

роки. У 82,94% випадків антипсихотичні препарати, які викликали ПР, застосовували при шизофренії, у 3,22% – при гострому поліморфному психотичному розладі без симптомів шизофренії, в 13,82% – при інших психічних розладах.

68,2% усіх ПР спостерігались при використанні типових нейролептиків, 31,8% – при застосуванні атипичних антипсихотичних засобів.

Найбільше повідомлень про ПР було при застосуванні галоперидолу (36,4%), рисперидону (14,29%), хлорпромазину (12,9%), клозапіну (11,52%), трифлуоперазину (8,76%) та флуфеназину (5,52%). Екстрапірамідні побічні ефекти (у вигляді акатизії, дистонії, тремору, хореї, міоклонії) спостерігались у 105 випадках, що склало 48,38% усіх ПР зазначеної групи.

Серед побічних реакцій також спостерігались слинотеча (16,12%), артеріальна гіпотензія; загальна слабкість (9,67%) і сонливість (9,67%). У ряді випадків серед ПР були ДПГ, як реакція і на типові нейролептики, так і на атипичні препарати (кветіапін, арипіпразол та ін.).

98,6% ПР становили реакції типу А, 1,4 % – типу В. Усі ПР були передбаченими. В 72,74% випадків ПР виникали впродовж перших 14 діб застосування препаратів, причому 45,1 % ПР припадає на 2–7 добу лікування. Як корекцію ПР застосовували відміну препарату в 33,65%, зменшення дози – в 45,16%, заміну препарату (переважно на атипичний антипсихотичний засіб) – в 21,19% випадків.

Висновки. ПР антипсихотичних засобів, що їх виявлено за моніторингу, в цілому відповідають клініко-фармакологічним властивостям групи. В той же час лікарі не надали даних щодо метаболічних та ін. розладів, що свідчить про недостатню інформованість фахівців щодо цих проявів ПР.

На наш погляд, потрібний більш ретельний контроль за екстрапірамідними розладами, особливо на ранній стадії лікування. Також, на жаль, в Україні не зареєстровані інгібітори синаптичного везикулярного переносника моноамінів 2 (VMAT2) – вальбеназин та ін., які є високоефективними коректорами ДПГ.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ ОЦІНКИ ТА КОНТРОЛЮ ПРИ ПОРУШЕННІ ДІЯЛЬНОСТІ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ

Артикова Д. Г.

Науковий керівник: Таможанська Г. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

dariaartukova6@gmail.com

Вступ. В останні роки в Україні спостерігається зростання захворюваності опорно-рухового апарату. Дана патологія в структурі первинної інвалідності займає друге місце. Своєчасне і правильне обстеження фізичним терапевтом, а саме використання методів та оцінки контролю при порушенні діяльності опорно-рухового апарату, спрощує перебіг захворювання, підвищує подальшу якість життя пацієнта та збереження його рухової активності.

Мета дослідження. Визначити практичні методи оцінки та контролю при порушенні діяльності опорно-рухового апарату у фізичній терапії.

Матеріали та методи. Було використано аналіз наукової літератури провідних авторів у галузі медицини та фізичної реабілітації та систематизовано опрацьовано інформацію.

Результати дослідження. Реабілітація пацієнта починається на ранніх етапах розвитку захворювання. Реабілітація включає в себе обстеження пацієнта фізичний терапевт оцінює функціональні та структурні порушення, діагностує ступінь порушення, разом з пацієнтом ставить короткострокові та довгострокові цілі, розробляє план реабілітації та після завершення реабілітаційних заходів проводить повторне обстеження для виявлення успішності досягнутих цілей.

Основними засобами та методами обстеження у фізичній терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату є: опитування; спостереження; антропометрія; пальпація; суглобова гра; визначення інтенсивності та динаміки болю; оцінювання активного та пасивного руху; вимірювання амплітуди руху у суглобах (гоніометрія тощо); визначення м'язової сили (мануальне м'язове тестування, динамометрія тощо); визначення м'язової витривалості; визначення рівноваги та координації; оцінювання рухових функцій (присідання, хода, хода сходами, нахил тулуба, ротація тулуба, хапання, відштовхування та притягування, піднімання та перенесення та ін.); при ампутації кінцівок оцінка стану кукси.

Основною скаргою пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату є біль у суглобах – артралгія.

