

тибиотикам снижается (табл. 2). Так, устойчивость гноеродных микроорганизмов к пенициллину уменьшилась до 18—36%, к стрептомицину — до 21—44%, к левомицетину — до 12—26%, к тетрациклину — до 19—39%, к мономицину — до 9—20%, к эритромицину — до 6—13%. В контрольной группе больных (табл. 3) произошло дальнейшее увеличение антибиотикорезистентности возбудителей гнойной хирургической инфекции в процессе лечения. Некоторое снижение устойчивости микроорганизмов к антибиотикам резерва (мономицину, эритромицину) объясняется более редким применением их на практике. Уровень резистентности к пенициллину достиг 61—90%, к стрептомицину — 79—95%, к левомицетину — 51—88%, к тетрациклину — 63—89%.

Важно отметить, что после 5—7 сеансов местного воздействия кислородом под повышенным давлением посевы из ран становились стерильными. В контроле при прочих равных условиях не удавалось получить стерильных посевов.

Таким образом, наши данные подтверждают антимикробное действие гипероксии и гипербарии. Проведение местной гипербарической оксигенации по нашей методике дает такие же результаты, как и традиционный метод гипербарической оксигенации. Однако местное применение кислорода под давлением является гораздо менее опасным и технически несложно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрова Г. П., Седова В. В., Гусева В. М. В кн.: Организм в условиях длительной гипербарии. Л., 1977. — 2. Петровский Б. В., Ефун С. Н. Основы гипербарической оксигенации. М., Медицина, 1976. — 3. Bean I. W. In: Clinical Application of Hyperbaric Oxygen. Amsterdam, 1964. — 4. Grogan I. Arch. Surg., 1966, 92, 740. — 5. Irvin T. T., Norman I. N., Sumanagul A., Smith G. Brit. J. Surg., 1967, 54 (7). — 6. King I. W., Reynolds L. L. Amer. J. Clin. Path., 1967, 47 (3).

Поступила 26 июля 1980 г.

УДК 616.361+616.366]—089.12

НОВЫЙ ДОСТУП К ЖЕЛЧНОМУ ПУЗЫРЮ И ВНЕПЕЧЕНОЧНЫМ ЖЕЛЧНЫМ ПУТЯМ

Проф. М. З. Сигал, доц. Б. Л. Еляшевич, А. Д. Горячкин

Казанский ГИДУВ им. В. И. Ленина

Реферат. У 83 больных выполнена холецистэктомия из срединного доступа с применением стоечных ранорасширителей. Послеоперационная грыжа выявлена у 1 из них, или в 1,2%, тогда как в группе больных, которым холецистэктомия произведена из косых доступов, послеоперационная грыжа развилась в 9,1% — у 3 из 33 оперированных. Оптимальность доступа изучена измерением глубины раны до и после коррекции, с устранением помех (печени и правой реберной дуги). С целью устранения помех сконструирован универсальный стоечный расширитель для печени и желчного пузыря.

Ключевые слова: верхне-срединная лапаротомия, универсальный расширитель, оптимальность доступа.

2 иллюстрации. Библиография: 11 названий.

Для операций на печени и внепеченочных желчных путях предложено более 60 разрезов передней брюшной стенки [11]. Рациональность операционного доступа определяется рядом свойств разрезов передней брюшной стенки: степенью травматичности, глубиной раны, выгодным углом операционного действия, углом направления оси операционного действия, отклонением окна операционного доступа от ортогональной проекции объекта (зона доступности), количеством послеоперационных осложнений и т. д. До настоящего времени мнения в отношении доступа к желчным путям разделяются в двух направлениях. Часть хирургов пропагандируют косые разрезы в правом подреберье [9], их противники указывают, что при косых разрезах пересекаются от 1 до 6 нервных стволов [4, 8].

