

аллелей с числом повторов от 9 до 13, наибольшую частоту встречаемости имеют аллели 9, 10, 11, 12.

Анализ полиморфных вариантов гена CETP

CETP - это специфический белок – гидрофобный гликопротеин - переносящий липиды плазмы, катализирующий реакцию обмена ЭХС и ТГ между липопротеинами.

Согласно результатам исследования, в контрольной группе отмечено преобладание аллеля С (61,5%), который характеризуется отсутствием сайта рестрикции, и гетерозиготного генотипа С/А (57,5%) по полиморфному варианту -629С→А; незначительное преобладание частоты встречаемости аллеля G (51 %) и генотипа GG (53.2 %) по полиморфизму -971G→А; аллеля А (58 %) и генотипа AG (59 %) по полиморфному локусу +423 G→А, а также аллеля I (82,4 %) и генотипа II (76,6 %) полиморфного варианта Val421Ile.

При разделении выборки по этногеографическому и половому признаку и последующем сравнении в пределах группы контроля было отмечено аналогичное распределение аллелей и генотипов по полиморфным локусам изучаемых генов.

Полученные данные в дальнейшем послужат базой для статистической оценки вклада основных генов – кандидатов в развитие атеросклероза у лиц, входящих в группу риска.

117. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНДОМИЗИРОВАННОЙ ГРУППЫ БОЛЬНЫХ ИБС МЕТОДОМ ТУННЕЛИРОВАНИЯ

(кооперативное исследование совместно с НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН)

Ишенин Юрий Михайлович, Член-корреспондент ЕА АМН, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии и травматологии ГОУ «Институт усовершенствования врачей» МЗиСР Чувашской республики.

Хирургическое лечение ИБС – сложная и нерешенная проблема медицины [1].

Цель исследования: изучить отдаленные результаты хирургического лечения технологией туннелирования миокарда левого желудочка (ТМЛЖ) у тяжелой несунтабельной группы больных ИБС.

Материал и методы: период наблюдения составил от 1,5 до 20 лет (в среднем 12,5±2,8 года). Среди 47 пациентов было 3 женщины и 44 мужчины, в возрасте от 47 до 82 лет (в среднем 60±2,4 года), перенесших ОИМ с 10% эпизодов клинических смертей, 6 пациентов оперированы повторно после АКШ. Все пациенты в дооперационном периоде относились к III-IV ф.к. по NYHA.

Контрольную группу, учитывая нравственные принципы, составили 2 пациентов в возрасте 44 и 52 лет.

Материал статистически обработан.

Результаты: госпитальной летальности после ТМЛЖ – нет. Общими признаками при изучении столь отдаленных результатов явились:

1. Надежное купирование синдрома стенокардии на уровне I-II ф.к. по САС.
2. Высокая фракция выброса левого желудочка в пределах 57±1,8 % (P<0,001).
3. Низкая ежегодная летальность от ОКС в

пределах 0,3 % (3 человека).

4. Специальной реабилитационной программы пациенты не придерживались.

Все пациенты за наблюдаемый период были социально-экономически стабильны.

Двое контрольных больных погибли: один от ОКС, а второй – при попытке выполнить ему АКШ в сроки до одного года от момента отказа от операции.

Выводы: технология туннелирования миокарда левого желудочка (ТМЛЖ) у больных несунтабельного генеза – является операцией выбора и должна применяться в хирургии ИБС.

118. ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ ТУННЕЛИРОВАНИЯ

Ишенин Ю.М.

ГОУ «Институт усовершенствования врачей» МЗ и СР Чувашской республики (Чебоксары), Восточно-Сибирский научный центр Сибирского отделения РАМН (Иркутск), Россия

Много раз нам приходилось подвергать научно-медицинской фантастике внедрение туннелирования при ишемической болезни сердца, циррозе печени, нижних конечностей, слоновости, ожирении, деформирующих остеоартрозах, вазоренальной гипертензии. Прошли десятилетия и теперь - это реальность! Беда в одном: в противостоянии рутинной хирургии нововведениям. Трудно себе представить, чтобы опытные хирурги и терапевты сразу решили отдать больного на новые клинические внедрения, по сути новые по понятиям, но старые по существу. Все новое пока, как известно - это хорошо забытое старое. Вот посудите сами: все технологи туннелирования - это смешанные непрямы вмешательства, которые руководят ангиопластическими реакциями в заданном участке ишемии. Сегодня нами к этим методикам подключены и простые аутологичные клеточные технологии в виде имплантации СККМ и МККМ. Вреда пока мы от них не видим, разве что при III-IV стадиях цирроза печени, когда после их введения у ряда больных отметили ускорение катализа раковой метастазии. Исходя из этого, мы поставили себе одно условие: введение аутологичных клеток костного мозга (и других клеточных технологий) возможно, но при доказанном отсутствии ракового процесса в организме.

С другой стороны, остаются не решенными ряд уже «проклюнувшихся» идей и технологий. Из них наиболее ценными являются:

1. Туннелирование простаты у больных с дегенеративно-дистрофическими и онкологическими заболеваниями по типу тубусной трансректальной аденомэктомии.
2. Туннелирование легкого при запущенных формах бронхиальной астмы для вызывания бронхолитического хирургического эффекта.
3. Туннелирование головного мозга при различных энцефалопатиях, как в виде чистой технологии, так и в сочетании с клеточными технологиями и принципами микротрансплантации.
4. Широкий аспект сочетанных операций прямой и непрямой реваскуляризации во всех областях хирургии: хронический панкреатит, варикозная болезнь и т.д.
5. Хирургическое лечение мезентериального