

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

проходит через слияние долевых печеночных протоков, но они не разобщены — коммуникация над их слиянием сохранена — 41 (63,1%).

Тип 4. Стриктура прерывает коммуникацию между долевыми печеночными протоками — 5 (7,7%).

Тип 5. Изолированное повреждение одного долевого и/или добавочного печеночного протока, чаще справа. Обычно случается при аномалиях развития внепеченочных желчных путей — 3 (4,6%).

По поводу ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей нами оперировано 65 пациентов. В 3 случаях острой травмы протоков (давность менее 10 дней) успешно восстановлена непрерывность общего желчного протока (в 2 из них при полном пересечении протока). Однако, подавляющее большинство публикаций свидетельствует о том, что гепатикоэноанастомоз является более безопасным методом в отношении ранних послеоперационных осложнений и рецидивов стеноза протоков. Билиодигестивные анастомозы выполнены 62 больным. До 1993 года подход к лечению данной патологии был не вполне систематизирован и 17 больным наложены рефлюксные анастомозы с двенадцатиперстной кишкой и с тощей кишкой на браунновском соустье. Впоследствии эти способы хирургического вмешательства были признаны порочными и в ряде случаев такие анастомозы были трансформированы в Y-образные из-за рецидивирующего холангита и стеноза билиарно-кишечного соустья. 45 пациентам изначально наложены гепатико- и/или дуктоэноанастомозы на отключенной по Ру петле. При этом мы руководствовались следующими техническими принципами.

Стриктуры I типа (по Bismuth) с проксимальной культи протока более 2 см могут быть восстановлены без рассечения левого долевого протока. В отдельных случаях возможно продольное рассечение общего печеночного протока с наложением широкого анастомоза «бок в бок».

Стриктуры II типа с культи короче 2 см нередко требуют рассечения левого долевого протока для наложения анастомоза достаточной ширины (не менее 1,5 см). Мобилизация и низведение верхней стенки соустья долевых протоков необходимо не всегда, но этот прием может облегчить выделение левого долевого протока и формирования анастомоза.

Повреждения III типа (остается неповрежденным только «потолок» слияния долевых протоков) — необходима мобилизация и низведение этого слияния. Анастомоз расширяется за счет рассечения левого печеночного протока. Нет необходимости в рассечении правого долевого протока, если межпротоковое соустье широко. Для создания максимально широкого просвета анастомоза срезаются острые углы стенок рассеченного протока.

Повреждения IV типа (слияние долевых протоков прервано) необходимо наложение двух анастомозов с долевыми протоками, если это возможно, продольно рассеченными. Если внутренние стенки пересеченных протоков находятся вблизи друг друга, то их целесообразно сшить вместе и анастомозировать с отключенной кишкой единым соустьем.

Повреждения V типа (стриктура добавочного печеночного протока связанного, как правило, с правым долевым протоком) — оба протока должны быть анастомозированы с петлей кишки по принципам, описанных для предыдущего типа травмы.

При исправлении повреждений IV и V типа во всех 8 случаях анастомозы формировались с использованием пластиковых стентов 8-10 Fr (в оба протока — 6, в один — 2), при этом, вмешательство дополнялось фиксацией «слепого» конца отключенной кишки к брюшной стенке на протяжении 4-6 см для их смены или удаления посредством эндоскопа. При повреждениях III типа стентирование анастомоза (13 случаев) производилось избирательно в зависимости от, указанных выше, факторов риска стеноза анастомоза. Некоторые авторы рекомендуют фиксировать конец отключенной петли к брюшной стенке во всех случаях гепатикоэноанастомозов для эндоскопической баллонной дилатации или стентирования, если в этом возникает необходимость. Инкрустирование пластиковых стентов в большинстве публикаций происходит в среднем через 6 месяцев. По нашим наблюдениям применение урсосана в дозе 10 мг/кг в сутки удлинит сроки его функционирования до 18-20 месяцев. У 2 больных обтурированные желчной «замазкой» стенты нами не менялись и были эндоскопически удалены по истечении двухлетнего срока, так как желчь свободно протекала рядом с ними, а сами стенты служили каркасом для анастомоза. Металлические нитиноловые стенты применять у этой категории больных, по видимому, нецелесообразно, так как удаляются они только хирургическим путем, при этом травмируется анастомоз. Причем, из 3 таких нами установленных стентов один обтурировался через 4 месяца, один — через 10, третий функционирует и сейчас по прошествии 15 месяцев.

