

*Досягнення
і проблеми
клінічної
інфектології*

Матеріали
науково-
практичної
конференції
і пленуму
Асоціації
інфекціоністів
України

*21-22 травня
2008 року,
м. Тернопіль*

А.В. Шкурба

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ВІРУСНІ ГЕПАТИТИ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ІІ ТИПУ І ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
м. Київ

Вірусні гепатити (ВГ) досить часто розвиваються на фоні супровідних, іноді тривало існуючих у хворого соматичних захворювань. Серед них провідні місця у патології людства займають цукровий діабет ІІ типу і гіпертонічна хвороба. Прогресування їх – основна причина ранньої і передчасної смерті людини, тому сучасні міжнародні стандарти лікування цих хвороб налаштовані на необхідність агресивного лікування їх, що передбачає активні зміни в режимі та прийом ліків кожного дня. Доведено, що зменшення рівня глікемії натщесерце у венозній крові до рівня $<6,5$ ммоль/л, постпрандіальної глікемії $<7,5$ ммоль/л і глікозилизованого гемоглобіну $\leq 6,5$ % свідчить про достатню компенсацію цукрового діабету ІІ типу і значно зменшує ризик макро- і мікроангіопатій.

За наявності цукрового діабету ІІ типу в поєднанні з артеріальною гіпертензією рекомендується підтримувати артеріальний тиск на рівні не вище 130 і 85 мм рт. ст. Задля досягнення подібних показників хворий разом зі змінами у режимі дня і харчуванні має щодоби приймати гіпоглікемічні та антигіпертензійні засоби.

Поява ВГ у хворого з названою вище супровідною патологією диктує необхідність перемін у попередніх лікувальних заходах. Через необхідність шадити органи гепатопанкреатичної зони потрібно в цій ситуації адаптувати ті дієтичні столи, які зазвичай застосовуються при цукровому діабеті (стіл № 9), гіпертонічній хворобі (стіл № 10) до столу № 5а, який призначають у розпал ВГ. Необхідно підтримувати активний водний режим із застосуванням лужних напоїв, які попереджають ацидоз.

При розвитку у хворого ВГ виникають такі зміни в паренхімі печінки та в метаболічному балансі, які диктують нагальні зміни у попередньому лікуванні. У разі тяжкого перебігу ВГ необхідним є обов'язкове переведення хворого з пероральних протидіабетичних засобів на терапію інсулінами короткої дії з поверненням при стиханні інтоксикації і жовтяниці знову на попередню терапію. При перебігу ВГ середньої тяжкості і легкому немає потреби на переведення хворого повністю на інсулінотерапію. Однак виникає сенс у внесенні змін у прийом пероральних засобів. Так, не дозволяється прийом тiazолідиндів (піоглітазон, розглітазон) і прандіальних регуляторів глікемії (репаглілід, натеглілід), які можуть значно пошкоджувати стан печінкових клітин. Через низку побічних дій, які посилюються при ВГ, потрібно також відійти від інгібіторів α -глюкозидаз (акарбоза). Зважаючи на нерідке у розпал ВГ виникнення періоду гіперінсулінемії потрібно зменшити дозу похідних сульфонілсечовини, віддаючи перевагу препаратам ІІІ генерації (глімепірид, гліклазид), які найменше здатні спричинити побічні явища з боку печінки. Дозу метформіну (єдиний представник бігуанідів) варто зменшити через те, що цитолітичні процеси в печінці можуть також бути посилені цим препаратом, який діє на рівні мітохондрій гепатоцитів. Крім того, віруси гепатитів здатні спричинити такі процеси, які можуть певною мірою стабілізувати чутливість тканин до глюкози, а саме підвищують толерантність до неї тканин, тоді як зменшення толерантності й лежить в основі виникнення метаболічного синдрому й цукрового діабету ІІ типу.

Необхідно у розпал ВГ переглянути схему застосування антигіпертензійних засобів, вилучити або максимально зменшити прийом таких, які діють внаслідок утворення в організмі активних метаболітів, тобто проходять через печінку. Так, серед інгібіторів АПФ перевагу в таких випадках необхідно надавати лізиноприлу, який не метаболізується в організмі. Серед груп антигіпертензивних препаратів перевагу доцільно надавати кардіоселективним β -блокаторам як препаратам з найменшими властивостями впливати на печінкову паренхіму і погіршувати перебіг цукрового діабету.