

# СУЧАСНА КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ

В ФАРМАКОТЕРАПІЇ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ  
З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ



Матеріали X Всеукраїнської науково-практичної конференції  
за участю міжнародних спеціалістів з клінічної фармакології

м. Вінниця  
7-8 листопада 2019 р.

Міністерство охорони здоров'я України  
ДУ «Інститут фармакології та токсикології НАМН України»  
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
Департамент охорони здоров'я Вінницької ОДА  
Департамент охорони здоров'я Вінницької міської ради  
Асоціація фармакологів та клінічних фармакологів України

# **Сучасна клінічна фармакологія в фармакотерапії та профілактиці захворювань з позицій доказової медицини**

*Modern clinical pharmacology in  
pharmacotherapy and prevention of diseases  
based on evidence medicine*

**Матеріали X Всеукраїнської науково-практичної  
конференції за участю міжнародних спеціалістів з  
клінічної фармакології**

*X Ukrainian International Scientific Conference*

**Вінниця  
7-8 листопада 2019 р.**

*Vinnytsia  
7-8 November, 2019*

Министерство здравоохранения Украины  
ГУ «Институт фармакологии и токсикологии НАМН Украины»  
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова  
Департамент здравоохранения Винницкой ОГА  
Департамент здравоохранения Винницкого городского совета  
Ассоциация фармакологов и клинических фармакологов Украины

# **Современная клиническая фармакология в фармакотерапии и профилактике заболеваний с позиций доказательной медицины**

**Материалы X Всеукраинской  
научно-практической конференции с участием  
международных специалистов по клинической  
фармакологии**

**Винница  
7-8 ноября 2019 г.**

УДК 615.03: 615.27:615.36  
С 89

**Редакційна колегія:**

академік НАМН України Мороз В. М. (м. Вінниця),  
проф. Яковлева О. О. (м. Вінниця)

**С 89 Сучасна клінічна фармакологія в фармакотерапії та профілактиці захворювань з позицій доказової медицини /**  
Матеріали X Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 7-8 листопада 2019 року. – Вінниця, Нілан-ЛТД, 2019. – 272 с.  
ISBN 978-966-949-188-6

Матеріали конференції висвітлюють сучасні проблеми в Україні, щодо актуальних питань клінічної та експериментальної фармакології, відповідно світовим стандартам. Серед представлених аспектів тексту значна частина публікацій присвячена оглядам та світовим рекомендаціям, які повинні ставати орієнтирами для впровадження. Надано наукові розробки вітчизняних учених, щодо створення перспективних для клінічних випробувань активних речовин з фармакодинамічними ефектами. Узагальнено досвід клінічних спостережень при фармакотерапії найбільш розповсюджених та соціально значущих захворювань (в педіатрії, кардіології, пульмонології, ревматології, гастроентерології, онкогематології, психіатрії, хірургії, спортивній медицині тощо), з акцентом на визначення особливостей фармакодинаміки лікарських засобів, уточнення молекулярних механізмів їх дії, оцінки ефективності та безпеки в умовах взаємодії ліків, на тлі оптимальної комплексної фармакотерапії.

УДК 615.03: 615.27:615.36

ISBN 978-966-949-188-6

© Вінницький національний медичний  
університет ім. М.І. Пирогова, 2019

**Результати.** Значне підвищення експресії bcl-2, зниження Е-кадгерину в пухлинах, помірна та висока активність MMP-9 у майже 90% хворих після проведення НПХТ, зниження експресії цитокератина-7 у майже 40% хворих можна вважати ознакою поганого прогнозу перебігу РЯ й пояснити з позицій теорії ПСК. Розрив міжклітинних зв'язків відповідно до зниження експресії Е-кадгерина може бути одним з чинників ЕМТ, дедиференціювання клітин, придбання пухлинною клітиною фенотипа ПСК, переходу клітин до мезенхімального фенотипу. Такі клітини володіють агресивним злоякісним потенціалом, що впливає на виживаність.

**Висновки.** Використання тільки стандартних методів лікування РЯ III–IV стадій супроводжується загрозою ЕМТ та виникненням ПСК, що після закінчення курсу лікування провокує рецидиви РЯ і знижує виживаність. Тому у майбутньому бажано лікування доповнити методами відвертання ЕМТ і втрати Е-кадгерину.

