

Дядичева Т.А., Сысойкина Т.В., Сабадаш В.Е., Долженко Л.С., Липатникова А.С., Титова О.О., Глущенко В.Ю. *Трудности ранней диагностики тромбоэмболии легочной артерии при бронхоспастическом синдроме.*

ТЭЛА - трудная для диагностики и очень распространенная причина смерти у госпитализированных больных пожилого возраста. В патогенезе ТЭЛА значительное место занимает бронхоспазм и обструкция бронхов. Клинические симптомы ТЭЛА во многом сходны с заболеваниями легких и сердечно - сосудистой системы. Приведено клиническое наблюдение больного 76 лет, у которого отсутствовали местные признаки тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей. ТЭЛА маскировалась длительным, тяжелым течением бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита. Отсутствие явных симптомов ТЭЛА стало причиной поздней диагностики. При длительном бронхообструктивном синдроме и отсутствии эффекта стандартного лечения необходима профессиональная ориентация врача на вероятность этой патологии.

Ключевые слова: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), бронхоспастический синдром, хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, тромбофлебит, клинический пример.

Резюме

Дядичева Т.О., Сисойкина Т.В., Сабадаш В.Е., Долженко Л.С., Липатникова Г.С., Титова О.О., Глущенко В.Ю. *Трудности ранней диагностики тромбоэмболии легочной артерии при бронхоспастическом синдроме.*

ТЕЛА - важка для діагностики і дуже поширена причина смерті у госпіталізованих хворих похилого віку. В патогенезі ТЕЛА значне місце займає бронхоспазм і обструкція бронхів. Клінічні симптоми ТЕЛА в багатьох випадках схожі з захворюваннями легень і серцево - судинної системи. Приведено клінічне спостереження над пацієнтом 76 років. У хворого були відсутні локальні ознаки тромбофлебіта глибоких вен нижніх кінцівок. ТЕЛА маскувалась тяжким перебігом бронхіальної астми і хронічного обструктивного бронхіту. Безсимптомна течя хвороби була причиною несвоечасної діагностики. При наявності тривалого бронхообструктивного синдрому і відсутності ефекту від стандартної терапії необхідна професійна орієнтація лікаря на вірогідність цієї патології.

Ключові слова: тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), бронхоспастичний синдром, хронічний обструктивний бронхіт, бронхіальна астма, тромбфлебіт, клінічне спостереження.

Summary

Dyadicheva T.A., Sysoykina T.V., Sabadash V.E., Dolgenko L.S., Lyapatnikova A.S., Titova O.O., Gluschenko V.Yu. *Difficulties of early clinical diagnostics of pulmonary embolism in bronchospastic syndrome.*

PE presents difficulties in diagnostics and is a very common cause of death of elderly patients. Bronchospasm and obstruction of the bronchial tubes has an important place in pathogenesis of pulmonary embolism. Clinical symptoms of pulmonary embolism has many respects similar to lung diseases and cardio - vascular system. Powered by clinical observation of the patient 76 years. He has no local signs of deep vein thrombosis of the lower extremities. PE is masked a long time by severe bronchial asthma and chronic obstructive bronchitis. Absence symptoms of pulmonary embolism was the cause of late diagnosis. Prolonged bronchoobstructive syndrome and the absence of effective standard treatment requires professional medical orientation on the probability of this disease.

Key words: pulmonary artery embolism (PE), bronchospastic syndrome, chronic obstructive bronchitis, bronchial asthma, thrombosis, clinical example.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова

СПІЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ОЖИРІННЯМ

Л.М. Іванова, Є.О. Луговський

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

В наш час патологія біліарної системи посідає одне з провідних місць серед захворювань внутрішніх органів [1, 3, 5, 9]. За останні десятиріччя захворюваність на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) збільшилась в Україні на 35,3% [2, 4, 5, 8]. При цьому патологія жовчного міхура все частіше поєднується з серцево-судинними захворюваннями, в тому числі з ішемічною хворобою серця (ІХС), яка залишається основною причиною інвалідизації та смертності населення [6, 7]. Водночас зростає кількість осіб з ожирінням, яке носить характер пандемії, та відмічається майже в 80% випадків при наявності патології гепатобіліарної та серцево-судинної систем [10].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконана згідно з основним планом науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом теми НДР за темою: «Реабілітація хворих зі сполученою терапевтичною патологією» (№ держреєстрації 0106U0010837).

Метою дослідження було встановити спільні фактори ризику розвитку поєднаною патології у вигляді хронічного некалькульозного холециститу, ішемічної хвороби серця та ожиріння.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом перебувало 57 хворих на ХНХ у поєднанні з ІХС та ожирінням, жінок - 69,7%, чоловіків - 30,3%.

