

рівень цукру в крові, знижуючи після приймальний підйом цукру після їжі. Механізм дії інгібіторів альфа-глюкозидази полягає в тому, що препарати гальмують дію ферменту альфа-глюкозидази в товстому кишечнику, що призводить до повільнішого розщеплення складних вуглеводів на прості цукри. Це дозволяє уникнути гострого підвищення рівня цукру в крові після прийому їжі. Найбільш відомими препаратами групи інгібіторів альфа-глюкозидази є акарбоза та міглітол. Акарбоза призначається для контролю рівня цукру в крові після прийому їжі. Міглітол сприяє зниженню після приймального підвищення рівня цукру в крові після їжі. Для лікування ЦД II типу застосовують також інгібітори діпептидил пептидази-4 (DPP-4) або "інгібіторами гліптину". Механізм дії цих препаратів полягає в блокуванні дії ферменту DPP-4, який розщеплює інкретини, такі як глюкагоноподібний пептид-1 (GLP-1) та гастрінтестинальний поліпептид (GIP). Ці інкретини відіграють важливу роль у регулюванні рівня цукру в крові після прийому їжі.

Механізм дії тіазолідиндіонів полягає в підвищенні чутливості тканин до інсуліну, що допомагає знижувати рівень цукру в крові у пацієнтів з цукровим діабетом. Представниками цього класу препаратів є розіглітазон (препарат, що сприяє підвищенню чутливості клітин до інсуліну, зменшує опір інсуліну і допомагає контролювати рівень цукру в крові), піоглітазон (допомагає підвищити чутливість клітин до інсуліну).

Висновки. Підсумовуючи вищесказане можна стверджувати, що лікарські препарати для лікування ЦД II типу мають різний механізм дії. Тому вибір лікарського препарату повинен базуватися на індивідуальних особливостях пацієнта: стан здоров'я, супутні патології, рівень цукру в крові та ін.

АНАЛІЗ ДОКАЗОВОЇ БАЗИ КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ПРЕПАРАТІВ ЗАЛІЗА

Каленик М.М.

Науковий керівник: Савохіна М.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
marinadoc10@gmail.com

Вступ. За даними ВООЗ, у світі 1.6 мільярда людей страждає різними видами анемії, а це приблизно 25% нашої планети. Кожен 4-й може страждати цим захворюванням і навіть не здогадуватися про проблему. Найчастішою причиною зниження гемоглобіну (близько 90%) є анемія, спричинена дефіцитом заліза або так звана залізодефіцитна анемія (ЗДА). Тому, при виявленні низького гемоглобіну, перш за все, потрібно встановити чи виключити його найчастішу причину – дефіцит заліза в організмі. Залізо є одним з основних структурних елементів гемоглобіну, без якого він не здатний переносити кисень. Разом із тим, це один із найважливіших елементів, необхідних для нормальної роботи організму. Окрім участі в утворенні гемоглобіну, залізо необхідне для нормальної передачі нервових імпульсів (щоб організм міг думати), хорошого імунітету (щоб рідше хворіти), для нормального функціонування бар'єрних механізмів (щоб була міцна та цілісна шкіра, волосся та нігті). Загалом, залізо входить до складу понад 70 різноманітних ферментів, цитохромів та інших сполук. Залізо виконує дуже багато функцій, але основна з них – дихальна, тобто утворення гемоглобіну. Серед вікових груп населення анемія також розподілена нерівномірно. Так, наприклад, у світі серед дітей дошкільного віку на анемію страждає близько 47,4%. До регіонів

з найбільшим поширенням анемії належать Африка (67,6%) та Південно-Східна Азія (65,5%). В східній частині Середземномор'я поширеність анемії становить 46%, в інших регіонах Всесвітньої організації охорони здоров'я близько 20% (Північна та Південна Америка, Європа та Західна частина Тихого океану). Серед вагітних жінок поширеність менша; однак поширення анемії в регіонах має таку ж тенденцію, яка відмічається серед дітей дошкільного віку. Окрім того, глобальна поширеність анемії серед дітей шкільного віку становить 25,4%, серед чоловіків 12,7%, а серед людей літнього віку 23,9%. Левова частка анемій в світі припадає на ЗДА. На сьогоднішній день накопичений значний досвід застосування препаратів заліза при лікуванні анемії, як у дорослих так і у дітей.

Мета дослідження. Метою даної роботи став аналіз доказової бази ефективності та безпеки найбільш відомих на фармацевтичному ринку препаратів заліза у порівнянні між собою при лікуванні хворих на залізодефіцитну анемію.

Матеріали та методи. В роботі був використаний системно-аналітичний метод дослідження.

Результати дослідження. При проведенні даного дослідження необхідно було зрозуміти різницю в ефективності, біодоступності препаратів, у їх побічних ефектах за даними вторинних джерел доказової медицини – систематичних оглядів. Проведений аналіз 7-ми систематичних оглядів дозволив з'ясувати, що використання препарату лактоферин у комплексі з сульфатом заліза значно збільшує параметри сироваткового заліза та рівня гемоглобіну у хворих на ЗДА. Наразі немає офіційного підтвердження, що препарати сульфату заліза мають певні переваги, але на практиці виявляють значну кількість специфічних для шлунково-кишкового тракту побічних ефектів. При використанні препаратів заліза у вагітних більш переконливі докази користі для внутрішньовенного введення мають препарати сахарози заліза, ніж карбоксимальтози заліза. Також встановлено, що пероральний прийом заліза підвищує рівень гемоглобіну у літніх людей із ЗДА на 0,35 г/дл через 4-6 тижнів, але незрозуміло, чи це принесе це відчутну користь для здоров'я. При порівнянні клінічної ефективності встановлено, що сульфат заліза перевершує полімальтозний комплекс заліза, проте також виявляє більшу кількість побічних ефектів. При використанні двохвалентного сульфату заліза у дітей при лікуванні ЗДА він перевершує трьохвалентний залізо-полімальтозний комплекс з клінічно значущою різницею в покращенні рівнів гемоглобіну та феритину. Встановлено, що у хворих на запальні захворювання кишечника внутрішньовенне застосування карбоксимальтози заліза (3-х валентне) призводить до зникнення ЗДА у більшій кількості хворих, ніж внутрішньовенне введення сахарози заліза (2-х валентне). Але пероральний прийом залізо-полімальтозного комплексу порівняно з внутрішньовенним введенням може призвести до важких побічних ефектів, що сприятимуть загостренню запалення кишечника. Оскільки в організмі людини основна маса заліза всмоктується у верхніх відділах кишківника, тоді як згадані препарати частину заліза вивільняють лише в нижніх відділах кишківника, звідки воно просто виводиться назовні.

Висновки. Таким чином, в результаті проведеного аналізу систематичних оглядів встановлено, що препарати заліза мають доведену клінічну ефективність у хворих різного віку, а також у вагітних, але відрізняються між собою особливостями застосування в залежності від шляху введення (в/в та пероральний), а також хімічної структури (3-х валентне та 2-х валентне залізо).