

Встановлено, що майже всі антисептичні та дезінфікуючі засоби проявляють побічну дію у вигляді реакцій гіперчутливості, алергічних реакцій, дерматитів. Встановлено, що отруєння антисептиками на основі спиртів відбувається внаслідок випадкового або навмисного проковтування вмісту антисептичного засобу, що призводить до втрати свідомості, розладів функцій всіх органів чуттів, порушення кровообігу та дихання, а йодовмісними антисептичними засобами - призводить до подразнення дихальних шляхів, метаболічного ацидозу, гострої ниркової недостатності та коми. Вивчено, що випадкове застосування внутрішньо великої кількості хлоргексидину (300 мл рідини) призводить до летального наслідку з ознаками печінково-ниркової недостатності.

Висновки. Тривале місцеве застосування антисептиків може викликати хронічне ураження шкіри і слизових оболонок. Небезпека загальнотоксичної дії антисептиків підвищується при резорбції в кров великих доз препаратів, великій площі всмоктування. Це також стосується випадків кумулятивного накопичення препаратів у організмі, недостатності ферментів біотрансформації, порушенні механізмів виділення препаратів з організму. Найбільш токсичними антисептичними засобами виявились препарати на основі йоду.

Беручи до уваги тенденцію до розширення асортименту антисептиків та дезінфікуючих засобів та проаналізувавши наведені матеріали, можна стверджувати про доцільність більш ретельного підходу до вивчення токсикологічної безпеки даних препаратів стосовно організму людини.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

Петренко А. В.

Науковий керівник: Невелика А. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

nastya57574@gmail.com

Вступ. Серцево-судинні захворювання є головною причиною всіх смертей в Україні (67%). Щодо смертності від гострого ішемічного інсульту, то Україна входить в 30% країн з найвищою смертністю (45 місце в рейтингу смертності, з 183 можливих).

За офіційною статистикою, в Україні цереброваскулярні захворювання є причиною смертності № 2 (100 000–110 000 смертей, близько 14% усіх померлих). Щороку стається 100 000–110 000 інсультів (понад третина з них — у людей працездатного віку), 30–40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів і до 50% — протягом року від початку захворювання; 20–40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності) і лише близько 10% повертаються до повноцінного життя. Саме тому вивчення та розвиток фізичної реабілітації, створення нових методик та правильного реабілітаційного втручання при інсультах є актуальним та потрібним.

Мета дослідження. Проаналізувати та розглянути фізичну реабілітацію при ішемічному інсульті.

Матеріали та методи. Аналіз науково-методичної літератури, вивчення та узагальнення основних методів фізичної реабілітації при ішемічному інсульті.

Результати дослідження. Інсульт – раптове виникнення вогнищевих або генералізованих порушень мозкової функції, зумовлених виключно судинними причинами, які пов'язані з мозковим кровообігом і тривають понад 24 години.

Є три основних види інсульту: ішемічний інсульт, внутрішньомозковий крововилив (геморагічний інсульт) і субарахноїдальний крововилив. Найпоширенішим з них є ішемічний інсульт. За даними міжнародних багатоцентрових досліджень, співвідношення ішемічного та геморагічного інсультів складає в середньому 4:1-5:1 (80-85 % і 15-20 % відповідно). Він відбувається внаслідок оклюзії артерії з обмеженням кровопостачання головного мозку.

До основних факторів ризику ішемічних порушень мозкового кровообігу відносять похилий вік, артеріальну гіпертонію, гіперхолестеринемію, атеросклероз церебральних і прецеребральних (сонних і хребетних) артерій, куріння, захворювання серця (миготлива аритмія, інфаркт міокарда, аневризма лівого шлуночка, штучний клапан серця, ревматичне ураження клапанів серця, міокардіопатія, бактеріальний ендокардит) та цукровий діабет.

Більшість людей, які перенесли ішемічний інсульт отримують інвалідність, яка обмежує їх подальше життя. Ступінь інвалідності взаємопов'язана зі ступенем порушень функцій в гострому періоді захворювання. Можливість відновлення втрачених функцій і, насамперед, рухових має велике значення в процесі зменшення первинної інвалідізації пацієнтів.

В основі реабілітаційної програми лежать два основних механізми:

1) механізм відновлення порушених функцій за рахунок «розгальмовування» функціонально неактивних нервових елементів, що зумовлено зникненням набряку, покращенням метаболізму нейронів та відновлення діяльності синапсів;

2) компенсація, яка забезпечується пластичністю мозкової тканини з реорганізацій функціонування нейрональних ланок.

