

больных при каждой патологии были сопоставимы по тяжести.

В основных группах в комплекс открытого хирургического лечения была добавлена методика продленной санации брюшной полости и забрюшинного пространства полипозиционным методом с использованием восходящего газожидкостного потока. Проточные дренажи при перитоните укладывались по боковым фланкам, под передней или у задней брюшной стенки, а при панкреонекрозе сквозные дренажи устанавливались поперечно через сальниковую сумку и парапанкреатическое пространство или продольно к оси тела в забрюшинном пространстве, причем один дренаж укладывался вентрально, а другой – дорзально в положении больного на спине. В нижний дренаж осуществлялась подача газожидкостной смеси, верхний дренаж являлся «улавливающим» для восходящего потока раствора антисептика. При смене положения тела на живот или бок направление восходящего газожидкостного потока менялось на противоположное, и тем самым осуществлялось в различных направлениях промывание всех трудно дренируемых полостей, образований, складок и карманов брюшной полости и забрюшинного пространства. Продленная санация осуществлялась между запланированными операциями 3 раза в сутки с интервалом 8 часов со сменой положения тела каждый час.

Тем самым в промежутке между операциями осуществлялась активная элиминация патологического экссудата из брюшной полости и забрюшинного пространства, а аэрация полостей деструкции и поверхности брюшины способствовала и воздействию на анаэробную флору.

Анализируя результаты лечения, можно сделать вывод, что применение продленной санации брюшной полости и забрюшинного пространства полипозиционным способом с применением восходящего газожидкостного потока привело к снижению количества плановых санационных оперативных вмешательств при распространенном перитоните на 1 релапаротомию, а при деструктивном панкреатите – на 2 программированные операции, также при перитоните сроки пребывания в стационаре уменьшились на 5,5 койко-дня, а при деструктивном панкреатите на 6,2 койко-дня. Количество гипостатических пневмоний при перитоните уменьшилось в 1,6 раза, а при панкреатите – в 1,8. Полностью отсутствовали пролежни в основных группах больных. За счет примененной методики дренирования летальность при распространенном перитоните снизилась на 4,9%, а при деструктивном панкреатите – на 3,6%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюченко А. Л., Филин В. И. Неотложная панкреатология: Справочник для врачей, издание 2-е, исправленное и дополненное. – СПб, 2003. – 476 с.
2. Перитонит: Практическое руководство / Под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда, М. И. Филимонова. – М.: Литтерра. – 2006. – 208 с.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В. С. Савельева. – М.: изд-во «Трида-Х». – 2006. – 640 с.
4. Nathens A., Ahrenholz D., Simmons R. et al. Peritonitis and other intraabdominal infections. Surgical Infections Disease. Norwalk, Connecticut. – 2005. – P. 959–1009.

Поступила 05.12.2008

Л. Н. ЕЛИСЕЕВА, О. И. ЖДАМАРОВА, А. Г. ТОНЯН, Р. А. ПЕРОВА, С. Д. ЯХУТЛЬ

СПОСОБ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВЕНОЗНОГО ОТТОКА ПО МАГИСТРАЛЬНЫМ ВЕНАМ ПОЧЕК У ЛИЦ С НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

*Кафедра факультетской терапии Кубанского государственного медицинского университета,
г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: Yeliseyeva@mail.ru*

С целью установления нормальных доплерографических показателей кровотока по магистральным почечным венам, выявления критериев оценки нарушения венозного оттока из почек, влияния этих нарушений на показатели периферического сосудистого сопротивления в артериях почек было обследовано 139 практически здоровых лиц (94 мужчины и 45 женщин) в возрасте от 17 до 60 лет (средний возраст составил 39,5 года). При величине пульсации скорости в почечных венах, превышающей 20 см/с, резистивные показатели кровотока по почечным артериям значительно изменяются в сторону увеличения. Этот показатель принят за границу патологического нарушения кровотока в магистральной почечной вене. Признаки затруднения венозного оттока по почечным венам у здоровых лиц слева встречаются почти в 3 раза чаще, чем справа. Этот показатель не меняется в зависимости от пола пациента.

Ключевые слова: магистральная почечная вена, нарушение венозного оттока из почек, доплерография магистральных почечных вен.

