

Литвінець Е.А., Вinton О.Р.

Івано-Франківський національний медичний університет

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У МУЖЧИН С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

Аннотация

Нами проведено исследование показателей эндотелина -1 в сыворотке крови у больных артериальной гипертензией с эректильной дисфункцией до и после 1- го и 3-х месяцев лечения. У всех пациентов выявлено повышение уровня эндотелина-1 в сыворотке крови по сравнению со здоровыми мужчинами. Пациенты были разделены на 4 группы. Первая группа получала препарат силденафил «по требованию», 2 группа – силденафил в дозе 50 мг через день, 3 группа – силденафил + аргинин, 4 группа силденафил + курс аргинина и ЛВТ – терапии (терапия локальным отрицательным давлением). После проведенной терапии показатели эндотелина -1 приблизились к норме у пациентов 3- й и 4- й групп.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, эндотелиальная дисфункция, эндотелин-1, силденафил, аргинин, ЛВТ-терапия.

Lytvynets E.A., Vintoniv O.R.

Ivano-Frankivsk National Medical University

EVALUATION OF THE FUNCTIONAL STATE OF ENDOTHELIUM IN MEN WITH ERECTILE DYSFUNCTION AGAINST A BACKGROUND OF HYPERTENSION DURING COMBINATION THERAPY

Summary

We studied the performance of endothelin -1 serum levels in patients with arterial hypertension erectile dysfunction before and after 1 and 3 months of treatment. All patients had increase of endothelin -1 in serum compared with healthy men. Patients were divided into 4 groups. The first group received the drug sildenafil «on demand», group 2, at a dose of sildenafil 50 mg a day, 3 group – arginine+sildenafil, 4 groupe- sildenafil +arginine and LVT therapy (local negative pressure therapy). After the treatment performance of endothelin -1 closer to normal in patients of the 3rd and 4th groups.

Keywords: erectile dysfunction, endothelial dysfunction, endothelin -1, sildenafil , arginine, LVT therapy.

УДК 616-053.2:612.57

АНАЛІЗ ВИКОРИСТАННЯ АНТИПІРЕТИКІВ ПРИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

Осичнюк Л.М.

Луганський державний медичний університет

У статті проведений аналіз доцільності і правильності призначення антипіретиків при гострих респіраторних захворюваннях у дітей. І лікарі, і батьки не завжди враховують відсутність показань при використанні жарознижуючих засобів. Відмічена ефективність антибактеріальної терапії у відношенні лихоманки і без антипіретиків. Це питання потребує подальшого ретельного вивчення.

Ключові слова: лихоманка, гострі респіраторні захворювання, антипіретики, діти.

Постановка проблеми. Лихоманка є однією з найчастіших скарг, з якими звертаються батьки дітей до лікарів [1, с. 65, 9, с. 8]. За даними Американської академії педіатрії близько третини звернень за консультацією є лихоманка у дітей, у Великій Британії це 10-20%. Згідно даних статистичних досліджень, дуже часто (до 80% випадків лихоманки) батьки самостійно справляються з цією проблемою [5, с. 83]. В Україні такої статистики немає.

Лихоманка може супроводжувати багато патологічних станів у дітей. Найчастіше це інфекційні захворювання (від гострих респіраторних захворювань до сепсису), але може бути і при хворобах неінфекційної природи (аутоімунні, ендокринні, онкологічні, неврологічні захворювання та ін.), після вакцинації, оперативних втручань та ін. [1, с. 65, 2, с. 115, 5, с. 83, 8, с. 6].

Згідно з рекомендацій Американської академії педіатрії, у дітей віком до 3 місяців температуру вимірюють ректально, від 3 місяців до 3 років – ректально, аксілярно, 4-5 років – ректально, орально, аксілярно, старше 5 років – орально, аксілярно [4, с. 10]. В Україні загальноприйнято вимірювати аксілярну температуру, останнім часом – орально. Лихоманкою вважається рівень аксілярної температури вище 37,2°C, оральної – 37,7°C, ректальної – вище 38°C [1, с. 65, 3, с. 54, 5, с. 83].

