

тромбоза и некроза кишечника путем туннелирования брыжейки и тонкого кишечника.

6. Введение в трансплантационный арсенал хирургического лечения цирроза печени наравне с родственной, трупной и аллогенной трансплантацией и микротрансплантацией, как родственную, донорскую и трупную.

7. Тубусная резекция внутренних органов, как например, тубусная резекция опухоли толстого кишечника при онкологической непроходимости с последующим стентированием.

8. Пластическая тубусная хирургия, как например, одномоментная пластика больших дефектов тела подкожножировыми трансплантатами аутологичного, родственного и донорского происхождения.

9. Прочие проблемы с позиции «ноу-хау».

Заключение: туннелирование - широкая хирургическая доктрина, позволяющая открыть новые хирургические горизонты в лечении различной ишемической и органной патологии.

119. ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ СОЧЕТАНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Ишмурзин Г.П.

Кафедра внутренних болезней №2, КГМУ, г.Казань, Россия

Математический анализ сердечного ритма, лежащий в основе кардиоинтервалографии, является принципиально новым методологическим подходом к оценке функционального состояния различных звеньев регуляции в живом организме. Ритм сердца при этом рассматривается как универсальный индикатор нейровегетативных реакций. Известно, что по средней частоте пульса можно судить лишь о конечных результатах деятельности механизмов адаптации. Сама же деятельность проявляется в вариабельности кардиоинтервалов. Именно изучение вариабельности позволяет выяснить степень активности различных звеньев регуляторного механизма и составить представление о выраженности общей адаптационной реакции организма на то или иное стрессорное воздействие. Сегодня доказано, что влияние парасимпатического отдела ВНС оказывает благотворное влияние на электрофизиологические свойства сердца. Методом инструментальной оценки этих влияний является математический анализ ВРС, которая снижается при ИМ, сердечной недостаточности, а также при применении различных лекарственных препаратов. Превалирование симпатического отдела ВНС полезно лишь до определенного уровня (по показателю индекса напряжения регуляторных механизмов в усл.ед., по отношению мощности низких частот к мощности высоких частот), и, если она превышает определенные значения, то происходит срыв адаптационных механизмов, проявляющаяся нарушением ритма и проводимости, острой левожелудочковой недостаточностью, кардиогенным шоком.

Целью настоящего исследования явилось изучение вариабельности ритма сердца (ВРС) при сочетании острого инфаркта миокарда (ОИМ) с заболеваниями

других органов и систем, в частности, с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки и хроническим бронхитом.

Обследовано 64 пациента с крупноочаговым ИМ, среди которых 14 пациентов страдали язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, 22 – хроническим бронхитом и 28 больных не имели эти заболевания. Для определения ВРС мы использовали систему, состоящую из датчика пульса, персонального компьютера IBM с пакетом прикладных программ. Программа предусматривала выполнение спектрального анализа и вариационной пульсометрии на 300 RR интервалах.

При сочетании ОИМ с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки достоверно снижена плотность волн низких частот $S_n=12,4\pm 2,3 \text{ мс}^2$ ($p<0,05$), которая без сочетания с ней составила $S_n=22,8\pm 5,3 \text{ мс}^2$, что подтверждает активацию симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС). В то же время при сочетании ОИМ с хроническим бронхитом выявлено снижение плотности волн средних и высоких частот $S_c=10,8\pm 2,2 \text{ мс}^2$, $S_b=26,9\pm 2,6 \text{ мс}^2$ соответственно, по сравнению с пациентами без сочетания с ним ($S_c=21,4\pm 3,2 \text{ мс}^2$, $S_b=37,2\pm 3,6 \text{ мс}^2$), отражающие снижение влияния парасимпатической нервной системы на синусовый узел.

Коэффициент вариации (C_v), указывающий степень вариабельности ритма сердца, достоверно выше при сочетании ОИМ с заболеваниями органов пищеварения, которая составила соответственно $C_v=7,2=0,5 \text{ у.е.}$ и $C_v=10,4\pm 3,1 \text{ у.е.}$ Полученные данные указывают на незначительное преобладание парасимпатического отдела ВНС при сочетанной патологии.

Таким образом, полученные данные подтверждают концепцию активации симпатического отдела ВНС при ОИМ. При хроническом бронхите изначально высокая активность парасимпатического отдела ВНС снижается вследствие ОИМ, в то время как, при сочетании ОИМ с язвенной болезнью изначально высокая активность симпатического отдела ВНС не изменяется. Полученные данные подтверждают концепцию Селье – изначально высокая активность симпатического отдела ВНС не может адекватно ответить на повышенные компенсаторные механизмы при ИМ. Частота осложнений достоверно выше при сочетании ИМ с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

120. ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Казак М.В., Омеляненко М.Г., Томилова И.К., Алексахина Е.Л.,

Пахрова О.А., Гринева М.Р., Романчук С.В.¹

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава».

¹ОГУЗ «Ивановский областной кардиодиспансер» г. Иваново.

Актуальность. Реваскуляризация миокарда при ишемической болезни сердца (ИБС) – основное направление развития кардиологии в последние

десятилетия. Технологии и методики ЧТКА и стентирования постоянно совершенствуются, однако доля осложнений ИВ, рестенозов, возобновления клиники стенокардии остается довольно высокой. Существует множество подтверждений того, что эндотелиальная функция (ЭФ) играет важную роль в патогенезе ИБС. Однако исследования, посвященные роли ЭФ в пато- и саногенезе сердечно-сосудистых событий у пациентов, перенесших интервенционное вмешательство, немногочисленны и касаются только коронарных осложнений в ближайшем прогнозе.