L. N. YELISEYEVA, O. I. GDAMAROVA, A. G. TONYAN, R. A. PEROVA, S. D. JAHATUL

**WAY OF AN ESTIMATION OF A CONDITION OF VENOUS OUTFLOW
ON THE MAIN VEINS OF KIDNEYS AT NORMOTENSIVE PATIENTS**

Chair of Faculty therapy, the Kuban state Medical university

For the purpose of an establishment normal doplerographia blood-groove indicators on the main renal veins, revealing of the criteria of an estimation of infringement of venous outflow from kidneys, influences of these infringements on indicators of peripheral vascular resistance in arteries of kidneys it has been surveyed 139 practically healthy patients (94 men and 45 women) at the age from 17 till 60 years, (middle age has made 39,5 years). The increase of a pulsation of speed in the renal veins, exceeding 20 sm/with, resistive indicators of a blood-groove on nephritic arteries significantly changes towards increase, this indicator is accepted abroad pathological infringement of a blood-groove in the main renal vein. Signs of difficulty of venous outflow on renal veins at healthy patients at the left meet almost in 3 times more often, than on the right, this indicator does not vary depending on a male or female of the patient.

Key words: main renal vein, infringement of venous outflow from kidneys, doplerographia on the main renal veins.

В связи с тем что почки являются органами-мишенями при ряде патологических состояний (артериальной гипертензии, сахарном диабете, генерализованном атеросклерозе, метаболическом синдроме и т. д.), важность исследования почечного кровотока не вызывает сомнений. Вместе с тем в последнее время появилось очень много исследований, изучающих ультразвуковые параметры кровотока в почечных артериях [1, 3, 6, 7, 11, 16], в которых, однако, не учитывается состояние венозного оттока.

Имеются теоретические предпосылки возможного влияния нарушений венозного оттока на состояние внутривисцерального кровотока и системный уровень артериального давления [3, 13, 18].

В единичных работах оценивались максимальная скорость и объемный кровоток в почечных венах при отдельных патологических состояниях. При этом исследования проводились без задержки дыхания [6, 10, 12, 15], что может исказить полученные данные, не разработаны критерии изменений в почечных венах.

Таблица 1

Показатели кровотока в почечной артерии и почечной вене при различных уровнях пульсации скорости в почечной вене

Правая почка				
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
$\Delta V_{\text{вен}} \text{ см/с}$	< 10	11–15	16–20	> 20
n и %	46 33,1%	36 26%	29 20,8%	28 20,1%
V max см/с	66 (41–96)	78,9 (55–125)	77,3 (45–112)	76,7 (50–105)
V min см/с	30,3 (18,4–43,2)	31,3 (21,6–53,2)	30,1 (18,7–43,2)	28,8 (18,7–40,3)
RI	0,56 (0,48–0,61)	0,57 (0,52–0,63)	0,61 (0,57–0,64)	0,63 (0,58–0,68)
V _{вен} max см/с	20 (10–35)	23 (17–41)	23,8 (17–38)	27,9 (21–42)
V _{вен} min см/с	12 (4–26)	10 (4–29)	5,58 (0–20)	3,33 (0–17)
Левая почка				
n и %	34 24,5%	35 25,2%	25 18%	45 32,3%
V max см/с	68,6 (46–90)	73,5 (56–100)	73,8 (51–103)	72,1 (43–103)
V min см/с	27,7 (20,2–41,6)	29 (22,7–44,1)	27,8 (18,9–41,6)	26,5 (17,8–42,9)
RI	0,56 (0,52–0,61)	0,57 (0,5–0,62)	0,62 (0,57–0,68)	0,625 (0,58–0,68)
V _{вен} max см/с	21 (12–35)	24,6 (14–47)	23 (16–32)	29,3 (21–47)
V _{вен} min см/с	13 (3–29)	11,6 (2–35)	4,9 (0–13)	3,9 (0–25)

Примечание: жирным шрифтом выделены средние значения параметра в группе, в скобках даны минимальные и максимальные значения параметра в группе.

В указанном аспекте мы предприняли попытку изучить кровоток в почечной вене, выявить возможные критерии оценки нарушений оттока из почки, выяснить возможное влияние венозного оттока из почек на внутрипочечное артериальное сопротивление.

