

մեկտեղ կարող են օգտագործվել սուր խոլեցիստիտների ախտորոշման և բուժման տակտիկայի ընտրության համար:

A. S. YERMOLOV, A. L. FRANGOULIAN, V. I. LITVINOV,
Ye. Ye. UDOVSKI, O. L. KONONOVICH

DYNAMICS OF INFLAMMATORY AND DESTRUCTIVE PROCESSES IN ACUTE CHOLECYSTITIS (CLINICAL IMMUNOLOGIC PARALLELS)

By the method of radial immunodiffusion the changes of some individual albumines in the blood serum were studied in dynamics in patients with different forms of acute cholecystitis.

It is established that the changes of individual albumines allow to judge of the degree of expressiveness of the inflammatory and destructive processes, and the study of the dynamics of these indices gives possibility to prognostigate the course of the pathologic process.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Виноградов В. В., Зима П. И. Хирургия, 1977, 5, стр. 38.
2. Ермолов А. С., Титова И. В., Удовский Е. Е., Пономарев В. Г. Хирургия, 1983, 8, стр. 67.
3. Краковский А. И. Хирургия, 1983, 8, стр. 3.
4. Напалков П. Н. Вестн. хир., 1983, 5, стр. 50.
5. Стручков В. И., Прозоровская К. Н., Недвецкая Л. М. Иммунология в профилактике и лечении гнойных хирургических заболеваний. М., 1978.
6. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Подпратов С. Е. Клин. хир., 1983, 4, стр. 1.
7. Шапошников Ю. Г., Решетников Е. А., Варданян В. К. Хирургия, 1983, 1, стр. 61.
8. Dean F. D. Brit. J. Derm., 1973, 89, 4, 426.
9. Dyamantini S. Arch. Sci. Med., 1968, 125, 195.
10. Glenn F. Surg. Gynec. Obstet., 1976, 143, 56.
11. Isacson S. Acta. Chir. Scand., 1972, 138, 179.
12. A'Rosenius K. E., Sjostrom B. Acta. Soc. Med. Upsal, 1965, 65, 16.
13. De Week A. L., Buttkofer E. Rev. franc. Allerg., 1971, 11, 2, 165.

УДК 616.346—002.1—097

Г. М. ПИРУЗЯН, Г. Л. МИРЗА-АВАКЯН, Р. М. МАНУКЯН, В. А. МКРТЧЯН

ИММУНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Проведена иммунотерапия больных острым аппендицитом при помощи левамизола и лейкоцитарной массы. Показано, что назначение левамизола и аутологических лейкоцитов улучшает течение послеоперационного периода и снижает число инфекционных осложнений.

Среди острых заболеваний органов брюшной полости острый аппендицит является самым распространенным хирургическим заболеванием.

До недавнего времени считалось, что проблемы, связанные с острым аппендицитом, в основном разрешены, однако отдельные вопросы диагностики и лечения этого заболевания требуют дальнейшего более углубленного изучения. К числу таких малоработанных проблем можно отнести вопросы иммунологии и иммунотерапии острого аппендицита.

Задача настоящего исследования состоит в разработке способов профилактики и лечения некоторых осложнений в послеоперационном периоде при помощи левамизола и лейкоцитарной взвеси.

Под нашим наблюдением находились 275 больных, которым была произведена аппендэктомия (125—с острым катаральным и 150—с острым деструктивным аппендицитом).

Все больные разделены на 4 группы. В I группу вошли 50 больных с острым катаральным аппендицитом, получивших общепринятое лечение. Больные II группы (75) с острым катаральным аппендицитом в комплексе лечения получили левамизол и аутологическую лейкоцитарную массу. В III группу включены 50 больных с деструктивным аппендицитом, получивших общепринятое лечение; больные IV группы (100) с деструктивным аппендицитом в комплексе лечения получили левамизол и аутологическую лейкоцитарную массу.

Из 150 больных острым деструктивным аппендицитом у 127 процесс носил флегмонозный характер (85 основной группы и 42 контрольной), а у 23 гангренозный (без перфорации — 18, с перфорацией — 5 больных).

Левамизол назначали рег ос после установления диагноза и подготовки больных к операции по следующей схеме: 1—3-й дни по 50 мг в день; 4-й день—перерыв; 5—7-й дни по 50 мг в день; 8—9-й дни—перерыв; 10—12-й дни—по 50 мг в день; 13—14-й дни—перерыв; 15—17-й дни по 50 мг в день.

