

16. Пыков М. И., Коровина Н. А., Коростелева Е. А., Творогова Т. М., Труфанова А. В. Ультразвуковое исследование почечного кровотока у детей с вегетативной дистонией // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2001. – № 1. – С. 45–48.
17. Соколов А. А., Цветкова Н. В. Флебосонографические изменения левой почечной вены при варикозном расширении

овариальных вен // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – № 2. – С. 235–238.

18. Страхов С. Н. Почечная флебогипертензия при варикоцеле у детей и подростков // Урология. – 2006. – № 6. – С. 90–92.

Поступила 26.12.2008

Л. И. ЖУКОВА, А. А. ВАНЮКОВ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ЛЕПТОСПИРОЗА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии
Кубанского государственного медицинского университета,
г. Краснодар, ул. Седина, 204. E-mail: goukova@mail.ru*

Сравнивали частоту и продолжительность клинических симптомов у больных тяжелым желтушным лептоспирозом с сопутствующими заболеваниями (150) и без таковых (21). Установлено, что сопутствующие заболевания увеличивают частоту, интенсивность и продолжительность симптомов интоксикации и полиорганных поражений, число осложнений лептоспироза, сроки стационарного лечения. Хронические сопутствующие заболевания с учетом их встречаемости у больных желтушным лептоспирозом должны найти отражение при формировании стандартов оказания медицинской помощи при данном заболевании.

Ключевые слова: лептоспироз, сопутствующие заболевания.

L. I. ZHUKOVA, A. A. VANYUKOV

FEATURES OF CLINICAL SEMIOLOGY LEPTOSPIROSIS AT PATIENTS WITH ACCOMPANYING DISEASES

Faculty of infectious diseases with a rate epidemiology The Kuban state medical university, Krasnodar

Compared frequency and duration of clinical symptoms at patients heavy icteric leptospirosis to accompanying diseases (150) and without those (21). It is established, that accompanying diseases increase frequency, intensity and duration of symptoms of an intoxication and multiorgan defeats, number of complications leptospirosis, terms of hospitalization. Chronic accompanying diseases in view of their occurrence at patients icteric leptospirosis should find reflection at formation of standards of rendering of medical aid at the given disease.

Key words: leptospirosis, accompanying diseases.

Клинические особенности лептоспироза у больных с сопутствующими заболеваниями изучены недостаточно. Научная литература располагает единичными публикациями о лептоспирозе на фоне острого холецистита, панкреатита, транзиторной HBs-антигемии, аспергиллеза, ВИЧ-инфекции [1, 2, 4, 5, 6, 7, 8]. В то же время наши предшествующие наблюдения показали, что у больных лептоспирозом часто обнаруживают маркеры вирусов гепатитов, воспаление желчевыводящих путей, хронический алкоголизм [3]. Можно полагать, что хронические заболевания, сопровождающие лептоспирозную инфекцию, могут существенно влиять на ее течение.

Цель исследования – установить клинические особенности лептоспироза у больных с различными хроническими сопутствующими заболеваниями.

Методика исследования

Под наблюдением находились 186 больных тяжелой формой желтушного лептоспироза (мужчин – 98,0%, средний возраст пациентов 43,7±0,8 года), лечившихся в специализированной клинической инфекционной больнице г. Краснодара в 2003–2008 гг. Среди обследо-

ванных пациентов летальных исходов заболевания не наблюдалось.

Диагноз лептоспироза выставляли, основываясь на клинко-эпидемиологических данных, и подтверждали реакцией микроагглютинации лептоспир. Сопутствующие заболевания устанавливали по сведениям амбулаторных карт либо по результатам исследования и консультирования врачами различных медицинских специальностей в период стационарного лечения. Хронический алкоголизм диагностировали на основании заключения врача-нарколога.

Сопутствующие хронические заболевания были выявлены у 165 больных: пищеварительной системы (37), хронический алкоголизм (37), мочевыделительной системы (6), органов дыхания (3), сердечно-сосудистой системы (3), прочие (3), сочетанные болезни двух систем органов (50), сочетанные болезни трех систем органов (26).

