

Пропонується нова комбінована схема лікування хворих на ХОЗЛ, з використанням таблетованого пролонгованого цефалоспорино III-го покоління Лопраксу (діюча речовина цефіксим-J01D A23) та інгаляційного введення Лорикацину, де діючою речовиною є амікацин (J01G B06). Обидва препарати на українському фармацевтичному ринку представлені ТМ «Фарсіфарм».

Матеріали та методи дослідження

У дослідження були включені 42 пацієнта (8 жінок та 34 чоловіка) віком 47 – 72 роки III групи, які були поділені на 2 групи: основну (22 пацієнта) та контрольну (20 осіб).

Пацієнти основної групи приймали Лопракс по 1 таблетці (400 мг) перорально упродовж 6 днів та Лорикацин, який використовували у вигляді інгаляцій по 500 мг 2 рази на добу впродовж 6 днів, який, попередньо розвівши в 2 мл ізотонічного розчину, вводили за допомогою небулайзера японської компанії Omron (модель NE-C-28). Дана модель характеризується розпиленням діючої речовини до 4-6 мкм, що дозволяє Лорикацину потрапити у найвіддаленіші ділянки бронхіального дерева (бронхіоли), створюючи при цьому високі концентрації антибактеріального препарату безпосередньо у зоні запалення, виключаючи системний ефект лікарського засобу.

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.

УДК 616.24-007.272-085.23

ЗАСТОСУВАННЯ ІНГАЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Багрій В.М., Федів О.І., Оліник О.Ю., Телекі Я.М., Цинтар Т.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

У теперішній час запальна патологія бронхів є найактуальнішою проблемою сучасної пульмонології. Забруднене довкілля, загазованість атмосферного повітря, виробничі шкідливості, поширеність тютюнокуріння, високий рівень сенсibiliзації та алергізації населення медикаментами, засобами побутової хімії та парфумерії закономірно призвели до пандемії захворювань органів дихання.

На даний момент в клінічну практику впроваджуються нові ефективні схеми доставки лікарських препаратів у дихальні шляхи хворих із бронхолегеневими захворюваннями. Особливо це стосується таких захворювань як бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, муковісцидоз. Саме оптимальний вибір засобу доставки залежно від клінічного стану та віку хворого впливає на ефективність лікування даної категорії хворих.

Серед сучасних засобів доставки лікарських препаратів важливого значення набувають небулайзери (від лат. nebula – туман, тобто «туманоутворювач») – пристрої для розпилення лікарських препаратів та їх доставки у дихальні шляхи.

Небулайзерній терапії відводиться важливе місце у лікуванні та реабілітації хворих із бронхолегеневими захворюваннями на всіх етапах надання медичної допомоги. Вони можуть застосовуватися як при стабільному перебігу хвороб органів дихання, так і при їх загостренні.

Переваги небулайзерної терапії в порівнянні з іншими видами інгаляційної терапії є:

- можливість застосування в будь-якому віці у зв'язку з відсутністю необхідності синхронізації вдиху та інгаляції;
- можливість інгаляції великих доз препарату;
- невелика фракція препаратів, що осідає в порожнині рота;
- відсутність пропелентів, що подразнюють дихальні шляхи;
- можливість включення у контур подачі кисню і штучної вентиляції легень;
- простота техніки та комфортність для пацієнта;
- економічність використання лікарських препаратів;
- швидка місцева дія робить цей метод більш корисним та безпечним у лікуванні загострень обструктивних захворювань легень у порівнянні із загальноприйнятою системною інфузійною терапією.

Для небулайзерної терапії рекомендується використовувати наступні препарати:

- β_2 -адреностимулятори: сальбутамол (Вентилор, Вентолін по 1-3 мл до 3-4 разів на добу), фенотерол, тербуталін;
- холінолітики: іпратропіума бромід (по 1 мл 3-5 разів на добу);
- муколітики: Флуімуцил (по 3 мл 1-2 рази на добу), амброксол (по 2-3 мл 1-2 рази на добу), фізіологічний розчин, лужні мінеральні води типу «Лужанська», «Поляна Квасова», «Боржомі» (по 2-3 мл 3-4 рази на добу);
- антибактеріальні та антисептичні засоби: Лорикацин (по 500 мг 1-2 рази на добу), тубазид (по 2 мл 2 рази на добу), ізоніазид (5-10 мг/кг/д), діоксидин (по 3 мл 1-2 рази на добу);
- протизапальні препарати:
- глюкокортикостероїди: Фліксотид (флютиказону пропіонат по 2 мл 1-2 рази на добу), будесонід, беклометазон дипропіонат, флунізолід (по 2 мл 1-2 рази на добу);
- нестероїдні протизапальні препарати: кромоглікат натрію (по 2 мл 1-3 рази на добу);
- імуномодулятори: лаферон (25-30 МО/кг/д), ліпін (10-15 мг/кг/д).

Розчин, який використовується для небулайзерної терапії, попередньо розводиться фізіологічним розчином до 4-5 мл (якщо він не випускається у вигляді небул) та інгалюється хворим впродовж 7-15 хв. Курс лікування встановлює лікар, але середній складає 5-14 днів.

УДК 616.2-053.2-036

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ГОРОДА ГРОДНО ЗА 10 ЛЕТ

Байгот С.И., Дагаева А.А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, ped1@grsmu.by*

Введение. В структуре общей заболеваемости болезни органов дыхания занимают первое место. Пневмонии занимают ведущее место среди острых респираторных инфекций. По литературным данным, заболеваемость пневмониями составляет 15-20 на 1000 детей в год.

Цель. Изучить особенности заболеваемости, возрастной структуры, особенностей течения и терапии острой пневмонии у детей г. Гродно за десятилетний период.