

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА
З ПОЗИЦІЇ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ.
РОЛЬ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА У СУЧАСНИХ
УМОВАХ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ**

SOME ASPECTS OF RATIONAL USE OF PROBIOTICS **АСПЕКТЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ**

Misyureva V.A., PhD. Filimonova N.I.
National Pharmaceutical University

At present time contagious disease hold one of the leading positions in the structure of illness and death rates in all countries around the globe. Over 50% of patients who turn for help to different experts are subscribed for antibacterial medications treatment. This in turn determines the need for elaborating an adequate up-to-date antibiotic therapy.

In line with vaccination, hygiene and sanitation attainments antibiotic cultivation became an important factor for stimulating increase of lifespan. In contemporary practice antibacterial medication is widely applied in clinical practice of contagious pathology conditions treatment. However this kind of treatment (applying antibacterial medication) can result in malfunction of composition of intestinal microflora and deployment of antibiotic-associated intestinal dysbacteriosis. It has been proven by a number of clinical studies that dysbacteriosis may cause anemia, allergy, eczema, bronchial asthma; lead to renal failure and hepatic encephalopathy; result in depression and sometimes psychic and mental disorders.

Prevention and improvement of antibiotic-associated intestinal dysbacteriosis becomes a rigorous challenge, especially in the cases when antibacterial therapy has to be prolonged. Today, prophylaxis and treatment of antibiotic-associated intestinal dysbacteriosis is performed with the help of probiotics and their various combinations with prebiotics and adsorbents.

The objective of our research was to reveal some typical errors in subscribing probiotics for treatment of antibiotic-associated intestinal dysbacteriosis.

As a conclusion of performed studies were worked out some recommendations on improvement of pharmacotherapy of antibiotic-associated intestinal dysbacteriosis:

The choice of probiotic medication needs to draw upon antibiotic-resistant microorganisms which form it's structure;

The praxis of probiotic precautional treatment should be increased tacking into account the influence of antibiotics on the characteristics of intestinal microflora;

The duration of prophylactic course of probiotic therapy should be three times longer than the antibiotic treatment course and not less;

The proposed combination of probiotic and prebiotic treatment is advised after the end of antibiotic therapy when there are signs of intestinal dysbacteriosis present.

THE ASPECTS OF PHARMACEUTICAL CARE IN THE THE SYSTEM OF THE POSTGRADUTION PHARMACEUTICAL EDUCATION

Piminov A.F., Shulga L.I., Rolik S.N., Tovchiga O.V.

National University of Pharmacy,

Institute of the Professional Skills Improvement in the Field of Pharmacy

At the present stage of development of public health service the role of responsible self-care and self-medication increases appropriately. Therefore, the aspects of pharmaceutical care are especially actual for the specialists in pharmacy, working in the pharmacy network and in the health care establishments, who take courses in the postgraduation educational system.

By the method of interviewing, the interest of the practical pharmacy specialists in the extending of knowledge and the improvement of practical skills in the field of pharmaceutical care had been confirmed.

The academic plan of subjects for the contingent of specialists taking courses in the internship by speciality "General Pharmacy" presupposes elucidation of the modern conception of the pharmaceutical care and also the consideration of the aspects of the pharmaceutical care during the teaching of clinical pharmacology.

More practical and seminar classes are envisaged by the plan for the interns by speciality "Clinical Pharmacy". The specialists taking preattestation and thematic courses are also get acquainted with the modern state of the pharmaceutical care as the component of their professional activity.

In accordance with the Bologna Process requirements the subjects are systematized and combined within the credits. The aspects of the pharmaceutical care are distributed as follows: the modern conception of the pharmaceutical care; the pharmaceutical care in the chemist's during the delivery of OTC-preparations for the symptomatic treatment of cold, pain syndrome, dyspepsia, diarrhoea, constipation, cough, coryza, blackheads; the organization of the pharmaceutical care in the chemist's during the delivery of the preparations prescribed by doctors for the patients with the pathology of the respiratory system, cardio-vascular system, digestive system, excretory organs, patients who endured surgical interventions, oncological patients; the pharmaceutical care of the patients in hospitals; as well as the pharmaceutical care of doctors working in different health care establishments.

The peculiarities of the pharmaceutical care of the patients of the different age groups such as newborns, children, juveniles, geriatric patients as well as women during the pregnancy and lactation are also elucidated.

The specialists taking courses in the institute also get modern information about the changes in legislative acts in the field of pharmaceutical care. The special consideration is given for the aspects of the compliance and the means of its improvement as the important component of the professional activity.

The methodical recommendations, the visual methods and the multimedia accompaniment have been worked out. The practical situations are discussed using the training system and test tasks.

Prompt development of pharmacy demands constant knowledge and practical skills improvement from the specialists, in the first instance in the field of pharmaceutical care.

The above-stated emphasizes the necessity of the further improvement of the credits concerning the pharmaceutical care.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ОПЕКА ПРИ СИНДРОМЕ СУХОГО ГЛАЗА

Безуглая Н.П., Сахарова Т.С., Мисюрева С.В.
Национальный фармацевтический университет

Согласно современным представлениям синдром "сухого глаза" (ССГ) – это заболевание, вызываемое разными причинами, в основе которого лежит нарушение смачивания поверхности глаза. По данным российских исследователей, ССГ страдают до 12% больных офтальмологического профиля в возрасте до 40 лет и свыше 67% пациентов старше 50 лет. В последнее время число пациентов с ССГ значительно возросло, что связано с массовой компьютеризацией, загрязненностью воздуха химическими веществами, выхлопными газами, в особенности это касается больших городов. Наиболее частой причиной ССГ является климактерический синдром (28 %), патология, связанная с последствиями кератитов и дистрофий роговицы (16 %), мониторный синдром (12 %), изменения слезопродукции вследствие приема лекарственных препаратов (клонидин, резерпин, циклодол, нитразепам) – 7 % и т.д. Кроме того, существует множество факторов внешней среды, которые обуславливают нарушение стабильности слезной пленки. К ним относятся: сухой климат, ветер, высокая температура воздуха, городской смог, пыль, грязь, табачный дым, токсические выбросы в атмосферу, аэрозоли моющих средств, кондиционеры, центральная вентиляция, электромагнитное излучение от мониторов компьютерных систем, применение контактных линз (неправильный подбор, нарушение правил ношения и ухода за ними).

ССГ характеризуется следующими проявлениями: жалобы на ощущение «песка в глазу», жжение, светобоязнь, гиперемия и отек конъюнктивы, появление конъюнктивального отделяемого в виде слизистых нитей, болевая реакция на инстилляцию глазных капель. Роговица теряет свой естественный блеск, глянец и становится тусклой.

Нарушение продукции слезы можно компенсировать, но излечить нельзя. Терапия ССГ должна быть комплексной. Она включает использование как консервативных, так и оперативных методов, но основным направлением в местной терапии является применение средств, действие которых должно способствовать восстановлению слезной пленки. На сегодня на фармацевтическом рынке появился ряд препаратов так называемой «искусственной слезы», которые образуют на поверхности глаза пленку, включающую в себя и элементы натуральной слезы, обладающих различиями (иногда – существенными) компонентного состава. Эти препараты представлены как в виде капель, так и в форме геля.

Одна из основных рекомендаций по немедикаментозному лечению ССГ – исключение причины его возникновения (по возможности), то есть в особенности касательно длительного нахождения на холодном воздухе, в прокуренных помещениях, на ветру, перед экраном монитора и т.д. Если же в силу объективных причин это невозможно, или же ССГ вызван какими-либо другими факторами, то следует помнить некоторые основные рекомендации: пить по 8-10 стаканов жидкости в день (при отсутствии противопоказаний), включать в свой рацион продукты, богатые витаминами А и В2, что улучшает «питание» слизистых оболочек и кожи, сознательно стараться чаще моргать, особенно при чтении или просмотре телевизора, при чтении через каждые 20 мин работы делать 5-мин перерывы, сидеть с закрытыми глазами или смотреть вдаль, не напрягая зрения, не тереть глаза – это только усиливает раздражение, если же при синдроме сухих глаз необходимо носить контактные линзы, то не носить их хотя бы постоянно, а только когда это особенно необходимо, избегать сквозняков, не сидеть рядом с отопительными устройствами, отказаться от курения, защищать глаза от солнца – носить качественные солнцезащитные очки; следует отметить, что для лечения ССГ полезно

умеренное обогащение рациона ω 3-жирными кислотами, которые содержатся в жирных сортах рыбы. Эти полезные вещества так же содержатся грецких орехах, сое и семечках тыквы.

Отдельно следует выделить рекомендации по профилактике возникновения ССГ у людей, чья деятельность непосредственно связана с работой на персональном компьютере или с видеомонитором.

Можно выделить следующие рекомендации для данной категории пациентов. Для уменьшения признаков синдрома «сухого глаза» при работе на компьютере, следует, прежде всего, обеспечить правильные условия работы: правильно установить экран монитора (центр на 10-20 см ниже глаз пользователя); выбрать правильное расстояние до экрана монитора (не менее 30 см). Рекомендуется делать перерывы в работе за компьютером – несколько коротких перерывов на каждый час работы, при этом переводить взгляд на предметы, расположенные на разных расстояниях от пациента: на часы, цветы, улицу за окном или же делать через каждый час большой перерыв – на 15 мин. Кроме того, пользователям компьютера следует напоминать о необходимости более часто мигать при первых признаках сухости глаз. Следует так же время от времени закрыть глаза и сделать ими круговые (вращательные) движения. Важно соблюдение правил для детей и подростков, когда формирование рефракции еще не сложилось и чрезмерная нагрузка может приводить к развитию близорукости. Кроме всего прочего, для дополнительной защиты глаз от компьютерного излучения, возможно использование очков со специальными линзами, защищающими глаза пользователя. Такие очки направлены на повышение зрительных функций, уменьшение зрительных нагрузок и защите глаз от избыточной световой радиации. Расположите свой компьютер так, чтобы окна в офисе находились сбоку от монитора, а не позади или перед ним. Настольную лампу нужно отрегулировать так, чтобы она не светила вам в глаза и чтобы свет от нее не падал на экран монитора. Отрегулируйте жалюзи в офисе так, чтобы солнечный свет не падал на экран монитора. Отключите лампы на потолке, которые светят слишком ярко. Если вам не хватает света после этого, перейдите на использование менее мощных ламп накаливания. Лампы дневного света своим мерцанием могут вызывать раздражение глаз; если это действительно раздражает вас, перейдите на использование обычных ламп накаливания. При подборе светового режима на рабочем месте необходимо учитывать, что у людей после 40 лет возникают возрастные изменения в зрительной системе. Все это требует усиления яркости экрана и дополнительной освещенности рабочего места.

НАПРЯМКИ ДІЯЛЬНОСТІ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА В СУЧАСНИХ УМОВАХ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ

Бобрук В.П., Благун О.Д., Сергєєв С.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Процес відпуску ліків сам по собі не має майбутнього, оскільки може здійснюватися за допомогою інтернету, автоматичних пристроїв. Провізор, як спеціаліст з академічною освітою, мусить вийти із-за прилавку та почати приносити людям користь, надаючи їм допомогу не лише таблетками. Ця задача в майбутньому стоїть і перед клінічним провізором (КП).

Основними задачами клінічного провізора сьогодні є клінічна апробація лікарських засобів, дослідження біоеквівалентності, підбір найбільш ефективних і найменш токсичних комбінацій лікарських засобів (ЛЗ), прогноз можливих ускладнень, забезпечення фармацевтичної опіки при відпуску ЛЗ з аптеки, ведення фармацевтичної документації, пов'язаної з призначенням препаратів.

Діяльність клінічного провізора, сучасна підготовка якого поєднує як профільні клінічні, так і фармацевтичні дисципліни, спрямована на надання медичної допомоги на первинному рівні – лікаря загальної практики (сімейного лікаря) та стаціонарів різного профілю. Цьому сприятимуть також його унікальні навички професійної комунікації з провізором, лікарем та хворими щодо надання інформації про раціональне використання ЛЗ. Тобто, він здатний забезпечувати багатовекторну фармацевтичну опіку на мікро- та макрорівнях. Саме на цьому рівні моніторинг фармакотерапії та його оптимізація найбільш необхідні для хворого.

Таке тісне співробітництво на рівні лікар – клінічний провізор – провізор на сьогодні становить життєву необхідність. Саме від їх узгодженої гармонізованої діяльності залежить успіх фармакотерапії, яка проводиться хворому, та її комплаєнтність.

В той же час його професійні навички та знання, як найбільш підготовленого для проведення фармацевтичної опіки спеціаліста, у практичній фармації та медицині використовуються не в повній мірі.

Саме клінічний провізор повинен об'єднати індивідуальний досвід лікаря з результатами кращих наукових досліджень щодо оцінки ефективності нових ЛЗ. Адже лавиноподібне збільшення кількості клінічних випробувань, результати яких нерідко виявляються неоднозначними, а іноді й прямо протилежними, відслідковувати лікар-практик не в змозі.

Критерієм інформативності в разі відбору серед результатів досліджень стають принципи доказової медицини, яка дає можливість не тільки досягати успіху в клінічній практиці, а й раціонально використовувати завжди обмежені ресурси охорони здоров'я за рахунок відмови від застосування нових високовартісних технологій з недоведеною ефективністю.

Тому широке впровадження принципів доказової медицини повинно лежати в основі підготовки КП.

Ще одним важливим аспектом сьогодення у діяльності КП є здійснення співпраці між організаціями, що беруть участь у виробництві, закупівлі та дистрибуції ЛЗ.

