

Ю.И. Бородин, Н.П. Бгатова, А.М. Паничев, С.Н. Силкин, О.П. Макарова, И.Г. Ракова

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ НА ОСНОВЕ ПРИРОДНОГО ЦЕОЛИТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН

ГУ НИИ КиЭЛ СО РАМН (г. Новосибирск)  
Тихоокеанский институт географии ДВО РАН (г. Владивосток)  
Главный госпиталь Тихоокеанского флота РФ (г. Владивосток)

В последние годы появилось много образцов раневых покрытий, отличающихся по химическому составу основы и добавляемых в них лекарственных веществ. Вместе с тем до сих пор не существует универсального препарата, пригодного для использования во все фазы раневого процесса при ожогах различной глубины. Известно, что лечение больных с ожогами, представляет значительные трудности, особенно в чрезвычайных ситуациях при массовом поступлении пострадавших, когда требуются высоко эффективные и недорогие перевязочные средства, способные предотвратить тяжелые последствия термических травм и снизить смертность данной категории больных. Одним из перспективных направлений в разработке новых перевязочных средств является создание биологически активных раневых покрытий, на основе технологии полупроницаемых мембран и цеолитовых сорбентов. Особенностью цеолитов, как сорбентов, является не только способность сорбировать токсические вещества, но и регулировать минеральный гомеостаз организма.

На экспериментальной модели ожога 3А степени на крысах породы Вистар нами было показано, что использование аппликаций раневого покрытия «Литопласт» (тонкоразмолотого цеолитсодержащего природного минерального комплекса Милоградовского месторождения в полупроницаемой мембране) способствовало более раннему купированию воспалительного процесса, более эффективному развитию грануляционной ткани и эпителизации. Нами было выявлено, что использование после термического ожога кожи раневого покрытия «Литопласт» оказывало не только местное, ранозаживляющее действие, но и выраженный общий детоксикационный, противовоспалительный эффект, снижало степень дегидратации организма. В качестве маркеров развивающейся в послеожоговом периоде токсемии, использовали определение концентрации молекул средней массы и изучение структуры печени, как центрального органа детоксикации. Развитие системного воспалительного процесса оценивали по концентрации про- и противовоспалительных цитокинов и изучению структуры коры головного мозга. В качестве маркера водного баланса организма в послеожоговом периоде исследовали структуру поднижнечелюстной слюнной железы.

Нами было показано снижение концентрации молекул средней массы, меньшее повреждение структуры печени, коры головного мозга и структуры поднижнечелюстной слюнной железы в послеожоговом периоде при использовании раневого покрытия «Литопласт». Применение раневого покрытия «Литопласт» способствовало более ранней индукции IL-1 и ФНОб, что, по-видимому, обусловило более раннее подключение клеток, участвующих в регенерации поврежденной кожи. Низкие уровни активности IL-2 и IL-4 косвенно свидетельствовали о меньшей инфицированности ожоговой раны. Полученные эффекты раневого покрытия мы связываем с его корригирующим действием на лимфатический дренаж области ожоговой раны кожи. Косвенным свидетельством данного факта являлось меньшее повреждение интерстиция и ультраструктуры эндотелиоцитов лимфатических капилляров при его использовании.

Полученные данные позволяют полагать, что применением аппликаций раневого покрытия «Литопласт» на основе природного минерального комплекса можно не только регулировать механизмы развития воспалительного и регенераторного процесса, но и управлять лимфодренажной функцией лимфатической системы, снижая степень интоксикации организма.

А.И. Брегель, Е.А. Кельчевская, А.М. Хантаков

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

Экстренная колоноскопия является одним из наиболее информативных методов исследования при подозрении на заболевания прямой и ободочной кишок.

В представленном сообщении обобщен опыт экстренной колоноскопии у 78 больных с колоректальным кровотечением. Удельный вес больных с толстокишечным кровотечением составил 2,3 % на 3331 колоноскопий.

Мужчин было 34 (43,6 %), женщин — 44 (56,4 %). В возрасте до 30 лет было 3 (3,8 %) больных, 31 — 40 лет — 3 (3,8 %), 41 — 50 лет — 10 (12,8 %), 51 — 60 лет — 17 (21,8 %) больных, 61 — 70 лет — 18 (23,1 %), 71 — 80 лет — 18 (23,1 %) и старше 80 лет — 8 (10,3 %) больных.

