

Рис.2

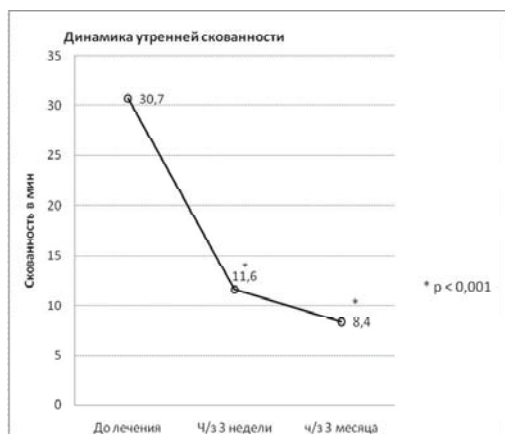


Рис. 3



Динамика лабораторных тестов была следующей: у больных с исходно повышенными значениями СОЭ, серомукоида и С-реактивного белка через 3 месяца наблюдалась их нормализация, за исключением 2 пациентов, у которых отсутствовал клинический эффект.

Следует подчеркнуть, что в процессе лечения артрофооном у всех обследованных больных были отмечены хорошая переносимость препарата и отсутствие каких-либо побочных эффектов.

Заключение. Подводя итог проведенному исследованию, можно с уверенностью сказать, что у больных остеоартрозом артрофоон в дозе 8 таблеток в сутки через 3 недели оказывает противовоспалительный и анальгетический эффект, который сохраняется при приеме поддерживающей дозы – 4 таблетки в сутки – до 3 месяцев. При наличии выраженных клинических проявлений заболевания с целью более успешного лечения в течение первых недель препарат следует сочетать с другими средствами патогенетической терапии: миорелаксантами и НПВП. Что касается последней группы лекарственных средств, на наш взгляд, предпочтение следует отдавать нимесулиду, как наиболее безопасному в плане побочных влияний и достаточно эффективному представителю этой группы.

УДК: 616.2-085.281

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕГОСПИТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Виноградова Т.А., Дедуль В.И., Виноградов С.В., Покалюк Н.П., Тывончук И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ»БСМП» г. Гродно, РБ

Проблема диагностики и лечения внегоспитальных пневмоний (ВП) продолжает оставаться одной из приоритетных, поскольку пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний человека. Заболеваемость внебольничной пневмонией в Европе колеблется от 2 до 15 случаев

на 1000 человек в год. Этот показатель значительно выше у лиц старше 60 лет – 25–44 случая на 1000 человек в год. По ведению больных с ВП разработаны многочисленные клинические рекомендации, в том числе МЗ РБ, являющиеся отправной точкой, но не подавляющие разумную инициативу врача, основанную на результатах организованных контролируемых исследований. Современные руководства по лечению пневмоний подчеркивают необходимость установления этиологического диагноза для обоснования этиотропной терапии, однако ни один из микробиологических методов не способен идентифицировать всех потенциальных возбудителей бронхолегочной инфекции. Поэтому у 30–50% больных этиология инфекционного процесса остается неизвестной, а назначение антимикробных препаратов осуществляется эмпирически. В этой связи важно на первоначальном этапе лечения правильно выбрать лекарственное средство для подавления инфекции с учетом фармакологических характеристик химиопрепаратов в разных группах больных.

В одну из групп целесообразно выделить больных с сахарным диабетом (СД), поскольку данное заболевание является, по определению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, «проблемой всех возрастов и всех стран». При отсутствии жесткого контроля гликемии возникает гипергликемией-индуцированное снижение уровня противoinфекционной защиты. Постоянная **гипергликемия**, и особенно постпрандиальная, приводит к развитию оксидативного стресса во многих тканях. Также при СД происходит изменение нормального состава микрофлоры ротовой полости, микроангиопатия и автономная нейропатия нарушают мукоцилиарный транспорт, нарушаются местные неспецифические и специфические механизмы защиты. Эти патогенетические факторы способны отягощать течение внегоспитальных пневмоний.

Цель исследования: определить особенности течения ВП у пациентов с СД 2 типа, оценить эффективность различных схем сахароснижающей терапии у этой категории больных.

Материалы и методы: В исследовании участвовало 25 пациентов терапевтического отделения УЗГКБ №2 с ВП средней степени тяжести, в котором методом простой рандомизации пациенты были разделены на клинически сопоставимые группы. В 1 группу (контроль) вошли 9 пациентов с ВП без нарушений углеводного обмена, во 2 – 16 пациентов с ВП и СД II типа, компенсирующие гипергликемию таблетированными сахароснижающими препаратами (2.1 – метформин и глибенкламид – 5 человек – 31,25%; 2.2 – глибенкламид – 7 человек – 43,75%; 2.3 – метформин и гликлазид МВ – 4 человека – 25%).

