

L. U. NAZAROV, E. B. HAKOPIAN V., Kh. HOVANESSIAN, S. G. BAGHDASSARIAN
THE WAYS OF IMPROVEMENT OF THE PARAPROCTITIS TREATMENT

The modifications of the operations in case of acute and chronic paraproctitis are worked out, which improve the results and shorten the terms of stationary and ambulatory treatment.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аминов А. М. Руководство по проктологии, т. 3. Куйбышев, 1973.
2. Блинников Н. М. Автореф. дисс. докт. Куйбышев, 1972.
3. Бунатян А. А. Автореф. дисс. канд. М., 1959.
4. Давыдов Р. Э. Автореф. дисс. канд. М., 1967.
5. Дроздова В. Н. В кн.: Матер. IV конф. проктологов РСФСР. М., 1973, с. 48.
6. Карапетян Н. Ф. Автореф. дисс. канд. М., 1972.
7. Назаров Л. У. Свищи прямой кишки. М., 1966.
8. Пакалнс Л. К. Автореф. дисс. канд. Рига, 1966.
9. Рыжих А. Н. Атлас операций на прямой и толстой кишках. М., 1968.
10. Саламов К. Н., Дульцев Ю. В. Парaproктит. М., 1981.
11. Селиванов В. И. Хирургия, 1971, II, с. 65.
12. Burckhardt Th. Chirurg., 1953, 11, 512.
13. Krause H., Roschke W. Med. Welt., 1974, 25/9, 368.
14. Leaper D. J., Page R. F., Rosenberg L. L., Wilson D. H., Goltzger J. C. Dis. Colon a. Rectum, 1976, 19, 1, 46.
15. Mandache F., Chiracuta J. Editura Medicala, Bucuresti, 1957.
16. Parks A. G., Sits R. W. Dis. Colon a. Rectum, 1976, 19, 6, 487.
17. Wilson D. H. Brit. J. Surg., 1964, 51, 11, 823.

УДК 616—002.3

С. С. ОГАНЕСЯН, Н. А. ТАРВЕРДЯН

УЧАСТИЕ НЕКЛОСТРИДИАЛЬНОЙ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ
В ГНОЙНЫХ ПРОЦЕССАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Проведено бактериологическое исследование у больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей. Выявление с помощью анаэробных методик строгих и факультативных анаэробов, позволяющее проводить этиотропное лечение, открывает новые возможности для борьбы с гнойной хирургической инфекцией.

Широкое применение антибиотиков привело к существенным изменениям в этиологии хирургической инфекции. Грамположительная флора постепенно вытесняется грамотрицательной, несравненно возрастает значение так называемых условно-патогенных микроорганизмов и сапрофитов [4]. Важное место среди них занимают неклостридиальные, строгие, неспорообразующие анаэробы.

Применяемые методы микробиологического исследования не дают полной информации о составе микрофлоры в гнойных ранах, так как они более чем в половине случаев содержат строгие, неклостридиальные анаэробы в сочетании с аэробами, а в ряде случаев—анаэробы в чистом виде [1, 3].

Нами проведено бактериологическое исследование у 220 больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей, из них у 142 (64, 5%) выявлена неклостридиальная анаэробная микрофлора, причем в 6,8% случаев в чистом виде. Из 220 больных 82 поступили в клинику с первичными гнойными заболеваниями, у остальных (138) гнойные осложнения возникли после различных брюшнополостных операций. В динамике обследовано 82 человека. Материалом для изучения служило гнойное отделяемое ран. Посев производили на плотные и жидкие питательные среды, хранящиеся в анаэробных условиях. Для приготовления питательных сред использовалась «среда питательная для контроля стерильности, сухая» с добавлением гемина, лизированной крови, твина и других компонентов. Посевы помещались в микроанаэроостаты, заполнялись инертной газовой смесью с добавлением CO_2 , инкубировались не менее 48 часов при 37°C .

Результаты исследований (таблица) показали, что у подавляющего большинства больных выделены анаэробы в ассоциации с факультативными анаэробами или аэробами. У 15 больных выделены строгие анаэробы в чистом виде (6,3%). Всего выделено 452 штамма микроорганизмов, 259 из которых были строгими анаэробами, а 193—факультативными или аэробными микробами.

Наиболее часто облигатные анаэробы в чистом виде или в ассоциации с другими микроорганизмами обнаруживались после операций на толстой кишке (аппендэктомия, резекция толстой кишки) и при маститах. На наш взгляд, это объясняется тем, что анаэробные микробы являются сапрофитами толстой кишки и слизистой верхних дыхательных путей и при определенных условиях (наркоз, операционная травма, инфицирование операционного поля микрофлорой кишки, кормление грудных детей и т. д.) проявляют себя, способствуя учащению гнойных осложнений и их неблагоприятному течению.

Таблица

Результаты бактериологического исследования гнойных ран

Гнойный очаг	Выделенные микробы														
	анаэробы									аэробы					
	Bacteroides sp.	B. melaninogenicus	B. fragilis	B. oralis	Fusobacterium sp.	Peptostreptococcus	Peptococcus	Propionibacterium	Veillonella	E. coli	Staphylococcus	Streptococcus	Enterobacter/Klebsiella	Proteus	Candida
Внебольничные первичные гнойные заболевания	30	7	26	6	6	11	3	3	6	28	16	3	17	9	3
Нагноение раны после брюшнополостных операций	35	9	41	8	11	22	21	5	10	43	21	17	12	8	5

Основными признаками, позволяющими заподозрить наличие анаэробной инфекции, являются: крайне неприятный запах экссудата ран, глубокое расположение гнойников, обилие в них некротических тканей, наличие газа в тканях и выделениях.

