

Показаниями к мониторингованию были нарушения ритма и проводимости, не зарегистрированные на ЭКГ покоя, необходимость контроля за эффективностью работы электрокардиостимуляторов, атипичные формы ИБС [1].

Результаты настоящего исследования представлены в таблице.

Наиболее частым нарушением ритма, встречавшимся при мониторинговании, была экстрасистолия — суправентрикулярная и желудочковая. При длительном мониторинговании частота выявления наджелудочковой экстрасистолии увеличивалась на 54%, а желудочковой экстрасистолии — на 27,3%.

Выявление изменений на ЭКГ покоя и при длительном мониторинговании (n=161)

Вид нарушения	ЭКГ покоя		Мониторирование	
	абс.	%	абс.	%
Экстрасистолия				
суправентрикулярная	7	4,3	94	58,4
желудочковая	5	3,1	49	30,4
Синусовая тахикардия	—	—	25	15,5
Пароксизмальная тахикардия				
суправентрикулярная	—	—	9	5,6
желудочковая	—	—	3	1,9
Фибрилляция предсердий	2	1,2	4	2,5
Синоатриальная блокада	—	—	2	1,2
Атриоventрикулярная блокада	2	1,2	4	2,5
Изменения сегмента ST	—	—	20	12,4

Целесообразность длительного мониторингования при установленном на ЭКГ покоя нарушении ритма подтверждается и тем, что оно позволяет регистрировать аритмии, которые не были отмечены на ЭКГ покоя и которые необходимо учитывать при лечении. Так, в одном из наблюдавшихся нами слу-

чаев на фоне мерцательной аритмии были зафиксированы частые желудочковые экстрасистолы и эпизоды желудочковой тахикардии. В другом случае также на фоне мерцательной аритмии были констатированы частые политопные желудочковые экстрасистолы и пароксизмы мерцательной тахикардии, что в обоих случаях позволило скорректировать проводимую терапию.

Несомненную значимость приобретает длительное мониторингование в контроле эффективности работы электрокардиостимуляторов, частота имплантации которых увеличивается с каждым годом. В наблюдавшемся нами случае длительная запись ЭКГ позволила установить у больной с имплантированным электрокардиостимулятором при наличии соответствующих жалоб периоды асистолии длительностью от 1,6 до 4,8 с. Данное обстоятельство послужило поводом для направления больной на замену электрокардиостимулятора.

Длительное мониторингование приобретает важное значение в диагностике ИБС, в частности ее атипичных форм. В нашем исследовании изменения сегмента ST при проведении мониторингования были констатированы у 20 больных: у 17 — его депрессия (причем у 2 пациентов она не сопровождалась болью), у 3 — его подъем, что при наличии соответствующей клиники дало основание поставить диагноз стенокардии Принцметала.

Таким образом, длительное мониторингование с записью ЭКГ на магнитную ленту оказывает весьма существенную помощь в уточнении диагноза при нарушениях ритма сердца, ИБС и в контроле за эффективностью работы электрокардиостимуляторов. Следовательно, данный метод можно рекомендовать для широкого практического применения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юрнев А. П., Толстов А. Н., Дубинина Л. Т. // Кардиология. — 1988. — № 2. — С. 95—96.

Поступила 12.07.88.

УДК 616.12—007.2—089.168—005.5—07:576.8.077.3

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ СОДЕРЖАНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

В. Н. Медведев, Г. И. Харитонов, Р. А. Валеев

Кафедра хирургических болезней № 2 (зав. — проф. В. Н. Медведев)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

У больных с врожденными пороками сердца динамика иммуноглобулинов при операциях с АИК в доступной литературе не отражена. Изучение этих показателей представляется важным, поскольку данные, каса-

ющиеся больных с приобретенными пороками сердца, нельзя полностью распространять на пациентов с врожденной патологией. Это обусловлено, во-первых, тем, что при приобретенных пороках иммунологиче-

ская реактивность пациентов значительно изменяется ревматическим процессом и хроническим сепсисом и, во-вторых, тем, что длительность искусственного кровообращения при клапанном протезировании значительно больше, чем при коррекции врожденных пороков сердца.

Концентрация иммуноглобулинов в сыворотке крови изучена нами у 11 больных с врожденными пороками сердца и у 11 доноров. У 5 больных были дефекты межжелудочковой перегородки, у 4 — дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с дефектом межпредсердной перегородки, у одного — дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с инфундибулярным стенозом выводного тракта правого желудочка и еще у одного — большой дефект межпредсердной перегородки. Возраст больных составлял от 4 до 14 лет.

