

личии одышки обследованные в процессе МФВ достоверно чаще достигали правильной остроко-нечной формы кривой, чем при отсутствии одышки (соответственно, в 72,7% и 41,2% ($p<0,05$)). Некурящие пациенты достоверно чаще, чем курящие обеспечивали нормальную продолжительность маневра ФЖЕЛ, хотя и среди них с этой задачей справилась меньшая часть обследо-ванных (соответственно 29,1% и 0% ($p<0,05$)). У пациентов, выделяющих мокроту, более чем в 3 раза чаще, чем у лиц без мокротовыделения, отме-чалось нарушение плавности кривой выдоха (соответственно, 60,0% и 18,9% ($p<0,05$)). Можно предположить, что пациенты зрелого возраста, имеющие факторы риска (табакокурение) или симптомы, ассоциируемые с хроническим брон-хитом, более ответственно относились к проведе-нию спирографии и поэтому реже допускали ошибки при выполнении МФВ. Таким образом, возрастные, гендерные характеристики пациен-

тов, факт табакокурения, наличие одышки, каш-ля, выделения мокроты в ряде случаев были свя-заны с частотой дефектов выполнения МФВ. Важно, что с высокой частотой нарушений вы-полнялись именно те характеристики МФВ, от которых существенно зависит выявление I ста-дии ХОБЛ по известным критериям, а именно, отмечена недостаточная продолжительность МФВ (у 90,2% обследованных) и существенное расхождение величин ЖЕЛ и ФЖЕЛ (65,0% об-следованных). Низкий методический уровень вы-полнения исследований ФВД в реальной практи-ке ряда медицинских учреждений г. Хабаровска, по всей видимости, не является уникальным яв-лением, о чем свидетельствуют данные других исследователей. Такое положение дел является серьезным препятствием для диагностики ранних стадий ХОБЛ при нецеленаправленных спиро-графических исследованиях.

УДК 616.248-085:615.357:616.132.16

Ю.С.Ландышев, С.С.Целуйко, Е.С.Кравец

**ИЗМЕНЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ
МИКРОСОСУДОВ, КОАГУЛЯЦИОННОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА
У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСМТОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ,
ГЕПАРИНОМ И ЛИДАЗОЙ**

ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Росздрава

Yu.S.Landyshev, S.S.Tseluyko, Ye.S.Kravec

**FEATURES OF MORPHOLOGICAL
STRUCTURE OF AIRWAY MICROVESSELS,
COAGULATION LINK OF HEMOSTASIS AND
FIBRINOLYSIS
AT PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA
AT TREATMENT BY GLUCOCORTICOIDS,
HEPARIN AND LIDAZA**

Цель исследования - изучить влияние терапии глюкокортикоидами, гепарином и лидазой на мор-фологическое состояние эндобронхиальных мик-рососудов, коагуляционное звено гемостаза и фиб-ринолиза у больных бронхиальной астмой (БА).

Многолетнее изучение этиологии и патогенеза БА и анализ данных у 150 больных, комплексно обследованных в условиях специализированного пульмонологического отделения, свидетельствуют о том, что при данной патологии отмечаются раз-личные по своей частоте и глубине изменения времени общей свертываемости крови, повышение содержания прокоагулянтов при одновременном снижении уровня свободного гепарина и депрес-сия фибринолитической активности крови. Была установлена прямая корреляция между указанны-ми изменениями показателей свертывающей сис-темы крови, степенью тяжести, длительностью заболевания и выраженностью обострения брон-

холегочной инфекции и дыхательной недостаточ-ности. При лечении больных БА глюкокортикои-дами наблюдалось статистически достоверное по-вышение ряда прокоагулянтов (Ас-глобулина, проконвертина, фибриногена и тромбопластино-вой активности) и угнетение антикоагулянтной и фибринолитической активности. Выявлено, что депрессия фибринолиза и антикоагулянтной ак-тивности крови у данной категории больных зави-сит от длительности и величины дозы применяе-мых глюкокортикоидных препаратов, это можно объяснить влиянием гормонов на функциональное состояние тучных клеток, что приводит к наруше-нию синтеза гепарина.

