

ентах из Астанинского региона (альвеолярные макрофаги—22,24%, нейтрофилов—57,0% «голаядерные» элементы—5,53%) и о больных-ликвидаторов ЧАЭС (альвеолярные макрофаги—87,8% и нейтрофилов—5,80%)\*. При этом, у больных из Семипалатинского региона данный феномен преобладал с явным преимуществом – в 1,8-2,0 раза, что свидетельствует о более выраженном снижении местной антимикробной клеточной защитной способности слизистой оболочки бронхов у больных из указанного региона. Данный феномен в литературе известен как основной маркер снижения местной антимикробной защиты бронхов. Отсутствие такого лимфоцитарно-макрофагального дефицита у больных-ликвидаторов указывает о сохраненной функции местного клеточного защитного барьера слизистой оболочки бронхов к воздействию инфекций.

138

### КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ЭКСПЕКТОРАНТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЭКТАЗИЯМИ

Щугарева К.Б., Пак А.М., Нименко С.А.  
АО «Национальный научный медицинский центр»,  
г Астана, Казахстан

Цель исследования: изучить влияние комбинированного экспекторанта «Аскорил» у пациентов с бронхоэктазами.

Материалы и методы: в исследовании принимали участие 28 человек с подтвержденным диагнозом бронхоэктазий в возрасте от 18 до 66 лет, из них 15 женщин и 13 мужчин. Всем пациентам в течение 30 дней назначался комбинированный экспекторант «Аскорил», включающий в своем составе сальбутамол (в форме сульфата) 2мг, бромгексина гидрохлорид—4 мг, гвайфенезин—100 мг, вспомогательные вещества, в стандартной дозировке 10 мл 3 раза в день. Дизайн исследования включал изучение показателя ФВД (ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1/ФЖЕЛ, МОС 25, МОС 50, МОС 75), сатурация крови кислородом с использованием пульсоксиметрии, изучение одышки по шкале MRC, выраженность дневного и ночного кашля до и после курса лечения. Полученные результаты систематизировались с использованием Т-критерия Стьюдента, стандартных отклонений, критерия Вилкоксона.

В результате проведенного исследования выявлено снижение выраженности дневного кашля с  $3,21 \pm 0,5$ , до  $2,92 \pm 0,5$ , ночного кашля до и после лечения с  $1,96 \pm 0,8$  до  $1,42 \pm 0,6$  соответственно ( $p < 0,05$ ).

Показатель сатурации крови кислородом до и после лечения «Аскорилом» повысился с 93,7% до 95,5% ( $p < 0,05$ ). ФВД по основным показателям существенных различий не показал.

Заключение: Таким образом, в результате применения комбинированного экспекторанта «Аскорил» у группы пациентов с бронхоэктазиями, позволило существенно уменьшить частоту дневного и ночного кашля, а также достоверно улучшить показатели сатурации крови кислородом. Достоверных сдвигов показателей ФВД не получено.

139

### МСКТ АНГИОГРАФИЯ В НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АПЛАЗИИ ЛЕВОЙ ВЕТВИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Чувакова Э.К., Сарсенгалиев Т.И., Цой Б.В.  
АО «Национальный научный медицинский центр»,  
г. Астана, Казахстан

Цель. Описание редкого случая аплазии левой легочной артерии.

Материал и методы. Пациентке 30 лет, у которой за последние 2 года отмечалось формирование хронического бронхолегочного процесса и симптомы сердечной недостаточности: жалобы на одышку при быстрой ходьбе, подъеме на 2-3 этаж, периодический дискомфорт в области сердца, эпизоды сердцебиения, продолжительностью до 1 минуты, купирующие самостоятельно, общую слабость. Ультразвуковое исследование сердца установило дилатацию правых отделов сердца, незначительную дилатацию ствола и правой ветви легочной артерии, высокую легочную гипертензию. Была проведена инвазивная ангиопульмонография, в которой выявлено расширение ствола и правой ветви легочной артерии. Отмечалась короткая культя левой ветви легочной артерии, контуры и края которой не ровные, легочный рисунок не прослеживается. В заключении для визуализации бронхолегочной и сосудистой системы грудного сегмента был проведен КТА-пульмонография. Исследование выполнено по протоколу компьютерной томографии грудного сегмента с внутривенным болюсным усилением. Для выполнения КТА в локтевую вену с помощью автоматического инжектора вводили неионное контрастное вещество содержащее 370 мг йода/мл, в дозе 1,5-2,0 мл на 1 кг массы тела. С целью получения компактного болюса контрастного вещества, улучшения его геометрии и необходимой кривой накопления, контрастный препарат вводили однофазно со скоростью 4,0 мл/с.

