

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет
Факультет післядипломної освіти
Кафедра клінічної фармації, фармакотерапії і
управління та економіки фармації

Білай І.М.

Клінічна фармація
Збірник лекцій
для провізорів-інтернів
зі спеціальності «Загальна фармація»

Запоріжжя – 2013

Автор: д.мед.н., проф. Білай І.М.

Під редакцією завідувача кафедри клінічної фармації, фармакотерапії і УЕФ ФПО Запорізького державного медичного університету, професора І. М. Білая.

Рецензенти: Доктор медичних наук., професор, завідувач кафедри клінічної фармакології, фармації, фармакотерапії та косметології

Крайдашенко Олег Вікторович ;

Доктор фармацевтичних наук., професор, завідувач кафедри фармакогнозії, технології ліків та фармацевтичної хімії

Мазулін Олександр Владіленович

Збірник лекцій присвячено формуванню у провізорів-інтернів принципів клінічної фармації, раціональному вибору лікарських засобів при різних клінічних ситуаціях. Призначений для очного навчання провізорів-інтернів.

Посібник розглянутий і затверджений на методичному засіданні кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та управління і економіки фармації

(протокол № 8 від "18" грудня 2013 р.);

на засіданні циклової методичної комісії з фармацевтичних дисциплін Запорізького Державного медичного університету

(протокол № 4 від "19" грудня 2013 р.);

на засіданні центральної методичної ради Запорізького державного медичного університету

(протокол № 3 від "13" лютого 2014 р.).

Зміст

Вступ	6
Лекція 1. Клінічна фармація при захворюванні дихальної системи (бронхиальна астма, бронхіти, пневмонії, туберкульоз). Фармацевтична опіка при кашлі.	9
Лекція 2. Клінічна фармація при захворюванні верхніх дихальних шляхів. Фармацевтична опіка при болі в горлі та риніті	27
Лекція 3. Побічна дія лікарських засобів , її запобігання і лікування	72

ВСТУП

Стратегічним напрямком розвитку охорони здоров'я в усьому світі є фокусування всіх галузей медицини на потребах пацієнта. Це положення закріплене в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і лежить в основі Програми дій по основних лікарських препаратах, затвердженої Європейським Регіональним Бюро ВООЗ.

Клінічна фармація – інтегративна прикладна наука, що поєднує фармацевтичні і клінічні аспекти лікознавства, головною задачею якої є створення надійних теоретичних основ і методологічних підходів раціонального застосування лікарських препаратів.

Клінічна фармація як предмет має своєю метою підготовку спеціалістів-провізорів, володіючих достатнім обсягом теоретичних знань та практичних навичок для проведення сумісно з лікарем роботи по забезпеченню максимально раціональної лікарської терапії у конкретного хворого, а також для здійснення фармацевтичної опіки пацієнтів в аптеці.

В процесі навчання клінічної фармації провізори-інтерни повинні:

- засвоїти ознаки основних захворювань внутрішніх органів людини;
- засвоїти ознаки основних синдромів, що можуть лікуватися за допомогою безрецептурних препаратів в межах концепції самолікування (нежить, головний біль, діарея тощо);

- засвоїти ознаки основних синдромів, що потребують обов'язкового втручання лікаря;
- вивчити загальні принципи діагностики захворювань внутрішніх органів;
- засвоїти методологію диференціальної діагностики захворювань внутрішніх органів;
- засвоїти загальні принципи інтерпретації результатів обстеження хворого;
- засвоїти основні принципи симптоматичної лікарської терапії захворювань і патологічних станів, при яких можливе самолікування;
- засвоїти основні принципи та придбати основні навички здійснення фармацевтичної опіки пацієнтів при лікуванні безрецептурними та рецептурними ліками;
- сформувати системні знання з клінічної фармакології, питань взаємозаміни препаратів; поєднання та взаємодії лікарських засобів при проведенні комплексної лікарської терапії захворювань внутрішніх органів ;
- засвоїти основні принципи та закономірності підвищення ефективності та зниження побічної дії лікарських препаратів при призначенні їх конкретним хворим;
- навчитися методології порівняльної оцінки окремих лікарських препаратів;
- придбати навички проведення інформаційної роботи серед медичних працівників про лікарські препарати;

- навчитися консультиувати лікаря з питань фармакологічних властивостей різноманітних лікарських препаратів, показанням та протипоказанням до їх застосування;

- придбати основні навички проведення клінічних випробувань нових лікарських препаратів;

- придбати навички проведення консультаційної роботи серед різних верств населення з широкого кола питань, що стосуються лікарських препаратів.

ЗАДАЧІ ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІНИ

Головними задачами при вивченні теоретичного та практичного курсу клінічної фармації є:

- засвоєння загальної синдромології та клінічної симптомології найбільш поширених захворювань в клініці внутрішніх хвороб;

- засвоєння основних принципів симптоматичної лікарської терапії захворювань і патологічних станів, при яких можливе самолікування;

- засвоєння загальної методології та принципів вибору лікарських препаратів для ефективною та безпечною лікарською терапії, враховуючи функціональний стан хворого та фармакологічні особливості препарату;

- придбання необхідних теоретичних знань та навичок для здійснення фармацевтичної опіки пацієнтів;

- вивчення факторів ризику розвитку та клінічних проявів побічної дії лікарських засобів та їх комбінацій;

- засвоєння принципів оцінки ефективності та безпечності застосування конкретних фармакологічних груп та лікарських препаратів під час проведення їх клінічної апробації;
- засвоєння навичок придбання, аналізу та подання інформації про фармакологічні властивості лікарських препаратів;
- ознайомлення з принципами медичної деонтології, етичними нормами поведінки провізора в клініці, взаємовідношеннями провізора та лікаря, провізора та хворого;
- ознайомлення з основними видами медичної документації та методами клінічного обстеження хворих.

Роль провізора докорінно змінюється в системі сучасної охорони здоров'я. Основною метою його професійної діяльності стає не стільки збільшення асортименту і якості лікарських препаратів на ринку, скільки підвищення ефективності і безпеки лікарської терапії конкретного хворого. Для цього провізор повинен надати хворому повну інформацію про ліки, їх лікарську форму і особливості застосування, вплив на дію препарату віку, статі, стану внутрішніх органів, часу доби, оптимального для прийому даних ліків, поєднання з їжею та іншими лікарськими препаратами, можливий несприятливий вплив ліків на функції органів і систем людини та ін.

Лекція 1

**Тема: Клінічна фармація при захворюванні дихальної системи
(бронхіальна астма, бронхіти, пневмонії, туберкульоз).**

Фармацевтична опіка при кашлі.

Захворювання органів дихання у різних вікових групах складає від 15 до 20%. Високими є тимчасова непрацездатність та інвалідність при захворюваннях органів дихання. На щастя, найбільш часто зустрічаються захворювання системи дихання нетривалі, щоб зробити істотний вплив на здоров'я. Однак, якщо лікування не буде проведено вчасно, висока ймовірність переходу захворювань у хронічну форму, розвиток ускладнень. Найбільш частою скаргою при захворюваннях органів дихання є кашель. Пацієнти, бажаючи придбати засіб для лікування кашлю, складають значну частину відвідувачів аптеки. При відпустці цих ліків провізор повинен пам'ятати, що серед захворювань органів дихання самолікування за допомогою безрецептурних препаратів можливе тільки при першому етапі гострих респіраторних захворювань (застуди) і гострого бронхіту (нетяжелой форми). Обов'язкової участі лікаря в медикаментозній терапії вимагають гострий бронхіт (тяжкий перебіг), загострення хронічного бронхіту, пневмонія, бронхіальна астма, туберкульоз, плеврит, абсцес і пухлини легені. Враховуючи зростання захворюваності на туберкульоз, провізору слід проявляти обережність при відпустці безрецептурних препаратів хворим зі скаргами на кашель.

КАШЕЛЬ

Складний рефлекторний акт, що виникає як захисна реакція при скупченні в повітроносних шляхах слизу, мокротиння, попаданні чужорідного тіла і дозволяє очистити від них дихальні шляхи. (Сл.1)
За своїм характером кашель може бути сухим (непродуктивним) - без виділення мокротиння, який слід придушувати за допомогою лікарських засобів. При вологому кашлі, навпаки, слід вживати препарати, що полегшують евакуацію мокротиння. На першому етапі фармацевтичної опіки провізор повинен встановити причину кашлю у пацієнта і виявити наявність (або відсутність) у нього « загрозливих » симптомів. (Сл.1)

Найбільш часті причини сухого кашлю.

1. Ларингіт.
2. Сухий плеврит.
3. Кашель курця.
4. Здавлення бронхів новоутворенням.
5. На початку захворювань:

- гострий бронхіт ;
- пневмонія ;
- туберкульоз ;
- рак легень.

Найбільш часті причини вологого кашлю .

1. ГРЗ.
2. Бронхіт (гострий і загострення хронічного).
3. Пневмонія.
4. Туберкульоз.

5. Бронхоектатична хвороба.

У випадках ларингіту, трахеїту, бронхіту (при легкому перебігу), вдиханні дратівливих парів (якщо не загальний стан) можливе самолікування. Підозра на інші захворювання вимагає консультації лікаря, а на помилковий круп, чужорідне тіло в дихальних шляхах - вимагає надання швидкої допомоги.

(Сл.2) «Загрозливі» симптоми при кашлі.

1. Кашель, який триває більше тижня, особливо з температурою $37,5^{\circ}$ - 38° C, а також з температурою вище 38° C протягом 3-х і більше днів.
2. Кашель, що супроводжується задишкою, болями в грудній клітці при диханні, з нападами задухи, зміною голосу, рясним потовиділенням, ознобом, слабкістю і втратою ваги.
3. Кашель, який супроводжується відділенням густий зеленуватою мокротиння, раптовий напад сильного кашлю, особливо протягом години без перерви і з прожилками крові, а також рясним відділенням мокроти. У всіх цих випадках потрібна консультація лікаря. Якщо немає «загрозливих» симптомів у пацієнта, можна на наступному етапі фармацевтичної опіки зробити вибір фармацевтичної групи для лікування кашлю. Напрями симптоматичного лікування хворих зі скаргами на кашель.
 1. При сухому кашлі - протикашльові засоби центральної і периферичної дії.

2. При вологому кашлі - відхаркувальні та муколітичні препарати.

Провізор повинен дати пацієнтам загальні рекомендації:

- По-перше, утримуватися від куріння,
- По-друге , частіше провітрювати приміщення. Чисте прохолодне повітря знижує кашльовий рефлекс.
- По-третє, необхідно рясне пиття для полегшення видалення мокротиння. Перед тим, як перейти до фармацевтичної опіки цих засобів, провізору необхідно знати клініко-фармакологічні аспекти препаратів при сухому і вологому кашлі.

Протикашльові засоби. Поділяються на такі групи:

1) Препарати центральної дії:

- Наркотичні протикашльові препарати (кодеїн, етилморфін, морфін) надають прямий гальмівну дію на кашльовий центр в довгастому мозку. При цьому вони мають аналгетичну дією. Однак пригнічують дихальний центр, до них розвивається фізична активність.

- Ненаркотичні протикашльові препарати (глауцін) надають протикашльовий і в теж час гіпотензивну, спазмолітичну дію. При цьому на відміну від попередньої групи не викликають пригнічення дихання, гальмування моторики кишечника, звикання і лікарської залежності.

2) Протикашльові препарати периферичної дії (преноксдіазін) надають анестезуючу дію на слизову оболонку дихальних шляхів. При цьому ще й незначне бронхорасширяющее та протизапальну дію. Більшість безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування

сухого кашлю містять кілька активних інгредієнтів. Деякі інгредієнти у вигляді монопрепаратів дозволені тільки до рецептурного відпуску.

(Сл.3) . Ненаркотичні протикашльові препарати зазвичай призначають до їди 1-3 рази на добу при сильному продуктивному кашлі. У хворих з сухим кашлем при гострому бронхіті, попаданні чужорідних частинок в дихальні шляхи застосування преноксдіазін недостатньо ефективно. У цих випадках виправдане призначення кодеїну або етилморфіну на ніч (протягом 2-3 діб). При плевриті, застійних явищах у малому колі кровообігу виникнення кашлю може посилити перебіг основного захворювання, в цих випадках показано застосування кодеїну.

А тепер зупинимося на фармацевтичній опіці при застосуванні протикашльових препаратів:

1) Ці засоби не призначаються при підвищеній бронхіальній секреції, рясному відділенні мокротиння, особам з низьким артеріальним тиском.

2) Препарати, що містять окселадин, бутамірат і декстрометорфан, викликають млявість, сонливість і запаморочення і не рекомендується застосовувати водіям і особам іншим професій, що вимагають підвищеної уваги. При цьому ці ж препарати, крім окселадин, але містять кодеїн, при прийомі великих доз або вживанні тривалий час можуть призводити до пригнічення ЦНС і дихання. Водночас останні не рекомендується застосовувати дітям до 2 -х років, в період вагітності та лактації.

3) Ці засоби не слід поєднувати з алкоголем за високого ризику пригнічення ЦНС і дихання.

4) Таблетки, що містять преноксдіазін , викликають сухість у роті і горлі, їх слід ковтати не розжовуючи через оніміння і втрати чутливості слизової рота і глотці.

5) Препарати, що містять бутамірат у великих дозах, викликають блювоту, діарею, пригнічення ЦНС, зниження артеріального тиску.

6) Препарати, що містять глауцина гідрохлорид, у дітей знижують АТ. Відхаркувальні засоби.

1) рефлексорної дії . Препарати з лікарських рослин (блювотний корінь, корінь алтея, корінь солодки, трава терможіса), а також синтетичний препарат тернінгідрати - викликають слабе подразнення слизової оболонки шлунка, що рефлексорно злегка збуджує блювотний центр, підвищує секрецію слинних і бронхіальних залоз, посилює активність миготливого епітелію бронхів, підвищується мукоциліарний кліренс, полегшується відхаркування мокротиння.