Лечение гепарином проведено у 36 больных БА легкой и средней степени тяжести. Мужчин было 12, женщин – 24, в возрасте от 18 до 57 лет и с длительностью заболевания от 1 года до 12 лет. До назначения данного метода лечения у всех боль-ных проводились биохимические исследования системы гемокоагуляции с одновременной запи-сью тромбоэластограммы на аппарате «Тромб-1». В комплекс биохимических методов исследования входило определение: 1) времени спонтанного свертывания крови по Ли-Уайту; 2) времени ре-кальцификации плазмы по Бергергоф-Рокку; 3) толерантности плазмы к гепарину по Поллеру; 4) тромботеста по Фуэнте-Ита в модификации

М.А.Котовщиковой 5) протромбиновой активности крови по В. Н. Туголукову; 6) концентрации проконвертина по Коллеру, Лэлигеру и Дюкерту; 7) концентрации Ас-глобулина по Оврону; 8) тромбинового времени и концентрации свободного гепарина по Э.Сирману; 9) антитромбиновой активности и ретракции кровяного сгустка по Э. Перлику; 10) фибринолитической активности и ретракции кровяного сгустка по Б.Н.Кузнику и М.А.Котовщиковой; 11) концентрации фибриногена по Р.А.Рутбергу в модификации М.А.Котовщиковой; 12) тромбопластиновой активности крови по Sosman Koen в модификации М.А.Котовщиковой и З.Д.Федоровой; 13) длительности кровотечения по Дьюке; 14) количество тромбоцитов по Фонию. Методом тромбоэластографии исследовались хронометрические и динамометрические константы. Всего определялось 8 показателей.

После проведения курса лечения гепарином и лидазой методом электрофореза у больных отмечен положительный терапевтический эффект, заключающийся в уменьшении одышки и цианоза, исчезновении сухих хрипов в легких. Приступы удушья стали редкими, а у некоторых больных исчезли совсем. Об улучшении состояния больных свидетельствовали спирографические показатели: ЖЕЛ увеличилась на 15%, ОФВ₁ – на 25%, пиковая скорость выдоха – на 15-24%, максимальная вентиляция легких – на 32%; наступило снижение частоты дыхания до 18 в 1 мин (исходное 24 в 1 мин). Наиболее

выраженный терапевтический эффект получен при комплексном лечении гепарином и лидазой методом электрофореза в сочетании с активной фибробронхоскопической санацией трахеобронхиального дерева. При повторном исследовании функционального состояния системы свертывания крови после проведенного курсового лечения гепарином и лидазой методом электрофореза выявлены статистически достоверные сдвиги большинства показателей системы гемокоагуляции. Отмечалось уменьшение концентрации фибриногена, снижение толерантности плазмы к гепарину и повышение фибринолиза, т.е. наблюдалось снижение коагулирующих свойств и активация противосвертывающей системы за счет увеличения содержания свободного гепарина в крови и повышения фибринолиза. Изучение бронхобиоптатов в динамике курсового лечения системными глюкокортикоидами в средних дозах показало сохранность периваскулярного склероза, дилатации и полнокровия сосудов микрогемодиализаторного русла. Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что несмотря на клинически положительный терапевтический эффект при лечении глюкокортикоидами, не отмечалось признаков улучшения морфологической картины у больных бронхиальной астмой.

Таким образом, для восстановления морфологических структур рыхлой соединительной ткани и кровеносных сосудов слизистой бронхов необходим более длительный период времени.

УДК 616.248-085:615.357:616.132.16

Ю.С.Ландышев, Н.А.Щербань, Т.Е.Тальченкова

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ И БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Росздрава

Y.S.Landyshev, N.A.Shcherban, T.E.Talchenkova

FUNCTIONAL CONDITION OF ENDOTHELIUM OF BLOOD VESSELS AND RESPIRATORY SYSTEM IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE

В последние годы, благодаря успешному развитию и совершенствованию методов диализного лечения, значительно улучшился прогноз и продолжительность жизни больных хронической почечной недостаточностью (ХПН). В связи с этим возникает необходимость более детального изучения особенностей функционирования бронхолегочной системы у больных хронической почечной недостаточностью в условиях длительной диализной терапии.

Цель: исследовать особенности функции внешнего дыхания, состояние сосудистой регуляции и

газовый состав крови у больных ХПН, находящихся на программном гемодиализе.

Методы: спирографические показатели и газовый состав крови определялись до и после сеансов программного гемодиализа у 32 больных ХПН в возрасте от 22 до 59 лет, средний возраст $43,7 \pm 3,9$ лет. Длительность диализной терапии составила от 3 месяцев до пяти лет (в среднем $3,4 \pm 0,4$ года). У 22 пациентов исследовалась концентрация оксида азота в сыворотке крови по его ближайшему стабильному метаболиту нитриту азота методом Грисса-Илосвая на фотоколориметре КФК-3. Для оценки баланса прессорных и депрессорных механизмов сосудистой регуляции использовали эндотелийзависимую вазодилатацию плечевой артерии (ПА) при проведении пробы с реактивной гиперемией и эндотелийнезависимую вазодилатацию при сублингвальном приеме нитроглицерина (НТГ-