

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
фармацевтичний факультет
кафедра фармакології та фармакотерапії

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «РАЦІОНАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ НА ОСНОВІ
ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ»**

Виконав: здобувач вищої освіти 6 курсу, групи Фс17(5,5з)-01а
спеціальності 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Фармація

Аліна БЕРКУТ

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології
та фармакотерапії,

к.фарм.н., доцент Анатолій МАТВІЙЧУК

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри нормальної
та патологічної фізіології,

д.м.н., доцент Олег ГЛАДЧЕНКО

Харків – 2023 рік

АНОТАЦІЯ

Робота присвячена фармакоепідеміологічному дослідженню обсягів застосування лікарських засобів антигіпертензивної дії в Україні з метою розробки ефективних заходів щодо підвищення ефективності фармакоterapiї цього захворювання.

Робота складається зі вступу, основної частини (огляд літератури, методи дослідження, експериментальної частини), висновків, списку використаних джерел та містить 47 сторінок, 2 таблиці, 15 рисунків, 30 посилань на джерела літератури.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, комплаєнтність, фармакоterapia, фармацевти, ефективність.

ANNOTATION

The work is devoted to the pharmacoepidemiological study of the use of antihypertensive drugs in Ukraine with the aim of developing effective measures to increase the effectiveness of pharmacotherapy of this disease.

The work consists of an introduction, the main part (literature review, research methods, experimental part), conclusions, a list of used sources and contains 47 pages, 2 tables, 15 figures, 30 references to literature sources.

Key words: arterial hypertension, compliance, pharmacotherapy, pharmacists, effectiveness.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. РОЛЬ ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ НАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ (огляд літератури).....	11
1.1 Соціальна значимість артеріальної гіпертензії в Україні.....	11
1.2 Фармакоепідеміологічні дослідження як об'єктивний інструмент підвищення якості терапії хворих на артеріальну гіпертензією.....	16
Висновки до розділу 1.....	21
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	22
2.1 Методика проведення дослідження.....	22
2.2 Розробка методології опитування фармацевтів та відвідувачів аптек.....	23
Висновки до розділу 2.....	26
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЧАСТИНА.....	27
3.1 Аналіз факторів, що визначають прихильність хворих до артеріальною гіпертензією до терапії.....	27
3.2 Вивчення ролі фармацевтичних працівників у ефективній терапії артеріальної гіпертензії.....	34
Висновки до розділу 3.....	46
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48
ДОДАТКИ	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія;

АГП – антигіпертензивні препарати;

АГТ - антигіпертензивна терапія;

АТ – артеріальний тиск;

БРА – блокатори рецепторів ангіотензину II;

БАБ – β -адреноблокатори;

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;

ІАПФ – інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту;

ІХС – ішемічна хвороба серця;

МНН – міжнародна непатентована назва;

МС – метаболічний синдром;

ЦД – цукровий діабет;

ССЗ – серцево-судинні захворювання.

ВСТУП

Актуальність теми

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є лідируючою причиною смертності в усьому світі, приводячи щороку до 17 млн. летальних випадків, за прогнозами експертів до 2030 р. ця цифра може досягти 25 млн. [15, 19]. 2018 року від ССЗ померло 501 698 осіб і цей показник щорічно зростає [21]. Одним із основних факторів ризику, що визначають прогноз захворюваності та смертності населення від ССЗ, є артеріальна гіпертензія (АГ). За оцінками світових експертів, 9,4 млн. випадків смерті у світі щорічно викликають ускладнення гіпертензії (серцева недостатність, порушення мозкового кровообігу тощо) [12, 13]. Крім ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних захворювань, неконтрольований артеріальний тиск призводить до формування хронічної серцевої недостатності, порушень функції нирок, захворювань периферичних кровоносних судин та судин сітківки очей [12, 15].

Результати епідеміологічних досліджень свідчать, що на 2019 рік у світі поширеність підвищеного АГ серед дорослого населення віком від 25 років і старших становила близько 40%, а кількість людей з неконтрольованою гіпертензією збільшилася з 600 млн. 2000 р. до 1 млрд в 2020 р [11]. В Україні показник поширеності АГ для дорослого населення, як і раніше, залишається одним з найвищих і становить 42% у чоловіків та 41,1% у жінок, тобто близько 42,5 мільйонів людей страждають на дане захворювання [8, 9].

