

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) гастродуоденостомоз по Джабулюю 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 *Enterobacterium* 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 тетрациклину в 11 случаях к макролидам в 6 и к пеницилину 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 перито-

нита. 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 серозно-фибринозный 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.,
Анцулов 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 гомеостаза организма обеспечивается ауто и паракриной цитокиновой регуляцией.

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

провоспалительных цитокинов может стать причиной бактериально-токсического шока и летального исхода. Для избежания избыточных проявлений системного воспаления в организме включаются механизмы негативного контроля, опосредованные продукцией противовоспалительных цитокинов и растворимых ингибиторов провоспалительных цитокинов, что подавляет системную воспалительную реакцию и приводит к восстановлению гомеостаза. При чрезмерной и длительной выработке противовоспалительных цитокинов происходит угнетение иммунитета, иммунодепрессия способствует персистенции бактериального патогена, присоединению нозокомиальной инфекции, ослаблению дезинтоксикационного потенциала организма и формированию полиорганной недостаточности.

Целью нашего исследования явилось: определить системный уровень участвующих в регуляции фагоцитарной активности нейтрофилов и макрофагов цитокинов: ИЛ-8, ИЛ-10, ИЛ-12p70, ИЛ-12p40 в динамике послеоперационного периода.

Материалы и методы: исследовали сыворотку крови больных после проведения аортокоронарного шунтирования (АКШ) на 1,5, 10 сутки (45 человек) и на 1, 5 сутки после оперативного лечения перитонита (20чел.). Котролем служили 15 здоровых доноров.

Уровень исследуемых цитокинов определяли иммуноферментным методом с использованием специальных реактивов R & D diagnostics Inc. (США).

Результаты: У кардиохирургических больных и у больных, прооперированных по поводу перитонитов уровень ИЛ-8 и ИЛ-10 был повышен. При этом, максимальные их цифры наблюдались у кардиохирургических больных в 1 сутки, с постепенным уменьшением к 10 суткам, в отличие от группы больных, с послеоперационным лечением перитонитов, где максимальные цифры перечисленных цитокинов наблюдались в 5 сутки. Уровень ИЛ-12p70 в обеих группах был достоверно ниже нормы, с минимумом его показателей к 5 суткам в обеих группах, с тенденцией к повышению к 10 суткам у кардиохирургических больных. Показатели ИЛ-12p40 у больных после аортокоронарного шунтирования были близки к нормальным, с тенденцией к повышению к 10 суткам, в отличие от больных, прооперированных по поводу перитонитов, где уровень данного цитокина достоверно превышал норму с повышением показателей к 5 суткам.

Таким образом: у хирургических больных, регистрируется повышение уровня нейтрофильного хемотаксанта ИЛ-8, с одновременным увеличением противовоспалительного ИЛ-10, угнетением ИЛ-12p70 – регулятора клеточного иммунного ответа, повышением уровня ИЛ-12p40 (аутокринного ингибитора ИЛ-12p70), что позволяет углубить представление о механизмах патогенеза иммунных нарушений под воздействием хирургической операции.

САМОРЕГУЛЯЦИЯ У ЛИЦ ИНЕРТНОГО СМЕШАННОГО ТИПА АКЦЕНТУАЦИИ СВОЙСТВ ТЕМПЕРАМЕНТА ПРИ ВОСПРИЯТИИ ЛИНЕЙНЫХ РАЗМЕРОВ ЭТАЛОНА

Умеренкова Н.С., Гулина Ю.В., Ващенко Л.М.
Центрально-Черноземный НЦ РАМН, Курский государственный медицинский университет, Курск

В Центрально-Черноземном НЦ РАМН ведутся исследования психофизиологических факторов риска психосоматических расстройств (А.В. Завьялов, В.В. Плотников, Л.А. Северьянова). В основу исследования положена гипотеза о существовании акцентуированных психобиологических типов людей, склонных к различным психосоматическим заболеваниям. Эти люди сочетают значительно усиленные (акцентуированные) свойства темперамента и связанные с ними акцентуированные биологические характеристики организма. Д.В. Плотниковым был разработан тест акцентуации свойств темперамента, с помощью которого были выделены 7 типов акцентуаций свойств темперамента – гипертимно-активный нестабильный, дистимно-пассивный нестабильный, инертный нестабильный, гипертимный, дистимный, инертный и эмоционально-нестабильный.

Цель нашего исследования – изучить с позиций теории функциональных систем П.К. Анохина особенности саморегуляции восприятия линейных размеров лицами с инертным смешанным акцентуированным типом в спокойном состоянии и состоянии предэкзаменационного психоэмоционального напряжения.

Исследование выполнено на студентах КГМУ в возрасте 18-26 лет (12 мужчин и 12 женщин). Методика проводилась следующим образом. На экране монитора компьютера появлялась горизонтальная линия, размером 10 см, на 5 секунд. Затем она уменьшалась до 1 см. Испытуемый нажатием на клавишу должен был восстанавливать эталонный размер линии. Тестирование проводилось при следующих условиях – без применения обратной связи (саморегуляция по внутренним связям), с обратной связью (саморегуляция по внешней обратной связи) и ложной обратной связью, когда критерий оценки эталона, без ведома испытуемого, увеличивали на индивидуальную величину средней ошибки при выполнении заданий с обратной связью. Перед контрольными заданиями выполнялись 4 тренировочных. В методике с ложной обратной связью пробных заданий не было. Всего заданий в тесте было 50. Показатели саморегуляции оценивались по 14 параметрам, разделенным на 5 групп: точность, стиль, обучаемость, пластичность саморегуляции и чувствительность к обратной связи

Без обратной связи в общей группе повышалась точность саморегуляции ($p < 0,05$), совершенствовался стиль ($p < 0,05$). У мужчин увеличивалась точность саморегуляции ($p < 0,05$). У женщин также точность саморегуляции была достоверно выше ($p < 0,05$). При введении обратной связи в методике оценки линейных размеров эталона в общей группе, а также у мужчин повышалась точность ($p < 0,05$), изменялся стиль ($p < 0,05$), повышалась пластичность ($p < 0,05$). У жен-