Ликвор для лечения брали у больных люмбальной пункцией в количестве 25—30 мл, разливали в аспирических условиях в ампулы 2 мл в каждую и выдерживали в термостате при 37° в течение 3 сут, перед введением аутоликвор пастеризовали. Выпивали вводили внутривенно в 10 мл физиологического раствора, струйно, каждые 3 дня. Курс — 12—15 инъекций.
У 39 пациентов изучено содержание иммуноглобулинов А, М и G в сыворотке крови у больных, активность нейтрофилов в спонтанном и стимулированном НСТ-тесте, а также миграционные свойства макро- и микрофагов в тесте «ожиженное окно». Периодические показатели определялись до и после курса терапии. Контролем служили данные 39 здоровых лиц того же возраста.
Взятие значительного количества ликвора большинство больных переносили без осложнений. Однако у 5 пациентов в первые 5—6 дней возникли головные боли в вертикальном положении, у 3 из них боль сопровождалась рвотой. Головокружение несомненного характера отмечено у 18 пациентов, причем у 2 из них оно сохранялось в течение всего периода пребывания в стационаре. У всех больных с осложнениями зарегистрированы низкие цифры АД. Длительность наблюдения составляла от 6 до 2,5 лет.
Анализ результатов терапии в зависимости от фаз заболевания показал ее большую эффективность в фазе обострения. У больных с благоприятным течением расстроенного склероза аутоликворотерапия оказывалась более эффективной. Наиболее заметный результат получен у больных в I стадии заболевания: клиничный эффект наблюдался у всех больных, причем у половины из них отмечено значительное улучшение. Достигнутый регресс неврологических симптомов сохраняется у них до настоящего времени.
Во 2-й стадии заболевания у трети пациентов клиническая картина оставалась без изменений, значительное улучшение достигнуто у 9% больных. У 15 пациентов из 36 ремиссия продолжается. И, наконец, в 2-й стадии заболевания констатировано лишь умеренное и незначительное улучшение.
Аутоликворотерапия оказывала различное влияние на миграционные свойства нейтрофилов и макрофагов в фазе обострения и ремиссии. До лечения у больных в стадии обострения через 6 часов в «ожиженное окно» мигрировало 83,6±3,2% нейтрофилов и 12,4±2,5% моноцитов; при норме — соответственно 79,0±2,5% и 20,6±2,4% (P<0,05). В ремиссии эти показатели не отличались от нормы. Через 24 ч определялись продоль нейтрофильной реакции, наиболее существенное при ремиссии. В период обострения наблюдается значительный разброс показателей. Как при обострении, так и при ремиссии число моноцитов, мигрировавших в «ожиженное окно», было относительно сниженным (42,5±7,1% и 33,9±6,8% при норме 60,5±3,9% P<0,01).
После лечения у больных с обострением в тесте «ожиженное окно» через 6 ч выявлено снижение числа нейтрофилов до 61,4±7,4% (P<0,05). Миграционные свойства через 24 ч не отличались от таковых в норме. В то же время лечение больных в фазе ремиссии не сопровождалось существенными изменениями показателей.
Уровень иммуноглобуляна M, незначительно повышенный в период обострения, после проведенной аутоликворотерапии достоверно снижался.
Таким образом, аутоликвор при рассеянном склерозе обладает терапевтическим действием. Наиболее рационально применение аутоликворотерапии в I и II стадиях заболевания в фазе обострения. Приведенные нами некоторые иммунологические показатели поддерживают большую эффективность лечения в фазе обострения и позволяют высказать предположение об иммуномодулирующем влиянии ликвора на организм больного.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616—06—06:616.981.25—022.1—032
РОЛЬ ИНФУЗИОННОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
В. Е. Григорьев, А. Г. Хисамутдинов, Л. А. Генчиков, Р. У. Мухамедова, В. В. Федоров, Р. Ш. Шаймарданов, Ф. А. Минигалев, М. Ф. Игантьев
Кафедра эпидемиологии (зав. — проф. А. Г. Хисамутдинов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, лаборатория внутрибольничных инфекций (зав. — доктор мед. наук Л. А. Генчиков) Научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии имени Н. Ф. Гамалеи АМН СССР, Казанский горздравотдел (зав. — канд. мед. наук Ш. С. Каратай), Республикаанская санэпидстанция (главврач — В. В. Морозов) МЗ Татарской АССР

В современных условиях проблема гнойно-воспалительных заболеваний, вызываемых стафилококками, является одной из актуальных в медицинской науке и
практике здравоохранения в связи с их широким распространением в лечебно-профилактических учреждениях любого профиля [2—4].

