

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия простаты, рак простаты, трансректальная пункционная биопсия.

PREVALENCE OF BENIGN HYPERPLASIA AND CANCER OF THE PROSTATE AMONG MEN OF THE KHMEL'NYTS'KYI REGION FROM 2002 THROUGH 2006 BASED ON BIOPSY STUDIES OF UKRAINE'S STATE PATHOANATOMICAL CENTRE (CITY OF KHMEL'NYTS'KYI)

O.V.Prokopiuk

Abstract. A research based on the archives of the State Pathoanatomical Center of Ukraine (City of Khmel'nyts'kyi) of the number of histological studies of the prostate from 2002 through 2006 has been carried out: a statistical analysis of the findings of histological studies, an evaluation of the ratio of benign hyperplasia and cancer of the prostate gland, the place of biopsy studies in diagnosing cancer of the prostate gland.

Key words: benign hyperplasia of prostate gland, prostate cancer, transrectal puncture biopsy.

Ukraine's State Pathology Centre (Khmel'nyts'kyi)

Рецензент – проф. О.С.Федорук

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol. 12, № 3. – P.27-30

Надійшла до редакції 5.02.2008 року

УДК 616.986.7-07

А.М.Сокол, В.Д.Москалюк, Ю.О.Рандюк

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ І ДІАГНОСТИКИ БЕЗЖОВТЯНИЧНИХ ФОРМ ЛЕПТОСПИРОЗУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Кафедра внутрішньої медицини, фізіотерапії, ендокринології та інфекційних хвороб (зав. – проф. О.І.Федів)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Описано особливості клініки і діагностики безжовтяничних форм лептоспірозу. Встановлено, що початковій фазі хвороби притаманні ті ж симптоми, що й іктерогеморагічним формам хвороби: раптовий

початок з підвищення температури, розлитого головного болю, загальноінтоксикаційних проявів, інколи з розвитком інфекційно-токсичного шоку, міалгії.

Ключові слова: лептоспіроз, безжовтяничні форми.

Вступ. Минуло 40 років, коли вперше діагностовано випадок лептоспірозу в Чернівецькій області (А.М.Сокол, 1967 р.). З того часу ця хвороба залишається актуальною проблемою практичної охорони здоров'я, оскільки характеризується тяжким перебігом, а лікування хворих потребує не тільки виважених терапевтичних заходів, а й інтенсивної терапії, у тому числі екстракорпоральних методів детоксикації (гемосорбція, штучний гемодіаліз) [1, 2, 3].

За зазначений період був спалах лептоспірозу в результаті повені і затоплення району Садгори (1969 р.), коли майже одночасно на обстеженні і лікуванні знаходилось до 50 пацієнтів, а діагноз верифіковано у 38 хворих. Були і окремі групові вогнища хвороби з числом одночасно захворілих 2-4 чол. В основному лептоспіроз трапляється спорадично. Кількість хворих у окремі роки коливалася від 16 до 56 осіб. У перші роки виявлялися, як правило, тільки тяжкі жовтяничні форми недуги. З поліпшенням знань лікарів першої ланки стосовно особливостей клініки цієї патології, також застосування в лабораторній діагностиці реакції непрямой гемаглютинації (РНГА), стало можливим діагностувати й випадки безжовтяничних форм хвороби [4, 5].

Мета дослідження. Вивчити особливості перебігу безжовтяничних форм лептоспірозу в Чернівецькій області на сучасному етапі.

Матеріал і методи. Для аналізу використано медичні карти стаціонарних хворих на лептоспіроз. Вивчено клінічно-епідеміологічні дані, а також результати біохімічних та інструментальних методів дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. У 2007 році зареєстровано 56 хворих на лептоспіроз, у тому числі 12 (21,4 %) з безжовтяничними формами, серед них чоловіків – 10, жінок – 2. Вік десятиох з них перевищував 41 рік.

Найчастіше хворобу реєстрували в червні-серпні (5) та у вересні-жовтні (6), тобто спостерігалася закономірна для лептоспірозу літня сезонність, але підвищена захворюваність продовжувалась і в осінній період, особливо в умовах теплої осені. Очевидно, це зумовлено масовою міграцією гризунів до житла людей, а також характером домашньої роботи в цей період (збір садовини, прибирання в господарських приміщеннях, вилування риби в ставках тощо).

У наших спостереженнях найчастіше хворі вказували на перебування на водоймищах – заняття риболовлю (7), купання в ставку (1) або

вживання води із випадкового джерела (1). При цьому не виключалося проникнення збудників і через ушкоджену шкіру. Хоча 2/3 хворих мали контакт зі свійськими тваринами; встановити наявність у останніх ознак лептоспірозу не вдалося.

