

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г. Медицинская морфометрия: Руководство. М., 1990.
2. Гайдаш А. А. Структурные особенности печени при воздействии фторидами и реабилитации с использованием цеолитового энтеросорбента / А. А. Гайдаш, А. С. Пуликов, Ю. В. Котловский // Прил. 1 к журн. Бюл. эксперимен. биол. и мед. 1999. С. 61-64.
3. Епифанова О. И. Покоящиеся клетки: Свойства и функция в организме / О. И. Епифанова. М., 1983. 180 с.
4. Жаворонков А. А. Патология клетки при воздействии фтора / А. А. Жаворонков, Л. С. Строчкова // 3-ья Всесоюзная конференция по патологии клетки. М., 1982. С. 176-179.
5. Маянский Д. Н. Новые рубежи гепатологии / Д. Н. Маянский, Э. Виссе, К. Декер. Новосибирск, 1992. 266 с.
6. Москалев Ю. И. Структурно-функциональные нарушения в печени диких грызунов из районов аварии на Чернобыльской АЭС / Ю. И. Москалев // Радиобиол. 1992. № 1. С. 19-22.
7. Пузырев А. А. Адаптация организма к действию экологических факторов на клеточном и субклеточном уровнях / А. А. Пузырев, В. Ф. Иванова, В. Г. Маймулов // Морфология. 1997. Т. 112. № 4. С. 23-28.
8. Рух Ф. Определение содержания ДНК методом микрофлуориметрии / Ф. Рух // Введение в количественную цитохимию. М., 1969. С. 229-239.
9. Ташикэ К. Введение в количественную цитологическую морфологию / К. Ташикэ. Бухарест, 1980. 192 с.
10. Boulton I. Age-accumulation of fluoride in an experimental population of short-tailed field voles (*Microtus agrestis* L.) / I. Boulton, J. Cooke, M. Johnson // Sci-Total-Environ. 1994. Sep. 1. Vol. 154(1). P. 29-37.
11. Histological Sectioning Produces TUNEL Reactivity / G. Sloop, I. Boulton, J. Cooke, M. Johnson // Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 1999. Vol. 123. P. 529-532.
12. Effect of fluoride on the activities of the Na⁺/glucose co transporter and Na⁺/K⁺-ATPase in brush border and basolateral membranes of rat kidney (in vitro and in vivo) / Y. Suketa, K. Suzuki, T. Taki et al. // Biol. and. Pharm.Bull. 1995. Vol. 18. № 2. P. 273-278.

УДК: 616.127-005.8:615.22

А. Т. Тепляков, А. А. Гарганеева, Н. В. Гаврилова

АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ВЛИЯНИЕ НА ГЕМОДИНАМИКУ КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА, АССОЦИИРОВАННОЙ С УМЕРЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск

Были обследованы 25 лиц мужского пола (средний возраст — 56,0±1,5 г.) с постинфарктной дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), стабильной стенокардией напряжения и сердечной недостаточностью II—III ФК (NYHA). В результате 3-месячной терапии карведилолом отмечено уменьшение частоты приступов стенокардии на 53,3%, снижение потребности в нитроглицерине на 59,3%, увеличение толерантности к физической нагрузке на 47,6% и возрастание фракции выброса ЛЖ на 14,1%. Препарат не оказывал негативного влияния на содержание холестерина и глюкозы крови.

Ключевые слова: постинфарктная дисфункция сердца, сердечная недостаточность, карведилол

В открытом клинически контролируемом 3-месячном проспективном исследовании изучалась антиишемическая эффективность, влияние на гемодинамику и безопасность карведилола (К) в лечении больных с постинфарктной дисфункцией левого желудочка (ЛЖ), ассоциированной с умеренной (II—III функциональный класс (ФК) по NYHA) хронической сердечной недостаточностью (ХСН). У 10 (40%) больных ишемической болезнью сердца (ИБС) сопутствовала артериальная гипертензия I—II ст. Эффективность 3-месячной курсовой терапии карведилолом (6,25—50 мг/сут) и его комбинацию с ингибитором АПФ (моноприлом) оценивали по эволюции коронарной недостаточности, основных гемодина-

мических показателей, физической толерантности и качества жизни.