Інтенсивність болю оцінюють за 4-бальною шкалою. Інтенсивність больового синдрому також може бути оцінена за допомогою так званої градації болю за 10-сантиметровою шкалою (візуально-аналогова шкала (ВАШ)). У практиці реабілітаційних установ для пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату застосовують спеціальні шкали. Найбільшого поширення набули шкала повсякденної життєдіяльності Бартела, або індекс Бартела, і шкала функціональної незалежності FIM (Functional Independence Measure), розроблена Американською Академією Фізичної терапії і Реабілітації.

При застосуванні шкали Бартела оцінка рівня побутової активності проводиться за сумою балів, визначених у пацієнта за кожним з розділів тесту. Максимальна сума балів, яка відповідає повній незалежності у повсякденному житті, дорівнює 100.

Першим етапом є обстеження пацієнта у положенні лежачи, стоячи і під час ходи. При цьому важливо оцінити поставу пацієнта, характер ходи, її швидкість, наявність деформацій суглобів, контрактур – це дає загальне уявлення про наявність порушень опорно-рухового апарату і його функціональні можливості.

Основні різновиди ходи: несправжня кульгавість та справжня кульгавість, підстрибуюча хода, качина (хода з розхитуванням), паралітична або паретична хода, спастична хода. При цьому враховують колір і тургор шкіри над суглобом, наявність гіперпігментації, висипань, вузликів, рубців, атрофічних процесів, склеротичних змін, набряку білясуглобових тканин. Оцінюють ступінь розвитку мускулатури, атрофію і гіпотрофію м'язів.

Другим етапом обстеження опорно-рухового апарату є пальпація та аускультация (вислуховування з допомогою фонендоскопа) проводиться тільки під час рухів у суглобах.

Для оцінки стану суглобів і виразності суглобового синдрому запропоновано проведення функціональних тестів. Найпоширенішими з них є:

1. Оцінка пацієнтом виразності болів у суглобах.
2. Рахунок болю.
3. Суглобовий індекс.

4. Індекс припухлості суглобів.

5. Суглобовий рахунок – виражається числом суглобів з активним запальним процесом, про що свідчить почервоніння шкіри над суглобом, локальне підвищення температури, припухлість і болючість суглоба.

6. Тривалість ранкової скутості.

7. Обсяг проксимальних міжфалангових суглобів кистей.

8. Обхват колінних суглобів.

9. Сила стискання кисті.

10. При ураженні суглобів нижніх кінцівок застосовують тест – час проходження відстані 15 метрів.

11. Функціональний індекс Лі – визначається за допомогою опитувальника, що вміщує 17 питань, які виявляють можливість виконання певних елементарних побутових дій з врахуванням участі різних груп суглобів.

Реабілітаційний вплив при порушенні діяльності опорно-рухового апарату здійснюється за допомогою: терапевтичних вправ (на зменшення болю та набряку, на розвиток сили, на розвиток витривалості, на підтримку амплітуди руху, на гнучкість та мобілізацію суглобів (суглобова гра), на рівновагу, на координацію; тренування рухових навичок та умінь (функціональне тренування: переміщення у ліжку, навички сидіння, переміщення поза межі ліжка, вставання, стояння, хода, користування допоміжними засобами для ходи та візком, користування протезами, самообслуговування та самогляд); позиціонування; масажу; постізометричної релаксації.

Висновки. Аналіз наукової літератури у галузі медицини та фізичної реабілітації дозволив визначити практичні методи оцінки та контролю при порушенні діяльності опорно-рухового апарату у фізичній терапії.

ВИВЧЕННЯ АНТИПРОЛІФЕРАТИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ГУСТОГО ЕКСТРАКТУ КОРЕНІВ ЛОПУХА ВЕЛИКОГО

Арусханян Р. С., Белік Г. В.

Науковий керівник: Щокіна К. Г.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

асуа@ukr.net

Вступ. Проблема фармакологічної корекції запалення, як і раніше, залишається актуальною проблемою сучасної медицини. Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є препаратами першого вибору для лікування запальних захворювань опорно-рухового апарату. Однак слід нагадати, що не зважаючи на безсумнівну клінічну ефективність, НПЗП притаманна низка серйозних побічних ефектів. Ці ускладнення пов'язані з особливостями їх механізму дії. У зв'язку з цим, незважаючи на різноманітний асортимент протизапальних препаратів, проблема корекції запальних захворювань залишається невирішеною. Постійно проводиться пошук нових препаратів з нетрадиційним (відмінним від антициклооксигеназного) механізмом дії і більш високим рівнем безпеки. Одним з перспективних напрямків створення ефективних та безпечних протизапальних препаратів є