Были сформированы основные группы наблюдения, включающие пациентов с лептоспирозом и хроническими заболеваниями пищеварительной системы – 37, с хроническим алкоголизмом – 37, с сочетанными заболеваниями двух систем органов – 50,

Таблица 1

Возраст и сроки госпитализации у больных желтушным лептоспирозом с сопутствующими заболеваниями

Сопутствующие заболевания	Возраст, лет M±m	Койко-день M±m
Контрольная	37,8±3,1	19,4±1,7
Пищеварительной системы	37,9±2,1	25,6±1,5*
Хронический алкоголизм	47,9±1,8*	26,4±1,3*
С сочетанными поражениями двух систем органов	48,9±1,8*	28,0±1,4*
С сочетанными поражениями трех систем органов	53,1±1,7*	32,1±2,2*

Примечание: * – достоверность различия аналогичного показателя с больными без сопутствующих заболеваний.

Таблица 2

Признаки интоксикации у больных желтушным лептоспирозом с сопутствующими заболеваниями

Клинический признак	ПС n=37		ХА n=37		2СМ n=50		3СМ n=26		Контрольная n=21	
<i>Продолжительность в днях</i>	M±m		M±m		M±m		M±m		M±m	
Фебрильная температура	5,4±0,4*		6,1±0,5*		5,6±0,3*		6,7±0,6*		4,0±0,5	
Общая продолжительность повышения температуры	10,7±1,1*		14,8±1,4*		14,6±7,2*		15,4±2,1*		7,6±1,2	
Мышечные боли	7,3±0,8		8,5±0,9*		8,2±0,9*		8,3±0,8*		5,9±0,7	
<i>Число больных из группы с данным симптомом</i>	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Слабость	37	100	37	100	50	100	26	100	21	100
Озноб	26	70,3	24	64,9	32	64,0	19	73,1	13	61,9
Вялость, адинамия	8	21,6	19	51,4●	15	30,0	11	42,3	6	28,6
Возбуждение, эмоциональная лабильность	1	2,7●	14	37,8●	5	10,5	12	46,2●	3	14,3
Головная боль	22	59,5	19	51,4	28	56,0	13	50,0	9	42,9
Головокружение	12	32,4●	14	37,8●	13	26,0●	12	46,2●	2	9,5
Боли в мышцах:										
икроножных	35	94,6●	33	89,2	43	86,0	26	100,0●	16	76,2
бедренных	18	48,6●	25	67,6●	20	40,0●	15	57,7●	4	19,0
поясничных	7	18,9	7	18,9	13	26,0	8	30,8	6	28,6
верхних конечностей	2	5,4●	3	8,1●	2	4,0●	0	0	0	0
особой интенсивности	5	13,5●	12	32,4●	9	18,0●	3	11,5	1	4,8
Суставные боли	7	18,9	3	8,1	8	16,0	4	15,4	2	9,5

Примечание: ПС – группа больных лептоспирозом с сопутствующими хроническими заболеваниями пищеварительной системы;

ХА – группа больных лептоспирозом с сопутствующим хроническим алкоголизмом;

2СМ – группа больных лептоспирозом с сопутствующими хроническими заболеваниями двух систем органов;

3СМ – группа больных лептоспирозом с сопутствующими хроническими заболеваниями трех систем органов;

* – достоверность различия ($p < 0,05$) аналогичных показателей с контролем;

● – достоверность различия ($Q \geq 0,5$) аналогичных показателей с контролем.

**Признаки поражения пищеварительной системы у больных
желтушным лептоспирозом с сопутствующими заболеваниями**

Клинический признак	ПС n=37		ХА n=37		2СМ n=50		3СМ n=26		Контрольная n=21	
Продолжительность в днях	M±m		M±m		M±m		M±m		M±m	
Тошнота	2,2±0,6*		3,5±0,8*		2,7±0,8*		3,5±0,9*		1,1±0,1	
Жидкий стул	2,3±0,3		3,3±0,6*		3,5±0,5*		3,0±0,6		1,8±0,5	
Размер печени (см) по среднеключичной линии	12,9±0,3*		13,7±0,3*		13,3±2,5*		13,1±0,3*		12,1±0,3	
Число больных из группы с данным симптомом	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тошнота	18	48,6	19	51,4	17	34,0	11	42,3	8	38,1
Рвота однократная	9	24,3	10	27,0	11	22,0	4	15,4	6	28,6
Рвота многократная	5	13,5	6	16,2	6	12,0	5	19,2	2	9,5
Жидкий стул	3	8,1●	10	27,0	3	6,0●	3	11,5	4	19,0
Боли в эпигастрии	9	24,3	9	24,3	8	16,0	7	26,9	3	14,3
Боли в правом подреберье	8	21,6	8	21,6	8	16,0	2	7,7●	4	19,0
Боли в животе другой локализации	3	8,1	2	5,4	2	4,0	1	3,8	0	0
Болезненность при пальпации живота:										
в правом подреберье	20	54,1●	23	62,2●	23	46,0	12	46,2	6	28,6
эпигастрии	17	45,9	19	51,4	23	46,0	12	46,2	8	38,1
другой локализации	3	8,1●	3	8,1●	2	4,0●	5	19,2●	0	0

