

повреждения пищевода, не осложненные флегмоной околопищеводной клетчатки, подлежат ушиванию. При развитии гнойных осложнений показано внеплевральное активное дренирование зоны повреждения. Множественные повреждения патологически измененного пищевода служат показанием к его резекции. В этой группе умерли 8 больных, причем у 6 из них причиной такого исхода явилась недиагностированная множественность повреждений. 2 больных из 8 были переведены в Институт в крайне тяжелом состоянии и погибли от тотальной флегмоны средостения.

Выводы

1. По характеру и механизму травмы можно выделить изолированные, множественные и сочетанные повреждения пищевода.

2. У больных с длительным сроком пребывания инородного тела в пищеводе необходимо целенаправленно исключать наличие множественных повреждений на разных уровнях.

3. Наличие множественных или сочетанных проникающих повреждений должно служить показанием к активной хирургической тактике. Характер вмешательства зависит от времени, прошедшего с момента травмы, и наличия патологических изменений стенки пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Русанов А. А., Русанова Н. И. Перфорации пищевода при бужировании. — Хирургия, 1976, № 7, с. 42—47.
2. Терновский С. Д., Воздвиженский С. И., Державин В. М. и др. Лечение химических ожогов и рубцовых сужений пищевода у детей. М., 1963.
3. Щербатенко М. К. Рентгенодиагностика перфораций пищевода и их осложнений, вызванных инородными телами и инструментами. Автореф. канд. дис., М., 1958.

Поступила в редакцию 14.06.82 г.

MULTIPLE INJURIES OF THE ESOPHAGUS

M. M. Abakumov

Out of 262 patients with penetrating injuries of the esophagus there were 24 patients with multiple and 2 patients with associated injuries. Diagnosis of multiple and associated injuries may be facilitated by a careful rentgenological examination and diagnostic esophagoscopy. Most of the patients with multiple injuries of the esophagus are liable to operative treatment.

УДК 617.55-001-089 : 615.36 «тималин, контрикал»

Б. Н. Саламатин, В. Н. Кравец, М. Н. Тарелкина, Е. А. Сейфетдинов,
Л. А. Сикора, Г. Б. Гербут, В. Х. Хавинсон и В. Г. Морозов

ПРИМЕНЕНИЕ ТИМАЛИНА И КОНТРИКАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТРАДАВШИХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ОРГАНОВ ЖИВОТА

Ленинградский научно-исследовательский институт скорой помощи им. проф.
И. И. Джанелидзе (дир. — д-р мед. наук М. П. Гвоздев)

В оценке тяжести травм и их осложнений все большее значение приобретает изучение иммунологической реактивности организма [1, 2, 6]. При повреждениях органов живота и осложняющем их перитоните подобные исследования нам не известны. Для решения этого вопроса у 20 таких пострадавших, у 8 из которых был перитонит, при поступлении изучались Т- и В-лимфоциты крови. По сравнению со здоровыми людьми у всех пострадавших, с перитонитом и без него, число Т- и В-лимфоцитов оказалось резко сниженным (рис. 1). Таким образом, в отличие от воспаления брюшины, сопровождающего заболевания органов живота, при которых, по данным ряда авторов [3, 5], в началь-

ную реактивную фазу отмечается мобилизация и напряжение защитных механизмов, перитонит у пострадавших с повреждениями органов живота с самого начала развивается на фоне угнетения клеточного и гуморального иммунитета.

Одновременно, для оценки степени ферментемии как показателя эндогенной интоксикации, у 258 пострадавших с повреждениями органов живота, из которых у 84 был перитонит, изучалась активность амилазы крови (больные с повреждениями поджелудочной железы и панкреатитом в эту группу не включались). В момент поступления активность амилазы крови у пострадавших в среднем составила 150 ± 12 ед. (по Кингу), т. е. несущественно отличалась от цифр у здоровых людей (120 ± 6 ед., $n=25$). Однако в дальнейшем, на протяжении недели, вне зависимости от лечения активность амилазы крови у этих больных в среднем оказалась в значительной степени повышенной (на 1—2-й

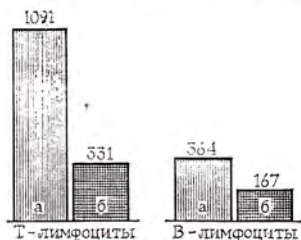


Рис. 1. Число Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов в 1 мм^3 крови у здоровых людей (а) и у пострадавших с повреждением органов живота и перитонитом при поступлении (б)

день после операции 218 ± 21 ед., на 3—5-й день — 242 ± 20 ед. и на 6—7-й день — 225 ± 20 ед.). Лишь к 8—10-му дню послеоперационного периода она снизилась до исходных цифр. Повышение активности амилазы крови отмечалось в ряде случаев у больных с повреждениями органов живота без перитонита, при множественных травмах и различных осложнениях, в частности гнойного характера. Очень высокая активность амилазы крови была у больных с последующим летальным исходом травмы, у всех умерших в среднем она составила 339 ± 39 ед. У умерших без перитонита активность амилазы крови была 276 ± 43 ед., с перитонитом — 398 ± 63 ед., т. е. оказалась гораздо больше, чем у тех, у кого не было этого осложнения.

