

Число приведенных наблюдений невелико, но они позволяют сделать вывод, что определение иммуноглобулинов крови может служить дополнительным тестом в определении активности ревматического процесса, особенно при летальном течении, а также иммуноглобулины могут служить критерием в оценке эффективности лечения иммуномодулирующими препаратами.

ВНЦХ АМН СССР, I ММИ им. И. М. Сеченова

Поступила 26/IV 1986 г.

Գ. Վ. ԳՐՈՄՈՎԱ, Ռ. Ա. ԼՅՈՒԴԻՆՈՎՍԿԱՅԱ, Մ. Բ. ՊՅԱՏԻԳՈՐՍԿԱՅԱ, Օ. Օ. ԼՈՒՉԻՆԱ
ՍՐՏԱՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ ԱՐՅԱՆ ԻՄՈՒՆՈԳԼՈԲՈՒԼԻՆՆԵՐԸ
ՌԵՎԻՄՍԻԿ ՊՐՈՑԵՍԻ ԱԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵՋ

Ա մ փ ո փ ու մ

Արտավիրարության հիվանդների հսկողության հիման վրա եզրակացվել է, որ արյան A, M, G կարգի իմունոգլոբուլինները կարող են հանդիսանալ լրացուցիչ տեսողական ռեվիմսիկ պրոցեսի ակտիվության որոշման մեջ, հատկապես դրա թաքնված ընթացքի ժամանակ:

G. V. Gromova, R. A. Lyudinovskova, M. B. Pyatigorskaya,
O. O. Luchina

The Blood Immunoglobulines in Determination of the Rheumatic Process Activity in Cardiosurgical Patients

S u m m a r y

On the base of the observations of cardiosurgical patients it is concluded that the blood immunoglobulines of G, M, A, classes may be the auxiliary test for the determination of the rheumatic process activity, particularly in its latent course.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Забриски Дж., Ингл М. А., Виарил Г. В. В кн.: «Клиническая иммунология сердца». М., «Медицина», 1984, 98—100. 2. Нестеров А. И., Анохин В. Н., Холмогорова Г. Т., Стефани Д. В. Вопросы ревматизма, 1974, 3, 3—6. 3. Петров Р. В. В кн.: «Иммунология». М., «Медицина», 1983, 44. 4. Томпсон Р. А. В кн.: «Последние достижения в клинической иммунологии». М., «Медицина», 1983, 475. 5. Хью, Барбер Р. К. В кн.: «Иммунология практических врачей». М., «Медицина», 1980.

УДК 616—005.7.13—089:(612.13+616—003.96)

Н. А. СЕРГЕЕВА, Н. П. ИСТОМИН, М. Э. СОКОЛОВ,
Л. Д. ЧИРКОВА, Л. Д. МАКАРОВА, А. П. РОЗУМНЫЙ

СОСТОЯНИЕ ОСНОВНЫХ АДАПТАЦИОННЫХ СИСТЕМ И ГЕМОДИНАМИКИ КАК ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЭМБОЛОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В патогенезе постишемических расстройств при острой непроходимости магистральных артерий конечностей большая роль отводится нарушению функционального состояния симпато-адреналовой, гипофизар-

но-надпочечниковой и калликреин-кининовой систем [2]. Их гиперфункция и нарушение корреляции между ними вызывают расстройства гемодинамики [1, 4, 5], что в конечном итоге приводит к развитию серьезных осложнений со стороны жизненно важных органов и систем. На кафедре хирургических болезней № 3 II Московского медицинского института разработана и внедрена в клиническую практику комплексная терапия ишемических и постишемических расстройств при острой артериальной непроходимости. Целью настоящей работы явилась оценка влияния применяющегося лечения на состояние адаптационных систем и гемодинамику.

Материалы и методы. Комплексная медикаментозная коррекция ишемических и постишемических расстройств гомеостаза проведена у 43 больных с эмболиями бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей с 2А—3Б степенями ишемии тканей (основная группа). Лечение начинали за 1,5 часа до операции, продолжали во время оперативного вмешательства и в последующие 5 суток. Оно включало непрерывную капельную внутривенную инфузию реополиглюкина, раствора Рингера-Локка, трентала, компламина и гепарина, а также дробное введение гордокса, дроперидола, преднизолона и витамина Е. У 43 больных контрольной группы с аналогичными степенями ишемии тканей конечностей и локализацией эмбологенных окклюзий проводилось ранее принятое лечение, включающее инфузию глюкозо-новокаиновой смеси, гепарина, реополиглюкина и больших доз миотропных спазмолитиков.

