

людях. Об'єктом дослідження були наркотичні анальгетики, які метаболізуються ферментами системи цитохрому P450 (CYP), зокрема, морфін, фентаніл, оксикодон та інші. Для отримання результатів були використані різні методи, включаючи аналіз фармакокінетики та фармакодинаміки наркотичних анальгетиків, їх взаємодія з іншими лікарськими засобами, та оцінки ризику виникнення побічних реакцій.

Результати та їх обговорення. Наркотичний анальгетик кодеїн метаболізується ферментами системи цитохрому P4502D6 (CYP2D6) до морфіну, який є активним метаболітом. Індивідуальні рівні активності цього ферменту можуть впливати на ефективність та токсичність кодеїну. Метадон – інший наркотичний анальгетик, що метаболізується ферментами CYP3A4 та 2B6 до активних та неактивних метаболітів. Високі рівні активності цих ферментів можуть прискорювати метаболізм метадону та зменшувати його ефект, тоді як низькі – призведуть до накопичення метадону та розвитку токсичності. Оксикодон – наркотичний анальгетик, який метаболізується головним чином ферментами CYP3A4. Високі рівні цього ферменту можуть зменшувати ефективність оксикодону та збільшувати ризик побічних реакцій. Метадон і кодеїн можуть конкурувати за метаболізм через CYP2D6, що може призвести до збільшення рівнів цих препаратів у крові та підвищення ризику побічної дії. Оксикодон метаболізується через CYP3A4, який може бути інгібований метадоном та кодеїном, це також може призвести до збільшення рівня оксикодону в крові та збільшення його ефекту до токсичності.

Висновки. Взаємодія між метадоном, кодеїном та оксикодоном може бути значною, зокрема через їхній метаболізм через ферменти систем біотрансформації. Лікарі та пацієнти повинні бути обережні при використанні цих препаратів та обов'язково враховувати можливу взаємодію між ними.

АНАЛІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ВІТАМІНУ D РІЗНИХ ВИРОБНИКІВ У ДІТЕЙ З ПАРАЛІТИЧНИМИ СИНДРОМАМИ

Ріга О.О., Михайлова О.В., Уривасєва М.К., Коновалова Н.М.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

oo.riha@kntmu.edu.ua; yeletskayaelena@gmail.com

Вступ. Діти з паралітичними синдромами є потенційною групою ризику з розвитку дефіциту або недостатності вітаміну D внаслідок різноманітних факторів: зменшене перебування на сонці, проблеми з харчуванням, застосування протисудомних препаратів тощо. Але досі рекомендацій щодо корекції гіповітамінозу для цієї категорії дітей не опубліковано.

Мета дослідження. Проаналізувати застосування препаратів різних фармацевтичних виробників у дітей з паралітичними синдромами при відсутності сильних рекомендацій, протоколів та гайдлайнсів для таких дітей.

Матеріали та методи. У 73 дітей визначали сироватковий 25(ОН)D методом послідовного твердофазного імуноферментного аналізу на аналізаторі

«Labline-90» (Австрія) з використанням комерційної тест-системи виробництва фірми “Monobind Inc.” (ELISA, США) згідно інструкції до прийому препаратів різних фармацевтичних виробників та після через 6 місяців. При дефіциті вітаміну D ($25(\text{OH})\text{D} < 20$ нг/мл) або недостатності (21 - 29 нг/мл) призначали вітамін D₃ 2000-4000 МО будь – якого виробника.

Результати та їх обговорення. У 73% дітей з паралітичними синдромами до початку дотації вітаміну D₃ спостерігався дефіцит, у 17 % - недостатність вітаміну D ($p=0,0310$). Але, як показало дослідження, здебільшого батьки не дотримувалися призначень внаслідок того, що вибір виробника вітаміну D₃ залежав від вартості препарату; форми (рідка); побоювань батьків передозування. Отже серед 36 дітей розподіл був наступним: 500 МО - 1 (2,7 %); 1000 МО - 3 (8,3 %); 1200 МО - 2 (5,5 %); 1500 МО - 3 (8,3 %); 2000 МО - 4 (11,1 %); 2500 - 2 (5,5%); 3000 МО - 4 (11,1%); 3500 МО - 6 (16,6 %); 4000 МО - 6 (16,6 %); 5000 МО - 4 (11,1 %). Зазначаємо, що лише 24 (66,6 %) батьків дотримувалися курсу призначення 6 місяців, решта вживали дотацію від 2 до 5 місяців.

Проведено порівняння частоти дефіциту та недостатності $25(\text{OH})\text{D}$ в сироватці крові при першому ⁽¹⁾ та другому ⁽²⁾ дослідженні: дефіцит у дітей з паралітичними синдромами зменшився з 73 %⁽¹⁾ до 11 %⁽²⁾ ($p=0,0001$), недостатність (за рахунок зменшення дефіциту) збільшилася з 17 %⁽¹⁾ до 28 %⁽²⁾ ($p=0,1728$).

Висновки. Отримані дані дають підстави для оптимізації підходів щодо корекції гіповітамінозу D, що робить актуальним підвищення якості життя таких дітей. Важливою складовою є скринінг та моніторинг у дітей та своєчасність надання медичної допомоги. Вкрай важливим є проведення широкомасштабних досліджень для розробки консенсусу в корекції гіповітамінозу D у дітей з паралітичними синдромами.

МЕТОДИКА ПОРІВНЯЛЬНОЇ ОЦІНКИ КОМПЛЕКСУ СКЛАДОВИХ ТОРГОВЕЛЬНОЇ МАРКИ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ

Самборський О.С., Слободянюк М.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Національний фармацевтичний університет,

м. Харків, Україна

aptekar05@ukr.net

Вступ. Питання аналізу ринкового стану та сили ринкових позицій торговельних марок (ТМ) ліків сьогодні є актуальним, враховуючи активне виведення на ринок все нових лікарських засобів (ЛЗ), входженням нових виробників в товарні сегменти й підвищенням конкуренції. Науковцями та практиками з брендингу підтверджується сильний вплив складових споживацького рівня лояльності на формування і становлення показників сили ринкових позицій ТМ (бренду). Підвищення конкурентоспроможності і утримання високих ринкових позицій ЛЗ у конкретному товарному сегменті стає стратегічною основою роботи фармацевтичних виробничих підприємств.