

спирометрии у 88,1% (37/42) детей имели место нарушения ФВД по обструктивному типу, у 11,9% (5/42) — по смешанному. Положительный тест с формотеролом в первой группе зарегистрирован через 15 минут после ингаляции у 50% (4/8) без структурных изменений и у 41,2% (7/17) с наличием изменений, через 30 минут — 37,5% (3/8) и 23,5% (4/17), через 120 минут — у 62,5% (5/8) и 58,8% (10/17) соответственно. Во второй группе мы получили следующие результаты: тест был положительным через 15 минут у 50% (2/4) пациентов без структурных изменений и у 44,4% (4/9) детей с наличием структурных изменений, через 30 минут — у 50% (2/4) и 53,8% (6/9), через 120 минут — у 50% (2/4) и 66,6% (6/9) (критерий Фишера $p>0,05$).

Таким образом, среди детей со структурными изменениями легких меньше удельный вес пациентов с обратимой обструкцией, но достоверных различий в период обострения и ремиссии не получено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Цой А. Н. Место β_2 -агонистов длительного действия в терапии бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких. Mode of access: http://old.consiliumme-dicum.com/media/consilium/03_10/593.shtml Date of access: 24.07. 2012 20-43
2. Cates C. J., Cates J. M. Regular treatment with formoterol for chronic asthma: serious adverse events. Mode of access: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006923.-pub3/abstract>. Date of access: 17.08.2012 21-13
3. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention, pocket guide for asthma management and prevention (for adult and children older ten 5 years), [Electronic resource] / Mode of access: <http://www.ginasthma.org>. Date of access: 11.11.2011
4. Papadopoulos, N. G.[et al.] International consensus on (ICON) pediatric asthma // Allergy. —2012. — Vol. 67, №. 8. —P. 976-997.

ОБРАТИМОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ В ТЕСТАХ С АТРОВЕНТОМ, БЕРОТЕКОМ И БЕРОДУАЛОМ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И СОЧЕТАННЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЛЕГКИХ

Ненартович И. А

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»

Современные подходы к изучению бронхиальной астмы (БА) опираются на концепцию ремоделирования бронхов. В результате этого сложного патогенетического механизма изменяется структура дыхательных путей: утолщаются стенки дыхательных путей за счет субэпителиального фиброза, гиперплазии гладкомышечных элементов, отмечается метаплазия слизистой оболочки с увеличением количества бокаловидных клеток, усиливается васкуляризация [3]. На органном уровне ремоделирование проявляется в виде эмфизематозных булл, дилатация бронхов, фиброзного уплотнение стенок бронхиол, перибронхиальной и субплевральной мелкоочаговой инфильтрации, утолщения перибронхиальной и перивазальной соединительной ткани, уплотнение междолькового и внутридолькового интерстиция, утолщение стенок бронхов и сужение их просвета [1]. Изменение строения приводит к нарушению функции. Так, усиливаются холинергического и α -адренергического ответов, а β -адренергический — снижается [2]. Учитывая последний факт, можно предположить, что эффективность бронхолитиков с различным механизмом действия будет разниться у пациентов с бронхиальной астмой и ремоделированием бронхов.

Сотрудниками кафедры поликлинической педиатрии ГУО «БелМАПО» обследовано 40 детей со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении УЗ «Минская областная детская клиническая больница». Законные представители каждого ребенка дали информированное согласие на выполнение программы исследования. Для выявления признаков ремоделирования дыхательных путей всем пациентам была проведена компьютерная томография органов грудной клетки. На настоящий момент не представляется возможным исключить роль других перенесенных ранее заболеваний легких в формировании этих изменений. Для оценки функции внешнего дыхания выполняли спирометрию (МАС-1), обратимость бронхиальной обструкции выявляли в тестах с бронхолитиками: β_2 -агонистом короткого действия фенотерол («Беротек Н», Boehringer Ingelheim, Гер-

мания), М-холиноблокатором ипратропия бромид («Атровент Н», Boehringer Ingelheim, Германия), комбинированный препарат, содержащий β 2-агонист фенотерол и М-холиноблокатор ипратропия бромид («Беродуал», Boehringer Ingelheim, Германия). Полученные результаты анализировали с использованием программы Statistica 7.0.

