

УДК 616 - 053. 2 : [612. 135 : 613. 95

Л.К. Мошетьева, Ф.Р. Сайфуллина (Москва — Казань). **Состояние микроциркуляции у детей, проживающих в различных районах промышленного города**

Нами были проанализированы результаты оценки состояния микроциркуляторного русла у 200 учащихся (400 глаз), проживающих в промышленных районах с разным уровнем загрязнения атмосферного воздуха. Контрольная группа включала 50 учащихся, проживающих в районе, где отсутствуют промышленные предприятия.

Исследование микроциркуляции (периваскулярные, васкулярные и интраваскулярные изменения) производилось с помощью целевой лампы ЦЛ-2Б методом биомикроскопии бульбарной конъюнктивы. Оценивались микрососудистое русло конъюнктивы, граничащей с лимбом. Ар-териолы, венулы и капилляры различали по направлению и скорости кровотока, диаметру сосудов, конфигурации, углам ветвления. Изменения оценивались в баллах. У лиц контрольной группы имелись незначительные изменения в микрососудистой системе конъюнктивы.

Общий конъюнктивальный индекс (ОКИ) был равен $4,521 \pm 0,24$ в основном за счет васкулярных изменений — нерезко выраженной неравномерности калибра и извитости единичных венул. Индекс сосудистых изменений (ИСИ) равнялся $2,39 \pm 0,16$ балла. Периваскулярные изменения выявлялись в виде мелких очажков гемосидероза. Индекс периваскулярных изменений (ИПИ) составлял $0,36 \pm 0,1$.

В качестве контроля были использованы также данные о норме В.Ф. Боговянского (1970), В.В. Смирнова (1978), В.Н. Кочегурова (1979).

У учащихся, проживающих в промышленных районах г. Казани, были обнаружены выраженные нарушения в системе микроциркуляции ($p < 0,001$) по отношению к контрольной группе (см. табл.).

Показатели микроциркуляции у лиц, проживающих в промышленных районах, и контрольной группы

Конъюнктивальные	Группы обследованных	
	учащиеся, проживающие в промышленном районе (n=400)	контрольная группа (n=100)
ИПИ	$0,909 \pm 0,41$	$0,36 \pm 0,1$
ИСИ	$1,65 \pm 0,63$	$0,86 \pm 0,12$
ИСИ	$4,18 \pm 1,0$	$2,39 \pm 0,16$
ИВИ	$1,07 \pm 0,06$	$0,39 \pm 0,09$
ОКИ	$7,82 \pm 0,27$	$4,56 \pm 0,24$

* п — число обследованных глаз.

Из периваскулярных изменений отмечался гемосидероз различной выраженности. ИПИ составил $0,9 \pm 0,1$. ИСИ складывался из неравномерности калибра артериол, их сужения, за счет которых был уменьшен артериоловенулярный коэффициент. Венулы были извиты, определялись единичные аневризмы. ИСИ был в 2 раза выше, чем в контрольной группе ($4,18 \pm 0,18$). Измене-

ния со стороны капилляров достоверно не отличались от наблюдаемых в контрольной группе (ИКИ - $1,67 \pm 0,46$; $p < 0,010$).

Внутрисосудистые изменения включали внутрисосудистую агрегацию эритроцитов в венулах и капиллярах (ИВИ = $1,07 \pm 0,06$). ОКИ был равен $7,82 \pm 0,27$ и превышал этот показатель в контрольной группе.

Таким образом, у лиц, проживающих в промышленных районах Казани, отмечаются различные нарушения в микроциркуляторной системе, которые указывают на повышение проницаемости сосудистой стенки, изменения сосудистого тонуса и реологических свойств крови.

УДК 616- 089.8- 06:617- 022]-08 :616.153.915- 039- 074

В.И. Погорельцев, В.Ю. Терешенко, А.А. Чиркин, Г.К. Зиятдинова, Г.К. Будников (Казань). **Антиоксидантная активность ксимедона в комплексном лечении хирургических инфекций ***

С 1993 г. внимание исследователей привлекло применение в хирургической практике ксимедона — препарата пиримидинового ряда, ускоряющего процессы регенерации тканей, приживление костных трансплантатов, заживление трофических язв. Он является иммуномодулятором, стимулятором эндогенного дыхания, показана его антиоксидантная активность в химических, ферментативных и клеточных модельных системах у больных хроническим остеомиелитом.

Для изучения эффективности влияния ксимедона как антиоксиданта в комплексной терапии у больных гнойно-септического профиля были отобраны 62 пациента отделения гнойной хирургии и Центра гнойно-септической хирургии ГКБ № 5 г. Казани. Среди них были больные с флегмонами различных локализаций (47%), карбункулами (25%), рожистым воспалением тяжелой формы (25%), прочие (3%). В контрольную группу вошли 20 практически здоровых добровольцев. Физиологический контроль составили пациенты, не получавшие в составе комплексной терапии ксимедон.

Интегральную антиоксидантную емкость (АОЕ) крови определяли методом кулонометрического титрования с помощью электрогенерированного брома. Параллельно проводили корреляционный анализ показателя АОЕ с гемореологическими характеристиками крови больных. Ксимедон назначали дополнительно к базисной терапии заболевания в дозе 500 мг 4 раза в день внутрь в течение всего срока нахождения больного в стационаре. Средний срок пребывания в стационаре больных с флегмоной составлял 9 дней, с карбункулом — 10, с рожистым воспалением тяжелой формы — 20. Критериями заживления считали отсутствие гнойного отделяемого из раны, сочные в ней грануляции, появление фибрина, краевой эпителизации раны, уменьшение площади раневой поверхности не менее чем в 2 раза, заживление раны после ауто-дермопластики, нормализацию клинико-биохимических показателей крови.

