

цих кластерів у посиленні КВР та ГР додатково призначали засоби протидії КВР та ГР для досягнення кращих результатів лікування ОА та КЗ.

Висновки. З віком у хворих зростає системність проявів ОА і КЗ, яку доцільно групувати в патогенетичні кластери для вдосконалення програм лікування.

Клінічний випадок дифузного ідіопатичного гіперостозу — хвороби Форестьє — у практиці сімейного лікаря

Гриб Н.В., Зінчук С.Ю.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Актуальність. Ревматичні захворювання вже тривалий час посідають лідируючі позиції серед причин звернень пацієнтів за медичною допомогою, особливо до фахівців первинної ланки. Незважаючи на те, що протягом останніх років досягнуто значних успіхів у діагностиці та лікуванні цих захворювань, вони й надалі залишаються серед найчастіших причин ранньої інвалідизації населення всього світу.

Зважаючи на старіння та враховуючи те, що ревматична патологія налічує близько 100 нозологічних одиниць, сімейний лікар (СЛ) у своїй практиці все частіше зустрічається з дегенеративними захворюваннями суглобів та кісток, прояви яких часто характеризуються нечіткою клінічною картиною.

Прикладом є фіксуєний лігаментоз, або хвороба Форестьє, — запальне ураження хребта, яке досить рідко діагностують лікарі вузьких спеціальностей (ортопеди, ревматологи), не говорячи вже про лікарів первинної ланки. Захворювання характеризується кальцифікацією та осифікацією зв'язкового апарату, принаймні вздовж 4 хребців тих відділів хребта, що піддаються максимальним навантаженням. Світові статистичні дані вказують на те, що практично кожному четвертому представнику чоловічої статі та кожній сьомій жінці, старшим за 50 років, СЛ самотійно та в рамках мультидисциплінарного підходу виставляє діагноз «хвороба Форестьє». Діагноз ґрунтується на даних рентгенографії хребта. Виявляється патогномонічна ознака — осифікація передньої поздовжньої зв'язки, часто в грудному відділі хребта. Основне завдання СЛ в Україні полягає у своєчасному виявленні патології, проведенні прискіпливої диференціальної діагностики та визначенні подальшої тактики ведення таких пацієнтів.

Мета дослідження: розширити та поглибити знання серед сімейних лікарів про рідкісні та недостатньо вивчені захворювання шляхом демонстрації клінічного випадку з нашої практики.

Результати та їх обговорення. На момент огляду пацієнт Ш., 1948 року народження, отримувач стаціонарне лікування у вузькоспеціалізованому терапевтичному відділенні. Скаржився на обмеження рухів у шийному відділі хребта, біль переважно ко-

лючого та періодично тиснучого характеру в ділянці грудного відділу хребта та грудної клітки зліва, за-терпання та періодичний біль ниючого характеру суглобів рук та ніг, періодичне набрякання колінних суглобів. Діагноз при направленні в стаціонар — верифікація діагнозу анкілозуючого спондилоартриту (АС).

Завдяки детально зібраній інформації ми виявили, що пацієнт працював на шахті. У віці 20–30 років працював відбійником, після чого зайняв керівну посаду, проте періодичні фізичні навантаження все ж збереглися. З анамнезу захворювання відомо, що пацієнт вважає себе хворим з 35 років, коли вперше з'явився біль у грудному відділі хребта, та звернувся за допомогою до мануального терапевта. Пройшовши курс лікування, больові відчуття зникли на тривалий термін. Цікавим є той факт, що біль незначної інтенсивності відновився аж через 15 років після проведених сеансів масажу, тобто прогресувати захворювання почало в середньому віці (50 років). По медичну допомогу не звертався. Упродовж останніх років інтенсивність болю наростала. За останні декілька років з'явився біль за грудиною тиснучого характеру при незначному фізичному навантаженні. На початку вересня загальний стан погіршився, консультовався в кардіолога та невропатолога. Направлений до ревматолога з метою верифікації діагнозу.

