

тессирона у больных НАА, при этом комплексная терапия экватором и тессироном обладает наибольшим корригирующим действием на эндотелинемию.

Литература:

1. Аляви А.Л., Сабиржанова З.Т. Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. Рекомендации для терапевтов, кардиологов и врачей общей практики.– Ташкент, 2008.– С.42.
2. Беленков Ю.Н. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента в лечении сердечно-сосудистых заболеваний (Квинаприл и эндотелиальная дисфункция) Ю.Н. Беленков, В.Ю. Мареев, Ф.Т., Агеев. Москва, 2001.– 86 с.
3. Курбанов Р.Д., Елисеева М.Р., Хамидуллаева Г.А. Современные принципы диагностики и лечения артериальной гипертонии: пособие для врачей.– Ташкент, 2007.– 40 с.
4. Машарипов Ш.М., Елисеева М.Р., Хамидуллаева Г.А., Зияева А.В. // Журн. теорет. и клинич. медицины (Ташкент).–2007.–№4.– С. 67–71.
5. Покровский А.В., Зотиков А.Е., Кульбак В.А., Бурцева Е.А. Неспецифический аортоартериит. Современная диагностика и лечение// Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского 2010; Том 10, №4, с. 56-69.
6. Покровский А.В., Кунцевич Г.И., Зотиков А.Е., Бурцева Е.А., Кульбак В.А. Структурно-функциональные изменения стенки артерий и клинические проявления неспецифического аортоартериита// Ангиология и сосудистая хирургия, 2009, Том 15, №1, с. 7-16.
7. Покровский А.В., Зотиков А.Е., Бурцева Е.А., Кульбак В.А. // Врач скорой мед. помощи.– 2009.– №1.
8. Кунцевич Г.И., Покровский А.В., Бурцева Е.А.//М-лы I нац. конгр. «Кардионеврология».– М., 2008.– С. 105–107.
9. Усманов Р.И., Нуритдинова Н.Б., Зуева Е.Б. // Рос. кардиол. журн.– 2002.– №2.– С. 38–53.
10. Чихладзе Н.М., Сивакова О.А., Гаман С.А., Андреевская М.В., Харлап Г.В., Кульбак В.А., Бурцева Е.А., Зотиков А.Е., Покровский А.В., Синицин В.Е., Чазов И.Е., Головюк А.Л. Артериальная гипертония у больных неспецифическим аортоартериитом с поражением почечных артерий// Системные гипертензии, 2008, №2, с. 64-66.
11. Pokrovsky A., Dan V., Zotikov A., Kuntsevich G., Burtseva E., Kulbak V. 25 year experience patients treatment for nonspecific aortoarteritis// 50th Golden Anniversary Congress of International College of Angiology, Tokyo, Japan, July 20- 23, 2008, p. 32.

ДИНАМИКА УРОВНЯ НАСЫЩЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ КИСЛОРОДОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТАПА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЕДИНСТВЕННОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

Барсумян А.К.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Новые данные научных исследований по данной тематике важны, так как дети с функционально единственным желудочком сердца (ЕЖС) имеют цианотический период, который гипоксически повреждает миокард и легкие, что приводит к необратимым изменениям

[Fontan F. et all, 1971]. По данным литературы первый год переживают лишь 37% детей с данным пороком [Schreiber C etall, 2007].

Цель: проследить за динамикой уровня насыщения кислородом артериальной крови на различных этапах лечения ЕЖС.

Материалы и методы. В исследование было включено 63 пациента (n=63) с функциональноединственнымжелудочкомсердца, которым была выполнена гемодинамическая коррекция в два этапа с 2005 по 2013 год на базе Детского кардиохирургического центра.

Список пороков, которые относят к ЕЖС по Jacobs M.L. и Mayer J.E. и которыемыиспользовали в даннойработе:

- Атрезия трикуспидального клапана
- Несбалансированный общий атрио-вентрикулярный канал
- Двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка
- Единственный желудочек
- Атрезия митрального клапана
- Синдром гипоплазии правого желудочка
- Синдром гипоплазии левого желудочка

Хирургическое лечение включает в себя два этапа. Первый этап - выполнение операции Гленна либо операции Геми-Фонтена, суть которых заключается в направлении венозной крови с верхней полой вены, минуя сердце, прямо в легкие. Второй этап – операция Фонтена.

