

що діють на мікобактерії. J04A Протитуберкульозні засоби. Дослідження були проведені за допомогою пасивного фармаконагляду (метод спонтанних повідомлень) від фтизіатричних відділень та закладів м. Харкова та області. Карти-повідомлення про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарських засобів при їх медичному застосуванні були заповнені за формою 137/0, згідно чинного законодавства, наказів Міністерства охорони здоров'я України від 27.12.2006 № 898 «Про затвердження порядку здійснення фармаконагляду» (зі змінами), зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.01.2007 за № 73/13340 та від 05.04.2018 № 620 «Настанова. Лікарські засоби. Належні практики фармаконагляду».

**Результати дослідження.** В ході проведених досліджень встановлено, що з фтизіатричних відділень та закладів м. Харкова та області за 2020 рік надійшло 176 карт-повідомлень про виникнення побічних реакцій на протитуберкульозні препарати. Найбільша кількість карт-повідомлень надійшла на препарати Ізоніазид (26 карт-повідомлень), Лінезід (22 карти-повідомлення), Макрозид (15 карт-повідомлень), Капреоміцин (14 карт-повідомлень), Піразинамід та Коксерин (10 карт-повідомлень). Побічні реакції препаратів проявились переважно у вигляді поколювання в ніжних кінцівках: на Лінезід – 20 випадків, Ізоніазид – 18 випадків, Макрозид – 12 випадків, Капреоміцин та Коксерин – 10 випадків, Піразинамід – 7 випадків. На препарати Ізоніазид та Піразинамід надійшли поодинокі випадки побічних реакцій: нудота, одноразово блювота, відсутність апетиту, загальна слабкість, підвищення рівня печінкових ферментів. Згідно класифікацій побічних реакцій дані побічні реакції, що надійшли на протитуберкульозні препарати, відносять до несерйозних (не призвели до інвалідності або смерті хворого), типу А (частими передбачуваними реакціями).

**Висновки.** Проведення протитуберкульозної хіміотерапії супроводжується виникненням побічних реакцій. У 2020 році у м. Харкові та області встановлено 176 випадків побічних реакцій при прийомі протитуберкульозних препаратів. Найбільша кількість побічних реакцій надійшла на препарати Лінезід, Ізоніазид, Макрозид, Капреоміцин, Коксерин, Піразинамід. Побічні реакції на препарати проявились переважно у вигляді поколювання в ніжних кінцівках. Після відміни препаратів дані явища зникали. Оцінка побічних реакцій показала, що дані реакції відносять до несерйозних та передбачуваних. Такі побічні реакції препаратів не впливають на результати лікування.

Отримані результати є корисними для фтизіатрів в об'єктивній оцінці побічних реакцій протитуберкульозних препаратів та прийнятті оптимального рішення щодо тактики подальшого лікування ТБ.

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПОШКОДЖЕННЯ СУГЛОБОВОЇ ГУБИ

Яворська В. С.

Науковий керівник: Зелененко Н. О.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

yavorskavalera@gmail.com

**Вступ.** Суглобова губа плеча являє собою обідок волокнистої хрящової тканини, який прикріплюється по краю суглобової западини лопатки. Прикріплюючись подібним чином губа

сприяє поглибленню досить плоскої западини лопатки, створюючи умови для кращого введення в неї голівки плечової кістки. Крім того, суглобова губа надає «присмоктуючу» дію, сприяючи ще тіснішому зіткненню суглобових поверхонь плечової кістки і западини лопатки. Суглобова губа служить місцем прикріплення плече - лопаткового зв'язкового комплексу і сухожилка, що забезпечують стабілізацію плечового суглоба. Кожна зі зв'язок протистоїть вивиху плеча при певному куті відведення. Якщо виникає відрив суглобової губи від западини лопатки, втрачається стабілізуюча функція комплексу плече-лопаткових зв'язок, тому пошкодження або відрив губи завжди призводять до розвитку нестабільності плеча. Відрив передньої і нижньої частини суглобової губи разом з прикріпленими до неї плече-лопатковими зв'язками, призводить до передньо-нижньої нестабільності плеча і вивиху, відрив верхньої її частини з прикріпленим сухожилком довгої голівки двоголового м'яза - до верхньої нестабільності, відрив задньої частини губи, відповідно, - до задньої нестабільності.

**Мета дослідження.** Проаналізувати особливості діагностики, способи лікування та фізичної реабілітації при пошкодженні суглобової губи.

**Матеріали та методи.** Аналіз спеціальної літератури, основних понять та термінів.

**Результати дослідження.** Нестабільність суглобової дуги може призвести до виникнення звичного вивиху плеча, який, в свою чергу, є надзвичайно небезпечним та провокує пацієнтів обмежувати фізичні навантаження та загальну активність і контролювати рухи в плечовому суглобі. Варто вказати, що до симптомів пошкодження суглобової губи належать біль в плечі, відчуття клацання та нестабільності плечового суглоба. Запідозрити дані пошкодження можна за допомогою низки діагностичних тестів, УЗД- діагностики. Крім того високоефективною є і МРТ дослідження плеча. Попри те, згідно зі світовою статистикою до 40% ушкоджень суглобової губи плеча не діагностується і виявити пошкодження можна тільки провівши артроскопічний огляд суглоба. За допомогою спеціального приладу – астроскопа – лікар здатен оглянути структуру суглоба і виявити навіть найменші його пошкодження.

