

кульоз як дітей, так і підлітків. Так, у 2010 р. захворюваність на туберкульоз дітей 0–14 років та підлітків 15–17 років знизилася проти даних 2009 р. на 12,4 та 4,2% відповідно. Проте захворюваність підлітків у 3,8 разу перевищує цей показник серед дітей до 14 років і становить 29,9 випадку на 100 тис. Ситуацію ускладнюють зниження обсягів специфічної імунізації, поширення хіміо- та мультирезистентних форм туберкульозу, недостатнє фінансування протитуберкульозних заходів. На облік в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України нині перебуває 1301 хворий на всі форми активного туберкульозу віком 0–17 років, у т.ч. дітей віком 0–14 років – 11,3 на 100 тис.; підлітків 15–17 років – 35,6 на 100 тис. підліткового населення. Кількість дітей-інвалідів віком до 17 років становить 616 осіб (0,8 на 10 тис.); лише у 2010 р. було визнано інвалідами у зв'язку з туберкульозом 113 хворих віком 0–17 років (0,1 на 10 тис.)

Подолання проблеми туберкульозу в Україні, у т.ч. дитячого, вимагає здійснення дієвих профілактичних заходів при державній підтримці і комплексному мультисекторальному підході. Підвищенню ефективності профілактики і боротьби з туберкульозом сприятимуть підвищення інформованості населення щодо туберкульозу, покращення кадрового, матеріально-технічного та технологічного оснащення фтизіатричної служби, забезпечення належних обсягів фінансування протитуберкульозних заходів, спрямованих на профілактику і лікування, забезпечення належної якості та ефективності медичної допомоги на всіх рівнях, згідно з чинними стандартами і протоколами її надання.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ У ШКОЛЯРІВ, ЯКІ ХВОРИЮТЬ НА ТЯЖКУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

М.Н. ГАРАС, О.Я. ЧЕПУРА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Відповідно до чинних стандартів лікування обсяг дезобструктивної терапії нападу бронхіальної астми (БА) визначається його тяжкістю. Тяжкість астматичних нападів оцінюють переважно на підставі клінічних показників, хоча клінічні критерії (як і параклінічні) не володіють одночасно високою чутливістю і специфічністю, відрізняються значною варіабельністю і залежать від віку. Так, за необхідності надання невідкладної допомоги в обмежених часових рамках, утрудненим залишається вибір обсягу стартового лікування та визначення його тривалості.

Метою роботи було оцінити ефективність дезобструктивної терапії у дітей шкільного віку з

тяжким варіантом БА на тлі лікування системними глюкокортикостероїдами (ГКС).

Із дотриманням принципів біоетики на базі пульмонологічного відділення ОДКЛ (м. Чернівці) обстежено 41 дитину, хвору на тяжку персистуючу БА, з яких 15 школярів отримували одно- та дводенний курс системних ГКС, 15 пацієнтів – системні ГКС впродовж трьох днів. За основними клінічними ознаками групи порівняння достовірно не відрізнялися. Тяжкість бронхообструктивного синдрому (БОС) при вступі хворих до стаціонару під час періоду загострення захворювання оцінювали за бальною шкалою, причому посилення проявів БОС відображалося у зростанні суми балів з даною шкалою. Отримані результати аналізували з використанням принципів клінічної епідеміології.

Для вирішення оптимально ефективною тривалості застосування системних ГКС проведено порівняльний аналіз ризику зменшення тяжкості нападу при призначенні даних лікарських засобів дітям з тяжкою БА впродовж трьох днів порівняно з одно- та дводенним курсом їх застосування. Зменшення проявів БОС на 3-й день стаціонарного лікування більш ніж на 3 бали асоціювало з відносним ризиком регресу бальної оцінки тяжкості нападу, що складав 1,38 (95% ДІ 0,69–2,75) при співвідношенні шансів 2,4 (95% ДІ 0,65–8,80). Зменшення проявів БОС на 7-й день перебування у стаціонарі більш ніж на 9 балів асоціювало з відносним ризиком регресу бальної оцінки тяжкості нападу, що складав 2,45 (95% ДІ 1,01–5,91) при співвідношенні шансів 9,0 (95% ДІ 2,08–38,7).

На підставі отриманих даних можна вважати, що триденний курс системних ГКС порівняно з коротшим їх призначенням у школярів з тяжкою БА характеризувався достовірним ризиком регресу тяжкості нападу (у балах) на 7-й день стаціонарного лікування.

ЦИТОКІНОВИЙ СТАТУС І ЙОГО КОРЕКЦІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЮ АНЕМІЄЮ

Л.І. ГАРІДЖУК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Обстежено 90 дітей віком від двох місяців до трьох років, хворих на ускладнену пневмонію на тлі ЗДА. Дітей розподілено на дві групи: пацієнти I – отримували базову терапію, II – додатково α-ліпоеву кислоту в/в крапельно дозою 20 мг/кг маси тіла один раз на добу щодня. Обидві групи дітей складала 4 підгрупи залежно від ступеня тяжкості ЗДА: Ia і IIa – пневмонія без анемії, Ib і IIb, Iv і IIv, Ig і IIg – поєд-