Відповідно до рівня температури виділяють субфебрильну (до 38°C), фебрильну (помірно фебрильну 38,1°C-39°C, високу фебрильну 39,1°C-41°C) і гіпертермічну (вище 41°C); від тривалості – ефемерну (від декількох годин до декількох днів), гостру (менше 2 тижнів), підгостру (до 6 тижнів) і хронічні (більше 6 тижнів) [1, с. 65, 8, с. 6-7]. В залежності

від відповідності або невідповідності теплопродукції і тепловіддачі лихоманка може бути «рожевою» і «блідою». Теплопродукція забезпечується процесами катаболізму, м'язового термогенезу, підвищення рівня катехоламінів та гормонів щитоподібної залози. Тепловіддача відбувається за рахунок конвекції (при потінні), радіації (інфрачервоне випромінювання шкірних покривів), теплопровідності (охолодження шкіри і слизових оболонок при нижчій температурі оточуючого середовища). Центр терморегуляції у довгастому мозку регулює ці процеси, підтримує нормальну температуру тіла. При лихоманці спостерігається зсув установочної точки термостату в бік підвищення температури [5, с. 83]. При «рожевій» лихоманці тепловіддача відповідає теплопродукції, дитина активна, шкірні покриви гіперемовані, гарячі, вологі, кінцівки теплі, як правило, немає потреби у жарознижувальних засобах. При «блідій» лихоманці стан дитини значно гірший, тепловіддача менше, ніж теплопродукція, шкіряні покриви бліді з мармуровим малюнком, кінцівки холодні, може бути порушення свідомості. Такий стан вимагає призначення жарознижувальних засобів у сполученні із судинорозширювальними та антигістамінними [1, с. 65-66, 6, с. 45, 8, с. 7-8, 9, с. 8].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Лихоманка є адаптаційною реакцією при інфекційному процесі, вона позитивно впливає на процеси активації імунної системи, активує ферментні системи печінки, уповільнює реплікацію деяких вірусів і бактерій [1, с. 65, 6, с. 45, 8, с. 6]. Але підвищення температури має і негативну дію: викликає метаболічні порушення, прогресування дихальної і серцевої недостатності, порушення функції печінки, нирок, нервової системи [8, с. 6]. Тому при вирішенні питання про призначення антипіретичної терапії необхідно враховувати показання. Згідно рекомендацій ВООЗ та Національної програми, антипіретична терапія призначається всім дітям при температурі тіла вище 38,5°C, дітям з обтяженим анамнезом (недоношеність, фебрильні судоми), з наявністю тяжких захворювань серцево-судинної, дихальної, нервової систем, білково-енергетичної недостатності та малюкам, молодшим за 3 місяці, при температурі 38°C [5, с. 83, 7, с. 77].

Для зниження температури в педіатричній практиці використовуються парацетамол та ібупрофен. Ці препарати володіють високою жарознижувальною здатністю, при цьому не мають тяжких побічних ефектів. Кожен лікар має свої вподобання, базуючись на попередньому досвіді, частіше використовується парацетамол [2, с. 115, 5, с. 84, 6, с. 47]. Лікувальна тактика залежить від виду лихоманки. При «блідій» лихоманці можна призначити жарознижувачі засоби вже при температурі вище 38°C, в групі ризику – вище 37,5°C у сполученні із судинорозширювальними, при тяжкому стані із нейрореплетиками і вазодилататорами, не медикаментозні методи не використовують. Терапія «рожевої» лихоманки включає перш за все не медикаментозні методи (привітрювання приміщення, тепле питво у обсязі – фізіологічна потреба + 10 мл/кг/градус підвищення температури, фізичні методи охолодження тіла), надалі при неефективності – антипіретики [6, с. 45-46, 8, с. 9].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Не зважаючи на чіткі рекомендації щодо призначення жарознижувальної терапії лікарі не завжди їх дотримуються. Крім того, виникає питання з приводу одночасного використання антибактеріальних / противірусних препаратів і антипіретиків.

Мета роботи. Метою нашої роботи було визначити на скільки доцільним є використання антипіретиків при гострих респіраторних захворюваннях (ГРЗ) у дітей різного віку.

Викладення основного матеріалу. Ми проаналізували 192 випадки гострих респіраторних захворювань у дітей на підставі 83 (43,2%) історій хвороб і 109 (56,8%) історій розвитку дітей віком від 2 до 10 років. Серед дітей, які проходили лікування в стаціонарі і в поліклініці, були виділені вікові групи: I – 2-3 роки, II – 4-6, III – 7-10 років (табл. 1).

