

THE OPTIMAL CHOICE OF ANTIHYPERTENSIVE THERAPY IN PATIENTS WITH
COMORBID DISEASES: CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND
ESSENTIAL HYPERTENSION. JUSTIFICATION IS BASED ON PERSONAL EXPERIENCE

L.V. Rasputina

Abstract. The aim of our study was to evaluate the effectiveness of various schemes of antihypertensive therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease and concomitant hypertension. Three different schemes of combined therapy with antihypertensive drugs have been assessed. It has been established that prolonged use of a combination of ACE inhibitors and beta-blockers caused a significant decrease in heart rate, in the number of episodes of painful and silent myocardial ischemia, ventricular extrasystoles of high grade. When combined, ACE inhibitor and diuretic decrease the value of the functional class of heart failure, the positive inotropic effect and the quality of life parameters improve significantly. A combination of ramipril and amlodipine had much better antyremodulating effect, and the pressure in the pulmonary arteries dropped. At the same time, all three therapies equally effectively reduced the level of office pressure.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, hypertension, antihypertensive therapy.

Pirogov National Medical University (Vinnitsa)

Рецензент – проф. Л.П. Сидорчук

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 1 (69). – P. 82-87

Надійшла до редакції 25.11.2013 року

© Л.В. Распутіна, 2014

УДК 616.147.3-007.64-085

*Р.В. Сабадош¹, О.В. Пиптюк¹, А.Є. Богуш², В.Д. Скрипко¹, М.Д. Ризюк¹,
С.Б. Телемуха¹, Д.Ю. Хомин², Р.Д. Драгомирецький²*

МАЛА ПІДШКІРНА ВЕНА ТА ГОСТРИЙ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТ
НИЖНІХ КІНЦІВОК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»¹
Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня²

Резюме. Для порівняння ролі малої і великої підшкірних вен (МПВ і ВПВ) у розвитку гострого варикотромбофлебіту (ГВТФ) нижніх кінцівок проведено обстеження 236 пацієнтів із тромботичним процесом на 250 кінцівках. Найбільш незалежно роль МПВ та ВПВ при ГВТФ представляв показник частоти тромбозу цих вен серед кінцівок із рефлюксом одночасно у МПВ і ВПВ. За цим показником, статистично значимої відмінності між МПВ і ВПВ не виявлено ($p=0,669$): 49,0 % (95 % ДІ 34,8-63,4 %) проти 45,1 % (95 % ДІ 31,1-59,7 %). Такий результат засвідчив, що традиційно декларована більша частота тромбозу ВПВ серед загаль-

ної кількості осіб із ГВТФ зумовлена виключно частішою наявністю патологічного рефлюксу в цій вені. Частота ж тромбозу гілок ВПВ виявилася значно вищою, ніж частота тромбозу гілок МПВ, незалежно від того, в яких групах відбувалося порівняння (у всіх випадках $p<0,05$). Результати дослідження вказують на те, що роль МПВ при ГВТФ часто недооцінюється, а ретельне обстеження патології її системи може покращати наслідки лікування осіб із ГВТФ.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт нижніх кінцівок, мала підшкірна вена.

Вступ. Гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ) нижніх кінцівок привертає до себе увагу насамперед тому, що нерідко супроводжується тяжкими тромбоемболічними ускладненнями [1]. У недавньому систематичному огляді виявлено, що в 6-44 % пацієнтів із діагнозом ГВТФ спостерігається тромбоз глибоких вен, а у 2-13 % – симптомна тромбоемболія легеневої артерії [7].

Найважливіше для успішної профілактики цих ускладнень – це ретельна діагностика розповсюдження тромботичного процесу. У більшості випадків тромботичні маси локалізуються в системі великої підшкірної вени (ВПВ) [6]. При традиційній настороженості щодо ВПВ часто незаслужено залишається поза увагою тромбофлебіт малої підшкірної вени (МПВ). Ситуація мало змінилася і після

появи та вдосконалення ультразвукового дуплексного та триплексного сканування венозної системи, яке дало змогу виявляти тромбофлебіт МПВ навіть при субклінічному перебігу. При цьому, ігнорування МПВ трапляється не лише в одноцентрових, але й у рандомізованих багаточентрових дослідженнях. В одному з недавніх таких досліджень, проведених на 3002 пацієнтах, про тромбофлебіт МПВ не вказано в жодного пацієнта [4]. Дані поодиноких дослідників свідчать про надзвичайно важливу роль МПВ при ГВТФ, вказуючи на те, що її тромботичне ураження супроводжується тромбозом глибоких вен у 65,6 % або й навіть у 82 % випадків [5, 3].

