

При вивченні зразків крові у вакутайнерах, які зберігалися при кімнатній температурі, нами були отримані наступні дані: значних змін у показниках загального аналізу крові (кількість еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів, гемоглобіну та у складі лейкоцитарної формули) не виявлено при зберіганні зразків крові у вакутайнерах протягом 6 годин.

Через 24 години зберігання зразків крові при кімнатній температурі також значних змін у більшості показників загального аналізу крові, а саме, у кількості еритроцитів, лейкоцитів, гемоглобіну та лімфоцитів, виявлено не було. Незначні відхилення були визначені при підрахунку кількості тромбоцитів, але вони були у межах допустимих (не перевищували 10%). Значні коливання спостерігалися тільки у лейкоцитарній формулі, а саме: підвищилась кількість моноцитів - від 2 до 3,5 разів, відповідно так саме знизилась кількість гранулоцитів.

Висновки. Результати нашого дослідження підтверджують, що організації і контролю преаналітичного етапу слід приділяти особливу увагу, що, в свою чергу, потребує проведення низки спеціальних заходів для забезпечення якості лабораторних досліджень. Все це ще раз підтверджує необхідність впровадження міжнародних стандартів та системи управління якістю лабораторних досліджень в практику роботи медичних лабораторій України. Організація системи управління якістю досліджень, яка запроваджена у Лабораторії клінічної діагностики Клініко-діагностичного центру НФаУ, дає можливість гарантувати надійність та достовірність результатів наших лабораторних вимірювань.

ОБГРУНТУВАННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИБОРУ СТАТИНІВ НА ЗАСАДАХ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ І З ПОЗИЦІЙ РЕАЛЬНОЇ КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Сахарова Т.С., Безугла Н.П.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

clinpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Вже понад 40 років статини використовують як гіполіпідемічні лікарські засоби (ЛЗ) для фармакокорекції дисліпідемій, що є передумовою розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ), зокрема ІХС. Серед різних груп гіполіпідемічних ЛЗ саме статини мають найвищий рівень доказовості щодо ефективності при первинній та вторинній профілактиці ССЗ та перевищують усі інші гіполіпідемічні ЛЗ за цим показником. За даними низки мета-аналізів численних рандомізованих контрольованих досліджень статини при використанні для первинної профілактики ССЗ достовірно зменшують ризик фатального інфаркту міокарда (ІМ) на 54 %, нефатального ІМ – на 23 %, необхідності ревазуляризації – на 16 %, інсультів – на 12 %, загальної смертності на 7 %. Встановлено, що зниження рівня ХС ЛПНЩ у плазмі крові лише на 1 ммоль/л на тлі застосування статинів зумовлює зниження серцево-судинного ризику на 20 %. Незважаючи на високий рівень доказовості доцільності застосування статинів з метою профілактики, залишається відкритим питання щодо обґрунтованості їх безвиняткового призначення пацієнтам з високим кардіоваскулярним ризиком і з модифікованими факторами ризику (зокрема, паління, рівень АТ, маса тіла тощо). Це зумовлюється не залежними від ліків (індивідуальними особливостями організму кожної людини) та ліко-залежними компонентами (клініко-фармакологічні властивості ЛЗ), які є добре вивченими, але не завжди враховуються в широкій медичній практиці.

Мета дослідження. Удосконалення алгоритму вибору статинів при профілактиці та лікуванні ІХС на засадах індивідуалізованої раціональної фармакотерапії через надання фармацевтичної опіки лікарям.

Матеріали та методи. Метод теоретичного, системного, порівняльного аналізу під час літературного пошуку та оцінки світових і національних рекомендацій / настанов з профілактики та лікування ІХС.

Отримані результати. Аналіз чинних документів Американської колегії кардіології/Американської асоціації серця (ACC/AHA), Канадського кардіоваскулярного товариства (CCS), Польської ліпідної асоціації (PoLA), Європейського товариства з кардіології/Європейського атеросклеротичного товариства (ESC/EAS), Національного інституту охорони здоров'я і удосконалення медичної допомоги (NICE), Асоціації кардіологів України показав, що на сьогодні з групи статинів в широкій медичній практиці застосовують 7 ЛЗ – ловастатин, правастатин, розувастатин, флувастатин, симвастатин, пітавастан, аторвастатин. Згідно з більшістю цих документів вибір статинів та їх доза визначається видом статинотерапії (високої, середньої та низької інтенсивності), що залежить від здатності знижувати рівень ХС ЛПНЩ на 30; 30-50 і >50% відповідно. Спільною рисою цих рекомендацій є визначення виду статинотерапії від ступеня кардіоваскулярного ризику (переважно за шкалою SCORE). Наприклад, в рекомендаціях ACC/AHA для терапії високої інтенсивності рекомендують лише аторвастатин та розувастатин у дозі 20-40 мг та 40-80 мг відповідно, а правастатин та флувастатин для терапії середньої та низької інтенсивності. PoLA також виділяє аторвастатин та розувастатин як найбільш ефективні ЛЗ цієї фармакологічної групи. За всіма проаналізованими джерелами даних, флувастатин не рекомендований для терапії високої інтенсивності на відміну від аторвастатину та розувастатину, а пітавастан може бути застосований у всіх видах статинотерапії (в залежності від дози) за рекомендаціями ACC/AHA та ESC/EAS. Необхідно зауважити, що призначення статинів має бути більш індивідуалізованим з урахуванням особливостей пацієнта (вік, ступінь ризику розвитку побічної дії, супутня терапія, в тому числі інгібіторами СYP 3A4, коморбідні стани, фармакогенетика тощо), а також факторів, що обумовлені фармакологічними характеристиками певного ЛЗ (фармакокінетичні дані, взаємодія з ЛЗ інших фармакологічних груп та ін.). Наприклад, аторвастатин та пітавастан є препаратами вибору у пацієнтів з ХХН (лише 10 % та 15 %, відповідно, екскретується з сечею). Розувастатин у помірних дозах має найкращий профіль безпеки для літніх людей (старше 75 років). Згідно з рекомендаціями ACC/AHA не рекомендується призначати статини як ЛЗ первинної профілактики у осіб похилого віку, хоча це не є протипоказанням при гарній їх переносимості. Прикладом несприятливої взаємодії статинів з ЛЗ інших фармакологічних груп є збільшення протромбінового часу і ризику кровотеч у хворих, які приймають антикоагулянти непрямої дії на тлі лікування ловастатином і флувастатином. Водночас статини не змінюють фармакокінетику β -адреноблокаторів, діуретиків, серцевих глікозидів та НПЗП.

Висновки. При виборі ЛЗ для статинотерапії необхідно враховувати не лише діючі настанови / протоколи лікування, вид статинотерапії, а і індивідуальні особливості пацієнта. Підвищення інформованості лікарів щодо необхідності індивідуалізованого підходу до раціонального вибору ЛЗ для профілактики та лікування дисліпідемій, сприятиме підвищенню ефективності та безпеки лікування хворих на ІХС або пацієнтів групи ризику.