

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було проведено анкетування 124 хворих з ССЗ віком від 30 до 90 років. Для оцінки комплаєнса використовувалась шкала Моріскі-Грін. В анкеті були сформульовані питання для визначення ступеня довіри хворих до різних джерел медичної інформації (відповіді респондентів ранжувались за Шкалою Лайкерта). Аналіз отриманих даних проводився із використанням статистичних методів.

Результати та їх обговорення. За результатами опитування за шкалою Моріскі-Гріна нами було визначено комплаєнс пацієнтів з ССЗ. Комплаєнтними виявилися 48,39% пацієнтів, що значно нижче загальноприйнятого показника — 80%. Нами були встановлені кореляційні зв'язки: слабка пряма достовірна кореляція між рівнем комплаєнсу пацієнтів та рівнем освіти ($r = 0.28$; $p < 0,05$); між комплаєнсом та тривалістю захворювання ($r = 0.243$; $p < 0,05$); між якістю самопочуття хворих та їх комплаєнсом ($r = 0.117$; $p < 0,05$).

Результати вивчення ступеня довіри хворих на ССЗ до різних джерел медичної інформації показали, що 41,51% хворих повністю довіряють своєму сімейному лікарю та 33,07% пацієнтів повністю довіряють клінічному фармацевту, при цьому повністю не довіряють тільки відповідно 4,55% та 5,62%. При цьому 13,6% і 1,65% пацієнтів відповідно довіряють інформації, яку надає МОЗ України та ВООЗ. Також був встановлений прямий достовірний кореляційний зв'язок між рівнем комплаєнсу пацієнтів та ступенем їх довіри до клінічних провізорів ($r = 0.442$; $p < 0,05$).

Висновки. Отримані данні свідчать про те, що переважну довіру до отриманої медичної інформації про ССЗ пацієнти мають до сімейних лікарів та клінічних фармацевтів. При цьому клінічний провізор може бути більш ефективним в підвищенні комплаєнсу оскільки є більш доступним для пацієнтів і має змогу надати хворому саме ті лікарські засоби, які рекомендовані сучасними протоколами надання медичної допомоги при ССЗ.

ОПТИМІЗАЦІЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕАТРОФІЧНИЙ ГАСТРИТ

Кондратенко Д.Я., Ветрова К.В., Пропіснова В.В., Андрєєва О.О.

Національний фармацевтичний університет

м. Харків, Україна

dasha1717s@gmail.com

Вступ. Хронічний гастрит (ХГ) – це хронічне запалення слизової оболонки шлунка з розвитком клітинної інфільтрації, порушенням регенерації, атрофії залозистого епітелію, виникненням моторної, інкреторної та секреторної дисфункції шлунка. У 90 % випадків зустрічається ХГ типу В (хелікобактерний, неатрофічний або антральний), причиною якого є грамнегативна бактерія – *Helicobacter pylori*. Неатрофічний ХГ (НХГ) є актуальною проблемою сьогодення. За статистичними даними, більш ніж 50% населення працездатного віку має початкову форму НХГ, що без належної діагностики та лікування

може призвести до поступової атрофії слизової оболонки шлунку, а також до розвитку ракового процесу. Для лікування НХГ застосовують препарати різних груп, серед яких одне з головних місць займають антибактеріальні препарати.

Мета дослідження. Роль фармацевта в оптимізації антибактеріальної терапії хворих на НХГ.

Матеріали та методи. Аналіз та узагальнення даних наукової літератури.

Результати дослідження. При зверненні в аптеку відвідувача за придбанням антибактеріальних препаратів (амоксцилін, кларитроміцин тощо) для лікування НХГ фармацевт має обов'язково перевірити наявність рецепту та правильність його заповнення. При зверненні відвідувача без рецепта фармацевт має з'ясувати причину придбання препарату та виключити наявність «загрозливих» симптомів, що потребують консультації лікаря.

Фармацевт має обов'язково проконсультувати відвідувача аптеки щодо умов раціонального застосування антибактеріальних засобів. Препарати застосовують відповідно до схеми лікування 2-3 рази на добу протягом 7-14 днів, запиваючи таблетку чистою негазованою водою. Антибіотики з групи тетрациклінів не можна поєднувати з молоком, соками чи лужними напоями, бо утворюються нерозчинні комплекси. Дітям віком до 12 років призначають антибіотики в формі порошку для приготування суспензій, тому представнику дитини потрібно обов'язково пояснити правила її приготування: флакон струшують, до порошку додають невелику кількість кип'яченої води кімнатної температури та інтенсивно збовтують, після осідання піни, доливають водою до мітки та ще раз ретельно перемішують. Для того, щоб концентрація препарату в організмі була рівномірною протягом дня, необхідно дотримуватися однакових часових інтервалів між прийомами. Ні в якому разі не можна переривати курс лікування, адже це призведе до неефективності терапії та розвитку антибіотикорезистентності. Також фармацевт має надати інформацію щодо зберігання антибактеріальних лікарських засобів: в холодильнику чи у темному, прохолодному місці та обов'язково подалі від дітей.

