

(синдром Дауна) — 1 (0,9 %) пацієнт.); ЦД типу 2–26 (22,4 %) випадків. В залежності від стадії компенсації ЦД: компенсований ЦД — 24 (20,7 %) випадки; субкомпенсований ЦД — 56 (48,3 %) пацієнтів; декомпенсований ЦД — 36 (31,0 %) хворих.

Результати та обговорення. В нашому відділенні було проведено оперативне лікування ТБ у хворих з ЦД при наступних типах туберкульозного процесу: вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) — 71 (61,2 %) випадок; рецидив туберкульозу — 33 (28,4 %) спостереження; хронічний туберкульоз — 12 (10,4 %) хворих. Серед ВДТБ туберкульоз легень мав місце в 43 (37,1 %) випадках, туберкульоз плеври — 28 (24,1 %) хворих, в тому числі емпієма — 5 (4,3 %) пацієнтів. Ознаки деструкції були виявлені в 78 (67,2 %) випадках. Двобічні ураження спостерігалися у 18 (15,5 %) хворих. Діагноз ТБ був підтверджений за результатами бактеріологічного дослідження (МБТ+) в 68 (58,6 %) випадках, за даними гістології в 100 %.

Загальна ефективність хірургічного лікування склала — 112 (96,6 %) випадків. В 4 (3,4 %) випадках у хворих з емпіємою плеври було проведено санацію плевральної порожнини, але повного вилікування не досягнуто, через давність туберкульозного процесу та декомпенсації діабету. Аналізуючи ускладнення, для

зручності, їх розподілили на 3 групи: хірургічні, діабетичні та ускладнення, пов'язані з хіміотерапією туберкульозу. Загальна кількість хірургічних ускладнень становила — 14 (12,2 %) випадків, серед них — 9 (7,8 %) спостережень при ЦД типу 1 та — 5 (4,4 %) випадків при ЦД типу 2. Загальна кількість діабетичних ускладнень становила — 26 (22,4 %) випадків, серед них — 23 (19,8 %) спостереження при ЦД типу 1 та — 3 (2,6 %) випадки при ЦД типу 2. Загальна кількість ускладнень, пов'язаних з хіміотерапією туберкульозу становила — 42 (36,2 %) випадки, серед них — 29 (25,0 %) спостережень при ЦД типу 1 і — 13 (11,2 %) випадків при ЦД типу 2. Найтяжчою групою ускладнень були ускладнення, пов'язані з ЦД. Всі ускладнення були вчасно діагностовані та ліквідовані. Летальних випадків не було.

Висновок. Цукровий діабет зумовлює високий фізіохірургічний та анестезіологічний ризик, але не є протипоказанням до оперативного лікування. Своєчасний контроль та зміна етіотропної терапії туберкульозу, стабілізація цукрового діабету шляхом оптимізації цукрознижучої терапії та компенсації ускладнень, викликаних цукровим діабетом, а також проведення дезінтоксикаційної терапії дозволяють досягти бажаних результатів.

О. Я. Лекан, В. О. Баташова-Галінська

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ, АСОЦІЙОВАНОЇ З ГАСТРОЕЗОФАГІАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Одеський національний медичний університет

В останні роки серйозну увагу привертає до себе проблема вивчення супутньої патології при бронхіальній астмі (БА), оцінки її впливу на основне захворювання. Так, збільшується кількість хворих на БА, поєднану із гастроєзофагіальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ). Це спонукає до розробки нових підходів у лікуванні даної категорії хворих.

Мета дослідження: вивчити клінічну ефективність пантопразола в хворих на бронхіальну астму, асоційовану з ГЕРХ.

Методи дослідження: обстежено 30 хворих на БА середнього ступеня тяжкості з неконтрольованим перебігом (об'єм форсованого видиху за 1 секунду (FEV_1) — $61,0 \pm 5,0$ %), віком від 28 до 68 років. Середня тривалість захворювання — $(16,8 \pm 1,9)$ років. У всіх хворих було діагностовано ГЕРХ. Вибір хворих БА проводився відповідно до тяжкості захворювання за наказом МОЗ України від 19. 03. 2007 р. №128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пulьмонологія». Першу групу склали 20 хворих (чоловіків — 16, жінок — 4), яким окрім базисної терапії БА до лікування було включено пантопразол, в дозі 20 мг перорально один раз на добу до сніданку протягом місяця. У другу групу

увійшло 10 хворих (чоловіків — 7, жінок — 3), яким терапія ГЕРХ не проводилась. Хворі обох груп отримували базисну терапію — інгаляційні глюкокортикостероїди та β_2 -агоністи короткої дії. Пацієнти обох груп не відрізнялись за ступенем тяжкості бронхообструкції та симптомів БА. При спостереженні за пацієнтами визначали терміни припинення нападів ядухи, кашлю, а також частоти прийому β_2 -агоністів короткої дії.

Результати дослідження: встановлено, що напади ядухи у хворих першої групи припинились достовірно раніше, ніж у другої групи на $(2,51 \pm 0,2$ і $5,36 \pm 0,36)$ добу відповідно ($p < 0,05$). Частота кашлю зменшилась на $(4,52 \pm 0,6)$ добу в першій групі в порівнянні з результатами другої групи хворих на $(9,2 \pm 4,8)$ добу ($p < 0,05$). На фоні цього зменшилась потреба в частоті прийому β_2 -агоністів короткої дії.

Висновки: одержанні результати свідчать про те, що призначення пантопразола до стандартної схеми терапії БА, асоційованої з ГЕРХ, сприяє успішному контролюванню перебігу астми: більш швидкому припиненню нападів ядухи, кашлю, а також зменшенню потреби в бронходилататорах протягом доби.

І. С. Лемко, О. І. Лемко

ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ: ПОТРЕБА СЬОГОДЕННЯ

Державна установа «Науково-практичний медичний центр «Реабілітація» МОЗ України», м. Ужгород

Негоспітальні пневмонії займають одне з провідних місць серед хвороб бронхо-легеневої системи, характеризуються значним поширенням, доволі високою частотою затяжного торпідного перебігу з виникненням ускладнень, що може перешкоджати повноцінному функціональному відновленню організму в найближчі терміни після гострого періоду хвороби.

Відомо, що аерозольні середовища кам'яної солі (галоаерозолі) забезпечують виражену гіперосмолярну стимуляцію, що зумовлює як покращення реологічних властивостей бронхіального секрету й стимуляцію війкового епітелію, так й елімінацію біологічно-активних речовин, що веде до покращення дренажної функції бронхів. Крім того, вони здійснюють бакте-