

ԴԵՏՈՔՍԻԿԱՑԻՈՆ ԹԵՐԱՊԻԱՆ ՏԱՐԱԾՈՒՆ ՊԵՐԻՏՈՆԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ամփոփված են տարբեր պատճառներից առաջացած տարածուն պերիտոնիտով տառապող 153 հիվանդների համալիր բուժման արդյունքները: Պերիտոնիտի պատճառները վիրաբուժական եղանակով վերացնելուց հետո, որովայնի խոռոչի հետագա սանացիայի նպատակով կիրառվել է պերիտոնեալ դիալիզի ֆրակցիոն եղանակը: Այն ուղեկցվել է ինտենսիվ դետոքսիկացիոն թերապևտիկ եղանակներով: Ստացված տվյալները հիմք են տալիս եղրակացնելու, որ բաց ցուցմունքների կիրառվող դետոքսիկացիայի կոմպլեքս եղանակները տալիս են լավ կլինիկական արդյունք տարածուն պերիտոնիտի ժամանակ:

R. A. Grigorian, S. M. Nanyan

Detoxicative therapy at Diffuse Peritonitis

The results of the complex treatment of patients with different forms of peritonitis are brought in the paper. It is shown that the application of the recommended complex of methods of intracorporeal detoxication gives a positive clinical effect at diffuse peritonitis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Данилова Б. С. Брюшной диализ при разлитом гнойном перитоните. М., 1974.
2. Зильбер А. П. Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии. М., 1984.
3. Қанишин Н. Н. Вестн. хир., 1980, 9, с. 108.
4. Кукош В. И. Вестн. хир., 1980, 10, с. 110.
5. Коноплев В. Б. Автореф. дис. канд. М., 1978.
6. Лобаков А. И. Вестн. хир., 1987, 2, с. 132.
7. Филатов А. Н. Управляемая гемодиализация. Л., 1972.
8. Berger H. C. et al. Chirur., 1981, 52, 2, 81.
9. Parneix M. Chir. Gastroent., 1977, 11, 1, 109.
10. Parneix M. et al. Cas. Chirurgie, 1972, 98, 13, 779.
11. Lores M. E. et al. Surg. Gynec. Obstet., 1981, 153, 1, 33.
12. Hart A. L. Arch. Surg., 1982, 1—7, 82, 209.

УДК 612.397—001.4—002.3

Б. Н. Арутюнян, В. К. Гостищев, А. Г. Ханин, П. И. Толстых, В. А. Анцышкин, К. П. Чомяков, А. Д. Вирник, Ю. Г. Кряжев, М. В. Абрамов, Т. Н. Юданова

О НОВЫХ КОМПОЗИЦИОННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ
ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛАХ В ЛЕЧЕНИИ
ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

В настоящее время в лечении гнойных ран мягких тканей успешно применяются перевязочные материалы с длительным активным некротическим действием—ткани из целлюлозных и поликапроamidных волокон, содержащие иммобилизованный трипсин [2, 4]. В то же

время как в клинике, так и в эксперименте [3, 5] получены положительные результаты от применения нетканого материала из активированного углеродного волокна с высокой сорбционной активностью, способного активно поглощать раневой экссудат и оказывать противовоспалительное действие. Повышению эффективности лечения гнойных ран могло бы способствовать совмещение в одной повязке обоих указанных материалов. В связи с этим нами предложен и изучен в эксперименте новый комбинированный двухслойный перевязочный материал с высокой некролитической, противовоспалительной, сорбционной и антисептической активностью.

Первый слой повязки, прилегающий к поверхности раны, состоит из трех рядов целлюлозной медицинской марли, модифицированной прививкой полиакриловой кислоты и содержащей протеолитический фермент террилитин, иммобилизованный по методу Т. Н. Юдановой с соавт. [6]. Протеолитическая активность материала составляла 2,5 ПЕ/г. Второй слой перевязочного материала (сорбирующий) является нетканым активированным углеродным волокнистым материалом (АУВ-мтилон), полученным путем высокотемпературной (800—850°C) карбонизации в инертной среде модифицированного гидрат-целлюлозного волокна «мтилон» и последующей активизации карбонизированного волокна паро-газовым способом.

Исследуемой моделью служила рана в межлопатной области, образованная путем иссечения кожного лоскута (2×2 см) вместе с подкожной клетчаткой до мышечного слоя и его раздавливания зажимом Кохера. Нагноение вызывали культурой патогенного белого стафилококка с содержанием в 1 мл 1 млрд микробных тел. Лечение проводилось в первой фазе воспалительного процесса. Ежедневно на рану накладывалась свежая повязка с исследуемым материалом (2×2 см), причем образцы, содержащие иммобилизованный террилитин, до наложения на рану увлажнялись физиологическим раствором.

Животные были разделены на 5 групп. В I группе лечение проводилось активированным углеродным волокнистым материалом (полотно) с добавлением хлоргексидина (гибитана), упакованным в марлю с иммобилизованным террилитинном активностью 2,5 ПЕ/г; во II—активированным углеродным нетканым волокнистым материалом без добавления хлоргексидина, упакованным в марлю с иммобилизованным террилитинном активностью 2,5 КЕ/г; в III—марлей с иммобилизованным террилитинном с той же активностью; в IV—активированным углеродным нетканым волокнистым материалом, упакованным в марлю, не содержащую террилитин. V группа являлась контрольной (без лечения).

