

Якщо постраждалий знаходиться без свідомості, визначити наявність або відсутність масивної зовнішньої кровотечі; за наявності ліквідувати її. За наявності травматичної ампутації вище зап'ястя або травматичної ампутації вище ступні та відсутньої кровотечі, потрібно обов'язково накласти кровоспинний джгут. Забезпечити прохідність дихальних шляхів постраждалого та визначити наявність або відсутність дихання у постраждалого. Здійснити виклик ЕМД та дотримуватись вказівок диспетчера прийому виклику. У разі відсутності дихання у постраждалого розпочати серцево-легеневу реанімацію.

Після виклику ЕМД слід надати постраждалому протишокове положення; накласти чисту, стерильну пов'язку на культю; знерухомити культю; вкрити постраждалого термопокривалом/ковдрою; забезпечити постійний нагляд за постраждалим до приїзду бригади ЕМД.

Також слід знайти ампутовану частину тіла. Завернути ампутовану частину тіла в стерильну марлю / чисту тканину та помістити ампутовану частину в поліетиленовий пакет (по можливості видалити з нього повітря). Помістити пакет в ємність, заповнену холодною водою/льодом.

У разі погіршення стану постраждалого до приїзду бригади ЕМД необхідно повторно зателефонувати диспетчеру ЕМД.

Зібрати у постраждалого максимально можливу кількість інформації стосовно обставин отримання травми. Всю отриману інформацію потрібно передати працівникам бригади ЕМД або диспетчеру прийому виклику.

Якщо до приїзду бригади ЕМД постраждалий втратив свідомість, слід забезпечити прохідність дихальних шляхів постраждалого та визначити наявність або відсутність дихання у постраждалого. У разі відсутності дихання у постраждалого розпочати серцево-легеневу реанімацію (попередньо повторно зателефонувати диспетчеру ЕМД).

**Висновки.** Таким чином, послідовне і коректне надання домедичної допомоги постраждалим при травматичній ампутації призведе до мінімізації наслідків такого ушкодження для здоров'я і життя людини й зменшить кількість летальних випадків при цьому травмуванні.

## СУЧАСНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Леонова Я. І.

Науковий керівник: Жаботинська Н. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

leonovayaroslava2000@gmail.com

**Вступ.** Цукровий діабет (ЦД) 2 типу є найбільш поширеною формою діабету, що становить 90-95% від усіх випадків діабету у світі, що спричиняє величезне навантаження на глобальні системи охорони здоров'я. Вже будучи серйозною глобальною пандемією, у ЦД 2 типу є потенціал до зростання. За попередніми прогнозами число хворих на ЦД 2 типу збільшиться до 642 мільйонів людей до 2040 року. У зв'язку з цим розробка найбільш ефективної фармакоterapiї ЦД 2 типу, яка дозволяє контролювати перебіг захворювання і попереджати його ускладнення, є одним з найважливіших завдань сучасної медичної науки.

**Мета дослідження.** Вивчити новітні міжнародні рекомендації щодо фармакоterapiї ЦД 2 типу, спрямовані на зниження побічних ефектів.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз рекомендацій щодо фармакоterapiї ЦД 2 типу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 2020 року, Американської діабетичної асоціації ADA та Європейської асоціації з вивчення діабету (EASD) 2019-2022 років.

**Результати дослідження.** Початкову фармакоterapiю ЦД 2 типу рекомендовано починати з призначення препарату групи бігуанідів –метформіну – «золотого стандарту» для лікування пацієнтів з ЦД 2 типу. Наголошується, що метформін не викликає збільшення ваги, не провокує гіпоглікемію і є рекомендованим для лікування людей, які не досягають бажаного рівня глікемії за допомогою дієти та модифікації способу життя. Дозування метформіну важливо збільшувати поступово відповідно до протоколу ведення ЦД 2 типу: всі цукрознижувальні препарати треба титрувати від найменшого дозування до необхідного для забезпечення якісної компенсації вуглеводних індексів. У більшості випадків препарати метформіну добре сприймаються пацієнтами, якщо призначаються поступово та їх дозування збільшується згідно з рекомендаціями. Слід враховувати, що препарати сульфонілсечовини можуть спричинити збільшення ваги або гіпоглікемію, тому необхідний постійний контроль рівня гіпоглікемії у пацієнтів. Глібенкламід характеризується вищим ризиком гіпоглікемії в порівнянні з іншими препаратами сульфонілсечовини. Гліпізиду, глімепіриду та гліклазиду, своєю чергою, властивий нижчий ризик гіпоглікемії в порівнянні з іншими представниками цієї групи. Для зменшення ризику гіпоглікемії можуть застосовуватися навчання пацієнта та призначення низьких або варіабельних дозувань препаратів сульфонілсечовини останніх поколінь.

Для пацієнтів з ЦД 2 типу в поєднанні з атеросклеротичними серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) рекомендовані лише два варіанти терапії другої лінії: інгібітори натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (іНЗКТГ-2) та агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 (арГПП-1) з метою зниження ризику розвитку несприятливих (фатальних) ССЗ подій. З групи іНЗКТГ-2 рекомендовані емпагліфлосин, канагліфлосин або дапагліфлосин особливо особам з дуже високим ризиком ССЗ. З групи арГПП-1 рекомендовані ліраглутид, семаглутид або дулаглутид також пацієнтам із ЦД2 та ССЗ з дуже високим ризиком ССЗ смерті.