2) резорбтивної дії (йодиди калію і натрію, натрію гідрокарбонат) - підсилюють функцію миготливого епітелію і сприяють виділенню рідкої мокротиння

3) Муколітичні (секретолітичні) препарати:

- Протеолітичні ферменти (трипсин, хімотрипсин, хімопсін, рибонуклеаза) - руйнують пептидні зв'язку гликопротеїдів, зменшуючи в'язкість і еластичність мокротиння. Ефективні при скрутні відкашлювання слизової і гнійної мокроти.

- Похідні цистеїну ацетилцистеїн розщеплює дисульфідні зв'язки між мукопротеїновими комплексами слизу.

(Сл.8) - До препаратів нового покоління відносять мукорегулятори, похідні алкалоїду візіціна, - бромгексин і амброксол. Важливою особливістю їх є, крім того, що вони розщеплюють молекули мукополісахаридів, поліпептидів, мукопротеїнов, що входять в бронхіальний секрет, ще й те, що вони збільшують синтез легеневого сурфактанта.

(Сл.9) Представляємо вам порівняльну характеристику відхаркувальних препаратів рефлекторного і прямої дії, а також муколітичних препаратів.

(Сл.10) . (Сл.11). На цьому слайді представлені препарати, дозволені до продажу без рецепту в Україні. Бронхіальна астма (БА). Цим захворюванням хворіють до 7-15 % населення земної кулі. Бронхіальна астма - хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризує зміненою реактивністю бронхів, обумовленої імунологічними і (або) неімунологічними механізмами, обов'язковим клінічною ознакою якого є напад задухи і (або) астматичний статус.

Етіологія.

Зовнішніми етіологічними факторами ризику розвитку бронхіальної астми є домашній пил, епідермальні, пилкові, харчові, лікарські (НПЗЗ, - адреноблокатори) алергени, холодне повітря, фізичне навантаження, перепади метеорологічних показників.

До внутрішніх факторів - генетична схильність, атонія (врожена здатність імунної системи виробляти підвищену кількість специфічного Ig E у відповідь на контакт з алергеном) і гіперреактивність бронхів.

Патогенез.

Імунологічні (алергологічні) механізми пов'язані з реакціями негайного або реактиного типу. Алергенами називаються антитіла, що відносяться до імуноглобулінів класу Е. В основі реакції гіперчутливості негайного типу лежить Ig Е - залежна дегрануляція огрядних клітин, що супроводжується виділенням медіаторів H₂ - рецепторів, антибіотиків, надмірного вживання продуктів (кислої капусти, шпинату, помідор) або сприяють його звільненню (шоколад, горіхи, яйця). В основі нейрогуморальних механізмів лежить стимуляція n.vagus, що викликає бронхоспазм і гіперсекреція бронхіальної слизу, сприйнятливість β_2 - адренорецепторів бронхіального дерева (вроджений або набутий дефект або зменшення β_2 - адренорецепторів).

Клінічна картина.

Прийступ експіраторного задухи в результаті запального набряку слизової оболонки бронхів, бронхоспазму та гіперсекреції бронхіальної слизу. Зазвичай починається вночі і рано вранці з болісного кашлю без виділення мокротиння. Дихання шумне, свистяче, чути на відстань. Напад закінчується кашлем з виділенням світлою, в'язкою і густий мокротиння.

Фармакотерапія.

Етіологічне лікування полягає в усуненні контакту з виявленим алергеном. Одним з нових його методів є імунотерапія (специфічна гіпосенсибілізація) - спроба забезпечити стійкість до дії алергенів навколишнього середовища шляхом профілактичного введення антигену, що викликає у хворого алергічні симптоми.

Вибір препарату. Інгаляційні форми β_2 - АМ - препарати вибору для купірування нападів бронхіальної астми будь-якого генезу. При нічних нападах краще застосування β_2 - АМ тривалої дії. При наявності супутніх серцево - судинних захворювань рекомендують призначати β_2 - АМ (селективні). Сальметерол (серевент) застосовується у вигляді дозованого аерозолі по 50мкг 2 рази на добу. Формотерол - дозований аерозоль 12 - 24мкг 2 рази на добу або в таблетках по 20,40,80 мкг. Вольмакс (салбутамол SR) - оральна форма салбутамола пролонгованої дії. По 1 таблетці (4 або 8мг) 2 рази на добу.

Протипоказання: абсолютні - 1 . Підвищена чутливість до препарату. відносні - 2 . Артеріальна гіпертензія . 3 . Стенокардія . 4 . Гіпертиреоз . 5 . Тахіаритмін . М - холіноблокатори . Через безліч побічних ефектів атропіну в даний час в якості бронхорасширюючих препаратів використовують його четвертинні похідні, неселективні М2 і М3 - холінорецепторів - іпратропію бромід (атровент), що є довгі роки основним реально застосовуваним препаратом, і його аналоги - іпратропію йодид (тровентол), оксітропія бромід, іпратропію бромід, репратропія бромід, совентол - використовують обмежено.

Новий препарат тіотропію бромід відрізняється від іпратропію тривалістю дії (вводять 1 раз на день), більш низькою спорідненістю до М2 - рецепторам і дещо більшою ефективністю. Ці препарати випускають у вигляді дозованих аерозолів або розчинів для інгаляції.

Фармакодинаміка.

Блокують М- холінорецептори на гладком'язових і секреторних клітинах бронхів, а також огрядних клітинах. У порівнянні з атропіном є більш сильне і тривале їх вплив на М- холінореактивних системи бронхіальної мускулатури, в той же час вони в меншій мірі гальмують секрецію слинних залоз; не роблять впливу на рухову активність миготливого епітелію трахеї.

Фармакокінетика.

Після одноразової інгаляції 80мкг Тривентол, 40мкг атровента і 160мкг оксітропія броміду бронхолітичну дію починає розвиватися через 20-40 хвилин, досягає максимуму через 60 хвилин і триває 5-6 годин (атровентол, атровент) або більше 8 годин (оксітропія бромід). Режим дозування - 2-4 вдиху аерозолі іпратропію броміду (40 - 80мкг) або Тривентол (80 - 160мкг) 3-4 рази на добу.

Побічна дія.

Сухість у роті, рідко диплопія. Протипоказання. Закритокутова глаукома. Обережно при гіперплазії передміхурової залози. Взаємодія. Синергізм з - АМ і антигістамінними. Інгібітори фосфодіестерази (похідні метилксантину). Дана група препаратів представлена теофіліном, амінофіліном, еуфіліном, діпрофіллін. Пролонговані препарати теофіліну ділять на 2 покоління:

- 1) I покоління: теонек, теодур, дуофіллін, ретафіллін, слофіллін, філлобіда, теотард, теобіолонг, слобід, вентакс. Їх призначають 2 рази на добу (1/3 дози - вранці і 2 / 3 дози - ввечері).
- 2) II покоління: філоконтін, ділатран, еуфілонг - 1 раз на добу.

Фармакодинаміка . Вони блокують аденозіннові - рецептори на клітинах гладких м'язів бронхів (викликаючи їх розслаблення) і на симпатичних пресимпатичних закінченнях (гальмуючи виділення норадреналіну). Крім того, ці препарати інгібують фосфодіестеразу III, IV, та V типів у ГМК бронхів, що призводить до підвищення клітинної концентрації цАМФ, знижується концентрація внутрішньоклітинного Ca^{2+} і як наслідок розвивається бронходилатація. Для всіх пролонгованих препаратів теофіліну характерна невелика різниця між їх лікувальною і токсичною концентрацією, тому при використанні їх важливий облік індивідуальних фармакокінетичних особливостей теофіліну у хворого і обов'язковим є проведення терапевтичного моніторингу.

Фармакокінетика.

Вводять внутрішньовенно крапельно, внутрішньом'язово, внутрішньо до їжі і через пряму кишку. Тривалість збереження терапевтичної концентрації в крові 4-5 годин. Кратність їх призначення 4-6 разів на день. Біотрансформація в печінці сповільнюється при:

1) цирозі печінки, вираженої серцевої і ниркової недостатності, гіпоксії;

2) взаємодії з макролідами I покоління, фторхінолонами (пефлоксацином, спарфлоксацину), циметидином, карбамазепіном, анаприліном, антагоністами кальцію, оральними контрацептивами;

3) великій кількості вуглеводів в їжі.

Побічні ефекти.

При терапевтичній концентрації (10-20 мкг / мл) препаратів в плазмі крові у хворих може з'явитися нудота, серцебиття, тремор, головний біль, запаморочення і порушення сну («кофеіноподібні» ефекти).

Протипоказання.

Виражена артеріальна гіпертензія, пароксизмальна тахікардія, шлуночкова екстрасистолія, гострий інфаркт міокарда, поширений атеросклероз, судомні напади в анамнезі.

1. Застосування ГК всередину або парентерально (системна глюкокортикоїдна терапія). Використовуються 3 групи:

1) група преднізолону - преднізолон , метилпреднізолон;

2) група триамціполону - триамціполон, кенакорт, полькортолон;

3) група дексаметазону: дексаметазон , дексон , дексазон.

Кеналог-40 (в 1мл 40мг триамцинолону) - одноразове внутрішньом'язове введення забезпечує дію 3-4 тижні.

Мембраностабілізуючі засоби. До даної групи відносять кромогликат натрію (інтал, ламудал , кромолин), недокроміл натрію (тайлед) і кетотифен (Задітен).

Фармакодинаміка.

Попереджують потрапляння кальцію в гладкі клітини, оскільки перешкоджають розкриттю кальцієвих каналів. Цим вони обмежують звільнення гістаміну, лейкотрієнів, фактора активізуючого

тромбоцити, катіонних білків з енофілов. Блокують хлорні канали мембран.

Встановлено, що транспорт хлору в цитоплазму огрядних клітин (мастоцитів) викликає гиперполяризацию мембрани, необхідну для вступу кальцію. Вихід хлору з нейронів стимулює деполяризацию нервових закінчень, що підвищує активність блукаючого нерва і стимулюючу секрецію нейропептидів з - волокнами, що призводить до рефлекторного бронхоспазму. Препарати надають переважний вплив на патонімічну стадію реакцій гіперчутливості I типу. Ліквідують набряк слизової оболонки бронхів, попереджають, але не усувають спазм гладкої мускулатури.

Кромоглікат натрію і недокромил натрію.

Фармакокінетика.

Препарати у вигляді рідини або порошку призначають інгаляційним способом за допомогою спіналер. Максимальний ефект відзначається в перші 2 години після інгаляції, продовжителність дії до 4-6 ч. Кратність призначення 4 іноді 3 рази на добу.

Побічна дія.

1) Першіння, кашель, охриплість голосу, сухість у горлі (для зменшення цих ускладнень інгаляцію треба запивати водою).

2) Бронхоспазм при інгаляції порошку (для попередження ускладнення попередньо ингалируют бронходилататори).

3) Алергічні реакції, дерматити, міозити, зниження кислотності шлункового соку, гастроентерити.

Взаємодія.

Ефект збільшується, якщо у хворого попередньо знятий бронхоспазм за допомогою β_2 - АМ.

Дані препарати можна поєднувати з усіма іншими засобами профілактики СБО. застосування Натрію кромоглікат по 1-2 капсулі 3-4 рази на день 3-4 місяці і більше. Натрію недокромил - аерозоль, 2 вдиху (4мг) 3-4 рази на день. Кетотифен.

Фармакодинаміка.

Здатний блокувати гістамінові - рецептори і надає депримує вплив на ЦНС і попереджає бронхоспазм, викликаний алергенами і неспецифічними провокуючими факторами.

Фармакокінетика. Призначають внутрішньо до їди. Терапевтична концентрація в крові виникає через 2 години і зберігається 12 год. Кратність призначення 1-2 рази на день.

Небажані ефекти.

- 1 . Сонливість, атаксія мозочка.
- 2 . Сухість у роті, зниження секреції бронхіальних залоз
3. Підвищення апетиту і збільшення маси тіла.
4. Оборотна тромбоцитопенія.

Взаємодія.

Підсилює седативний ефект препаратів, що пригнічують ЦНС.

Застосування.

Таблетки 1мг 2 рази на день.

Дітек - комбінований препарат у вигляді дозованого аерозолю, що складається з β_2 - АМ беротека і інтола.

Хронічний бронхіт - дифузне, прогресуюче ураження бронхів, обумовлене тривалим подразненням шкідливими агентами і

характеризується перебудовою секреторного апарату слизової оболонки, розвитком запального процесу і склеротичними змінами , що супроводжується гіперсекрецією слизу, порушенням очисної функції бронхів , що проявляється кашлем з мокротою, задишкою. Тривалість захворювання більше 3 місяців протягом двох років.

Фармакотерапія.

1 . Усунення етіологічних факторів (відмова від куріння, усунення професійних шкідливих)

2 . Базисна терапія:

А) антибактеріальна терапія 7-10 днів, краще ендотрахеально і ендобронхіально (антибактеріальне речовина проникає у вогнище запалення). Препаратами я ряду є ампіцилін (амоксицилін), в т.ч. в комбінації з інгібіторами - лактамаз (клавуланової кислотою - аугментин , амоксиклав або сулбактамом - унасін , сулацілін), оральні цефалоспорини II або III покоління, фторхінолони. При підозрі на роль мікоплазм, хламідій, неглюонел застосовуються макроліди (азитроміцин - сумамед , рокситроміцин - рулід) або тетрациклін (доксидиклін).

Б) бронхоспазмолітики - метилксантини і β_2 - АМ. Поліпшують показники зовнішнього дихання , підвищують ефективність кашлю та мукоцільярного кліренсу. Холинолітики - зменшують обструкцію бронхів, стимулюють утворення більш в'язкого секрету, що небажано, тому використовуються при неможливості застосування препаратів перших двох груп.

В) відхаркувальні засоби - муколітики, мукорегулятори, рефлекторно -діючі препарати та регідранти.

Гострий бронхіт. Гостре генералізованне запалення бронхів. У 80 % випадків викликається респіраторно-синцитіальних вірусною інфекцією, в інших випадках - бактеріальною інфекцією, зовнішніми хімічними, фізичними факторами, алергенами. У запалення порушується бар'єрна, очисна і вентиляційна функції бронхів. Основний симптом - сухий кашель. Другим, за частотою симптомом є задишка. При вірусної етіології - субфебрилітет, головний біль, ломота в м'язах.

