

крові, ЕКГ, УЗД. Для оцінки когнітивних порушень проводились тест MMSE (стисла шкала оцінки психічного статусу), тест запам'ятовування 10 слів, тест малювання годинника.

У дослідження було включено 30 осіб з АГ і помірними когнітивними розладами. Середній вік хворих – 65 +/- 7,2 років. Давність АГ – 7-25 років. Переважна більшість пацієнтів страждали на цукровий діабет 2-го типу і хронічну серцеву недостатність. Пацієнти, крім АГ, мали ще хоча б один фактор ризику (дисліпідемія, обтяжений сімейний анамнез, тютюнопаління, абдомінальне ожиріння). Всі хворі відзначали дифузний головний біль, запаморочення, швидку стомлюваність, зниження пам'яті та уваги. Артеріальний тиск вимірювався двічі на день. У пацієнтів була гіпертрофія лівого шлуночка по даним ЕКГ. Дослідження тривало 6 місяців. Усі хворі були розділені на 2 групи: перша група приймала еналапріл 10 мг на добу та кандесартан 8 мг на добу. Другій групі було призначено еналапріл і кандесартан у вищевказаних дозах в комбінації із серміоном 30 мг на добу.

Хворі на цукровий діабет приймали пероральні цукрознижувальні препарати.

Результати: Через 6 місяців від початку лікування суб'єктивний стан хворих обох груп значно покращився. У пацієнтів зменшились частота та інтенсивність головного болю, запаморочення. Але в другій групі хворих, які приймали антигіпертензивну терапію в поєднанні із серміоном достовірно зріс результат тесту MMSE : до початку лікування становив 26+/-0,9 через 6 місяців – 28+/-1,3 ($p < 0,05$).

Висновки: Таким чином, в результаті антигіпертензивного лікування еналапрілом і кандесартаном у поєднанні з ноотропним засобом серміоном відбувається не тільки нормалізація артеріального тиску, а й більш виразне зменшення помірних когнітивних розладів у хворих похилого віку з артеріальною гіпертензією та супутньою патологією.

УДК 616.24-002.5-085.23-06

ВПЛИВ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЧАСТОТУ ВИНИКНЕННЯ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ НА ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ПРЕПАРАТИ

Пось О.А., Куліш М.В., Коптев М.М.

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія"

Основним методом лікування туберкульозу є хіміотерапія, яка сьогодні проводиться за стандартними протоколами, що передбачає використання 5 основних найбільш ефективних протитуберкульозних препаратів (ПТП) – ізоніазид, рифампіцин, стрептоміцин, піразинамід, етамбутол. Обмежена кількість препаратів I-го ряду робить виникнення побічних реакцій на них справжньою проблемою в лікуванні туберкульозу.

На базі Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру (ПОКПТД) з 80-х років минулого століття використовується схема лікування глюкокортикостероїдами (ГКС) як патогенетичними засобами, одночасно з початком хіміотерапії (винахід СРСР №1321021 Б.В. Норейко, А.Г. Ярешко, 1987р). Використання даної схеми, яка враховує добовий біоритм людини, дає беззаперечні позитивні результати в лікуванні ТБ процесу, оскільки швидше розсмоктується інфільтрація, закриваються каверни, настає абацилювання, а позитивні результати в об'єктивному стані хворі відмічають вже за декілька тижнів від початку терапії. Нашою метою було визначення впливу ГКС на частоту виникнення побічних реакцій на ПТП, оскільки позитивний вплив на перебіг процесу може бути опосередкований кращою переносимістю ПТП та нижчою кількістю виникнення побічних реакцій. Крім того, подібних досліджень в літературі не зустрічається, тому вивчення впливу ГКС на переносимість хіміопрепаратів є актуальною на даний час.

З цією метою було проаналізовано 277 історій хвороб хворих на вперше виявлений деструктивний ТБ з бактеріовиділенням, які перебували на стаціонарному лікуванні в ПОКПТД в 2005-2007 роках, терапія проводилась за протоколами. За клінічними формами з дисемінованим туберкульозом було 179 (64,62%) хворих, з інфільтративним – 98 (35,38%). Всі хворі були розділені на дві групи: в першу основну ввійшли 166 (59,93%) осіб, які отримували ГКС з хіміопрепаратами, в другу контрольну – 111 (40,07%) осіб, що приймали тільки ПТП. В основній групі побічні реакції виникли у 40 (24,10%) хворих, в контрольній – у 31 (27,93%). Переважно побічні реакції спостерігались на перших двох місяцях лікування (75%). В основній групі токсичні реакції складала – 22 (55,0%) випадків, алергічні – 19 (47,5%), токсико-алергічні – 1 (2,5%). В контрольній групі токсичних реакцій було 22 (70,97%) випадків, алергічних – 8 (25,81%), токсико-алергічних – 2 (6,45%). Видно, що в основній групі велика частота алергічних реакцій, що можна пояснити виявленням позитивної проби на препарати 8 із 19 (42%) випадків, яку проводять до прийому ПТП та ГКС. Частіше побічні реакції виникали на піразинамід, рифампіцин та стрептоміцин приблизно однаково в обох групах. Також в процесі лікування спостерігались побічні реакції на декілька препаратів одночасно. Так в контрольній групі на 1 препарат побічні реакції виникали у 61,29% випадках, на 2 ПТП – у 19,35% та на 3 ПТП – у 19,35% хворих. В основній групі на 1 ПТП побі-

чні реакції виникали у 70,0%, на 2 ПТП – у 20,0%, на 3 препарати виникнення побічних реакцій зареєстровано не було. Проте в основній групі у 10,0% хворих було виявлено реакції на прийом ПТП у вигляді висипу та свербіння шкіри, але вони досить швидко усувались додатковим призначенням антигістамінних препаратів без відміни ПТП, що давало можливість не переривати курс лікування.