## **ГЕПАТОТОКСИЧНІСТЬ ПАРАЦЕТАМОЛУ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК**

*Коновалова Н.В., Вовк Ю.В., Мазур Ю.П.*

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова,  
м. Вінниця, Україна [nina.konovalova26@gmail.com](mailto:nina.konovalova26@gmail.com)

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м.  
Вінниця, Україна

**Актуальність.** Вже більше 50 років парацетамол існує на світовому фармацевтичному ринку. Це недорогий, ефективний та зручний анальгетик – препарат «першого вибору» для лікування гострого і хронічного болю, дієвий антипіретик. Він давно увійшов до складу домашньої аптечки та є безрецептурним препаратом. Однак, парацетамол може провокувати серйозне ушкодження печінки, особливо при перевищенні дози (понад 4 г/доб), прийомі інших гепатотоксичних ліків, вихідній патології печінки чи поєднанні прийому з вживання алкоголю. Потенційно летальна доза (понад 20 г/добу) потребує госпіталізації у реанімаційне відділення з негайним введенням антитоту – N-ацетилцистеїну. Парацетамол часто входить до складу комбінованих засобів для полегшення симптомів застуди (поряд з Н1-

гістаміноблокаторами, протикашльовими чи відхаркуючими засобами, деконгестантами). Останній факт не завжди відомий для споживачів, які ненавмисне можуть передозувати препарат.

**Мета дослідження.** На прикладі клінічного випадку продемонструвати важливість детального аналізу медикаментозного анамнезу в осіб з підозрою на токсичне ураження печінки.

**Матеріали і методи.** Хвора Ч., 47 років поступила в кардіологічне відділення ВМКЦ ЦР з приводу загострення гіпертонічної хвороби. Після отримання результатів біохімічного дослідження було виявлено підвищення рівня печінкових ферментів (АЛТ 614 uL, АСТ 663 uL, ГГТ 166 uL). При дообстеженні маркерів вірусних гепатитів не виявлено, заперечує контакт з кров'ю та токсичними речовинами. В медичній документації за місяць до госпіталізації (диспансеризація) аналогічні показники були в межах норми. Було проаналізовано медикаментозний анамнез: за 10 днів до госпіталізації жінка захворіла на ГРВІ. Щоб зменшити нежить, закладеність носа та біль у горлі приймала пакетики для симптоматичного лікування проявів застуди, які розчиняла в гарячій воді та пила протягом робочого дня (4 пакетики). Зі слів хворої, також для нормалізації температури приймала таблетки парацетамолу (по 2 таблетки в дозі 500 мг двічі). Оскільки зберігалася сильний головний біль, то хвора додатково випила ацетилсаліцилову кислоту (1000 мг за добу). До того ж на висоті температури піднявся АТ до 170/110 мм рт. ст., який хвора самостійно намагалась нормалізувати (каптопрес, дібазол, корвалол). Доки стан не покращився пацієнтка періодично приймала комбіновані симптоматичні засоби. Поступово за тиждень явища гострої респіраторної інфекції зменшились, але спостерігалась лабільність АТ, що і стало приводом для госпіталізації в кардіологічне відділення ВМКЦ ЦР.

**Результати.** Добову дозу та загальну дозу парацетамолу в нашому випадку вирахувати важко – хвора не пам'ятала назв препаратів. На фармацевтичному ринку зареєстровано 71 комбінований лікарський засобів для симптоматичного усунення проявів застуди, що містить парацетамол. Вміст парацетамолу у пакетиках чи саше коливається від 120 мг (для дітей) до 325-1000 мг (для дорослих). Ми припускаємо, що

хвора приймала лише ліки для дорослих, отже могла отримати максимально 4 г парацетамолу, в комбінації з симпатоміметиками та/чи антигістамінними засобами і 1 г додатково у вигляді монопрепарату. Загалом за весь період лікування пацієнтка прийняла приблизно 6-9 г парацетамолу. Слід зауважити можливу негативну взаємодію препарату з фенобарбіталом, який є у складі корвалолу. Така взаємодія призводить до зростання кількості токсичного метаболіту, і, у свою чергу, збільшення гепатотоксичності препарату. Після аналізу отриманої інформації у пацієнтки запідозрили токсичне ураження печінки, спричинене прийомом парацетамолу. Оскільки хвора поступила через тиждень після передозування препарату, то антидот не вводили. Було призначено симптоматичне лікування з використанням гепатопротекторів, що допомогло знизити рівень амінотрансфераз в 4 рази.

**Висновки.** Наявний клінічний випадок ще раз говорить про необхідність детального збору медикаментозного анамнезу при порушенні функції печінки. З іншого боку, піднімає проблему безрецептурного відпуску високодозових форм парацетамолу. Певно Україні слід взяти приклад з інших країн, які призупинили відпуск, а деякі і виробництво, високодозових (понад 325 мг) форм парацетамолу. Таке обмеження кількості парацетамолу в одиниці дози скоротить ризик серйозного ушкодження печінки від ненавмисного передозування.

## **РОЛЬ ДАПАГЛІФЛОЗИНУ У ЗНИЖЕННІ МІКРОАЛЬБУМІНУРІЇ НА РАННІХ СТАДІЯХ РОЗВИТКУ НЕФРОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ ТЕРАПІЇ БЛОКАТОРАМИ РААС**

*Корнійчук В.І.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків,  
Україна

**Актуальність.** У сучасній клінічній практиці постає питання щодо вибору найбільш раціональної схеми цукрознижуючої терапії з метою досягнення оптимального контролю глікемії, попередження прогресування нефропатії, ангіопатії, полінейропатії,