У сучасних умовах досягла вершин втрата зв'язку лікаря і провізора. Саме клінічний провізор може стати тією ланкою, яка їх поєднає.

Донедавна такий зв'язок здійснював фахівець аптеки на посаді провізора-інформатора. Клінічний провізор може забезпечувати декілька напрямків діяльності аптеки: по-перше, займатися формуванням аптечного асортименту та інформуванням про нього пра-

цівників аптеки, вивченням ринку ЛЗ, медичної техніки, товарів аптечного асортименту, співпрацею з лікарями; по-друге, питаннями реклами фармацевтичних організацій, спілкуванням з медичними представниками, нарешті – організацією довідково-інформаційного центру, здійснювати інформацію про ЛЗ.

Всі ці напрямки діяльності потребують глибоких знань загальної і клінічної фармакології, фармакотерапії, клінічних дисциплін, якими і володіє клінічний провізор. Загалом, робота клінічного провізора в зазначених напрямках, могла б підняти рівень лікарського забезпечення населення, повернути втрачений зв'язок аптеки і лікувально-профілактичного закладу, підняти авторитет аптеки.

Не в повній мірі на сьогодні розкриті можливості КП у якості медичного представника, яким на фармацевтичному ринку України, як правило, виступають лікарі та провізори. Водночас, підготовка клінічного провізора дозволяє здійснювати цю роботу більш кваліфіковано. Отже, з впевненістю можна констатувати, що найбільш бажаним кандидатом на цю посаду буде КП.

У зв'язку із розвитком страхової медицини в країні, КП може реалізуватися в якості експерта в системі страхових відношень із залученням виписування рецептів в електронній формі, які будуть покриватися страховими виплатами, а також приймати участь у розробці і впровадженні формулярної системи.

Зараз набуває нового розвитку одна з форм організації праці з медичного обслуговування споживачів – доставка ліків додому, на роботу, у лікарняну палату, якій передують процес замовлення ліків. Він здійснюється, в тому числі, телефоном або інтернетом. Клінічний провізор може здійснювати прийом замовлень.

Отже, клінічний провізор – спеціаліст нової генерації, затребуваність якого буде з часом лише зростати.

РАЦІОНАЛЬНИЙ ВИБІР БЕЗПЕЧНИХ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПЕВНИХ СИНДРОМІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ПРИ ВАГІТНОСТІ – ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

Бокшан Є.В., Маланяк М.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ), зокрема, хронічна печія та закрепи, дисбактеріоз – одні із найрозповсюджених гастроентерологічних проблем при вагітності. До 85% вагітних у II та III триместрі вагітності потерпають від печії і до 50% від закрепів. Зазначені патології значно знижують якість життя вагітних і нерідко створюють реальну загрозу здоров'ю матері та дитини. Широкий арсенал лікарських засобів (ЛЗ) безрецептурного відпуску для лікування цих патологій та часті звернення в аптеку вагітних із зазначеними проблемами зумовлюють необхідність активної участі провізора аптеки у забезпеченні ефективної та безпечної фармакоterapiї (ФТ) вагітних.

Клініко-фармакологічний аналіз певних груп ЛЗ за профілем безпеки засвідчив, що з групи антацидів найбільш безпечними для вагітних є невсмоктувані антациди, що містять кальцію карбонат, магнію гідроксид або магнію карбонат. Ці засоби мають високу ефективність і незначні побічні ефекти, що запобігає виникненню ризику для матері і плоду. Тому, ЛЗ першого вибору для вагітних є Ренні, який містить у збалансованому співвідношенні карбонати кальцію (680 мг) та магнію (80 мг), що усуває можливість діареї або закрепів та Гавіскон® на основі альгінової кислоти. Не рекомендовано застосування вагітними алюмінійвмісних антацидів. Всмоктування алюмінію підвищує ризик пошкодження кісток (остеопороз), головного мозку (енцефалопатії), змін крові тощо. Залежно від складу їжі та напоїв всмоктуваність алюмінію коливається від 0,001 до 24 %. Посилюють всмоктування алюмінію і накопичення його у тканинах лимонна кислота та інші органічні кислоти, фруктові та томатний сік, кава, етанол, вино. Алюміній також гальмує моторику ШКТ і сприяє розвитку закрепів.

Застосування традиційних проносних ЛЗ при вагітності обмежена. Не можна вживати ЛЗ подразнювальної дії, такі, що стимулюють перистальтику кишечника, викликають звикання, гіперосмотичні ЛЗ. Препаратами першого вибору для лікування закрепів у вагітних є засоби на основі лактулози (Дуфалак, Нормазе), ізоосмотичний послаблювальний засіб Транзипег, діючим компонентом якого є поліетиленгліколь з мол. масою 3350 в поєднанні з електrolітами, що забезпечує підтримання електrolітного балансу організму при тривалому застосуванні та Форлакс (макрогол 4000). Безпечність макроголів для вагітних підтверджена рандомізованими контрольованими дослідженнями за принципами доказової медицини зі ступенем доказовості В.

У комплексній ФТ гастроентерологічних порушень у вагітних важливо також застосувати ЛЗ для профілактики і лікування дисбактеріозу, зокрема Хілак® форте-краплі, пробіотик Біфіформ у кислотостійких капсулах та Біфіформ комплекс – синбіотик-ентеропротектор, що містить корисні мікроорганізми – унікальні лактобактерії LGG і LA5, біфідобактерії BB12 та натуральний пребіотик Інулін. Ці ЛЗ справляють комплексний захист кишечника.

Клініко-фармакологічне обґрунтування безпечності застосування ефективних ЛЗ для ФТ печії, закрепів та дисбактеріозу у вагітних підтвердило необхідність активної участі та належних фахових знань провізора у забезпеченні раціональної та безпечної ФТ вагітних.

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ВТРУЧАННЯ – СКЛADOVA ПPABOBOTO ПІДГРУНТЯ МАЙБУТНІХ СТРАХОВИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПОСЛУГ

Борецька О.Б., Федущак А.Л., Зіменковський А.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У Хельсинській декларації, прийнятій 18-ою Всесвітньою медичною асамблеєю у 1964 р. зазначено: “Більшість профілактичних, діагностичних і лікувальних процедур у звичайній медичній практиці і в медичних дослідженнях пов’язані з ризиками і труднощами”.

Ризики і певна ймовірність шкоди здоров’ю пацієнта існує і при застосуванні лікарських засобів (ЛЗ) – це побічні реакції (ПР) ЛЗ, алергійні реакції, взаємодії, ускладнення, віддалені наслідки фармакотерапії (ФТ). За даними J. Lazarou et al., смертність від несприятливих ПР у деяких країнах займає 4-6 місце після серцево-судинних захворювань, травматизму та нещасних випадків, а також онкологічної патології, ПР ЛЗ є причиною 5700 смертей на рік у Великій Британії.

Конституція України визначає: кожна людина має право на життя, кожен має право на повагу до його гідності, жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим досліддам (ст. 27, 28).

Необхідність отримання інформованої згоди пацієнта (ІЗП) перед медичним втручанням закріплена в законодавстві України (ст. 43) Основ законодавства України про охорону здоров’я, ст. 284 ЦК). Лікар зобов’язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров’я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі, наявності ризику для життя і здоров’я.

На сьогодні в Україні не затверджено типової форми ІЗП. Проте, цей документ вже є обов’язковим при участі добровольців у клінічному випробуванні.

Нами розроблено проект ІЗП на фармацевтичне втручання, в якому зазначено про інформування пацієнта стосовно дії призначених ЛЗ та особливості їх застосування, ПР та можливу індивідуальну реакцію на приймання ЛЗ, ускладнення ФТ, можливість та причини зміни схеми ФТ. Зазначено про наслідки відмови від призначеного фармацевтичного втручання. Пацієнт при необхідності отримує відповіді на певні запитання про що вказано у ІЗП. Хворий може погодитись на запропоновану схему ФТ або відмовитись, засвідчивши дане рішення підписом. Передбачено ще одну графу, де пацієнту надано можливість засвідчити свої зауваження.

Висновки: 1. Враховуючи, що на сьогодні не окреслені права споживачів фармацевтичної допомоги, як і відповідальність та захист прав провайдерів таких послуг, постає необхідність отримання ІЗП на фармацевтичне втручання.

2. Розроблений проект ІЗП на фармацевтичне втручання може бути використаний, як правове підґрунтя для захисту прав усіх учасників процесу ФТ – надавачів та споживачів медичних/фармацевтичних послуг, а в умовах впровадження медичного страхування ще й страхові організації.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ В РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Волох Д.С., Бутко Л.А., Бутко А.Ю., Шевченко З.М.
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
ПП «Фармація»

Світова тенденція останніх років передбачає комплексну програму співпраці провізора з лікарем протягом усього періоду фармакотерапії, починаючи від моменту відпуску препарату до повного закінчення його дії.

Суттєву роль в усьому процесі відіграє фармацевтична опіка, яка дає можливість пацієнтам звертатись безпосередньо до провізора.

В свою чергу провізор повинен кваліфіковано надати допомогу відвідувачу (хворому) при самодіагностиці, допомагати вибрати лікарський засіб, контролювати процес самостійного застосування хворим відпущених йому лікарських засобів, інформувати відвідувача про можливість профілактики захворювання.

Для здійснення фармацевтичної опіки провізор повинен володіти основними видами медичної документації, загальною синдромологією і клінічною симптомологією найбільш поширених захворювань, а також повинен володіти основними методами клінічного, лабораторного та інструментального обстеження пацієнтів.

Метою нашої роботи було дослідити роль фармацевтичної опіки при відпуску лікарських засобів з аптеки.

Об'єктом дослідження стали аптеки м. Києва, де відвідувачам була запропонована анкета, яка містила питання щодо консультаційно-інформаційної роботи провізорів. Більшість респондентів, які відвідували аптеки підтвердили, що отримали кваліфіковану консультацію щодо умов раціонального вживання ліків: час прийому, поєднання з їжею і з іншими препаратами, правильне зберігання, вибір лікарської форми, правила використання нових лікарських форм.

Неналежне виконання професійних обов'язків мало місце у тому разі (8%), коли фармацевтичний працівник виконував свої обов'язки не у повному обсязі, недбало, поверхнево, не так, як цього вимагають інтереси його професійної діяльності.

Таким чином, встановлено, що із 140 респондентів 76% задоволені рівнем надання фармацевтичної допомоги в аптеках.

Отримані результати стверджують доцільність використання основних положень фармацевтичної опіки в практичній діяльності фармацевтичних працівників.

ДО ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИМИ ЗАСОБАМИ ФТОРХІНОЛОНОВОГО РЯДУ

Гадяк І.В., Гром О.Л.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Найефективнішим акцентом раціонального використання бюджетних коштів є відбір та застосування ефективних, безпечних і доступних лікарських засобів (ЛЗ). Максимально забезпечити співвідношення ефективність фармакотерапії/економічність можливо за наявності в країні формулярної системи.

Під формуляром розуміють особливий перелік ЛЗ, який носить обмежувальний характер і дозволяє лікарям та фармацевтам використовувати лише ліки, які входять до формулярного переліку, тобто це документ, регламентований за кількістю ЛЗ та обсягом інформації про них. Формуляри розробляють окремо для кожного лікувального закладу, а на їх базі розробляється формуляр регіону (штату, області).

В сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я України акцентованого на підвищення якості надання медичної допомоги населенню при мінімальних фінансових затратах особливого значення набуває питання надання раціональної медикаментозної терапії. Однією з передумов надання маловартісної, але разом з тим, якісної та ефективної медичної допомоги є впровадження на державному рівні науково-обґрунтованої даними доказової медицини формулярної системи.

Враховуючи актуальність розробки методичних підходів та обґрунтування рекомендацій по формуванню формулярних списків нами проводився маркетинговий аналіз сегменту ринку антибактеріальних лікарських засобів (АБЛЗ) фторхінолонів.

При маркетинговому дослідженні ринку дотримувались міжнародної класифікаційної системи лікарських засобів АТХ. Предмет наших досліджень – фторхінолони – відносяться до підгрупи четвертого рівня АТХ–класифікації, а саме JO1MA «Фторхінолони», котра в свою чергу поділяється на 9 підгруп п'ятого рівня. В 2010 році в Україні зареєстровано та дозволено до використання 223 торгові назви антибактеріальних лікарських засобів (АБЛЗ) з групи фторхінолонів, в т.ч. 62 препарати (27,8%) вітчизняних виробників. Ядерну групу сукупності зареєстрованих АБЛЗ фторхінолону становлять препарати ципрофлоксацину (79 ЛЗ, тобто 35,4%), офлоксацину та гатифлоксацину (по 40 ЛЗ, 17,9%). Найменш чисельні групи ЛЗ ломефлоксацину та моксифлоксацину, відповідно 4 та 2 ЛЗ. Питома вага ЛЗ інших груп фторхінолону знаходиться в межах 4%-10%. В асортименті вітчизняних АБЛЗ фторхінолону відсутні препарати таких підгруп, як пефлоксацину, моксифлоксацину, гатифлоксацину та ломефлоксацину.