Установлена положительная динамика клинической симптоматики: частота и тяжесть стенокардии сократилась на 53,3% (p=0,0001); суточная потребность в нитроглицерине уменьшилась на 59,3% (p=0,0001); физическая толерантность возросла на 47,5% (p=0,0001); повысилось качество перфузии ишемизированного миокарда; улучшилось качество жизни на 23%; отмечены положительные изменения основных гемодинамических показателей. Уровень общего холестерина и глюкозы в крови не претерпевал существенных изменений. Побочные эффекты проявились в одном случае — в виде ощущения слабости, головокру-

жения, в связи с чем препарат был отменен. Таким образом, результаты 3-месячной курсовой терапии карведилолом при двукратном назначении внутрь в дозе 6,25—25 мг/сут с целью вторичной профилактики ИБС у больных с постинфарктной дисфункцией ЛЖ, ассоциированной с умеренной сердечной недостаточностью (СН), свидетельствуют о высокой антиишемической и гемодинамической эффективности препарата. Карведилол хорошо переносится больными, не вызывает серьезных побочных эффектов.

В последние 15 лет стратегия медикаментозной терапии застойной сердечной недостаточности претерпела значительные изменения. Современная теория предполагает в генезе хронической сердечной недостаточности соучастие множества нейрогормональных компенсаторных механизмов; влияние цитокиновых сигналов, сигналов механического растяжения камер сердца, которые активируют внутриклеточные регуляторные механизмы, инициирующие прогрессирование ишемической дисфункции миокарда, патологическую гипертрофию, ремоделирование и апоптоз [4, 7, 9, 10]. Подавление нейрогормональной активации с помощью β -адреноблокаторов [10, 12, 13, 16, 18] продемонстрировало уменьшение или обратное развитие процесса патологического ремоделирования сердца [15, 17], регресс клинической симптоматики ХСН и даже предотвращение процесса апоптоза кардиомиоцитов [20].

Клинические трайлы с β -адреноблокаторами (в частности, с карведилолом) в популяции с мягкой и умеренной ХСН показали существенную выгоду в отношении сердечно-сосудистой смертности, повторных госпитализаций и улучшения качества жизни [3, 8, 10, 14, 16].

Карведилол — неселективный β -адреноблокатор нового поколения [19] с дополнительными α_1 -блокирующими и антиоксидантными фармакологическими свойствами. Он блокирует как β_1 -, так и β_2 -адренорецепторы, не проявляя собственной симпатомиметической активности. За счет блокады α_1 -адренорецепторов артериол микроциркуляторного русла карведилол обеспечивает периферическую вазодилатацию, улучшая тем самым перфузию тканей. Последнее наиболее солидное клиническое плацебо — контролируемое исследование карведилола "Corernicus", проведенное в США [14] в 152 учреждениях, включало 2289 больных (в основном, белых европейцев), рандомизированных на получение карведилола ($n=1156$) или плацебо ($n=1133$) при наблюдении в течение 316 дней. Исследование было прекращено досрочно из-за существенного снижения смертности. Карведилол уменьшил смертность на 35%, показал хорошую переносимость. Анализ эффективности препарата показал также существенную выгоду его назначения не только у больных мягкой и умеренной СН, но и в более тяжелой популяции пациентов с низкой фракцией выброса (ФВ) ЛЖ (за исключением IV ФК по NYHA).

Исследование "Corernicus" не ответило на вопрос о целесообразности использования карведилола в наиболее тяжелой популяции больных с ГУ ФК по NYHA. Кроме того, фактически отсутствуют данные об исключительно неблагоприятной в прогностическом отношении популяции с постинфарктной дисфункцией ЛЖ, ассоциированной с I-ПФК СН (по NYHA). Диагностируемая асимптомная ишемическая дисфункция ЛЖ или дисфункция с умеренно выраженными клиническими симптомами, по современным представлениям, является самостоятельной очень уязвимой популяцией (частота повторных инфарктов миокарда (ИМ), обострений ИБС, летальности у этих больных в 2-3 раза выше по сравнению с пациентами с ИБС без предшествующего ИМ [3, 8]). Поэтому рандомизированные клинически контролируемые исследования у них оправданы и необходимы [2].

Целью исследования явилось изучение антиишемической эффективности и влияния на гемодинамику неселективного β -адреноблокатора карведилола (с α_1 -блокирующими и антиоксидантными свойствами) у больных с постинфарктной дисфункцией сердца, ассоциированной с умеренной СН.