Фармакотерапія.

При вірусної етіології - противірусні засоби.

При гнійній мокроті - антибактеріальні препарати: макроліди кларитроміцин, азитроміцин; фторхінолони - норфлуксесцін, офлоксацин; тетрацикліни - доксициклін, полусинтетическиепенициллины - ампіцилін, амоксицилін, бісептол. У всіх випадках призначаються відхаркувальні, протикашльові бронхоспазмолітичну препарати. При підвищенні температури - протизапальна терапія. Показані інгаляції відхаркувальних засобів, евкалиптової і анісової олії. Пневмонія. Гостре інфекційне захворювання з вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень і внутрішньоальвеолярної ексудацією, що виявляється при об'єктивному і рентгенологічному обстеженні, що протікає з вираженими лихоманкою і інтоксикацією. Первинні пневмонії викликаються пневмококком, стафілококком, гемофільної паличкою. Етіологією вторинної пневмонією є збудник інфекційного захворювання, при якому розвинулася пневмонія (орнітоз, черевний тиф, цитомегалія). Інфікування тканини легені можливо при

недостатності місцевих факторів захисту легень при гострих респіраторних вірусних захворюваннях, охолодженні і високої агресивності збудника. Клінічна картина характеризується:

- 1 . синдромом ущільнення паренхімі легені;
- 2 . синдромом інфекційної лихоманки;
- 3 . больовим синдромом.

Фармакотерапія.

Етіотропне лікування.

Найчастіше лікування пневмонії залишається емпіричним, так як від початку лікування до одержання даних з лабораторії проходить 2-3 діб, крім того, приблизно в 50 % випадків виявити збудник не вдається. На даній таблиці наводяться підходи до вибору антибактеріальних засобів при лікуванні пневмонії амбулаторно і в умовах стаціонару. При амбулаторному лікуванні та неважких формах захворювання слід віддавати перевагу антибіотикам для прийому всередину, хворі важкою пневмонією повинні отримувати антибіотики внутрішньовенно. При поліпшенні стану можна перейти з внутрішньовенного введення на прийом всередину. Загальна тривалість лікування становить 7-10 днів (препарат відмінюють через кілька днів після нормалізації температури тіла), але лікування мікоплазменної або легионеллезної пневмонії займає 2-3 тижні.

Патогенетичне лікування.

- 1 . Відновлення дренажної функції бронхів - відхаркувальні засоби і муколітики.
- 2 . Нормалізація тонуусу бронхів - еуфілін, берстек, вентолин, салбутамол.

3. Імуномодуюча терапія - продигіозан , Т- активін , тималін , натрію нукленіат.

4 . Антиоксидантна терапія - Емоксипін, вітамін Е, есенціале.

4 . Боротьба з інтоксикацією - гемодез, ізотонічний розчин натрію хлориду, глюкоза.

Симптоматичне лікування: НПЗЗ, серцево-судинні засоби - аналептики, серцеві глікозиди.

ТУБЕРКУЛЬОЗ. Хронічна системна бактеріальна інфекція, що викликається *Mycobacterium tuberculosis*, з утворенням специфічних гранулом в уражених тканинах і вираженої клітинно - опосередкованої гіперчутливістю. Захворювання, як правило , вражає легені , але в процесі можуть залучатися і інші органи. Збудник інфекції передається від людини до людини аерогенним шляхом.

Виділяють 3 стадії туберкульозу:

- 1) первинне інфікування;
- 2) латентну, або приховану інфекцію;
- 3) рецидивуючий туберкульоз.

Типовим рентгенологічним ознакою активного туберкульозу легень є множинні вузлові інфільтрати в апікальних задніх сегментах верхніх часток легень і верхніх сегментах нижніх часток легнів. Бактеріологічне дослідження дозволяє достовірно встановити діагноз туберкульозу. При туберкульозі легень найбільш інформативне дослідження мокротиння. Надійним способом розпізнавання первинної туберкульозної інфекції залишається внутрішньошкірна туберкулінова проба (проба Манту).

Фармакотерапія.

Для лікування туберкульозу використовують стандартні режими терапії тривалістю 6-9 міс., Включають комбінації 2-5 протитуберкульозних препаратів Застуда (простудні захворювання) - загальна назва гострих респіраторних захворювань, що виникають після переохолодження. Простудні захворювання є найбільш частою причиною звернення за лікарською допомогою в аптеку і придбання безрецептурних лікарських засобів. Симптоми, характерні для застуди, - біль у горлі, риніт, кашель, лихоманка, кон'юнктивіт - можуть бути як проявом незначного порушення з боку здоров'я, так і початком серйозного захворювання або ознакою загострення хронічного захворювання. У першому випадку симптом може бути повністю усунений за допомогою препаратів безрецептурного відпуску. У другому випадку безрецептурні засоби можуть полегшити стан хворого для того, щоб хворий міг самостійно піти на прийом до лікаря. У третьому випадку, пацієнт, знаючи про своє захворювання і розташовуючи вказівками лікаря, які безрецептурні препарати йому слід приймати у разі загострення захворювання. У практиці провізора важливо вміти відрізнити безпечні симптоми застуди від симптомів серйозних захворювань, що вимагають обов'язкового контролю лікаря, знати основні положення фармацевтичної опіки для лікування застуди.

ЛЕКЦІЯ 2

Клінічна фармація при захворюванні верхніх дихальних шляхів.

Фармацевтична опіка при болі в горлі та риніті

Застуда (застудні захворювання) - загальна назва гострих респіраторних захворювань, що виникають після переохолодження. Простудні захворювання є найбільш частою причиною звернення за лікарською допомогою в аптеку і придбання безрецептурних лікарських засобів. Симптоми, характерні для застуди, - біль у горлі, риніт, кашель, лихоманка, кон'юнктивіт - можуть бути як проявом незначного порушення з боку здоров'я, так і початком серйозного захворювання або ознакою загострення хронічного захворювання.

У першому випадку симптом може бути повністю усунений за допомогою препаратів безрецептурного відпуску. У другому випадку безрецептурні засоби можуть полегшити стан хворого для того, щоб хворий міг самостійно піти на прийом до лікаря. У третьому випадку, пацієнт, знаючи про своє захворювання і розташовуючи вказівками лікаря, які безрецептурні препарати йому слід приймати у разі загострення захворювання. У практиці провізора важливо вміти відрізнити безпечні симптоми застуди від симптомів серйозних захворювань, що вимагають обов'язкового контролю лікаря, знати основні положення фармацевтичної опіки для лікування застуди.

БІЛЬ У ГОРЛІ Біль у горлі є частим симптомом, супроводжуваним гострі респіраторні вірусні захворювання (простуду).

(Сл.)

Найбільш часті причини болю в горлі:

1 . Ангіна (гостре інфекційне захворювання з переважним ураженням піднебінних мигдаликів).

Ангіна зазвичай починається раптово. Характерні біль в горлі при ковтанні, підвищення температури, слабкість, нездужання, головний біль, лімфатичні вузли збільшуються і стають болючими. Ангіна, особливо нелікована, може, ускладняться перитонзиллярний абсцесом, набряком гортані ревматизмом, менінгітом, нефритом. Важливо пам'ятати , що поряд з вірусами ангіну можуть викликати гемолітичний стрептокок (він же збудник скарлатини), дифтерійна паличка (вона ж збудник коклюшу). При стрептокової ангіні можливе виникнення серйозних ускладнень - ревматизму, гломерулонефриту. Ця хвороба не терпить самолікування. Зазвичай для лікування ангіни використовують сульфаніламідні препарати. Хороший ефект дають полоскання горла. У важких випадках допомагають антибіотики. Не намагайтеся перенести ангіну на ногах , вона вельми заразна. Якщо в будинку є хворий, виділіть йому індивідуальний посуд, частіше провітрюйте приміщення і робіть вологе прибирання.

2 . Тонзиліт (хронічне запалення піднебінних мигдалин).

Характерно відчуття першіння , саднення в горлі , відчуття стороннього тіла в області мигдалин , неприємний запах з рота, незначні болі при ковтанні, субфебрильна температура.

3. Ларингіт (запалення слизової гортані).

Характерно відчуття сухості, першіння, дряпання в горлі, осиплість голосу, сухий «гавкаючий» кашель.

Факторами, що сприяють розвитку ларингіту є вірусні та бактеріальні інфекції, перенапруження, деформація або пошкодження голосових зв'язок.

4 . Фарингіт (гостре або хронічне запалення слизової оболонки глотки).

Характерна біль при ковтанні , більш виражена при ковтанні слини, ніж їжі. Загальний стан змінюється мало , температура тіла нормальна або субнормальна.

5 . Гостре респіраторне захворювання (ГРЗ).

У холодну пору року практично 100 % міського населення переносять простуду або гострі респіраторні вірусні захворювання, які стають причиною кожного третього звернення до лікаря. А багато людей і зовсім не вважають застуду чи нежить небезпечними. Для ГРЗ характерні біль у горлі, нежить, відчуття закладеності носа, головний біль та підвищення температури тіла. На тлі ГРВІ та грипу ослабленою хворобою людина може захворіти трахеїтом основними скаргами якого: біль у горлі і сухий кашель, температура тіла не піднімається вище 37,5 - 37,7 ° С.

Вилікувати трахеїт можуть парові інгаляції, протикашльові засоби, полоскання горла настоями солодки і шавлії.

(Сл.)

При відпустці пацієнтам безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування болю в горлі слід обов'язково з'ясувати, чи немає у них «загрозливих» симптомів, що дозволяють запідозрити серйозне захворювання та потребують обов'язкової звернення до лікаря.

Такими симптомами є:

- 1 . Утруднене дихання , неможливість вимовити кілька слів міжвдихами.
- 2 . Неможливість проковтнути слину
- 3 . Різке збільшення піднебінних мигдалин, нальоти або виразки (жовто -білі пухирці) на мигдалинах або слизовій оболонці глотки.
4. Яскрава « палаюча » червоність горла.
- 5 . набрякання шиї або її частини.
- 6 Хворобливість лімфовузлів при обмацуванні.
- 7 Підвищення температури вище 38-38,5 ° С.
- 8 Біль у горлі , що супроводжується сильним головним болем, болем у вухах, животі.
- 9 Біль у горлі , що супроводжується висипанням на шкірі
- 10 Біль у горлі , що супроводжується зміною кольору сечі.
- 11 Біль у горлі , що супроводжується утрудненням дихання, висипанням на тілі і шкірним сверблячкою.
- 12 Під час або після перенесеної ангіни з'явилися болі в серці, швидка стомлюваність, задишка, біль у суглобах.
- 13 Ангіна повторюється частіше 3-4 рази протягом року (особливо у дітей).
- 14 На обличчі і нижніх кінцівках з'явилися набряки. За відсутності зазначених «загрозливих» симптомів можливо симптоматичне лікування. У такому випадку приступають до наступного етапу опіки - вибору напрямку симптоматичного лікування пацієнта і визначенню фармакологічної групи препаратів для його здійснення.

Напрями симптоматичного лікування хворих з скаргами на біль у горлі.

- 1 . Полоскання горла в'яжучими засобами
- 2 . Полоскання горла антисептичними засобами
- 3 . Антисептичні пастилки, ледяники і т.п.

Загальні рекомендації для пацієнтів.

- 1 . Тепле пиття у великій кількості
- 2 . Полоскання горла через кожні 2-3 години. Маленьким дітям, які не вміють полоскати горло, полоскання можна замінити частим (через кожні 1-2 години) питвом теплого чаю з лимоном або підігрітого фруктового соку.

3 . Утримуватися від куріння і вдихання тютюнового диму, а також вживання алкоголю.

4. Утримуватися від вживання гострої, холодної або надмірно гарячої їжі.

5 Сухе тепло на область шиї (зігріваючий компрес , светотерапія лампою «Біоптрон »).

6 При порушенні загального стану - постільний режим.

7 При наявності нальотів на мигдалинах слід зробити посів мазка із зіву з метою своєчасного виявлення стрептококової ангіни або дифтерії.

8 Якщо протягом 3 днів біль у горлі зберігається - обов'язкове звернення до лікаря.

Як вже зазначалося найбільш частою причиною болю в горлі є фарингіт , симптомами якого є:

- 1 . першіння і сухість у горлі;
- 2 . дискомфорт;
- 3 . біль у горлі при ковтанні (особливо при порожньому глотці);
- 4 . рідше спостерігаються загальне нездужання і підйом температури.

Найбільш типові збудники - риновіруси (більше 80 % випадків ГРВІ в період осінніх епідемій), аденовірус, віруси грипу та парагрипу. Вірусне інфікування часто є лише першою фазою захворювання, і воно може «прокласти шлях » для подальшої бактеріальної інфекції. Появі фарингіту може сприяти переохолодження, паління, інфекційні захворювання, загазованість повітря, але в більшості випадків фарингіт викликає віруси і бактерії. Недолікований, він може спровокувати виникнення отиту, пневмонії, захворювань серця.

Немедикаментозна терапія: щадна дієта, гарячі ножні ванни, зігріваючі компреси на передню поверхню шиї, молоко з медом, парові інгаляції, а також припинення куріння (сильний дратівливий чинник).

Місцева антимікробна терапія.

Як правило, використовуються комбіновані препарати, які містять різні комбінації діючих речовин:

- антисептики (хлоргексидин , гексетидин , тимол і його похідні , спирти , препарати йоду та ін);
- місцеві анестетики (лідокаїн, тетракаїн, ментол);
- ефірні масла;

- антибіотики (фузафунгін , фраміцетін), сульфаніламід;
- природні антисептики (екстракти рослин , продукти бджільництва);
- фактори неспецифічного захисту слизових оболонок (лізоцим , інтерферон);
- вітаміни (вітамін С);
- лізати бактерій.

Слід зазначити, що системна антибактеріальна терапія при фарингітах недоцільна. Якщо фарингіт супроводжується лихоманкою, препаратом вибору може служити ібупрофен, оскільки він має більш вираженим протизапальним ефектом в порівнянні з парацетамолом. Безрецептурні лікарські препарати, що застосовуються при болю в горлі, і умови їх раціонального застосування.