ХНХ та ІХС класифікували згідно рекомендації та клінічних протоколів (Наказ МОЗ України від 13.06.2005 р. № 271, Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436, рекомендації Української асоціації кардіологів, 2011). Для діагностики ожиріння та визначення його ступеню використовували класифікаційні критерії ВООЗ з визначенням індексу маси тіла (ІМТ). Вік обстежених хворих перебував у межах від 23 до 59 років. Вікові групи визначалися згідно класифі-

кації ВООЗ: 18-29 років – молодий вік, 30-44 – зрілий, 45-59 – середній. Превалювали особи середнього віку 28 (49,3%), менш було пацієнтів зрілого віку – 22 (38,2%) та найменше молодого віку 7 (12,5%), що можна пояснити більшою ймовірністю порушення ліпідного обміну при збільшенні віку, зменшенням рухової активності, наявністю вагітності в анамнезі.

За соціальним статусом обстежені хворі розподілились наступним чином: робітники – 23 (39,6%), службовці – 30 (51,7%), пенсіонери – 3 (6,1%), безробітні – 1 (1,6%), тобто переважну більшість (92,3%) складали хворі, які вели активну трудову діяльність.

Тривалість сполученої патології складала у 13 (22,9%) пацієнтів – від 1 до 4 років; у 33 (57,6%) – від 5 до 9 років; у 11 (19,5%) – від 10 до 12 років. Можливо, хворих з тривалістю захворювання 10 років та більше було менше в зв'язку з тим, що при наростанні тривалості ХНХ збільшується ймовірність формування жовчних конкрементів та частина таких хворих отримує оперативне лікування.

Клінічне обстеження хворих включало в себе, по-перше, ретельний збір анамнезу: тривалість та прояв різних симптомів поєднаного захворювання, умови їх виникнення та динаміки.

Отримані результати та їх обговорення

При розпитуванні хворих були визначені наступні фактори ризику виникнення та прогресування поєднаної патології: у 50 (87,1%) наявність соціальних факторів ризику, в тому числі нічні зміни, порушення режиму труда та відпочинку, зловживання алкоголю, хронічна нікотинізація; у 46 (81,4%) – порушення характеру і режиму харчування (довгі проміжки між прийомами їжі, харчування в сухом'ятку, покvapлива їжа, вживання значної кількості продуктів з консервантами, стабілізаторами, барвниками), незбалансованість основних інгредієнтів (переважання вуглеводів). У 38 (67,5%) пацієнтів відмічалось надмірне вживання продуктів з підвищеним вмістом насичених жирів, гіподинамія – у 35 (61,9%) хворих.

У 39 (68,9%) хворих родичі першої лінії мали хронічні захворювання гастродуоденальної зони. Спадкова схильність до ІХС простежувалась у 40 (70,4%), до ожиріння – у 46 (81,3%) пацієнтів.

Водночас важливим чинником ризику формування ХНХ та ІХС був психоемоційний стан: в анамнезі у 48 (84,0%) хворих на сполучену патологію визначалися хронічні стресові ситуації, конфлікти на виробництві або в родині, тривала напружена праця.

Поєднання двох чинників ризику зустрічалось в 33 (57,7%), трьох – у 19 (33,1%), понад трьох чинників – у 5 (8,2%) пацієнтів. Звертає на себе увагу той факт, що серед обстежених хворих з ІМТ 30-34,9 кг/м² переважали особи чоловічої статі (60,7%), з ІМТ 35-39,9 кг/м² – жіночої (79,3%), які вели при цьому малорухливий спосіб життя.

Загострення ХНХ пацієнти пов'язували зі стресовими ситуаціями (14 хворих – 23,8%) та погрішностями в дієті (28 хворих – 48,9%), тобто нерегулярністю прийому їжі, відсутністю сніданку, швидкими перекусами, основним прийомом їжі увечері (33 хворих – 58,4%), переважанням у раціоні печива, шоколаду, бутербродів, гострих та жирних страв (15 хворих – 27,1%), зловживанням алкоголю (10 хворих – 17,8%), палінням (22 хворих – 38,3%). При цьому у чоловіків більш характерні були зловживання алкоголю, паління, а у жінок – стреси. Загальними для осіб обох статей були нерегулярне харчування, зловживання жирної, смаженої та гострої їжі.

Висновки

У хворих з хронічним некалькульозним холециститом у поєднанні з ішемічною хворобою серця та ожирінням основними факторами ризику виникнення та прогресування сполученої патології були соціальні чинники, обтяжена спадковість, підвищений індекс маси тіла, стресові ситуації, порушення характеру і режиму харчування, незбалансованість основних інгредієнтів, в тому числі надмірне вживання продуктів з підвищеним вмістом вуглеводів та насичених жирів, гіподинамія, тривале паління.

В подальшому ми плануємо вивчити стан кінетики жовчного міхура та жовчовивідних шляхів у хворих з поєднаною патологією.