Степень тяжести пневмонии оценивалась по выраженности интоксикационного синдрома и клинико-лабораторных показателей, распространенности процесса на рентгенограммах, наличию осложнений. Кроме того, больные по тяжести заболевания и прогнозу стратифицировались по шкале Pneumonia PORT на классы. Все пациенты в стационаре проходили обследование согласно клиническим протоколам, утвержденным МЗРБ. При медленном разрешении очагово-инфильтративных изменений в легких пациентам проводилась кон-

трольная рентгенография в амбулаторных условиях с последующим анализом результатов.

Всем пациентам назначались: исследование гликемического профиля в день поступления, а пациентам 2 группы - и накануне выписки из стационара, а также промежуточные исследования тощачной гликемии при коррекции углеводного обмена. Следует заметить, что только у 2 пациентов из 16 отмечалась удовлетворительная компенсация СД при поступлении (12,5%), что потребовало титрования доз сахароснижающих препаратов до рекомендуемых целевых уровней. К концу пребывания пациентов в стационаре только у 43,75% удалось добиться удовлетворительной компенсации СД, при гликемии натощак < 6 ммоль/л, а постпрандиальной $< 7,5$ ммоль/л. Для оценки контроля компенсации СД использовались среднесуточные значения гликемического профиля накануне выписки из стационара.

Для лечения пневмоний у пациентов 1 группы применялись цефтриаксон 2 г/сут внутривенно (55,5% пациентов), цефтриаксон 2 г/сут внутривенно и кларитромицин 1000 мг/сут перорально (22,25%), левофлоксацин 500 мг/сут парентерально (22,25%). Для лечения пневмоний у пациентов 2 группы применялись те же антибактериальные препараты: цефтриаксон 2 г/сут внутривенно (28,5% пациентов), цефтриаксон 2 г/сут внутривенно и кларитромицин 1000 мг/сут перорально (42,9%), левофлоксацин 500 мг/сут парентерально (28,6%).

Результаты. Основные сведения представлены в таблице 1 и 2.

Таблица 1 – Характеристики обследованных пациентов

Признаки		
Пол	М	13 (52%)
	Ж	12 (48%)
Средний возраст		61,24±5,37 года
Степень тяжести пневмонии по шкале Рнеumonia PORT (по классам)		1 группа: 55% - III класс, 45% - VI класс
		2 группа: 7,4% - III класс, 92,6% - VI класс
Длительность заболевания сахарным диабетом II типа во II группе		7,8±0,83 года

Средний койко/день у пациентов 1 и 2 групп составил 11,4 и 13,9, соответственно.

Таблица 2 – Показатели уровня гликемии и сроков регрессии пневмоний в исследуемых группах (данные приведены в виде М (25%; 75%))

Показатели	Гликемия	Сроки регрессии
Группы		
Контроль	4,6 (4,4; 5,2)	10 (10; 12)
Подгруппа 2.1	7,9 (7,8; 10,5)*	12 (12; 14)
Подгруппа 2.2	10,4 (6,8; 13,7)*	16 (12; 28)*
Подгруппа 2.3	6,1 (5,9; 6,3)*	11 (10,5; 11,5)*

Примечания: $p < 0,05$

Обсуждение. При сравнении подгрупп 2-й группы получены достоверные различия по уровню гликемии между всеми подгруппами, а по срокам регрессии рентгенологических данных между подгруппами 2.2 и 2.3. Проведен корреляционный анализ показателей уровня гликемии и сроков регрессии. Получены следующие данные: 1) в группе контроля R Спирмена 0,81, 2) в подгруппе 2.1 нет достоверной связи, 3) в подгруппе 2.2 R Спирмена 0,89, 4) в подгруппе 2.3 R Спирмена 0,95. Полученные данные свидетельствуют о сильной положительной связи между показателями. Анализируя полученные результаты, также выявлено, что у пациентов 2 группы класс тяжести пневмонии выше, а значит и риск летальности, по данным литературы, повышается от 0,1% до 8,2%. СД увеличивает средний койко/день в связи с более продолжительным регрессом клинико-рентгенологических данных. Медленный регресс рентгенологических изменений у больных с СД характеризуется уменьшением размеров пневмонической инфильтрации менее чем на 50% к исходу 2-й недели и неполным разрешением к исходу 4-й недели от начала заболевания при улучшении клинической картины. На фоне проводимой антибактериальной терапии наилучший регресс наблюдался у пациентов 2 группы с жестким контролем гликемии, преимущественно в подгруппе 2.3.

