

The results of treatment of 78 patients with cancer colon and rectum complicated by colon obstruction are analysed. The patients were divided into two groups. The research has shown, that projection colo- or ileostomy is an effective, less aggressive, pathogenetically sound and reasonable operation in treatment of tumor colon obstruction. This decreases lethality as compared to by operations through middle approach.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Альтернативные подходы к хирургическому лечению осложнённых форм рака ободочной кишки // Хирургия. — 1998. — № 8. — С.58-66.
2. Ермолов А.С., Рудин Э.П., Оюн Д.Д. Выбор метода хирургического лечения обтурационной непроходимости при опухолях ободочной кишки // Хирургия. — 2004. — №2. — С.4-7.
3. Курбонов К.М., Кандаков О.К. Диагностика и лечение обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Акт. проблемы колопроктологии: Материалы научной конф. — М., 2005. — С.248-249.
4. Мартынов А.С., Яновой В.В., Домке А.П. Место лапароскопической колостомии в лечении толстокишечной непроходимости, анализ послеоперационных осложнений и пути их профилактики // Актуальные проблемы urgentной колопроктологии: Материалы научно-практ. конф. колопроктологов, хирургов ДВО И СФО. — Благовещенск, 2005. — С.67-68.
5. Пугаев А.В., Алекперов С.Ф., Крутилина О.В., Ачкасов Е.Е. и др. Лечение обтурационной кишечной непроходимости, обусловленной раком ободочной кишки Т3-4 // Рос. онкологический журнал. — 1999. — № 6. — С.25-30.
6. Соловьёв И.Е. Модифицированная система SAPS в оценке состояния больных с острой кишечной непроходимостью при раке толстой кишки // Онкология. — 2000. — Т. 2, № 3. — С.204-206.
7. Abycht K., Madycki G., Staszkiwicz W., Kwiciak Z. et al. Acute bowel obstruction: up-to-date surgical problem // Wiad. Lek. — 1999. — Vol. 52, № 5-6. — P.238-241.
8. Heriot A.G., Tilney H.S., Simson J.N. The application of percutaneous endoscopic colostomy to the management of obstructed defecation // Dis Colon Rectum. — 2002. — Vol. 45, № 5. — P.700-702.
9. Kulah B., Ozmen M.M., Ozer M.V. Outcomes of emergency surgical treatment in malignant bowel obstruction // Hepatogastroenterology. — 2005. — Vol. 52, № 64. — P.1122-1127.
10. Lee Y.M., Law W.L., Chu K.W., Poon R.T. Emergency surgery for obstructing colorectal cancers: a comparison between right-sided and left-sided lesions // J. Am. Coll. Surg. — 2001. — Vol. 192, № 6. — P.714-725.
11. Martinek L., Dostalík J. Laparoscopic colostomy // Rozhl Chir. — 2002. — Vol. 81, № 6. — P.320-323.

© ШПРАХ В.В., МАТВЕЕВА И.В., СПРЕЙС И.Ф. — 2007

РАННИЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ У РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

В.В. Шпрах, И.В. Матвеева, И.Ф. Спрейс

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.А. Дзизинский, кафедра неврологии и нейрохирургии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

Резюме. Проведено обследование 1128 мужчин-работников угледобывающей промышленности (угледобывающие предприятия г. Тулуна) с целью изучения распространенности, структуры и факторов риска ранних форм хронической церебральной ишемии (РФХЦИ). Проведена оценка эффективности применения мексидола в лечении РФХЦИ, сочетанного назначения мексидола и амлодипина в лечении РФХЦИ гипертонического генеза.

Ключевые слова: хроническая церебральная ишемия, мексидол, амлодипин, угледобывающая промышленность.

Актуальность проблемы изучения ранних форм хронической цереброваскулярной патологии (ЦВП) у работников промышленных предприятий обусловлена ростом их распространенности, высоким уровнем заболеваемости, снижением профессиональной трудоспособности, недостаточной эффективностью существующей системы лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Медико-социальная значимость ЦВП в различных отраслях промышленности представлена исследованиями, посвященными различным аспектам этой проблемы [1,7].

