



Оценка препаратов рубрикатора АТХ методом хемореактомного скрининга для профилактики дефицитов магния и пиридоксина

Торшин И. Ю.¹, Калачева А. Г.², Громова О. А.^{1,2}, Рогозин М. А.²

¹ ФГУ «Федеральный исследовательский центр «Информатика и управление» РАН» (ФИЦ ИУ РАН), Москва, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иваново, Российская Федерация

Аннотация

Актуальность. Лекарственные препараты могут приводить к потере организмом магния и пиридоксина (витамин В₆), что ведёт к формированию побочных эффектов и ухудшает течение основного заболевания.

Цель. Оценка антимикронутриентного действия всех препаратов рубрикатора АТХ методами хемореактомного скрининга.

Материалы и методы. Методами топологического анализа данных и анализа размеченных графов проведён систематический компьютерный анализ баз данных (SIDER, FAERS, PubChem, HMDB), разработаны алгоритмы прогнозирования магнии- и пиридоксин-выводящих свойств лекарств с последующим скринингом 2527 препаратов АТХ.

Результаты. Аккуратность алгоритмов в кросс-валидации составила для дефицита магния 94–98 %, для дефицита витамина В₆ — 88 %. В среднем на каждый препарат приходится 8,5±6,5 антимикронутриентных эффектов. Только 4 % препаратов не проявляли негативного воздействия на микронутриентный обмен. Дефицит пиридоксина вызывают 1701 препарат (68 % от АТХ), дефицит магния — 1064 препарата (42 %). Наибольшее негативное влияние на гомеостаз обоих микронутриентов оказывают антибиотики (J01), психотропные средства (N05, N06), противоопухолевые препараты (L01), гормоны (G03), диуретики (C03), анальгетики (N02) и противовоспалительные средства (M01).

Заключение. Результаты хемореактомного скрининга позволят обоснованно рекомендовать сопровождение разнообразной фармакотерапии препаратами на основе пиридоксина и органических солей магния.

Ключевые слова: гипомagneзeмия; ятрогения; дефицит пиридоксина; гиповитаминоз; большие данные; фармакоинформатика

Для цитирования:

Торшин И. Ю., Калачева А. Г., Громова О. А., Рогозин М. А. Оценка препаратов рубрикатора АТХ методом хемореактомного скрининга для профилактики дефицитов магния и пиридоксина. *Фармакокинетика и фармакодинамика*. 2025;(3):21–29. <https://doi.org/10.37489/2587-7836-2025-3-21-29>. EDN: MMTWCX

Поступила: 28.07.2025. В доработанном виде: 01.09.2025. Принята к печати: 25.09.2025. Опубликована: 30.09.2025.

Evaluation of ATX rubricator drugs by chemoreactome screening method for prevention of magnesium and pyridoxine deficiencies

Ivan Yu. Torshin¹, Alla G. Kalacheva², Olga A. Gromova^{1,2}, Mikhail A. Rogozin²

¹ Federal Research Center “Computer Science and Control”, RAS, Moscow, Russian Federation

² Ivanovo State Medical University of MOH of Russia, Ivanovo, Russian Federation

Abstract

Relevance. Medicines can cause the body to lose magnesium and pyridoxine (vitamin B₆), which leads to the formation of side effects and worsens the course of the underlying disease.

Objective. Evaluation of the antimicronutrient effect of all drugs registered in the ATX rubricator using chemoreactome screening.

Materials and methods. Using methods of topological data analysis and labeled graph analysis, a systematic computer analysis of databases (SIDER, FAERS, PubChem, HMDB) was performed, algorithms for predicting magnesium-excreting and pyridoxine-excreting properties of drugs were developed, followed by screening of 2527 ATC drugs.

Results. The accuracy of the algorithms in cross-validation was 94–98 % for magnesium deficiency and 88 % for vitamin B₆ deficiency. On average, each drug accounts for 8.5±6.5 antimicronutrient effects. Only 4 % of drugs did not show a negative effect on micronutrient metabolism. Pyridoxine deficiency is caused by 1701 drugs (68 % of ATC), magnesium deficiency — by 1064 drugs (42 %). The most negative impact on the homeostasis of both micronutrients is exerted by antibiotics (J01), psychotropic drugs (N05, N06), antineoplastic agents (L01), hormones (G03), diuretics (C03), analgesics (N02) and anti-inflammatory drugs (M01).

Conclusion. The results of chemoreactome screening will allow us to reasonably recommend accompanying various pharmacotherapy with drugs based on pyridoxine and organic magnesium salts.

Keywords: hypomagnesemia; iatrogeny; pyridoxine deficiency; hypovitaminosis; big data; pharmacoinformatics

For citations:

Torshin IYu, Kalacheva AG, Gromova OA, Rogozin MA. Evaluation of ATX rubricator drugs by chemoreactome screening method for prevention of magnesium and pyridoxine deficiencies. *Farmakokinetika i farmakodinamika* = *Pharmacokinetics and pharmacodynamics*. 2025;(3):21–29. (In Russ). <https://doi.org/10.37489/2587-7836-2025-3-21-29>. EDN: MMTWCX

Received: 28.07.2025. Revision received: 01.09.2025. Accepted: 25.09.2025. Published: 30.09.2025.

