

веческого иммуноглобулина, который вводят по 2 мл внутримышечно один раз в 4 дня (всего 5 инъекций). Когда истинная аллергическая крапивница, в частности инфекционная, протекает на фоне хронических очагов инфекций, последние необходимо устранять, так как они часто осложняют и утяжеляют ее течение.

Причиной крапивницы часто являются хронические очаги инфекции, поэтому этиотропная терапия должна быть направлена прежде всего на лечение основного заболевания, инактивацию очагов инфекции с применением антибактериальных препаратов. Таким больным рекомендуется диетотерапия с ограничением жиров, пряностей, исключением облигатных пищевых продуктов: яиц, куриного мяса, рыбы, шоколада, кофе. Назначают заместительную терапию ферментами — фесталом, дигесталом, панкреатином, мексазой, панзинормом, энзисталом. При нарушении функции печени применяют гепатотропные средства и гепатопротекторы, которые защищают паренхиму печени от токсических воздействий. К таким препаратам относятся легалон или силибор, карсил, катерген, эссенциале, ЛИВ-52. Одновременно дают желчегонные препараты — холинорегитические, усиливающие образование желчи (холензим, холосас, аллохол) и холекинетические (фламин, экстракт бессмертника).

Этиотропная терапия хронической крапивницы, которая связана с паразитарными заболеваниями, заключается в назначении антипаразитарных препаратов: при лямблиозе — тинидазола, трихопола, аминохинола, при описторхозе — хлоксила, при аскаридозе — декариса.

Лечение крапивницы, которая со-

провождается дисбактериозом кишечника, проводится с учетом клиники последнего, степени нарушения нормальной микрофлоры кишечника, вида выделенного микроба. Предписывают диету, которая должна способствовать нормализации микрофлоры кишечника, обладать бактерицидным действием. С этой целью больным рекомендуется употреблять молочнокислые продукты (кефир, катык), овощи (морковь, щавель), ягоды (черную смородину, бруснику, черноплодную рябину). Большое значение придается фитотерапии, а именно настоям таких трав, как лекарственная ромашка, полынь, шалфей, огородный укроп, которые угнетают гнилостную микрофлору. При дисбактериозах, обусловленных уменьшением или отсутствием представителей нормальной микрофлоры, проводят заместительную терапию (бифидумбактерин, лактобактерин, бактиосубтил, бификол, колибактерин). Широкое применение получили бактериофаги — колипротейный, стрептококковый, стафилококковый.

Таким образом, лечение аллергических и неаллергических (псевдоаллергических) форм крапивницы должно быть комплексным с учетом причин и тяжести клинических проявлений.

Поступила 21.10.94.

URTICARIA AND CHRONIC INFECTION FOCI

R. Kh. Burnasheva, N. M. Rakhmatullina,
A. M. Gumerova

Summary

The results of long-term observations of patients with various forms of urticaria are generalized. The analysis of the attendant pathology considered as chronic infection foci is given. The description of various forms of the treatment of urticaria is of interest to physicians.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ДЕФОРМИРУЮЩИМ КОКСАРТРОЗОМ

Д. М. Пучиньян, М. С. Сисакян

Саратовский НИИ травматологии и ортопедии (директор — доц. И. И. Жаденов) МЗ РФ

Деформирующий остеоартроз тазобедренного сустава — полиэтиологическое заболевание. Патогенетические же механизмы прогрессирования дегенеративно-дистрофического процесса в суставе лишены специфичности и во многом универсальны. Согласно си-

стемной концепции патогенеза дегенеративно-дистрофических поражений суставов [3], в возникновении и развитии патологического процесса в суставе ведущее значение имеют повторяющиеся местные нарушения микроциркуляции.

Целью настоящего исследования являлось изучение состояния микроциркуляции у больных коксартрозом в зависимости от тяжести заболевания и распространенности патологического процесса.