На вітчизняному ринку АБЛЗ похідних фторхінолонів представлена продукція 62 фармацевтичних фірм – виробників, в тому числі 14 вітчизняних. Лідерами виробників вітчизняних АБЛЗ є ВАТ «Здоров'я», ДЗ ДНЦЛЗ, ТОВ «Юрія – Фарм», які пропонують по 6-7 ЛЗ, ВАТ «Фармак» і ВАТ «Київмедпрепарат» – по 4-5 ЛЗ, а Львівтехнофарм, АТ «Дарниця» постачають по 3 ЛЗ. Фармакологічний спектр АБЛЗ фторхінолонів вітчизняної фармацевтичної промисловості охоплює всі класифікаційні групи, винятком є тільки ЛЗ нового покоління – моксифлоксацин і гатифлоксацин. Лідерами постачання імпортних АБЛЗ групи фторхінолонів є Індія (28 фірм – 45,5 % від усіх іноземних фірм виробників), друге місце посідає Німеччина (4 фірми - виробники), третє місце поділяють між собою Чехія, Словенія і Росія (по 2 фірми – виробника).

З метою встановлення тенденцій споживання та попиту проводили аналіз динаміки асортименту АБЛЗ фторхінолонового ряду у розрізі кожної класифікаційної групи. Найбільші темпи росту аналогів ЛЗ спостерігались в групах ЛЗ ломефлоксацину, спарфлоксацину та гатифлоксацину. Асортимент зареєстрованих ЛЗ груп офлоксацину та ципрофлоксацину збільшився відповідно у 3 і 2 рази. Темпи росту асортименту ЛЗ даних груп, а також реєстрація ЛЗ нових поколінь фторхінолонів, а саме ЛЗ груп спарфлоксацину, левофлоксацину, моксифлоксацину, гатифлоксацину, вказують на ріст попиту та перспективність їх використання.

На основі позиціонування кількості пропозицій гуртових та роздрібних операторів ринку, з врахуванням економічної доступності, для кожної класифікаційної групи виділена ядерна група препаратів найбільшого попиту:

група офлоксацину - Заноцин таб. 200 мг №10 (Індія) , а з вітчизняних ЛЗ - Офлоксацин – КМП таб. 0,2 г №10;

група ципрофлоксацину - Ципрінол концентрат д/п інф. р-ну 100 мг/100 мл амп №5, Ципрінол таб 250 мг. №10 (Словенія), Ципролет р-н інф. 200 мг фл. 100 мл , Ципролет таб. 250 мг №10 (Індія), а також Ципрофлоксацин таб. п/о 0,5 №10 у конт. чарунк.уп. (Технолог, Україна), Ципрофлоксацин - Дарниця таб.0,25г №10 конт. чарунк. уп (Україна);

група норфлоксацину - Норбактин таб. 400 мг №10 (Індія) , а з вітчизняних – безперечним лідером є Норфлоксацин таб. п/о 0,4 г контур. ячeyк. уп №10 (Здоров'я).

група левофлоксацину - Локсоф таб. п/о 250мг №5, Локсоф таб. п/о 500мг №5 (Індія).

група гатифлоксацину - Тебрис р-н інф 200мл (400мг) фл. №1, Тебрис таб. п/о 400мг №10 (Великобританія), Гафлокс-200 таб. п/о 200мг №10 (Індія).

Нами також проаналізовано продуктивний асортимент фторхінолонів за лікарськими формами. Встановлено, що ця група препаратів представлена трьома лікарськими формами: таблетками (83.3%), розчинами для інфузій (14,3%) і розчинами для ін'єкцій (3,3 %)

Однією з переваг АБЛЗ фторхінолонового ряду є наявність як інфузійних, так і пероральних ЛФ. Це дозволяє проводити так звану „ступеневу терапію” – у перші дні використовувати парентеральні форми (це особливо важливо при ускладнених інфекціях), а потім, при поліпшенні стану пацієнта, переходити на пероральні форми, що значно полегшує застосування ЛЗ хворими.

Високий рівень попиту ЛЗ відносно підтверджує їх ефективність і доступність і є підґрунтям для рекомендацій тендерним комісіям лікувальним закладам та для фармако-економічного аналізу на предмет включення в формулярні списки.

В Національний перелік ОЛЗ, який є інструментом вибору для призначень і раціонального застосування ЛЗ на основі стандартів лікування (Постанова КМУ № 400 від 29.03.2006р.) за МНН включені ЛЗ 2 підгруп (офлоксацину та ципрофлоксацину) з 9 зареєстрованих підгруп фторхінолонів. Результат проведеного нами комплексного маркетингового аналізу ринку АБЛЗ даної групи (темпи росту, % використання асортименту, позиціонування) підтверджують перспективність ЛЗ цих підгруп і доцільність віднесення їх до основних лікарських засобів.

У другому по значимості та ієрархії формулярному списку “Перелік лікарських засобів, які можуть закуповувати заклади і установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевого бюджетів“ включені підгрупи ЛЗ гатифлоксацину, левофлоксацину, ломефлоксацину, норфлоксацину, офлоксацину, пефлоксацину, спарфлоксацину. Разом з тим, викликає здивування, що в Переліку ЛЗ, ціни на які підлягають державному регулюванню, формулярному списку, котрий є соціально-етичним дзеркалом державної політики в галузі медичного забезпечення в умовах обмеженого фінансування охорони здоров'я, з групи фторхінолонів не включені ЛЗ підгрупи ципрофлоксацину, котрі за даними дослідження широко користуються попитом на українському фармацевтичному ринку.

ВИВЧЕННЯ КОМПЛАЄНСУ АМБУЛАТОРНИХ ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Грем О.Ю., Зарума Л.Є., Панич А.Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У світовій та вітчизняній медичній практиці питання раціональної фармакотерапії (ФТ) хронічних захворювань, до яких належить артеріальна гіпертензія (АГ), набувають вагомого значення. Одним із шляхів до підвищення ефективності та якості ФТ хронічних захворювань, відповідно, зниження ризику розвитку та прогресування їх ускладнень, як підтверджено міжнародним досвідом, є запровадження фармацевтичної опіки (ФО), як сучасної складової лікувальної тактики.

Враховуючи те, що хворі на АГ переважно отримують медичну допомогу на амбулаторно-поліклінічному рівні, це спонукало нас до вивчення ступеня обізнаності саме цих пацієнтів щодо захворювання та його лікування, шляхом анонімного анкетного опитування. За дизайном це було проспективне дослідження із залученням 50 респондентів відвідувачів аптек. Критерієм включення слугувала наявність АГ в анамнезі. Для збору інформації використано попередньо опрацьований стандартизований опитувальник, який вмщував 26 запитань. При його укладанні нами враховано основні принципи лікування АГ, відповідно до Протоколу надання медичної допомоги хворим з АГ, а також опитувальники, які використовуються для оцінки комплаєнсу, загального самопочуття та відповідальності хворого щодо лікування. Використано техніку усного опитування „face-to-face”, що при виявленні проблем дозволяло надавати ФО.

У дослідження увійшли 15 чоловіків та 35 жінок. Основну частку опитаних склали пацієнти з АГ віком від 50 до 60 років (40%) та 60-80 років (33,3%).

Проведеним дослідженням встановлено незадовільний ступінь обізнаності амбулаторних хворих на АГ щодо захворювання та його лікування, а зокрема незнання факторів ризику розвитку захворювання (лише 7% пацієнтів знають 3 і більше факторів ризику виникнення АГ), необхідності моніторингу артеріального тиску (АТ). Встановлено, що вимірювання АТ щоденно проводить близько $\frac{1}{3}$ опитаних. Відносно високою (23%) є частка тих, хто вимірює АТ лише при поганому самопочутті, що свідчить про низький рівень моніторингу ефективності ФТ хворими на АГ і є одним із питань, які вимагають ФО. Причиною такої поведінки хворих, як засвідчили результати опитування, є відсутність власного тонометра або навичок користування ним. Окрім того, 10% респондентів не знають нормального показника АТ, а близько 80% вказують невірні його значення, що додатково свідчить про необхідність навчання хворих щодо АГ.

Варто зауважити, що ФТ АГ є позитивною незалежно від досягнення цільових показників АТ. Тобто, вона не може бути лише курсовою чи симптоматичною. Встановлено, що тільки 40% опитаних приймають гіпотензивні лікарські засоби (ЛЗ) систематично, як призначив лікар. Рівні кількості респондентів (по 30%) приймають ЛЗ з перервами або лише при поганому самопочутті. Вказане засвідчує необізнаність пацієнтів щодо АГ та принципів її лікування, а відтак вказує на важливість ФО.

Отже, встановлено основні фактори, які впливають на якість ФТ АГ у амбулаторних хворих: недостатні знання пацієнтів про захворювання та ЛЗ; недотримання немедикаментозних заходів корекції; несистематичне проведення особистого моніторингу та нераціональне застосування гіпотензивних ЛЗ пацієнтами; незадовільний комплаєнс – лише 16,7% хворих ніколи не пропускали приймання ліків.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ХВОРИМ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

Гудзенко О.П., Зобова І.О.

Луганський державний медичний університет

Вступ. В останні роки в умовах економічної нестабільності в Україні, як і в усьому світі, пильна увага приділяється фармакоекономічним дослідженням найпоширеніших захворювань з метою оптимізації витрат на їх фармакотерапію. До таких захворювань відноситься, зокрема, есенціальна гіпертензія, розповсюдженість якої сягає 25-30% дорослого населення промислово розвинутих країн світу. В умовах обмеженого фінансування галузі охорони здоров'я вельми актуальним постає питання дослідження асортименту лікарських препаратів хворим на есенціальну гіпертензію, оскільки дане захворювання потребує застосування препаратів протягом тривалого часу, що, в свою чергу, призводить до значного зростання витрат.

Методи досліджень. Проведений ретроспективний частотний аналіз лікарських препаратів хворим на есенціальну гіпертензію I-III стадії в умовах двох стаціонарів м. Луганська – Обласного кардіологічного диспансеру та Міської клінічної багатопрофільної лікарні №7 (кардіологічне відділення). Обробка отриманих результатів здійснювалась за допомогою пакету комп'ютерних програм "MS Excel" (2007 р.)

Результати досліджень. На основі контент-аналізу листів призначень 335 історій хвороб пацієнтів з діагнозом есенціальна гіпертензія I-III стадії встановлено, що асортимент лікарських препаратів для лікування даної категорії хворих в умовах стаціонару представлений 18 розділами класифікаційної системи АТС. Серед них за частотою призначення переважну більшість складають ЛЗ з груп B01 – "Антитромботичні засоби" (14,64 %), C09 – "Засоби, що впливають на ренін-ангіотензинову систему" (12,27 %), C01 – "Кардіологічні препарати" (11,05 %); C07 – "Блокатори β -адренорецепторів" (10,48 %) та C03 – "Сечогінні засоби" (9,94 %).

Загалом, хворим на есенціальну гіпертензію у досліджуваній період в умовах стаціонару було здійснено 2787 лікарських призначень, що в перерахунку на одного хворого складає в середньому 8 призначень. Серед них 1043 призначення складають ЛЗ антигіпертензивної дії та 1744 – препарати з інших фармакотерапевтичних груп.

Серед препаратів антигіпертензивної дії, що займали лідируючі позиції за частотою призначення хворим на есенціальну гіпертензію в умовах стаціонару, можна виділити Метопролол по 25 мг № 30, Фуросемід 1% по 2 мл № 10 (по 5,27 % загальної кількості призначень антигіпертензивних ЛЗ), Гіпотіазид по 25 мг № 20 (5,08 % призначень) та Конкор по 5 мг № 30 (4,60 % призначень).

При аналізі асортименту препаратів, що використовувались при стаціонарному лікуванні есенціальної гіпертензії за лікарськими формами встановлено, що найчастіше хворим призначались ЛЗ у формі таблеток (84,36 %), друге місце займали ЛЗ для парентерального застосування (13,09 %), найменшу частку (2,55 %) складають ЛЗ у формі капсул.

Висновки. Отримані результати аналізу асортименту ЛЗ, що використовувались при стаціонарному лікуванні хворих на есенціальну гіпертензію, можуть у подальшому використовуватись в розробці мінімальних переліків препаратів для фармакотерапії есенціальної гіпертензії в умовах стаціонару.

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ПРИНЦИПИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ПАЦІЄНТІВ У ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Зарума Л.Є., Грем О.Ю., Непийвода О.М., Малецька З.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Реалізація професійної діяльності фахівців фармацевтичного профілю щодо оптимізації фармацевтичної допомоги відбувається через застосування принципів раціонального клініко-фармацевтичного менеджменту, який включає участь у виборі лікарських засобів (ЛЗ), здійснення експертної оцінки якості фармакотерапії (ФТ), формулярну систему, а також комплекс заходів багатовекторної фармацевтичної опіки (ФО). сучасна ФТ опирається на підтвержені досвідом клінічні рекомендації, протоколи, які опрацьовані на основі експертної оцінки результатів досліджень ефективності та безпеки використання ЛЗ. Відомі класичні принципи ФО, які ґрунтуються на попередженні та вирішенні лікозалежних проблем (ЛЗП), проте кожна медична спеціальність має певні закономірності, що визначають особливості ФТ, залежно від мети та досягнутих результатів.

Метою дослідження було визначення впливу клініко-фармакологічних та біофармацевтичних чинників ЛЗ, що визначають ефективність та безпеку ФТ, відповідно до клінічних рекомендацій, інструкцій до медичного застосування ЛЗ, аналізу листків лікарських призначень та медичних карт пацієнтів.

