

ПОБІЧНІ РЕАКЦІЇ ІНГАЛЯЦІЙНИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДІВ

Василенко К. О.

Науковий керівник: Деримедвідь Л. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
derimedved67@gmail.com

Вступ. Бронхіальна астма (БА) є поширеним гетерогенним захворюванням легень, що характеризується хронічним запаленням дихальних шляхів, наявністю змінних за часом та інтенсивністю респіраторних симптомів з варіабельною обструкцією бронхів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на БА хворіє близько 300 мільйонів людей у всьому світі, а до 2025 року прогнозована кількість хворих на БА становитиме близько 600 мільйонів. Поширеність БА у світі варіює, становить у середньому 4–10% від чисельності населення. У дитячій популяції на БА страждає близько 10%. У 42–94% хворих БА поєднується з ХОЗЛ і хронічним бронхітом.

Основна мета лікування БА – досягнення та підтримання контролю над симптомами захворювання протягом тривалого часу. Важливими цілями терапії БА є зниження ризиків майбутніх загострень, підтримання нормальної легеневої функції, адекватного рівня активності, у т. ч. фізичної, та виключення небажаних ефектів терапії.

Для лікування і профілактики нападів БА застосовують бронхолітики різних груп, антиалергічні препарати, глюкокортикостероїди (інгаляційні та системні), моноклональні антитіла, комбіновані препарати тощо.

Ступеневий підхід до фармакотерапії БА включає у себе послідовність використання антиастматичних засобів, серед яких базисними препаратами першого вибору є інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС), код за АТХ-класифікацією R03B A. В Україні наявні препарати беклометазону (R03B A01), будесоніду (R03B A02) флутиказону (R03B A05) та мометазону (R03B A07). У механізмах протиастматичної дії ІГКС провідне значення мають протизапальний, антиалергічний та імуносупресивний ефекти, здатність зменшувати адренергічний дисбаланс. У медичній практиці використовуються ІГКС, які мають як системну, так і місцеву дію. Використання ІГКС підтримує стан ремісії, швидко та ефективно усуває загострення при тяжкому перебігу бронхіальної астми.

Попри високу клінічну ефективність, антиастматичні засоби підгрупи ІГКС мають і певні побічні реакції, що може нівелювати їхню клінічну ефективність.

Мета дослідження. Вивчення побічних ефектів (ПР) ІГКС у м. Харків та Харківській області за період 2017-2021 рр.

Матеріали та методи: метод пасивного фармаконагляду, метод спонтанних повідомлень.

Результати дослідження. За період 2017–2021 рр. у Харківській області та м. Харків було зареєстровано 10348 випадків ПР, серед яких 67 були при застосуванні антиастматичних засобів, що становило 0,64% усіх випадків ПР, зареєстрованих у Харківській області та місті Харків. ПР траплялись у 67,16% випадків у жінок та в 32,84% серед чоловіків.

На частку ІГКС за досліджений період прийшлося 34,32% усіх ПР антиастматичних засобів. Серед ІГКС, які спричинили ПР, були монокомпонентні препарати беклометазону – 29,17%, будесоніду – 37,5% карт-повідомлень та комбіновані засоби з ГКС 33,33% карт повідомлень. Тривалість використання ІГКС становила від 1 години до 3 років.

Побічними реакціями при застосуванні ІГКС були охриплість голосу, кандидоз ротової порожнини та горла, парадоксальний бронхоспазм, подразнення горла, порушення сну, дратівливість, занепокоєння, нудота. При застосуванні комбінованих антиастматичних засобів з ІГКС серед ПР були тахікардія, тремор, порушення сну, нудота, головний біль, охриплість голосу, кандидоз ротової порожнини та горла. Карт, у яких зазначено декілька проявів ПР було 54,16%. Усі реакції на ІГКС належали до типу А і були передбаченими.

На частку кандидозу ротової порожнини, горла та охриплості горла прийшлося 66,66% випадків ПР. На наш погляд, це зумовлено як імуносупресивними властивостями препаратів, так і недотриманням пацієнтами рекомендацій щодо їх правильного застосування (синхронізація подиху, полоскання рота після інгаляції, застосування інгаляційних стероїдів у менших дозах та з меншою кратністю введення (у фазі ремісії бронхіальної астми) тощо). У певних випадках, на наш погляд було б доцільно застосовувати ІГКС не у вигляді аерозолів, а шляхом застосування дискхалерів, турбухалерів, спейсерів, небулайзерів та інших систем доставки препаратів. Дисфонія (осиплість голосу) зумовлена відкладенням ІГКС у гортані та розвитком стероїдної міопатії. З метою її запобігання рекомендовано зниження голосового навантаження, заміна дозованих інгаляторів з ІГКС на порошкові.

Головний біль, тремор, тахікардія траплялись у 75% карт-повідомлень, нудота – у 12,5%. Інші ПР мали поодинокі прояви.

Висновки. Побічні реакції при застосуванні ІГКС становлять майже $\frac{1}{3}$ усіх ПР антиастматичних засобів. Найчастіше вони трапляються в жінок. У низці випадків ПР можна запобігти шляхом заміни пристрою для інгаляції, синхронізації подиху та зміни кратності застосування препаратів (у фазі ремісії).

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІНГАЛЯЦІЙНИХ СПОСОБІВ ДОСТАВКИ ЛІКІВ

Васильченко В. С.

Науковий керівник: Жаботинська Н. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

vickywonder00@nuph.edu.ua

Вступ. Інгаляційний шлях доставки ліків інтенсивно використовується для лікування легеневих захворювань, таких як бронхіальна астма, хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) та ін. На 2017 рік було відомо 250 інгаляторів для доставки ліків при хронічних обструктивних розладах, на сьогоднішній день все більшої актуальності набирають способи доставки комбінацій лікарських засобів у дихальні шляхи. З кожним роком інгаляційний шлях доставки ліків становиться все складніше, адже дихальні шляхи розвивають нові захисні механізми. Але на етапі домедичної допомоги хворий може використати тільки певні групи лікарських засобів для купірування нападів бронхіальної астми.

Мета дослідження. Порівняльний аналіз різних засобів для інгаляційного шляху доставки ліків, оцінка їх переваг та недоліків під час надання домедичної допомоги.

Матеріали та методи. Було проаналізовано вітчизняну та закордонну літературу, присвячену вивченню різних пристроїв для інгаляційного шляху доставки лікарських засобів.