Объем циркулирующей крови (ОЦК), минутный объем сердца (МОС), ударный объем сердца (УО) и общее периферическое сопротивление (ОПС) вычисляли на основании данных, полученных радиоиндикационным методом с использованием альбумина ^{131}I на приборе «Multiprobe» фирмы «Picker» (США). Концентрацию катехоламинов в крови определяли флуорометрическим методом. Радиоиммунологическим методом определяли содержание адренокортикотропного гормона (АКТГ) и альдостерона (наборы фирмы «Sea Jre Sorin», Франция), кортизола (наборы фирмы «Corning», США). О состоянии калликреин-кининовой системы крови судили по содержанию прекалликреина (ПК), калликреина (К) и активности ингибитора калликреина (ИК), определяемых модифицированным методом Colman [3]. Исследования проводили до операции (исходные данные) и на 1, 3 и 7-е сутки послеоперационного периода.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе биохимических показателей у сравниваемых групп больных в первую очередь прослеживаются 3 факта.

Во-первых, в группе больных, которым проводилось комплексное лечение, не наблюдалось в послеоперационном периоде гиперактивации симпато-адреналовой системы. Уровни адреналина в крови на 1, 3 и 7-е сутки после эмболектomie были в 2,3; 3,9 и 3,1 раз ниже, чем в контрольной группе, хотя, естественно, превышали физиологическую норму

(табл. 1). Концентрации норадреналина в крови на 3 и 7-е сутки также были в 1,4 и 3 раза ниже соответственных величин контрольной группы. При этом коэффициент адреналин/норадреналин, отражающий взаимоотношения гормона и медиатора в основной группе больных был значительно ближе к физиологическим значениям.

Вторым моментом, заслуживающим внимания, является реакция гипоталамико-надпочечниковой системы. Более высокие концентрации кортизола (в 1,8; 1,6 и 2,2 раза соответственно на 1, 3 и 7-е сутки послеоперационного периода) сохранялись у больных на фоне проводимого лечения. Одновременно отмечен синусоидальный характер кривой, отражающей уровень АКТГ, т. е. в этот период времени сохранялся физиологически обусловленный принцип обратной связи между гипоталамизмом и корой надпочечников, предупреждающий истощение систем и обеспечивающий адекватность ее сбалансированных функций. Это положение аргументируется и соотношением глюко- и минералокортикоидных гормонов коры надпочечников у данной группы больных. Уровни альдостерона на 1, 3 и 7-е сутки у них были в 2,2; 3,3 и 4 раза ниже, чем в контрольной группе, что свидетельствует об отсутствии вторичного гиперальдостеронизма. Такие разнонаправленные изменения концентраций кортизола и альдостерона в основной группе больных привели к тому, что коэффициент отношения кортизол/альдостерон у них резко отличался от такового в контрольной группе и отражал высокую глюкокортикоидную активность крови. Другими словами, биологическая направленность активации всей системы носит в данном случае адаптационный характер.

И, наконец, третьей, на наш взгляд, существенной прогрессивной тенденцией, проявившейся у больных основной группы, является выраженная активность калликреин-кининовой системы на фоне одновременно усилившейся, по сравнению с контрольной группой, активностью ингибиторного звена. Так, активность ингибитора калликреина на соответствующих этапах послеоперационного периода была в основной группе больных в 1,4; 1,1 и 1,4 раза выше, а содержание прекалликреина—в 2,2; 1,5 и 1,7 раз ниже, чем в контрольной группе. Усиление функционирования калликреин-кининовой системы на фоне проводимого лечения хотя и приводило к существенному превышению ее физиологической активности, однако, на всех этапах послеоперационного периода изучаемые показатели функции калликреин-кининовой системы были значительно ниже (в 3,9; 5,3 и 1,9 раз соответственно), чем в контрольной группе больных. По-видимому, действие включенного в комплексное лечение антиферментного препарата (гордокс) проявилось в снижении активности калликреин-кининовой системы и повышении ингибиторной емкости крови. Таким образом, состояние данной системы у больных, которым проводилось комплексное патогенетическое лечение, можно оценить как регламентированную активацию калликреин-кининовой системы, адекватную сохраняющимся патологическим условиям.

