобной области, у 1 — на верхней губе; у 2 больных первичными очагами были фурункулы, у 4 — карбункулы. У всех больных высевался золотистый стафилококк.

Эффективность комплексной тактики лечения злокачественно протекавшего карбункула лица может быть показана на следующем примере.

III. 24 лет, доставлена в клинику хирургической стоматологии Республиканской клинической больницы Минздрава ТАССР из районной больницы 26.09.84 г. на 7-е сутки от начала заболевания по поводу карбункула верхней губы, осложнившегося тромбозом вен лица, сепсисом, токсическим нефритом и миокардитом. Состояние больной при госпитализации тяжелое, сознание ясное. Температура тела — 38,2°. Тоны сердца приглушены, пульс — 84 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД — 14,6/10,6 кПа. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, участвует в дыхании; печень и селезенка не пальпируются.

Местно: асимметрия лица за счет инфильтрата верхней губы и мягких тканей левой половины лица, частично левой подчелюстной области. Отек век левого глаза, глазная щель закрыта, отмечаются экзофтальм левого глаза и ограничение движения левого глазного яблока. Рот открывается свободно. На слизистой и красной кайме, частично на коже верхней губы имеются многочисленные изъязвления, участки некроза тканей, гнойно-некротические стержни. Кожа верхней губы напряжена, гиперемирована, над поверхностными венами лица кожа багрово-синюшного цвета, по ходу

вен пальпируются плотные тяжи. Уплотнение вен определяется также в подподбородочной области и в области шеи.

Анализ крови: эр.— $3,55 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб—1,95 ммоль/л, л.— $13,2 \cdot 10^9$ в 1 л, п.—7%, с.—69%, мон.—8%, лимф.—16%; СОЭ—60 мм/ч.

Анализ мочи: отн. пл.—1,013, белка и глюкозы не обнаружено, лейкоциты—13—14 в поле зрения, эпителий плоский—в большом количестве, эпителий почечный—3—4 в поле зрения.

ЭКГ: синусовая брадикардия, нарушение коронарного кровообращения переднеперегородочной области.

В день поступления больная была проконсультирована окулистом, невропатологом и нейрохирургом.

Ввиду невыраженности периферических вен и необходимости длительной инфузионной терапии в отделении реанимации под местной анестезией произведена катетеризация правой подключичной вены. Больной сразу же была назначена интенсивная инфузионная терапия; кефзол (по 1 г 6 раз в сутки), гентамицин (по 80 мг 3 раза в сутки), гепарин (по 5000 ЕД 6 раз в сутки), фибринолизин (по 20 000 ЕД 2 раза в сутки), гемодез (400 мл), раствор Рингера (200 мл) одновременно с контрикалом (20 000 ЕД 2 раза в сутки), протеин (200 мл), реополиглюкин (400 мл), 5% раствор глюкозы (400 мл) с 0,06% коргликоном (1 мл) и 6 ЕД инсулина, 10% раствор глюкозы (400 мл) с 5% витамином С (10 мл) и 12 ЕД инсулина, физиологический раствор (400 мл) с курантилом (4 мл), лазикс (20 мг).

27.09.84 г. состояние тяжелое, однако больная в сознании. Несколько уменьшилась отечность мягких тканей левой половины лица и век левого глаза. Появилось движение левого глазного яблока, исчезла диплопия левого глаза. Сохранялась инфильтрация губ. На слизистой, коже губ и левой щеки видно множество гнойничков. Больной дополнительно назначены антистафилококковая плазма (200 мл), 1% раствор альбумина (200 мл).

28.09.84 г. с целью снятия напряжения тканей верхней губы под наркозом произведены вертикальный разрез кожи по наружному краю верхней губы и горизонтальный разрез по границе красной каймы и кожи, тупо расслоены ткани. Со стороны слизистой губы произведена расслойка тканей в области разреза, выполненного ранее в районной больнице. В раны введены турунды с 5% хлорацетофосовой мазью, наложена повязка с гепариновой мазью. В последующие дни продолжалась интенсивная инфузионная терапия, делались перевязки.

08.10.84 г. больная переведена из реанимационного отделения в отделение челюстно-лицевой хирургии, общее состояние удовлетворительное, температура нормальная. Местно: экзофтальм исчез. Отек щеки и век резко уменьшился, верхняя губа остается инфильтрированной. Раны на верхней губе покрыты грануляциями, свободного отделяемого нет. Накладываются повязки с 5% хлорацетофосовой мазью.

15.10.84 г. общее состояние удовлетворительное. Верхняя губа инфильтрирована. Назначен электрофорез 3% раствора йодистого калия.

24.10.84 г. Общее состояние остается удовлетворительным, температура нормальная. Верхняя губа рубцовой уплотнена. Больная выписана на амбулаторное лечение с рекомендацией проводить массаж верхней губы и электрофорез лидазы.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение способствовали купированию воспалительного процесса мягких тканей лица, который мог бы принять угрожающий для жизни больной характер.

