

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 последиplomного образования ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. 8-988-590-03-11, e-mail: rwpavlov@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 систолидиастолическую дисфункцию и правого, и левого желудочков. В обеих группах больных бронхиальной астмой преобладали пациенты с умеренно выраженной легочной гипертензией. Частота выявления хронического легочного

сердца у больных бронхиальной астмой средней степени тяжести составила 16,7%, а в группе пациентов с бронхиальной астмой тяжелого течения – 30,8%.

Ключевые слова: бронхиальная астма, систолодиастолическая дисфункция, легочная гипертензия, хроническое легочное сердце.

O.S. Polunina, L.P. Voronina, N.B. Grinberg, I.V. Sevostyanova, B.A. Grinberg

THE FREQUENCY OF DYSFUNCTION OF MYOCARDIUM OF RIGHT (PULMONIC) AND LEFT (AORTIC) VENTRICLES OF HEART, PULMONARY HYPERTENSION AND CHRONIC PULMONARY HEART OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

36 patients with bronchial asthma of medium course of disease, 39 patients with serious course of disease and 30 physically healthy persons have been examined for the diagnostic of functional status of myocardium of both ventricles and diagnosis of pulmonary hypertension. In accordance with the results of echocardioscopic examination of patients with BA we have found out the systolodiastolic dysfunction of right and left ventricles. The patients with medium marked pulmonary hypertension predominated in both groups of patients with BA. The frequency of diagnosis of chronic pulmonary heart of patients with BA of medium course of disease was 16,7% and in the group of patients with BA of serious course of disease – 30,8%.

Key words: bronchial asthma (BA), systolodiastolic dysfunction, pulmonary hypertension, chronic pulmonary heart.

Бронхиальная астма (БА) привлекает к себе повышенное внимание специалистов, что связано как с отчетливым увеличением частоты, утяжелением течения этого заболевания, ростом осложнений, так и существенным прогрессом в ее диагностике и лечении. Эпидемиологическими исследованиями показано, что болеют БА в мире около 7 млн человек, из них 1 млн имеет тяжелую форму заболевания [3]. В последние годы накапливается все больше информации о том, что изучение и оценка показателей эхокардиографического исследования может иметь важное диагностическое значение для понимания патогенеза БА и прогнозирования развития осложнений со стороны сердечно - сосудистой системы [1].

Цель исследования. По данным доплероэхокардиоскопии выявить частоту встречаемости дисфункции миокарда правого и левого желудочка, легочной гипертензии и хронического легочного сердца у больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Согласно цели исследования, было обследовано 75 больных бронхиальной астмой и 30 соматически здоровых лиц Астраханского региона в качестве контрольной группы. Комплексное лабораторное и инструментально – функциональное обследование пациентов осуществлялось в условиях терапевтического отделения МУЗ «Городская клиническая больница № 4 имени В.И. Ленина» и на базе отделения ультразвуковой диагностики ГБУЗ АО «Александрo-Мариинская областная клиническая больница». Работа проводилась с соблюдением принципов добровольности и конфиденциальности в соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» (указ Президента РФ от 24.12.1993 № 2288). Проведение данного клинического исследования одобрено Региональным Независимым Этическим комитетом (заседание РНЭК от 08.09.2009, протокол №1). Средний возраст обследованных пациентов с БА составил $40,12 \pm 1,6$ года. Средняя длительность заболевания составила $16,5 \pm 1,2$ лет. Диагноз пациентам выставлялся на основании критериев GINA, с использованием материалов «Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы» под редакцией А.Г. Чучалина [3]. Ультразвуковое исследование сердца осуществляли на диагностическом сканере «ALOKA Pro Saund-550 (Япония)». Все пациенты с БА были разделены на две группы. Первая группа состояла из 36 больных со среднетяжелым персистирующим течением БА. Вторую группу составили 39 пациентов с тяжелым персистирующим течением заболевания. Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы STATISTICA 7.0, Stat Soft, Inc [2].

Результаты исследования и их обсуждение. При исследовании диастолической функции правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желудочков у пациентов, имевших диастолическую дисфункцию, были выделены следующие типы диастолической дисфункции:

- 1) Ригидный: $Ve/Va < 1$ $IVRT > 100$;
- 2) Псевдонормальный: $1 < Ve/Va < 2,5$ $IVRT = 60-100$, $index\ Tei > 0,65$;
- 3) Рестриктивный: $Ve/Va > 2$ $IVRT < 60$;

где Ve – скорость раннего диастолического наполнения желудочка,

Va – скорость позднего диастолического наполнения желудочка,

$IVRT$ – время изоволюметрического расслабления желудочка.

