

веса: животным первой группы ($n = 35$) сразу после адреналина вводили физиологический раствор; животным второй группы ($n = 40$) сразу после введения адреналина подкожно инъецировали изолированные сердечные клетки новорожденного кролика в дозе 500 тыс. клеток в 0,5 мл физиологического раствора. Через 1, 4, 8, 12, 16, 24 часа, на третьи и 7-е сутки осуществляли забор миокарда. В миокарде изучали концентрацию креатинкиназы, α -гидроксibuтиратдегидрогеназы и малонового диальдегида.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У животных второй группы к четвертому часу и в более поздние сроки эксперимента в миокардиальной ткани отмечался более высокий уровень активности креатинкиназы и β -гидроксibuтиратдегидрогеназы, чем у животных первой группы. Наибольшая разница активности ферментов наблюдалась через 16 часов эксперимента и на 3 сутки. В первые часы эксперимента уровень малонового диальдегида в миокарде в группах был сравним, но к 12, 16 часам у животных с трансплантацией наблюдалось умеренное повышение МДА, в то время как у крыс без трансплантации отмечался резкий скачок МДА в миокарде.

Таким образом, в группе с трансплантацией сердечных клеток более высокий уровень активности ферментов миокарда свидетельствует о способности клеточного препарата ограничивать повреждение клеточных структур миокарда с уменьшением выхода ферментов из ткани в кровоток, и об уменьшении повреждения структуры самих ферментов и сохранении их функции. Умеренную интенсификацию перекисного окисления липидов в группе с трансплантацией также можно рассматривать как фактор, способствующий повышению активности миокардиальных ферментов. Резкая пикообразная активация ПОЛ в группе без трансплантации соответствует повреждающему действию свободных радикалов.

С.Г. Ковалев, Б.А. Константинов, Б.В. Шабалкин, С.А. Абугов, И.В. Жбанов

ОЦЕНКА ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА И КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ

Российский Научный Центр Хирургии РАМН (Москва)

Стратификация риска оперируемых больных является насущной необходимостью кардиохирургии. Как правило, при стратификации риска используется EuroSCORE, которая изначально была разработана для оценки оперируемых больных ИБС. Почти нет сообщений о сопоставлении риска больных, подвергающихся прямой реваскуляризации миокарда и ангиопластике коронарных артерий.

Цель исследования — сравнить тяжесть исходного состояния больных с первичной операцией изолированной реваскуляризации миокарда и коронарной ангиопластикой (КА).

МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ, РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализу подвергнуты 249 больных, находившихся на лечении в 2003–2004 гг. в отделении хирургии ИБС. 170 (68,3 %) больным выполнены операции как с использованием искусственного кровообращения, так и на работающем сердце, у 79 (31,7 %) — КА. Согласно EuroSCORE, тяжесть исходного состояния для оперированных больных была: у 108 (63, 5 %) — низкий риск (0–2), у 48 (28,2 %) — средний (3–5), и у 14 (8,3 %) — высокий (от 6 до 11). Среди 79 больных, подвергнутых КА, 33 (41,8 %) были расценены как имеющие низкий риск (0–2), 32 (40,5 %) — средний (3–5) и 14 (17,8 %) — высокий (от 6 до 13). Число шунтированных артерий колебалось от 1 до 8, КА выполнялась на 1–4 артериях. Летальность при операциях — 5 (2,9 %) больных, при КА летальности не отмечено. В основном тяжесть состояния была обусловлена недавно перенесенным инфарктом миокарда — 25 (14,8 %) и 9 (11,4 %), экстракардиальной артериопатией — 18 (10, 6 %) и 15 (18,9 %), соответственно у больных, оперированных и с КА. Удельный вес нестабильной стенокардии был выше при КА — 7 (8,9 %), среди оперированных — 5 (2,9 %), также как и легочной гипертензии — 7 (8,9 %), у оперированных — 2 (1,2 %). Фракция изгнания левого желудочка ниже 30 % была только среди больных с КА — 4 (5,1 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время расширяются показания для коронарной ангиопластики. Коронарная ангиопластика может быть использована в лечении больных с наиболее тяжелым исходным состоянием, риск операции прямой реваскуляризации миокарда у которых крайне высок, с хорошими ближайшими результатами.