

порівнянні аускультативної картини легень пацієнта в сидячому положенні, в положенні лежачи на правому і на лівому боках, місцево почуті вологі хрипи змінюють свою локалізацію або зникають, підтверджуючи свою непостійність.

Феномен звучних дрібно-міхурцевих вологих хрипів нагадує звуки при згинанні тонкої поліетиленової плівки. Середньо-міхурцеві вологі хрипи можна порівняти із шумами при згинанні грубого поліетилену.

Крепітація – класична ознака часткової (крупозної) пневмонії, нагадує тихий шум від тертя волосин біля вуха, появляється виключно на висоті глибокого вдиху, не змінює локалізацію після кашлю, зміни положення тіла хворого – сидячи, лежачи на правому і лівому боці.

Діагноз негоспітальної пневмонії підтверджується рентгенологічним обстеженням, яке виявляє вогнищеві затемнення, реактивний корінь легень. Для диференційної діагностики має значення швидкий зворотний розвиток процесу під впливом антибактеріальної терапії при негоспітальній пневмонії.

### Висновки

1. При збиранні анамнезу потрібно встановити клімато-географічні, сезонні та епідеміологічні характеристики країни прибулого.

2. Знижена толерантність до фізичних навантажень, поява дихального дискомфорту під час звичних занять спортом – один із критеріїв розвитку негоспітальної пневмонії в молодих пацієнтів.

3. Посилене везикулярне дихання над правою легенею в молодій особі астеничної конституції є фізіологічним. Особливості будови грудної клітки молодого пацієнта сприяють доброму проведенню звуків на поверхню. При порівняльній аускультативній над симетричними ділянками легень важливо знайти різницю у силі звучання вологих хрипів з метою виключення появи пневмонічного вогнища на фоні бронхіту.

4. Локальні звучні дрібно-міхурцеві вологі хрипи, патогномічний симптом негоспітальної пневмонії – подібні до акустичного феномену від згинання тонкого поліетилену; вони непостійні, змінюють локалізацію після кашлю, зміни положення тіла.

5. Крепітація (ознака часткової пневмонії) відрізняється від вологих хрипів тихим звучанням і нагадує звук від тертя

декількох волосків над вухом, вона вислуховується тільки на висоті вдиху, її локалізація не змінюється при форсованому диханні, кашлі чи зміні положення тіла.

6. Розсіяні, двобічні, вологі, середньо-міхурцеві хрипи (нагадують звук від згинання грубого поліетилену) характерні для гострого бронхіту.

### Література

1. Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007 “Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Пульмонологія”.
2. Сахарчук, І.І. Клінічна пульмонологія [Текст] / І.І. Сахарчук, Р.І. Ільницький, Ю. М. Бондаренко, П. Ф. Дудка, І.П. Тарченко, О. І. Бодарецька // - К.: Книга плус, 2003.” 366 С.
3. Звершхановський, Ф.А., Пульмонологія в практиці сімейного лікаря [Текст] / Ф. А. Звершхановський, С. А. Стародуб, С. С. Шостак, К.О. Калайджан // Тернопіль, ТДМУ, Укрмедкнига, 2008. – 203 С.
4. Фещенко, Ю.І. Негоспітальна пневмонія у дорослих (етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект погодження)) [Текст] / Ю. І. Фещенко, О. Я. Дзюблик, О.О.Мухін // Український пульмонологічний журнал.-№1.-С.21-24.

*Гайова І.М., Зубань А.Б., Кулинич-Миськів М.О., Островський Н.Н. Корж Г.З., Кострицька І.Н., Бондаренко Т.Я.*

### Діагностика негоспітальної пневмонії молодих пацієнтів на догоспітальному етапі

**Резюме.** Обобщая практический опыт данные литературы, предоставлены особенности опроса, сбора анамнеза и объективного обследования молодых пациентов, в том числе иностранных, при диагностике негоспитальной, пневмонии.

**Ключевые слова:** негоспитальная пневмония, методы диагностики.

*Gayova I.M., Zuban A.B., Kulnych-Miskiv M.O., Ostrovskiy M.M., Korzh G.Z., Kostrytska I.N., Bondarenko T.Y.*

### Diagnosis of Acquired Bacterial Focal Pneumonia in Young Patients at Prehospital Stage

**Summary.** Generalized experience and data of literature in the article demonstrate peculiarities of questioning, collecting of anamnesis, objective examination of young patients, the foreign patients including, for making diagnosis of acquired bacterial focal pneumonia.