Материалы и методы исследования

Обследовано в амбулаторных условиях 139 человек с нормальным уровнем системного артериального давления (94 мужчины и 45 женщин) в возрасте от 17 до 60 лет (средний возраст составил 39,5 года), в анамнезе которых не было указаний на почечную патологию, а клинические, лабораторные и ультразвуковые данные соответствовали нормальному состоянию почек. В исследование не включались пациенты с плохой визуализацией сосудистых ножек почек, с добавочными почечными сосудами. Исключались также пациенты, в анамнезе у которых отмечались повышение артериального давления, опухолевые, воспалительные, аллергические и другие болезни.

Всем пациентам выполнялось общеклиническое обследование: сбор анамнеза, жалоб, физикальное исследование; проводилось стандартное лабораторное и инструментальное обследование для подтверждения состояния здоровья; регистрировалась ЭКГ в 12 стандартных отведениях, а также проводилось ультразвуковое исследование почек, почечных артерий и вен многократным датчиком конвексного формата на ультразвуковом сканере «PHILIPS» HD-11 XE.

Первоначально в В-режиме выполняли ультразвуковое сканирование почек для исключения возможных аномалий строения, положения, урологической патологии. В режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) и энергетического доплера (ЭД) изучалась возможность визуализации сосудистой ножки почки, архитектура сосудистого русла органа. Затем в триплексном режиме изучался кровоток в дистальных отделах магистральных почечных артерий и вен. Для количественной характеристики ренального кровотока оценивались максимальная скорость ($V_{\max}$) и минимальная скорость ($V_{\min}$) в магистральной почечной артерии (ПА) с расчетом

индексов резистентности (RI). Скорость в магистральных почечных венах (ПВ) регистрировалась при задержке дыхания на неполном выдохе, изучалась максимальная венозная скорость ($V_{\text{вен}\max}$) и минимальная венозная скорость ($V_{\text{вен}\min}$), и вычислялась разница между этими показателями, которую обозначали как $\Delta V_{\text{вен}}$. При параметрах $\Delta V_{\text{вен}}$, превышающих 20 см/сек., картина расценивалась как нарушение оттока по ПВ (приоритет № 2008132282 от 04.08.2008 «Способ оценки венозного кровотока по магистральным почечным венам»).

По результатам исследования были выделены четыре группы пациентов. В первую группу включены данные пациентов, у которых $\Delta V_{\text{вен}}$ составляла 10 см/с и менее; во вторую – от 11 до 15 см/с, в третью – от 16 до 20 см/с, в четвертую – более 20 см/с. Обработка данных проводилась непараметрическим методом с использованием статистической программы Statistica 6.0.

Результаты исследования

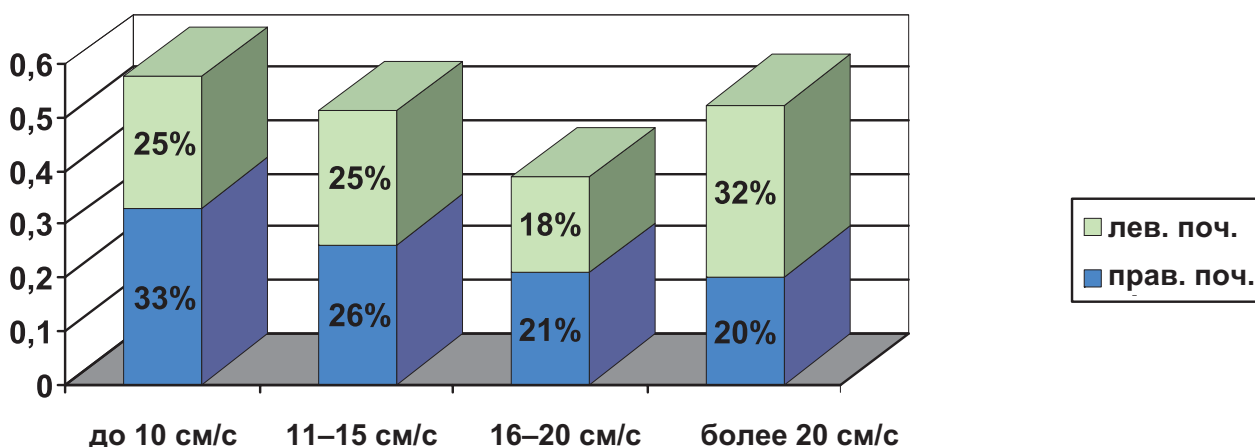
Анализ полученных данных позволил установить, что пациенты с разницей максимальной и минимальной скорости в ПВ ($\Delta V_{\text{вен}}$) до 10 см/с и от 10 до 15 см/с имеют более низкие показатели RI. Эти две группы были приняты за условную норму.

