

ПОЛЯРОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Проф. Л. А. Кольцова, К. Е. Шерпутовская, В. В. Иванов,
Е. В. Крешетов

*Кафедра хирургической стоматологии (зав.— проф. Л. А. Кольцова) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Полярнографический метод исследования сыворотки крови завоевал широкое признание во многих областях медицины, в том числе и для диагностики злокачественных новообразований [1—4]. Однако данных о его применении у челюстно-лицевых больных мы в литературе не нашли. Это побудило нас использовать его у больных с различной патологией челюстно-лицевой области.

Полярнография сыворотки крови проведена у 42 доноров и 147 больных (у 40 с остеомиелитом челюстей, у 32 с гемангиомами, у 26 с пигментными невусами, у 16 со злокачественными опухолями челюстей, у 16 со злокачественными опухолями мягких тканей, у 10 с доброкачественными опухолями челюстей и у 7 с доброкачественными опухолями мягких тканей). Кровь брали натощак из локтевой вены в сухую пробирку, центрифугировали. Исследование сыворотки проводили на полярнографе LP-60. Контролем служила сыворотка крови доноров.

При анализе результатов выявлены некоторые закономерности в форме полярнограмм у больных с заболеваниями челюстно-лицевой области.

У больных с гемангиомами получены кривые, характеризующиеся более высокими, чем у доноров, волнами. Полярнограммы сыворотки крови больных с пигментными невусами имели совершенно иной вид. Высота волн, особенно второй, была значительно ниже, угол соотношения волн — соответственно меньше, чем у больных предыдущей группы.

Интерес представляет полярнографическое исследование у больных с острыми одонтогенными остеомиелитами челюстей. У них отмечено повышение первой и второй волн по сравнению с контролем и значительное увеличение угла соотношения волн.

Нет абсолютной закономерности в полярнографической картине сыворотки крови больных злокачественными новообразованиями. Это

Среднеарифметические показатели электрохимической активности фильтрата денатурированной сыворотки крови доноров и больных

Группы обследованных	Высота I волны		Высота II волны		Угол соотношения волн	
	M ± m	P	M ± m	P	M ± m	P
Доноры	84,9 ± 9,99		97,1		32,0 ± 0,25	
Больные с гемангиомами	126,0 ± 2,6	> 0,2	148,0 ± 3,1	< 0,01	34,0 ± 1,9	> 0,2
Больные с пигментными невусами	105,0 ± 4,5	< 0,001	118,0 ± 4,1	< 0,02	13,5 ± 2,0	< 0,001
Больные со злокачественными опухолями мягких тканей	132,7 ± 10,9	> 0,2	151,7 ± 15,0	> 0,2	29,3 ± 8,4	> 0,5
Больные с доброкачественными опухолями челюстей	142,1 ± 11,6	< 0,05	154,0 ± 12,0	> 0,1	25,0 ± 6,0	> 0,2
Больные с остеомиелитом челюстей	117,5 ± 26,89	< 0,05	137,9 ± 28,09	< 0,05	45,0 ± 5,35	> 0,1

объясняется тем, что показатели отличаются при различных стадиях заболевания в зависимости от наличия или отсутствия распада.

В заключение следует отметить, что применение полярографического фильтратного метода Брдички дает возможность выявить качественные изменения серомукоидов сыворотки крови больных с различной патологией челюстно-лицевой области, что может служить дополнительным диагностическим признаком в клинике этих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайкшните А. Значение полярографических и некоторых биохимических исследований для диагностики злокачественных опухолей. Автореф. канд. дисс. Каунас, 1967.— 2. Збарский Б. И., Эльпинер И. Е. Укр. биохим. ж., 1950, т. 22, в. 4.— 3. Майрановская Э. Ф. Полярографическое изучение сыворотки крови больных раком легкого. Автореф. канд. дисс. М., 1965.— 4. Шевченко И. Т., Городынский В. И. Полярография в медицине и биологии. Киев, 1964.

Поступила 11 июня 1973 г.

УДК 616—089:615.779.94

ЭНЗИМОТЕРАПИЯ ГНОЙНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Проф. В. Г. Морозов, канд. мед. наук Г. А. Измайлов

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. Г. Морозов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В хирургической практике сейчас применяют различные ферменты животного (трипсин, химотрипсин, химопсин, панкреатическая рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза, фибринолизин и пр.), бактериального (стрептокиназа, стрептодорназа) и растительного (бромелаин, папаза) происхождения.

Мы в клинических условиях использовали отечественные препараты, которые, как показала практика, обладают высокой терапевтической активностью. Всего в стационаре был подвергнут лечению 531 больной, в том числе 176 с флегмонами, карбункулами, фурункулами, 7 с лимфаденитами, лимфангитами, 69 с флебитами, тромбозами, артериитами, 32 с ожогами и отморожениями, 95 с маститами, панарициями, тендовагинитами, остеомиелитами, артритам, 23 с эмпиемами плевры, абсцессами легких, 46 с гнойными перитонитами, 83 с трофическими язвами и длительно не заживающими ранами.

При острых гнойных хирургических заболеваниях мы назначали протеолитические ферменты еще в стадии инфильтрации на фоне общепринятых методов лечения либо внутримышечно, либо непосредственно в очаг поражения, что позволило у 7% больных добиться купирования воспалительной реакции и выздоровления. Особенно быстро уменьшался отек тканей и стихали боли.

Для парентеральных введений чаще применяли трипсин или химопсин по 5 мг 2 раза в сутки в 1—1,5 мл 0,5% раствора новокаина или в 1—1,5 мл изотонического раствора хлористого натрия. Растворы готовили непосредственно перед инъекцией, так как в растворенном состоянии ферменты быстро инактивируются.

Образование гноя являлось показанием к вскрытию гнойника, полость которого тщательно промывали и осушали марлевыми салфетками. Затем рыхло вводили тампоны, смоченные раствором фермента. Если полость оказывалась глубокой и с отдельными карманами, то добавочно делали контрапертуры и вводили микроирригаторы для обязательных инстилляций растворами ферментов. Кроме этого, повязку обязательно орочали гипертоническими растворами хлористого натрия или глюкозы, которые не оказывали инактивирующего действия на ферменты. Смену повязок производили ежедневно, а в некоторых случаях