**Key words:** Community-acquired pneumonia, methods of before-hospital diagnostic.

Надійшла 06.02.2012 року.

УДК 616.12-008.331.1+616.61+616.13

*Глушко Л.В., Федоров С.В., Вербовська О.С., Мартинів І.В., Насраллах А.Х., Шаламай М.П.\**

### Симптоматична реноваскулярна артеріальна гіпертензія: клінічний випадок

Кафедра терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти (зав. каф. – проф. Л.В. Глушко)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

\* Центральна міська клінічна лікарня м. Івано-Франківська

**Резюме.** Артеріальна гіпертензія – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. Відповідно до нового рапорту Всесвітньої організації охорони здоров'я артеріальна гіпертензія є лідером серед глобального ризику смертності, складаючи 12,8% (7,5 мільйонів) від загальних летальних випадків у світі. Аналіз показує, що гіпертензія зумовлює вкорочення тривалості життя, в середньому, на 3,8%. У статті наведений клінічний випадок симптоматичної реноваскулярної артеріальної гіпертензії, її діагностика та тактика лікування. Розглянуті питання етіології та клінічної маніфестації реноваскулярних захворювань.

**Ключові слова:** симптоматична артеріальна гіпертензія, стеноз ниркової артерії.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Артеріальна гіпертензія в сучасних умовах є насправді гло-

бальною епідемією. Як свідчать результати дослідження Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE), 40% населення світу має стійко підвищений артеріальний тиск. Причому, 30% гіпертензії припадає на країни низької економіки, близько 50% - на розвинуті країни [1]. Загалом, нормальні рівні артеріального тиску (АТ) зустрічаються тільки в 30% популяції; рівень АТ інших 30% перебуває в межах «прегіпертензії». 46% хворих на артеріальну гіпертензію знають про власний високий рівень АТ, 40% - лікуються, і тільки 13% вдається контролювати АТ [1]. Центр з контролю та профілактики захворювань США стверджує, що нація програла війну з гіпертензією. Про це свідчать дані Morbidity and Mortality Weekly Report: 30,4% американців страждають на артеріальну гіпертензію; 53,5% з них не досягають цільо-

вих рівнів АТ, 39% не знають про власний високий рівень АТ, 16% хворих не вживають антигіпертензивних ліків [2]. В Україні показник поширення недуги складає 32,2%; 43,4% хворих вживає антигіпертензивні ліки, ефективність лікування – 13,4% [3].

Частка вторинних (симптоматичних) артеріальних гіпертензій, за даними національних реєстрів, складає 5-10%, з яких основна доля припадає на ниркові причини. Відомо, що синдром злоскісної артеріальної гіпертензії трапляється частіше саме при вторинних гіпертензіях.

**Метою роботи** є представлення клінічного випадку реноваскулярної симптоматичної артеріальної гіпертензії, діагностики та тактики лікування.

### Матеріал і методи дослідження

Обстеження хворого на артеріальну гіпертензію проводилось відповідно до «Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія (2012)» [4], із використанням рутинних загальноклінічних лабораторних тестів, ЕКГ, ЕхоКС, комп'ютерної томографії, УЗД з доплерівським картуванням.

### Результати дослідження

Хворий Б., 1963 р.н., поступив ургентно в кардіологічне відділення Івано-Франківської ЦМКЛ зі скаргами на запаморочення, слабкість в лівій руці, підйом артеріального тиску до 220/120 мм рт.ст. Зазначені скарги турбують впродовж тижня. З анамнезу відомо, що артеріальна гіпертензія триває з 2008 року. Амбулаторно нерегулярно вживав комбінований антигіпертензивний препарат (лізиноприлу дигідрат 10 мг + амлодипіну бесілат 5 мг). Три місяці перед поступленням переніс гострий розлад мозкового кровообігу по типу ішемічного інсульту з явищами лівобічної пірамідної недостатності та гіпестезії лівої руки. Спадковість необтяжена; курить впродовж 30 років, на даний час – 20 сигарет на добу.

При об'єктивному обстеженні: при перкусії – поширення лівої межі серця на 1 см назвни від лівої середньоключичної лінії, при аускультації – систолічний шум на верхівці та акцент II тону над аортою. АТ, виміряний після 5-ти хвилин відпочинку на правій руці – 200/100 мм рт.ст., на лівій руці – 200/100 мм рт.ст.

