

## ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ІНСОМНІЧНИХ РОЗЛАДІВ

*І.А.Зупанець, С.Б.Попов, І.А.Отрішко, С.К.Шебеко*

Національний фармацевтичний університет

*Ключові слова: фармацевтична опіка; лікарські препарати; інсомнічні розлади*

*Згідно зі статистичними даними на теперішній час значна частина дорослого населення потерпає від інсомнічних розладів, тому важливість проведення фармацевтичної опіки даної категорії пацієнтів не викликає сумнівів. Фахівцем зі всебічними науковими знаннями про швидко зростаючий арсенал сучасних лікарських засобів є провізор. На нього у відповідності зі стратегією ВООЗ покладаються обов'язки консультанта лікаря і пацієнта при вирішенні найрізноманітніших питань стосовно фармакологічних, фармакокінетичних, хімічних, біофармацевтичних властивостей лікарських засобів, тобто здійснення фармацевтичної опіки. Переважна більшість ситуацій, пов'язаних з розладами сну, потребує лікарської консультації, проте значущість провізора у вирішенні цих проблем досить вагома, оскільки саме до провізора в більшості випадків першочергово звертаються пацієнти за допомогою. Тому обізнаність фахівця-провізора у питаннях виявлення загрозливої симптоматики та раціонального застосування рецептурних і безрецептурних гіпно-седативних засобів є невід'ємною складовою успішного лікування пацієнтів з інсомнічними розладами.*

Сон, що складає третину людського життя, — фізіологічний стан організму, який періодично проявляється блокадою його сенсорних зв'язків із оточуючим світом. Розлади сну є однією з найбільш частих скарг хворих, з якими вони звертаються до лікарів різноманітного профілю. За даними літератури на розлади сну страждає від 4 до 45% дорослого населення і майже 87% хворих неврологічного стаціонару [1, 4, 10, 13, 26].

Проблема терапії розладів сну гіпнотиками у сучасному розумінні лежить у двох площинах. Перша — вибір препарату, що викликає сон і за гіпнотичним ефектом наближається до так званого "ідеального снодійного". Друга площина набагато ширша і стосується не кількісних оцінок, а якісних показників, що характеризують вплив гіпнотика на організм у цілому, пошук препаратів, які

відновлюють притаманні організму автоколивальні процеси і не порушують буденних звичок, денного самопочуття, тобто не погіршують якість життя [10, 23].

Серед причин, що викликають порушення сну, найбільш значущими є наступні:

- порушення "гігієни сну" (пізній відхід до сну, раннє пробудження, нерегулярний розпорядок сну, неправильне харчування, гіподинамія) [2, 3, 24, 28];
- зміна факторів навколишнього середовища (зміна годинного поясу, змінна робота з порушенням циклічного ритму сну і бадьорості) [18, 21, 24];
- психічні захворювання невротичного та психотичного характеру [5, 21, 28];
- застосування нейротропних фармакологічних препаратів або речовин, що впливають на функції ЦНС (β-блокатори, антидепресанти, алкоголь, нікотин,

надлишкове вживання кофеїну та інших психостимуляторів у денний час) [2, 18, 28];

- органічні ураження структур мозку (пухлини, запальні захворювання та ін.) [5, 18, 21];
- соматичні та нейроендокринні захворювання (артеріальна гіпертензія, хронічна серцева недостатність, гіпертиреоз, цукровий діабет, хвороби суглобів, пухлини та ін.) [3, 5, 21, 28];
- больовий синдром [2, 3, 28];
- стрес, депресія, тривога та ін. [18, 21].

Характеристика порушень сну представлена в табл. 1.

Гіпнотики на сьогодні є найбільш використовуваними для нормалізації сну лікарськими засобами. Показання до їх застосування дуже широкі, а саме, лікування епізодичної, короткочасної та хронічної інсомнії (остання частіше включається до структури психічної та соматичної патології) [6, 9, 12, 20, 22].

