

5. Лебедев К. А., Понякина И. Д. // Физиол. чел.— 1991.— № 4.— С. 132 — 145.

6. Монастырский Р. Я., Белякова О. Н. // Пробл. туб.— 1987.— № 10.— С. 15 — 18.

7. Ребров А. П. Иммунокоррекция и иммунореабилитация.— Саратов, 1991.

8. Сибирная Р. И., Максимович К. А., Снитинская О. С. // Туберкулез.— М., 1990.— Вып. 22.

9. Худзик Д. Б., Морозова Т. И., Салина Т. Ю. Современные методы иммунотерапии при бронхолегочной патологии.— Л., 1990.

10. Чернушенко Е. Ф., Когосова Л. С. Иммунологические исследования в клинике.— Киев, 1978.

11. Ширинский В. С., Сенникова Ю. А. // Тер. арх.— 1993.— № 3.— С. 35 — 38.

Поступила 14.06.94.

УДК 616.27—002—039.71:616.713—089.85

МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ МЕДИАСТИНИТА ПОСЛЕ СРЕДИННОЙ СТЕРНОТОМИИ

В. Н. Медведев, И. А. Ибатуллин, И. В. Билалов

Кафедра хирургических болезней № 2 (зав.— проф. В. Н. Медведев)

Казанского медицинского университета,

кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав.— проф. И. А. Ибатуллин)

Казанского института усовершенствования врачей

Проблема гнойно-септических осложнений особенно остра в кардиохирургии. Так, при операциях на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения (ИК) частота этих осложнений варьирует от 0,8 до 25,4%. В силу ряда известных преимуществ срединная стернотомия является основным доступом к сердцу при вмешательствах с использованием ИК. Для профилактики медиастинаита после срединной стернотомии в раннем послеоперационном периоде широко применяют активную аспирацию раневого отделяемого из полости перикарда и переднего средостения, а также их промывание. Однако указанные выше приемы направлены главным образом на механическое удаление содержимого из-под грудины и не устраняют нарушений регионарной гемодинамики со вторичным ишемическим некрозом тканей в раневом канале. На наш взгляд, целесообразно обратить особое внимание на проведение многокомпонентных мероприятий, направленных на ликвидацию эндотоксикоза, тканевой гипоксии и метаболических расстройств.

EFFICACY OF IMMUNOCORRECTING THERAPY BY CYTOMEDINES IN INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS AND CHRONIC BRONCHITIS

L. B. Khudzik, T. I. Morozova, A. P. Rebrov

Summary

The results of immunocorrecting therapy by cytomedines in infiltrative pulmonary tuberculosis, chronic obstructive bronchitis and their combination are analysed. The high clinical efficacy of cytomedines in infiltrative tuberculosis is shown: in patients the terms of intoxication abolition, infiltration resolution of pulmonary tissue, decay cavities close decrease, the activity of antiinfectious protection simultaneously increases. In chronic obstructive bronchitis especially in combination with tuberculosis the efficacy of one course of the therapy by cytomedines is considerably lower, which is explained by more pronounced disorders of immune status of such patients.

Для профилактики послеоперационного медиастинаита нами разработан способ новокаиновой блокады основных парастернальных сосудисто-нервных пучков (приор. спр. № гос. рег. 93 051068 от 23.11.93), который реализуется следующим образом. После основного этапа операции, перед ушиванием грудины проводим двустороннюю футлярно-проводниковую блокаду сосудисто-нервного пучка, который включает в себя внутригрудную артерию с веной и лимфатическими сосудами, а также симпатические нервные стволы, образующие адвентициальные сплетения. Для этого изогнутой на конце длинной иглой во втором межреберье у края грудины с внутренней поверхности под внутригрудную фасцию вводим по 20 мл с каждой стороны 0,5% раствора новокаина, детям — 10—15 мл (рис. 1). Пальпаторно определяем новокаиновый инфильтрат сосудисто-нервного пучка с проникновением введенного вещества по ходу сосудов сверху вниз.