УДК 616.22—006.6—089.87

Н. А. Дайхес (Астрахань). Реабилитация больных, перенесших резекцию гортани по поводу рака

Т а б л и ц а 1

Показатели внешнего дыхания в покое у больных раком гортани до и после операции

Параметры	До операции	После операции
Минутный объем дыхания (% должного) . .	272±10,2	234±9,6
Коэффициент использования кислорода . .	17±3,8	19,4±5,2
Жизненная емкость легких (% должной) . .	83±14,1	89±18,4
Экспираторный тест Тиффно (% ЖЕЛ) . .	64±8,5	70,4±10,3
Максимальная вентиляция легких (% должной)	81±4,5	85±6,7
Остаточный объем (% общей емкости легких)	32±2,3	38±3,1

Велоэргометрическим методом исследованы основные параметры дыхания и кровообращения у 45 больных (средний возраст— 48 ± 8 лет), перенесших резекцию гортани по поводу рака I, II и III стадии в сроки от 6 мес до 6 лет после операции. 8 больным была сделана хордэктомия с резекцией черпаловидного хряща, 28—переднебоковая резекция гортани, 6—гемиларингэктомия и 3—горизонтальная резекция. После операции субъективных и внешних признаков затрудненного дыхания у больных не отмечено, аускультативно в легких дыхательные шумы были нормальными, хрипов не было.

При отсутствии на ЭКГ выраженных патологических изменений и нормальном АД больные

выполняли работу на велоэргометре. Нагрузку на велоэргометре начинали с 70 Вт/мин и каждую минуту увеличивали на 10 ватт, одновременно ежeminутно измеряли АД и снимали ЭКГ. Нагрузку прекращали при возникновении одышки, покраснении лица исследуемого, снижении заданного темпа педалирования, повышении АД до 21,3/13,3 кПа, появлении на ЭКГ горизонтального снижения интервала ST. Для сравнения использовали нормативные показатели, полученные у 50 здоровых лиц контрольной группы.

Результаты исследования представлены в табл. 1 и 2.

Т а б л и ц а 2

Показатели дыхания и кровообращения при велоэргометрии у больных раком гортани до и после операции

Параметры	До операции	После операции
Максимальная вентиляция, л/мин	34±10	47±6
Максимальное поглощение кислорода, мл/мин	1653±212	2242±171
Максимальная частота сердечных сокращений, уд./мин	122±21	143±19
Время восстановления частоты сердечных сокращений после нагрузки, мин	10,5±7,3	14,8±3,5
Минутный объем крови (сердечный выброс) в покое, л/мин	8,8±1,4	9±1,1
Минутный объем крови (сердечный выброс) на высоте нагрузки, л/мин	19,6±5,4	23,4±4,7
Систолическое артериальное давление в покое, мм рт. ст.	140±8,6	141,4±7,6
Диастолическое артериальное давление в покое, мм рт. ст.	92±4,7	94,3±5,3
Систолическое артериальное давление на высоте нагрузки, мм рт. ст.	201±12,6	194,3±15,3
Диастолическое артериальное давление на высоте нагрузки, мм рт. ст.	106±8,8	128,6±15,2
Время нормализации сегмента ST на ЭКГ после нагрузки, мин	6,0±0,5	4,5±0,5

Велоэргометрия, проведенная у лиц, перенесших резекции гортани по поводу рака, показала, что большинство больных обладают достаточными функциональными возможностями для продолжения труда по своей специальности. В этом плане велоэргометрия является весьма ценным нагрузочным тестом для диагностики и оценки кардиореспираторных возможностей пациентов после резекции гортани по поводу рака.

УДК 616.71+617.51—001.036.8—031.81

Е. В. Лушников, А. Н. Русаков, Ф. Ф. Хафизов, Р. Б. Айдаров (Брежнев). Опыт лечения больных со множественными и сочетанными повреждениями

В больнице скорой помощи г. Брежнева за 7 последних лет получили лечение 627 пострадавших (мужчин—73%, женщин—27%) со множественными и сочетанными повреждениями. В возрасте 21—40 лет было 53,3% человека, детей—17,3%. Открытые переломы составили 4,9%.

В соответствии с общепринятой классификацией больные были распределены на 4 группы: в 1-ю вошли лица (381) со множественными переломами, во 2-ю (104)—с переломами в сочетании с черепно-мозговой травмой, в 3-ю (71)—с переломами в сочетании с повреждениями органов грудной или брюшной полости, в 4-ю (71)—с переломами в сочетании с черепно-мозговой травмой и травмой органов брюшной и грудной полостей.

Первая помощь с 1978 по 1980 г. на месте происшествия была оказана 49% пострадавшим, с 1980 по 1985 г.—80%. Созданные специализированные отделения (реанимации, нейрохирургии, травматологии, хирургии) способствовали квалифицированному оказанию медицинской помощи пострадавшим в первые часы после травмы.

При поступлении в приемное отделение оцениваются общее состояние пострадавшего и тяжесть травмы (наличие шока и его степень, кровотечение—наружное или внутреннее, нарушение жизнеобеспечивающих функций организма, костей скелета и др.). В крайне тяжелом состоянии больные поступают непосредственно в приемную реанимационного отделения.

Необходимый комплекс лечебных мероприятий проводится в зависимости от степени шока, кровопотери и характера ведущего повреждения. С целью обезболивания места перелома вводится раствор новокаина в гематому между отломками; при обширной травме груди производится вагосимпатическая блокада, при переломах костей таза—блокада по Школьникову—Селиванову. Восполнение кровопотери осу-