

Послеоперационный диагноз: острый гангренозный аппендицит.

Послеоперационный период осложнился нагноением раны.

27.06.1977 г. больного в удовлетворительном состоянии выписали на амбулаторное лечение. Результаты патологогистологического исследования: острый флегмонозно-язвенный аппендицит, периаппендицит.

Пациент осмотрен через 2 года после второй аппендектомии. Жалуются на незначительные боли в животе после физической нагрузки.

УДК 616.61—002.151—02:616.345—008.87—07

**М. Ю. Гераськин, Р. Я. Горфинкель, Л. В. Иванова, Л. В. Чернявская (Саратов). Состояние микрофлоры толстой кишки у лиц, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом**

У лиц, перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом (ГЛПС), длительное время сохраняются деструктивные и функциональные нарушения канальцевого аппарата почек, которые могут создавать предпосылки для присоединения вторичной инфекции и развития пиелонефрита. Отдельно авторы считают кишечную микрофлору одним из возможных источников инфицирования почек, что подтверждается частым обнаружением бактериурии при дисбактериозе кишечника и наличием дисбактериоза у больных пиелонефритом.

Цель работы — изучение анаэробной и аэробной микрофлоры содержимого толстой кишки у лиц, перенесших ГЛПС. Исследование проводили перед выпиской из стационара, через 3 мес, 6—12 мес и через 2 года после перенесенного заболевания.

Обследовано 125 реконвалесцентов ГЛПС в возрасте от 16 до 50 лет без сопутствующих и перенесенных в прошлом заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, а также не принимавших в течение 3 мес до исследования антибактериальных препаратов.

Перед выпиской из стационара у 92% реконвалесцентов выявлен дисбактериоз, в подавляющем большинстве случаев как анаэробный (у 14,8%), так и аэробный (у 21,4%). Изменения в анаэробной флоре характеризовались уменьшением вплоть до исчезновения основных ее представителей: бифидобактерий — в 27,3% случаев, бактероидов — в 12,6% и лактобактерий — в 6,3%. На этом фоне отмечалась пролиферация анаэробов, не являющихся обязательными компонентами нормальной формы: грамположительных анаэробных кокков — в 42% случаев и грамотрицательных — в 14,7%. У 18,9% больных с дисбактериозами количество клостридий резко превышало нормальное их содержание в кале и у отдельных больных достигало десятков миллионов микробных тел в 1 г кала.

При идентификации грамотрицательных анаэробных аспорогенных палочек были выделены представители родов *Bacteroides* и *Fusobacterium*, типичные для нормальной микрофлоры толстой кишки (*B. fragilis*, *B. vulgatus*, *B. thetaiotaomicron*, *B. distasonis*, *B. eggerti*, *B. uniformis*, *F. tortiferum*, *F. varium*). Следует особо подчеркнуть, что помимо этих видов более чем у 70% лиц были выделены *B. ovatus*, *F. necrophorum*, *F. nucleatum* — виды, нетипичные для нормальной микрофлоры толстой кишки. Как правило, у этих больных отмечались и другие нарушения анаэробной микрофлоры.

Изменения в аэробной микрофлоре более чем у половины обследованных были связаны с про-

лиферацией кокковой флоры. В подавляющем большинстве (25,5%) это были грамположительные диплококки, обладающие гемолизирующими свойствами. В единичных случаях присутствовали стафилококки и грамотрицательные диплококки. У 47% лиц с дисбактериозами помимо пролиферации кокковой флоры отмечены нарушения со стороны представителей семейства кишечных бактерий, причем в 25% случаев кишечная палочка приобретала гемолизирующие свойства. У ряда больных (10%) была снижена ферментативная активность кишечных палочек, и их общее количество не достигало нормы (12%). Проплиферация дрожжевых и дрожжеподобных грибов рода *Candida* имела место у 23,1% больных.

Через 3 мес после перенесенного заболевания намечалась тенденция к снижению частоты случаев дисбактериозов (71%), причем изменения в аэробной и анаэробной микрофлоре, а также частота сочетанных нарушений существенно не отличались от показателей, полученных в предыдущем периоде.

Характер нарушений в анаэробной флоре сохранялся.

Через 6—12 мес после перенесенного заболевания произошло дальнейшее уменьшение числа лиц с выявленным дисбактериозом (56%) по сравнению с результатами в остром периоде. Отмечено существенное улучшение в состоянии анаэробной флоры: у всех реконвалесцентов количество бифидобактерий, лактобактерий и бактероидов было в норме.

Вовлечение анаэробной и аэробной флоры в процесс дисбактериоза в процентном отношении существенно не отличалось от данных предыдущих периодов. Проплиферации дрожжевых и дрожжеподобных грибов не найдено ни у одного обследованного.

Через 2 года после перенесенной ГЛПС число лиц с обнаруженным дисбактериозом еще более уменьшилось, однако у 42% обследованных продолжали выявлять дисбактериозы.

Дисбактериозы, в которые была вовлечена только аэробная микрофлора, составили перед выпиской из стационара 21,4%, через 3 мес — 20%, через 6—12 мес — 44%, через 2 года — 56% от общего количества установленных дисбактериозов.

