

миготливого епітелію, що приводить до порушень мукоциліарного транспорту (МЦТ) на очищення трахеобронхіального дерева, відновлення структур слизової оболонки бронхів може тривати до 3-6 місяців. Найбільш раціонально на сучасному етапі використання теплічного введення лікарських засобів для відновлення МЦТ. Небулайзерна терапія дозволяє надходження препарату безпосередньо в бронхи хворого та отримання фармако-динамічної відповіді впродовж короткого проміжку часу (5-10 хвилин), що має суттєву перевагу перед дозованими інгаляторами, особливо у осіб похилого віку.

Метою нашої роботи було виявлення впливу небулайзерної терапії небуфлюзоном на функцію МЦТ та вентиляційну здатність легень. Взято 30 пацієнтів з сухим кашлем тривалістю більше 3-х тижнів після ГРВІ. Проводилась оцінка кашлю по шкалі в балах та спірографічне обстеження до і після лікування. Пацієнти розподілені на 2 групи. Вік пацієнтів 1 групи 42 ± 3.4 , 2 групи 45 ± 4.1 . Всі пацієнти приймали муколітичну терапію (амброксол 0,3 по 1 таблетці 2 рази на день). Пацієнти 2-ої групи (20 осіб) додатково небулайзерна терапія небуфлюзоном 2 мг на протязі 5-и днів 1 раз на добу. Оцінку результатів проводили на 5 та 10 добу. У осіб 1 групи на 5 добу кашель зменшився у 40% (4 осіб) на 10 добу у 70% (7 осіб), в другій групі на 5 добу 100% відмічалось зменшення інтенсивності кашлю, а на 10 добу в 70% (14 осіб) кашель не відмічався. При проведенні спірометричного дослідження та оцінки показника ОФВ₁ на початку лікування в 1 групі 76 ± 4.0 , в другій групі 79 ± 2.9 . При проведенні провокаційного тесту з 400 мг сальбутамолу у 4 осіб першої та 9 осіб другої виявлені ознаки скритої бронхообструкції (приріст ОФВ₁ більше 12%). На 5 добу відмічалось покращення ОФВ₁ та індекса Генслара в обох групах. На 10 добу показники форсованого видиху при проведенні провокаційного тесту достовірно не змінилися, в другій групі у 7 осіб (77%) тест став негативним.

Таким чином, застосування небулайзерної терапії небуфлюзоном в дозі 2 мг-2 мл в терапії кашлю після перенесеного ГРВІ доцільно у зв'язку зі скороченням його тривалості та зникненням синдрому скритої бронхообструкції.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ТА ПЕРЕБІГУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОПОРОЗ

Криворучко І.Г.

Науковий керівник: доц. Іваницький І.В.

Кафедра сімейної медицини і терапії,

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Згідно з даними ВООЗ, під остеопорозом розуміють метаболічне захворювання скелета, що характеризується зниженням кісткової маси і порушенням мікроархітекτονіки кістки. Нині у світі налічується близько 250 мільйонів людей, що страждають від остеопорозу. Так, в Україні

32,5% населення старше 50 років стикається з цією проблемою.

Судини – один із головних органів мішеней, який уражається при різних захворюваннях. Зміни жорсткості судин спостерігаються при артеріальній гіпертензії, цукровому діабеті, остеопорозі, палінні.

Мета: оцінка зміни еластичності та жорсткості судин у хворих на первинний остеопороз.

Матеріали та методи: Обстежено 54 особи жіночої статі віком від 50 до 69 років, які були розподілені на 3 групи в залежності від наявності остеопорозу, інструментально підтвердженого за допомогою ультразвукової денситометрії: I група (n=21) – особи, з нормальними показниками мінеральної щільності (Т більше – 1), II група (n=18) – особи, з остеопенією (Т від – 1 до – 2,5) та III група (n=15) – особи, в котрих виявлено остеопороз (Т менше – 2,5). При клінічному обстеженні виключалися особи, які мали прояви кардіоваскулярної патології, ЦД, АГ в анамнезі до 50 років. Еластографію проводили за допомогою системи SpugnoCor (AtCor Medical, Австралія). Визначали індекс аугментації (IA), максимальний нахил у кривій тиску променевої артерії (dP/dT Max), пульсовий тиск (PP), аугментацію тиску (AP) та швидкість пульсової хвилі (ШППХ). Дані вважалися достовірними при коефіцієнтах репрезентативності не менше 0,890 та 0,935 відповідно.

У пацієнтів II і III груп показник IA мав позитивні значення (+8,85±1,07%) та (+12,85±1,27%) відповідно. Так IA мав прямий кореляційний зв'язок зі значеннями Т – критерію (r=0,69; p<0,02). У осіб I групи IA мав значення (+3,85±1,07%) при нормальних вікових показниках від -2,07% до +3,5%. Нами встановлено, що у осіб з остеопоротичними змінами кісток показники ШППХ були вищими у 1,4 та 2,2 відповідно (p<0,01). Також виявлено пряму залежність ШППХ від показників мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) (r=0,71; p<0,01).

Таким чином, показники еластичності судин напряму залежать від стадії розвитку остеопорозу, причому підвищення ШППХ прямо пропорційне зниженню МЩКТ.

СТАН ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНОГО ТА СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ У ЗОНІ З ПІДВИЩЕНИМ ВМІСТОМ ФТОРУ В ПИТНІЙ ВОДІ

Криворучко К.Ю.

Науковий керівник: проф. Смаглюк Л.В.

Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Результати різноманітних досліджень свідчать про тенденцію погіршення показників здоров'я дітей та підлітків в Україні; спостерігається кількісне зростання функціональних розладів, гострої та хронічної соматичної захворюваності, що призводить до зменшення групи «здорових» дітей [Лук'янова О.М., 2005; Неділько В.П., 2004;