

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,

его сывороточный уровень у больных 1-й группы был равен $1,9 \pm 0,3$ мг/л, в то время как у больных 2-й группы — $2,6 \pm 0,8$ мг/л. При использовании плацентарного альбумина нормализация количества лейкоцитов в периферической крови наступала также раньше.

Следовательно, обнаруженные в промышленных препаратах плацентарного альбумина эмбриоплацентарные белки — альфа-фетопротеин и термостабильная плацентарная щелочная фосфатаза — участвуют в создании лечебного эффекта при их парентеральном введении в организм. Поэтому во врачебной практике необходимо дифференцированно подходить к выбору альбумина, обязательно регистрировать в документах тип препарата (донорский или плацентарный), что, к сожалению, в практическом здравоохранении делается не всегда. В связи с обнаруженным фактом возникает важная практическая проблема клинического испытания отдельных эмбриональных белков с целью регуляции различных функций организма.

УДК 617.51—001.036.8 + 617.5821—089.8

Н. Я. Прокопьев (Тюмень). Лечение пострадавших с закрытыми диафизарными переломами бедра в сочетании с черепно-мозговой травмой

В основу настоящего сообщения положены наблюдения за 103 пострадавшими с закрытыми переломами диафиза бедра в сочетании с черепно-мозговой травмой. Мужчин было 89, женщин — 14. Сдавление головного мозга внутрочерепной гематомой диагностировано у 2 человек. Производственные травмы отмечены у 16,5% пострадавших, дорожно-транспортные — у 69,9%, бытовые — у 13,6%. В состоянии алкогольного опьянения травмы получили 23,3%. В состоянии травматического шока поступили 37,8% больных.

В остром периоде черепно-мозговой травмы переломы бедра мы начинали лечить методом скелетного вытяжения. Как самостоятельный метод он был применен у 24 (23,3%) пострадавших. Однако наряду с простотой скелетное вытяжение имеет и ряд существенных недостатков: при нем сложно удерживать костные отломки в правильном положении и трудно выполнять диагностические и лечебные мероприятия. Кроме того, для уточнения положения отломков нужен многократный рентгеновский контроль. При лечении скелетным вытяжением необходимо поднять ножной конец кровати, что неблагоприятно сказывается на течении черепно-мозговой травмы, при которой наблюдается повышение внутрочерепного давления. Через 1,5—2 мес с целью фиксации перелома после снятия больного со скелетного вытяжения, накладывали тазобедренную гипсовую повязку, что также имеет существенные недостатки: часты случаи, когда перелом бедра срастается полностью, а атрофия мышц и контрактуры суставов вследствие длительной иммобилизации еще долгое время требуют дополнительного лечения. Длительная иммобилизация гипсовой повязкой, гиподинамия вызывают функциональные расстройства и других различных систем организма. Поэтому в последние годы мы отдаем предпочтение оперативным методам лечения переломов бедра, преимущественно интрамедуллярному остеосинтезу массивными металлическими стержнями. Наш опыт показал, что оперативный метод позволяет значительно активизировать пострадавших и проводить полноценную реабилитацию, одним из звеньев которой является лечебная физкультура.

Мы пришли к убеждению, что остеосинтез пока не ранее конца 2-й недели стационарного лечения, когда полностью устранены нарушения гемодинамики и пострадавший прошел всестороннее обследование. Основным методом лечения был открытый интрамедуллярный остеосинтез стержнем Кюнчера, примененный у 67 (65%) пострадавших. Для достижения стабильности перелома мы проводим рассверливание костномозговой полости буравами, что позволяет применять мощный полый гвоздь и в большинстве случаев исключать внешнюю иммобилизацию, а также дает возможность в ранние сроки после операции начинать движения в суставах оперированной конечности. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез был выполнен у 5 (4,9%) больных (канд. мед. наук М. Я. Баскевич). На наш взгляд, он предпочтительнее открытого остеосинтеза, так как при нем не травмируются мягкие ткани в области перелома и надкостница, играющие основную роль в репаративной регенерации.

Остеосинтез аппаратом Илизарова был применен у 5 больных. В связи с воспалением мягких тканей в области спиц, а также невозможностью осуществления активных движений в коленном суставе из-за прохождения спиц через мышцы бедра аппарат в различные сроки был снят, и 3 больным лечение продолжено иммобилизационным методом, а 2 был выполнен открытый интрамедуллярный остеосинтез.

При лечении методом скелетного вытяжения продолжительность нетрудоспособности пострадавших составила $224,3 \pm 11,6$ дня, при открытом интрамедуллярном остеосинтезе — $162,8 \pm 3,5$, при закрытом — $128,6 \pm 6,3$ ($P < 0,01$). Инвалидность установлена у 6,8% пострадавших, леченных методом скелетного вытяжения, у 10,7% — при открытом интрамедуллярном остеосинтезе. Продолжительная нетрудоспособность зависела от ряда причин — наличия тяжелой черепно-мозговой травмы, сопутствующих повреждений других костей, чрезмерной продолжительности дооперационного лечения, погрешностей в проведении операции и др.

Отдаленные результаты изучены у 85 человек в сроки от 2 до 11 лет после травмы. Из 72 больных после интрамедуллярного остеосинтеза у 84,7% получены хорошие результаты, у 6,9% — удовлетворительные и у 8,4% — плохие.

УДК 618.4—006.36—022.363:612.017.1

С. И. Зудикова (Саратов). Состояние противоопухолевой резистентности больных миомой матки

Изучали состояние противоопухолевой резистентности организма у больных с миомой матки. Специфическую иммунную защиту оценивали по относительному и абсолютному числу Т-лимфоцитов в периферической крови, соотношению субпопуляций Т-киллеров, Т-хелперов и Т-супрессоров, реакциям гиперчувствительности замедленного типа с 2,4-динитрохлорбензолом (ДНХБ) и торможения миграции лейкоцитов. Неспецифическую резистентность исследовали по активности комплемента и его третьей фракции, а также суточной экскреции 17-ОКС. С целью выяснения состояния гипотизарно-надпочечниковой системы проводили тест дексаметазонового подавления путем определения экскреции 17-ОКС после двухдневного приема препарата в дозе 0,125 мг 4 раза в день.