Методика. Проведено открытое клинически контролируемое исследование эффективности и безопасности неселективного β -адреноблокатора нового поколения карведилола (дилатренд, фирмы "Boehringer Mannheim", Германия). В исследование вошли мужчины с ИБС (средний возраст составил $56,0 \pm 1,5$ лет), с постинфарктной дисфункцией левого желудочка, после перенесенного инфаркта миокарда, давностью 6 месяцев и более, ассоциированной с умеренно выраженной ЛЖ-сердечной недостаточностью II—III ФК по NYHA и стенокардией напряжения, преимущественно с III ФК. У всех пациентов отмечалось снижение насосной функции ЛЖ; фракция выброса левого желудочка составила $36,4 \pm 2,0\%$. У 16 (64%) пациентов диагностирована постинфарктная аневризма ЛЖ (табл. 1).

В первые 2 дня исследования все пациенты получали карведилол по 3,125–6,25 мг 1 раз в сутки; в последующем, в случаях необходимости, доза препарата увеличивалась до 25 мг/сут. Длительность курсового лечения составила 3 месяца.

Всем пациентам до начала и после курсовой терапии карведилолом проводились парные ВЭМ-пробы на аппарате BIOSET 600, 6-минутный тест ходьбы; качество жизни оценивалось при помощи Миннесотского опросника. Степень поражения коронарного русла анализировалась с помощью селективной коронароангиографии. Характер ишемии миокарда определялся посредством ОЭКТ с ^{199}Tl . Исследование проводили до начала курсового лечения К и после его окончания. Исследования выполнялись на гамма-камере ОМЕГА-500 фирмы "Technicare" (США—Германия). Регистрация изображений и обработка скинтиграмм миокарда проводились с использованием компьютерной системы "Сцин-

Таблица 1

Клиническая характеристика
обследованных больных

Клинические данные	Количество больных	Частота, %
Всего обследовано	25	100
ИБС: стенокардия, ФК III	16	80
ИБС: стенокардия, ФК II	8	32
ИБС: стенокардия, ФК IV	1	4
Стадия НК по Н.Д. Стражеско – В.Х. Василенко		
I стадия	4	16
IIA стадия	19	76
IIБ стадия	2	8
НК по NYHA		
I ФК	2	8
II ФК	13	52
III ФК	10	40
Перенесенный первичный ИМ	20	80
Перенесенный повторный ИМ	5	20
Аневризма ЛЖ	16	64
Сопутствующая патология и факторы риска ИБС		
ГБ II стадии	10	40
Ожирение	5	20
Хр. бронхит	10	40
Сахарный диабет II тип, легкое течение	4	16
Гиперхолестеринемия	13	52
ЖЭС I–II гр. по Lowry	5	25
Состояние после баллонной ангиопластики	2	8
Состояние после АКШ+МКШ	8	32

Примечание. ИМ — инфаркт миокарда; ИБС — ишемическая болезнь сердца; ФК — функциональный класс; НК — недостаточность кровообращения; ГБ — гипертоническая болезнь; ЖЭС — желудочковая экстрасистолия; АКШ — аортокоронарное шунтирование; МКШ — маммарокоронарное шунтирование.

ти" производства НПО "Гелмос" (Россия) в лаборатории радионуклидных методов исследования Томского **НИИ** кардиологии СО РАМН (руководитель - чл.-кор. РАМН Ю.Б. Лишманов) [6]. Эхокардиографически на аппарате ALOKA SSD 2200 регистрировали показатели центральной гемодинамики, оценивая ФВ, конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР), конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), массу миокарда и другие показатели внутрисердечной гемодинамики.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ "Statistika ver. 5.0" Достоверность различий оценивали с помощью t-критерия Стьюдента, Уилкоксона [5]. Значимыми считали изменения показателей при $p < 0,05$.

Результаты. До начала терапии К у всех пациентов отмечались клинические проявления сте-

нокардии напряжения, преимущественно **III** ФК, с частотой приступов стенокардии $4,3 \pm 1,0$ в сут, с суточной потребностью в нитроглицерине $5,2 \pm 1,0$ таб. У 13 больных диагностирована гиперхолестеринемия, превышавшая $6,3$ ммоль/л. Исходно у всех пациентов отмечалось явное снижение физической толерантности, в среднем по группе составившее $29,3 \pm 3,9$ Вт. За время лечения К в дозе $6,25$ — 25 мг/сут в течение 3 месяцев отмечено достоверное снижение приступов стенокардии на $53,3\%$, уменьшение потребности в НТГ - на $59,3\%$, повышение ТФН - на $47,6\%$. Уровень холестерина и глюкозы на фоне лечения К существенно не изменился (табл. 2).