Под нашим наблюдением находились 48 больных деформирующим коксартрозом различного генеза в возрасте от 34 до 63 лет. Остеоартроз тазобедренного сустава I—II стадии диагностирован у 13 больных, III [1] — у 35. Среди больных деформирующим коксартрозом III стадии односторонний процесс был у 18 больных, двусторонний — у 17. Контрольная группа состояла из 34 здоровых людей в возрасте от 26 до 58 лет. Критерием отбора людей в контрольную группу служило отсутствие у них в анамнезе хронических заболеваний, которые могли бы сопровождаться сдвигами в системе микроциркуляции. Для оценки системных изменений микроциркуляции у больных использовали метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы глазного яблока. Исследование проводили с помощью щелевой лампы ШЛ-56 в положении больного сидя [4]. Комплексную оценку состояния микроциркуляции в конъюнктиве глазного яблока осуществляли по балльной системе [2]. Выявляли сосудистые, внутрисосудистые и периваскулярные патологические признаки расстройства микроциркуляции. Соответственно рассчитывали индексы сосудистых, внутрисосудистых и периваскулярных изменений, а также общий конъюнктивальный индекс.

Как видно из приведенных результатов исследования (см. табл.), в контрольной группе имеются незначительные сдвиги в системе микроциркуляции. У обследованных встречались единичные нерезко выраженные изменения сосудистого характера: неравномерность калибра и извитость венул. В возрастной группе от 51 до 65 лет нередко наблюдалась агрегация эритроцитов в единичных мелких венулах, а иногда и в капиллярах. Периваскулярные нарушения были выявлены лишь в одном случае.

У больных деформирующим коксартрозом отмечались значительные нарушения микроциркуляции в сосудах конъюнктивы глазного яблока, заключающиеся в изменении геометрии сосудистого русла и внутрисосудисто-

го кровотока. Наблюдались извитость капиллярных петель и венул, микроаневризмы, уменьшение артериоловеноулярных отношений, в некоторых случаях — увеличение количества функционирующих артериоловеноулярных шунтов. Внутрисосудистые изменения были представлены в основном агрегацией эритроцитов в венулах, капиллярах и реже умеренным замедлением кровотока в артериолах. В более тяжелых случаях имели место резкое замедление и кратковременные остановки кровотока в венулах, ретроградный кровоток, микротромбозы.

Сравнительный анализ выраженности микрогемодикуляторных расстройств у больных с различной тяжестью заболевания (см. табл.) показал, что уже на ранних стадиях коксартроза отмечаются в основном сосудистые ($P < 0,001$) и внутрисосудистые изменения ($P < 0,05$). Эти изменения достаточны для того, чтобы и общий конъюнктивальный индекс существенно отличался от контрольных величин ($P < 0,001$). При коксартрозе III стадии появляются периваскулярные признаки нарушения микроциркуляции ($P < 0,05$), а сосудистые ($P < 0,001$) и внутрисосудистые ($P < 0,001$) расстройства приобретают более выраженный характер. Об этом свидетельствуют достоверные отличия величин индексов сосудистых ($P^* < 0,05$) и внутрисосудистых ($P^* < 0,001$) изменений между группами больных с различной тяжестью заболевания. Хотя различия между группами больных в выраженности периваскулярных изменений были статистически недостоверными, величина общего конъюнктивального индекса у больных с коксартрозом III стадии оказалась существенно выше, чем у больных остеартрозом тазобедренного сустава I—II стадий ($P^* < 0,001$).