Дальнейшая нормализация анаэробной флоры выражалась в существенном снижении пролиферации грамположительных анаэробных кокков с 42% перед выпиской из стационара до 12% через 2 года, клостридий — соответственно с 18,9 до 5%. Количество бифидобактерий, лактобактерий и бактероидов оставалось в пределах нормы у всех лиц с дисбактериозами. Таким образом, число лиц, у которых была нарушена анаэробная флора, составило только 18,4% от числа всех обследованных в этом периоде.

Со стороны аэробной микрофлоры отмечалось ухудшение. Увеличилось число лиц, у которых в процессе дисбактериоза было вовлечено семейство кишечных бактерий (78%), причем частота выявления гемолизирующих кишечных палочек в основном оставалась на прежнем уровне (30%) и возрастало количество кишечных палочек, замедленно ферментирующих лактозу (54%). Вновь имела место пролиферация грамположительных и грамотрицательных кокков (у 60%), а также гемолизирующих кокков (у 42%).

К 2 годам после перенесенной ГЛПС у ряда обследованных (26,3%) сформировался хронический пиелонефрит. Отмеченные выше ухудшения состава микрофлоры были в основном

у больных этой группы. Так, дисбактериоз у них выявлялся существенно чаще (80%), чем у обследованных без пиелонефрита (32,6%), и характеризовался в основном нарушениями со стороны аэробной микрофлоры. Достоверно чаще в процесс дисбактериоза вовлекалось семейство кишечных бактерий (70% против 22%); чаще обнаруживались кишечные палочки, замедленно ферментирующие лактозу (60% и 11%), пролиферация грамположительных и грамотрицательных кокков (50% и 18%) и гемолизирующих кокков (50% и 11%).

Достоверной разницы в частоте и характере дисбактериозов у лиц, перенесших среднетяжелую и тяжелую формы ГЛПС, не выявлено.

Таким образом, при изучении микрофлоры толстой кишки почти у всех больных ГЛПС (92%) перед выпиской из стационара был диагностирован дисбактериоз. Восстановление микробного пейзажа происходит длительно, и к 2 годам после перенесенного заболевания дисбактериозы сохраняются в основном у лиц со сформировавшимся хроническим пиелонефритом.

УДК 616.382—003.4—053.2—089.8

**Р. М. Мухаметзянов, В. Д. Никифоров, О. Н. Иванов** (Лениногорск, ТССР). **Киста большого сальника у ребенка**

Диагностика кист сальника представляет значительные трудности. Обнаруживают их случайно на операционном столе или при секции. Возможность развития тяжелых осложнений при данной патологии диктует активную хирургическую тактику независимо от возраста ребенка.

В доступной нам литературе мы не нашли описания такого наблюдения, когда бы киста большого сальника была опущена в мошонку,

поэтому приводим клинический пример из нашей практики, который представляет определенный интерес.

М., 1 год 2 мес. поступил в детское хирургическое отделение 19.06.1990 г. на плановое оперативное лечение по поводу грыжевого выпячивания больших размеров в правой пахово-мошоночной области. Болен с 6-месячного возраста.

20.06.1990 г. были произведены грыжесечение справа по Ру-Краснобаеву, лапаротомия, иссечение кисты большого сальника. При вскрытии грыжевого мешка была обнаружена киста больших размеров, что потребовало ревизии брюшной полости.

Срединным разрезом выполнена лапаротомия. Выделена многокамерная киста из 3 отделов размерами 10×8, 9×12, 9×6 см с тонкой прозрачной стенкой, заполненная бесцветной жидкостью. Она была соединена единым основанием (тяжем шириной 6 см с большим сальником поперечной ободочной кишки). Данный участок сальника перевязали по частям и иссекли.

Патологистологический диагноз: в препарате жировая ткань со множеством сосудов, причем артерии и вены расположены рядом, в их просвете имеются эритроциты. В жировой ткани полость без содержимого. Ее стенка состоит из рыхлых соединительнотканых волокон, расположенных контактно по периферии кисты, местами видны кровоизлияния с четкими контурами эритроцитов.

Диагноз: гладкостенная киста с участками периферических кровоизлияний.

Послеоперационное течение было гладким. Выписан домой на 14-е сутки. Осмотрен через 3 месяца — здоров.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 637.51:614.8

### ПРИЧИНЫ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМ В МЯСНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

*И. А. Нуштаев, Т. Л. Нуштаева*

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.—проф. Л. Г. Горчаков)  
Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института*

Один из главных путей интенсификации производства и переработки мяса — повышение производительности труда на основе снижения уровня заболеваемости и производственного травматизма работников мясокомбинатов.

Нами был изучен производственный травматизм у работников 16 мясокомбинатов Саратовской области по данным отчетов и актам расследования несчастных случаев на производстве формы Н-1. В 19181—1989 гг. произошло 668 несчастных случаев, связанных с работой на предприятиях.

В табл. 1 приведены основные показатели по производственному травматизму в изучаемых подразделениях.

Как видно из табл. 1, уровень производственного травматизма и тяжесть повреждений не имеют тенденции к снижению. Вопрос о причинах травматизма относится к числу первостепенных, в значительной степени определяет организационные формы его профилактики и их целенаправленность. Все многообразие причин производственного травматизма можно объединить в четыре группы: технические, санитарно-гигиенические, организационные и личные.