

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева Е.А. Семантические особенности слов, обозначающих символы и слова-символы // Единицы языка и их функционирование: Межвузовский сборник научных трудов. Вып. 6. – Саратов: СГАП, 2000. – 198 с.
2. Бабошкина Л.В., Хлыбова С.В. Элементы этимологического анализа в преподавании медицинской терминологии // Язык медицины: Всероссийский межвузовский сборник научных трудов. Вып. 2. – Самара: ООО «ИПК «Содружество»; ГОУВПО «Сам ГМУ», 2007. – 462 с.
3. Горбач И.Н. Медико-терминологический словарь. – М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2005. – 176 с.
4. Ивина Л.В. Лингво-когнитивные основы анализа отраслевых терминосистем (на примере англоязычной терминологии венчурного финансирования): Учебно-методическое пособие. – М.: Академический Проект, 2003. – 304 с.
5. Кириллова Т.С. Язык науки и термины // Язык образования и образование языка: материалы международной научной конференции (Великий Новгород, 11-13 июня 2000 года), – Великий Новгород: изд-во НовГУ. – 382 с.
6. Лейчик В.М. Термины и терминосистемы – пограничная область между естественным и искусственным в языке // Вопросы терминологии и лингвистической статистики: сб. научн. ст. – Воронеж, 1976. – С. 3-11
7. Макшанцева Е.А. Специфика семантической структуры термина // Единицы языка и их функционирование: Межвузовский сборник научных трудов. Вып. 6. – Саратов: СГАП, 2000. – 198 с
8. Подюков И.А. Народная фразеология в зеркале народной культуры: Учебное пособие. – Пермь: ПГПИ, 1990. – 127 с.
9. Реформатский А.А. Что такое термин и терминология // Вопросы терминологии. М.: Изд-во АН СССР, 1961. – С. 46-54
10. Сорокина Т.С. История медицины: учебник для студентов высших медицинских учебных заведений – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 560 с.

Носенко Гульсания Нуртыновна, старший преподаватель кафедры иностранных языков лечебного факультета ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 52-41-43.

Кириллова Татьяна Сергеевна, профессор, заведующая кафедрой иностранных языков лечебного факультета ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 52-41-43.

УДК 618.14-002:616-07-08

© Р.В. Павлов, М.С. Кундохова, 2011

Р.В. Павлов¹, М.С. Кундохова²

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЦИДИВОВ НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГУЗ «Диагностический клинический центр № 1» УЗ ЮЗАО, г. Москва, Россия.

С целью разработки таблицы для прогнозирования рецидивов эндометриоза проведено проспективное исследование результатов хирургического лечения 600 пациенток с наружным генитальным эндометриозом. Для сравнительного анализа использованы непараметрические статистические критерии. Формирование прогностических таблиц и определение прогностических порогов осуществлялось с использованием метода Вальда и критерия Кульбака. Прогноз рецидива наружного генитального эндометриоза осуществляется по сумме баллов. Предлагаемая методика позволила разработать прогностическую таблицу рецидивов наружного генитального эндометриоза.

Ключевые слова: *наружный генитальный эндометриоз, лечение эндометриоза.*

R.V. Pavlov, M.S. Kundohova

THE PROGNOSIS OF EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS RECURRENCE

To develop the table for predicting recurrence of endometriosis the prospective study of surgical treatment of 600 patients with external endometriosis was carried out. For comparative analysis nonparametric statistical tests were used. The development of prognostic tables and definition of prognostic thresholds were carried out using the Wald method and Kullback criterion. Prognosis of recurrence of external genital endometriosis was made by the sum of scores. The proposed method gave the possibility to work out the prognostic table of external genital endometriosis recurrence.