Исходя из полученных данных, было решено использовать в комплексном лечении наших больных тималин и контрикал.

Тималин, препарат из тимуса, нашел в последнее время применение для лечения иммунодепрессивных состояний [4, 9]. Мы применили его при лечении 25 человек. Закрытая травма живота была у 9, колото-резанные ранения — у 16. Сопутствующие травмы имели место у 6 из этих пострадавших с закрытыми повреждениями (у 2 был ушиб головного мозга, у 2 — сдавление груди и у 2 — перелом костей таза). У 15 отмечены повреждения тонкой кишки, в том числе множественные — у 5, у 3 — разрывы или ранения толстой кишки, у 4 — ранения мочевого пузыря и у 3 — разрывы или ранения печени. Перитонит во время операции диагностирован у 5 человек, у 2 был серозно-фибринозный, у 1 — мочевоый, у 1 — фибринозно-гнойный и у 1 — каловый перитонит. У всех 25 больных после устранения повреждений и восполнения кровопотери по принятой методике [7, 8] проводились промывание брюшной полости и форсированный диурез.

Тималин на фоне применявшегося комплексного лечения вводили на 0,25 % растворе новокаина внутримышечно по 10 мг ежедневно в течение 5 дней, начиная со 2-го дня послеоперационного периода (см. рис. 1, 2, 3).

После операции из 25 больных умерли 2 с тяжелыми сочетанными внебрюшинными травмами (перитонита у них не было). У 1 больного основной причиной летального исхода был ушиб головного мозга, у 1 — острая дыхательная недостаточность и присоединившаяся пневмония (при травме груди). Из осложнений у выживших следует отметить тазовый гнойник у больного с ранением мочевого пузыря и моче-

ным перитонитом и у двух больных — нагноение операционной раны живота. У остальных больных послеоперационное течение было гладким. Клинические проявления перитонита стихли на 3—5-й день, в эти же дни восстановилась перистальтика, операционные раны стенки живота зажили первичным натяжением.

Для сравнения была взята «контрольная» группа больных также из 25 человек, у которых были практически такие же повреждения органов брюшной полости и внебрюшинные травмы, объем кровопотери, сроки операций с момента травмы, частота и тяжесть перитонита. У них при таком же комплексном лечении тималин не применялся.

Как видно из рис. 2 и 3, у пострадавших, при лечении которых применяли тималин, наблюдалось более быстрое восстановление пока-

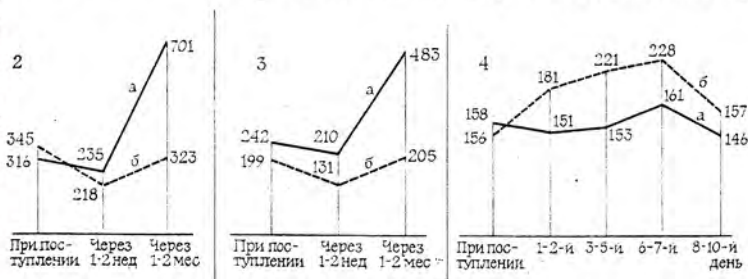


Рис. 2. Число Т-лимфоцитов в 1 мм³ крови у больных, получавших тималин (а) и не получавших его (б).

Рис. 3. Число В-лимфоцитов в 1 мм³ крови у больных, получавших тималин (а) и не получавших его (б).

Рис. 4. Активность амилазы крови в единицах по Кингу у больных, получавших контрикал (а) и не получавших его (б).

зателей как клеточного, так и гуморального иммунитета, а именно число Т- и В-лимфоцитов в крови у таких больных в большей степени приблизилось к нормальным показателям, чем у «контрольных» больных, при лечении которых тималин не применялся.

В «контрольной» группе также из 25 больных умерли 5 человек, из них у 3 основной причиной смерти явились тяжелые внебрюшинные травмы и их осложнения и у 2 — перитонит, развившийся после множественных повреждений тонкой кишки. Из осложнений у выживших следует отметить нагноение операционной раны у 5 больных.

