

© Михеев А.В., Трушин С.Н., Дармограй В.Н., 2004
УДК 616.24/.25-002.3:616.151.5

СОСТОЯНИЕ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

А.В. Михеев, С.Н. Трушин, В.Н. Дармограй

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Исследование основано на результатах лечения 122 больных с острыми гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры. Все больные в плане проводимого лечения были условно разделены на 2 группы: 1-я (контрольная) – 73 больных, лечившихся традиционными методами; 2-я (основная) – 49 больных. Во 2-ой группе в комплексной терапии использовался экдистероид-содержащий препарат, что позволило добиться более быстрой нормализации коагуляционного гемостаза.

Несмотря на совершенствование оказания специализированной пульмонологической помощи, широкое использование современных антибактериальных средств, частота острых инфекционных легочно-плевральных деструкций не имеет тенденции к снижению [1]. Частота гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры (ГДЗЛП) в нашей стране достигает 4-5 на 100 000 жителей в год. Временная потеря трудоспособности наблюдается у 30-40% больных с гнойно-деструктивными процессами в легких, а стойкая инвалидизация – у 7,1-9,7% пациентов. Гнойно-деструктивные процессы в легких переходят в хроническую форму у 11-40% больных. Летальность остается на высоком уровне (7,2-28,3%), а при гангренозных абсцессах и гангрене легкого может достигать 23,4% и 74,1% соответственно [1, 2].

Трудности при лечении больных с острым абсцессом легких (АЛ) и эмпиемой плевры (ЭП) связаны с выраженным эндотоксикозом, гипоксией, потерями белка и микроэлементов, раз-

вивающимся вторичным иммунодефицитом [1, 2, 4].

Хорошо известно еще со времен И.П. Павлова, что легкие участвуют в процессах свертывания крови. Процесс нагноения в легочной ткани также имеет четкое отражение в деятельности свертывающей системы крови, проявляющееся дискоординацией свертывающих и антисвертывающих механизмов. Исследованиями Е.М. Дедковой (1969), Г.И. Лукомского (1983) было показано, что под влиянием деструктивных процессов в легочной ткани, плевре снижается протромбиновый индекс, повышается количество фибриногена и Ф-VIII, снижается фибринолитическая активность.

В связи с этим заслуживает внимания изучение возможности коррекции нарушений коагуляционного гемостаза у больных острыми гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры путем использования в комплексной терапии фитоэкдистероидов (ФЭ) - природных соединений из группы полиоксистероидов. ФЭ уже в небольших ко-

личества оказывают выраженный многоплановый благоприятный эффект на организм человека. Доказана эффективность использования их при ишемической болезни сердца, миокардитах, язвенной болезни, термических поражениях, заболеваниях кожи и т.д. [3, 5].

Материалы и методы

Настоящее исследование основано на результатах проведенного лечения 122 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении торакальной хирургии Рязанской областной клинической больницы. Все больные в плане проводимого лечения были условно разделены на 2 группы:

1-я (контрольная) – 73 больных в возрасте от 22 до 75 лет (средний возраст = $51,69 \pm 0,15$ года), лечившихся традиционными методами; 42 из них имели абсцесс легкого, 31 – эмпиему плевры.

2-я (основная) – 49 больных в возрасте от 19 до 75 лет (средний возраст = $47,75 \pm 1,94$ года); у 33 из них имел место абсцесс легкого, у 16 – эмпиема плевры.

Мужчин было 100, женщин 22. Основная и контрольная группа достоверно не различались по возрастному и половому составу, сопутствующей патологии и другим параметрам. При поступлении в стационар тяжесть состояния больных оценивалась по общеклиническим признакам и была расценена как среднетяжелое или тяжелое.

Больные контрольной группы получали традиционное лечение, включающее торакоцентез и дренирование гнойной полости (по показаниям) с последующей аспирацией содержимого и промыванием растворами антисептиков.

У больных основной группы дополнительно в комплексной терапии был использован препарат, содержащий фитоэкдистероиды (приоритетная

справка на предполагаемое изобретение: № 2003121066 от 08.07.03 “Способ лечения острых неспецифических нагноительных заболеваний легких и плевры”).

Последний использовался *per os* за 15-20 мин. до приема пищи по 30-40 капель 3 раза в течение дня курс 30 дней.

В динамике исследовались показатели коагуляционного гемостаза.

Время свертывания капиллярной крови (по Г.В. Сухареву, 1960): начало свертывания (НС), конец свертывания (КС) с расчетом времени образования сгустка (диапазон коагуляции). Определение протромбинового (тромбопластинного) времени с расчетом протромбинового индекса плазмы (ПИП). Количество фибриногена в плазме определяли весовым (унифицированным) методом по Р.А. Рутберг (1961). Фибриноген в плазме определяли микрометодом по Н. Commine, A. Lyons (1948); В.П. Балуде и соавт. (1967). Тромбиновое время определяли по В.П. Балуде и З.С. Баркагану (1980). Толерантность плазмы к гепарину определяли унифицированным методом по J. Gormsen (1959). Фибринолитическую активность крови (ХIIа-зависимый лизис эуглобулинов плазмы, активизированный каолином) определяли по методу E. Kovalski et al (1959) в модификации В.П. Балуды и З.С. Баркагана (1980). Активность фибриназы (фактор XIII) определяли унифицированным количественным методом по Сигуа и Дуккертю в модификации В.П. Балуды и З.С. Баркагана (1980).