Изучение ранних форм хронической церебральной ишемии (РФХЦИ) имеет высокую социальную значимость, так как смертность от сосудистых заболеваний головного мозга в экономически развитых странах составляет 18-22% в общей структуре смертности, летальность при инсультах достигает 30-35%, а возвращение к труду среди лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, составляет не более 20%. Показатель первичного выхода на инвалидность в данной группе достигает 3,2 на 10000 населения. Удельный вес ЦВП среди причин общей инвалидности отмечен на уровне 9,8% [2].

Клинико-эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о существенной распространенности начальных форм ЦВП. В подавляющем большинстве они встречаются у потенциально самой трудоспособной части населения. Установлено, что среди

трудоспособного населения распространенность ЦВП составляет 24,6-37,8% [4]. Эти заболевания имеют неуклонную тенденцию к росту, специфический характер распределения в различных профессиональных группах. Изучение именно ранних форм ЦВП является наиболее перспективным направлением, так как на этом этапе развития заболевания лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия являются наиболее эффективными [3].

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности, структуры и факторов риска РФХЦИ у работников угледобывающей промышленности г. Тулуна, особенностей клинического течения РФХЦИ, изучение эффективности мексидола и амлодипина в лечении РФХЦИ.

Материалы и методы

В основу работы положены результаты обследования 1128 мужчин-работников угледобывающей промышленности г. Тулуна в возрасте от 30 до 55 лет (средний возраст $43,62 \pm 0,14$ лет).

Протокол обследования включал клиническое неврологическое исследование, ультразвуковую доплерографию магистральных артерий головы, транскраниальную доплерографию, нейропсихологическое и психофизиологическое тестирование, изучение липидного спектра крови. Нейропсихологическое обследование включало в себя корректурную пробу, пробу на исследование вербальной памяти, тест Спилберга-Ханина. Психофизиологическое тестирование проводилось на системе BrainLab 2.0 с исследованием простой и сложной сенсомоторной реакций. Больные были проконсультированы офтальмологом, по показаниям проводились рентгенография шейного от-

дела позвоночника с функциональными пробами, ЭхоКГ, компьютерная и магниторезонансная томография головного мозга.

При диагностике ХЦИ использовались общепринятые критерии:

1. наличие признаков (клинических, анамнестических, инструментальных) поражения головного мозга;
2. наличие признаков острой или хронической церебральной дисциркуляции (клинических, анамнестических, инструментальных);
3. наличие причинно-следственной связи между 1) и 2) — связь нарушений гемодинамики с развитием клинической, нейропсихологической, психиатрической симптоматики;
4. клинические и параклинические признаки прогрессирования сосудистой мозговой недостаточности.

Для оценки эффективности лечения определяли частоту случаев клинического улучшения в опытной группе, а также индекс клинической эффективности (ИКЭ), характеризующий степень эффективности лечения в среднем по группе. Эффект лечения у каждого больного оценивали по 4-х балльной шкале: отсутствие эффекта — 0, незначительное улучшение — 1, умеренное улучшение — 2, выраженное улучшение — 3 балла. ИКЭ определялся как средняя величина количества баллов в группе больных, получавших лечение. Определяли также индекс эффективности влияния (ИЭВ) методов лечения на тот или иной симптом. Степень изменения симптома у каждого больного оценивали по 4-х балльной шкале: усиление — минус 1, без изменений — 0, уменьшение — 1, исчезновение — 2 балла, а индекс определяли как средний групповой балл.

Исследование эффективности мексидола (3-окси-6-метил-2-этилперидина сукцинат) в лечении ранних форм ХЦИ у работников угледобывающей промышленности было проведено у 46 человек в возрасте 30-55 лет, мексидол использовался в течение 1,5 месяца в суточной дозе 375 мг в три приема. Группу изучения эффективности сочетанного назначения мексидола и амлодипина составили 30 больных с ранними формами ХЦИ. Амлодипин использовался в суточной дозе 5 мг однократно. Все больные подписывали «Информированное согласие...».

При обработке полученных результатов нами применялись общепринятые методы вариационной статистики. Проводилась проверка выборки на нормальность распределения. Оценка достоверности статистических различий проводилась с помощью критериев Манна-Уитни, Уилкоксона. Для изучения динамики клинических симптомов и распространенности факторов риска использовались t -критерий Стьюдента для парных зависимых и независимых выборок с проверкой равенности дисперсий. Различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$. Расчеты производились при помощи программы «Statistica for Windows 6.0».