Література

1. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів / М.В. Голубчиков // Сучасна гастроентерологія і гематологія. – 2000. – № 2. – С. 53-55.
2. Горбась І.М. Популяційні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України / І.М. Горбась, І.П. Смирнова // Український кардіологічний журнал. – 2006. – Спеціальний випуск. – С. 44-48.
3. Гриценко І.І. Хронічні хвороби жовчовивідної системи – проблеми діагностики / І.І. Гриценко, С.В. Косинська, В.І. Залевський // Сучасна гастроентерологія. – 2001. – № 3 (5). – С. 37-42.
4. Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение / А.В. Калинин // Клини. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2002. – № 3. – С. 25-34.

5. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О.Філіппов, І.Ю.Скирда, Л.М.Петречук // Гастроентерологія: міжвід. збірник. – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3-9.

6. Хрынюк О.Б. Заболеваемость органов сердечно-сосудистой системы и органов желудочно-кишечного тракта на терапевтическом участке / О.Б. Хрынюк // Научный вестник Тюменской медицинской академии. – 2000. – № 4. – С. 86.

7. Coronary atherosclerotic plaques with and without thrombus in ischemic heart syndromes: a morphologic, immunohistochemical and biochemical study / E. Arbustini, M. Grasso, M. Diegoli [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2006. – Vol. 68, № 7. – Н. 36В-50В.

8. Moseley R.H. Liver and biliary tracts / R.H. Moseley // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2003. – Vol. 19. – P. 185-193.

9. Pais R. Epidemiology and natural history of nonalcoholic fatty liver disease / R.Pais, V.Ratziu // Rev. Prat. – 2012. – Vol. 62 (10). – P. 1416-1468.

10. Ruales F. Correlation between fatty infiltration of the liver and body mass index, triglycerides and transaminases / F. Ruales, J. Barbano, E. Gómez // Acta Gastroenterol. Latinoam. – 2012. – Vol. 42 (4). – P. 278-284.

Резюме

Іванова Л.М., Луговськов Є.О. Спільні фактори ризику у хворих на хронічний некалькульозний холецистит у поєднанні з ішемічною хворобою серця та ожирінням.

В статті наведені спільні фактори виникнення та прогресування поєднаної патології: обтяжена спадковість, нераціональне харчування, гіподінамія, паління.

Ключові слова: хронічний некалькульозний холецистит, ішемічна хвороба серця, ожиріння, фактори ризику.

Резюме

Іванова Л.Н., Луговсков Е.А. Общие факторы риска у больных с хроническим некалькулезным холециститом в сочетании с ишемической болезнью сердца и ожирением.

В статье приведены общие факторы развития и прогрессирования сочетанной патологии: отягощенная наследственность, нерациональное питание, гиподинамия, курение.

Ключевые слова: хронический некалькулезный холецистит, ишемическая болезнь сердца, ожирение, факторы риска.

Summary

Ivanova L.M., Lugovskov E.A. Common risk factors for patients with non-calculous cholecystitis combined with ischemic heart disease and obesity.

In the article authors showed common risk factors of development and progression of combined pathology: burdened heredity, irrational feeding, hypodynamia and smoking.

Key words: non-calculous cholecystitis, ischemic heart disease, obesity, risk factors.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Бурмак

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ СПОЛУЧЕНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ ТА ОЖИРІННЯ

**Л.М. Іванова, К.К. Налапко, Ю.В. Сидоренко,
О.А. Холіна, М.В. Височин, Г.С. Ліпатнікова**
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

У структурі захворюваності значна роль належить сполученій патології, яка зустрічається в 25,6% - 41,7%, негативно впливаючи на клінічний перебіг та прогноз захворювань [3, 9]. За даними сучасних клініко-епідеміологічних досліджень, частота виявлення неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) складає в середньому 23% [1, 5, 10, 12, 13]. В Україні за останні 5 років захворюваність на стеатогепатит підвищилась на 76,5%, а розповсюдженість зросла в 2,2 рази [2, 4, 6]. Первинний НАСГ тісно пов'язаний з ендогенними порушеннями ліпідного та вуглеводного обміну, в тому числі з ожирінням та гіперліпідемією [7, 8, 11]. Водночас хронічний бронхіт (ХБ), за даними ВООЗ, зустрічається у 38 % населення віком понад 45 років та у 47 % - старше 55 років, а його розповсюдженість коливається від 10 до 20% [9]. Поєднання НАСГ, ХБ та ожиріння може суттєво впливати на характер клінічної картини та перебіг захворювань.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» та є фрагментом НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини «Медична реабілітація хворих зі сполученою патологією» (№ держреєстрації 0109U004608).

Мета дослідження - визначити особливості клінічного перебігу неалкогольного стеатогепатиту, сполученого з хронічним бронхітом та ожирінням.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом перебувало 68 хворих на НАСГ у поєднанні з ХБ та ожирінням (жінок 62,5%, чоловіків 37,5%), віком від 23 до 75 років. Тривалість поєднаної патології складала від 1 до 10 років.