

діючими речовинами, які рекомендовані для лікування ГХ, що вказує на достатню забезпеченість хворих антигіпертензивними ЛЗ. В асортименті аптек серед країн-виробників найбільшу частку зайняли ЛЗ імпортного виробництва – 72% (з яких Словенія, Німеччина – по 15%, Індія, Угорщина зайняли до 7%), за фармакологічними групами найбільші долі складають інгібітори АПФ 35%, блокатори кальцієвих каналів, β -адреноблокатори 16-18% відповідно; серед 36 МНН найбільшу частку займають препарати з діючою речовиною – еналаприл, лізиноприл та амлодипін – 10-11%.

Список літератури

1. «Комбінована терапія артеріальної гіпертензії» / Журнал «CONSILIUM MEDICUM», 2011, ТОМ №13, № 5, с. 74-80 [електронне джерело]
2. Гіпертонічна хвороба /Медичний довідник 17.04.2011 рік [електронне джерело]
3. Гострий інфаркт міокарда. Ускладнення : монографія / В. К. Ташук, О. С. Полянська, О. Ю. Поліщук [та ін.]. – Чернівці : Книги-XXI, 2012. – 218 с.
4. Ивашкин В.Г., Кузнецов Е.Н. Современные принципы антигипертензивной терапии //Терапевтический архив, 2001. № 1. С. 59-62.
5. Клінічна фармація : підручник / І. А. Зупанець, В. П. Черних, І. Г. Купновицька [та ін.]; за ред. : В. П. Черних, І. А. Зупанця, І. Г. Купновицької ; Національний фармацевтичний університет. – Харків : НФаУ : Золоті сторінки, 2013. – 910 с. : табл., іл.

УДК 615.12:339.

ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА РОЗРАХУНОК ВАРТОСТІ ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ II-III СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Подколзіна М.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Гіпертонічна хвороба (ГХ) є провідним фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань різного ступеню важкості. За даними Інституту кардіології ім. М.Д. Стражеско та Інституту терапії АМН України у 2010 році приблизно 1 млрд людей у всьому світі страждало від артеріальної гіпертензії, і даний показник невпинно зростає — до 2025 р. очікується 1,56 млрд. хворих.

Ситуація в нашій країні невтішна: поширеність гіпертонічної хвороби серед дорослого населення України становить 36 %, частіше хворіють чоловіки. У структурі домінує м'яка ГХ (50 % хворих), частка хворих на помірну гіпертонічну хворобу складає близько 30 %, важкої — 17 % хворих на ГХ. Контроль гіпертонічної хвороби становить в Україні 14 % у міській популяції і лише 8 % у сільській, що обумовлює гіршу ситуацію з терапією цього небезпечного захворювання та важливість профілактики.

Мета дослідження. дослідження методів корекції артеріального тиску та розрахунок вартості лікування гіпертонічної хвороби ii- iii ступеня тяжкості

Методи дослідження. історичний, логічний, фармакоеконічного

аналізу.

Основні результати. З огляду на те, що працівники аптеки надають консультації відвідувачам не тільки з приводу правильного застосування, зберігання ЛЗ, а також способу життя, оздоровчих заходів, здійснюють санітарно – просвітницьку діяльність, доцільним є дослідити профілактичні заходи та доступні методи немедикаментозної корекції АТ на ранній стадії розвитку гіпертонічної хвороби.

Немедикаментозна гіпотензивна терапія. На початковій стадії і при м'якій формі ГХ для корекції АТ використовують спочатку тільки нефармакологічні методи лікування /нульовий ступінь/. Ці методи спрямовані на оздоровлення способу життя, зниження надлишку маси тіла, обмеження прийому кухонної солі і корекції гіперліпідемії. Оздоровчі методи включають відмову від куріння, зловживання спиртними напоями, міцним чаєм і кавою [2].

Встановлена пряма кореляційна залежність між масою тіла і рівнем АТ. Зниження маси тіла при ожирінні на 15 % веде до зниження АТ на 10%. Схуднення досягається шляхом режиму обмежень та фізичних навантажень. Хворим на ГХ молодого віку варто рекомендувати дозовані фізичні навантаження з поступовим збільшенням або ходьби, або легкого бігу, або плавання. Складніше буває з особами похилого віку, у яких нерідко ГХ поєднується з різними супутніми захворюваннями. Їм слід дотримуватись гіпокалорійної дієти з частим дрібним харчуванням.

Одним з основних факторів ризику виникнення ГХ є вживання надмірної кількості кухонної солі. Зменшення вживання натрію з їжею при одночасному збільшенні харчових продуктів, багатих калієм, веде до суттєвого зниження систолічного і діастолічного АТ при стабільній АГ.

У виникненні та прогресуванні ГХ певне значення належить психоемоційним перевантаженням, стресам, які провокують гіперпродукцію катехоламінів, гіперліпідемію і судинний невроз. Поряд з психотерапією, голковколуюванням і аутогенним тренуванням важлива роль належить вмінню хворого адаптуватись до мікросоціального середовища.