Результаты и обсуждение

РФХЦИ в результате комплексного клинико-инструментального обследования были выявлены у 217 (19,2%) мужчин-работников угледобывающей промышленности, удельный вес начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) составил 68,2%, дисциркуляторной энцефалопатии I стадии (ДЭ-1) — 31,8%. Была выявлена зависимость распространенности РФХЦИ от возраста: среди лиц в возрасте от 30 до 39 лет она составила 13,2%, в группе лиц от 40 до 49 лет — 17,7%, 50-55 лет — 29,1%.

Для изучения роли отдельных факторов риска (ФР) нами было проведено сравнительное изучение их распространенности (в %) у лиц с РФХЦИ и без таковых. В опытную группу вошли 217 человек с диагнозом РФХЦИ. Контрольную группу составили 210 работников, не имевших на момент исследования диагноза ХЦИ. Наиболее высокий уровень достоверности различий распространенности отмечался в отношении таких факторов, как АГ ($87,1 \pm 0,4$; $18,1 \pm 0,1$; $p < 0,01$), отягощенная по сердечно-сосудистой патологии наследственность ($64,1 \pm 0,7$; $42,9 \pm 0,9$; $p < 0,05$), хронический психоэмоциональный стресс ($43,3 \pm 1,1$; $27,6 \pm 1,3$; $p < 0,01$).

Нами было проведено изучение эффективности мексидола в лечении ДЭ-1 у работников угледобывающей промышленности. Объект исследования составили 46 человек с диагнозом ДЭ-1. В результате проведенного лечения улучшение самочувствия было отмечено у 87% больных, в том числе выраженный положительный эффект достигнут в 23,9% случаев, умеренно выраженный — в 43,5%, незначительно выраженный — в 19,6% случаев. ИКЭ мексидола составил 1,87 балла. Было выявлено, что наиболее высокая эффективность лечения отмечалась в отношении головной боли (ИЭВ=1,74) и нарушений в эмоционально-волевой сфере (ИЭВ=1,62). Несколько меньшим ИЭВ оказался в отношении нарушений ночного сна (ИЭВ=1,41), нарушений памяти (ИЭВ=1,34), головокружения (ИЭВ=1,32) и астении (ИЭВ=1,29). На фоне лечения была зарегистрирована достоверная положительная динамика показателей нейропсихологического и психофизиологического тестирования. Улучшение вербальной памяти: (третье воспроизведение) $8,1 \pm 0,5$ слова в начале лечения и $8,7$ слов в конце лечения ($p < 0,05$). Уменьшение времени выполнения корректурной пробы с $311,7$ до $276,4$ сек. ($p < 0,05$), снижение количества ошибок с $11,6$ до $8,2$ ($p < 0,05$). Показательными являлись результаты сложной сенсомоторной пробы: достоверно уменьшилось количество ошибок в третьей трети теста ($19,4 \pm 1,4$ в начале и $15,7 \pm 1,3$ в конце лечения; $p < 0,05$), уменьшилась дисперсия среднего времени реакции в третьей трети теста (4252 ± 49 в начале лечения и 4072 ± 46 в конце лечения; $p < 0,05$). Нами была изучена динамика показателей уровня тревожности по шкале реактивности и личностной тревожности Спилберга-Ханина. До начала применения мексидола в данной группе показатель личностной тревожности (ЛТ) составил $39,1 \pm 0,8$, ситуативной тревожности (СТ) — $37,3 \pm 0,9$ балла, что было достоверно выше, чем в общей группе ($31,6 \pm 0,2$ и $32,1 \pm 0,3$ балла соответственно). После проведенного лечения было отмечено достоверное снижение уровня как ситуативной, так и личностной тревожности — показатели составили $34,3 \pm 0,9$ и $33,7 \pm 0,8$ балла соответственно ($p < 0,05$). В целях контроля эффективности терапии проводилось изучение динамики показателей церебрального кровотока до начала курса лечения мексидолом и по его окончанию методами ультразвуковой доплерографии магистральных артерий головы и транскраниальной доплерографии.