А. Т. Лидский (1963) отмечает значительное количество послеоперационных грыж, возникающих в зоне косых разрезов. Сторонниками верхне-срединной лапаротомии при холецистите являются А. Н. Войков (1963), Б. А. Петров и Э. И. Гальперин (1971), А. Г. Земляной (1976), Д. И. Фазлетдинов (1976) и др. М. И. Шалаев (1977)

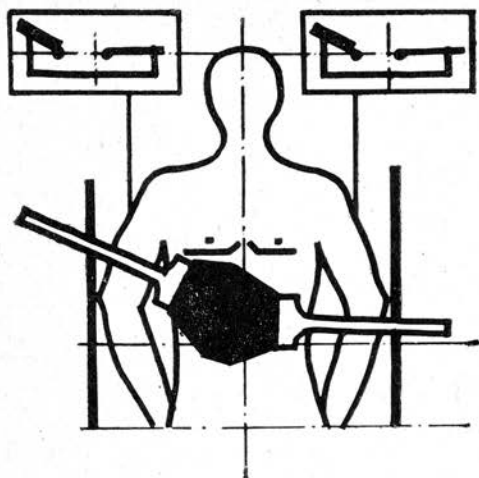


Рис. 1. Схема операционного доступа к желчному пузырю и печени.

то, что точкой фиксации аппарата являются не края раны, а операционный стол. Благодаря такой модификации удастся при срединной лапаротомии создать асимметричные операционные доступы к органам, расположенным латеральнее срединной линии живота (рис. 1).

С 1965 г. при операциях на печени и желчевыводящих путях мы применяем верхне-срединную лапаротомию с коррекцией доступа РСК-10 и их модификацию [2].

В 1969 г. нами для удобства доступа к желчным путям предложен универсальный расширитель (рис. 2). На верхнем конце стойки 1, крепящейся к операционному столу, смонтирован вал с храповым колесом и фиксатором 2. На валу укреплен металлическая мягкая лента, соединенная с лопастным крючком 3, к крючку крепится поперечная тяга 4, на которую фиксируется приставка для печени 5. С помощью съемной ручки крючок натягивают до необходимого размера раны и фиксируют до конца операции.

Оптимальные условия доступа изучены нами измерением глубины раны до и после коррекции РСК-10 у 30 больных (15 женщин и 15 мужчин), которым производили верхне-срединную лапаротомию. Измерения делали стерильной металлической линейкой. Полученные данные показали, что отношение разности средних расстояний до и после коррекции равно 3 ($P < 0,001$).

В клинике выполнено 415 оперативных вмешательств на желчном пузыре и протоках. Верхне-срединная лапаротомия осуществлена у 216 из них, что составило 52%. Отдаленные результаты изучены у 116 больных: у 46 анкетным способом и у 70 путем осмотра в поликлинике. Из 83 больных, которым оперативное вмешательство на желчном пузыре и протоках произведено из срединного доступа, послеоперационная грыжа выявлена у 1 (1,2%); из 33 больных, которым оперативное вмешательство выполнено другими доступами, послеоперационная грыжа обнаружена у 3 (9,1%).

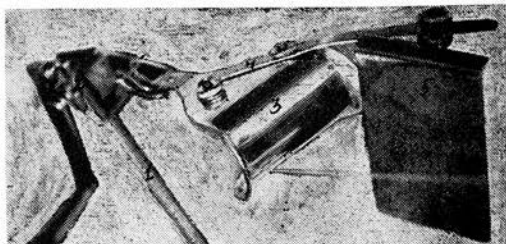


Рис. 2. Универсальный расширитель для желчного пузыря и протоков с приставкой для печени.

ВЫВОДЫ

1. Применение при верхне-срединной лапаротомии РСК-10 с приставками для печени и желчного пузыря создает оптимальные условия для оперативных вмешательств на желчном пузыре и протоках.

2. Качество оперативного доступа определяется не характером разреза мягких

тканей (они в условиях релаксации могут быть смещены в любом направлении); а возможностью устранения помех (печени и реберной дуги).