В группе больных БА среднетяжелого персистирующего течения доля пациентов, не имеющих диастолическую дисфункцию левого желудочка, составила 25,0% (9 человек). Наиболее легкий тип диастолической дисфункции – ригидный – встречался у 50,0% (18) пациентов данной группы. Более тяжелый – псевдонормальный тип диастолической дисфункции – отмечался в данной группе в 25,0% (9) наблюдений. Наиболее тяжелый – рестриктивный тип дисфункции – в данной группе, как и во всех группах нашего исследования, не регистрировался. Также в группе больных БА среднетяжелого персистирующего течения доля пациентов, не имеющих диастолическую дисфункцию правого желудочка, составила 16,7% (6 человек). Ригидный тип дисфункции отмечался в 33,3% (12) случаев, псевдонормальный – в 50,0% (18) случаев. В группе больных БА тяжелого персистирующего течения доля пациентов, не имеющих диастолическую дисфункцию, составила 10,3% (4 человека).

Ригидный тип диастолической дисфункции встречался в данной группе в 56,4% (22) случаев, а псевдонормальный тип – в 38,5% (15) случаев. Не имели диастолическую дисфункцию правого желудочка 7,7% (3) пациентов в группе больных БА тяжелого персистирующего течения. Ригидный тип отмечался в 38,5% (15) наблюдений данной группы, а псевдонормальный – в 53,8% (21) случаев. Таким образом, с нарастанием степени тяжести БА увеличивалась доля пациентов, имеющих диастолическую дисфункцию правого и/или левого желудочков, и, следовательно, уменьшалось количество пациентов, не имеющих диастолическую дисфункцию миокарда желудочка.

Далее для комплексной оценки систолодиастолической функции левого и правого желудочка нами был рассчитан (для каждого желудочка) доплеровский эхокардиографический индекс (Индекс Te_i) по формуле:

$Index = (IVCT + IVRT) / ET$, где IVCT – время изоволюметрического сокращения желудочка, ET – время выброса.

Среди пациентов с БА среднетяжелого персистирующего течения доля пациентов, не имеющих нарушения систолодиастолической функции ЛЖ (Индекс $Te_i < 0,4$), составила 16,6% (6 человек). Пациенты, у которых систолодиастолическая функция ЛЖ была незначительно снижена (Индекс $Te_i 0,4-0,5$), составили 13,9% (5 человек). Доля пациентов с умеренным снижением была выше – 63,9% (23 человека). Значительное снижение систолодиастолической функции ЛЖ отмечалось лишь у 5,6% (2) пациентов. Таким образом, у больных БА среднетяжелого персистирующего течения доля пациентов с нарушением систолодиастолической функции левого и правого желудочков была практически одинакова: различия частоты встречаемости, как незначительного снижения систолодиастолической функции ЛЖ и ПЖ (5 и 6 человек – $\chi^2=0,08$, $df=1$, $p=0,779$), так и умеренного (23 и 24 человека – $\chi^2=0,01$, $df=1$, $p=0,91$) и значительного снижения (2 и 2 человека), были статистически незначимы. В группе больных БА тяжелого персистирующего течения не было ни одного пациента без нарушения систолодиастолической функции, как правого, так и левого желудочка. Доля пациентов с незначительным снижением систолодиастолической функции ЛЖ в данной группе составила 7,7% (3 человека), с умеренным снижением – 84,6% (33 человека), а со значительным снижением – 7,7% (3 человека). Таким образом, в группе больных БА тяжелого персистирующего течения преобладала систолодиастолическая дисфункция ЛЖ умеренной степени выраженности, однако частота ее встречаемости была выше, чем в группе больных БА среднетяжелого течения – 84,6% (33) против 63,9% (23) случаев. Незначительное снижение систолодиастолической функции ПЖ в группе больных БА тяжелого персистирующего течения встречалось в 5,1% (2) случаев, умеренное снижение – в 64,1% (25) случаев. Статистически значимо ($\chi^2=5,48$; $df=1$; $p=0,019$) по сравнению с группой больных БА среднетяжелого персистирующего течения возросла доля пациентов со значительным снижением систолодиастолической функции ПЖ – 30,8% (12). Таким образом, у больных БА среднетяжелого течения одинаково часто встречается нарушение систолодиастолической функции как правого, так и левого желудочков. С нарастанием степени тяжести заболевания возрастает доля пациентов, имеющих умеренное снижение систолодиастолической функции левого желудочка и тяжелое снижение систолодиастолической функции правого желудочка. Обращает на себя внимание тот факт, что с нарастанием степени тяжести БА доля пациентов, имеющих значительное снижение систолодиастолической функции ЛЖ, существенно не возросла ($\chi^2=0,12$; $df=1$; $p=0,729$).