С целью изучения взаимосвязи между распространенностью патологического процесса в тканях тазобедренных суставов в состоянии микроциркуляции были проанализированы результаты конъюнктивальной биомикроскопии глаза у больных с одно- и двусторонним коксартрозом III стадии. Установлено, что выраженность внутрисосудистых нарушений микроциркуляции зависит от распространенности дегенеративно-дистрофического процесса: при поражении обоих тазо-

Микроциркуляция (в баллах) у больных коксартрозом в зависимости от тяжести заболевания и распространенности процесса

Показатели	контрольная	Группы обследованных			
		больные коксартрозом			
		I—II стадии	III стадии	односторон- ным	двусторон- ным
Средний возраст (в годах)	42,9±2,0	42,6±3,8 P>0,05	47,2±1,2 P>0,05 P*>0,05	46,8±1,6 P>0,05	47,7±1,7 P>0,05 P*>0,05
Индекс сосудистых изменений	1,4±0,2	2,4±0,2 P<0,001	3,0±0,2 P<0,001 P*<0,05	3,2±0,3 P<0,001	2,8±0,4 P<0,01 P*>0,05
Индекс внутрисосудистых изменений	0,7±0,1	1,6±0,4 P<0,05	3,7±0,3 P<0,001 P*<0,001	3,1±0,3 P<0,001	4,3±0,5 P<0,001 P*<0,05
Индекс периваскулярных изменений	0,06±0,08	0,15±0,15 P>0,05	0,34±0,08 P<0,05 P*>0,05	0,33±0,13 P>0,05	0,35±0,13 P*>0,05 P*>0,05
Общий конъюнктивальный индекс	2,2±0,2	4,2±0,6 P<0,001	7,1±0,5 P<0,001 P*<0,001	6,7±0,7 P<0,001	7,7±0,8 P<0,001 P*>0,05

Примечание. P — достоверность различий по отношению к данным контрольной группы; P* — достоверность различий между показателями в обеих группах больных.

бедренных суставов агрегация эритроцитов носит постоянный характер и наблюдается практически во всех сосудах микроциркуляторной зоны конъюнктивы глаза. Часто выявляется замедление или блокада кровотока в посткапиллярных сосудах. Эти нарушения микроциркуляции нашли отражение в увеличении индекса внутрисосудистых изменений у больных с одно- (P<0,001) и двусторонним коксартрозом (P<0,001) по сравнению с величиной данного показателя в контрольной группе и в существенном различии индексов между группами больных (P*<0,05). В обеих группах имеет место значительное увеличение сосудистых изменений (в группе с односторонним коксартрозом — P<0,001; в группе с двусторонним — P<0,01), однако индексы сосудистых изменений свидетельствуют о том, что межгрупповых отличий нет (P*>0,05).

Таким образом, у больных коксартрозом отмечаются системные нарушения микроциркуляции в основном за счет внутрисосудистых и сосудистых изменений. Однородность групп в возрастном плане позволяет исключить влияние этого фактора на полученные результаты. В таком случае выраженность микроциркуляторных расстройств зависит от тяжести заболевания и распространенности дегенеративно-дистрофического процесса в тазобедренных суставах. Поэтому наличие постоянных сосудистых и периваскулярных признаков нарушения ми-

кроциркуляции у больных и нарастание этой симптоматики в процессе прогрессирования заболевания свидетельствуют о том, что расстройства микроциркуляции все в большей степени приобретают органический характер. Следовательно, можно полагать, что микроциркуляторные нарушения являются одним из важнейших звеньев патогенеза дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косинская Н. С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. — Л., 1961.
2. Селезнев С. А., Назаренко Г. И., Зайцев В. С. Клинические аспекты микрогемоциркуляции. — Л., 1985.
3. Стецула В. И., Мороз Н. Ф. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов. — Киев, 1990.
4. Шульпина Н. Б. Биомикроскопия глаза. — М., 1966.

Поступило 20.10.94.

MICROCIRCULATION STATE IN PATIENTS WITH DEFORMING COXARTHROSIS

D. M. Puchinyan, M. S. Sisakyan

Summary

The microcirculation state in 48 patients with unilateral and bilateral deforming coxarthrosis of I—III stages and in 34 healthy persons aged 26 to 63 is studied using biomicroscopy method of bulbar conjunctiva vessels. It is established that the pronounced microcirculating disorders depend on the disease gravity and pathologic process occurrence. The most constant signs of microcirculation disorder are intravascular and vascular changes.