

ционной подготовки как карбонатом лития в сочетании с мерказолилом, так и мерказолидом в комбинации с йодом. У больных 2-й группы установлено более существенное снижение активности АСТ и АЛТ, чем у больных 1-й группы.

ВЫВОДЫ

1. Включение в предоперационную подготовку карбоната лития в сочетании с мерказолилом сокращает продолжительность предоперационной подготовки больных токсическим зобом.

2. Выбранная методика предоперационной подготовки (КЛ + М) вызывает увеличение содержания общего белка сыворотки крови, альбуминов и снижение уровня глобулинов, то есть значительно улучшает печеночный протеиногенез. Эти сдвиги более выражены, чем при традиционном способе подготовки (М + И).

3. Наш метод предоперационной подготовки приводит к увеличению содержания холестерина сыворотки крови, подобно традиционному способу (М + И), и к снижению активности трансаминаз.

4. Применение карбоната лития в сочетании с мерказолилом весьма целесообразно для улучшения функции печени у больных тиреотоксическим зобом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лещинский Л. А., Трусов В. В., Пименов Л. Т. Тер. арх., 1982, 2.—
2. Пименов Л. Т., Трусов В. В., Гагарин Б. П. В кн.: *Вопр. клинической хирургии*. Ижевск, 1978.—3. Воеһн Т. М., Вурман К. Д., Вагһнес S., Wагһtоfsky L. *Acta endocr* (Kbh.), 1980, 94, 2.

Поступила 30 апреля 1983 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.981.48—053.36

Г. П. Лаврентьев, Ю. С. Цека (Саратов). Клинико-иммунологические параллели при кишечной колиинфекции у детей первого года жизни

Проведено изучение клеточного и гуморального иммунитета при кишечной колиинфекции у детей первого года жизни в зависимости от особенностей клинического течения заболевания. С этой целью определяли абсолютное содержание Т-, В-, Д-лимфоцитов и иммуноглобулинов G, M, A в крови у 71 больного с кишечной колиинфекцией в возрасте до 1 года. Из них у 55 детей заболевание протекало в среднетяжелой, у 16 — в тяжелой форме, которая наблюдалась у детей первых шести месяцев.

Анализ полученных данных выявил у больных с тяжелой формой кишечной колиинфекции наиболее выраженные признаки токсикоза, желудочно-кишечных дисфункций, гемодинамические расстройства, а также большую продолжительность заболевания.

При исследовании иммунологических показателей было установлено, что у больных со среднетяжелой формой в разгаре заболевания по сравнению с контролем снижалось абсолютное содержание Т-лимфоцитов, и увеличивалось абсолютное содержание В-, Д-лимфоцитов. Уровень иммуноглобулинов G в этот период возрастал, а содержание иммуноглобулинов A достоверно уменьшалось. Средние уровни иммуноглобулинов M у больных практически не отличались от контроля.

В периоде реконвалесценции отмечалась нормализация абсолютного содержания Т-, В-лимфоцитов, а содержание Д-лимфоцитов оставалось повышенным. Вместе с тем в этом периоде установлено дальнейшее увеличение уровня иммуноглобулинов G и количественная нормализация иммуноглобулинов A.

Изучение иммунологических показателей в разгаре кишечной колиинфекции у больных с тяжелой формой заболевания выявило аналогичную тенденцию в изменениях клеточного и гуморального иммунитета. Однако содержание Т-лимфоцитов у таких больных в период реконвалесценции не приходило к норме.

УДК 616.981.49—02:616.155.1:577.156.6

Н. И. Целик (Саратов). Энергетический метаболизм и его коррекция у больных пищевыми токсикоинфекциями

У больных пищевыми токсикоинфекциями (ПТИ) изучали содержание адениловых нуклеотидов и деформируемость эритроцитов периферической крови. Обследовано 92 больных в возрасте от 16 до 55 лет, из них у 34 заболевание протекало в тяжелой форме и у 58 в среднетяжелой. У 55 лиц лабораторно подтверждена сальмонеллезная этиология ПТИ. Лечение больных проводили растворами «Квартасоль»

(внутривенно) и «Оратил» (перорально). Кровь для исследования получали из кубитальной вены до лечения, через 2 и 24 ч после инфузии и через 5—7 сут лечения. Определяли в эритроцитах содержание 2,3-ДФГ, АТФ, АДФ и АМФ; вычисляли сумму нуклеотидов, величину относительной концентрации АТФ. О деформируемости эритроцитов судили по индексу фильтруемости, используя при этом фильтры «Синпор-1». Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц (результаты представлены в таблице).

