

были существенно ниже нормы при СКВ и ОСД; у больных ДКВ и ССД не отмечалось разницы по сравнению с показателями контроля. Значения активированного Мф Нф и коэффициенты активации у всех больных были выше, чем у здоровых лиц. По данным спонтанного МЦФ снижение функций Мн констатируется при СКВ и ССД, повышение - при ОСД; показатели активированного теста были снижены у всех больных, за исключением пациентов с ОСД (соответствие норме). Коэффициенты активации Мн были существенно повышены при СКВ, тогда как при ДКВ, ОСД и ССД отмечалось снижение этих показателей. Функции нестимулированных Нф по данным МЦФ были снижены при всех нозологических формах, однако наиболее существенно – при ОСД и ССД. Показатели стимулированного теста Нф по данным МЦФ были существенно ниже при ОСД и ССД, соответствовали норме у больных ДКВ и СКВ. Коэффициенты активации отличались от нормы при ДКВ (повышение) и ССД (снижение).

Выполненные исследования указывают на выраженное снижение функциональной активности Мн и Нф при СКВ и в меньшей мере при ССД по данным изучения кислороднезависимого метаболизма, адекватно выявляемое с помощью спонтанного морфологического и микроцитотестового лизосомального теста. Несостоятельность фагоцитарного звена иммунной системы при СКВ определяет нарушения представления антигена клеткам иммунной системы, длительную персистенцию иммунных комплексов, подверженность к различным инфекциям и ряд других расстройств. Стимулированные тесты более вариабельны, что отражает различия в функциональных резервах фагоцитов при различных формах КВ и СД. Повышение коэффициентов активации Мн и Нф свидетельствует об увеличении резервных функций Мн и Нф с потенциальной возможностью срыва функций фагоцитирующих клеток, тогда как снижение коэффициентов указывает на сам факт снижения функций фагоцитов. Полученные данные показывают целесообразность проведения дальнейших исследований с целью разработки дополнительных критериев системности КВ и СД, а также диагностики активности упомянутых заболеваний. .

Новое в технологии лечения разлитого перитонита

Рябков И.А., Томнюк Н.А., Якубович В.П., Черных А.Н.

Красноярская Государственная медицинская академия

Проблема лечения разлитого перитонита была, есть и будет в неотложной абдоминальной хирургии. Морфологическая картина брюшной полости, которую хирург видит при лапаротомии – серьёзный, серозно-фибринозный и гнойный перитонит, диктует определённую тактику как в интраоперационном, так и раннем послеоперационном периоде. Кафедрой хирургических болезней №1 Красноярской Государственной медицинской академии (Лубенский Ю.М., Нихинсон Р.А. 1983) предложена классификация перитонита, предусматривающая выделение двух фаз: I

развёртывания клинической симптоматики, что характерно для серозного перитонита, и II выраженной токсемии: А – без явлений полиорганной недостаточности и Б – с явлениями полиорганной недостаточности, что характерно для серозно-фибринозного и гнойного перитонита, и зависящее от длительности процесса. Поэтому, если в первой фазе перитонита оперативное вмешательство можно закончить традиционной санацией и ушиванием лапаротомной раны с дренированием брюшной полости, то последующая фаза нуждается в адекватном техническом обеспечении. Одним из основных технических факторов лечения серозно-фибринозного и гнойного перитонита считаем окончание первичного вхождения в живот программированной лапаростомы. Последняя позволяет не только следить за перитонеальным процессом, но также в динамике отслеживать процесс организации в зоне оперативного вмешательства органа брюшной полости. Каждое вхождение в живот сопровождалось его санацией 10-15 литрами сбалансированного полиионного раствора с помощью аппарата «Гейзер». Сочетание импульсного приточно-отточного санирования брюшной полости с азонированием позволяет в 2-3 сеанса вывести больного из критического состояния. Естественно, процесс лечения во II фазе должен быть комплексным. Поэтому необходима адекватная поддержка лекарственной терапией, направленной на борьбу с инфекцией, коррекцией развивающихся патофизиологических нарушений, ликвидацией эндотоксикоза и профилактикой полиорганной недостаточности.

Такое техническое обеспечение санации брюшной полости, как аппарат «Гейзер» в сочетании интенсивной медикаментозной терапии позволили нам уменьшить летальность при разлитом перитоните во II фазе с 30 до 18% .

Гемосорбционная детоксикация в коррекции гомеостаза при экспериментальной почечно-печеночной недостаточности

Рязанцев Е.В., Рязанцев В.Е.

Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, Саранск

Введение. Целесообразность применения сорбционной детоксикации в раннем посттравматическом периоде при термомеханических поражениях, приводящих к преагональному состоянию, остается актуальным и дискуссионным вопросом.

Материал и методы. Эксперименты на 76 беспородных собаках обоего пола массой от 5 до 26 кг показали, что при действии на организм глубокого (III – IV степени) ожога 5 % поверхности тела в течение 0,59 ± 0,03 мин до прогрева подкожной жировой клетчатки в пределах 58 - 60° С и последующего через 3 - 4 мин свободного кровопускания из бедренной артерии свежегепаринизированной (50 ЕД/кг) крови в объеме 24,32 ± 3,44 мл/кг массы (в течение 4,19 ± 0,39 мин) до уровня АД 40 - 42 мм рт. ст. развивается полиорганная недостаточность, одним из проявлений которой является острая почечно-печеночная недос-

таточность (ОПЧН). Возникающие морфофункциональные изменения печени и почек, нарастающий эндотоксикоз приводят к развитию декомпенсированного необратимого шока и гибели подопытных животных в течение 1,87 ч.

