НЕСТАБИЛЬНЫЙ ПАТОМОРФОЗ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Лукин О.П.

ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия. Кафедра госпитальной хирургии

Впервые такое понятие как «патоморфоз» было использовано W. Hellpach в 1929 году. В отечественную медицину термин «патоморфоз» был введен Я.Л. Распоротом, который уточнил и расширил ряд относящихся к нему понятий. Наиболее лаконичное понятие о патоморфозе сформулировал В.В. Серов в 1979 году- «патоморфоз - это нозоморфоз в широком (панорама болезней) и узком (определенное заболевание) смысле». Особую важность в последние годы приобретает оценка сердечнососудистого патоморфоза в свете его изменений и увеличения количество и тяжести данной патологии. Основанием для проведения данного исследования послужило растущее количество «неожиданных» тромбогеморрагических и репаративных осложенений при коронарных вмешательствах и быстрым рецидивам окклюзионно-стенотических поражений коронарного русла в послеоперационном периоде .

Целью нашего исследования явилось уточнение особенностей формирования патоморфоза у коронарных больных от организменного до клеточно-молекулярного уровней и оптимизации хирургической тактики.

Для реализации поставленной цели нами проведено исследование 839 пациентов, обследовавшихся и подвергавшихся коронарному шунтированию в клинике госпитальной хирургии Челябинской государственной медицинской академии с 1994 по 2011 годы. Из них 327 пациентов I группы получили обследование и лечение по стандартным методикам в соответствии с национальными и международными протоколами. II группу больных составили 512 больных, в обследовании и лечении которых использовался новый, сформированный нами лечебно-диагностический алгоритм.

Группы сравнения были сопоставимы по возрасту (55,9±8,9), полу (мужчин 90,2% и женщин 9,8%), по функциональному классу ИБС, количеству перенесенных ранее инфарктов миокарда, эхокардиографическим, ангиографическим данным и сопутствующей патологии.

Отличия в обследовании II группы пациентов заключались в более углубленном сборе семейного и текущего анамнеза (аутоиммунные, онкологические процессы, склонность к тромбофилии, частые рецидивы инфекционных заболеваний, быстрое прогрессирование основного процесса, низкая эффективность лечебных полноценных мероприятий и др.). Физикальное и инструментальное обследование было идентично для обеих групп пациентов. Лабораторные исследования во второй группе пациентов были дополнены иммунографией. По иммунологическим клинико-лабораторным данным приобретенный структурный комбинированный иммунодефицит выявлен разной степени выраженности у всех пациентов второй группы. Причем эти изменения носили строго индивидуальный характер и колебались от гипер- до гипофункции иммунной системы в широких пределах. Из 512 пациентов, по результатам дополнительных обследований, 125 больных мы отнесли к пациентам с «нестабильным» патоморфозом по клинико-лабораторным проявлениям - имея ввиду высокий риск интра- и послеоперационных осложнений. На основании полученных данных этим 125 больным второй группы были проведены иммунокоррегирующие мероприятия индивидуального характера по хорошо зарекомендованным в клинике и разрешенным МЗ РФ методикам. Эти мероприятия включали в себя различные сочетания: плазмоферез, в/в иммуноглобулиновую терапию и иммуномодуляторы.

Дальнейшие подготовительные мероприятия, методы вмешательств и анестезиологически-реанимационное обеспечение на имели различий в обеих группах больных. При сравнении результатов коронарных вмешательств отмечено, что у больных второй группы была меньше инотропная поддержка (4,8±1,3 часов в отличие от 15,9±7Д часов), длительность пребывания в реанимационном отделении (17,8±6,3 часов в отличие от 26,0±1,5), тромбогеморрагических осложнений (34 случая в отличие от 59), гнойно-септических осложнений (19 случаев в отличие от 36), смертельных исходов (4 случая в отличии от 12).

На основании проведенного исследования мы пришли к следующим выводам:

1. На современном этапе оценка сердечно-сосудистого патоморфоза у кардиохирургических больных должна быть обязательным условием для выбора оптимальной хирургической тактики.
2. Клеточно-гуморальный уровень оценки сердечно-сосудистого патоморфоза позволяет привести более селективные мероприятия по подготовке больных к операции, интра- и послеоперационному их ведению.
3. Нестабильный патоморфоз является показанием для дополнительных иммунодиагностики и иммунокоррекции этой категории больных.