

Список літератури

- Перцева Т.А. Инфекционное обострение ХОЗЛ: подходы к терапии /Т.А.Перцева, О.В.Плеханова //Укр. пульмонол. журнал. - 2009. - №4. - С.39-41.
- Фещенко Ю.И. Фармакотерапия больных с обострениями хронического обструктивного заболевания легких /Ю.И.Фещенко, В.К.Гаврисюк, А.Я.Дзюблик //Укр. пульмонол. журнал. - 2008. - №2. - С.5-8.
- Фещенко Ю.И. Хронические обструктивные заболевания легких: проблемные вопросы /Ю.И.Фещенко //Укр. пульмонол. журнал. - 2005. - №1(47). - С.21-23.
- Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, терапія [Текст]: метод. посібник /Ю.І.Фещенко [та ін.]. - К., 2013. - 50 с.
- Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких /А.Г.Чучалин //Здоровье Украины. - 2010. - №3. - С.40-41.
- Domenech A. Infectious etiology of acute exacerbations in severe COPD patients //A.Domenech //J. Infect. - 2013. - Vol.67(6). - P.516-523.
- Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections [Text] /M.Woodhead, F. Blasi, S. Ewig [et al.] //Clinical microbiology and infection. - 2011. - Vol.17, Suppl.6. - P.E1-E59.
- Larsen M. Bacteriology in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in patients admitted to hospital /M.Larsen //Scand. J. Infect. Dis. - 2009. - Vol.41(1). - P.26-32.

Дзюблик Я.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИОННЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ХОЗЛ ПРИ НАЛИЧИИ ФАКТОРОВ РИСКА ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ P.AERUGINOSA

Резюме. 31 пациента с инфекционным обострением ХОЗЛ рандомизировали в 3 подгруппы, которые получали лечение ципрофлоксацином в дозе 500 мг 2 раза в сутки перорально, либо левофлоксацином в дозе 500 мг 1 раз в сутки перорально, либо цефепим внутривенно в дозе 2,0 г 2 раза в сутки. Применение эмпирической терапии с использованием ципрофлоксацина, левофлоксацина и цефепима у больных с инфекционным обострением ХОЗЛ при наличии факторов риска синегнойной инфекции является одинаково высокоэффективным и безопасным.

Ключевые слова: ХОЗЛ, инфекционное обострение, эффективность лечения, стоимость, P.aeruginosa.

Dziublyk Ya.A.

EFFECTIVENESS OF DIFFERENT REGIMENS OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND RISK FACTORS FOR P.AERUGINOSA INFECTION

Summary. 31 patients with AECOPD were randomized into 3 groups to receive the treatment with either oral ciprofloxacin in the dose of 500 mg twice a day, or levofloxacin in the dose of 500 mg once a day, or intravenous cefepime in the dose of 2,0g twice a day. The use of empiric therapy with either ciprofloxacin, levofloxacin or cefepime in AECOPD patients and risk factors for P. aeruginosa infection was equally effective and safe.

Key words: COPD, infectious exacerbation, effectiveness of treatment, cost, P. aeruginosa.

Стаття надійшла до редакції 29.11.2013р.

Дзюблик Ярослав Александрович - к. мед. н., старший научный сотрудник клинко-функционального отделения ГУ "Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им.Ф.Г.Яновского НАМН Украины"; +38 044 275-20-04; dzublik@yahoo.com

© Кавацюк О.О., Осовська Н.Ю.

УДК: 614.253.8:616.132-007. 64

Кавацюк О.О., Осовська Н.Ю.

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

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ РІЗНОГО ВІКУ З АНЕВРИЗМОЮ ВИСХІДНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ

Резюме. В роботі визначені основні етіологічні чинники аневризми висхідного відділу аорти у пацієнтів різного віку. Встановлено, що у пацієнтів молодого та зрілого віку переважають аномалії та хвороби сполучної тканини. У пацієнтів середнього та похилого віку домінують ішемічна та гіпертонічна хвороба та їх поєднання.

Ключові слова: аневризма висхідного відділу аорти, причинні фактори, дисплазія сполучної тканини, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба.

