

ральный отрезок девятого ребра и дренируем средостение. После установки дренажей ложе ребер ушивается. Дренажные трубки держим в средостении до полной санации гнойного очага.

При лечении медиастинита нами использован метод не прямой регионарной лимфотропной терапии. Ретроксифоидально у пациентов с диагностированным медиастинитом вводились антибактериальные препараты широкого спектра действия однократно в сутки в объеме разовой дозы. Лечение продолжалось 5–7 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отмечалось снижение температуры тела к концу третьих суток, уменьшение количества

экссудата по дренажным трубкам из средостения, у двух пациентов достигнута санация средостения к концу 18 суток, а у двух пациентов — к концу 22 суток. Средний срок дренирования у больных составил 20,4 дня. Средний срок пребывания на койке составил 66,6 дней. Из шести больных умерло два пациента, летальность составила 33,3 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использованный нами комплексный метод лечения разлитых флегмон шеи, осложненных медиастинитом, предложен как один из возможных при лечении гнойных процессов в средостении и является методом выбора.

Ю.М. Стойко, С.В. Коновалов, Г.И. Синенченко

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ РАННИХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ В ОБЛАСТИ КОЛОСТОМЫ

*Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова МЗ РФ (Москва)
Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург)
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург)*

Цель работы заключалась в изучении микрофлоры при ранних гнойно-воспалительных параколомических осложнениях.

Были изучены данные 104 бактериологических исследований отделяемого из полости параколомического гнойника у 52 больных с ранними осложнениями колостомы (после вскрытия гнойника и в процессе лечения): при поверхностном нагноении швов колостомы (30), параколомическом абсцессе (15) и параколомической флегмоне (7).

В результате получены следующие данные. Основными возбудителями инфекции у больных с ранними гнойно-воспалительными параколомическими осложнениями являлись энтеробактерии (71,1 %), при этом доминировала кишечная палочка. Микро- и стрептококки высевались в

19,9 % случаев. Реже всего в гнойном отделяемом присутствовали анаэробы — в 9,0 % случаев.

В первые сутки после вскрытия и санации параколомического гнойника доминировала грамотрицательная микрофлора: грамотрицательные палочки кишечной группы, в том числе, в ассоциации с непараобразующими анаэробами (пептококки, пептострептококки, бактероиды, фузобактерии). Через 5–7 дней после хирургической обработки гнойника в микробном пейзаже наблюдались изменения, характеризующиеся увеличением бактерий кишечной группы и появлением кокковой микрофлоры.

Антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности антибиотиков к выделенной микрофлоре параколомического гнойника.

И.И. Тетерин, Г.К. Жерлов, А.И. Маевский, А.В. Печкин

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНОЗНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Центральная медико-санитарная часть № 81 (Северск)
НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)*

Флегмонозно-некротическая форма рожистого воспаления до сих пор приводит к высокой ин-

валидации, снижению трудоспособности, длительному пребыванию пациентов в стационаре.