

Матеріали дослідження включали 89 витягів з історії хвороби та амбулаторних карт пацієнтів із неалкогольною жирковою хворобою печінки, яким були призначені нестероїдні протизапальні лікарські засоби, бета-блокатори, в тому числі при підвищенні функції щитоподібної залози.

Результати та їх обговорення. При аналізі історій хвороб нами були оцінені діагностичні можливості «Шкали оцінки втоми (Fatigue Assessment Scale)» для ранньої верифікації цитолітичного та холестатичного синдромів при лікарському токсичному гепатиті. Встановлено, що при перевищенні загального коефіцієнту цієї шкали більш ніж 22 бали, пацієнти потребують поглибленого клініко-лабораторного обстеження для виключення лікарського токсичного гепатиту.

При верифікації медикаментозного ураження печінки у хворих із НАЖХП найбільш частим фактором були німесулід та диклофенак. Найбільш небезпечною фармакокінетичною взаємодією було встановлено одночасне призначення бета-блокаторів (субстрати CYP2D6) та інгібіторів цього ізоферменту - специфічних інгібіторів ЦОГ2, антидепресантів із групи блокаторів зворотного захвату серотоніну та інгібіторів H₂-рецепторів гістаміну. При індукції негативного іотропного ефекту у хворих із підвищеною функцією щитоподібної залози бета-блокатори (метопролол, бісопролол, лабеталол) уповільнюють метаболізм метамізолу та збільшують його гепатотоксичний ефект. В цій клінічній ситуації препаратами вибору можуть бути – небіволол, атенолол, які не впливають на біотрансформацію метамізолу.

Висновки. В клінічній практиці для раннього визначення медикаментозного лікарського токсичного ураження печінки доцільне використання «Шкали оцінки втоми (Fatigue Assessment Scale)» при призначенні німесуліду та диклофенаку на фоні НАЖХП та при сполучному призначенні метамізолу з метапрололом, бісопрололом, лабеталолом при гіпертиреозі.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РАЦІОНАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ У ДІТЕЙ МУКОЛІТИЧНИМИ ЗАСОБАМИ

Шворак А.В., Ветрова К.В., Давішня Н.В., Сахарова Т.С.

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

vk_v_katya@ukr.net

Вступ. Кашель – один з найпоширеніших симптомів, з яким батьки дітей звертаються за допомогою до лікаря та фармацевта в аптеку. Це симптом, що може спостерігатися при багатьох захворюваннях, однак у більшості дітей він пов'язаний саме з застудою. Кашель викликає погіршення якості життя дитини, а також її батьків. Переважна більшість батьків, починаючи хвилюватись з приводу кашлю у дітей, самостійно дають їм лікарські засоби для лікування кашлю.

Мета дослідження. Визначення ролі фармацевта в забезпеченні раціонального лікування кашлю у дітей муколітичними препаратами.

Матеріали та методи дослідження. Опитування відвідувачів аптеки (представників дітей) проводилося в усній формі (за попередньо розробленою анкетой) на базі аптеки «Доброго дня» м. Київ. Було опитано 32 відвідувачі аптеки (представників дітей).

Опитування фармацевтів проводилося в усній формі за розробленою анкетой. Було опитано 12 фармацевтів аптек м. Київ.

Результати та їх обговорення. Результати опитування представників дітей, показали, що вік більшості дітей, для яких купували препарати для лікування кашлю (з групи муколітиків) – 5-7 років. Більшість представників дитини (84,4 %) пов'язували виникнення кашлю у дитини із застудою. 69 % дітей мали досвід застосування лікарських препаратів для лікування кашлю (з групи муколітиків), інші 31 % – не застосовували препарати цієї фармакологічної групи.

Перед зверненням в аптеку лише 31 % батьків зверталися до лікаря-педіатра для огляду дитини та проведення необхідних аналізів. Серед тих батьків, які не зверталися до педіатра, переважна більшість (63,7 %) купували препарат за рекомендацією фармацевта. Тільки 75 % респондентів завжди читають інструкцію до застосування лікарських препаратів.