З анамнезу життя відомо: веде звичайний спосіб життя, не працює, пенсіонер. Привертає увагу те, що фізичні навантаження пацієнта в основному пов'язані з роботою на городі та періодичною ранковою зарядкою, після чого інтенсивність больових відчуттів знижується.

Для верифікації діагнозу ми використовували лабораторні методи обстеження: загальні аналізи крові та сечі, біохімічний аналіз крові, гострофазові показники в динаміці та коагулограму, результати яких повністю відповідають показникам норми, а також інструментальні дослідження: електрокардіографія (ЕКГ), рентгенографія (Rtg) органів грудної клітки та хребта в прямих та бокових проекціях, консультація невролога та кардіолога.

На Rtg шийного відділу хребта — ознаки поширеного остеохондрозу шийного відділу хребта, масивні передні остеофіти як продовження замикаючих пластинок по передніх та бокових поверхнях тіл хребців. Деформуючий спондилоартроз. Випрямлення шийного лордозу.

На Rtg грудного відділу хребта — ознаки поширеного остеохондрозу. Деформуючий спондилоартроз. Звапнення передньої поздовжньої зв'язки Th3-Th12 (фіксуєний лігаментоз).

На Rtg попереково-крижового відділу хребта — ознаки поширеного остеохондрозу. Масивні крайові остеофіти як продовження замикаючих пластинок по передній та бокових поверхнях L1-L5. Деформуючий спондилоартроз. Лівобічний С-подібний сколіоз. Хрящові вузли тіл L1-L4.

На Rtg ілеосакральних з'єднань — ознаки правобічного субхондрального склерозу в клубових зчленуваннях.

На ЕКГ — поодинокі шлуночкова екстрасистоля. Консультація кардіолога: ішемічна хвороба серця: стенокардія напруги II функціонального класу, атеросклеротичний кардіосклероз, шлуночкова екстрасистоля. Серцева недостатність I, гіпертонічна хвороба III. Консультація невролога: поширений остеохондроз хребта, фіксуєчий лігаментоз грудного відділу хребта.

Висновки. З огляду на вік пацієнта, анамнез життя та захворювання, характер праці в молодості, дані лабораторних та рентгенологічних обстежень — звапнення передньої поздовжньої зв'язки Th3-Th12 (фіксуєчий лігаментоз) грудного відділу хребта, ознак сакроілеїту не виявлено, але, провівши детальну диференціальну діагностику, ми не отримали переконливих даних, що вказують на верифікацію діагнозу АС. Натомість вищеперахованих результатів виявилось достатньо для постановки діагнозу: поліостеоартроз, фаза загострення з ураженням суглобів верхніх та нижніх кінцівок, Rtg стадія II (два), СФН II (два) та хребта — дифузний ідіопатичний гіперостоз скелета (хвороба Форестьє). Поширений остеохондроз хребта, торакалія, м'язово-тонічний синдром, статико-динамічні порушення.

Детальний розбір клінічного випадку показав, що лікар первинної ланки, як особа, яка безпосередньо першочергово консультує всіх пацієнтів, повинен володіти достатньою кількістю інформації та навиків, щоб запідозрити, провести диференціальну діагностику та виявити дану патологію, особливо серед осіб чоловічої статі, старших від 50 років, щоб забезпечити пацієнту правильну тактику його ведення в майбутньому.