Об эффективности тималина при его применении в комплексном лечении свидетельствует следующее клиническое наблюдение.

Больной Е., 40 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в животе, озноб, тошноту. 10 дней тому назад получил удар в живот доской. Состояние тяжелое, положение вынужденное — на правом боку с приведенными к туловищу коленями. Кожа серой окраски. Язык и губы сухие. АД 130/70 мм рт. ст. Пульс 96 в 1 мин, ритмичный. Живот немного вздут, симметричный, в акте дыхания участвует слабо. Передняя брюшная стенка при пальпации напряжена, болезненна, симптом Щеткина—Блюмберга положительный во всех отделах. Выслушиваются редкие и слабые перистальтические шумы. Печеночная тупость сохранена. Притупление в отлогих местах живота с отчетливостью не определяется. При пальцевом исследовании прямой кишки отмечается болезненность ее передней стенки.

При операции через 3 ч с момента поступления в брюшной полости обнаружено около 1000 мл гноя (его посев дал рост кишечной палочки). Висцеральная брюшина резко гиперемирована, отечна, покрыта фибринозно-гнойным налетом. В левой половине брюшной полости имеется конгломерат из петель тонкой, сигмовидной, поперечной ободочной кишок и сальника. При его разъединении обнаружен дефект стенки сигмовидной кишки диаметром 1,5 см, проникающий в ее про-

свет, на этом же участке кишка десерозирована и синюшна. Сигмовидная кишка ре-зецирована на протяжении 10 см. Ее дистальный конец закрыт трехрядными швами, проксимальный выведен в виде одностольного противоестественного заднего прохода через отдельный разрез в левой подвздошной области. Брюшная полость промыта 10 л раствора фурацилина в разведении 1:4000 и дренирована тремя тонкими мягкими трубками через срединную операционную рану и проколы в обоих подреберьях, а также двумя широкими трубками через разрезы в подвздошных областях. Срединная рана живота послойно зашита.

В послеоперационном периоде по принятой методике промывали брюшную полость в течение 5 дней с добавлением к вводимым в нее растворам 3,0 канамидина в сутки и проводили форсированный диурез. Начиная со 2-го дня после операции на протяжении 5 дней ежедневно внутримышечно вводилось по 10 мг тималина, растворенного в 0,25 % растворе новокаина.

Состояние, которое вначале было крайне тяжелым, на 3-й день после операции значительно улучшилось. АД 130/70 мм рт. ст. Пульс 104 в 1 мин, ритмичный. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания. Газы и кал свободно отходят через выведенную сигмовидную кишку. Больной перенес пневмонию и нагноение операционной раны. При поступлении лейкоцитов было $4,2 \cdot 10^9/\text{л}$, Т-лимфоцитов 120 в мм^3 , В-лимфоцитов 120 в мм^3 , а на 11—15-й день после операции соответственно $10,8 \cdot 10^9/\text{л}$, 704 в мм^3 и 342 в мм^3 . Выписан на амбулаторное лечение на 40-й день после операции.

Антиферментный препарат контрикал применялся у 30 больных с повреждениями органов живота. У 11 человек была закрытая травма и у 19 — колото-резаные ранения. Сопутствующие внебрюшинные травмы имелись у 8 человек. У 1 был ушиб головного мозга, у 5 — сдавление груди с переломами ребер, у 1 — перелом костей таза и у 1 — костей конечностей. Повреждения желудка встретились у 4, тонкой кишки — у 17, в том числе множественные — 4, толстой — у 2, множественные разрезы тонкой и толстой кишки — у 2, мочевого пузыря — у 2, желчного пузыря — у 1, печени — у 2. Перитонит при поступлении был у 15 человек (у 9 серозно-фибринозный, у 2 — фибринозно-гнойный), у 1 — желчный, у 1 — мочевого и у 2 — каловый).

Контрикал вводили по 150 000 ЕД ежедневно внутривенно капельно в 5 % растворе глюкозы по завершении очередного сеанса форсированного диуреза, начиная с 1-го дня после операции на протяжении 3—5 дней послеоперационного периода. Умерли 3 больных. Основной причиной смерти у них явились сопутствующие внебрюшинные травмы, у 1 — ушиб головного мозга с его отеком, у 1 — сдавление груди с переломами грудины и ребер и у 1 — множественные переломы костей таза с обширным размозжением и отслойкой мягких тканей на фоне массивной кровопотери, серозно-фибринозного перитонита и присоединившейся пневмонии. Из осложнений у выживших следует отметить у 1 больного ограниченный гнойник в области наложенных на рану сигмовидной кишки швов и у 2 — нагноение операционной раны живота. В остальном послеоперационное течение у больных было гладким. Симптомы раздражения брюшины и другие клинические проявления перитонита стихли на 3—5-й день после операции, в эти же дни восстановилась перистальтика, был стул, заживление ран живота происходило первичным натяжением.