Таблица 2

Динамика антиишемических показателей при
лечении карведилолом ($M \pm t$)

Показатель	До лечения	После лечения	$\Delta\%$	p
Общий ХС, мм/л	$6,3 \pm 0,8$	$6,0 \pm 0,8$	-4,7	0,011
Глюкоза мм/л	$5,3 \pm 0,5$	$5,2 \pm 0,3$	-3,1	0,002
Потребность в НТГ, таб./сут	$5,2 \pm 1,0$	$2,1 \pm 1,0$	-59,3	0,0001
Частота ПС, сут	$4,3 \pm 1,0$	$2,0 \pm 1,0$	-53,3	0,0001
ТФН, Вт	$29,3 \pm 2,5$	$44,1 \pm 3,1$	+47,6	0,001

Примечание. Общий ХС — холестерин; НТГ — нитроглицерин; ПС - приступы стенокардии, ТФН — толерантность к физической нагрузке.

По результатам эхокардиографии исходно у всех пациентов отмечалось снижение ФВ ЛЖ до $36,4 \pm 2,0\%$; к концу 3-месячной курсовой терапии К таковая возросла на $14,1\%$ ($p < 0,001$); КДО и КСО имели тенденцию к снижению на 8% и $1,7\%$, соответственно, после окончания терапии. Отмечено улучшение насосной функции сердца: ударный объем возрос на $18,1\%$ ($p < 0,01$), при этом общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) снизилось на $14,7\%$ (табл. 3).

Дистанция ходьбы при проведении теста 6-минутной ходьбы достоверно ($p < 0,02$) возросла

Таблица 3

Изменения гемодинамических показателей при
лечении карведилолом ($M \pm t$)

Показатель	До лечения	После лечения	$\Delta\%$	p
ОПСС, дин $\times$ с $\times$ см $^{-5}$	2516 ± 249	2146 ± 208	-14,7	0,02
УО, мл/м 2	$47,6 \pm 3,3$	$56,3 \pm 4,2$	+18,1	0,01
КДО, мл	$164,7 \pm 16,5$	$151,6 \pm 15,8$	-8	0,106
КСО, мл	$98,5 \pm 12,9$	$96,9 \pm 13,7$	-1,7	0,720
ФВ, %	$36,4 \pm 6,3$	$41,5 \pm 2,3$	+14,1	0,001

Примечание. ОПСС — общее периферическое сопротивление сосудов; СИ — сердечный индекс; КДР - конечный диастолический размер; КСР - конечный систолический размер; ФВ — фракция выброса ЛЖ.

на 14,1% (с 332,5±25,6 м до 379,5±26,5 м); физическая толерантность, исходно составившая 29,3±3,9 Вт, к концу курсовой терапии возросла на 47,5% (p<0,001).

По результатам сцинтиграфии миокарда с ¹⁹⁹Tl отмечалось явное уменьшение ишемических дефектов перфузии миокарда после курсовой терапии К. Исходно стабильный дефект перфузии составил 30,8±3,5%; после лечения — 26,6±3,3%, т.е. снизился на 13,9% (p=0,007); переходящий дефект перфузии уменьшился на 23,4% (p=0,01) - с 29,2±3,8% до 22,3±3,4% соответственно (табл. 4).

Таблица 4

Динамика дефектов перфузии по данным сцинтиграфии миокарда с ¹⁹⁹Tl в результате курсовой терапии карведилолом (M±t)

Показатель, %	До лечения	После лечения	Δ%	p
ДПС	30,8±3,5	26,6±3,3	-13,9	0,007
ДПП	29,2±3,8	22,3±3,4	-23,4	0,01

Примечание. ДПС — дефект перфузии стабильный; ДПП — дефект перфузии переходящий.

Под влиянием терапии К отмечено достоверное урежение частоты сердечных сокращений на 13,5%; систолическое артериальное давление (АД) снизилось на 10,7%; диастолическое — на 7,2% (табл. 5).

