

Вивчено частотний розподіл гіпертензивної ортостатичної реакції (ОР) по змінах діастолічного артеріального тиску (ДАТ) під час переходу із кліностазу в ортостаз у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ). В амбулаторних умовах обстежено 154 пацієнта з АГ (58 чоловіків й 96 жінок) у віці 63 ± 7 років. По збільшенню ДАТ при переході із кліностазу в ортостаз у пацієнтів виділяли 3 типи ОР: гіпертензивний, ізотензивний і гіпотензивний типи. У дослідження включалися особи із ізо- і гіпертензивним типами ОР, які склали 117 пацієнтів з АГ (44 чоловіків й 73 жінок). Критеріями ізотензивного типу ОР було відхилення ДАТ від установленого в ортостазі не більше ніж на 5 мм рт. ст. і гіпертензивного – його підвищення на 10 мм рт. ст. і більше. Виділені 4 груп пацієнтів з гіпертензивним типом ОР ДАТ з його підвищенням на 6-10, 11-15, 16-20, і більше 21 мм рт. ст. Гіпертензивний тип ортостатичних реакцій ДАТ в 48% пацієнтів з АГ й в 52% – ізотензивний тип. Висока частота зустрічальності гіпертензивного типу ОР ДАТ вимагають пильного вивчення з наступним тривалим спостереженням і лікуванням таких пацієнтів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: систолічний артеріальний тиск, діастолічний артеріальний тиск, ортостатичні реакції, артеріальна гіпертензія

HYPERTONIC TYPE OF DIASTOLIC BLOOD PRESSURE OF ORTHOSTATIC REACTION IN PATIENTS OF ARTERIAL HYPERTENSION

A.Yu. Yegorova, M.I. Iabluchanskyi
V.N. Karazin Kharkov National University, Ukraine

SUMMARY

Frequency distribution of hypertensive orthostatic reaction (OR) according to diastolic blood pressure (DBP) changes were studied in arterial hypertension (AH) patients. 154 out-clinic patients with AH (58 males and 96 females) median age 63 ± 7 years were examined. According to DBP increase during the patients transition from clinostasis to orthostasis 3 types of OR were identified: hypertensive, isotensive and hypotensive types. Persons with iso- and hypotensive types of OR were included in the study, that included 117 patients with AH (44 males and 73 females). Criteria of isotensive type of OR were changes of DBP from the identified during the orthostasis not more than on 5 mm/Hg and for hypertensive – its increase on 10 mm/Hg and more. 4 groups of patients with hypertensive OR were identified according to the DBP increase on 6-10, 11-15, 16-20, and more than 21 mm/Hg. Hypertensive type of DBP OR was found in 48% of patients with AH and isotensive type in 52%. High frequency of hypertensive type of DBP OR prevalence requires precise research with further long term follow-up and treatment of such patients.

KEY WORDS: systolic blood pressure, diastolic blood pressure, orthostatic reactions, arterial hypertension

УДК: 616.367-003.7-07-089

СОЧЕТАНИЕ ХОЛАНГИТА И РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Ю.Б. Захарченко, В.С. Шевченко
Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

РЕЗЮМЕ

Изучены закономерности развития острого холангита при резидуальном холедохолитиазе. Проанализированы результаты обследования 23 пациентов, мужчин 6 (26,1%), женщин, 18 (73,9%), в возрасте от 37 до 69 лет, с резидуальным холедохолитиазом. Наружный дренаж холедоха имели 8 (34,8%) поступивших в стационар больных. Диагностическая программа включала в себя клинико-лабораторные методы исследования, ультразвуковое сканирование, фистулохолангиографию или эндоскопическую ретроградную холангиографию, эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта с визуализацией фатерова сосочка, бактериологическое исследование желчи, гистологическое исследование, холедохоманометрию. Во всех случаях резидуального холедохолитиаза выявлено наличие острого холангита, в 14 (60,9%) случаях имел место фибринозный холангит, гнойный холангит наблюдался в 9 (39,1%) случаях. При бактериологическом исследовании из желчи выделено кишечную палочку, протей, клебсиеллу, энтерококк, неспорообразующие анаэробы. Таким образом, резидуальный холедохолитиаз сопровождается острым холангитом различной степени выраженности. Этот факт следует учитывать при планировании лечебной программы у больных с резидуальным холедохолитиазом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: холангит, холедохолитиаз, резидуальный холедохолитиаз, желчные протоки, желчекаменная болезнь

