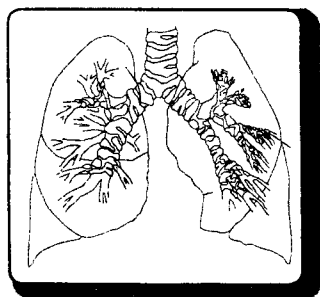


измененной геометрии левого желудочка, так и различными типами ремоделирования выявить не удалось.

Л и т е р а т у р а

1. Агеев Ф.Т., Овчинников А.Г. // Сердечная недостаточность. 2002. Т.3, №4. С. 190-195.
2. Барсуков А.В., Шустов С.Б. Артериальная гипертензия. Клиническое профилирование и выбор терапии. СПб.: Изд-во «ЭЛБИ-СПб», 2004. 255 с.
3. Беленков Ю.Н. // Сердечная недостаточность. 2002. №4. С. 161-163.
4. Бурумкулова Ф.Ф., Котова Г.А., Герасимов Г.А. // Проблемы эндокринологии. 1995. №5. С. 41-46.
5. Гаркунов Л.В., Аметов А.С. // Тер. архив. 2004. №12. С. 97-99.
6. Гурьева И.В., Кузьмишин Л.Е., Ткаченко В.М. и др. // Тер. архив. 1990. Т. 62, №8. С. 105-108.
7. Canau A., Devereux R.B., Roman M.J. et al. // J Am Coll Cardiol. 1992. Vol. 19, P. 1550-1558.
8. Polikar R., Burger A.G., Scherrer U. et al. // Circulation. 1993. Vol. 87, P.1435-1441.



УДК [616.233 - 002 + 616.248] : 618.3

Ю.С. Ландышев, С.А. Горячева

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Актуальной проблемой медицины в настоящее время является высокая заболеваемость бронхиальной астмой (БА) и хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), что обусловлено распространенностью аллергических заболеваний, курением, неблагоприятной экологической обстановкой во многих регионах нашей страны и за рубежом [1, 6]. Частота БА среди беременных колеблется от 0,4 до 6,9%, составляя в среднем 4% [5, 9]. В настоящее время во многих странах проводят исследования, направленные на выработку правильной тактики ведения беременных с БА и предотвращение возможных осложнений у матери и плода [4, 8].

Тесная анатомическая и функциональная взаимосвязь систем кровообращения и дыхания обуславливают нарушение функционального состояния одной из них уже на самых ранних стадиях поражения другой [3]. Поэтому большое значение приобретают специальные инструментальные методы исследования, позволяющие выявлять функциональные резервы системы кровообращения, тем самым осуществлять прогнозирование и раннюю коррекцию кардиальных осложнений, учитывая, что клинические проявления недостаточности кровообращения по малому кругу развиваются достаточно поздно. [2].

Цель исследования — определить особенности течения БА и ХОБ в различные trimestры беременности, оценить изменения легочного кровотока и диастолической функции правого желудочка у беременных с БА и ХОБ.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 146 беременных женщин с бронхообструктивной патологией. Среди беременных выделены следующие группы: 1 группа — 36 (34,6%) больных с легким течением БА, 2 группа — 41 (39,4%) со среднетяжелым течением БА, 3 группа — 27 (26%) больных с тяжелым течением БА, 4 группа — 42 больных с ХОБ, среди которых у 76,2% отмечалась легкая степень и у 23,8% средняя степень тяжести ХОБ, 5 группу составили 30 здоровых женщин. Возраст беременных на момент обследования колебался от 16 до 44 лет. Средний возраст у беременных с БА составил $25,6 \pm 0,5$ лет, у беременных с ХОБ — $26,3 \pm 0,9$ лет. На протяжении всего гестационного периода изучалось клиническое течение БА и ХОБ.

Всем беременным проводилась импульсная доплерокардиография (ИДКГ) на аппарате «Aloca-5000» (Япония). Рассчитывали максимальную скорость раннего наполнения (Е), максимальную скорость позднего

наполнения (А) их соотношение как показатель диастолической функции ПЖ (Е/А). Толщину передней стенки правого желудочка в диастолу (ТПС ПЖд) определяли из парастернального доступа. Также определяли конечно-диастолический размер (КДР) ПЖ, конечно-диастолический объем (КДО) ПЖ. Систолическое давление в легочной артерии (СДЛА) рассчитывали по систолическому градиенту давления между ПЖ иПП с учетом давления вПП. Исследование функции внешнего дыхания проводили с помощью спирографии на аппарате «Simadzu» (Япония) и пикфлоуметрии.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных больных БА во всех группах большинство женщин отметили ухудшение течения заболевания. В 1 и 2 группах утяжеление отмечали 15 (41,7%) и 18 (43,9%) беременных соответственно, в 3 группе 21 (77,8%) пациентка. У 88,1% больных ХОБ беременность не ухудшила течения заболевания. В то же время у 5 (11,9%) больных во время беременности отмечалось утяжеление симптомов ХОБ.