Такі суперечливі дані примусили нас провести власне дослідження частоти та ролі тромбозу МПВ при ГВТФ для оптимізації лікувальної так-

тики в таких осіб та адекватної профілактики тромбоемболічних ускладнень.

Мета дослідження. Покращати лікування хворих на ГВТФ нижніх кінцівок на основі вивчення ролі МПВ у його розвитку.

Матеріал і методи. В умовах Івано-Франківської центральної міської клінічної лікарні проведено одномоментне аналітичне дослідження з обстеженням 236 пацієнтів із ГВТФ нижніх кінцівок, у яких він спостерігався на 250 кінцівках на тлі варикозної хвороби. У 14 (5,9 %) осіб ГВТФ спостерігався на двох нижніх кінцівках, кожна з яких була уражена варикозною хворобою. З них у 9 (3,8 %) осіб ГВТФ на різних кінцівках виникав у різний час, а в 5 (2,1 %) – одночасно. Ще у 3 (1,3 %) осіб на протилежній нижній кінцівці також спостерігався ГВТФ, але на тлі не варикозної хвороби, а варикозної форми постфлеботромботичної хвороби: у 2 (0,9 %) – одночасно з протилежною кінцівкою, і в 1 (0,4 %) – у різний термін. Ці три кінцівки з ГВТФ на тлі варикозної форми постфлеботромботичної хвороби в дослідження не включені. Середній вік пацієнтів склав 57,2 року (від 23 до 83 років). Жінок було 169 (71,6 %), а чоловіків – 67 (28,4 %). На восьми кінцівках (3,2 %) до виникнення ГВТФ ступінь хронічних венозних розладів за критерієм «С» класифікації CEAP характеризувався як С2, на 112 кінцівках (44,8 %) – як С3, на 123 (49,2 %) – як С4, на 2 (0,8 %) – як С5 і на 5 (2 %) – як С6. На 22 нижніх кінцівках (8,8 %) ГВТФ виник на тлі рецидиву ВХ.

Всім пацієнтам до початку лікування проведено ультразвукове триплексне сканування венозної системи ураженої нижньої кінцівки (апарат „GE Logiq 500 PRO”, США) з детальним картуванням усіх патологічних венозних рефлюксів та ділянок поширення тромботичного процесу. Особливу увагу звертали на систему МПВ.

Для порівняння ролей МПВ і ВПВ при ГВТФ розраховувалися частоти тромбозу кожної з цих вен та їх гілок у різних групах кінцівок: 1) серед усіх кінцівок; 2) серед кінцівок, у яких тромботичний процес локалізувався в системах ВПВ і МПВ одночасно, але тромбованою була лише одна з цих вен; 3) серед загальної кількості кінцівок із патологічним рефлюксом у досліджуваній вені (незалежно від того, чи спостерігався він на іншій вені); 4) серед кінцівок з рефлюксом виключно в досліджуваній вені; 5) серед кінцівок із рефлюксом одночасно в МПВ і ВПВ.

Статистична обробка даних досліджень проводилася з допомогою програмного забезпечення «Microsoft Excel 2010» (Microsoft, США), «STATISTICA 10» (StatSoft, США) та «R» (Revolution Analytics, США). При цьому проводилися: 1) визначення точних довірчих інтервалів для відносних величин, вимірних у відсотках; 2) порівняння відносних частот настання певних подій в одній групі за аналогом z-критерію для різних подій в одній вибірці; 3) порівняння відносних частот настання певних подій

