

клубочкової фільтрації у тварин, яким вводили NaCl, зростала також клубочкова фільтрація з одночасним збільшенням фільтраційного заряду натрію у 1,3 раза (при 0,75% розчині) та у 1,1 (при 3% розчині).

В цілому можна зробити висновок, що збільшення виділення натрію обумовлено, в першу чергу, зниженням його реабсорбції. Причому, достовірного зниження транспорту в проксимальних канальцях при 3% навантаженні не відмічалось, та навпаки при 0,75% зросло у 1,3 рази. Однак, основний приріст концентрації натрію в кінцевій сечі є прямим наслідком пригнічення реабсорбції в дистальному відділі нефрону при 3% сольовому навантаженні у 1,2 рази.

Вплив сольового навантаження практично не змінювало кислоторегулювальну функцію нирок

Таким чином, на підставі наших досліджень можна зробити такі висновки:

Література:

1. Із зростанням концентрації натрію хлориду зміни екскреторної та іонорегулювальної функції нирок посилюються.

2. Реакція нирок на сольове навантаження в залежності від вмісту натрію свідчить про те, що в організмі шурів формуються стійкі пристосувальні реакції, спрямовані на регуляцію гомеостазу.

Список використаних джерел:

1. Гоженко А.І., Кришталь М.В., Тарєєва Є.Г. Реакція нирок на гостре навантаження натрієм хлоридом та її ендокринні механізми //Фізіол. ж-л. – 1993. – Т.39. №5-6. – С.56-60.

2. Гоженко А.И., Кухарчук А.Л., Кришталь Н.В., Билецкий С.В. и др. Механизмы адаптации почек к различным режимам водно-солевого обмена //Матер. Всесоюз. научн. конференции ²Функциональные резервы и адаптация². – К. 1990. – С.116-117.

3. Слободян К.В. Роль простагландину E у виділенні осмотично концентрованої сечі за умов навантаження 3% розчином натрію хлориду інтактних статевозрілих шурів/ К.В.Слободян// Бук. мед. вісник.- 2008.-Т. 12, № 3.- 77 - 80.

4. Наточин Ю.В. Основы физиологии почки.- Л.: Медицина, 1982.- 207с.

Гарас М. Н.

к. мед. н, асистент

Буковинського державного медичного університету

Болтенкова А. А.

лікар-бактеріолог

Міського клінічного пологового будинку № 1

Хугорна О. В.

лікар інфекціоніст дитячий

Обласної дитячої клінічної лікарні

м. Чернівці, Україна

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Особливостями клінічного перебігу гострих кишкових інфекцій у дітей є гострий початок захворювання, швидкий, прогресуючий його перебіг, що часто спричинює ексікоз [1, с.138]. Даний стан клінічно характеризується послідовною зміною ряду патологічних процесів: спочатку превалюють порушення функції шлунково-кишкового тракту - блювота, діарея; потім, по мірі збільшення дефіциту води та електролітів, на перший план виступають симптоми зневоднення і порушення функції ЦНС [2, с.68].

Метою дослідження було підвищити ефективність лікування гострих кишкових інфекцій у дітей шляхом включення до комплексу стартової терапії прокінетика II покоління.

Матеріали і методи. На базі інфекційного боксованого відділення (кишкових інфекцій) Обласної дитячої клінічної лікарні (м.Чернівці) обстежено 52 дитини, хворі на гострі кишкові інфекції, викликані умовно-патогенною флорою та вірусами, що супроводжувалися блюванням. Лікування дітей проводили згідно чинних регламентувальних стандартів (наказ МОЗ України № 803 від 10.12.2007). Разом із тим, 30 хворим (I клінічна група, основна) до комплексу стартової терапії включали прокінетик II покоління (домперидон), а решта – 22 дитини (II клінічна група, контрольна), отримували стандартне лікування, що включало регідратаційну, дієтотерапію, а також етіотропне і симптоматичне лікування (за показаннями). Усі дослідження виконані із дотриманням принципів біоетики.

За основними клінічними характеристиками групи були зіставлюваними. Усім дітям проведений комплекс клінічних та лабораторних обстежень за чинним стандартом діагностики та лікування гострих кишкових інфекцій. Результати досліджень аналізували з використанням принципів біостатистики [3, с. 56-67] та клінічної епідеміології [4, с.170-205].

