

эффект дренажа из гидратцеллюлезной пленки сохраняется в течение всего срока пребывания его в брюшной полости. Однако такой дренаж имеет и определенные недостатки. Во-первых, после его удаления остается довольно узкий канал в брюшной стенке и при необходимости в повторном дренировании во время перевязки возникают технические затруднения; во-вторых, равное отделяемое с дренажа может затекать в подкожную и предбрюшинную клетчатку, что в дальнейшем приводит к нагноению операционной раны; в-третьих, дренируется лишь один определенный отдел брюшной полости.

Для устранения этих недостатков мы модифицировали метод дренирования брюшной полости. 3—5 дренажей, изготовленных по приведенной выше методике, вкладываем в резину от хирургической перчатки, в результате получаем «сигарный» дренаж толщиной 2—3 см, который подвергаем холодной стерилизации в пароформалиновой камере в течение 24 ч. Такой дренаж дает возможность широко дренировать брюшную полость из одного разреза путем подведения каждого отдельного дренажа (или двух, трех) к наиболее важному в данной конкретной ситуации («верный» дренаж). Например, при аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита, осложненного местным перитонитом, можно подвести отдельные дренажи из общей «сигары» к ложу червеобразного отростка, в малый таз, правый боковой канал и т. д. При этом необходимо только регулировать длину отдельных дренажей. При применении дренажей из гидратцеллюлезной пленки целесообразно менять верхние слои повязки ежедневно или даже два раза в день, так как отделяемое из брюшной полости вследствие хорошего дренирующего эффекта пропитывает ее достаточно быстро.

Дренаж из гидратцеллюлезной пленки для дренирования брюшной полости использован у 92 (мужчин — 27, женщин — 65, возраст — от 18 до 73 лет) больных с острыми гнойными заболеваниями органов брюшной полости: с острым аппендицитом (у 69), острым холециститом (у 12), перфоративной язвой желудка (у 7), закрытой травмой живота с повреждением полых органов (у 3), ущемленной паховой грыжей больших размеров для дренирования мошонки (у 1). Дренаж обычно удаляли на 3—5-е сутки, при необходимости дренаж вводили снова без особых технических затруднений. Наш небольшой опыт использования дренажей из гидратцеллюлезной пленки не выявил каких-либо отрицательных моментов в процессе их применения, а лишь убедил в целесообразности дренирования подобным методом.

УДК 616.348—002.44:07:612.361

Е. И. Кашкина, П. Д. Рабинович (Саратов). О слизевом барьере толстой кишки у больных неспецифическим язвенным колитом

Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез неспецифического язвенного колита до настоящего времени окончательно не выяснены. Основной гипотезой, объясняющей возникновение этого заболевания, считается иммунологическая. Однако неоднократно высказывалось предположение, что в его патогенезе определенную роль играет состояние защитного слизевого барьера.

В качестве биохимического теста, позволяющего судить о состоянии слизевого барьера толстой кишки у больных неспецифическим язвенным колитом, избрано определение суточной экскреции с калом таких углеводных компонентов гликопротеинов, как общие нейтральные гексозы, общая фукоза, а также гексозы и фукоза, связанные с белками.

Обследовано 50 больных неспецифическим язвенным колитом, 26 больных хроническим панкреатитом и 30 здоровых людей. Установлено, что у больных неспецифическим язвенным колитом в отличие от страдающих хроническим панкреатитом преимущественно снижено содержание в кале фукогликопротеинов, основных химических протекторов желудочно-кишечного тракта. Дефицит фукогликопротеинов может приводить к нарушению барьерной функции слизистой оболочки толстой кишки и содействовать язвообразованию. Определение содержания общей фукозы и фукозы, связанной с белками, может быть использовано в качестве лабораторного теста для оценки состояния защитного слизевого барьера толстой кишки у больных неспецифическим язвенным колитом.

УДК 616.352—007.253—003.6—089.878

В. М. Тимербулатов (Уфа). Парапроктиты вследствие инородных тел прямой кишки

Наш опыт лечения более 4000 больных с острым парапроктитом свидетельствует, что инородные тела прямой кишки как причина параректальных абсцессов встречаются в 0,6—0,8% случаев. Из особенностей течения и клинической картины следует отметить постепенное начало гнойного осложнения. В течение первых 1—2 дней больные ощущали дискомфорт, жжение в области заднего прохода, а затем развивался гнойный процесс с местными и общими проявлениями. Постепенное начало и развитие клинической картины обуславливали позднюю госпитализацию больных — более половины из них поступили позже 5 сут с начала заболевания. Интересно отметить, что ни в одном случае анамнестически не удалось выяснить причину возникновения гнойного осложнения, не помогло в этом отношении и дооперационное обследование больных. Исключением являются те случаи, когда входными воротами инфекции являлась поврежденная кожа промежности. Причина и характер гнойного осложнения в таких случаях не вызывают сомнений. Вулвенофистулография при ранах и сформировавшемся свищевом ходе позволяет определять не только глубину, дополнительные ходы и затеки, но иногда и заподозрить инородные тела.

Хирургическая тактика при параректальных гнойниках, обусловленных инородными телами определяется в основном наличием или отсутствием сообщения гнойника с просветом прямой кишки. При фистулезном характере параректального гнойника хирургическая тактика практическая не отличается от таковой при первичном парапроктите. Радикальная операция при этом включает следующее: 1) вскрытие и адекватное дренирование гнойника; 2) удаление инородного тела; 3) ликвидацию внутреннего отверстия в прямой кишке. У 2 больных было оставлено инородное тело, что явилось причиной рецидива парапроктита в первые 6 мес после первой операции. Поэтому во время операции необходима тщательная