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты представлены в табл. 1.

У больных АЛ как основной, так и контрольной группы при поступлении в

стационар отмечались исходно низкие показатели фибринолитической активности, при повышении толерантности плазмы к гепарину. Данные изменения, наряду с повышением концентрации фибриногена, антифибринолизина, можно расценить как состояние претромбоза, что совпадает с данными литературы (Б.А.Кудряшов, 1965). После

проведенного лечения у больных АЛ в обеих группах наблюдалось снижение концентрации фибриногена и повышение фибринолитической активности. Однако тенденция к нормализации данных показателей у больных с АЛ основной группы была более быстрой ($p < 0,05$).

Таблица 1

Динамика коагулограммы у больных острыми неспецифическими гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры по нозологиям ($M \pm m$)

Показатель	Абсцесс легкого			
	Основная		Контрольная	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ТВ (сек.)	16,53±0,24	16,33±0,17**	17,43±0,2	15,33±0,05*
ТПГ (мин.)	6,22±0,15	7,18±0,2*	6,09±0,04	5,5±0,12*
Ф (г/л)	6,83±0,31	4,79±0,17*	6,53±0,1	5,5±0,12*
АФ (%)	84,68±2,04	80,67±2,51**	86,14±1,07	70±1,35*
ФА (час.)	1,35±0,09	2,06±0,09*	1,07±0,04	1,27±0,04*
ПИП	0,88±0,01	0,85±0,01*	0,9±0,003	0,84±0,004*
	Эмпиема плевры			
ТВ (сек.)	18±0,54	18,43±0,74**	16,13±0,05	17±0,16*
ТПГ (мин.)	7,59±0,63	9,11±0,84**	8,24±0,15	7,51±0,09**
Ф (г/л)	6,39±0,42	4,97±0,19*	5,38±0,12	7,19±0,05*
АФ (%)	89±2,02	81,25±1,8*	79,88±1,58	81±0,55**
ФА (час.)	1,38±0,1	2,58±0,1*	1±0,04	1,63±0,2*
ПИП	0,87±0,02	0,85±0,01**	0,89±0,04	0,91±0,01**

где ТВ – тромбиновое время, ТПГ – толерантность плазмы к гепарину, Ф – фибриноген, АФ – активность фибриназы, ФА – фибринолитическая активность, ПИП – протромбиновый индекс.

* - $p < 0,05$;

** - $p > 0,05$.

У больных с ЭП в контрольной группе, несмотря на проведенную терапию, отмечалось статистически достоверное повышение количества фибриногена, а в основной группе у данной категории больных он достоверно снижался. Фибринолитическая активность у больных с ЭП обеих групп после про-

веденного лечения в целом повышалась, однако, в основной группе данный показатель был достоверно выше ($p < 0,05$).

Выводы

Таким образом, при использовании фитоэкдистероидов в комплексной терапии у больных ГДЗЛП отмечено дос-

товерно более быстрая нормализация коагуляционного гемостаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бербенцова Э.П. Иммунология, клиника, диагностика и лечение воспалительных, вирусных, бактериальных заболеваний, верхних дыхательных путей, бронхов, легких: Пособие по пульмонологии / Э.П. Бербенцова. - М., 1998. - 624с.
2. Балашенцева С.А. Методика эндоскопического дренирования острых абсцессов легких / С.А. Балашенцева // Грудная и сердечнососудистая хирургия. - 2001. - №1. - С.36-40.
3. Курмуков А.Г. Противовоспалительные свойства экдистерона / А.Г. Курмуков, В.Н. Сыров // Мед. журн. Узбекистана. - 1988. - №10. - С.68-70.
4. Лечение острых абсцессов и гангрены легких / Я.Н. Шойхет, И.П. Роцев, В.А. Мартыненко, С.В. Заремба // Тез. VI Нац. конгр. по болезням органов дыхания. - Новосибирск, 1996. - С.136-138.
5. Сыров В.Н. Действие фитозкдистероидов на желчеотделительные функции печени в норме и при экспериментальном гепатите / В.Н. Сыров, А.Н. Набиев, М.В. Султанов // Фармакология и токсикология. - 1986. - №3. - С.100-103.

STATE OF BLOOD COAGULATION SYSTEM IN PATIENTS WITH NONSPECIFIC PLODESTRUCTIVE DISEASES OF LUNGS AND PLEURA

A.V. Miheev, S.N. Trushin, V.N. Darmogray

The investigation is based on results of treatment of 122 patients with acute piodestructive diseases of lungs and pleura. All of patients were divided on two groups: (1) a control group (73 patients) of routine treatment recipients; (2) a primary group (49 patients). An ecdysteroid containing medication used in complex treatment in patients of primary group. It made normalization of coagulation hemostasis faster.