Результаты: Диагностика этого порока стала возможной благодаря внедрению такого метода, как ангиопульмонографии, КТА-пульмонографии. Для получения изображений в объеме, по ходу сосудистых структур, использовались многоплоскостные реконструкции (MPR). Изображения в проекции максимальных интенсивностей (MIP-реконструкции) использовали для визуализации сосудистых структур, выявления коллатералей. Объемные рендеринговые изображения (VRT) ис-

пользовали для наглядной демонстрации анатомии сосудов, их взаимоотношения друг с другом и внутренними органами. VRT приписывает диапазон значений затененности КТ-числам и таким образом улучшает четкость контуров АВМ с полупрозрачным дисплеем ее структуры (см. рис. везде указывать рисунки). На полученных изображениях визуализируется расширение ствола легочной артерии до 33мм, правой легочной артерии до 24мм и ее ветвей до субсегментарных сегментов, а также стенозирование устья нижнедолевой легочной артерии до 85% справа. Левая легочная артерия – протяженностью до 30мм в виде культи, далее просвет отсутствует за счет аплазии.

Выводы: КТА, как метод неинвазивной ускоренной диагностики позволил диагностировать редкую патологию – аплазию левой ветви легочной артерии с указанием топографии. Таким образом, у больной, наблюдавшаяся с диагнозом ХОБЛ и высокой легочной гипертензии в течении 2-х лет, было диагностировано изолированное отсутствие левой ветви легочной артерии. Визуализация этого редкого сосудистого порока при КТА-пульмонографии, ангиопульмонографии, а также легочной паренхимы определило в большей степени в верификации диагноза в свою пользу. Большим преимуществом КТА-пульмонографии явилось неинвазивность, простота выполнения диагностической процедуры и отсутствие осложнений. Особенности метода – неинвазивность, простота выполнения диагностической процедуры и отсутствие осложнений.

140

### ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ СОАС

Пак А.М., Щугарева К.Б., Миненко С.А.  
АО «Национальный научный медицинский центр»,  
г. Астана, Казахстан

Суточная вариабельность сердечного ритма (ВСР) является одним из проявлений адаптации сердечно-сосудистой системы (ССС) к конкретным условиям функционирования организма (физическая нагрузка, покой, сон и т.д.).

Снижение суточных колебаний ВСР является общепринятым критерием дезадаптации ССС при хронической сердечной недостаточности. При дру-

гих патологических состояниях, включая синдром обструктивного апноэ сна (СОАС), оценка ВСР еще не находит широкого применения в практике.

Цель исследования: Изучит суточные колебания ВСР у больных СОАС тяжелой степени тяжести.

Материалы и методы: Анализу подверглись результаты суточного кардио-респираторного мониторинга сна (КРМС) проведенного у 60 мужчин в возрасте от 35 до 54 лет, средний возраст – 41,6 лет. КРМС проводился с помощью аппаратно-программного комплекса (АПК) «Кардиотехника-04PM-P», Инкарт, Россия.

По результатам КРМС пациенты были поделены на 2 группы: пациенты с тяжелым СОАС (ИАГ>30) – 45 человек и пациенты без нарушений дыхания во сне -15 человек (контрольная группа). Наличие и тяжесть СОАС определялись по индексу апноэ/гипопноэ (ИАГ), согласно классификации Американской академии сна. Суточная регистрация ЭКГ и ВСР также получены во время КРМС.

Анализу подвергся один из основных показателей характеризующих ВСР – SDNN, динамика которого во время сна и бодрствования оценивалась у каждого пациента отдельно. Средние величины показателей ВСР между группами не сравнивались, из-за больших колебаний индивидуальных значений.

Результаты: У 43 пациентов (95,5%). основной группы выявлено достоверное нарастание показателей ВСР во время сна, причем феномен соннозависимого роста показателей ВСР отмечен не только во время ночного, но и во время дневного сна. В сравнении со значениями ВСР бодрствования, ВСР сна нарастала от 1,5 до 2,6 раз. Только у 2 пациентов с СОАС (5%) не отмечен прирост ВСР во время сна, что было связано с постоянной формой фибрилляции предсердий.

У всех 15 пациентов из контрольной группы отмечены отличные от основной группы сдвиги ВСР. Так у 13 пациентов (86,7%) показатели ВСР нарастали во время бодрствования и снижались во сне, что характерно для здоровых людей и у 2 исследуемых (13,3%) существенной разницы между ВСР сна и бодрствования не получено.

Заключение: Таким образом, для больных с тяжелым СОАС характерно нарастание ВСР во время сна, что свидетельствует в пользу значимых нарушений вегетативной регуляции ССС при апноэ сна. Анализ суточных колебаний ВСР в зависимости от времени сна и бодрствования является перспективным методом скрининга СОАС.