В своем исследовании мы проводили расчет среднего давления в легочной артерии по отношению времени ускорения потока в выносящем тракте правого желудочка к времени выброса (AT/ET). Умеренная легочная гипертензия диагностировалась при среднем давлении в легочной артерии ($P_{ср}$) в диапазоне от 20 до 40 мм рт. ст. Значительная легочная гипертензия диагностировалась при $P_{ср}$ в диапазоне от 41 до 60 мм рт. ст. Тяжелая – при $P_{ср}$ более 60 мм рт. ст. В группе больных БА среднетяжелого персистирующего течения не имели легочной гипертензии 33,3% (12) пациентов. Умеренная легочная гипертензия встречалась в 50,0% (18) случаев. Доля пациентов со значительной легочной гипертензией была невелика – 16,7% (6) случаев. В группе больных БА тяжелого персистирующего течения доля пациентов, не имеющих легочной гипертензии, составила 23,1% (9 человек). В данной группе пациентов с умеренной легочной гипертензией было выявлено 58,9% (23) случаев, а со значительной легочной гипертензией – 18,0% (7 человек). Пациенты с тяжелой легочной гипертензией в исследуемых группах не встречались. Таким образом, в исследуемых группах больных БА среднетяжелого и тяжелого течения преобладали пациенты с умеренно выраженной легочной гипертензией. Однако среди больных БА тяжелого течения частота выявления умеренной легочной гипертензии была выше, чем в группе больных БА среднетяжелого течения. Значительная легочная гипертензия выявлялась в обеих группах с одинаково невысокой частотой – 16,7% (6 человек) и 18,0% (7 человек).

Заключение. Таким образом, среди пациентов с БА среднетяжелого течения уже была велика доля пациентов со снижением систолодиастолической функции ЛЖ, умеренно выраженным. Нормальная систолодиастолическая функция ПЖ в группе больных БА среднетяжелого течения наблюдалась в 11,1% (4) случаев. Незначительное снижение систолодиастолической функции ПЖ отмечалось в 16,6% (6) случаев, умеренное снижение – в 66,7% (24) случаев, а значительное снижение систолодиастолической функции ПЖ – лишь в 5,6% (2) случаев.

Общепринятым эхокардиографическим признаком хронического легочного сердца считается увеличение толщины стенки ПЖ более 5 мм. В группе пациентов с БА среднетяжелого персистирующего течения частота выявления хронического легочного сердца составила 16,7% (6 человек), а в группе пациентов с БА тяжелого

течения – 30,8% (12 человек), что согласуется с данными литературы об увеличении частоты встречаемости легочного сердца с утяжелением БА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борская Е.Н., Кутузова А.Б., Лелюк В.Г. Этапы становления структурных изменений сердца у пациентов с хронической легочной патологией // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – № 4. – С. 82-88.
2. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
3. Чучалин А.Г. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA). – М.: Атмосфера, 2006. – 160 с.

Полунина Ольга Сергеевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru

Воронина Людмила Петровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru

Гринберг Наталья Борисовна, врач ультразвуковой диагностики отделения ультразвуковой диагностики областного диагностического центра, ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница», Россия, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 2

Севостьянова Ирина Викторовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 52-41-43, e-mail: irina-nurzhanova@yandex.ru

Гринберг Борис Александрович, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по консультативно-диагностической помощи ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница», Россия, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 2

УДК 616.248+616.311.2

© К.А. Саркисов, Е.А. Брагин, О.С. Полунина, Л.П. Воронина, И.В. Севостьянова, 2011

К.А. Саркисов¹, Е.А. Брагин², О.С. Полунина¹, Л.П. Воронина¹, И.В. Севостьянова¹

ДЕСНЕВОЙ МИКРОКРОВОТОК У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

В статье представлены результаты исследования десневого микрокровотока методом лазерной доплеровской флоуметрии у больных пародонтитом (56 пациентов), в том числе на фоне бронхиальной астмы (27 пациентов). Анализ данных выявил грубые нарушения десневого микрокровотока у больных пародонтитом на фоне бронхиальной астмы, которые были наиболее выражены на верхней челюсти.

Ключевые слова: десневой микрокровоток, пародонтит, бронхиальная астма

K.A. Sarkisov, E.A. Bragin, O.S. Polunina, L.P. Voronina, I.V. Sevostyanova

GINGIVAL MICROBLOOD STREAM IN PATIENTS WITH PARODONTITIS AND BRONCHIAL ASTHMA

The results of the study of gingival microblood stream by laser Doppler flowmetry in patients with parodontitis (56 patients) including the background of bronchial asthma (27 patients) are presented. Data analysis revealed gross violation of gingival microblood stream in patients with parodontitis on the background of bronchial asthma to be mostly expressed in the upper jaw.

Key words: gingival microblood stream, parodontitis, bronchial asthma.

Врач-стоматолог при лечении воспалительных заболеваний пародонта зачастую сталкивается с отягчающим влиянием, которое оказывают на течение патологического процесса в полости рта различные заболевания внутренних органов [2]. Недооценка общей соматической патологии (болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной системы и др.) может привести к осложнениям и к неэффективности стоматологической помощи. В связи с этим возникает необходимость изучения механизмов поражения пародонта при соматической патологии, а также повреждающего действия на ткани пародонта лекарственных препаратов, применяемых при заболеваниях внутренних органов [4].