

Summary.

Author lights his experience in the treatment of diabetes mellitus in patients with somatic diseases.

Клініко-рентгенологічні прояви респіраторного дистрес-синдрому дорослих

*доц. Г.О. Коханова, В.П. Колесник, Л.В. Сіліна,
Т.П. Коваленко, О.І. Гудзь, Н.В. Бойдаченко*

Уявлення про респіраторний дистрес-синдром (РДС) було запропоновано Ashbaugh D. з співавторами у 1967 році і об'єднує біля двадцяти різних назв, відтворюючих клінічну форму некардіогенного набряку легенів, які проявляються легеневою гіпертензією, гострою дихальною недостатністю, резистентною до оксигенотерапії (Albert R.K., 1986р., Гологорський В.А., 1992, Рябов Г.А., 1994 р.). Цей синдром зустрічається при більшості критичних станів, викликаних різними захворюваннями, інтоксикаціями і травмами. Летальність за останні 20 років залишається більше 50% (Гембицький Е.В., Коломоець Н.М., 1997 р.).

Нами проаналізовані історії хвороби 360 померлих у відділенні реанімації ОКЛ ім. М.І. Пирогова з 1993 по 1997 р., серед яких у 41 (11,4%) діагностовано РДС, 63,4% склали особи віком від 30 до 50 років, переважно чоловічої статі.

Частіше РДС виникав на фоні різних септичних станів (41,5%) в поєднанні з гострим (26,8%) і хронічним (12,2%) порушенням функції нирок. У 22,0% померлих РДС став морфофункціональною основою для розвитку запалення легенів, серед яких в одній третині випадків спостерігали інфарктні пневмонії.

У 26,8% хворих на фоні РДС відмічали наявність рідини в плевральних порожнинах. Вказані зміни погіршували стан хворих і ускладнювали клініко-рентгенологічну діагностику.

Симптоматика і стадії РДС досягала максимального прояву через 24-36 годин і спочатку проявлялись нерізкою фізикальною симптоматикою і невиразними рентгенологічними ознаками. Рентгенологічно в 1 стадії (36,6%) відмічали розширені ортоградні проекції судин прикореневих зон за рахунок підсилення легеневого малюнку, в деяких випадках — пористу деформацію, малоструктурність коренів. У 7,35 випадках при першому рентгенологічно-

му обстеженні змін виявлено не було, але клінічно на протязі 10-12 годин спостерігали різке погіршення стану, що рентгенологічно зразу відповідало 3-4 стадії РДС.

В 2 стадії (22,0%) клінічно визначали наростаючу задишку, тахікардію, над легеньми вислуховували жорстке дихання. Рентгенологічно виявляли дрібноосередкові елементи, висока інтенсивність і велика кількість яких переважно в зовнішніх і нижніх відділках, дозволяла відокремити їх від судин, а найбільш чіткі і рівні контури — від запального процесу. Легені залишались прозорими, незважаючи на збільшення пористої деформації. Корені — малоструктурні, з відносно чіткими, опуклими контурами. В деяких випадках спостерігали реакцію міжчасткової плеври.

В 3 стадії (24,4%) стан хворих був вкрай важким: збільшувалась дихальна недостатність, задишка ставала нестерпною, відмічали гіпоксію з гіперкапнією. Вдихання 100% кисню не знімало гіпоксію, що було показником порушення перфузії і вимагало переводу хворих на ШВЛ. При аускультатії прослуховувались переважно різнокаліброві вологі хрипи на фоні мозаїчно ослабленого дихання. Рентгенологічно відмічали зниження прозорості легенів за рахунок збільшення кількості і розмірів осередків та наявності плевральної рідини. Практично це давало картину гомогенного затемнення зі збереженням прозорості на верхівках за рахунок появи емфізематозних бул.

В 4 стадії (9,8%) приєднувались ознаки право- і лівошлуночкової недостатності (зниження АТ, збільшення ЦВТ), з'являлась мармуровість шкіри, олігурія, ознаки ішемії міокарда на ЕКГ. Рентгенологічно затемнення легенів ставало найбільш виразним та гомогенним, в деяких випадках наближаючись по інтенсивності до тіні середостіння і діафрагми та зливаючись з ними; осередковість переставала диференціюватись, спостерігались симптоми "повітряної бронхографії" — наявність прозорих просвітів бронхів.

Таким чином, на ранніх етапах розвитку РДС на протязі перших 24 годин обов'язковий моніторинг частоти дихання і пульсу та рентгенівський контроль з невеликими проміжками є необхідними.

Нетиповність клініко-рентгенологічних проявів 2 стадії РДС ускладнює діагностику, в зв'язку з чим будь-які посилення судинного малюнку на рентгенограмах в поєднанні з клінічними даними повинні трактуватися на користь РДС. При диференціальній діагностиці РДС, перш за все, слід виключати набряк кардіогенного походження.

При підозрі на тромбоемболію легеневих артерій додатково важливо враховувати показники системи зсідання крові, а також рентгенодинаміку на фоні лікування.

Для диференціальної діагностики з гіпергідратацією показано проведення контролю ЕКГ і ЦВТ: програма на ЕКГ і підвищення ЦВТ свідчать про гідратацію.

Порівняння ефективності лікування початкової стадії серцевої недостатності комбінаціями нітросорбїду з ренітеком та козааром у хворих зі стабільною стенокардією напруги за даними холтеровського моніторингу

С.Є. Лозинський, С.В. Шершун

Обстежено 30 хворих ІХС, стабільною стенокардією напруги I-III ФК з проявами початкової стадії серцевої недостатності (I-II ФК за NYHA), що отримували нітросорбїд та Ренітек (I група) або Козаар (II група). Проведена порівняльна оцінка ефективності лікування хворих цих груп за такими показниками холтеровського моніторингу (ХМ), як кількість епізодів ішемії, кількість епізодів безбольової ішемії міокарду (БІМ) та порушень ритму.

Лікування призвело до зменшення кількості явищ ішемії на $56,4 \pm 1,5\%$, у тому числі БІМ — на $70,2 \pm 2,0\%$ для I групи, та відповідно на $28,6 \pm 1,3\%$ та $47,2 \pm 1,6\%$ для II групи.

Відзначалась також майже повне зникнення всіх видів тахікардій: спотерігався лише один приступ немотивованої синусової тахікардії у I групі.

На $68,7\%$ у I групі та на $72,7\%$ у II групі зменшилась кількість групових екстрасистол.

Відносно поодиноких шлуночкових екстрасистол більш високу ефективність показало лікування хворих I групи ($-53,7 \pm 2,9\%$ проти $-46,7 \pm 2,7\%$), а за впливом на надшлуночкові екстрасистолі обидві комбінації були активні приблизно однаково — в середньому кількість надшлуночкових екстрасистол зменшилась на $25,6 \pm 3,5\%$.

Таким чином, використання комбінацій нітросорбїду з Ренітеком та Козааром значно покращує стан пацієнтів з ПССН на тлі