

АНАЛІЗ СХЕМ ФАРМАКОТЕРАПІЇ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

©О. Є. Самогальська, О. В. Бондар

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Пневмонія залишається важливою і медичною, і соціальною проблемою, що пов'язано з суттєвими економічними втратами внаслідок цього захворювання. Загальні витрати на лікування пневмонії в світі становить понад 10 млрд дол.

Метою роботи було провести клініко-фармацевтичний аналіз схем лікування позагоспітальної пневмонії в умовах стаціонару.

Проаналізовано 65 карт стаціонарних хворих віком від 16 до 87 років.

Розподіл хворих відповідно до сучасної класифікації пневмонії був такий: 1-ша клінічна група (КГ) – 0 (0 %) хворих, 2-га КГ – 21 (32,3 %) хворих, 3-тя КГ – 44 (67,7 %) хворих. Хворим 2 КГ були призначені як монотерапія перорально: аугментин, амоксицилін або макроліди (макропен, сумамед) (46,2 % хворих). Монотерапія цефтріаксоном в/м

була призначена 1 хворим (1,5 %). Серед хворих 3-ї групи було застосовано комбіновану антибіотикотерапію (АБТ), а саме, у 24 (54,5 %) – аугментин та макроліди (70 %), захищені пеніциліни поєднували з респіраторними фторхінолонами у 6,8 % випадків, макроліди і респіраторні фторхінолони – у 14,6 % випадків, інші – у 8,6 % випадків. Курс АБТ складав у хворих 2-ї КГ 5–7 днів, у хворих 3-ї КГ – 10–14 днів. Проведено розрахунки методами фармакоекономічного аналізу вартості різних схем терапії. Вартість фармакотерапії хворих 1 групи коливалась від 1583 до 1749 грн, 2 групи – від 1630 до 2157 грн.

Для раціонального вибору схеми лікування негоспітальної пневмонії можна скористатися даними, отриманими за допомогою фармакоекономічного аналізу проаналізованих схем фармакотерапії.

ОСОБЛИВОСТІ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ПІДЛІТКІВ

©Т. В. Стоєва, С. В. Прохорова, Г. К. Копійка, Л. М. Ківенко

Одеський національний медичний університет

Підлітковий вік є одним з критичних періодів у житті дитини. Під час статевого дозрівання погіршується адаптація до різноманітних середовищних чинників, у тому числі до фізичних навантажень, психоемоційних стресів. В умовах сучасного напруженого ритму життя серцево-судинна система, як найчутливіша, часто реагує аритмічним синдромом.

Метою нашої роботи була оцінка стану серцево-судинної системи у практично здорових підлітків.

Обстежено 218 практично здорових дітей у віці від 14 до 17 років, які не мали кардіальних скарг та вели активний спосіб життя. Серед обстежених хлопчиків було (67,7±3,1) %, дівчаток – (32,3±3,1) %.

За допомогою інструментального дослідження у (40,3±3,3) % дітей встановлено порушення ритму серця. Найчастіше виявляли зміни у хлопчиків (64,3±3,2) % порівняно з дівчатками (35,7±3,2) %. Синусова аритмія (з різницею у 10–20 уд.) зазвичай

дихальна, що не є патологією, була зафіксована у 2/3 обстежених. Значно рідше мали місце шлуночкові екстрасистоли (1,1±0,07) %, ектопічний середньопередсердний ритм (1,1±0,07) %. Порушення провідності діагностували у (23,7±2,8) %: неповна блокада правої ніжки пучка Гіса – (22,6±2,8) %, синдром ранньої реполяризації – (0,7±0,5) %, АВ-блокада I – поодинокі випадки (0,4±0,04) %.

Різнманітні варіанти порушень ритму серця і провідності є чинником розвитку формування систолічної дисфункції міокарда, аритмогенної кардіопатії. Тому підлітки в разі виявлення означених змін на ЕКГ потребують комплексного клініко-інструментального дослідження для оцінювання стану серцево-судинної системи, призначення своєчасної метаболічної корекції, регулювання рівня фізичних навантажень, диспансерного спостереження, а в деяких випадках внесення корективи під час вибору професії.