

перенапряжение механизмов регуляции, 9-10 баллов – срыв механизмов адаптации.

Подвергнув анализу полученные данные, можно сделать вывод о том, что при кровопотере лёгкой степени наблюдается умеренное функциональное напряжение механизмов регуляции, причём данный показатель имеет тенденцию к линейному снижению. При кровотечении средней степени тяжести также отмечается умеренное функциональное напряжение механизмов регуляции, однако, начиная с 5 дня нахождения пациента в стационаре, отмечается повышение ПАРС почти до исходного уровня. На наш взгляд, это связано с тем, что происходит стимуляция гемопоэза и появляется положительный прирост эритроцитов и гемоглобина в периферической крови. При кровопотере тяжёлой степени отмечается выраженное напряжение механизмов адаптации. Не смотря на это, повышение ПАРС к 10 суткам нахождения в стационаре не происходит. Мы считаем, что это происходит благодаря влиянию гемотрансфузии на собственный гемопоэз пациента.

Данное наблюдение в очередной раз доказывает влияние постгеморрагической анемии на адаптационные возможности организма.

#### **ФУНКЦИИ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ФАГОЦИТОВ ПО ДАННЫМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ДНК К СВЯЗЫВАНИЮ АКРИДИНОВЫМ ОРАНЖЕВЫМ У БОЛЬНЫХ КОЖНЫМИ И СИСТЕМНЫМИ ФОРМАМИ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ**

Романова Н.В., Семичева М.Н.

*Государственная медицинская академия, Ярославль*

Имеющиеся данные литературы указывают на определенные изменения содержания нуклеиновых кислот в сыворотке и клетках крови при различных патологических состояниях, при этом направленность и степень выраженности диснуклеотидоза зависят от нозологической формы и степени тяжести патологического процесса. В доступной литературе мы не нашли работ, касающихся особенностей нуклеинового обмена в циркулирующих нейтрофилах и моноцитах при различных формах красной волчанки.

Нами изучена доступность ДНК в дезоксинуклеопротеиде для связывания с акридиновым оранжевым в нейтрофилах и моноцитах крови у больных кожными и системными формами красной волчанкой в зависимости от клинических проявлений воспалительного процесса.

Было обследовано 74 пациента в возрасте от 20 до 60 лет, в том числе 24 больных дискоидной формой красной волчанки (ДКВ) и 50 больных системной красной волчанкой (СКВ). Обследовано 20 пациентов с подострым течением заболевания СКВ, 19 – с хроническим течением, 4 – с отсутствием активности, 17 – с минимальной (А1) и 18 – с умеренной степенью активности воспалительного процесса. Контрольную группу составили 33 донора того же возраста и пола.

Популяции моноцитов и нейтрофилов периферической крови получали с помощью центрифугирования на двойном градиенте плотности фикола – веро-

графина, в результате которого образовывались верхняя интерфаза из мононуклеарных клеток (80% лимфоцитов, 15-18% моноцитов) и нижняя интерфаза из нейтрофилов. Разделение моноцитов и лимфоцитов осуществляли методом изокинетического центрифугирования в течение 5 минут при 400 g в градиенте перколла. Моноциты и нейтрофилы подвергали флюорохромированию акридиновым оранжевым с последующим исследованием клеток микроцитометрическим методом (Rigler, 1966; В.А.Колесников с соавт, 1973), что позволяло оценить функции циркулирующих фагоцитов.

Было установлено, что при ДКВ функции нейтрофилов и моноцитов не отличались от аналогичных показателей группы контроля. Доступность ДНК моноцитов к связыванию акридинового оранжевого при СКВ была достоверно снижена, как по сравнению с группой контроля, так и по сравнению с показателями у больных ДКВ, при этом не было обнаружено различия в исследованных показателях в зависимости от активности и характера течения воспалительного процесса. В то же время аналогичный показатель нейтрофилов, сниженный у больных СКВ по сравнению с контролем и группой больных ДКВ, зависел от активности и характера течения патологического процесса. Так, при степени активности 0 функции нейтрофилов были существенно повышены, снижаясь у больных с минимальной степенью активности (А1). Еще более выраженное снижение констатировано у больных с умеренной активностью (А2). У пациентов с подострым течением СКВ обнаружено существенное снижение функций нейтрофилов, тогда как при хроническом процессе доступность ДНК к связыванию ДНК акридиновым оранжевым не отличалось от аналогичных данных группы контроля.

Полученные данные свидетельствуют о существовании выраженных изменений в обмене нуклеиновых кислот в циркулирующих фагоцитах при СКВ. Доступность ДНК моноцитов и особенно нейтрофилов к связыванию акридиновым оранжевым может быть использована для дифференциации кожных и системных форм красной волчанки, а также для диагностики активности и характера течения СКВ.

#### **ВЛИЯНИЕ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ФИЗИЧЕСКУЮ ТОЛЕРАНТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИБС, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Савельева В.В., Николенко Т.А.

*Курский государственный медицинский университет*

В настоящее время хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из главных проблем здравоохранения в развитых странах. Основной причиной ХСН в 60-70% случаев служит ИБС.

**Цель исследования:** изучить влияние препарата Мексикор на толерантность к физической нагрузке больных ИБС, осложненной ХСН ПА ст. на фоне традиционного лечения.