Важливим компонентом немедикаментозної гіпотензивної терапії стала дієта з обмеженням тваринних жирів. Досить часто ГХ поєднується з гіперліпідемією, яка сприяє прогресуванню хвороби і розвитку ІХС. В їжі потрібно зменшити вміст тваринних жирів до 25-30 % від загальної калорійності. Із включенням жиру молочних продуктів кількість тваринного жиру не повинна перевищувати 40 г на добу. До складу їжі обов'язково слід включати продукти, багаті поліненасиченими жирними кислотами. Хворому на ГХ бажано в день вживати дві ложки рослинної олії.

До нефармакологічних методів лікування належать оздоровча ЛФК, бальнеологічні та фізіотерапевтичні методи лікування. Доцільно більш широко використовувати санаторії-профілакторії та санаторно-курортне лікування.

Якщо протягом 3-6 міс проведення немедикаментозної гіпотензивної терапії не наступає зниження АТ до 140/90 мм рт.ст., то доцільно переходити на медикаментозне лікування. В деяких випадках після першого огляду хворого позитивно вирішується питання про призначення медикаментів. Враховується

також бажання хворого змінити чи не змінити свій спосіб життя. Нефармакологічні методи не втрачають свого значення на всіх стадіях ГХ і не повинні відмінитись. Особам похилого віку з вираженим церебральним атеросклерозом призначають медичні пиявки на сосцевидні відростки по 2-4 п'явки з кожної сторони [1,2].

Причиною ГХ бувають психоемоційні перенапруження метеорологічні фактори, гормональні розлади. В похилому віці раптове підвищення АТ може бути спровоковане гострою ішемією головного мозку внаслідок церебрального атеросклерозу, шийного остеохондрозу або хронічної циркуляторної церебральної недостатності. ГХ може викликати гостра ішемія міокарда з рефлекторним збудженням ЦНС і раптовим викидом катехоламінів в кров. Отже, при проведенні профілактичних заходів варто враховувати механізм розвитку ГК, відрегулювати ритм життя.

Профілактика гіпертонічної хвороби. Первинна профілактика ГХ включає боротьбу з факторами ризику. Вона направлена на оздоровлення населення з дотриманням здорового способу життя. Складові частини первинної профілактики:

- 1- нормалізація маси тіла з обмеженням калорійності їжі,
- 2- харчування з обмеженням кухонної солі до 4-6-10 г/ добу,
- 3- фізичні навантаження при гіподинамії,
- 4- по можливості виключення стресів з модифікацією поведінки людей психологічного типу А.

Вторинна профілактика гіпертонічної хвороби носить багатоплановий характер: продовжується боротьба з факторами ризику; хворі на гіпертонічну хворобу підлягають диспансерному нагляду з динамічним спостереженням за їх здоров'ям кожних 3-6 міс. Важливим компонентом боротьби з гіперліпідемією і ожирінням є обмеження калорійності харчових продуктів з великим вмістом холестерину і тваринних жирів. В їжу доцільно включати продукти, багаті поліненасиченими жирними кислотами і калієм, морську рибу, овочі, фрукти. Кількість кухонної солі повинна бути не більшою за 4-6 г/добу.

Профілактичне значення мають психотерапія, санаторно-курортне лікування та перебування в профілакторіях. До вторинної профілактики відносять раціональне працевлаштування з виключенням умов праці, які сприяють підвищенню АТ (нічні зміни, вібрація, шум, невротизація).

В залежності від рівня і стабільності АТ в амбулаторних умовах призначають гіпотензивну медикаментозну терапію, частіше у вигляді монотерапії. Огляд хворого в такому випадку проводиться раз в 2-3 тиж, а при нормалізації АТ - один раз в 1-2 міс.. Вторинна профілактика затримує прогресування гіпертонічної хвороби, перехід її в злоякісний варіант попереджує виникнення таких ускладнень, як крововилив у мозок, серцева астма, ниркова недостатність [1,2,3].

Розрахунок вартості лікування гіпертонічної хвороби II – II ступенів тяжкості (табл. 1) було проведено за схемами, наведеними у державному формулярі для стаціонарного та амбулаторного лікування гіпертонічної хвороби [4].

Розрахунок вартості курсу лікування гіпертонічної хвороби за схемою «Діуретик + Інгібітор АПФ» показав, що лікування у стаціонарних та амбулаторних умовах вітчизняними препаратами обійдеться дешевше у 4 рази, ніж лікування імпорними аналогами. Застосування комбінованого ГЛЗ обійдеться дорожче у 2 рази.

Розрахунок вартості курсу лікування гіпертонічної хвороби за схемою «Антагоніст кальцію + бета-блокатор» показав, що лікування у стаціонарних та амбулаторних умовах вітчизняними препаратами обійдеться дешевше у 1,5 рази, ніж лікування імпорними аналогами. До схем лікування включені комбіновані ЛЗ, але в аптеці впродовж дослідження вони не з'являлися, тому ми взяли тільки комбіновані препарати з різних фармакологічних груп.

