

որոնք տարբերվում են իրենց հակավիրուսային ակտիվությամբ մարդու 2 բջջային կուլտուրաների նկատմամբ—նորմալ (ամնիոն թաղանթի բջիջների) և քաղցկեղային (ձվարանի քաղցկեղի հյուսվածքի բջիջները):

Իրենց մաքրման աստիճանով և հակավիրուսային ակտիվությամբ տարբերվող ինտերֆերոնի պրեպարատները քաղցկեղային բջիջների նկատմամբ առաջացնում են մոտավորապես հավասար հակապրոլիֆերատիվ ազդեցություն:

L. N. MKRTCHIAN, V. P. KUZNETSOV, E. A. MOVSESSIAN,
N. G. JAGHATSPANIAN, L. A. KAMALIAN

ANTIPROLIFERATIVE ACTIVITY OF DIFFERENT PREPARATIONS OF α -INTERFERONE IN VITRO

The antiproliferative activity of three preparations of interferone (native, partially purified and injective) has been determined, differing by their antiviral activity, regarding two human cell cultures—normal (FL) and malignant—CaOv (cells of the ovary cancer tissue). Interferones of various degrees of purification and antiviral activity cause approximately equal inhibition of mitotic activity of cancer cells of CaOv line.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Соловьев В. Д., Бектемиров П. А. Интерферон в теории и практике медицины. М., 1981.
2. Тимофеев И. В., Кузнецов В. П., Амгенкова А. М., Орлова Т. Г. Вопросы вирусологии, 1981, 2, стр. 176.
3. Тимофеев И. В. Автореферат канд. дисс. М., 1982.
4. Billiau A. Europ. J. Cancer, 1981, 17, 19, 949.
5. Ikie D., Maricic L., Oresic V. Lancet, 1981, № 8228, 1022.
6. Kircher H. J. Cancer Res., 1982, 103, 1, 1.
7. Stanley N. L. Ann. Allerg., 1980, 45, № 1, 37.
8. Strander H. Int. Virol. 1 VAbstr. 4 th. Int. Congr. Virol., Hague, 1978, Wagenin-gen, 1978, 100.
9. Strander H., Einhorn S. Int. J. Cancer, 1977, v. 19, 468.

УДК 616.3—005.1

П. П. АНАНИКЯН, Ф. С. ДРАМПЯН, Р. А. ГРИГОРЯН,
П. Р. АКОПЯН, А. М. МАНУКЯН

К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Приведены результаты лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии. Большое значение придается гастродуоденофиброскопии, позволяющей выявить локализацию источника кровотечения, темп истечения крови, наступление тромбирования сосуда и т. д. Установлено, что правильное консервативное лечение способствует остановке кровотечения в 90% случаев.

Диагностика и лечение острого гастродуоденального кровотечения (ГДК) язвенной этиологии представляет одну из наиболее актуальных

проблем urgentной хирургии. Однако на сегодня вопросы тактики лечения этого осложнения окончательно не разрешены.

Настоящее сообщение основано на опыте лечения 226 больных с ГДК язвенной этиологии (73—язвой желудка и 153—язвой двенадцатиперстной кишки) в возрасте от 11 до 81 года, мужчин было 176, женщин—50. По тяжести кровопотери с учетом гемодинамических и гематологических показателей больные распределялись на четыре группы (таблица).

Таблица

Степень кровопотери	Общее состояние	АД в мм рт. ст.	ОЦК, %	Число больных
I	удовлетворит.	100	15	41
II	средней тяжести	90	25	95
III	тяжелое	80	30	57
IV	крайне тяжелое	70 и ниже	30 и более	33

В последние годы мы отказались от рентгеновского исследования больных во время кровотечения из-за малой информативности данного метода. Объективным методом исследования является фиброэндоскопия, которая позволяет определить причину ГДК, локализацию источника кровотечения, калибр кровоточащего сосуда, интенсивность и темп истечения крови, наступление тромбирования сосуда и т. д. Особенно важное диагностическое и лечебное значение приобретает фиброэндоскопия у больных с четвертой степенью кровопотери, а также у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, когда оперативное вмешательство может стать опасным для жизни. Произведенная у таких больных фиброэндоскопия дает возможность остановить ГДК консервативными мероприятиями. Задача подобной тактики—либо отодвинуть сроки операции до стабилизации общего состояния больного, либо избежать хирургическое вмешательство вообще.

В лечении больных с ГДК мы придерживаемся активно-выжидательной тактики при проведении интенсивной консервативной терапии и при постоянном динамическом фиброэндоскопическом контроле за источником кровотечения. Подобная тактика оправдана тем, что выбор метода лечения у больных с тяжелой кровопотерей должен быть особенно осторожным и максимально обоснованным.

При кровопотере первой и второй степени проводится интенсивная консервативная терапия. Если состояние больного стабилизируется, это говорит о том, что кровоточащий сосуд имеет тенденцию к тромбированию. После остановки ГДК больной может быть подготовлен к плановой операции в течение двух недель. При возникновении повторного кровотечения у больного в этот период необходима немедленная операция при отсутствии противопоказаний общего порядка.

В случае, если у больного с первой или второй степенью кровопотери несмотря на интенсивность консервативного лечения состояние прогрессивно ухудшается, следует повторить фиброэндоскопию и, если при

этом будет обнаружено кровотечение, приступить к экстренному оперативному вмешательству.

