

Carcinoid a stomach. Questions of complex timely diagnostics

I.G. DENISENKO, N.A. DRJUK

Summary: *Diagnostics carcinoid very difficult, demands additional methods of research, a professional knowledge and persis tence of the doctor.*

Key words: *carcinoid of the stomach, APUD-sustem, immunohistochemistry, carcinoid syndrome.*

УДК: 616.24

Порівняльна ефективність сульбактомаксу та цефтриаксону в лікуванні негоспітальної пневмонії

В.В. ДЯЧЕНКО

Резюме. *Проведене порівняльне дослідження ефективності та безпеки застосування цефтриаксону 1,0 2 рази на день та сульбактомаксу 1,5 1 раз на день в лікуванні негоспітальної пневмонії нетяжкого перебігу. Доведено однакову ефективність, безпеку та практично однакову вартість обох схем лікування.*

Ключові слова: *негоспітальна пневмонія, цефтриаксон, сульбактомакс.*

Відкриття антибіотиків та широке впровадження їх в клінічну практику, без сумніву, стало одним з найважливіших відкриттів ХХ сторіччя. Однак разом із застосуванням антибіотиків неухильно зростає і кількість резистентних до них штамів мікроорганізмів [1].

Застосування антибактеріальних засобів є основою лікування негоспітальної пневмонії (НП), але в останні роки намітилась негативна тенденція щодо їх використання в терапії. Це пов'язано з нераціональним призначенням антибактеріальних препаратів та появою патогенів, стійких до груп препаратів, що найчастіше використовуються [2, 3].

Одними з найбільш поширених препаратів, які застосовуються в клінічній практиці при лікуванні НП, є цефалоспорини III покоління, зокрема цефтриаксон. Резистентність мікроорганізмів до антибіотиків цієї групи насамперед досягається за рахунок продукції бета-лактамаз На теперішній час відомі близько 300 різновидів бета-лактамаз, причому найбільшу загрозу являють собою бета-лактамази розширеного спектру, які гідролізують практично всі цефалоспорини [4].

Сульбактам натрію – похідне основного ядра пеніциліну. Є необоротним інгібітором більшості основних β-лактамаз (як плазмідних, так і хромосомних), що виробляються стійкими до дії β-лактамних антибіотиків мікроорганізмами. Сульбактам виявляє власну антимікробну активність у відношенні Acineto-

bacter calcoaceticus, Pseudomonas acidovarans, N.meningitidis, N.gonorrhoeae, а також у відношенні деяких анаеробів (Bacteroides fragilis). Перевагами комбінації цефтриаксону із сульбактамом є розширення спектру насамперед за рахунок грамнегативних мікроорганізмів, дія на грампозитивну флору є співставною з дією респіраторних фторхінолонів [5].

Метою дослідження було вивчення ефективності та безпечності застосування комбінації сульбактам/цефтриаксон (у співвідношенні 1:2) 1,5 г на добу (сульбактомакс, Мілі хелскере) у порівнянні з цефтриаксоном 2 г на добу при лікуванні НП.

Матеріали і методи дослідження

В порівняльне проспективне рандомізоване дослідження було включено 60 хворих на НП II та III групи (всі – чоловіки), які лікувались в клініці пульмонології Головного військово-медичного клінічного центру «Головного військового клінічного госпіталю» МО України в квітні-липні 2009 року. У всіх пацієнтів НП була підтверджена рентгенологічно. Хворі були розподілені на 2 групи (по 30 осіб кожна). Пацієнти 1-ї групи отримували сульбактомакс 1,5 г 1 раз на добу в/в, 2-ї групи – цефтриаксон вітчизняного виробництва 1,0 г 2 рази на добу в/в. За необхідності (на розгляд лікуючого лікаря) до терапії додавався азитроміцин 0,5 г перорально 1 раз на добу 5–6 днів (6 пацієнтам 1-ї групи та 7 – 2-ї групи). Загальний стан пацієнтів та клінічні ознаки НП оцінювали до лікування, через 72 год., на 7-й, 10-й і 15-й день після початку лікування. До початку лікування та на 10–15-й день усім хворим проводили клінічні і біохімічні аналізи крові та клінічні аналізи сечі, а також рентгенологічне обстеження (рентгенографія або флюорографія органів грудної порожнини в 2-х проєкціях).