Быстро прогрессирующее развитие ОПЧН характеризуется снижением органного кровотока, поглоительно-выделительной способности печени, секреторно-реабсорбционных характеристик почек, нарастанием эндотоксикоза и диктует раннее и адекватное применение интенсивного лечения.

Внутривенное струйно-капельное введение реополиглюкина и 0,9 % раствора хлорида натрия в соотношении (1: 1) объемом, вдвое превышающем кровопотерю, позволили восстановить системную гемодинамику на компенсированных (АД), субкомпенсированных (ОЦК, почечный и печеночный кровоток) цифрах и снизить эндогенную интоксикацию. Однако к 3 и 5 ч восстановительного периода, несмотря на стабильную гемодинамику, органный кровоток имел тенденцию к уменьшению, сказавшись на функциональной способности почек и печени с последующим медленным нарастанием продуктов метаболизма.

Для активной детоксикации нами использовалась экстракорпоральная вено-венозная гемосорбция через колонки-детоксикаторы с активированным углем СКН-2М в течение одного часа после инфузионной терапии.

Результаты. Опыты показали высокую селективную емкость сорбента отечественного производства СКН-2М к мочеvine, креатинину (показатель элиминации 18,7 и 12,5 % соответственно). Наиболее эффективно после сеанса детоксикации снижались уровень АлТ и АсТ (до 78 и 81 %) и количество молекул низкой и средней молекулярной массы (до 72 %).

Эксперименты показали высокую селективную емкость сорбента отечественного производства СКН-2М к мочеvine, креатинину (показатель элиминации 18,7 и 12,5 % соответственно). Наиболее эффективно после сеанса детоксикации снижались уровень АлТ и АсТ (до 78 и 81 %) и количество молекул низкой и средней молекулярной массы (до 72 %).

После сеанса экстракорпоральной гемосорбции отмечалось восстановление структуры долек печени и выраженный клеточный полиморфизм, хотя сохранялись периваскулярный отек и лейкоцитарная инфильтрация вокруг сосудов. Оказалось сниженным количество темных клеток и наблюдалась вакуолизация гепатоцитов и нефронов.

Выводы. Таким образом, экстракорпоральная гемосорбция в комплексной многокомпонентной терапии ОПЧН является эффективным методом коррекции волевических и грубых метаболических нарушений и может считаться патогенетически обоснованным и эффективным способом лечения проявлений эндогенной интоксикации в остром периоде при комбинированных поражениях, обусловленных ожогом и кровопотерей.

Гемолитическая активность бактерий рода *Enterobacter*

Ахтариева А.А., Савченко Т.А., Салыхов Р. З, Камалова А.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

В настоящее время отмечается значительный рост заболеваний, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами, к которым относятся и бактерии рода *Enterobacter*. Это обуславливает необходимость всестороннего изучения факторов патогенности, в частности гемолизина, наличие которых, может свидетельствовать о патогенном потенциале микроорганизма.

Целью нашей работы явилось лабораторная оценка гемолитической активности клинических штаммов *Enterobacter spp.*, роль которых в патологии человека не ясна.

Нами были изучены 105 клинических штаммов бактерий *Enterobacter spp.*, среди которых 40% культур были изолированы от больных с желудочно-кишечными, 27,6% - гнойно-воспалительными, 17,2% - урологическими заболеваниями и 15,2% - от практически здоровых людей.

Мы определяли у штаммов *Enterobacter spp.* способность к продукции α -, энтеро- и тиолзависимого гемолизина. В результате проведенных исследований мы выявили наличие α -гемолизина у 19 (18,1%) культур, среди которых 12 (63,2%) были выделены от больных кишечными, 4 (21,1%) – гнойно-воспалительными, 2 (10,4%) - урологическими заболеваниями и 1 (5,3%) – от практически здоровых людей.

Наряду с α -гемолитической активностью у штаммов *Enterobacter spp.* была обнаружена способность продуцировать тиолзависимый гемолизин. Данный фактор оказался самым распространенным и выявлялся у 62 (59,1%) культур. Обращает на себя внимание тот факт, что из 62 культур, продуцирующих тиолзависимый гемолизин, 30 (48,4%) оказались изолированными от больных с кишечными, 17 (27,4%) – гнойно-воспалительными, 12 (19,4%) – урологическими заболеваниями. Среди штаммов, выделенных от здоровых людей, указанный признак встречался намного реже, и занимал область низких значений.

Наличие энтерогемолизина была обнаружена лишь у 13 (12,4%) штаммов, среди которых 12 (92,3%) были изолированы при кишечных и 1 (7,7%) – гнойно-воспалительных инфекциях. Среди *Enterobacter spp.*, выделенных от здоровых людей, энтерогемолизинпродуцирующие штаммы обнаружены не были.

В процессе работы были отмечены различия в частоте обнаружения гемолитических свойств штаммов *Enterobacter spp.*, выделенных от больных и здоровых людей. Установлено, что штаммы *Enterobacter spp.*, изолированные от больных, по сравнению с культурами, выделенными от здоровых людей, занимают область высоких значений как по частоте, так и по распространенности соответствующих признаков.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что клинические штаммы *Enterobacter spp.*, выделенные от больных, чаще обладают способно-