Исследование кишечника у большинства больных проведено в первые двое суток от момента поступления их в клинику.

Причиной кровотечения явились: дивертикулы толстой кишки (15 больных), геморрагический проктит (9), колоректальный рак (6), острые язвы (6), эрозивно-язвенный колит (5), НЯК (5), полипы (4) и другие заболевания (3). У 25 больных при колоноскопии был выставлен синдромальный диагноз толстокишечного кровотечения.

При опухолях толстой кишки и НЯК диагноз верифицировался при патоморфологическом исследовании биоптата.

Источник кровотечения локализовался в прямой кишке у 8 больных, сигмовидной кишке — у 25, нисходящей кишке и селезеночном углу — у 13, восходящем отделе — у 7, в области баугиньевой заслонки и тонкой кишке — у 3 и у 8 больных были множественные очаги кровотечения в нескольких отделах толстой кишки. В 14 наблюдениях при колоноскопии не удалось определить точную локализацию источника кровотечения.

Продолжающееся кровотечение во время колоноскопии было у 29 больных. У 26 больных оно было малой интенсивности и у трех — средней интенсивности. У 49 больных на момент проведения эндоскопии имелись признаки кишечного кровотечения, но активного подтекания крови не отмечено и кровотечение было расценено как остановившееся.

Таким образом, 56,4 % больных с колоректальным кровотечением были пациенты пожилого и старческого возраста.

Наиболее частой причиной кровотечения являются дивертикулы толстой кишки и геморрагический проктит. Источник кровотечения чаще локализуется в сигмовидной кишке и нисходящей ободочной с селезеночным углом.

У больных с колоректальным кровотечением, колоноскопия позволяет подтвердить или отвергнуть факт кишечного кровотечения, у большинства больных определить причину и локализацию источника кровотечения.

**А.И. Брегель, Н.А. Мутин, А.М. Хантаков**

### **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)**

В представленном сообщении обобщен опыт экстренной лапароскопии у 71 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН). В данную работу не были включены больные с острой мезентериальной непроходимостью.

Неотложная лапароскопия была выполнена у 93 больных с подозрением на ОКН при неясной клинической картине, сомнительных рентгенологических данных, трудностях в дифференциальной диагностике с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости. Диагноз был подтвержден только у 14 (15,1 %) больных. Кроме того, у 57 больных во время лапароскопии, предпринятой в связи с подозрением на другие острые заболевания, была диагностирована ОКН различного генеза.

Мужчин было 35 (49,3 %), женщин — 36 (50,7 %). В возрасте до 40 лет было 7 (9,9 %) больных, 41 — 60 лет — 25 (35,2 %) больных и 36 (50,9 %) пациентов были пожилого и старческого возраста.

У 52 (73,2 %) больных эндоскопия была выполнена в первые сутки с момента поступления в клинику.

У 36 (50,7 %) больных причиной ОКН явился спаечный процесс брюшной полости, у 24 (33,8 %) пациентов при лапароскопии установлен опухолевый характер ОКН, у 6 (8,5 %) — заворот толстой (4) и тонкой (2) кишок, у 5 (7,0 %) больных кишечная непроходимость имела динамический характер.

У всех больных имелись резко раздутые петли тонкой и толстой кишок, выпот в брюшной полости. У 10 (14,1 %) больных отмечен некроз стенки толстой (8) и тонкой (2) кишок. У 4 из них произошла перфорация некротизированной стенки толстой кишки. У 20 (28,2 %) больных при лапароскопии констатировано развитие серозного (14), серозно-геморрагического (4), гнойного (1) и пельвиоперитонита (1).

Лапароскопия позволяет не только диагностировать ОКН, но и выявить сопутствующие заболевания брюшной полости. Так, у 28 (39,4 %) были обнаружены хронический гепатит и цирроз печени (10), асцит (5), признаки портальной гипертензии (4) и другие заболевания (9).

Осложнений, связанных с проведением неотложной лапароскопии в анализируемой группе больных не было.