Группа с разницей венозной скорости $\Delta V_{\text{вен}}$ от 15 до 20 см/с по индексу резистентности в ПА мало отличается от группы, где этот показатель был выше 20 см/с, занимая промежуточное положение между ней и первыми двумя группами. Эта группа относительно малочисленна, она принята за пограничные изменения венозного оттока.

Наибольшие показатели RI в магистральной почечной артерии получены в группе, где $\Delta V_{\text{вен}}$ превышает 20 см/с (в среднем RI составил 0,62–0,63 по сравнению с 0,56–0,57 в первых двух группах).

Наибольшее число пациентов вошло в первые две группы, принятые за нормальные значения венозного почечного кровотока.

При этом разница между максимальной и минимальной скоростью в ПВ, превышающая 20 см/сек, наблюдалась в 19 (13,5%) случаях с обеих сторон, в 9 (около 6,5%) случаях – справа, в 26 (около 18,5%)



Количественное распределение результатов оценки венозного оттока из почек по группам

Частота встречаемости нарушений оттока из почки

	Нарушение оттока справа	Нарушение оттока слева	Нарушение оттока с обеих сторон	Всего
Мужчины	7 7,4%	16 17%	14 14,9%	37 39%
Женщины	2 4,4%	10 22%	5 11%	17 38%
Всего	9 6,5%	26 18,5%	19 13,5%	54 38,8%

Примечание: включены пациенты с ΔV_{ven} более 20 см/с.

случаях – изолированно слева. В целом признаки нарушения оттока по ПВ установлены у 39% обследованных и не зависели от пола пациента.

Дальнейшее сопоставление полученных результатов выявило следующие закономерности.

В 71 случае (51%) при относительной симметрии показателей венозного кровотока индексы резистентности с обеих сторон были примерно равными (разница не превышала 0,02).

В 6 случаях (4,3%) при симметричном венозном оттоке имелась асимметрия показателей RI.

В 3 случаях (2,15%) показатели RI имели обратное соотношение показателям венозного оттока.

У 59 обследованных (42%) выявленная асимметрия венозного оттока из почек сопровождалась относительным повышением RI на соответствующей стороне, причем у 20 человек (14% от числа контрольной группы) разница в RI между правой и левой почками составила 0,05 и выше.

Обсуждение

Особенности строения и регуляции почечного артериального русла позволяют поддерживать кровоток на относительно постоянном уровне в широком диапазоне АД, артерия мало подвержена компрессии, редко наблюдаются значимые изменения внутрипочечного кровотока при ее перегибах [6, 15]. Тонус стенки и давление в почечной вене значительно ниже. Поэтому на скорость кровотока в ней наряду с величиной просвета могут влиять такие факторы, как величина центрального венозного давления, давления в брюшной полости, компрессии со стороны прилегающих органов, и т. д. Сечение вены по форме ближе к эллипсу, на ее протяжении форма просвета может значительно варьировать, чаще встречаются перегибы и сдавления, неравномерность размера просвета.

В большинстве работ изучение вен почки ограничивается визуализацией сосуда в режимах ЦДК и энергетического доплера, оцениваются величина просвета, перегибы, сужения [12, 16, 17]. Скоростные и спектральные характеристики венозного кровотока рассматриваются мало [6, 9, 12, 14, 15].

Последнее время рядом авторов все большее внимание уделяется состоянию почечного венозного русла. Венозный застой в почках сопровождается

перестройкой тканевых компонентов с ремоделированием их структуры, возникают адаптационные изменения, выражающиеся в гиперплазии мускулатуры вен, повышении тонуса и гипертрофии стенок артерий, а затем и патологические – развитие склероза и гиалиноза ренальных сосудов [13]. Е. Б. Ольхова в своей работе [14] отмечает, что в единичных исследованиях встречаются упоминания о возможных вариантах спектральных характеристик венозного оттока из почек. Специальных исследований, посвященных этому вопросу, она не обнаружила. Однако высказывается мнение о возможности как монофазного, так и бифазного паттерна венозного оттока (без анализа причин такого разнообразия).

