

АНАЛІЗ ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ТЛІ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ РЕСПІРАТОРНОЇ СИСТЕМИ

Сливка Ю.В.¹, Меленченко Н.О.², Хмелевський М.О.³

Науковий керівник: Бутко Я.О.¹

¹Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

²КНП ХОР «Обласний центр медичної статистики, здорового способу життя та інформаційно-аналітичної діяльності» Харків, Україна

³Департамент охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації,
Харків, Україна
yuliaslivka4@gmail.com

Вступ. Захворювання респіраторної системи – це велика група захворювань, яка включає хвороби бактерійного походження та з проявами локального ураження дихальних шляхів – ларингіт, тонзиліт, фарингіт, бронхіт та ін. Згідно МКХ-10 це групи J00–J99 Хвороби органів дихання.

Доказано, що одними з найефективнішими препаратами для лікування бактеріальної інфекції дихальних шляхів є застосування антибактеріальних препаратів. Однак, при їх прийомі є ризики виникнення побічних реакцій (ПР).

Мета дослідження. Метою даного дослідження було провести аналіз кількості побічних реакцій антибактеріальних препаратів на тлі лікування захворювань респіраторної системи у Харківській області за 2021 р.

Матеріали та методи. Аналіз був проведений за допомогою метода спонтанних повідомлень про ПР препаратів, що отримані з бази даних Автоматизованої інформаційної системи з фармаконагляду (АІСФ) ДЕЦ МОЗ України за 2021 рр. Об'єктами дослідження були карт-повідомлення про ПР при застосуванні антибактеріальних препаратів при захворюваннях J00–J99.

Результати дослідження. Аналіз показав, що за 2021 рік зареєстровано 114 карт-повідомлень, в яких вказано 148 ПР, на препарати при лікуванні захворювань респіраторної системи. З них 38 карт-повідомлень надійшло на препарати з групи «J01. антибактеріальні засоби для системного застосування», в яких вказано 53 ПР. Найбільша кількість ПР надійшла на антибіотики групи цефалоспоринів – 28, дещо менша кількість на пеніциліни – 9, макроліди – 6 та антибактеріальні препарати з групи фторхінолони – 7. Поодинокі випадки ПР зафіксовано для аміноглікозидів, тетрациклінів та хлорамфеніколу – по 1 ПР.

Висновки. Отже, результати кількості ПР препаратів на тлі лікування захворювань дихальної системи показали, що у базі АІСФ зареєстровано 148 ПР, з них 35,8 % на тлі застосування антибактеріальних препаратів. Серед них найбільша кількість ПР надійшла на цефалоспорины (52,8 %), дещо менша – на пеніциліни (17 %), фторхінолони (13,2 %) та макроліди (11,3 %).

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Ступак А.О.

Науковий керівник: Чікіткіна В.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
stupakanastasia@icloud.com

Вступ. Мозковий інсульт належить до найбільш тяжких форм цереброваскулярних захворювань. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) описує інсульт як клінічний

синдром швидкого розвитку з ознаками фокальної чи глобальної втрати мозкових функцій, які тривають 24 години і більше або призводять до смерті при відсутності інших (не судинних) причин. На сьогодні інсульт є основною соціально-медичною проблемою неврології. Щорічно в світі церебральний інсульт переносять майже шість мільйонів осіб (за даними ВООЗ, у розвинутих країнах світу щорічно реєструють від 100 до 300 інсультів на 100 тис. населення), а в Україні більше 125 тис. Рівень смертності від інсульту в Україні у 2,5 раза перевищує відповідні показники західноєвропейських країн і має тенденцію до подальшого зростання. Зазначимо, що більше третини інсультів трапляється в працездатному віці, і багато пацієнтів потребують сторонньої допомоги.

За характером патологічного процесу розрізняють два види інсульту: геморагічний та ішемічний (мозковий інфаркт, розм'якшення мозку). За морфологічними змінами інсульт поділяється на ішемічний, геморагічний та змішаний. Ішемічний інсульт або інфаркт мозку – гостре порушення мозкового кровообігу внаслідок дефіциту надходження артеріальної крові до головного мозку, що призводить до його гіпоксії та розвитку ділянок некрозу.

Відомо, що патофізіологія гострого ішемічного інсульту визначається багатьма несприятливими чинниками. Серед них виділяють два найважливіших процеси, що розгортаються послідовно: а) дефіцит локального мозкового кровотоку та енергії й формування локальної церебральної ішемії; б) розвиток патобіохімічних і молекулярних реакцій, зумовлених ішемічним і запальним каскадом. Саме визначення динамічних ранніх і пізніх циркуляторно-метаболічних порушень в ішемізованій ділянці мозку (пенумбрі) та розробка ефективного терапевтичного впливу на різні ланки ішемічного каскаду привертає все більшу увагу фахівців різних спеціальностей.

Фізична терапія, об'єднуючи різні підходи, є ключовою частиною реабілітації після інсульту, сприяючи функціональній незалежності. На основі різних уявлень про те, як люди відновлюються після інсульту, було розроблено низку підходів до фізіотерапевтичних втручань.

Мета дослідження. Визначити, які підходи до фізичної реабілітації ефективними для відновлення функцій і рухливості людей з ішемічним інсультом.

Матеріали та методи. У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу сучасних джерел інформації.

