

Результаты: выявлено, что в 26,7% случаев определялись аФЛ во фракции IgG в титре $8,2 \pm 0,7$, а IgM у 16,7% лиц в титре $6,1 \pm 0,4$. Как видно, аФЛ во фракции IgM встречаются почти в 2 раза реже, чем во фракции IgG. Также нужно отметить, что и титр их ниже.

Выводы: 1) аФЛ определялись не у всех обследованных; 2) аФЛ во фракции IgM встречаются реже, чем во фракции IgG.

249. ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА И ИШЕМИЧЕСКОЕ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ СЕРДЦА

Сайфутдинова Т.В., Мухаметшина Г.А., Галлямов Н.В., Сайфутдинов Р.Г.

Кафедра терапии и семейной медицины, кафедра терапии № 1 ГОУ ДПО КГМА Росздрава, ГКБ № 18, Казань, Россия

Актуальность проблемы. В настоящее время известен феномен ишемического прекондиционирования (ИП), который выражается в повышении устойчивости органа к ишемии, возникающий после одного или нескольких кратковременных эпизодов ишемии/реперфузии. Впервые он описан С.Е. Murry, R.V. Jenbing, K.A. Reimer в 1986 году.

Цель исследования: изучение влияния ишемического прекондиционирования сердца на электрическую стабильность миокарда.

Материал и методы: изучено влияние ИП на электрическую стабильность миокарда у больных ИБС со стабильной стенокардией I-III ФК (39 муж (ср. возраст $51,6 \pm 1,26$ лет) и 12 жен (ср. возраст $60,1 \pm 2,08$ лет). Моделирование ИП осуществляли парной велоэргометрией (ВЭМ) на велоэргометре фирмы «Quintor» (США, 2000 г.), по протоколу Bruse. До проведения пробы отменяли нитраты пролонгированного действия – за 24 ч, β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, минимум за 2 суток. Больные продолжали принимать аспирин. ИП оценивали в «первом защитном окне» (M.S.Marber et al., 1993).

Результаты: при 1-ой ВЭМ количество экстрасистол у женщин выявлялось достоверно чаще, чем у мужчин, так НЖЭ в 3 раза, ЖЭ – в 1,6 раза. У мужчин ни в одном случае не было сочетания НЖЭ и ЖЭ. При ИП у женщин не была выявлена ни одна экстрасистола, у мужчин – всего одна. Нужно отметить, что у одной женщины при 1-ой ВЭМ возникла частая желудочковая экстрасистола по типу бигемении, которая при ИП не появлялась. Пример интересен тем, что у пациентки исходно на ЭКГ зарегистрирована единичная ЖЭ. При 1-ой ВЭМ, по мере нарастания нагрузки, возрастало количество ЖЭ. На 2-ой (50 Вт) ступени нагрузки, на 380 секунде количество ЖЭ значительно увеличилось, на протяжении 125сек квадригимении сменялась тригименией и, наконец бигеменией, в связи с чем проба была остановлена. За время восстановительного периода количество ЖЭ уменьшилось до единичных. При ИП подобной картины не наблюдалось. Пациентке удалось достичь субмаксимальной частоты (138 уд/мин), что произошло на 520 секунде 3 ступени (75Вт) нагрузки, на ЭКГ ЖЭ нет.

Заключение: таким образом ишемическое прекондиционирование сердца благоприятно влияет на электрическую стабильность миокарда.

250. ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ВЫПОТНЫМ ПЛЕВРИТОМ ГЕПАТОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Сандаков Я.П., Черкасов В.А.

ГОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава, г. Пермь, кафедра госпитальной хирургии.

Цель: повышение эффективности лечения больных гепатогенным экссудативным плевритом.

Материалы и методы. Нами обследовано 286 (100%) пациентов экссудативным плевритом неясной этиологии. Плевральные пункции выполнены у 18,2% больных, троакарное дренирование плевральной полости – у 7,4%, видеоторакоскопия с полибиопсией плевры у 74,4%.

Результаты. В результате проведения торакоскопии с полибиопсией плевры гепатогенные выпоты выявлены у 29 (10,8 %) пациентов с клинико-лабораторными признаками печеночной недостаточности. Цитологическое исследование экссудата, полученного при плевральных пункциях и дренировании плевральной полости, не позволило достоверно верифицировать диагноз и установить специфическую природу процесса, ни у одного больного. Торакоскопия с дренированием плевральной полости сопровождалась длительной экссудацией из плевральной полости в послеоперационном периоде ($22,04 \pm 1,34$ дня), в то время как применение химического плевродеза (введение глюкозо-йодной смеси) у 20 больных сократило длительность экссудации до $12,04 \pm 1,7$ дней ($p < 0,05$).

Выводы. Раннее выполнение видеоторакоскопии при гепатогенном экссудативном плеврите у больных с печеночной недостаточностью позволяет сократить сроки лечения за счет применения химического плевродеза.

251. ГЕПАТОГЕННЫЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Сандаков Я.П., Черкасов В.А.

ГОУ ВПО ПГМА им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава, г. Пермь, кафедра госпитальной хирургии.

Актуальность. Удельный вес экссудативных плевритов в структуре общей заболеваемости составляет 3,4 – 3,8%. Проблема диагностики и лечения остается актуальной в связи с широкой распространенностью неспецифических заболеваний легких и туберкулеза, цирроза печени. Результаты лечения зависят от своевременности и точности диагностики основного заболевания, осложненного экссудативным плевритом.

Цель. Целью исследования является повышение качества лечения больных экссудативным плевритом на основе ранней морфологической верификации диагноза.

Материалы и методы. Нами обследовано 286 (100%) пациентов экссудативным плевритом неясной этиологии. Плевральные пункции выполнены у 18,2% больных, троакарное дренирование плевральной полости – в 7,4% случаях, видеоторакоскопия с полибиопсией плевры у 74,4% случаев (212 пациентов).