Таблиця 1

Характеристика дітей за віком

| Вікові групи | На стаціонарному лікуванні | | На амбулаторному лікуванні | | Всього | |
|--------------|----------------------------|------|----------------------------|------|--------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| I | 21 | 25,3 | 15 | 13,8 | 36 | 18,7 |
| II | 32 | 38,6 | 45 | 41,3 | 77 | 40,1 |
| III | 30 | 36,1 | 49 | 44,9 | 79 | 41,2 |
| Всього | 83 | 100 | 109 | 100 | 192 | 100 |

У пацієнтів були встановлені клінічні діагнози на підставі анамнестичних та клініко-лабораторних даних. І серед дітей, які проходили лікування в стаціонарі, і серед тих, що лікувалися в поліклінічних умовах, переважав гострий ринофарингіт, гострий бронхіт (37 (44,6%) та 99 (90,8%) відповідно). Серед інших стаціонарних хворих майже третина (25, 30,1%) мали пневмонію, як основне захворювання, або як ускладнення та чверть (21, 25,3%) страждали на ГРЗ, ускладнене гострим синуситом. Амбулаторно лікування з приводу пневмонії та синуситу отримували по 5 (4,6%) хворих. Чим дитина старша, тим рідше вона отримувала лікування в стаціонарі з приводу гострого ринофарингіту, гострого бронхіту.

Однією зі скарг у всіх хворих було підвищення температури тіла. Серед стаціонарних хворих температура вище за 38,5°C відмічалась у всіх дітей I-ої вікової групи, в II-ій і III-ій – у 84,3% і 76,7% відповідно. Температурна реакція у амбулаторних хворих була менш вираженою. Вище 38,5°C відмічалась у 40% дітей I-ої вікової групи, та трохи більше половини в II-ій і III-ій – 51,1% і 55,1%. Тривалість лихоманки у дітей, які отримували стаціонарне лікування, коливалася від 3 до 8 днів, в середньому – 5,3±0,2, амбулаторне – від 3 до 7, в середньому – 4,1±0,2.

До звернення по лікарську допомогу батьки у 134 (69,8) випадках самостійно давали дітям жарознижувальні препарати, 9 з них перевищували разову або добову дозу, якщо не отримували швидкий результат. Слід відмітити, що майже в третині випадків показань для цього не було: у 11 (5,8%) пацієнтів температура лише сягала 37,5°C, у 28 (14,6%) – 37,6°C-38,0°C. Така тактика приводить лише до завеликого навантаження на організм дитини, спотворення клінічної картини захворювання та можливої хибної діагностики інфекційної патології і, як слідство, до неправильного лікування. Чотирьом дітям віком 2-3 роки із максимальною температурою 38,7°C-39,1°C батьки давали антипіретики кожні 20-30 хвилин до зниження її до рівня 37,2°C. Це могло мати негативні наслідки, тому що швидке зниження температури до нормальних цифр супроводжується різким розширенням судин, що може привести до розвитку колапсу [1, с. 66]. В нашому дослідженні таких ускладнень не було. Ще одна з помилок батьків – навіть, якщо дитина спокійно спить, але температура тіла у неї підвищена на дотик, або при термометрії, то більше половини батьків дитину будять, щоб дати їй ліки.

В той же час, 13 (6,8) дітям з II-ої і III-ої вікових груп, які мали показання для використання жарознижувальних засобів, батьки не давали ці препарати до консультації лікаря. В подальшому ці діти отримували відповідне лікування, терміни захворювання не відрізнялися від тих, хто з першого підвищення температури отримував жарознижувальні препарати. Більше того, семеро із цих дітей і надалі не отримували антипіретики, що не сказалося негативно на перебігу хвороби.

На стаціонарному етапі лікування всім дітям, які мали показання, призначалися антипіретики у якості симптоматичної терапії. Але чотирьом дітям із I-ої вікової групи було продовжено жарознижувальну терапію і після зниження температури до 38,0°C з метою профілактики гіпертермії до моменту нормалізації температури вранці і досягнення рівня 37,5°C ввечері. Це є зайвим і не сприяло скороченню загального терміну лікування.