Таблица 5

Влияние карведилола на гемодинамические показатели (M±t)

Показатель	До лечения	После лечения	Δ%	p
САД, мм рт.ст.	120,9 ±2,7	107,9±2,6	-10,7	0,001
ДАД, мм рт.ст.	79,4±1,4	73,6±1,1	-7,2	0,001
ЧСС, уд/мин	80,3±2,1	69,5±1,4	-13,5	0,001

Примечание. САД— систолическое артериальное давление (АД); ДАД - диастолическое АД; ЧСС - частота сердечных сокращений.

Согласно современным представлениям о патогенезе СН, назначение БАБ при данной патологии является оправданным. Карведилол относится к липофильным, неселективным р-адреноблокаторам, с дополнительными α-блокирующими и антиоксидантными свойствами. По данным литературы, К обладает антипролиферативными свойствами [3]; способен уменьшать вязкость крови, агрегацию эритроцитов, тромбоцитов, улучшая тем самым коронарный кровоток. Липофильные р-адреноблокаторы, в частности карведилол, обладают выраженным кардиопротективным действием: снижают сердечную смертность, частоту аритмий. Исследования "Co-

pernicus" [13, 1], "Capricorn" [11] подтвердили этот факт.

За счет вазодилатирующего эффекта отмечалось умеренное снижение АД у обследованных нами больных, улучшение перфузии ишемизированного миокарда, урежение ангинозных приступов.

По литературным данным К не оказывает значительного влияния на липиды сыворотки крови [3]; наши результаты подтвердили этот факт. Большинство р-блокаторов ухудшают либо не влияют на инсулинорезистентность. Показано, что К, обладающий α-адреноблокирующей активностью, может несколько улучшить чувствительность тканей к инсулину [3].

По данным наших клинических наблюдений 3-месячная терапия К способствовала повышению физической толерантности на 47,5%; обеспечивала высокий антиангинальный эффект, а также приводила к регрессу нарушений перфузии миокарда, по-видимому, за счет гибернированных миокардиоцитов; улучшала качество жизни. Эти изменения сопровождались снижением тяжести сердечной недостаточности: 4 пациента (16%) перешли из ФК-III в ФК-II. Фракция выброса ЛЖ возросла на 14,1%, составив по своей средней величине 41,5±2,3%. Препарат не оказывал негативного влияния на содержание холестерина и глюкозы в сыворотке крови. Побочные эффекты К проявились в одном случае (4%) — в виде ощущения слабости, головокружения, в связи с чем препарат был отменен.

Выводы. Курсовая 3-месячная терапия р-адреноблокатором карведилолом в суточной дозе 6,25—25 мг/сут обеспечивает снижение степени выраженности коронарной недостаточности в виде урежения частоты приступов стенокардии на 53,3%, снижения суточной потребности в нитроглицерине на 59,3%, а также уменьшает объем переходящих дефектов перфузии на 23,4%.

Препарат способствует повышению толерантности к физической нагрузке на 47,6%, приводит к повышению насосной функции сердца: ударный объем возрос на 18,1%, при этом ОПСС снизилось на 14,7%; ФВ левого желудочка возросла на 14,1%. Качество жизни, согласно Миннесотскому опроснику, улучшилось на 23%.

Трехмесячная терапия К способствовала снижению тяжести сердечной недостаточности: 4 пациента (16%) перешли из ФК-III в ФК-II. Препарат не оказывает негативного влияния на содержание холестерина и глюкозы в сыворотке крови. Карведилол показал хорошую переносимость; частота побочных эффектов невысока (4%) — проявлялась головокружением, ощущением слабости.

ANTIISCHEMIC EFFECTS OF CARVEDILOL AND ITS INFLUENCE ON HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION AFTER MYOCARDIAL INFARCTION ASSOCIATED WITH MODERATE HEART FAILURE