Фармацевт має проінформувати відвідувача аптеки щодо побічних ефектів, що можуть виникнути під час прийому антибактеріальних засобів, а саме дисбактеріозу, гепато-, нейротоксичності, алергічних реакцій тощо.

Відпускаючи лікарський препарат, фармацевт має запитати чи не застосовує відвідувач інших препаратів, щоб уникнути небажаних ефектів від їх взаємодії. Так, пеніциліни не можна змішувати з аскорбіновою кислотою, сульфаніламидами (різке зниження бактерицидної дії, антикоагулянтами, антиагрегантами і нестероїдними протизапальними засобами (можливе виникнення кровотечі)). Кларитроміцин не взаємодіє з оральними контрацептивами, алкалоїдами ріжків, статинами (підвищений ризик виникнення міопатії). Усі антибіотики несумісні з гепарином та алкоголем (високий рівень інтоксикації).

У межах фармацевтичної опіки фармацевт надає рекомендації з питань модифікації способу життя та немедикаментозного лікування НХГ: дотримання дієти, відмова від алкоголю, тютюнопаління тощо. Після антибактеріальної терапії слід порадити відвідувачу придбати пробіотики для відновлення мікрофлори кишківника.

Найголовніше, фармацевт повинен наголосити відвідувачу аптеки, що у випадку погіршення самопочуття під час прийому антибактеріальних препаратів, неефективності лікування чи виникненні будь-якого прояву побічної дії треба не зволікати і негайно звернутися до лікаря.

Висновок. Фармацевт відіграє важливу роль в раціональному застосуванні антибактеріальних препаратів при лікуванні ХНГ асоційованого з *Helicobacter pylori*: виключає можливі «загрозливі» симптоми захворювання, консультує щодо умов раціонального застосування, можливих побічних ефектів, взаємодії між лікарськими препаратами, що, загалом, підвищує ефективність фармакотерапії.

ОПТИМІЗАЦІЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ

Купраш Л.П., Купраш О.В., Гударенко С.О.

ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»

м. Київ, Україна

sgudarenko@gmail.com

Медикаментозна терапія хворих літнього віку має ряд особливостей, обумовлених як характером захворюваності людей даної вікової групи, так і віковими морфологічними та функціональними змінами, що впливають на дію лікарських засобів в старіючому організмі. Наявність декількох захворювань, які характеризуються хронічним перебігом і тяжкістю патологічного процесу, обумовлює одночасне призначення хворим літнього віку лікарських засобів різних фармакотерапевтичних груп. Поліпрагмазія ускладнює процес лікування, знижує його ефективність і безпечність.

Взаємодія ліків у хворих літнього віку на тлі вікових структурно-функціональних порушень, змін фармакокінетики і фармакодинаміки може призвести до розвитку небажаних побічних реакцій, частота і тяжкість розвитку яких корелює з кількістю препаратів, що приймаються, і віком хворих.

Поліпрагмазія у хворих старших вікових груп значною мірою є наслідком призначення ліків, які не показані у даній клінічній ситуації. Встановлено, що 44–59 % хворих літнього віку отримують не менше одного препарату, який не потребує призначення в даній клінічній ситуації, що збільшує ризик розвитку побічних реакцій. Число непоказаних лікарських засобів збільшується з ростом поліпрагмазії. Так, встановлено, що в групі пацієнтів літнього віку, які отримували шість і більше препаратів, непоказані ліки були призначені 43 % хворих, в той час у групі хворих, які отримували менше чотирьох препаратів, непоказані ліки призначалися у 13,5 % випадків.

Для попередження або зменшення побічних реакцій при лікарській терапії розроблені переліки лікарських засобів, які не рекомендується використовувати у гериатричній практиці. Вперше такий перелік був складений у 1997 році в США групою експертів під керівництвом професора М.Н. Beers. В останні роки критерії Біра широко використовуються для вирішення проблем, пов'язаних з медикаментозною терапією хворих старших вікових груп. Вважається