Анализ гендерной принадлежности пациентов показал преобладание мальчиков 65% (26/40). 26 пациентов обследованы в период обострения, 14 — во время ремиссии. У 57,5% (23/40) пациентов по данным компьютерной томографии выявлены структурные изменения легких (СИЛ), характер которых был следующим: деформация и усиление легочного рисунка — 38,1% (8/23), пневмофиброз — 47,6% (10/23), перибронхиальная и субплевральная мелкоочаговая инфильтрация — 14,3% (3/23), эмфизема — 4,8% (1/23), булла — 4,8% (1/23). По результатам спирометрии у 87,5% (35/40) детей имели место нарушения ФВД по обструктивному типу, у 12,5% (5/40) — по смешанному. Среди детей, обследованных в период обострения, бронхиальная обструкция была обратимой в тесте с атровентом у 40% (2/10) пациентов без структурных изменений и у 43,75% (7/16) детей с наличием структурных изменений легких, беротеком — 62,5% (10/16) и 56% (8/10), беродуалом — 40% (8/10) и 66,7% (10/16) соответственно. При проведении тестов с бронхолитиками в период ремиссии получены следующие результаты: пробы с атровентом положительные у 25% (1/4) без структурных изменений и у 40% (4/10) с наличием структурных изменений легких, беротек — у 75% (3/4) и 60% (6/10), беродуал — 75% (3/4) и 60% (6/10) соответственно. Статистически значимых различий в удельном весе пациентов с обратимой бронхиальной обструкцией среди пациентов без структурных изменений легких и с наличием таковых как в период обострения, так и ремиссии получено не было (критерий Фишера $p>0,05$).

Таким образом, наше исследование продемонстрировало разнородность структурных изменений легких у детей со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой по данным КТ имеет место. У большинства этого контингента пациентов выявлены обструктивные изменения ФВД. Результаты тестов с раз-

личными бронхолитиками неоднородны и отличаются в период ремиссии и обострения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Витько Н. К., Тришина Н. Н., Шувалова Е. А., Моляренко Е. В. Компьютерная томография в диагностике хронических обструктивных болезней легких/ Медицинская визуализация.— 2003.— №1. — с. 32- 39.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы/ Под ред. Чучалина А.Г.-М.: «Атмосфера», 2007. —224 с.
3. Фисенко В., Чичкова Н. Ремоделирование при бронхиальной астме. Принципы формирования и возможности фармакологического воздействия// Врач.— 2006.— №12.— с.14-20.

ОСЛОЖНЕНИЯ УРЕТРОПЕКСИИ СИНТЕТИЧЕСКОЙ ЛЕНТОЙ ПО ПРИНЦИПУ ОПЕРАЦИИ TVT

¹Нечипоренко Н.А., ²Юцевич, Г.В., ²Лукин О.С.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Введение. В последние годы в клиническую практику прочно вошла методика хирургического лечения стрессового недержания мочи (СНМ) у женщин методом уретропексии синтетической лентой с позадилонным ее проведением по принципу операции TTVT. Эта операция весьма эффективна, однако в 0,2-12% случаев сопровождается развитием интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений [1, 2, 3, 4].

В настоящем сообщении представляем анализ осложнений, возникших у пациенток в ходе и после антистрессовых операций, выполненных по принципу TTVT.

Материал и методы. Проведен анализ хода операций по принципу TTVT и течения послеоперационного периода у 169 женщин, страдавших СНМ.

Осложнения вызванные хирургическими вмешательствами делятся на интраоперационные – выявляемые в ходе операции или в течение 24 часов после операции, ранние – выявляются в сроки до 4-6 недель после операции и поздние – развивающиеся через несколько месяцев или лет после операции.