Частота холедохолитиаза при желчекаменной болезни составляет 5-23% и увеличивается с возрастом. Резидуальный холедохолитиаз имеет место в 4-18% случаев постхолецистэктомического синдрома, сводя на нет положительные результаты оперативного лечения калькулезного холецистита [1-5]. В последнее время в связи с внедрением высокоинформативных методов исследования заметно снизился процент резидуального холедохолитиаза, однако наиболее часто он сопутствует оперативным вмешательствам, выполняемым по поводу желчекаменной болезни [4, 5]. Причины, определяющие существование резидуального холедохолитиаза можно разделить на субъективные (выбор неадекватной диагностической программы, неверная интерпретация полученных данных обследования) и объективные (существующие пределы точности каждого из используемых методов исследования, обеспечивающие получение ложноотрицательных результатов при наличии конкрементов). Принимая во внимание современные данные о сложности патологических процессов, происходящих в гепатопанкреатодуоденальной зоне при желчекаменной болезни и особенно при ее осложненных формах течения, в каждом случае резидуального холедохолитиаза следует внимательно подходить к выбору диагностической и лечебной программы с учетом вероятности сочетанной патологии желчевыделительной системы [1, 3]. Так как наличие камней в желчных протоках вызывает различные степени выраженности холестаза, который является одним из основных условий развития холангита, у больных с резидуальным холедохолитиазом рационально было бы строить диагностическую программу с учетом выявления холангита с целью дальнейшего обеспечения адекватной патогенетичной лечебной программы.

В научных публикациях, относящихся к хирургии желчевыделительной системы, последних лет уделяется значительное внимание изучению патогенеза острого гнойного холангита. Отмечается важность изучения проблемы сочетания резидуального холедохолитиаза и острого гнойного холангита в плане их причинно следственных отношений, а также выработки адекватной лечебной программы у пациентов [3, 4, 5, 6].

К настоящему времени нет единства во взглядах в отношении причинно следственной связи резидуального холедохолитиаза и острого холангита, что не позволяет выработать адекватную лечебную программу с учетом возможностей использования методов малоинвазивной хирургии. Сложность данной проблемы определяется значительной

глубиной расположения и сложностью анатомического строения желчевыделительной системы, которая по сути в данном случае представляет собой очаг микробного воспаления. Использование дуоденоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке позволяет частично приблизиться к решению этой проблемы [3, 4, 5, 6].

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина «Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств с использованием низких температур в лечении больных желчекаменной болезнью и язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки» номер регистрации 0100U005308.

Целью настоящего исследования явилось изучение закономерности развития острого холангита при резидуальном холедохолитиазе. Мы ставили перед собой задачу определить зависимость выраженности острого холангита от степени патологических изменений желчных протоков в условиях резидуального холедохолитиаза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты лечения 23 пациентов, мужчин 6 (26,1%), женщин 17 (73,9%), в возрасте от 37 до 69 лет (средний возраст составил $59,1 \pm 5,4$ лет), поступивших в клинику с диагнозом резидуального холедохолитиаза в сроки от 2 до 16 недель после выполнения операции холецистэктомии. Наружный дренаж гепатохоледоха с суточным желчеотделением от 300 до 700 мл (средний объем составил $471 \pm 18,3$ мл) имел место у 8 (34,8%) больных, которым в сроки от 2 до 5 (в среднем $3,82 \pm 0,12$ недель) недель перед поступлением была выполнена операция холецистэктомия с холедохолитотомией. Резидуальный характер холедохолитиаза подтверждался небольшим сроком после оперативного вмешательства, наличием клинических проявлений в послеоперационном периоде в виде приступообразных болей с признаками механической желтухи, ультразвуковыми признаками холестаза и конкрементов в гепатикохоледохе.

Диагностическая программа включала в себя объективное обследование, лабораторное исследование, ультразвуковое сканирование, эндофиброскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта с визуализацией фатерова сосочка, фистулохолангиографию или эндоскопическую ретроградную холангиографию, бактериологическое исследование желчи, холедохома-

нометрию, гистологическое исследование биоптатов из большого дуоденального сосочка. Все исследования проводили по стандартным методикам. При определении выраженности холангита использовали классификацию М.И. Кузина (1983).

Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики с использованием стандартных программ «Microsoft Excel – 2003».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические проявления, характерные для острого холангита (триада Шарко или пентада Рейнолдса) имели место у 6 (26,1%) пациентов, во всех остальных случаях диагноз острого холангита был поставлен после визуализации воспалительных изменений желчи и верифицирован при ее бактериологическом исследовании.

Ультразвуковым методом признаки холестаза в виде расширения желчных протоков выявлены в 15 (65,2%), конкременты выявлены в 5 (21,7%), толстая гиперэхогенная стенка гепатикохоледоха в 18 (78,3%), визуализация внутривисцеральных мелких желчных протоков в виде трубчатых структур с гиперэхогенными стенками в 10 (43,5%), увеличение головки поджелудочной железы с изменением эхоструктуры в 12 (52,2%), расширение вирсунгова протока в 3 (13%) случаях.

Установлено наличие холедохолитиаза во всех случаях. Выявление камней желчных протоков в виде дефектов наполнения у 8 (34,8%) больных с наружным дренажем холедоха было установлено при фистулохолангиографии и не потребовало выполнения эндоскопической ретроградной холангиографии, которая позволила верифицировать холедохолитиаз у остальных 15 (65,2%) пациентов без наружного дренажа. Количество конкрементов гепатикохоледоха было от 1 до 4 (в среднем $2,58 \pm 0,14$), их размеры находились в пределах от 4 до 17мм (в среднем $13,52 \pm 1,62$ мм), ширина гепатикохоледоха находилась в пределах от 9 до 28мм (в среднем $21,82 \pm 1,86$ мм). Признаки полного блока желчотока конкрементом в виде отсутствия поступления контрастного препарата в двенадцатиперстную кишку диагностировано в 11 (47,8%) случаях.

При дуоденофиброскопическом исследовании в 21 (91,3%) случае выявлена патология большого дуоденального сосочка, явившаяся следствием длительного течения желчекаменной болезни и воспалительных изменений в результате сопутствующего острого холангита, верифицированная гистологически. Гиперплазия слизистой ампу-

лы фатерова соска в 18 (85,7%), склеротические изменения фатерова сосочка в 3 (14,3%), парапапиллярный дивертикул 6 (28,6%), острый папиллит в 20 (95,2%), деструктивные поражения вследствие вклиненных конкрементов в 3 (14,3%) случаях.

У всех больных имели место визуальные изменения желчи, полученной из наружного желчного дренажа или после эндоскопической ретроградной катетеризации холедоха, характерные для острого холангита. Признаки острого фибринозного холангита – мутная густая желчь с хлопьями фибрина, имели место у 8 (34,8%) больных с наружным желчным свищем и у 6 (26,1%) больных с частичным нарушением желчотока не имеющим наружного желчного дренажа и шириной гепатикохоледоха до 14мм (в среднем $11,68 \pm 1,12$ мм). Признаки острого гнойно-некротического холангита – присутствие гноя в желчных протоках, имели место у 5 (21,7%) больных имеющих полный блок желчотока конкрементом при ширине гепатикохоледоха больше 16мм (в среднем $13,81 \pm 1,48$ мм) и у 4 (17,4%) при частичном холестазе и ширине гепатикохоледоха более 12мм (в среднем $10,49 \pm 0,96$ мм). К тому же, диагноз холангита был верифицирован получением роста микроорганизмов при посевах желчи во всех случаях. При этом получен рост кишечной палочки, протей, клебсиеллы, энтерококков, неспорообразующих анаэробов. Последние были получены у больных с гнойно-некротическим холангитом. Холедохоманометрия выявила желчную гипертензию в пределах от 165 до 350мм вод. ст. (в среднем $296,32 \pm 16,93$ мм вод.ст.).