Введение / Introduction

Обеспеченность микронутриентами населения земного шара в целом недостаточна. Оценка глобальной распространённости микронутриентных дефицитов показала, что более 5 млрд человек не потребляют достаточного количества йода, витамина Е, кальция; более 4 млрд человек — железа, рибофлавина, фолатов, витамина С и пиридоксина. Треть населения мира потребляет недостаточное количество магния [1]. Длительное применение многих лекарственных препаратов вызывает субклинический дефицит микронутриентов, ухудшает течение заболеваний, прогноз, качество жизни, снижает приверженность пациентов терапии [2]. Например, приём бигуанидов в ходе терапии сахарного диабета вызывает дефицит витаминов В₁₂, В₆, магния и цинка [3].

Магний важен для молекулярных и каталитических процессов, включая перенос энергии и поддержание структуры генома. Повышение обеспеченности населения магнием и витаминами группы В сопоставимо с лекарственной терапией и является одной из важнейших технологий снижения заболеваемости и смертности от хронических заболеваний [4]. Выраженная гипомagneзиемия и дефициты других микронутриентов часто наблюдаются у пациентов при приёме антибиотиков (фторхинолоны, аминогликозиды, макролиды, амфотерицины и др. [5]), иммунодепрессантов (ингибиторов кальциневрина, циклоспорина, FK506), модуляторов EGFR (рецептора эпидермального фактора роста), ингибиторов протонной помпы и диуретиков [6]. Дефицит магния усугубляет гипокалиемию и делает её более резистентной к лечению препаратами калия [7].

Информация о побочных эффектах, включая гипомagneзиемию и дефицит витамина В₆, для большинства лекарств изучена недостаточно. Данная информация представлена в многочисленных (FAERS, SIDER и др.) и не отличается высокой точностью.

Например, в крупнейшей базе данных SIDER, которая содержит данные о 1430 лекарственных средствах, 5880 побочных реакциях на лекарственные средства и 140 064 о парах «лекарство — побочная реакция» [8] было найдено менее 80 препаратов, вызывающих гипомagneзиемию. Эти препараты входят всего в 20 категорий системы АТХ. Всего три препарата перечислены в случае дефицита витамина В₆ (изониазид, пеницилламин, тиопронин). Таким образом, имеющаяся в современных базах данных информация о негативных эффектах воздействия лекарственных препаратов на обмен магния и витамина В₆ не отличается высокой надёжностью.

Применение методов машинного обучения для выявления конкретных биофизических закономерностей, существующих между структурами молекул лекарственных средств и влиянием этих молекул на обмен тех или иных микронутриентов, является альтернативой поискам в базах данных.

В настоящей работе представлены результаты хемореактивного моделирования *in silico* эффектов 2527 лекарств, рубрицированных в АТХ. Математическими методами теории топологического анализа данных и теории анализа размеченных графов [9] проведены: систематический компьютерный анализ баз данных и соответствующей литературы по микронутриент-выводящим эффектам различных лекарств, разработка алгоритмов для прогнозирования магний-выводящих и пиридоксин-выводящих свойств лекарств, хемореактивный скрининг всех зарегистрированных в АТХ лекарственных средств.

Материалы и методы / Materials and Methods

Хемореактивный подход к анализу проблемы «структура молекулы—свойство молекулы» — новейшее направление приложения систем искусственного интеллекта в области постгеномной фармакологии. Фармакологические свойства исследуемых молекул в рамках хемореактивной методологии осуществляются посредством сравнения химической структуры исследуемой молекулы со структурами миллионов других молекул, для которых молекулярно-фармакологические свойства уже были изучены. «Обучение» алгоритмов искусственного интеллекта проводится на основе «больших данных», представленных в базах данных PubChem/PHARMGKB [10], HMDB [11], STRING [12] и др., и осуществляется в рамках топологической теории распознавания с применением многоуровневого контроля качества обучения [13–15].

Топологическая теория распознавания представляет собой развитие алгебраического подхода к задачам распознавания и важна как инструмент исследования признаков описаний объектов [16]. В случае хемореактивного анализа объектами исследования являются *хемографы* (χ -графы) — особые разновидности графа (т. е. математического объекта, являющегося как совокупности множества вершин и множества ребер — связей между вершинами). В рамках топологической теории распознавания для χ -графов вводится v -функция расстояния d_χ , которая отражает «химическое расстояние» между двумя произвольными молекулами [14]. При использовании метрики Хэмминга, функция расстояния между хемографами d_χ над бинарными χ -инвариантами определяется как:

$$d_\chi(X_1, X_2) = \frac{1}{|\chi|} \sum_{k=1}^{|\chi|} \omega_k \hat{i}[k] \hat{\beta}[X_1] \chi \oplus \hat{i}[k] \hat{\beta}[X_2] \chi, \quad (1)$$

где χ — множество элементарных χ -инвариантов (всех возможных фрагментов химических структур); $\hat{i}[k] \chi$ — кортеж-инвариант (список фрагментов структур, применимый к структуре любой молекулы); $\hat{\beta}[X_j]$ — способ вычисления бинарных признаков описаний для хемографа X_j , соответствующих фрагментам молекулярной структуры из множества χ ,

ω_k — вес k -го признака. Приведённое выше выражение, отражающее «химическое расстояние» между двумя произвольными молекулами X_1 и X_2 , является основой хемоинформационного анализа [17].