Key words: *external genital endometriosis, treatment of endometriosis.*

Высокая частота рецидивов наружного генитального эндометриоза (НГЭ), до 20% которых протекает бессимптомно, определяет актуальность разработки новых методов ранней диагностики и прогнозирования рецидивов этого заболевания. До настоящего времени единственным эффективным методом, позволяющим диагностировать рецидив наружного генитального эндометриоза, остается повторная лапароскопия, на выполнение которой соглашаются далеко не все пациентки [1, 2, 4, 5, 6, 7]. Сложившаяся ситуация определяет актуальность разработки новых критериев, позволяющих прогнозировать рецидив эндометриоза с применением неинвазивных или малоинвазивных методов обследования

Цель исследования: разработка таблицы для прогнозирования и ранней диагностики рецидивов НГЭ.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование результатов комплексного лечения 600 пациенток с НГЭ за период с 1999 по 2010 гг. Первую группу составили 265 больных НГЭ, у которых рецидив заболевания был верифицирован во время повторной лапароскопии. Во вторую группу вошли 335 больных НГЭ, рецидив заболевания у которых не был установлен в течение 5-ти лет диспансерного наблюдения. В ходе обследования фиксировался возраст женщин, изучались имеющиеся жалобы, отмечались особенности менструальной, репродуктивной функции, проводился сбор данных соматического и акушерско-гинекологического анамнеза. После постановки предварительного диагноза все пациентки основной и контрольной групп перенесли оперативное вмешательство с использованием лапароскопического доступа. Степень распространения НГЭ определялась в соответствии с пересмотренной классификацией Американского общества фертильности r-AFS [8]. У всех больных НГЭ выполнялось иссечение глубоких эндометриоидных гетеротопий и удаление эндометриоидных кист яичников.

В течение 5-ти лет наблюдения за больными оценивался клинический эффект от проведенного лечения в отношении болевого синдрома, нарушений менструального цикла и психоэмоциональной сферы, оценивалась частота наступления беременности у пациенток с бесплодием, уровень Cancer antigen 125 (CA125) в периферической крови, данные ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза. Окончательно рецидив заболевания исключался при выполнении контрольной лапароскопии.

Статистический анализ полученных результатов проводился на персональном компьютере, с применением пакета статистических программ «Primer of Biostatistics» (Biostat). Сравнение клинических групп осуществлялось до и после оперативного лечения с использованием непараметрических методов (χ^2 с поправкой Йетса, критерия Фишера при $p < 0,05$). Определение прогностического коэффициента (ПК) для качественных и количественных показателей, а так же их информативности осуществлялось с применением метода Вальда и критерия Кульбака [3] с последующим созданием прогностической таблицы и определением прогностических порогов для ранней диагностики рецидивов НГЭ.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным данным, из 600 больных НГЭ в течение 5-ти лет наблюдения рецидив заболевания наступил у 265 пациенток (44,2%). Наибольшая частота рецидивов НГЭ наблюдалась в группе больных, которые после хирургического лечения не получали противорецидивной терапии (58,6%).

При анализе возрастного распределения больных НГЭ с учетом рецидива заболевания было установлено, что частота рецидивов НГЭ достоверно возрастает только в возрастной группе женщин от 31 до 35 лет ($p = 0,015$) (табл. 1).

Таблица 1

Результаты статистического анализа клинических и лапароскопических данных в исследуемых группах до начала лечения

№	Признак	Частота встречаемости признака в первой группе (n=265)	Частота встречаемости признака во второй группе (n=335)	Значение p	Значение χ^2
1	Возрастная группа от 31 до 35 лет	73 (27,5%)	63 (18,8%)	0,015	5,960
2	Хронические тазовые боли	100 (37,7%)	94 (28,1%)	0,015	5,897
3	Иррадиация боли в крестец	60 (22,6%)	52 (15,5%)	0,034	4,481
4	Интенсивный болевой синдром	90 (36,0%)	66 (19,7%)	0,001	14,907
5	Гиперполименорея	97 (36,6%)	91 (27,2%)	0,017	5,697
6	Бесплодие	128 (48,3%)	107 (31,9%)	0,001	15,944
8	Сочетанная локализация эндометриоидных очагов	265 (100%)	243 (72,5%)	0,001	86,350
9	Один очаг эндометриоза	9 (3,4%)	83 (24,8%)	0,001	50,462
10	Четыре и более очага эндометриоза	147 (55,5%)	82 (24,5%)	0,001	58,921
11	«Белые» очаги эндометриоза	0 (0,0%)	10 (2,9%)	0,012	6,326
12	НГЭ I степени	46 (17,4%)	108 (32,3%)	0,001	16,401
13	НГЭ II степени	77 (29,1%)	126 (37,6%)	0,035	4,463
14	НГЭ III степени	78 (29,4%)	79 (23,6%)	0,127	2,328
15	НГЭ IV степени	64 (24,2%)	22 (6,6%)	0,001	35,838