A.T. Teplyakov, A.A. Garganeeva, N.V. Gavrilova

We comprised 25 man (mean age - 56,0±1,5 years) with left ventricular dysfunction after myocardial infarction, stable angina pectoris and heart failure II-III functional classes (NYHA). In results of 3 months therapy with carvedilol occurred decrease of frequency of angina by 53,3%, decrease of nitroglycerine consumption by 59,3%. Also there were increase of physical capacity by 47,6% and increase of left ventricular ejection fraction by 14,1%. There weren't any negative effects of carvedilol on glucose and cholesterol metabolisms.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев Ф.Т. // Сердечная недостаточность. 2002. № 1. С. 28-29.
2. Беленков Ю.Н. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности "Медиа Медика" / Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев. 2000. С. 137-163.
3. Габрусенко С.А., Наумов В.Т., Беленков Ю.Н. // Кардиология. 2000. № 10. С. 13-17.
4. Гасилин В.С., Карнута Г.Г., Чернышева Г.В., Гороховская Г.Р. // Кардиология. 1998. № 11. С. 75-80.
5. Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. М. Практика, 1998. С. 459.
6. Лишманов Ю.Б., Чернов В.И. Сцинтиграфия миокарда в ядерной кардиологии. Томск: Изд-во Томского университета. 1997. С. 5—20; 27—37.
7. Мареев В.Ю. // Кардиология. 1998. № 12. С. 4-11.
8. Ситникова М.Ю., Большакова О.О., Бродская Н.С. и др. // Терапевтический архив. 2001. № 1. С. 46-49.
9. Тепляков А.Т. Ишемия и инфаркт миокарда. Ранняя диагностика, патогенез, клиника, рациональное восстановительное лечение / А.Т. Тепляков, А.А. Гарганеева. Томск, 1994. С. 407.
10. Тепляков А.Т., Гарганеева А.А., Калужин В.В. и др. // Кардиология. 2000. № 2. С. 17-20.
11. Терещенко С.Н. // Сердечная недостаточность. 2002. № 1. С. 29-30.
12. Domanski M.J. // J. Am. Coll. Cardiol. 2000. № 35. (suppl. A). P. 202A.
13. Eichhorn E.J., Bristow M.R. // Circulation. 1996. № 94. P. 2285-2296.
14. Eichhorn E.J., Bristow M.R. // Cardiovasc Med. 2001. № 2(1). P. 20-23.
15. Hall S.A., Cigarroa C.G., Marcoux L. et al. // J. Am. Coll. Cardiol. 1995. № 25. P. 1154-1161.
16. Hjalmarson A., Goldstein S., Fagerberg B. et al. // MERIT-HF Study Group. JAMA. 2000. Vol. 283. P. 1295-1302.
17. Lowes B.D., Gill E.A., Abraham W.T. et al. // Am. J. Cardiol. 1999. № 83. P. 1201-1205.
18. Packer M., Bristow M.R., Cohn J.N. et al. // N Engl. J. Med. 1996. № 334. P. 1349-1355.
19. Ruffolo R.R., Boyle D.A., Brooks D.P. et al. // Cardiovasc. Drug. Rev. 1992. № 10. P. 127-157.
20. Sabbah, Sharov V.G., Goussev A. et al. // Eur Heart J. 1998. № 19. (Suppl). P. 353.

УДК 616.41-089.87: 616.155.18/294

С.А. Усов, А.М. Цигельник, А.Д. Мозес

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

Кузбасский филиал ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, Кемерово
Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ

Цель данного ретроспективного исследования состояла в сравнительном изучении двух групп больных с иммунными заболеваниями системы крови, которым выполнена конвенциональная спленэктомия (КС) и лапароскопическая (ЛС) Кемеровской областной клинической больницы. Изучены результаты лечения 65 больных с КС и 21 пациентов — с ЛС. Сравнение проводилось по следующим параметрам: длительность операции, интраоперационная кровопотеря, интраоперационные и послеоперационные осложнения, летальность, гематологические результаты. Ближайшие и отдаленные гематологические результаты КС и ЛС были идентичными. По длительности оперативного вмешательства ЛС превосходила КС, но сопровождалась значительно меньшим числом осложнений и не имела летальности.

Ключевые слова: иммунные заболевания системы крови, спленэктомия, результаты

Понятие — иммунные заболевания системы крови (ИЗСК) — включает ряд неоднородных по этиологии, патогенетическим механизмам, клиническим проявлениям и исходам состояний. Иммунная тромбоцитопения (ИТП), аутоиммунная гемолитическая анемия (АИГА) и их сочетание, описанное как синдром "Fisher — Evans" (SFE), — наиболее часто встречающиеся варианты ИЗСК.

Несмотря на то что в настоящее время гематология располагает широким спектром лечебных возможностей, представленных кортикостероидными препаратами, цитостатиками, иммуноглобулинами, антирезус-D-сывороткой, трансфузионной заместительной терапией, плазмоферезом, до настоящего времени отсутствуют специфические методы лечения ИЗСК. Используемые методы обладают разной степенью эф-