Расстояние d_χ является настраиваемой метрикой, т. к. содержит произвольно настраиваемые параметры — веса ω_k . Для настройки вектора параметров (ω_k) используются алгоритмы хеометрического анализа, которые подразумевают использование процедуры согласования пар метрик. Одной из метрик является «химическое расстояние» d_χ , а второй — метрика d_Δ , вычисляемая на основе значений Δ_{ij} i -ой биологической активности (например, ингибирование репликации вируса, поддержка роста клеток и др.). Согласование заключается в подборе таких значений весов ω_k , при которых различия между значениями согласуемой пары метрик, d_χ и d_Δ минимально. Задача машинного обучения для согласования метрик формулируется как:

$$\underset{(\omega_k)}{\operatorname{argmin}} \left[L(d_\chi(X_{ij}, X_{ij}), d_\Delta(\Delta_{ij}, \Delta_{ij})) \right], \quad (2)$$

$$i = 1, \dots, N, j = 1, \dots, n,$$

где L — используемая функция потерь (сумма квадратов невязок, стандартное отклонение и т. п.). Соответственно, в результате обучения алгоритма «химическое расстояние» $d_\chi(X_{i1}, X_{i2})$ между парой молекул X_{i1} и X_{i2} соответствует различию в значениях активности Δ_{i1} и Δ_{i2} , отражаемых метрикой $d_\Delta(\Delta_{i1}, \Delta_{i2})$ с точностью до линейного преобразования y_i , [18], т. е.

$$d_\Delta(\Delta_{i1}, \Delta_{i2}) = y_i(d_\chi(X_{i1}, X_{i2})) = a_{\chi \rightarrow \Delta} d_\chi(X_{i1}, X_{i2}) + b_{\chi \rightarrow \Delta}. \quad (3)$$

Данные о k -й биологической активности представимы в виде конечного числа значений $I_k =$; в случае числовой k -й переменной множество I_k линейно упорядочено ($\lambda_{k_{b-1}} \leq \lambda_{k_b} \leq \lambda_{k_{b+1}}$). Поэтому, практически важным частным случаем экспертной метрики является метрика на основе скаляра (в качестве которого выступает прогнозируемая числовая величина). Для такой «одномерной» метрики выполнены все три аксиомы метрики (т. к. они выполнены для любых трёх различных точек на числовой прямой).

В случае такой d_Δ -метрики (3) постановка задачи в форме (2) фактически, эквивалентна аддитивной схеме учёта признаков, т. е. суммирования значений признаков с весами с последующим применением корректирующей операции (функции-корректора). Действительно, пусть нулевой элемент $\{0\}$ входит во все множества I_k , так что можно определить расстояние от нулевого элемента до любого другого элемента множества I_k посредством скалярной экспертной метрики d_e . Тогда критерий (2) может быть переформулирован через расстояния от нулевого элемента $\{0\}$, так что

производится переход от оценки попарных расстояний к суммированию по всем объектам. При этом задача «машинного обучения» формулируется как:

$$\underset{\{\omega_i\}, p}{\operatorname{argmin}} \sum_{m=1}^N |d_\chi((\omega_i), \{0\}, X_m) - T(X_m)|, \quad (4)$$

где $T(X_m)$ — значение прогнозируемой числовой переменной для объекта X_m , взятое из соответствующей обучающей выборки из N объектов.

В целом на *первом этапе* хемореактомного анализа посредством минимизации условий (2, 4) проводится обучение алгоритмов и настройка весов (ω_i) по d_Δ -метрике (3) для вычисления химических расстояний d_χ , вычисляются значения по формуле (1). На *втором этапе*, для исследуемой молекулы X рассчитываются расстояния $d_\chi((\omega_i), \{0\}, X)$, которые в соответствии с (4) являются прогнозами значений исследуемой биологической активности. На *третьем этапе*, строится эмпирическая функция распределения (э.ф.р.) значений оцениваемого свойства. Оценки значений различных свойств вычисляются как математическое ожидание и дисперсия соответствующих э.ф.р. [8, 15].