у різних групах за точним критерієм Fisher. Критичний рівень значущості (p) при перевірці статистичних гіпотез у даному дослідженні приймали рівним 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед обстежених нами 250 нижніх кінцівок із ГВТФ тромботичний процес у системі МПВ локалізувався на 50 кінцівках, тобто у 20,0 % (тут і далі – відсоток від загальної кількості нижніх кінцівок із ГВТФ) випадків (95 % ДІ 15,2-25,5 %). На 8 (3,2 %; 95 % ДІ 1,4-6,2 %) із цих кінцівок тромботичні маси знаходилися в гілках МПВ: у чотирьох осіб (1,6 %; 95 % ДІ 0,4-4,0 %) верхній край тромбу візуалізувався в нижній половині гомілки і ще в 4 (1,6 %; 95 % ДІ 0,4-4,0 %) – в її верхній половині. На решті 42 кінцівках (16,8 %; 95 % ДІ 12,4-22,0 %) тромботичним процесом був уражений стовбур МПВ. При цьому, верхній край тромбу знаходився в дистальній половині МПВ лише в одній особі (0,4 %; 95 % ДІ 0,0-2,2 %), а в її проксимальній половині – у 41 (16,4 %; 95 % ДІ 12,0-21,6 %).

Частота локалізації верхівки тромбу в стовбурі МПВ була статистично високозначимо більшою, ніж у гілках МПВ ($p < 0,001$). При цьому тромб значно частіше виявлявся в проксимальній частині вени, ніж у дистальній ($p < 0,001$).

У системі ВПВ тромботичний процес локалізувався на 218 кінцівках, тобто у 87,2 % (95 % ДІ 82,4-91,1 %) випадків. На 91 (36,4 %; 95 % ДІ 30,4-42,7 %) із цих кінцівок тромботичні маси знаходилися в гілках ВПВ: у 37 осіб (14,8 %; 95 % ДІ 10,6-19,8 %) верхній край тромбу візуалізувався на гомілці й у 54 (21,6 %; 95 % ДІ 16,7-27,2 %) – на стегні. На решті 127 кінцівок (50,8 %; 95 % ДІ 44,4-57,2 %) тромботичним процесом був уражений стовбур ВПВ. При цьому верхній край тромбу знаходився в гомілковому сегменті ВПВ лише у 21 особи (8,4 %; 95 % ДІ 5,3-12,6 %), а в стегновому – у 106 (42,4 %; 95 % ДІ 36,2-48,8 %).

Загалом серед усіх хворих на ГВТФ тромби в системі МПВ локалізувалися статистично значимо рідше, ніж у системі ВПВ ($p < 0,001$). При цьому рідше виявлялися тромби як у гілках МПВ ($p < 0,001$), так і в її стовбурі ($p < 0,001$). Згідно з цими результатами можна дійти висновку, що МПВ відіграє в розвитку ГВТФ меншу роль, ніж ВПВ.

Але якщо розглянути лише тих осіб, у кого тромботичний процес локалізувався в системах ВПВ і МПВ одночасно, отримуємо зовсім інші дані. Серед усіх спостережуваних кінцівок одночасна локалізація тромбів у системах ВПВ і МПВ була виявлена на 21 кінцівці (8,4 %; 95 % ДІ 5,3-12,6 %), з яких на двох кінцівках (0,8 %; 95 % ДІ 0,1-2,9 %) тромботичним процесом уражені лише гілки ВПВ та МПВ, на одній (0,4 %; 95 % ДІ 0,0-2,2 %) – стовбур ВПВ та гілки МПВ, на 5 (2,0 %; 95 % ДІ 0,7-4,6 %) – стовбур МПВ та гілки ВПВ, на 13 (5,2 %; 95 % ДІ 2,8-8,7 %) – стовбури ВПВ і МПВ одночасно. Якщо ж виокремити ті шість

кінцівок із тромботичним процесом у двох системах поверхневих вен, на яких був тромбований стовбур лише однієї магістральної підшкірної вени, то серед них частота тромбозу МПВ у поєднанні з гілками ВПВ була статистично значимо більшою, ніж частота тромбозу ВПВ у поєднанні з гілками МПВ ($p=0,028$): 5 із 6 (83,3 %; 95 % ДІ 35,9-99,6 %) проти 1 із 6 (16,7 %; 95 % ДІ 0,4-64,1 %).

На наш погляд, показники частоти тромбування МПВ чи ВПВ серед усіх хворих на ГВТФ та серед осіб із тромботичним процесом у системах обох вен одночасно не найкраще відображають їх роль за даної патології.

