

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

СТ. Такі зміни виявляли в 42,8 % хворих I групи, 48,1 % — II групи та в 62,5 % осіб III групи. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка частіше були у хворих I групи (17,9 % проти 3,7 % II групи і 25 % II групи). Серед електрокардіографічних змін варто звернути увагу на порушення провідності по ніжках пучка Гіса, що виявлялось у 21,5 % усіх пацієнтів, причому істотно частіше такі блокади були в пацієнтів II групи (37 % проти 14,2 % у I групі та 25 % у III). Крім перелічених змін, в обстежених хворих фіксували шлуночкові та надшлуночкові екстрасистоли, гіпертрофію лівого передсердя, миготливу аритмію, ектопічний ритм, синусову аритмію, атріовентрикулярну блокаду I ступеня, причому частіше — у пацієнтів III групи.

Висновки. У хворих на гострий панкреатит часто виявляють зміни в рівні артеріального тиску. Незважаючи на те, що артеріальна гіпертензія є фактором ризику щодо розвитку гострого панкреатиту, у нашому дослідженні вона не впливала на перебіг та тяжкість хвороби, хоча багато пацієнтів цієї групи мали надмірну вагу та ожиріння. У нашому дослідженні тяжчий перебіг (синдром інтоксикації, анемія, порушення функції нирок) був у пацієнтів з артеріальною гіпотензією.

Частота і ступінь порушень дихальної функції в пацієнтів з артеріальною гіпертензією залежно від стажу куріння

Дичко Т.О., Лисий І.С., Саморукова В.В., Збітнева В.О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

Мета дослідження: визначити частоту й ступінь порушення функції зовнішнього дихання в пацієнтів з артеріальною гіпертензією залежно від стажу тютюнопаління.

Матеріали та методи. Досліджено 80 пацієнтів (середній вік $52,3 \pm 0,2$ року): чоловіків — 41 (51,3 %), жінок — 39 (48,8 %) зі встановленим діагнозом артеріальної гіпертензії (АГ) I–III ступенів тривалістю не менше від 1 року без хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) в анамнезі. 1-ша група (контрольна) — 52 пацієнти (62 %) з АГ, які ніколи не курили; 2-га група (основна) — 28 пацієнтів (46,7 %) з АГ, які палять або палили раніше. Проаналізовано анамнез, скарги, визначено індекс тютюнопаління, дані офісного та домашнього моніторингування, показники вентиляційної функції легень.

Результати та обговорення. Незначні порушення функції дихання спостерігалися загалом у 47,5 % ($n = 38$) пацієнтів, з яких було 17,5 % ($n = 14$) хворих 1-ї групи, а 30,0 % ($n = 24$) — 2-ї групи ($p < 0,05$). Показник $ОФВ_1 \leq 80$ % від належного було визначено у 3,8 % ($n = 3$) пацієнтів контрольної групи та 5 % ($n = 4$) хворих основної групи, $ОФВ_1$ від 50 до 80 % — у 2,5 % ($n = 2$) хворих основної групи, які

палили ≥ 10 пачко-років ($p > 0,05$). За результатами обстеження, ХОЗЛ I та II ступенів було вперше діагностовано в 11,3 % ($n = 9$) хворих ($p < 0,05$). При визначенні кореляційних відношень між тривалістю паління тютюну та показником $ОФВ_1/ФЖЄЛ$ у чоловіків та жінок зі стажем тютюнопаління ≥ 10 пачко-років спостерігався обернений кореляційний зв'язок: у чоловіків $r = -0,8052$ ($p < 0,01$), у жінок $r = -0,69154$ ($p < 0,01$).

Висновки. 1. У хворих на АГ з анамнезом тютюнопаління понад 10 пачко-років вірогідно частіше (11,3 %, $p < 0,05$), ніж у хворих, які не палять (лише 3,8 %), спостерігаються порушення дихальної функції, характерні для ХОЗЛ.

2. Виявлено вірогідний обернений зв'язок між стажем тютюнопаління та показником $ОФВ_1/ФЖЄЛ$ у чоловіків та жінок зі стажем тютюнопаління ≥ 10 пачко-років: $r = -0,8052$ ($p < 0,01$) та $r = -0,69154$ ($p < 0,01$) відповідно.

Необоснованные расходы в первичном звене здравоохранения, связанные с диспансеризацией

Жамалиева Л.М., Туребаев М.Н., Жаманкулова Д.Г. Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Актуальность. Организаторы здравоохранения, издающие нормативно-правовые документы, должны действовать в соответствии с принципами доказательной медицины. Это особенно важно в условиях ограниченности финансовых ресурсов для обеспечения качественной и экономически рациональной медицинской помощи.

Цель исследования: продемонстрировать необоснованность и экономическую затратность стандартов диспансерного наблюдения больных на примере язвенной болезни желудка (ЯБЖ).

Материалы и методы. Проведен анализ объема и частоты лабораторно-инструментального обследования, консультаций специалистов при язве желудка, которые необходимы в соответствии с приказом по диспансеризации. Анализ экономических затрат был выполнен на основе расчета средней цены в прейскурантах медицинских организаций г. Актобе.

Результаты и обсуждение. Согласно стандарту диспансеризации, при язве желудка требуется проведение: общего анализа крови 2 раза в год, биохимических анализов крови 2 раза в год, фиброгастроуденоскопии (ФГДС) с биопсией 1 раз в год, рентгеноскопии желудка (по показаниям), ультразвукового исследования органов брюшной полости, электрокардиограммы (ЭКГ) по показаниям, 3 консультаций узких специалистов (гастроэнтеролог, хирург, онколог). Длительность диспансерного наблюдения — 3 года. Таким образом, по поводу язвы желудка анализы крови будут проведены 6 раз, ФГДС с биопсией и ультразвуковое исследование —