

патологии. По мере ухудшения картины МЦБ нарастала также летальность больных. Так у больных IА группы она была несущественной (8%) и резко увеличивалась у больных IIБ группы (65,38%).

Всем больным с СДС проводилась комплексная инфузионно-трансфузионная терапия, включавшая свежезамороженную плазму, реополиглюкин, детоксикационные растворы, гепарин, а также гипербарооксигенацию и плазмоферез. При наличии признаков ОПН осуществлялся гемодиализ. Проведенная комплексная терапия благоприятно влияла на показатели МЦБ и прежде всего за счет купирования явлений периваскулярного отека и улучшения показателей сосудистого сектора.

Таблица

Показатели конъюнктивных индексов у больных с СДС

Группы больных	СИ	ВСИ	ОСИ	ОКИ
норма	2,15±0,48	0,47±0,20	0,11±0,09	2,73±0,71
IА	3,85±0,36*	1,18±0,39	1,0±0,61*	6,63±0,63*
IB	5,32±0,34*	1,21±0,46	1,46±0,35*	7,99±0,76*
IIА	4,86±0,42*	3,43±0,30*	1,8±0,44*	10,13±1,20*
IIБ	7,20±0,81*	3,6±0,48*	3,0±0,37*	13,80±1,00*
IА - IIА	P > 0,05	P < 0,05	P > 0,05	P < 0,05
IB - IIБ	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05
IА - IB	P < 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P < 0,05
IIА - IIБ	P < 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P < 0,05

Примечание: * отмечены данные, статистически достоверно отличающиеся от нормы (P < 0,05).

Проведенное исследование показывает, что данные о состоянии МЦБ имеют важное значение для разработки патогенетической классификации больных с СДС, так как они объективно отражают тяжесть их клинического состояния и стадийность развития заболевания. Показатели МЦБ могут помочь также и оценке эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Применение простого, легкодоступного, неинвазивного метода исследования МЦБ у больных с СДС дает большую информацию о состоянии перфузии тканей в целом и может иметь большое значение для разработки мер патогенетической терапии у этих больных не только в стационарах, но и на этапах эвакуации.

УДК 616—001.32''405'':616.15—092.18

Р. А. ОВАНЕСЯН, Р. Г. МЕЖЛУМЯН, В. О. ГАЛИКЯН

ИЗМЕНЕНИЯ АГРЕГАЦИОННЫХ СВОЙСТВ КЛЕТОК КРОВИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

В оценке тяжести синдрома длительного сдавливания (СДС) большое значение принадлежит степени изменения поврежденных тканей, био-

химических свойств крови, а также наличие олигоанурии. Состояние же при этом агрегационных свойств клеток крови (АСКК) практически не изучено, хотя очевидно, что при этом синдроме, как и при других стрессовых ситуациях, большое значение принадлежит рефлекторным воздействиям на центральную нервную систему и выбросу в кровеносное русло множества нейрогуморальных веществ, значительно влияющих на АСКК.

Теперь уже ни у кого не вызывает сомнения, что нарушения реологических свойств крови играют существенную роль в патогенезе и исходе шокового синдрома. Однако АСКК наиболее изучены при травматическом шоке. В исследованиях этих авторов показано, что уже во второй фазе шока, в связи с падением кровяного давления, кровоток замедляется и появляются стазы крови. В третьей, рефрактерной фазе шока может наступить распространенное внутрисосудистое свертывание крови, микротромбозы, тромбоэмболии. Beckstrom, Folkow, Keveck с соавт. (1971) полагают, что в механизмах агрегации тромбоцитов (АТ) и эритроцитов (АЭ) при этом большое значение имеет усиленная секреция катехоламинов в надпочечниках.

Исходя из вышеизложенного, становится очевидной актуальность изучения закономерностей изменений АСКК у больных с СДС. Это важно как для прогнозирования клинического течения заболевания и могущих возникнуть тромбоэмболических осложнений, так и для выбора патогенетической терапии.

Целью настоящей работы—изучить изменения АЭ и АТ при СДС у больных с различной тяжестью заболевания в процессе их комплексной терапии.

Обследовано 50 больных, госпитализированных на 1—3-ьи сутки после декомпрессии со сроками экспозиции от 2 час до 5 сут. По тяжести заболевания больные были распределены на 2 группы: I группа—больные без острой почечной недостаточности (ОПН); II группа—больные с ОПН. В качестве контроля использовались данные 20 практически здоровых лиц.

Определение степени АЭ и АТ производилось фотокolorиметрическим методом при помощи адаптированного для этой цели спектрофотокolorиметра «Спекол-10». Во всех пробах крови определяли также гематокритное число (ГТ) на микроцентрифуге «МЦГ-8».

Исследования проводили при поступлении больных в стационар, в процессе их комплексного лечения и перед выпиской.

Проведенные исследования показали (рис. 1), что уже при госпитализации (1—3-ьи сутки) у обеих групп больных имелось значительное повышение степени АЭ (160—175% к норме). АТ при этом (рис. 2) была резко повышена только лишь у больных с ОПН (304,9% к норме), и близка к норме у больных I группы (92,09% к норме).

Всем больным проводилась инфузионно-трансфузионная терапия (свежезамороженная плазма, реополиглюкин, детоксикационные растворы гепарин) в комплексе с гипербарооксигенацией и плазмаферезом. При наличии ОПН использовался также метод гемодиализа.