В якості діючих речовин більшість з цих препаратів містять слабкі антисептичні ефірні масла, в ряді випадків - местноінестезуючі речовини. Наводимо характеристику основних активних інгредієнтів, що входять до складу препаратів для симптоматичного лікування болю в горлі.

(Див. слайд)

Для лікування болю в горлі активні речовини використовуються в спеціальних лікарських формах для місцевого застосування : аерозолі (спреї), лікувальні ледяники (драже , пастилки , таблетки для розсмоктування).

Аерозольні препарати для симптоматичного лікування болю в горлі.

Препарат	Активні інгредієнти	Фармакологічні властивості. Особливості засосування
Камфомен	Фурацилін, ментол, масло камфорне, масло евкалиптове, масло касторове, масло оливкове	Местна протизапальна, протимікробна дія.
Інгалінт	Сульфаниламид, сульфатіазол, масло евкалиптове, масло м'яти перцевої	Антибактериальна, антисептична, протизапальна дія
Каметон	Хлоробутанолгидрат, ментол, камфара, масло евкалиптове, масло вазелинове	Местноанестезуюча, антисептична, протизапальна дія
Стонангин	Масло анісове, масло м'яти перцевої, масло евкалиптове	Антисептична, протизапальна дія. Застосовується з інтервалом 4-6 год. При передозуванні можливе відчуття відчуття печіння в порожнині рота протягом 30 хвилин. Після застосування не

		рекомендується керування автомобілем. Випускається також у вигляді розчину для полоскання.
Коллустан	Ментол, хлоргексидин, амилеїн	Антисептична, слаба протизапальна дія

Основна перевага застосування лікарських препаратів у формі аерозолів - висока концентрація речовини в місці патологічного процесу. Причому ефективність ліків значно зростає при правильному застосуванні аерозолів.

Отже, перед зрошенням слід рот прополоскати теплою водою. Запобіжний ковпачок знімають з розпилювача. Натискають 2-3 рази, поки розчин не вступить в розпилювач і після натиснення не почне виприсківаєт. Потім розпилювач вводять у порожнину рота, натискають на його основу і випорскують ліки при затриманому диханні, один раз в праву сторону, один раз - в ліву. Препарат слід утримувати в порожнині рота 3-5 хвилин, не вживаючи після розпилення ніякої рідини або їжі. Аерозолі для лікування болю в горлі не слід вдихати! Тому їх можна вживати дітям старше 6-8 років, коли вони вміють керувати диханням, що не чинять опір розпилювача і здатні співпрацювати.

Лікувальні льодяники для лікування болю в горлі.

Дану лікарську форму застосовують перорально, розсмоктуючи в роті і не розжовуючи. Крім активної речовини вони містять

підсолоджувач (цукор або сорбітол) і смакові добавки (вишнева, лимонна, медова). Спеціальна технологія виготовлення забезпечує повільне вивільнення активних речовин в порожнині рота.

Хворим на цукровий діабет слід проконсультуватися з лікарем , особливо у випадках , коли підсолоджувачами є цукор. Дітям призначають ледяники і пастилки з того віку, коли вони можуть самостійно розсмоктувати їх. Водночас привабливі за зовнішнім виглядом ледяники і пастилки слід прибирати від дитини щоб уникнути отруєння при вживанні великої кількості. Після застосування їх рекомендується утримуватися від їжі і рідини 3 години.

Характеристика лікувальних ледяників
для симптоматичного лікування болі в горлі

Препарат	Фармакологічн і ефекти	Особливості засосування
Стрепсилс (амилметакрезол+дихлорбензилов ый спирт)	Антисептичну дію щодо широкого спектра грампозитивни х і грамнегативни х мікроорганізмів. Зменшують	Випускається в чотирьох варіантах, що володіють додатковими лікувальними властивостями: з анісовим маслом і маслом м'яти

	<p> больові відчуття в горлі за рахунок натуральних лікувальних добавок. Містить місцевий анестетик лідокаїн </p>	<p> перцевої, 3 аскорбіновою кислотою, 3 медом і лимоном, 3 евкаліптовим маслом і ментолом. Дорослим і дітям рекомендуєтьс я розсмоктувати по 1 льодянику кожні 2-3ч., Але не більше 8 разів на добу. Обережно застосовувати при вагітності, цукровому діабеті, враховуючи, що 1 льодяник містить 2,6 г цукру. При </p>
--	--	--

		<p>застосуванні декількох таблеток можливе відчуття дискомфорту в шлунку.</p>
Колдрекс Ларі Плюс (диклонін)	<p>Швидке знеболювальну дію при болю в горлі</p>	<p>Випускається з чотирма смаковими добавками (вишнева, лимонна, апельсинова, зметана).</p> <p>Застосовується по 1 льодянику кожні 2 год.</p> <p>Можливо оніміння в роті. Дітям призначається після 3 років.</p> <p>При передозуванні можуть бути</p>

		явища подібні з передозуванням новокаїну.
--	--	---

Таблетки для розсмоктування
при симптоматичному лікуванні болі в горлі

Препарат	Фармакологічна характеристика	Особливості засосування
Фарингосепт (амбазон)	Антисептична місцева дія	Після застосування таблетки рекомендується утриматися від їжі і рідини
Септефрил (декаметоксин)	Антисептична дія	Застосовується сублінгвально. Можлива гіперсалівація. Після застосування 1-2 год. утримуються від прийому їжі і рідини.
Нео-Ангин (ментол, масло анисовое, масло м'яти перечної)	Антисептична, слаба протизапальна, дезодоруюча дія.	Призначається з інтервалом 2-3 ч. Застосовується у дітей після 6 років.

<p>Себидин (хлоргекседин, аскорбиновая кислота)</p>	<p>Антисептична дія в порожнині рота, не викликає подразнення та сухості слизових оболонок</p>	<p>Застосовується по 1 таблетці кожні 2год, але не більше 10 таблеток на добу.</p>
<p>Др. Тайсс Анги-септ (ментол, масло мяты перечной)</p>	<p>Антисептична, слаба протизапальна, дезодеруюча дія.</p>	<p>Застосовується по 1 таблетці кожні 2год.</p>
<p>Имудон</p>	<p>Иммуномодулюющий комплекс лізатів бактерій (лишенных антигенных властивостей). Для профілактики та лікування запальних та інфекційних пошкоджень полости рта та глотки.</p>	<p>Имудон Иммуномодулюющей комплекс лізатів бактерій (позбавлених антигенных властивостей). для профілактикі та Лікування запально та інфекційних Пошкодження полости рота та глотки. По 1-2 таблетки для розсмоктування кожні 2-3ч., До 8 таблеток на день при</p>

		гострих станах, 6 таблеток на день для профілактики
--	--	---

Пастилки для симптоматичного лікування болі в горлі.

Препарат	Фармакологічна характеристика	Особливості засосування
Септолете (хлорид бензоалконія, ментол, масло евкалиптовое и мяты перечной)	Антисептичну, слабку протизапальну і дезодорує. Надає фунгіцидну дію в співвідношенні <i>Candida albicans</i>	Завдяки високій поверхні активності допоміжних речовин хлорид бензалконію швидко проникає у важкодоступні місця слизової, зокрема в шорстку поверхню мигдалин.

А тепер вам видається характеристика активних інгредієнтів, що входять до складу комбінованих препаратів.

(Сл 4)

Вашій увазі представляється порівняльна характеристика лікарських засобів, що застосовуються для симптоматичного лікування болю в горлі.

(Сл 5)

На слайді представлені лікарські засоби для симптоматичного лікування болю в горлі , дозволені до продажу без рецепту в Україні

(Сл 6)

На слайді показано алгоритм бесіди провізора з хворим при виборі безрецептурного лікарського препарату для симптоматичного лікування болю в горлі.

(Сл 7)

Для грамотного проведення бесіди необхідно спиратися на фармацевтичну опіку при застосуванні препаратів для симптоматичного лікування болю в горлі.

(Сл 8)

1 . При болю в горлі рекомендується рясне пиття, полоскання горла кожні дві години, утримуватися від куріння, вживання гострої, холодної або надмірно гарячої їжі, алкоголю.

2 . Після застосування льодяників і таблеток для розсмоктування слід 1-2 години утриматися від прийому їжі і рідини. Однак їх не рекомендується призначати хворим на цукровий діабет.

3 . Лікувальні льодяники (драже, пастилки, таблетки для розсмоктування) слід тримати в роті до повного розсмоктування, їх не слід розжовувати.

Водночас привабливі за зовнішнім виглядом нагадують кондитерські вироби лікувальні льодяники пастилки прибирають від дитини щоб уникнути отруєння при вживанні великої кількості.

4 . При прийомі препаратів, що містять діклонін (Колдрекс Ларі Плюс), можливо відчуття оніміння в роті , що не є побічною дією препарату.

5 . При застосуванні аерозолів перед зрошенням рот слід прополоскати теплою водою , їх не слід вдихати і після зрошення

препарат слід утримувати в порожнині рота 3-5 хвилин, не вживаючи ніякої рідини або їжі.

6 . Аерозолі рекомендується вживати у дітей тільки старше 6-8 років , коли вони вміють управляти диханням і не чинять опір сторонньому предмету (розпилювача) у роті . Народна медицина знає багато способів полегшити біль в горлі. Безумовно , домашні рецепти не можуть повністю замінити ліки з аптеки але їх можна використовувати в якості додаткового засобу. При починається дискомфорту в горлі допомагає повільне жування сирого лимона, особливо цедри, не беручи їжі годину, щоб ефірні масла і лимонна кислота подіяли на запалені слизові оболонки, повторюючи два- три рази на день. Квітки фіалки запашної - прекрасний засіб при ангіні, фарингіті та інших запаленнях слизової оболонки верхніх дихальних шляхів.

Застосовується у вигляді відвару: 1 чайна ложка квіток заливається склянкою окропу , полоскати і вживати по 2ст. ложки 4-5 разів на день; або спиртової настойки: 1ст. ложка квіток залівається 100мл спирту, приймати по 1ст. 3 рази на день перед їдою; для приготування полоскання 10мл настоянки розвести склянкою теплої води. Зігріваючий коктейль - спецій: ¼ склянки насіння кмину залити півтора склянками гарячої води і довести до кипіння. Процідити додати 1ст . ложку коньяку або горілки. Пити по 1ст. ложці суміші 3-4 рази на день. Часникові інгаляції: розчавити кілька зубчиків часнику в кухоль, нахилитися над нею і подихати спочатку ротом, потім носом

Справитися із запаленням слизової оболонки горла допоможе полоскання свіжовичавленим буряковим соком.

Якщо сів голос, можна спробувати настій анісу. 1ч. ложку насіння анісу заварити склянкою окропу і дати настоятися протягом 20 '.

Пити теплий настій по третині склянки 3 рази на день за 30 ' до їжі. А щоб не допускати простудних захворювань , потрібно регулярно зміцнювати імунітет простим і надійним домашнім засобом: выдавити сік з трьох лимонів і змішати з 0,5 склянки тертого хрону , приймати по 0,5 ч. ложки суміші 1 раз на день через півгодини після сніданку. Тиждень пити суміш , потім тиждень перерви, і так до спекотного літа.

НЕЖИТЬ (РИНІТ)

Число споживачів симптоматичних засобів для лікування застуди щорічно складає десятки мільйонів чоловік. Одним із симптомів простудного захворювання є нежить (риніт) - запалення слизової оболонки носової порожнини.

В економічно розвинених країнах риніти страждають 15-20 % населення, чим пояснюється частота використання безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування цієї патології. Необхідно, щоб провізор при відпуску лікарських препаратів для лікування риніту без рецепта володів достатніми знаннями як про властивості препаратів, так і про умови раціонального застосування і можливий негативний дії.

(Сл 1)

Причини риніту

- 1 . Гострі респіраторні захворювання.
- 2 . Вазомоторний (алергічний) риніт. Можлива сезонність, пов'язана з цвітінням певних рослин (сінної нежить).
- 3 . Аденоїди (патологічне розростання носоглоткової мигдалини).
- 4 . Сторонні тіла в носовому ході.
- 5 . Синусит (гостре або хронічне запалення придаткових пазух носа)
- 6 . Озена (смердючий нежить) - хронічне захворювання порожнини носа з різкою атрофією слизової оболонки) - характерне утворення густих виділень , зсихається в смердючі кірки , непрічтний запах з носа.

Ознаки риніту будь-якої етіології

- 1 . закладеність носа (утруднене носове дихання);
- 2 . наявність виділень з носа (ринорея);
- 3 . свербіж у носі;
- 4 . чхання.

(Сл. 2)

«Загрозливі» симптоми:

- 1 . Поєднання риніту з підвищенням температури вище 38-38,5 ° С.
- 2 . Неприємний запах з носа.
- 3 . Кров'янисті і гнійні виділення з носа.
- 4 . Поєднання риніту з кашлем, який триває більше тижня.
- 5 . Риніт, що супроводжується тривало (тижнями) зберігається температурою.

Патогенез.

При риніті виникають набряк слизової носа і гіперсекреція, через це зменшується просвіт носових ходів і з'являються відчуття «закладеності» і утруднене носове дихання. Набряк слизової носа призводить також до порушення дренажу параназальних синусів, що сприяє підвищенню в них тиску і створює умови для активізації умовно - патогенної флори (ризик розвитку ускладнень у вигляді бактеріальних синуситів - гаймориту, фронтита, етмоїдити).

Виражений набряк слизової носоглотки призводить до обструкції слуховий труби з можливим подальшим виникненням евстахіта (запалення слухової труби) , а також середнього отиту.

Нежить, особливо у дітей раннього віку, може ставати причиною порушення сну і апетиту (аж до відмови від грудного вигодовування у новонароджених і дітей грудного віку). Відбувається це через це , що малі діти ще не навчилися дихати ротом. Застосування ліків , купуючих нежить при ГРВІ , не тільки покращує самопочуття , але і попереджає розвиток можливих ускладнень. З цією метою використовуються судинозвужувальні препарати , які можуть бути місцевими і системними.

