

медицинского университета. Подробное изучение факторов наследственности в отношении риска развития АГ, инструментальное и молекулярно-генетическое исследования помогут объяснить студенту необходимость профилактического немедикаментозного лечения с использованием интенсивных занятий аэробными физическими упражнениями в случаях отсутствия поражения миокарда левого желудочка сердца. При его начальных изменениях как «органа-мишени» при АГ, целесообразно использование медикаментозной терапии с контролем эффективности инструментальными методами и генетическими. Целесообразной и эффективной должна стать диспансеризация больных АГ в пределах университета с первого курса обучения, с разработкой периодичности исследований и контроля состояния. Обязательным в выполнении этих мероприятий является интеграционная деятельность администрации высшего учебного заведения, привлечение материальной базы и согласованная помощь преподавателей университета для формирования здорового будущего врача с мировоззрением здорового образа жизни.

БІЛІАРНИЙ СЛАДЖ-СИНДРОМ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Пащенко І.В., Підкова В.Я., Круть О.С.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Захворювання біліарної системи є найпоширенішою патологією органів травлення в дитячому віці, що за даними багатьох авторів складає 65-80% гастроентерологічної патології у дітей шкільного віку. Тривалий перебіг функціональних порушень, генетична детермінація та поліетиологічні фактори можуть призводити до запальних процесів у біліарній системі з ризиком виникнення біліарного сладжу. Біліарний сладж виникає при застої жовчі з появою осаду зі зкупченням кристалів холестерину, пігментних кристалів та солей кальцію. Прояви біліарного сладж – синдрому (БСС) пов'язані з підвищенням літогенності жовчі та зниженням здатності скорочення жовчного міхура, проявляються симптомами абдомінального болю в правому верхньому квадранті живота, частою появою болю після прийому їжі, супутньою нудотою та інколи блювотою. Сучасні методи візуалізації за допомогою УЗД гепатобіліарної системи дозволяють при своєчасному зверненні пацієнтів діагностувати прояви біліарного сладжу на ранніх стадіях жовчно – кам'яної хвороби.

Метою нашого дослідження була оцінка особливостей перебігу БСС у дітей.

Під нашим спостереженням знаходилось 32 дитини (21 дівчинка і 11 хлопчиків) віком від 10 до 16 років з проявами БСС. Обстеження хворих включало аналіз анамнестичних даних; загальні клінічні та біохімічні обстеження, ультразвукове обстеження органів гепатобіліарної системи і підшлункової залози.

У всіх дітей виявлені скарги загального характеру і диспепсичні прояви – біль в мезогастрії (переважно в зоні Шоффара) та правому підребер'ї, зниження апетиту, нудота, відрижка, періодичне блювання, схильність до закрепів. Тригерними факторами розвитку БСС були нераціональне харчування, спадкова схильність до гепатобіліарної патології, повторні курси призначення антибактеріальної терапії, стреси і супутні захворювання нервової системи. Аналіз анамнестичних даних виявив тривалий (від двох до п'яти років) перебіг функціональних розладів біліарної системи. При УЗД гепатобіліарної системи у всіх хлопчиків прояви БСС були у формі ехогенного осаду і замазкоподібної жовчі, серед дівчаток така клініка виявлена у 13 (61,9%). В інших 37,1% випадків спостерігалась картина мікролітіаза (розміром до 3-5мм) з ознаками набряку і потовщення стінок жовчного міхура.

Лікування БСС розпочинали з елімінаційної дієти та нормалізації образу життя, симптоматичної терапії. Тривале призначення урсодезоксихолевої кислоти мало позитивний ефект у 96,8%, у однієї дівчинки спостерігалось збільшення мікроліта до 8мм.

Таким чином, при тривалому перебігу функціональних біліарних розладів БСС частіше спостерігається серед дівчаток і має тенденцію до загрози мікролітіазу. Основним методом терапії даної патології в дитячому віці є консервативне лікування з призначенням препаратів урсодезоксихолевої кислоти. Своєчасне призначення тривалого курсу лікування попереджає загрозу хірургічного втручання і сприяє поліпшенню якості життя хворих дітей.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Переделку Р.А., Санду И.Д.

Кишинёвский Государственный Университет Медицины и Фармации
им. Н.Тестемицану

Кафедра фармакологии и клинической фармации

Острый средний отит (ОСО) - инфекционно-воспалительный процесс в тканях барабанной полости, слуховой трубы и сосцевидного отростка, вирусной или бактериальной этиологии, развивающийся в результате распространения инфекции через носоглотку в среднее ухо. Вирусы поднимаются по евстахиевой трубе к среднему уху и прокладывают путь для бактериальных патогенов, которые находятся в носоглотке. Примерно в 50-70% случаев воспаление среднего уха развивается вместе с простудными заболеваниями или гриппом. В 64,9% случаев наиболее распространенными бактериальными возбудителями ОСО относятся пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*), гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*) и *Moraxella catarrhalis*. Различные штаммы этих микроорганизмов заселяют носоглотку у большинства больных. Биологические свойства *S. pneumoniae* обуславливают выраженную клиническую симптоматику и риск развития осложнений ОСО. И