Виділяють три періоди реабілітації після інсульту.

- Ранній відновлювальний – до 3 місяців від початку захворювання.
- Пізній відновлювальний – до 1 року.
- Період залишкових порушень функцій – більше року.

Строки відновлення після інсульту:

- первинні рухові функції: 3-6 місяців;
- навички ходьби: 6 місяців;
- побутові навички: до 1 року;
- мова: 2 роки.

Комплексні програми реабілітації покращують функціональне відновлення порівняно зі стандартною медичною допомогою в швидкості та ступені відновлення. Неврологічне відновлення частіше відбувається в перші 3-6 місяці, але багато пацієнтів покращують свої функціональні можливості протягом довгого періоду. Інтенсивність відновлення та підбір реабілітаційної програми залежить від стану хворого та ступеня порушення функцій. Якщо пацієнт має порушення свідомості, виконується пасивна реабілітація, ціллю якої є запобігання виникнення контрактур, пролежнів та атрофії м'язів.

В ефективності реабілітаційної програми провідну роль займає раннє втручання. Дуже рання мобілізація є сучасним напрямком в відновленні рухової функції. Вона включає виконання рухових вправ в ранні строки після інсульту. Фізичний терапевт вчить та допомагає пацієнту поступово повернути втрачені або пошкоджені функціональні навички. Такі як,

підйом з положення лежачи в положення сидіння, вставання з ліжка, стояння та з часом відновлення ходьби. Точних строків не має, адже кожен випадок та організм індивідуальний, але частіше всього вони входять в проміжок часу від 1 дня до 3 місяців після початку інсульту. Також рання мобілізація впливає на мотивацію, психологічний стан хворого, самопочуття та якість життя.

В раннє реабілітаційне втручання входять корегуючі пози, тобто лікування положенням. Лікування положенням (корегуючі пози) – надання паралізованим кінцівкам правильного положення в період, коли хворий знаходиться в ліжку або в положенні сидячи. Перевагою цієї методики є те що, її можна проводити всім без винятку, хворим з різними стадіями ураження і практично з перших годин інсульту.

Лікування положенням сприяє:

- зниженню м'язової спастичності;
- зменшенню асиметрії м'язового тону;
- відновленню схеми тіла;
- підвищенню глибокої чутливості;
- зниженню патологічної активності з тонічних шийних та лабіринтних рефлексів.

Одним із тяжких ускладнень перебігу гострого інсульту є порушення функції дихання. Для її відновлення використовують дихальну гімнастику. Вона спрямована на нормалізацію гемодинаміки, відновлення оксигенації, усунення гіпоксії, формування стійкого динамічного стереотипу дихання.

Кінезіотерапія включає стимулювання слабокінетичних рефлексорних реакцій, що здійснюються з глибоких рецепторів, латеральних м'язів очей, аксіальних і параксіальних м'язів регіону шиї і верхнього грудного відділу хребта, рецепторів вестибулярного апарату. Комплексна система рефлексорних вправ є ефективним методом кінезіотерапії для хворих після ішемічного інсульту.

Висновки. Реабілітація після інсульту – це комплекс заходів, спрямованих на пом'якшення його наслідків, попередження ускладнень, тренування кардіореспіраторної системи й відновлення рухових функцій. Основними принципами реабілітаційного процесу є раннє втручання, індивідуальний та комплексний підхід. Основними засобами фізичної реабілітації є корегуючі пози, пасивні й активні фізичні вправи, гідрокінезіотерапія, дихальна гімнастика, масаж та кінезіотерапія. Організація надання якісної та ранньої допомоги людям, які перенесли інсульт дозволяє запобігти смерті та інвалідизації.

ВПЛИВ КРЕМУ НА ОСНОВІ КОРИ ВЕРБИ БІЛОЇ І ЦИНКУ НА МОРФОЛОГІЧНИЙ СТАН ШКІРИ ПРИ АЛЕРГІЧНОМУ ДЕРМАТИТІ

Підгайна В. В., Шталова О. М.

Науковий керівник: Малоштан Л. М.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

valentina.pidgaina@gmail.com

Вступ. Алергічний контактний дерматит – це класичний прояв реакції шкіри на агенти зовнішнього середовища. В лікуванні алергічних дерматитів не останнє місце належить