

Изменения перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной системы крови (АОС) выявляли путем измерения содержания в крови больных первичных и вторичных продуктов ПОЛ — диеновых конъюгатов (ДК) [8] и малонового диальдегида (МДА) [2] и показателей АОС — α -токоферола (ТФ) [21] и церулоплазмينا (ЦП) [24]. Коэффициент дисбаланса К в системе ПОЛ/АОС рассчитывали по специальной формуле [5].

Результаты исследования и обсуждение. Анализ показателей гомеостаза, представленных в табл. выявил, что в первые часы химической травмы у лиц I-ой группы вязкостные характеристики крови находились в пределах нормы, а во II-ой группе были достоверно значимо снижены, как по сравнению с нормой, так и с соответствующими показателями лиц I-ой группы. Вязкость плазмы в обеих группах больных не имела достоверно значимых различий с нормой. Нарушения в клеточном звене реологических показателей крови были выявлены только у пациентов I-ой группы: АЭ превышала норму более чем в 2 раза ($p < 0,001$), АТ была в 2,5 раза ниже нормы ($p < 0,001$). По нашему мнению снижение вязкостных параметров крови и АЭ у пациентов II-ой группы может быть обусловлено проведением инфузионной терапии на догоспитальном этапе большему числу пациентов, чем в I-ой группе.

При поступлении в стационар в обеих группах больных отмечали умеренный лейкоцитоз. Содержание в крови нейтрофилов превышало норму в 1,4 раза ($p < 0,05$). При этом количество в крови лимфоцитов у лиц I-ой группы было в 2,2 раза ($p < 0,001$) ниже, чем у лиц II-ой группы и в 3 раза ниже нормы ($p < 0,001$). Лимфоцитопения сопровождалась увеличением доли Т-лимф. у пациентов обеих групп, тогда как количество В-лимф. в крови больных было снижено по сравнению с нормой на 39,2% ($p < 0,001$) и 13,5% ($p > 0,05$) у лиц I и II-ой групп соответственно. Кислородозависимый метаболизм нейтрофильных гранулоцитов был увеличен в среднем в 3 раза, при снижении их бактерицидного потенциала. В обеих группах больных отмечалась гипоиммунноглобулинемия, сопровождающаяся увеличением в крови содержания СЦИК и МЦИК, более выраженным у пациентов II-ой группы.

Выявленные изменения в иммунной системе у лиц обеих групп указывают на развитие стресс-адаптационной реакции организма на острую химическую травму [14], которая имеет место и при других видах острых отравлений [7, 12, 19].

У всех больных обнаружен дисбаланс в системе ПОЛ—АОС с преобладанием продуктов пе-

роксидации, на что указывало повышение коэффициента окислительного стресса у пациентов I-ой группы в 3 раза по сравнению с нормой, а у II-ой — почти в 6 раз.

Существует мнение, что увеличение в крови продуктов пероксидации в токсикогенной стадии интоксикации направлено на ускорение биотрансформации токсикантов [13, 15]. Более выраженный дисбаланс в системе ПОЛ—АОС у лиц II-ой группы, вероятно, обусловлен особенностями фармакокинетики препаратов, входящих в состав СПП.

Обнаруженные нами гиперсеротонин- и гистаминемия являются одним из многочисленных звеньев патогенеза острой дыхательной недостаточности, выявленной нами в 40% наблюдений у данного контингента больных. Серотонин обладает бронхоконстрикторным действием, гистамин также вызывает сужение периферических бронхов [3]. Возрастание содержания в крови гистамина приводит к повышению проницаемости легочных капилляров [20] и бронхиальных венул, увеличивая поры их эндотелия [25].

Показатели эндотоксикоза имели достоверно значимое различие с нормой только у пациентов I-ой группы. Объяснение этому мы видим в более длительной экспозиции токсиканта в организме от момента его приема до начала лечения, которая у пациентов этой группы была в 1,8 раз больше, чем во II-ой группе.

Через сутки на фоне проводимого лечения вязкостные характеристики крови не имели достоверно значимых различий с одноименными исходными показателями. При этом у лиц II-ой группы они были достоверно значимо ниже, чем в I-ой группе больных. Вязкость плазмы повышалась в среднем на 10,5% в обеих группах больных. АЭ у пациентов I-ой группы обнаруживала тенденцию к увеличению, а во II-ой группе — к снижению и была меньше показателя I-ой группы более, чем в 3 раза ($p < 0,001$). Обнаруженные изменения АЭ у всех больных сопровождалось ростом АТ.

У пациентов I-ой группы нарастал лейкоцитоз и нейтрофилия, усугублялась лимфоцитопения, что указывало на развитие воспалительных процессов в легких у 43,3% больных I-ой группы. Рентгенологически пневмония диагностировалась на $2,3 \pm 0,2$ сутки. У пациентов II-ой группы развитие пневмонии происходило позже, и определялось у 29,6% больных. В связи с этим указанные показатели у них не имели достоверно значимых различий с исходными значениями.

Обнаружена тенденция к увеличению в крови МЦИК, больше выраженная у пациентов II-ой группы, тогда как другие показатели гуморального и клеточного звеньев иммунитета в обеих