Заключение. СД II типа у больных с ВП приводит к затяжному течению заболевания при неудовлетворительной компенсации углеводного обмена. Затяжное разрешение очагово-инфильтративных изменений в легких на фоне отчетливого обратного развития клинических симптомов заболевания обычно не рассматривается в качестве самостоятельного фактора риска неблагоприятного исхода пневмонии и в подавляющем большинстве случаев не требует повторных курсов антибактериальной терапии, однако требует провести дифференциальную диагностику для исключения опухолевого процесса, туберкулеза легких, рецидивирующей тромбоэмболии легочной артерии, застойной сердечной недостаточности, лекарственной лихорадки, что приводит к увеличению затрат на обследование и лечение. Для адекватного лечения пневмонии на фоне СД необходим жесткий контроль гликемии. Гликлазид МВ в комбинации с метформином обеспечивает не только эффективный, долгосрочный и безопасный гликемический контроль, но обладает и антиоксидантным эффектом. По данным литературы, на фоне приема Гликлазида МВ статистически достоверно увеличивалась резистентность ЛПНП к окислению наряду с достоверным улучшением общей антиоксидантной защиты плазмы, что, таким образом, приводило к уменьшению оксидативного стресса. Вероятно, этот эффект Гликлазида МВ способствует более быстрому регрессу клинико-рентгенологических изменений у пациентов с ВП.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Гриб В.М., Гончарик Т.А., Ахрамович Л.А., Мистюкевич Е.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г.Минск, РБ

Введение. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) — распространенное неотложное состояние сердечно-сосудистой системы, сопровождающееся острой, но потенциально обратимой правожелудочковой недостаточностью [3, 4]. Летальность среди пациентов без терапии составляет 40% и более, при массивной тромбоэмболии достигает 70%, а при своевременно начатой терапии колеблется от 2 до 8%, что говорит о важности ранней диагностики и своевременно начатого лечения [1, 2, 4]. Диагностика ТЭЛА представляет сложную задачу для практикующего врача, так как клиника малоспецифична и характерна для многих заболеваний. Появившиеся в 2008 европейские [4] и в 2010 году национальные [3] рекомендации позволяют существенно по-новому взглянуть на многие вопросы, связанные с ТЭЛА. Это и явилось основанием для оценки современных клинико-диагностических особенностей ТЭЛА.

Материалы и методы. Было обследовано 52 больных, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении 10 ГКБ и Солигорской ЦРБ. Исследование выполнялось с использованием специально составленного анкетного листа (оценивались клиника, анамнез, лабораторно-инструментальные данные, эффективность лечения); работа велась непосредственно с больными и медицинской документацией. Исследование выполнялось с учетом последних европейских (2008г.) и национальных (2010г.) рекомендаций. Значимость различий между группами оценивалась на основании точного критерия Фишера в программе “BIOSTAT”.

Результаты и обсуждение. Из 52 больных с потенциальной ТЭЛА подтверждение диагноза было у 33 (19 мужчин и 14 женщин) человек (положительный результат мультidetекторной компьютерной ангиопульмонографии (МДКТ)). У 19 больных (17 мужчин и 2 женщины) диагноз ТЭЛА не подтвердился. Преобладающий возраст среди мужчин и женщин с ТЭЛА составил 70 лет и старше (39,4%), без ТЭЛА 50-69 лет (57,9%). Средний возраст больных составил $61,1 \pm 3,5$ года. Средний возраст больных с ТЭЛА составил: среди мужчин $59,53 \pm 5,88$ года; среди женщин $63,43 \pm 8,4$ года. Средний возраст больных без ТЭЛА составил: среди мужчин $59,88 \pm 5,9$ года; среди женщин $70,0 \pm 16,7$ года. Распределение по ИМТ показало преобладание избыточной массы тела как среди женщин, так и среди мужчин с ТЭЛА (48,5%) и без ТЭЛА (42,1%).

Наиболее часто больные с ТЭЛА предъявляли жалобы на одышку (81,8%). Также были частыми жалобы на боли в груди плевритического характера (54,5%), кашель (45,5%), односторонний отек и болезненность нижней конечности (42,4%). В то же время статистически достоверных различий ($p < 0,05$)