вітчизняним ЛП Кларитромицин-Здоровье (табл. п/плен. оболочкой 500 мг блистер, №14) становить 35 грн. За умови використання азитроміцину найдорожчим буде курс лікування ЛП Сумамед® Teva Ізраїль (табл. п/плен. оболочкой 500 мг, №3). Його ціна становить 453 грн. Найдешевшим буде лікування вітчизняним ЛП Азитроміцин-Астрафарм (капс. 500 мг, №3) – 31,6 грн.

Висновок. Проведені дослідження дозволили встановити діапазон витрат антибіотиками групи макролідів основних захворювань ЛОР-органів. В залежності від фірми-виробника та обраної лікарської форми повний курс лікування азитроміцином становить від 31,6 грн. до 453 грн., кларитроміцином – від 19,9 грн. до 958 грн.

ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ РАЦІОНАЛЬНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ЛАКТУЮЧИХ ЖІНОК У МЕЖАХ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ

Н. П. Безугла, Т. С. Сахарова, К. О. Зупанець
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації
Національний фармацевтичний університет,
м. Харків, Україна
clinpharm@nuph.edu.ua

Згідно з основними положеннями фармацевтичної опіки на фармацевта покладаються особливі зобов‘язання при наданні допомоги декретованій категорії відвідувачів аптек, зокрема, вагітним і лактуючим жінкам. Реалізуючи на практиці принципи раціональної фармакотерапії фармацевт має чітко усвідомлювати, що проведення будь-яких фармакотерапевтичних заходів цим категоріям пацієнтів дозволяється за наявності абсолютних показань з урахуванням переваг і потенційних небезпек запланованої терапії. Особливої уваги заслуговує питання щодо застосування антибактеріальних препаратів, як з огляду на проблему антибіотикорезистентності, так і небажаного (токсичного) впливу на організм дитини. Обгрунтованими показами до призначення антибактеріальних лікарських препаратів (АЛП) під час лактації вважаються захворювання (загострення) ЛОР-органів та органів дихання (пневмонія), сечовидільної системи (пієлонефрит), післяопераційні ускладнення, гнійний мастит. Відповідно до сучасних клінічних рекомендацій АЛП за протипоказами у період лактації класифікуються на 4 класи: ті, що протипоказані (категорично заборонені!) – тетрацикліни, левоміцетин, сульфаніламіди, метронідазол; дозволені до застосування (пеніциліни, цефалоспорини, окремі макроліди); обмежено дозволені, прийом яких рекомендовано у випадках, коли очікуваний

