

- ные дисплазии сердца: монография /Земцовский Э.В.- СПб.: ТОО "Политекс-Норд-Вест", 2000.- 115с.
- О возможной взаимосвязи артериальной гипертензии и дисплазии соединительной ткани /М.Е.Евсеева, Г.Л.Никулина, С.И.Горбунова [и др.] //Человек как объект комплексного исследования: сб. научн. трудов.- Ставрополь, 2003.- С.243-245.
- Результаты суточного мониторирования артериального давления у лиц с пролапсированием митрального клапана и аномально расположенными хордами /А.И.Мартынов, О.Б.Степура, О.Д.Остроумова [и др.] //Терапевт. архив.- 2000.- №4.- С.34-40.
- Осовська Н.Ю. Вегетативні та психоневрологічні особливості у хворих з кардіальними проявами синдрому дисплазії сполучної тканини /Н.Ю. Осовська //Укр. терапевт. журнал.- 2007.- №3.- С.43-46.
- Cohn J.N. Cardiovascular effects of aldosterone and post-acute myocardial infarction pathophysiology /J.N.Cohn, W.Colucci //Am. J. Cardiol.- 2006.- Vol.97 (10A).- P.4-12.
- Терапевтическая фармакология : Практическое пособие для студентов и врачей /Ф.М.Абдулаева, О.Ю.Бычкова, И.А.Бондаренко [и др.] под общей ред. Н.И.Яблчанского и В.Н.Савченко.- Х.: ХНУ имени В.Н.Каразина, 2011.- 483с.
- Aldosterone mediates angiotensin II-induced interstitial cardiac fibrosis via a Nox2-containing NADPH oxidase /S.Jonar, A.C.Cave, A.Narayanapanicker [et al.] //FASEB J.- 2006.- Vol.20.- P.1546-1548.
- Increased plasma aldosterone-renin ratio is associated with impaired left ventricular longitudinal functional reserve in patients with uncomplicated hypertension /E.Y.Choi, J.W.Ha, S.J.Yoon [et al.] //Am. Soc. Echocardiogr.- 2008.- Vol.21, №3.- P.251-256.
- Blood aldosterone-to-renin ratio, ambulatory blood pressure, and left ventricular mass in children /R.Li, P.A.Richey, T.G.DiSessa [et al.] //J. Pediatr.- 2009.- Vol.155, №3(2).- P.170-175.
- Малая Л.Т. Хроническая сердечная недостаточность: достижения, проблемы, перспективы /Л.Т.Малая, Ю.Г.Горб.- Х.: Торсинг, 2002.- 768с.

Осипенко И.П., Солейко О.В., Сарафинюк П.В.

ПАТОГЕНЕТИЧНА КОРЕКЦІЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ІДІОПАТИЧНИМ ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Резюме. Проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження 120 пацієнтів з ідіопатичним пролапсом мітрального клапану (ПМК) та 30 пацієнтів, що склали групу порівняння, з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ) без ПМК. Проаналізовані рівень альдостерону сироватки крові та зміни середньодобового рівня артеріального тиску, визначені закономірності між вищезазначеними змінами та проаналізована ефективність лікування пацієнтів антагоністами альдостерону.

Ключові слова: пролапс мітрального клапану, альдостерон, артеріальна гіпертензія.

Осипенко И.П., Солейко Е.В., Сарафинюк П.В.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Резюме. Было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 120 пациентов с идиопатическим пролапсом митрального клапана (ПМК) и 30 пациентов, составивших группу сравнения, с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ) без ПМК. Проанализированы уровень альдостерона и изменения среднесуточного уровня артериального давления, определены закономерности между вышеуказанными изменениями и проанализирована эффективность лечения пациентов антагонистами альдостерона.

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, альдостерон, артериальная гипертензия.

Стаття надійшла до редакції 05.12.2013 р.