СУДИНОЗВУЖУВАЛЬНІ ЗАСОБИ

Местні (тонічні)

- нафазолін;
- тетризолін;

Системні

- ефедрін;
- псевдоэфедрін;

- інданазолін;
 - фенілпропанолалін;
 - ксилометазолін;
 - оксиметазолін.
- фенилэфрін.

Симптоматичне лікування за допомогою безрецептурних препаратів можливе тільки при алергічному риніті і риніті , викликаному ГРВІ. У всіх інших випадках слід рекомендувати пацієнту звернутися до лікаря:

- 1 . Нежить супроводжується підвищенням температури тіла вище 38 ° С.
- 2 . Виділення з носа носять кров'янистий або гнійний характер.
- 3 . На тлі з'явився біль в області чола , перенісся.
- 4 . Нежить супроводжується відчуттям закладеності вух , зниженням слуху .
- 5 . Нежить не проходить протягом 7 днів .
- 6 . Виділення є тільки з однієї половини носа.

Напрями симптоматичного лікування риніту як прояви ГРЗ

- 1 . Промивання носа з піпетки фізіологічним розчином 3-4 рази на день
- 2 . Краплі в ніс , що містять судинозвужувальні засоби .
- 3 . Застосування інтраназальних спреїв.
- 4 . застосування комбінованих пероральних препаратів.

Препаратами вибору є:

- Назівін (тонічний деконгестант)
- Фенілефрин (системний деконгестант у складі комбінованих препаратів).

Еуфорбіум композитум (антигомотоксичний препарат) не володіє судинозвужувальну ефектом, що дозволяє використовувати його тривалий час. Дозволений до застосування у дітей з моменту народження, тобто підходить для дорослих і дітей.

Препарат Аква Маріс забезпечує механічне вимивання патогенної мікрофлори, слизу, а також зволожує слизову і надає слабкий антисептичний ефект (морська сіль). Може використовуватися тривало. У дітей до 6 років можливий бронхоспазм.⁹ або просто переляк) у відповідь на потрапляння аерозольного струменя будь-якого препарату у верхні дихальні шляхи, про що потрібно обов'язково попереджати батьків дитини.

Препарати, що містять ефірні олії здатні викликати рефлекторне розширення назальних судин, що призведе лише до погіршення ситуації. Також потрібно пам'ятати про те, що ефірні олії є алергенами, тому піносол та інші подібні препарати рекомендувати самим не варто. Якщо хворий наполягає на подібному препараті, з'ясуйте, чи немає у нього алергії на ефірні масла і попередьте про можливість розвитку такої.

НАПРЯМИ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АЛЕРГІЧНИМ РИНИТОМ

- 1 . Краплі в ніс , що містять судинозвужувальні засоби.
- 2 . Блокатори H1 - гістамінових рецепторів для місцевого застосування.
- 3 . Препарати кромогліцевої кислоти для місцевого застосування (інтраназальні аерозолі та спреї).

4 . Антигістамінні засоби перорально.

5 . Інтраназальне аерозолі та спреї зі стероїдними гормонами.

При покупці безрецептурних препаратів для лікування риніту слід обов'язково проконсультуватися з провізором, який повинен розповісти пацієнту про особливості застосування, можливі побічні ефекти і небезпечних взаємодіях з іншим лікарськими засобами, а також загальних рекомендаціях:

1 . перед застосуванням засобів для лікування риніту проводять туалет носової порожнини;

2 . при алергічному риніті протинабрякові засоби, що застосовуються місцево, більш ефективні, ніж пероральні , а препарати для місцевого застосування (краплі , спреї) не слід застосовувати частіше ніж через 2-3 години щоб уникнути передозування і пошкодження тканин носа;

3 . чисте прохолодне повітря полегшує носове дихання , тому слід частіше провітрювати приміщення;

Водночас провізор повинен попередити батьків, що:

1 . найбільш надійним і безпечним засобом при риніті у дітей є фізіологічний розчин (0,9 %) кухонної солі в теплій воді;

2 . звертати увагу на концентрацію препаратів для дітей і не вводити їм масляні розчини через можливість потрапляння їх в легені і розвитку пневмонії;

3 . при подразненні шкіри біля входу в ніс слід змащувати вазеліновою олією.

(Сл. 3)

А тепер зупинимося на лікарських формах безрецептурних препаратів, що застосовуються для симптоматичного лікування риніту, і визначають вибір препарату для конкретного препарату.

Краплі для носа закачують по 3-4 краплі в кожную ніздрю при закинутою положенні голови.

Під час застосування назальних спреїв наконечник - розпилювач вводять у носовий хід, різко натискають один раз на флакон, втягуючи повітря носом.

При застосуванні назального гелю на мизинець беруть невелику кількість препарату, вводять по черзі в кожную ніздрю і розподіляють там.

Стовпчик мазі або крему близько 0,5 см накладають на ватний тампон і 3-4 рази на добу наносять на передню частину слизової оболонки носової порожнини і, помірно здавлюючи крила носа, рівномірно розподіляють по всій слизовій оболонці.

Арсенал сучасних препаратів для симптоматичного лікування риніту досить великий. Зупинимося тепер на характеристиці основних діючих речовинах, що входять до складу моно- і комбінованих препаратів для лікування риніту.

(Сл.4) Симпатоміметики (деконгестантів, судинозвужувальні засоби). Місцеві деконгестанти. Симптоматичні засоби, що стимулюють α 1-адренорецептори, що дозволяють знизити набряк і гіперемію слизової носа, що зменшують кількість відокремлюваного секрету.

За рахунок зменшення набряку відновлюється носове дихання. Тривалий прийом місцевих деконгестантів може викликати розвиток медикаментозного і атрофічного риніту. Перевищення разової дозування препаратів, кратності прийому і загального курсу лікування може спричинити розвиток системних побічних ефектів (головний біль, нудота, серцебиття, підвищення артеріального тиску, порушення сну, підвищена збудливість, дратівливість, тремор, зниження апетиту). Особливо це стосується дітей, оскільки у них підвищена резорбтивна поверхню (тобто поверхня всмоктування) відносно маси тіла. Курс лікування не повинен перевищувати 3-5 днів.

(Сл 5)

Місцеві деконгестанти діляться на 3 покоління:

1 покоління - препарати короткої дії. Похідні нафазолина - санорін, нафтизин. Похідні тетризоліну - тизин. Назол бебі / кідс. Виброцил . Судинозвужувальний ефект 4-6 годин. Прийом до 4 разів на добу. Чинять найбільшій токсичну дію на клітини респітчатого епітелію слизових носа. У ряді країн заборонено використання у дітей.

2 покоління - препарати середньої тривалості дії. Похідні ксилометазоліну - галазолин , ксилометазолин, назальний спрей Др. Тайс , отривин, ксімелін, рино- стас, фармазолін, Евказолін, ріназал. Судинозвужувальний ефект - до 8 годин. Прийом 3 рази на добу. Не рекомендовані для застосування у новонароджених , немовлят і дітей перших 2 років життя.

З покоління - препарати тривалої дії. Ефект досягається в більш низьких концентраціях, тому з'явилася форма для новонароджених. Похідні оксиметазолина - називин (стандарт), назол, Фазіні, нокспрей (комплексний препарат), оксамет, Риназолін, Назалонг. У терапевтичних дозах викликають мінімальну кількість побічних ефектів.

Загальні побічні ефекти: відчуття сухості, печіння слизових оболонок, чхання.

Загальні протипоказання: підвищена чутливість до компонентів препаратів, атрофічний, медикаментозний риніт, закритокутова глаукома.

Препарати оксиметазолина в терапевтичних дозах викликають мінімум побічних ефектів і дозволені до використання у дітей з моменту народження. Проте перевищення курсу лікування не рекомендовано навіть при використанні оксиметазолина.

Назівін - препарат вибору!

Краплі для дітей до 6 років - оксиметазолин 0,01 %, старше 6 років - 0,025 %. Спрей інтраназальний для дітей старше 6 років - оксиметазолин 0,05 %, ксилометазолин 0,05 %, 0,1 %.

Таким чином, тонічні деконгестанти мають подібний механізм дії.

Протипоказання і побічні ефекти практично ідентичні.

Відмінності полягають у : тривалості дії ; ймовірності і частоті розвитку побічних ефектів.

(Сл 6) Системні деконгестанти. Препарати, що містять фенілефрин, безрецептурні - виброцил , комплексні препарати:

рінопронт,

Нео-Синефрин і препарат першого вибору

- колдрекс.

Інші препарати

- містять фенолефрін

- трімекс , оринол,

комплексні препарати - колдакт , ефект , КОЛДІ , Колд-Флю ,

Медістар.

- Містять псевдоефрін - судафед , комплексні препарати кларіназе , трайфед , тайленол колд , тера -флю (Україна) , препарат першого вибору

- колдрекс .

- Ріностон ,

- Міліносік ,

- Трайфед.

Протипоказання: вік до 12 років , одночасний прийом з місцевими деконгестантами . З усієї групи фенілефрин має найменшу кількість побічних ефектів, тому є препаратом вибору серед системних деконгестантів.

Алергічний риніт

Розділяють на сезонний (САР) і цілорічний (КАР).

Ознаками риніту будь-якого походження є: закладеність носа, виділення з носа, чхання, свербіж у носі (почуття лоскотання).

Основним етіологічним фактором САР є пилок рослин. Для нашого клімату характерні три основні сезони полінації (цвітіння) : у

весняний час він викликаний виділенням пилу дерев (береза, вільха, ліщина, дуб), в першій половині літа - злакових рослин (їжака , тимофіївка , жито), наприкінці літа та восени - бур'янистих трав (полин , подорожник , амброзія).

Причиною КАР частіше бувають алергени домашнього пилу, лупи домашніх тварин (кішки, собаки, коні), рідше - бібліотечної пилу, цвілевих грибків, тарганів.

Тобто при цілорічному алергічному риніті контакт з алергенами практично постійний . Хоча спори грибів і алергени кліщів домашнього пилу відносяться до цілорічним алергенів, їх кількість у навколишньому повітрі також залежить від пори року. Зазвичай воно знижується в зимові місяці і збільшується влітку і восени.

(Сл5) Принципи лікування сезонних алергічних ринітів .

При легких непостійних симптомах:

- 1 . Виключення контакту з алергеном.
- 2 . Пероральні неседативні антигістамінні.
- 3 . Місцево - антигістамінні або кромоглікату.

Симптоми виражені помірно:

- 1 . Виключення контакту з алергеном.
- 2 . Інтраназальне кортикостероїди.
- 3 . Можливо, антигістамінні або кромоглікату.

При переважанні симптомів кон'юнктивіту:

- 1 . Виключення контакту з алергеном.
- 2 . Пероральні неседативні антигістамінні.
- 3 . Місцево - антигістамінні або кромоглікату.

Принципи лікування цілорічних алергічних ринітів. При непостійних симптомах:

- 1 . Виключення контакту з алергеном.
- 2 . Пероральні неседативні антигістамінні.
- 3 . Можливо , періодично , пероральні деконгестантів. При

постійних симптомах:

- 1 . Виключення контакту з алергеном.
- 2 . Інтраназальне кортикостероїди.
- 3 . Можливо , пероральні неседативні антигістамінні.

Лікування КАР у дітей:

- 1 . Виключення контакту з алергеном.
- 2 . Кромоглікату інтраназально або пероральні неседативні антигістамінні.
- 3 . Якщо цього недостатньо - інтраназальні кортикостероїди.

Зупинимося тепер на характеристиці препаратів, які використовуються для лікування алергічних захворювань.

1.Антигістамінні препарати.

Механізм дії: для розвитку алергічної реакції необхідно , щоб гістамін (біологічно активна речовина , що відіграє провідну роль у розвитку алергії) вийшов з гладкої клітини і приєднався до H₁ - гістамінових рецепторів.

Приєднання гістаміну до рецептора запускає каскад алергічних реакцій. Гістамін в нормі знаходиться всередині огрядних клітин , але тільки під впливом алергену здатний виходити назовні.

Антигістамінні препарати приєднуються до тих же рецепторів , після чого гістамін вже не може з ними взаємодіяти (тобто гістаміну багато, але всі рецептори вже зайняті) .

Для такого захисту від алергії концентрація препарату в крові повинна бути вище концентрації гістаміну.

(Сл.6) Антигістамінні препарати ділять на 3 покоління. 1 покоління : димедрол (дифенгідрамін), діазолін (мебгідролін), супрастин (хлоропірамин), тавегіл (клемастин), піпольфен (прометазин), перитол (ціпрогентадін), фенистил (диметинден). фенкарол (хіфенадін). гістафен, бикарфен (сехіфенадін). Мають помітний седативним ефектом. Прийом 3-4 рази на добу.

Побічні ефекти: седативний ефект, порушення координації (ефект посилюється алкоголем). падіння АТ (розширення судин), запаморочення, сухість у роті, шкірні висипання.

Посилюють дію аналгетиків, снодійних, седативних засобів, транквілізаторів.

Протипоказання: робота, що вимагає уваги, виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки, гіперплазія передміхурової залози, серцево-судинні захворювання, порушення сечовипускання.

Одночасний прийом з холінолітиками, протисудомними препаратами, антидепресантами, засобами для лікування паркінсонізму і діабету.

2 покоління: гісталонг (астемізол), кларитин , Лора , еролін (лоратадин), цетиризин ГЕКСАЛ ®, цетрин (цетиризин), кестин, семпрекс (акривастин) - прийом 3 рази на добу.

Не володіє седативним ефектом в рекомендованій дозі.

Прийом, як правило , 1 раз на добу.

Побічні ефекти: Теоретично можливо розвиток шлуночкових аритмій.

Препарати метаболізуються в печінці, тому при патологіях печінки можливе зниження ефекту.

Цетиризин частіше за інших здатний викликати седацию, однак більш ефективний при шкірних проявах алергії.

Протипоказання: Підвищена чутливість до препарату. У період вагітності та лактації - не рекомендується. 3 покоління: телфаст, алтіва, Фексофаст (фексофенадин), еріус (дезлоратадин).

Є метаболітами препаратів 2 покоління. Викликають седацию при перевищенні терапевтичної дози.

Прийом 1 раз на добу.