Вступ

Аорта - судина з найбільш великим судинним тиском, тому її стінка відносно товста та багат шарова. Відомо, що зміни в стінці аорти певною мірою залежать від віку пацієнта [Вергун, 2001; Зербино, Кузык, 2002; Константинов и др., 2006]. До 40 років спостерігається переважне враження еластичного каркасу (кістозний медіанекроз), а у пацієнтів старшої вікової

групи - м'язових елементів (медіанекроз). Прогностично значущі фактори, які можуть бути причиною як виникнення аневризми, так і її ускладненого перебігу, досі продовжують вивчатися, чому й присвячена дана робота.

Метою роботи стало визначення асоційованих з віком причинних факторів розвитку аневризми висхідного відділу аорти.

дного відділу аорти (АВВА) для подальшого покращення діагностики та лікування цього патологічного стану.

Матеріали та методи

Для визначення асоційованих з віком факторів ризику виникнення аневризми та її ускладнень було обстежено 154 хворих, з наявністю, за даними ехокардіографічного дослідження, розширення кореня та / або висхідної аорти більше 40 мм. Відбіркове ультразвукове дослідження в одномірному та двомірному режимі з кольоровою, імпульсною та постійнохвильовою доплерографією проводили за допомогою ехокардіографу My Lab 25 (Італія).

Відповідно до протоколу дослідження, хворих було розподілено на вікові категорії згідно вікової класифікації ВООЗ 1963 р.: 18 - 29 років - молодий вік (39 осіб), 30 - 44 років - зрілий вік (38 осіб), 45 - 59 років - середній вік (40 пацієнтів), 60 - 74 років - похилий вік (37 осіб). Пацієнтів старечого віку та довгожителів у дослідження включено не було через відсутність достатньої кількості спостережень для порівняння з іншими групами та ймовірність домінування в цій категорії переважно атеросклеротично обумовленої аневризми зі всіма асоційованими з атеросклерозом факторами.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою методів варіаційної статистики з використанням програми StatSoft "Statistica" v.10.0 згідно рекомендацій О.Ю.Реброва [2006].

Результати. Обговорення

Аналіз виділених груп виявив, що АВВА у чоловіків зустрічалась у 4 рази частіше ніж у жінок, причому ця перевага збільшувалася зі збільшенням віку хворих (табл. 1) у наступному співвідношенні: 2,3 : 1,0 → 3,2 : 1,0 → 5,7 : 1,0 → 11,4 : 1,0 з 1 по 4 групи з достовірною різницею між хворими до 45 років (1 та 2 група) і хворими більш старших вікових груп ($p_{1-4}=0,013, p_{2-4}=0,048$). Ці дані свідчать про те, що аневризма аорти з віком стає прерогативою чоловіків, хоча в молодому віці у жінок дана патологія зустрічається лише в 2 рази рідше, ніж у чоловіків.

Переважання частоти АВВА у чоловіків порівняно з жінками може пояснити аналіз причинних факторів виникнення даної патології в групах різного віку. Це також може бути обумовлено більшою частотою у чоловіків різних варіантів ІХС, спадковістю, наявністю таких факторів ризику як куріння та зловживання алкоголем, характером професійної діяльності.

У пацієнтів молодого віку превалювали патологічні стани, що були обумовлені дисплазією сполучної тканини (ДСТ) (пролапсом мітрального клапана (ПМК), аномальними хордами лівого шлуночка (АХЛШ) та їх поєднанням, синдром Марфана). У 5% хворих визначалась вроджена вада аортального клапану - двостулковий аортальний клапан. У 3% хворих було діагностовано некомпактний лівий шлуночок (НЛШ). Тільки у 5%

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих за віком і статтю.

Групи	Пацієнти		Відношення
	Чоловіки	Жінки	
1	27 (69,2%)	12 (30,8%)	2,3 до 1
2	29 (76,3%)	9 (23,7%)	3,2 до 1
3	34 (85,0%)	6 (15%)	5,7 до 1
4	34 (91,9%)	3 (8,1%)	11,3 до 1
Всього	123 (79,9%)	31(20,1%)	4,0 до 1

Примітки: $p_{1-4}=0,013, p_{2-4}=0,048$.