Осипенко Ирина Павлівна - к. мед. н., ассистент кафедры внутренней медицины № 2 Винницкого национального медицинского университета имени М.И.Пирогова; irinosp@list.ru
 Солейко Елена Віталіївна - д. мед. н., профессор кафедры внутренней медицины № 2 Винницкого национального медицинского университета имени М.И.Пирогова; tsar-vn@mail.ru
 Сарафинюк Петро Васильович - к. біол. н., доцент кафедры дошкільної та початкової освіти Винницкого державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського; +38 0432 26-30-45

© Годлевський А.І., Саволук С.І., Балабуєва В.В., Сацик О.С.

УДК: 616.37-002-053.88

Годлевський А.І., Саволук С.І., Балабуєва В.В., Сацик О.С.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

ЕНДОСКОПІЧНІ КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ВАЖКОСТІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ХВОРИХ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ

Резюме. Макроскопічні зміни, виявлені в структурі слизової оболонки дванадцятипалої кишки під час проведення ендоскопічного обстеження, слугують об'єктивним критерієм визначення морфологічної форми гострого панкреатиту у пацієнтів старшої вікової групи.

Ключові слова: гострий панкреатит, езофагогастродуоденоскопія, слизова оболонка дванадцятипалої кишки, морфологічна форма гострого панкреатиту.

Вступ

Актуальною проблемою невідкладної абдомінальної хірургії є збільшення кількості пацієнтів на гострий

панкреатит (ГП), особливо в старшій віковій групі, збільшення частки деструктивних форм захворюван-

ня з високим відсотком летальності - 50-85% [Ничитайло, Кондратюк, 2004; Дацюк, 2011]. Порушення функціонування дванадцятипалої кишки (ДПК), в умовах розвитку ГП, набувають окремого значення [Шутурма та ін., 2007]. Так, порушення евакуаторної функції ДПК призводить до збільшення рівня інтрадуоденального тиску (ІДТ). Дослідження змін структури, які виникають при ГП, з подальшою інтерпретацією отриманих результатів для прогнозування перебігу та визначення морфологічної форми захворювання, є мало вивченою темою. Прогноз перебігу та визначення морфологічної форми захворювання, за допомогою оцінки структурних змін слизової оболонки ДПК, є актуальним напрямком для наукового дослідження [Papachistou et al., 2010].

Мета дослідження - визначення структурних змін слизової оболонки ДПК в залежності від морфологічної форми ГП у пацієнтів старшої вікової групи.

Матеріали та методи

Матеріалом роботи є результати проспективного обстеження 103 пацієнтів старшої вікової групи на ГП, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова протягом 2010-2013 р.р. Критерієм включення був вік пацієнтів (більше 60 років), наявність неускладненого гострого панкреатиту, відсутність в анамнезі травми підшлункової залози та патології позапечічкових жовчних шляхів. Верифікацію клініко-морфологічної форми ГП проводили згідно рекомендацій Симпозіуму по гострому панкреатиту (Атланта, 1992 р.), Погоджувальної конференції по гострому панкреатиту (Греція, 1998 р.). При обстеженні хворих враховували скарги, дані анамнезу, клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження. Відразу при поступленні пацієнтам проводили ендоскопічне обстеження (ЕФГДС) з безпосередньою оцінкою макроскопічних змін слизової оболонки ДПК. Контроль виконували на 10 добу після проведеного лікування.

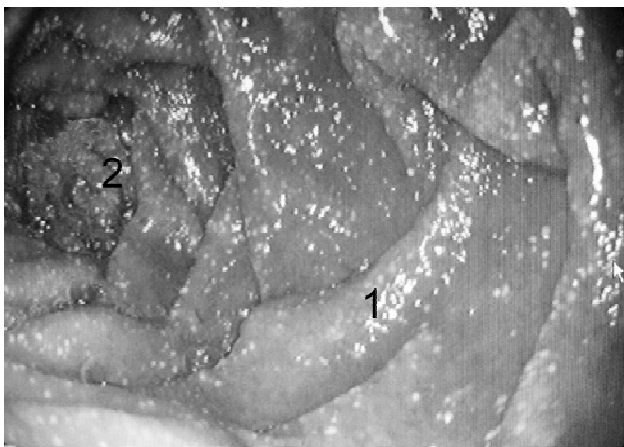


Рис. 1. Слизова оболонка ДПК у хворого на інтерстиційний ГП; 1 - складки слизової оболонки ДПК; 2 - секреторний вміст з домішками жовчі в просвіті ДПК.