Опрацьовано методологію надання інформаційно-консультативної допомоги пацієнтам молодого віку, лікарям та медичному персоналу у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ) гінекологічного профілю. Як модельну нозологічну форму нами обрано синдром полікістозних яєчників (СПКЯ), який є поліендокринним захворюванням та супроводжується не тільки порушенням функції яєчників, але й підшлункової залози, кори наднирників, гіпоталамусу та гіпофізу. Проведено порівняльний аналіз нормативних та звітних документів, вивчені клініко-фармакологічні, маркетингові, біофармацевтичні характеристики ЛЗ для обґрунтування алгоритму ФТ при СПКЯ хворих гінекологічних відділень ЛПЗ м. Львова. базисна ФТ СПКЯ вимагає моніторингу можливих проявів побічних реакцій, взаємодій, оцінку показань та протипоказань до застосування ЛЗ, які належать до різних ФТ груп і, зазвичай, застосовуються для ФТ інших захворювань (цукрового діабету, онкологічних, неврологічних), а також вибору оптимальних лікарських форм ЛЗ. Усі ЛЗ, які призначались пацієнткам, відповідали клінічним рекомендаціям щодо дозування, тривалості курсу ФТ та шляхів введення.

Встановлено, що найбільш важливим було вирішення потенційних ЛЗП, які попереджували взаємодію ЛЗ (35%), способи та режими їх дозування (57%), моніторингу побічних реакцій (43%), правильність приймання (вибір виду лікарської форми 23%). Попередження цих ЛЗП значно підвищує комплаєнс хворих при тривалій ФТ, особливо, при захворюваннях, спричинених поліендокринними порушеннями.

Вирішення існуючих ЛЗП, в основному, було пов'язано із попередженням взаємодій «ліки-ліки», оскільки при тривалому застосуванні ЛЗ у пацієнток виникала потреба корекції симптоматичних порушень різного генезу, що вимагало індивідуального підходу до вибору безрецептурних ЛЗ, який зазвичай погоджувався з лікарем-гінекологом. Отже, результати дослідження дозволили визначити найбільш пріоритетні ЛЗП, причини та частоту їх виникнення. Опрацьовано методологію вирішення ЛЗП при погодженій співпраці лікарів та клінічних провізорів, провізорів у процесі ФТ пацієнток із СПКЯ на різних рівнях надання медичної (фармацевтичної) допомоги: в амбулаторних та стаціонарних умовах.

ДОПОМІЖНА ГЕПАТОПРОТЕКТОРНА ТЕРАПІЯ В РОЗРІЗІ РАЦІОНАЛЬНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКІВ

Зіменковський А.Б., Ривак Т.Б., Настюха Ю.С., Галбур О.Р.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета - вивчення допоміжної гепатопротекторної (ГП) фармакотерапії (ФТ) на прикладі стаціонарних хворих кардіо-терапевтичного профілю.

Об'єкт дослідження - листки лікарських призначень (ЛЛП) (n=100), інструкції для медичного застосування лікарських засобів (ЛЗ), клінічні протоколи, затверджені МОЗ України, як база належної вітчизняної практики ФТ.

Методи дослідження - системного аналізу, аналітико-порівняльний, клініко-фармацевтичний, маркетинговий.

Результати.

Аналізовані ЛЛП відповідали 21 симптомам та нозологіям, що повторювались окремо чи в комбінації 146 разів і відповідали кардіо-терапевтичному профілю пацієнтів (ішемічна хвороба серця, нестабільна стенокардія, артеріальна гіпертензія, синусова брадикардія, шлуночкова екстрасистоля, постінфарктний та дифузний кардіосклероз, миготлива аритмія, пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, гіпертонічний криз, дилатаційна та токсична кардіоміопатія, цукровий діабет, хронічний гастрит, панкреатит, бронхіальна астма тощо). Групою ЛЗ, які найчастіше зустрічались у ЛЛП, були ГП. Останні входять до клінічних протоколів ведення хворих із аналізованою патологією. У ЛЛП, що вивчались, виявлено 8 ГП, що складає 9% від усіх ГП, зареєстрованих в Україні станом на 2009 р. Серед застосованих ГП лікарі надають перевагу тіотріазоліну (призначено 78 разів). Проте, останній не має ще доведеної клінічної ефективності за сучасними принципами доказової медицини, що ставить певні сумніви щодо необхідності його застосування в аналізованого контингенту хворих. Цей ЛЗ у 55% призначався у, так званих, «коктейлях», тобто разом із іншими ЛЗ. Загалом ГП, застосовані у «коктейлях» склали 44% від усіх ГП, включених у ФТ. Встановлено 176 взаємодій ЛЗ, лише 22 з яких можна вважати доцільними. Виявлено одночасне застосування ЛЗ тієї ж ФТ групи за різної торгової назви одним і тим же пацієнтам, що складає певну загрозу для їх безпеки та не відповідає принципам раціональності ФТ.

Висновки.

На 100 проаналізованих листків лікарських призначень виявлено 122 призначення гепатопротекторів, що підтверджує одночасність застосування лікарських засобів однієї й тої ж групи тим же пацієнтам. Натомість, вивчені некоректності ставлять під сумнів раціональність та необхідність додаткової гепатопротекторної терапії взагалі через загрозу появи ускладнень фармакотерапії.

Призначення лікарських засобів однієї фармакотерапевтичної групи одночасно хворим; застосування ліків, ефективність яких не доведена; застосування «коктейлів» із лікарських засобів; можливість негативних взаємодій лікарських засобів - найпоширеніші проблеми нераціональності фармакотерапії, усунути та попередити які міг би клінічний провізор.

Вважаємо, що допоміжна гепатопротекторна терапія у хворих кардіо-терапевтичного профілю потребує певного перегляду, що має базуватись на сучасних даних доказової медицини, узгодженій з лікарем оцінці клінічним провізором якості фармакотерапії за листками лікарських призначень, розвитку та впровадженні національної формулярної системи

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭФФЕКТИВНОЙ И БЕЗОПАСНОЙ ТЕРАПИИ ЛИХОРАДОЧНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Зупанец И.А., Безуглая Н.П.

Национальный фармацевтический университет

Наиболее частый симптом различных заболеваний и состояний детского возраста – повышение температуры тела (лихорадка). Лихорадочные состояния у детей являются главной причиной вызова педиатра на дом и назначения жаропонижающих средств. Лихорадка может быть не только при ОРВИ и гриппе, но и перегревании ребенка (тепловой удар), эндокринной патологии (гипертиреоз, феохромоцитомы), синдроме дегидратации, аллергических заболеваниях и др. Эти состояния не требуют назначения анальгетиков-антипиретиков и предполагают проведение патогенетической терапии. На сегодня известно более 130 заболеваний, которые могут сопровождаться повышением температуры тела у детей. Это диктует необходимость еще раз обратиться к теме рационального выбора и применения комплексных средств у детей, содержащих, в первую очередь, анальгетики-антипиретики.

Поскольку при инфекционных заболеваниях лихорадка является «защитной» реакцией организма, нерациональное применение антипиретиков извращает естественное течение заболевания – лишает организм ребенка адекватно ответить на внедрение инфекционного агента, оставить «иммунную память» и др. Таким образом, основными (рациональными) показаниями для назначения антипиретиков являются:

1. а) исходно здоровым детям (без сопутствующей патологии и отягощенного анамнеза) при температуре 38,5° С и выше (рекомендации ВОЗ – 39,0-39,5°С); б) детям первых 2-3 мес. и детям с отягощенным преморбидным фоном (фебрильные судороги в анамнезе; заболевания ЦНС; патология сердечно-сосудистой системы) – при температуре 38 °С (рекомендации ВОЗ – 38,0-38,5°С); в) ситуация, при которой температура угрожает здоровью ребенка (злокачественная гипертермия), требует госпитализации, проведения интенсивной терапии в связи с потенциальным риском развития нарушений гемодинамики, процессов метаболизма, расстройства функции жизненно важных органов.

2. Жаропонижающие препараты не должны назначаться для регулярного “курсового” приема несколько раз в день вне зависимости от уровня температуры. Необходимо помнить, что антипиретики – это симптоматическая терапия, прием препаратов должен осуществляться только «по требованию», т.е. при очередном повышении температуры до высокого уровня.

3. Решение о применении антипиретиков у детей, получающих антибактериальные средства, должно быть взвешенным. Антибактериальные препараты, как правило, назначаются эмпирически и при оценке их эффективности антипиретики могут замаскировать их неэффективность (отсутствие лихорадки).

4. При применении антипиретиков нужно строго придерживаться рекомендованных разовой и суточной дозировок.

Только при соблюдении вышеизложенных правил можно переходить к вопросу выбора оптимального лекарственного препарата, его дозы. При выборе жаропонижающего препарата для ребенка следует в первую очередь учитывать его безопасность, а также удобство применения, т.е. наличие детских лекарственных форм.

Согласно данным опроса около 90% педиатров в качестве антипиретика используют и рекомендуют парацетамол, что согласуется с рекомендациями ВОЗ, которые свидетельствуют о том, что парацетамол и парацетамолсодержащие препараты являются средством выбора

для симптоматического лечения лихорадки у детей. При этом родителям всегда необходимо рекомендовать строго следовать инструкции по применению препарата.

Вместе с тем, большое количество педиатров, провизоров и потребителей продолжают неоправданно широко применять ацетилсалициловую кислоту и метамизол натрия. Это противоречит современным данным о высоком риске тяжелых осложнений вследствие применения указанных препаратов и общемировой тенденции ограничения использования ацетилсалициловой кислоты (АСК) и метамизола у детей.

Парацетамол – один из самых распространённых лекарственных препаратов в мире (ежегодное потребление только в США и Европе достигает 24 млрд. таблеток). Впервые жаропонижающий и болеутоляющий эффект парацетамола установлены Мерингом в 1893 г. Однако широкое применение парацетамола в медицинской практике началось лишь в 1956 г, когда он был выпущен в виде таблеток под торговой маркой «Панадол». В настоящее время уровень продаж парацетамолсодержащих препаратов превышает таковой аспириносодержащих препаратов в 3,5 раза.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1993) и клиническими протоколами МЗ Украины в качестве антипиретика первого ряда для купирования лихорадки у детей рекомендуется назначение парацетамола в дозе 10-15 мг/кг массы тела при максимальной суточной дозе 60 мг/кг массы тела.

В разовой дозе 10-15 мг/кг веса тела в растворе внутрь парацетамол дает достаточное снижение температуры тела (на 1-1,5°C). При этом в крови его уровень (пик через 30-60 мин) лишь незначительно превышает нижнюю границу оптимального «жаропонижающего» диапазона (10-20 мкг/мл). Эта разовая доза во много раз ниже токсической (токсичность проявляется лишь при концентрации препарата в крови 150 мкг/мл и выше).

Очень много внимания некоторые авторы уделяют вопросам передозировки парацетамола, однако, лишь малое количество публикаций посвящены вопросам неадекватного (недостаточного) дозирования. А ведь именно недостаточная доза и является основной причиной «неэффективности» парацетамола и является одной из ведущих причин его дискредитации. В детской практике дозирование должно проводиться из расчета на 1 кг массы тела, а не с учетом возраста ребенка. Парацетамол также по-прежнему является предпочтительным препаратом для снижения болевых ощущений и лихорадки среди детей и взрослых с астмой, поскольку АСК и другие НПВП могут спровоцировать приступ астмы среди больных с повышенной чувствительностью к ним («аспириновая бронхиальная астма»).

В отличие от НПВП парацетамол не оказывает периферического действия, поэтому снижается риск развития характерных для НПВП побочных эффектов со стороны ЖКТ и кровеносной системы. Гепато- и нефротоксическое действие парацетамола описано только при превышении суточной дозы более 60 мг/кг массы тела. В литературе имеются сведения, что благодаря незрелости цитохрома P450 в печени у детей до 12 лет не происходит образования токсических метаболитов парацетамола. В связи с этим вероятность проявления токсического действия парацетамола в детской практике является крайне низкой.

Парацетамол не оказывает влияния на свертывающую систему крови. Как показали клинические исследования, высокоочищенный парацетамол может применяться у больных с сопутствующей бронхиальной астмой.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА В КЛІНІЧНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ШЛЯХИ ЇХ УДОСКОНАЛЕННЯ

Зупанець І.А., Старченко М.Г.