По нашим данным, достоверное увеличение показателя АОЕ крови к концу лечения наблюдалось у тех больных, в комплексную терапию

* Работа поддержана грантом АНТ N° 07-7. 3-176.

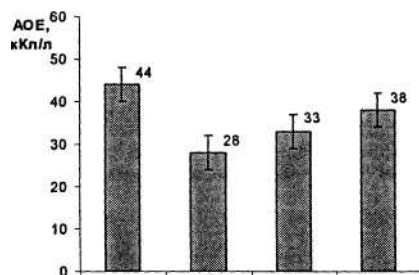


Рис. 1. Показатели АОЕ крови у больных с гнойно-хирургическими инфекциями ($p=0,95$): 1 — контрольная группа; 2 — больные до лечения; 3 — получавшие комплексную терапию без ксимедона (физиологический контроль); 4 — леченные дополнительно ксимедоном.

которых включали ксимедон и недостоверное — у леченных традиционно (рис. 1).

После выписки из стационара пациентов направляли на амбулаторное долечивание с назначением ксимедона, а через 2 недели — на контрольное обследование показателей АОЕ.

Через 2 недели амбулаторного долечивания у пациентов, принимавших ксимедон, показатель АОЕ увеличился по сравнению с таковым у больных к моменту выписки из стационара и достоверно приблизился к физиологической норме (рис. 2).

Существенный вклад в процессы заживления гнойно-воспалительных хирургических процессов вносит состояние микроциркуляции, которая во многом зависит от гемореологии. Корреляционный анализ показал, что существует линейная взаимосвязь между интегральной АОЕ крови и некоторыми клинико-биохимическими показателями крови (см. табл.).

Параметры корреляции между АОЕ и клинико-биохимическими показателями

Показатели	Уравнение регрессии $Y=a+bX$	R
Мочевина	12 ± 2 $0,74 \pm 0,07$	0,9902
Креатинин	21 ± 5 $0,27 \pm 0,05$	0,996
Гематокрит	21 ± 1 $0,60 \pm 0,04$	0,9951
Гемоглобин	23 ± 1 $0,17 \pm 0,01$	0,9921

Корреляция с гемоглобином объясняется содержанием порфиринов, которые вносят вклад в интегральную АОЕ. Аналогично можно трактовать и зависимость от гематокрита, также отражающего количество Fe-содержащих порфиринов, поскольку он представляет собой отношение содержания форменных элементов крови к ее жидкой части.

Наблюдаемую линейную взаимосвязь между уровнем АОЕ крови, мочевиной и креатинином мы объясняем механизмом обратной связи, когда эндогенные метаболиты, являющиеся прооксидантами, накапливаясь, активируют выработку эндогенных антиоксидантов в качестве компенсации. По нашему мнению, всем больным гнойно-септического профиля следует проводить контроль уровня АОЕ крови для ее адекватной коррекции. Рекомендуется также включение в комплексную терапию больных ксимедона как препарата, воздействующего на все звенья гной-

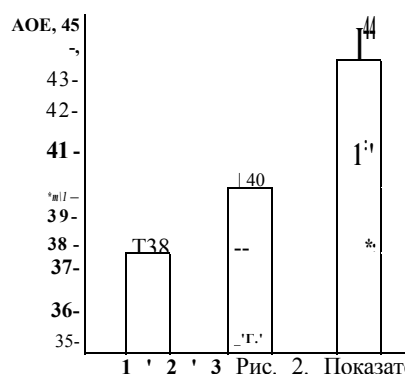


Рис. 2. Показатели АОЕ крови у больных гнойно-септического профиля на отдаленном периоде наблюдения ($p=0,95$): 1 — пациенты к моменту выписки из стационара; 2 — больные после выписки на амбулаторном долечивании; 3 — контрольная группа.

но-септического процесса и усиливающего антиоксидантный статус организма больного человека в течение всего периода лечения в стационаре и на амбулаторном долечивании.

УДК 616.441-006.03-08:547.26

А.Н. Барсуков, Е.В. Киселев, Р.А. Денисов (Смоленск). Особенности склерозирующей терапии этанолом рецидивного узлового зоба

В связи с высоким риском послеоперационных осложнений в последние годы все чаще публикуются сообщения об использовании чрескожной склерозирующей терапии этанолом (ЧСТЭ) для лечения рецидивного узлового зоба (РУЗ). Для объективной сравнительной оценки лечения РУЗ посредством оперативного вмешательства и ЧСТЭ мы проанализировали собственный клинический материал за последние 9 лет путем сравнения результатов лечения у пациентов, которых после операции и ЧСТЭ наблюдали не менее одного года. В 1-ю группу вошли 115 женщин в возрасте от 27 до 74 лет, которых через 1,5 — 37 лет после первичной операции по поводу узлового коллоидного зоба оперировали повторно в Брянской и Смоленской областных больницах в связи с их рецидивом. Во 2-й группе была 61 женщина от 24 до 78 лет с рецидивом узлового коллоидного зоба через 1—32 года после первичной резекции щитовидной железы (ЩЖ), которых лечили методом ЧСТЭ.

Стандартное обследование включало осмотр, УЗИ, исследование ТТГ, титра антител к мйк-росомальной фракции тиреоцитов, тонкоигольную аспирационную биопсию, сцинтиграфию ЩЖ при подозрении на автономно функционирующий узел или аденому, рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода при симптомах механического сдавления органов шеи, ЭКГ и изучение профиля АД. Непременным условием для проведения сеанса ЧСТЭ являлись благоприятный цитологический анализ, наличие четких контуров образования, АД не выше 160/100 мм Hg, эутиреоидное состояние и удовлетворительное самочувствие пациента.

ЧСТЭ производилась без анестезии в положении больного лежа на спине с валиком под шейей