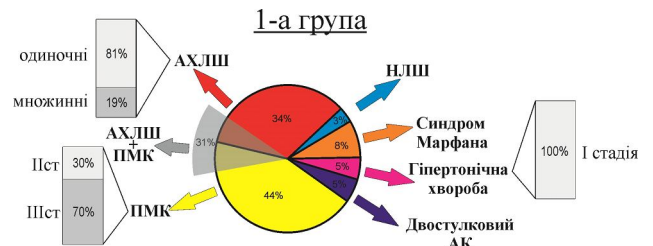


Рис. 1. Захворювання, що асоціювалися з АВВА у хворих молодого віку.

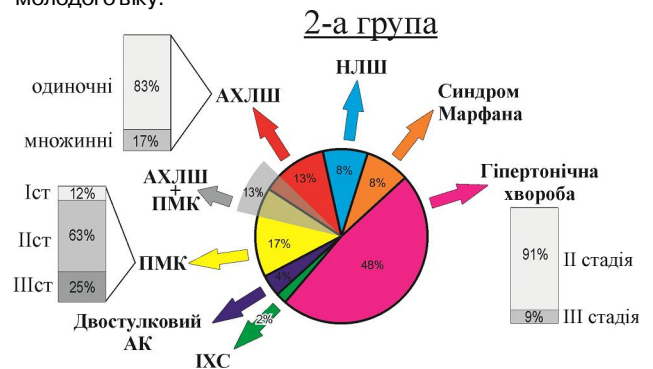


Рис. 2. Захворювання, що асоціювалися з АВВА у хворих зрілого віку.

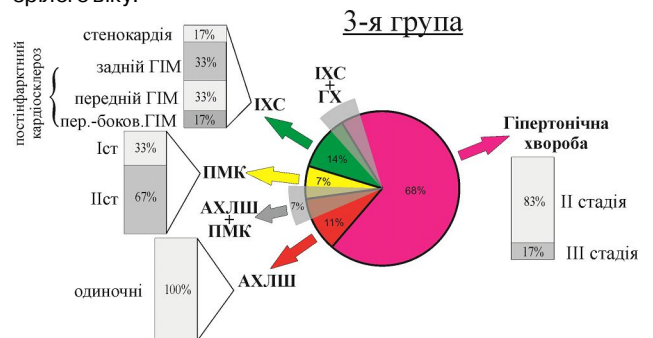


Рис. 3. Захворювання, що асоціювалися з АВВАу хворих середнього віку.

пацієнтів була діагностовано ГХ I стадії (рис. 1).

У пацієнтів зрілого віку, поряд зі вказаною патологією, збільшувалась до 48% частка ГХ ($p < 0,0002$). НЛШ спостерігалася вже у 8% хворих. У 2% пацієнтів діагностовано ІХС (рис. 2).

Отже, у хворих у віці 30-44 роки АВВА уже частіше виникала при наявності набуті патології серцево-су-

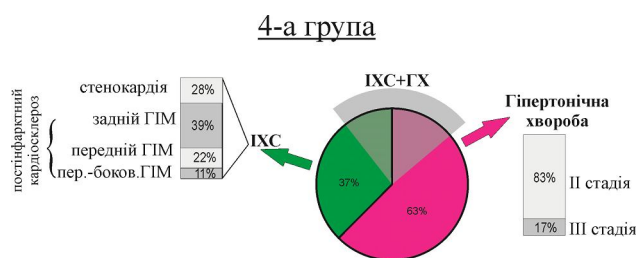


Рис. 4. Захворювання, що асоціювалися з АВВА у хворих похилого віку.