У беременных 1 группы в первом триместре обострение астмы выявлено у 8 (22,2%) больных, во втором — у 11 (30,6%), в третьем — у 2 (5,6%). На протяжении первого и второго триместров обострение отметили 2 (5,6%) беременные, второго и третьего триместра так же 2 (5,6%) пациентки. Во 2 группе в первом триместре обострение отмечали 18 (44%) беременных, во втором — 24 (58,5%), в третьем — 13 (31,7%). На протяжении первого и второго триместров обострение отметили 10 (24,4%), второго и третьего — 6 (14,6%) пациенток, в течение всей беременности — 4 (9,8%) пациентки.

В группе больных с тяжелым течением БА в первом триместре обострение астмы отметили 6 (22,2%) пациенток, во втором триместре — 8 (29,6%), в третьем — 10 (37%), неоднократно на протяжении беременности обострение было у 15 (55,5%) больных, из них в первом и втором триместрах — у 6 (22,2%), во втором и третьем — у 3 (11,1%), у 6 (22,2%) беременных приступы астмы продолжались в течение всего гестационного периода. У одной пациентки при сроке беременности 17 нед. развился астматический статус.

Обострения БА чаще возникали на 6-8; 18-20; 24-28 и 32-34 нед. беременности. В связи с утяжелением симптомов астмы четырем пациенткам 3 группы беременность прервали по медицинским показаниям при сроках беременности 9; 19; 24 и 25 нед.

В группе больных ХОБ в первом триместре обострение отметили 16 (38,1%) беременных, во втором — 13 (31%), в третьем — 6 (14,3%) пациенток. В течение двух триместров обострение отметили 7 (16,7%) пациенток, из них в первом и втором — 4 (9,5%) пациентки, во втором и третьем — 2 (4,8%), в первом и третьем — 1 (2,4%) беременная. На протяжении всего гестационного периода у 2 (4,8%) женщин наблюдалось неоднократное обострение ХОБ.

Наиболее часто обострение ХОБ наблюдалось в сроки 7-9; 24-25; 28 и 34 нед. беременности. Анализ течения беременности у больных БА и ХОБ указывает на высокую частоту гестационных осложнений. Частота осложнений увеличивается со степенью тяжести БА. В сравнении с контрольной группой такие осложнения, как гестоз, хроническая фетоплацентарная недостаточ-

Резюме

Рост хронических обструктивных заболеваний легких (ХОЗЛ) в структуре экстрагенитальной патологии беременных вызывает интерес у акушеров и пульмонологов. Определение провоцирующих факторов в развитии обострений бронхиальной астмы (БА) и хронического обструктивного бронхита (ХОБ), предупреждение и лечение симптомов астмы, выявление ранних нарушений внутрисердечной гемодинамики позволит снизить риск развития осложнений у матери и плода на всем протяжении гестационного периода.

В работе изучены особенности течения БА и ХОБ у 146 беременных, а также гемодинамические параметры правых отделов сердца методом эходоплерокардиографии в различные trimestры беременности.

Y.S. Landyshev, S.A. Goryacheva

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF ASTHMA AND CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN THE PREGNANT

Amur state medical academy, Blagoveshchensk

Summary

Growth of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the structure of extragenital pathology in pregnant women arouses interest of both obstetricians and pulmonologists. If we know the cause of asthma and COPD exacerbation, prevention and treatment of symptoms of asthma, early detection of abnormalities of the intracardiac hemodynamics we can reduce the risk of complications in the pregnant and her fetus during the gestational period. In this research we have studied the features of asthma and COPD in 146 pregnant women as well as parameters of hemodynamics of the lung and the right ventricle of the heart using echodopler during different trimesters of pregnancy.

ность и хроническая внутриутробная гипоксия плода у больных БА и ХОБ, преобладают в 2 раза и более. При исследовании показателей легочной гемодинамики и диастолической функции ПЖ в покое у беременных с различной степенью тяжести БА, беременных с ХОБ, а также показателей контрольной группы наблюдалось достоверное увеличение СДЛА во 2, 3 и 4 группах. Это обусловлено наличием обструктивных изменений и пропорционально тяжести течения БА. ТПС ПЖд у обследованных пациенток 2, 3 и 4 групп достоверно превышала аналогичный показатель у беременных контрольной группы, а также в 1, 2 и 4 группах достоверно отличалась от группы с тяжелым течением БА.