### **Фармакологічні вимоги до сучасних гіпнотиків**

Проблема терапії розладів сну гіпнотиками у сучасному її уяв-

**І.А.Зупанець** — доктор мед. наук, професор, завідувач кафедри клінічної фармакології з фармацевтичною опікою Національного фармацевтичного університету (м. Харків)

Таблиця 1

## Характеристики порушень сну

Порушення сну	Тимчасова характеристика	Основні причини
Інсомнія (безсоння)	Епізодична короткочасна (до 1 тижня)	Емоційний стрес, зміна звичної обстановки засинання, короткочасні соматичні хвороби, больові відчуття
	Короткотривала (до 3 тижнів)	Функціональні розлади нервової системи, клімакс, депресії, тривалі больові відчуття, епідемічний енцефаліт
	Постійна хронічна (більше 3 тижнів)	Тривалий невротичний стан, органічне ураження гіпоталамо-мезенцефальної області, хронічні соматичні захворювання, синдром обструкції верхніх дихальних шляхів у сні (храп, апное), старече безсоння

ленні включає 2 самостійні завдання:

*По-перше*, вибір препарату, що викликає сон і наближається до так званого “ідеального снодійного”, вимоги до якого сформулював ще у 1993 році N.Prinque.

*Ідеальне снодійне повинно:*

- добре всмоктуватися: надходити до мозку та викликати швидко настання ефекту (15-25 хв);
- селективно зв'язуватися з гіпногенним рецептором та викликати лише снодійний ефект;
- мати швидко насичуючий профіль доза-ефект, що знижує вірогідність звикання, передозування та залежності від ліків;
- не взаємодіяти з іншими препаратами та метаболітами;
- достатньо швидко інактивуватися, не утворюючи активних або токсичних метаболітів;
- виводитися з організму впродовж 6-8 годин.

*Ідеальне снодійне не повинно:*

- пригнічувати дихальний або серцево-судинний центр;

- викликати ефект Hang-over (сонливість, загальна слабкість після пробудження);

- викликати кумуляцію, толерантність, звикання, ребаундну інсомнію, синдром відміни, залежність тощо;

- мати ембріотоксичні, тератогенні ефекти у разі прийому їх вагітними жінками;

- проникати до материнського молока у разі вживання лактуючими жінками;

- мати неприємні органолептичні або подразливі властивості.

У якості седативно-гіпнотичних засобів використовують активні сполуки пригнічувального типу дії, що гальмують процеси міжнейронної синаптичної передачі в ЦНС. Лікарські засоби цієї фармакологічної групи широко застосовуються у психіатричній, неврологічній, загальнотерапевтичній практиці у якості заспокійливих та снодійних засобів.

*Друге завдання* набагато ширше і стосується не кількісних оці-

нок, а якісних показників, що відображають вплив гіпнотика на організм пацієнта в цілому, пошук препарату, що в меншій мірі впливає на інші функції організму. Препарат повинен відновлювати притаманні організму власні автоколивальні процеси, не порушувати звичок буденного життя, самопочуття впродовж доби, тобто не погіршувати якість життя.

**Еволюція снодійних засобів**

Фармакологічна еволюція снодійних засобів представлена трьома поколіннями (схема).

Один із перших снодійних засобів — хлоралгідрат (використовується з ХІХ століття) виявляє заспокійливу, снодійну та протисудомну дію. Проте виражений подразливий ефект на шкіру та слизові оболонки та велика вірогідність розвитку залежності різко зменшили цінність хлоралгідрату як снодійного і на сьогодні він не застосовується [7, 19].

Похідні сечовини (бромуреїди — карбромал, бромізовал) теж не використовуються через виражену побічну дію (бромізм, ймовірний канцерогенний ефект) [7, 23].

Значним успіхом у пошуку снодійних стало відкриття німецьким хіміком Й.Фішером похідних 2,4,6-тригідроксипіримідину (барбітурової кислоти) — барбітуратів. У залежності від дози вони викликають: седативну, снодійну, наркотичну, протиепілептичну (“великі напади”) дію, підвищують активність мікросомальних ферментів печінки, пригнічують дихальний центр та мають схильність до кумуляції. На сьогодні для них є досить небагато показань: надмірне збудження ЦНС (психози, пограничні стани тощо), дуже важке безсоння за умови короткотривалої терапії, премедикація, протисудомна терапія. Побічна дія барбітуратів: ефект “сонного похмілля”, атаксія, стійке невдоволення якістю сну, феномен віддачі (нічні жахіття, часті просинання тощо), толерантність, потенціювання, психологічна та фізична залежність, значне порушення нормальної структури сну [6, 7].