**Материалы и методы:** обследовано 20 больных (8 женщин в состоянии менопаузы и 12 мужчин) в

возрасте 50-55 лет, страдающих ХСН IIА, ФК II-III (классификация NYHA), обусловленной ИБС (постинфарктный кардиосклероз, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий). Больные получали кардиопротективный препарат Мексикор 0,3г/сут. на фоне традиционного лечения (эналаприл 5-10мг/сут., метопролол 50мг/сут.). Продолжительность лечения 1 месяц. Контрольная группа получала традиционную терапию (эналаприл 5-10мг/сут., метопролол 50мг/сут.). Физическую толерантность оценивали по тесту 6-ти минутной ходьбы.

**Результаты.** Анализ полученных данных показал, что при лечении Мексикором у больных ХСН ишемического происхождения повышалась физическая толерантность, что проявилось в увеличении пройденного расстояния по данным ТШХ, по сравнению с исходными данными. В контрольной группе, отмечено достоверно меньшее увеличение физической толерантности, которая, вероятно, обусловлена проводимой терапией иАПФ и бета-блокаторами.

Полученные результаты свидетельствуют о способности Мексикора улучшать сократительную функцию левого желудочка, что обусловлено кардиопротективными свойствами препарата.

**Выводы.** Таким образом, проведенные исследования показали, что применение Мексикора в дозе 0,3г/сут. на фоне традиционных средств лечения ХСН улучшает толерантность к физической нагрузке больных ИБС, осложненной ХСН. Мексикор может использоваться в комплексной терапии в сочетании с традиционными средствами.

#### **КАРДИОИНТЕРВАЛОМЕТРИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ**

Семенкин Р.В., Трушин С.Н., Коробков Е.Е.,  
Куцкир В.Г.

*Ряз. ГМУ им. Акад.И.П. Павлова, Областная  
клиническая больница, Рязань*

Опыт применения в мировой и отечественной практике метода многократных ревизий и санаций брюшной в лечении распространенного гнойного перитонита полости получил признание большинства хирургов. Основным критерием оценки метода являются показатели летальности. По данным М.И.Кузина (1996г.) наиболее низкие показатели были получены при программированном этапном промывании брюшной полости (20,2%). Наша клиника располагает опытом лечения 230 больных с общим гнойным перитонитом, которым была применена методика программированных релапаротомий с промыванием (санацией) брюшной полости. Летальность составила 23,5% (55 больных). Основным критерием выбора данного метода, по нашему мнению, является морфологическая оценка состояния брюшной полости во время первой лапаротомии. В условиях ургентной хирургии, у большинства хирургов, балльная система оценки и прогнозирования состояния больных (SAPS, APACHE 2, SOFA и др.) не получили распространения. Данные методы применимы для статистической оценки групп

больных, но не позволяют индивидуализировать хирургическую тактику. У 151 больного из 230 число релапаротомий составило 1, т.е. на первой программированной релапаротомии макроскопические признаки перитонита отсутствовали или наблюдалась картина разрешения воспалительного процесса. Летальность в этой группе составила 2,5% (умерло 2 больных от сопутствующей кардиальной патологии). Послеоперационные осложнения наблюдались у 2х. пациентов (у одного бльного развилась ранняя спаечная кишечная непроходимость, у второго сформировался поддиафрагмальный абсцесс слева). Очевидно, что части из 151 оперированных релапаротомия не требовалась, но число осложнений и летальность показывают, что первая программированная санация брюшной полости достаточно безопасна. При последующих релапаротомиях число осложнений, связанных как с продолжающимся перитонитом, так и самой операцией, возрастает. Так летальность после 4х ревизий брюшной полости составила 33%. Для индивидуализации показаний к следующей ревизии (если на последней релапаротомии или лапаротомии у нас возникали сомнения в ее целесообразности) основную роль отводим объективизации состояния брюшной полости в динамике этапного хирургического лечения: УЗИ или МРТ органов брюшной полости на 1-е сутки после операции, клиническая оценка перитонеальных симптомов, лабораторных показателей воспаления, моторики кишечника. Важное значение придаем оценке общих адаптационных возможностей организма и степени напряжения регуляторных систем. В режиме реального времени, раньше лабораторных показателей, на изменения внутреннего гомеостаза (динамику выраженности гнойно-деструктивного процесса в брюшной полости) реагирует сердечно-сосудистая система. Состояние регуляторных систем сердечного ритма оценивали с помощью методики математического анализа сердечного ритма по Баевскому Р.М. (1984). Вычисляли интегральный показатель ПАРС (показатель активности регуляторных систем) путем компьютерного анализа динамического ряда из 100 кардиоинтервалов. Результат оценивали по 10-балльной шкале, где 0-1 оптимальное регулирование, 9-10 истощение процессов регуляции.

Кардиоинтервалометрия проводилась 41 пациенту с распространенным гнойным перитонитом. Исследование осуществлялось в утреннее время в положении лежа за 1-2 суток перед предполагаемой релапаротомией и на 1-2 сутки после ушивания брюшной полости наглухо после разрешения интраабдоминального воспаления. Число релапаротомий составило от 0 до 7, в среднем 3 релапаротомии. Было произведено 61 кардиоинтервалометрическое исследование. Результаты были разделены на 2 группы. Первая группа из 25 результатов соответствовала функциональному состоянию больных за 1-2 суток перед релапаротомией, на которой выявлялись признаки продолжающегося перитонита. В нее также включены данные кардиоинтервалометрии больных после ушивания брюшной полости наглухо, но с последующим выявлением у этих больных интраабдоминальных осложнений связанных с перитонитом (прогрессирование вя-