Всем больным проводили радикальную коррекцию пороков сердца в условиях искусственного кровообращения. Летальных исходов не было. Использовали АИК фирмы «ПЕМКО» США с пенно-плenoчным противоточным оксигенатором многофазового использования. Применяли «одноразовые» фильтры п/о «Север» и фирмы «Ультипор». Объемная скорость кровотока составляла 1500—3000 мл/мин. Длительность искусственного кровообращения — от 30 до 90 мин. Нагноительных процессов у больных не наблюдалось как в дооперационном периоде, так и после него.

Концентрацию иммуноглобулинов М, G и А изучали методом радиальной иммунодиффузии в агаровом геле по методу Манчини. Содержание иммуноглобулинов в крови больных определяли до операции, при переводе больных в послеоперационную палату и на 7-е сутки после вмешательства. Перфузионную жидкость в АИК исследовали до начала искусственного кровообращения, через 15 мин после подключения аппарата к больному и в конце операции.

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов на этапах коррекции врожденных пороков сердца представлена в таблице. У обследованных больных исходное содержание Ig M, G, A находилось в пределах возрастных физиологических норм. Концентрация IgA у больных была ниже, чем у доноров ($P < 0,05$), что объясняется возрастными различиями.

Уровень иммуноглобулинов в перфузионной жидкости аппарата искусственного кровообращения был намного ниже, чем в донорской группе ($P < 0,05$). Причиной этого являлось значительное разведение консервированной крови плазмозамещающими растворами: соотношение кровь/кровезаменители в содержимом АИК составляло от 1,6/1 до 0,47/1.

Через 15 мин после подключения аппарата к больному концентрация иммуноглобулинов в перфузате повышалась за счет

перемешивания с кровью пациента. Без существенных изменений такая концентрация сохранялась до отключения аппарата. На этом этапе концентрацию иммуноглобулинов в перфузате и крови больного можно было считать равной. Она была значительно ниже дооперационной ($P < 0,05$). К моменту перевода больного в палату интенсивной терапии после прямого переливания 300—500 мл донорской крови содержание иммуноглобулинов возрастало и приближалось к исходному. Однако группа больных не была однородной: у четырех из них концентрация IgG была равна $54,5 \pm 4,9$ мкмоль/л, что было существенно ниже исходной ($71,5 \pm 3,5$ мкмоль/л; $P < 0,05$). Концентрация IgM и А также была сниженной, хотя и не в такой мере, как у IgG. Каких-либо особенностей проведения искусственного кровообращения, объясняющих дефицит иммуноглобулинов у этих больных, выявить не удалось. Следует отметить, что и сниженное содержание иммуноглобулинов в этих наблюдениях существенно не отличалось от показателей контрольной группы.

Исследования, проведенные через неделю после вмешательства, выявили дальнейший процесс нормализации изученных показателей.

Полученные данные о значительном снижении концентрации сывороточных иммуноглобулинов в процессе искусственного кровообращения подтверждают наблюдения предшествовавших исследователей. Это снижение можно объяснить отчасти разведением крови больного плазмозамещающими растворами из перфузионной жидкости аппарата искусственного кровообращения. Нельзя исключить и выпадение иммуноглобулинов на фильтрах и в магистралах АИК. У обследованных больных после отключения АИК происходила быстрая нормализация концентрации иммуноглобулинов. Мы склонны объяснять эти различия особенностями об-

Концентрация сывороточных иммуноглобулинов на этапах коррекции врожденных пороков сердца ($M \pm m$)

Этапы коррекции	Уровень иммуноглобулинов, мкмоль/л		
	G	M	A
До операции	$58,2 \pm 5,0$	$1,1 \pm 0,2$	$7,3 \pm 0,9$
В перфузионной жидкости АИК до подключения к больному	$20,0 \pm 2,5$	$0,3 \pm 0,1$	$4,3 \pm 0,7$
через 15 мин от начала ИК	$37,4 \pm 2,6$	$0,5 \pm 0,1$	$5,7 \pm 0,7$
в конце ИК	$32,4 \pm 3,0$	$0,5 \pm 0,1$	$5,4 \pm 0,4$
В конце операции	$51,8 \pm 3,8$	$0,7 \pm 0,1$	$7,2 \pm 0,4$
На 7-е сутки после вмешательства	$58,2 \pm 4,2$	$1,0 \pm 0,1$	$8,8 \pm 2,0$
Доноры	$55,1 \pm 3,5$	$1,8 \pm 0,5$	$12,9 \pm 1,5$