Результати дослідження. Організація надання якісної та дієвої допомоги у гострій період інсульту – важлива і можлива сьогодні. Вчасна та якісна терапія й рання реабілітація дозволяє запобігти смерті та інвалідизації. Організація надання допомоги хворим на ІМ охоплює три етапи: дошпитальний, шпитальний та реабілітацію. На кожному з них існує перелік необхідних дій із залученням додаткових інструментальних та лабораторних методів.

Завданнями ранньої реабілітації після перенесеного інсульту є:

1. Боротьба з гіпокінезією і гіподинамією, які можуть призводити до виникнення флеботромбозу нижніх кінцівок із загрозою виникнення тромбоемболії легеневої артерії, застійних явищ у легенях, пролежнів.

2. Профілактика неврологічних ускладнень гострого періоду у вигляді збільшення вираженості спастичності в паретичних кінцівках з виникненням у них контрактур, появою мовних порушень, рухових поз і стереотипів (Верніке – Манна).

Метою невідкладного лікування пацієнтів з інсультом є стабілізація стану пацієнта та завершення початкової оцінки, включаючи візуалізацію та лабораторні дослідження, протягом короткого періоду часу. Фізичних терапевтів слід залучати на ранній стадії. Їх основною метою є запобігання ускладненням, зведення до мінімуму наявних порушень та повернення максимальної функції та працездатності пацієнта/клієнта. Рання мобілізація пов'язана з

кращими результатами, навіть якщо взяти до уваги потенційний змішаний вплив тяжкості захворювання. Якщо реабілітація має проходити у відділенні, відмінному від відділення невідкладної допомоги, допомога, що надається, має бути максимально безперебійною. Тип та інтенсивність терапії повинні визначатися потребами пацієнта, а не місцем. Огляд наукової групи Harutoshi Sakakima та ін. припускає, що фізичні вправи діють як прототип прекондичіонуючих стимулів, які забезпечують ефекти захисту мозку та є безпечними та ефективними варіантами лікування для забезпечення ендогенної нейропротекції у пацієнтів з гострим і хронічним інсультом. Дослідження Carina U Persson та ін. виявили, що вік, парез руки, афазія та параліч обличчя при інсульті були предикторами підвищення м'язового тону через сім років після ішемічного інсульту. Рандомізоване дослідження, що вивчає вплив тренування рівноваги за допомогою функціональної електричної стимуляції, викликаной електроміограмою (EMG-triggered FES), для покращення статичного балансу, динамічного балансу та активації м'язів шиколотки свідчить про позитивні результати у пацієнтів з інсультом.

Для ефективної реабілітації постінсультних пацієнтів застосовують силові тренування, модифіковану рухову терапію, ортопедичне лікування та ігри. Силові тренування – прогресивні вправи з опором, наполегливо рекомендуються Австралійським фондом інсульту (2017) і рекомендаціями АНА (2010), але оптимальний підхід до зміцнення досі невідомий. Різні систематичні огляди продемонстрували покращення сили після силового тренування, але показали обмежений вплив на параметри ходьби. У 2020 році Велдема та Янсен провели систематичний огляд і дійшли висновку, що хоча поточні дані свідчать про те, що силові тренування можуть мати позитивний вплив на відновлення пацієнтів, які перенесли інсульт, поки що недостатньо доказів для «реабілітації, заснованої на доказах». Вільямс та ін. досліджували специфіку завдань силового тренування для ходьби при неврологічних захворюваннях і виявили, що вправи для квадрицепсів і підколінних сухожил'є є найбільш часто використовуваними вправами в неврологічній реабілітації. Модифікована рухова терапія, спричинена обмеженнями – втручання, яке використовується для покращення функціональності та рухливості у верхніх кінцівках, які більш уражені після інсульту. Використовується як альтернатива оригінальним обмеженням рухової терапії, викликаним обмеженнями. Метод передбачає обмеження менш ураженої верхньої кінцівки людини за допомогою рукавиці безпеки. Рукавицю залишають на 90% дня, протягом 2-тижневого періоду втручання в поєднанні з 6 годинами на день, 5 днів на тиждень навчанням для виконання конкретних завдань. Модифікована рухова терапія є інтенсивним і іноді складним для впровадження, пацієнти іноді втомлюються від носіння рукавиці, що впливає на дотримання протоколу. Ортопедичне лікування – терапія, що включає динамічний ортез на зап'ястя, може бути не кращою за мануальну терапію. Довгострокове використання статичних ортезів вимагає додаткових можливостей відповідного лікування для запобігання стиснутому кулаку та підтримці гігієни. Також, доведено, що цілеспрямовані комп'ютерні ігри значно зменшують ураження верхніх кінцівок у тих, хто переніс інсульт. –

Висновки. Таким чином, за умови ішемічного інсульту, неврологічне та функціональне відновлення відбувається як у гострій, так і в хронічній фазах після інсульту. Доведено, що реабілітація приносить найбільшу користь, якщо її розпочати рано, хоча відновлення порушень, пов'язаних з інсультом, можливе навіть через роки. Організована допомога при інсульті, процеси надання допомоги, ранній термін реабілітації та висока інтенсивність реабілітаційної терапії є важливими факторами, які сприяють кращим загальним результатам для осіб з інсультом.