Побічні ефекти: Седативний ефект можливий вкрай рідко і пов'язаний і індивідуальною чутливістю препарату. Протипоказання: Підвищена чутливість до препарату.

У період вагітності та лактації - не рекомендується.

Препарати 3 покоління найбільш безпечні. Ефективність при цьому зберігається на належному рівні. (Сл. 7).

На слайді показана характеристика засобів для лікування алергічних ринітів - блокаторів H1 - гістамінових рецепторів для місцевого застосування. (Сл. 9)

Ознайомтеся, будь ласка, із засобами системного застосування - блокаторами H1 - гістамінових рецепторів.

(Сл.10)

На цьому слайді представлені засоби для алергічних та застудних ринітів , що входять до складу комбінованих препаратів.

(Сл. 11)

Познайомтеся, будь ласка , з комбінованими лікарськими препаратами для лікування риніту і симптомів застуди у дітей і дорослих.

Колдакт (хлорфенаміну малеат -H1 - гистаминаблокатор , фенилпропаноламина гідрохлорид - симпатоміметик) . Швидкодіюче комплексне засіб для лікування риніту та ГРЗ.

Володіє протинабрякову , протизапальну , антиалергічну дію . Не слід поєднувати з алкоголем. Під час прийому препарату уникають керування транспортними засобами . Можливе запаморочення , підвищена збудливість , безсоння, зниження апетиту , сухість у роті , нудота.

Протипоказаний дітям до 1 року , вагітним і годуючим , особам з ІХС та АГ.

Такий же склад інгредієнтів спостерігається в препаратах Колдакт, Орінол, Ефект. Колд-флю - крім зазначених складових містить кофеїн і парацетамол.

Фервекс (парацетамол, фенірамін, аскорбінова кислота).

Активед (псевдоефрін , трипролідин) .

Рінопронт (фенілефрин, карбіноксіміна малеат).

Колдрекс Хот Рем (парацетамол , феніоефрін , аскорбінова кислота).

Тера Флю (парацетамол, хлорфенірамін (гистаминаблокатор), псевдоефедрин (деконгестант), аскорбінова кислота).

Антикатарал (парацетамол , хлорфенірамін , фенілефрин).

Фармацитрон (парацетамол , хлорфенірамін , фенілефрин , аскорбінова кислота). (Сл. 12).

Зверніть увагу на склад основну характеристику найбільш поширених безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування ГРВІ , грипу та простудного риніту. (Сл. 13).

Дуже важливо, знати провізору порівняльну безпеку найбільш поширених лікарських препаратів для симптоматичного лікування ГРВІ , грипу та простудного риніту.

А тепер повернемося до лікування алергічних ринітів.

(Сл. 14).

Отже, стабілізатори мембран тучних клітин. Ці препарати перешкоджають дегрануляції (руйнуванню) огрядних клітин і, відповідно, запобігають вихід медіаторів алергії в позаклітинний простір. По суті , це препарати завчасної профілактики , тому прийом препаратів слід починати за 7-14 днів до передбачуваного контакту з алергеном.

До них відносяться: Кромогексал , Іфірал , КРОМОСОЛ , кромоглина , (кромоглікат натрію або кромогліцієвая кислота) ; Аллергоділ (азеластин) ; задитен (кетотифен).

Ці засоби приймають 4 рази на добу (кромоглікату) або 2 рази на добу (кетотифен). За рахунок зменшення проявів алергічних реакцій і , як уже говорилося, стабілізації мембран лаброцитів (огрядних клітин) вони призначаються для профілактики і лікування алергічного риніту і кон'юнктивіту.

Крім того, кромогликат На і азеластин можуть використовуватися протягом тривалого проміжку часу (сезонні риніти, кон'юнктивіти).

Побічні ефекти: Подразнення слизової оболонки носа (при назальному застосуванні).

Протипоказання: Підвищена чутливість до препарату, I триместр вагітності, алергодил - вік до 6 років.

Препарати ці менш ефективні, ніж антигістамінні і кортикостероїди, проте вище профіль безпеки. Використовуються в лікуванні легких форм алергії. (Сл.15)

Стероїдні гормони (кортикостероїди) (для місцевого застосування). (ГКС).

Інтраназальні глюкокортикоїди надають ефекти на всі ланки патогенезу - надають протиалергічну, протизапальну, протинабрякову дію, полегшують носове дихання і знижують секрецію слизу, що обумовлює їх клінічну ефективність. При важких формах можуть бути призначені системні ГКС (це робить виключно доктор і, як правило, коротким курсом).

Як правило, при алергії використовують тонічні форми гормонів. Всі ГКС можна розділити на: а) системні; б) тонічні (місцеві)

Системні гормони (у таблетованій формі або у вигляді розчину для ін'єкцій) надають свій ефект після надходження в загальний кровотік. При цьому вплив виявляється на всі органи і системи, що в свою чергу, викликає цілий каскад побічних ефектів.

Терапевтичні (тобто позитивні) і побічні (тобто негативні) ефекти у системних гормонів максимальні («одне добре лікуємо - інше добре калічимо»).

Появою негативної репутації гормональні препарати («просунуті пацієнти знають , що гормони - це жахливі препарати , приймати які не можна ні в якому разі !")

Зобов'язані саме системні ГКС. Чим вище біодоступність, тим вище ризик появи побічних ефектів.

Тонічні гормони. Перевага тонічних (місцевих) ГКС в тому , що їх ефекти реалізуються практично тільки в точці прикладання препарату. Біодоступність цих препаратів мінімальна, що дозволяє уникнути системних побічних ефектів , властивих системним препаратів. До інтраназальним глюкокортикостероїдам відносяться:

НАЗОНЕКС (мометазон), фліксоназе (флутиказон), Беконазе (препарат першого вибору), Насотек , Хейфевер , Альдецин (беклометазон) , назакорт (тріамцинолон) . Прийом 1-2 рази на добу. Їх можна призначати для лікування цілорічного алергічного риніту (з постійними симптомами назальної гіперреактивності , вираженим набряком , коли всі інші препарати практично малоефективні).

Назонекс призначається дітям з 2 років , фліксоназе - з 4 років.

Побічні ефекти: Кров'яністі виділення з носа , головний біль , відчуття печіння в носі. Протипоказання: Підвищена чутливість до компонентів препарату, системні або місцеві бактеріальні , вірусні або грибові інфекції , туберкульоз, післяопераційний період (ЛОР - органи).

Беконазе протипоказаний в дитячій практиці. Засоби для місцевої стимуляції імунної системи. ІРС- 19 являє собою лізати бактерій , найбільш часто викликають захворювання верхніх дихальних шляхів, позбавлені антигенних властивостей. Застосовується для профілактики і лікування захворювань верхніх дихальних шляхів і ЛОР - органів по 1 впорскуванню в кожен ніздрю 2-5 разів на день в гострому періоді до зниження симптомів захворювання, 2 рази на день з профілактичною метою протягом 14 днів . (Сл.8)

Інші засоби для лікування риніту.

Піносол (масло сосни , олія евкалиптова , тимол , токоферолу ацетат) має протимікробну , протизапальну , протинабрякову дію. Прийом -34 рази на добу. Можливо печіння , свербіж , гіперемія і набряк слизової . Протипоказаний при алергічному риніті , дітям до 1 року.

Бороментол (кислота борна , ментол , вазелін) надає антисептичну , слабе болезаспокійливу дію . Можливо відчуття печіння . Протипоказаний дітям до 1 року.

Салін (0,6% р -р натрію хлориду) - для промивання порожнини носа.

Фармацевтична опіка.

1) Усі деконгестанти не рекомендується приймати більше двох тижнів.

2) Препарати, що містять симпатоміметики викликають неспокій , безсоння , тремор.

3) Вони не показані дітям до 6 років , існує ризик розвитку інсульту , порушень мозкового кровообігу , аритмії , затримки сечовипускання у хворих з гіпертрофією простати.

Можуть викликати підвищення артеріального тиску - обережно при ГБ і гіпертиреозі , підвищення внутрішньоочного тиску , обережно при глаукомі. - адrenoблокаторів (підвищення артеріального тиску , аритмія), седативних засобів.

Посилює дію і побічні ефекти з іншими судинозвужувальними препаратами.β4) Вони несумісні з алкоголем , протипоказані водіям транспорту. Їх не слід поєднувати з індометацином.

Можуть посилювати дію і побічні ефекти антидепресантів , інгібіторів MAO , психостимуляторів (підвищення артеріального тиску).

Послаблює дію антигіпертензивних препаратів ,

5) Препарати, що містять фенірамін і хлорфенірамін антигістамінні I і II покоління, не сумісні з алкоголем, седативними, снодійними, транквілізаторами, нейролептиками, наркотичними анальгетиками, протипоказані водіям транспорту, хворим з гіпертрофією простати (затримка сечі), глаукомою (підвищення внутрішньоочного тиску).

6) Препарати, що містять антигістамінні компоненти I покоління викликають сонливість , втома , їх слід приймати ввечері.

7) При застосуванні засобів, що містять кортикостероїди , можливі сухість і подразнення слизових носоглотки , неприємний присмак і запах , носова кровотеча , пригнічення функції кори

надниркових залоз , кандидозу порожнини носоглотки (при тривалому застосуванні).

Їх не рекомендують вагітним , годуючим , дітям до 4 років , не слід приймати без призначень лікаря . В Україні дозволений до безрецептурного відпуску препарат Беконазе. (Сл.14)

А тепер представимо вашій увазі алгоритм бесіди провізора з хворим при виборі безрецептурного лікарського препарату для симптоматичного лікування нежиті (риніту).

ЛЕКЦІЯ 3

ПОБІЧНА ДІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ , ЇЇ ЗАПОБІГАННЯ І ЛІКУВАННЯ

В останні десятиліття фармакологія і фармакотерапія досягли великих успіхів. Відкрито й міцно увійшли в практику нейролептики , які в буквальному сенсі , зробили епоху в психіатрії , транквілізатори , седативні , β_2 - адреноміметики , нові β - блокатори і т.д. Завдяки з'ясуванню більш тонких біохімічних , фізико -хімічних механізмів розвитку захворювань і розвитку на цій основі молекулярної фармакології та клінічної біохімії з'явилася можливість проводити більш цілеспрямовану фармакотерапевтичну корекцію патологічного процесу. Паралельно з успіхом все частіше і частіше почали виявлятися тіньові сторони фармакотерапії. За останні роки в літературі з'являється все більше повідомлень про несприятливі наслідки застосування лікарських засобів , що пов'язано як з появою все більш активних препаратів , так і з нераціональним їх використанням. Крім того , ряд побічних ефектів виявляється лише при тривалому клінічному вивченні лікарських засобів. Так , за даними різних авторів у 10-30% хворих, які лікувалися фармакопрепаратами , розвиваються різні прояви побічної дії ліків і навіть з летальним результатом. За даними ВООЗ в промислово розвинених країнах в 5 % випадків причиною надходження в стаціонар є розвиток побічної дії ліків. Серед причин, що викликають в даний час значне зростання числа випадків ПДЛС , провідними є:

1 . Збільшення числа синтетичних препаратів, що мають надзвичайно високу біологічну активність , механізм дії яких пов'язаний з втручанням в найскладніші біологічні процеси (біосинтез білка , нуклеїнових кислот і т.д.). Настільки високий рівень біологічної дії передбачає і підвищення ймовірності розвитку лікарської патології.

2 . Хімізація зовнішнього середовища досягла такого рівня , що адаптаційні механізми людини опинилися еволюційно невідповідними до такого масованого « синтетичному оточенню ».

3 . Слабка орієнтація лікарів у побічні ефекти ліків і призначення їх без контролю за безпекою.

4 . Самолікування хворих.

5 . Мала кількість наукових досліджень щодо з'ясування теоретичних аспектів побічної дії ліків , причин , що їх викликають , і відсутність ефективних заходів профілактики ускладнень фармакотерапії. Ускладнення фармакотерапії все більше і більше турбують світову медичну громадськість. Виникла крайня необхідність у науковому аналізі їх причин , розробці способів діагностики і ефективних заходів профілактики і лікування . У зв'язку з цим в 1967 році в рамках ВООЗ був створений Міжнародний центр з контролю за побічною дією лікарських засобів , який координує роботу 20 національних центрів. Зокрема в СРСР функціонує « Всесоюзний центр з вивчення ПДЛС ». Цей центр узагальнює надходить від лікарів інформацію , розробляє заходи профілактики . ВНПМІ щомісяця видає експрес- інформацію « ПДЛС ». Ці питання також висвітлюються в реферативних журналах. В амбулаторній

практиці частота виникнення побічних реакцій досягає 41 % (Mortus , 1979). За даними Грачової Н.М. (1978) серед 1247 чоловік , хворих з різними інфекційними захворюваннями і мали прояви лікарської хвороби , у 3,2% був смертельний результат. Важливість правильного обліку можливості розвитку того чи іншого побічного ефекту ілюструє наступний приклад. Хворому 54 роки , у зв'язку з гіперфункцією щитовидної залози і важкої форми ІХС призначено лікування мерказолілом по 40мг на добу. На 8 день лікування з'явилася клініка фолікулярної ангіни. Незважаючи на це , мерказоліл не був скасований , а в зв'язку з високою температурою хворий додатково брав індометацин та сульфадиметоксин . На тлі проведеного лікування в аналізі крові виявлено різке зниження числа сегментоядерних лейкоцитів (до 800). Лікарська хвороба , виділена Е.М.Тареевим як самостійна нозологічна одиниця , отримала в даний час велике поширення .

