

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ
ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ**

КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

МАТЕРІАЛИ

Всеукраїнської науково-практичної Internet-конференції
з міжнародною участю, присвяченої 30-річчю заснування
кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ

16-17 березня 2023 р.
м. Харків

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 543 від 19 грудня 2022 року*

Харків
НФаУ
2023

При проведенні аналізу фармакологічних баз DrugBank та HepDrugInteractions було встановлено, що найбільш небезпечними є одночасне призначення прямих противірусних препаратів проти ХГС із антиаритмічним лікарським засобом аміодарон та кардіоглікозидом дигоксин. При дослідженні виписок історій хвороб та амбулаторних карт подібних сполучних призначень виявити не вдалося.

Бета-блокатор карведилол входить до стандартів надання медичної допомоги при лікуванні хворих на виражені стадії фіброзу (цирозу) печінки для попередження кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу. Нами встановлено одночасне призначення цього препарату із софосбувіром та велпатасвіром в 9% спостережень. Небезпека цієї комбінації ЛЗ є в неконтрольованому збільшенні концентрації карведилолу та потенційно небезпечній гіпотензії та брадикардії. Доцільно, в разі необхідності, у хворих на ХГС при прийомі прямих противірусних препаратів призначати атенолол, пропранолол, бісопролол.

З усіх блокаторів кальцієвих каналів найбільш небезпечним є сполучне призначення амлодипіну із софосбувіром та велпатасвіром, яке ми встановили у 12% хворих. В разі необхідності призначення кардіотропних препаратів саме з цієї групи замість амлодипіну доцільно призначати ніфедипін, який немає потенційно небезпечної взаємодії із прямими противірусними препаратами при лікуванні ХГС.

Висновки. Найбільшу небезпеку при проведенні лікування ХГС софосбувіром та велпатасвіром є їх комбінація із аміодароном, амлодипіном, карведилолом та статинами.

ВИРАЖЕНІСТЬ ЦИТОЛІТИЧНОГО ТА ХОЛЕСТАТИЧНОГО СИНДРОМІВ У ХВОРИХ НА НАЖХП ПІСЛЯ ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19 НА ФОНІ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ

Хайтович М.В., Пінський Л.Л., Моргун Д.Г.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

nik3061@gmail.com, PinskyLeonid@gmail.com, diana.morgun2001@gmail.com

Вступ. COVID-19 зберігає свою актуальність внаслідок важкого перебігу у пацієнтів із коморбідною патологією, зокрема при цукровому діабеті 2 типу (ЦД) та неалкогольній жировій хворобі печінки (НАЖХП). Агресивне фармакотерапевтичне втручання, зокрема антибіотикотерапія, в гострому періоді захворювання обумовлює високу ймовірність розвитку медикаментозного токсичного ураження печінки і в постковідному періоді. Це ускладнює фармакотерапевтичну корекцію постковідних уражень внутрішніх органів.

Метою дослідження став клініко-біохімічний аналіз вираженості цитолізу гепатоцитів та холестази у хворих на цукровий діабет 2 типу, які перенесли важкий варіант COVID-19 на фоні антибіотикотерапії.

Матеріалами досліджень стали 82 пацієнта на COVID-19 із важким перебігом хвороби у яких була верифікована наявність або відсутність порушень вуглеводного обміну. До 1-ї групи були включені 44 хворих на ЦД та неалкогольним стеатогепатитом із помірною активністю та малим ступенем фіброзу печінки. До 2-ї групи належали 38 пацієнтів, які до початку COVID-19 та в постковідному періоді не мали ознак порушень толерантності до глюкози та біохімічних ознак цитолізу гепатоцитів та холестазу.

Результати та їх обговорення. При проведенні лабораторного обстеження хворих 1-й групі нами встановлено, що в гострому періоді COVID-19 активність аланінамінотрансферази та аспартатамінотрансферази сироватки крові суттєво перевищувала показники донорів - відповідно в 2,4 і 2,2 рази ($p < 0,001$ за Mann-Whitney). В постковідному періоді активність цитолітичних ферментів була збільшеною у 2,5 та 2,2 рази відповідно ($p > 0,1$ за Wilcoxon). Дискримінантний аналіз продемонстрував значення коефіцієнту $F=20,1$; $F=17,3$ відповідно ($p < 0,001$). Інтенсивність холестазу за активністю гамаглутамілтрансферази та лужної фосфатази сироватки крові була більшою ніж показники донорів в 2,3 та 2,0 рази ($p < 0,001$). Висока інтенсивність холестазу зберігалася і в постковідному періоді ($p > 0,1$ за Wilcoxon; $F=19,4$; $F=15,1$ відповідно; $p < 0,001$). У пацієнтів 2-ї групи без ознак порушень вуглеводного обміну та НАЖХП, вираженість цитолізу гепатоцитів та холестазу була вірогідно меншою ($p < 0,001$ за Mann-Whitney), а в постковідному періоді в переважній більшості випадків (у 24 з 38 пацієнтів; 63,2%) біохімічні показники повернулись до нормальних значень.

Висновки. Наявність коморбідного цукрового діабету 2 типу та НАЖХП є обтяжуючим фактором щодо вираженості цитолітичного та холестатичного синдромів при важкому перебізі COVID-19 на фоні антибіотикотерапії в гострому та постковідному періодах.

АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ «ШКАЛИ ОЦІНКИ ВТОМИ (FATIGUE ASSESSMENT SCALE)» ЩОДО РАННЬОЇ ВЕРИФІКАЦІЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ

Хайтович М.В., Пінський Л.Л., Хачамі Отмане

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

м. Київ, Україна

Nik3061@gmail.com, PinskyLeonid@gmail.com, hachamiothmane@gmail.com

Вступ. Епідемічне розповсюдження цукрового діабету 2 типу обумовлює значне зростання кількості випадків неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), яка є головним предиктором розвитку лікарського токсичного ураження печінки. Значна частота призначень кардіотропних лікарських засобів (ЛЗ) та нестероїдних протизапальних препаратів в цій групі пацієнтів провокує небезпечні печінкові цитолітичні та холестатичні ускладнення.

Метою дослідження стало визначення діагностичних можливостей «Шкали оцінки втоми (fatigue assessment scale)» щодо ранньої верифікації медикаментозного ураження печінки.