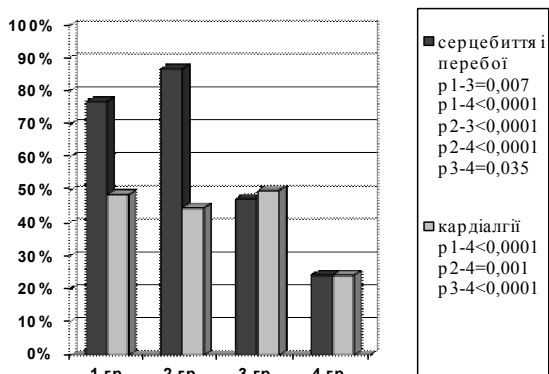


Рис. 5. Частота серцебиття та кардіалгії у хворих з АВВА в різних вікових групах.

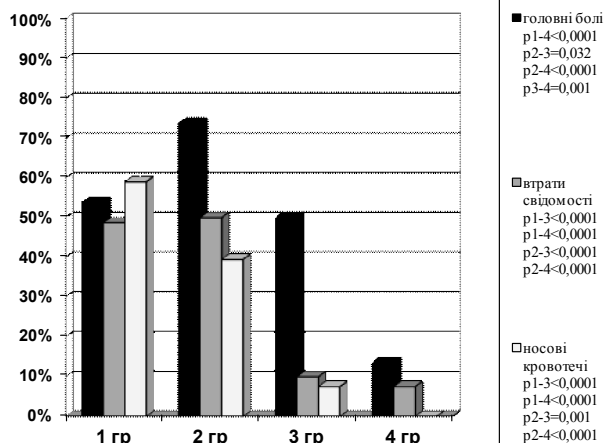


Рис. 6. Частота виникнення головного болю, втрати свідомості та носових кровотеч у хворих з АВВА різного віку.

динної системи.

У пацієнтів середнього віку продовжувала збільшуватися частка ГХ (до 68%), у 14% хворих була виявлена ІХС, і в той же час значно зменшувалася частота станів, асоційованих з ДСТ (25%) (рис. 3).

У хворих похилого віку АВВА переважно асоціювалася з ГХ (63%), ІХС (37%) або їх поєднанням (10%). Випадків ДСТ у хворих цієї групи не спостерігалася (рис. 4). Тобто, зі збільшенням віку АВВА асоціюється переважно з важкими органічними ураженнями серця.

Таким чином, у різних вікових групах домінувала різна патологія, яка сприяла виникненню аневризматич-

ного розширення висхідної аорти. І якщо у молодих людей, в першу чергу, виявлялися ознаки диференційованої та недиференційованої сполучнотканинної дисплазії, а саме, синдром Марфана, марфаноподібний синдром, ПМК та АХЛШ, а також ГХ 1 ступеня, то у людей середнього віку більшою мірою спостерігалася наявність ГХ та НЛШ, а у людей похилого віку - переважно ГХ, ІХС та їх поєднання.

Індивідуальний аналіз показав, що серед пацієнтів 1-2 груп існує певна кількість пацієнтів (7 осіб) з АВВА, що була ехокардіографічною знахідкою, виявленою при обов'язковому обстеженні допризовників. Ехокардіографічною знахідкою була також аневризма аорти у 2 пацієнтів з ознаками некомпактного лівого шлуночка, яким раніше діагноз не був встановлений або був встановлений інший помилковий діагноз (дилатацій на кардіоміопатія, гіпертрофічна кардіоміопатія, ІХС).

Зважаючи на те, що половину пацієнтів становили молоді та зрілі люди, у яких досить часто (29,9%) було виставлено як супутній діагноз нейроциркуляторна дистонія (НЦД), у програму опитування ввійшли скарги, які можуть свідчити про наявність вегетативного дисбалансу.

Встановлено, що у хворих 1 та 2 груп значно частіше, ніж у хворих 3-4 груп, як прояви вегетативного дисбалансу, спостерігали скарги на серцебиття та перебої серцевої діяльності, в той час як частота кардіалгій була приблизно однаковою в перших 3-х групах хворих (рис. 5).

