

ИЗМЕНЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛЕГКИХ ПРИ НЕЙРО-ЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

В.С. Суховский.

(Иркутский государственный медицинский университет,
Лаборатория дыхания института хирургии НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН)

Нейро-циркуляторную дистонию (НЦД) относят в настоящее время к заболеваниям нейро-эндокринного профиля. В зависимости от характера ангиодистонической реакции выделяют гипертензивный, гипотензивный, кардиальный и смешанные варианты с соответствующей клинической картиной и вегетативными кризами.

Вместе с тем среди известных общих невротических жалоб в большинстве случаев лишь вскользь упоминается о респираторных нарушениях, которые проявляются гипервентиляцией, постоянной неудовлетворённостью вдоха, а также эпизодами периодически возникающей одышки, ощущением нехватки воздуха, остановки дыхания, ощущением “комка” за грудиной, страхом смерти и пр.

В связи с отсутствием патологических изменений при спирографическом исследовании, большинство практикующих врачей респираторные жалобы больных относят к функциональным или психосоматическим, дополняя общую клиническую картину, объясняя их невротом дыхательного центра. Однако в доступной нам литературе мы не нашли, к сожалению, данных, указывающих на состояние механических свойств лёгких при НЦД.

Таким образом, целью нашего исследования являлось изучение особенностей биомеханики

дыхания и состояние механических свойств лёгких у больных с НЦД.

Задачи исследования включали в себя определение механических свойств лёгких и оценку состояния бронхиальной проходимости у больных, предъявляющих респираторные жалобы

Методом бодиплетизмографии на диагностическом дыхательном комплексе фирмы “Эрих Егер” (Германия), с последующей обработкой полученных данных на компьютере “Дейт-Спир” по специально составленной программе было обследовано 24 больного с НЦД в возрасте от 16 до 30 лет (средний возраст – $23,4 \pm 1,0$).

Среди них было мужчин – 5 и женщин – 3, которые курили, всем больным проводилась дозированная физическая нагрузка (ДФН) на тредмиле по общепринятой методике. У всех обследуемых в анамнезе были вегетативные кризы, они предъявляли постоянные или периодические жалобы на разнообразные нарушения дыхания.

Для контроля использовалась группа здоровых (22 чел.), некурящих мужчин и женщин одинакового возраста (по критериям НИИ пульмонологии Санкт-Петербурга). Поскольку половые различия не играли существенной роли при нашем исследовании, мы позволили ими пренебречь.

Полученные результаты статистически обрабатывались с применением современных компью-

Таблица 1.

Изменения некоторых параметров биомеханики дыхания по исходным данным (1) и
и после дозированной физической нагрузки (2)

Исследуемые параметры	Больные с НЦД n=24		Контрольная группа n=22	
	1	2	1	2
Дыхательный объём (vt) в мл	$400,0 \pm 50,0$	$600,0 \pm 30,0$ P<0,05	$600 \pm 50,0$ P1<0,05	$650,0 \pm 50,0$
Частота дыхания (f), в одну минуту	$21,0 \pm 3,0$	$26,0 \pm 4,0$	$17,0 \pm 2,0$	$22,0 \pm 2,0$
Внутригрудной объём (ВГО) в % от должного	$125,0 \pm 12,0$	$145,4 \pm 15,0$	$100,0 \pm 10,0$	$105,0 \pm 1,0$
Остаточный объём лёгких (ООЛ) в % от должного	$180,0 \pm 4,8$	$185,4 \pm 2,96$	$114,0 \pm 6,0$ P1<0,001	$108,0 \pm 4,0$
Отношение остаточного объёма лёгких к общей ёмкости лёгких (ООЛ/ОЁЛ) в % от должного	$170,0 \pm 9,55$	$151,4 \pm 5,85$	$116,0 \pm 10,0$ P1<0,01	$103,0 \pm 7,0$
Разница ротового давления (РАО) в мл	$11,0 \pm 5,0$	$9,0 \pm 3,0$	$15,0 \pm 5,0$	$26,0 \pm 6,0$
Эффективное бронхиальное сопротивление общее (ЭБСо) кПа/ л сек.	$0,13 \pm 0,07$	$0,11 \pm 0,05$ P<0,01	$0,22 \pm 0,03$ P1<0,05	$0,25 \pm 0,01$

Примечание: P – достоверность различия показателей исходных данных и результатов после физической нагрузки у больных с НЦД, P1 – достоверность различия показателей исходных данных между контрольной группой и больными НЦД.

