

Гайдей Д. С., Кіріак В. Г.

ОПТИМІЗАЦІЯ РЕГІДРАТАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ СЕКРЕТОРНИХ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУБуковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
(науковий керівник - к.мед.н. Гарас М. Н.)

Метою роботи було підвищити ефективність лікування секреторних діарей шляхом аналізу клінічної ефективності оральної регідратаційної терапії із застосуванням лікарського препарату «Регідрон оптім» у дітей раннього віку.

Матеріал і методи дослідження. На базі інфекційного боксованого відділення (кишкових інфекцій) Обласної дитячої клінічної лікарні (м. Чернівці) обстежено 58 дітей раннього віку, вибрані випадковим методом, із явищами секреторної діареї та надходили до стаціонару з ознаками дегідратації. Діагноз встановлювали на підставі клінічно-епідеміологічних та копроціологічних даних, етіологічну верифікацію проводили із використанням експрес-тестів для визначення антигенів вірусів у фекаліях «CITO TEST ROTA» виробництва компанії Pharmasco. Серед обстежених пацієнтів 35 дітей (I клінічна група) з метою оральної регідратаційної терапії отримували лікарський препарат «Регідрон оптім» (солевий склад для пероральної регідратації), а 23 хворих (II клінічна група) одержували інші регідратаційні пероральні розчини. Обстеження та лікування дітей проводилося згідно з чинним Наказом МОЗ України № 803 від 10.12.2007 року «Про внесення змін до наказу МОЗ від 09.07.04 № 354. Протокол лікування гострих кишкових інфекцій у дітей». За основними клінічними характеристиками групи порівняння були співставлюваними.

Установлено, що більшість дітей госпіталізували до стаціонару із ознаками ексікозу середньої тяжкості (63,3% та 60,9% у дітей I та II клінічної групи відповідно, $P > 0,05$). Стартово дітям клінічних груп призначалася оральна регідратаційна терапія. Важливим і необхідним моментом лікування ротавірусних гастроентеритів є ретельний моніторинг стану хворого впродовж I етапу оральної регідратаційної терапії та оцінка її ефективності через 4-6 год. із визначенням подальшої тактики проведення II етапу регідратації. За умови виявлення ознак ефективності оральної регідратації у вигляді зменшення або зникнення ознак зневоднення, слід продовжувати дану терапію в підтримувальному режимі. Водночас, за умови наростання проявів ексікозу слід розпочинати регідратацію шляхом інфузії. Виходячи з цього, необхідність проведення інфузійної терапії у дітей, які отримували оральну регідратацію на I етапі можна розглядати як відображення ефективності останньої.

Установлено, що в I клінічній групі пацієнтів, тобто в тих дітей, які отримували лікарський препарат «Регідрон оптім», порівняно з представниками II клінічної групи співвідношення шансів обмежитися виключно оральною регідратацією становило 3,0 (95% ДІ 1,0 - 9,3), відносний ризик необхідності інфузійної терапії зменшувався в 1,9 рази при абсолютному ризику уникнути потреби в інфузійній терапії — 26%.

Висновок. Таким чином, ефективність оральної регідратації з використанням лікарського препарату «Регідрон оптім» підвищує шанси уникнути необхідності інфузійної терапії у 3 рази.

Ганиев Р. С., Набиев Ф. П., Якубова Л. П.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПЕРИОД ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙСамаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Кафедра внутренних болезней №1 и фтизиатрии
(научный руководитель - д.мед.н. Кудратова М. П.)

Цель исследования: оценить динамику восстановления функционального легочного кровотока и степени выраженности нарушений кровотока в зоне поражения при осложненных пневмониях у детей на различных этапах лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 39 детей в возрасте от 1 года до 11 лет (15 из них 1,5-3 года) с острой пневмонией. У 14 из них пневмония сопровождалась плевритом. Все детям была проведена сцинтиграфия и рентгенодиагностика. Вводили ТСК-8 меченый Tc^{99} внутривенно в возрастной дозировке. Доза радиоактивного технеция от 1 года 3 лет составляла 7,4-11 Мкб. От 4 до 11 лет - 17-18 Мбк. Пневмосцинтиграфическое исследование проводилось на компьютерно-сцинтиграфической системе ГКС-200. Помимо визуальной оценки особенностей распределения РФП в легких путем подсчета импульсов определяли кровотоки в каждом легком, а также в различных зонах легких и их процентный вклад в общий кровоток легких.

Результаты и их обсуждение. По формам пневмонии чаще всего были очаговыми (15 детей); долевые пневмонии с выраженным плевритом имели место у 11 детей; очагово-сливные у 5 детей; сегментарные у 3 детей; диагноз крупозной пневмонии был поставлен 5 детям. Наблюдалось снижение легочного кровотока не только в участке пневмонии, но и во всем легком, что свидетельствует о снижении функции всего легкого в период заболевания пневмонией с постепенным восстановлением в период после ликвидации клинических и рентгенологических признаков заболевания. У большинства детей с неосложненным течением пневмонии начало восстановления кровотока в пораженном легком приходится на конец 1-го месяца от начала заболевания, и к концу 2-го месяца наблюдается практически полное восстановление; лишь при длительном сохранении рентгенологических изменений восстановление функционального легочного кровотока затягивается.

Выводы: в период репарации неосложненной пневмонии постепенное восстановление легочного кровотока после ликвидации клинических и рентгенологических признаков заболевания затягивается до 4 недель. При осложненной пневмонии, в частности, наличие плевральных осложнений, сопровождаются снижением кровотока I-II степени более 5-8 недель с сохраняющимися изменениями.