

УДК 616.1

ДОБОВИЙ РИТМ ВИКЛИКІВ ДО ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТАНЦІЇ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ М.УЖГОРОДА ЗА 2001 РІК.**Долгош М.Ю., Добош І.М., Сіксай П.Г., Журавльов В.Н.***Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра терапії та сімейної медицини, м.Ужгород***Ключові слова:** серцево-судинні захворювання, циркадні ритми

Вступ. Характерною рисою сучасної патології населення практично всіх індустріально розвинутих країн світу є збільшення питомої ваги захворювань неінфекційної природи. У цій структурі за показниками інвалідизації та смертності населення одне з перших місць займають захворювання серцево-судинної системи.

Серцево-судинні захворювання, у зв'язку з їх поширеністю, особливістю клінічного перебігу, грубою інвалідизацією та високою смертністю, стали важливою медико-соціальною проблемою. На сьогодні боротьба з захворюваннями серцево-судинної системи є одним з пріоритетних завдань охорони здоров'я через збільшення захворювань у молодому віці та підвищення смертності та інвалідизації [4]. Тому вивчення впливу біологічних ритмів на стан серцево-судинної системи є актуальним.

Метою нашого дослідження було встановлення зв'язку загострень захворювань серцево-судинної системи з періодами доби. Як відомо з даних літератури, загостренням серцево-судинних захворювань характерна періодична повторюваність в залежності від годин доби [2]. Біологічними ритмами називають зміни, періодичність яких зберігається при ізоляції від зовнішніх джерел відліку часу на протязі двох циклів (періодів) або більше. Ритм називаємо добовим, якщо він обумовлений 24-годинною сонячною добою [5].

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань, нами було проаналізовано 3297 карток реєстрації викликів станції швидкої медичної допомоги м.Ужгорода за 2001 рік. Всі вихідні дані були внесені в анкети, що включали 9 запитань.

Власні дослідження. Усі хворі, до яких було здійснено виклик швидкої, розподілені на дві групи: перша група хворих – з гострою патологією серця складала 22,3% усіх викликів, друга група – з гострою патологією судин, складала 77,7% викликів.

До серцевих захворювань було віднесено: приступи стенокардії (навантаження або спокою) – 9,8%, гострий інфаркт міокарду – 1,0%, порушення ритму – 8,5%, гостру лівошлуночкову недостатність – 3,0% викликів. До судинних кризів віднесено: неускладнені судинні кризи, що включає гіпертонічні кризи та й ознаки НЦД –

73%, та ускладнені гострим порушенням мозкового кровообігу – 4,7% викликів.

Серед серцевих захворювань найбільше викликів було до хворих з приступами стенокардії – 44,14% та порушеннями ритму – 38,15%, гостра лівошлуночкова недостатність та інфаркт міокарду складали відповідно 13,76 та 3,95% викликів до хворих з серцевими захворюваннями. Серед судинних кризів 93,87% складали неускладнені судинні кризи та 6,13% - гостре порушення мозкового кровообігу.

У статевій структурі хворих найбільше викликів було до жінок – 68,15% випадків, що майже у два рази частіше, ніж до хворих чоловічої статі – 31,85%. Як у чоловіків, так і у жінок найчастішою причиною викликів були судинні кризи, відповідно – 68,8% у чоловіків та 81,4% у жінок, серед яких найбільшу частку складали гіпертонічні кризи. Що стосується серцевих захворювань, то тут спостерігалася інша тенденція – більше викликів було до чоловіків (30,2%), ніж до жінок (18,6%).

Для подальшої характеристики випадків захворювань серцево-судинної системи, усі виклики були розділені на три групи по віковій категорії:

У першу групу віднесені хворі віком до 45 років (15%)

У другу групу входили хворі від 45 до 65 років, що складає 35,9% від усіх хворих.

У третю групу включені хворі старше 65 років – 49,1% від усіх викликів.

У молодшій групі найбільше викликів було до хворих з судинними кризами – 91,1%, з серцевою патологією було 8,1%. Серед судинних кризів більшу частку викликів складали неускладнені кризи: гіпертонічні кризи – 44,5% та НЦД – 46,4% випадків.

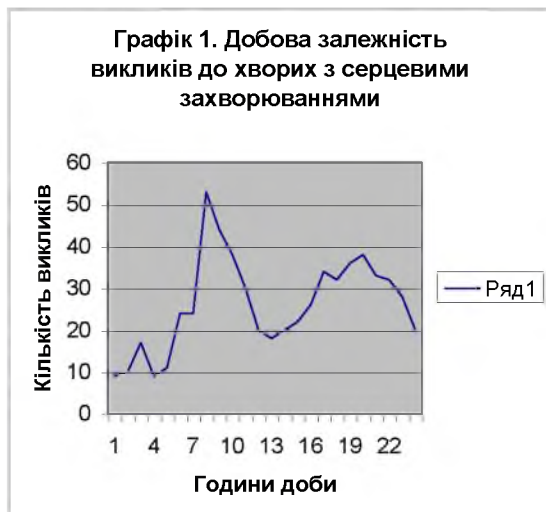
Щодо середньої групи, то тут теж найбільше було викликів до хворих з судинними кризами (82,5%), але й зростає питома вага викликів до хворих з серцевими захворюваннями (17,5%). Найчастішою причиною викликів серед судинних кризів були хворі з гіпертонічними кризами – 72,8% викликів.

