

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 $29,7 \pm 2,95$ 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 изоксипневмической гипервентиляции холодным воздухом (ИГХВ) путем гипервентиляции в течение 3 минут охлажденной до -20°C воздушной смеси, содержащей 5% CO₂. 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 $24,2 \pm 7,16\%$. После стандартной базисной терапии существенной динамики показателей при повторном исследовании ИГХВ не было получено. В общей совокупности больных максимальное падение ОФВ₁ составило $19,1 \pm 3,66\%$ ($p > 0,05$). 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 обструктивную 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 дисфункциональный 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 $10,5 \pm 4,3$, 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 Б.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 мужчина и 27 женщин) в возрасте от 44 до 53 лет (средний возраст $52,2 \pm 2,7$ 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

6,20±0,47% до 8,63±0,62% ($p<0,01$), констрикция плечевой артерии на сосудосуживающий стимул — холод была значительно меньше (-8,95±0,91%), чем до лечения (-13,07±1,20%; $p<0,05$). После 12-ти недельной терапии достоверно повышалось базальное содержание метаболитов NO в плазме крови от 17,60±0,75 мкмоль/л до 20,18±1,01 мкмоль/л ($p<0,05$), увеличивалась также реактивность NO-продуцирующей системы при выполнении пробы реактивной гиперемии ($p<0,01$). Кроме того, уменьшалась инактивация NO под воздействием холода ($p<0,05$).

Самсонова И.П.

КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: выявление гиперреактивности дыхательных путей у детей путем ультразвуковых ингаляций дистиллированной водой.

Методы: исследования проводились на аппарате «Флоуск-рин» («Эрих Егер», Германия) с помощью определения отношения поток-объем форсированного выдоха у 36 детей в возрасте от 7 до 15 лет, из них 22 ребенка с патологией верхних дыхательных путей (острый гайморит, острый ринит, острый фарингит) составили первую группу, у остальных детей диагностировали патологию нижних дыхательных путей (острый или рецидивирующий бронхит, бронхиальная астма, острый ларинготрахеит) — вторая группа.

Результаты: уже через одну минуту с начала ультразвуковой ингаляции с дистиллированной водой показатели внешнего дыхания изменялись в сторону бронхоконстрикции. При этом, в первой группе ухудшение бронхиальной проходимости наблюдалось у 10 детей (46%), во второй группе — у 3 детей (22%). Бронхиальное сопротивление изменилось в сторону роста у 16 (44%) обследованных больных детей. Значительная частота воз-

никновения бронхоспазма, тестируемая по изменениям показателей объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) на 12%, максимальной объемной скорости выдоха на уровне 25% (МОС₂₅) и 50% (МОС₅₀) на 40% и более от исходной величины, а также увеличение показателей бронхиального сопротивления показали, что ингаляционный тест с дистиллированной водой можно применять для диагностики гиперреактивности дыхательных путей у детей. Каких-либо осложнений от применения ингаляций дистиллированной водой не возникло. Дистиллированная вода всегда есть в лечебных учреждениях и имеет низкую стоимость.

Выводы: квинаприл благоприятно влияет на эндотелиальную функцию при ГБ, подавляя гиперреактивность ЭТ-1-синтезирующей системы, повышая высвобождение NO эндотелиальными клетками, что сопровождается преобладанием вазодилатирующих свойств эндотелия над констрикторными.

никновения бронхоспазма, тестируемая по изменениям показателей объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) на 12%, максимальной объемной скорости выдоха на уровне 25% (МОС₂₅) и 50% (МОС₅₀) на 40% и более от исходной величины, а также увеличение показателей бронхиального сопротивления показали, что ингаляционный тест с дистиллированной водой можно применять для диагностики гиперреактивности дыхательных путей у детей. Каких-либо осложнений от применения ингаляций дистиллированной водой не возникло. Дистиллированная вода всегда есть в лечебных учреждениях и имеет низкую стоимость.

Выводы: 1. Гиперреактивность дыхательных путей развивается более чем у 40% детей больных неспецифическими болезнями органов дыхания.

3. Ультразвуковые ингаляции дистиллированной водой являются доступным и низкокзатратным методом диагностики гиперреактивности дыхательных путей, который хорошо переносится детьми.

Сарванов И.А.