Таблица 1

Динамика биохимических показателей крови на фоне комплексного лечения
(основная группа) и без него (контрольная группа)

Показатели	Норма	Основная группа				Контрольная группа			
		исходные данные	1-е сутки	3-ьи сутки	7-е сутки	исходные данные	1-е сутки	3-ьи сутки	7-е сутки
Адреналин, нмоль/л	$2,6 \pm 0,4$	$13,3 \pm 3,1+$	$5,3 \pm 1,4^{\circ}$	$4,6 \pm 1,5^{\circ}$	$3,2 \pm 0,98^{\circ}$	$14,0 \pm 2,1+$	$12,1 \pm 2,8+$	$17,7 \pm 3,1+$	$9,9 \pm 2,18+$
Н-адреналин, нмоль/л	$4,9 \pm 0,76$	$8,2 \pm 2,3$	$8,3 \pm 2,2$	$5,8 \pm 1,4$	$4,3 \pm 1,04$	$14,6 \pm 3,2+$	$5,67 \pm 2,1$	$7,9 \pm 2,18$	$12,5 \pm 4,3$
Адреналин Н-ад- реналин	0,52	1,61	0,65	0,80	0,75	0,96	1,42	2,24	0,79
АКТГ нг/л	$39,0 \pm 6,7$	$200 \pm 56,5+$	$129 \pm 38+$	$170 \pm 11+$	$50 \pm 16,6^{\circ}$	$345 \pm 47+$	$292 \pm 39,9+$	$166 \pm 25,5+$	$86 \pm 14,2+$
Кортизол, нмоль/л	$223 \pm 24,4$	512 ± 158	$866 \pm 256+$	$723 \pm 141+$	$699 \pm 151+$	$571 \pm 88+$	$472 \pm 49,7+$	$449 \pm 42,2+$	311 ± 52
Альдостерон, нмоль/л	$120 \pm 5,3$	$440 \pm 91^{\circ}$	$325 \pm 29^{\circ}$	$375 \pm 22^{\circ}$	$247 \pm 45^{\circ}$	$862 \pm 144+$	$818 \pm 152+$	$1137 \pm 218+$	$1102 \pm 199+$
Кортизол	1,9	1,62	2,65	1,92	2,83	0,66	0,57	0,39	0,28
Альдостерон	17 $\pm$ 0,8	10,2 $\pm$ 2,4+	6,7 $\pm$ 1,5 $^{\circ}$	12,2 $\pm$ 1,7 $^{\circ}$	10,4 $\pm$ 1,4 $^{\circ}$	13,7 $\pm$ 0,6+	14,7 $\pm$ 1,7	17,7 $\pm$ 1,7	19,1 $\pm$ 2,2
ПК МкМоль/л/сек	$0,89 \pm 0,05$	$0,98 \pm 0,05^{\circ}$	$1,25 \pm 0,3$	$0,83 \pm 0,4$	$1,20 \pm 0,3$	$0,76 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,09$	$0,77 \pm 0,2$	$0,88 \pm 0,09$
ИК инг. ед.	$9,6 \pm 3,4$	$70 \pm 12,8^{\circ}$	$95 \pm 14,5^{\circ}$	$57 \pm 9,5^{\circ}$	$105 \pm 13,4^{\circ}$	$183 \pm 27,9+$	$372 \pm 45+$	$304 \pm 0+$	$209 \pm 43,8+$

Примечание: +—достоврно ($P < 0,05$) по отношению к нормальным показателям.
0—достоврно ($P < 0,05$) по отношению к данным в контрольной группе.

Отмеченные нами положительные реакции со стороны основных адаптационных систем на фоне проведения комплексной терапии острой эмболизованной артериальной непроходимости соответствуют более адекватным параметрам гемодинамических показателей у той же группы больных, по сравнению с контрольной (рис. 1). Уже на 1-е сутки по-

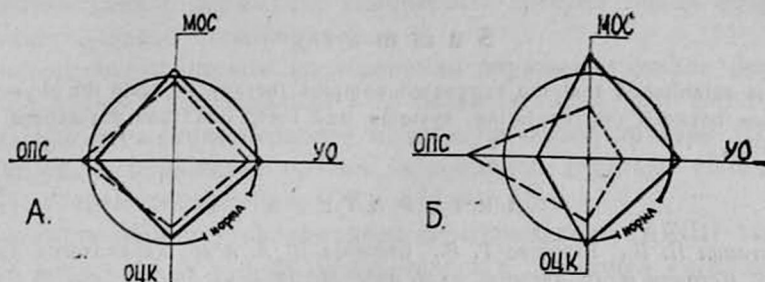


Рис. 11. Показатели гемодинамики при острой эмболизованной непроходимости магистральных артерий конечностей у больных основной группы (—) и контрольной (---). А.—1-е сутки после операции; Б.—3-ьи сутки после операции.