Цитологическими исследованиями выявлена следующая картина экспериментальных гнойных ран через трое и семь суток лечения композиционными биологически активными повязками. До лечения при цитологическом исследовании ран определялась преимущественно стафилококковая инфекция (+++ высокое содержание микробов в большинстве полей зрения, ++ среднее содержание микробов, + мало микробов, ± единичные микробы).

Через трое суток лечения при клиническом наблюдении лучшая динамика имела место в I группе: раны на большей части поверхности покрылись грануляциями, отек исчез. Во II группе у 60% животных раны также очистились, появились единичные грануляции. В

III и IV группах раны покрылись фибрином, грануляции единичные, вялые. В контрольной группе раны покрылись струпом. Через семь суток в I и II группах раны значительно уменьшились в размерах, чистые, гранулируют, с более выраженной краевой эпителизацией. В III и IV группах наблюдается хорошая грануляция, эпителизация. В контрольной группе раны покрылись струпом.

Через трое суток лечения раневая стафилококковая инфекция резко ослаблялась, особенно в I группе, при этом в отпечатках выявлялись единичные грамотрицательные палочки. В то же время резко понижался процент незавершенного фагоцитоза стафилококков—с $12,03 \pm 1,93$ до 0,2 соответственно в 60,1 46,7, 20 и 17 раз в I, II, III и IV группах. В тот же срок обращал на себя внимание незавершенный фагоцитоз микробов в макрофагах. Через семь суток лечения биологически активными повязками раневая инфекция практически исчезала ($\pm$). В контрольной группе на 3, 7, 10, 15 и 20-е сутки она ослаблялась (+), и лишь у части животных была выраженной (+++). Еще через 15 суток незавершенный фагоцитоз составлял 10,95 и через 20 суток—12,95%, а количество стафилококков в одном нейтрофиле равнялось $6,0 \pm 0,69$ и $4,0 \pm 0,7$ соответственно с наличием их в цитоплазме и изредка в ядрах макрофагов и цитоплазме фибробластов, что говорило о наличии слабовыраженной раневой инфекции, задержавшей заживление раны до поздних сроков.

По сравнению с данными до лечения через трое и семь суток воспалительная реакция резко ослаблялась ($39,6 \pm 2,5$). Так, через трое суток она уменьшалась в 1,7, 1,55, 1,48 и 1,45 раза, через семь суток—в 2,66, 2,49, 2,1 и 1,77 раза в I, II, III и IV группах соответственно (в контрольной группе—в 1,33 раза). Через семь суток лечения различия между опытными группами, а также между ними и контрольной группой были статистически достоверны ($P < 0,05$).

Противовоспалительный эффект различных повязок определялся уменьшением степени отека ран, количества раневого отделяемого, ускорением роста грануляций и эпителизации в сравниваемых группах. Об уменьшении гнояного раневого отделяемого свидетельствовало падение процента некротизированных нейтрофильных лейкоцитов по сравнению с исходной цифрой ($66,1 \pm 2,3$) через трое суток лечения в 2,3, 1,86, 2,05 и 1,7 и через семь суток—в 5,1, 4,8, 2,33 и 1,94 раза в I, II, III и IV группах соответственно (в контрольной группе—в 1,1 раза). Различия в сравниваемые сроки в динамике между опытными группами и в контроле были также статистически достоверны. Данным лабораторного цитологического исследования соответствовала клиническая картина перехода гнояного воспаления в серозно-гнояное и серозное.

Одновременно во всех опытных группах по сравнению с исходными данными ($9,41 \pm 1,3\%$) значительно увеличивался процент нейтрофилов с относительно сохранными сегментированными ядрами: через трое суток в 4,86, 3,92, 3,1 и 2,8 раза и через семь суток—в 9, 7,56, 5 и 4,27 раза соответственно (в контрольной группе—в 1,93 раза). Динамика возрастания процента нейтрофильных лейкоцитов с

нормальной структурой ядра, наряду с уменьшением процентного содержания некротизированных нейтрофильных лейкоцитов, свидетельствовала о переходе гнойного отделяемого в серозно-гнойное и серозное, что соответствовало клинической картине. В те же сроки в опытных группах улучшались обменные процессы в тканях раны, значительно возрастала концентрация гликогена и ДНК в нейтральных лейкоцитах (+++) через семь суток лечения, особенно в I и II группах.

