

РАЦІОНАЛЬНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ

Дейнека А.

Науковий керівник: доц. Савохіна М.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

marinadoc10@gmail.com

Вступ. Анемія відноситься до глобальних проблем сучасної охорони здоров'я. За даними експертів ВОЗ, анемією страждають близько 1,6 мільярда людей, або 24,8% від громадських поселень. Частота анемій виявилася вищою у всіх групах і склала 25,4-47,4% у дітей дошкільного та шкільного віку, 41,8% у вагітних жінок, 30,2% у невагітних жінок, репродуктивного віку, 23,9% у людей похилого віку та 12,7% у чоловіків. Принаймні в половині випадків причиною анемії є дефіцит заліза, який може бути наслідком хронічної крововтрати (менструації та інші причини), недостатнього надходження заліза з їжею (наприклад, при хронічному алкоголізмі), підвищеній потребі (дитячий і підлітковий вік, вагітність, післяпологовий період), порушення всмоктування.

Мета. Переглянути протоколи медичної допомоги з рекомендаціями Nice Guideline, Merck Manual та порівняти їх з українськими уніфікованими клінічними протоколами надання допомоги хворим з анемією.

Матеріали та методи. У створенні роботи були використані теоретичні методи: пошук, збір, порівняння, аналіз і обробка інформації. Дослідження проводилось за допомогою аналізу літературних джерел – європейських гудлайнів, протоколів діагностики для лікування анемії.

Результати і обговорення. Незалежно від причини залізодефіцитної анемії основний метод її лікування – це усунення абсолютного або функціонального дефіциту заліза. З цією метою застосовують препарати заліза, які можна призначати перорально або внутрішньовенно.

Пероральні препарати заліза зручніше парентеральних форм, але терапевтичний ефект досягається повільніше, вони не ефективні при синдромі порушення всмоктування і часто викликають небажані реакції з боку шлунково-кишкового тракту (у 10-40% пацієнтів).

Деякі препарати заліза можна вводити внутрішньом'язово, однак внутрішньом'язові ін'єкції хворобливі, викликають зміна кольору шкіри і асоціювалися з розвитком саркоми сідничного м'яза.

Внутрішньовенне введення препаратів заліза обґрунтовано в тих випадках, коли необхідно швидко досягти ефекту (наприклад, при важкій анемії, особливо у пацієнтів, які страждають серцево-судинними захворюваннями або перебувають на хіміотерапії), поганий переносимості препаратів для прийому всередину або їх неефективності (синдром мальабсорбції, хронічна втрата заліза, що перевищує швидкість його поповнення, і ін.).

Для внутрішньовенного введення в Україні застосовують карбоксимальтозат заліза (Ферінжект®), сахарат заліза (Венофер), гідроксид заліза (Ферсінол, Феррум Лек).

Карбоксимальтозат заліза (Ферінжект®) – це внутрішньовенний препарат заліза, що представляє собою високомолекулярний і стабільний железоуглеводний комплекс. Він не містить декстран, який може викликати серйозні алергічні реакції.

Карбоксимальтозат заліза вводять у вигляді інфузії протягом 15-30 хв. Разова доза – до 1000 мг заліза (не більше 20 мг заліза на 1 кг маси тіла). Інфузії можна повторювати з тижневими інтервалами до досягнення кумулятивної дози.

Ферінжект® вводять внутрішньовенно у вигляді болюса (максимальна доза 4 мл, або 200 мг заліза, не більше трьох разів на тиждень) або крапельно (максимальна доза 20 мл, або 1000 мг заліза, не частіше одного разу на тиждень).

Перед початком лікування слід розрахувати оптимальну кумулятивну дозу препарату, яку не слід перевищувати. Кумулятивна доза внутрішньовенного препарату в мг елементарного заліза, необхідна для відновлення рівня гемоглобіну Hb і поповнення запасів заліза, розраховується в залежності від дефіциту заліза в організмі і маси тіла за формулою Ganzoni: Дефіцит Fe [мг] = маса тіла [кг] x (Hb1 – Hb2) x 2,4+500 мг, де: Hb1 – цільовий гемоглобін у г/дл; Hb2 – фактичний

гемоглобін у г/дл; 2,4 – постійний коефіцієнт; 500 мг – депо заліза для ваги тіла 35 кг та більше. Для переведення рівня гемоглобіну з ммоль/л в г/дл показник слід помножити на 1,61145.

