

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 БПП 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 (ОФВ<sub>1</sub> 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 изоксипнической гипервентиляции холодным воздухом (ИГХВ) путем гипервентиляции в течение 3 минут охлажденной до -20°C воздушной смеси, содержащей 5% СО<sub>2</sub>. 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 ОФВ<sub>1</sub> 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 ОФВ<sub>1</sub> 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