Цель: оценить состояние эндотелиальной функции у пациентов со стенокардией напряжения и инфарктом миокарда в условиях применения консервативной терапии или интервенционных вмешательств.

Методы. Нами обследованы 96 больных: 29 пациентов со стенокардией напряжения (СН), перенесших интервенционное вмешательство (ИВ – чрезкожную транслюминальную баллонную ангиопластику и/или стентирование коронарных артерий) на протяжении предыдущих 5-8 лет (группа I А); 23 пациента с СН, получающих только консервативную терапию (группа I Б); 24 пациента с инфарктом миокарда (ИМ), перенесших ИВ в первые сутки, (группа II А) и 20 пациентов с ИМ, получающих консервативную терапию (группа II Б). У пациентов II группы исследование проводили на 5 сутки ИМ. Для оценки ЭФ определяли концентрацию в плазме крови суммы конечных метаболитов NO (нитраты + нитриты = NO_x), определенной по методике Грисса. Концентрацию цитрулина (Ц), отражающего активность NO-синтазы, определяли фотокolorиметрическим методом. Оценка количества десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) проводилась по методу J. Hladovec.

Результаты. Показатели ЭФ у пациентов I группы достоверно не различались в подгруппах А и Б и составили соответственно: концентрация NO_x в плазме крови – 190,1±9,6 vs 192,0±10,1 мкмоль/л; концентрация Ц – 4,16±0,48 vs 4,63±0,56 ммоль/л; количество ДЭ – 7,7±0,9 vs 7,5±1,1 клеток (p>0,05). Во II группе наблюдались статистически значимые различия между больными в зависимости от метода лечения. Так, у пациентов группы II А по сравнению с группой II Б была достоверно выше концентрация NO_x и Ц (215,3±9,8 vs 164,2±10,8 мкмоль/л и 5,12±0,48 vs 3,9±0,42 ммоль/л соответственно, p<0,05) и меньше число ДЭ (9,3±0,8 vs 12,4±1,1 клеток, p<0,05). При этом по сравнению с I группой у пациентов группы II А наблюдалось достоверное повышение концентрации NO_x и Ц и незначимое увеличение числа ДЭ, а у пациентов группы II Б, напротив, достоверное снижение концентрации NO_x и Ц и увеличение числа ДЭ.

Выводы:

1. У пациентов с СН, перенесших ИВ или получающих только консервативную терапию, состояние ЭФ не различается.

2. У пациентов с ИМ на 5 сутки после ИВ компенсаторно повышается продукция NO, однако сохраняется умеренно повышенная десквамация эндотелия. Вероятно, этим также можно объяснить быструю положительную динамику у пациентов с ИМ после ИВ.

3. У пациентов с ИМ, получающих консервативную терапию, наблюдается выраженное нарушение ЭФ в виде снижения продукции NO и повышения десквамации эндотелия.

121. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО – КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Каирханов Е.К.

Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

Цель сообщения – диагностика и определение тактики лечения при инородных телах желудочно-кишечного тракта в условиях исправительных учреждений в зависимости от места локализации инородных тел.

Материалы и методы. Нами проанализировано 103 случая подобных наблюдений, возраст больных колебался от 15 лет до 41 года. Около 95% инородных тел пищеварительного канала наблюдалось в возрасте от 15 до 30 лет, чаще всего инородные тела с целью членовредительства проглатывают осужденные со сроком назначенного лишения свободы до 4 лет. Более половины случаев инородных тел пищеварительного канала установлено на первом году пребывания осужденных в местах отбывания наказания.

Результаты. Инородные тела могут локализоваться в любом отделе пищеварительного канала, чаще всего, они задерживаются в желудке - 68 случаев (64,77%). В 12 случаях (11,43%) они самостоятельно выходили естественным путем из желудочно-кишечного тракта. По форме удаленные инородные тела были тупоконечными - (67,9%), реже остроконечными (32,1%) и различной длины: от 7 см - (60,7%) и более 10 см - (8,6%).

В основном диагностика инородных тел пищеварительного тракта основана на анамнезе и данных рентгенологического исследования. Чаще осужденные отмечают факт проглатывания инородных тел. Больные предъявляли жалобы на умеренные боли за грудиной, в животе, тошноту и рвоту. При появлении осложнений в виде перфораций, кровотечений, кишечной непроходимости наблюдалась соответствующая клиническая картина. Наиболее достоверный диагноз можно получить при рентгенологическом исследовании. Для более точного установления локализации инородного тела, а также для диагностики слабоконтрастных и неконтрастных предметов при соответствующих подозрениях, применялась рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с контрастированием.

При инородных телах желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишки в условиях пенитенциарной системы хирургическая тактика, может быть, выжидательной при одиночных инородных телах. В случае отсутствия дальнейшего передвижения их по желудочно – кишечному тракту в процессе наблюдения, при обязательном контрольном рентгенологическом исследовании, показано плановое оперативное лечение. Плановому оперативному лечению подлежат множественные инородные тела, образующие конгломераты, а также инородные тела пищеварительного канала с заостренными концами.