

проходимость» была направлена в ЦРБ. При поступлении состояние больной тяжелое, температура тела 38,4° С, одышка в покое, кожные покровы, видимые слизистые бледные. Пульс 96 уд./мин., ритмичный, АД — 80/40 мм.рт.ст., тоны сердца звучные, ритмичные. В легких — дыхание жест. Живот резко болезненный при пальпации во всех отделах, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Анализ крови: ПВ — 126 г/л; Эр — $2,4 \cdot 10^{12}/л$; СОЭ — 60 мм/2; л — $7,8 \cdot 10^9/л$; п. 8, с. 80, лимф. 12.

Общий билирубин крови — 2,3 мкмоль/л.ч., АЛТ — 0,58 ммоль/л.г. Мочевина — 8,0 ммоль/л; АСТ — 0,39 ммоль/л.ч., АЛТ — 0,58 ммоль/л.ч. Результаты инструментальных исследований: УЗИ — почки в типичном месте, размерами 107 г 50 мм, лоханки с обеих сторон расширены до 6 см, стенки уплотнены. Петли кишечника расширены, пневматизированы. Обзорная К-графия органов брюшной полости: пневматизированные петли кишечника. ЖГ: синусовая тахикардия, очагово-рубцовые изменения на задней стенке левого желудочка. Было принято решение оперировать больную в экстренном порядке после проведения предоперационной подготовки — инфузионной, детоксикационной, кардиотропной и антибактериальной терапии. 01.12.06 выполнена срединная лапаротомия. При ревизии: в брюшной полости — большое количество жидкого гноя, раздутые петли кишечника. Патологических изменений со стороны органов брюшной полости не обнаружено. В проекции левой почки из забрюшинного пространства открывается свищ с обильным гнойным отделяемым в брюшную полость. При ревизии свища пальцем определяется крупный конкремент. Края свища надсечены, конкремент извлечен и выполняет форму лоханки и чашечки. При дальнейшей ревизии почки удален еще один крупный конкремент.

Учитывая тяжесть состояния больной, произведена нефростомия, дренирование забрюшинного пространства слева, после санации — дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии через 17 дней после операции. В дальнейшем больная направлена на обследование и лечение в урологическое отделение ОКБ.

Таким образом, несвоевременное обследование и лечение мочекаменной болезни может привести к такому редкому и тяжелому осложнению, как разлитой гнойный перитонит.

А.В. Калининченко, Е.Г. Григорьев, М.В. Садах, В.И. Капорский, С.А. Верещагина, В.Д. Тютрина

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБНОГО ПЕЙЗАЖА И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

**НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)
ГУЗ Областная клиническая больница (г. Иркутск)**

Исследование проведено на базе отделения гнойной хирургии и бактериологической лаборатории Иркутской областной клинической больницы (гл. врач — к.м.н. П.Е. Дудин). Изучены результаты заборов различных биологических сред от 258 больных, находившихся на лечении в отделении за период с 2004 по 2006 гг. Все больные были разделены на 3 группы: пациенты с гнойно-воспалительными заболеваниями органов груди — 112 (43,4 %), больные с нагноительными процессами органов живота — 59 (22,9 %), больные с обширными гнойно-некротическими поражениями мягких тканей — 87 (33,7 %) человек.

При заболеваниях органов груди, осложненных нагноительными процессами, на протяжении последних лет наиболее часто встречаются грам-положительные микроорганизмы: представители рода *Streptococcus* (*Str. pneumoniae*, *Str. pyogenes*) — рост выявлен в 20,1 % всех наблюдений; при развитии острой бактериальной деструкции легких значимым является присоединение как бактерий рода *Staphylococcus* (*Staph. aureus* идентифицирован в 5,1 % наблюдений), так и возбудителей из группы грам-отрицательных патогенных микроорганизмов (*Ps. aeruginosae* — в 12,8 %, *E. coli* — в 5,7 %). В 72 % наблюдались различные аэробно-анаэробные ассоциации патогенных микроорганизмов.

При исследовании бактериального спектра во второй группе пациентов выявлено, что ведущая роль в развитии гнойных осложнений при патологии органов живота принадлежит грам-отрицательным микробам. В частности, лидирующие позиции занимают *E. coli* (19,4 %) и *Ps. aeruginosae* (14,2 %), причем отмечена тенденция к увеличению удельного веса *E. coli* с 10,6 % в 2004 г. до 29,6 % в 2006 г. Достаточно высоким остается процент встречаемости полирезистентных госпитальных штаммов рода *Enterococcus* (7,1 %) и *Acinetobacter baumannii* (4,8 %). У данной группы пациентов микст-инфекция отмечена в 92 % случаев.

