



хронічного холециститу (ХХ) нерідко характеризується взаємообтяжуючим перебігом та частими атипovими проявами цих патологій.

Метою роботи було вивчити коронарний резерв міокарда у хворих із поєднаним перебігом ІХС та ХХ при проведенні велоергометрії (ВЕМ).

Обстежено 90 хворих на ІХС, стабільну стенокардію напруги II–III функціонального класу, віком від 30 до 58 років, із них контрольну групу склали 27 осіб (30%) із ізольованою ІХС, основну – 63 (70%) пацієнти із ІХС в поєднанні з хронічним некалькульозним холециститом. Всім хворим проводили ВЕМ на діагностичному комплексі “Кардіо+” (Україна) в першій половині доби до вживання їжі та лікарських засобів із визначенням наступних показників: відсоток досягнутого навантаження до розрахункового, кількісні показники ішемії (сумарне зміщення сегмента ST (EST, мм), кількість відведень з ознаками ішемії (NST), середнє зміщення сегмента ST (AST)), толерантність до фізичного навантаження (ТФН, %).

Аналіз отриманих даних свідчить про суттєве зростання частоти реєстрації позитивної проби у контрольній групі в порівнянні з основною групою ($75 \pm 6,5\%$ та $56 \pm 5,9\%$, $p < 0,05$). Аналогічна тенденція спостерігалась і для показника відсотка досягнутого навантаження до розрахункового, який був вірогідно нижчим у пацієнтів основної групи ($52,56 \pm 3,28\%$) у порівнянні з групою контролю ($72,41 \pm 3,19\%$, $p < 0,05$), порогове навантаження становило відповідно $65,32 \pm 2,74$ та $83,26 \pm 3,59$ Вт. При зіставленні показника ТФН слід відмітити, що він був значно меншим у хворих із супутнім ХНХ порівняно з групою пацієнтів без нього (даний показник становив відповідно $45 \pm 5,12\%$ та $61,5 \pm 8,01\%$, $p < 0,05$). Отже, при поєднаному перебігу ІХС та ХХ відбувається зменшення толерантності до фізичного навантаження та зростання кількісних показників ішемії за даними ВЕМ, що ймовірно, є наслідком спільних факторів ризику обох нозологій, поглибленням гемодинамічних змін в організмі. Тому, своєчасна діагностика і терапевтична корекція ХХ є важливим профілактичним напрямком, що дозволить попередити розвиток і подальшу дестабілізацію ІХС.

Безрук Т.О.

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ПІЄЛОНЕФРИТУ ВАГІТНИХ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищій державній навчальній заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Пієлонефрит (ПН) – це неспецифічне інфекційно-запальне захворювання ниркового інтерстицію з послідовним ураженням усіх ниркових структур, що призводить до формування вогнищового нефросклерозу. На сьогоднішній день питання поширеності ниркової патології серед вагітних, за вітчизняними та закордонними повідомленнями, є дискусійним.

ПН є суттєвою проблемою для фізіологічної гестації плода – наявність даної патології суттєво збільшує ризик передчасних пологів та народження дітей з малою масою. Пацієнтки із загостренням хронічного пієлонефриту під час вагітності складають групу ризику щодо внутрішньоутробного інфікування дітей; високої ймовірності розвитку фетоплацентарної недостатності, яка призводить до хронічної внутрішньоутробної гіпоксії плода та затримки його розвитку. Найчастіше гострий ПН розвивається у третьому триместрі вагітності і післяпологовому періоді; в деяких клінічних випадках може маніфестувати як безсимптомна бактеріурія. На сьогоднішній день у клінічній нефрології пієлонефрит у вагітних розглядається як ускладнений ПН. Домінуючим етіологічним чинником ПН вагітних є *E.coli* (до 70% випадків), серед інших уропатогенів верифікуються: *Enterobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.* та *Streptococcus* групи В.

На сьогоднішній день заходи щодо профілактики, діагностики та лікування вагітних з гострим або рецидивом хронічного пієлонефриту регламентовані уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги (таб.).

Таблиця

Етапність надання медичної допомоги вагітним з гострим або рецидивом хронічного пієлонефриту

<i>Положення протоколу</i>	<i>Обґрунтування</i>	<i>Необхідні дії</i>
1. Догоспітальний етап		
1. У 20-40% з ББ під час вагітності розвивається пієлонефрит. 2. Вагітним жінкам з наявністю рецидивуючої ІСС до вагітності слід призначати посткоїтальну профілактику.	1. Під час першого звернення вагітної жінки до лікаря або у першому триместрі вагітності необхідно призначити бак посів сечі та виключити наявність ББ. (<i>Рівень доказовості А</i>) (КН IV.1) 2. З метою зниження ризику розвитку ІСС всім вагітним жінкам з наявністю рецидивуючого перебігу ІСС до початку вагітності рекомендована посткоїтальна профілактика. (<i>Рівень доказовості В</i>) (КН IV.3)	1. Призначення бакпосіву сечі всім вагітним жінкам під час першого звернення до лікаря або з 12 до 16 тижня вагітності. 2. Збір анамнезу (виключення рецидивуючої ІСС до вагітності). 3. Вагітним жінкам з наявністю рецидивуючої ІСС до вагітності слід призначити посткоїтальну профілактику нітрофурантоїном 100 мг або цефалексином 125 мг, за винятком останніх 4 місяців вагітності.