У старшій віковій групі найбільшу питому вагу викликів складали хворі з судинними кризами – 69,9%, але в порівнянні з іншими групами, у цій групі збільшується питома вага викликів до хворих з серцевими захворюваннями (30,1%).

Найчастіше спостерігалися виклики до хворих з гіпертонічними кризами – 62,6% та збільшується питома вага хворих з інфарктом міокарду 1,0%, гострою лівошлуночковою недостатністю – 5,5%, гострим порушенням мозкового кровообігу – 7,0%, порушеннями ритму – 10,8%.

Для визначення періодів доби, коли зустрічається найбільше загострень серцево-судинних захворювань, був складений графік

залежності кількостей викликів від годин доби окремо по серцевим захворюванням та судинним кризам. Як показано на графіку 1, найбільша кількість викликів до хворих з серцевими захворюваннями спостерігалась з 8-ої по 10-ту год та з 18-ої по 23 год. До хворих з судинними кризами, виклики найчастіше були з 7-10 та з 18-23 години (Графік 2).



Що стосується відмінностей загострень серцево-судинних захворювань у жінок та чоловіків, то виявлено, що години загострень серцевих захворювань майже співпадають: у жінок з 7-10, у чоловіків з 8-19 год; ввечері у жінок з 19-23 год, у чоловіків з 19-22 год. Що стосується судинних кризів, то у жінок періоди загострень тривали довше: ранковий пік – з 8-11 год у жінок, у чоловіків з 8-9 год, ввечері – у жінок з 18-23 год; у чоловіків – 18-20 год.

Нас зацікавило, чи залежать добові коливання викликів до хворих з загостреннями серцево-судинних захворювань від пори року. Виявлено, що взимку та влітку піки викликів до хворих з серцевими захворюваннями співпадають і складають: вранці з 8-11 год та ввечері з 18-23 години. Також співпадають максимуми викликів до цієї групи хворих навесні та восени – 8-10 год та 16-21 год. При аналізі викликів до хворих з судинними кризами по порам року виявлено, що взимку піки викликів спостерігаються з 7-9 год та з 18-21 год; навесні – максимум викликів припадає на 8-12 год та 18-22 год, влітку – на 8-13 год та 19-23; восени – на 8-13 год та 16-20 години.

Висновки. Найбільшу питому вагу викликів

СШМД м.Ужгорода складають хворі з судинними кризами;

- серед судинних кризів найбільше викликів до хворих з неускладненими кризами – гіпертонічними кризами та НЦД, яким була надана допомога вдома з передачею хворого дільничному лікарю, хворі з ускладненими кризами госпіталізовані у відділення судинної патології;

- серед серцевих захворювань, найбільш частою причиною викликів були хворі з приступами стенокардії;

- судинні кризи частіше спостерігаються у жінок, а серцеві захворювання – у чоловіків;

- у хворих до 45 років найбільш частими є неускладнені гіпертонічні кризи;

- у хворих віком від 45 до 65 років збільшується питома вага серцевих захворювань, частота яких також наростає у хворих старше 65 років;

- виявлена добова залежність загострень серцево-судинних захворювань: найчастіше вони наступають від 7-10 год та з 18-23 години;

- виявлена також залежність добових коливань загострень серцево-судинних захворювань від пори року.

ЛІТЕРАТУРА

1. Григорян С.В., Адамян Н.Т. Некоторые хронобиологические аспекты ИБС. -М., 1981. С.38-65.
2. Деряпа Н.Р., Мошкін М.П., Посний В.С. Проблемы медицинской биоритмологии. -М.: Медицина, 1985. -212с.
3. Заславська Р.М. Суточные ритмы у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. -М.: Медицина, 1979. -165с.
4. Заславська Р.М., Дуда С.Г., тейблеш М.М. Проблемы хронобиологии, хронопатологии, хронофармакологии и хрономедицины.- Уфа, 1985.-Т2.- С. 108-109.
5. Оранський І.С., Царфіс П.Г. Биоритмология и хронотерапия. - М.: Высшая школа, 1989. -163с.
6. Сербрянський Ю.Е. Хрономедицина – медицина XXI века. // Медицинская газета, 1998.-№83.-С.24-25.