По мере возрастания сроков лечения усиливалась пролиферация соединительно-тканых клеточных элементов. Процент мононуклеарных клеток возрастал в основном за счет фибробластов по сравнению с исходным ($5,41 \pm 2,02$) через трое суток в 2,89, 2,9, 2,69 и 2,9, а через семь суток—в 4,93, 4,34, 3,86 и 2,92 раза соответственно (в контрольной группе—в 1,57 раза). Через семь суток лечения различия между I и III—IV группами и контрольной, а также II и IV статистически достоверны. В этот срок в соединительно-тканых клетках увеличивалось также содержание ДНК и РНК (до +++), особенно в I группе. В контрольной группе дальнейшая пролиферация соединительно-тканых клеток была низкой: через 10 суток в 1,66, 15—1,77 и 20 суток—в 1,88 раз больше, чем до лечения. Результаты цитологических исследований соответствовали клиническим наблюдениям за течением заживления ран. Так, сроки очищения ран составляли 2,8, 3,0, 6,0 и 5,7 суток (в контрольной группе—14,8), сроки заживления—12,4, 13,2, 18,5 и 19,6 суток соответственно.

Результаты лабораторных, экспериментальных и клинических исследований свидетельствуют об ускорении купирования раневой инфекции и нагноения ран, стимуляции регенерации, значительном сокращении сроков очищения и заживления экспериментальных гнойных ран мягких тканей при лечении композиционной повязкой из активированного углеродного волокнистого материала с добавлением хлоргексидина-биглюконата (гибитона), улакованного в марлю с иммобилизованным террилитином. Вышесказанное позволяет рекомендовать применение комбинированных биологически активных повязок в гнойной хирургии и их серийное производство.

Кафедра общей хирургии
I ММИ им. И. М. Сеченова

Поступила 8/II 1990 г.

Բ. Ն. Հարությունյան, Վ. Կ. Դառախչյան, Ա. Գ. Խանին, Պ. Ի. Տոլստիխ, Վ. Ա. Անցիլյին,
Կ. Պ. Խամյակով, Ա. Դ. Վիրենի, Յու. Գ. Կոլածե, Մ. Վ. Աբրամով, Տ. Ն. Յուզանովա

ՓԱՓՈՒԿ ՀՅՈՒՍՎԱՄԵՆԵՐԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ՎԵՐԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ ՆՈՐ ԿՈՄՊՈԶԻՑԻՈՆԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐԱԼՆՈՐԵՆ ԱԿՏԻՎ ՎԻՐԱԿԱՊԱԿԱՆ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ՇՈՒՐՁ

Փորձարարական հետազոտությունները հաստատում են, որ փափուկ հյուսվածքների թարախային վերքերի ակտիվացված ածխի և քլորհեքսիդին-բիգլյուկոնատի ու թանգիֆի վրա ամրացված տերրիլտինի կոմբինացված վիրակապերով բուժումը, արագացնում է վերքային փնֆեկցիայի և թարա-

իւի վերացումը, զգալի կրճատում վերքերի մաքրման և լավացման ժամկետները:

Ստացված արդյունքները հաստատում են այդպիսի կոմբինացված կենսաբանական ակտիվ վիրակապերի կիրառման նպատակահարմարությունը թարախային վիրաբուժությունում և նրանց լայն արտադրության անհրաժեշտությունը:

B. N. Haroutyunian, V. K. Gostishev, A. G. Khanin, P. I. Tolstykh,
V. A. Antsyshkin, K. P. Khomyakov, A. D. Virnik, Yu G. Kryazhev,
M. V. Abramov, T. N. Yudanov

About New Compositional Biologically Active Dressing Materials at Treatment of Purulent Wounds of Soft Tissues

The experimental investigations show the hastening of cupping of the wound infection and its suppuration, stimulation of regeneration and significant decrease of the terms of cleaning and healing of the experimental purulent wounds of the soft tissues in case of their treatment with composed dressing of activated carbonic material with addition of chlorhexidin bigluconate, packed in the gauze with immobilized terrilitine. It is recommended to use this dressing material in clinical surgery.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гостищев В. К., Толстых П. И., Ханин А. Г. и др. Вестн. хирургии, 1985, 6, с. 68.
2. Гостищев В. К., Толстых П. И., Ханин А. Г. и др. Хирургия, 1985, 11, с. 102.
3. Дерябин И. И., Ерецякая Е. В., Николаев В. Г. и др. Вестн. хирургии, 1985, 8, с. 71.
4. Толстых П. И., Гостищев В. И., Ханин А. Г. Вестн. хирургии, 1987, 3, с. 57.
5. Харченко В. Г., Бижко И. П., Барвинский В. А., Витвицкий А. Ф. В кн.: Раны и раневая инфекция (тез. докл. Всесоюз. конференции). М., 1986, с. 153.
6. Юданова Т. Н., Скокова И. Ф., Власов Л. Г., Вирник А. Д. Биотехнология, 1985, 6, с. 98.

УДК 616.34—007.212+616.381—002

К. М. Мурадян

ИНТУБАЦИОННАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ПЕРИТОНИТЕ

При неотложных хирургических вмешательствах по поводу острой кишечной непроходимости и перитонита одним из методов борьбы с парезом и параличом кишечника является интубационная декомпрессия кишечника (ИДК), которая осуществляется введением в просвет кишечника интубационной трубки (ИТ) различными способами [4, 6, 7, 10].

Способы ИДК условно разделяются на закрытые и открытые, проксимальные и дистальные. Закрытая ИДК осуществляется эндоскопическим способом при помощи гастродуоденоскопа [11, 12], на-