Серед дітей, які знаходилися на амбулаторному лікуванні, жарознижувальні препарати за призначенням лікаря отримувала 61 (55,9%) дитина, з них у 7 (11,5%) – 4 дитини I-ої вікової групи і 3 – II-ої – не було на те показань. А 2 (1,8%) дитини III-ої вікової групи, навпаки, мали показання для призначення антипіретиків, але не отримували їх. Така невідповідність може пояснюватись тим, що лікарі вважають – чим молодша дитина, тим вона гірше переносить підвищення температури. Це так, але в нашому дослідженні всі діти були старші за 2 роки,

а цей вік не є показанням для призначення жарознижувальних препаратів при температурі < 38,5°C. Або лікарі використовували антипіретики, щоб заспокоїти батьків, або просто не знають показання чи не враховують їх. В жодному разі це не є виправданням некоректно призначеного лікування.

Висновки і пропозиції.

1. Лікарі не завжди призначають жарознижувальні препарати з урахуванням показань.

2. Батьки в деяких випадках використовують жарознижувальні препарати для дітей без показань, не дотримуються рекомендованого дозування, окрім ібупрофену і парацетамолу також використовують антибіотики з метою зниження температури.

3. На нашу думку, можливе лікування дітей, хворих на гострі респіраторні інфекції середньотяжкого ступеню, що перебігають із фебрильною лихоманкою, без використання антипіретиків, якщо дитина у якості етіотропної терапії отримує антибіотики / противірусні препарати.

Вважаємо, що необхідно проводити роз'яснювальні бесіди із батьками з питань самостійного призначення лікування дітям загалом і використання жарознижувальних препаратів зокрема. Потребує ретельного вивчення доцільність призначення антипіретиків дітям при середнь-тяжкому перебігу гострих респіраторних захворювань, якщо в схему лікування у якості етіотропної терапії включені антибактеріальні / противірусні засоби.

Список літератури:

1. Бережной В.В. Эффективность жаропонижающих препаратов при лихорадочных состояниях у детей / В.В. Бережной, В.Г. Козачук // Український медичний часопис. – 2013. – № 6(98). – С. 65-68.
2. Геппе Н.А. Эффективность и безопасность ибупрофена при лихорадке у детей / Н.А. Геппе // Український медичний часопис. – 2013. – № 3(95). – С. 115-117.
3. Кривоустов С.П. Лихорадка неизвестного происхождения у детей / С.П. Кривоустов // Здоров'я України. – 2013. – № 3(26). – С. 54.
4. Кривоустов С.П. Лихорадка у детей / С.П. Кривоустов // Дитячий лікар. – 2010. – №4. – С. 10-15.
5. Марушко Ю.В. Досвід застосування препарату Нурофен для дітей у педіатричній практиці / Ю.В. Марушко, Н.С. Бойко // Український медичний часопис. – 2014. – № 2(100). – С. 83-85.
6. Марушко Ю.В. Гіпертермія та застосування антипіретиків у педіатричній практиці / Ю.В. Марушко, Т.І. Нагорна // Український медичний часопис. – 2013. – № 4(96). – С. 45-48.
7. Марушко Ю.В. Доказательная база эффективности и безопасности применения ибупрофена в педиатрии / Ю.В. Марушко, Ю.И. Тодыка, И.И. Гарбар // Український медичний часопис. – 2013. – № 5(97). – С. 77-80.
8. Марушко Ю.В. Гіпертермія у дітей / Ю.В. Марушко, Г.Г. Шеф // Дитячий лікар. – 2014. – №1(30). – С. 5-9.
9. Плоскирева А. Терапевтическая тактика при лихорадочных состояниях у детей / А. Плоскирева // З турботою про дитину. – 2014. – № 2(47). – С. 8-10.

Осычнюк Л.М.

Луганский государственный медицинский университет

АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИПИРЕТИКОВ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Аннотация

В статье проведен анализ целесообразности и правильности назначения антипиретиков при острых респираторных заболеваниях у детей. И врачи, и родители не всегда учитывают отсутствие показаний при использовании жаропонижающих средств. Отмечена эффективность антибактериальной терапии в отношении лихорадки и без антипиретиков. Этот вопрос требует дальнейшего тщательного изучения.

Ключевые слова: лихорадка, острые респираторные заболевания, антипиретики, дети.

Osychnyuk L.M.
Lugansk State Medical University

ANALYSIS OF THE USE OF ANTIPIRETTICS IN ACUTE RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN

Summary

The article analyzes feasibility and correctness of the prescription of antipyretics in children with acute respiratory diseases. Both doctors and parents do not always take into account the absence of indications using antipyretics. The article shows the effectiveness of antibiotic therapy against fever even without antipyretics. This issue needs further studying.

Keywords: fever, acute respiratory diseases, antipyretic, children.