Аналіз особливостей клінічного перебігу безжовтяничного лептоспірозу свідчить про те, що, як і за жовтяничних форм, початок хвороби гострий, бурхливий. У більшості випадків хворі вказують не тільки день, але й години появи перших клінічних симптомів: озноб, розлитий головний біль, біль у всьому тілі, біль у правому підребер'ї, у м'язах, особливо литкових, сухість у роті, спрага. У 7 (58,3 %) хворих були кількарязові блювання.

У п'яти хворих (38,4 %) були прояви інфекційно-токсичного шоку із зниженням артеріального тиску до 90/50 – 60/40 мм рт. ст., тахікардією, що потребувало невідкладних заходів зі стабілізації гемодинаміки. У всіх пацієнтів спостерігалася помірна гіперемія шкіри обличчя. Явища склериту виявлені в 6 (50 %) хворих, бронхіту – у 3 (25,0 %). У всіх хворих відзначалась обкладеність язика густими нашаруваннями, його сухуватість, однак характерна гіперемія слизової оболонки ротової порожнини виявлялася лише у 4 (33,3 %) осіб. Біль у животі в 1/3 хворих супроводжувався вираженим метеоризмом, у 2 (16,7 %) осіб був настільки інтенсивним, що зумовив необхідність огляду хірурга.

У всіх хворих пальпаторно і за даними УЗД відзначалося збільшення печінки, її помірна болючість. Збільшення ж селезінки відзначено тільки в одному випадку. Тривалість підвищення температури коливалася від 3 до 13 днів, у середньому, 7 днів. Привертає увагу та обставина, що призначення етіотропних засобів (як правило, пеніциліну) ще на догоспітальному етапі призводило до швидкої нормалізації температури.

Слід відзначити й деякі особливості результатів додаткових методів дослідження. Так, у загальному аналізі крові не було жодного випадку гіперлейкоцитозу – кількість лейкоцитів коливалася у межах $5,2-15,2 \times 10^9/\text{л}$ (у середньому $9,4 \times 10^9/\text{л}$), але постійно відзначався зсув у лейкоформулі вліво. Як і за жовтяничних форм, безжовтяничний лептоспіроз супроводжувався значним підвищенням ШЗЕ (у середньому $32 \pm 4,6$ мм/год), однак у трьох випадках це підвищення виявлялося лише в процесі лікування. Мінімальними були і зміни в сечі: лише в одного хворого виявлено підвищення вмісту білка до 0,264 г/л та поодинокі циліндри, хоча явища олігурії на 2-3-й день хвороби відзначали в чотирьох хворих. У подальшому в них спостерігалось короткочасне підвищення концентрації сечовини і креатиніну в крові. Рівень фібриногену перевищував верхню межу норми у восьми хворих.

Найчастіше чинником безжовтяничних форм лептоспірозу була *L. hebdomatis* (6), *L. grippotyphosa* (3), *L. pomona* (2). По одному випадку хвороби припадало на *L. icterohaemorrhagiae* та *L. Canicola*. Всі випадки безжовтяничного лептоспірозу завершилися сприятливо.

Висновки

1. Лептоспіроз у Чернівецькій області реєструється як спорадична інфекція без тенденції до зниження рівня захворюваності. Викликається представниками п'яти серологічних груп лептоспір (*L. icterohaemorrhagiae*, *L. grippotyphosa*, *L. hebdomatis*, *L. pomona*, *L. Canicola*) і за механізмом передачі найчастіше виступає як кишкова інфекція, а чинником передачі збудника є вода.

2. Поряд із тяжкими жовтяничними формами хвороби понад 20 % випадків припадає на більш легкі безжовтяничні форми, збудником яких переважно виступає *L. hebdomatis*.

3. Безжовтяничним формам лептоспірозу в початковій фазі притаманні ті ж симптоми, що й іктерогеморагічним формам хвороби: раптовий початок із підвищення температури, розлитого головного болю, загальноінтоксикаційних проявів, інколи з розвитком інфекційно-токсичного шоку, міалгій.

4. Ці суб'єктивні ознаки в поєднанні з об'єктивними даними (гіперемія обличчя, склерит, біль у правому підребер'ї, збільшення і болючість печінки) та епідеміологічний анамнез (літньо-осінній період, контакт з водою, особливо в стоячих водоймах, наявність гризунів у господарстві тощо) дають підставу запідозрювати безжовтяничний лептоспіроз на догоспітальному етапі.

Перспективи подальших досліджень. Буде вивчено ефективність антибактерійної та дезінтоксикаційної терапії у хворих на жовтяничні і безжовтяничні форми лептоспірозу.