Результати досліджень та їх обговорення. Тривалість блювання виявилася вірогідно довшою у представників II клінічної групи ($3,1 \pm 0,2$ дні), ніж у дітей, які отримували домперидон ($2,0 \pm 0,2$ дні, $p < 0,05$). Окрім цього, у контрольній групі спостерігалася вірогідно більша частка хворих із скаргами кількаразове блювання у II клінічній групі (59,1%) проти 30,0%, ($p < 0,05$) в основній групі. На II добу лікування кількаразове блювання (1-2 епізоди на добу) спостерігалася ще у чверті дітей групи порівняння (27,7%) та лише у кожного десятого (10,0%) хворого основної групи ($p > 0,05$). Багаторазове блювання (більше 3 епізодів за добу) на II добу лікування зберігалася лише у дітей II клінічної групи (у 9,1% випадків).

Оскільки тривалість прийому домперидону рекомендувалася ситуативно й відповідає тривалості блювання, позначаючись на регресі тяжкості після двох днів застосування, доцільним вважалося оцінити ефективність його призначення саме на III добу лікування. Так, відсутність призначення даного препарату асоціювала із підвищенням відносного ризику збереження середньотяжкого перебігу гострих кишкових інфекцій на III добу лікування у 2,0 рази (95% ДІ 1,0-3,8), абсолютного ризику на 27% при співвідношенні шансів 3,3 (95% ДІ 1,0-10,5). Водночас, призначення домперидону дітям з гострими кишковими інфекціями асоціювала із зниженням абсолютного ризику середньотяжкого перебігу захворювання на III добу лікування на 27,9%, відносного ризику – на 38,0%, а число хворих, яких необхідно пролікувати для отримання одного позитивного результату, становило 3,5.

Таким чином, без призначення домперидону у пацієнтів групи порівняння зростає відносний ризик збереження блювання на II добу лікування у 3,6 рази (95% ДІ 2,1-6,3), абсолютний ризик – на 26,6% при співвідношенні шансів 5,1 (95% ДІ 1,2-22,5). Натомість, застосування вказаного препарату в основній групі знижувало абсолютний ризик збереження блювання на II добу лікування на 26,3%, відносний ризик – 72,4%, а число хворих, яких необхідно пролікувати для отримання одного позитивного результату, сягало 3,8 у порівнянні з II клінічною групою.

Висновки. Таким чином, використання у комплексному лікуванні прокінетика II покоління при гострих кишкових інфекціях у дітей супроводжується вірогідним вкороченням тривалості та інтенсивності блювання, а також зниженням абсолютного та відносного ризику середньотяжкого перебігу захворювання на III добу стаціонарного лікування.

Література:

1. Ефективність застосування сорбенту «Атоксил» у комплексному лікуванні рота вірусних гастроентеритів у дітей раннього віку / О.Б. Надрага, Г.О. Литвин, Н.М. Поцілуйко [та ін.] // Современная педиатрия. – 2011.-№2. – С. 138-141.

2. Особенности терапии кишечного токсикоза у детей / А.И. Бобровицкая, Н.В. Швецова, Е.В. Галат [и др.] // Мед.-соц. пробл. сім'ї. – 2011. – Т. 16, № 4. – С. 68-72.

3. Біостатистика/під ред. В.Ф. Москаленка.-К.: [Книга плюс], 2009.-184 с.

4. Флетчер Р. Основы доказательной медицины. Клиническая эпидемиология / Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. – М.: [Медиа Сфера], 2004. – 352с.

Гришина Е. И.

*зав. клин. иммунологическим отделением
ГУ «Институт микробиологии и иммунологии
имени И. И. Мечникова НАМН Украины»*

Бабинец О. М.

*м. н. с. клин. иммунологического отделения
ГУ «ИМИ НАМН Украины»*

Мурадян О. В.

*м. н. с. клин. иммунологического отделения
ГУ «ИМИ НАМН Украины»
г. Харьков, Украина*

ВЛИЯНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ И ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА И КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Остеоартроз (ОА) занимает первое место среди ревматических заболеваний, при этом его клинические проявления встречаются не менее, чем у 20 % населения земного шара. Особенную тревогу вызывают данные про тенденцию роста заболевания за счет возрастной группы моложе 45 лет [1, 2].

Течение ОА зависит от многих факторов, одним из наиболее весомых является наличие у пациентов метаболического синдрома (МС), формирующего порочный круг: избыточная масса тела приводит к увеличению нагрузок на суставы, что способствует прогрессированию ОА, а снижение физической активности за счет ОА влечет за собой увеличение массы тела, прогрессирование МС и развитие сердечно-сосудистой патологии [3, 4].

Целью работы было изучение влияния диетотерапии и физических упражнений на течение ОА и коморбидных состояний у пациентов с МС.

Материалы и методы. Для выполнения цели и задач исследования нами были сформированы 2 группы пациентов: 50 больных ОА (группа 1) и 51 больной ОА с МС (группа 2). Клиническое обследование включало исследование индексов Лекена, WOMAC, заполнение Стенфордской