биорецептивных рефлексов (Зозуля прокных Γ.Γ.,1982).

Материалом для наших исследований служили ларвоцисты эхинококка, полученные на мясокомбинатах г.Волгограда и области, от больных оперированных по поводу эхинококкоза в клиниках города, от экспериментальных в состоянии иммобилизационного и эмоционального шока и животных из дикой природы во время экспедиции на БАМ(1979) в составе Гельминтологической Лаборатории АН под руководством Ю.К.Богоявленского. Концепция биорецепции была установлена (Зозуля Г.Г.,1982) после многолетнего изучения морфофизиологии интероцепторов кровеносных сосудов и тканей (с 1956 по 1982 годы), а также после 1965 года при изучении свойств тканей, когда объектом наших исследований становится ларвоциста эхинококка и прилежащие ткани промежуточного хозяина.

Биорецепция характеризовалась нами как генетически детерминированный интегративный рефлекторный процесс, направленный на гомеокинез биоэкологической системы. Эта концепция не только объединяла биологию и медицину, стала ведущей и в ветеринарии (ветеринарной медицине), так как эхинококкоз встречается не только у человека, но и у многих сельскохозяйственных животных.

Рассматривая зиготу человека и домашних животных как взаимодействие анизотропных гамет или межклеточные взаимодействия в целостном организме, являющимся средой обитания его клеток и тканей, мы не можем не говорить о реципрокной биорецепции и связанных с этим понятием биоэкологических или биорецептивных рефлексах, которые не могут быть не реципрокными. Это положение позволило нам не только установить явление реципрокной биорецепции клеток и тканей, которое, на наш взгляд, имеет важное значение в иммунитете, онкологии, трансплантологии(1982-1995),но и сформулировать биоэкологический закон (Зозуля Г.Г., 1995), не менее важный, чем биогенетический, или закон сохранения энергии.

ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИТОНИТА ПРИ

Турантаева Е.П., Ли Р.Л.

Якутский Государственный Университет Имени М.К.Аммосова; Медицинский институт

Актуальность: Среди многочисленных осложнений язвенной болезни перфорация

язвы, безусловно, стоит на первом месте как по непосредственной угрозе жизни, так и по быстроте развития драматических ситуаций. Диагноз перфоративной дуоденальной язвы диктует необходимость экстренного оперативного вмешательства. Чем раньше выставлен диагноз и проведена операция, тем лучше прогноз для больного так как оттягивание сроков грозит возникновением разлитого перитонита.

Целью нашего исследования являлось 1. Изучение особенностей перитонита при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки. 2.Изучение методов хирургического лечения перитонита при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

Задачи: Определение распространенности перитонита с момента перфорации, подбор оптимальной методики хирургического лечения перитонита и проведение исследования перитонеальной жидкости на выявление в ней бактериальной микрофлоры.

Материалы и методы: Нами был проведен анализ результатов хирургического лечения 100 больных с клиническим диагнозом осложненная язвенная болезнь, перфорация язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, перитонит (местный, диффузный, распространенный), находившихся на лечении в Республиканской больнице, центре экстренной медицинской помощи города Якутска, 1 хирургическом отделении с 1999 по 2003 год.

Обсуждение результатов: Среди них мужчин было 92% (92) женщин 8%(8). Основной контингент больных составили пациенты трудоспособного возраста, то есть до 50 лет 90%(90).

Возраст больных.

	До 30 лет	31-50 лет	Старше 50 лет
Мужчины	40% (40)	43% (43)	9% (9)
Женщины	3% (3)	4% (4)	1% (1)

Наиболее часто встречающимися жалобами были резкие боли по всему животу, тошноту, рвоту, сухость во рту. Язвенный анамнез отмечался у 25% (25) пациентов. Проведенная нами оценка времени обращения за медицинской помощью от начала заболевания и до сроков операции показала, что подавляющее большинство больных 77% (77) поступили в первые 6 часов от момента перфорации и соответственно 23% (23) больных позже 6 часов с выраженной картиной перитонита. Так же установлено, что 89% (89) больных поступили в стационар в тяжелом состоянии у 10% (10) отмечалось состояние средней степени тяжести и у 1% (1) состояние ближе к удовлетворитель-HOMV.

Состояние больных при поступлении в стационар.

	Тяжелое состояние	Состояниесредней сте-	Состояние ближе к к
		пени тяжести	удовлетворительному
Мужчины	83% (83)	7% (7)	1% (1)
Женщины	5% (5)	3% (3)	

Все больные поступившие в отделение оперированы. Клинический диагноз осложненная язвенная

болезнь, перфорация язвы двенадцатиперстной кишки местный серозный перитонит выставлен у 3% (3)