У пацієнтів з хронічною хворобою нирок (ХХН), обумовленою ЦД 2 типу, рекомендовано застосовувати інгібітори іНЗКТГ-2 або арГПП-1 з метою зниження прогресування хвороби. Пацієнтам які потребують ін'єкції інсуліну слід в першу чергу призначити арГПП-1.

Якщо при застосуванні препаратів групи арГПП-1 або іНЗКТГ-2 не було досягнуто цільового рівня глікованого гемоглобіну ( $HbA_{1c}$ ) в крові, в разі непереносимості чи протипоказань до прийому арГПП-1, необхідно обирати режим фармакоterapiї з найнижчим ризиком збільшення маси тіла. Перевагу слід віддавати інгібітори діпептидилпептидази-4 (ДПП-4) (якщо пацієнт не приймає ІНГКТ-2) з нейтральним впливом на масу тіла, також препарати цієї групи саксагліптин, алогліптин, ситагліптин є безпечними для нирок і помірно знижують альбумінурію. У випадках, якщо  $HbA_{1c}$  залишається вищим за цільовий показник рекомендовані тіазолідиндіони (ТЗД) (піоглітазон). ТЗД характеризуються найпотужнішою доказовою базою серед пероральних гіпоглікемічних препаратів щодо тривалості контролю глікемії. Низькодозова терапія зменшує ймовірність набору ваги та розвитку набряків. У випадках збереження рівня  $HbA_{1c}$  більше 9% рекомендовано базальний інсулін (деглюдек, гларгін U-100) для покращення контролю перебігу ЦД 2 типу.

**Висновки.** Підсумовуючі новітні рекомендації, стає зрозуміло, що фармакотерапія ЦД 2 типу повинна бути комплексною: дієта, модифікація способу життя, препарат першої лінії – метформін. Пацієнтам з ХХН, ССЗ з високим ризиком рекомендовано застосовувати інгібітори іНЗКТГ-2 (емпагліфлозин, канагліфлозин, дапагліфлозин) або арГПП-1 (ліраглутид, семаглутид, дулаглутид). У пацієнтів, не спроможних досягти цільового рівня НbA<sub>1c</sub> за допомогою препаратів першого ряду, можна застосовувати інтенсифікацію лікування шляхом призначення ар ГПП-1, іНЗКТГ-2 або прандіального інсуліну. Якщо не досягнутий цільовий рівень НbA<sub>1c</sub>, рекомендований базальний інсулін.

## УНІКАЛЬНІСТЬ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ТА ЛІКУВАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ КАЛИНИ ЗВИЧАЙНОЇ

Мала О. Д.

Наукові керівники: Демешко О.В., Романова С. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

elenamdance@gmail.com

**Вступ.** Після початку повномасштабного російського вторгнення стрілецька пісня "Ой у лузі червона калина" звучить повсюди. Пісня, що йде з часів козаччини 17-го століття, записана в епоху національного відродження, оброблена в час української революції на початку 20-го століття набула нової хвилі популярності у 2022 році та стала символом української незламності. У пісні згадується калина як етнонаціональний символ України, що уособлює безсмертність роду, національне єднання, любов до Батьківщини. Рослина не вибаглива, але дуже морозостійка, що символізує стійкість та незламність наших захисників. Плоди калини зібрані в грона, що символізують єдність української нації. Ягоди рослини яскравого червоного кольору стали символом крові та безсмертного українського роду, що боронить свою незалежність та суверенітет. Тож саме час згадати ще й фармакологічні та лікувальні властивості цієї корисної рослини.

**Мета дослідження.** Представити огляд ботанічних характеристик, хімічного складу і корисних для здоров'я властивостей різних морфологічних частин калини звичайної *Viburnum opulus*.

**Матеріали та методи.** Виконання даної роботи проводилось за допомогою огляду літературно-історичних джерел та з інтернет-ресурсів.

**Результати дослідження.** Калина звичайна (*Viburnum opulus*) це високий гіллястий кущ заввишки 2-4 метри з сірою корою з родини жимолостевих (*Caprifoliaceae*). Пагони зеленувато-сірі з великими (до 5-7 мм) бруньками. Листки до 10 см завдовжки, супротивні, майже голі. Запахні квітки зібрані в плоскі кінцеві щиткоподібні суцвіття. Чашечка з п'ятьма зубчиками, віночок п'яти-роздільний. Плоди – ягодоподібні червоні овальні кістянки з твердою кісточкою.

Хімічний склад калини звичайної дуже багатий на корисні речовини.

Калини плоди (*Viburni fructus opuli*) мають у своєму складі флавоноїди: кемпферол, кверцетин, пеонозид, астрагалін; тритерпеноїди, стероїди, пектинові та дубильні речовини, антрахінон вібурнін (саме він робить ягоди гіркими). З мінеральних речовин ягоди містять: марганець, цинк, залізо, фосфор, мідь, хром, йод, селен. У калині на 70% більше вітаміну С,