З проаналізованого матеріалу видно, що використання ГКС в комплексному лікуванні туберкульозу позитивно впливає на переносимість хворими хіміопрепаратів та знижує частоту виникнення побічних реакцій.

УДК 616.379-008.64

ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ, ЯК ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

Приступюк Л.О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Цукровий діабет на сьогодні все більше набирає рис неінфекційної пандемічної патології внаслідок стрімкого поширення як самої патології, так і наслідків її. Кількість випадків інфаркту міокарда, інсультів головного мозку втричі більша, ніж у людей без діабету. Хронічні неврологічні та судинні ускладнення діабету спричинюють сліпоту, хронічну ниркову недостатність, є головним приводом ампутацій нижніх кінцівок у мирного, не воюючого населення. Знаковою подією у визнанні діабету як хронічного вартісного захворювання, яке є загрозливим не лише для окремої людини, його родини, а для людства в цілому, стала Ухвала 20 грудня 2006 року Резолюції ООН щодо діабету. В Україні станом на 1.01.2007 року нараховується 1048375 хворих на цукровий діабет, що становить 2242,6 на 100 тис. населення, щорічний приріст поширеності цукрового діабету досягає 4,1%. Та за поглиблених обстежень, активного виявлення діабету, відсоток поширення збільшується вдвічі, особливо у старших вікових групах де він сягає 10%. За більш детального обстеження ця кількість більша у 2-3 рази.

Ми виконували роботу по активному виявленню діабету серед жителів села нашої країни разом з Організацією багатодітних сімей України. Ми виїздили у різні регіони та вимірювали рівень глюкози у капілярній крові на тлі вживання їжі. Результати нашої роботи свідчать, що серед тих, хто звернувся на обстеження виявляли гіперглікемію понад 11,1 ммоль/л у 2,3%. Це були переважно жінки віку понад 50 років. Варто зауважити, що чоловіки відвідували наші обстеження вкрай мляво. Збільшення кількості звертань на обстеження зростало при наших повторних візитах у ту ж саму місцевість. Наш досвід роботи свідчить, що поширеність цукрового діабету серед жителів села є високою, але він не виявляється своєчасно через недоступність обстеження на вміст глюкози у плазмі крові. У чому ж причина триумфальної ходи діабету та нездатності медицини як науки та прикладної дисципліни протидіяти цьому? Безсумнівно, поліпшення діагностики. Поява людини з глюкометром знаменує можливість виявити діабет. Другою, пасивною причиною є збільшення тривалості життя й, відповідно, збільшення числа хвороб хронічного перебігу. Вагомою причиною низької діагностики діабету та ескалації його хронічних судинних і неврологічних ускладнень є поширена думка, що діабет – це хвороба достатку, хвороба для людей з ожирінням. За активного виявлення цукрового діабету, за даними програми «Діаконтроль», в Україні кількість людей з індексом маси тіла (ІМТ) понад 30кг/м² серед хворих на цукровий діабет не перевершує 50%. У США при аналізі впродовж 3 років 15408 осіб віку 44-66 років із врахуванням гострих інфекційних захворювань, гострих судинних катастроф та смертей від них виявилось, що не ІМТ, а саме наявність цукрового діабету зв'язана зі смертністю від перерахованих хвороб. Виникнення життєво загрозливої патології, смерті від неї було втричі більшим серед хворих на діабет незалежно від ваги пацієнтів.

Переважаючим серед хворих на цукровий діабет є діабет 2 типу, він складає 80-95% всього числа пацієнтів. За даними Міжнародної Діабетичної Федерації у Європі 8,4% населення потерпають від діабету. Найважчим від цього є економічний та соціальний тягар, зокрема для Східноєвропейських країн, для України особливо. Серцево-судинні наслідки діабету вимагають сум фінансово не посилюють для системи охорони здоров'я. Останнє диктує необхідність пошуку ґрунтовних організаційних заходів суспільства в цілому з мінімізацією наслідків від зростання числа хворих на діабет. Одним із них є активне виявлення хворих.

Жінок хворих на діабет більше ніж чоловіків. Вагітність є природним діабетогеним чинником. Забезпечення потреб плоду вимагає збільшення притоку до нього глюкози та амінокислот, «діабетогеного» типу метаболізму в організмі матері. У Шанхайському Дослідженні жіночого здоров'я (2008) виявлено, що відносний ризик діабету зростає від 1,00 до 1,62 від першої до п'ятої вагітностей, відповідно. У цьому ж дослідженні встановлено, що ризик нейтралізується вигодовуванням дітей груддю. Коли брати відносний ризик за 1,00 якщо жінка груддю не годує, то за вигодовування до 6 міс. він дорівнює 0,87, до 11міс – 0,89 і 0,73 коли вигодовування триває 36 міс. Наші дослідження та вивчення акушерського анамнезу жінок, хворих на цукровий діабет, виявило значну частоту не виношування вагітності.