Національний фармацевтичний університет,
ЗАТ НВЦ „Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод”

У теперішній час в Україні удосконалюється регулювання клінічних випробувань (КВ) лікарських засобів. Розробляються та діють нормативно-правові документи щодо організації та проведення КВ лікарських засобів у відповідності до міжнародних правил проведення (ICH GCP). На семінарах, з'їздах, конференціях, в публікаціях обговорюються актуальні питання організації та проведення КВ: клінічної розробки лікарських засобів, організації проведення досліджень біоеквівалентності, специфіки навчання та професійної компетентності фахівців в галузі КД. Одночасно з наявними важливими досягненнями в області КВ лікарських засобів в Україні, залишається ряд питань, які потребують подальшого удосконалення. Серед них - організація клінічних випробувань і система контролю за їх проведенням, видання методичних рекомендацій та практичних керівництв, удосконалення підготовки фахівців. З 1999 року НФаУ здійснює підготовку фахівців зі спеціальності „Клінічна фармація”. Кваліфікаційна характеристика провізора клінічного визначає як одну з основних його функцій участь у проведенні клінічної апробації та біоеквівалентності лікарських засобів. Крім того, клінічний провізор є компетентним спеціалістом з ICH GCP, оскільки до навчального плану входить така дисципліна як „Клінічне вивчення лікарських засобів”. З 2004 року клінічні провізори успішно працюють у практичній фармації, в тому числі в галузі клінічних досліджень лікарських засобів. Авторами розроблено модель діяльності клінічного провізора в КВ лікарських засобів, враховуючи різні функції фахівців в цій галузі. Клінічний провізор може бути співробітником клінічної бази (місця проведення клінічного дослідження) та виконувати функцію співдослідника, відповідальної особи зі зберігання та обліку досліджуваних лікарських засобів, заповнювати первинну документацію та індивідуальні реєстраційні форми досліджуваних. Клінічний провізор також може бути членом комісії з питань етики при лікувально-профілактичних закладах (локальної комісії). Як співробітник спонсора КВ клінічний провізор може виконувати функції монітора, аудитора, фахівця з фармакологічного нагляду при проведенні КВ. Клінічний провізор може кваліфіковано проводити роботу з обробки даних клінічних випробувань; представлення даних та результатів клінічних досліджень для використання в промоційних матеріалах, презентаціях для фахівців та споживачів; з підготовки публікацій про результати проведеного КВ та ін. Клінічний провізор може працювати у державному регуляторному органі – в якості інспектора (клінічного аудитора), експерта з експертизи матеріалів КВ, фахівця з реєстрації та аналізу повідомлень про серйозні побічні реакції при КВ. Крім того, клінічний провізор в КВ може здійснювати функції незалежного монітора та незалежного аудитора. Згідно до розробленої моделі для підвищення компетентності, удосконалення теоретичної та практичної підготовки клінічного провізора на рівні післядипломної підготовки авторами запропоновано рекомендовану програму тематичного навчання, яку можна застосовувати при тренінгах, семінарах та при підвищенні кваліфікації клінічних провізорів. У програмі передбачені теми з сучасних нормативних вимог проведення КВ, в тому числі за участю здорових добровольців, біоетичних аспектів КВ, планування, стандартизації досліджень (СОПи клінічної бази, спонсора), організації та проведення моніторингу, аудиту, фармакологічного нагляду при проведенні КВ та ін. Спеціалізована підготовка клінічних провізорів сприятиме ефективності їх діяльності та підвищенню якості планування, організації та проведення КВ.

ВИЗНАЧЕННЯ ПЕРЕЛІКУ АНТИБІОТИКІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРИХ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Калинюк Т.Г., Олійник С.П.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Інфекційні хвороби залишаються однією з основних причин інвалідності та смертності населення в усьому світі. За останні роки в Україні реєструють випадки захворювань на такі небезпечні інфекції, як туляремія, сибірка, бруцельоз, правець, лептоспіроз, сказ, малярія. Смертність населення України від інфекційних захворювань зросла на 16,2%. За даними офіційної статистики в Україні щороку від інфекційних захворювань гине майже 20 тисяч осіб. В умовах надзвичайних ситуацій медико-біологічного походження інфекційна захворюваність населення може різко збільшитись. В Україні є активно діючі природні осередки небезпечних інфекцій – туляремії (у 23 областях), лептоспірозу (у всіх областях), сибірки (у 16 областях) та інших інфекцій, що створює реальну загрозу виникнення епідемій після землетрусів, повеней та інших надзвичайних ситуацій природного і техногенного походження. Аналіз організації надання медичної допомоги і лікування постраждалого населення свідчить про те, що найбільш ефективними засобами для профілактики і лікування інфекційних хворих є лікарські засоби групи антибіотиків. В умовах ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій виникне потреба в значних кількостях антибіотиків, що і стало причиною даного дослідження. В умовах надзвичайних ситуацій для лікування інфекційних хворих важливе значення має своєчасність призначення антибіотиків. Згідно вимог клінічних протоколів перше введення антибактеріального засобу проводиться у прийнятному відділенні після встановлення діагнозу. Лікувальні заклади і медичні формування повинні мати у своєму розпорядженні повний перелік лікарських форм антибіотиків, необхідних для лікування інфекційних хворих. Визначення переліку протимікробних лікарських засобів групи антибіотиків, необхідних для лікування інфекційних хворих в умовах надзвичайних ситуацій медико-біологічного походження, проводилось на основі вивчення етіології інфекцій різної локалізації та узагальнених даних щодо чутливості збудників інфекційних захворювань до антибактеріальних препаратів. В результаті аналізу бази клінічних протоколів для лікування інфекційних захворювань за 35 нозологічними формами визначені 24 антибіотики, які належать до груп: пеніцилінів - 4, макролідів - 3, аміноглікозидів - 3, тетрациклінів -2, цефалоспоринів -5, карбопенемів -2, хлорамфеніколів -2, хінолонів -1, інших груп -2. Надання лікарської допомоги постраждалим регламентується використанням переліків лікарських засобів, затвердженого наказом МОЗ України „Про затвердження номенклатури резервів лікарських засобів для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків НС техногенного і природного характеру” від 10.08.2001 р. № 331. Переліки протимікробних лікарських засобів групи антибіотиків відомчого резерву МОЗ України, регіональних резервів МОЗ України та резерву медичних закладів для запобігання та ліквідації медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій містять 6 найменувань антибіотиків, які належать до груп: пеніцилінів -2, аміноглікозидів -1, цефалоспоринів -2, фторхінолонів -1. Це складає лише 25% від кількості найменувань антибіотиків, необхідних для лікування інфекційних хворих в умовах надзвичайних ситуацій медико-біологічного походження. Для забезпечення ефективного лікування інфекційних хворих з врахуванням чутливості збудників інфекційних захворювань, які можуть виникнути в умовах надзвичайних ситуацій необхідно внести зміни до Наказу МОЗ від 10.08.2001 р. № 331 і доповнити переліки протимікробних лікарських засобів групи антибіотиків відомчого резерву МОЗ України, регіональних резервів МОЗ України та резерву медичних закладів антибіотиками 19 найменувань, які належать до груп: пеніцилінів – 2, макролідів - 3, аміноглікозидів - 2, тетрациклінів -2, цефалоспоринів -3, карбопенемів -2, хлорамфеніколів -2, хінолонів -1, інших груп -2.

**ДО ПИТАННЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ЗНАТЬ МАЙБУТНІХ ПРОВІЗОРІВ
КАФЕДРОЮ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ ДВНЗ “ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”**

Калугіна С.М., Купновицька І.Г., Дзвіняцька О.Ф., Сапатий А.Л.,

Белегай Р.І., Кутинська І.П.

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

Одне з пріоритетних завдань кафедри клінічної фармації ДВНЗ “ІФНМУ” - навчити студентів орієнтуватися у медикаментозних засобах для лікування та профілактики захворювань, а також підготувати майбутнього провізора до проведення фармацевтичної опіки над хворими.

Для досягнення навчальних цілей викладачами кафедри застосовуються наступні методи роботи: аудиторна робота студентів (практичні теоретичні заняття та лекційне прослуховування матеріалу), робота в палатах з хворими; самостійна позааудиторна робота студентів (усне та письмове відображення матеріалу), робота з наочними матеріалами (листки призначення, дані лабораторного дослідження хворих), а також написання кожним студентом індивідуального протоколу ефективності та безпечності певного лікарського препарату при конкретній лікарській нозології.

До кожного практичного заняття з клінічної фармації та фармакотерапії розроблені методичні вказівки для студентів з наборами тестів, ситуаційних задач, листки призначень для корекції з неправильним дозуванням, шляхами введення й орфографічними помилками, які студенти повинні відкоригувати.

Протягом 5-ти останніх років на кафедрі проводиться державна атестація з клінічної фармації у вигляді практично-орієнтованого іспиту, що складається з двох частин.

Перша частина – робота з хворим (збір скарг, анамнезу захворювання та життя, оцінка стану органів і систем, виділення провідних симптомів і синдромів, що потребують корекції, складання плану обстеження і принципів лікування, визначення прогнозу і заходів профілактики даних захворювань).

Друга частина іспиту складається з теоретичних питань, що імітують професійні ситуації і враховують приклади з реальної аптечної практики.

Відповідно до цього теоретичні питання з дисципліни адаптовані щодо конкретної ситуації: корекція листка лікарських призначень за відомим діагнозом, рекомендації лікарю щодо можливої взаємодії препаратів; визначення тактики і надання консультативної медичної допомоги з фармацевтичної опіки та невідкладної допомоги; оцінювання результатів одного з лабораторних досліджень; виконання медичних маніпуляцій - вимірювання артеріального тиску, температури тіла, проведення реанімаційних заходів тощо.

Аналіз рівня засвоєного студентами матеріалу сприяє підвищенню якості знань, що має важливе значення для подальшої професійної діяльності провізора сучасного типу.

ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНОГО СТАНУ НАДАННЯ ЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА В КРАЇНАХ СВІТУ ТА В УКРАЇНІ

Красуля О. І., Котвіцька А. А., Суріков О. О.
Національний фармацевтичний університет

У наш час серцево-судинні захворювання викликають майже 40 % усіх випадків смертей серед населення більшості розвинутих країн Європи. Так в Україні у 2007 р. хвороби системи кровообігу зумовили 63,0 % випадків усіх смертей. Як свідчить міжнародний досвід, смертність від хвороб систем кровообігу у розвинутих країнах знижується, нажаль в Україні з кінця 60-х років цей показник неухильно підвищується.

Метою дослідження стало оцінка сучасного стану лікування та організації надання лікарської допомоги хворим на ІМ у країнах світу та в Україні.

Незважаючи на досягнення вітчизняної кардіології, ситуація з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) в Україні залишається складною. У 2008 р. в Україні зареєстровано 25,3 млн. хворих на ССЗ, що складає більше ніж 53 % населення, з них працездатного віку близько 9 млн. На сьогодні найважливішою проблемою сучасної кардіології, є профілактика та лікування гострого інфаркту міокарду (ІМ), як основного ускладнення ішемічної хвороби серця (ІХС). На сучасному етапі розвитку клінічної фармакології встановлений прямий кореляційний зв'язок між захворюваністю і смертністю від ІХС та рівнем холестерину в крові.

Саме тому з'явилась необхідність проведення епідеміологічних досліджень, результати яких дозволили б визначити причини тенденцій, що склалися у світі щодо рівня смертності від ІМ. Для виконання досліджень була створена програма MONICA, виконання якої розпочалося у 1982 р. у наукових центрах понад 20 країн світу. За результатами дослідження визначено, що показники захворюваності і смертності внаслідок ІМ та інсульту знизилися в економічно розвинутих країнах, й навпаки підвищилися у Росії, Польщі, Естонії, Китаї.

В Україні 2009 рік було оголошено роком профілактики та вдосконалення лікування гострого інфаркту міокарда (Постанова Верховної Ради № 873-VI від 15.01.09).

Зростання поширеності і захворюваності на ССЗ в Україні на думку експертів пов'язане в першу чергу із достатньо високою поширеністю факторів ризику і практично відсутньою прихильністю населення до здорового способу життя. Так, наприклад, Україна посідає 7 місце в світі за поширеністю паління. В Україні палить близько 67 % чоловіків віком понад 15 років і кожна п'ята жінка (20 %). Мають досвід паління у віці 15 років близько 63 % дітей, а палять постійно – 30 % підлітків у віці 13-15 років.

Стосовно проведення ефективної первинної профілактики ІМ, як свідчить міжнародний досвід, основним завданням системи охорони здоров'я будь-якої країни щодо попередження ССЗ, є дотримання Люксембурзької декларації здорового серця, що прийнята у Європі у 2005 р. Основними положеннями декларації є: підтримання рівня холестерину на рівні менше 5 ммоль/л., рівня артеріального тиску – менше 140/90 мм. рт. ст., дотримання правильного здорового харчування, нормальної маси тіла, виконання фізичних навантажень 30 хв. 5-7 разів на тиждень, неживання тютюну та алкоголю.

Таким чином, одним із напрямків роботи щодо покращення стану та проведення первинної профілактики є активна роз'яснювальна робота медиків і держави серед населення країни, створення умов та стимулювання здорового способу життя, посилення боротьби із шкідливими звичками, розвиток фізичної культури, забезпечення можливості збалансованого харчування населення.

ЕКСПЕРТНЕ ОЦІНЮВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Левицька О.Р., Громовик Б.П., Шух М.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мозковий інсульт (МІ) є всесвітньою проблемою, яка щорічно вражає велику кількість дорослого населення як в економічно розвинених, так і в країнах з перехідною економікою. Зокрема, в об'єднаній Європі реєструється 1,75 млн., у США — 700 тис., в Україні близько 110-125 тис. інсультів щорічно. Чверть хворих, які перенесли інсульт, помирають, а з тих пацієнтів, що вижили після інсульту, приблизно одна третина має тяжкі наслідки у вигляді вираженого неврологічного дефіциту, психічних розладів, що зумовлюють стійку втрату працездатності та залежність від сторонньої допомоги в повсякденному житті. До того ж, принаймні один з шести пацієнтів переносить повторний інсульт протягом наступних 5 років. З хворих, які перенесли інсульт, до трудової діяльності повертаються 18–20 %. Тому проблема МІ вийшла за межі медичної науки і практики та набула важливого соціально-економічного значення. Кількість МІ зростає, перш за все, за рахунок ішемічних порушень мозкового кровообігу (ішемічних інсультів). Лікування ішемічного інсульту складається із базисної терапії, диференційованого (патогенетичного) лікування, терапії та профілактики ускладнень, ранньої реабілітації та вторинної профілактики.