Одним із показників, які точніше характеризують роль ВПВ і МПВ при ГВТФ, на нашу думку, є частота їх тромбування серед тих осіб, у яких до його розвитку спостерігався патологічний рефлюкс у цих венах. Оскільки в дане дослідження увійшли хворі лише з варикотромбофлебітом і не входили пацієнти з тромбофлебітом незмінених варикозним процесом вен, то осіб із тромбованими ВПВ і МПВ зараховували до осіб з рефлюксом на цих венах.

Враховуючи даний аспект, загалом патологічний рефлюкс у стовбурі чи гирлі МПВ спостерігався на 72 кінцівках (28,8 %; 95 % ДІ 23,3-34,8 %), а в стовбурі і/чи гирлі ВПВ – на 226 (90,4 %; 95 % ДІ 86,1-93,8 %). З них патологічний рефлюкс у стовбурах і/чи гирлах ВПВ і МПВ одночасно виявлений на 51 кінцівці (20,4 %; 95 % ДІ 15,6-25,9 %), лише у МПВ – на 21 (8,4 %; 95 % ДІ 5,3-12,6 %), лише у ВПВ – на 175 (70,0 %; 95 % ДІ 63,9-75,6 %).

Якщо рахувати усіх хворих із патологічним рефлюксом у МПВ (і тих, у кого він реєструвався лише в цій вені, і тих, у кого він поєднувався з рефлюксом у ВПВ), то частота тромбозу МПВ у таких осіб склала 42/72 (58,3 %; 95 % ДІ 46,1-69,8 %), а частота тромбозу ВПВ при ГВТФ серед усіх осіб із патологічним рефлюксом на цій вені – 127/226 (56,2 %; 95 % ДІ 49,5-62,8 %). Статистично значимої різниці між цими частотами не виявлено, оскільки довірчі інтервали їх повністю перекривалися. Отже, за наявності патологічного рефлюксу в МПВ (із рефлюксом чи без нього у ВПВ) її тромбоз трапляється не рідше, ніж тромбоз варикозно зміненої ВПВ.

На противагу цьому, тромбоз гілок ВПВ при патологічному рефлюксі в її стовбурі траплявся на 91/226 кінцівках (40,3 %; 95 % ДІ 33,8-47,0 %), у той час як тромбоз гілок МПВ при рефлюксі в її стовбурі – на 8/72 кінцівках (11,1 %; 95 % ДІ 4,9-20,7 %), що статистично значимо рідше (враховуючи цілковите неперекриття довірчих інтервалів цих двох показників). Однак ВПВ має значно більше гілок, ніж МПВ, і при визначенні частоти тромбозу кожної з гілок зокрема, ситуація могла б дещо змінитися. А оскільки значна частина гілок ВПВ і МПВ непостійна, то адекватно провести такі розрахунки складно.

Показник частоти тромботичного процесу МПВ та ВПВ лише серед осіб із патологічним рефлюксом у цих венах, на наш погляд, об'єктивніше оцінює роль цих вен при ГВТФ, ніж частота тромбозу цих вен серед усіх хворих на ГВТФ. Але певним недоліком цього показника є об'єднання в кожну з підгруп і тих осіб, які мають патологічний рефлюкс на обох венах (ВПВ і МПВ), і тих, що мають його лише на одній із цих вен.

Якщо ж розрахувати частоту тромбозу ВПВ і МПВ серед осіб, які мали патологічний рефлюкс лише в одній із цих вен, то для МПВ цей показник склав 17/21 (81,0 %; 95 % ДІ 58,1-94,6 %), а для ВПВ – 104/175 (59,4 %; 95 % ДІ 51,8-66,8 %). Статистичної значимості різниці цих двох величин не виявлено ($p=0,061$), але показник МПВ мав виражену тенденцію до вищого значення. Разом з тим і цей показник не може претендувати на статус оптимального для виявлення ролі МПВ при ГВТФ. Оскільки при патологічному рефлюксі лише в системі ВПВ або лише в системі МПВ відсутність тромбозу стовбура автоматично свідчила про наявність тромбозу гілок, то отриманий нами результат означав лише те, що різниця в частоті тромбування стовбура та гілок у системі МПВ має тенденцію до більшого значення, ніж така різниця в системі ВПВ.