В последние годы органами здравоохранения большое внимание уделялось борьбе с гнойно-воспалительными заболеваниями стафилококковой этиологии в родовспомогательных учреждениях. Однако проблема внутрибольничных стафилококковых инфекций остается актуальной и для стационаров хирургического профиля, где до настоящего времени недостаточно изучены динамика заболеваемости, эпидемиологические особенности, не разработан целенаправленный комплекс профилактических мер. Высокая частота гнойной патологии сочетается с увеличенной детальностью, велико также количество послеоперационных нагноений (включая и сепсис) с более или менее тяжелым течением.

Значительному распространению гнойно-воспалительных заболеваний среди хирургических больных в настоящее время способствует длительное и более частое бактериальное загрязнение раны за счет внедрения в практику сложных оперативных вмешательств. Рост гнойной патологии обусловливается нарастающим количеством всевозможных процедур и развитием постинъекционных нагноений [1, 5, 7]. Показано, что постинъекционные нагноения могут развиваться после парентерального введения любого препарата, формируя различные осложнения вплоть до сепсиса. Значительно возрастает и роль медицинских работников, страдающих различными формами гнойно-воспалительных заболеваний как источников возбудителя инфекции среди ослабленных больных в лечебно-профилактических учреждениях.

В связи с этим целью настоящего исследования было выявление характера распространения постинъекционных нагноений и их некоторых эпидемиологических особенностей.

Анализ структуры гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, выполненный по данным официальной поквартирной регистрации постинъекционных нагноений, введенной в хирургических стационарах и поликлиниках г. Казани с 1983 г., показал, что после инъекций у 57,7 человек из 100000 формируются различные постинъекционные нагноения (абсцессы, флегмоны, инфильтраты).

Показатель средней пораженности (неэффективности) позволяет констатировать, что в среднем в течение года в результате заболевания постинъекционными нагноениями один человек из 1000 не участвует в повседневной трудовой деятельности каждый 50-й день. Число больных с постинъекционными нагноениями, проходящих лечение в отделениях гнойной хирургии и поликлиниках, составляет 18,4% и 7,2% соответственно, а среди обратившихся за помощью в лечебно-профилактические учреждения — 9,2%.

Среди заболевших постинъекционными нагноениями, преобладают лица с абсцессами и флегмонами (62,9—80,3%), что свидетельствует о поздней диагностике и несовременном обращении больных за помощью. Кроме того, нами было установлено, что женщины с постинъекционными нагноениями больше (68,1%), чем мужчины (31,1%), причем эти осложнения чаще всего возникают у лиц 40 лет и старше (76,6%), из которых группу риска составляют больные 50 лет и старше (61,7%). У больных постинъекционные нагноения формируются преимущественно после внутримышечного введения серонокской магнезии, анальгина, кордиамина, инсулина, витамина В1, напаверина, камфоры, баралгина и др., особенно после введения серонокской магнезии и анальгина (57,5%), что характерно и для других территорий страны [5]. В 66% случаев постинъекционные нагноения развиваются у больных после введения того или иного препарата работниками службы скорой помощи и поликлиник. Таким образом, основными причинами, способствующими формированию постинъекционных нагноений, являются нарушение режима обработки и стерилизации медицинского инструментария, правиль асептики во время проведения инъекции, техники введения препарата.