УДК: 616.24-008.4:616.12-008.331.1

СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Распутіна Л.В., Ващук А.І.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Метою дослідження було встановити поширеність недіагностованого хронічного обструктивного захворювання легень серед хворих на ішемічну хворобу серця. Встановлено, що ХОЗЛ діагностовано у 11 хворих (22,9%). Визначено цінність опитувальника, що дозволяє провести скринінговий відбір для подальшого обстеження, його інформативність становить 64,7%.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, задишка, спірографія, діагностика.

Постановка проблеми. Незважаючи на поступ сучасної медичної науки, проблема захворюваності, інвалідизації та смертності населення світу внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) має на сьогодні глобальний характер: згідно даних ВООЗ, від серцево-судинних захворювань у світі щороку помирає 17 млн пацієнтів.

В той же час одним із найбільш обтяжливих у функціональному, соціальному та економічному планах визнають хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), що посідає четверте місце серед причин смерті дорослого населення [1]. Поширеність ХОЗЛ в світі серед чоловіків та жінок складає 9,3% та 7,3%, серед курців – 26,2 та 23,7%, відповідно [2].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Згідно статистичних даних, за останніх 5 років захворюваність на ХОЗЛ збільшилася на 163% та продовжує зростати. За прогнозами фахівців, у 2020 році дана нозологія посідає третє місце серед причин смерті. Відповідно до останніх даних ВООЗ, на ХОЗЛ страждає близько 210 млн людей у світі. Слід зазначити, що ХОЗЛ має один із найнижчих рівнів діагностики не лише в нашій країні, а й у світі.

Останнім часом помітно зросла кількість хворих із поєднаним перебігом ХОЗЛ та ІХС у хворих старших вікових груп, яка складає 61,7% [3]. У ряді робіт доведено, що наявність ХОЗЛ можна розглядати як незалежний фактор ризику ІХС поряд із віком, курінням, рівнем холестерину, підвищенням систолічного артеріального тиску [4]. До того ж у суспільстві є серйозні соціальні передумови до одночасного розвитку зазначених захворювань: широка поширеність куріння, забруднення атмосфери різними поллютантами, стресогенні фактори, недостатня фізична активність, неправильне харчування [5].

Проблема діагностики та лікування поєднаної патології залишається досить актуальною. Переважання в клінічній картині певного захворювання найчастіше служить причиною гіподіагностики супутньої патології, саме тому гіподіагностика ХОЗЛ та ІХС досягає 40% [6].

Адже, при тяжкому перебігу ХОЗЛ у стадії розвитку хронічного легеневого серця досить часто спостерігається больовий синдром. Больовий синдром звичайно виникає або посилюється при виконанні фізичного навантаження, що обумовлено збільшенням ступеня системної гіпоксії. Досить часто цим хворим помилково встановлюють діагноз стенокардії. При цьому диференційна діагностика зазвичай утруднена, оскільки проведення проб із дозованим фізичним навантаженням у хворих із ХОЗЛ III ступені тяжкості є досить часто неможливим. Досить часто у цих хворих спостерігаються порушення бронхіальної прохідності, які помилково розцінюють як прояв ХОЗЛ. Інша проблема поєднання ХОЗЛ з патологією серцево-судинної системи пов'язана з тим, що ряд препаратів, які застосовуються при ХОЗЛ, можуть погіршити перебіг ІХС і навпаки.

Спільний перебіг ХОЗЛ і ІХС підкоряється закону взаємного обтяження. Гіпоксія, що розвивається при ХОЗЛ і її компенсаторні механізми (еритроцитоз, тахікардія) сприяють підвищенню потреби міокарда в кисні в умовах недостатньої оксигенації крові та погіршення мікроциркуляції. Тривала робота серця в таких умовах призводить до розвитку міокардіодистрофії, що супроводжується зниженням скоротливої функції міокарда. У хворих з поєднаною патологією однією з основних причин прогресивного погіршення стану є легенева гіпертензія [7].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Враховуючи підвищений інтерес сучасної медичної думки щодо пацієнтів з коморбідною патологією, ключовими не вирішеними питаннями залишаються:

- Рання діагностика ХОЗЛ, особливо на фоні супутніх серцево-судинних захворювань.
- Оцінка клініко-інструментальних параметрів при поєднанні цих двох захворювань.
- Розробка програм лікування та реабілітації хворих з коморбідною патологією.