Мета нашої роботи – експертне оцінювання лікарських засобів (ЛЗ), призначених для фармакотерапії ішемічного інсульту. Для досягнення поставленої мети створена опитувальна анкета, яка складалася з трьох частин. Більшість питань анкети закритого типу, частина – відкриті, які вимагали висловлювання власної думки. Перша (вступна, паспортна) частина містила питання, що стосувалися професійних та кваліфікаційних характеристик експерта. Друга містила блок питань, які стосувалися джерел отримання інформації про нові ЛЗ, призначені для фармакотерапії ішемічного інсульту, доступності такої інформації, відношення експерта до нових ЛЗ, окремих факторів впливу на призначення ліків. Третя частина анкети містила перелік ЛЗ, рекомендованих для фармакотерапії ішемічного інсульту, з таких груп, як: антикоагулянти прямої та непрямой дії, антиагреганти, периферичні вазодилататори, високоактивні діуретики, нейропротектори, антиоксиданти тощо. Вибір ЛЗ, які було включено в анкету, ґрунтувався на стандарті лікування, клінічному протоколі надання медичної допомоги хворим на ішемічний інсульт, Державному формулярі ЛЗ, а також з урахуванням пропозицій висококваліфікованих лікарів-експертів. Переважна більшість ЛЗ, які включено в анкету – це торгові назви ліків. Оцінка ЛЗ проводилась за такими параметрами, як ефективність, безпечність, частота призначення, важливість для лікувального процесу. Експертизі підлягали 131 назва ЛЗ, з яких лікарі-неврологи оцінили 92 ЛЗ (70,2%). При цьому тільки 32 ЛЗ (24,4% номенклатури) призначалися понад 50% експертів. Більшість респондентів серед цих ліків високоефективними вважає 26 ЛЗ (81,3%), безпечними – 22 ЛЗ (68,8%). До групи життєво важливих (V) респонденти з 32 ЛЗ віднесли 7 ЛЗ (21,9%), до групи необхідних (E) – 24 ЛЗ (75%) і до групи другорядних (N) – 1 ЛЗ (3,1% переліку).

Отримані результати дають можливість оптимізувати використання ЛЗ, призначених для лікування ішемічного інсульту.

ЕЛЕМЕНТИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ПРИ ВИБОРІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Макух Х.І., Зіменковський А.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Впродовж року практично кожна людина хворіє на респіраторне захворювання (РЗ) щонайменше 3-5 разів. Незважаючи на швидкий перебіг захворювання, його наслідки можуть стати причиною досить важких ускладнень, тому профілактика та лікування РЗ залишаються надзвичайно актуальними. Це зумовлює необхідність раціонального призначення фармакотерапії (ФТ) РЗ та ретельного підходу до вибору ефективних та безпечних лікарських засобів (ЛЗ). Застосування ЛЗ рослинного походження (ЛЗРП) у ФТ РЗ базується на широкому спектрі їх фармакологічної дії та відносній безпеці. Оскільки вони належать до безрецептурних ліків, вважаємо, що одним із шляхів досягнення раціональної фітотерапії РЗ є надання фахової фармацевтичної опіки (ФО) в аптечному закладі щодо оптимального вибору ЛЗРП для кожного пацієнта.

Проаналізовано 82 ЛЗРП, що застосовуються для лікування РЗ, на предмет можливості їх використання пацієнтами різного віку; одночасного безпечного прийому фітозасобів цієї групи з іншими синтетичними ЛЗ, а також раціонального застосування рослинних ліків при наявності супутньої патології. Встановлено, що із проаналізованих ЛЗРП немовлятам можна застосовувати лише фітозасоби на основі алтеї, подорожника, плюща. Пріоритетними лікарськими формами для дітей є краплі та сиропи, причому немовлятам рекомендуються краплі, дітям дошкільного віку - сиропи. Щодо аналізу взаємодії ЛЗРП з іншими синтетичними ЛЗ, з метою їх одночасного раціонального застосування та попередження небажаних передбачуваних побічних реакцій, встановлено, що ЛЗ на основі алтеї за умов тривалого застосування (понад 3 тижні) сприяють зниженню всмоктування інших ЛЗ в шлунково-кишковому тракті. Оскільки фітозасоби для лікування кашлю переважно належать до відхаркуючих, їх не можна поєднувати з ЛЗ, що гальмують кашлевий рефлекс, а також з антигістамінними ЛЗ, які згущують мокротиння. Раціональним є поєднання ЛЗРП на основі алтеї з антибіотиками та протизапальними ЛЗ. У результаті взаємодії пролонгується дія одночасно застосовуваних ЛЗ, підвищується їх терапевтичний ефект та знижується вираженість побічних реакцій. Завдяки широкому спектру фармакологічної дії, ЛЗРП є препаратами вибору при наявності гострого запального процесу в дихальних шляхах. Фітозасоби у лікарських формах - пастилках та сиропах, що містять сахарозу, фруктозу слід обмежувати пацієнтам із супутнім цукровим діабетом. Застосування ліків на основі солодки необхідно обмежувати пацієнтам із порушеннями функції печінки та нирок. Ліки, до складу яких входить подорожник, необхідно з обережністю приймати пацієнтам із підвищеною секрецією шлункового соку, при рефлюксо-езофагії. Застосування складних полікомпонентних ЛЗРП, особливо у формі сиропів із додаванням допоміжних підсолоджуючих компонентів, слід уникати пацієнтам із гіперчутливістю до компонентів ЛЗ та алергічною реакцією на них.

Роль ФО в сучасних умовах надання медичної допомоги та наявності широкого арсеналу ЛЗРП для ФТ РЗ надзвичайно зростає і є одним із найважливіших аспектів професійної діяльності провізора (клінічного провізора) в аптечному закладі, що дасть можливість раціоналізувати фітотерапію РЗ та сприятиме покращенню якості життя пацієнтів

ПРИНЦИПИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ПРИ ВІДПУСКУ АНТИГЕЛЬМІНТНИХ ПРЕПАРАТІВ

Місюрьова С.В., Пропіснова В.В.
Національний фармацевтичний університет

Гельмінтози - група хвороб, що викликаються паразитичними черв'яками - гельмінтами та їх личинками. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я з 50 млн. чоловік, які щорічно вмирають у світі, більш ніж у 16 млн. причиною смерті є інфекційні та паразитарні захворювання. За даними департаменту охорони здоров'я і соціального забезпечення США, кількість летальних випадків, викликаних паразитарними захворюваннями протягом року, можна порівняти з такими від раку й інсульту. На території України широко поширені близько 30 з 342 видів гельмінтів. Протягом життя практично кожна людина переносить паразитарне захворювання, причому найчастіше страждають діти (до 90% від числа виявлених гельмінтозів). Особливо високий рівень відзначається серед дітей організованих колективів, при цьому практично 98% всіх випадків захворювання припадає на: ентеробіоз - 89-96%, аскаридоз - до 7% і трихоцефальоз - близько 3%.

Переважній кількості хворих на гельмінтози не потребується госпіталізація і їх лікування має бути організоване в умовах поліклініки. Після встановлення діагнозу принципове значення набуває вибір антигельмінтного препарату, бажано, щоб він мав ларвіцидну (знищував личинки), овіцидну (знищував яйця) та верміцидну (знищував дорослих паразитів) дію. Лікування гельмінтозу може тривати від 2-3 днів до 10 днів залежно від ступеня ураження організму. На сьогоднішній день в медицині існує величезна кількість вельми ефективних і малотоксичних засобів для лікування гельмінтозу. В нашій країні для лікування глистових інвазій використовується близько 40 антигельмінтних препаратів. Слід зазначити, що жоден з найсучасніших препаратів не може гарантувати 100% лікування після одного курсу лікування, ефективність якого зазвичай не перевищує 90%; повне лікування, як правило, досягається після повторних курсів.

При здійсненні фармацевтичної опіки пацієнта при лікуванні глистових інвазій необхідно дотримуватися наступних принципів:

- протигельмінтна терапія повинна проводитися лише антигельмінтними препаратами з урахуванням виду паразита;
- терапія повинна бути комплексною, яка направлена не тільки на знищення гельмінтів, але й на ліквідацію наслідків їх життєдіяльності (алергізацію, анемію та ін);
- успішна дегельмінтизація (особливо у випадку ентеробіозу) можлива тільки при одночасному лікуванні всіх членів сім'ї на тлі суворого дотримання санітарно - гігієнічного режиму та правил особистої гігієни (такий режим обов'язковий протягом 1,5-3 місяців, особливо в сім'ї та дитячому закладі);
- через 14 днів після терапії рекомендується проведення лабораторного дослідження для підтвердження факту лікування;
- вибираючи антигельмінтні препарати для дітей до 2 років, вагітних і жінок, які годують груддю, необхідно порадитися з лікарем;
- необхідно регулярно проводити профілактичну протигельмінтну терапію 1 раз на півроку при наявності домашніх тварин.

Своєчасне виявлення і як можна швидко проведення протигельмінтної терапії дозволяє скоротити число випадків важкого перебігу глистових інвазій і їх ускладнень.

ПРОБЛЕМИ НОРМУВАННЯ РОБОЧОГО ЧАСУ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА В УКРАЇНІ

Настюха Ю.С., Зіменковський А.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Введення посади спеціаліста клінічного провізора (КП) до штатного розкладу закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) України, де здійснюється стаціонарне лікування, з розрахунку одна на 300 лікарняних ліжок, але не більше 2-х посад на лікарню регламентується Наказами МОЗ №33 та №654. До функціональних обов'язків КП належить здійснення моніторингу безпеки та ефективності лікарських засобів (ЛЗ), проведення експертизи та, погодженої з лікарем, корекції фармакотерапії (ФТ), робота у складі ФТ комісій, зокрема, з метою опрацювання та оновлення локального формуляру ЛЗ, надання фармацевтичної опіки (ФО), здійснення інформаційно-методичного забезпечення тощо.

У більшості європейських країн виконання перелічених обов'язків здійснює клінічний фармацевт (КФ). Одним із чинників, що визначає особливості місцевих моделей клінічної фармації є чисельність КФ. У країнах із розвинутою клінічною фармацією, зокрема, у Великій Британії, кількість КФ збільшилась настільки, що їх достатньо для більшості медичних напрямків (КФ в гінекології, кардіології, педіатрії тощо). У Росії виконання цих обов'язків покладено на лікаря-клінічного фармаколога, спеціальність введена з розрахунку одна посада на 150 ліжок.

Враховуючи міжнародний досвід та широкий спектр функціональних обов'язків КП, належному їх виконанню сприятиме перегляд штатних нормативів ЗОЗ - введення 1 посади КП на 100-150 ліжок. Початком таких змін слід вважати Наказ МОЗ України №178 (№239) «Про опрацювання змін до наказу №33 «Про штатні нормативи та типові штати ЗОЗ»».

Згідно посадової інструкції лікаря-клінічного фармаколога час регламентований для проведення оцінки ефективності та безпеки застосування ЛЗ на основі аналізу медичної документації становить 60 хв. на один випадок; надання консультацій хворим у складних випадках ФТ, тобто ФО скерованої на хворого - 45 хв. на одного пацієнта. Натомість, нормування робочого часу КП залишається відкритим питанням та потребує подальшого опрацювання.

Фахова діяльність КП передбачає співпрацю з іншими учасниками діагностично-лікувального процесу. Основні заходи, які проводяться спеціалістами іншого профілю за участі КП, наприклад, у складі ФТ комісії, потребують планування на поточний період (місяць, квартал), а також на рік з метою узгодження їх роботи.

Висновки.

Належному виконанню клінічним провізором його функціональних обов'язків сприятиме перегляд штатних нормативів закладів охорони здоров'я - введення 1 посади клінічного провізора на 100-150 лікарняних ліжок.

Залишається відкритим питання нормування робочого часу клінічного провізора, що потребує подальшого опрацювання та затвердження МОЗ України.

Узгодженню роботи клінічного провізора та спеціалістів іншого профілю сприятиме планування основних заходів їх сумісної роботи на поточний період (місяць, квартал) та на рік.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ФЛУРЕНІЗИДУ

Петрух Л.І., Кукуруза Л.В., Ткач О.А.

Львівський національний медичний університет

Фармацевтична опіка є джерелом інформації для лікаря, що сприяє фармакологічному нагляду за ефективністю певного лікарського засобу і можливими проявами його побічних або небажаних реакцій на організм.

Туберкульоз (ТБ) органів дихання є однією із невирішених проблем у фтизіатрії щодо раннього виявлення, диференціальної діагностики та лікування хворих. Існує проблема поєднання ТБ органів дихання з ін. хворобами: ішемічною хворобою серця (ІХС) та серцево-судинною недостатністю, хворобами шлунка і кишок (виразкова хвороба, гепатити, холецистити), цукровим діабетом, алкоголізмом і наркоманією, онкологічними й психічними захворюваннями. Супутні хвороби негативно впливають на перебіг ТБ та його вилікування. Поєднання неспецифічної інфекційної патології органів дихання також ускладнює лікування і видужання хворих на ТБ. Для успішного лікування туберкульозу у дорослих і дітей важливе значення з моменту встановлення діагнозу має комплексне, диференційоване використання протитуберкульозних препаратів.

Пошуку ефективних протитуберкульозних препаратів і раціональних схем лікування туберкульозу легень, поєданого із супутніми захворюваннями присвячена науково-дослідна робота, що виконана у Львівському НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України. Наукові дослідження стали основою нововведення “Спосіб корекції етіотропної хеміотерапії туберкульозу легень, поєданого із супутніми захворюваннями”, яке ґрунтується на використанні у комплексному лікуванні Флуренізиду і впровадженні нового препарату у фтизіатричну практику. Пропозиція про нововведення внесена Львівським НДІ епідеміології та гігієни МОЗ України, ЛНМУ ім. Данила Галицького, Львівським фтизіопульмонологічним центром, Хмельницьким обласним протитуберкульозним диспансером.