Примечание: ПС – группа больных лептоспирозом с сопутствующими хроническими заболеваниями пищеварительной системы;

ХА – группа больных лептоспирозом с сопутствующим хроническим алкоголизмом;

2СМ – группа больных лептоспирозом с сопутствующими хроническими заболеваниями двух систем органов;

3СМ – группа больных лептоспирозом с сопутствующими хроническими заболеваниями трех систем органов;

* – достоверность различия ($p < 0,05$) аналогичных показателей с контролем;

● – достоверность различия ($Q \geq 0,5$) аналогичных показателей с контролем.

с сочетанными заболеваниями трех систем органов – 26. Клинические симптомы лептоспироза у больных основных групп наблюдения сравнивали с аналогичными признаками больных лептоспирозом без сопутствующих заболеваний, составивших группу контроля (21).

Для оценки достоверности сравниваемых показателей применяли критерий Стьюдента, а также коэффициент ассоциации Q, устанавливающий наличие взаимосвязи двух признаков при Q от 0,5 до 1,0.

Результаты исследования

Клинические наблюдения продемонстрировали, что больные желтушным лептоспирозом с сопутствующими заболеваниями были старше по возрасту и дольше пребывали на стационарном лечении, чем больные контрольной группы. Прослеживалась прямая зависимость между комбинированностью фоновых заболеваний, возрастом пациентов и сроками стационарного лечения (табл. 1).

Продолжительность фебрильной и общей температурной реакции у пациентов лептоспирозом с сопутствующими заболеваниями была достоверно больше, чем в контрольной группе. Аналогичную тенденцию

наблюдали в частоте других признаков интоксикации – эмоциональной лабильности, головокружения, мышечных болей (табл. 2).

У больных лептоспирозом с сопутствующими заболеваниями достоверно чаще по сравнению с контролем обнаруживали признаки поражения пищеварительной системы: гепатомегалию, болезненность при пальпации различных отделов живота, большую продолжительность тошноты и жидкого стула (табл. 3).

Симптомы поражения дыхательной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, а также признаки геморрагического синдрома были в большей степени выражены и чаще встречались у больных лептоспирозом с сопутствующими заболеваниями по сравнению с контролем (табл. 4).

У пациентов основных групп чаще, чем в контроле, наблюдали осложненное течение лептоспироза. Так, у больных с хроническими заболеваниями пищеварительной системы достоверно чаще ($Q \geq 0,5$) регистрировали специфическое осложнение лептоспироза – острую почечную недостаточность (97,3% против 90,5%), у больных с хроническим алкоголизмом – острую почечную недостаточность (100,0% против 90,5%), острую

Признаки геморрагического синдрома, поражения дыхательной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем у больных желтушным лептоспирозом с сопутствующими заболеваниями

Клинический признак	ПС n=37		ХА n=37		2СМ n=50		3СМ n=26		Контрольная n=21	
	M±m		M±m		M±m		M±m		M±m	
ЧДД (максимальная)	21,3±0,5		22,8±0,6*		21,8±0,5		23,8±1,1*		20,0±0,7	
ЧСС (максимальная)	96,5±3,7		106,6±2,7*		98,4±2,8		104,8±3,3		97,0±4,2	
День появления снижения мочеотделения	4,0±0,4		2,9±0,3*		3,4±0,2		3,3±0,4		4,0±0,5	
Число больных из группы с данным симптомом	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жесткое дыхание	23	62,2	28	75,7	38	76,0	20	76,9	14	66,7
Ослабление дыхания	21	56,8	27	73,0●	30	60,0	14	53,8	10	47,6
Сухие и влажные хрипы	24	64,9●	31	83,8●	28	56,0●	17	65,4●	6	28,6
Кашель	12	32,4	13	35,1	15	30,0	10	38,5●	4	19,0
Отделение мокроты	7	18,9	7	18,9	9	18,0	5	19,2	3	14,3
Инъекция сосудов склер	8	21,6	8	21,6	15	30,0	4	15,4	4	19,0
Геморрагическая экзантема	6	16,2●	9	24,3●	18	36,0●	5	19,2●	1	4,8
Кровоизлияния	9	24,3	11	29,7	15	30,0	7	26,9	3	14,3
Кровотечения	6	16,2	10	27,0●	15	30,0●	9	34,6●	2	9,5
Снижение мочеотделения	15	40,5	24	64,9●	33	66,0●	17	65,4●	7	33,3