ефект превалює над потенційною небезпекою (аміноглікозиди); препарати, вплив яких при лактації не вивчався (карбапенеми). Такі особливості вибору АЛП у період лактації визначаються, по-перше, імовірністю їх потрапляння у грудне молоко, по-друге, – власне впливом саме на лактацію. Процес виділення лікарських препаратів з молоком підпорядковується певним закономірностям: коефіцієнт «молоко/плазма» не залежить від концентрації у плазмі; концентрація лікарського препарату в молоці не залежить від об'єму лактації; для молока і плазми $T_{1/2}$ ліків завжди однаковий; інтенсивність виділення залежить від pH молока та фізико-хімічних властивостей лікарської субстанції. Доведено, що ліпофільні та неіонізовані молекули, особливо з невеликою молекулярною масою, що не зв'язані з білками плазми легко дифундують у молоко. Так, слабокислі сульфаніламіди при нормальному pH крові (=7,4) не дисоціюють і значною мірою потрапляють у грудне молоко. АЛП із сильнокислими властивостями, подібні до пеніциліну, у плазмі більш іонізовані й в молоко майже не проникають. Іонізовані молекули або ті, що утворюють міцні сполучення з білками плазми крові також позбавлені такої здатності. У молоці, порівняно з плазмою крові, відзначається підвищена концентрація слабко лужних сполук, у той час як концентрація слабких кислот менша, ніж у плазмі, тому сильні основи накопичуються у грудному молоці. Оскільки молочний жир містить ліпідну фазу, якої немає у плазмі крові, концентрація речовин ліпофільної природи може перевищувати концентрацію у плазмі крові матері. У різних жінок існують варіації pH грудного молока, вмісту жиру, тривалості сеансу годування дитини, різний добовий ритм продукції молока, зміни функції органів елімінації (печінка і нирки)., що, у свою чергу, можуть змінювати концентрацію лікарського препарату в молоці. Зневага до дотримання правил вигодовування немовля під час проведення лікарської терапії через незнання або низький рівень комплаєнтності жінки-годувальниці може спричинити серйозні наслідки, досить часто незворотного характеру. Так, застосування тетрациклінів позначається органічними зрушеннями у розвитку зубних зародків і скелету, суттєвим підвищенням світлочутливості у дитини. Сульфаніламіди призводять до виникнення ядерної жовтяниці та опосередкованої дисфункції мозку. Незважаючи на те, що аміноглікозиди проникають у молоко у незначній концентрації, вони можуть чинити значний токсичний вплив на нирки, органи слуху. До того ж, усі АЛП можуть викликати різноманітні за етіологією та ступенем тяжкості форми дисбактеріозу. З огляду на наведене при проведенні фармацевтичної опіки лактуючих жінок, яким показано застосування АЛП, варто дотримуватись таких основних принципів: АЛП призначається лише лікарем за наявності показань!; за необхідності застосування АЛП під час лактації годування

грудьми тимчасово припиняється і дитина переводиться на штучне вигодовування. У цей період для підтримки процесу лактації молоко необхідно зціджувати з обох грудей кожні 3-3,5 год.; після закінчення курсу антибіотикотерапії необхідно витримати певний інтервал часу (відповідний не менше $6xT_{1/2}$) певного АЛП) та продовжувати зціджувати молоко (це забезпечить повну елімінацію організму матері від ліків); якщо немає можливості перевести дитину на штучне вигодовування (непереносимість молочних сумішей у тому числі) або жінка категорично відмовляється від цього, необхідно відслідковувати реакцію дитини на АЛП. При появі будь-яких симптомів (почастішання випорожнень, поява блювоти, висипу на шкірі тощо) негайно припинити подальше вигодовування і звернутись до лікаря; самостійно не зменшувати дозу АЛП, оскільки це не впливатиме на вміст препарату у молоці, але суттєво зменшить ефективність терапії і сприятиме розвитку антибіотикорезистентності (в тому числі у дитини).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В ВЫСУШЕННЫХ ПЛОДАХ ФИЗАЛИСА

Бозорова Муниса, А. С. Тартынская, Е. Н. Новосел
Кафедра химии природных соединений
Национальный фармацевтический университет,
г. Харьков, Украина
cnc@nuph.edu.ua

Введение. Физалис (*Physalis* L.) однолетнее растение из семейства паслёновых (Solanaceae). Научное название физалис получил из-за формы чашечки цветка (в переводе с греческого название physao – надувать, physalis – пузырь). Физалис справедливо считается лекарственным растением. Его плоды обладают мочегонным, желчегонным, противовоспалительным, кровоостанавливающим, антисептическим и болеутоляющим действием. Они применяются при ревматизме, заболеваниях дыхательной системы, водянке, подагре, гнойных воспалениях мочевых лоханок и мочевыводящих путей, лишаях и других заболеваниях. Включая в ежедневный рацион плоды физалиса можно предотвратить образование камней в почках и желчном пузыре, а также вывести уже образовавшиеся конкременты.

В плодах обнаружены витамины, дубильные вещества, макро- и микроэлементы, в незрелых плодах – алкалоиды. Однако, несмотря на выше сказанное данное растение является неофициальным, отсутствуют данные о параметрах стандартизации сырья. Поэтому актуальным является проведение более детального фитохимического изучения плодов физалиса.