Флуренізид є високоефективним туберкулостатиком до чутливих і резистентних штамів МБТ; забезпечує високий бактеріостатичний ефект у різних схемах хеміотерапії, не викликає побічних реакцій, добре поєднується з відомими протитуберкульозними засобами. Це дає можливість фармакологічної корекції специфічної хеміотерапії у хворих на різні форми ТБ, також ускладнених форм ТБ легень, індивідуального підбору схем лікування, які раціональні для фтизіатричної практики. Встановлено, що Флуренізид забезпечує пролонгований клінічний ефект в інтенсивній фазі лікування різних форм ТБ; знижує ризик резистентності МБТ до ліків; запобігає прояву побічних реакцій Ізоніазиду та Рифампіцину; дає можливість досягнути фармакоеконімічного ефекту. Клінічне застосування Флуренізиду в режимі монотерапії або в комбінаціях з протитуберкульозними препаратами проходить без ускладнень.

Фармацевтична опіка. Введення Флуренізиду в комплексне лікування хворих на вперше виявлений деструктивний ТБ легень забезпечує знебацилення і закриття порожнин розпаду у 95,5%. Застосування Флуренізиду протягом 6–10 міс, не викликає у хворих токсичних чи токсико-алергійних реакцій. Протипоказання до застосування Флуренізиду не встановлені.

У клініці спостережено прояв легкої седативної дії препарату.

У хворих на ТБ і цукровий діабет Флуренізид виявляє гіпоглікемічну дію, що вимагає контролю доз протидіабетичних засобів.

Флуренізид використовують з метою надати якісну медичну допомогу хворим у лікуванні ТБ легень, що поєднаний із супутніми захворюваннями.

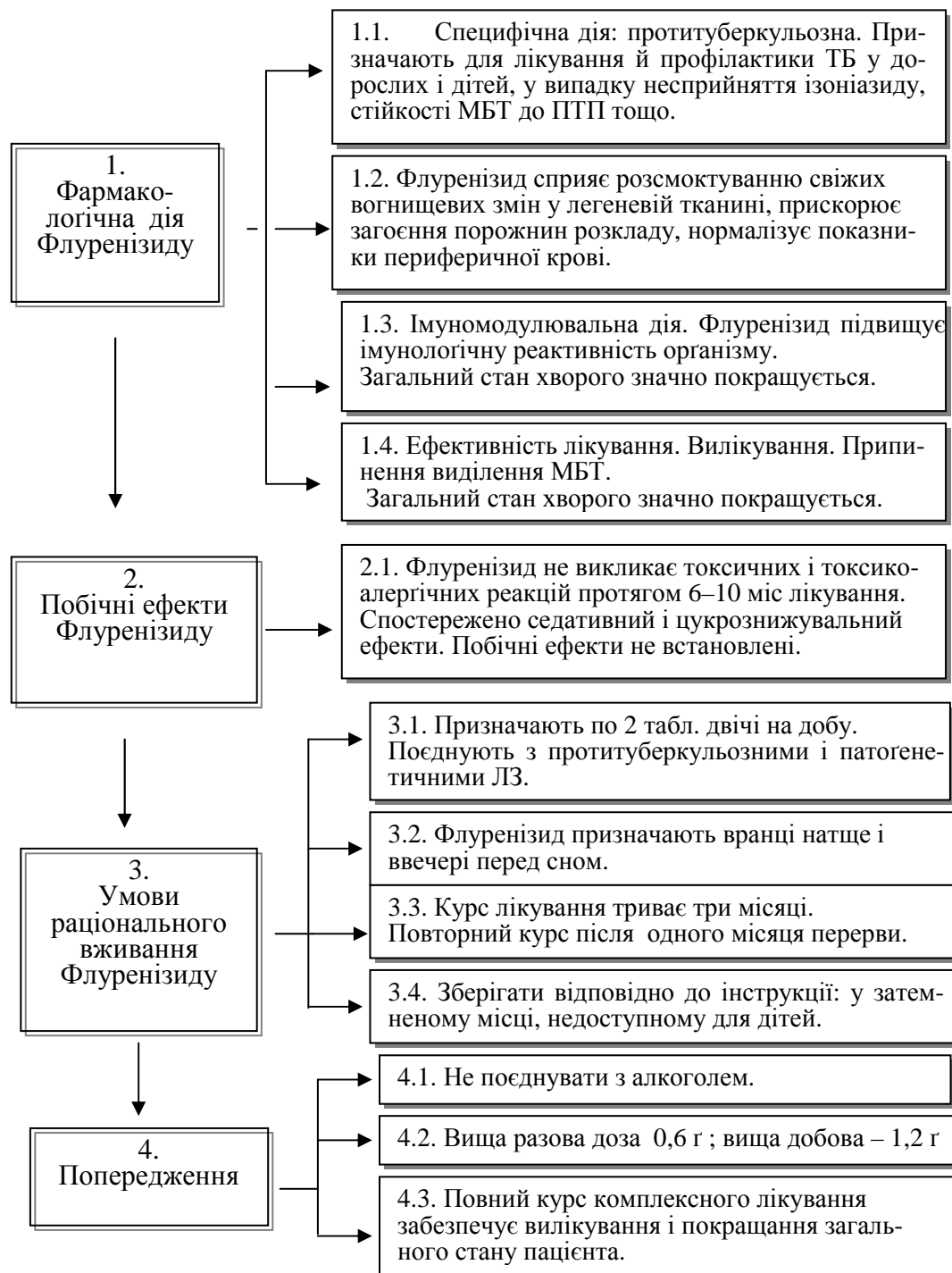


Схема. Фармацевтична опіка у випадку призначення Флуоренізиду для лікування хворих на туберкульоз.

Інформація з фармацевтичної опіки у випадку призначення Флуоренізиду подана на схемі, що вперше розроблена авторами.

Рекомендовані нові схеми лікування хворих на ТБ 1 категорії з токсико-алергічними реакціями до Ізоніазиду.

АКТУАЛЬНІСТЬ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ СПЕРМІЦИДНИХ ПРЕПАРАТІВ

Поліщук Ю.П., Давтян Л.Л

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Незважаючи на реалізацію в Україні протягом останніх 15 років заходів, направлених на охорону репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, рівень абортів, як методу регулювання народжуваності, залишається неприпустимо високим. Згідно з даними офіційної статистики в Україні у 2009 році було зроблено більш як 150 тисяч абортів. Штучне переривання вагітності - один із найбільш значних чинників розладу здоров'я жінки, а спричинені ним ускладнення призводять до збільшення (майже до кожної десятої жінки) показника смертності, пов'язаної з вагітністю та пологами.

Сучасна медицина пропонує різні методи запобігання небажаної вагітності. Найбільш ефективним слід визнати поєднання бар'єрних методів контрацепції (презервативи, діафрагми, ковпачки) із сперміцидними засобами, що знижує в 2–3 рази ризик виникнення статевих інфекцій.

Сперміциди — хімічні поверхнево-активні речовини, які інактивують сперматозоїди у піхві до попадання у верхні відділи статевого тракту та, в певній мірі, захищають від інфекцій, що передаються статевим шляхом.

В Україні зареєстровані сперміциди переважно у вигляді вагінальних супозиторіїв («Еротекс» — діюча речовина хлорид бензалконію, «Патентекс овал» — діюча речовина ноноксінол; «Фарматекс» — діюча речовина хлорид бензалконію) у наступних формах випуску: вагінальні пінисті супозиторії, вагінальні пінисті таблетки, крем, тампони, капсули).

З метою розширення номенклатури сперміцидних засобів у поєднанні з антимікробними властивостями нами була вивчена сперміцидна активність хінозолу та антибактеріальна активність метронідазолу в комбінації з молочною кислотою. Фармакологічна дія хінозолу визначає його використання в гінекологічній практиці. Він у порівнянні з іншими офіційними речовинами (хінін, ноноксол-9, мірамістин та ін.) є малотоксичний та проявляє як сперміцидну, так і антимікробну активність. Згідно проведених мікробіологічних досліджень встановлена активність метронідазолу по відношенню до більшості анаеробів - як грамнегативних, так і грампозитивних: бактероїдів (включаючи *B.fragilis*), клостридій (включаючи *C.difficile*), *Fusobacterium spp.*, *Eubacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *P.niger*, *G.vaginalis*.. До метронідазолу чутиві найпростіші (*T.vaginalis*, *E.histolytica*, *G.lambliia*, *L.intestinalis*, *E.coli*, *Leishmania spp.*), а також *H.Pylori*.

Молочна кислота, підтримує кислу реакцію середовища піхви (рН 3,8 – 4,4), та стимулює ріст лактобактерій, і створює несприятливі умови існування кокової флори.

Хінозол проявляє антисептичні та сперміцидні властивості, не викликає місцево-подразнюючої дії, не інактивується білками тканин.

Виходячи з вищенаведеного, доцільним є розробка оптимального складу та технології сперміцидних лікарських засобів з антимікробною активністю, що містить метронідазол, хінозол та молочну кислоту.

Таким чином, нами запропоновано новий оригінальний лікарський засіб у вигляді пінного аерозолу, супозиторіїв, гелю та плівок та розроблений методологічний підхід до їх створення.

ПАТОГЕНЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОШУКУ ВИСОКОЕФЕКТИВНИХ СТРЕСПРОТЕКТОРІВ

Савченкова Л.В., Акімова М.С.

Луганський державний медичний університет

Нині вважається, що зменшення тривалості та якості життя, в першу чергу, пов'язане зі збільшенням числа нейродеструктивних захворювань, в етіопатогенезі яких лежить стрес. Більше 80% захворювань, згідно даним Американської Медичної асоціації, в сучасному суспільстві обумовлені саме емоціональним стресом. Тому актуальною проблемою сучасної медицини й фармакології є протистояння негативним наслідкам психоемоційної напруги та стресу. Для її розв'язання необхідний подальший розвиток уявлень про стрес, його пускові механізми, а також ролі в розвитку когнітивного дефіциту та найбільш раціональні методи лікування.

Згідно теорії Ганса Сельє, стрес протікає в три стадії, де перша, стадія тривоги, характеризується порушенням катаболізма, збільшенням викиду катехоламінів і кортикостероїдів, крім того спостерігається зниження маси вилочкової та лімфатичної залоз, селезінки й печінки, наднирників. Стадія опору (адаптація) настає, якщо вплив стресу продовжується, у відповідь організм збільшує опірність несприятливим факторам. При цьому анаболічні процеси переважають над катаболічними, функцією реакції на фізіологічний стрес є підтримання організму на стабільному стані. На стадії виснаження виникають захворювання, пов'язані зі стресом.

Виходячи з вище сказаного, стрес можна поділити на дві різновидності – еустрес і дистрес. Стрес, який протікає в рамках перших двох стадій (еустрес) впливає на людину позитивно, мобілізує його, покращує увагу, реакції, психічну діяльність, підвищує адаптаційні можливості організму. Основними симптомами дистресу є занепад сил, швидка втомлюваність, млявість, головні болі, зниження інтелектуальних можливостей, мінливий настрій.

Враховуючи, що стрес вважається «загальним адаптаційним синдромом», одне з найважливіших місць в профілактиці та терапії останнього займають стреспротектори, адаптогени (загальнотонізуючий) та седативні лікарські препарати. Судячи з особливостей патогенетичного фундаменту стресу окрім зазначених вище засобів в терапії призначаються снодійні, анксиолітики, антидепресанти, симпатоміметики та ноотропні засоби. Однак ефективність зазначених методів фармакотерапії має досить низку ефективність.

Саме тому, основним ключем до управління стресу слід вважати поглиблене вивчення патогенетичних факторів його розвитку, та пошук нових безпечних та ефективних стреспротекторів які б корегували метаболічні порушення на різних етапах формування стресових станів.

РАЦІОНАЛЬНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ ТРАВМАТИЧНОГО ШОКУ В КОНТЕКСТІ АВС-АНАЛІЗУ

Трохимчук В.В., Шматенко О.П., Притула Р.Л., Соломенний А.М., Шматенко В.В.
Українська військово-медична академія

Шляхом раціоналізації використання матеріальних ресурсів у лікувально-профілактичних закладах, хірургічних відділеннях та відділеннях інтенсивної терапії є створення та впровадження у повсякденну діяльність формулярного переліку (ФП) препаратів у кожному лікувально-профілактичному закладі, що дозволяє створити оптимальні умови для виведення з критичного стану хворих з травматичним шоком (ТШ), підвищення якості надання медичних послуг, оптимально оцінити співвідношення «ціна – якість» доступних лікарських засобів, а також сприяє підвищенню кваліфікації співробітників шляхом одержання інформації про найефективніші лікарські засоби, що використовуються.

Наше дослідження проводилося шляхом вибіркового ретроспективного аналізу історій хвороб 1370 пацієнтів, які проходили лікування в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги та Головному військово-медичному клінічному центрі у період з 1999 по 2009 роки. До вибірки ввійшли потерпілі чоловічої та жіночої статі з ПТ, клінічна картина якої супроводжувалась травматичною хворобою, а саме ТШ.