Література

1. Беляева Т.В. Принципы современной диагностики лептоспироза / Т.В.Беляева, Т.В.Антонова // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2003. – № 2. – С. 71-73.
2. Васильева Н.А. Реологічні властивості крові та стан периферичного кровообігу у хворих на лептоспіроз / Н.А.Васильева, В.С.Копча // Інфекц. хвороби. – 2000. – № 4. – С. 35-39.
3. Дикий Б.М. Особливості перебігу лептоспірозу та стан судинно-тромбоцитарного гемостазу у хворих похилого віку / Б.М.Дикий, В.Ф.Пюрик, О.Я.Пришляк // Інфекц. хвороби. – 2005. – № 2. – С. 24-27.
4. Матяш В.И. Патогенетические особенности инфекционно-токсического шока при лептоспирозе / В.И.Матяш // Сучасні інфекції. – 2000. – № 3. – С. 59-62.
5. Пришляк О.Я. Клініко-лабораторні зміни гепатобілярної системи в реконвалесцентів після лептоспірозу / О.Я.Пришляк // Бук. мед. вісник. – 2004. – Т. 8, № 4. – С. 39-41.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ БЕЗЖЕЛТУШНЫХ ФОРМ ЛЕПТОСПИРОЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ*А.М.Сокол, В.Д.Москалюк, Ю.А.Рандюк*

Резюме. Описаны особенности клиники и диагностики безжелтушных форм лептоспироза. Установлено, что начальной фазе болезни присуще те же симптомы, что и иктерогемоторагическим формам болезни: внезапное начало с повышения температуры, диффузной головной боли, общеинтоксикационных проявлений, иногда с развитием инфекционно-токсического шока, миалгий.

Ключевые слова: лептоспироз, безжелтушные формы.

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL PRESENTATION AND DIAGNOSTICS OF BENIGN FORMS OF LEPTOSPIROSIS AT THE PRESENT STAGE*A.M.Sokol, V.D.Moskaliuk, Yu.O.Randiuk*

Abstract. The specific characteristics of the clinical presentation and diagnostics of benign forms of leptospirosis have been described. It has been established that the same symptoms which characterize the incipient phase of the disease are intrinsic to icterohemorrhagic forms of the disease: a sudden onset with a rise of temperature, diffuse headache, general intoxicating manifestations, sometimes with the development of infectious-toxic shock, myalgia.

Key words: leptospirosis, nonicteric forms.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.І.Волошин

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol. 12, № 3. – P.30-32

Надійшла до редакції 14.04.2008 року

УДК 616.12-008.331.1+616.137.87-007.271-089.168.1]-06:612.13

*В.В.Білочицька***СТАН ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, ПОЄДНАНУ З АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК ДО ТА ПІСЛЯ ВИКОНАННЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ**Кафедра поліклінічної справи та сімейної медицини (зав. – проф. В.Б.Гошинський)
Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського

Резюме. Проведено аналіз стану центральної гемодинаміки у 82 хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з атеросклеротичною оклюзією в аорто-стегновому сегменті. Встановлено, що до виконання реконструктивної операції у цієї категорії хворих переважає гіперкінетичний тип центральної гемодинаміки. Після виконання оперативного втручання в 52,44 % випадків

настає зміна типу центральної гемодинаміки у бік збільшення числа осіб із гіперкінетичним та гіпокінетичним типами ЦГ із одночасним зменшенням хворих з еукінетичним типом ЦГ.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, центральна гемодинаміка, атеросклероз магістральних артерій нижніх кінцівок, реконструктивні оперативні втручання.

Вступ. Не викликає сумніву, що безпосередні та віддалені результати лікування хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) на тлі оклюзійних захворювань магістральних артерій нижніх кінцівок залежать від стану центральної та периферичної гемодинаміки, колатерального кровообігу [1, 3].

В умовах хронічної ішемії кінцівки при поширенні атеросклеротичного процесу на аорто-стегновий сегмент повинні відбуватися суттєві зміни в гемодинаміці, у першу чергу, у локальному кровообігу, як у зоні стенозу, так і в післястенотичній ділянці за рахунок зростання периферичного судинного опору. Виявлення цих змін та їх утримування при лікуванні артеріальної гіпертензії в осіб з оклюзійними захворюваннями магістра-

льних артерій нижніх кінцівок після виконання реконструктивних оперативних втручання є однією з важливих запорок запобігання “синдрому обкрадання” [1, 2], наслідком якого може бути ішемія головного мозку та серця, а також ранні післяопераційні тромбози ділянок реконструкції.

Неадекватна антигіпертензивна терапія без урахування стану центральної та периферичної гемодинаміки в конкретного хворого може значно посилити прояви вищезгаданого синдрому.

Мета дослідження. Вивчити стан центральної гемодинаміки в осіб при поєднанні артеріальної гіпертензії з атеросклеротичним ураженням магістральних артерій нижніх кінцівок до та після виконання реконструктивних оперативних втручання.