

**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

алопуринолу із розвитком синдрому Стівенса-Джонсона.

НПЛЗ може зменшити швидкість виведення алопуринолу, що може призвести до підвищення його рівня в крові та викликати розвиток токсичних реакцій. Лікарські засоби, які мають нефротоксичність, потенційно можуть погіршити функцію нирок і знизити швидкість екскреції ліків, що виводяться нирками. Тому препарати, для яких ниркова екскреція є переважною, можуть накопичуватися у пацієнтів при одночасному застосуванні з нефротоксичними препаратами. Це може призвести до побічних ефектів і розвитку токсичності.

Отже, найчастіші лікарські взаємодії включали ризик щодо контролю рівнів артеріального тиску, ризик розвитку пошкодження нирок та електролітні порушення.

Висновки. Проведений аналіз фармакотерапії показує, що при лікуванні коморбідних станів потрібно враховувати можливі лікарські взаємодії та обирати контроль за ефективністю та безпечністю терапії. Такими методами моніторингу для коморбідного пацієнта з АГ та патологією ОРА є контроль рівню АТ, визначення функції нирок та рівню калію в сироватці крові. При зниженні ефективності антигіпертензивної терапії варто провести корекцію доз застосованих лікарських засобів на період прийому нестероїдних протизапальних препаратів.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Гаркавенко К.В.

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства та гінекології №2

м. Харків, Україна

garkusik83@gmail.com

Вступ. Аномальні маткові кровотечі (АМК) – патологія, яка зустрічається майже у кожній третій жінки в перименопаузальному періоді та обумовлена змінами гормонального гомеостазу. Дефіцит статевих гормонів в перименопаузі є пусковим фактором для розвитку дисліпидемії, абдомінального ожиріння, інсулінорезистентності, артеріальної гіпертензії, формуванню так званого метаболічного синдрому (МС), поширеність якого сягає 25-40%. Після визначення етіологічних причин згідно класифікації PALM-COEIN, медичний менеджмент АМК направлений на проведення патогенетичного лікування та ліквідацію ускладнень з подальшим використанням оральних контрацептивів (КОК), прогестинів, транексамової кислоти. В той же час деякі пацієнтки з АМК та МС відмовляються отримувати гормональну терапію через страх ожиріння та рецидиву АМК. Тому актуальним завданням сучасної гінекології залишається пошук лікувальних підходів, які б мали високу терапевтичну ефективність щодо АМК на тлі МС.

Мета роботи — оптимізувати лікування АМК у жінок перименопаузального віку з метаболічним синдромом.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було обстежено 44 жінки з АМК та МС, які були поділені на 2 групи в залежності від метода лікування (20 хворих - основна група та 24 - група порівняння), контрольну групу склали 15 жінок, які не мали гінекологічної та екстрагенітальної патології. Обстеження включало загальне клініко-лабораторне дослідження крові, сечі, вимірювання росту, ваги, розрахунок ІМТ, відношення талія/стегно. Діагностика МС проводилась у відповідності до рекомендацій Міжнародної асоціації ендокринологів (2009). АМК визначали за класифікацією PALM-COEIN. Лікування хворих в групі порівняння включало проведення гістероскопії, з наступним призначенням КОК та метформіну, в основній групі пацієнткам додатково призначали фосфатидилхолін (ліпін в/в емульсія одноразово, потім на протязі 2 місяців перорально 1 капсула 1 раз на добу). Статистична обробка отриманих результатів виконана за допомогою програми «Statistica 6».

Результати та їх обговорення. Середній вік пацієток в основній групі — $45,2 \pm 3,4$ років, в групі порівняння — $47,6 \pm 2,8$ років, в контрольній — $51,8 \pm 2,3$ років. У жінок з АМК та МС індекс маси тіла (ІМТ) перевищував $31,0 \text{ кг/м}^2$; окружність талії була більше 80 см; концентрація тригліцеридів - більше $1,7 \text{ ммоль/л}$; концентрація ХС ЛПВЩ - менше $1,3 \text{ ммоль/л}$; концентрація глюкози в плазмі натще - більше $5,6 \text{ ммоль/л}$. Всім пацієнткам проведено гістероскопічні поліпектомії, міомектомії, резекція або абляція ендометрія, які вважаються мінімальними інвазивними техніками. При аналізі подальшого стану пацієток (через 2 місяця), було виявлено, що жінки, які отримували лікування із використанням ФХ, відмічали швидку зупинку кровотечі за рахунок підвищення швидкості процесу згортання крові, нормалізацію аналізів крові (еритроцитів, гемоглобіну, ХС ЛПВЩ), не мали рецидивів захворювання, відмічали покращення якості життя та нормалізації діяльності нервової системи, відсутність подальшого набору ваги.

Відомо про застосування ФХ при акушерській патології, зокрема для лікування гестозу, анемії вагітних, плацентарної дисфункції, гіпоксії плода, респіраторного дистрес-синдрому у новонароджених. ФХ ефективний у лікуванні анемії вагітних за рахунок інгібування процесів ПОЛ, стабілізації процесів транспорту іонів кальцію й трансформації різних форм гемоглобіну, відновлює морфофункціональний стан еритроцитів за рахунок нормалізації фосфоліпідного складу мембрани. Таким чином, мультифакторність фармакологічних ефектів, висока ефективність та безпека ФХ у складі лікарського препарату ліпін при акушерській та перинатальній патології робить його сучасним, надійним препаратом, гідним широкого застосування в гінекологічній практиці.

Висновок. Рациональне лікування пацієток з аномальними матковими кровотечами та метаболічним синдромом з використанням фосфатидилхоліну дозволяє отримати кращі результати клініко-лабораторних аналізів, підвищити якість життя жінок в перименопаузальному віці та попереджати рецидивам захворювання.