

Выводы

1. Особенности течения БА и ХОБ во время беременности требуют проведения мероприятий по устранению факторов, провоцирующих обострение заболевания, и назначения оптимальной базисной фармакотерапии.

2. Частота гестационных осложнений увеличивается со степенью тяжести БА и ХОБ.

3. Установленные изменения сердечной гемодинамики находятся в прямо пропорциональной зависимости от срока беременности, степени тяжести и выраженности обострений БА и ХОБ.

4. Эходоплеркардиографическое исследование является современным высокоинформативным и безопасным методом для выявления изменений внутрисердечной гемодинамики и легочного кровотока, а также их резервов и решения вопроса о тактике ведения беременных с БА и ХОБ.

Л и т е р а т у р а

1. Антонов Н.С., Стулова О.Ю., Зайцева О.Ю. // Хронические obstructивные болезни легких / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Бином, 1998. С. 66-80.

2. Гаврисюк В.К., Ячник А.И. Хроническое легочное сердце. Киев: АМН Украины, ИФП, 1997. 96 с.

3. Казанбиев Н.К. // Легочная гемодинамика при хронических заболеваниях легких: Тез. докл. V Нац. конгр. по болезням органов дыхания. М., 1995. №453.

4. Кузьменко Л.Э., Бочарова И.И., Шугинин И.О. и др. // Бронхиальная астма как фактор высокого риска развития перинатальной патологии у новорожденных: Мат-лы IV Рос. форума «Мать и дитя». М., 2002. С. 352-353.

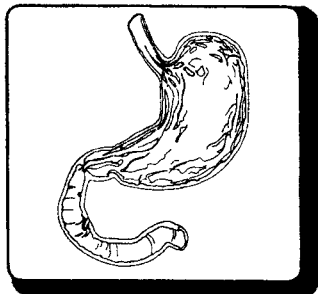
5. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринберг П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение. М.: Гэотар Медицина, 2000. 734 с.

6. Чучалин А.Г. // Бронхиальная астма. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы М.: Атмосфера, 2002. 160 с.

7. Di Carlo L., Morady F., Krol R.B. et al. // Am. Heart J. 1987. Vol. 114, №10. P. 746-752.

8. Schatz M. // J. Allergy Clin. Immunol. 1999. Vol. 103, №2. P. 329.

9. Sleiman C., Mal H., Roue C. et al. // Presse. Med. 1995. Jun 3; 24 (20). P. 953-957.



УДК 616.379 - 008.64 : 616.33/.34 - 053.8 (571.620)

Л.Г. Витько

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ

*Дальневосточный государственный медицинский университет;
Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.И.Сергеева,
г. Хабаровск*

Благодаря обучению пациентов принципам самоконтроля, в последние годы отмечается значительное снижение частоты острых осложнений сахарного диабета (СД), в том числе и диабетического кетоацидоза [1, 3, 4, 11]. Однако проблема кетоацидоза остается актуальной. Диабетический кетоацидоз (ДКА) занимает первое место по распространенности среди острых осложнений эндокринных болезней, а в структуре ком на догоспитальном этапе кетоацидотическая кома стоит на пятом месте [3, 4].

Известно, что пациенты с ДКА достаточно часто предъявляют жалобы на тошноту, рвоту и абдоминальные боли. В настоящее время не существует единой точки зрения на причины возникновения абдоминальной

симптоматики при ДКА. Многие авторы полагают, что тошнота, рвота и боли в животе при кетоацидозе связаны с метаболическими нарушениями, характерными для этого состояния [1, 3, 4, 7, 13].

В пользу того, что именно метаболические изменения приводят к возникновению абдоминального синдрома при ДКА, свидетельствует исчезновение болей в животе у большинства больных на фоне интенсивной инсулинотерапии и регидратационных мероприятий. Однако у части пациентов абдоминальная симптоматика сохраняется, несмотря на ликвидацию кетоацидоза.

В доступной отечественной и зарубежной литературе нам не удалось найти работ, специально посвященных изучению состояния слизистой оболочки верхних отде-

лов желудочно-кишечного тракта при этой патологии. Некоторые авторы лишь упоминают о развитии эрозивного гастрита и дуоденита у больных СД, осложненном кетоацидозом, а также описывают отдельные случаи желудочно-кишечного кровотечения у пациентов в состоянии кетоацидотической комы или прекомы [2, 6, 9].

В связи с этим целью нашего исследования было изучение состояния слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки у больных ДКА для выявления возможной связи между возникновением абдоминальных симптомов и патологией слизистой оболочки этой области.

Материалы и методы

Для выяснения затронутого вопроса были проанализированы 340 историй болезни больных СД 1 и 2 типа, осложненным кетоацидозом, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении Краевой клинической больницы №1 им. проф. С.И. Сергеева г. Хабаровска (ККБ №1) и терапевтическом отделении городской клинической больницы №3 в период с 1998 по 2005 г.

