

КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ та персоналізована медицина: як знайти золоту середину

*Матеріали XI Всеукраїнської науково-практичної
конференції за участю міжнародних спеціалістів
з клінічної фармакології*



Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
Кафедра фармакології
Департамент охорони здоров'я Вінницької ОДА
Департамент охорони здоров'я Вінницької міської ради
Українська асоціація клінічної фармакології та фармакотерапії

Клінічні протоколи та персоналізована медицина: як знайти золоту середину

Clinical Treatment Protocols and Personalized Medicine: How to Find the Golden Mean

Матеріали XI Всеукраїнської науково-практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів з клінічної фармакології

XI Ukrainian International Scientific Conference

*Вінниця
12–13 листопада 2021 р.*

***Vinnytsia
12–13 November, 2021***

Івабрадин в лікуванні гострого коронарного синдрому <i>Лаба О. В., Кірієнко О. М., Кузнецов І. В.</i>	163
Побічні ефекти таргетної хіміотерапії у онкогематологічних пацієнтів похилого віку <i>Лисенко Д. А., Бондарчук С.В.</i>	165
Клініко-фармацевтична характеристика асортименту місцевих протигрибкових лікарських засобів для застосування у гінекології <i>Лопатинська О. І., Кричковська А. М.</i>	167
Можливості використання самоелімінуючих пробіотиків в комплексній терапії atopічного дерматиту <i>Мартинчук Н. О., Совдус Я. В.</i>	171
Посттрансплантаційний цукровий діабет: фактори ризику перед трансплантацією <i>Марченко І. О.¹, Човпан Г. О.¹, Яковлева О. О.²</i>	173
Місце вітаміну D в стандартах і клінічних настановах з хронічного обструктивного захворювання легень <i>Масік Н. П., Нечипорук С. В.</i>	175
Респіраторний синдром при застосуванні інгібіторів ангіотензинперетворюючих ферментів <i>Маслоїд Т. М., Волинець В. В.</i>	178
Використання препаратів міді у сучасній фармакології при дефіциті міді та супутніх мідьдефіцитних станах <i>Никитюк Е. О., Боярська З. О., Яковлева О. О.</i>	180
Аналіз білка клітин Клара при бронхіоліті у дітей малюкового віку <i>Оверчук А. А.</i>	182
Дослідження опіодергічної ланки антиноцицептивної системи в механізмі аналгетичної дії n-(γ-амінобутирил)-1-аза-4,7,10,13-тетраоксациклопентадекану гідрохлориду <i>Орленко О. Б., Волощук Н. І.</i>	184

для первинної чи вторинної профілактики серцево-судинних захворювань. Вважається, що сприятливі СС-ефекти є спільними для всього класу ІНЗКТГ-2, хоча у клінічних дослідженнях деякі результати різнилися, ймовірно, через наявні відмінності у популяціях пацієнтів.

Івабрадин в лікуванні гострого коронарного синдрому

Лаба О. В., Кірієнко О. М., Кузнецов І. В.

Харківський національний медичний університет, akirienko.malya@gmail.com

Мета дослідження

Вивчення впливу додавання івабрадину додатково до базисної терапії при недостатньому контролі частоти серцевих скорочень (ЧСС).

Задача дослідження. Оцінка доцільності і ефективності доповнення базисної терапії івабрадином при недостатньому контролі ЧСС при гострому коронарному синдромі (ГКС).

Методи дослідження

Загальноклінічні; аналіз даних електрокардіографії (ЕКГ), ехокардіографії, холтерівського добового моніторингу ЕКГ.

Опрацювання даних проводилося з використанням параметричних і непараметричних методів статистичного аналізу (програма STATISTICA 6).

Проведено обстеження і лікування 110 хворих з ГКС (нестабільна стенокардія (НС) і інфаркт міокарда без елевації сегмента ST (NSTEMI)). Середній вік хворих склав $58 \pm 0,94$ роки, переважали чоловіки – 74 %, жінок було 26 %. NSTEMI був у 44 % хворих, НС – у 56 %. Хворих, що обстежували, умовно поділили на дві групи: першій групі (50 %) було призначено стандартну терапію ГКС; друга група (50 %)

додатково отримувала івабрадин, який призначався у випадках наявності у пацієнтів протипоказань до отримання ББ, обмежень до нарощування їх цільової дози, неефективності використання максимальної дози, або в якості додаткової терапії при збереженні болювого синдрому. Всі пацієнти досягли цільового значення частоти серцевих скорочень (ЧСС) ≤ 60 уд/хв.