В ближайшие 2—3 дня ежедневно проводим новокаиновую блокаду, техника которой отличается от интраопе-

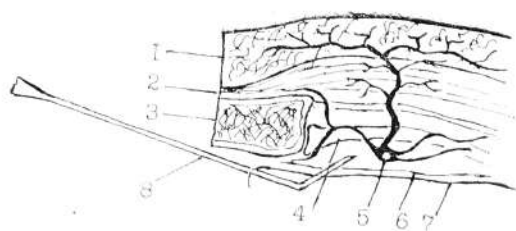


Рис. 1. Способ интраоперационной блокады. Обозначения: 1 — кожа и подкожная клетчатка, 2 — грудные мышцы, 3 — грудинка, 4 — ребро, 5 — внутригрудная артерия с ветвями, 6 — внутригрудная фасция, 7 — плевра, 8 — игла.

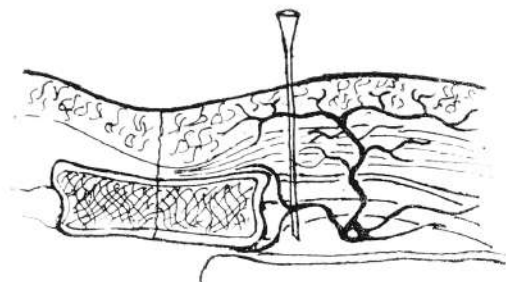


Рис. 2. Способ внеоперационной блокады.

рационной тем, что иглу для внутримышечных инъекций вводим через кожу во второе межреберье по стерильной линии до внутригрудной фасции (рис. 2). Правильность выполненной блокады определяем по следующим показателям: исчезновению болей в ране, отсутствию в подкожной жировой клетчатке инфильтрата; кроме того, при правильно выбранной глубине новокаин вводится с усилием, при свободном же введении игла, как правило, находится в грудной полости, поэтому ее необходимо подтянуть на 3—5 мм и продолжить введение раствора.

Нами обследовано 52 человека обо-
его пола в возрасте от 6 до 52 лет, 22
из них составили контрольную группу,
которую вели по общепринятому мето-
ду. Операции проводили в условиях
ИК и фармакохолодовой кардиопле-
гии. По поводу дефекта межпредсерд-
ной перегородки прооперировано 16
больных, дефекта межжелудочковой
перегородки — 10, триады Фалло — 9,
тетрады Фалло — 6, протезирования
митрального клапана — 5, протезиро-
вания аортального клапана — 5.

Контроль за течением раневого про-
цесса осуществляли по смене клеточ-
ных фаз воспаления в отделяемом из-
под грудины, которое получали по
микрокатетеру, поставленному в пе-
реднее средостение во время опера-
ции.

У больных после новокаиновой бло-
кады на 2—4-й день раневое отделяе-
мое становилось скудным. В нем чет-
ко наблюдалась смена нейтрофильной
фазы воспаления моноцитарной, при-
чем количество моноцитов в отсасы-
ваемой из-под грудины жидкости со-
ставляло от 3 до 10%. Послеопераци-
онный период длился в среднем 10—
11 дней.

В контрольной группе экссудация
продолжалась до 7—10-го дня, при-
чем у 8 больных отделялось до 50—
60 мл в сутки; смена клеточных фаз
воспаления наступала на 3—6-й день,
количество моноцитов не превышало
3—4%. У одного больного этой груп-
пы развился гнойный медиастинит, на
устранение которого потребовалось
35 дней. Послеоперационный период
длился 13—15 дней.

Нами было замечено, что после про-
ведения блокады внутригрудных ар-
терий у больных исчезают или суще-
ственно уменьшаются боли в опера-
ционной ране. Это давало возможность
выполнять дыхательную гимнастику
в полном объеме, предупреждая за-
стойные явления в легких. Кроме то-
го, футлярно-проводниковая анестезия
позволяла снизить количество нарко-
тиков, используемых для обезболива-
ния.