3. Применение РСК-10 с приставками для печени высвобождает одного ассистента для активных действий.

4. Достоинством разработанных приемов является их доступность к применению и широкому внедрению в хирургическую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков А. Н. В кн.: Вопросы клинической хирургии. Барнаул, 1963.
2. Еляшевич Б. Л., Биарасланов Р. Ф. В кн.: Труды Казанского ГИДУВа. Казань, 1969, т. 24.
3. Земляной А. П. Вестн. хир., 1976, 10.
4. Калиновская А. М. Оперативные доступы к желчным путям. Хирургия, 1948, 7.
5. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. М., Медицина, 1963.
6. Петров Б. А., Гальперин Э. И. Хирургия внепеченочных желчных протоков. М., Медицина, 1971.
7. Сигал М. З. Казанский мед. ж., 1961, 3.
8. Соколов А. М. Топографо-анатомическое и клиническое обоснование лапаротомных разрезов. Автореф. канд. дисс., Л., 1951.
9. Телков Н. А. Хирургия, 1967, 3.
10. Фазлетдинов Д. И. Аппаратная коррекция доступа к органам поддиафрагмальной зоны. Автореф. канд. дисс. Казань, 1976.
11. Шалаев М. И. Хирургия, 1977, 9.

Поступила 8 апреля 1980 г.

УДК 616.53—002.282—08

ОПЫТ АНТИПАРАЗИТАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Доц. Т. В. Анкудинова, М. Ф. Панфилова

Кафедра дерматовенерологии (зав.—проф. В. П. Сергеев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и кожно-венерологический диспансер Московского района г. Казани (главврач — И. И. Бикмурзина)

Реферат. При обследовании 60 больных красными угрями у всех был обнаружен клещ *Demodex folliculorum*. В результате антипаразитарного лечения бензил-бензоатом, препаратами серы, ихтиолом лучший терапевтический эффект и выздоровление достигнуты у больных с меньшим сроком заболевания и ограниченным характером поражения. Хронические, диффузные формы розацеа плохо поддавались такому лечению, что вызывало необходимость назначения индивидуальной комплексной терапии.

Ключевые слова: красные угри, демодекс, бензил-бензоат, серно-ихтиоловая взбалтываемая смесь.

Библиография: 11 названий.

В вопросах этиологии и патогенеза розацеа, или красных угрей, до настоящего времени нет ясности, что создает определенные трудности в лечении. Ряд авторов рассматривают розацеа как хронический ангионевроз [6, 11], другие связывают их с заболеваниями желудочно-кишечного тракта [2], эндокринными расстройствами [8]. Принято считать, что возникновению розацеа способствуют прием внутрь возбуждающих средств, особенно алкоголя, действие на кожу высокой и низкой температуры, солнечных лучей.

В развитии местных изменений кожи при красных угрях придают значение повышению концентрации свободных жирных кислот в каждом сале под воздействием различной флоры кожи, в том числе коринебактерий [9, 10]. Связь розацеа с клещевой инвазией подтверждается частым обнаружением в очагах поражения больных клеща *Demodex folliculorum* (железницы) и эффективностью антипаразитарного лечения [1—6].

Под нашим наблюдением находилось 60 больных розацеа (48 женщин и 12 мужчин в возрасте от 30 до 54 лет). Продолжительность заболевания составляла от нескольких месяцев до 15 лет. Сопутствующие заболевания органов желудочно-кишечного тракта (гастрит, холецистит) имелись у 7 больных, заболевания нервно-эндокринной системы — у 4. Двое больных страдали хроническим бронхитом. У всех обследованных был найден клещ *Demodex folliculorum*.

Клиническая картина розацеа у больных с продолжительностью заболевания от нескольких месяцев до 1 года (20 из 60) была представлена изолированными папулезными, пустулезными элементами и отдельными очагами стойкой эритемы, теле-