

# АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ПРОТИПУХЛИННИХ ПРЕПАРАТІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ПАТОГЕНЕТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЛЕЙКОЗІВ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ

Панфілова Г. Л., Цурікова О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

zurikova2008@gmail.com

**Вступ** Офіційна статистика, що представлена у Національному канцер-реєстру дає змогу стверджувати, що епідеміологічна ситуація з онкогематологічними патологіями в Україні має складний характер розвитку. Так, лейкози вже протягом декілька років поспіль стабільно займають перші позиції у структурі захворюваності та смертності населення від злоякісних новоутворень серед вікової групи хворих до 17 років. Так, середні показники захворюваності та смертності від лейкозів в Україні за 2013–2017 рр. становили 5,67 випадків та 3,3 випадків на 100 тис. населення відповідно. Щорічно кількість хворих на лейкози в Україні збільшується. Незважаючи на значні досягнення сучасної онкології та гематології питання підвищення ефективності лікування хворих на гострі форми лейкозів залишається актуальною. Враховуючи всезростаюче значення проведення хіміотерапевтичного лікування зазначеної групи хворих проблема раціонального фармацевтичного забезпечення онкогематологічних пацієнтів має важливе соціально-економічне значення.

**Мета** – аналіз сучасного асортименту протипухлинних препаратів (ПП), що представлені у клінічних протоколах з організації надання хворим на гострі лейкози медичної допомоги, а також міжнародних рекомендації за спеціальністю «Онкогематологія».

**Основний матеріал дослідження** За результатами досліджень встановлено наступне. До основних препаратів, що використовуються у патогенетичному лікуванні гострого лімфоїдного лейкозу (ГЛЛ) та гострого мієлоїдного лейкозу (ГМЛ), відносять глюкокортикостероїдні засоби (ГКСЗ) і ПП з груп L01B – Антиметаболіти (метотрексат, меркаптопурин, тіогуанін, цитарабін, флударабін), L01C – Рослинні алкалоїди та інші природні сполуки (вінкристин, вінбластин, етопозид), L01A – Алкілюючі засоби (циклофосфамід, гексафосфамід, хлорамбуцил, Пафенцил), L01AD – Похідні нітросечовини, L01D –Протипухлинні антибіотики та споріднені сполуки (даунорубіцин, доксорубіцин), L01X – Інші протипухлинні засоби (аспарагіназа, мітоксантрон, амсакрин). Відповідно до сучасних вимог онкогематології більшість існуючих протоколів лікування гострих лейкозів базується на принципах інтенсивної ініціальної хіміотерапії (ХТ), що здійснюється з метою максимального знищення

пулу лейкемічних клітин за умов корекції наслідків формування лікарської резистентності та проведення інтенсивної профілактики нейролейкемії.

В Україні лікування хворих на лейкози здійснюється за протоколами надання медичної допомоги, що затверджені наказами МОЗ України від 30.06.2010 р. № 647 за спеціальністю «Гематологія» (зі змінами відповідно до наказів МОЗ від 30.01.2013 р. № 72, 26.06.2014 р. № 433, 4.11.2014 р. №808, 2.11.15 р. №709, №710 та №711, 29.07.16 №797) і наказом МОЗ України від 20.07.2005 р. № 364 за спеціальністю «Дитяча гематологія» (зі змінами відповідно до Наказу МОЗ України від 23.07.2010 р. № 617). Тактика лікування хворих на ГЛЛ (МКХ-10: С91.0, С91.5) та ГМЛ (МКХ-10: С92.0, С92.4, С92.5, С93.0, С94.2) у дорослих полягає в індукції ремісії, консолідації, підтримувальної терапії, профілактиці нейролейкемії.

У схемах ХТ В-ГЛЛ високого ризику і Т-ГЛЛ використовується 14 найменувань ЛЗ. У лікуванні різних варіантів ГМЛ (за винятком гострої промієлоцитарної лейкемії) рекомендовано використовувати у 7 найменувань ПП, а саме ідарубіцин або мітоксантрон, даунарубіцин, цитарабін, філграстим, етопозид, флударабін. У разі розвитку рецидивів і терапії рефрактерних форм ГМЛ необхідно застосовувати схеми ХТ із високими дозами цитарабіну та флударабіну (схема «FLAG»), колонієстимувального фактора або «НАМ» (цитарабін – мітоксантрон).

Тяжкість патологічного процесу та серйозні побічні дії ПП обумовлюють необхідність проведення значного обсягу лікувальних заходів (терапії прикриття). Ці заходи складаються з трансфузійної замісної терапії, дезінтоксикаційного лікування, імунотерапії, лікування інфекційних ускладнень, профілактика та лікування нейролейкемії. Хворим призначають схеми з цитарабіном, метатрексатом, циклофосфамідом і дексаметазоном у вигляді люмбальних пункцій (інтратекально). Трансфузійна терапія припускає замісне лікування переливаннями відсутніх компонентів крові. При прогресувальному зниженні вмісту гемоглобіну ( $Hb < 70$  г/л.) показані переливання еритроцитарної маси, трансфузії концентрату тромбоцитів показані хворим при суттєвому зниженні кількості тромбоцитів або при розвитку геморагічного синдрому. У терапії геморагічного синдрому можуть бути використані Е-амінокапронова кислота, етапзилат натрію, адроксон та ін..

**Висновки** Фармацевтичне забезпечення хворих на гострі форми лейкозів повинні здійснюватися не лише у відповідності до вимог діючих протоколів лікування, а також з урахування наявності тих або інших найменувань ПП на вітчизняному фармацевтичному ринку, а також тих тенденцій, які впливають на його розвиток.