Уровень сатурации определялся до первого этапа, после первого этапа и второго соответственно при помощи неинвазивных датчиков измерения, а так же по кислотно-основному анализу крови. Для анализа данных использовалась программа STATISTICA 10.0. Различие между показателями считалось статистически значимым при $p < 0,1$ и статистически достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждения. Уровень сатурации на дооперативном лечении составил median=80% (max – 90%, min – 70%; квартиль 25-75% - 76-84%). После выполнения первого этапа гемодинамической коррекции составил median=84% (max – 98%, min – 71%; квартиль 25-75% - 78-85%). После завершения коррекции порока, уровень сатурации составил median=90% (max – 99%, min – 70%; квартиль 25-75% - 86-94%). Данные приведены по результатам измерения неинвазивным датчиком.

Таким образом видно, что уровень насыщения крови кислородом растет после каждого этапа коррекции, что положительно сказывается на состоянии пациентов, сокращая, а в последующем полностью устраняя цианотический период.

Выводы:

1. Операция Фонтена является современным методом гемодинамической коррекции единственного желудочка сердца.

2. Уровень насыщения кислорода крови после гемодинамической коррекции увеличивается, устраняя у пациентов цианотический период.

Литература:

1. *Jacobs M.L., Mayer J.E.* Congenital heartsurgery nomenclature and database project: Single Ventricle // *Ann. Thorac. Surg.*-2000.- Vol.69.- Suppl.- P.197-204.
2. *Anderson R.H., Becker A.E., Macartney F.J. et al.* Is "Tricuspid atresia" a univentricular heart? // *Pediatr. Cardiology.*- 1979.- Vol.1 – P. 51-5.
3. *Шарыкин А.С.* Врожденные пороки сердца. Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов / А.С. Шарыкин. – М.: Изд-во «Теремок», 2005. – С. 275-283.
4. Fontan FSurgical repair of tricuspid atresia. /F. Fontan, E. Baudet // *Thorax* 1971;26:240.
5. Schreiber C. Nonfenestrated extracardiac total cavopulmonary connection in 132 consecutive patients./C. Schreiber, J. Horer, M. Vogt, et al.//*Ann ThoracSurg* 2007;84:894 –9.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У КРЫС С ИНТОКСИКАЦИЕЙ СУЛЕМОЙ И ЕЕ КОРРЕКЦИЯ «ТАУЦИН» Басалай О.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Сулема широко применяется в экспериментальной фармакологии для моделирования поражения почек, преимущественно эпителия проксимальных извитых канальцев корковых нефронов [1].

Целью настоящего исследования явилась изучение нефрозащитных свойств комбинации таурина с цинка диаспататом («тауцин») при данной патологии.

Материалы и методы исследования. Опыты проведены на 32 беспородных крысах-самцах массой 200 – 250 г в соответствии с Хельсинской декларацией о гуманном обращении с животными. Сулему вводили внутривентриально в дозе 0,1 мг/кг/день в течение 14 дней. «Тауцин» (20 г/молей таурина – 2,50 г и 1 г/моль цинка диаспартата – 0,35 г) вводили в желудок в виде взвеси в слизи крахмала в дозах 250 и 500 мг/кг 1 раз в день, 14 дней. Через 2 часа после последнего введения животных помещали в обменные клетки для сбора мочи в течение 24 часов. Затем их декапитировали, собирали кровь и получали плазму. В плазме определяли содержание мочевины, мочевой кислоты и креатинина; в моче – мочевины, мочевой кислоты, креатинина и его клиренс, содержание белка с использованием широко применяемых в клинике методов исследований.

Полученные результаты анализировали методами непараметрической статистики с помощью программы Statistica 6.0 для Windows (США, лицензионный № 6.1.478). В описательной статистике для каждого показателя определяли значение медианы (Me) и интерквартильного диапазона (Mann-Whitney U-test). Статистически значимыми считали различия между контрольной и опытной группами при значениях $p < 0,05$ [2].