

При анализе обоснованности и рациональности назначения ЛС выявлены следующие замечания: недостаточная обоснованность назначения ноотропных средств и низкие их дозировки; частое назначение транквилизаторов при поведенческих нарушениях с агрессией и асоциальными проявлениями, преимущественное использование малых «нейролептиков» для купирования поведенческих «симптом-мишеней», в том числе гиперкинетических расстройств, использование низких доз антидепрессантов и недостаточная длительность их применения, преобладание полипрагматии, недостаточное использование нормотимических и других эффектов противосудорожных препаратов.

Полученные результаты говорят о том, что в практике детских психиатров пока недостаточно используются данные доказательной медицины, недостаточное развитие психосоциотерапевтической составляющей лечебного процесса определяет вынужденный для врача характер назначения ЛС (купирование

нарушений поведения и эмоциональных нарушений, спровоцированных ситуационными влияниями). Преобладание полипрагматии проявляется часто в назначении различных психотропных средств в комбинации с «патогенетическим» лечением (сосудистые средства, витамины, диуретики и др.), не имеющим достаточной доказательной базы об его эффективности.

Для улучшения ситуации с использованием ЛС в лечении детей с психическими расстройствами необходимо: уточнение показаний к лекарственной терапии с позиций доказательной медицины; внедрение в практику стандартов лечения; смена «симптом-центрированного» подхода к назначению психотропной терапии на принцип разумной достаточности терапии с учетом, прежде всего, качества жизни пациента и задач его психосоциального развития; преимущественно монотерапия психотропными ЛС, выбор в пользу психосоциальных вмешательств при примерно одинаковой их эффективности с действием ЛС.

Полежаев А.А., Тутолмина А.Н., Миротворцева А.Ю., Семенов О.А. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПИЩЕВОДА ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ РАКЕ

Приморский краевой онкологический диспансер, Владивосток

Распространенность опухолевого процесса у большинства больных раком пищевода исключает радикальное хирургическое вмешательство. Поэтому актуальной проблемой является разработка паллиативных методов разрешения злокачественной дисфагии, позволяющих восстановить пероральное питание и улучшить качество жизни. В настоящее время в клинической практике у больных со злокачественным стенозом пищевода применяются различные варианты эндоскопического лечения: дилатация, реканализация (электро-лазерная деструкция, аргонноплазменная коагуляция, фотодинамическая терапия) и введение эндопротезов.

За период с декабря 2004 г. по май 2005 г. в отделении торакальной хирургии ПКОД эндопротезирование было выполнено у 6 больных с местно-распространенным раком пищевода в возрасте от 40 до 68 лет (5 мужчин и 1 женщина). Среди гистологических форм превалировал плоскоклеточный рак - 5 случаев, у одного больного была аденокарцинома. Протяженность опухоли варьировала от 2 до 15 см. У 3 пациентов опухоли локализовались в грудном отделе пищевода, у одного — в абдоминальном, у 2 был кардиоэзофагеальный рак.

Для оценки степени сужения пищевода нами применялась классификация Ю. Галленгера и Э. Годжелло. У всех наших пациентов был высокий уровень стеноза (3 — 4 ст.), ведущий к нарушениям обменных процессов в организме из-за нарастающей дисфагии. Наблюдалась зависимость степени стеноза от распространенности опухоли по окружности пищевода: у 5 из 6 больных с 3-4 ст. стеноза опухоль циркулярно поражала все стенки и лишь у одного пациента охватывала 1/3 окружности. Циркулярный рост наблюдался во всех 6 случаях.

Всем больным перед операцией была выполнена фиброэзофагогастроскопия для уточнения границ опухолевого процесса и установки в желудок зонда для энтерального питания.

В течение недели все пациенты получали зондовое питание. После восстановления водно-электролитного баланса и устранения симптомов кахексии им было выполнено интраоперационное эндопротезирование (стентирование) пищевода. Использовали трубчатые пластиковые протезы (стенты) фирмы «Medsil» усленной структуры, позволяющие сохранять просвет пищевода диаметром 9-12 мм.

Операция выполнялась под общим обезболиванием. После верхнесрединной минилапаротомии (4-6 см) дистальный конец желудочного зонда выводили через гастротомическое отверстие. К оральному концу зонда фиксировали стент. Затем хирург под контролем эзофагоскопии медленно, не форсируя осуществлял тракцию за дистальный конец зонда до того момента пока растроб эндопротеза не достигал верхнего края опухоли. При попытке последующих тракций чувствовалось значительное сопротивление.

В результате эндопротезирования пищевода дисфагия была устранена у всех 6 больных. У одного из них через неделю после стентирования развилась временная обтурация стента комком пищи, который был извлечен эндоскопически. Пройдя стента восстановилась. Всем больным проводилась послеоперационная полихимиотерапия.