Согласно полученным результатам, у больных НГЭ с рецидивом заболевания до начала лечения достоверно чаще наблюдался болевой синдром в виде хронических тазовых болей и боли в крестце интенсивного характера. Следует отметить, что у больных НГЭ с рецидивом заболевания до начала лечения достоверно чаще наблюдалось нарушение менструального цикла в виде гиперполименореи, а также бесплодие.

При выполнении лапароскопии у больных НГЭ с последующим рецидивом заболевания достоверно чаще наблюдалось четыре и более очага эндометриоза и достоверно реже – 1 очаг. Следует отметить, что в группе больных НГЭ с рецидивами заболевания не встречались монохромные белые гетеротопии. У больных НГЭ с рецидивами заболевания достоверно чаще наблюдалась IV степень распространения НГЭ и достоверно реже – I-II степень. При изучении прогностической значимости клинических и инструментальных данных в ранней диагностике рецидивов НГЭ было установлено, что в течение 5 лет послеоперационного периода возврат болевого синдрома, нарушения менструальной функции, психоэмоциональные нарушения достоверно чаще наблюдались в группе больных с рецидивом НГЭ (табл. 2).

Таблица 2

Результаты статистического анализа клинических и лабораторно-инструментальных данных в исследуемых группах после лечения

№	Признак	Частота встречаемости признака в первой группе (n=265)	Частота встречаемости признака во второй группе (n=335)	Значение p	Значение χ^2
1	Жалобы на боли внизу живота	225 (84,9%)	73 (21,8%)	0,001	268,820
2	Нарушения менструальной функции	115 (43,4%)	10 (2,9%)	0,001	144,070
3	Психоэмоциональные нарушения	254 (95,8%)	86 (25,7%)	0,001	293,890
4	Наступление беременности	54 (20,4%)	98 (29,3%)	0,017	5,703
5	Уровень СА125 выше 35 МЕ/мл	230 (86,8%)	0 (0,00%)	0,017	258,860
6	Объемные образования яичников по УЗИ	147 (55,4%)	56 (16,7%)	0,001	97,546
8	Инфильтрат Дугласова пространства по УЗИ	40 (15,1%)	26 (7,8%)	0,007	7,395

В течение 5 лет после завершения лечения повышение уровня СА125 выше 35 МЕ/мл, признаки эндометриоза по данным УЗИ достоверно чаще выявлялись у пациенток с рецидивом НГЭ.

С учетом клинических, лабораторных и инструментальных данных повторная лапароскопия была выполнена у 265 больных НГЭ с признаками рецидива заболевания и у 82 пациенток, рецидив НГЭ у которых не был подтвержден визуально и гистологически.

С целью изучения возможности ранней диагностики НГЭ после завершения лечения нами были рассчитаны прогностические коэффициенты и определена их информативность для каждого клинического и инструментального признака заболевания до и после завершения его лечения. К использованию в клинической практике допускаются признаки с информативностью не менее 0,5 (табл. 3).

Таблица 3

Прогностическая таблица для прогнозирования и диагностики рецидива НГЭ, в том числе на доклиническом этапе

Признак		Прогностический коэффициент, (ПК)	Информативность, (I)
Анамнестические данные			
1. Один очаг эндометриоза	Да	-9	0,92
	Нет	+1	0,12
2. Четыре и более очага эндометриоза	Да	+4	0,55
	Нет	-2	0,36
3. IV степень распространения эндометриоза	Да	+6	0,51
	Нет	-1	0,08
Клинические проявления и лабораторно-инструментальные данные в послеоперационном периоде			
4. Жалобы на боли внизу живота	Да	+6	2,00
	Нет	-7	2,38
5. Нарушения менструальной функции	Да	+12	2,35
	Нет	-2	0,47
6. Психоэмоциональные нарушения	Да	+6	2,01
	Нет	-12	4,40
7. Уровень СА125 сыворотки крови выше 35 МЕ/мл	Да	+25	10,67
	Нет	-9	3,82
8. Объемное образование яичника по УЗИ	Да	+3	0,11
	Нет	0	0,01

Если сумма прогностических коэффициентов, соответствующих обнаруженным у больного признакам, равняется «+13», то с вероятностью в 95 % можно констатировать последующий рецидив НГЭ, если «-13» – его отсутствие. В том случае если сумма прогностических коэффициентов не достигнет порога «+13» или «-13», вероятность рецидива НГЭ будет ниже 95 %.