Изучение видового состава анаэробов показало, что подавляющее большинство штаммов составили представители семейства *Bacteroides*.

Следует отметить увеличение числа случаев отрицательных посевов из гнойных ран. Так, по данным В. П. Петрова и соавт. [2], оно составило: в 1976—1978 гг. 17,8%, а в 1979—1981 гг. 25%. На наш взгляд, это объясняется не отсутствием бактерий в раневом отделяемом, а увеличением в гнойных процессах доли облигатных анаэробов, не выявляемых при помощи обычных бактериологических методик.

Лечение анаэробной инфекции должно носить общий и местный характер. Местное лечение должно быть направлено на удаление некротических тканей из очага и заканчиваться адекватным дренированием, которое должно быть постоянным и активным. Пассивный дренаж, тем более при анаэробной инфекции, является ошибочным, т. к. дренажная трубка быстро забивается некротическими тканями и гноем, не выполняет своей функции, а также способствует проникновению экзогенной инфекции. Важным звеном в лечении анаэробной инфекции является целенаправленная антибиотикотерапия. Однако назначение антибиотиков (особенно аминогликозидов) без учета наличия анаэробной инфекции имеет обратный эффект, проявляя тенденцию к неуклонному прогрессированию. Это связано с тем, что неклостридиальная анаэробная микрофлора, как правило, не чувствительна к аминогликозидам (канамицин, гентамицин, мономицин и др.), тогда как к метронидазолу, левомицетину, клиндамицину она проявляет высокую чувствительность.

На нашем материале во всех случаях обнаруживалась высокая чувствительность к метронидазолу и к левомицетину. Хорошие результаты получены при сочетанном использовании одного или двух вышеуказанных антибиотиков с метронидазолом.

Антибиотикотерапия должна проводиться при подозрении на наличие анаэробной инфекции до получения микробиологического ответа, после которого в лечение может быть внесена соответствующая коррекция. Общее лечение больных этой категории должно быть направлено на восстановление показателей гомеостаза.

Таким образом, хирургическое лечение анаэробной инфекции должно основываться на классических принципах гнойной хирургии, включая радикальную хирургическую санацию раны с удалением нежизнеспособных и некротических тканей, с использованием всех современных методов санации (промывание различными антисептиками, промывание пульсирующей струей, вакуумирование, обработка ультразвуком и другими методами физического воздействия) с последующим адекватным активным дренированием.

ՈՉ ԿԼՈՍՏՐԻԴԻԱԿԱՆ ԱՆԱԷՐՈԲ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ՄԱՍՆԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՓԱՓՈՒԿ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ՊՐՈՑԵՍՆԵՐԻ
ԱՌԱՋԱՑՄԱՆ ՄԵՋ

Փափուկ հյուսվածքների թարախային հյուսվածքներով 220 հիվանդների մոտ կատարվել են բակտերիոլոգիական քննություններ, որից 142 հիվանդների մոտ հայտնաբերված է ոչ կլոստրիդիալ միկրոբներ զուգակցված աչրոբների հետ:

Անաչրոբային մեթոդների օգնությամբ խիստ և ֆակուլտատիվ անաչրոբների հայտնաբերումը, որը թույլ է տալիս անցկացնելու էթիոտրոպ բուժում, բացում է նոր հեռանկարներ թարախային վիրաբուժական ինֆեկցիաների դեմ պայքարելու համար:

S. S. HOVANESEAN, N. A. TARVERDIAN

THE ANTICIPATION OF NONCLOSTRIDAL ANAEROBIC INFECTION
IN THE PURULENT PROCESSES OF THE SOFT TISSUES

The bacteriologic study of 220 patients with purulent inflammatory processes of the soft tissues has been carried out.

In 142 patients it has been revealed nonclostridal microflora pure or combined with anaerobes.

With the help of anaerobic methods there are revealed obligate and facultative anaerobes, which allow to conduct the etiologic treatment and to find out new ways of the control of purulent surgical inflammations.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кочеровец В. Н., Столбовой А. В. В кн.: Современная госпитальная инфекция Л., 1980, с. 70.
2. Петров В. П., Рыжова А. К., Железнова Е. П. Хирургия, 1983, 7, с. 11.
3. Столбовой А. В. Кочеровец В. Н. Хирургия, 1981, 5, с. 29.
4. Perment M. Acta chir. Belg., 1978, 77, 1, 29.

УДК 616.32—008.5

С. Е. ВОСКАНЯН, Х. А. АНАПИОСЯН, В. Г. ОГАНЕСЯН,
Э. А. ДЖАНГИРОВ, В. С. ВОСКАНЯН

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА
ЖЕЛЧИ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Изучены изменения некоторых биохимических показателей дуоденального содержания и желчи при механической желтухе.

Проведенные исследования свидетельствуют, что наряду с общеклиническими методами исследование биохимического состава желчи, особенно холатов, является более чувствительным тестом при оценке функционального состояния печени.

В настоящее время заболевания желчного пузыря и желчных путей составляют 40% [2, 4].