

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 иктерогеморрагическим 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-стеговому 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-стеговий 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.

Матеріал і методи. У дослідження включені 153 хворих (контрольна група), в яких не виявлено атеросклеротичних уражень магістральних артерій нижніх кінцівок. Основна група – 82 хворих, в яких АГ поєднана з атеросклеротичною оклюзією магістральних артерій нижніх кінцівок на рівні аорто-стегнового сегмента з хронічною артеріальною недостатністю II-III стадії за класифікацією Fontaine [4].

Із 82 пацієнтів, у 25 (30,49 %) осіб встановлена АГ м'якого ступеня, у 34 (41,46 %) осіб – помірний та у 23 (28,05 %) – тяжкий ступінь АГ. Із них I стадія захворювання виявлена в 31 (37,8 %) пацієнта, II стадія – у 51 (62,2 %) особи. Середній вік пацієнтів – (54,5±0,9) роки, серед них чоловіків – 79, жінок – 3. У всіх обстежених хворих патологія діагностована відповідно із класифікаційними критеріями ВООЗ та Міжнародного товариства з АГ (1999).

Стан центральної та периферичної гемодинаміки визначали за допомогою програмно-апаратного комплексу автоматизованого аналізу реокардіограм УСРГ-01 “CARDIO” (2002). Аналізувалися ударний об'єм серця (УО), ударний індекс (УІ), хвилинний об'єм кровотоку (ХОК), систолічний індекс (СІ), загальний периферійний судинний опір (ЗПСО) $0,1 \times \text{кПа} \times \text{с/л}$, питомий периферійний судинний опір (ППСО) $0,1 \times \text{кПа} \times \text{с}/(\text{л} \times \text{м}^2)$.

Ультразвукове обстеження проводили за допомогою апарата ALOKA SSD 2000 та ESAOTE Megas CVX (2005). Використовували датчики лінійного формату із частотою ультразвукового випромінювання від 5 до 15 МГц. Дуплексне сканування аорто-стегнового сегмента давало інформацію про товщину, форму, структуру та межі артеріальної стінки, діаметр просвіту на рівні стенотичної та післястенотичної ділянки, їх прохідність у В – режимі. Також оцінювали гемодинамічні феномени з використанням ефекту Доплера.

Для визначення рівня оклюзії УЗД судин нижніх кінцівок доповнювали серійною аорто- або артеріографією, які здійснювали шляхом катетеризації стегнової артерії за Сельдінгером. За наявності оклюзії на рівні біфуркації аорти контрастну речовину вводили шляхом пункції черевної аорти або через катетеризацію плечової артерії.

Результати дослідження та їх обговорення.

Встановлено, що атеросклеротична оклюзія аорто-стегнового сегмента в основній групі хворих сприяє збільшенню питомої ваги пацієнтів із гіперкінетичним типом центральної гемодинаміки (ЦГ). Так, в основній групі частина осіб із гіперкінетичним типом ЦГ становить 42,68 % (табл. 1), у той же час у контрольній групі вона становить – 13,07 %. Що стосується еукінетичного типу ЦГ, то в основній і контрольній групі він розподілився відповідно на 31,71 % та 50,98 %. Гіпокінетичний тип ЦГ відмічено у 25,61 % осіб основної групи та значно більше в контрольній групі пацієнтів (35,95 %).

При аналізі показників, що характеризують ЦГ, встановлено, що існує суттєва різниця між їх величинами в контрольній та основній групі хворих. Так, рівень УІ та СІ у всіх пацієнтів нижчий у контрольній групі, відповідно в 1,4 ($p < 0,05$) і 1,3 ($p < 0,01$) рази. У той же час загальний та питомий периферичний судинний опір у всіх пацієнтів основної групи більший, ніж у пацієнтів контрольної групи. Так, при гіперкінетичному типі ЦГ їх величини в 1,6 ($p < 0,001$) та 1,7 ($p < 0,001$) рази вищі, ніж у практично здорових осіб. Після виконання реконструктивних операцій на аорто-стегновому сегменті констатовано зміну типу ЦГ у 52,44 % осіб. Після групування хворих за типами ЦГ (табл. 2), які сформувалися після виконання реконструктивних операцій, встановлено, що кількість пацієнтів із гіпер- та гіпокінетичними типами збільшилась, відповідно на 8,57 і 38,09 %, а з еукінетичним типом ЦГ – зменшилась на 44,99 %.