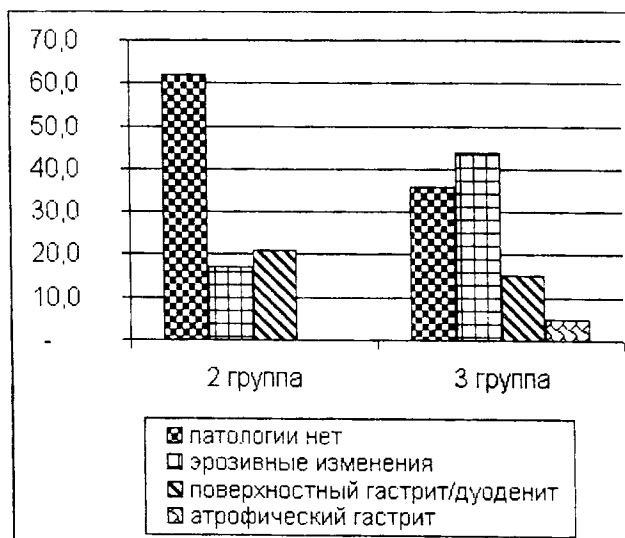
ЭФГДС проводили врачи эндоскопического отделения ККБ №1 и 3 городской больницы. Для исследования использовался фиброгастроскоп компании «OlympusR».

Для оценки выявленной патологии со стороны пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки использовали стандарты международного Маалстрихского соглашения (1999) и Лос-Анджелесскую классификацию эрозивных эзофагитов (S.B. Martinez, I.B. Malagon, 2003).

Все количественные данные были подвергнуты компьютерной обработке на IBM PC с использованием пакета программ Microsoft Office XP и общепринятых статистических методов (t-критерий Стьюдента, χ^2).

Результаты и обсуждение

На фоне развития ДКА абдоминальная симптоматика отсутствовала лишь у небольшой части больных (55 чел., 16,2±2,0%). У большинства же пациентов (285 чел., 83,8±2,0%) диабетический кетоацидоз сопровождался возникновением тошноты, многократной рвоты и болей в эпигастрии. Лечение, включающее дробное введение инсулина, регидратацию и коррекцию электролитных на-



Результаты эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ у пациентов 2 и 3 групп наблюдения, %

Резюме

Было проанализировано 340 историй болезни пациентов сахарным диабетом 1 и 2 типа, осложненным кетоацидозом. Из них эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта провели 73 больным. Выявлена связь между болевым абдоминальным синдромом, сохраняющимся после ликвидации кетоацидоза, и высокой частотой эрозий пищевода.

L.G. Vitko

ENDOSCOPE CHARACTERISTICS OF THE CONDITION OF UPPER GASTROINTESTINAL PART MUCOSA IN PATIENTS WITH DIABETIC KETOACIDOSIS

Far Eastern State Medical University;
Clinical hospital №1, Khabarovsk

Summary

A clinical analysis has been carried out in 340 patients with both type 1 and 2 diabetes mellitus who had ketoacidosis on admission. Patients were included in the research if they had diabetic at hospitalization. An endoscopic study of upper gastrointestinal tract mucosa was made in 73 patients. It showed a high incidence of acute gullet erosions as compared with non-ketoacidosis patients. Thus, the obtained data demonstrated that ketoacidosis in diabetic patients with abdominal pain is supposed to be a risk factor for development of gastrointestinal tract erosions.

рушений, позволило вывести из состояния кетоацидоза всех больных в течение 3 сут, при этом у подавляющего большинства пациентов (238 чел., 83,5±2,2%) наблюдали исчезновение абдоминальной симптоматики. Однако у 47 больных (16,5±2,2%), несмотря на проводимое лечение и ликвидацию ДКА, сохранялись абдоминальные жалобы, из них 39 пациентов продолжали жаловаться на боли в эпигастрии, а 8 больных беспокоила только тошнота. В связи с этим все больные были разделены на 3 группы: 1 группа — пациенты, у которых абдоминальные жалобы отсутствовали (55 чел. — 16,2%); 2 группа — больные, у которых боли в животе исчезли в течение первых 3 сут от начала проводимой терапии (238 чел. — 70,0%); 3 группа — пациенты, у которых абдоминальные симптомы продолжались свыше 3 дней, несмотря на ликвидацию кетоацидоза (47 чел. — 13,8%).

Для выявления возможной связи абдоминального синдрома с поражением слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) эндоскопическое исследование было проведено 29 пациентам 2 группы (абдоминальные жалобы исчезли после ликвидации ДКА) и 39 чел. 3 группы (абдоминальные жалобы сохранялись, несмотря на исчезновение кетоацидоза). В 1 группе наблюдения (абдоминальных жалоб не было) из-за отсутствия клинических показаний ЭФГДС была проведена лишь 5 больным, у которых было получено информированное согласие на данное исследование. По результатам ЭФГДС, у больных 1 группы во всех 5 случаях патология отсутствовала.