Лейкоцитарную массу получали из 30—40 мл гепаринизированной венозной крови в предоперационном периоде (за 2—6 часов). После осаждения эритроцитов при комнатной температуре (в закрытых стерильных пробирках) отсасывали надосадочную плазму и центрифугировали (150 об/мин в течение 15 минут). Осадок ресуспендировали в 1—3 мл стерильного физиологического раствора. Перед зашиванием брюшной стенки данной лейкоцитарной взвесью орошали ткани, окружающие культю аппендикса. Затем послойно зашивали переднюю брюшную стенку и на операционную рану накладывали стерильные повязки.

В ходе лечения проводили иммунологические исследования с целью оценки функциональной активности клеток Т-системы иммунитета в динамике.

Результаты наблюдений по выявлению ранних и поздних послеоперационных осложнений у различных групп больных представлены в табл. 1, 2.

Так, у больных контрольной группы с острым простым аппендицитом периаппендикулярный инфильтрат выявлен у двух, а ограниченный перитонит у трех больных, что составляет 10%. У больных

этой же группы в результате оперативного вмешательства происходит заметное улучшение течения, в силу чего ранние осложнения инфекционной природы уже составляют 4, поздние— 0%.

Таблица 1

Ранние послеоперационные осложнения при остром аппендиците

Характер осложнений	Острый простой аппендицит		Острый деструктивный аппендицит	
	оперативное лечение (контр.)	оперативное лечение и иммуно-терапия	оперативное лечение (контр.)	оперативное лечение и иммуно-терапия
Осложнения культи:				
Прорезывание швов культи отросков	0	0	0	0
Кровотечения из сосудов культи	0	0	0	0
Осложнения операционной раны:				
Инфильтрат	1	0	5	1
Нагноение	0	0	2	0
Гематома	0	0	0	0
Расхождение швов	1	1	1	0
Осложнения брюшной полости:				
Инфильтрат	1	0	2	0
Ограниченный перитонит	0	0	2	3
Разлитой перитонит	0	0	0	0
Абсцессы	0	0	0	0
Непроходимость кишечника	1	1	0	0
Кровотечения	0	0	0	0
Неспецифические осложнения:				
Сердечно-сосуд. недостаточн.	0	0	0	0
Бронхопневмония	0	0	0	0
Флеботромбозы	0	0	0	0
Всего осложнений	4	2	12	4
Число наблюдений	50	75	50	100
Процент инфекц. осложн.	4	0	14,6	4

В группе больных с острым простым аппендицитом, получивших иммунотерапию, послеоперационные осложнения составили 18,6% (14 больных из 75), а ранние и поздние послеоперационные осложнения в этой группе не обнаружены вовсе.

Из 50 больных деструктивным аппендицитом III группы (контрольные исследования) предоперационные осложнения выявлены в 10%, ранние послеоперационные инфекционные в 14,6%, а поздние в 6,6% случаев.

Несмотря на высокий процент предоперационных осложнений в IV группе больных, получивших иммунотерапию (24%), в послеоперационном периоде наблюдается значительное снижение инфекционных осложнений (4% ранние и 1% поздние послеоперационные осложнения).

Это свидетельствует о том, что иммуностимулирующая терапия оказывает весьма эффективное лечебное действие на такое грозное осложнение, каким является перитонит, способствует повышению в организме неспецифических защитных сил, снижает неблагоприятное

действие иммуносупрессивных агентов, в значительной степени повышает функциональную активность Т- и В-лимфоцитов, которые в совокупности определяют течение послеоперационного периода. Иммунотерапия способствует быстрому рассасыванию периаппендикулярного инфильтрата, предупреждает возникновение осложнений гнойно-воспалительного характера в зоне операционной раны и в брюшной полости.