У пациентов, страдающих обширными поражениями мягких тканей различной локализации, самым частым возбудителем является *Staph. aureus* (21,4 %). Также отмечена тенденция к увеличению частоты встречаемости госпитальных штаммов *E. coli* (с 7,7 % в 2004 г. до 14,4 % в 2006 г.). В то же время выявлено уменьшение содержания *Ps. aeruginosae* при положительных бактериологических исследо-

ваниях (с 23,1 % в 2004 г. до 10,2 % в 2006 г.). Ассоциации патогенных микроорганизмов наблюдались в 87 % случаев. Во всех исследуемых группах отмечен высокий процент встречаемости грибов рода *Candida* (8,9 % в 2004 г. и 10,9 % в 2006 г.). Это обусловлено широким применением антимикробных химиопрепаратов широкого спектра действия.

При исследовании антибиотикорезистентности выделенных штаммов микроорганизмов обращает на себя внимание высокий процент устойчивости госпитальной микрофлоры к «защищенным» пенициллинам. Так, в частности, увеличилась резистентность к амоксициллина/клавуланату с 59 % в 2004 г. до 75 % в 2006 г. Также считаем нецелесообразным применение цефалоспоринов II – III поколения по этой же причине (до 81 % выделенных штаммов нечувствительны к антибиотикам данной группы). Отмечена тенденция к росту резистентности и к цефалоспорином IV поколения (с 46 % в 2004 г. до 66 % в 2006 г.). Резистентность к амикацину наблюдалась в 48 % случаев. В то же время низкий процент резистентности выявлен нами в отношении антибиотиков группы карбапенемов (26 % при применении меропенема и 30 % – в случае имипенема), линкозамидов (36 % у пациентов, получавших клиндамицин), гликопептидов (100 % госпитальных штаммов чувствительны к ванкомицину).

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев у больных, находящихся на лечении в отделении гнойной хирургии в условиях многопрофильного стационара, госпитальная инфекция вызвана различными ассоциациями патогенных полирезистентных микроорганизмов. При назначении антибактериальной химиотерапии, наиболее рациональной является комбинация аминогликозидов III поколения и линкозамидов. Оправданным является применение карбапенемов в режиме монотерапии, либо комбинации с антианаэробными препаратами. Считаем обязательным элементом лечебного протокола у данной группы больных назначение противогрибковых химиопрепаратов.

Н.И. Капорская, Н.М. Мазуренко, Н.В. Алексеева

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

**МУЗ «Центральная районная больница» (г. Братск)
ГОУ ДПО ИГИУВ (г. Иркутск)**

Озонотерапия является лечебным методом, находящим в последние годы все более широкое применение в клинической практике. Одним из перспективных направлений озонотерапии является лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) опорно-двигательного аппарата. Дегенеративно-дистрофические заболевания встречаются очень часто, иногда начинаются в возрасте 20 лет, а к 30 – 40 годам ими уже страдает около трети населения.

Необходимо отметить, что ДДЗ опорно-двигательного аппарата полиэтилогичны и относительно монопатогенетичны. Нарушение метаболизма тканей сустава и структуры покровного хряща в результате потери протеогликанов, функциональная недостаточность хондроцитов, подтвержденная изменением состава аминокислот, нарушение окислительно-восстановительных процессов и активизация протеолитических ферментов приводит к исчезновению покровного хряща. Нормализация обменных процессов в тканях суставов предотвращает дальнейшее разрушение хряща, а иногда способствует его реструктуризации.

Работами ряда авторов доказано, что озон оказывает выраженное бактерицидное, вируцидное, фунгицидное, дезинтоксикационное, иммуномоделирующее, а также стимулирующее репаративные процессы, действия (Перетягин С.П., 1991; Wolf M., 1977; Riling S., 1985; Viebahn R., 1985). Отмечен также выраженный противовоспалительный и обезболивающий эффект, обусловленный проникновением озона в область воспаления и окисления медиаторов, которые индуцируют боль.

В 2004 г. в кабинете озонотерапии нами пролечено 17 человек с деформирующими артрозами коленных и 3 человека с деформирующими артрозами тазобедренных суставов.

Всем больным по общепринятой методике проводилось внутривенное введение озонированного 0,9% раствора натрия хлорида с концентрацией озона в растворе 0,85 мг/л по 200 мл внутривенно через день на курс 5 – 8 капельниц. Кроме этого, больным проводилось периапартулярное введение озон-кислородной смеси по 10 – 20 мл при концентрации 3,5 мг/л.

Эффективность проведенной терапии оценивалась по следующим признакам:

- купирование болевого синдрома;
- увеличение объема активных и пассивных движений в пораженном суставе.

После первой периапартулярной инъекции, большинство больных отмечали исчезновение или значительное снижение болевого синдрома. Продолжительность безболевого периода составила в среднем 3 – 4 месяца.