Увеличение размеров и объемов ПЖ установлено во всех группах, кроме контрольной, при этом достоверное увеличение наблюдается лишь в 3 группе, что подтверждает данные литературы о том, что при повышении СДЛА в первую очередь наступает гипертрофия ПЖ, а дилатация полости ПЖ возникает вторично [7]. Показатель диастолической функции ПЖ Е/А достоверно снижался в зависимости от тяжести течения БА, у 15% беременных выявлено нарушение диастолической функции ПЖ. Получены также достоверные результаты различия между 4 и 5 группами при оценке Е/А ПЖ.

Выводы

1. Особенности течения БА и ХОБ во время беременности требуют проведения мероприятий по устранению факторов, провоцирующих обострение заболевания, и назначения оптимальной базисной фармакотерапии.

2. Частота гестационных осложнений увеличивается со степенью тяжести БА и ХОБ.

3. Установленные изменения сердечной гемодинамики находятся в прямо пропорциональной зависимости от срока беременности, степени тяжести и выраженности обострений БА и ХОБ.

4. Эходоплеркардиографическое исследование является современным высокоинформативным и безопасным методом для выявления изменений внутрисердечной гемодинамики и легочного кровотока, а также их резервов и решения вопроса о тактике ведения беременных с БА и ХОБ.

Л и т е р а т у р а

1. Антонов Н.С., Стулова О.Ю., Зайцева О.Ю. // Хронические обструктивные болезни легких / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Бино, 1998. С. 66-80.

2. Гаврисюк В.К., Ячник А.И. Хроническое легочное сердце. Киев: АМН Украины, ИФП, 1997. 96 с.

3. Казанбиев Н.К. // Легочная гемодинамика при хронических заболеваниях легких: Тез. докл. V Нац. конгр. по болезням органов дыхания. М., 1995. №453.

4. Кузьменко Л.Э., Бочарова И.И., Шугинин И.О. и др. // Бронхиальная астма как фактор высокого риска развития перинатальной патологии у новорожденных: Мат-лы IV Рос. форума «Мать и дитя». М., 2002. С. 352-353.

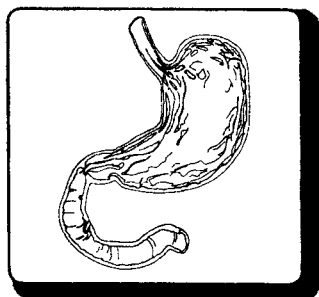
5. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринберг П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение. М.: Гэотар Медицина, 2000. 734 с.

6. Чучалин А.Г. // Бронхиальная астма. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы М.: Атмосфера, 2002. 160 с.

7. Di Carlo L., Morady F., Krol R.B. et al. // Am. Heart J. 1987. Vol. 114, №10. P. 746-752.

8. Schatz M. // J. Allergy Clin. Immunol. 1999. Vol. 103, №2. P. 329.

9. Sleiman C., Mal H., Roue C. et al. // Presse. Med. 1995. Jun 3; 24 (20). P. 953-957.



УДК 616.379 - 008.64 : 616.33/.34 - 053.8 (571.620)

Л.Г. Витько

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКИМ КЕТОАЦИДОЗОМ

*Дальневосточный государственный медицинский университет;
Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.И.Сергеева,
г. Хабаровск*

Благодаря обучению пациентов принципам самоконтроля, в последние годы отмечается значительное снижение частоты острых осложнений сахарного диабета (СД), в том числе и диабетического кетоацидоза [1, 3, 4, 11]. Однако проблема кетоацидоза остается актуальной. Диабетический кетоацидоз (ДКА) занимает первое место по распространенности среди острых осложнений эндокринных болезней, а в структуре ком на догоспитальном этапе кетоацидотическая кома стоит на пятом месте [3, 4].

Известно, что пациенты с ДКА достаточно часто предъявляют жалобы на тошноту, рвоту и абдоминальные боли. В настоящее время не существует единой точки зрения на причины возникновения абдоминальной

симптоматики при ДКА. Многие авторы полагают, что тошнота, рвота и боли в животе при кетоацидозе связаны с метаболическими нарушениями, характерными для этого состояния [1, 3, 4, 7, 13].

В пользу того, что именно метаболические изменения приводят к возникновению абдоминального синдрома при ДКА, свидетельствует исчезновение болей в животе у большинства больных на фоне интенсивной инсулинотерапии и регидратационных мероприятий. Однако у части пациентов абдоминальная симптоматика сохраняется, несмотря на ликвидацию кетоацидоза.

В доступной отечественной и зарубежной литературе нам не удалось найти работ, специально посвященных изучению состояния слизистой оболочки верхних отде-