Для сравнения была взята «контрольная» группа больных из 30 человек с такими же повреждениями органов брюшной полости, внебрюшинными травмами, объемом кровопотери, сроками операций с момента травмы. Перитонит при поступлении был также у 15 человек. У 9 человек он был серозно-фибринозный, у 4 — фибринозно-гнойный, у 1 — желчным, у 1 — каловым. При таком же комплексном лечении этих больных контрикал не вводился. Как видно из рис. 4, у них при том же лечении послеоперационное течение сопровождалось более высокой активностью амилазы в крови на всем протяжении ближайшего послеоперационного периода, чем у больных, которым контрикал вводился. Из 30 пострадавших «контрольной» группы умерли 7 больных, у которых были сопутствующие внебрюшинные травмы: у 4 из них они послужили основной причиной смерти на фоне серозно-фибринозного перитонита и присоединившейся пневмонии, а у 3 больных основной причиной

летального исхода явился фибринозно-гнойный перитонит. Из осложнений у выживших следует отметить у 5 нагноение операционной раны живота. В остальном течение послеоперационного периода протекало без осложнений, и наступило выздоровление.

Выводы

1. При повреждениях живота развитие перитонита с самого начала происходит на фоне угнетения клеточного и гуморального иммунитета.

2. В ближайшие дни к токсическим и другим расстройствам в организме вследствие всасывания в кровь из брюшной полости микробов и содержимого желудочно-кишечного тракта, а также самого перитонита, присоединяется гипермилаземия как показатель ферментемии при эндотоксикации организма.

3. Включение в комплексное лечение у таких больных иммунорегулирующего препарата тималина сопровождалось более быстрым восстановлением клеточного и гуморального иммунитета, а антиферментного препарата контрикала — уменьшением ферментемии, что, в свою очередь, способствовало уменьшению летальности от перитонита в этой группе больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерябин И. И. Политравма, особенности патогенеза, клиника и лечение.— В кн.: Тезисы докладов на республикан. научн. конф. по проблеме «Клиника, диагностика и лечение сочетанных повреждений, сопровождающихся шоком» (3—4 октября 1978 г.).— Л., 1978, с. 7—9.
2. Дерябин И. И., Рожков А. С., Чернов Э. В. Профилактика и лечение гнойных осложнений тяжелой механической травмы.— Вестн. хир., 1981, № 7, с. 70—73.
3. Ерюхин И. А., Зубницкий Ю. Н., Белый В. Я., Ханевич М. Д. Состояние иммунологической реактивности организма при разлитом перитоните.— Вестн. хир., 1982, № 5, с. 11—15.
4. Козлов В. А., Котов Г. А., Цимбалстов А. В. и др. Оценка эффективности применения тималина при лечении больных травматическим остеомиелитом нижней челюсти.— Вестн. хир., 1981, № 12, с. 3—6.
5. Лыткин М. И., Карякин А. М., Белый В. Я., Зубарев П. Н. Лечение острого перитонита.— Вестн. хир., 1977, № 8, с. 10—18.
6. Подосинников И. С., Худайберенов Г. С. Иммунологическая реактивность организма при тяжелой механической травме.— Вестн. хир., 1981, № 3, с. 116—120.
7. Саламатин Б. Н. Лечение перитонита при повреждениях живота.— Вестн. хир., 1979, № 6, с. 95—99.
8. Филли В. И., Саламатин Б. Н. Постоянное промывание брюшной полости в сочетании с форсированным диурезом при перитоните.— Вестн. хир., 1974, № 1, с. 10—13.
9. Хавинсон В. Х., Морозов В. Г. Экспериментальное и клиническое изучение нового иммунорегулирующего препарата — тималина.— Воен.-мед. журн., 1982, № 5, с. 37—39.

Поступила в редакцию 11.01.83 г.

THE APPLICATION OF THYMALIN AND KONTRIKAL IN THE TREATMENT OF INJURIES OF ORGANS OF THE ABDOMEN

B. N. Salamatin, V. N. Kravets, M. N. Tarelkina, E. A. Seifetdinov, L. A. Sikora, G. B. Gerbut, V. Kh. Khavinson and V. G. Morozov

The application of thymalin and kontrikal for the treatment of patients with injuries of the abdominal organs is believed by the authors to result in the recovery of the cell and humoral immunity, the decrease of fermentemia and reduced lethality from peritonitis.