

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 (Ленингорск, 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.