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Владивостокский государственный медицинский университет.
Приморская краевая клиническая больница № 1, Владивосток

Основная проблема хирургического лечения ятрогенных желчных стриктур заключается в стенозе билиодигестивных анастомозов. Гепатикоюноанастомоз на длинной (60-80 см) Y-образно отклоненной петле тощей кишки (Roux-en-Y анастомоз) признан методом выбора в хирургическом лечении травмы желчных протоков. Из оперированных нами 62 пациентов со стриктурами желчных протоков стеноз анастомоза произошел в 9 случаях (16%). Четверым из этих 9 больных в других лечебных учреждениях Приморского края произведена попытка пластики поврежденных протоков, у 2 — был пересечен правый долевой проток вместе с правой долевой ветвью печеночной артерии, у 2 — первоначально наложен рефлюксный анастомоз с брауновским соустьем, который впоследствии трансформирован в анастомоз по Ру.

Большинство исследователей единодушно во мнении, что исправление ятрогенных повреждений желчных протоков должно производиться в том лечебном учреждении, где имеется подготовленный хирургический персонал и обученные врачи-интервенционисты эндоскопического и радиологического профиля, располагающие необходимым оборудованием и оснащением. Причем, говорить о лечении на экспертном уровне можно лишь в том случае, если за год через хирургическое отделение проходит не менее 5 подобных больных. Поэтому, если лечебное учреждение не располагает этими условиями, то после установления факта операционной травмы желчных протоков, пациента следует сразу же направить в специализированную клинику без предварительных попыток исправить случившееся. Общеизвестно, что первая неадекватная хирургическая коррекция билиарной стриктуры влечет за собой целую цепь рецидивов.

Абсолютными показаниями к первоначально хирургическому методу лечения является полное пересечение или полная стриктура магистральных внепеченочных желчных протоков. При частичном пересечении или стенозе протоков лечение целесообразно начинать с эндоскопических или чрескожных чреспеченочных методов. Их безуспешность является показанием к хирургическому вмешательству. При неэффективности инструментального стентирования стриктур протоков в течение года больные также подлежат открытой операции.

Факторы, способствующие рубцеванию анастомоза следующие: гнойный холангит, особенно на фоне незначительных склеротических изменений протока. В случаях хронических рубцовых стриктур с толстой склерозированной стенкой протока

стенозов анастомоза мы не наблюдали, по-видимому, из-за законченности пролиферативных изменений соединительной ткани. Диаметр анастомозируемого протока менее 5 мм также является фактором риска в отношении стеноза анастомоза. Как было показано Hata Y. et al., при неосложненном послеоперационном течении через несколько недель просвет билиодигестивного анастомоза составляет около 70% от первоначального. По нашим данным каждый третий случай стеноза происходил при анастомозировании долевых протоков. Ишемия протока вследствие его чрезмерной мобилизации или сопутствующей перевязке кровоснабжающей его артерии, безусловно, способствует холангиосклерозу. И, наконец, швы анастомоза, наложенные на рубцовую ткань без захвата слизистой оболочки протока (хотя бы на небольшом участке окружности соустья) являются, пожалуй, основной причиной его стенозирования.

У всех 57 больных, оперированных после травмы спустя более двух недель, имелись клинические и/или морфологические, бактериологические, интраоперационные признаки холангита. В течение 10-14 дней проводилась предоперационная антибактериальная терапия. Без декомпрессии желчных путей это лечение малоэффективно, поэтому наружное дренирование желчных протоков хирургическим путем выполнено в 6 случаях, эндоскопическое назобилиарное дренирование — в 5, эндоскопическое стентирование — в 4, чрескожное чреспеченочное наружное дренирование — в 13. У 9 больных имелись наружные желчные свищи при поступлении и дополнительная декомпрессия билиарного дерева им не выполнялась.

Механическая желтуха осложнила течение заболевания у 54 пациентов (83,1%). Как правило, за время лечения острого холангита удавалось достигнуть снижения уровня билирубина плазмы крови ниже 100 мкмоль/л. В 9 случаях с уровнем билирубина крови более 400 мкмоль/л для его нормализации потребовалось 4-6 недель.

Для выбора адекватного способа наложения билиодигестивного анастомоза при различной локализации поражения протоков и, следовательно, различной доступности слизистой оболочки нами использовалась классификация Bismuth H.

Тип 1. Стриктура гепатикохоледохоса находится ниже 2,0 см от места слияния долевых протоков печени — 6 пациентов (9,2%).

Тип 2. Сужение общего печеночного протока находится не ниже 2,0 см от места слияния долевых протоков — 10 (15,4%)

Тип 3. Общий печеночный проток отсутствует, стриктура