Во 2 группе наблюдения у 5 пациентов (17,2±7,5%) были выявлены эрозивные изменения слизистой обо-

лочки пищевода изолированные или в сочетании с поражением желудка, у 6 (20,8±8,3%) обнаружен поверхностный гастрит или гастродуоденит, у большинства же пациентов (18 чел. — 62,0±14,2%) патологии не было (рисунок).

Среди больных, у которых абдоминальный синдром сохранялся более 3 дней (3 группа наблюдения) эрозивные изменения слизистой оболочки выявляли в 2,5 раза чаще, чем в 1 группе (17 чел. — 43,6±7,9%). Как и в 1 группе наблюдения, среди больных с выявленными эрозиями преобладал эрозивный эзофагит изолированный или в сочетании с поражением желудка и двенадцатиперстной кишки. У 8 пациентов (20,4±6,4%) обнаружили либо выраженный поверхностный гастрит или гастродуоденит, либо атрофический гастрит. У 14 больных (36,0±7,7%) патологии обнаружено не было (рисунок).

Среди пациентов, у которых были выявлены эрозии, и в той и другой группе преобладали больные СД 1 типа (80 и 76,5% соответственно) с длительным диабетическим анамнезом. Гастроэзофагеальный рефлюкс имел место у четверти (24,1%) больных 2 группы, тогда как в 3 группе наблюдения, т.е. у пациентов с сохраняющимися абдоминальными жалобами, рефлюкс фиксировали значительно чаще — в 70% случаев.

Согласно полученным данным, в структуре эрозивных изменений верхних отделов ЖКТ ведущую роль занимает эрозивный эзофагит. У больных 3 группы, в которой абдоминальный синдром сохранялся более 3 дн. после ликвидации ДКА, эрозии выявляли достоверно чаще, чем у пациентов 2 группы. Однако и во 2 группе эрозии также имели место. В связи с этим можно предположить, что у части пациентов эрозии в пищеводе были до ДКА. Это предположение подтверждают данные литературы, согласно которым у больных СД и вне кетоацидоза возможно развитие эрозивного эзофагита [5, 8, 10]. Можно полагать, что в условиях ДКА вероятность повреждения слизистой возрастает, особенно у больных, у которых болевой абдоминальный синдром сохранялся в течение 3 дней и более.

Выводы

1. ДКА не сопровождается жалобами со стороны ЖКТ лишь в 16,2% случаев. У 83,8% больных ДКА

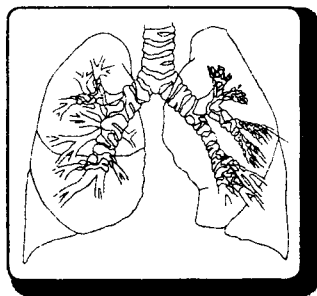
наблюдается абдоминальная симптоматика (тошнота, рвота, боли в животе). При ликвидации кетоацидоза абдоминальный синдром исчезает у 83,5% больных, однако у 16,5% пациентов абдоминальные жалобы сохраняются.

2. У каждого второго больного ДКА (43,6%) с сохраняющимся болевым абдоминальным синдромом выявляют эрозивные изменения слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ, в структуре которых преобладает эрозивный эзофагит (76,6%). В связи с высоким риском развития эрозий, всем больным, у которых абдоминальная симптоматика остается, несмотря на исчезновение кетоацидоза, рекомендуется проведение ЭФГДС.

Л и т е р а т у р а

1. Балаболкин М. И. Эндокринология. М.: Универсум паблишинг, 1998. 581 с.
2. Данилишина В.С., Стародуб В.М. // Врачебное дело. 1980. №5. 11 с.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. М.: Универсум паблишинг, 2003. 455 с.
4. Касаткина Э.П. Сахарный диабет. М.: Медицина, 1996. 115 с.
5. Кириллов Д.А. и соавт. // Актуальные вопросы диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении: Тез. докл. V Всерос. науч.-практ. конф. СПб., 2001. С. 63.
6. Крылов А.А., Ионин М.Л., Киреева О.В. // Клин. мед. 1983. №4. С. 62-64.
7. Кулешов Е.В. Сахарный диабет и хирургические заболевания. М.: Медицина, 1973. 112 с.
8. Мышкин К.И., Дубошина Т.Б., Толстокоров А.С. // Хирургия. 1991. №5. С. 38-41.
9. Сиротин Б.З., Федорченко Ю.Л. Язвенная болезнь при сахарном диабете. Хабаровск: РИОТИП, 2004. 140 с.
10. Федорченко Ю.Л. // Актуальные проблемы эндокринологии: Мат-лы межрегион. науч.-практ. конф. Благовещенск, 2005. С. 33-41.
11. Лавин Н. Эндокринология. М.: Практика, 1999. 1128 с.
12. Campbell J.W., Duncan L.G.P., Jnnes J.A. et al. // JAMA. 1975. Vol. 233, №2. P. 116-168.





