

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 непрямо́й 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 парако́лостомических осложнениях.

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

В результате получены следующие данные. Основными возбудителями инфекции у больных с ранними гнойно-воспалительными парако́лостомическими 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 парако́лостомического гнойника доминировала грамотрицательная микрофлора: грамотрицательные палочки кишечной группы, в том числе, в ассоциации с непоробразующими 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 парако́лостомического 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.

В отделении гнойной хирургии ЦМСЧ-81 с 1994 по 2004 гг. пролечено 69 больных с флегмонозно-некротической формой рожи, что составило 19 % от всех форм рожистого воспаления. Умерло 3 человека. Причиной летального исхода явились сопутствующие сердечно-легочные заболевания.

Нами использовалась тактика ранней радикальной некрэктомии в сочетании с консервативными мероприятиями (рациональная антибактериальная, инфузионно-детоксикационная, иммунокорригирующая терапия, коррекция белково-электролитных нарушений). На перевязках в первую фазу раневого процесса использовались раствор гипохлорита натрия (1200 мг/л), мази на водорастворимой основе, протеолитические ферменты и сорбенты. Во второй фазе выполнялись восстановительные операции. По такой методике пролечено 37 больных. Умерло 2 человека. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 42,3 койко-дня.

У всех больных отмечалось снижение общей и местной иммунореактивности организма с раз-

витием выраженной иммунодепрессии. С 1999 года нами применяется методика непрямого лимфотропного введения лейкинферона с антибиотиком. В первый межпальцевой промежуток на стопе или кисти пораженной конечности вводился лейкинферон 10 000 МЕ, антибиотик в разовой дозе, дексаметазон 4 мг на 5 мл 0,25% раствора новокаина, подогретого до 37°. Инъекции повторялись от 3 до 7 раз единожды в сутки. По данной методике пролечено 32 пациента. Замечено сокращение первой фазы раневого процесса на 3–5 дней, отсутствие гнойных осложнений после восстановительных операций. В этой группе пациентов средняя длительность пребывания в стационаре снизилась до 32,7 койко-дня.

Таким образом, не прямое лимфотропное введение лейкинферона с антибиотиком улучшает качество лечения больных с этой тяжелой патологией, сокращает сроки лечения в стационаре, предотвращает развитие гнойных осложнений после восстановительных операций.

**А.Н. Ткачев, И.В. Крочек, В.А. Привалов, И.Г. Хатунцев**

## **ЧРЕСКОЖНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА**

*Челябинская государственная медицинская академия (Челябинск)  
Городская клиническая больница № 1 (Челябинск)*

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) — довольно распространенное заболевание. Более чем в 5 % случаев население страдает копчиковым ходом. Его частота среди болезней прямой кишки составляет 14–20 %.

Основным методом лечения ЭКХ является хирургический, включающий иссечение эпителиального копчикового хода, с различными методами ведения раны в послеоперационном периоде: открытое ведение, частичное ушивание, подшивание краев раны ко дну и его модификации, глухое ушивание с различными модификациями швов, применение кожной пластики. Процесс заживления протекает длительно и, как правило, заканчивается образованием грубых рубцов.

В последнее время ведется поиск и разработка новых технологий с применением различных физических факторов, влияющих на воспалительные процессы в крестцово-копчиковой области. Известны способы обработки ран после иссечения эпителиального копчикового хода ультразвуком, СО<sub>2</sub>-лазером.

Недостатком данных способов является предварительное вскрытие мягких тканей, что существенно удлиняет сроки выздоровления.

**Целью** исследования явилась разработка эффективного способа лечения ЭКХ с применением

чрескожной лазерной термотерапии для предупреждения рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений и улучшения косметических результатов.

Нами анализированы результаты лечения 20 пациентов с ЭКХ в возрасте от 14 до 33 лет. Длительность заболевания эпителиальным копчиковым ходом составила от 3 месяцев до 14 лет. У двенадцати больных установлен диагноз ЭКХ в стадии хронического воспаления, у 8 — в стадии острого гнойного воспаления. Сроки наблюдения составили от 1 года до 3 лет. Для диагностики применяли клинические, ультразвуковые лабораторные, цитологические и морфологические методы исследования.

Использовался диодный лазер с длинной волны 970 нм в непрерывном режиме с доставкой лазерного излучения к очагу воспаления пункционно, через кварц-кварцевый световод. Мощность лазерного излучения варьировала в пределах 1,5–3 Вт. Длительность сеанса лазерной термотерапии колебалась от 1 до 5 мин. и зависела от размеров копчикового хода, характера свищей и наличия затеков. Лечение проводили под местной анестезией с визуальным и ультразвуковым контролем. Под ультразвуковым контролем через первичные отверстия или транскутанно осуще-