Продовження таблиці

2. Госпіталізація		
<p>1. За умов незначних проявів та уважного спостереження лікування пієлонефриту під час вагітності може здійснюватись амбулаторно. 2. Госпіталізація до 20 тижня вагітності здійснюється до нефрологічного або терапевтичного стаціонару. Після 20 тижня вагітності – до акушерського стаціонару.</p>	<p>1. Лікування пієлонефриту під час вагітності може здійснюватись амбулаторно, за умов незначних клінічних проявів та уважного спостереження. <i>(Рівень доказовості А)</i> (КН IV.1)</p>	<p>Оцінити важкість перебігу пієлонефриту та визначити необхідність госпіталізації до спеціалізованого стаціонару.</p>
3. Діагностика		
<p>Своєчасна діагностика і лікування пієлонефриту дозволяє знизити частоту передчасних пологів та народження немовлят з малою масою тіла.</p>	<p>1. У вагітної жінки без клінічних ознак ІСС бактеріурія вважається значущою при отриманні росту бактеріальних культур у сечі $\geq 10^5$ КУО/мл, в двох послідовних зразках або в одній порції сечі, отриманій за допомогою катетеру. <i>(Рівень доказовості А)</i> (КН IV.1) 2. У вагітної жінки з симптомами ІСС діагностично значущою є бактеріурія $\geq 10^4$ КУО/мл. <i>(Рівень доказовості В)</i> (КН IV.1) 3. За необхідності додаткового обстеження, з метою виключення анатомічних чи функціональних порушень, у вагітних повинні використовуватись УЗД та/або МРТ (щоб уникнути радіаційного ризику для плоду). <i>(Рівень доказовості В)</i> (КН IV.4.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – збір анамнезу (виключення рецидивуючої ІСС до вагітності); – фізикальне дослідження; – ЗАС; – Бакпосів сечі; – УЗД нирок; – МРТ (за необхідністю); – За наявності показань - консультація уролога.
4. Лікування		
<p>Антибактеріальне лікування пієлонефриту у вагітних є обов'язковим</p>	<p>Оптимальним вважається 14-денний курс. <i>(Рівень доказовості С)</i> (КН IV.4)</p>	<p>1. Призначення одного з наступних антибактеріальних лікарських засобів: цефтріаксон, азтреонам, піперацилін-газобактам, пefепім, іміненем-циластатин, ампіцилін+, гентаміцин. 2. Після завершення лікування, через 10-14 діб, переконатись у ерадикації збудників.</p>
5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період		
<p>Вагітні з пієлонефритом вимагають комплексного диспансерного спостереження протягом вагітності та післяпологового періоду.</p>	<p>Після закінчення антибактеріального лікування обов'язковим є підтвердження ерадикації збудника за допомогою бакпосіву сечі. <i>(Рівень доказовості А)</i> (КН IV.4)</p>	<p>1. Диспансерне спостереження повинно здійснюватись нефрологом і акушером-гінекологом. 2. У разі появи клінічних ознак ІСС – бакпосів сечі та ЗАС.</p>

Безрук Т.О., Безрук В.В.*

СТАНДАРТИ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і Міжнародна діабетична федерація визначили цукровий діабет (ЦД) як епідемічне хронічне захворювання неінфекційної етіології (Whiting DR, Guariguata L, Weil C et al., 2011). Вторинна (симптоматична) артеріальна гіпертензія (АГ) є причиною підвищеного АТ у 5-10% хворих на АГ. Поширеність АГ у осіб з цукровим діабетом 1 та 2 типу з діабетичною нефропатією складас від 70 до 100%. (Свіщенко ЄП, Багрій АЕ, Єна ЛМ та ін., 2014). Розвиток мікросудинних ускладнень ЦД, зокрема діабетичної нефропатії (ДН) не лише впливає на якість життя, але й істотно знижує середню тривалість життя хворих. Виявлення цих ускладнень на ранніх стадіях належить до важливих завдань як із позицій їх профілактики, так і сприятливішого прогнозу (Eiboudwarej O, Hojjat H et al., 2011; Хуторська ЛА, 2012).

Діабетична нефропатія – класичне мікросудинне ускладнення цукрового діабету 1 та 2 типу з переважним ураженням гломерулярного апарату та тубулоінтерстиційними порушеннями, при цьому слід наголосити, що морфологічна картина нирок при діабетичній нефропатії у осіб з діабетом 1 та 2 типів має суттєві відмінності.

Клінічно ДН характеризується протеїнурією, прогресуючим зниженням швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), особливо при значній протеїнурії, розвитком та прогресуванням АГ. Суттєве значення у розвитку АГ при діабетичній нефропатії надається гіперглікемії. Всім хворим на ЦД рекомендується ретельний контроль та самоконтроль АТ. У осіб з цукровим діабетом 1 та 2 типу при відсутності анамнестичних та клінічних ознак ураження нирок обов'язковим є регулярний (не рідше 1 разу на рік) контроль загального аналізу сечі. При відсутності змін у таких аналізах - щорічне визначення мікроальбумінурії. Необхідним є регулярний контроль рівня креатиніну крові з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації. Доцільним є ультразвукове дослідження нирок (розміри, структура) в динаміці. Прижиттєве морфологічне обстеження