43,11%, студентов 20,89% и с высшим образованием 30,67%. Что касается семейного статуса, то холостыми оказались 65,33%, семейными-34,67%. Лояльность к определенной аптеке обладает сильно выраженным половым признаком: во всех возрастных категориях уровень лояльности среди лиц женского пола был на уровень выше. Среди лиц 15-25 лет лояльность (а также полулояльность) оказалась максимально выраженной и неуклонно ослабевала по мере продвижения вверх по возрастной шкале. По сравнению с холостыми, среди семейных людей нелояльное отношение на довольно высоком уровне. Среди тех, кто придавал наибольшее значение принадлежности аптеки к определенной сети, оказались лица мужского пола 15-25 лет (40%).Что же касается консультации фарм. работника, то во всех возрастных категориях самое высокое значение данному параметру придавали лица женского пола (39% женщин против 30% мужчин 15-25 лет, 58% против 50% 26-40 лет и 47% против 28% в 41-55 лет).

Заключение. Покупательская лояльность по отношению к аптекам и придавание значения тем или иным параметрам, характеризующим аптеку, обладает определенной половой идентичностью. Представители женского пола более склонны к лояльности. Лояльность обладала более высокими показателями у лиц с оконченным профессиональным образованием. Состоящие в браке демонстрировали наименьшую склонность к лояльности. Лица мужского пола придавали большее значение факту принадлежности аптеки к определенной коммерческой сети. Предоставлению консультаций со стороны фарм. работника придавали максимальную важность представители женского пола.

КЛЮЧОВІ ПОЛОЖЕННЯ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ

Костроміцька І., Місюрьова С.В.
Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
irinakostromickaa5@gmail.com

За даними епідеміологічних досліджень, на сучасному етапі латентним дефіцитом заліза і залізодефіцитною анемією (ЗДА) страждає 35-45% дорослого і 40-48% дитячого населення. ЗДА залишається найчастішою формою анемії в дитячому віці, складаючи 80-90% від усіх видів анемій. У зв’язку з цим розробка сучасних програм діагностики, лікування і профілактики залізодефіцитних станів є надзвичайно актуальним завданням.

Запаси заліза у здорової доношеної новонародженого достатні для підтримки нормального росту до 4 місяців. У більшості дітей симптоми дефіциту заліза не виявляються до моменту формування ЗДА. При цьому навіть при наявності анемії, як правило, легкого ступеня діти можуть не мати симптомів захворювання, і виявлення анемії є випадковою знахідку. Відомо, що дефіцит заліза у дітей раннього віку може не тільки призводити до ЗДА, а й до затримки розумового розвитку, що супроводжується порушенням когнітивного,

моторного і соціоемоціонального розвитку. Дефіцит заліза призводить також до порушень імунітету, що проявляється підвищенням в 3-4 рази захворюваності на ГРВІ та кишкові інфекції, затяжним і ускладненим перебігом бактеріальних інфекцій. Є дані, що свідчать, про те, що вакцинація у дітей, що мають дефіцит заліза, може бути неефективною до проведення курсу ферротерапии.

Причини ЗДА у дітей раннього віку та старшого віку різні. У дітей раннього віку частими причинами є: пренатальний дефіцит заліза (відшарування плаценти, недоношеність); недостатнє надходження заліза в організм (дефекти вигодовування, непереносимість молока); крововтрати (пухлини, аномалії шлунково-кишкового тракту); порушення транспорту заліза (гіпо- та атрансферрінемія). У дітей старшого віку - крововтрати (патологія шлунково-кишкового тракту, гельмінтози, ендометріоз, тромбоцитопатії, коагулопатії); ендокринні захворювання (гіпотиреоз, дисфункція яєчників); гематурія; туберкульоз; порушення транспорту заліза; аліментарна недостатність.