Полученные данные позволяют утверждать, что до начала лечения возможность рецидива НГЭ можно исключить только при наличии у больной одного очага эндометриоза любого цвета. Высокую степень вероятности рецидива НГЭ можно предположить при IV степени распространения заболевания и наличии более четырех очагов НГЭ, расположенных на разных участках брюшины малого таза.

Заключение. Наличие бессимптомных рецидивов НГЭ, а так же клинических и инструментальных признаков, характерных для НГЭ, у ряда пациенток со спаечным процессом малого таза, но без рецидивов заболевания, определяет актуальность применения статистически обоснованного, комплексного подхода к ранней диагностике рецидивов этой патологии. Высокая информативность предлагаемой прогностической таблицы, обеспечиваемая дифференцированным индивидуальным подходом к каждой пациентке, позволяет рекомендовать ее для широкого практического применения при прогнозировании и ранней диагностике рецидивов НГЭ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В., Гаспарян С.А. Генитальный эндометриоз. Современный взгляд на проблему. – Ставрополь: СГМА, 2004. – 228 с.
2. Баскаков В.П., Цвелев Ю.В., Кира Е.Ф. Эндометриозная болезнь. – СПб.: Научная Литература. – 2002. – 452 с.
3. Гублер Е.В. Вычислительные методы распознавания патологических процессов. – Л.: Медицина, 1970. – 294 с.
4. Савицкий Г.А. Горбушин С.М. Перитонеальный эндометриоз и бесплодие (клинико-морфологические исследования). – СПб.: Элби, 2002. – 170 с.
5. Bedaiwy M.A., Falcone T. Laboratory testing for endometriosis // Clin. Chim. Acta. – 2004. – Vol. 340, № 1-2. – P. 41-56.
6. Bhatt S., Kocakoc E., Dogra V.S. Endometriosis: sonographic spectrum // Ultrasound Q. – 2006. – Vol. 22, № 4. – P. 273-280.
7. Frackiewicz E.J., Zarotsky V. Diagnosis and treatment of endometriosis // Expert. Opin. Pharmacother. – 2003. – Vol. 4, № 1. – P. 67-82.
8. Revised American Fertility Society classification of endometriosis: 1985 // Fertil Steril. – 1985. – Vol. 43, № 3. – P. 351-352.

Павлов Роман Владимирович, доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом последилового образования ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. 8-988-590-03-11, e-mail: gwpravlov@mail.ru.

Кундохова Мадина Султановна, врач акушер-гинеколог ГУЗ «Диагностический клинический центр № 1» УЗ ЮЗАО, Россия, 117485, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 29, корп. 2, тел. 8-903-561-1345, e-mail: madisha09@rambler.ru.

УДК 616.248-06:616.1-66

© О.С. Полунина, Л.П. Воронина, Н.Б. Гринберг, И.В. Севостьянова, Б.А. Гринберг, 2011

О.С. Полунина¹, Л.П. Воронина¹, Н.Б. Гринберг², И.В. Севостьянова¹, Б.А. Гринберг²

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ, ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГБУЗ АО «Александр-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань

Для оценки функционального состояния миокарда обоих желудочков и выявления легочной гипертензии нами было обследовано 36 пациентов с бронхиальной астмой средней степени тяжести, 39 пациентов с тяжелым течением заболевания и 30 соматически здоровых лиц. По результатам эхокардиоскопического исследования у больных бронхиальной астмой мы обнаружили систолодиастолическую дисфункцию и правого, и левого желудочков. В обеих группах больных бронхиальной астмой преобладали пациенты с умеренно выраженной легочной гипертензией. Частота выявления хронического легочного