До начала лечения снижение линейной скорости кровотока (ЛСК) в вертебро-базилярном и каротидном бассейнах регистрировалось у 63,04% больных, по завершению курса лечения — у 28,26%. Количество случаев с нарушениями венозного звена церебрального кровотока в результате проводимого лечения снизилось с 60,87% до 23,9%. В конце курса лечения было отмечено увеличение значения параметров ЛСК (S, D, M), в большей степени выраженное в каротидном бассейне. В большей степени повышение среднего значения ЛСК (M-ЛСК) обнаружено по средней мозговой артерии (СМА) — на 24,6% по левой и на 21,7% — по правой. Изменение гемодинамики на фоне лечения также находило отражение в снижении индексов периферического сопротивления (RI) на 18,7% и пульсационного индекса (PI) на 21,6% по средней мозговой артерии, повышенных на момент начала курса лечения мексидолом.

доллом. В вертебро-базиллярном бассейне положительная динамика показателей RI и PI была менее выраженной и составила 11,8% и 16,2% соответственно.

Ведущим этиологическим фактором развития РФХЦИ явилась артериальная гипертензия (АГ) — в 87,1% случаев. Причем в 36,8% случаев из них она протекала бессимптомно и была впервые выявлена при обследовании. Выявление и лечение бессимптомных и «мягких» форм АГ в настоящее время считается одним из основных направлений первичной профилактики ЦВП [5]. При отсутствии достоверных различий между пятью основными классами антигипертензивных медикаментов, одним из наиболее эффективных и перспективных препаратов является амлодипин — дигидропиридиновый антагонист кальция третьего поколения [6].

Нами было проведено изучение эффективности сочетанного назначения мексидола и амлодипина. Объект исследования составили 30 человек в возрасте 35–55 лет, с установленным диагнозом ДЭ-1 гипертонического генеза, не получавших ранее антигипертензивной терапии и имевших «мягкое» течение АГ. Мексидол назначался в течение 1,5 месяцев в три приема в суточной дозе 375 мг, амлодипин — в суточной дозе 5 мг однократно. В результате проведенного лечения выраженное улучшение самочувствия отметили 43,3% больных, умеренно выраженное — 33,3%, незначительное — 16,7%. Индекс клинической эффективности проведенного лечения оставил 2,13. Нормализация уровня артериального давления отмечалась в 87% случаев.

С целью уточнения эффективности проводимой терапии нами был произведен расчет ИЭВ сочетанного применения мексидола и амлодипина. Наиболее высокими оказались значения ИЭВ в отношении головных болей (ИЭВ=1,78), нарушений в эмоционально-волевой сфере (ИЭВ=1,63), повышенной утомляемости (ИЭВ=1,48).

Результаты нейропсихологического, психофизиологического тестирования и исследования церебральной гемодинамики в начале и в конце курса лечения достоверно подтверждают эффективность сочетанной терапии мексидолом и амлодипином. По данным теста изучения вербальной памяти отмечено улучшение в третьем воспроизведении (7,3±0,5 слов в начале лечения; 8,7±0,6 — в конце; $p<0,05$), корректурной пробы — сокращение времени выполнения теста (324,1±14,9 сек в

начале лечения; 264,6±12,2 сек — в конце; $p<0,05$), уменьшение количества ошибок (12,6±1,7 в начале лечения; 7,5±2,3 — в конце; $p<0,05$), сложной сенсомоторной пробы — уменьшение дисперсии среднего времени реакции в третьей трети теста (4128±49 в начале лечения; 3823±43 — в конце; $p<0,05$), уменьшение количества ошибок в третьей трети теста (19,2±1,6 в начале лечения; 14,3±1,5 — в конце; $p<0,05$). По данным теста Спилберга-Ханина достоверно понизился уровень ЛТ с 36,07±1,45 до 31,63±1,70 баллов ($p<0,05$), уровень СТ с 36,93±1,44 до 31,27±1,86 баллов, ($p<0,05$). Удельный вес больных с исходно высоким уровнем тревожности сократился с 30% до 13,3%. Снижение ЛСК в вертебро-базиллярном и каротидных бассейнах регистрировалось у 56,6% больных до начала лечения и у 23,3% — в конце лечения. Количество случаев с нарушениями венозного церебрального кровотока снизилось с 63,3% до 26,6%.

