

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Серія «Наука»

ЛІКИ – ЛЮДИНІ.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ І ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Матеріали IV Міжнародної
науково-практичної конференції

У двох томах

Том 2

12-13 березня 2020 року
м. Харків

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 430 від 13 серпня 2019 року*

Харків
НФаУ
2020

5. Одним із варіантів для подолання цієї проблеми, який ми можемо запропонувати, є створення пунктів прийому лікарських препаратів, в який закінчився термін придатності. Такі пункти повинні спеціалізуватися на переробці або ж найбільш безпечній утилізації таких ксенобіотиків.

6. Проводячи паралель впливу лікарських препаратів на рослинні організми та на організм людини, можна задуматись над тим, до чого може призвести надмірне вживання цих препаратів.

Література

1. Лисиця А. В. Біоіндикація і біотестування забруднених територій / А. В. Лисиця. – Рівне: Дока-центр, 2018. – 97 с.
2. Ліки Контроль [Електронний ресурс]. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <http://likicontrol.com.ua/%D0%BF%D0%BE%D1%88%D1%83%D0%BA-%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%96%D0%B2/>.
3. Янович Д. О. Біотрансформація ксенобіотиків і механізми її регуляції / Д. О. Янович, Н. Є. Янович. // Науковий вісник Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького. – 2011. – №2. – С. 305–311.

ЧАСТОТА МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КСЕРОСТОМІЇ ПРИ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Ємельянова Н.Ю.

к.мед.н., ст.н.с. відділу комплексного зниження ризику ХНІЗ
ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»,
Харків, Україна

На сьогодні, згідно з даними проведених досліджень, відчуттям періодичної або постійної сухості у роті страждає кожний п'ятий пацієнт, що являє собою велику медико-соціальну проблему. Відомо, що достатня кількість слини – одне з важливих умов для підтримки стоматологічного здоров'я. Пацієнти з ксеростомією відмічають печію у роті («синдром палаючого рота»), спотворення смакових відчуттів, складнощі при переживуванні та ковтанні їжі, часте травмування слизової оболонки рота і як наслідок психологічні та соціальні проблеми, що значно погіршує якість життя. Причинами виникнення ксеростомії можуть бути різноманітні соматичні захворювання, психічні розлади, травми, постійний стрес, літній вік та застосування медикаментів, що призначаються з приводу основної патології. На теперішній час відомі понад 400 медикаментів, що володіють ксерогенними властивостями та мають здатність викликати сухість у роті. Основними групами препаратів, що спричиняють гіпосалівацію вважають антихолінергічні та антигіпертензивні препарати, діуретики, антигістамінні засоби, антидепресанти та ін.. Одними з соматичних захворювань, що потребують тривалого одночасного прийому препаратів декількох груп є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічна хвороба серця (ІХС), особливо при їх поєднанні.

Тому, метою нашого дослідження було вивчення частоти та інтенсивності ксеростомії за даними фізичних показників ротової рідини у хворих на ХОЗЛ у поєднанні з ІХС.

Оглянуто 239 пацієнтів, з них основна група складала 130 хворих із верифікованим діагнозом ХОЗЛ у поєднанні з ІХС, група порівняння 1 - 38 хворих з діагнозом ХОЗЛ, група порівняння 2 - 71 пацієнт із діагнозом ІХС.. Препаратами для базисної терапії ХОЗЛ на базі міжнародних критеріїв та стандартів діагностики та лікування МОЗ України були: м-холінолітики або β -2-агоністи тривалої дії, при необхідності - бронхолітики короткої дії, інгаляційні глюкокортикостероїди. Для лікування ІХС призначали ацетилсаліцилову кислоту, β -адреноблокатори, статини, інгібітори АПФ. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Методи обстеження: анкетування скарг, клінічне стоматологічне, дослідження ротової рідини (швидкість салівації, в'язкість, водневий показник), статистичний метод. Згідно з вітчизняними стандартами та критеріями, результати сіалометрії можуть розглядатися у якості показника ступеню ксеростомії.

