

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 является 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

ревизия гнойной полости с обязательным удалением инородного тела. Методика ликвидации внутреннего отверстия в прямой кишке выбирается в зависимости от локализации гнойника, отношения свищевого хода к анальному сфинктеру. Чаще всего мы вскрывали гнойник в просвет прямой кишки, иссекали пораженную анальную крипту или проводили через нее лигатуры.

У больных с гнойными осложнениями без сообщения с просветом прямой кишки производили вскрытие и дренирование абсцесса, а также удаление инородного тела. У одной больной через год был отмечен рецидив заболевания, а во время повторной операции обнаружены остатки инородного тела, после удаления которого наступило выздоровление.

Таким образом, гнойные осложнения при инородных телах прямой кишки могут протекать по типу истинных парапроктитов или промежностных абсцессов. Хирургическая тактика определяется в основном наличием или отсутствием сообщения гнойника с просветом прямой кишки и заключается в адекватном вскрытии, дренировании гнойника, удалении инородного тела, а при необходимости — в устранении входного отверстия в прямой кишке.

УДК 616.5—001.17—085.547.962.3

В. М. Мирошников, А. В. Коханов, А. А. Ныркин (Астрахань). К объяснению клинического эффекта при использовании промышленных препаратов альбумина

В настоящее время в клинической медицине широко используются препараты донорского и плацентарного альбумина, являющиеся высокоэффективным лечебным средством при многих патологических состояниях. Считают, что плацентарный альбумин по своим физико-химическим свойствам и физиологическому эффекту не отличается от донорского, однако существуют все же основания сомневаться в таком утверждении.

Способы технологии и промышленной переработки плацентарного сырья не могут лишить получаемый плацентарный альбумин веществ, сходных по физико-химическим свойствам с альбумином. К таким веществам, в частности, относится альфа-фетопротейн. Это подтверждается также тем, что в промышленных препаратах гамма-глобулина, выделенного из плацентарной крови, был обнаружен эмбриональный тканево-плацентарный белок. Поэтому при использовании промышленных препаратов плацентарного альбумина в лечебной практике следует учитывать возможность клинического воздействия содержащихся в нем эмбрио-плацентарных компонентов.

Мы исследовали по 1—3 флакона 10% раствора плацентарного альбумина, выпускаемого Горьковским НИИ эпидемиологии и микробиологии (пять различных серий №№ 150884—191084) и предприятием по производству бакпрепаратов Ростовского НИИ эпидемиологии, микробиологии и гигиены (серия № 020285). Для контроля исследовали различные серии 10% раствора донорского альбумина, приготовленного на Куйбышевской областной станции переливания крови и в Казанском НИИ эпидемиологии и микробиологии, а также серии 20% раствора донорского альбумина, полученного на предприятии по производству бакпрепаратов Ленинградского

ордена Трудового Красного Знамени НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Пастера.

Методами иммунодиффузионного анализа и встречного электрофореза с использованием стандартных тест-систем и моноспецифических антисывороток в препаратах альбумина определяли содержание альфа-фетопротейна и термостабильной плацентарной щелочной фосфатазы. При идентификации альфа-фетопротейна применяли иммунодиагностикум для первичного рака печени и тератобластом, выпускаемый Институтом эпидемиологии и микробиологии имени Гамалеи. Антисыворотку для выявления термостабильной плацентарной щелочной фосфатазы получали путем иммунизации кроликов очищенным антигеном с полным адьювантом. Фрейнда по общепринятым схемам. Было обнаружено, что эти вещества содержатся во всех сериях плацентарного альбумина. Так, концентрация альфа-фетопротейна в каждом флаконе колебалась от 8,0 до 10,0 мкг/мл, а термостабильной плацентарной щелочной фосфатазы — от 6,0 до 8,0 мкг/мл. Вместе с тем данные белки не были обнаружены ни в одной из проб донорского альбумина.

Установленный факт содержания в промышленных препаратах плацентарного альбумина эмбрио-плацентарных белков чрезвычайно важен как с теоретической, так и с практической точек зрения. Считают, что альфа-фетопротейн, являясь основным сывороточным белком в раннем периоде внутриутробного развития, в пренатальном периоде выполняет функции альбумина. Он принимает активное участие в системе иммуногенеза, оказывая при введении в организм в больших дозах супрессорное действие как на клеточный, так и на гуморальный иммунитет, однако в малых дозах белок обладает иммуностимулирующим действием. Ряд авторов относят его к стимуляторам пролиферации. В опубликованных ранее работах нам удалось экспериментально показать, что альфа-фетопротейн способен ускорять заживление кожных ран, костных переломов, послеоперационных рубцов на органах.

С этих позиций мы провели наблюдение за группой детей в возрасте от 3 до 14 лет, леченных по поводу термических поражений кожи от 5 до 50% площади тела. Из 16 обожженных у 9 развилась ожоговая болезнь (ожоги II-III А—Б степени). Пациентам 1-й группы (8 человек, в том числе 5 — с ожоговой болезнью) в процессе лечения парентерально в дозах, соответствовавших возрасту, вводили 10% раствор плацентарного альбумина. На курс лечения они получили от 15 до 30 мг альфа-фетопротейна и от 12 до 24 мг термостабильной плацентарной щелочной фосфатазы. Детям 2-й группы (8 человек, из них 4 — с ожоговой болезнью) внутривенно вводили 10% раствор донорского альбумина, в котором эмбрио-плацентарные белки отсутствуют.

Наблюдения показали, что ожоговые раны кожи при использовании плацентарного альбумина заживали в среднем на 10—15% быстрее, чем при лечении донорским альбумином. Если у больных 2-й группы нормализация уровня общего белка сыворотки крови на фоне развившейся ожоговой болезни отмечалась лишь к концу месяца, то в 1-й группе — к 15—20-му дню. При парентеральном введении плацентарного альбумина средняя максимальная концентрация С-реактивного протеина у детей на 5—7-й день после травмы составляла $3,5 \pm 1,0$ мг/л, а при использовании донорского — $5,6 \pm 1,8$ мг/л. В периоде эпителизации ран, не осложнившихся ожоговой болезнью,