

(25,8%). Крім того, на основі вивчення харчового анамнезу за даними анкетування та шкірного алерготестування, нами встановлено, що розвиток харчової алергії частіше за все, спостерігався при вживанні молока (42,5%), більше, ніж у третини – при вживанні яєць (38,3%) та риби (34,2%), у кожній четвертій дитині – у разі появи в раціоні бобових (25%). Розвиток алергічних реакцій по негайному типу (з моменту прийому їжі до 1 год) прослідковувався у 15 (60%) пацієнтів при вживанні бобових (насамперед арахісу) та у 12 (80%) при вживанні риби та морепродуктів, що потребувало ретельного моніторингу за станом здоров'я таких дітей.

Висновок. Проведені дослідження дозволили ідентифікувати пріоритетні фактори ризику формування харчової гіперчутливості у дітей та виявити найбільш етіологічно-значимі продукти харчування, вживання яких може відобразитися у вигляді гастроінтестинальних та шкірних алергічних реакцій на їжу.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Цебро А., Безоточний М., Іщук Я., Петренко О., Груздева М., Федоренко С.

Науковий керівник: доц. Настрога Т.

*Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет*

На сьогоднішній день, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається однією з найбільших проблем охорони здоров'я.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування ХОЗЛ гр. В, GOLD II із застосуванням в комплексній терапії комбінованого муколітика пульмобриз та курсу сеансів галотерапії.

Методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 30 хворих на ХОЗЛ групи В, GOLD II. Середній вік пацієнтів становив 48,5±2,4 р. Діагноз виставлявся відповідно до наказу МОЗ України 555 від 27.06.2013 р. Хворі ХОЗЛ були розподілені на дві групи: перша – основна (n=15) отримували базисну терапію кларитроміцину, тіотропія бромід, будесонід 0,5 мг через небулайзер протягом 5 діб, та додатково муколітичну терапію – пульмобриз 200/30 по 1 табл. 2 рази на добу, з 3-ї доби, сеанси галотерапії 1 раз на добу №10. Друга група – контрольна (n=15) не дотримувалась комплаєнсу і приймала лише базисну

терапію. Ефективність лікування оцінювалася за динамікою клінічних симптомів ХОЗЛ, позитивної динаміки лабораторних, інструментальних і функціональних методів дослідження. Дані клінічних та лабораторних досліджень статистично обробляли з урахуванням критерію Стьюдента.

Результати: до початку лікування всі пацієнти відзначали посилення кашлю з виділенням гнійного мокротиння, задишки при фізичному навантаженні, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, загальну слабкість. У процесі терапії проводилась оцінка клінічних симптомів у хворих основної і контрольної групи. Відмічено достовірні розбіжності в термінах зникнення задишки, кашлю ($p < 0,05$). Середні терміни зникнення кашлю у хворих основної групи становили $- 4,8 \pm 0,3$ доби, тоді як у хворих контрольної групи $- 6,1 \pm 0,21$ дб ($p < 0,05$). Середні терміни зникнення задишки у хворих основної групи становили $- 3,2 \pm 0,17$ дб, тоді як у хворих контрольної групи $- 4,6 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). При вивченні показників ФЗД відмічено, що у хворих основної групи, які отримували окрім базисної терапії муколітик пульмобриз та сеанси галотерапії, спостерігалось суттєве зростання ОФВ1 на 8,3%; зростання індексу Тіффно на 7,2% ($p < 0,05$), тоді як у пацієнтів контрольної групи відмічено не суттєве покращення відповідних показників $-$ ОФВ1 на 5,5%; індексу Тіффно на 4,6% ($p > 0,05$). Після проведеного лікування, відмічено суттєве зниження рівня реактивної тривожності (РТ) та прояву вегетативної дисфункції у хворих основної групи. Так, середній рівень РТ у хворих основної групи знизився на 32,1% ($p < 0,05$), тоді як у хворих контрольної групи $-$ на 17,2% ($p > 0,05$).

Висновки: запропонована комплексна терапія хворих ХОЗЛ, з включенням муколітика пульмобриз та сеансів галотерапії, сприяла покращенню якості життя пацієнтів, скороченню термінів лікування хворих.