Результати дослідження

Проведене порівняння ЧСС при госпіталізації, через одну добу, на момент виписки із стаціонару та через 6 місяців спостереження. Так, в другій групі ЧСС на момент госпіталізації і через добу була вищою ($78,9 \pm 1,8$ і $66,6 \pm 1,2$ уд/хв), ніж серед пацієнтів першої групи ($84,3 \pm 3,05$ і $74,5 \pm 1,6$ уд/хв відповідно). На момент виписки хворі обох груп мали практично однакові значення ЧСС ($60,6 \pm 0,6$ і $61,1 \pm 0,6$ уд/хв), тоді як через 6 місяців спостереження пацієнти другої групи мали нижчі значення ЧСС, ніж пацієнти першої групи ($63,4 \pm 0,6$ і $66,5 \pm 0,9$ уд/хв) ($p=0,009$).

За даними холтерівського моніторингу, максимальна ЧСС на момент стаціонарного лікування у хворих другої групи була вища, ніж у пацієнтів першої групи. Проте через 6 місяців спостереження відмічалася достовірна різниця між цими показниками. Так, у хворих першої групи максимальна ЧСС через пів року була $103,4 \pm 2,5$ уд/хв, а у пацієнтів другої групи $97,3 \pm 1,7$ уд/хв.

За результатами ехокардіоскопії показники кінцево-діастолічного розміру лівого шлуночка (КДР ЛШ) були однаковими в обох групах на момент стаціонарного лікування ($5,2 \pm 0,1$ см), але через півроку спостереження у пацієнтів першої групи його розміри збільшились до $5,3 \pm 0,1$ см, в той час як у хворих другої групи вони зменшились до $5,08 \pm 0,06$ см ($p=0,02$). Фракція викиду (ФВ) ЛШ в обох групах за період перебування в стаціонарі була $51,7\%$, а через пів року відмічалася достовірна різниця між показниками обох груп, у хворих першої групи він становив $47,8\%$, у пацієнтів другої групи – $52,3\%$.

Зникнення болювого синдрому у хворих першої групи спостерігалось на $4,8 \pm 0,3$ добу перебування пацієнта в лікарні, тоді як у хворих другої групи термін зникнення болі був достовірно раніше – на $2,88 \pm 0,1$ добу. Також ми спостерігали достовірну різницю

в тривалості використання нітратів у цих хворих. Так, хворі першої групи мали потребу в їх призначенні $4,8 \pm 0,3$ дні, а пацієнти другої групи – $2,5 \pm 0,3$ дні ($p=0,009$).

Висновки

Доповнення стандартної терапії хворих на ГКС івабрадином сприяє покращенню клінічного перебігу зі скороченням терміну збереження ангінозного синдрому та потреби в нітратах. Івабрадин забезпечує зменшення ознак ремоделювання серця після ГКС протягом 6 місяців, про що свідчать зменшення КДР ЛШ та зростання ФВ в другій групі.

Побічні ефекти таргетної хіміотерапії у онкогематологічних пацієнтів похилого віку

Лисенко Д. А., Бондарчук С. В.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, 21018,
вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, basty1@bigmir.net, svitvitbond@ukr.net

Актуальність

Сучасні засоби цитостатичної терапії онкогематологічних захворювань суттєво змінили прогноз даної групи захворювань у більшості нозологій. Застосування препаратів таргетної терапії в лікуванні лімфопроліферативних захворювань є стандартом терапії і включено до актуальних протоколів лікування, що мають за мету досягнення стійкої ремісії і навіть виліковування. Однак існує певне застереження щодо використання даного режиму лікування у онкогематологічних пацієнтів похилого віку, що зумовлено наявністю супутньої патології та особливостями фармакодинаміки препаратів при старінні організму.