Відмічено, що відчуття сухості у роті та недостатньої кількості слини було основною стоматологічною скаргою (майже у 90% опитаних). У більшості хворі згадували безперервну сухість, особливо у нічний час, неможливість її ліквідувати, оскільки усі засоби були неефективними. Спостерігався позитивний середньої сили взаємозв'язок між сухістю у роті та застосуванням базисної терапії в основній групі ($p=0,039$), та у групі порівняння 2 ($p=0,001$). Також, в основній групі ($21,5\pm 3,6\%$), у $21,0\pm 6,6\%$ пацієнтів з групи ХОЗЛ та $23,9\pm 5,1\%$ з ІХС спостерігалася недостатня зволоженість та набряк слизової оболонки порожнини рота, яскравий її відтінок з відсутнім блиском.

При проведенні сіалометрії з'ясовано, що найнижчий показник швидкості слиновиділення був притаманний основній групі (межі від 0,150 до 0,300 мл /хв.), тоді як у групі порівняння 2 кількість змішаної слини було у межах фізіологічної норми. Слина хворих була білого кольору, тягуча, піняста. Найбільший показник в'язкості був зафіксований у хворих основної групи та групи спостереження 1, що майже у 2,4 рази перебільшувало значення соматично здорових осіб.

Також, пацієнти відзначали постійний неприємний запах у роті, який спричиняв дискомфорт при спілкуванні з іншими людьми, що хворі пов'язували з недостатністю слини. Скоріш за все, відчуття неприємного запаху з рота можливо пояснити наявністю зубних відкладень та залишків їжі у наслідок недостатньої кількості слини. У підтвердження цього було виявлено вагоме збільшення індексу гігієни за Гріном-Вермільоном (поганий гігієнічний стан порожнини рота) саме у пацієнтів з ХОЗЛ, значення якого дорівнювало $3,000 [2,700; 3,200]$, та статистично перебільшувало аналогічний показник не тільки у групі соматично здорових ($p=0,001$), а й основній групі ($p=0,001$) та групі пацієнтів з ІХС ($p=0,001$).

Отримані дані повністю підтверджують припущення, що ксеростомія у досліджуваних пацієнтів викликана одночасним застосуванням великої кількості препаратів, що мають ксерогенні властивості, а саме: бетта-2-агоністів (пригнічення секреції слини за рахунок впливу на бета-2- рецептори слинних залоз), бета-адреноблокатори та інгібітори АПФ (зниження активності РААС та зниження тиску у судинах, вазодилатацію, зниження обсягу регіонального кровотоку, в тому числі і в паренхімі слинних залоз,) що може призводити до зазначених ефектів.

Отже, обстежені хворі з ХОЗЛ та ІХС мають характерні стоматологічні скарги, на відчуття сухості у роті, яка пов'язана зі зміненими фізичними показниками ротової рідини, що є наслідками медикаментозної поліпрагмазії.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Жерносекова И.В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»,
г. Днепр, Украина

Мочекаменная болезнь (МКБ) – одна из наиболее актуальных проблем здравоохранения во всем мире. Заболеваемость в различных странах варьирует от 5% в Азии до 20% в Северной Америке. На долю уролитиаза (все виды камнеобразования) приходится 70% случаев в возрасте 30–70 лет. Несмотря на разброс заболеваемости в разных странах, общей чертой для МКБ является постоянный ее прирост в популяции, который пропорционален уровню жизни в стране, т.е. качеству жизни населения с развитой экономикой.

Цель работы состояла в обобщении некоторых литературных данных, связанных с распространением, причинами и патогенезом уролитиаза.

В настоящее время уролитиаз признан полиэтиологическим заболеванием. Причины его возникновения связаны с экзогенными и эндогенными факторами. К экзогенным факторам относят климат, биогеохимические особенности почв, воды, факторы питания, социальные и другие причины. Эндогенные этиологические факторы заложены в организме человека и могут быть генетическими, врожденными, приобретенными в процессе жизни. Среди показаний для госпитализации в стационары хирургического профиля занимают камни мочевыделительной системы.

Одним из важных и сложных факторов развития уролитиаза является проблема питания (высококалорийная диета). Из данных литературы известно, что пища с высоким содержанием животного белка и низким содержанием растительных волокон приводит к увеличению выделения кальция, оксалатов, уратов и уменьшению количества цитратов в моче. Дефицит цитрата также считается фактором риска МКБ. Критерием сниженной секреции цитрата считают уровни ниже 500 мг/сут для женщин или менее 350 мг/сут для мужчин. Однако необходимо понимать, что ограничение потребления больными кальция с пищей может стимулировать образование кальций-оксалатных камней за счет