

примененной тактики лечения. При оценке результатов микробиологического исследования, обращали внимание на количество случаев и процент высеваемости патогенных микроорганизмов до и после лечения в различных группах. Результаты исследований представлены табл. 2.

В группе, применявшей полисорб и фитотерапию в форме -фитокарандаша, отмечалось снижение в ассоциации микроорганизмов пародонтального кармана плазмokoагулирующей группы рода стафилококков 12,5%, плазмoнекоагулирующей группы рода стафилококков — до 33,25%, стрептококков до 20%, других представителей микроорганизмов до 25%.

В группе с гигиеническими мероприятиями, в структуре сообществ микроорганизмов пародонтального кармана снизился процент высеваемости плазмokoагулирующей группы рода стафилококков до 31,4%, плазмoнекоагулирующей группы рода стафилококков — до 64,5%, стрептококков — до 46,7%, других представителей микроорганизмов до 20,2%.

В первой и второй группах было выявлено резкое снижение высеваемости патогенных микроорганизмов рода *Streptococcus*. Причем в группе ориентированной на профессиональную гигиену полости рта процент снижения высеваемости составил — *Str. pneumoniae* — 18,75%, *Str. mitis* — 4,25%; тогда как в группе, применявшей полисорб и фитотерапию в виде фитокарандаша *Str. faecalis*, *Str. pyogenus*, *Str. salivarius* не высевались вообще.

Таким образом, сравнение результатов микробиологического исследования, содержащего зубодесневых карманов до и после 10 дней лечения показало положительные изменения в популяции микроорганизмов и уменьшение патогенной микрофлоры.

Выводы

1. Изучен стоматологический статус у женщин с ранним гестозом, позволяющий выявить группу риска по возникновению воспалительных заболеваний пародонта и частых их рецидивов для женщин в анамнезе которых отмечаются хронические общесоматические заболевания

2. Разработана схема комплексного лечения ВЗП у женщин с ранним гестозом в первой половине беременности с применением сорбента и фитотерапии, которая показывает положительные результаты и дает возможность исключить прием антибиотиков, оказывающих неблагоприятное влияние на мать и плод.

Литература

1. Агафонов Ю. А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников. Ю. А. Агафонов. Вопросы организации и экономики в стоматологии. Екатеринбург, 1994: 23-26.
2. Барер Г. М. Сангвиритрин в лечении некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта. Г. М. Барер, Т. И. Лемецкая. Человек и лекарство: тез. докл. VII Рос. нац. конгресса. М., 2000: 368.
3. Бутане И. Я. Обоснование методов профилактики основных стоматологических заболеваний у беременных женщин. Дисс. Канд.-Рига. 1989: 172.

Полный список литературы см. на сайте urmj.ru

Анализ нарушений ритма сердца у больных при обострении хронической обструктивной болезнью легких

Г. Л. Игнатова, Е. В. Шекланова, Н. И. Соколова
ГОУ ДПО УГМАДО; МУЗ ГКБ № 4, г. Челябинск.

Резюме

Целью исследования является анализ нарушений ритма сердца у больных с ХОБЛ при обострении заболевания. Обследовано 129 мужчин с обострением ХОБЛ II, III, IV стадии в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст $60,5 \pm 1,24$) и 30 практически здоровых некурящих мужчин (средний возраст $53,6 \pm 2,10$), из которых сформирована группа сравнения. Всем пациентам оценивались показатели спирометрии, электрокардиографии, суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, доплерэхокардиоскопии. У всех обследуемых с ХОБЛ были выявлены достоверные данные о нарушениях ритма сердца при холтеровском мониторировании ЭКГ в период обострения ХОБЛ и значительном достоверном уменьшении этих нарушений при купировании обострения заболевания. Обычное электрокардиографическое исследование выявило нарушения ритма сердца только у 4 человек из 129 (3,1%).

Г. Л. Игнатова — д. м. н., профессор кафедры терапии, фтизиопульмонологии и профпатологии ГОУ ДПО УГМАДО.
Е. В. Шекланова — МУЗ ГКБ № 4, г. Челябинск.
Н. И. Соколова — к. м. н., кафедра терапии, фтизиопульмонологии и профпатологии ГОУ ДПО УГМАДО.

Проведенные исследования показали необходимость использования суточного мониторинга больным с обострением ХОБЛ с целью оказания помощи врачу в выборе тактики лечения и предотвращения возможных смертельных осложнений.