Розрахунок вартості курсу лікування за схемою «Антагоніст кальцію + інгібітор АПФ» показав, що лікування у стаціонарних та амбулаторних умовах вітчизняними препаратами обійдеться дорожче у 2,5 рази, ніж лікування імпорними аналогами. Застосування комбінованого ГЛЗ обійдеться дорожче у 3 рази.

Розрахунок вартості курсу лікування за схемою «Діуретик + бета-адреноблокатор» показав, що лікування у стаціонарних умовах вітчизняними препаратами обійдеться дешевше у 1,2 рази та амбулаторних умовах вітчизняними препаратами обійдеться дешевше у 2,6 рази, ніж лікування імпорними аналогами. До схем лікування включені комбіновані ЛЗ, але в

Таблиця 1

Розрахунок вартості курсу лікування ГХ

Схема лікування ГХ II- III ступеня	Країна-виробник	Вартість курсу лікування, грн	
		Лікування в умовах стаціонару (14 днів)	Лікування в амбулаторних умовах (30 днів)
Діуретик + Інгібітор АПФ	Укр.	16,56	35,48
	Імп.	64,89	139,05
Комбінований ЛЗ	Імп.	40,18	86,10
Антагоніст кальцію + бета-блокатор	Укр.	43,03	92,20
	Імп.	64,62	138,48
Комбінований ЛЗ	Імп.	Немає в аптеці	Немає в аптеці
Антагоніст кальцію + інгібітор АПФ	Укр.	43,03	92,20
	Імп.	17,29	63,00
Комбінований ЛЗ	Імп.	54,18	116,10
Діуретик + бета-адреноблокатор	Укр.	28,28	60,60
	Імп.	36,26	161,15
Комбінований ЛЗ	Імп.	Немає в аптеці	Немає в аптеці

аптеці впродовж дослідження вони не з'являлися, тому ми взяли тільки комбіновані препарати з різних фармакологічних груп.

Таким чином, серед запропонованих схем лікування найдорожчою

виявилась схема «Діуретик + бета-адреноблокатор» - 160 грн. Найнижчою вартість лікування виявилась за схемою «Діуретик + Інгібітор АПФ» - майже 36 грн.

Висновки

1. Первинна профілактика гіпертонічної хвороби має важливе значення в аспекті збереження здоров'я людини, основні складові якої - нормалізація маси тіла з обмеженням калорійності їжі, харчування з обмеженням вживання солі, помірні фізичні навантаження, по можливості виключення стресів.

2. За результатами розрахунку вартості лікування гіпертонічної хвороби різних ступенів тяжкості визначено, що найдорощим виявилось амбулаторне лікування за схемою «Діуретик + бета-адреноблокатор» - 160 грн, найменша вартість курсу лікування - за схемою «Діуретик + Інгібітор АПФ» - 35,48 грн.

Список літератури

1. Гострий інфаркт міокарда. Ускладнення : монографія / В. К. Ташук, О. С. Полянська, О. Ю. Поліщук [та ін.]. – Чернівці : Книги-XXI, 2012. – 218 с.
2. Ивашкин В.Г., Кузнецов Е.Н. Современные принципы антигипертензивной терапии //Терапевтический архив, 2001. № 1. С. 59-62.
3. Гіпертонічна хвороба /Медичний довідник 17.04.2011 рік [електронне джерело]
4. Наказ МОЗ України № 868 від 10.05.2018р. «Державний формуляр лікарських засобів. Випуск десятий»

УДК : 615.076: 634.711

ПЕРСПЕКТИВИ СТВОРЕННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОГО ТА ПРОТИГРИБКОВОГО ПРЕПАРАТУ НА ОСНОВІ, ЕКСТРАКТУ З ЛИСТЯ МАЛИНИ

Поліщук І.М., Ільїна Т.В., Комісаренко М.А., Голік М.Ю., Ковальова А.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна.

Вступ. Патогенні мікроорганізми спричиняють інфекційні захворювання, які є супутниками людства протягом усієї історії його існування. Лікування захворювань, спричинених мікроорганізмами, синтетичними лікарськими засобами здебільшого призводить до розвитку резистентності патогенної мікрофлори до них, частою побічною дією на організм людини, появою алергічних реакцій. Цих негативних моментів можна уникнути, використовуючи рослинні препарати. Перспективною рослинною сировиною для створення нових антимікробних препаратів є листя малини звичайної.

Малина звичайна (*Rubus idaeus*) напівкущова рослина родини Розоцвіті (*Rosaceae*) із дворічними надземними пагонами. Однорічні пагони трав'янисті сизуваті з багаточисельними червонуватокоричневими шипами, які восени дерев'яніють, а наступного року зацвітають і дають плоди.

Листки чергові, трійчасті, непарноперисті з 3-5-7 листочків, по краю нерівнопильчасті, зверху темно-зелені, знизу – сірувато білі. Черешки і жилки