Для виявлення основних етіологічних агентів НП до початку антибактеріальної терапії досліджували мокротиння, яке отримували після глибокого відкашлювання до їди. Доцільність подальшого проведення мікробіологічного дослідження матеріалу визначали за результатами аналізу забарвленого за Грамом мазка мокроти, а саме за наявності не менше 25 лейкоцитів та не більше 10 епітеліальних клітин у полі зору ($\times 100$). Кількісну оцінку мікробної популяції, яка вегетує у мокроті, проводили кількісним методом за Dixon та Miller (1965) в модифікації Л.Г. Селіної (1980) шляхом посіву на відповідні щільні живильні середовища. Діагностично значущими вважали результати дослідження мокроти, якщо в ній виявляли потенційний патоген у титрі не менше 10^6 КУО/мл.

Результати та їх обговорення

Основні клініко-лабораторні показники у хворих перед початком лікування наведені в табл. 1.

Клініко-лабораторні показники у хворих перед початком лікування

Показник	Група хворих	
	1-ша (n=30)	2-га (n=30)
Вік, роки	26,2 ± 2,0	28,6 ± 2,1
Температура тіла:		
менше 37°C, %	13,3 ± 6,2	16,7 ± 6,8
37–38°C, %	33,3 ± 8,6	43,3 ± 9,0
38,1–39°C, %	37,9 ± 8,8	33,3 ± 8,6
більше 39°C, %	16,7 ± 6,8	6,7 ± 4,6
Задишка, %	23,3 ± 7,7	20,0 ± 7,3
Кашель, %	100	100
Мокрота, %	46,7 ± 9,1	43,3 ± 9,0
Плевральні болі, %	23,3 ± 7,7	33,3 ± 8,6
Фізикальні ознаки консолідації легеневої тканини, %	80,0 ± 7,3	76,7 ± 7,7
Лейкоцитоз більше $10 \cdot 10^9/\text{л}$, %	40,0 ± 8,9	40,0 ± 8,9
Об'єм ураження легеневої тканини за рентгенологічними даними:		
1 сегмент, %	40,0 ± 8,9	50,0 ± 9,1
2 сегменти, %	46,7 ± 9,1	33,3 ± 8,6
3 і більше сегментів, %	13,3 ± 6,2	16,7 ± 6,8

Суттєвих статистичних розбіжностей не виявлено ні по одному з показників – групи виявились цілком співставними.

Придатні для бактеріологічного дослідження зразки мокроты отримано у 23 хворих обох груп. Виділено 25 штамів мікроорганізмів: *S. pneumoniae* (у 15 хворих), *H. influenzae* (у 5), *K. pneumoniae* (у 2), *S. aureus* (MSSA) (у 2) та *P. aeruginosa* (у 1).

Клінічні невдачі (відсутність позитивної динаміки протягом 72 годин лікування), що потребували зміни антибактеріальної терапії, зареєстровані в 3-х пацієнтів у кожній групі. Зміна здійснювалась на респіраторний фторхінолон.

Інші хворі обох груп демонстрували хорошу клінічну динаміку. Лихоманка, задишка та плевральні болі зникли у пацієнтів обох груп на протязі перших 3-х діб лікування, до 10-ї – 15-ї доби у всіх пацієнтів зник кашель, продукція мокроты та фізикальні ознаки пневмонії, нормалізувалась кількість лейкоцитів.

При контрольному рентгенологічному дослідженні у хворих 1-ї групи пневмонія розсмокталась в середньому за 12,8 ± 0,6 доби, 2-ї групи – 12,9 ± 0,8 доби (різниця статистично несуттєва). Тривалість антибактеріальної терапії у пацієнтів першої групи склала 8,3 ± 0,3 доби, тривалість госпіталізації – 15,6 ± 1,0 доби, 2-ї групи відповідно 8,8 ± 0,4 доби та 15,8 ± 1,1 доби (різниця статистично несуттєва).

Серед небажаних явищ зареєстровані лише незначні (не більш, як в 2–3 рази) транзиторні підвищення рівня трансаміназ, що не потребували відміни препаратів та пройшли без будь-якого лікування. Сульбактомакс про демонстрував тенденцію до кращого профілю безпеки – транзиторне підвищення рівня АСТ та АЛТ зафіксоване лише в 4-х хворих (13,3 ± 6,2%), тоді як в групі цефтриаксону відповідні зміни при біохімічному дослідження крові виявлені в 9 хворих (30,0 ± 8,3%), проте різниця виявилась статистично недостовірною ($p > 0,05$).