Эту мысль подчеркивают полученные нами результаты. При сопоставлении кровотока в магистральных почечных венах с кровотоком в нижней полой вене нередко обнаруживаются признаки явного влияния последнего на почечные венозные сосуды. Эта картина чаще наблюдается справа, особенности строения и прохождения левой почечной вены (ЛПВ) значительно ослабляют влияние скорости крови в НПВ на свой кровоток. Мы обратили внимание на тот факт, что чем выше предполагаемое давление в системе НПВ, тем более выражено влияние кровотока в ней на венозный отток из обеих почек. Такая картина, по данным Е. Б. Ольховой, встречается при правожелудочковой сердечной недостаточности различного генеза, особенно при трикуспидальной регургитации, когда кровоток и в НПВ, и в ПВ приобретает характер бифазного с выраженным ретроградным потоком [14]. При этом увеличение ΔV_{ven} в магистральных ПВ также сопровождается более высокими показателями периферического сосудистого сопротивления в артериях почек. Подобная картина также встречается при экстравазальных признаках сдавления НПВ увеличенной печенью. Определенное влияние на форму кривой скорости в ПВ, регистрируемой импульсно-волновым доплером, оказывает угол, под которым ПВ впадает в НПВ [12, 14]. Если вена впадает под прямым углом, особенно при значительной скорости в НПВ, то в середине цикла скорость в ПВ замедляется, а в случае ее нисходящего расположения в период максимального антеградного потока в НПВ регистрируется заброс крови в ПВ с регистрацией ретроградной составляющей кровотока в ПВ в середине цикла. Влияние подобного заброса крови

в почечные вены на состояние внутриорганного сосудистого сопротивления еще не изучено, поэтому в представленное исследование подобные наблюдения не включались.

Полученные нами данные позволяют сделать вывод, что имеется связь между состоянием венозного оттока из почки и величиной почечного сосудистого сопротивления. Анализ результатов позволяет предположить, что о наличии нарушений оттока можно судить по усилению пульсации скорости в почечной вене в течение сердечного цикла. При увеличении разницы между максимальным и минимальным уровнями скорости в ПВ (ΔV_{ven}) более 20 см/с прирост RI составляет примерно 0,05 по сравнению с группой, где этот показатель менее 15 см/с.

У лиц с нормальным уровнем артериального давления изолированное одностороннее нарушение венозного оттока чаще наблюдается слева – примерно в 18% случаев, справа – в 6,5% случаев. Такая закономерность сохраняется и у мужчин, и у женщин. Эти данные вполне сопоставимы с результатами других авторов и, очевидно, связаны с тем фактом, что левая ПВ длиннее правой, до впадения в НПВ она огибает аорту. По данным разных авторов, от 12 до 18% случаев наблюдается картина сдавления левой ПВ в «аорто-мезентериальном пинцете», слева чаще в нее впадает гонадная вена [14, 15, 17, 18].

Наряду с визуализацией анатомических особенностей сосуда оценка венозного оттока из почки по уровню пульсации скорости в магистральной почечной вене может использоваться на начальном этапе исследования ренальной гемодинамики для выявления признаков нарушения венозного оттока и отбора пациентов на более углубленное доплеровское исследование почечных сосудов, сложные инвазивные или рентгенологические методы обследования.

Изложенное можно резюмировать следующим образом.

1. Повышение индекса резистентности в почечной артерии в ряде случаев может быть обусловлено соответствующим нарушением венозного оттока.

2. Оценка венозного оттока из почки по уровню пульсации скорости в магистральной почечной вене позволяет выявлять влияние венозного почечного кровотока на состояние резистивных показателей в почечных артериях.

3. Величина пульсации скорости кровотока в почечной вене, не превышающая 15 см/с, может быть принята за условную норму, так как она соответствует более низким показателям уровня периферического сосудистого сопротивления в артериях почек по данным RI.

