

женном и контралатеральном легком (соответственно 44%Δ, 57%Δ и 79%Δ). Полученные данные легли в основу разработки адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий у этой группы пациентов.

Выводы: доказана принципиальная возможность выявления клинически нераспознаваемых начальных стадий респи-

раторной патологии и даже структурных основ ее возникновения в виде локальных дисплазий легочной ткани на основе констатации регионарных нарушений вентиляции легких. Основополагающее значение для пульмонологии имеет предложенная система этапной диагностики нарушения локальных легочных функций.

Луценко М.Т., Тен О.А.

СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: повышение токсичности дифференциальной хронической обструктивной болезни и бронхиальной астмы путем эпигенетической модификации генома клеток бронхиального эпителия

Методы: оценка эпигенетической модификации генома клеток бронхиального эпителия достигается путем определения степени метилирования дезоксирибонуклеиновой кислоты в клетках эпителия бронхов, а дифференциальная диагностика осуществляется с помощью дискриминантного уравнения на основании измеренного значения метилирования ДНК клеток эпителия бронхов.

Результаты: у пациентов с бронхиальной астмой была выявлена значительная эпигенетическая модификация генома, что отразилось в повышении общего уровня метилирования дезок-

сирибонуклеиновой кислоты по сравнению с больными хроническими заболеваниями легких. В группе пациентов с бронхиальной астмой общий процент метилирования геномной дезоксирибонуклеиновой кислоты составил от 60 до 80%, в то время как при хронических заболеваниях легких этот процент был в пределах 30-50%

Выводы: можно считать, что при бронхиальной астме происходит эпигенетическая модификация клеточной дезоксирибонуклеиновой кислоты, что отражается в гиперметилировании цитозинового оснований в тетра- и пентануклеотидной последовательности CCGG (цитозин-цитозин-гуанин-гуанин). У больных бронхиальной астмой, имеющих наследственную отягощенность, выявлен самый высокий уровень гиперметилированной геномной ДНК клеток эпителия бронхов.

Майстровский К.В., Андреев Д.Б., Силаев А.А., Новиков А.Ю. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕНТРИФУЖНОГО НАСОСА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Приморский филиал НИИК ТНЦ СО РАМН, Владивосток

Цель: сравнить результаты использования центрифужного и роликового насосов при операциях прямой реваскуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материалы и методы: было обследовано 120 пациентов, которым было проведено хирургическое лечение ишемической болезни сердца в условиях ИК. Все больные были разделены на две группы: в 1-й группе (n=78) в позиции артериального использовался роликовый насос аппарата Jostra HL-20, во 2-й группе (n=42) — центрифужный насос Jostra Rota Flow. Состав групп был однороден в отношении степени поражения коронарного русла, наличия сопутствующих заболеваний, объему перенесенного вмешательства. Для оценки результатов использовались следующие критерии: параметры центральной гемодинамики, лабораторные данные (уровень гемолита, Нб, количество тромбоцитов, КЩР, уровень кортизола, содержание провоспалительных цитокинов). Забор крови проводили до ИК, через 5 минут после начала 100% ИК, перед снятием зажима с аорты, после остановки ИК, через 24 часа после операции.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. При анализе полученных результатов мы не обнаружили статистически значимых различий между группами в параметрах центральной гемодинамики, данных КЩР и газов крови. Во 2-й группе уровни гемолита и показателей системной воспалительной реакции после ИК, были достоверно ниже, чем в 1-й. Применение артериального роликового насоса приводило к достоверному повышению уровня плазменного кортизола. Использование центрифужного насоса не вызывало проблем, технического характера.

Выводы.

1. Применение центрифужного насоса приводит к меньшей травматизации форменных элементов крови и незначительному росту показателей системной воспалительной реакции.

2. Использование артериального центрифужного насоса является адекватной и безопасной заменой традиционному ИК.

Мартыненко И. М., Невзорова В. А., Мокшина М. В., Шестакова Н. В., Самойленко Е. В.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ БРОНХИТАХ И ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Владивостокский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница № 1, Владивосток

Цель: оценить эффективность и безопасность использования аскорила у больных с бронхолегочными заболеваниями старше 50 лет

Методы: больные с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и внебольничной пневмонией (ВП) старше 50 лет, анкетирование, пикфлоуметрия, рентгенологическое, лабораторное исследование.

Результаты: на базе пульмонологического отделения ГКБ № 1 г. Владивостока обследованы 11 пациентов старше 50 лет, средний возраст которых составил 65 лет. Среди пациентов 6 чел. (55%) страдали ХОБЛ II стадии, у остальных пациентов диагностирована ВП средней степени тяжести. 9 пациентов (81%) имели сочетанную патологию. У 6-ти (55%) течение основного заболевания сочеталось с ишемической болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения II, III функционального класса; у 2-х (18%) — с гипертонической болезнью II стадии и у 1-го — с язвенной болезнью 12-ти перстной кишки в стадии ремиссии. Применение аскорила проводилось на фоне базисной терапии в качестве единственного отхаркивающего средства, причем у 6-ти пациентов после неэффективной терапии другими отхаркивающими препаратами. Аскорил изначально назначался в дозе 5 мл 3 раза в день пациентам, имеющим гипертоническую болезнь II стадии, тахикардию свыше 100 ударов в минуту и

язвенную болезнь в анамнезе. Все остальные получали аскорил в дозе 10 мл 3 раза в день. Средняя продолжительность приема составила 10 дней. Эффективность данного отхаркивающего препарата оценивалась по совокупности клинических симптомов на 3-и, 6-е, 10-е сутки и данных пикфлоуметрии. Клинически положительная динамика наблюдалась уже на 3-и сутки лечения, в виде лучшего отхождения мокроты, на 6-е сутки уменьшался кашель и одышка, к 10-му дню симптомы практически купировались. В динамике пиковая скорость выдоха в среднем возросла на 95 л/мин.

У большинства пациентов (10 человек), принимавших аскорил, побочных эффектов не наблюдалось. У 1-го больного, на 2-й день терапии, наблюдались побочные эффекты в виде: головной боли, тахикардии, подъема артериального давления, что потребовало отмены препарата. До приема аскорила, у 7-ми больных определялась синусовая тахикардия, которая в динамике не была зарегистрирована ни объективно, ни электрокардиографически.

Выводы: применение аскорила у пациентов старше 50 лет с ХОБЛ, ВП и часто имеющих комбинированную патологию, эффективно и с безопасностью может быть использовано в схемах лечения данной категории больных.