При поступлении больного с третьей степенью кровопотери необходимо одновременно с интенсивной консервативной терапией начать превентивную предоперационную подготовку. Если в течение нескольких часов после поступления состояние больного не ухудшается, гемодинамические показатели постепенно проявляют тенденцию к нормализации, консервативное лечение следует продолжать до полной стабилизации состояния больного. После остановки кровотечения больного необходимо готовить к плановой операции в 20—25-дневный срок. Если же в период подготовки больного к плановой операции кровотечение повторится, нужно прибегнуть к оперативному вмешательству, применив при этом наиболее атравматический метод остановки кровотечения.

У больных с четвертой степенью кровопотери при продолжающемся кровотечении выбор метода лечения является довольно сложным. Одновременно с интенсивным консервативным лечением в спешном порядке должна производиться превентивная предоперационная подготовка. Уже через два—три часа после начала консервативной терапии нужно произвести фиброэндоскопию для выявления тенденции к уменьшению интенсивности кровотечения. Если тенденции к остановке кровотечения нет, следует в экстренном порядке произвести оперативное вмешательство, причем сопутствующие заболевания, преклонный возраст, тяжелое общее состояние не должны считаться противопоказаниями к операции. Если у больного с кровопотерей четвертой степени консервативное лечение оказывается эффективным, состояние стабилизируется и появляется явная тенденция к улучшению гемодинамических и гематологических показателей, целесообразно продолжить это лечение.

Консервативная терапия в нашей клинике проводится по единой схеме, которая включает: строгий постельный режим, частое и дробное питание с учетом основных принципов диеты по Мейленграхту, переливание свежеприготовленной цельной крови и ее компонентов, введение гемостатических препаратов, введение препаратов, улучшающих сердечно-сосудистую, дыхательную, печеночно-почечную деятельность, лечебную эндофиброскопию с обработкой кровоточащей поверхности препаратом «Капрофер»; при кровопотере третьей и четвертой степени проводится коррекция имеющегося метаболического ацидоза введением бикарбоната натрия, поляризующих смесей, препаратов, стимулирующих диурез и т. п.

Показателем эффективности консервативного лечения является улучшение общего состояния больного, нормализация гемодинамических и гематологических показателей. Остановку кровотечения осуществляли с помощью производимой в динамике эндофиброскопии.

Как следует из наших данных, консервативными мероприятиями удалось остановить ГДК у 90% больных. Из 153 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки у 137 кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями, 16 больных было оперировано на высоте кровотечения. Двое оперированных умерло. Из 73 больных с язвенной болезнью желудка консервативное лечение было проведено

у 67 человек, двое из них в процессе лечения погибли. Все шесть оперированных больных выздоровели.

Таким образом, на основании нашего опыта мы приходим к выводу, что правильное лечение больных с ГДК в большинстве случаев (90%) способствует остановке кровотечения, и только в 10% случаев приходится прибегать к оперативному лечению.

Кафедра общей хирургии с НИЛ
Ереванского медицинского института

Поступила 8/IX 1983 г.

Պ. Պ. ԱՆԱՆԻԿՅԱՆ, Յ. Ս. ԴՐԱՄՊՅԱՆ, Ռ. Ա. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ, Պ. Ռ. ՀԱԿՈՐՅԱՆ, Ա. Մ. ՄԱՆՈՒԿՅԱՆ

ԽՈՑԱՅԻՆ ԷԹԻՈԼՈԳԻԱՅԻՆ ԳԱՍՏՐՈ-ԴՈՒՈՂԵՆԱԼ ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅԱՆ ՐՈՒԺԱԿԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՅԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋ

Աշխատանքում բերված են խոցային էթիոլոգիայով գաստրո-դուոդենալ արյունահոսություն ունեցող 226 հիվանդների բուժման տվյալները: Այդ հիվանդների բուժման օպտիմալ որոշման հարցում վճռական նշանակություն է տրվում գաստրո-դուոդենոֆիբրոսկոպիկ հետազոտությանը, որը հնարավորություն է տալիս դինամիկայում ճիշտ պատկերացում կազմելու արյունահոսության տեղակայման նրա տեմպի և արյունահոսող անոթի հնարավոր խցանման մասին:

Ստացված տվյալների հիման եզրակացվում է, որ այդ հիվանդների բուժման հարցում ճիշտ մոտեցում ունենալու դեպքում, հիվանդների ճնշող մեծամասնությանը՝ 90% հաջողվում է դադարեցնել արյունահոսությունը և միայն առանձին դեպքերում հարկ է լինում դիմելու վիրահատական միջամտության:

P. P. ANANIKIAN, F. S. DRAMPYAN, R. A. GRIGORIAN, P. R. HAKOPIAN,
A. M. MANOUKIAN

ON THE TACTICS OF THE TREATMENT OF GASTRODUODENAL HEMORRHAGES OF THE ULCEROUS ETIOLOGY

The results of the treatment of patients with gastroduodenal hemorrhages of the ulcerous etiology are brought in the article. The great role of the gastroduodenofibrosocopy in the revealeance of the localization of the hemorrhage source, determination of the speed of hemorrhage, etc. is stressed by the authors.

УДК 618.71:616—08

Л. У. НАЗАРОВ, Э. Б. АКОПЯН, Л. К. БАГДАСАРЯН, А. К. ЭНФЕНДЖЯН

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПРОМЕЖНОСТИ И ДЕФЕКТОВ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

На основании лечения больных с деформациями промежности и дефектами ректовагинальной перегородки установлено, что успех оперативного вмешательства зависит от тщательной предоперационной подготовки и выбора наиболее рационального хирургического способа. Операции, направленные на ликвидацию дефектов и свищей с