Таблица 2

Поздние послеоперационные осложнения при остром аппендиците

Характер осложнений	Острый простой аппендицит		Острый деструктивный аппендицит	
	оперативное лечение (контр.)	оперативное лечение и иммуно-терапия	оперативное лечение (контр.)	оперативное лечение и иммуно-терапия
Осложнения операционной раны:				
Инфильтрат	0	0	0	0
Нагноение	0	0	0	1
Замедленное заживление	1	0	2	0
Осложнения брюшной полости:				
Инфильтрат	0	0	0	0
Перитонит ограниченный	0	0	1	0
Перитонит разлитой	0	0	0	0
Абсцессы	0	0	0	0
Непроходимость кишечника	1	1	1	1
Кровотечения	0	0	0	0
Неспецифические осложнения:				
Сердечно-сосудистая недостаточность	0	0	0	0
Бронхопневмония	0	0	2	0
Флеботромбозы	0	1	0	0
Пиелонефрит	0	0	0	0
Всего осложнений	2	2	6	2
Число наблюдений	50	75	50	100
Процент инфекционных осложнений	0	0	6,6	1

Таким образом, становится очевидной целесообразность применения иммуномодулирующих агентов у хирургических больных, особенно в тех случаях, когда оперативное вмешательство является первоочередным и обязательным.

IV клиническая больница МЗ Арм. ССР

Поступила 24/XI 1983 г.

Գ. Մ. ՓԻՐՈՒՋՅԱՆ, Գ. Լ. ՄԻՐԶԱ-ԱՎԱԳՅԱՆ, Ռ. Մ. ՄԱՆՈՒԿՅԱՆ, Վ. Ա. ՄԿՐՏՅԱՆ

ԻՄՈՒՆՈՐԵԴԱՊԻԱՆ ՍՈՒՐ ԱՊԵՆԴԻՑԻԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Հեղինակների կողմից հետազոտվել են սուր ապենդիցիտով 275 հիվանդներ: Հասարակ ապենդիցիտով 50 և դեստրուկտիվ ապենդիցիտով 100 վիրահատված հիվանդների մոտ կիրառվել է իմունոթերապիա լեամիդով: և լիզկոցիտային զանգվածի օգնությամբ: Վերջինս ներարկվել է հեռացված ելունի շրջանում, որովայնի պատը կարելուց անմիջապես առաջ:

*Ստուգիչ խումբը կազմված է եղել 100 հիվանդից՝ 50-ական հասարակ և
սյեռորոկտիվ ապենդիցիտով:*

*Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ իմունոթերապիան
նպաստում է հետվիրահատական շրջանի ինֆեկցիոն բնույթի բարդություն-
ների նվազմանը և թեթևացնում է այդ շրջանի բնթացքը:*

G. M. PIRUZIAN, G. L. MIRZA-AVAKIAN, R. M. MANOUKIAN
V. A. MKRTCHIAN

IMMUNOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF APPENDICITIS

The immunotherapy carried out in patients with acute appendicitis by levamisole and leukocytic mass improves the course of the postoperative period and lowers the quantity of infectious complications.

УДК 616.322—002.2—07

К. Г. ШУКУРЯН, Г. А. БАБАЯН, Г. А. АРУТЮНЯН, Л. А. ЯВРЯН,
К. В. МХЕЯН, А. К. ШУКУРЯН

К ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

На большом клиническом материале установлена частота наиболее достоверных местных симптомов компенсированного и декомпенсированного хронического тонзиллита.

Результаты исследования могут быть использованы при решении вопроса о показаниях к выбору метода лечения этого заболевания.

В настоящее время в клинической практике широко используют пятую VII Всесоюзным съездом оториноларингологов (1975 г.) классификацию хронического тонзиллита. По этой классификации различают две формы хронического тонзиллита—компенсированную и декомпенсированную, которые в зависимости от общего состояния организма, окружающей среды и т. д. могут переходить одна в другую. Вопросы клиники, дифференциальной диагностики этих форм хронического тонзиллита, а также выяснение механизма перехода одной из указанных форм в другую и причин, обуславливающих этот переход, заслуживают дальнейшего изучения.

В настоящей работе поставлена задача дать сравнительную клиническую характеристику местных признаков хронического тонзиллита при его компенсированной и декомпенсированной формах и попытаться оценить их дифференциальное значение и патогномоничность.

С этой целью нами была составлена специальная «карта обследования больных хроническим тонзиллитом», куда входили вопросы, объединяющие жалобы обследуемого, анамнестические данные, подробная объективная картина зева и глотки с отдельно отмеченными местными признаками хронического воспаления миндалин, которые представлены в клинической классификации И. Б. Солдатова [4]. По этой клас-