

відпуску сприяли зняттю лише таких симптомів, як слабкий больовий синдром, кашель, застуда, нежить, порізи, подряпини, синці. У 1990-х рр. відбулося значне розширення показань, при яких рекомендується застосування препаратів ОТС-групи: ревматичні болі, алергічні захворювання, диспептичний синдром, мікози, облісіння, герпес на губах. В даний час в Європі у вільному продажі знаходяться засоби, що застосовуються для профілактики і лікування наступних станів: мігрень, простудні захворювання та грип, алергічні захворювання, виразкова хвороба шлунка та гастрит, молочниця, герпес (в т.ч. генітальний), а також засоби контрацепції та контролю вмісту холестерину. Загальносвітова тенденція щодо лібералізації безрецептурного відпуску лікарських засобів веде до зміни ролі провізора/фармацевта. Фахівці аптек, що працюють в торговому залі і впливають на купівельний вибір препаратів, стають фігурами, компетентність, старанність і сумлінність яких реально позначається на здоров'ї нації. Провізор/фармацевт в сучасному цивілізованому суспільстві все менше нагадує продавця ліків.

Висновки. Підсумовуючи результати проведених досліджень можна стверджувати про наступне. По-перше, безконтрольному вживанню лікарських препаратів сприяє наявність неповної та недостовірної інформації про препарати, особливо це стосується тих груп ліків, які найчастіше вживаються та мають на фармацевтичному ринку високі обсяги продажів та є рентабельними. По-друге, у різних країнах ЄС, попри діючі єдині підходи щодо відбору та внесення лікарських засобів у перелік рецептурних препаратів, існують свої особливості у визначенні ліків групи безрецептурного відпуску із аптеки.

Отже, можна стверджувати, що питання організації ефективного відпуску лікарських препаратів без рецептів лікарів у кожній країні, в тому числі і в Україні, треба розглядати у відповідності до особливостей надання населенню медичної та фармацевтичної допомоги, а також комплексу відповідних послуг.

АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ В УКРАЇНІ

Мітасова К.В., Лебедин А.М.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Alla_leb7@ukr.net

Вступ. У дерматологічній практиці найбільш розповсюдженим алергозом є atopічний дерматит. Про це свідчить щорічне зростання захворюваності в усьому світі. Атопічний дерматит зустрічається у осіб будь-якої статі і в різних вікових групах. Захворюваність, по різних даним, коливається від 2% до 6% серед дорослих і від 10% до 20% серед дітей. У дітей це захворювання є провідним в структурі алергічних захворювань (50-60%). У загальній структурі дерматозів його частка становить від 5 до 30%, а в структурі захворюваності на дерматози в дітей – від 20 до 50%. Частіше хворіють особи жіночої статі (65%), захворюваність atopічним дерматитом в містах частіша, в порівнянні з сільською місцевістю.

Мета дослідження. Провести аналіз організаційних підходів до фармацевтичного забезпечення хворих на atopічний дерматит в Україні.

Матеріали та методи. В роботі застосовувались методи: історичний, логічний, структурний аналіз, статистичний. Використовувались дані Державного реєстру лікарських

засобів, науково-дослідних компаній і виробничих підприємств, а також дані медичної статистики.

Отримані результати. Початок захворювання на atopічний дерматит найчастіше відбувається в ранньому дитячому віці: вперше проявляється у віці 3-6 місяців у 45% випадків; протягом першого року життя – у 60%; до 5 років – у 85-90% випадків. Погляд на atopічний дерматит, як на патологію шкіри з міжгалузевим підходом до діагностики та лікування визначив необхідність уніфікації та стандартизації діагностичної та терапевтичної тактик на основі критичної оцінки наявних підходів у вітчизняній та зарубіжній практиці.

З метою удосконалення медичної допомоги при atopічному дерматиті було прийнято Наказ №670 від 04.07.2016 року Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при atopічному дерматиті».

Лікування atopічного дерматиту у дітей проводять згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Атопічний дерматит», затверджений наказом МОЗ України 8 жовтня 2013 року №868. Метою даного протоколу є регламентація якісного надання медичної допомоги дітям з atopічним дерматитом на всіх її етапах.

Було проведено скринінг та оцінку міжнародних та національних клінічних настанов-прототипів відповідно до міжнародного опитувальника AGREE (Appraisal Guidelines Research and Evaluation). Консенсус PRACTALL є документом міжнародного рівня, що розроблено провідними фахівцями Європейської Асоціації Алергології та клінічної Імунології та Американської Академії Алергології, Астми та Імунології для уніфікації та систематизації поглядів, які існували серед різних спеціалістів на етіологію, генетику, патогенез, діагностику, лікування та профілактику atopічного дерматиту у дорослих та дітей. Консенсус містить практичні рекомендації щодо застосування різних методів та засобів для лікування atopічного дерматиту.