Розподіл хворих проводився залежно від морфологічної форми ГП. 1-у групу склали 82 (79,6%) пацієнта на інтерстиційний ГП. До 2 групи увійшли 12 (11,7%) пацієнтів на асептичний некротичний дрібновогнищевий панкреатит. У 6 (5,8%) хворих діагностовано асептичний некротичний крупновогнищевий панкреатит, вони склали 3 групу. Троє (2,9%) пацієнтів на увійшли до 4 групи, у них було діагностовано субтотальний панкреонекроз.

Результати. Обговорення

Представлені групи були репрезентативні за віком, статтю та етіологічним чинником захворювання.

Результати ЕФГДС пацієнтів 1 групи: просвіт ДПК нормального діаметру, з незначною кількістю пінистого секреторного вмісту з домішками жовчі. Розтяжимість, еластичність стінки ДПК задовільні, кишка вільно прохідна для апарата. Перистальтична хвиля ретроградного типу, що супроводжується рефлюксом дуоденального вмісту в просвіт шлунка. Слизова оболонка ДПК атрофічно змінена, витончена, крізь неї просвічують судини підслизового шару, помірно дифузно гіперемована, блискуча, незначно набрякла. Структура складок кишки не порушена (рис. 1).

У пацієнтів 2 групи макроскопічні зміни слизової оболонки ДПК при проведенні ендоскопічного обстеження були більше вираженими, порівняно з попередньою. Слизова оболонка ДПК виразно дифузно гіперемована, "строката", блискуча, помірно набрякла, що було розцінено як еритематозна дуоденопатія. Крім того, слизова оболонка мала зернисту структуру, за рахунок лімфангіоектазій, тобто позитивний симптом "манної крупи". Складчастість кишки була збережена. Сама кишка добре роздувалась повітрям, вільно прохідна для апарата (рис. 2).

Під час проведення ЕФГДС у пацієнтів 3 групи виявлено зменшення просвіту ДПК, за рахунок спастичного компонента. В просвіті кишки міститься велика кількість

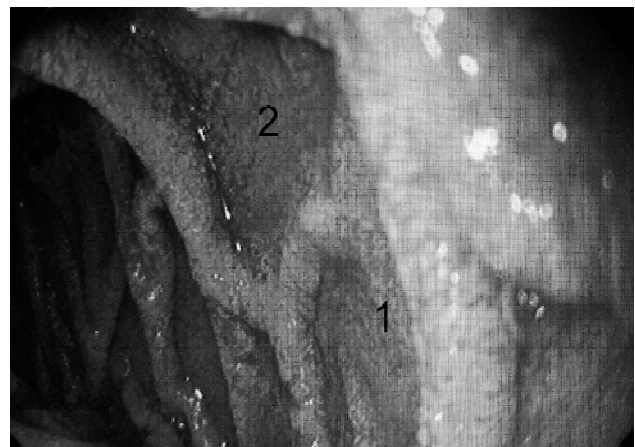


Рис. 2. Слизова оболонка ДПК у хворого на дрібновогнищевий некротичний ГП. 1 - лімфангіоектазії; 2 - гіперемія слизової оболонки ДПК.



Рис. 3. Слизова оболонка ДПК у хворого на крупновогнищевий некротичний ГП. 1 - лімфангіектазія; 2 - еритематозна гіперемія; 3 - ерозивна дуоденопатія.

пінистого секреторного вмісту, жовчі. Слизова оболонка ДПК атрофічна, витончена, крізь неї просвічують судини підслизового шару, застійна, з яскравою еритематозною гіперемією, набрякла, блискуча, з підвищеною продукцією слизу та контактною кровоточивістю. Симптом "манної крупи" позитивний. Також візуалізувались множинні поверхневі дефекти, деякі з нашаруванням фібрину, на задній та верхній стінках ДПК, що було розцінено як ерозивна дуоденопатія (рис. 3).