Общеизвестно, что острый холангит является синдромом спутником механической желтухи, точнее нарушения пассажа желчи [1, 2, 4]. Этот факт, стал особенно очевиден после внедрения в клиническую практику дуоденоскопических исследований и инструментальных вмешательств у больных с осложненным течением желчекаменной болезни, позволившим объективно верифицировать холангит. При этом большая часть случаев острого холангита протекает без характерной клинической картины этого заболевания известной под названием триады Шарко или при тяжелом течении пентады Рейнолдса, и поэтому ранее остававшиеся не диагностированными. Причиной тому служит хронизация воспалительного процесса, снижение реактивности организма, преклонный возраст больных, тяжелая сопутствующая патология [4, 5]. В последнее время появились работы, свидетельствующие о значительном снижении иммунитета у больных с длительным осложненным течением жел-

чекаменной болезни [5, 6] У больных с резидуальным холедохолитиазом положение усугубляется перенесенной накануне операционной травмой. В результате, с одной стороны при резидуальном холедохолитиазе клинические проявления холангита в большинстве случаев не выражены, с другой – основное внимание в процессе лечения уделяется решению проблемы удаления конкрементов, которые более настойчиво напоминают о себе стойким желчеистечением по наружному дренажу холедоха или болевыми приступами с желтухой. При отсутствии адекватной терапии острого холангита, после того, как удалены конкременты, он приобретает вялое течение с прогрессированием морфологических изменений желчных протоков и ткани печени, кроме того, сохраняется угнетение иммунных реакций, которое имеет место в остром периоде [2, 3, 4].

Обращаясь к вопросу о воспалительных изменениях желчных протоков у пациентов с резидуальным холедохолитиазом, правомерно разделить их на две группы. Первая группа больных, не имеющих длительного анамнеза желчекаменной болезни и грубых патологических изменений желчного дерева, включая область фатерова сосочка. Холедохолитиаз у них непродолжителен и обусловлен миграцией конкрементов из желчного пузыря в ближайшем предоперационном периоде или во время оперативного вмешательства. У этой группы больных воспалительные изменения желчных протоков при резидуальном холедохолитиазе, как правило, выражены незначительно и ограничиваются острым катаральным или фибринозным холангитом. Вторая группа – больные с длительным анамнезом желчекаменной болезни, выраженной патологией желчных протоков в виде расширения диаметра гетохоледоха вплоть до S-образного изгиба, утолщения стенки, склеротических изменений внутри-

печеночных желчных протоков, морфологическими изменениями зоны фатерова сосочка в виде гиперплазии, склероза, парапапиллярных дивертикул. Холедохолитиаз у больных этой группы отличается длительным течением с сопутствующим хроническим холангитом, о чем свидетельствуют изменения стенки протоков преимущественно в зоне нахождения конкрементов. Поэтому, резидуальный холедохолитиаз в этой группе сопровождается обострением ранее существующего хронического холангита и проявляется в тяжелых формах – фибринозно-язвенный или гнойно-некротический острый холангит.

ВЫВОДЫ.

1. Резидуальный холедохолитиаз сопровождается развитием острого холангита.
2. Степень выраженности острого холангита при резидуальном холедохолитиазе находится в прямой зависимости от степени расширения желчных протоков и нарушения пассажа желчи.
3. При построении лечебно-диагностической программы у больных с резидуальным холедохолитиазом следует учитывать степень выраженности и характер воспалительных изменений желчного дерева.

Дальнейшая разработка элементов лечебной программы острого холангита в плане как местного лечения с использованием эндохирургических методик, так и системного применения современных лекарственных препаратов. Определение объективных критериев, указывающих на купирование воспалительного процесса в стенке желчных протоков, позволит в каждом конкретном случае регулировать продолжительность как местного, так и системного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г.Г.// Consilium-medicum. Приложение. - 2003. - Т. 5, № 4. - С. 1-7.
2. Балалыкин А.С., Снигирев Ю.В., Гвоздик В.В. и др.// Клин. эндоскопия. - 2006. - № 2(8). - С. 13-19.
3. Бычков С.А., Гринев Р.Н., Морозов С.А. // Харківська хірургічна школа. - 2007. - №2. - С. 205-207.
4. Ермаков Е.А., Лищенко А.Н. // Хирургия. - 2003. - № 6. - С. 68-75.
5. Леонов В.В., Яковцов У.П., Донцов И.В.//Укр. ж. малоінв. та ендоск. хірургії. -2007.- №4.-С.30-31.
6. Харнас С.С., Синицин В.Е., Шехтер А.И. и др. // Хирургия. - 2003. - № 6. - С. 42-47.

