

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 непрямые 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 метаплазии. Исходя из этого, мы поставили себе одно условия: 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

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 $C_v=7,2=0,5$ у.е. и $C_v=10,4\pm 3,1$ 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