Таблиця 1

Показники центральної гемодинаміки в пацієнтів із атеросклеротичною оклюзією аорто-стегнового сегмента ($M \pm m$)

Тип ЦГ	Кількість обстежених		Показник ЦГ			
	абс. п	%	УІ, мл/м ²	СІ, л/(хв×м ²)	ЗПСО, кПа×с/л	ППСО, кПа×с/(л×м ²)
Гіперкінетичний						
Контроль	20	13,07	56,55±3,22	4,42±0,23	107,25±6,98	59,67±4,34
Хворі	35	42,68	41,56±3,19	3,72±0,15	166,15±9,24	92,53±8,59
р			<0,05	<0,05	<0,001	<0,001
Еукінетичний						
Контроль	78	50,98	51,06±3,43	3,68±0,19	120,97±8,34	74,16±4,92
Хворі	26	31,71	36,97±3,20	3,08±0,14	201,73±9,57	121,02±9,52
р			<0,05	<0,01	<0,001	<0,001
Гіпокінетичний						
Контроль	55	35,95	46,58±3,24	3,16±0,16	145,96±8,56	84,20±8,32
Хворі	21	25,61	32,24±2,95	2,39±0,14	240,61±7,23	139,86±8,45
р			<0,05	<0,01	<0,001	<0,001

Таблиця 2

Показники центральної гемодинаміки в пацієнтів з атеросклеротичною оклюзією до та після реконструкції аорто-стегнового сегмента ($M \pm m$)

Тип ЦГ	Кількість обстежених		Показник ЦГ			
	абс. п	%	УІ, мл/м ²	СІ, л/(хв×м ²)	ЗПСО, кПА×с/л	ППСО, кПА×с/(л×м ²)
Гіперкінетичний						
До операції	35	42,68	41,56±3,19	3,72±0,15	166,15±9,24	92,53±8,59
Після	38	46,34	47,08±3,09	3,74±0,22	159,23±9,72	90,96±8,12
р			<0,05	<0,5	<0,05	<0,05
Еукінетичний						
До операції	26	31,71	36,97±3,20	3,08±0,14	201,73±9,57	121,02±9,52
Після	15	18,29	38,85±2,51	3,10±0,21	186,59±8,14	120,58±9,07
р			<0,5	<0,05	<0,1	<0,1
Гіпокінетичний						
До операції	21	25,61	32,24±2,95	2,39±0,14	240,61±7,23	139,86±8,45
Після	29	35,37	31,11±2,20	2,60±0,21	219,39±9,54	136,25±9,74
р			<0,05	<0,5	<0,01	<0,01

Таблиця 3

Показники ЦГ у пацієнтів із доопераційним гіперкінетичним типом після виконання реконструктивної операції ($M \pm m$)

Тип ЦГ	Кількість обстежених		Показник ЦГ			
	абс.	%	УІ, мл/м ²	СІ, л/(хв×м ²)	ЗПСО, кПА×с/л	ППСО, кПА×с/(л×м ²)
До операції	35		41,56±3,19	3,72±0,15	166,15±9,24	92,53±8,59
Після операції. Гіперкінетичний	20	57,14	50,45±2,80	3,70±0,21	130,97±8,60	71,88±7,03
р			<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Еукінетичний	7	20,0	41,17±2,54	3,18±0,20	168,87±9,11	95,45±8,17
р			<1,0	<0,5	<1,0	<1,0
Гіпокінетичний	8	22,86	32,83±2,92	2,96±0,21	189,02±9,68	121,42±8,5
р			<0,05	<0,01	<0,01	<0,05

Таблиця 4

Показники ЦГ у пацієнтів із доопераційним гіпокінетичним типом після виконання реконструктивної операції ($M \pm m$)

Тип ЦГ	Кількість обстежених		Показник ЦГ			
	абс.	%	УІ, мл/м ²	СІ, л/(хв×м ²)	ЗПСО, кПА×с/л	ППСО, кПА×с/(л×м ²)
До операції	21		33,24±2,95	2,39±0,14	240,61±10,32	139,66±9,5
Після операції. Гіперкінетичний	3	14,29	45,56±3,02	3,82±0,17	160,59±9,58	86,07±9,01
р			<0,01	<0,001	<0,001	<0,001
Еукінетичний	8	38,10	38,25±2,99	3,07±0,22	191,64±10,01	110,51±9,1
р			<1,0	<0,5	<1,0	<1,0
Гіпокінетичний	10	47,62	30,19±3,01	2,33±0,19	228,17±9,68	143,63±9,3
р			<0,5	<0,1	<0,5	<0,1