больных, диффузный серозно-фибринозный у 76% (76) больных и у 21% (21) распространенный гнойный. Применялись следующие методы хирургического лечения: 1) иссечение и ушивание перфорационных язв двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Джадду-Танаку 55% (55), 2) иссечение перфоративной внепилорической язвы с дуоденопластикой по Джадду-Хорсли 35%(35), 3) резекция желудка по Бильрот 11 4%(4), 4) пилоропластика по Гейнеке-Микуличу 3%(3), 5) гастродуоденоанастомоз по Джабулею 3% (3). Показанием к пилоропластике по Джадду-Танаку являлся пилородуоденальный стеноз, деформации двенадцатиперстной кишки. Дуоденопластика по Джадду-Хорсли проводилась при наличии перфорации на передней стенке двенадцатиперстной кишки и дистальнее чем на 1,5 сантиметра расположение язвы от пилорического жома и отсутствие выраженного пилородуоденального стеноза, множественных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Резекция желудка применялась при повторной перфорации пилородуоденальных язв после их ушивания, нарушения дуоденальной проходимости выраженный рубцово-спаечный процесс, подозрение на малигнизацию, пенетрация в соседние органы. Дренирующие желудок операции были показаны в том случае, когда стеноз представлял собой изолированное сужение луковицы или прилежащего участка двенадцатиперстной кишки без вовлечения в процесс самого привратника, который важен для регуляции порционной эвакуации, предотвращения рефлюкса дуоденального содержимого в желудок. Всем больным производился интраоперационный забор материала перитонеальной жидкости с последующим высевом на питательные среды (среда контроля стерильности, кровяной агар, сахарный бульон), бактериологическим исследованием и последующим определением чувствительности выращенной микрофлоры к антибиотикам. В преобладающем большинстве случаев при бактериологическом исследовании перитонеальной жидкости удавалось высеять Corynebacterium у 50%(50) больных. На второе место вышли Епterobacterium 23%(23) случаев, 3 и 4 места соответственно занимали Staphylococcus 12%(12) и Streptococcus 5%(5) . В 10%(10) случаев выявить патогенную микрофлору не удалось. В зависимости от времени с момента перфорации состав микрофлоры изменялся следующим образом: до 6 часов, как правило, преобладали Enterobacterii и Corynebacterii, а свыше 6 часов появлялись ассоциации вышеуказанной микрофлоры со стафилококками и стрептококками. Наибольшая чувствительность микрофлоры к применяемым антибиотикам остается к препаратам цефалоспоринового ряда. Устойчивость к антибиотикам цефалоспоринового ряда наблюдалась в 5 случаях к тетрациклинам в 11 случаях к макролидам в 6 и к пенициллинам в 12 случаях соответственно. Всем больным интраоперационно был поставлен назогастральный зонд для декомпрессии желудочного содержимого. Проведена санация брюшной полости 0.5% раствором водного хлоргексидина около 4-6 литров. В поздних стадиях перитонита объем жидкости возрастает до 8-10 литров. Дренирование брюшной полости производилось в зависимости от распространенности перитонита. В случае местного фибринозного и диффузного серозно-фибринозного перитонита дренирование производилось из двух точек (справа подпеченочное пространство и малый таз). При наличии разлитого гнойного перитонита выполнялось дренирование 3-мя или 4-мя дренажными трубками (справа подпеченочное пространство и малый таз, слева левый боковой канал и поддиафрагмальное пространство). Зонд и дренажи были убраны на 3-4 сутки. Отделяемое по дренажам составило: при местном перитоните 0 - 50 миллилитров, при диффузном 0 – 100 миллилитров и при распространенном 500 - 1700 миллилитров серозно-геморрагического отделяемого. Объем инфузий в среднем составил 1500 миллилитров. Применялись три схемы антибиотикотерапии: 1 цефазолин гентамицин метронидазол, 2 эритромицин тетрациклин метронидазол, 3 пенициллин цефазолин оксациллин. Больные выписывались на 13-15 сутки с момента операции в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов нет. Прогноз благоприятный.

Выводы: На основании проведенных нами исследований видно, что по характеру выпота до 6 часов у больных с перфоративной дуоденальной язвой отмечается местный серозный, диффузный серознофибринозный перитонит. Если с момента перфорации прошло более 6 часов, то перитонит приобретает распространенный гнойно-фибринозный характер. Наиболее часто при бактериологическом исследовании перитонеальной жидкости удается высеять Corynebacterium, затем Enterobacterium, и далее Staphylococcus и Streptococcus. Местный перитонит наблюдался у 3% (3) больных, диффузный у 76% (76) больных и у 21% (21) больного распространенный, что зависело от сроков перфорации. Хирургическая тактика избиралась интраоперационно и зависела от распространенности перитонита. Наиболее часто применявшиеся методы хирургического лечения - иссечение и ушивание перфорационных язв двенадцатиперстной кишки по Джадду-Танаку и иссечение перфорационной язвы с дуоденопластикой по Джадду-Хорсли.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЦИТОКИНОВ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Турмова Е.П., Чагина Е.А., Волков В.В., Анцупов С.Н.

Владивостокский государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница, Владивосток

Как известно хирургическое вмешательство оказывает сложное и многогранное воздействие на иммунную систему, которое можно охарактеризовать, как активационное, так и супрессивное. В ответ на стимуляцию, какой является операционный стресс, травма, кровопотеря, поддержание иммунного гомеостазаорганизма обеспечивается ауто и паракринной цитокиновой регуляцией.

Провоспалительные цитокины являются ключевыми медиаторами противоинфекционной защиты, однако их системная продукция не означает высокую эффективность противоинфекционного иммунитета. Наоборот, избыточная и генерализованная продукция