сле операции показатель МОС больных основной группы превышает аналогичный показатель больных контрольной группы на 11% ($P < 0,05$), а ОЦК—на 8,6% ($P > 0,05$). На 3-ьи сутки послеоперационного периода показатели ОЦК, МОС и УО больных контрольной группы были резко снижены по сравнению с нормой. На фоне проводимого нами лечения МОС повысился в 1,8 раза ($P < 0,01$), УО—в 1,5 раза ($P < 0,001$), ОЦК—в 1,2 раза ($P < 0,05$); ОПС снизилось на 37% ($P < 0,05$). К 7-м суткам послеоперационного периода в контрольной группе больных отмечена тенденция к нормализации гемодинамических показателей и различия между группами практически отсутствуют.

Таким образом, предлагаемая комплексная терапия, дополняющая эмболектомию, приводит к восстановлению физиологических взаимосвязей как между регуляторными системами в целом, так и между отдельными их звеньями. Коррекция гормонально-метаболических нарушений сопровождается нормализацией гемодинамики, что в свою очередь способствует уменьшению патологических проявлений ишемии.

II Московский медицинский институт

Поступила 5/IX 1986 г.

И. А. СЕРГЕЕВ, И. А. БУСНОВ, В. Е. СМОЛЮК, Л. Г. ЗИРНИКОВ, Л. Г. МАКАРОВА,
И. А. БОГДАНОВ

ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿԱՅԻ ԵՎ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՀԱՐՄԱՐՈՂԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ ՎԻՃԱԿԸ ՈՐՊԵՍ ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ԷՄԲՈԼԻՈԳԻՆ ԱՆԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑԱՆԵՇ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հաստատված է, որ առաջարկված կոմպլեքսային բուժումը վերականգնում է կարգավորող համակարգերի և նրանց օղակների միջև եղած ֆիզիոլոգիական փոխկապակցվածությունները և նորմալացնում հեմոդինամիկան:

N. A. Sergeeva, N. P. Istomin, M. E. Sokolov, L. D. Chirkova,
L. G. Makarova, A. P. Rozumni

The State of the Main Adaptive Systems and Hemodynamics as the Indices of the Effectivity of Embologenic Arterial Blockage Treatment

S u m m a r y

It is established that the suggested complex therapy recovers the physiological interactions between the regulating systems and their links and normalizes the hemodynamics.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Истомин Н. П., Терехова Т. В., Сергеева Н. А. и др. Кардиология, 1982, 10, 51—55. 2. Истомин Н. П. Автореф. докт. дисс. М., 1984, 41. 3. Истомин Н. П., Мишинев О. Д., Нуцубидзе О. Б. и др. Кардиология, 1983, 4, 84—88. 4. Сергеева Н. А., Чиркова Л. Д., Макарова Л. Ю. и др. Тез. II Всесоюзного симпозиума. М., 1978, 337—338.

УДК 616.127—005.8—089:616.12.009.72—089

К. В. САРКИСЯН, Л. А. СМЕРНОВА, И. С. АСЛИБЕКЯН,
Б. В. ШАБАЛКИН, О. М. БОГОПОЛЬСКАЯ

ЗНАЧЕНИЕ ДЕЗАГРЕГАЦИОННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Большой риск развития инфаркта миокарда, вероятность внезапной смерти и все еще высокая летальность при хирургическом лечении больных с нестабильной стенокардией являются предпосылками для их более детальной предоперационной оценки, определения показаний к операции, объема и сроков реваскуляризации миокарда [1—4, 10].

Важную роль в патогенезе обострения коронарной недостаточности играет состояние сосудистой стенки и тромбоцитов [5—9, 11, 12].

В данном сообщении представлен опыт комплексной медикаментозной предоперационной подготовки больных с нестабильной стенокардией для повышения безопасности операции, снижения оперативного риска, улучшения результатов хирургического лечения.

В исследование включены данные 105 больных с нестабильной стенокардией, что составляет 22,3% (470) от общего числа оперированных с ИБС в отделе хирургии сердца ВНЦХ АМН СССР.

Критериями нестабильной стенокардии явились: впервые возникшая стенокардия—20 больных (19,1%); прогрессирующая стенокардия—75 больных (71,4%); постинфарктная стенокардия—10 больных (9,5%).