Порівняльний аналіз показників ЦГ свідчить про те, що в осіб із доопераційним гіперкінетичним типом він зберігся у 57,1 % випадків. В інших 42,8 % він майже порівну був розподілений між еукінетичним (7 пацієнтів) і гіпокінетичним (8 пацієнтів) типами ЦГ. Пацієнти із доопераційним еукінетичним типом після виконання реконструктивної операції розподілилися майже з однаковою частотою за типами ЦГ (гіперкінетичний – 34,6 %, еукінетичний – 30,7 % та гіпокінетичний – 34,6 %). Що стосується осіб із гіпокінетичним типом ЦГ, то після операції він зберігся у 47,6 % випадків, а в 38,1 % та 14,2 % сформувався відповідно еукінетичний та гіперкінетичний тип ЦГ. Цікавою є динаміка показників, що характеризують ЦГ у післяопераційному періоді. Так, у пацієнтів із доопераційним гіперкінетичним типом (табл. 3), в яких він зберігся після реконструкції аорто-стегнового сегмента, показники УІ та СІ були відповідно в 1,2 ($p < 0,05$) та 1,1 рази ($p < 0,5$) вищими, ніж до хірургічного втручання.

Водночас у них відмічено зниження в 1,3 ($p < 0,05$) рази як загального, так і питомого периферичного судинного опору порівняно з результатами, що отримані до виконання реконструктивної операції.

Щодо пацієнтів із гіпокінетичним типом ЦГ, то в 14,2 % випадків настала його зміна на гіперкінетичний тип (табл. 4). У вказаній групі пацієнтів показники УІ та СІ були відповідно в 1,4 ($p < 0,01$) та в 1,6 ($p < 0,001$) рази вищими, ніж до виконання реконструктивної операції. Одночасно відмічено зниження відповідно в 1,4 ($p < 0,001$) та в 1,7 ($p < 0,001$) рази загального і питомого периферичного судинного опору. У той же час, у хворих, в яких відмічено збереження гіпокінетично-

го типу ЦГ, зазначені показники дещо нижчі, ніж до операції.

Висновок

Реконструктивні оперативні втручання на аорто-стегновому сегменті в певній частині хворих призводять до зміни типу центральної гемодинаміки. Виявлено три типи реакції серцево-судинної системи на ревазуляризацію нижніх кінцівок, які необхідно враховувати при призначенні антигіпертензивних препаратів.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи отримані дані, у подальшому планується вивчити вплив різних класів антигіпертензивних препаратів на стан центральної та периферичної гемодинаміки.

Література

1. Ковальчук Л.Я. Синдром “обкрадання” при реконструкції аорто-стегнового сегмента, причини розвитку та шляхи попередження / Л.Я.Ковальчук, І.К.Венгер, С.Я.Костів // Шпит. хірургія. – 2003. – № 3. – С. 6-9.
2. Профилактика гипертензионного синдрома в период пробуждения после реконструктивных операций на сонных артериях / В.В.Лихванцев, В.В.Печерица, В.В.Казенко [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2000. – № 3. – С. 102-103.
3. Структурно-гемодинамичні аспекти атеросклеротичної оклюзії аорто-стегнового сегмента / І.К.Венгер, С.Я.Костів, Л.В.Шкробот [та ін.] // Вісн. наук. досліджень. – 2004. – № 3. – С. 111-112.
4. Fagrell B. Critical limb ischaemia: comments on consensus document / B.Fagrell // J. Intern.Med. – 1994. – V. 231. – P. 197-198.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЁННЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

В.В.Белоцицкая

Резюме. Произведён анализ состояния центральной гемодинамики у 82 больных с артериальной гипертензией, сочетанной с атеросклеротической окклюзией в аорто-бедренном сегменте. Установлено, что до произведения реконструктивных операций у этой категории больных доминирует гиперкинетический тип центральной гемодинамики. После произведённых операций у 52,44 % случаев наступает изменение типа центральной гемодинамики в сторону увеличения больных с гиперкинетическим и гипокинетическим типами ЦГ с одновременным уменьшением больных с эукинетическим типом ЦГ.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, центральная гемодинамика, атеросклероз магистральных артерий нижних конечностей, реконструктивные операции.

STATUS OF CENTRAL HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION COMBINED WITH ATHEROSCLEROTIC INJURY OF THE MAIN ARTERIES OF THE LOWER LIMBS PRIOR TO AND FOLLOWING RECONSTRUCTIVE SURGERY

V.V.Bilochytska

Abstract. An analysis of the status of central hemodynamics (CH) in 82 patients with arterial hypertension combined with atherosclerotic occlusion in the aorto-femoral segment was performed. It was determined that prior to reconstructive surgery, the hyperkinetic type of central hemodynamics prevailed in this category of patients. 52,44 per cent of surgical

interventions resulted in a change of central hemodynamics towards an increase in the number of persons with both the hyperkinetic and hypokinetic CH types and a simultaneous decrease in the number of patients with the eukinetic CH type.

Key words: arterial hypertension, central hemodynamics, atherosclerosis of main arteries of lower limbs, reconstructive surgery.