На фоне указанной терапии, сопровождавшейся снижением ГТ до 80—64% от исходных данных, у всех больных отмечалось значительное увеличение показателей АЭ и АТ. АЭ у обеих групп больных достигала максимальных изменений на 7—10-е сутки заболевания (180—185% к

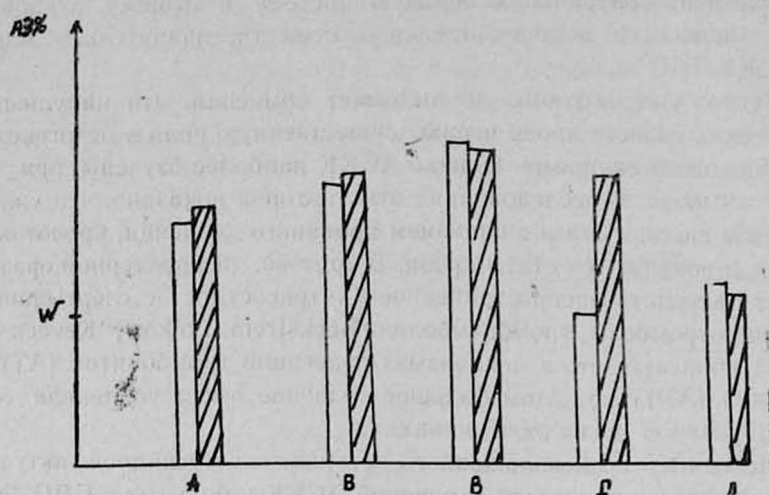


Рис. 1. Изменения агрегации эритроцитов у больных с СДС. Здесь и на рис. 2: □ — I группа больных; ▨ — II группа больных; А—1—3-ьи сутки после декомпрессии; В—7—11-е сутки после декомпрессии; В—12—18-е сутки после декомпрессии; Г—19—27-е сутки после декомпрессии; Д—отдаленный период.

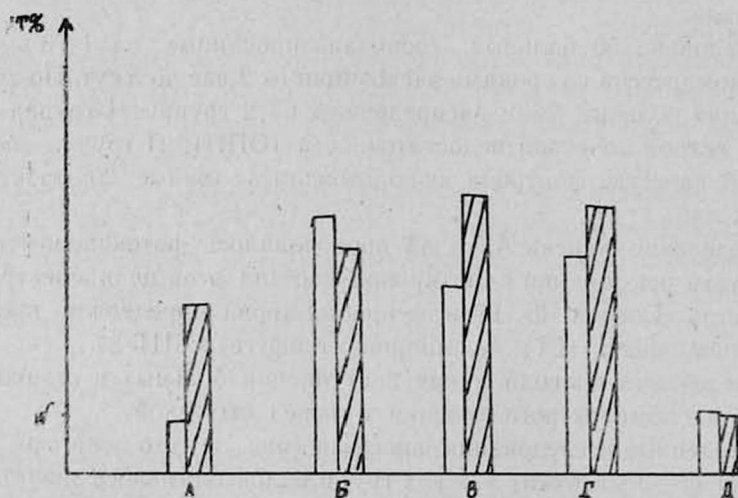


Рис. 2. Изменения агрегации тромбоцитов у больных с СДС.

норме) с последующим более медленным нарастанием к 12—18-м суткам (206,5—200,4% к норме). На 19—27-е сутки у больных I группы отмечалась нормализация показателей АЭ (99,94% к норме). У больных же II группы в эти сроки заболевания степень АЭ все еще значительно пре-

вышла уровень нормы (187,2% к норме) и достигала его лишь на 40—100-й день от начала заболевания.

АТ претерпевала еще более резкие изменения, чем АЭ. Особенно бурно степень ее возрастала на 7—11-е сутки (свыше 400%). В дальнейшие сроки наблюдений (12—27-е сутки) у больных I группы отмечалось ее постепенное снижение, так что к моменту выписки больных из стационара (30—40-е сутки) она приближалась к 122% от уровня нормы. У больных с ОПН на 12—27-е сутки отмечалось нарастание степени АТ на фоне все еще значительно повышенной степени АЭ. Нормализация показателей АТ и АЭ отмечалась у них лишь к моменту выписки, на 40—100-й день от начала заболевания.

Таким образом, проведенные исследования показали, что у больных с СДС уже в самом начале развития заболевания имеют место значительные нарушения АСКК, наиболее выраженные на фоне ОПН.

В процессе развития патологии, на фоне интенсивной терапии, отмечалось дальнейшее усиление расстройств АСКК. При отсутствии ОПН они подвергались постепенной регрессии и нормализовались на 30—40-й день от начала заболевания. При наличии ОПН изменения АСКК продолжали прогрессировать до 3-й недели заболевания, сохраняя значительные отличия от нормы и на 30—40-й дни заболевания.

Нарушения АСКК и медленное их восстановление при СДС свидетельствуют о важной их роли в патогенезе данной патологии. Наиболее выраженными были изменения АТ, нежели АЭ, что необходимо учитывать при разработке мер комплексной терапии СДС.

УДК 616.001.32''405"—074

Л. Г. МИНАСЯН, Л. П. ТАРАСЯН, Р. К. МАРТИРОСЯН,
А. Р. МУРАДЯН, А. Г. МУРАДЯН

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ереванский филиал Всесоюзного научного центра хирургии АМН СССР

Течение синдрома сдавления зачастую осложняется развитием почечно-печеночной недостаточности, при которой, как правило, наибольшему патологическому воздействию подвергается ретикуло-эндотелиальная система. Развитие острой почечно-печеночной недостаточности является крайне неблагоприятным прогностическим признаком течения синдрома сдавления, сопровождающегося нарушением специфических видов метаболизма и накоплением эндотоксинов, что значительно ухудшает течение данной патологии. Тактика лечения таких больных зависит во многом от своевременной и достоверной диагностики.