

обострения заболевания на фоне стандартной схемы лечения (Федеральная программа по лечению ХОБЛ, 2004).

**Материалы и методы.** Нами были обследованы 22 пациента в возрасте от 40 до 67 лет в период обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), при наличии дыхательной недостаточности 2-3 ст., в целях улучшения качества жизни этой категории больных, сокращения сроков госпитализации и продолжительности ремиссии. Этим больным в течение 30 минут через лобный и затылочный электроды подавался ток от 0,5 до 1,4 мА, состоящий из переменной и постоянной составляющей с фиксированным отношением по амплитуде и прямоугольной формой импульсов. Для контроля была подобрана группа также из 10 больных, которые получали стандартное лечение без использования МДМ-терапии (имитация процедур-плацебо). Перед началом лечения и через месяц больным выполнялась диагностическая бронхоскопия с забором проб бронхоальвеолярного лаважа на клеточный состав.

**Результаты.** Отмечено более быстрое в среднем на 2-3 дня снижение температуры, уменьшение явлений интоксикации, уменьшение одышки, улучшение настроения и сна. Положительная динамика клинического лечения подтверждалась результатами БАЛ, показателями 6-минутной пробы, общеклиническими данными, результатами исследования вентиляционной функции легких. В основной группе у 15 пациентов отмечено снижение количества нейтрофилов в среднем на  $18 \pm 1,3\%$  ( $p < 0,05$ ), в контрольной группе снижение на  $12 \pm 0,9\%$  наблюдалось у 11 пациентов ( $p < 0,05$ ). При спирографическом исследовании у больных основной группы отмечено увеличение ОФВ<sub>1</sub> в среднем на 70 мл больше, чем у пациентов контрольной группы. В основной группе осложнений и побочных эффектов МДМ-терапии не отмечено. Важным положительным результатом лечения явился отказ от курения 17 пациентов основной группы и 11 пациентов контрольной группы.

**Выводы.** Включение МДМ-терапии в комплексное лечение больных с ХОБЛ снижает выраженность воспалительного процесса в бронхах, увеличивает объём ОФВ<sub>1</sub>, уменьшает срок госпитализации в среднем на 2-3 дня.

### 230. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Репникова Р.В., Голофаева О.И., Барбараш О.Л.

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Областная клиническая больница, г. Кемерово, Россия

Патология желчевыводящих путей является достаточно распространенным заболеванием. С внедрением в клиническую практику эндовидеохирургической техники лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала «золотым стандартом» в лечении желчно-каменной болезни.

Достаточно часто артериальная гипертензия у больных хирургического профиля встречается в качестве сопутствующей патологии. Наличие артериальной гипертензии (АГ) и её декомпенсация в предоперационном периоде таят в себе повышенный риск развития пери- и послеоперационных осложнений.

**Цель исследования.** Оценить прогностическое значение синдрома артериальной гипертензии у пациентов, перенесших холецистэктомию.

**Материалы и методы.** Обследовано 409 пациентов (360 женщин и 49 мужчин), поступивших в хирургический стационар с целью проведения холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита. В зависимости от наличия сердечно-сосудистой патологии выделено 2 группы: 1 группа - 167 пациентов (40,8%) с отсутствием АГ, 2 группа - 242 пациента (59,2%) с наличием АГ, из них впервые выявленная АГ - у 18 (4,5%).

У пациентов оценивались гемодинамические показатели: систолическое и диастолическое артериальное давление, частота сердечных сокращений (САД, ДАД, ЧСС), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), степень компенсации АГ в предоперационном периоде, течение интра- и послеоперационного периодов.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе средних значений САД, ДАД и ЧСС при поступлении, за 24 часа до операции и во время операции выявлено достоверное различие данных показателей у пациентов с наличием АГ, причем у 86 пациентов (35,5%) второй группы имела место декомпенсированная АГ в предоперационном периоде.

Оценивая течение послеоперационного периода у обеих групп пациентов, наибольшее количество осложнений зарегистрировано среди пациентов с наличием АГ. Так, у пациентов второй группы кардиологические осложнения преимущественно в виде нарушений ритма сердца (1,6%) и декомпенсации АД в предоперационном периоде (1,22%) встречались в 4,7 раз чаще, чем у пациентов без АГ, хирургические (в виде абсцесса (1,5%) и желчеистечения (1,2%)) – в 3,3 раза и гнойно-септические – в 2,8 раза.

Заслуживает внимания и факт декомпенсации АД в периоперационном периоде. Среди 242 пациентов с наличием АГ 18% составили пациенты с высокими цифрами АД в предоперационном периоде. Эти же больные в послеоперационном периоде имели достоверно большее количество осложнений, чем пациенты с коррегируемой АГ (кардиологические 11,8% и 1,9% соответственно, хирургические – 15,1% и 4,5% соответственно и гнойно-септические – 17,4% и 6,4% соответственно).

**Выводы.** Наличие синдрома АГ является фактором, определяющим вероятность развития послеоперационных осложнений у пациентов при ЛХЭ. Отсутствие адекватно коррегируемой АГ, регистрируемой на предоперационном этапе, приводит к достоверно более высокому риску развития не только сердечно-сосудистых катастроф, но также хирургических и гнойно-септических осложнений.

### 231. ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА РАЗВИТИЕ РАННИХ