Ключевые слова: ХОБЛ, нарушения ритма сердца, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, обострение.

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких является одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения и одной из основных причин заболеваемости и смертности от хронических заболеваний во всем мире [1]. ХОБЛ наносит значительный экономический ущерб [2, 3], связанный с утратой трудоспособности наиболее активной части населения [4].

Терапия ХОБЛ остается одной из самых сложных проблем современной медицины и ее методы пока далеко не совершенны [5].

С клинической точки зрения все обострения ХОБЛ следует рассматривать как фактор ее прогрессирования. Обычно в течение года больные переносят от одного до четырех обострений заболевания [6]. Развитие обострений болезни является характерной чертой течения ХОБЛ и одной из частых причин обращения пациентов за медицинской помощью [7].

Эпидемиологические и клинические исследования последнего десятилетия отмечают рост числа сочетаний хронической обструктивной болезни с болезнями сердечно-сосудистой системы [8]. В. С. Задюченко с соавт. (2003) указывают на частоту имеющихся нарушений ритма сердца от 80,1 до 96,7% у таких больных [9,10].

Целью работы явился анализ нарушений ритма сердца у пациентов с ХОБЛ при обострении заболевания.

Материалы и методы

В ГКБ №4 в течении двух лет проведено обследование всех мужчин в возрасте от 40 до 75 лет с хронической обструктивной болезнью легких в стадии обострения, госпитализированных в стационар. Всего обследовано 129 мужчин, средний возраст которых составил $60,5 \pm 1,24$. В качестве группы сравнения взяты 30 практически здоровых некурящих мужчин, средний возраст которых $53,6 \pm 2,10$.

Распределение пациентов по группам представлено в табл. 1.

Как видно из табл. 1, ХОБЛ II стадии диагностирована у 51 больного- (39,5%) — 1 группа. Средний возраст составил $57,3 \pm 1,10$. ХОБЛ III стадии и ХОБЛ IV стадии выявлена у 78 больных — (60,4%)— 2 группа, средний возраст — $67,2 \pm 0,80$.

В нашем исследовании курили все пациенты. Количество выкуриваемых сигарет в день

составляло $24,4 \pm 0,82$ в 1 группе и $31,0 \pm 0,73$ во 2 группе.

Стаж курения находился в интервале от $28,2 \pm 1,08$ до $38,9 \pm 0,95$. Индекс курильщика в обеих группах значительно превышал показатель 120, а степень никотиновой зависимости по Фагерстрому составляла 5-8 баллов соответственно. Общее количество «пачек/лет» в 1 группе равнялось $34,5 \pm 1,65$; во 2 группе — $58,8 \pm 1,73$.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью метода описательной статистики, непараметрических критериев Манна-Уинтни и сравнения по долям с помощью Z-критерия.

Результаты и обсуждения

В соответствии с целями и задачами работы всем группам пациентов было проведено исследование ЭКГ покоя и после физической нагрузки, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, спирометрическое и доплерэхокардиоскопическое исследование. Результаты электрокардиографического исследования представлены в табл. 2.

При анализе табл. 2 видно, что на ЭКГ покоя только у двух пациентов 1 группы зарегистрирована суправентрикулярная экстрасистолия и у 2 пациентов 2 группы — желудочковая экстрасистолия, что в целом составило 3,1%. В группе сравнения нарушения ритма не фиксировались вообще. После выполнения 6 минутной шаговой пробы новые нарушения ритма не были выявлены.

С целью более детального изучения возможных нарушений ритма сердца всем больным было проведено суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Результаты проведенного исследования представлены в табл. 3. При анализе табл. 3 видно, что в целом по группам зарегистрировано 87 случаев желудочковой экстрасистолии (67,7%) и 67 случаев суправентрикулярной экстрасистолии (52%). Из них

Таблица 1. Распределение исследуемых пациентов по группам

Группа наблюдения	Количество	Средний возраст
1 группа ХОБЛ II ст.	51	$57,0 \pm 1,10$
2 группа – ХОБЛ III ст. и IV ст.	78	$67,2 \pm 0,80$
3 группа сравнения	30	$53,6 \pm 2,10$