Особливості перебігу хвороби у хворих на гострий панкреатит із різним рівнем артеріального тиску

Гук-Лешневська З.О., Заремба Є.Х.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Актуальність. Останнім часом у науковій літературі з'являються повідомлення про зв'язок серцево-судинних хвороб (зокрема ішемічної хвороби серця та артеріальної гіпертензії) з розвитком гострого та хронічного панкреатиту. Аналіз змін ліпідного профілю свідчить про ймовірність спільного патогенезу ішемічної хвороби серця та стеатозу підшлункової залози. Дисліпідемія виступає як спільний механізм формування жирової інфільтрації підшлункової залози й розвитку атеросклерозу судин, що в ряді випадків призводить до різних ускладнень, включаючи гострий панкреатит. Цікавими є роботи, які стверджують, що гіпертригліцеридемія є фактором ризику розвитку гострого панкреатиту, і цей ризик перевищує ризик виникнення інфаркту міокарда.

З метою вивчення впливу на перебіг хвороби рівня артеріального тиску (АТ) в пацієнтів із гострим панкреатитом нами проведено аналіз історій хвороб 65 пацієнтів, які перебували на лікуванні у військово-медичному клінічному центрі Західного регіону з діагнозом гострого панкреатиту.

Матеріали та методи. Пацієнти були обстежені загальноклінічними методами згідно з протоколом. Серед них було 54 чоловіків (83 %) та 11 жінок (17 %), середній вік яких становив $49,5 \pm 1,9$ року.

Результати та обговорення. Серед усіх пацієнтів у 53,8 % виявлено супутню патологію, що найчастіше стосувалась серцево-судинної системи (різні форми ішемічної хвороби серця, гіпертонічна хвороба, серцева недостатність). Підвищення систолічного артеріального тиску (> 139 мм рт.ст.) при надходженні в стаціонар відмічене у 28 (44,6 %) хворих, у 29 (43,6 %) осіб АТ був нормальним, у 8 (12,3 %) була артеріальна гіпотензія (< 120 мм рт.ст.). За рівнем артеріального тиску ми поділили хворих на три групи — I, II і III відповідно. Пацієнти з нормальним АТ були дещо молодшими за віком.

Оскільки рівень АТ мав прямий корелятивний зв'язок з індексом маси тіла (ІМТ), гемоглобіном, обернений — зі швидкістю осідання еритроцитів, амілазою та інтервалом PQ, ми провели порівняння всіх груп за різними показниками.

Майже половина пацієнтів I групи мали підвищений ІМТ, і, за середніми даними, він становив $27,5 \pm 1,0$ кг/м². У третини осіб II групи також виявлено його підвищення ($25,4 \pm 0,9$ кг/м²). У жодного хворого III групи ІМТ не був підвищеним ($22,0 \pm 0,5$ кг/м²).

При аналізі лабораторних показників виявлено, що в пацієнтів усіх груп виявлялась анемія, проте значно частіше — у хворих II і III груп (56,6 і 62,5 % проти 20,7 % у I групі). Синдром запальної відповіді (за рівнем лейкоцитів, фібриногену та швидкості осідання еритроцитів) був більш вираженим і частіше виявлявся в III групі. Ураження печінки із синдромом цитолізу спостерігалось у третини пацієнтів усіх груп. В обстежених часто фіксувалась гіперглікемія, хоча цукровий діабет в анамнезі був лише в 4 (6,2 %). За середніми даними, у I групі рівень глюкози був $6,4 \pm 0,4$ ммоль/л, у II — $6,5 \pm 0,5$ ммоль/л, у III — $5,9 \pm 1,1$ ммоль/л, а частота гіперглікемії була в 32,1; 41,4 та 25 % осіб відповідно. У пацієнтів III групи значно частіше спостерігалось порушення функції нирок — креатинін був підвищеним у 37,5 % хворих проти 13,8 % у I та 17,9 % у II групі.

Незалежно від рівня АТ у пацієнтів часто спостерігалась тахікардія — майже в половині осіб кожної групи, і, як показав аналіз корелятивних зв'язків, вона супроводжувалась інтоксикацією, холестазом, анемією та більш тривалим перебуванням у стаціонарі.

Аналіз електрокардіограм показав, що найчастіше в пацієнтів із гострим панкреатитом спостерігались зміни у вигляді інверсії зубця Т та депресії