Відомо, що до проявів порушення балансу автономної нервової системи відносяться й такі скарги, як головний біль, непритомність, носові кровотечі [Вегетативные расстройства ... , 2000]. У обстежених нами хворих з АВВА найбільш частими скаргами, особливо в 2 групі, був головний біль та непритомність (рис. 6). Досить часто в 1 та в 2 групі спостерігалися носові кровотечі без локальної патології слизової носу.

Для пацієнтів молодого та середнього віку досить

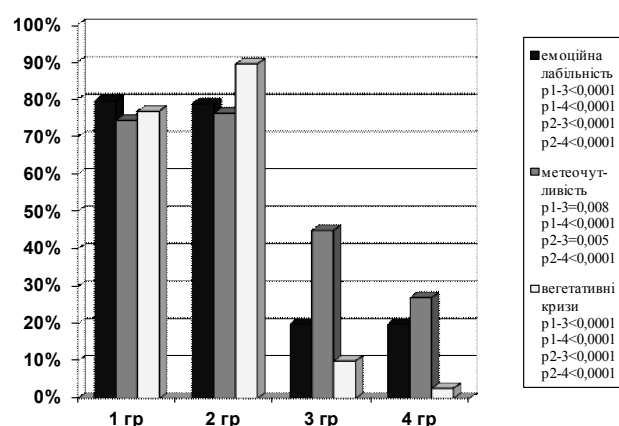


Рис. 7. Частота виникнення проявів ВСД: емоційної лабільності, метеочутливості, вегетативних кризів у хворих з АВВА різного віку.

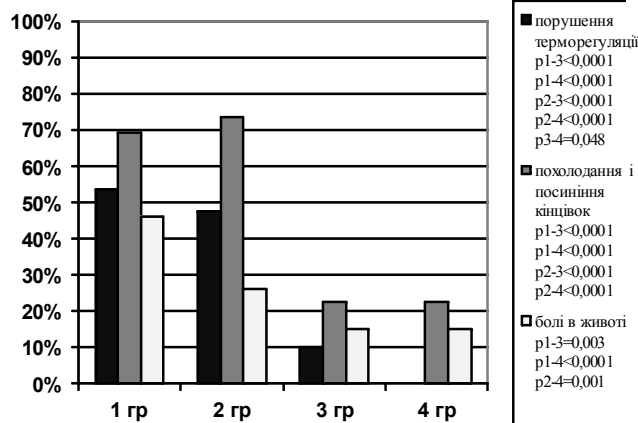


Рис. 8. Частота виникнення інших проявів ВСД у хворих з АВВА різного віку.

характерним було підвищення емоційна лабільність, метеочутливість та вегетативні кризи. У пацієнтів зрілого та похилого віку з наявністю АВВА ці симптоми вегето-судинної дистонії зустрічалися достовірно рідше (рис. 7).

Інші скарги, що були обумовлені вегетативним дисбалансом, також зустрічалися частіше у пацієнтів перших двох груп (рис. 8). У той же час, прояви серцевої недостатності (набряки ніг, задишка, кашель) частіше мали місце у хворих похилого віку, у яких переважала органна патологія (рис. 9).

Таким чином, АВВА у пацієнтів молодого і середнього віку асоціюється з проявами вегето-судинної дистонії, в той час як у хворих похилого віку частота проявів ВСД значно зменшується, що, в деякій мірі може бути обумовлено превалюванням морфологічного ураження ССС та порушеннями діяльності серця.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Аналіз клініко-анамнестичних особливостей хворих з АВВА виявив відмінності етіологічних чинників

Список літератури

- Вергун А.Р. Синдром Гзеля-Эрдгейма: расслоение аорты вследствие ее медианекроза /А.Р.Вергун //Укр. мед. часопис.- 2001.- №2 (22).- С.55-58.
- Зербино Д.Д. Расслаивающие аневризмы аорты: клинические маски, особенности дифференциальной диагностики /Д.Д.Зербино, Ю.И.Кузык //Клин. мед.- 2002.- №5.- С.58-61.
- Константинов Б.А. Аневризмы восходящего отдела и дуги аорты /Б.А.Константинов, Ю.В.Белов, Ф.В.Кузнецовский.- М., 2006.- 335с.
- Ребров О.Ю. Статистический анализ м

- едицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA /Ребров О.Ю.- М.: МедиаСфера, 2006.- 312с.
- Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. /[под ред.А.-М.Вейна].- М.: Мед. информ агентство, 2000.- С.3-30.