Примечание: ПС – группа больных лептоспирозом с сопутствующими хроническими заболеваниями пищеварительной системы;

ХА – группа больных лептоспирозом с сопутствующим хроническим алкоголизмом;

2СМ – группа больных лептоспирозом с сопутствующими хроническими заболеваниями двух систем органов;

3СМ – группа больных лептоспирозом с сопутствующими хроническими заболеваниями трех систем органов;

* – достоверность различия ($p < 0,05$) аналогичных показателей с контролем;

● – достоверность различия ($Q \geq 0,5$) аналогичных показателей с контролем.

печеночную недостаточность (97,3% против 85,7%), энцефалопатию (51,4% против 19,0%) и сепсис (5,4% против 0%), у больных с сочетанным поражением двух систем органов – синдромом РДС (52,0% против 23,8%) и сепсисом (2,0% против 0%). Наибольшее число осложнений наблюдали у больных лептоспирозом с хроническими заболеваниями трех и более систем органов. В данной группе пациентов достоверно чаще по сравнению с контролем встречались острая почечная недостаточность (100,0% против 90,5%), острая печеночная недостаточность (100,0% против 85,7%), синдром РДС (53,8% против 23,8%), анемия (57,7% против 42,9%) и сепсис (3,8% против 0%).

Таким образом, клинические наблюдения продемонстрировали, что разнообразные хронические сопутствующие заболевания встречаются у 88,7% больных желтушной формой тяжелого лептоспироза. Наличие сопутствующих заболеваний существенно влияет на течение лептоспирозной инфекции, увеличивая частоту, интенсивность и продолжительность симптомов интоксикации и полиорганных поражений, а также число осложнений заболевания, свидетельствующих об утяжелении патологического процесса.

Следует отметить, что мы не выявили соответствия между характером сопутствующего заболевания и осо-

бенностью клинической симптоматики лептоспироза. В то же время сочетанность сопутствующих заболеваний оказывала влияние на течение лептоспироза. Так, наибольшей выраженностью и продолжительностью отличалась симптоматика больных лептоспирозом с сопутствующим хроническим алкоголизмом и сочетанными заболеваниями трех и более систем органов. У этих же пациентов чаще регистрировали специфические и неспецифические осложнения.

Существенно, что больные лептоспирозом с хроническими сопутствующими заболеваниями дольше находились на стационарном лечении, поскольку зачастую требовали дополнительных методов исследования, лекарственных средств, привлечения для консультирования врачей разных специальностей. В этой связи представляется, что хронические сопутствующие заболевания с учетом их встречаемости у больных желтушным лептоспирозом тяжелого течения должны найти отражение при формировании стандартов оказания медицинской помощи при данном заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимова Ю. Н., Матяш В. И. Аспергиллез сердца и печени при лептоспирозе // Врач. дело. – 2000. – № 1. – С. 56–60.

2. Марков И. С., Татьяна Н. В., Вовок А. Д. Феномен транзитной HBs-антигенемии у больных лептоспирозом // Врачеб. дело. – 1984. – № 10. – С. 116–119.

3. Мельник Г. В., Жукова Л. И. Клинические особенности лептоспироза у больных с положительными маркерами вирусов гепатита // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – № 2. – С. 40–43.

4. Da Silva M. V., Batista L., Camargo E. D. et al. Leptospirosis in patients with anti-HIV antibodies: report of 2 cases // Rev. Soc. Bras. Med. Trop. – 1990. – V. 23, № 4. – P. 229–231.

5. Edwards C. N., Evarard C. O. Hyperamylasemia and pancreatitis in leptospirosis // Am. J. Gastroenterol. – 1991. – V. 86, № 11. – P. 1665–1668.