Таким образом, нами была выявлена высокая распространенность ранних форм ХЦИ в организованной популяции работников угледобывающей промышленности. Из них больные с НПНКМ составили 68,2%, ДЭ первой стадии — 31,8%. Ведущей причиной развития РФХЦИ явилась артериальная гипертензия. Основными факторами риска развития ранних форм ХЦИ явились: АГ, хронический психоэмоциональный стресс, отягощенная по сердечно-сосудистой патологии наследственность. Курсовое лечение мексидолом приводило к достоверному снижению выраженности основных клинических симптомов, улучшало показатели когнитивной сферы, церебральной гемодинамики и было более эффективным у больных с повышенным уровнем тревожности. Сочетанное назначение мексидола и амлодипина оказалось эффективным в лечении больных с ДЭ-1 гипертонического генеза, достоверно улучшая субъективное состояние больных, уменьшая выраженность клинических симптомов заболевания, оказывая нормализующее влияние на показатели церебральной гемодинамики, уменьшая выраженность нарушений в эмоционально-волевой и когнитивной сфере больных.

Выявление лиц с наличием АГ, особенно скрытых и «мягких» форм, проведение активного лечения выявленной ЦВП, разработка плана диагностических, реабилитационных и профилактических мероприятий — приоритетное направление неврологической помощи работникам угледобывающей промышленности.

INITIAL FORMS OF CEREBROVASCULAR PATHOLOGY IN COAL-MINING WORKERS

V.V. Shprakh, I.V. Matveeva, I.F. Sprais
(Irkutsk State Postgraduate Medical Institute)

Initial cerebrovascular pathology spreading, structure and clinical peculiarities were studied in 1128 coal-mining workers. Efficacy of mexidol administration in patients with initial forms of cerebrovascular pathology was performed. Efficacy of mexidol in association with amlodipin in patients with hypertonic cerebrovascular pathology was observed. The approach to individual treatment schemes was defined.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.Г. Сосудистые заболевания головного мозга у работников промышленных предприятий: Автореф. дис. ... док. мед. наук. — Казань, 2000. — 43 с.
2. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. — СПб.: Фолиант, 2002. — 336 с.
3. Воскресенская О.Н. К патогенезу формирования начальных проявлений недостаточности мозгового кровообращения // Неврологический Вестник. — 1998. — № 1-2. — С. 12.
4. Дума С.Н. Ранняя диагностика и профилактика сосудистых заболеваний у железнодорожников: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 194 с.
5. Манвелов Л.С. Значение начальных проявлений недостаточности кровоснабжения мозга при артериальной гипертензии в системе профилактики инсульта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1998. — 25 с.
6. Жижина С.А., Остроумова О.Д., Поликарпов В.А., Фролова Л.И. Возможности антагонистов кальция в первичной профилактике инсультов // Русский медицинский

© ЛИХАНОВ И.Д., ЦЕПЕЛЕВ В.Л. - 2007

СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

И.Д. Лиханов, В.Л. Цепелев

(Читинская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.В. Говорин, кафедра госпитальной хирургии, зав. — д.м.н., проф. Н.И. Богомолов)

Резюме. Представлены результаты лечения 63 больных с распространенным перитонитом. Показано, что включение имунофана в комплексное лечение больных с перитонитом способствует коррекции синдрома системного воспалительного ответа, что выражается в снижении уровня провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-8 и TNF- α), уменьшении концентрации белков острой фазы воспаления (кислого орозомикуида и гаптоглобина) и увеличении уровня α 2 макроглобулина.

Ключевые слова: перитонит, синдром системного воспалительного ответа, иммуномодуляторы.

При распространенном перитоните в условиях прогрессирующей бактериально-токсической агрессии, на фоне операционной травмы возникает индуцированная дезорганизация функции ЦНС, нейроэндокринной и иммунной систем [2]. Их дискоординация приводит к гиперпродукции медиаторов воспаления (цитокинов, эйкозаноидов, активных кислородсодержащих метаболитов, кининов), обуславливая проявление воспалительной реакции со стороны органов и систем человека в ответ на воздействие повреждающих факторов. Одним из ее проявлений является «синдром системного воспалительного ответа» (SIRS — Systemic Inflammatory Response Syndrome) [4,7].