Ендоскопічне дослідження пацієнтів 4 групи виявило різке функціональне звуження просвіту цибулини ДПК і самої кишки, за рахунок спастичного компоненту, а сам простір містив велику кількість пінистого секреторного вмісту, жовчі, слизу, з наявним рефлюксом дуоденального вмісту в шлунок. Також знизилась еластичність і розтяжимість стінки ДПК. Мали місце і притамані даній віковій групі атрофічні зміни слизової оболонки. Крім того вона виявилась різко застійною, яскраво гіперемованою, виражено набряклою, з надмірною продукцією слизу та контактною кровоточивістю. Зернистість слизової оболонки рівномірна, інфільтративні зміни відсутні. В одного хворого крім ерозивних змін, на верхній стінці цибулини візуалізувався поверхневий дефект слизової, овальної форми, розмірами 0,3 на 0,7 см, глибиною до 0,1 см, краї м'які, рівні, частково з нашаруванням фібрину, що було розцінено як "стресова" виразка ДПК. Складчастість кишки була збережена. Сама кишка задовільно роздувалась повітрям, вільно прохідна для апарата (рис. 4).

Проведене комплексне оптимізоване лікування (боротьба з больовим синдромом, корекція центральної та периферійної гемодинаміки, пригнічення секретор-



Рис. 4. Слизова оболонка ДПК у хворого на субтотальний некротичний ГП. 1 - гіперемія слизової оболонки; 2 - набряк складок ДПК; 3 - ерозивна дуоденопатія; 4 - пінистий секреторний вміст в просвіті ДПК.

ної активності підшлункової залози, дезінтоксикаційна, антибактеріальна, антиоксидантна, антицитокінова, протизапальна терапія, адекватне білково-енергетичне забезпечення, назогастральна декомпресія з назо-дуоденальним введенням симетикону, корекція супутньої соматичної патології призвело до позитивної ендоскопічної динаміки структурних змін слизової оболонки ДПК у пацієнтів 1, 2 та 3 групи. У пацієнтів 4 групи і після лікування мали місце гіперемія та набряк слизової оболонки ДПК, у просвіті цибулини ДПК містилась помірна кількість пінистого секреторного вмісту, жовчі, слизу, наявний рефлюкс дуоденального вмісту в шлунок. Виразковий дефект знаходився на стадії "червоного рубця".

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Дослідження змін ДПК під час проведення ЕФГДС при різному стані первинного морфологічного субстрату захворювання, дозволило зробити висновок, що глибина та вираженість структурних змін стінки ДПК прямо пропорційно залежать від розповсюдженості некротичних змін в тканинах підшлункової залози і можуть слугувати об'єктивними критеріями визначення морфологічної форми ГП у пацієнтів старшої вікової групи.

Виявлені нами закономірності змін в слизовій оболонці ДПК у таких пацієнтів при різних морфологічних формах захворювання, дозволяють нам рекомендувати в подальшому такий ендоскопічний метод діагностики як ефективний та доступний (патент №70440 "Спосіб ендоскопічної оцінки морфологічної форми гострого панкреатиту").

Список літератури

Дацюк О.І. Деякі клініко-патогенетичні аспекти та безпечність внутрішньосерцевої інфузійної терапії при гостро-

му панкреатиті: експериментальне дослідження /О.І.Дацюк //Вісник морфології.- 2011.- №2.- С.248-252.

Ничитайло М.Ю. Діагностична та лікувальна лапароскопія при гострому панкреатиті, ускладненому перитоні-

нітом /М.Ю.Ничитайло, О.П.Кондратюк //Шпитальна хірургія.- 2004.- №2.- С.108-109.
 Шутурма О.Я. Динаміка структурних змін дванадцятипалої кишки за умов експериментального панкреатиту /О.Я.Шутурма, Н.Є.Лісничук, К.С.Волков //Вісник морфології.- 2007.- №13(1).- С.66-69.
 Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI Scores in Predicting Organ Failure, Complications, and Mortality in Acute Pancreatitis /G.I.Papachistou, V.Muddana, Dh.Yadav [et al.] //Am. J. Gastroent.- 2010.- Vol.105.- P.435-441.