I.Ya.Horbachevskiy State Medical University (Ternopil')

Рецензент – проф. О.С.Полянська

Buk. Med. Herald. – 2008. – Vol. 12, № 3. – P.32-36

Надійшла до редакції 15.04.2008 року

УДК 616-002.78:616.36/366-07

О.В.Пішак, О.І.Волошин, Г.І.Арич, І.В.Лукашевич, Б.П.Сенюк

ЧАСТОТА ТА ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕНЬ ОРГАНІВ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ: ВПЛИВ, ПЕРЕБІГ І ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, клінічної імунології та алергології (зав. – проф. О.І.Волошин)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Досліджено частоту та особливості уражень органів гепатобіліарної системи у 81 хворого на подагру за даними біохімічного дослідження крові та ультразвукового обстеження. Встановлено, що зі зростанням давності подагри підвищується частота і вираженість уражень гепатобіліарної системи, ожиріння, які

стають чинниками обтяження перебігу подагри, знижують ефективність антиподагричної терапії, сприяють підвищенню частоти загострень та виникненню побічних ефектів від традиційних методів лікування цієї недуги.

Ключові слова: подагра, гепатобіліарна система, ультразвукове дослідження.

Вступ. Подагра – системне тофусне захворювання з відкладенням у різних тканинах кристалів мононатрію урату і розвитком, у зв'язку з цим, запалення в осіб із гіперурикемією, зумовленою зовнішньосекреторними і (або) генетичними чинниками. Беручи до уваги спільну етіологію подагри та уражень гепатобіліарної системи (ГБС) (аліментарні порушення, підвищена схильність до вживання алкогольних напоїв, частий і неконтрольований прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), супутня опасистість), актуальним є дослідження стану органів ГБС у зазначеної категорії пацієнтів. За даними клінічно-інструментального обстеження хворих на подагру, ознаки ураження паренхіми печінки спостерігали в 25 % випадків [1]. Комплексне дослідження функції печінки виявило, що поряд із гепатомегалією (у 25,8 % випадків) за подагри часто порушується її функціональний стан.

Мета дослідження. Вивчити частоту та особливості уражень органів ГБС у хворих на подагру, їх вплив на клінічний перебіг та прояви подагри.

Матеріал і методи. Обстежено 81 хворого на первинну подагру віком від 35 до 74 ($53,25 \pm 0,93$) років, що перебували на стаціонарному лікуванні. Серед них чоловіків було 78 (96,3 %) і три (3,7 %) жінки, тривалість захворювання склала від 1 до 27 ($7,82 \pm 0,81$) років. Діагноз подагри встановлювали на підставі діагностичних критеріїв Інституту ревматології Російської академії медичних наук (1985). Легкий перебіг подагри констатовано в 28 (34,6 %) хворих, перебіг середньої тяжкості – у 38 (46,9 %), тяжкий – у 15

(18,5 %) пацієнтів. Гострий артрит встановлено в 9 (11,1 %) хворих, інтермітуючий (у фазі загострення) – у 45 (55,6 %), хронічний (у фазі загострення) – у 24 (29,6 %), хронічний тофусний артрит – у 3 (3,7 %) обстежених. Комплекс біохімічних досліджень здійснювали на біохімічному аналізаторі „Ultra” (фірма „Kone”, Фінляндія). Ультразвукове дослідження (УЗД) печінки і жовчного міхура здійснювалося на ультразвуковому діагностичному апараті „Shimadzu SDU 500”.

Результати дослідження та їх обговорення. Помірні скарги, які характерні для ураження ГБС, виявляли тільки у 28 (34,6 %) хворих. Зокрема, тяжкість у правому підребер'ї відмічали 28 (34,6 %) пацієнтів, у лівому – 26 (32,1 %), помірний біль у правому підребер'ї (періодично, після вживання жирної і/або смаженої їжі) – 27 (33,3 %), здуття живота – 24 (29,6 %), періодично проноси – 10 (12,4 %), запори – 22 (27,2 %). Як правило, саме ці пацієнти були гурманами та мали схильність до відносно частого вживання алкогольних напоїв.

При об'єктивному обстеженні надмірну масу тіла виявлено у 65,5 % пацієнтів, ожиріння III-IV ст. – у 14,5 %. Збільшення розмірів печінки констатовано у 30 (37,0 %) хворих, болочість при пальпації у правому підребер'ї – у 26 (32,1 %) обстежених.

За результатами лабораторних досліджень у 53 (65,4 %) хворих виявлені ознаки, які свідчили про помірні ураження печінки і жовчного міхура. Так, помірне підвищення рівня загального білірубину зареєстровано в 19 (23,5 %) пацієнтів, холестерину – у 14 (17,3 %), проте тригліцеридів – вже