

**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

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.

Матеріали дослідження включали 89 витягів з історії хвороби та амбулаторних карт пацієнтів із неалкогольною жирковою хворобою печінки, яким були призначені нестероїдні протизапальні лікарські засоби, бета-блокатори, в тому числі при підвищенні функції щитоподібної залози.

Результати та їх обговорення. При аналізі історій хвороб нами були оцінені діагностичні можливості «Шкали оцінки втоми (Fatigue Assessment Scale)» для ранньої верифікації цитолітичного та холестатичного синдромів при лікарському токсичному гепатиті. Встановлено, що при перевищенні загального коефіцієнту цієї шкали більш ніж 22 бали, пацієнти потребують поглибленого клініко-лабораторного обстеження для виключення лікарського токсичного гепатиту.

При верифікації медикаментозного ураження печінки у хворих із НАЖХП найбільш частим фактором були німесулід та диклофенак. Найбільш небезпечною фармакокінетичною взаємодією було встановлено одночасне призначення бета-блокаторів (субстрати CYP2D6) та інгібіторів цього ізоферменту - специфічних інгібіторів ЦОГ2, антидепресантів із групи блокаторів зворотного захвату серотоніну та інгібіторів H₂-рецепторів гістаміну. При індукції негативного інотропного ефекту у хворих із підвищеною функцією щитоподібної залози бета-блокатори (метопролол, бісопролол, лабеталол) уповільнюють метаболізм метамізолу та збільшують його гепатотоксичний ефект. В цій клінічній ситуації препаратами вибору можуть бути – небіволол, атенолол, які не впливають на біотрансформацію метамізолу.

Висновки. В клінічній практиці для раннього визначення медикаментозного лікарського токсичного ураження печінки доцільне використання «Шкали оцінки втоми (Fatigue Assessment Scale)» при призначенні німесуліду та диклофенаку на фоні НАЖХП та при сполучному призначенні метамізолу з метапрололом, бісопрололом, лабеталолом при гіпертиреозі.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РАЦІОНАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ У ДІТЕЙ МУКОЛІТИЧНИМИ ЗАСОБАМИ

Шворак А.В., Ветрова К.В., Давішня Н.В., Сахарова Т.С.

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

vkv_katya@ukr.net

Вступ. Кашель – один з найпоширеніших симптомів, з яким батьки дітей звертаються за допомогою до лікаря та фармацевта в аптеку. Це симптом, що може спостерігатися при багатьох захворюваннях, однак у більшості дітей він пов'язаний саме з застудою. Кашель викликає погіршення якості життя дитини, а також її батьків. Переважна більшість батьків, починаючи хвилюватись з приводу кашлю у дітей, самостійно дають їм лікарські засоби для лікування кашлю.