следованной группы пациентов, а именно: длительность искусственного кровообращения не превышала 90 мин, что было значительно меньше, чем у больных с приобретенными пороками сердца (150—180 мин). Кроме того, можно предполагать, что у обследованных больных с врожденными пороками сердца резервно-компенсаторные возможности организма были более выражены, чем у больных с приобретенными пороками сердца. Быстрое повышение концентрации иммуноглобулинов в крови больных, происходившее вскоре после отключения АИК, объясняется, вероятно, как прямым переливанием донорской крови, так и мобилизацией депонированных иммуноглобулинов.

В послеоперационном периоде больные получали массивные переливания консерви-

рованной крови, что также способствовало повышению уровня иммуноглобулинов. По нашему мнению, адекватное содержание иммуноглобулинов в крови больных после операции в значительной мере благоприятствовало тому, что ни у одного из пациентов не развились нагноительные процессы.

Исходя из данных о значительном снижении концентрации иммуноглобулинов крови в процессе искусственного кровообращения, мы считаем необходимой проводить заместительную терапию препаратами, содержащими иммуноглобулины, в послеоперационном периоде. Целесообразен также иммунологический контроль, позволяющий оценивать эффективность лечения препаратами иммуноглобулинов.

Поступила 27.12.88.

УДК 616.517—085.355:577.15

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ Σ -АМИНОКАПРОНОВОЙ КИСЛОТЫ И МАГНИЯ В ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

А. П. Суворов

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— проф. С. И. Довжанский) и кафедра биохимии (зав.— проф. В. И. Рубин) Саратовского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В связи с недостаточной эффективностью существующей терапии псориаза разработка новых перспективных способов лечения этого распространенного хронического рецидивирующего заболевания является одной из наиболее актуальных задач практической дерматологии. Высокая активность протеаз, особенно в острой фазе болезни, ведет к нарушению регуляторных систем обмена веществ, изменяет метаболизм белков и нуклеиновых кислот и служит пусковым механизмом, провоцирующим проявление псориаза. Становится очевидной обоснованность использования в периоде прогрессирования дерматоза ингибиторов ферментов протеолиза и медикаментозных препаратов, способствующих восстановлению активности ингибиторов протеаз в организме самого больного.

В комплексную терапию больных псориазом мы включили ингибитор протеаз и препарат магния. Основанием для назначения препаратов магния послужили результаты биохимических исследований, показавшие наличие одинаковой динамики активности ингибитора протеаз и содержания магния в коже в зависимости от остроты патологического процесса, а также наличие высокой статистически достоверной положительной корреляции между этими показателями и дефицитом полисахаридов.

Наряду с наблюдением за динамикой клинических признаков у больных определяли активность протеаз по ВАЕЕ-эстераз-

ной активности и ингибитора ферментов протеолиза. Лечение проводили под контролем коагулограммы. С учетом интенсивности патологического процесса в коже назначали внутрь 4—5 раз в день Σ -аминокапроновую кислоту по 1,0—2,0, предварительно растворив ее в полустакане сладкой воды. Одновременно для повышения активности использовали панангин по 1—2 драже 3 раза в день или аспаркам в той же дозе.

Под наблюдением находились 54 пациента с псориазом (мужчин — 28, женщин — 26) в возрасте от 18 до 74 лет и длительностью заболевания от 1 мес до 41 года. Очаговая форма диагностирована у 20 больных, диссеминированная — у 33, папулезная — у 24, папулезно-бляшечная — у 25, крупнобляшечная — у 4, эритродермия — у одного. У всех больных до лечения установлена стадия прогрессирования.

До лечения больных, как правило, беспокоил зуд. На каждом покрове определялись эпидермо-дермальные папулы ярко-красного цвета с шелушением на поверхности. По периферии элементов имелся венчик эритемы без чешуек. Три феномена псориаза положительные.

В результате лечения продолжительностью 6—10 дней у всех больных был отмечен выраженный эффект. У большинства зуд исчезал уже после 2—3 дней лечения, одновременно прекращалось появление новых элементов. Постепенно (на 2—5-й день) уменьшалось количество чешуек на поверхности папул, ко-