Клінічні настанови «Atopic eczema in children. Management of atopic eczema in children from birth up to the age of 12 years/ Quick reference guide/ NICE clinical guideline 57 Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health» грудень, 2007 року. Структура відповідає ключовим клінічним питанням. Схематично наведені алгоритми діагностики та лікування atopічного дерматиту.

«Frequency of application of topical corticosteroids for atopic eczema/Technology Appraisal Guidance №81 (NICE, серпень 2004; липень 2007). Настанова національного рівня, що визначає належне використання медичної технології аплікацій топічних глюкокортикостероїдів при лікуванні atopічного дерматиту. Члени робочої групи погодили використання цього прототипу для процедури адаптації українських настанов з огляду на відповідність одному з ключових клінічних питань – застосування топічних глюкокортикостероїдів при лікуванні atopічного дерматиту, а також його системність, урахування фармако-економічних аспектів, залучення різних спеціалістів до підготовки тощо.

За ініціативи НМАПО ім. П.Л. Шупика та НДСЛ «ОХМАТДИТ» 19 червня 2014 року відбулось засідання, на якому було прийняте рішення про розробку програми та організації «Української школи atopічного дерматиту» з метою удосконалення знань про патогенез, профілактику, діагностику та лікування найбільш розповсюдженої патології шкіри у дітей – atopічний дерматит, наближення сучасних знань про atopічний дерматит до лікарів, пацієнтів та їх родин.

Висновки. У всьому світі існує значна незадоволена медична потреба в лікуванні атопічного дерматиту. Ця потреба посилюється в країнах, що розвиваються багатьма факторами і може привести до неадекватного або неправильного лікування. Переважна більшість пацієнтів з обмеженими ресурсами зверталися за медичною допомогою з приводу свого дерматологічного стану, отримували невідповідне або неефективне лікування.

ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ПІЕЛОНЕФРИТОМ

Немченко А.С., Куриленко Ю.Є., Токар В.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

economica@ukr.net

Вступ. страждає кожна 12 жінка на 100 тис. осіб. Статистичні дані свідчать про те, що у чоловіків діагностується пієлонефрит у 2 рази рідше ніж у жінок. Тільки у США щорічні витрати пов'язані із лікуванням гострого пієлонефриту сягають більше 12 млрд дол. США. Актуальність проблеми у тому, що пацієнти, які страждають на дану патологію є працездатного віку, а епідеміологічні дані пов'язані із збудником захворювання обмежені.

Мета дослідження. Аналіз підходів до лікування хворих з гострим пієлонефритом.

Матеріали та методи. У роботі використані матеріали - British National Formulary, Medicines and Healthcare products Regulatory Agency та NICE. Методи – аналітичний та узагальнення інформації.

Отримані результати. *E. coli* - найбільш поширена бактерія, яка викликає гострий пієлонефрит, завдяки здатності прилипати до сечових шляхів й нирок, а також колонізувати їх. Узагальнена методика лікування відповідно до проаналізованих нами матеріалів включає в себе: аналіз сечі та крові, медикаментозне лікування амбулаторне або стаціонарне. Фармакотерапія поділяється на три типи: I - для не вагітних жінок та чоловіків у віці від 16 років; II - для вагітних та осіб у віці від 12 років; III - для дітей і підлітків до 16 років. Нами було розглянуто лікування для хворих працездатного віку, тобто перший тип.

Лікування рекомендується пероральним антибіотиком першого вибору: Cefalexin 500 мг 2 рази на день (від 1 до 1,5 г 3 або 4 рази на день при важких інфекціях) протягом 7-10 днів; Co-amoxiclav 500/125 мг 3 рази на день протягом 7-10 днів; Trimethoprim 200 мг 2 рази на добу протягом 14 днів; Ciprofloxacin 500 мг 2 рази на добу протягом 7 днів. При цьому антибіотики можна комбінувати. Внутрішньовенні антибіотики першого вибору (при неможливості приймати пероральні антибіотики) - Cefuroxime від 750 мг до 1,5 г три або чотири рази на день; Ceftriaxone 1-2 г 1 раз на день; Ciprofloxacin 400 мг 2-3 рази на день; Gentamicin спочатку від 5 мг / кг до 7 мг / кг 1 раз на день, наступні дози коригуються відповідно до концентрації гентаміцину в сироватці; Amikacin спочатку 15 мг / кг один раз на день (1,5 г 1 раз на день), наступні дози коригують відповідно до концентрації амікацину в сироватці крові (максимум 15 г на курс).

Висновки. Більшість випадків гострого пієлонефриту протікають без ускладнень тому лікуютьс амбулаторно, але можуть знадобитися додаткові консультації уролога, гінеколога, а також інфекціоністів.