Содержание фосфорорганических соединений в эритроцитах у больных пищевыми токсикоинфекциями

Группы обследованных	Показатели, ммоль/л эритроцитов				Величина относительной концентрации АТФ	
	2,3-ДФГ	АТФ	АДФ	АМФ		
Тяжелое течение ПТИ	До лечения	4,11±0,08	0,670±0,017	0,154±0,038	0,180±0,046	0,667±0,006
	<i>P</i>	<0,001	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001
	Через 2 ч после инфузии	4,31±0,07	0,672±0,015	0,171±0,040	0,169±0,045	0,663±0,005
	<i>P</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Через 24 ч лечения	4,74±0,07	0,744±0,017	0,190±0,046	0,168±0,038	0,672±0,005
	<i>P</i>	<0,01	—	<0,001	<0,001	<0,001
	Через 5—7 суток лечения	5,37±0,11	0,893±0,019	0,186±0,041	0,146±0,048	0,728±0,003
	<i>P</i>	—	—	<0,001	<0,001	<0,001
Среднетяжелое течение ПТИ	До лечения	4,14±0,06	0,684±0,011	0,176±0,004	0,164±0,003	0,668±0,003
	<i>P</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Через 2 ч после инфузии	4,41±0,01	0,694±0,010	0,180±0,003	0,160±0,003	0,671±0,003
	<i>P</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Через 24 ч лечения	5,03±0,08	0,729±0,012	0,193±0,003	0,153±0,003	0,677±0,003
	<i>P</i>	—	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	Через 5—7 сут. лечения	5,33±0,09	0,894±0,012	0,186±0,002	0,122±0,003	0,743±0,002
	<i>P</i>	—	—	<0,001	<0,001	<0,001
Контроль	5,13±0,15	0,892±0,035	0,136±0,041	0,071±0,006	0,812±0,007	

P — по сравнению с контролем.

Изменения процессов биоэнергетики клеток у больных ПТИ до лечения характеризуются преобладанием энергоутилизирующих реакций над энергосинтезирующими, о чем свидетельствуют снижение содержания аденилатов в эритроцитах и потеря части их пула. Эти нарушения играют патогенетическую роль в изменении основной функции красных кровяных клеток — транспорта кислорода. Так, снижение содержания АТФ затрудняет синтез основного физиологического лиганда гемоглобина — 2,3-ДФГ; уменьшает поток глюкозы через пентозный шунт. В результате этого возрастает опасность окислительного разрушения клеток; нарушается процесс фосфорилирования спектрина мембраны и его взаимодействия с актином и ведет к уменьшению деформируемости эритроцитов, что подтверждается достоверным замедлением фильтрации эритроцитарной суспензии.

Уменьшение поставки тканям кислорода создает условия для снижения в них интенсивности аэробного гликолиза и образования АТФ и на фоне возросшего потребления АТФ усугубляет гипозергоз. Следует учитывать также и возможное влияние бактериальных токсинов на разобщение в тканях процессов окисления и фосфорилирования.

Таким образом, у больных ПТИ наблюдается нарушение биоэнергетики тканей, связанное с интоксикацией, изменением регуляции метаболических систем и водно-электролитного баланса клеток организма. Обусловленное этим расстройство кислородтранспортной функции эритроцитов может способствовать поддержанию гипозергоза тканей. Следовательно, лечение больных ПТИ должно включать в себя выполнение следующих условий: 1) дезинтоксикацию, 2) восстановление водно-электролитного баланса, 3) восстановление перфузии тканей, 4) воздействие на процессы регуляции

клеточного метаболизма с целью нормализации биоэнергетики, а значит, и полноценной функциональной активности тканей.

Первые три необходимых условия известны и реализуются в клинической практике в большинстве случаев введением солевых кристаллоидных растворов. Наиболее эффективен среди них раствор «Квартасоль».