Годлевский А.И., Саволюк С.И., Балабуева В.В., Сацык А.С.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Резюме. Макроскопические изменения, выявленные в структуре слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки во время проведения эндоскопического обследования, служат объективным критерием определения морфологической формы острого панкреатита у больных старшей возрастной группы.

Ключевые слова: острый панкреатит, эзофагогастродуоденоскопия, слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки, морфологическая форма острого панкреатита.

Godlevsky A.I., Savolyuk S.I., Balabuieva V.V., Satsyk A.S.

ENDOSCOPIC CRITERIA FOR ASSESSING THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS IN PATIENTS WITH OLDER AGE GROUPS

Summary. Macroscopic changes have been revealed in the structure of the duodenal mucosa during the endoscopic examination, are objective criteria for determining the morphological form of acute pancreatitis of the patients in older age groups.

Key words: acute pancreatitis, esophagogastroduodenoscopy, the mucous membrane of the duodenum, the morphological form of acute pancreatitis.

Стаття надійшла до редакції 06.12.2013 р.

Годлевський Аркадій Іванович - д.мед.н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України, завідувач кафедри хірургії №2 ВНМУ імені М.І.Пирогова

Саволюк Сергій Іванович - д.мед.н., доцент кафедри хірургії №2 ВНМУ імені М.І.Пирогова; +38 0432 67-07-15; savoluk@meta.ua

Сацык Олександр Степанович - хірург відділення хірургії та ендоскопії Вінницької міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги

Балабуева Вікторія Володимирівна - к. мед. н., асистент кафедри хірургії №2 ВНМУ імені М.І.Пирогова; endoxi@ukr.net

© Дзюблик Я.О.

УДК: 616.24-036.12-085

Дзюблик Я.О.

ДУ Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф.Г.Яновського НАМН України (вул. М.Амосова, 10, м.Київ, 03680, Україна)

ЭФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ РЕЖИМІВ ЕМПІРИЧНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАГОСТРЕННЯМ ХОЗЛ ІЗ НАЯВНІСТЮ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ІНФЕКЦІЇ, ВИКЛИКАНОЇ P.AERUGINOSA

Резюме. 31 пацієнта з інфекційним загостренням ХОЗЛ рандомізували у 3 підгрупи, котрі отримували лікування ципрофлоксацином у дозі 500 мг 2 рази на добу перорально, або левофлоксацином у дозі 500 мг 1 раз на добу перорально, або цефепімом внутрішньовенно у дозі 2,0 г 2 рази на добу. Застосування емпіричної терапії з використанням ципрофлоксацину, левофлоксацину та цефепіму у хворих із інфекційним загостренням ХОЗЛ при наявності факторів ризику синегнойної інфекції є однаково високо ефективним та безпечним.

Ключові слова: ХОЗЛ, інфекційне загострення, ефективність лікування, стоимость, P.aeruginosa.

Вступ

Основа фармакотерапії хворих із інфекційним загостренням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) традиційно складають антибактеріальні хіміопрепарати [Фещенко, 2005; Перцева, Плеханова, 2009]. Обираючи необхідний для терапії хворого антибіотик лікар повинен враховувати особливості його фармакокінетики та фармакодинаміки, клінічної та бактеріологічної ефективності, а також притаманні даному регіону спектр та частоту резистентності ключових патогенів. Оскільки антибіотикотерапія хворим із інфекц-

ійним загостренням ХОЗЛ призначається емпірично, були розроблені певні клініко-функціональні маркери деяких інфекцій, що потребують специфічного підходу у лікуванні [Domenech, 2013]. Так, за наявності у хворого тяжкого перебігу захворювання із частими загостреннями, низькими функціональними показниками вентиляції легень, імуносупресією та ін. збільшується ймовірність розвитку інфекції, спричиненою синьогнійною паличкою (P. aeruginosa), яка має природну стійкість до багатьох антимікробних засобів [Фещенко и др.,