

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

Ібупрофен 45%/; Спазмалгон/но-шпа 27%; Анагін 11%; Цитрамон 9%; Нурофен 8%. Як було обрано препарат: препарат призначив лікар - 0 опитаних. Порекомендував фармацевт 31 опитаному (3 студенти і 28 пересічних). Поради сусідів/родичів/друзів 32 опитаних (2 студенти і 30 пересічних). Його гарно розрекламували по телебаченню/інтернету 16 опитаним (1 студент і 15 пересічних). Я свідомо обрав/ла саме цей препарат - 53 опитаних (40 студентів і 13 пересічних).

Висновки:

По Вінницькій області серед населення досить високий рівень такої патології як головний біль напруги, однак пацієнти не поспішають звертатися за медичною консультацією.

При дослідженні було виявлено, що у медичних працівників головний біль, пов'язаний зі стресом на роботі/навчанні виникає частіше, ніж у осіб, що не мають стосунку до медицини. І навпаки, “немедики” посилаються на “домашній” стресовий чинник, як на предиктор головного болю напруги. Більшість опитаних пересічних громадян знають про препарат, який вони вживають, лише торгову назву, 1-2 аналоги і аптеку, де його можна придбати подешевше (таких 54,6%). Однак, є частина людей, які детально вивчають інструкцію до препарату і розуміються на механізмі дії (25,5%).

Серед медичних працівників/студентів ситуація краща, вони обізнані з механізмом дії та небажаними реакціями (67,3%), проте є 4%, які вживають препарат, нічого про нього не знаючи.

Найпопулярнішими анальгетиками виявились ібупрофен, спазмалгон/но-шпа, анагін, нурофен, цитрамон.

КОРЕКЦІЯ ДОЗИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ НИРКОВІЙ ДИСФУНКЦІЇ

Стопінчук О.В., Коновалова Н.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
21018, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна,
nina.konovalova26@gmail.com

Актуальність. Більше половини побічних реакцій лікарських засобів спричинені неправильною корекцією дозового режиму. Найчастіша причина швидкого зростання концентрації препаратів в крові пов'язана з нестабільністю ниркової функції через вікову

дегенерацію, загострення основного захворювання чи наявність супутньої хронічної хвороби нирок. Правильний підбір дози препаратів при нирковій дисфункції дозволяє утримати ліки в межах терапевтичної концентрації, підвищити ефективність терапії, зменшити тривалість госпіталізації, знизити побічні реакції, затрати на лікування та смертність. Більшість ліків потребують корекції при кліренсі креатиніну нижче 50 мл/хв. Результати спостережень вказують, що клініцисти не завжди оцінюють ниркову функцію до призначення лікування.

Мета дослідження. На прикладі клінічного випадку продемонструвати необхідність ретельного моніторингу ниркової функції та відповідну корекцію дози лікарських засобів.

Матеріали та методи. Пацієнтка К., 74 років, поступила у відділення інтенсивної терапії ВМКЦ ЦР з діагнозом: ІХС. Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST. Негоспітальної пневмонії верхньої частки S4-S5 сегментів лівої легені, важкий перебіг, IV клінічна група, ЛН I. Цукровий діабет, тип II, середній ступінь важкості, стадія декомпенсації. Хронічна хвороба нирок III стадії, діабетична нефропатія VI, ШКФ (за формулою Кокрофта-Голта) 28,56 мл/хв.

Результати. Згідно протоколу лікування, хвора потребувала тромболітичної терапії, призначення антикоагулянтів, антиагрегантів, адекватного знеболення, антиангіальних засобів, антибактеріальної терапії і корекції рівня глюкози. З врахування супутньої патології, а саме хронічної хвороби нирок III стадії, при виборі препаратів з відповідних фармакологічних груп необхідно врахувати шлях виведення та ризик кумуляції препаратів. Дану проблему можна вирішити двома шляхами: 1) призначення препаратів лише з печінковим шляхом елімінації, чи 2) перерахунок дози лікарського засобу з нирковим шляхом елімінації з урахуванням функції нирок (ШКФ). Нижче представлено обрані препарати з обґрунтуванням вибору. Еноксіпарин потребує корекції дози при ШКФ нижче 30 мл/хв – терапевтична доза 0,75 мг/кг маси. Клопідогрель та аспірин метаболізуються в печінці – корекції дози не потребують. Морфін був введений одноразово в стандартній дозі (корекції не потребує). Нітрогліцерин має надзвичайно короткий період напіввиведення, тому доза залежить від очікуваного ефекту (адекватне знеболення). Лікування пацієнтів з негоспітальною пневмонією IV клінічної групи вимагає парентерального комбінованого застосування антибіотиків із груп цефалоспоринів, фторхінолонів, карбопенемів, аміноглікозидів.

На вибір антибіотику також вплинула рентгенологічна картина (чіткий контур і висока щільність інфільтрації), яка дозволила запідозрити абсцедування легені через *S. aureus*. Найбільш ефективні антистафілококові антибіотики у даному випадку – це ванкоміцин та лінезолід. Оскільки 75% ванкоміцину виводиться нирками в незміненому вигляді, то призначення препарату можливе тільки з врахуванням ШКФ. Крім того, ванкоміцину властива токсична дія на функцію нирок. Отже, наш вибір – лінезолід, який також має високу антистафілококову дію, але метаболізується в печінці і не потребує корекції дози. Згідно протоколу лікування, другий антибіотик в комбінації – це препарат із групи фторхінолонів III-IV покоління (левофлоксацин, моксіфлоксацин, гатіфлоксацин). На відміну від левофлоксацину та гатіфлоксацину, що мають нирковий шлях елімінації, моксіфлоксацин метаболізується в печінці, тому в даному випадку може призначатися в стандартній терапевтичній дозі. Щодо інсулінів, то їх доза не корегується при низькій ШКФ, а залежить від вихідного рівня глюкози в крові. В результаті проведеного лікування спостерігалась позитивна клінічна, електрокардіографічна, біохімічна, рентгенологічна динаміка. ШКФ при виписці складала 40 мл/хв.

Висновки. Ретельний підбір медикаментів при супутній нирковій дисфункції дозволяє досягти бажаного клінічного успіху з використанням не тільки найбільш ефективних, але й найбільш безпечних лікарських засобів.

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ЗАГРОЗИ РОЗВИТКУ РЕСТЕНОЗУ/ТРОМБОЗУ У ХВОРИХ З ІХС ТА ПЕРКУТАННОЮ КОРОНАРНОЮ АНГІОПЛАСТИКОЮ ЗА ПОКАЗНИКАМИ ГЕМОСТАЗУ

Сторожук Н.В., Сторожук Б.Г.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.
Пирогова, 21018, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна,
shevchuk.nadyush@gmail.com

Актуальність. Досконале вивчення молекулярних механізмів тромбоутворення та фібринолізу дозволяє розробляти нові, більш інформативні, маркери порушень коагуляції у хворих з високим ризиком розвитку тромбемій та на їх основі проводити оптимізацію лікувальних заходів.