На основании изложенного выше можно сделать следующие заключения: 1) значительная частота постинъекционных нагноений прямо пропорциональна эпидемиологической значимости инъекционного пути в распространении гнойно-воспалительных заболеваний, 2) больных с постинъекционными нагноениями необходимо считать тестовой группой, по которой можно судить о благополучии или неблагополучии по гнойно-воспалительным заболеваниям в лечебно-профилактических учреждениях различного профиля, 3) введение ежедневной централизованной регистрации каждого случая постинъекционного нагноения позволит своевременно выявлять лечебные учреждения с повышенным уровнем заболеваемости, анализировать и устранять причины, поддерживающие заболеваемость. Учет постинъекционных нагноений можно вести по предлагаемой нами форме:
Мы полагаем, что организация ежедневного учета и регистрации постинъекционных нагноений, а также проведение углубленного эпидемиологического анализа причин каждого случая заболевания позволяет снизить частоту этой патологии.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Акатов А. К., Зуева В. С. Стафилококки. М., Медицина, 1983.—
2. Белокуро В. Ю., Граменицкий А. Б., Молодкин В. М. Сепсис. М., Медицина, 1983.—
3. Беляков В. Д., Колесов А. П., Стронгум П. Б., Немченко Б. И. Госпитальная инфекция. Л., 1976.—
4. Лошонцы Д. Внутрибольничные инфекции. М., 1978.—
5. Покровский В. И., Генчиков Л. А., Гагаев Г. Г. Тер. арх., 1983.—
6. Прозоровский В. И., Генчиков Л. А. ЖМЭИ, 1984.—

Поступила 18 декабря 1984 г.

**РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

**УДК 616.711—001—089.8**

**ОБ УСТОЙЧИВОЙ ФИКСАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА**

**З. А. Зарипов**

Зеленодольская ЦРБ (главврач — И. Г. Мухаметшина), ТАССР

Лица с переломами позвоночника составляют лишь 3—6% от числа стационарных больных, однако именно они в 15—27% случаев становятся инвалидами, а иногда подобная травма является и причиной их смерти [1, 3, 6]. Наиболее инвалидность и летальность наблюдаются при переломах позвоночника, осложненных повреждением спинного мозга и его элементов [3, 4, 6, 7].

За 1976—1983 гг. в Зеленодольской ЦРБ были лечены 244 больных с переломами позвоночника, из них у 42 (17,2%) переломы были осложнены повреждением спинного мозга и его элементов.

Осложненные переломы позвоночника, как правило, бывают нестабильными, склонными к повторным смещениям отломков, поэтому восстановление функции спинного мозга и его элементов при таких повреждениях зависит во многом от качества хирургической обработки и стабилизации поврежденного сегмента позвоночника.

Предложено немало гигиенических способов фиксации тел и дужек позвонков. Их схематично можно разделить на 3 группы: 1) передний спондилодез (корпородез) и передняя фиксация позвоночника; 2) задний спондилодез и задняя фиксация позвоночников; 3) разновидность заднего спондилодеза — задний межтеповой спондилодез.

До 1975 г. при осложненных переломах грудного и поясничного отделов позвоночника наши применялись пластинка ЦИТО и другие фиксаторы [2]. В дальнейшем, убедившись в ненадежности известных методов фиксации позвоночника, мы создали собственное устройство (авторское свидетельство № 825042), а также разработали способ фиксации тел позвонков за остистые отростки, осуществляемый дорзальным доступом. Устройство состоит из двух частей, соединенных между собой таким образом, что их можно перемещать и фиксировать одну относительно другой. Пластинки имеют на своих концах крючки для наложения на остистые отростки и винты, расположенные перпендикулярно к ее продольной оси (рис. 1, 2).

Устройство снабжено также промежуточными крючками. Если предлагаемое нами устройство для фиксации позвоночника или конструкции других авторов невозможно или нецелесообразно применить, для обеспечения неподвижности поврежденного сегмента позвоночника и спинного мозга осуществляя фиксацию позвонков одним или двумя костными или металлическими штифтами, которые вводим в тела двух смежных неустойчивых позвонков через межпозвоночный диск навстречу друг другу под углом не более 90°. Эти костные или металлические штифты проводим в туннели в телях позвонков, предварительно созданные шилами, введенными в направлении от нижнего края основания поперечного отростка нижележащего позвонка вперед и вверх.