Дезинтоксикация, восстановление водно-электролитного баланса и гемодинамических показателей снимают дополнительную нагрузку на АТФ-потребляющие процессы и блокируют цепь патологических реакций, развивающихся под действием микробов и их токсинов. Эти положительные изменения ослабляют проявления гастроэнтерита уже в ходе инфузии раствора и способствуют восстановлению нарушенного энергетического метаболизма клеток организма, что в совокупности ведет к значительному улучшению самочувствия больных.

В эритроцитах после введения раствора «Квартасоль» появляется тенденция к нормализации соотношений между энергоутилизирующими и энергосинтезирующими процессами. Однако в течение ближайших 2—24 ч после вливания отсутствуют достоверные сдвиги гемогликоза, направленные на облегчение диссоциации оксигемоглобина.

Отсутствие восстановления биоэнергетики эритроцитов у больных ПТИ через 5—7 сут лечения отражает сохраняющееся нарушение биоэнергетики тканей и в свою очередь поддерживает эти расстройства. Несмотря на восстановление уровня 2,3-ДФГ, абсолютной концентрации АТФ, индекса фильтруемости, остается достоверно низкой величина относительной концентрации АТФ.

Следовательно, у больных ПТИ терапия солевыми кристаллоидными растворами способствует ликвидации нарушений биоэнергетики, но не приводит в ближайшие 5—7 дней лечения к ее нормализации. В связи с этим актуальными являются поиск и изучение фармакологических средств воздействия на процессы регуляции метаболизма с целью стабилизации энергетики, а значит, полноценной функциональной активности клеток.

УДК 616.981.49—08—092

М. Х. Турьянов (Москва). О патогенетической терапии пищевых токсикоинфекций сальмонеллезной этиологии

С 1977 по 1980 г. под нашим наблюдением находились 324 больных пищевыми токсикоинфекциями, у 148 из них были выделены копрокультуры различных групп сальмонелл. Пищевая токсикоинфекция средней тяжести была отмечена у 267 больных, тяжелая — у 57.

Методом случайного выбора лечение больных осуществляли по двум схемам. Больным контрольной группы (167 чел.) назначали общепринятую регидратационную терапию раствором «Квартасоль», а больные основной группы (157 чел.) дополнительно в течение первых 12 ч регидратационной терапии получали ингибитор синтеза простагландинов индометацин в дозе 50 мг три раза в день (курс лечения — 150 мг препарата).

Среди лиц контрольной группы среднетяжелое течение заболевания было отмечено у 145 человек, тяжелое — у 22. Основная группа состояла из 122 больных со среднетяжелым и 35 — с тяжелым течением болезни. У всех пациентов с тяжелым течением болезни был диагностирован сальмонеллез гастроинтестинальной формы. В контрольной группе копрокультура сальмонелл была выделена у 46 больных со среднетяжелым течением болезни, в основной — у 45.

У больных обеих групп эффективность лечения анализировали по степени купирования основных проявлений заболеваний через 3 и 24 ч от начала терапии.

Через 3 ч от начала лечения у 57% больных контрольной группы сохранялась диарея, у 89% оставалась повышенной температура тела. За этот период наблюдения у 49% больных была рвота. Через 24 ч у 37% пациентов еще отмечалась 1—2-кратная диарея, у 67% — субфебрильная температура. Статистически достоверной разницы в эффективности лечения больных с бактериологически подтвержденным диагнозом и без него выявлено не было.

У больных основной группы после приема первых 50 мг индометацина состояние существенно улучшалось. В первые 3 ч от начала лечения диарея наблюдалась только у 13 (8,2%) больных, однократная рвота — у 12 (7,9%). Температура тела у всех больных к этому периоду обследования нормализовалась. В течение последующих 24 ч только у 6 из них была однократная диарея. Больным контрольной группы со среднетяжелым течением заболевания было перелито на курс лечения $3,8 \pm 0,4$ л раствора «Квартасоль», 22 больным с тяжелой степенью интоксикации — $6,7 \pm 1,1$ л. У пациентов основной группы средние значения количества трансфузионного раствора составили $1,79 \pm 0,2$ и $4,1 \pm 0,7$ л ($P < 0,05$). Мы не выявили у них также зависимости эффективности лечения от наличия или отсутствия выделения сальмонелл.

Результаты исследования применения индометацина для лечения больных пищевыми токсикоинфекциями свидетельствуют о его высокой терапевтической эффектив-