У 2 пациентов через 5 месяцев после операции развился рецидив дисфагии за счет продолженного роста опухоли ниже дистального конца стента. Одному из этих больных была наложена гастростома, другому выполнена лазерная эндоскопическая деструкция опухоли.

Эндопротезирование пищевода адекватно восстанавливает энтеральное питание у больных с местно-распространенным раком пищевода, обеспечивая улучшение качества жизни в первые месяцы после операции.

Понгчэрехс П. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛИЦИСТЭКТОМИЯ (LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY)

*Больница Bumrungrd, Бангкок, Тайланд
(Bumrungrd Hospital, Bangkok, THAILAND)*

Starting for the first time in the world literature in 1989, laparoscopic cholecystectomy (LC) has become the gold standard of surgical treatment for symptomatic gallstones all over the world. All cases of gallstones that have indication for surgery are being considered indication of LC. When one talks about LC, one has to consider a few issues: contra-indication, conversion and complication. Patients who are contra-indication of LC consist of those who are too sick to have major surgery under general anesthesia since LC is always done under general anesthesia. Pregnancy can be considered as a relative contra-indication. Now-a-days acute cholecystitis, gangrenous cholecystitis and emphysematous gallbladder are not contra-indication. However, these special situations render LC much

more difficult and increase the chance of conversion to an open cholecystectomy. Conversion rate in acute cholecystitis is typically quoted to be around 20-30%. Complication of LC is not common and the most important one is still bile duct injury. In the hands of competent surgeons, bile duct injury should occur in less than 0.2%. Mortality related to the procedure is less than 0.1%. All types of complication combined is less than that recorded in open cholecystectomy, especially infectious complication. A good laparoscopic surgeon should have good understanding of the physiology of pneumoperitoneum, learning of good technique and continuing experience to gain adequate skills of the procedure in order to be able to cope with difficult intra-operative situation.

Попова Е.С., Ромашко Е.Ю., Ли Г.С. ФАРМОКОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ОЖИРЕНИИ МАТЕРИ

*Владивостокский государственный медицинский университет,
Клинический родильный дом № 3, Владивосток*

Цель: изучить влияние превентивного лечения на состояние плода и новорожденного ребенка. Для этого было сформировано 2 группы беременных высокого риска: основная и контрольная. Основная группа состояла из 85 беременных, конт-

рольная — из 80 беременных. Группы были идентичными по основным клинико-функциональным параметрам и отличались по используемому методу лечения. В качестве превентивного лечения в основной группе использовали только нормобаричес-

кую гипокситерапию без других средств лечения, а в контрольной группе проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия без нормобарической гипокситерапии. Причем, превентивную терапию проводили при сроке беременности в 34-40 недель. На курс нормобарической гипокситерапии назначали от 15 до 25 процедур, проводимых ежедневно.

Влияние нормобарической гипокситерапии на состояние новорожденного ребенка оценивалось по шкале Апгар, характеру течения раннего неонатального периода и показателям физического развития. При оценке физического развития новорожденных использовали величину массы и длины тела (МТ и ДТ), коэффициент соотношения МТ к ДТ (МТ:ДТ) при рождении, показатель физиологической убыли. МТ новорожденного (К1) и показатель восстановления МТ новорожденного (К2). Величина К1 ха-

рактеризует 0%-ное выражение потери МТ в первые дни после рождения (в норме К1=8-10%). Величина К2 характеризует процентное соотношение МТ при выписке из роддома (не позже 10-го дня) и МТ при рождении (в норме К2=98-100%). По разнице этих показателей, определяемых до и после нормобарической гипокситерапии (в основной группе) или других методов (в контрольной) судили об эффективности превентивного лечения.

Таким образом, применение нормобарической гипокситерапии оказывает положительное влияние на внутриутробное состояние плода у беременных группы высокого риска по перинатальной патологии. Состояние плода у беременных основной и контрольной групп было одинаковым и статистически достоверных различий в оценке БФП плода входа у беременных этих групп не определялось.

Приходько А.Г.

ВОЗМОЖНОСТИ СТАНДАРТНОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ХОЛОДОВОГО БРОНХОСПАЗМА

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: изучить эффективность медикаментозной коррекции у больных бронхиальной астмой с синдромом холодовой гиперреактивности дыхательных путей.

Методы: обследовано 14 больных бронхиальной астмой в возрасте от 20 до 49 лет (средний возраст 29,7±2,95 лет). Пациенты не имели выраженных обструктивных нарушений (ОФВ₁ 80% должной величины). Исследование проводилось в 2 этапа: вначале, согласно разработанной скрининг-анкете, у больных выявлялись клинические признаки холодовой гиперреактивности дыхательных путей, затем выполнялась проба изоксипической гипервентиляции холодным воздухом (ИГХВ) путем гипервентиляции в течение 3 минут охлажденной до -20°C воздушной смеси, содержащей 5% СО₂. Уровень вентиляции соответствовал 60% должной максимальной вентиляции легких. Вентиляционная функция легких оценивалась по данным кривой «поток-объем» форсированного выдоха перед началом холодовой провокации и после нее на 1 и 5 минутах восстановительного периода. Проба ИГХВ проводилась 2-кратно до и после традиционной

этиопатогенетической терапии, направленной на устранение бронхообструктивного синдрома.

