

спирографічне дослідження 66 дітям. Оцінювали наступні параметри спірограмми: дихальний об'єм (ДО), життєва ємкість легких (ЖЕЛ), форсована життєва ємкість легких (ФЖЕЛ), об'єм форсованого видиху (ОФВ), індекс Тиффно (ІТ), в залежності від віку, статі та основних параметрів фізичного розвитку дитини. Показателі виражалися в відсотках до нормальних величин.

Всім дітям виконано клініко-лабораторне дослідження, в ході якого була виключена патологія органів дихання. Малі аномалії розвитку серця у дітей діагностовані при проведенні ехокардіографії з допомогою апаратів Siemens Sonolime SI-250 та Medison SA-8000SF. По результатах ультразвукового дослідження серця були виділені 2 групи: 1-я група – діти, які мають МАРС (n=35); 2-я група порівняння – діти без МАРС.

Дослідження узгоджені з рішенням комісії по біомедицинській етиці при УО «ГрГМУ» (протокол №3 від 20.05.2010г)

Результати. Встановлено, що у дітей першої групи були як ізольовані МАРС (пролапс мітрального клапана І ступеня з регургітацією або без неї, аномальна хорда лівого шлуночка, відкрите овальне вікно), так і комбіновані МАРС.

При аналізі даних спірометричного дослідження виявлено, що у дітей першої групи діагностовано зниження показателів ДО, ЖЕЛ, ФЖЕЛ від відповідних величин. По результатах нашого дослідження виявлено, що практично у кожного третього дитини першої групи визначається зниження ДО порівняно з другою групою (відповідно 28,57%; 3,20%, $p < 0,02$). У пацієнтів першої групи відзначається достовірне зменшення ЖЕЛ (20,00%), порівняно з другою групою (3,20%, $p < 0,05$). Встановлено, що близько половини дітей першої групи мали зниження ФЖЕЛ (45,71%), воєн другою групою – у 12,90% пацієнтів ($p < 0,01$). По інших показателях, таких як ІТ, ОФВ, відмінностей в групах не отримано.

Висновки. Таким чином, порівняльний аналіз параметрів функціонального стану дихальної системи показав зниження показателів ДО, ЖЕЛ, ФЖЕЛ у дітей, які мають МАРС. Отримані результати необхідно враховувати при диспансерному спостереженні за цими дітьми.

УДК 616.24-007.272-085.23

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛОРАЗИДИМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Федів О.І., Коваленко С.В., Багрій В.М., Кушнір Л.Д., Вісвятник В.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Важливе значення у лікуванні загострень хронічного обструктивного захворювання легень відіграє антибактеріальна терапія. Одним із найбільш ефективних антибактеріальних засобів є цефалоспорины ІІІ-го покоління, зокрема Лоразидим (цефтазидим) торгової марки «Фарсіфарм», який ефективний щодо грам-позитивних та грам-негативних бактерій, в тому числі стрептококів, стафілококів, пневмококів, кампілобактерій, а особливо проявляє найбільшу ефективність серед цефалоспоринов І-ІІІ покоління стосовно синьогнійної палички.

Обстежено 14 хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), які на тлі базисної терапії (вентилор, амброксол, АЦЦ, сульфокамфокаїн, фенспірид) в якості антибактеріального засобу отримували препарат Лоразидим по 1000 мг на добу внутрішньом'язево 3 рази на добу впродовж 7 днів (основна група) та 12 пацієнтів на ХОЗЛ, що використовували базисну терапію, де в якості антибактеріального засобу був

цефтриаксон по 1000 мг на добу внутрішньом'язево 2 рази на добу впродовж 7 днів (контрольна група).

Встановлено, що в основній групі вже на 3-4-й день лікування відмічалися зменшення проявів запальної реакції, зменшення кількості хрипів в легенях, задухи, кашлю, покращання загального самопочуття на відміну від контрольної групи, де покращення самопочуття відбувалося на 5-7 дні лікування.

Таким чином, отримані дані свідчать про доцільність використання Лоразидиму як антибактеріального засобу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

УДК 616.24-007.272-085.23

ІНГАЛЯЦІЙНЕ ВИКОРИСТАННЯ ЛОРИКАЦИНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІНФЕКЦІЙНЕ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Федів О.І., Кушнір Л.Д., Базрій В.М., Вівсьяник В.В., Притуляк О.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У дослідження були включені 14 пацієнтів основної групи та 16 осіб контрольної групи. Пацієнти основної групи приймали Лорикацин (амікацин) від ТМ «Фарсіфарм», який використовували у вигляді інгаляцій по 500 мг 2 рази на добу впродовж 6 днів, попередньо розвівши в 2 мл ізотонічного розчину, вводили за допомогою небулайзера японської компанії Omron (модель NE-C-28). Пацієнти контрольної групи в якості антибактеріального засобу використовували Цефотаксим по 1,0 гр 2 рази на добу внутрішньом'язево впродовж 7 днів. У якості патогенетичного лікування хворі обох груп отримували також амброксол, ацетилцистеїн, сульфокамфокаїн, та Фліксотид, який вводили за допомогою небулайзера Omron. Патогенетична та симптоматична терапія не відрізнялася в обох групах. Всім пацієнтам було виконано спірометричне дослідження функції зовнішнього дихання із визначенням об'єму форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ₁).

У хворих основної групи відмічався істотніший приріст показників ОФВ₁ (при $P < 0,05$) та відбувалося покращання загального самопочуття вже на 3-тю добу лікування. Крім того, в основній групі на 3-4-ту добу нормалізувалася температура тіла, тоді як в контрольній – на 5-6 добу. Зменшення інтенсивності кашлю та виділення слизистого харкотиння спостерігалось в основній групі на 4-5-ий дні, коли аналогічні зміни в контрольній групі були відмічені на 6-8 дні лікування.

Важливим є і той факт, що застосування Лорикацину за допомогою небулайзера зменшує ймовірність розвитку побічної дії препарату, особливо у пацієнтів похилого та старечого віку, у яких і так часто виникають вікові інволютивні зміни функціонування органів слуху та сечовидільної системи.

УДК: 616.2-022.6-036.22+616—56.3]-053.2(477)

РЕЗУЛЬТАТИ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА АЛЕРГІЧНИХ СТАНІВ СЕРЕД ДІТЕЙ УКРАЇНСЬКОЇ ПОПУЛЯЦІЇ

Федорців О.Є., Гришук Л.А., Лучишин Н.Ю.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського» МОЗ України, university@tdmu.edu.te.ua

Вступ. Насьогодні захворювання органів дихання залишаються актуальною проблемою педіатрії. Зростання кількості їх хронічних форм спричинює порушення нормального розвитку організму та соціальну дезадаптацію дитини.