Выводы: 1. Исправление ятрогенных повреждений желчных путей должно производиться в специализированном лечебном учреждении, располагающим подготовленными врачами кадрами и возможностями для хирургической, эндоскопической и радиологической коррекции этого заболевания.

2. Лечение осложнений травмы протоков является обязательным перед оперативным вмешательством.

3. Выбор метода хирургического лечения индивидуален и зависит от локализации повреждения, наличия осложнений, давности травмы и размеров поврежденного желчного протока.

Седых Т.Н., Елисеева Е.В., Лепейко Э.Э., Лебедев В.В., Бубнов О.Ю.

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ

В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОСПИТАЛЯ УВД ПК

*Владивостокский государственный медицинский университет
Госпиталь УВД ПК МВД России, Владивосток*

Цель: оценить спектр используемых лекарственных средств (ЛС) в терапевтическом отделении госпиталя УВД ПК в соответствии с Федеральным руководством по использованию ЛС.

Методы: анализ фармакотерапии историй болезни методом случайной выборки с определением основных направлений в лечении отдельных заболеваний.

Результаты: проанализировано 600 историй болезни: с сердечно-сосудистой патологией-56%, с заболеваниями органов пищеварения-24%, с бронхо-легочными заболеваниями-13%, другими заболеваниями-7%. Наиболее распространенной патологией является ИБС и гипертоническая болезнь. В качестве базисной терапии ИБС использовались селективные В-адреноблокаторы, нитраты, молсидомин, антагонисты кальция, антиагреганты: ацетилсалициловая кислота в малых дозах (0,125-0,325) или клопидогрель 0,075 однократно. При остром коронарном синдроме помимо вышеперечисленных препаратов гепарин по схеме или НМГ: фраксипарин, энксапарин. Для лечения гипертонической болезни использовали селективные В-блокаторы: метопролол, атенолол; ингибиторы АПФ: эналаприл, лизиноприл; антагонисты кальция: нифедипин-ретард, верапамил, дилтиазем; диуретики: индапамид, гипотиазид однократно утром. ИАПФ и

индапамид получали 80% больных с гипертонической болезнью, 20% ИАПФ + антагонисты кальция, что соответствует стандартам лечения. Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта 90% составили болезни язвенной болезни. Для эрадикации *Helicobacter pylori* у 20% пациентов использовали омепразол + кларитромицин + тинидазол с последующим назначением до 30 дней омепразола. 80% больных получали ранитидин либо омепразол + амоксициллин + доксициллин + трихопол с последующим назначением до 30 дней ранитидина либо омепразола. Для коррекции дискинетических расстройств использовали метоклопрамид. Среди бронхо-легочных заболеваний 85% составляла внебольничная пневмония (ВП). Для лечения ВП использовали цефотаксим + макролиды, (амоксициллин/клавулановая кислота), респираторные фторхинолоны.

Выводы: спектр применяемых групп лекарственных препаратов в терапевтическом отделении госпиталя УВД ПК соответствует рекомендациям Федерального руководства по использованию лекарственных средств. Плановая работа службы клинической фармакологии, систематическая внутриведомственная экспертная оценка историй болезни позволяет предотвращать и своевременно корректировать дефекты фармакотерапии.

Семешина О.В., Лучанинова В.Н.

АЛГОРИТМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ И МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток

Цель: разработать оптимальный диагностический алгоритм

дисметаболических нефропатий (ДМН) и мочекаменной болез-