Кавацук А.А., Осовская Н.Ю.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА С АНЕВРИЗМОЙ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Резюме. В работе определены основные этиологические факторы возникновения аневризмы восходящего отдела аорты у пациентов ранних возрастных категорий. Установлено, что у пациентов молодого и зрелого возраста преобладают аномалии и болезни соединительной ткани. У пациентов среднего и пожилого возраста доминируют ишемическая и гипертоническая болезнь и их сочетание.

Ключевые слова: аневризма восходящего отдела аорты, причинные факторы, дисплазия соединительной ткани, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь.

Kavatsuk O.O., Osovskaya N.Y.

CLINICAL AND ANAMNESTIC FEATURES OF PATIENTS AT DIFFERENT AGE WITH ANEURISM OF ASCENDING AORTA

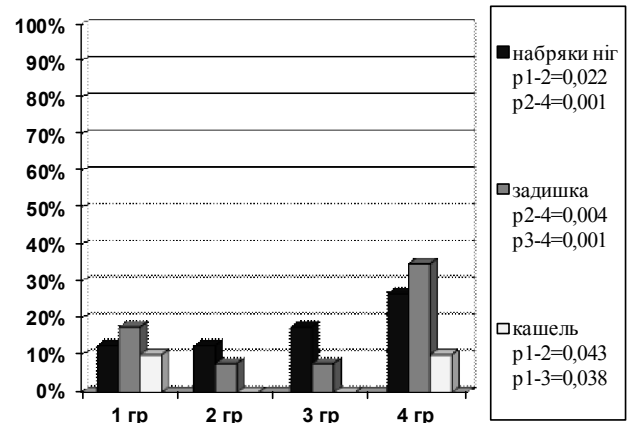


Рис. 9. Частота проявів ХСН у хворих з АВВА у різних вікових групах.

цього ускладнення в залежності від віку пацієнтів. Основними факторами, що сприяють виникненню аневризми аорти у осіб молодше 45 років, є вроджені дисплазії сполучної тканини (зокрема, синдром Марфана та марфаноподібний синдром) та бікуспідальний аортальний клапан. У пацієнтів старше 45 років АВВА найбільш часто асоціюється с ГХ, а у віці 60 років і більше суттєво збільшується частота ІХС зі значним атеросклеротичним ураженням аорти. У пацієнтів середнього та похилого віку з АВВА часто спостерігається поєднання АГ та ІХС.

2. АВВА у пацієнтів молодого і середнього віку досить часто асоціюється з проявами вегетосудинної дистонії, в той час як у хворих похилого віку частота проявів ВСД значно зменшується, але превалює морфологічне ураження серцево-судинної системи.

В подальшому планується вивчення асоційованих з віком особливостей серцево-судинного ремоделювання та серцевого ритму і провідності у пацієнтів з аневризмою висхідного відділу аорти для визначення предикторів ускладненого перебігу даної патології.

Summary. *In this work the basic etiologic factors of aneurism of ascending aorta are defined for the patients of early age. It is established that the patients of young and mature age have anomalies and diseases of the connective tissue. The patients of middle and elderly age have ischemic and essential hypertension and their combination.*

Key words: *aneurism of ascending aorta, causal factors, dysplasia by connective tissue, ischemic heart disease, essential hypertension.*

Стаття надійшла до редакції 05.12.2013 р.

Осовська Наталія Юріївна - д.мед.н., доцент кафедри внутрішньої медицини №1 ВНМУ ім.М.І. Пирогова; +38 067 953-18-36

Кавацюк Олег Олексійович - пошукач кафедри внутрішньої медицини №1 ВНМУ ім.М.І.Пирогова, лікар-кардіолог Білоцерківської міської лікарні

© Solyeyko O.V., Chernykh M.O.

УДК: 616.127-005.8-036.11

Solyeyko O.V., Chernykh M.O.