ПОСДНАННЯ ХОЛАНГІТУ ТА РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

Ю.Б. Захарченко, В.С. Шевченко

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна

РЕЗЮМЕ

Вивчені закономірності розвитку гострого холангіту при резидуальному холедохолітіазі. Проаналізовано результати обстеження 23 пацієнтів, чоловіків 6 (26,1%), жінок 18 (73,9%), віком від 37 до 69

років, з резидуальним холедохолітіазом. Зовнішній дренаж холедоха мали 8 (34,8%) хворих, що надійшли до стаціонару. Діагностична програма включала в себе клінічно-лабораторні методи дослідження, ультразвукове сканування, фістулохолангіографію або ендоскопічну ретроградну холангіографію, ендоскопічне дослідження верхнього відділу шлунково-кишкового тракту з візуалізацією великого дуоденального пиптика, бактеріологічне дослідження жовчі, гістологічне дослідження, холедохоманометрію. У всіх випадках резидуального холедохолітіазу визначено наявність гострого холангіту, в 14 (60,9%) випадках мав місце фібринозний холангіт, гнійний холангіт спостерігався в 9 (39,1%) випадках. При бактеріологічному дослідженні із жовчі виділено кишечну паличку, клебсієлу, ентерококк, неспорутворюючі анаероби. Таким чином, резидуальний холедохолітіаз супроводжується розвитком гострого холангіту різного ступеню тяжкості. Цей факт слід враховувати при плануванні лікувальної програми хворих з резидуальним холедохолітіазом.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: холангіт, холедохолітіаз, резидуальний холедохолітіаз, жовчні протоки, жовчнокам'яна хвороба

CHOLANGITIS IN RESIDUAL CHOLEDOCHOLITHIASIS

Yu.B. Zakharchenko, V.S. Shevchenko

V.N. Karazin Kharkov National University, Ukraine

SUMMARY

The acute cholangitis development rules in residual choledocholithiasis were studied. The task was set to identify dependence of acute cholangitis expression on bile ducts pathological lesions degree in residual choledocholithiasis. 23 patients with residual choledocholithiasis, 6 (26,1%) men and 18 (73,9%) women aged 37 to 69. 8 (34,8%) patients delivered to the hospital had external drainage of choledoch. Diagnostic program included clinical laboratory methods of investigation, ultrasound scanning, fistulocholangiography and retrograde cholangiography, endoscopic investigation of the upper portion of gastro-intestinal tract with Vater's papilla visualization, bacteriological examination of bile, histological investigation, choledochomanometry. In all cases of residual choledocholithiasis there were revealed evidence of acute cholangitis, in 14 (60,9%) cases – fibrinous cholangitis, acute purulent cholangitis – in 9 (39,1%) cases. The bacteriological investigation of bile revealed colon bacillus, Proteus, Klebsiella, enterococcus, anaerobes non-sporeformers. Thus, residual choledocholithiasis was attended by acute cholangitis of various degree of manifestation. It should be considered in planning of treatment program for patients with residual choledocholithiasis.

KEY WORDS: cholangitis, choledocholithiasis, residual choledocholithiasis, bile ducts, cholelithiasis

УДК: 616.12-008.331.1-092.612.018-085

ВЛИЯНИЕ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ И АПОПТОЗ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ АТ₁-БЛОКАТОРОМ КАНДЕСАРТАНОМ

П.Г. Кравчун, В.Д. Бабаджан, Ибрагим Муса Маник, Т.В. Горбач

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Городская клиническая больница № 27, г. Харьков, Украина

РЕЗЮМЕ

Обследовано 45 больных с умеренной артериальной гипертензией, кандесартан назначали в дозе 16 мг/сут. в течение 3 недель. Установили, что проявлением эндотелиальной дисфункции при артериальной гипертензии является не только повышенное образование эндотелина-1, но и включение NO в процессы свободно-радикального окисления белков. В результате терапии кандесартаном происходит торможение избыточного перекисного окисления белков, активация антиоксидантной защиты, нормализация активности eNO-синтазы, содержания S-нитрозотиолов и уменьшение активности эндотелина-1 в крови. Терапия кандесартаном способствует замедлению апоптоза, уменьшению концентрации FAS-лиганда в крови.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: артериальная гипертензия, кандесартан, свободно-радикальное окисление, антиоксидантная система, оксид азота, эндотелин

Свободно-радикальное окисление (СРО) необходимо для нормального функционирования организма [1]. СРО способствует уничтожению отживших клеток, предупреждает злокачественную трансформацию клеток, модулирует энергетические процессы за счет