Найбільш точно роль кожної з вен при ГВТФ, на наш погляд, може відобразити показник частоти їх тромбування в осіб із патологічним рефлюксом одночасно у ВПВ і МПВ, оскільки в таких пацієнтів обидві вени знаходяться в однакових умовах.

Як уже зазначалося, всього спостерігалася 51 нижня кінцівка з патологічним рефлюксом і у ВПВ і в МПВ. Серед таких осіб частота тромбозу стовбурів обох цих вен одночасно склала 13/51 (25,5 %; 95 % ДІ 14,3-39,6 %), частота тромбозу лише ВПВ – 10/51 (19,6 %; 95 % ДІ 9,8-33,1 %), а частота тромбозу лише МПВ – 12/51 (23,5 %; 95 % ДІ 12,8-37,5 %). Отже, загалом у цій групі МПВ була тромбована у 25 з 51 хворого (49,0 %; 95 % ДІ 34,8-63,4 %), а ВПВ – у 23 із 51 (45,1 %; 95 % ДІ 31,1-59,7 %). Ці показники статистично значимо між собою не відрізнялися ($p=0,669$).

Що ж стосується гілок ВПВ і МПВ за наявності патологічних рефлюксів у стовбурах обох цих вен, то одночасно вони були тромбовані лише на 2 із 51 кінцівки (3,9 %; 95 % ДІ 0,5-13,5 %), гілки лише МПВ – теж на 2 (3,9 %; 95 % ДІ 0,5-13,5 %), а гілки лише ВПВ – на 18 (35,3 %; 95 % ДІ 22,4-49,9 %). Тромбоз гілок лише ВПВ траплявся статистично значимо частіше, ніж тромбоз гілок МПВ ($p<0,001$).

Підсумки наших досліджень показали, що серед усіх хворих на ГВТФ частота тромбозу МПВ статистично значимо менша, ніж частота тромбозу ВПВ, але серед осіб із патологічними рефлюксами у ВПВ і МПВ частоти їх тромботичного ураження не відрізняються. А це означає, що за наявності рефлюксу в МПВ імовірність її

тромбозу є не меншою, ніж імовірність тромбозу у варикозно розширеній ВПВ. Більша ж частота тромбування ВПВ серед загальної кількості хворих на ГВТФ зумовлена частішим (ніж у МПВ) виявленням у популяції патологічного рефлюксу у ВПВ. Адже частіше ураження ВПВ при варикозній хворобі сумнівів не викликає [2].

Частота тромбозу гілок ВПВ виявилася статистично значимо більшою від частоти тромбозу гілок МПВ, незалежно від того, яких осіб враховувати: чи усіх хворих на ГВТФ, чи лише осіб з наявністю рефлюксів у ВПВ і МПВ. Саме у зв'язку з цим серед осіб із патологічним рефлюксом одночасно у ВПВ та МПВ тромбоз МПВ у поєднанні з тромбозом гілок ВПВ траплявся статистично значимо частіше, ніж тромбоз ВПВ у поєднанні з тромбозом гілок МПВ.

Проведене нами дослідження показало, що в розвитку ГВТФ роль МПВ не поступається ролі ВПВ. Недооцінка цього твердження може призвести до серйозних діагностичних, і, як наслідок, лікувальних помилок.

Висновки

1. Частота тромботичного ураження малої підшкірної вени серед хворих на гострий варикотромбофлебіт, які мають патологічний рефлюкс у цій вені, статистично значимо не відрізняється від частоти тромбозу ураженої патологічним рефлюксом великої підшкірної вени.

2. Більша частота виявлення тромбозу великої підшкірної вени, порівняно з малою підшкірною веною, серед загальної кількості хворих на гострий варикотромбофлебіт зумовлена частішою наявністю патологічного рефлюксу в цій вені.

3. Частота тромбозу гілок малої підшкірної вени статистично значимо менша, ніж частота тромбозу гілок великої підшкірної вени, незалежно від того, серед яких осіб проводиться порівняння.

4. Частота локалізації верхівки тромбу в стовбурі малої підшкірної вени є вищою, ніж у її гілках ($p < 0,001$), при цьому тромб значно частіше виявляється в проксимальній частині вени, ніж у дистальній ($p < 0,001$).