Діагноз ЗДА повинен базуватися на даних анамнезу, фізикального огляду та лабораторних методах дослідження. На сьогоднішній день основним методом визначення дефіциту заліза є загальний клінічний аналіз крові, однак, сучасні програми діагностики вимагають ширшого спектра показників:

- для оцінки еритропоезу необхідно провести підрахунок еритроцитів в периферичної крові, визначення концентрації гемоглобіну, вмісту гемоглобіну в еритроциті (MCH), середнього об’єму еритроцитів (MCV), а також необхідно проводити дослідження пунктату кісткового мозку і цитохимические визначення заліза;
- оцінка здатності сироватки транспортувати залізо повинна проводиться за змістом трансферину в сироватці і відсотку насичення трансферину залізом, по загальної залізозв’язувальної здатності сироватки;
- необхідно визначати вміст сироваткового заліза і феритину в сироватці крові;
- сучасна діагностика вимагає також визначення абсорбції в кишечнику за допомогою діагностичного $59Fe^{2+}$ - абсорбційного тесту.

Терапія залізодефіцитних станів включає в себе усунення дефіциту заліза і відновлення його запасів в організмі. Для цього, з одного боку, необхідно усунути причини, що призвели до розвитку ЗДА, а з іншого – проводити відшкодування дефіциту заліза в організмі.

Терапія ЗДА повинна проводитися переважно препаратами для перорального прийому, так як динаміка підвищення рівня гемоглобіну при пероральному прийомі відстає від парентерального введення тільки на 2-4 дня.

За кордоном, зокрема в США, при виявленні у дітей раннього віку анемії проводиться пробна терапія препаратами заліза в дозі 3 мг/кг протягом місяця. Підвищення рівня гемоглобіну на 10 г/л до кінця місяця терапії є переконливим доказом наявності у пацієнта ЗДА і служить обґрунтуванням до продовження терапії, тривалість якої залежить від ступеня тяжкості анемії. Необхідно пам’ятати, що нормалізація рівня гемоглобіну не може служити підставою до скасування препаратів заліза.

Висновки. Своєчасна, вірна і сучасна лабораторна діагностика, а також нозологическая діагностика (тобто виявлення причин) є запорукою ефективного лікування найпоширенішого анемічного синдрому – залізодефіцитної анемії.

АНАЛІЗ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ АНТИГІСТАМІННИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Лебедин А.М.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
Alla_leb7@ukr.net

На сьогоднішній день виділяють кілька принципів лікування алергічних захворювань (АЗ): елімінаційна терапія, навчання хворого, алерген специфічна імунотерапія, фармакотерапія. Елімінаційна терапія – це захід, який можуть здійснити тільки самі хворі. З цього витікає, що освіта хворих, співпраця з ними (комплаєнс) є дуже важливим заходом і впливає на прогноз алергічних захворювань. На сьогоднішній день освіта хворих є досить важливою в профілактиці та лікуванні АЗ.

Сутність фармакотерапії АЗ заключається в розумінні основного з механізму дії і побічних ефектах препаратів, які призначаються. Кожний лікарський препарат корисний настільки, наскільки вище співвідношення корисність / побічна дія. Сутність фармако-економіки, заключається в тому, що найбільш ефективний препарат, є найбільш економічно вигідним. Засоби для фармакотерапії АЗ подіються на три групи: засоби, що діють на алергічне запалення; антимедіаторні засоби; симптоматичні засоби.

Існує декілька класифікацій антигістамінних лікарських засобів (ЛЗ). Вони відрізняються за механізмом дії, степенем афінності до Н1-гістамінових рецепторів, частотою виникнення, тяжкістю побічних ефектів, мають різний фармако-кінетичний профіль. За часом створення їх поділяють на препарати I, II, III покоління. Антигістамінні препарати першого покоління відрізняються від другого покоління короткочасністю впливу при відносно швидкому настанні клінічного ефекту. Багато з них випускаються в парентеральних формах. Низька цінова політика визначає широке використання антигістамінних засобів першого покоління і в наші дні.

Препарати другого покоління відрізняються між собою за фармакокінетикою вираженістю седативного ефекту, що визначає особливості їх призначення хворим. Крім високої ефективності і безпеки, суттєвою перевагою цих препаратів є зручність застосування більшість з них призначають 1 раз на добу, тривалість дії становить 18-24 години.

Антигістамінні препарати третього покоління є активними метаболітами препаратів попереднього покоління. Для них характерні швидка абсорбція та розподілення в таргетних органах, висока біодоступність, тривалий період напів-виведення, що забезпечує можливість однократного прийому та збереження ефету до 24 годин, відсутність тахіфілаксії, потреби в корекції дози