4. Изменения пульсации венозного кровотока в пределах от 16 до 20 см/с могут быть приняты за пограничные изменения оттока из почки, а превышающие 20 см/с – за нарушение оттока по магистральным почечным венам, при этом RI значимо изменяется в сторону увеличения.

5. Признаки затруднения венозного оттока по ПВ у практически здоровых слева встречаются почти в 3 раза чаще, чем справа; этот показатель значимо не меняется в зависимости от пола пациента.

6. С использованием оценки венозного оттока из почки по величине пульсации скорости кровотока в почечных венах появляется возможность диагностировать нарушения венозного оттока из почки на ранних этапах, в том числе и при патологических состояниях,

не связанных с аномалиями почечных вен (ПВ), проводить наряду с артериальными динамическими исследованиями и венозного кровотока почек, дифференцировать нарушения периферического сосудистого сопротивления в артериях почки венозного происхождения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берестень Н. Ф., Яблонцева М. Н., Романов С. Н., Цыпцун А. О. Значение импульсно-волновой доплерографии в оценке ранних нарушений гемодинамики контралатеральных почек при гипертонической болезни // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – № 2. – С. 220.
2. Борисик В. И., Максимов В. А., Прохоров А. В. Изучение почечной ангиоархитектоники при помощи доплерографии // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2007. – № 3. – С. 104.
3. Вохминцева И. В., Меньшикова И. Г., Максименко Т. А. Допплерографическая оценка нарушений почечной гемодинамики у больных хроническим легочным сердцем // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – № 2. – С. 222.
4. Глазун Л. О. Особенности ультразвуковой картины почек и внутривисцеральной гемодинамики у больных с острой почечной недостаточностью различного генеза // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2003. – № 4. – С. 13–20.
5. Глазун Л. О., Митьков В. В., Полухина Е. В., Митькова М. Д. Допплерографическая оценка нарушений внутривисцеральной гемодинамики у больных с хронической почечной недостаточностью // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2003. – № 4. – С. 21–27.
6. Головин Д. А. Ультразвуковое исследование в оценке гемодинамических показателей кровотока в почечных артериях при нагрузочном тестировании нитроглицерином и водой у пациентов с артериальной гипертензией // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2007. – № 6. – С. 78–86.
7. Добрынина М. В., Длин В. В., Пыков М. И. Состояние почечной гемодинамики (по данным доплерографии) у детей с гломерулонефритом, осложненным артериальной гипертензией // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2007. – № 1. – С. 30–36.
8. Игнашкин Н. С., Виноградов Э. В., Сафаров Р. М. Ультразвуковые методы в диагностике объемных поражений почки // Урология. – 2002. – № 2. – С. 43–49.
9. Игнашкин Н. С., Мартынова М. М., Демин А. И., Москалев И. Н. Комплексное ультразвуковое исследование этиопатогенеза варикоцеле: Сборник тезисов 5-го съезда Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2007. – № 4. – С. 174.
10. Краснова Т. В., Митьков В. В., Хитрова А. Н. Оценка нарушений венозной гемодинамики у больных гипертонической болезнью с помощью ультразвуковой доплерографии // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – № 2. – С. 228.
11. Конечная Е. Я., Нанчикеева М. Л., Гладкая А. А., Буланов М. Н. Значение показателей внутривисцеральной гемодинамики у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2001. – № 2. – С. 83–89.
12. Митьков В. В. Ультразвуковая диагностика: Практическое руководство // Допплерография. Хитрова А. Н., Митьков В. В., Краснова Т. В. Ультразвуковое исследование сосудов почек. – М.: ВИДАР. – 2002. – 628 с.
13. Новиков Ю. В., Шорманов С. В., Шорманов И. С. Состояние сосудистого русла почек в условиях хронического нарушения оттока венозной крови // Урология. – 2006. – № 5. – С. 84–87.
14. Ольхова Е. Б. Ультразвуковая диагностика заболеваний почек у детей. – СПб: изд. дом СПбМАПО. – 2006. – С. 376.
15. Панкратенко Т. Е., Дворяковский И. В., Скутина Л. Е. Ультразвуковые показатели почечного кровотока у здоровых детей и подростков // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2006. – № 2. – С. 48–54.

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,