Проведене ЕКГ-дослідження виявило ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

Виставлений попередній діагноз: Гіпертонічна хвороба, III стадія, 3 ступінь, ризик – дуже високий. Гіпертензивний криз, ускладнений гострим розладом мозкового кровообігу в басейні правої середньої мозкової артерії.

Проведені лабораторні дослідження крові показали наявність підвищеного показника ШОЕ (30 мм/год), високих рівнів загального холестерину (5,8 ммоль/л), триацилгліцеролів (3,2 ммоль/л), ХС-ЛПНГ (3,46 ммоль/л), сечовини (20,5 ммоль/л) та креатиніну (750 мкмоль/л). Дані ЕхоКС: аорта – 3,9 см, уцільнена; аортальний клапан – уцільнений, розходження стулок 2,0 см; ліве передсердя – 4,4 см; мітральний клапан – М-тип, регургітація (1,5+); КДР – 5,9 см, КДО – 173 мл, КСР – 4,2 см, КСО – 79 мл, ФС – 27%, УО – 94 мл, ФВ – 54%; міжшлуночкова перетинка в діастолу 1,3 см, ехогенність міокарда незначно підсилена; правий шлуночок – 2,8 см, трьохстулковий клапан – регургітація (+). Проведена комп'ютерна томографія головного мозку змін, характерних для ГРМК не виявила.

Враховуючи наявність видимих ознак порушення екскреторної функції нирок, злоскісний характер перебігу артеріальної гіпертензії, розпочався діагностичний пошук в плані виявлення патології нирок. Загальний аналіз сечі показав зниження питомої ваги (1005), наявність мікроальбумінурії, при мікроскопії осаду – 10-15 лейкоцитів в полі зору, та оксалати. Дослідження сечі за Зимницьким підтвердило стійкий характер гіпоізостенурії. Проведене ультразвукове дослідження нирок не виявило їх аномалію. Додаткове ультразвукове дослідження нирок в режимі кольорового доплерівського картування дозволило встановити зниження

кровообігу правої нирки та неможливість виведення кровотоку у її воротах. Показники кровообігу правої та лівої нирок: RI – 0.52 vs 0.54, V max – 14.4 cm/sec vs 21.3 cm/sec, V min 6.4 cm/sec vs 11.9 cm/sec, S/D 2.23 vs 1.79, V mean – 10.9 cm/sec vs 16.6 cm/sec. Комп'ютерна томографія нирок з контрастуванням не проводилась із-за високого рівня креатиніну, що є протипоказом до даної процедури. Встановлена аномалія розвитку правої ниркової артерії, яка, очевидно, є причиною артеріальної гіпертензії. Враховуючи дані обстежень в якості антигіпертензивних засобів, було призначено амлодипін 20 мг/добу, моксонідин 80 мг/добу, ацетилсаліцилову кислоту 75 мг/добу та розувастатин 20 мг/добу.

У результаті проведених обстежень пацієнту було виставлений діагноз симптоматичної (реноваскулярної) артеріальної гіпертензії та скеровано на оперативне лікування в НДІ урології.

### Обговорення

Реноваскулярні хвороби є комплексом розладів із різноманітними клінічними маніфестаціями, найчастішою причиною яких є фібром'язова дисплазія чи атеросклероз ниркових артерій. Клінічно проявляються асимптоматичним стенозом ниркової артерії, реноваскулярною артеріальною гіпертензією чи ішемічною нефропатією. Стеноз ниркової артерії зустрічається досить часто: за даними аутопсії, понад 25% пацієнтів, які померли внаслідок серцево-судинних недуг, мають різного ступеня обструкцію просвіту ниркових артерій, а в осіб віком 70 років та старших цей показник сягає 60% [5]. Реноваскулярна гіпертензія є наслідком стенозу ниркової артерії, зустрічається в 0,5-5% популяції хворих на гіпертензію. Ішемічна нефропатія характеризується прогресивним зниженням функції нирок та зустрічається в 15% випадків серед нефрологічної патології.