Vinnitsia National M.I.Pyrogov Memorial Medical University, Department of Internal Medicine № 2 (Pyrogov street, 56, Vinnytsia, 21018, Ukraine)

Q-MYOCARDIAL INFARCTION BASED ON UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA: FROM PHENOTYPE TO CLINIC - BIOCHEMICAL CHARACTERISTICS

Summary. *A comparative analysis of phenotypic stigmas undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTS), biochemical indexes, and the nature of complications of myocardial infarction (MI) in 62 patients (31 - with UCTS syndrome and 31 - without UCTS) with first diagnosed Q- MI. Defined correlation between the number of phenotypic and visceral stigmas of UCTS and complications of Q- MI ($r=0,97$; $p<0,05$). Disorders of lipid metabolism were not determinative risk factor of MI in patients with UCTS syndrome and without anamnesis of coronary artery disease (CAD) in development of Q-MI. Current Q-MI based on UCTS compared with Q-MI without UCTS at all levels of gender-age conditions and necrosis localization was less favorable, that is why UCTS syndrome can be considered as an adverse prognostic factor in myocardial infarction.*

Key words: *myocardial infarction, undifferentiated connective tissue dysplasia, phenotype.*

Introduction

Cardiovascular diseases (CVD) is truly called epidemic of XX century. Over the years, they are the leading cause of mortality in most of the countries, including Ukraine, making 65.8% of total mortality. So, for the past 25 years outspread of CVD among Ukrainian population was tripled, and the mortality rate from them - 45% [Горбась, 2007]. Outspread of coronary artery diseases (CHD) in Ukraine among people of working age in 2011 was 9.6 thousand to 100 thousand people, the mortality rate due to destabilization of coronary artery disease - 678 to 100 thousand people. According to official statistics of Ministry of Public Health of Ukraine for 2011 there were registered 49978 cases of acute myocardial infarction (MI) in Ukraine [Хобзей, Сіренко, 2013]. Modern coronary ventricle graphic studies indicate a significant percentage (12%) of patients suffered from MI and constant coronary vessels [Бокерія, Бухарин, 1999], which may be connected, in particular, with undifferentiated connective tissue dysplasia (UCTD) [Бокерія, Бухарин, 1999 ; Клеменов, 2005; Лобанов, Давтян, 2006]. According to modern concepts, UCTD is development disorder of connective tissue (CT) in embryonic and postnatal periods resulting genetically modified process of synthesis of external cellular matrix, which leads to changes in homeostasis at the tissue, organ, and organism levels in a variety of morphological disorders, visceral and locomotor organs [Нечаева, Яковлев, 2008]. Such aspect in studding of clinical and laboratory

characteristics of MI is important, as outspreading of connective tissue dysplasia (CTD) in the general population makes 35% and in ecologically unfavorable regions is up to 50%. Topical character of a problem of CTD is defined also by wide affection of persons of working age [Евсеева, Алейник, 2008].

CTD characterized morphologically by changes in collagen, elastic fibrils, glycoproteins, proteoglycans and fibroblasts, which are based on genetic determined mutations, that code synthesis and spaced collagen organization, structural protein and protein- carbohydrate complexes, and gene mutations of enzymes and cofactors to them [Kucharz, 1992]. Some researchers, basing on revealing magnesium deficiency in different substrates (hair, red blood cells, saliva) in 46,6-72,0% of cases with CTD, accept pathogenic role of hypomagnesemia [Кадуріна, Горбунова, 2009; Серов, Шехтер, 1981; Шиляев, Шальнова, 2003]. There aren't universal pathological disorders of connective tissue, which would have formed a particular phenotype. Every defect of single patient is unique, and widespread connective tissue in the body determines multiple organ injuries at CTD [Нечаева, Яковлев, 2008].

Under clinical point of view, the most important is cardiovascular findings of CTD, as they turn on compensatory mechanisms, which based on metabolic disorders at CTD leads to acute myocardial insufficiency [Нечаев, Яковлев, 2008; Gelb, 2006]. Last years, new