Перед нами стояла задача — изучить клинико-лабораторные проявления синдрома системного ответа на воспаление у больных с разлитым гнойным перитонитом и возможность коррекции данного синдрома путем включения в комплексную терапию иммуномодуляторов.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 63 больных с распространенными формами перитонита, получавших лечение в отделении гнойной хирургии ОКБ г. Читы. Объем хирургического пособия включал: устранение источника перитонита, санацию и дренирование брюшной полости, декомпрессию желудочно-кишечного тракта. В послеоперационном периоде проводили комплексное лечение с применением антибиотиков, инфузионной терапии, анальгетиков [1,3].

Первую группу составили 29 больных с распространенным перитонитом, которым дополнительно к комплексному лечению назначали имунофан («Бионокс», Россия) по 50 мкг внутримышечно 1 раз в сутки в течение 7-10 дней. Имунофан представляет собой гексапептид структурной формулы: Arg-a-Asp-Lys-Val-Tyr-Arg, созданный путем частичной модификации гормона вилочковой железы — тимопентина [5]. Причинами перитонита явились: перфоративная язва — 14 (48,3%) больных, деструктивный аппендицит — 5 (17,2%), послеоперационный перитонит — 4 (13,8%), закрытая травма живота — 3 (10,3%), панкреонекроз — 3 (10,3%).

Группу клинического сравнения составили 34 больных с аналогичным по тяжести патологическим процессом, получавшие традиционное комплексное лечение. Причиной перитонита у 15 (44,1%) больных была перфоративная гастродуоденальная язва, у 6 (17,6%) — деструктивный аппендицит, у 5 (14,9%) — послеоперационный перитонит, у 4 (11,7%) — панкреонекроз, у 4 (11,7%) — травмы живота.

Определение концентрации цитокинов проводили ме-

тодом твердофазного ИФА с использованием наборов реагентов ТОО «Цитокин» (г. Санкт-Петербург). Образцы исследовали с помощью фотометра для микропланшета с длиной волны 450 нм. Концентрацию белков острой фазы воспаления определяли методом нефелометрии на иммунохимическом анализаторе (Beckman, США).

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы STATGRAPHICS Plus 2.1. Статистическую значимость различий при нормальном распределении оценивали с помощью t-критерия Стьюдента, в остальных случаях использовали непараметрический критерий Вилкоксона. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

У наблюдаемых нами больных с распространенным перитонитом синдром системного воспалительного ответа (ССВО) проявлялся следующими клиническими признаками: 1) повышением температуры тела выше 38°C; 2) тахикардией свыше 90/мин.; 3) увеличением частоты дыхательных движений свыше 20/мин.; 4) лейкоцитозом свыше $12 \times 10^9/\text{л}$; 5) появлением в крови незрелых форм лейкоцитов свыше 10%. Тяжесть синдрома определяли числом имеющихся у больного выше-названных признаков. У 13 (20,6%) больных отмечали наличие 2-х признаков (ССВО легкой степени тяжести); у 38 (60,3%) — 3-х признаков (ССВО средней степени тяжести); у 12 (19,1%) — тяжелый (4 признака).

Использование имунофана в комплексном лечении больных с перитонитом сопровождалось клиническим улучшением у 89,7% из них. При оценке объективных клинических критериев синдрома системной воспалительной реакции отмечен положительный клинический эффект у больных, получавших имунофан. Так, на третьи сутки назначения препарата отмечалось уменьшение тяжести эндотоксикоза, что проявлялось снижением температуры до субфебрильных значений, достоверным уменьшением лейкоцитоза ($p < 0,05$), а также лейкоцитарного индекса интоксикации ($5,8 \pm 0,6$ до лечения и $3,3 \pm 0,4$ расч. ед. после лечения, $p < 0,05$). У больных, получавших имунофан, средний срок снижения температуры тела до субфебрильных значений составил $2,2 \pm 0,3$ дня, в группе клинического сравнения — $4,8 \pm 0,4$ дня ($p < 0,05$). У 24 (82,8%) больных, получавших имунофан, уже на 3-4-е сутки регистрировали снижение тахикардии и частоты дыхания, в то время как в группе