Якщо фібром'язова дисплазія найчастіше трапляється в молодих жінок (як правило, діагностується до 40 років), то атеросклероз ниркових артерій – прерогатива осіб старшого віку з типовими чинниками ризику його виникнення. Проте, за умови наявності первинних дисліпідемій досить часто може дебютувати в молодому віці. Експерти рекомендують при скринінгу пацієнтів враховувати наступні ключові ознаки, притаманні атеросклеротичному нирковому захворюванню: раптовий початок переважно діастолічної артеріальної гіпертензії в віці до 30 чи понад 55 років; злоскісна, важка (3-й ступінь) чи рефрактерна гіпертензія; помірна чи важка гіпертензія з клінічними ознаками атеросклерозу; помірна чи важка гіпертензія з ознаками ниркової недостатності невідновленого генезу; азотемія, індукована інгібіторами АПФ чи блокаторами рецепторів ангіотензину II; асиметрія розміру нирок; прогресуюча серцева недостатність невідновленого генезу з частими нападами набряку легень; стійко підвищений рівень С-реактивного протеїну [5].

Основними цілями лікування реноваскулярних недуг є: нормалізація артеріального тиску, захист ниркової функції та уникнення можливих побічних ефектів ліків на фоні порушеною екскреторної функції. Поряд із медикаментозним лікуванням (антигіпертензивні препарати та засоби, які зменшують ризик несприятливих кардіоваскулярних подій) залежно від етіології використовують черезшкірні втручання (черезшкірна транслюмінальна ангіопластика, стентування) та оперативне лікування (ендартеріоектомія, орто-ренальне шунтування тощо).

### Висновок

Таким чином, при діагностиці артеріальної гіпертензії серед рутинних процедур значну увагу слід надавати функції нирок для оцінки первинного чи вторинного характеру їх пошкодження.

**Перспективою наступних досліджень** є впровадження елементів самоконтролю стану функції нирок у хворих на

артеріальну гіпертензію в рамках функціонування «Клубу підтримки хворих на артеріальну гіпертензію» на базі кафедри терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти ІФНМУ.

### Література

1. Yusuf S. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey / Yusuf S., Islam Sh., Chow C. [et al.] // *The Lancet*. -2011. -Vol.378 (Issue 9798). -P.1231-1243.
2. Merritt R. Vital Signs: Awareness and Treatment of Uncontrolled Hypertension Among Adults — United States, 2003–2010 / Merritt R., Valderamma A., Gillespie C. [et al.] // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. -2012. -Vol.65 (35). -P.703-709.
3. Свіщенко Є.П. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Свіщенко Є.П., Багрій А.Е., Єна Л.М. [та інш.] // *Артеріальна гіпертензія*. -2012. -№1(21). -С.96-162.
4. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Артеріальна гіпертензія. Первинна медична допомога. Вторинна медична допомога (2012 рік) // *Артеріальна гіпертензія*. -2012. -№1(21). -С.67-95.
5. Bloch M. Diagnosis and management of renovascular diseases and renovascular hypertension / Bloch M., Basile J. // *J. Clin. Hypertens.* -2007. -Vol.9. P.381–389.

*Глушко Л.В., Федоров С.В., Вербовская О.С., Мартыниев И.В., Насраллах А.Х., Шаламай М.П.*

**Симптоматическая реноваскулярная артериальная гипертензия: клинический случай**

**Резюме.** Артериальная гипертензия - одно из самых распро-

страненных хронических заболеваний человека. Соответственно новому рапорту Всемирной организации здравоохранения артериальная гипертензия является лидером среди глобального риска смертности, составляет 12,8% (7,5 миллионов) от числа общих летальных случаев в мире. Анализ показывает, что гипертензия приводит к сокращению продолжительности жизни, в среднем, на 3,8%. В статье наведен клинический случай симптоматической артериальной гипертензии, ее диагностика и тактика лечения. Рассмотрены вопросы этиологии и клинической манифестации реноваскулярных заболеваний.

**Ключевые слова:** симптоматическая артериальная гипертензия, стеноз почечной артерии.

*Glushko L.V., Fedorov S.V., Verbovska O.S., Martyniv I.V., Nasrallah A.H., Shalamay M.P.*

### Symptomatic Renovascular Hypertension: The Clinical Case

**Summary:** Arterial hypertension is one of the most common chronic diseases of humans. According to a new report of the World Health Organization, hypertension is the leading global risk of mortality, caused of 12.8% (7.5 million) of the total deaths in the world. Analysis shows that hypertension causes shortening of life expectancy, on average, by 3.8%. In this article the clinical case of symptomatic renovascular hypertension, its diagnosis and treatment strategy were observed. The questions of etiology and clinical manifestation of renovascular disease were discussed.