Похідне хіназолонів — метаквалон викликає довготривалий

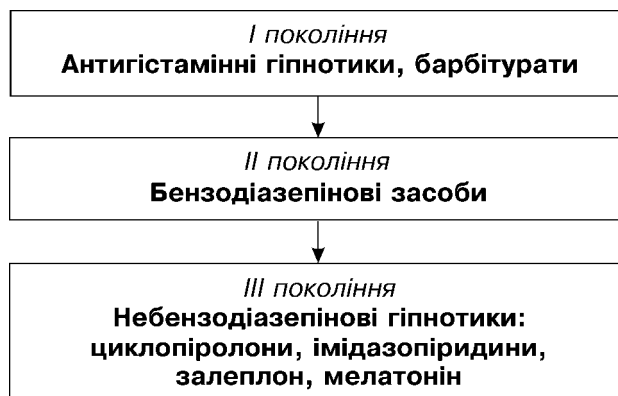


Схема. Покоління снодійних засобів

сон (6-8 годин), також чинить протисудомну, знеболювальну, протикашльову дію, не порушує нормальну структуру сну, але має кумулятивні властивості (період напіввиведення становить 20-40 год), через що рідко застосовується в клінічній практиці [7].

Наприкінці 60-их років минулого сторіччя було здійснено прорив у лікуванні інсомній винайденням бензодіазепінів, що знаходять широке застосування і сьогодні. Довготривалість та вираженість постсомнічних ефектів, седації залежить від величини періоду напіввиведення. Бензодіазепіни з коротким  $T_{1/2}$  безпечніші для застосування, тому що до кінця ночі їх концентрація встигає знизитися до клінічно незначних величин. Снодійний ефект бензодіазепінів значно слабшає та втрачається впродовж 3-14 днів регулярного прийому (толерантність). Клінічно значущий синдром відміни розвивається звичайно при різкому перериванні терапії. Чим більші дози та триваліший період лікування, тим більший ризик розвитку залежності та тим більша вираженість синдрому відміни (прояви синдрому відміни: дисфорія та ребаундне безсоння, пітливість, запаморочення, тремор, зниження концентрації уваги) [2, 7].

Снодійні засоби третього покоління відомі з 1987-1988 років — зопіклон, золпідем та залеплон (останній з'явився на вітчизняному ринку у 2005 році). На відміну від бензодіазепінів, що стимулюють усі 3 підтипи  $\omega$ -рецепторів, золпідем є переважно селективним стимулятором  $\omega_1$ -рецепторів (гіпнотичний ефект у "чистому" вигляді), а зопіклон займає проміжну позицію, зв'язуючись з  $\omega_1$ -,  $\omega_2$ -рецепторами. Між тим підвищення доз може призвести до зниження селективності та появи ефектів, характерних для бензодіазепінів (денна сонливість, зниження концентрації уваги, м'язової слабкості, парадоксальні психопатологічні реакції тощо). Відсутність у сучасних снодійних ефектів післядії у денний час у значній мірі покращує їх перено-

симість порівняно із групою бензодіазепінів [25].

На вітчизняному фармацевтичному ринку з'явився комбінований снодійний засіб "Ліксон", що містить зопіклону — 0,075 г, настоянки собачої кропиви — 43,5 мл, шишок хмелю — 6,5 мл, м'ятної олії — 0,14 г. Даний препарат відпускається без рецепта. У одній разовій дозі "Ліксону" (4 мл) міститься у 2,5 рази менша кількість зопіклону порівняно із вмістом одної таблетки зопіклону (7,5 мг). За рахунок наявності настоянок у складі препарату потенціюються процеси гальмування та зниження збудливості ЦНС.

У практичній медицині з 80-их років використовуються синтетичні аналоги гормону епіфізу — мелатоніну (Віта-мелатонін, Мелаксен). Основні ефекти мелатоніну: снодійний (виникає внаслідок впливу на терморегуляційні механізми); м'який седативний (знижує реактивність на звичайні оточуючі стимули, що приводить до м'якого та плавного засинання). Мелатонін зберігає та відновлює природну структуру сну, чергування фаз, їх тривалість, що особливо актуально для пацієнтів похилого віку [11, 27].

У багатьох країнах світу, у тому числі і в Україні, до безрецептурних снодійних засобів належить похідне етаноламіну — доксиламін (Сондокс). За механізмом дії подібний до димедролу:  $H_1$ -гістаміноблокатор,  $M$ -холіноблокатор. Проте у терапевтичній дозі викликає лише снодійний та седативний ефекти, не порушує нормальне співвідношення фаз сну, полегшує засинання, збільшує тривалість та ефективність сну. При частому застосуванні виявляються побічні ефекти, пов'язані із механізмом фармакологічної активності: сухість у роті, порушення акомодатції, закреп, утруднення сечовипускання, сонливість у денний час.

Відмінність трьох поколінь виявляється за наступними ознаками:

- ступінь селективності;
- послідовність виявлення фармакологічних ефектів при зростанні доз. Препарати I по-

коління одночасно виявляють різні ефекти (гіпнотичний, антиконвульсивний, анксиолітичний) уже при незначних дозах. Препарати II покоління мають відчутний дозозалежний ефект: гіпнотична дія настає слідом за анксиолітичною. Препарати III покоління — спочатку гіпноседативна дія, далі — транквілізуюча і решта ефектів;

- фармакокінетичні особливості (значна швидкість всмоктування притаманна для II та III поколінь, проте лише препарати III покоління вживають безпосередньо у ліжку для попередження швидкого настання ефекту);
- здатність кумулювати та виявляти пролонговану дію і викликати денну післядію (виявляють II та особливо I покоління), що корелює із показниками метаболічного кліренсу та періоду напіввиведення;
- вплив на функції пам'яті, когнітивні функції (значно менший при вживанні III покоління);
- вплив на структуру сну (табл. 2);
- ймовірність розвитку залежності, синдрому відміни, толерантності.

У комплексній терапії інсомнічних розладів можуть застосовуватися седативні препарати. Вони зменшують психоемоційне напруження, підвищують чутливість до зовнішніх подразників. Усі седативні препарати мають здатність покращувати процеси засинання. Деякі седативні засоби чинять помірну транквілізуючу, антиневротичну дію. Вегетостабілізуючі властивості притаманні в тій чи іншій мірі усім седативним засобам [8, 14, 15, 16].

До седативних препаратів відносять: монокомпонентні засоби (броміди, препарати магнію, препарати рослинного походження: шишки хмелю, трава собачої кропиви, листя м'яти, трава материнки, пасіфлора, півонія, корінь з кореневищами валеріани, меліса лікарська) та комбіновані засоби (рослинні — Тривалумен, Меновален, Алталекс, Нервофлюкс, Ново-пассит, Персен, Персен форте), комбіновані (Корвалдин, Кор-

Таблиця 2

## Вплив препаратів на структуру сну

Стадії сну	I покоління	II покоління	III покоління	
	барбітурати	бензодіазепіни	зопіклон	золпідем
Період засинання	↓	↓	↓	↓
1 стадія	↓	↓	↓	↓
2 стадія ("сонні веретена")	↑	↑	→↑	→↑
3 та 4 стадії сну (повільнохвильовий сон)	↓	↓	↑	→↑
Парадоксальний сон	↓	→↓	→	→↑

Примітка: ↓ — пригнічення; ↑ — підвищення; →↓ — збереження

валол, Валокордин, Валокормід, краплі Зеленіна).

Седативні засоби потенціюють дію інших психотропних препаратів, що дозволяє зменшити дозу останніх при збереженні достатнього рівня активності та певною мірою нівелювати побічні ефекти.

Для корекції інсомнічних розладів можуть також застосовуватися гомеопатичні препарати. У комплексних антигомотоксичних препаратах ефективність дії окремих гомеопатичних компонентів взаємно доповнюється та посилюється, що взагалі забезпечує більш широкий спектр дії цих ліків [17].

На українському ринку представлені наступні гомеопатичні засоби гіпно-седативної дії: Нотта, Невросед, Неврохеель, Інсомнія, Валеріанеель, Сон-норма, Сноверин-ARN та ін.

Великий арсенал ліків, що застосовується для корекції даного стану, при їх застосуванні вимагає розробки підходів до фармацевтичної опіки пацієнтів. У ході проведеної роботи з літературними джерелами нами виділені наступні:

1. При зверненні пацієнтів за допомогою до провізора на першому етапі необхідно виключити загрозливі симптоми, що вимагають негайного звернення до лікаря (наприклад, довготривалу інсомнію; порушення сну супроводжується підвищенням артеріального тиску, сильними головними болями, запамороченням, болем за грудиною, що іррадіює переважно у ліву половину тіла; інсомнія супроводжується відчут-

тям жару, пітливістю, сухістю у роті; безсоння проявляється на тлі вживання лікарських препаратів та ін.).

2. Рекомендації з "гігієни сну" є невід'ємною частиною лікування будь-яких розладів сну (рекомендації щодо тривалості сну, режимних умов засинання та ін.).

3. При застосуванні лікарських засобів гіпно-седативної дії необхідно виділити наступні рекомендації:

- починати медикаментозне лікування слід із седативних засобів (бажано рослинного походження, таких як Меновален, Тривалумен);
- надалі можливе застосування препаратів мелатоніну, безрецептурного доксиламіну (Донорміл, Сондокс), комбінованого засобу — Ліксону;
- снодійні не рекомендуються для постійного систематичного вживання через небезпеку розвитку залежності, толерантності, синдрому відміни;
- тривалість лікування гіпно-седативними засобами не повинна перевищувати 4-6 тижнів, проте оптимальним є терапія впродовж 10-14 днів;
- при тривалому застосуванні гіпнотиків доцільно влаштовувати "лікарські канікули";
- снодійні та седативні засоби протипоказані у випадках підвищеної чутливості до будь-якого з компонентів препарату;
- при виявленні *пресомнічних розладів* використовують — короткоживучі бензодіазепіни (для усунення денної седації) за 1-2

години до сну або гіпнотик III покоління залеплон; *при інтра-сомнічних розладах та нічних жахах* — бензодіазепіни середньої тривалості дії та довготривалі (флуразепам, нітразепам, лоразепам тощо), препарати III покоління (зопіклон, золпідем); *при ранніх пробудженнях* — бензодіазепіни середньої тривалості дії та довготривалі у мінімальних дозах (флуразепам, нітразепам, лоразепам тощо) і препарати III покоління (зопіклон, золпідем);

- для корекції *інсомній помірного ступеня* важкості особливо ефективні лоразепам, нітразепам, феназепам. Для корекції *важких інсомній* — реладорм, флунітразепам, у виключних випадках комбінацію барбітуратів і седативних транквілізаторів (діазепам або хлордіазепоксид);
- засоби гіпнотичної дії та сильнодіючі седативні засоби не рекомендують до вживання особам, діяльність яких вимагає швидкої та адекватної реакції (наприклад, водіям транспорту);
- інсомнії з апное є протипоказаннями для застосування барбітуратів або бензодіазепінів (I, II покоління гіпнотиків);
- для осіб, що потерпають від серцевої недостатності, неприпустимо призначати барбітурати (зменшують діурез), хлоралгідрат (токсична дія на міокард), мідазолам (депресорний вплив на ССС);
- усі холінолітичні засоби не використовують при затримці се-

- човиділення, аденомі простати, глаукомі (доксиламін, краплі Зеленіна, валокормід, беласпон, белоїд, белотамінал);
- при інфекційних ураженнях, порфірії, розвитку гіпертермії недоцільне призначення барбітуратів через їх гематотоксичну дію;
- препарати мелатоніну не призначають при цукровому діабеті, аутоімунних захворюваннях (імуностимуляція), терапії інгібіторами MAO, циклоспоринами, глюкокортикостероїдами;
- у першому триместрі вагітності тератогенну дію виявляють барбітурати, бензодіазепіни, доксиламін, зопіклон, золпідем, у меншій мірі — інші гіпнотичні засоби;
- у дитячій практиці небажане використання гіпнотиків (їх призначення обмежено в більшості випадків до 12-15-річного віку);
- раціональний темп зниження дози препарату — приблизно 25% за чверть періоду відміни;
- барбітурати, метаквалон, хлоралгідрат є індукторами мікросомальних ферментів печінки, що особливо слід враховувати при сумісному вживанні антикоагулянтів, сульфаніламідів, гіпоглікемічних, гормональних (особливо стероїдних) засобів, оральних стероїдних контрацептивів;
- усі снодійні здатні потенціювати седативні препарати та анагететики;
- одночасне вживання з алкоголем не рекомендується через складнопередбачувані, індивідуальні реакції з можливою летальністю;
- у літніх пацієнтів усі снодійні здатні погіршувати якість когнітивних процесів, запам'ятовування та уваги. Пов'язане з віковими змінами збільшення часу елімінації може приводити до накопичення снодійного і розвитку синдрому відміни при прийомі звичайних терапевтичних доз.

Розвиток взаємного співробітництва між пацієнтом, лікарем і провізором, поєднання знань і досвіду — гарантія підвищення ефективності і безпеки лікарської терапії засобами гіпно-седативної дії.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Аведисова А.В. //Журн. неврол. и психиатрии. — 2003. — №1. — С. 51-53.
2. Вакуленко Л.А. //Новые мед. технол. — 2001. — №6. — С. 36-37.
3. Вейн А.М. //Терапевтический архив. — 1992. — Т. 64, №10. — С. 4-6.
4. Вейн А.М. //Современная психиатрия им. П.Б.Ганнушкина. — 1998. — №7. — С. 4-6.
5. Вейн А.М., Левин Я.И. Нарушение сна и бодрствования. В кн.: Болезни нервной системы. — М.: Медицина, 2001. — С. 391-413.
6. Горьков В.А. //Новые мед. технол. — 2001. — №6. — С. 39-40.
7. Горьков В.А., Раюшкин В.А., Чурилин Ю.Ю. //Журн. неврол. и психиатрии им. Корсакова. — 1999. — Т. 99. — С. 63-67.
8. Зейгорник М.И. //Ремедиум. — 2000. — №9. — С. 85-86.
9. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы / Под ред. проф. Я.И.Левина. — М.: Медпрактика, 2005. — 115 с.
10. Калмыкова Т.Н., Сирота Н.И. //Ліки України. — 2002. — №12. — С. 40-42.
11. Лабунец И.Ф. //Проблемы старения и долголетия. — 2005. — №4. — С. 313-315.
12. Левин Я.И. //Неврол. журн. — 2004. — Т. 9, №4. — С. 4-13.
13. Левин Я.И., Вейн А.М. //Росс. мед. журн. — 1999. — №3. — С. 16-19.
14. ОТС®-ответственное самолечение / Под ред. И.А.Зупанца, И.С.Чекмана. — 4-е изд., перераб. и доп. — К.: "Фармацевт Практик", 2007. — 368 с.
15. Фармацевтическая опека: атлас / И.А.Зупанец, В.П.Черных, В.Ф.Москаленко и др. Под ред. И.А.Зупанца, В.П.Черных. — К.: "Фармацевт Практик", 2004. — 192 с.
16. Фармацевтическая опека: Курс лекций для провизоров и семейных врачей / И.А.Зупанец, В.П.Черных, С.Б.Попов и др. Под ред. В.П.Черных, И.А.Зупанца. — Х.: Фармитэк, 2006. — С. 220-253.
17. Чекман И.С. //Ліки України. — 2001. — №7-8. — С. 37-40.
18. Яхно Н.Н. //Журн. неврол. и психиатрии. — 2006. — №2. — С. 60-63.
19. Ball E.M. //Compr. Psychiatry. — 1997. — №23. — P. 25-30.
20. Bradley T.D., Floras J.S. //Circulation. — 2003. — Apr. 1; 107 (12). — P. 1671-1678.
21. Ford D.E., Kamerow D.B. //JAMA. — 1989. — №262. — P. 1479-1484.
22. Janicak Ph.G. Handbook of psychopharmacotherapy //Lippicott Williams & Wilkins. — 1999. — №5. — P. 18.

23. Kupler D.J., Reynolds III C.F. // *New Engl. J. Med.* — 1997. — №336. — P. 341-346.
24. Nakano H., Ikeda T., Hayashi M. et al. // *Sleep.* — 2003. — Vol. 26 (2). — P. 169-172.
25. Raymond C. // *Medicine special report.* — 2000. — №3. — P. 14-24.
26. Shneerson J. // *Practitioner.* — 2006. — №247 (1644). — P. 231-235.
27. Tjuitou Y. // *Gerontol.* — 2001. — №7. — P. 100-105.
28. Zai C. // *Semin. Clin. Neuropsychiatry.* — 2000. — №5 (1). — P. 33-43.

Адреса для листування: 61002, м. Харків,  
вул. Пушкінська, 27. Тел. (057) 706-30-72.  
Національний фармацевтичний університет

Надійшла до редакції 15.09.2008 р.

### Інформаційне повідомлення відділу фармакологічного нагляду ДП “Державний фармакологічний центр” МОЗ України

Про підозрювану побічну дію препарату, який містить **лозартан калію та гідрохлортіазид** (Антагоністи ангіотензину II і діуретики. Код АТС С09DA01)

Хворій Ч. (49 років) з діагнозом ГХ II ст., гіпертензивне серце, НК II ст. було призначено препарат, який містить лозартан калію та гідрохлортіазид (перорально по 1 таблетці 1 раз на добу). Після другого прийому препарату, який містить лозартан калію та гідрохлортіазид, у хворої з’явився кашель, напади задухи, набряк слизової оболонки рота. Одночасно хвора приймала коріол. Препарат, який містить лозартан калію та гідрохлортіазид, було відмінено. Для корекції стану хворої призначено ентеросгель. Після вжитих заходів зазначені явища минули без наслідків.

Алергологічний анамнез не обтяжений. Будь-які незвичайні реакції на ліки або хімічні речовини в минулому невідомі.

Інформація надійшла від регіонального відділення м. Києва ДП “Державний фармакологічний центр” МОЗ України.

Про підозрювану побічну дію препарату, який містить **100 МО синтетичного кальцитоніну лосося** (Засоби, що регулюють обмін кальцію. Код АТС Н05В А01)

Хворій Л. (47 років) з діагнозом деформуючий остеопороз було призначено препарат, який містить 100 МО синтетичного кальцитоніну лосося (внутрішньом’язово по 100 МО 1 раз на добу). Через 30 хвилин після першого введення препарату, який містить 100 МО синтетичного кальцитоніну лосося, у хворої розвинулась анафілактична реакція. Препарат, який містить 100 МО синтетичного кальцитоніну лосося, було відмінено. Викликана карета швидкої допомоги, після надання невідкладної допомоги (дексаметазон, супрастин, алтіва) хвору було госпіталізовано до клінічної лікарні.

Алергологічний анамнез не обтяжений. Будь-які незвичайні реакції на ліки або хімічні речовини в минулому невідомі.

Інформація надійшла від регіонального відділення по АР Крим ДП “Державний фармакологічний центр” МОЗ України.

---

Просимо про виникнення будь-якої підозрюваної побічної дії при застосуванні ліків обов’язково повідомляти у відділ фармакологічного нагляду ДП “Державний фармакологічний центр” МОЗ України за адресою: 01042, м. Київ, вул. Чигоріна, 18, тел./факс 286-7505.  
E-mail: [vigilance@pharma-center.kiev.ua](mailto:vigilance@pharma-center.kiev.ua).