5. Адекватна діагностика тромботичного процесу в системі малої підшкірної вени може суттєво покращити результати лікування хворих на гострий варикотромбофлебіт нижніх кінцівок.

Перспективи подальших досліджень. Виходячи з отриманих результатів, перспективним, на наш погляд, є вивчення ролі МПВ при ГВТФ у поширенні тромботичного процесу на глибоку венозну систему.

Література

1. Анатоми-топографічні особливості малої підшкірної вени та вибір методу хірургічного лікування гострого варикотромбофлебіту / В.І. Русин, В.В. Корсак, Ю.А. Левчак [та ін.] // *Практ. мед.* – 2011. – № 4. – С. 10-19.
2. Бебуришвили А.Г. Острый тромбофлебит в бассейне большой подкожной вены / А.Г. Бебуришвили, А.В. Шаталов, А.А. Шаталов // *Хирургия.* – 2004. – № 4. – С. 4-8.
3. Гуч А.А. Варикозная болезнь. Классификация, ультразвуковая диагностика / А.А. Гуч, Л.М. Чернуха // *Клін. хірургія.* – 2004. – № 3. – С. 46-51.
4. Fondaparinux for the treatment of superficial-vein thrombosis in the legs / H. Decousus, P. Prandoni, P. Mismetti [et al.] // *The New England Journal of Medicine.* – 2010. – Vol. 363, № 13. – P. 1222-1232.
5. Lesser saphenous vein thrombophlebitis: its natural history and implications for management / E. Ascher, J.N. Hanson, S. Salles-Cunha [et al.] // *Vascular Endovascular Surg.* – 2006. – Vol. 37, № 6. – P. 421-427.
6. Recent findings in the epidemiology, diagnosis and treatment of superficial vein thrombosis / H.D. Coususa, L. Bertoletta, P. Frappe [et al.] // *Thrombosis Research.* – 2011. – Vol. 127 (suppl. 3). – P. S81-S85.
7. Treatment of superficial vein thrombosis to prevent deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a systematic review / I.M. Wichers, M. Di Nisio, H.R. Buller [et al.] // *Haematologica.* – 2005. – Vol. 90, № 5. – P. 672-677.

МАЛАЯ ПОДКОЖНАЯ ВЕНА И ОСТРЫЙ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Р.В. Сабадош¹, А.В. Пытлюк¹, А.Е. Бозуш², В.Д. Скрипка¹, Н.Д. Рызюк¹, С.Б. Телемуха¹, Д.Ю. Хомын², Р.Д. Драгомирецкий²

Резюме. Для сравнения роли малой и большой подкожных вен (МПВ и БПВ) в развитии острого варикотромбофлебита (ОВТФ) нижних конечностей проведено исследование 236 больных с тромботическим процессом на 250 нижних конечностях. Наиболее объективно роль МПВ и БПВ при ОВТФ представлял показатель частоты тромбоза этих вен среди конечностей с рефлюксом одновременно в МПВ и БПВ. За этим показателем статистически значимого различия между МПВ и БПВ не обнаружено ($p=0,669$): 49 % (95 % ДИ 34,8-63,4 %) против 45,1 % (95 % ДИ 31,1-59,7 %). Такой результат свидетельствовал о том, что традиционно декларируемая большая частота тромбоза БПВ среди общего количества больных с ОВТФ обусловлена исключительно более частым наличием патологического рефлюкса в этой вене. Частота же тромбоза ветвей БПВ оказалась значительно выше, чем частота тромбоза ветвей МПВ, независимо от того, в каких группах производилось сравнение (во всех случаях $p < 0,05$). Результаты исследования указывают на то, что роль МПВ при ОВТФ часто недооценивается, а тщательное исследование её системы может улучшить результаты лечения больных с ОВТФ.

Ключевые слова: острый варикотромбофлебит нижних конечностей, малая подкожная вена.