SUMMARY

THE CIRCADIAN RHYTHMS OF CALLS TO PATIENTS WITH CARDIO-VASCULAR DISEASES OF THE UZHGOROD'S FIRST AID STATION IN THE YEAR 2001

Dolgosh M., Dobosh I.

The given article is devoted to the study of the circadian rhythms of the cardio-vascular diseases. There were analyzed 3297 calls to patients of the Uzhgorod's First Aid Station.

Key words: cardio-vascular diseases, circadian rhythms

УДК 616.336-002-085:615.332.

ОСОБЛИВОСТІ ДИСКІНЕТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ СФІНКТЕРНОГО АПАРАТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ

Коцюбняк Л.А., Коваль В.Ю., Ганич Т.М.

Ужгороський національний університет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб, м. Ужгород

Ключові слова: холецистит, дискінезія жовчовивідних шляхів, рослинний, хронічний гепатит

Вступ. Незважаючи на значну кількість досліджень в області патології печінки, які проводились останні роки, проблеми діагностики і лікування дискінезій жовчовивідних шляхів (ДЖВШ) при хронічному гепатиті залишаються складними для практичної медицини. За сучасними уявленнями дискінезії жовчовивідних шляхів, хронічний некам'яний холецистит і хронічний калькульозний холецистит розглядають як стадії одного патологічного процесу [1, 2, 4, 5], який, однак, може зупинитися на будь-якій із стадій. Ця патологія, як правило, проявляється вже з молодого віку і може бути стартовим полігоном для розвитку серйозних захворювань органів жовчовивідної системи та печінки, таких як жовчнокам'яна хвороба, холецистит, холангіт та гепатити. Біліарні дискінезії сприяють розвитку синдрому недостатності травлення та формуванню інших захворювань органів травлення, в т.ч. хронічних гепатитів. Окрім того, вторинні дискінетичні прояви при різних гепатобіліарних захворюваннях в основному формують клінічну картину цих захворювань у вигляді больового, дискінетичного та диспептичного синдромів.

Матеріали та методи. Вивчено стан жовчовивідної функції у хворих на хронічний медикаментозний гепатит (ХМГ) – 31 особа та хронічний гепатит у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС (ХГ ЛНА) – 25 осіб. При виділенні різних типів дискінезій жовчного міхура ми користувалися класифікацією І.І. Дегтярьової (2000) [3], в якій виділяють:

1) гіпотонічно-гіперкінетичну біліарну дискінезію (застійний жовчний міхур і спазм сфінктера Одді); 2) гіпотонічно-гіпокінетичну біліарну дискінезію; 3) гіпертонічно-гіперкінетичну біліарну дискінезію.

Результати дослідження та їх обговорення. При ізольованому спазмі сфінктера Одді у хворих на ХМГ у клінічній симптоматиці відмічено значне переважання диспептичного синдрому у вигляді гіркокого присмаку у роті, “гіркої відрижки”, блювання жовчу після їжі майже у половини хворих; нудоти, сухості у роті у переважної більшості пацієнтів; кишкові розлади з переважанням схильності до закрепів – більш ніж у половини обстежених.

Таблиця 1

Показники фракційного дуоденального зондування у хворих на хронічні гепатити

Показники	Контрольна група (n=35)	ХГ ЛНА (n=25)	ХМГ (n=31)
Час закритого сфінктеру Одді, (хв.)	4,5±1,5	13,31±1,83	11,68±1,55
P	$p_{1,2}<0,05$	$p_{2,3}>0,05$	$P_{1,3}<0,05$
Час стікання порції А, (хв.)	4,0±1,0	6,52±1,32	5,08±0,68
P	$p_{1,2}>0,05$	$p_{2,3}>0,05$	$P_{1,3}>0,05$
Об'єм порції А, (мл)	4,0±1,0	12,61±2,43	19,40±5,31
P	$p_{1,2}<0,05$	$p_{2,3}>0,05$	$P_{1,3}<0,05$
Час стікання порції В, (хв.)	24,14±2,61	24,52±2,97	27,8±3,10
P	$p_{1,2}>0,05$	$p_{2,3}>0,05$	$P_{1,3}>0,05$
Об'єм порції В, (мл)	30,42±4,7	37,42±6,06	47,8±10,64
P	$p_{1,2}>0,05$	$p_{2,3}>0,05$	$P_{1,3}>0,05$
Час стікання порції С, (хв.)	12,0±2,0	13,83±1,74	15,20±2,10
P	$p_{1,2}>0,05$	$p_{2,3}>0,05$	$P_{1,3}>0,05$
Об'єм порції С, (мл)	12,0±2,0	18,33±3,44	25,20±5,85
P	$p_{1,2}>0,05$	$p_{2,3}>0,05$	$P_{1,3}<0,05$