По нашим представлениям, футляр-
но-проводниковая блокада в патогне-
зе послеоперационного заживления
способствует нормализации процессов
микроциркуляции. Химическая невротомия обеспечивает ее улучшение, осо-
бенно в нервных волокнах, так как
они содержат большое количество ка-
пилляров, а также способствует ис-
чезновению болей. Одновременно с
разрешением спазма сосудов увеличи-
вается количество функционирующих
капилляров, поскольку доминирующим
эффектом при новокаиновых блока-
дах являются, помимо химической нев-
ротомии, улучшение кровотока крово-
тока с последующим разрешением ста-
за и тромбоза в венах, а также уве-

личения резорбционной активности лимфатической системы с уменьшением фазы экссудации исключается риск развития местного синдрома ДВС с отрицательной реализацией условно-патогенной микрофлоры раневого канала. В отдаленном периоде через 24—72 часа после операции блокада способствует выраженной активации репаративно-пролиферативного процесса, о чем свидетельствует более ранний переход к моноцитарной фазе воспаления. Таким образом, предложенный нами способ обеспечивает регуляцию функционально-структурных преобразований в тканях околораневой зоны и несет в себе элементы управления раневым процессом.

Таким образом использование футлярно-проводниковой новокаиновой блокады основного парастерального сосудисто-нервного пучка является простым и эффективным методом про-

филактики послеоперационного медиастинита. Он способствует увеличению лейкоцитарно-лимфоцитарного индекса, воздействует на условно-патогенную микрофлору, приводит к лучшему заживлению стернотомической раны и снижает болевой синдром.

Поступила 15.02.94.

PROPHYLAXIS METHOD OF MEDIASTINITIS AFTER MEDIAN STERNOTOMY

V. N. Medvedev, I. A. Ibatullin, I. V. Bilalov

Summary

The prophylaxis method of postoperative mediastinitis after median sternotomy by the block method of the basic parasternal neurovascular fascicles is described. The results obtained are analysed in 52 patients, of which 22 patients form the control group. The new method developed is a simple but effective method of postoperative mediastinitis prophylaxis and is favourable for the best healing of the sternotomic wound and decrease of the pain syndrome.

УДК 616.15—085.831.4/.6

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ПАТОЛОГИИ

Т. П. Гажеева, Н. И. Васин, С. А. Мухина

Пошкар-Олинская городская больница (главврач — Н. И. Васин),
кафедра анатомии и физиологии человека и животных (зав. — доц. И. П. Зельди)
Марийского университета

Среди методов немедикаментозной терапии широкую популярность завоевала аутотрансфузия ультрафиолетом облученной крови (АУФОК). В основе ее лечебного действия лежат фотохимические реакции, оказывающие влияние на поверхностные рецепторы и ферментные системы иммунокомпетентных клеток [1, 2, 8]. АУФОК дает хорошие клинические результаты, обладая иммуностимулирующим, противовоспалительным и общеукрепляющим действием, что позволяет с успехом применять данный метод при лечении целого ряда заболеваний [3, 6, 7], особенно тяжелых форм гнойно-воспалительных заболеваний, сопровождающихся иммунологической недостаточностью.

Целью настоящего исследования являлось изучение иммунокорригирующего действия АУФОК, проводимого с помощью прибора «Надежда-100», защищенного авторским свидетельст-

вом и разработанного коллективом врачей городской больницы совместно с учеными Марийского политехнического института и конструкторским бюро ОКБА.

Аппарат «Надежда-100» имеет целый ряд преимуществ по сравнению с аналогами «Изоolda» и другими, а именно высокую равномерность и дозированность облучения крови, наименьшую лучевую травматизацию форменных элементов крови (феномен переэкспонирования) и более высокую степень насыщения кислородом эритроцитов.

Показатели иммунитета изучали у 68 больных в возрасте от 18 до 54 лет (мужчин — 44, женщин — 24). У 22 из них диагностированы хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ), у 20 — гнойно-септические заболевания органов брюшной полости (перитонит, флегмонозный аппендицит), у 6 — травматический остео-