Вартість антибактеріальної терапії склала (з урахуванням шприців та розчинника): сульбактомакс – 125,16 грн., цефтриаксон вітчизняного виробництва – 121,97 грн. (ціни взяті з щотижневика «Аптека» № 26 (697) від 29 червня 2009 р.)

Висновки

1. Лікування НП нетяжкого перебігу сульбактомаксом 1,5 г 1 раз на добу та цефтриаксоном 1,0 2 рази на добу є однаково ефективним.

2. Сульбактомакс є безпечним препаратом.

3. Вартість лікування сульбактомаксом є практично однаковою з вартістю лікування цефтриаксоном вітчизняного виробництва, однак при застосуванні сульбактомаксу є підстави сподіватись на кращу комплаєнтність за рахунок можливості введення препарату 1 раз на добу.

Література

1. Virk A. Clinical aspects of antimicrobial resistance / A. Virk, J.M. Steckelberg // Mayo Clin. Proc. – 2002. – № 75. – P. 200–214.

2. Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (методичні рекомендації) / М-во охорони здоров'я України / Наказ № 128 від 19.03.2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія» – К.: ТОВ «Велес», 2007 – С. 105–146.

3. Фещенко Ю.И. Пневмонии у взрослых. Антибактериальная терапия / Ю.И. Фещенко, А.Я. Дзюблик, Г.Б. Капитан // Doctor. – 2004. – № 2. – С. 17–21.

4. Березняков И.Г. Ингибиторзащищенные цефалоспорины: перспективы клинического применения / И.Г. Березняков // Медицина неотложных состояний. – 2006. – № 5. – С. 12–15.

5. Kozlov R.S. 7-years monitoring of resistance of clinical S.pneumoniae in Russia: results of prospective multicenter study (PEHASus) modified / R.S. Kozlov, O.V. Sivaja, L.S. Stratchounski // Proc. of 45th Interscience Conference on antimicrobial agents and Chemotherapy (ICAAC). – Washington DC, USA. – 2005. – Abstr. C2249.

Сравнительная эффективность сульбактомакса и цефтриаксона в лечении негоспитальной пневмонии

В.В. ДЯЧЕНКО

Резюме. Проведено сравнительное исследование эффективности и безопасности использования цефтриаксона 1,0 2 раза в день и сульбактомакса 1,5 1 раз в день в лечении негоспитальной пневмонии нетяжелого течения. Доказано, что обе схемы лечения имеют одинаковую эффективность, безопасность и практически одинаковую стоимость.

Ключевые слова: негоспитальная пневмония, цефтриаксон, сульбактомакс.

Comparative effectiveness of CAP treatment by ceftriaxone or sulbactomax

V. DYACHENKO

Summary. Comparative trial of the effectiveness and safety of CAP treatment by ceftriaxone 1,0 b.i.d. or sulbactomax 1,5 once daily was performed. Equal effectiveness, safety and cost were proved.

Key words: CAP, ceftriaxone, sulbactomax.

УДК 616.71-018.3

Ефективність різних видів електролікування в комплексній терапії болю в нижній частині спини, пов'язаного із остеохондрозом

**О.С. ЗУБРИЦЬКИЙ, О.А. МОРОЗЕНКО,
І.І. ЛІТОВЧЕНКО, С.Д. ТРЕТЯК**

Резюме. В статті показано, що застосування різних видів імпульсних струмів ефективно у лікуванні болю в нижній частині спини, пов'язаного із остеохондрозом. Запропоновані схеми електролікування на апараті «Іоносон-експерт» інтерференційним, комбінацією високовольтного, ультрастимулюючого струму по Треберту та частотно модульованого струму, а також зміні частотних модуляцій цих струмів забезпечують більшу їх ефективність в плані купування больового синдрому у порівнянні із застосуванням діадинамотерапії.

Ключові слова: біль в нижній частині спини (БНС), фізіотерапія, імпульсні струми.

Біль у нижній частині спини (БНС) – розуміють біль, що локалізується між XII парою ребер і сідничними складками. БНС згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб (МКХ-10) віднесено до окремої нозологічної одиниці під шифром М 54.5 в групі дорсалгій. Синдром БНС (low back pain) – головна причина звернення хворих до лікарів різного профілю: терапевтів, невропатологів, ревматологів, гінекологів, фізіотерапевтів,