Сучасна література буквально рясніє такою термінологією , як побічна дія лікарських засобів , лікарська хвороба , лікарська непереносимість , лікарська алергія , захворювання від ліків , медикаментозна патологія , фармакопатологія і т.п. Слід особливо підкреслити той факт , що якщо навіть не брати до уваги ускладнення виникли в результаті самолікування , або « фармакоманії » , то 20-30% хворих отримують ускладнення у стаціонарі , при використанні ліків за призначенням і під наглядом лікаря. Лікарська хвороба має найрізноманітнішу симптоматику. Одна з основних труднощів в діагностиці ПДЛС полягає в тому , що воно нашаровується на основне захворювання , клінічні симптоми якого нерідко збігаються з

симптомами істинно лікарської хвороби . Крім того , обриси двох хвороб (основний і лікарської) може впливати на загальну клінічну симптоматику , змінити картину типових симптомів і приводити до виникнення синдромів не типових ні для основного захворювання , ні для лікарської хвороби . Лікарська хвороба , в широкому сенсі слова , є еквівалентом « патоморфоза леченого захворювання». Цей термін вперше був запропонований Hirsch ще наприкінці минулого століття у зв'язку із зміною клінічної картини сифілісу по впливом ртутних препаратів. Дж. Глюк в книзі « Кортизонотерапія » (1960) застосував епіграф « При кортизонотерапії все що ми робимо , це замінюємо одне патологічний стан іншим». Ця точка зору , безсумнівно гіперболізована , однак з особливою яскравістю підкреслює роль фармакологічного засобу в походженні лікарської хвороби .

Той факт , що лікарський засіб може викликати самостійний патологічний процес з наочністю ілюструється тим , що багато з них можуть імітувати найрізноманітніші нозологические одиниці захворювань:

- Кропив'янка - пеніцилін , саліцилати .
- Дерматит - пеніцилін , сульфаніламід , барбітурати .
- Коліти - антибіотики широкого спектру дії , сульфаніламід.
- Виразка шлунка і кишечника - кортикостероїди , цитостатики , саліцилати , резерпін .
- Бронхіальна астма - β - блокатори .
- Гепатит - цитостатики , анаболіки , саліцилати .
- Гломерулонефрит - вакцини , антибіотики , сульфаніламід.

- Колагенози (ВКВ , вузликовий періартеріт) - антибіотики , сульфаніламід.

Таким чином , будь-який лікарський засіб здатний викликати патологічний процес у хворого , іменованій лікарською хворобою або побічна дія лікарських засобів. Термін побічна дія лікарських засобів включає всі види небажаних ефектів лікарських засобів. Серед величезного розмаїття проявів такої дії представляється можливим виділення наступних клінічних видів і різновидів побічних дій лікарських засобів : I. Прямої дії (фармакодинамічні) . II . Токсичні ушкоджують (біохімічна і структурна токсичність) . III . Алергічні та імунні (реакції негайного й уповільненого типу).

IV. Фармакогенетическіе :

- 1 . Різке зростання звичайного фармако динамічного ефекту ;
- 2 . Різке зростання токсичності або поява невластивих ускладнень;
- 3 . Провокує дію .

V. Від раптового припинення прийому ліків

- 1 . Синдром абстиненції ;
- 2 . Синдром відміни.

VI . Мутагенів, онкотератогенние і ембріотоксичні.

VII. Парамедікаментозние

- 1 . психогения ;
- 2 . Патомімія .

VIII . лікарська стійкість

- 1 . первинна ;

2 . Вторинна .

Віднесення даного ефекту лікарських засобів до побічного залежить від конкретних завдань лікування : при цьому залежно від ситуації один і той же фармакодинамічний ефект може бути і бажаним і побічним .

Будь ПД або ускладнення лікарської терапії може характеризуватися рядом ознак , сукупність яких залежить від :

1 . Клінічного виду та різновиду побічних дій лікарських засобів;

2 . Категорії побічних дій лікарських засобів;

3 . Клінічної характеристики побічних дій лікарських засобів;

4 . Факторів, що впливають на вираженість побічних дій лікарських засобів;

5 . Можливості передбачення і ризику виникнення побічних дій лікарських засобів;

6 . Способи виявлення побічних дій лікарських засобів;

7 . Диференційно- діагностичного значення побічних дій лікарських засобів;

9 . Способів корекції побічних дій лікарських засобів.

Кожен вид ПДЛС має деякі клініко- фармакологічні особливості

I. Побічні дії лікарських засобів прямого фармако- динамічної дії впливають з основних властивостей лікарських засобів , побічні ефекти яких можна передбачити на підставі знань фармакодинаміки . Найбільш часто вони пов'язані із застосуванням одного лікарського засобу . Так , резерпін , будучи симпатолитиком , викликає відносну

ваготонії з наступним підвищенням секреторної функції шлунка , гіперацидним станом і освітою або загостренням виразки шлунка. Або антибіотики широкого спектру дії пригнічують життєдіяльність не тільки патогенної флори , а й сапрофітної . У зв'язку з цим такі ускладнення , як дисбактеріоз , гіповітаміноз , кандидамикоз мають під собою реальний ґрунт . Можна ще приклад: глюкокортикоїди , імунодепресанти , пригнічуючи іммуногенез , знижують резистентність організму до інфекції. Частина ускладнень прямого фармакодинамічної дії можуть виникнути лише при одночасному призначенні двох або більше препаратів. Причому такі ПЕ можливі в двох варіантах. Або за типом потенціювання (посилення) побічної дії одного або обох препаратів, або появою нового побічного ефекту не характерного для кожного лікарського засобу окремо. Яскравим прикладом потенціювання побічних ефектів є спільне призначення β - блокаторів і синтетичних протидіабетичних бігуанидов , яке супроводжується вираженою гіпоглікемією аж до коми . Прикладом появи нового побічного ефекту може служити наслідок спільного застосування резерпіну та інгібіторів МАО. Ні те , ні інше засіб , призначене окремо не здатне підвищувати АТ , але при спільному застосуванні вони можуть спровокувати гіпертензію аж до кризи . Справа в тому , що резерпін вимиває , вивільняє ендогенні катехоламіни з депо в нервових закінченнях , які руйнуються МАО. При інгібуванні останнього відповідними препаратами виникає ситуація вираженого накопичення катехоламінів з усіма витікаючими наслідками. Є необхідність виділити нозологические одиниці або стану , що призводять до виникнення того чи іншого побічного

ефекту. Так, здатність β -блокаторів викликати бронхоспазм реально виявляється лише у хворих з наявністю тієї чи іншою мірою бронхообструктивного синдрому. Ці ж препарати можуть спровокувати застійну недостатність кровообігу, яка протікала компенсовано; резерпін приховану депресію може перевести в явну; призначення холиноблокаторів може виявити декомпенсацію приховано протікає глаукоми. Необхідно пам'ятати, що одне і теж пряме побічна дія можна цілеспрямовано використовувати. Так, антиагрегантні властивості малих доз аспірину і гіпокоагулянтний ефект місклерон може бути використаний у пацієнтів з атеросклерозом і ІХС, в той час як у призначення цих же препаратів в осіб, мають приховані порушення гемостазу може призвести до розвитку тяжкої кровотечі. Далі, негативний хронотропний ефект β -блокаторів у хворих з тахікардією і гіпертонією безумовно буде бажаним, тоді як хворих з брадикардією, блокадами - вкрай небажано. Наявністю у індометацину седативного ефекту можна користуватися при лікуванні хворих з порушенням сну, однак цей ефект вкрай небажаний водіям транспорту, льотчикам, робочим поточних, автоматизованих ліній. Профілактика прямих фармакодинамічних ускладнень фармакотерапії абсолютно очевидно повинна будуватися на міцних знаннях фармакодинаміки ліків, сучасних уявленнях про механізми їх дії. Ці побічні ефекти залежать від дози і тривалості застосування препаратів, вони легко передбачувані. П. Наступним варіантом побічних ефектів і ускладнень є реакції, пов'язані з ушкоджувальним токсичною дією. В даний час лікарська токсичність умовно поділяється на біохімічну

токсичність і структурну . Під біохімічної розуміють такий її вид , коли лікарський засіб викликає тільки метаболічні зміни . Наприклад, зміни рН крові , активності деяких ферментів. Так , ртутні діуретики часто дають гіпохлоремічний алкалоз. Левоміцетин інгібує багато ферментів печінки , тим самим знижує її антитоксичну функцію . Під структурної токсичністю розуміють розвиток макроскопічної , видимої патології. Яскравим прикладом структурної токсичності є алкогольний цироз печінки. Залежно від деяких , не завжди ще ясних особливостей дії препарату , ті чи інші лікарські засоби схильні викликати певні токсичні ефекти до різних органів і тканин. Виділяють нейротоксичність , ототоксичність , гепатотоксичність , нефротоксичність , гематотоксичність та інші види токсичності. Один препарат може проявляти токсичні властивості щодо кількох органів (тетрациклін - кров , печінку ; аміноглікозиди - нирки , слуховий нерв).

Токсичні реакції залежать від дози , причому передозування може бути абсолютною і відносно. Відносна передозування може розвиватися при призначенні середніх терапевтичних доз. При цьому виникають ускладнення обумовлені , наприклад , зниженням знешкоджуючих функції печінки , видільної функції нирки і т.д. Ці реакції залежать і від тривалості призначення. Як правило , токсичні реакції важко передбачити. І це пов'язано з тим , що біохімічні особливості впливу кожного препарату на відповідну тканину недостатньо вивчені. Профілактика цих ускладнень ґрунтується на знаннях переважної токсичності ліків і терапевтичного статусу хворого. Аміноглікозидні антибіотики небезпечні в плані

ототоксичності . Ризик цього ускладнення різко підвищується при призначенні аміноглікозидів хворим у невритом або що починається атрофією слухового нерва. Тетрацикліни з певністю спровокують загострення хронічного гепатиту , левоміцетин погіршать наявну анемію і т.д. III . Побічні ефекти алергічного та імунного генезу - один з найбільш частих ПЕ . Важливо пам'ятати , що алергія це набута , специфічними змінена здатність до реакції , заснованої на взаємо - дії антигенів та / або гаптенів з антитілами , але не з фармакологічно діючими речовинами. У цьому плані цікаво , що алергічна реакція може виникати на лікарський препарат, що володіє сам по собі антиалергічними властивостями (преднізолон , піпольфен та ін.) Про те , що алергічні ускладнення займають основне місце в структурі лікарської патології свідчать дані клініко- статистичного аналізу, зокрема , ускладнень антибіотикотерапії . Майже в 80 % лікарська патологія мала алергічний генез. У 52 % ураження викликали пеніциліни , в 18 % - тетрацикліни , стрептоміцин - в 11 % , левоміцетин - 12 % . Навашин вказує що алергічні реакції у зв'язку із застосуванням пеніциліну розвиваються у 2-5% хворих. За даними Боговой поширеність лікарської алергії становить від 0,17 до 0,44 % населення. Розуміння механізмів, що лежать в основі лікарської алергії і різних її клінічних проявів необхідні для побудови правильної терапії , що передбачає профілактику лікарської алергії .

Залежно від умов введення препаратів , властивостей і реакцій організму , застосування ліків може викликати утворення різних антитіл , імуноглобулінів класів E , G , M за участю системи комплементу і без неї , а також клітинний відповідь

імунокомпетентних клітин. Особливу складність створює обставина, що ліки найчастіше є гаптенами, здатними утворювати з білками організму повноцінний антиген і складні імунні комплекси. Освіта комплексів з білками тканин нерідко призводить до розвитку аутоімунних процесів. Класифікація лікарської алергії по Ю.П. Бородіну, 1980)

А. Пов'язані з циркулюючими гуморальними антитілами (реакції негайного типу). I. Системні : 1 . Анафілактичний шок ; 2 . Гостра кропив'янка і набряк Квінке ; 3 . Сироваткова хвороба ; 4 . Лікарська бронхіальна астма ; 5 . Загострення основних захворювань (бронхіальна астма , алергічний риніт) ; 6 . Агранулоцитоз , пурпура , придбана гемолітична анемія. II . Місцеві реакції типу феномена Артюса - Сахарова. Б. Пов'язані з клітинними антитілами (реакції уповільненого типу) . I. Системні : 1) генералізованности , розповсюджені дерматити ; 2) Грібковоподібні реакції (ерітемовезікулезні дерматити) ; 3) Ускладнення гіперергічного типу (васкуліти , еритродермії бульозний ексfolіативний геморагічний дерматит - синдроми Лайєлла , Стівенса - Джонсона та ін); 4) Загострення основного захворювання (колагенози , деякі форми екземи , нейродермітів) . II . Місцеві ускладнення контактного типу (дерматит , дерматокон'юнктивіт , кератит , фарингіт , глосит) .