Результаты: при первичном обследовании все больные жаловались на неприятные ощущения, возникающие при контакте с холодным воздухом в зимнее время года. Однако в лабораторных условиях при холодовой провокации субъективная реакция имела только в 64% случаев. Все пациенты показали существенное ухудшение бронхиальной проходимости после ингаляции холодного воздуха, максимальное снижение ОФВ₁ составило в среднем 24,2±7,16%. После стандартной базисной терапии существенной динамики показателей при повторном исследовании ИГХВ не было получено. В общей совокупности больных максимальное падение ОФВ₁ составило 19,1±3,66% (p>0,05). Лишь у двух больных реакция оказалась меньше установленных критериев оценки, но после ИГХВ они так же имели дискомфорт при дыхании.

Вывод: стандартная базисная терапия не устраняет obstructивную реакцию, наблюдаемую при больших термических нагрузках у больных бронхиальной астмой.

Русакова Н.А., Морозова А.М., Федорова Н.В.

ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ТАДАЛАФИЛОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Владивостокский государственный медицинский университет,
Краевая клиническая больница № 2, Владивосток*

Цель: оценить возможность диагностики и коррекции эректильной дисфункции у больных сахарным диабетом в условиях эндокринологической практики.

Методы: наблюдали 12 пациентов (7 человек с сахарным диабетом типа 1 и 5 человек с диабетом типа 2) в возрасте от 28 до 63 лет и со стажем диабета от 3-х до 23-х лет. 50% больных имели диабетическую ретинопатию, у 41% отмечалась диабетическая нефропатия (у 3-х стадия микроальбуминурии и у 2-х стадия протеинурии), у всех больных имела место диабетическая дистальная сенсомоторная нейропатия (количество баллов по шкале НДСм (нейропатический модифицированный функциональный счет) варьировало от 1 до 7 баллов). По клиническим тестам автономной кардионейропатии у данной группы пациентов не выявлено. В 50% случаев имела артериальная гипертензия и гиперлипидемия. Кроме сахароснижающей терапии на момент исследования 58% больных получали препараты альфа липоевой кислоты, 42% статины, 67% получали гипотензивные препараты (монотерапия ингибиторами АПФ 4 человека, комбинация ингибиторы АПФ + диуретики 2 человека, комбинация

ингибиторы АПФ + В-блокаторы 2 пациентов), 50% получали ноотропы и 1 пациент седативные препараты. Эректильная дисфункция оценивалась по самооценке пациентов с использованием шкалы МИЭД (международный индекс эректильной дисфункции) и средний балл составил 10,5 ± 4,3, что соответствует выраженной и умеренной эректильной дисфункции. Всем пациентам был рекомендован прием ингибитора ФДЭ тадалафила («Сиалис», Эли-Лилли) в свободном режиме.

Результаты: после однократного приема тадалафила 70% пациентов отметили значимый положительный эффект и выразили желание в дальнейшем использовать препарат, а трое пациентов попросили уточнить исходные анкетные данные по МИЭД, в которых по психологическим проблемам первично представили завышенную оценку показателей.

Выводы: учитывая важность сексуального здоровья и в современные простые и доступные методы коррекции эректильной дисфункции ингибиторами ФДЭ продленного действия необходимо активизировать выявление эректильной дисфункции у пациентов сахарным диабетом в эндокринологической сети.

Савченко С.В., Гельцер В.И., Плотникова И.В., Елисеева Е.В.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КВИНАПРИЛОМ

Владивостокский государственный медицинский университет

Цель: Оценить эндотелий-модулирующие эффекты квинаприла (аккупро) при гипертонической болезни (ГБ).

Методы: в открытое исследование были включены 58 больных гипертонической болезнью I-II стадии с артериальной гипертензией I-II степени, среднего и высокого риска (31 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 44 до 53 лет (средний возраст 52,2±2,7 лет). В контрольную группу вошли 20 здоровых лиц сопоставимых по полу и возрасту. Всем больным и здоровым было выполнено УЗИ эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) вазоконстрикции (ВК) плечевой артерии. Для уточнения механизмов

ЭЗВД и ВК изучали метаболическую активность сосудистого эндотелия по результатам исследования в плазме крови метаболитов оксида азота (NO), эндотелина-1 (ЭТ-1), в процессе выполнения пробы реактивной гиперемии и холодового теста, с последующим расчетом процентного изменения этих показателей после каждой пробы. Квинаприл (аккупро) назначали в виде монотерапии в дозе 10 мг однократно в сутки. Эффективность лечения оценивали через 12 недель лечения.

Результаты: лечение квинаприлом в течение 12 недель сопровождалось достоверным повышением степени ЭЗВД с