Лікування пошкоджень суглобової губи може бути як консервативним, так і оперативним. Консервативне лікування полягає в дотриманні пацієнтом режиму безболісних навантажень, протизапальному лікуванні при загостренні, проходженні курсу фізіотерапевтичних процедур. Та все ж основним методом лікування пошкоджень суглобової губи є оперативне втручання, так як тільки в цьому випадку можливо пришити відірвані частини губи, виконати реконструкцію її відділів і пошкоджених м'язів і сухожилків. На сьогоднішній день найсучаснішим методом оперативного лікування пошкоджень суглобової губи плеча є артроскопія плечового суглоба - операція без розрізу. Операція по пришиванню (рефіксації) суглобової губи до суглобової западини лопатки носить назву операція Банкарта (при пошкодженні суглобової губи в передньому, передне-нижньому відділі суглоба). Прошивання і фіксація відірваної ділянки суглобової губи до краю суглобової западини проводиться за допомогою спеціальних розсмоктуючих якірних фіксаторів. На теперішній час існує досить велика кількість різних якірних фіксаторів, що відрізняються діаметром, що розсмоктуються (полімолочна кислота), або не розсмоктуючим матеріалом (титаном), кількістю і типом ниток, а також вузловим або безвузловим методом фіксації ниток. Міцність фіксації суглобової губи залежить від правильного вибору якорів, правильної техніки їх установки і достатнього обсягу м'яких тканин. При пошкодженнях губи в поєднанні з кістковим дефектом краю суглобової западини застосовуються операції, що включають кісткову пластику - операція Латерже. Операція Латерже зазвичай проводиться, коли

кістковий дефект передньо-нижнього краю лопатки становить понад 25% (оцінюється за даними комп'ютерної томографії). Вона полягає в пересадці частини дзьобоподібного відростка з прикріпленими до нього м'язами в зону дефекту на передній поверхні суглобової западини, фіксація переміщеного фрагмента здійснюється гвинтами.

Реабілітація після артроскопії плечового суглоба – досить тривалий процес. Повне відновлення займає близько 4-6 місяців. У перші дні пацієнтові необхідні холодні компреси, а кінцівка щільно фіксується за допомогою накладання пов'язки. Термін, протягом якого доведеться носити бандаж, визначається лікарем в залежності від стану пацієнта. При появі больового синдрому хворому дозволяється використовувати знеболюючі засоби, а для запобігання ускладнень призначаються протизапальні медикаменти. Одна з головних небезпек в реабілітаційний період – атрофія м'язів і різні застійні явища. Щоб цього уникнути, необхідні заняття спеціальною гімнастикою, яка сприяє зміцненню суглоба. У перші 1-2 дня руку краще не турбувати, а після дозволяється мінімальне навантаження, яке повинне збільшуватися щодня.

Перші фізичні навантаження повинні проходити під контролем лікаря, який повинен пояснити пацієнту всі правила заняття лікувальною фізкультурою. На другий день після операції вправи виконуються в трьох положеннях: лежачи на здоровому боці, лежачи на спині і стоячи. Загальний стан пацієнта зазвичай значно поліпшується на 5-6 день, і з цього моменту головне завдання – активізувати руховий режим травмованої кінцівки. Всі вправи спрямовуються на поліпшення місцевого кровообігу і профілактику гіпотрофії м'язів плеча.

Залежно від стану хворого, після закінчення дво- або тритижневого терміну, переходять до реалізації програми пізнього відновлення, яка базується на більш інтенсивних заняттях. Пацієнтам рекомендується виконувати комплекс активних фізичних вправ. До допоміжних тренажерів належать еластична стрічка-еспандер, гімнастична палиця, турнік, снаряди-обважнювачі та інші спортивно-реабілітаційні пристосування. Також призначаються курси традиційного масажу плеча, гідромасажу, аквагімнастики, додатково рекомендують плавання в басейні.

В результаті дослідження було встановлено особливості діагностики, основні способи лікування та етапи фізичної реабілітації при пошкодженні суглобової губи.

**Висновки.** Нестабільність суглобової губи може спровокувати значний дискомфорт і є небезпечною, адже збільшує ризик виникнення вивихів плечового суглоба. Лікування даної патології – це складний процес, що потребує, в більшості випадків, оперативного втручання. Подальше ж відновлення стану кінцівки залежить від проведення якісної фізіотерапії.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ВИПАДКІВ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПРИ ПРИЙОМІ ЦЕФАЛОСПОРИНІВ У ХАРКІВСЬКОМУ РЕГІОНІ

Ярошенко А. С., Мінухіна У. А.

Науковий керівник: Бутко Я. О.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

yaroslavabutko79@gmail.com

**Вступ.** Цефалоспорины – це група бета-лактамних антибіотиків, прийом яких має велике значення у клінічній практиці. Дані антибіотики мають ряд переваг: широкий спектр дії по відношенню до грампозитивних та грамнегативних мікроорганізмів (особливо