Таблица 2. Результаты электрокардиографического исследования в покое

Данные ЭКГ	Пациенты 1 группы n=50	Пациенты 2 группы n=78	Пациенты 3 группы n=30
Желудочковая экстрасистолия	0	2-2,5%	0
Суправентрикулярная экстрасистолия	2-3,9%	0	0

суправентрикулярная экстрасистолия выявлена в 98,0% случаев у больных 1 группы, желудочковая экстрасистолия — в 98,7% у больных 2 группы. В 10,0% случаев зарегистрирован пароксизм мерцания предсердий у больных 1 группы и в 30,0% случаев — во 2 группе. Таким образом, нарушение ритма сердца при холтеровском мониторировании у больных ХОБЛ встречались в 98,4%, в дневное время — в 65,4%. Суправентрикулярная экстрасистолия была выявлена при всех стадиях болезни, но частота ее регистрации возрастала по мере формирования хронического легочного сердца и развития гипоксии. На фоне декомпенсации хронического легочного сердца увеличивалась частота развития желудочковой экстрасистолии и степень ее градации. Скорее всего, это связано с метаболическими изменениями в миокарде, которые являются следствием хронической гипоксии.

После купирования обострения хронической обструктивной болезни легких всем исследуемым

больным было вновь проведено холтеровское мониторирование ЭКГ, по данным которого было выявлено 8 случаев суправентрикулярной экстрасистолии (6,2%), 23 случая желудочковой экстрасистолии (25,5%), отсутствие пароксизма мерцания предсердий. Во всех случаях суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы были единичными.

Таким образом, учитывая увеличение количества нарушений ритма сердца у пациентов в период обострения ХОБЛ, проведение суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру является необходимым этапом в перечне исследований для данной патологии.

Литература

1. Марченков Я. В., Пашкова Т. Л., Чучалин А. Г., Синицин В. Е. Диагностическая оценка функционального состояния трахеи у больных ХОБЛ. Пульмонология. 2005; 3: 62-68.
2. Игнатова Г. Л. с соавт. Распространенность ХОБЛ на крупном промышленном предприятии. Атмосфера. Пульмонология. 2003; 3: 29-31.
3. Шмелев Е. И. Противовоспалительная терапия фенспиридом больных хронической обструктивной болезнью легких. Consilium medicum. 2005;4: 311-315.
4. Лещенко И. В., Лившиц В. Р. Фармакоэкономические аспекты лечения хронического обструктивного бронхита. Русский медицинский журнал. 2001; 12: 509-512.
5. Авдеев С. Н., Чучалин А. Г. Консервативная терапия обострения хронического обструктивного заболевания легких. Русский медицинский журнал. 1997; 10: 1105-1106.
6. Bach P. V. Management of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Clinical practice guideline, part 2. Ann Inter Med. 2001; 134: 600-20.

Полный список литературы см. на сайте urmj.ru

Таблица 3. Результаты холтеровского мониторирования ЭКГ у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких в стадии обострения

Показатель	Пациенты 1 группы		Пациенты 2 группы		Пациенты 3 группы	
	случай	%	случай	%	случай	%
Общее количество суправентрикулярной экстрасистолии	50	98*	17	27,7*	2	7
Суправентрикулярная экстрасистолия – парные	2	4	1	1,2	0	0
Суправентрикулярная экстрасистолия – групповые	15	29*	3	3,8*	0	0
Суправентрикулярная экстрасистолия – частые	24	47	3	3,8	0	0
Суправентрикулярная экстрасистолия – единичные	9	18*	10	13*	2	7
Общее кол-во случаев желудочковой экстрасистолии	10	19,6*	77***	98,7	0	0
Желудочковая экстрасистолия – парные	3	5,8	3	3,8	0	0
Желудочковая экстрасистолия – групповые	3*	5,8	22***	28,2	0	0
Желудочковая экстрасистолия – частые	2	4*	42***	54	0	0
Желудочковая экстрасистолия – единичные	2	4	10	13	0	0
Пароксизм мерцания предсердий	5	9,8*	24**	30,7*	0	0
Нет нарушений ритма сердца	1***	2	1**	1,2	28***	93,3
Выявлено ночью	6	12*	19*	24,3	2	7
Выявлено днем	45	88	59	75,4	0	0

Примечание. * – статистически значимые показатели между 1 и 2 группой;
 ** – статистически значимые показатели между 2 и 3 группой;
 *** – статистически значимые показатели между 1 и 3 группой.