Выборки данных для обучения алгоритмов хемореактомного анализа лекарств / Data samples for training algorithms for chemoreactome analysis of drugs

Данные по каждому из микронутриентов были собраны на основе информации в базе данных побочных эффектов лекарств (SIDER, FAERS [17]), ресурсов PubChem [10] и HMDB [11]. Наличие/отсутствие эффектов воздействия на тот или иной микронутриент у каждого из лекарств подтверждалось посредством информации, собранной двумя экспертами из литературы. Затем проводилось формирование хемореактомной базы данных, включившей информацию по всем витаминам и микроэлементам. В среднем, по каждому из изученных микронутриентов в базу данных вошла информация по 112 ± 25 действующим началам лекарств.

Разработанные алгоритмы распознавания показали высокую эффективность распознавания молекул, вызывающих потери витаминов и микроэлементов: в среднем по всей выборке данных, аккуратность составила $97,6 \pm 6,5$ % на обучающей выборке и $92,3 \pm 10,4$ % — на контрольной выборке в кросс-валидации. Разработанные алгоритмы распознавания позволяют выявить молекулы и их конкретные структурные фрагменты, которые стимулируют нарушения гомеостаза микроэлементов.

Результаты и обсуждение / Results and discussion

Хемореактомный скрининг позволил вычислить антимикутритные свойства для 2527 молекул. Анализ распределения числа антимикутритных эффектов среди препаратов АТХ показал, что 2428

из 2527 (96 %) проявляли те или иные антимиcronутриентные эффекты. К препаратам, которые не проявляли никаких антимиcronутриентных свойств, относились аминокислоты, микронутриентные препараты, холиновые препараты.

Если считать категории АТХ разных уровней (например, J01 — системные антибактериальные препараты; J01M — хинолоны; J01MA — фторхинолоны; J01MA03 — пefлоксацин), то в АТХ представлено 4105 категорий. По результатам хемореактомного анализа, из препаратов в 4105 категориях негативно на обмен микронутриентов влияли 580. Числа конкретных действующих начал препаратов из АТХ, негативно влияющих на обмен микронутриентов, найденные в результате хемореактомного скрининга (рис. 1) показывают, что дефицит витамина B₆ был вторым по числу негативно влияющих препаратов (1701 препарат из 2527 изученных препаратов из АТХ, т. е. 68 %). Дефицит магния стоял на 9-ом месте (1064, 42 % препаратов).

Препараты, негативно воздействующие на обмен магния / Medications that negatively affect magnesium metabolism

Среди категорий препаратов по АТХ, негативно воздействующих на обмен магния, наиболее представлены препараты из категории «J01 — антибактериальные препараты для системного применения» ($n = 150$), включая тетрациклины, бета-лактамы антибактериальные препараты и пенициллины, макролиды, линкозамиды и стрептограммины, хинолоны (19 препаратов, из них 15 фторхинолонов). Противовирусные препараты (J05A, особенно из категории J05AE — ингибиторы протеазы), противоинфекционные средства (S01A, $n = 14$) и противопрозоидные средства (P01, $n = 13$) также способствуют выведению магния.

Второй по представленности среди магний-выводящих препаратов является категория «L01 — противоопухолевые средства» ($n = 60$). При этом магний-выводящие препараты распределены между подкатегориями категории L01 достаточно равномерно, с некоторым преобладанием цитотоксических антибиотиков (14 препаратов). Все диуретики (категория АТХ C03) способствуют выведению магния. Высокая представленность среди магний-выводящих препаратов тех, что зарегистрированы в категории «G03 — половые гормоны» ($n = 45$), гормоны гипофиза и гипоталамуса и их аналоги (H01), глюкокортикоиды (H02AB).

Менее ожидаемым результатом настоящего исследования является частая встречаемость среди магний-выводящих препаратов лекарств категорий N05 — психолептики ($n = 44$, прежде всего, N05A — антипсихотики — 35 препаратов) и N06 — психоаналептики ($n = 24$, прежде всего, N06A — антидепрессанты, $n = 15$). Нахождение среди магний-выводящих препаратов значительного количества психолептиков может являться одним из возможных объяснений сверхнизких уровней магния в эритроцитах пациентов с нервно-психическими расстройствами [19].

Среди магний-выводящих препаратов могут присутствовать различные группы повсеместно применяемых противовоспалительных препаратов: M01A — противовоспалительные и противоревматические средства, нестероидные препараты ($n = 21$), R06A — антигистаминные препараты для системного применения ($n = 17$) и A02B — препараты для лечения язвенной болезни и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ($n = 17$). Таким образом, сопровождение противовоспалительной терапии препаратами магния профилактует формирование гипомagneзмии в соответствующих группах риска.

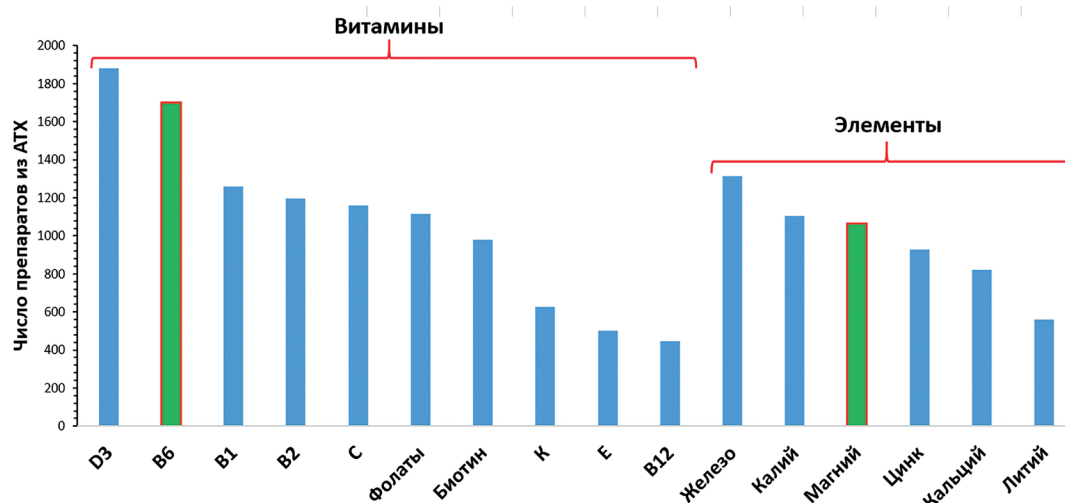


Рис. 1. Числа препаратов из АТХ, вызывающих соответствующие микронутриентные дефициты

Fig. 1. Numbers of drugs from the ATC that cause corresponding micronutrient deficiencies

Кроме того, хемореактомный анализ указал на антимагниевого свойства препаратов категорий «M03 — миорелаксанты» ($n = 13$), «V08A — рентгеноконтрастные вещества, йодированные» ($n = 14$), «A10B — препараты, снижающие уровень глюкозы в крови, за исключением инсулинов» ($n = 18$), «C09 — средства, действующие на ренин-ангиотензиновую систему» ($n = 18$, и, прежде всего, «C09AA — ингибиторы АПФ» — 13 препаратов), «N02 — анальгетики» ($n = 25$) и «N03A — противоэпилептические средства» ($n = 14$). Приём препаратов этих категорий также следует сопровождать коррекцией дефицита магния.

Препараты, негативно воздействующие на обмен пиридоксина / Medications that negatively affect pyridoxine metabolism

Среди препаратов, вызывающих потери пиридоксина, часто встречались антибиотики (J01, $n = 89$), противогрибковые препараты (D01, $n = 25$), противопротозойные средства (P01, $n = 28$). В то же время средства, направленные на терапию заболеваний нервной системы (категория «N» по АТХ), лидировали среди пиридоксин-выводящих препаратов. К этим средствам относятся препараты групп «N05 — психолептики» ($n = 139$, наиболее многочисленная группа B_6 -выводящих психоневрологических препаратов), «N06 — психоаналептики» ($n = 83$), «N02 — анальгетики» ($n = 53$), «N07 — другие препараты для нервной системы» ($n = 26$), «N01 — анестетики» ($n = 25$), «N04 — препараты от болезни Паркинсона» ($n = 25$) и также миорелаксанты (M03, $n = 27$). Кофеин (группа N06BC01) является классическим примером магний-выводящего препарата.

На обмен пиридоксина негативно влияли также препараты из групп «L01 — противоопухолевые средства» ($n = 71$), «G03 — половые гормоны и модуляторы половой системы» ($n = 51$), «M01 — противовоспалительные и противоревматические средства» ($n = 43$), «C03 — диуретики» ($n = 34$), «V08 — контрастные средства» ($n = 32$). Также следует упомянуть препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей (R03, $n = 25$), препараты от кашля и простуды (R05, $n = 38$) и антигипертензивные средства (C02, $n = 28$).

Анализ категорий препаратов АТХ, которые неблагоприятно воздействуют одновременно на гомеостаз и магния, и витамина B_6 (рис. 2) указывает на группы препаратов, приём которых должен обязательно сопровождаться препаратами магния и пиридоксина. К этим препаратам относятся, прежде всего, антибиотики для системного применения (J01) и препараты из групп «N05 — психолептики» и «N06 — психоаналептики», «L01 — противоопухолевые средства», «G03 — половые гормоны и модуляторы половой системы», «N02 — анальгетики», «N06A — антидепрессанты» и, конечно же, «C03 — диуретики». Напомним, что цисплатина (АТХ код L01XA01) характеризуется выраженным «антимагниевого» действием.

Интересно также отметить установленные в результате настоящего анализа «антимагниевого» и «антипиридоксина» свойства таких достаточно «неожиданных» групп препаратов, как «A03 — препараты для лечения функциональных нарушений ЖКТ», «R06A — антигистаминные препараты для системного применения», «M01 — противовоспалительные и противоревматические средства», «J05A — противовирусные препараты прямого действия»

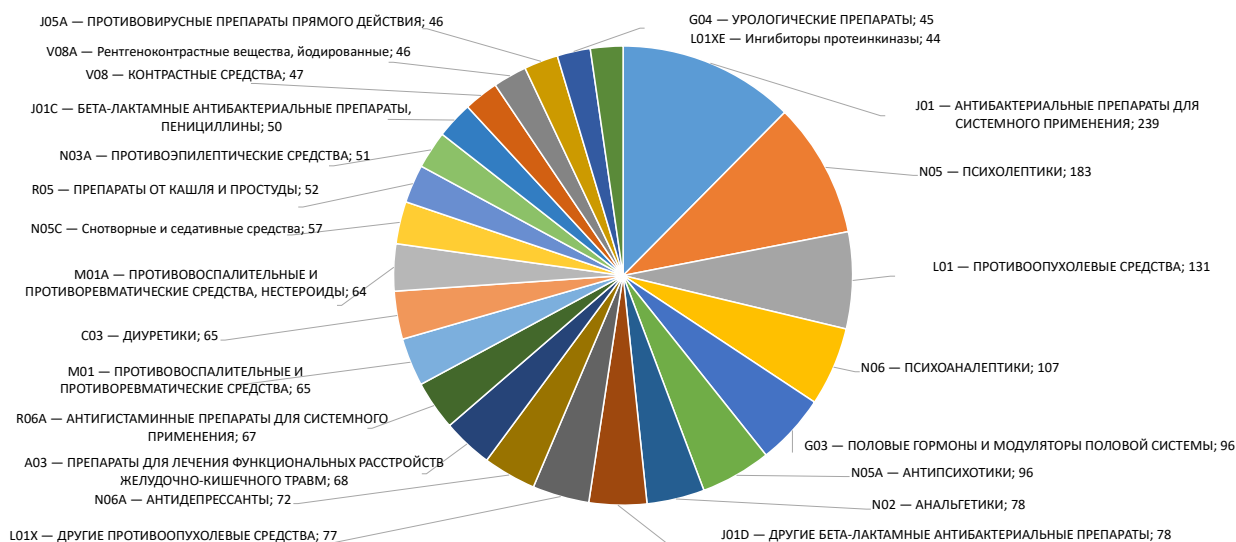


Рис. 2. Наиболее часто встречающиеся категории препаратов АТХ, негативно влияющих и на обмен магния, и на обмен витамина B_6

Fig. 2. The most common categories of АТХ drugs that negatively affect both magnesium metabolism and vitamin B_6 metabolism

Примечание: Представлены категории различных уровней АТХ (2–4)
Note: Categories of different АТХ levels are presented (2–4)

и «N03A — противоэпилептические средства». Отметим, что эпилепсия действительно сопровождается глубокими нарушениями обмена магния, что может быть связано именно с приёмом антиэпилептических препаратов [17]. Рассмотрим результаты хемореактивного анализа в сопоставлении с имеющимися данными экспериментальных и клинических исследований конкретных групп препаратов.

О ятрогенных дефицитах магния и пиридоксина в контексте результатов крупномасштабного скрининга магниевого статуса россиян / On iatrogenic deficiencies of magnesium and pyridoxine in the context of the results of large-scale screening of the magnesium status of Russians

Нами было осуществлено крупномасштабное скрининговое исследование распространённости дефицитов магния и пиридоксина у россиян 18–90 лет в условиях стационара ($n = 2000$) [20], включая лиц с сердечно-сосудистой, гастроэнтерологической, гематологической, неврологической, нефрологической, урологической, пульмонологической, дерматологической, гинекологической и эндокринологической патологиями и также здоровых участников без известных патологий ($n = 500$). В группе здоровых лиц, проходивших диспансеризацию, средний уровень магния в плазме крови (ПК) составил $0,92 \pm 0,07$ ммоль/л (95 % ДИ $0,82–0,96$). В то же время даже при наличии одного диагноза уровни магния в ПК были значительно снижены ($0,86 \pm 0,19$ ммоль/л), а при наличии двух и более диагнозов средние уровни магния в ПК были ниже $0,8$ ммоль/л. Дефицит магния установлен у 49 % пациентов, а дефицит пиридоксина — у 53 % пациентов. Комплексный анализ показал, что сниженные уровни магния в ПК соответствуют достоверному повышению риска ожирения, сахарного диабета, судорог, бессонницы, острой реакции на стресс, ишемического инсульта, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и многих других патологий. Пациенты, госпитализированные в стационар, получают сочетанную фармакотерапию (антибиотики, диуретики, антидиабетические, нестероидные средства и др.), создающую условия для формирования ятрогенных дефицитов магния и пиридоксина [20]. Подтверждённая в работе [20] распространённость дефицитов магния и пиридоксина, ассоциированная с многочисленными хроническими заболеваниями, указывает на принципиальную важность применения лекарственных препаратов на основе органических солей магния в сочетании с пиридоксином.

Дефициты магния и пиридоксина, возникающие в результате антибиотикотерапии / Magnesium and pyridoxine deficiencies resulting from antibiotic therapy

Антибиотикотерапия вызывает сильнейшие потери магния организмом, что обуславливает необходимость назначения магниевых препаратов. Антибиотики проявляют нефротоксичные и кардиотоксичные свой-

ства, которые обусловлены потерями магния. Так, гипомагниемия и нефротоксичность стимулируются приёмом аминогликозидов [21], фторхинолоны повышают риск фатальной аритмии «пируэт» (torsades de pointes) [22]; макролиды усугубляют гипокалиемию, гипомагниемия, брадикардию и удлинение QT на ЭКГ. В эксперименте эффекты аминогликозидов на экскрецию кальция и магния были сопоставимы для гентамицина, неомицина и тобрамицина. Терапия гентамицином ассоциирована с симптоматическими гипомагниемией, гипокальциемией и гипокалиемией [23]. Клиническая практика многократно подтвердила то, что аминогликозиды отрицательно влияют на почечный гомеостаз магния [24, 25].

Одним из тяжёлых последствий терапии фторхинолонами является разрушение структуры соединительной ткани, особенно у пациентов с низкой обеспеченностью магнием [26].

Дефицит магния при приёме диуретиков / Magnesium deficiency when taking diuretics

Снижая объём циркулирующей крови диуретики приводят к салиурезу, что предполагает не только потери натрия, но и других электролитов [24]. В сочетанной терапии с антигипертензивными средствами диуретики вызывают электролитный и кислотно-щелочной дисбаланс организма, ассоциированный с сердечно-сосудистым риском и смертностью [27]. В работе [28] рассмотрены магниевыводящие эффекты основных классов диуретиков (петлевые, тиазидные, калийсберегающие и др.) и их взаимосвязь с развитием нежелательных последствий терапии диуретиками. Показана перспективность использования препаратов магния для компенсации гипомагниемии, гипокалиемии и других негативных эффектов диуретикотерапии. Наиболее агрессивными по отношению к магнию являются петлевые и тиазидные диуретики, особенно в сочетании с магниевыводящими антибиотиками (аминогликозиды, фторхинолоны, амфотерицины, макролиды) [29].

Антимагнелические и антипиридокселические свойства эстроген-содержащих препаратов / Antimagnetic and antipyridoxine properties of estrogen-containing drugs

Приём эстроген-содержащих препаратов связан с повышенным риском тромбоэмболических заболеваний, рака груди и смертности [30]. При прохождении печёночного метаболизма, эстрогены из принимаемого внутрь препарата активируют, в частности, экспрессию ряда факторов свертывания крови. В результате повышается склонность пациентов к тромбообразованию. Проведённое в Дании ретроспективное исследование случай–контроль группы 794 женщин в возрасте 15–44 лет, перенёвших церебральное тромбоэмболическое событие, и 1198 участниц в группе контроля указало на взаимосвязь между цереброваскулярной патологией и приёмом эстроген-содержащих препаратов [31].

Крупномасштабное популяционное исследование «Национальное обследование здоровья и питания, 2003–2004» (NHANES, англ. National Health and Nutrition Examination Survey, 2003–2004) включило 6165 участников и показало, что пиридоксаль-5-фосфат (П5Ф) плазмы достоверно зависит от использования эстроген-содержащих контрацептивов. У большинства принимавших оральные контрацептивы пациенток уровни П5Ф были ниже нижней границы нормы (т. е. <20 нмоль/л). Группу риска дефицита витамина образовали участники с диетарным потреблением витамина B_6 менее 2 мг/сут (менее 3 мг/сут у курильщиков), пожилые и прежде всего участницы, использующие или использовавшие пероральные контрацептивы. Диетарное потребление витамина B_6 (рис. 3) в количествах от 3 до 4,9 мг/сут, по сравнению с потреблением <2 мг/сут, было связано со значимым протективным эффектом от низких уровней П5Ф даже при использовании противозачаточных эстроген-содержащих средств [32].

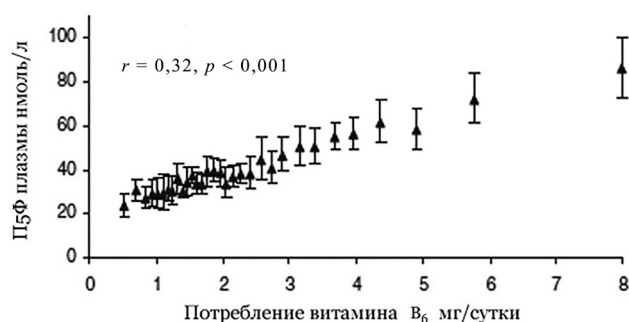


Рис. 3. Корреляция между уровнями пиридоксаль-5-фосфата плазмы (П5Ф) и оценкой диетарного потребления витамина B_6 по опроснику диеты NHANES ($n = 6165$)

Fig. 3. Correlation between plasma pyridoxal-5-phosphate (П5Ф) levels and estimated dietary vitamin B_6 intake from the NHANES dietary questionnaire ($n = 6165$)

Примечание: Точки обозначают среднеквадратичные значения для 32 изученных категорий пациентов, каждая из которых включила 3,2 % ($n = 200$) участников (адаптировано с [32]).