Аналіз даних літератури та власних досліджень дав змогу скласти узагальнені, але цілком визначені уявлення про закономірності фармакотерапії ТШ. Для проведення дослідження були взяті дані з клінічної практики лікування ТШ з акцентом на застосування лікарських засобів (ЛЗ), які застосовуються в переважній більшості випадків і розраховані на середнього споживача. Результатом роботи є сформований базисний перелік ЛЗ.

Для обробки даних був застосований АВС-аналіз. АВС-аналіз – це метод, що дозволяє класифікувати ресурси ЛЗ за ступенем їх важливості. У його основі лежить принцип Парето – 20 % всіх ЛЗ дають 80 % обігу. По відношенню до АВС-аналізу правило Парето може прописане так: надійний контроль 20 % позицій дозволяє на 80 % контролювати систему. Тому результатом розподілу стали 3 категорії: А – найбільш цінні, В – проміжні, С – найменш цінні ЛЗ.

Отже, позиції категорії А базисного переліку слід вважати першочерговими і тому визначені препарати слід обов'язково включати в ФП. Встановлено, що до обов'язкового асортименту ЛЗ ФП при ТШ повинні бути включені наркотичні та ненаркотичні анальгетики, інфузійні розчини, гормональні препарати, препарати крові і білкові препарати та антибіотики (група цефалоспоринового та тетрациклінового ряду).

Позиції категорії В є такими, що менш застосовувані з різних причин, але вони відіграють важливу роль як при виведенні хворого з критичного стану, так і в підтриманні стабільних життєво-важливих функцій організму постраждалого. Переважну більшість таких препаратів складають антибактеріальні (групи лінкоміцинів, цефалоспоринів та пеніцилінів), серцево-судинні, дегідратаційні, гормональні, інфузійні, нейролептичні ЛЗ (реланіум) та інгібітори протеолізу.

Всі інші номенклатурні позиції віднесені до категорії С. Дані препарати є менш застосовувані в терапії травматичного шоку та використовуються переважно при наявності тієї чи іншої супутньої патології або, зважаючи на їх ціну, – економічно недоцільні. До них відносяться плазмозамінники, окремі антибактеріальні засоби (фуцис), спазмолітичні, седативні, кровоспинні, протиблювотні препарати, а також вітаміни, нестероїдні протизапальні та ноотропні засоби.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ РЕГУЛЮВАННЯ АДАПТАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Унгурян Л.М., Цветкова Н.П.

Одеський національний медичний університет

Адаптаційні можливості організму, що відображають його динамічну рівновагу з навколишнім середовищем, є інтегральним показником здоров'я. За умов дії екологічних стрес-чинників хімічної природи знижується резистентність організму, порушуються гомеостатичні функції, адаптаційно - компенсаторні процеси, зростає загальна захворюваність. З огляду на це, до найбільш актуальних проблем фізіології належить вивчення адаптаційних процесів, наукове обґрунтування методів і засобів підвищення функціональних резервів організму з метою забезпечення адаптації в умовах сучасного зміненого довкілля.

В останні роки в світі, у тому числі й в Україні, спостерігається значне зростання кількості природних та техногенних надзвичайних ситуацій з виникненням різноманітних факторів, які негативно впливають на організм. Всі вони знижують фізичну працездатність, що нерідко створює небезпеку для життя людини. Тому збереження належного рівня фізичної працездатності при дії на організм шкідливих факторів, а також забезпечення потреб військової, спортивної та космічної медицини є важливою задачею сучасної фармації. Вагоме місце серед засобів, призначених для збереження фізичної працездатності та її швидкого відновлення в екстремальних умовах, займають актопротектори.

Завдяки своїм унікальним властивостям, спрямованим на економізацію енергетичних ресурсів організму, вони знайшли широке коло показників для свого застосування: в загальномедичній практиці, військовій медицині, медицині екстремальних станів та при виконанні здоровою людиною особливо інтенсивних навантажень.

Синтетичні групи препаратів актопротекторної дії найчастіше відносяться до допінгових зі всіма витікаючими звідси наслідками. Оскільки вони в переважній більшості випадків є сильнодіючими, серед них практично немає нешкідливих. Всі вони виступають як чужорідні речовини (ксенобіотики), нерідко здатні накопичуватися в організмі і давати фазу негативної післядії, з достатньо вузьким діапазоном робочих доз.

Екстремальні стани (фізичні перенавантаження, гіпергравітація, гіпоксія, емоційний стрес, нейрогенні розлади адаптації, тривала гіпокінезія, тощо) в наш час не можуть бути виключеними зі сфери професійної діяльності людини.

Для регулювання і корекції енергетичних процесів організму лікарями та споживачами переважно застосовуються біологічно активні добавки (БАД), які мають певні недоліки та дуже часто не проявляють бажаного фармакологічного ефекту і можуть проявляти негативний вплив на організм людини.

На сьогоднішній день для вирішення проблеми регулювання адаптаційних процесів організму людини використовують препарати адаптогенної, ноотропної та актопротекторної дії, асортимент яких на фармацевтичному ринку України обмежений та представлений в основному закордонними виробниками.

Тому пошук нових природних біологічно активних речовин, які є нетоксичними, нешкідливими, некумуляючими, з достатньо м'якою дією, без яких-небудь небезпек розвитку звикання і особливо пристрасті, без побічних явищ, особливо фази негативної післядії, із значною широтою оптимальних дозувань, та створення на їх основі препаратів для регулювання адаптаційних процесів організму людини є актуальним питанням фармації та практичної медицини.

ОПТИМІЗАЦІЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО САМОЛІКУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ НОРМАТИВНИХ ДОКУМЕНТІВ

Чумак В.Т.²⁾, Морозов А.М.²⁾, Зупанець І.А.¹⁾, Бездітко Н.В.¹⁾, Степаненко А.В.²⁾,
Ліщишина О.М.²⁾, Пропіснова В.В.¹⁾, Шилкіна О.О.²⁾
Національний фармацевтичний університет¹⁾
ДП „Державний фармакологічний центр” МОЗ України²⁾

Приклади з повсякденної практики свідчать, що в Україні значна частина лікарських засобів в аптеках реалізується без рецепта лікаря, що призводить до неконтрольованого споживання ліків громадянами, сприяє поліпрагмазії і, в кінцевому результаті, веде до зростання інвалідизації і смертності (безпосередньо або опосередковано) від побічних ефектів медикаментозної терапії. Самолікування громадян збільшується також через агресивну маркетингову політику фармацевтичних компаній та неконтрольоване рекламування лікарських засобів.

До 2010р. нормативна база, що впорядковує застосування безрецептурних лікарських засобів, а також взаємодію провізора (фармацевта) і пацієнта при відповідальному самолікуванні відсутня. Діючі накази регламентують відпуск рецептурних препаратів, але, в основному, в частині правил оформлення рецептів і відпуску лікарських засобів, а не спілкування провізора (фармацевта) і пацієнта (накази МОЗ України №360 від 19.07.2005р., №356 від 18.12.1998р., №626 від 15.12.2004р.)

Наказ МОЗ №158 від 22.02.2010 «Про затвердження протоколів провізора (фармацевта)» розроблений відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України від 10.09.2008 № 1247-р "Про затвердження Плану заходів щодо удосконалення державного контролю за обігом лікарських засобів і виробів медичного призначення", наказу МОЗ України від 18.12.2007 № 838 "Про затвердження Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України" з врахуванням положень настанов Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної фармацевтичної федерації «Стандарти якості фармацевтичного обслуговування. Належна аптечна практика» 1997 р., «Розвиток фармацевтичної практики – фокус на пацієнта» 2006 р.

Структура протоколів провізора (фармацевта) складається з наступних розділів:

1. **Паспортна частина** складена відповідно до вимог «Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (ч. 1, 2)» (накази МОЗ України та АМН України №102/18 від 19.02.2009р., №798/75 від 03.11.2009р.).
2. **Настанова з оцінки потреб пацієнта при зверненні за допомогою** спрямована на з'ясування загальної інформації про пацієнта або про того, хто потребує допомоги.
3. **Загрозливі симптоми, які вимагають негайного звернення до лікаря**, містять інформацію про симптоми, яка дозволяє розпізнати серйозні розлади здоров'я та своєчасно спрямувати пацієнта до лікаря.
4. **Алгоритм фармацевтичної опіки** надає алгоритм бесіди провізора (фармацевта) з пацієнтом і дозволяє належним чином оцінити конкретну проблему із здоров'ям у пацієнта
5. **Перелік (Формуляр) безрецептурних лікарських засобів для симптоматичного лікування**, в якому представлені фармакотерапевтичні групи і міжнародні непатентовані назви лікарських засобів відповідно до Державного формуляра.

6. **Надання належної інформації щодо лікарських засобів для відповідального самолікування** передбачає лаконічну за формою та досить повну за змістом інформацію щодо рекомендованих препаратів, а саме: фармакологічна дія, спосіб застосування та особливості застосування, тривалість лікування, можливі побічні ефекти, протипоказання, взаємодія з іншими ЛЗ, а також рекомендації загального характеру щодо ведення здорового способу життя, раціонального харчування, профілактики захворювань тощо.

Наказ включає 16 протоколів провізора (фармацевта), з яких:

- 9 – присвячені симптоматичному лікуванню синдромів і симптомів, про які частіше за все повідомляють відвідувачі аптек і, для яких найбільш повно представлені дані по фармакотерапії в інформаційних джерелах;
- 3 – інформаційно-просвітницького характеру, присвячені проблемам профілактики суспільно значущих захворювань – ВІЛ/СНІД, туберкульоз, тютюнопаління – для боротьби з якими створені державні програми, і яким ВООЗ і МФФ в своїх директивах і настановах приділяє пильну увагу і надає провізору (фармацевту) важливу роль в забезпеченні їх попередження;
- 4 – присвячені рекомендаціям по формуванню аптечок першої допомоги для службових приміщень, для подорожей, для немовлят, домашня аптечка першої допомоги.

Забезпечення моніторингу за впровадженням в роботу аптечних закладів протоколів провізора (фармацевта) покладено на Державну інспекцію з контролю якості лікарських засобів МОЗ України.

Відповідно засад доказової медицини передбачено оновлення протоколів провізора (фармацевта).

ВИВЧЕННЯ СПОЖИВЧИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЗАСОБІВ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ РІВНЯ ГЛЮКОЗИ В КРОВІ

Ярко Н.Б., Громовик Б.П., Гунчак Л.Р.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Для доброго самопочуття і запобігання ускладнень (як гострих, так і хронічних) при цукровому діабеті будь-якого типу пацієнтам необхідно регулярно контролювати цілий ряд показників, що характеризують їх стан. Для самоконтролю рівня глюкози в крові в домашніх умовах використовуються глюкометри і розхідні матеріали до них: тест-смужки, ланцети і розчини для калібрування (далі - засоби для самоконтролю рівня глюкози в крові (ЗСГК)).

З метою вивчення споживчих властивостей ЗСГК нами проведено анкетне опитування безпосередніх їх користувачів та фармацевтичних фахівців, що реалізують ЗСГК.

Опитування безпосередніх користувачів ЗСГК проводилось протягом листопада – грудня 2009 р. на базі Львівського ендокринологічного диспансеру (всього опитано 173 пацієнта). Встановлено, що майже половина опитаних користуються глюкометрами самостійно для постійного контролю глікемії, щонайменше дві п'ятих контролює її рівень залежно від самопочуття в лікувально-профілактичних закладах, решту взагалі не контролюють стан глікемії. Три четвертих користувачів придбали глюкометри в аптеках, решту - отримали їх безкоштовно відповідно до державної цільової програми «Цукровий діабет». При цьому три четвертих анкетованих були не задоволені ціною розхідних матеріалів, а майже дві п'ятих – їх якістю. Встановлено також, що всі користувачі в місці придбання отримали вичерпну інформацію про спосіб застосування ЗСГК. Три четвертих пацієнтів скаржились на похибки в результатах вимірювання і водночас жоден з них не був поінформований про необхідність калібрування глюкометрів і наявність спеціальних розчинів для цього. Варто зазначити, що майже дві п'ятих опитаних з метою економії використовували ланцети два і більше разів, а інколи і скарифікатори. Будова останніх дещо відрізняється від будови ланцета та їх використання є травматичнішим.

Усі користувачі висловили побажання стосовно зменшення ціни на розхідні матеріали, удосконалення точності глюкометрів та їх конструкції для зменшення атравматичності і кількості розхідних матеріалів, а щонайменше дві третіх з них - щодо опрацювання приладу, яким можуть користуватись пацієнти з вадами зору, та необхідності додаткових інформувань з використання ЗСГК.

Опитування аптечних фахівців проводилося на базі 51 аптеки м. Львова, розташованих у різних районах міста, протягом грудня-лютого 2009-2010 рр. За даними опитування встановлено, що в продуктовому асортименті досліджуваної сукупності аптек наявні лише три позиції глюкометрів з десяти зареєстрованих. При цьому в майже двох третіх аптек був хоча б один прилад для самоконтролю глікемії, в менше п'ятої частини - лише тест-смужки, а в понад однієї п'ятої частини аптек ЗСГК були відсутні. В жодній аптеці не було розчину для калібрування глюкометрів.

Абсолютна більшість аптечних фахівців вказали на необхідність додаткових інформувань стосовно використання ЗСГК, майже дві третіх - зменшення ціни на розхідні матеріали, щонайменше половина – удосконалення точності глюкометрів.

На підставі отриманих результатів опрацьовані відповідні рекомендації для користувачів та аптечних фахівців щодо застосування ЗСГК.