У механізмі реакцій негайного типу мають значення біохімічно активні субстанції реакції антиген -антитіло і наявність алергічних антитіл - реагенов в сироватці крові. Ці реакції розвиваються , як правило , протягом 1 -го години. У механізмах реакцій уповільненого типу провідну роль відіграють процеси роздратування алергенами

епідермальних і сполучнотканинних структур і формування різних видів запалення . Подібні реакції виникають, як правило , через 12-24-48 годин. Алергічні реакції , як правило, не залежать від дози введеного препарату , але часто визначаються тривалістю його призначення. Оскільки вони важко передбачувані , лікар повинен бути орієнтований в факторах ризику алергічних ускладнень. Бородін Ю. П. поділяє ці фактори на дві групи: 1) Залежачі від хворого: - обтяжена алергічна спадковість чи так звана « алергічна » конституція ; - супутні алергічні захворювання в момент спостереження і в минулому; - тривале і безконтрольне самолікування хворих різними ЛЗ; - професійні шкідливості , особливо у працівників заводів медичної промисловості , сільськогосподарських виробництв , хімічної промисловості та ін; - тривалі грибкові захворювання (трихофітія , епідермофітія , руброфітія , висівковий лишай) і колагенози ; - небезпека алергії до пеніциліну. У цих хворих лікарська алергія спостерігається в 30 % випадків. 2) Залежачі від лікаря : - необгрунтоване призначення антибіотиків і хіміопрепаратів з профілактичною або лікувальною метою (при вірусних хворобах) ; - неправильне проведення лікування (вибір дози , способу введення , розчинників) , небезпека тривалого застосування антибіотиків у вигляді аерозолів , крапель , мазей у хворих з алергічною конституцією ; - невиправдане життєвими показаннями (сепсис , перитоніт) , внутрішньовенне введення антибіотиків ; - повторне і багаторазове лікування необхідними лікарськими засобами або сполуками, що мають з ними спільні антигенні властивості; - полипрагмазия , з урахуванням того ,

що ряд лікарських засобів посилює алергизуючих активність інших препаратів: бутадіон - кумаринів , сульфаніламідів - антибіотиків при оральному прийомі ; - недостатня повнота алергологічного анамнезу (попередня сенсibilізація в тому числі професійна) . Враховуючи фактори ризику алергічних ускладнень лікар повинен будувати заходи щодо профілактики їх. Так , правильно зібраний алергологічний анамнез , служить істотною мірою профілактики , в ряді випадків дозволяє навіть встановити причинно -значимий алерген. Хворим мають фактори ризику слід перед введенням препарату проводити шкірні проби (крапельна , проба з втиранням , епідермальна , скарификационная , внутрішньошкірна) пам'ятаючи про те , що вони можуть викликати важкі ускладнення. У період ремісії захворювання іноді проводять провокаційні проби , і переважно в тих випадках , коли хворому за життєвими показаннями потрібне термінове введення препарату , як правило , під язик на 3-5 хвилин. Тромбоцитопенічний індекс - різниця числа тромбоцитів до введення алергену і через 90 хвилин після його введення , виражена у відсотках. Індекс позитивний, якщо він більше 20 %. Лабораторні методи більш безпечні для хворого , так як проводяться в пробірці. До них відносять - агломерационную пробу , непряму реакцію дегрануляції базофілів , тучних клітин , радіоклергосорбтний тест , бластанформація лімфоцитів , реакція гальмування міграції лейкоцитів і т.д. Найбільш грізним і небезпечним для життя ускладненням алергічної природи є анафілактичний шок. Прогноз хворих визначається терміновістю медикаментозного втручання. Чим раніше , тим благоприємней

прогноз . У зв'язку з цим у всіх відношеннях для надання невідкладної допомоги необхідна протишокова аптечка , яка повинна містити джгути стерильні шприци , розчини адреналіну , мезатону , ефедрину ; водорозчинні преднізалон або гідрокортизон , система для внутрішньовенних переливань , ізотонічні розчини; антигістамінні препарати в ампулах (димедрол , супрастин , піпільфен) ; розчин еуфіліну ; серцеві глікозиди (корглікон , строфантин) і аналептики (коразол , кофеїн , етимізол) . IV . Важливою групою ПДЛС , про яку практично часто лікарі забувають можливо в зв'язку з тим , що вона зустрічається порівняно рідко , є побічні ефекти, пов'язані з певною ферментопатією або інший вродженою патологією . Деякі автори іменують ці ускладнення ідіосинкразією . Ферментопатії формують ситуації , коли лікарські засоби метаболізуються занадто швидко, що проявляється картиною лікарської стійкості , або занадто повільно , що дає картину підвищеної чутливості до лікарських засобів. Спадково- генетичний характер таких відхилень вказаний в даний час для таких лікарських засобів. А.

Різке зростання звичайного фармакологічного ефекту спостерігається при призначенні :

1 . Дитиллина - розвивається апное кілька годин при низькій активності атипової псевдохолінестерази .

2 . Дифеніну , прямих антикоагулянтів - розвивається неврологічна симптоматика через спадкової недостатності гідроксилази , метаболізує лікарські засоби.

3 . Катехоламіни дають неадекватну гіперергічну реакцію при фенілкетонурії .

Різке збільшення токсичності і поява ускладнень не властивих даним препаратам:

1 . Недостатність Г- 6 -ф - ДГ і ГР еритроцитів , що спостерігається при хронічній несфероцитарних гемолітичної анемії. Її загострення провокується сульфаніламидами , нітрофуранами , ПАСК , левоміцетином , аналгетиками .

2 . Низька активність N- ацетилтрансферази - у повільних ацетиляторів виникають ускладнення при призначенні СА , ізоніозіда і апрессина .

В. Лікарські засоби провокують захворювання:

1 . Метгемоглобінемію , обумовлену патологією метгемоглобінредуктази - викликають нітроти , аналгетики , сульфаніламиди , левоміцетин , хінін , ПАСК , фурадонін ;

2 . Печінкову порфірію , обумовлену порушенням активності синтетази амінолевулінової кислоти. Провокується барбітуратами , сульфаніламидами , аміопіріном , естрогенами , транквілізаторами .

Клініка ураження печінки , паралічі , пронос , метаболічний ацидоз ; 3 . Генетичні гіпербілірубіненії , пов'язані з патологією УДФ-глюкуронілтрансферази . Провокуються естрогенами , алкоголем , гипотиазидом , фурасемід , вітаміном В 12 , стрептоміцином ; 4 . Пароксизмальна міоплегія (хвороба Вестфалія) провокується інсуліном , сечогінними , що викликають гіпокаліємію . Ці реакції не залежать від дози і тривалості призначення. Їх практично неможливо передбачити , якщо немає даних про наявність у хворого ензимопатії . Розробкою способів профілактики цих ускладнень займається галузь фармакології - фармакогенетика . V. Ускладнення, пов'язані з

відмінною лікарських засобів є актуальною проблемою як у зв'язку з участю в даний час зловживанням ряду лікарських засобів (фармакомінія) , так і з тим , що лікування багатьох захворювань вимагає тривалого , а часом і довічного прийому деяких препаратів. Одним з проявів ускладнень цієї групи є лікарська залежність , за наявності якої розвивається синдром абстиненції. Експерти ВООЗ лікарську залежність визначають як певний фізичний стан психіки , що виникає в результаті взаємодії організму і лікарського засобу і характеризується поведінковими та іншими реакціями , які завжди включають нагальну потребу в постійному або періодично поновлюваному прийомі певного лікарського засобу для того , щоб випробувати його дію на психіку , а іноді для того , щоб уникнути неприємних симптомів , обумовлених припиненням прийому цього засобу . Синдром відміни виникає , як правило , при раптовій відміні лікарських засобів , в той час як при постійному зменшенні дози лікарських засобів клінічні прояви можуть бути стертими або відсутніми.

Синдром абстиненції виникає при припиненні прийому наступних груп препаратів

- 1 . Група морфіну ;
- 2 . Барбітурати і транквілізатори ;
- 3 . амфітаміни ;
- 4 . Речовини типу алкоголю;
- 5 . галюциногени ;
- 6 . марихуана ;
- 7 . Кофеїн .

Синдром відміни може спостерігатися при раптовій відміні :

- 1 . Гормональних препаратів (глюкокортикоїди) пов'язане з придушенням за механізмом зворотного зв'язку вироблення ендогенних гормонів ;
- 2 . Антикоагулянтів - синдром тромбоемболічного рикошету ;
- 3 . Нітратів - загострення стенокардії ;
- 4 . Клофеліну - гіпертонічний криз;
- 5 . β - блокаторів - симпатoadреналовий криз , загострення стенокардії ;
- 6 . Хінідину - важкі аритмії , шлуночкові тахікардії ;
- 7 . Психотропні - посилення тривожно- депресивних станів .

Профілактика цих ускладнень:

- 1 . Призначення коштів , небезпечних в плані лікарської залежності , суворо за показаннями , суворий облік , зберігання.
- 2 . Поступова , ступінчаста скасування .

VI . Побічні ефекти мутагенного , онкотератогенного та ембріотоксичної дії Яскравий приклад - талідомідний трагедія в Європі , жертви якої живі і донині.

Облік можливості цих ускладнень особливо важливий при використанні лікарських засобів вагітними жінками і жінками в період лактації. За даними Петрова М.А. - 78 % вроджених каліцтв викликані прийомом в період вагітності лікарських препаратів. Ліки , прийняті в період вагітності можуть викликати мутагенний і тератогенний ефекти . Мутагенну дію полягає в тому , що препарати викликають порушення нормальної послідовності нуклеотидів в ДНК (генні мутації) або виникають хромосомні аномалії в статевих

клітинах. Однак це питання вивчено недостатньо. Тератогенну дію ліків може бути морфологічним (талідомід - фокомелія ; порушення росту і розвитку зубів - тетрациклін) і функціональним , неморфологічними (дефекти психічного розвитку - протисудомні засоби). Небезпека тератогенного ефекту досить велика. За ступенем ризику всі препарати ділять на 3 групи: 1) особливо небезпечні (талідомід , метотрексат , андрогени) ; 2) небезпечні (цитостатіки - циклофосфан , тіофосфамід , 6 - меркаптопурин , 5 - фторурацил , колхіцин , вінбластин ; протиепілептичні - дифенін ; бутамид , хлорпропамід) ; 3) умовно небезпечні (антибіотики - тетрациклін , левоміцетин , стрептоміцин ; сульфаніламід , нітрофурані , хінідин , глюкокортикоїди , саліцилати , контрацептиви , снодійні , естрогени) .

Тератогенність залежить від періоду ембріогенезу , в який прийнято речовину. Розрізняють кілька критичних періодів:

- 1 . Період імплантації (7-8 день);
- 2 . Плацентації (3-4 тиждень) ;
- 3 . Основного органогенезу (5-6 тиждень) .

Таким чином , перші 2 місяці вагітності є найбільш небезпечними . Тому потрібно керуватися золотим правилом: в першу половину призначати лікарські засоби в разі крайньої необхідності. Якщо жінка за життєвими показаннями отримувала цитостатики , вирішується питання про переривання вагітності. Канцерогенність . Ця властивість доведено для торотрастом (двоокис торію , застосовуваного в 1930-1945 рр. . Як рентгеноконтрастне речовину) , червоного стрептоциду , протипухлинного засобу -

неталіда . Ці речовини були відповідно виключені зі списку медикаментів. Описані випадки розвитку гострої лейкемії при застосуванні Р32 ; остеосарксоми при використанні радію , мезоторія , аденокарциноми піхви і шийки матки при призначенні естрогенів ; карциноми печінки при використанні андрогенів і анаболіків ; карциноми ниркових мисок при призначенні феноцетіна ; лейкемії при призначенні левоміцетину : раку шкіри при лікуванні препаратами , що містять дьоготь і ін VII . Під парамедикаментозними ускладненнями розуміють такі , які не пов'язані з дією препарату , однак виникають у процесі терапії та нагадують за своїми проявами можливі ПЕ цього ЛЗ. Наприклад, хворий зі стабільною психікою отримує від лікаря інформацію про ймовірні наслідки побічних ефектах , які з'являються (порушення сну , серцебиття , головний біль) навіть при призначенні плацебо. Цей вид побічної дії лікарських засобів називають психогенией . Під патомімія розуміється розвиток патології , схожою на ту , яка зазвичай виникає при призначенні даного препарату , однак це безумовно не пов'язано з його прийомом. Так, виникнення аритмій у хворого ІХС після призначення серцеві глікозиди може лише випадково пов'язано з їх прийомом і обумовлено якийсь приєдналася патологією. VIII . Лікарська стійкість . Відноситься деякими авторами до побічних дій лікарських засобів. Хоча важко провести грань з низькою чутливістю до лікарських засобів. Принципово , мабуть , слід вважати лікарську стійкість в тому випадку , коли вона не долається будь-яким збільшенням дози , або якщо потрібний ефект досягається такою кількістю ЛЗ , яке завжди викликає певні ПЕ . Якщо ж стійкість

долається дозами не що виходять за межі терапевтичної широти , мабуть , необхідно говорити про індивідуальній чутливості , пов'язаної або з особливостями , або з тяжкістю патологічного процесу. У висновку хотілося б навести крилаті вирази Б.Е.Вотчала , які чітко визначають місце медикаментозної терапії в лікуванні хворих. Він говорив: « Поменше ліків - тільки абсолютно необхідні » і « Лікувати треба тоді , коли не можна не лікувати ». Знаменитий англійський учений - клінічний фармаколог Д.К. Лоуренц (1973р.) (наш сучасник) виступив з наступними принципами.

Перед тим , як призначати хворому ліки , лікар повинен вирішити наступні 5 питань:

1) Чи необхідно взагалі втручатися в хід хвороби , призначаючи ліки.

2) Яка зміна очікується досягти в стані пацієнта призначенням ліки.

3) Чи можливо досягти позитивних змін за допомогою того ліки , яке лікар має намір застосувати .

4) Які побічні ефекти цих ліків і не можуть вони нашкодити хворому.

5) Перевершує чи ймовірність поліпшення ймовірність можливої побічної дії ліків .

Література

1. Белоусов Ю. Б. Клиническая фармакология и фармакотерапия. / Ю. Б. Белоусов, В. С. Моисеев, В. К. Лепяхин. – М.: Универсум Паблишинг, 2000. – 541 с.
2. Компендиум 2006 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н.Коваленко, А.П.Викторова.- К.: МОРИОН, 2006.- I т. – 2270 с., т. II т. - 2270 с.
3. Лопатин А.С. Лекарственный анафилактический шок. – М.: Медицина, 1983. – 160 с.
4. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней / Грицюк А.И., Голиков А.П., Мерзон А.К. и др. / Под ред. А.И. Грицюка. – К.: Здоров'я, 1985. – 592 с.
5. Регистр лекарственных средств России. РЛС-Энциклопедия лекарств. – 11-й выпуск /Гл. ред. Г.Л.Вышковский.- М.: РЛС-2004.- 1503 с.
6. Фармацевтична опіка : атлас / [І. А. Зупанец, В. П. Чорних, В. Ф. Москаленко та ін.] ; під ред. І. А. Зупанца, В. П. Черниха. – К. : «Фармацевт Практика», 2004. – 192 с.
7. Фармацевтична опіка : курс лекцій для провізорів та сімейних лікарів / [І. А. Зупанець, В. П. Чорних, С. Б. Попов та ін.] ; під ред. В. П. Чорних, І. А. Зупанца, В. А. Усенко. – Х. : Мегаполіс, 2003. – 608 с.
8. Фармацевтична опіка : практ. керівн. для провізорів та сімейних лікарів / [І. А. Зупанець, В. П. Чорних, В. Ф. Москаленко та

ін.] ; під ред. В. П. Чорних, І. А. Зупанца, В. А. Усенко. – Х. : Золоті сторінки, 2002. – 264 с.

9. Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics.- 11th ed. / editor, Laurence L. Brunton; associate editor, John S.Lazo, Keith L.Parker. – New York: McGraw-Hill, 2006. – 2021 p.