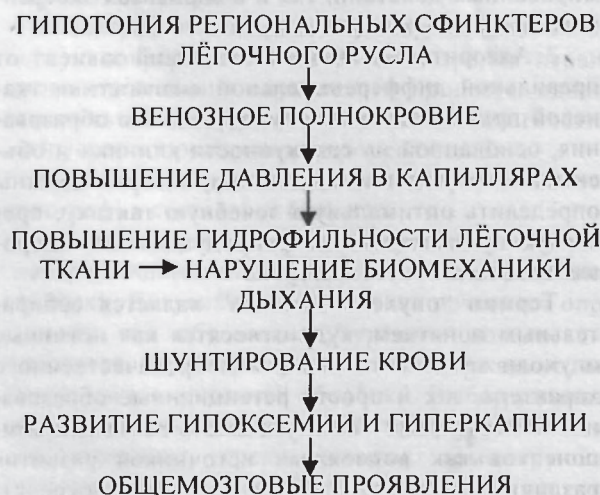
терных технологий на IBM PC "Celeron 433" в программе Microsoft Excel 97 для Windows 98. Данные репрезентативны.

Спирографические показатели (жизненная ёмкость лёгких, объём форсированного выдоха в 1 сек., тест Тиффно) не отличались от таковых в контрольной группе. Из 16 основных параметров биомеханики дыхания в ходе исследования методом компьютерного анализа были выделены 7 основных, которые давали существенные отклонения по сравнению со здоровой группой.

Из вышеприведённой таблицы следует, что бронхиальная проходимость остаётся в нормальных пределах. Изменение биомеханики дыхания у больных с НЦД может быть обусловлено по исходным данным изменением механических свойств лёгких, заключающихся в снижении их эластичности, вследствие возможного повышения гидрофильности тканей из-за регионарных ангиодистонических реакций в лёгких и нарушений электролитного баланса. Проба с дозированной физической нагрузкой указывает на существенное улучшение биомеханики дыхания, по-видимому, за счёт изменения сосудистого тонуса и возможного уменьшения шунтирования крови.

Гипервентиляция, таким образом, столь характерная для НЦД может быть обусловлена не только и не столько изначально повышенной возбудимостью дыхательного центра, но и изменением механических свойств лёгких, что возможно связано с повышением гидрофильности лёгочной ткани, раздражения интерорецепторов лёгких. В свою очередь, и сама по себе гипервентиляция может способствовать гидремии лёгких по принципу реакции "порочного круга".

Схема патологических изменений в лёгких может быть представлена следующим образом:



Таким образом, можно предполагать, что нарушение биомеханики дыхания при респираторном синдроме у больных с НЦД имеет не только невротический характер, но и обусловлено изменениями механических свойств лёгочной ткани за счёт повышения её гидрофильности.

Не исключено, что клинически выраженные острые респираторные эпизоды у больных с НЦД представляют собой ангиодистонический региональный пульмональный криз с последующим развитием клинических проявлений со стороны других систем организма.

© МИЛЮКОВА Л.П. –
УДК 618.11-006:616-053.3/7

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК

Л.П. Милюкова.

(Иркутский государственный медицинский университет)

Проблема диагностики и лечения опухолевых образований яичников сложна и чрезвычайно актуальна в связи с ростом частоты заболевания, а также тяжестью вызываемых ими нарушений репродуктивной и других систем организма.

Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией занимающей второе место среди женских половых органов у взрослых и, к сожалению, имеет тенденцию к увеличению. Так за последние десять лет, частота этой патологии выросла с 6-11% до 19-25%. В целом единого мнения о частоте возникновения опухолей яичников в детском возрасте не имеется. Так по данным А.А. Гумерова (1997), в структуре гинекологической заболеваемости детского и подросткового возраста вес опухолей и опухолевидных образований придатков матки колеблется

от 1,2% до 16,9%, а в возрастном отрезке 12-15 лет составляют 55,8% наблюдений среди гинекологической патологии детского возраста. По данным гинекологической клиники Санкт-Петербургского педиатрического медицинского института опухоли яичников у детей отмечены в 4,6% случаев. Первое описание опухоли яичников у детей принадлежит S. Giralde (1866), который произвел и первую овариоэктомию. Первый обзор литературы, касающийся опухолей яичников у детей и охватывающий 60 наблюдений принадлежит М.М. Вайлю. Также, в определенной степени, разноречивы данные о наблюдаемых преимущественно опухолевых процессах.

В связи с этим, интерес обсуждаемого вопроса определяется следующими причинами: