

УДК: 378.016:[615.15:614.25]:615.22.03

ВИКЛАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АНТИАТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ЗАСОБІВ

д. мед. н., Білай І. М., д. мед. н. Дарій В. І., к. мед. н., Красько М. П., к. фарм. н., Демченко В. О., к. фарм. н. Остапенко А. О.

Запорізький державний медичний університет, Україна, м. Запоріжжя

Фармацевтична опіка важлива складова професійної діяльності провізора в забезпеченні ефективного застосування лікарських засобів. Атеросклероз є самою розповсюдженою причиною втрати працездатності та смерті. В статті наведені дані щодо викладання фармацевтичної опіки при застосуванні антиатеросклеротичних засобів.

Ключові слова: фармацевтична опіка, атеросклероз, фармакотерапія.

Белай И. М., Дарий В. И., Красько Н. П., Демченко В. О., Остапенко А. А. Преподавание фармацевтической опеки при применении антиатеросклеротических препаратов / Запорожский государственный медицинский университет, Украина, г. Запорожье

Фармацевтическая опека важная составляющая профессиональной деятельности провизора в обеспечении эффективного применения лекарственных средств. Атеросклероз является самой частой причиной потери трудоспособности и смерти. В статье приведены данные относительно преподавания фармацевтической опеки при применении антиатеросклеротичних средств.

Ключевые слова: фармацевтическая опека, атеросклероз, фармакотерапия.

Bilay I. M., Dariy V. I., Krasko M. P., Demchenko V. O., Ostapenko A. O. Teaching pharmaceutical care in the application anti-atherosclerotic drugs / Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine, Zaporizhzhia.

Pharmaceutical care is an important component of professional activity of the pharmacist in ensuring the effective use of medicines. Atherosclerosis is the most frequent cause of disability and death. The article presents data on teaching pharmaceutical care when applying anti-atherosclerotic funds.

Keywords: pharmaceutical care, atherosclerosis, pharmacotherapy

Дисліпідемія не є нозологічною формою захворювання, і її повною мірою можна віднести до клінічному синдрому, швидше, мова йде про лабораторному феномен. Однак порушення ліпідного спектру крові є одним з найважливіших факторів ризику атеросклерозу та ішемічної хвороби серця (ІХС) і в значній мірі визначають ймовірність розвитку серцево-судинних ускладнень і прогнозу життя хворих з кардіальної патологією [1]. Ця обставина робить необхідним виділення категорії пацієнтів, у яких діагностовано порушення ліпідного спектру крові, для проведення адекватної ліпідознижувальної терапії.

Арсенал гіполіпідемічних препаратів неухильно зростає і на сьогоднішній день він представлений п'ятьма класами лікарських засобів. У зв'язку з чим у практикуючих лікарів часто виникає питання: «Якому препарату віддати перевагу в тій чи іншій клінічній ситуації?» Цілком виправданим є розподіл усіх хворих з порушеннями ліпідного обміну на окремі групи, враховують вік, стать та супутню патологію. У цій статті ми вирішили розглянути особливості гіполіпідемічної терапії у жінок, дітей та підлітків, хворих на цукровий діабет (ЦД) і з метаболічним синдромом (МС), а також у хворих літнього і старечого віку.

Діти і підлітки. Підступність гиперлипидемий полягає в тому, що неможливо відчутися підвищення рівня ліпопротеїдів у крові, а таке нерідко є вже з дитинства. Цей стан протягом багатьох десятиліть життя протікає безсимптомно, поки не станеться та чи інша судинна катастрофа. Ускладнює ситуацію те, що призначення багатьох гіполіпідемічних препаратів протипоказано в дитячому віці.

З метою своєчасного виявлення дисліпідемій необхідно визначати показники ліпідного профілю дітей і підлітків, у батьків яких ІХС розвинулося у віці 45-55 років або які страждають спадковими порушеннями ліпідного обміну: діти хворі СД; діти з підозрою на сімейну ГХС; інші вроджені порушення ліпідного обміну [3]. Першочерговим заходом в корекції порушень ліпідного обміну є нормалізація способу життя: виключення факторів ризику серцево-судинних захворювань, таких як тютюнопаління, вживання алкоголю, ожиріння, гіподинамія, стрес. Наріжний камінь лікування - призначення дієтотерапії. Однак і тут є свої особливості у дитячому віці: призначення дієтотерапії не бажано у дітей молодше 2-х років. Дітям старше 2-х років, у разі високої концентрації холестерину, призначається дієта з помірним обмеженням жирів тваринного походження, але не менше 20% від загальної калорійності, тому що холестерин необхідний для розвитку організму, формування структури клітин, функціонування мембранних іонних насосів. Він також використовується для синтезу стероїдних гормонів (у тому числі статевих), процесів метаболізму великої кількості вітамінів і ін.

У випадках вираженої сімейної ГХС, високого ризику розвитку ІХС (ранні ознаки атеросклерозу гирла аорти, інших судинних басейнів) рішення про медикаментозної терапії приймається після повного обстеження дитини з виконанням генетичного аналізу. Оптимальними препаратами для корекції ГЛП у дітей донині є секвестранти жовчних кислот і препарати нікотинової кислоти. Призначення даних препаратів пов'язане з рядом труднощів, найсуттєвішою з яких є висока частота побічних явищ. За даними А. Н. Климова, секвестранти жовчних кислот показані тільки при гетерозиготною формою сімейної ГХС, при гомозиготною формі їх застосування абсолютно неефективно.

У деяких останніх публікаціях висловлюється думка про можливість призначення статинів, проведено ряд досліджень, в яких підтверджується ефективність та безпечність їх застосування у віці до 18 років. Однак на

території України застосування інгібіторів 3-ГМГ-КоА редуктази в дитячому і підлітковому віці донині протипоказано.

Серед жінок до 45-50 років поширеність атеросклерозу значно нижче, ніж серед чоловіків, що, найбільш ймовірно, обумовлено властивістю естрогенів підтримувати концентрацію ліпідів у межах оптимальних значень. З настанням менопаузи така різниця нівелюється, і жінки стають уразливі для розвитку атеросклерозу і пов'язаних з ним захворювань. Таким чином, у період постменопаузи істотних відмінностей в терапії чоловіків і жінок немає. З результатів дослідження 4S слід, що у жінок профілактичний ефект від застосування статинів краще, ніж у чоловіків.

Останнім часом з'являється все більше аргументів, які свідчать про можливість призначення гормональної замісної терапії з метою профілактики та лікування атеросклерозу. Однак переконливих даних про користь призначення естрогенів жінок з настанням менопаузи немає, крім того, дана терапія загрожує низкою ускладнень (рак матки, грудної залози, тромбоемболія легеневої артерії), що підтверджено результатами таких клінічних досліджень як HERS, NHS, ERA.

У молодих жінок ставлення до лікування гіперліпідемії повинно бути м'якше, навіть при наявності клінічних проявів серцево-судинних захворювань. Жінка в 30-39 років здатна до народження дітей, але невідомо, як сучасні гіполіпідемічні препарати, насамперед статини або фібрати, позначиться на наступних поколіннях. Тому жінкам репродуктивного віку рекомендується максимально обмежити дієтою і модифікацією способу життя. Застосування гіполіпідемічних медикаментів доцільно при неефективності немедикаментозної терапії. У жінок, які не використовують надійну контрацепцію, застосування статинів і фібратів не рекомендується. Якщо хвора планує вагітність, вона повинна припинити прийом даних препаратів, принаймні, за 1 місяць до запланованої вагітності. При виборі методу контрацепції необхідно пам'ятати, що призначення комбінованих оральних контрацептивів (КОК) може супроводжуватися підвищенням рівня

ліпідів у крові. Насамперед, це обумовлено атерогенними властивостями гестагенів, які здатні підвищувати концентрацію ХС ЛПНЩ і знижувати вміст ЛПВЩ. Виразність зазначених змін залежить від дози гормональних компонентів у препараті. У більшості випадків вони носять транзиторний характер і зникають після припинення прийому Коків. Таким чином, використання засобів бар'єрної контрацепції більш виправдано у жінок з ранніми ознаками атеросклерозу.

Хворі з цукровим діабетом та з метаболічним синдромом. Метаболічний синдром (МС) являє собою комплекс метаболічних, гормональних і клінічних порушень, що зумовлюють надзвичайно високий сумарний ризик розвитку захворювань, пов'язаних з атеросклерозом. Ядром метаболічного синдрому є інсулінорезистентність клітин, компенсаторна гіперінсулінемія, порушення толерантності до глюкози, гіперліпідемія та артеріальна гіпертензія. Часто цей синдром переходить на цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Прояви атеросклеротичного ураження судин не є специфічними ускладненнями ЦД. Але при ЦД атеросклероз має ряд особливостей: переважне ураження дистальних артерій, агресивний перебіг, мультисегментарна локалізація стенозів, розвиток процесу у більш молодому віці, порівнянна по частоті захворюваність чоловіків і жінок та ін. Саме тому атеросклерозу у хворих на ЦД іноді трактується як діабетична макроангіопатія.

Підвищення рівня триглицериднасыщених частинок і зниження рівня антиатерогенного ХС ЛПВЩ - ключові ліпідні порушення при ЦД. Посилена мобілізація вільних жирних кислот з периферичних адипоцитів в печінку, де вони служать субстратом для складання триглицериднасыщених ЛПДНЩ, є основою патогенезу дисліпідемії при ЦД і МС. Одночасно знижується активність ферменту ліпопротеїдліпазы, яка розщеплює ліпопротеїди, насичені тригліцеридами. Підвищення вмісту в крові ліпопротеїдів з високим вмістом тригліцеридів призводить до зниження рівня антиатерогенного ХС ЛПВЩ.

Якщо при комбінованої гіперліпідемії гіперхолестеринемія суттєво виражена, доцільно застосування статинів, які крім нормалізації обміну ліпідів володіють рядом плейотропна властивостей, що сприяють зниженню смертності від ІХС у хворих на ЦД, що було підтверджено результатами таких досліджень як 4S, HPS. У випадках вираженої гіпертригліцеридемії у поєднанні з низьким холестеринем рекомендовано призначення фібрів. У дослідженні DIAS показано, що фібрати ефективно знижують рівень ТГ, підвищують концентрацію ХС ЛПВЩ, сприяють стабілізації атеросклеротичного процесу в коронарних артеріях.

Не менш важливими складовими профілактики судинних ускладнень у хворих на ЦД і МС синдромом є контроль гіперглікемії та артеріального тиску.

Хворі літнього і старечого віку. Захворювання, пов'язані з атеросклеротичним ураженням судин є одними з найбільш поширених в геронтологічній практиці, що вимагає корекції порушень ліпідного обміну. Необхідно відзначити, що у зв'язку з віковими змінами організму, а також наявністю супутньої патології у переважної більшості хворих, ризик побічних ефектів при прийомі гіполіпідемічних препаратів значно вище, ніж в інших вікових групах. Тому лікування слід починати з немедикаментозних методів, приділивши особливу увагу дієтотерапії, підвищення рівня фізичної активності і відмови від шкідливих звичок. Застосування гіполіпідемічних препаратів рекомендовано лише при безуспішності немедикаментозної терапії, що проводиться, принаймні, протягом 3 місяців. Препарати слід призначати, починаючи з мінімальної дози, збільшуючи її поступово, контролюючи показники печінкових ферментів, не рідше 1 разу на місяць.

Література:

1. Зіменківський А. Б., Зарума Л. Є. Клінічний провізор в системі охорони здоров'я // Вісник фармакології і фармації. – 2007. - №6. – с. 58-60.

2. Клінічна фармакологія: підручник / О. Я. Бабак, О. М. Безугла, В. І. Волков; за ред. О. Я. Бабака, О. М. Білова, І. С. Чекмана. – К.: Медицина, 2008. – 768 с.

3. Фармакотерапія: підручник для студентів фарм. факультетів / під ред. О. В. Крайдашенка, В. Р. Купновицкой, В. М., Клища, В. Р. Лизогуба. – Вінниця : Нова Книга, 2010. – 644 с.

4. Толочко В. М. На шляху гармонізації фармацевтичної освіти до європейського освітнього простору // Досягнення та перспективи розвитку фармацевтичної галузі: Матеріали VI національного з'їзду фармацевтів. – Х.: Вид-во НФаУ, 2005. – С.45-46.

References:

1. Belai Y. M. Uchebno-metodycheskoe posobyе k praktycheskym zaniatyam po klynycheskoi farmatsyy dlia provyzorov-kursantov po spetsyalnosti «Obshchaia farmatsyia». – Zaporozhe, 2011. – 40 s.

2. Zimenkivskyi A. B., Zaruma L. Ye. Klinichni provizor v systemi okhorony zdorov`ya // Visnyk farmakolohii i farmatsii. – 2007. - № 6. – s. 58-60.

3. Klinichna farmakolohiia : pidruchnyk / O. Ya. Babak, O. M. Bezuhla, V. I. Volkov; za red. O. Ya. Babaka, O. M. Bilova, I. S. Chekmana. – K.: Medytsyna, 2008. – 768 s.

4. Farmakoterapiia : pidruchnyk dlia studentiv farm. fakultetiv / pid red. O. V. Kraidashenka, V. R. Kupnovytskoi, V. M., Klyshcha, V. R. Lyzohuba. – Vinnytsia : Nova Knyha, 2010. – 644 s.

5. Tolochko V. M. Na shliakhu harmonizatsii farmatsevychnoi osvity do yevropeiskoho osvitnoho prostoru // Dosiahnennia ta perspektyvy rozvytku farmatsevychnoi haluzi: Materialy VI natsionalnoho z`yizdu farmatsevtiv. – Kh.: Vyd-vo NFaU, 2005. – S.45-46.