80 % респондентів зазначили, що завжди отримують консультацію фармацевта щодо умов раціонального застосування препаратів для лікування кашлю у дитини, можливих побічних ефектів тощо.

75 % представників дітей знали, що посилення виділення мокроты є позитивним та бажаним ефектом при прийомі муколітичних препаратів. Однак 15 % респондентів не вважали цей симптом бажаним, а 10 % представників дітей було складно відповісти на це питання.

65 % дітей під час прийому муколітиків не змінювали режим пиття рідини, тобто вони приймали звичну кількість рідини на добу, 15 % представників дітей було складно достовірно відповісти на це питання, та лише 20 % дітей (зі слів їх представників) при прийомі муколітичних препаратів збільшували свій режим пиття рідини.

Результати опитування фармацевтів показали, що до 58 % фармацевтів протягом робочої зміни в аптеку за придбанням муколітику звертаються, у середньому, 4-5 разів. При виборі муколітичних засобів для лікування кашлю у дітей половина фармацевтів надавали перевагу препаратам з діючою речовиною амброксол.

85 % фармацевтів при відпуску з аптеки муколітичних препаратів для лікування кашлю у дітей обов'язково консультують представників дітей щодо умов їх раціонального застосування. Така ж кількість фармацевтів знали про ризик розвитку вираженої гіперсекреції при прийомі великої дози ацетилцистеїну.

Лише 75 % фармацевтів знали про несумісність бромгексину та амброксолу з лужними розчинами, інші 25 % – не знали про це.

90 % фармацевтів наголошують на збільшенні кількості випиваємої рідини на добу під час прийому муколітичних препаратів для лікування кашлю у дитини, 10 % фармацевтів не роблять або не знають про це.

Висновки. Фармацевт займає важливе місце в оптимізації терапії кашлю у дітей муколітичними засобами. Він має з'ясувати ймовірну причину виникнення кашлю, запитати як давно виник кашель у дитини та виключити «загрозливі» симптоми. Якщо «загрозливі» симптоми у дитини не виявлені, фармацевт має обрати безпечний та ефективний муколітичний препарат для симптоматичного лікування кашлю та обов'язково проконсультувати представника дитини щодо умов раціонального застосування, побічних ефектів, взаємодії з іншими лікарськими препаратами, їжею, надати загальні немедикаментозні рекомендації з лікування кашлю. Наприкінці обов'язково наголосити – при неефективності терапії, появи «загрозливих» симптомів або проявів побічної дії необхідно негайно звернутися до лікаря.

КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

Ярошкевич К. С.

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

orhidkatrina@gmail.com

Вступ. Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) – короткочасна, як правило, легко протікаюча інфекція верхніх дихальних шляхів (включаючи порожнину середнього вуха та навколо носових пазух), яка викликається різними респіраторними вірусами та супроводжується рінореєю, загальним нездужанням, гіпертермією, нежиттю та біллю у горлі, кашлем. Для ГРВІ характерний вкрай високий рівень захворюваності, який призводить до серйозної економічної шкоди. В Україні кожний рік реєструється 1,3-2 млн випадків респіраторних інфекцій, на які в структурі захворюваності приходить майже 40% днів непрацездатності. Однак треба припустити, що реальна кількість хворих, що часто не звертаються за медичною допомогою, перевищує офіційні дані у 1,5-2 рази. Не треба забувати і про потенційну загрозу багатьох препаратів, а тим більше їх поєднання.

Мета дослідження. Критично оцінити обґрунтованість фармакотерапії крапель з ксілометазоліном гідрохлориду при ГРВІ.

Матеріали та методи. Для критичного обґрунтування застосування фармакотерапії крапель з ксілометазоліном гідрохлориду при ГРВІ використовували огляд наукової літератури, оцінювалися результати досліджень застосуванню їх і наявність доказів ефективності та безпеки. Розглядалися офіційні рекомендації ВООЗ та Національним інститутом здоров'я (NIH). Проводилась оцінка побічних ефектів, оцінка ступеню важкості і впливу на ефективність лікування. Враховувався клінічний досвід спеціалістів, що займаються лікуванням ГРВІ.