Note: Dots represent standard deviations for the 32 patient categories studied, each comprising 3.2 % ($n = 200$) of the participants. (Adapted from [32]).

Компенсация ятрогенных микронутриентных дефицитов не всегда может быть эффективна при использовании тех или иных специальных диет. Продукты питания могут содержать такие компоненты, как фитиновая кислота, щавелевая кислота или кальций, затрудняющие всасывание магния [33]. Поэтому, для компенсации ятрогенных микронутриентных дефицитов следует использовать формы микронутриентов с высокой биодоступностью (органические

соли микроэлементов, биоактивные формы витаминов). Например, исследование 48 пациенток с предменструальным синдромом показало значительное уменьшение клинических проявлений ПМС после курса терапии Магне B_6 . Основными жалобами пациенток были раздражительность (89 %), масталгия и мастодиния (83 %), депрессия (47 %), которые достоверно и клинически значимо уменьшались после курса терапии [34].

Заключение / Conclusion

Современная фармакотерапия зачастую отличается «агрессивностью» (в смысле преобладания побочных эффектов над полезным действием) при долговременном приёме, при приёме пожилыми пациентами, пациентами с заболеваниями почек, печени и др. Одним из побочных эффектов фармакотерапии является «агрессия» по отношению к микронутриентам, особенно актуальная потому, что диетический и нутрициальный статус пациента, как правило, упускается из виду.

Оценки антимикронутриентного действия препаратов для 2527 лекарственных средств из АТХ были получены в настоящей работе с использованием математических методов теории топологического анализа данных и теории анализа размеченных графов. Выявлены препараты из АТХ, потенциально способствующие усиленному выведению магния, пиридоксина и других микронутриентов. Пиридоксин является одним из микронутриентов, наиболее часто выводимым в результате фармакотерапии (на втором месте). Неблагоприятно на гомеостаз и магния, и пиридоксина воздействуют антибиотики для системного применения (J01), препараты из групп «N05 — психолептики» и «N06 — психоаналептики», «L01 — противоопухолевые средства», «G03 — половые гормоны и модуляторы половой системы», «N02 — анальгетики», «N06A — антидепрессанты», «C03 — диуретики», «R06A — антигистаминные препараты для системного применения», «M01 — противовоспалительные и противоревматические средства», «J05A — противовирусные препараты прямого действия» и «N03A — противоэпилептические средства».

Результаты хемореактивного скрининга позволяют обоснованно рекомендовать сопровождение такой фармакотерапии препаратами на основе органических солей магния и пиридоксина. При планировании фармакотерапии следует обязательно учитывать магний и пиридоксин-выводящие свойства назначаемых препаратов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Участие авторов

Все авторы приняли равнозначное участие в написании статьи.

Финансирование

Работа выполнена без спонсорской поддержки.

ADDITIONAL INFORMATION

Conflict of interests

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest, which must be reported in connection with the publication of this article.

Authors' participation

All authors contributed equally to this work.

Funding

The work was carried out without sponsorship.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Торшин Иван Юрьевич — к. ф-м. н., к. х. н., в. н. с. ФИЦ ИУ РАН, Москва, Российская Федерация
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2659-7998>
РИНЦ SPIN-код: 1375-1114

Калачева Алла Геннадьевна — к. м. н., доцент кафедры фармакологии ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, Иваново, Российская Федерация
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6144-5781>

Громова Ольга Алексеевна — профессор кафедры фармакологии ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, Иваново, Российская Федерация; д. м. н., профессор, в. н. с. ФИЦ ИУ РАН, Москва, Российская Федерация
Автор ответственный за переписку
e-mail: unesco.gromova@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7663-710X>
РИНЦ SPIN-код: 6317-9833

Рогозин Михаил Александрович — аспирант кафедры фармакологии ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, Иваново, Российская Федерация
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-2744-4268>

Ivan Yu. Torshin — PhD, Cand. Sci. (Physics and Mathematics), Cand. Sci. (Chemistry), Leading researcher FRC CSC RAS, Moscow, Russian Federation
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2659-7998>
RSCI SPIN code: 1375-1114

Alla G. Kalacheva — PhD, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Pharmacology of the FSBEI HE «Ivanovo SMU» of MOH of Russia, Ivanovo, Russian Federation
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6144-5781>

Olga A. Gromova — Professor of the Department of Pharmacology FSBEI HE «Ivanovo SMU» of MOH of Russia, Ivanovo, Russian Federation; PhD, Dr. Sci. (Med.), Professor, Leading researcher FRC CSC RAS, Moscow, Russian Federation
Corresponding autor
e-mail: unesco.gromova@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7663-710X>
RSCI SPIN code: 6317-9833

Mikhail A. Rogozin — Postgraduate student of the Department of Pharmacology of the FSBEI HE «Ivanovo SMU» of MOH of Russia, Ivanovo, Russian Federation
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-2744-4268>