В.П. Мишук, О.А. Каракулова, Л.В. Блинникова, И.А. Тарасюк

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХРОНОТЕРАПИИ ХОЛИНОЛИТИКАМИ У БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

В настоящее время широко обсуждается проблема лечения бронхиальной обструкции у больных туберкулезом легких [7]. Наиболее распространен способ лечения, предусматривающий распределение суточной дозы ингаляционных бронхолитиков по 2 дозы 3 раза в день [6]. Данный способ лечения не учитывает временную организацию функциональной активности легких, хотя интенсивное развитие исследований в области хрономедицины позволяет утверждать, что наиболее полные данные о наличии хроночувствительности бронхов к фармакологическому воздействию ингаляционных бронхолитиков у больных туберкулезом легких могут быть даны лишь с учетом ее проявления на протяжении суток [1].

Целью исследования явилось изучение наличия и выраженности бронхоспазма у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в различное время суток и назначение индивидуальной корректирующей хронотерапии ингаляционными бронхолитиками.

Материалы и методы

Были исследованы 24 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (ФКТЛ) в возрасте от 18 до 59 лет (средний возраст $38,5 \pm 2,6$ г.) с клиническими и функциональными признаками бронхиальной обструкции. Преобладали больные с двусторонним поражением легких (95,8%). У всех больных имелась деструкция легочной ткани и бацилловыделение. Мужчин было 19 (79,2%), женщин — 5 (20,8%). Всем больным проводилось общепринятое клинико-рентгенологическое и лабораторное обследование, а так же до и после лечения определялись основные показатели вентиляционной функции легких на спироанализаторе «Microlab» производства Великобритании через 6 ч в течение 2 сут. При анализе результатов повторных исследований учитывали воспроизводимость измеряемых функциональных параметров [4]. В 6 и 18 ч вторых суток проводилась бронходилатационная ингаляционная проба с ипратропия бромидом по общепринятой методике [3]. Результаты измерения функциональных показателей до и после дачи бронхолитиков отображались в процентах должных величин [8]. Бронхоспазм диагностировался при увеличении ОФВ₁ ЖЕЛ и ФЖЕЛ после проведения пробы на 13% и более должной величины и/или увеличении двух и более скоростных показателей ПОС, МОС₅₀, МОС₂₅ на 16; 16 и 26% соответственно и более [2]. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программ группового и индивидуального Косинор-анализа [5].

Больные ФКТЛ с выявленным бронхоспазмом были разделены на 2 группы, практически равные по полу, возрасту и клинико-функциональным показателям. Кон-

Резюме

У 24 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких при спирометрическом исследовании было выявлено ухудшение проходимости бронхов в вечернее и ночное время. После проведения ингаляционной бронходилатационной пробы диагностировано наличие бронхоспазма и усиление хроночувствительности к фармакологическому воздействию холинолитиков в вечерние и ночные часы. При проведении месячной хронотерапии ингаляционными холинолитиками наблюдалась лучшая положительная динамика клинических симптомов и функциональных показателей спирометрии по сравнению с группой больных, принимающих холинолитики по общепринятой схеме.

V.P. Mishyk, O.A. Karakulova,
L.V. Blinnycova, I.A. Tarasyuk

EFFICIENCY OF CHOLINOLYTICS CHRONOTHERAPY IN PATIENTS WITH FIBROCAVERNOUS PULMONARY TUBERCULOSIS

Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk

Summary

24 patients with fibrocavernous pulmonary tuberculosis were examined. On spirometry indices determining the impairment of bronchi permeability during night hours were revealed. Inhalation bronchodilatation test showed the presence of bronchospasm and the increase of bronchosensitivity to pharmacology influence of cholinolytics during night hours. While performing monthly chronotherapy with cholinolytics better positive dynamics of clinical symptoms and spirometry functional indices were observed in comparison with the group of patients taking cholinolytics according to the traditional scheme.

трольная группа получала лечение ингаляционными бронхолитиками по общепринятой схеме: ипратропия бромид 20 мкг по 2 дозы 3 раза в день. Другой группе больных назначен ипратропия бромид с сохранением кратности и количества введения препарата, но перераспределением суточной дозы на вечернее и ночное время, а именно в 11; 17 и 23 ч. Через 1 мес. было проведено повторное исследование динамики респираторных симптомов и функции внешнего дыхания в 1 и 2 группах больных.

До и после проведения лечения больные заполняли дневники самонаблюдения, в которых регистрировалась оценка выраженности основных симптомов заболевания