SMALL SAPHENOUS VEIN AND ACUTE VARICOSE THROMBOPHLEBITIS
IN LOWER LIMBS

*Sabadosh R.V.¹, Pyptiuk O.V.¹, Bohush A.Ye.², Skrypko V.D.¹, Ryzniuk M.D.¹,
Telemukha S.B.¹, Khomyn D.Yu.², Drahomyretskyi R.D.²*

Abstract. In order to compare the role of the small and great saphenous veins (SSV and GSV) in the development of acute varicose thrombophlebitis in the lower limbs (AVTLL), 236 patients with thrombotic process in 250 limbs have been examined. The number of frequency of thrombosis among the limbs with reflux both in SSV and in GSV presented the role of these veins at AVTLL most objectively. According to this value, there was no statistically significant difference between SSV and GSV ($p=0,669$): 49,0 % (95 % CI 34,8-63,4 %) versus 45,1 % (95 % CI 31,1-59,7 %). This result showed that traditionally declared higher frequency of thrombosis in GSV among the total number of patients with AVTLL was caused by the more frequent presence of abnormal reflux in this vein solely. The frequency of thrombosis in the tributaries of GSV was significantly higher than the frequency of thrombosis in SSV tributaries, regardless of groups which were compared (all $p<0,05$). Results of the study indicate that the role of SSV at AVTLL is often underestimated, and a thorough examination of the pathology of its system can improve the treatment effects of the patients with AVTLL.

Key words: acute varicose thrombophlebitis in lower limbs, small saphenous vein.

National Medical University (Ivano-Frankivsk),¹
City Central Hospital (Ivano-Frankivsk)²

Рецензент – проф. В.П. Польовий

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 1 (69). – P. 87-91

Надійшла до редакції 22.12.2013 року

© Р.В. Сабодаш, О.В. Пиптюк, А.Є. Богуш, В.Д. Скрипко, М.Д. Ризюк,
С.Б. Телемуха, Д.Ю. Хомин, Р.Д. Драгомирецький, 2014

616.248-008.61-08-053.5

С.І. Сажин

ЕФЕКТИВНІСТЬ СИМПТОМАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НАПАДНОГО ПЕРІОДУ
НЕАТОПІЧНОЇ ФОРМИ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ
ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У роботі досліджена ефективність полегшувального лікування бронхіальної астми в дітей. Встановлено, що школярам із фенотипом неатопічної бронхіальної астми притаманний більш виразний синдром бронхообструкції під час загострення порівняно з пацієнтами, які мають обтяжливий алергічний анамнез. Незважаючи на ідентичні стандартні схеми терапії у

групах порівняння, діти із неатопічним фенотипом захворювання характеризувалися більш виразними явищами обструкції дихальних шляхів під час усього періоду стаціонарного лікування.

Ключові слова: бронхіальна астма, діти, симптоматичне лікування, загострення.

Вступ. Сучасна концепція діагнозу бронхіальної астми (БА) ґрунтується на наступних складових: запалення, гіперсприйнятливості дихальних шляхів та наявності характерних респіраторних симптомів [8, 9]. А різноманітність клінічних характеристик (стать, вік, раса, початок захворювання тощо) та прогностичних чинників (тривалість ремісії, ризики загострення та смертності), відсутність ефекту від стандартних принципів профілактичного лікування (стероїдна резистентність, токсичність швидко- та тривалодіючих селективних β_2 -адреноміметиків, чутливість до анти-IgE), підтверджує думку про те, що астма – це синдром, який включає декілька варіантів або фенотипів [6, 12].

Історично бронхіальна астма була розподілена на дві форми – зовнішню (атопічну) та внутрішню (неатопічну) [4]. Проте у зв'язку з відсутністю чітких критеріїв атопічної та неатопічної БА, частота поширеності окремих форм у різних країнах є достатньо варіабельною [11].

Враховуючи, що пацієнти з різними фенотипами захворювання потребують індивідуалізованих схем як симптоматичного, так і профілактичного лікування, на сьогодні продовжуються дискусії щодо доцільності включення до стандартів терапії бронхіальної астми окремих груп препаратів. Хоча лікувальна тактика під час нападу захворювання особливо не змінюється в пацієнтів із атопічним та неатопічним варіантами БА, проте, існують рекомендації щодо додаткового включення до плану терапії при неатопічній БА макролідних антибіотиків [7], а при атопічному фенотипові – більш широко використовувати інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС) під час загострення [10]. Повсякчас, і перше, і друге твердження залишаються доволі дискусійними [5].

Мета роботи. Оцінити ефективність симптоматичної терапії в дітей, хворих на атопічну та неатопічну форми бронхіальної астми, для покращення індивідуалізованих схем лікування.