**Key words:** symptomatic renovascular hypertension, renal artery stenosis.

Надійшла 22.10.2012 року.

УДК 616-06+616-08+616.001+616.717.5+613.95

*Дубас В.І., Сулима В.С., Ковалишин Т.М., Балюк Ю.С., Данів В.М.*

### Метод лікування ускладнених переломів кісток передпліччя у дітей за допомогою апаратів зовнішньої фіксації

Кафедра травматології та ортопедії (зав. каф. - проф. В.С.Сулима)

Івано-Франківського національного медичного університету

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ

**Резюме.** У статті на основі десятилітнього клінічного досвіду показана можливість використання компресійно-дистракційного остеосинтезу при лікуванні ускладнених переломів кісток передпліччя у дітей. Для використання цього методу запропонований стержневий апарат зовнішньої фіксації і проведено аналіз його використання при лікуванні шести хворих. Аналіз результатів оптимізує використання стержневих апаратів при лікуванні ускладнених переломів кісток передпліччя у дітей.

**Ключові слова:** передпліччя, стержневий апарат, перелом, лікування.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Порушення репаративної регенерації кісток (уповільнене зрощення, незрощення фрагментів, несправжній суглоб) – досить рідка патологія для хворих дитячого віку, яка зустрічається в 2,7-4% (1,2). Серед причин, котрі зумовлюють виникнення порушення, слід згадати нестабільність фіксації відламків при використанні гіпсової пов'язки, повторні переломи, інфекційні ускладнення ділянки перелому викликані післяопераційним нагноєнням після остеосинтезу (3). Одним з успішних методів лікування є метод компресійно-дистракційного остеосинтезу (4). Принцип «неогістогенезу дистракції» проф. Г.А. Ілізарова дає можливість не тільки скорегувати вторинну деформацію відламків, але і досягти консоїдації місця перелому. При використанні методу зовнішньої фіксації у дітей практичний лікар зустрічається з проблемою громіздкості апарату, вибору пристрою для фіксації, а саме – спицевої чи стержневої конструкції. Ще більш складним є усунення порушень регенерації кісткової тканини на двох-кісткових сегментах кінцівки.

**Мета дослідження:** виявити переваги застосування апаратів зовнішньої фіксації стержневої конструкції при лікуванні дітей з ускладненими переломами кісток передпліччя.

### Матеріал і методи дослідження

В Івано-Франківському обласному травматологічному дитячому відділенні протягом 10 років спостерігали 6 хворих із порушеннями процесів регенерації фрагментів кісток передпліччя. Вік хворих від 8-ми до 15-ти років. Серед них хлопчиків було 5, дівчаток – 1. Методом клінічного огляду та рентгенографії уповільнене зрощення перелому діагностовано у 1 хворого, незрощення перелому у 3 хворих та несправжній суглоб у 2 хворих. Виявлені порушення локалізувались у нижній третині променевої кістки у 5 хворих, у середній третині ліктьової кістки у одного хворого. Незрощення перелому, яке спостерігали у 3 хворих, наступило внаслідок повторного перелому цієї ж локалізації. Лікування 5 хворих проводилось з допомогою стержневого апарату оригінальної конструкції, при використанні якого забезпечувався режим компресії та дистракції. При уповільненому зрощенні перелому проводили закритий остеосинтез відламків, режим компресії відламків тривав перші 2 тижні та режим дистракції наступні 3 тижні. Незрощення перелому лікували шляхом відкритого остеосинтезу відламків АЗФ, при цьому невеликий розріз проводили в проекції перелому, відсвіжували кінці відламків та здійснювали їх тунелізацію по Беку. Рану поширено ушивали, режим компресії відламків тривав перші 3 тижні та режим дистракції наступні 3 тижні. При лікуванні несправжнього суглобу у 2 дітей був проведений остеосинтез стержневим апаратом у 1 хворого та апаратом Ілізарова у наступного. Остеосинтез з допомогою апарату Ілізарова виконували закрито, фіксація відламків спицями, режим тільки дистракції перші 4 тижні. Остеосинтез стержневим апаратом виконували