Перевагою карбоксимальтозата заліза перед іншими внутрішньовенними препаратами заліза, зареєстрованими в Україні, є можливість одноразового введення великої дози заліза (1000 мг за 15 хвилин), що дозволяє швидко заповнити дефіцит заліза (2-3 інфузії) і уникнути тривалого прийому пероральних препаратів, часто викликають шлунково-кишкові побічні реакції.

Введення великої дози заліза дозволяє скоротити необхідну кількість інфузій і витрати на лікування. Крім зручності застосування важливими властивостями карбоксимальтозата заліза є низька токсичність і відсутність оксидативного стресу, які визначаються повільним і фізіологічним вивільненням заліза з стабільного комплексу з вуглеводом, за структурою схожого з ферритином.

Таким чином, застосування карбоксимальтозата заліза – це безпечний, ефективний і швидкодіючий метод лікування пацієнтів, які страждають ЗДА, в т.ч. тяжкого ступеня.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ДЕПРЕСІЄЮ

Клименко В.І., Фітковська І.П., Микула Ю.І.

Науковий керівник: проф. Купновицька І.Г.

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна

Klymenko.v.i@rambler.ru

Вступ. Ішемічна хвороба серця (ІХС) через свою нестабільність має провідне значення серед причин втрати працездатності та смертності в світі. Відомо, що клінічний перебіг ІХС погіршується при наявності психоемоційних факторів, які суттєво знижують якість життя, прихильність до лікування і виконання лікувально-профілактичних заходів, збільшують ризик серцево-судинних ускладнень.

Мета дослідження. Виявлення психоемоційних розладів у хворих на стабільну ІХС, встановлення взаємозв'язку між депресією і клінічними показниками ІХС.

Матеріали та методи. Проведено дослідження на 103 пацієнтах зі стабільною ІХС (43,2% жінок, 56,8% чоловіків, віком від 45 до 70 років) в умовах КЗ «Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр». У роботі застосовувались ряд психологічних методик: шкала тривоги Спілбергера в модифікації Ю.Л. Ханіна, шкала депресії Гамільтона, Мінесотський опитувальник якості життя хворих на ІХС. Пацієнтам з депресією середнього ступеня тяжкості до стандартної терапії стабільної ІХС було включено антидепресант сертралін, який є високоефективним та безпечним препаратом з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС).

Отримані результати. Оцінюючи показники шкали Гамільтона виявлено 25 пацієнтів з депресією, 78 пацієнтів без депресії. У хворих з депресією переважну більшість склали жінки – 14 (56%). За шкалою Спілбергера виявлено високий рівень тривоги у пацієнтів з депресією – 21% (22 осіб) проти 58% (60 осіб) без депресії. В 11 хворих (40%) спостерігалась депресія легкого ступеня, у 14 (56%) – середнього ступеня тяжкості. У пацієнтів з депресією відмічали основні симптоми: порушення сну – 23 особи (92%), відчуття провини і низька самооцінка – в 11 (44%), труднощі при зосередженні – у 18 (72%), збудження або гальмування – у 8 (32%), зниження апетиту – у 2 хворих (8%).

Наявність тривожних розладів у пацієнтів зі стабільною ІХС сприяло зростанню функціонального класу (ФК) стенокардії, зокрема, III ФК стенокардії зафіксовано у 23% хворих з депресією проти 13% без депресії. Прогресування хронічної серцевої недостатності відмічено у групі хворих з депресією – 16% проти 14% у хворих без депресії. Погіршення показників якості життя спостерігали у групі пацієнтів з депресією – 12,5% проти 9% без депресії.