6. Monno S., Mizushima Y. Leptospirosis with acute acalculous cholecystitis and pancreatitis // J. Clin. Gastroenterol. – 1993. – V. 16, № 1. – P. 52–54.

7. Neves E. de S., Pereira M. M., Galhardo M. C. et al. Leptospirosis patient with AIDS: the first case reported // Rev. Soc. Bras. Med. Trop. – 1994. – V. 27, № 1. – P. 39–42.

8. Shaked Y., Shpilberg O., Samra D. et al. Leptospirosis in pregnancy and its effect on the fetus: case report and review // Clin. Infect. Dis. – 1993. – V. 17, № 2. – P. 241–243.

Поступила 29.12.2008

И. Б. ЗАБОЛОТСКИХ, К. Д. ЗЫБИН, А. Н. КУРЗАНОВ, Т. С. МУСАЕВА

СВЕРХМЕДЛЕННЫЕ БИОПОТЕНЦИАЛЫ КАК СПОСОБ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ТИПА ЭНЕРГОДЕФИЦИТА У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

*Кубанский государственный медицинский университет,
ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии Росздрава»,
г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8-928-663-94-08*

В исследование вошли наблюдения 38 хирургических гастроэнтерологических пациентов ОПИТ. Возраст пациентов варьировал от 35 до 73 года. Во время исследования мониторировались показатели, необходимые для определения типа энергодефицита, нутриционный статус пациентов, на основе которого осуществлялась нутриционная поддержка. Одновременно у всех пациентов проводилась регистрация сверхмедленных биопотенциалов (СМБП) методом омегаметрии.

Мониторинг СМБП позволяет определить тип энергодефицита: при количестве сверхмедленных колебаний потенциалов (СМКП) 0–3 и значений постоянного потенциала (ПП) > -10 мВ определяют ферментный энергодефицит, при количестве СМКП >10 на фоне значений ПП > -15 мВ определяют гипоксический энергодефицит, при количестве СМКП >10 на фоне оптимальных значений ПП, равных -15 – -35 мВ, – субстратный энергодефицит, при СМКП > 18 на фоне значений ПП < -35 мВ – гиперметаболический энергодефицит, а при количестве СМКП 4–9 на фоне значений ПП, равных -15 – -35 мВ, – отсутствие энергодефицита.

Ключевые слова: энергодефицит, омегаметрия, сверхмедленные биопотенциалы.

I. B. ZABOLOTSKI, K. D. ZYBIN., A. N. KURZANOV, T. S. MUSAIEVA

THE REGISTRATION OF DIRECT-CURRENT POTENTIAL AS METHOD OF EXPRESS-DIAGNOSTICS OF THE ENERGY DEFICIENCY KIND IN RESUSCITATING PATIENTS

*Kuban state medical university
«The Russian centre of functional surgical gastroenterology»*

In our study was included 38 ICU patients underwent gastroenterological surgery. Patients age was between 35 to 73. We investigated nutrition state for the nutrition support. The energy deficiency markers and patient's nutritional status was monitored. The nutritional support has based on monitored nutritional status. The concurrent registration of direct-current potential (DCP) was performed using omegametry method.

The DCP monitoring allow to determine the kind of energy deficiency on the basis of number of superslow oscillations (SSO) of DCP during ten minutes and background values of direct-current potential. The enzymic energy deficiency correspond with zero to 3 SSO and DCP value more than -10 mV; the hypoxic energy deficiency correspond with more than 10 SSO and DCP value more than -15 mV; the substrate energy deficiency correspond with more than 10 SSO and «optimal» DCP value of -15 to -35 mV; the hypermetabolic energy deficiency correspond with more than 18 SSO and DCP value less than -35 mV; the absence of energy deficiency correspond with 4 to 9 SSO and DCP value of -15 to -35 mV.

Key words: energy deficiency, omegametry, direct-current potential.

Ведение

Известно, что энергетическая недостаточность (гипоэргоз) – исход практически любого патологического процесса, в том числе дошедшего до критического уровня, когда возникает полиорганная недоста-

точность, связанная с истощением энергетических ресурсов клетки и предельной формой тканевой гипоксии [7]. Поэтому и решение проблемы критических состояний (СПОН и др.) должно рассматриваться с позиций энергодефицитных состояний. Понятие