Стрімкий розвиток медичної науки, поява сучасних технологій та оригінальних лікарських засобів дозволили підійти до вирішенню проблеми АГ з якісно нових позицій, що сприяють не тільки ефективному та адекватному зниженню рівня АГ, а й зменшенню ступеня ризику розвитку ускладнень, що спричиняються АГ. Однак, незважаючи на реалізацію програм, спрямованих на підвищення ефективності лікування АГ, їх

результати не можна назвати успішними. За даними досліджень, відсоток хворих, які досягли цільового рівня АТ, у Європі та Америці залишається досить низьким. Так, у Німеччині та Туреччині цей показник дорівнює 8%, Англії 27%, найвищий показник у США (53%) та Канаді (66%) [11, 14, 18, 19]. Слід зазначити, що за даними епідеміологічних досліджень, проведених в Україні, ефективність терапії набагато нижча і становить близько 23,9% [8, 9].

Ситуація, що склалася може бути пов'язана з такими причинами як багатofакторність та малосимптомний перебіг захворювання, необґрунтоване використання застарілих та малоефективних лікарських засобів та схем лікування, низька прихильність пацієнтів до призначеної терапії, високою вартістю деяких сучасних антигіпертензивних препаратів У цій ситуації лише проведення фармакоепідеміологічних досліджень дозволяє виявити причини низької ефективності терапії АГ. Проведення фармакоепідеміологічного моніторингу є необхідною умовою оцінки якості надання первинної медико-санітарної допомоги хворим з АГ.

Ступінь наукової розробки проблеми ефективності лікування АГ як і раніше, залишається досить невисокою. Тому поширеність артеріальної гіпертензії є предметом численних епідеміологічних досліджень, які у різних країнах. В нашій країні постійно публікуються дані ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України щодо моніторингу епідеміології АГ та ефективності АГТ. У 2010 році проведено 2 незалежних стандартизованих обстеження пацієнтів віком від 18 до 64 років (1995 та 2091 осіб відповідно) з інтервалом 10 років. Програма обстеження включала: опитування за стандартною кардіологічною анкетою ВООЗ; заповнення анкет, що вміщують анамнестичні, соціально-демографічні дані, дані про куріння та рівень фізичної активності; реєстрацію ЕКГ; вимірювання артеріального тиску; антропометричні вимірювання; лабораторні методи дослідження.

Протягом років виконання Програми відбулося істотне зростання обізнаності населення про наявність захворювання — з 42,8 до 63,4 % та

збільшення кількості осіб, які лікуються, — з 28,9 до 37,5 %; ефективність лікування зросла з 9,7 до 14,2 %.

Отже, за даними проведених 10 річних досліджень кількість хворих, які потребують нормалізації АТ і досягають цього монотерапією, вірогідно зменшилась — з 57,5 до 48,4 %, відповідно зросла чисельність тих, хто застосовує комбіноване лікування, — з 42,5 до 51,6 %.

Стереотипи медикаментозної терапії АГ відповідають сучасним концепціям: лише 0,4 % осіб із підвищеним АТ як монотерапію використовують препарати другої лінії, причому за роки виконання Програми питома вага цих засобів у структурі монотерапії зменшилась з 39,4 до 0,4 %. Серед комбінованих препаратів безперечним лідером є сполучення інгібітору АПФ із діуретиком (45,0 %), питома вага якого в структурі комбінованої антигіпертензивної терапії зросла вдвічі (з 22,5 до 45,0 %). Застосування комбінованих препаратів другого ряду становить 7,6 %, причому їх питома вага істотно зменшилась — з 51,5 до 7,6 %.

Виходячи з отриманих даних встановлено, що протягом 10 років поширеність артеріальної гіпертензії в міській популяції практично не змінилась, коливаючись від 29,4 до 29,6 % серед чоловіків і від 29,7 до 29,3 % серед жінок. У структурі артеріальної гіпертензії залежно від рівня артеріального тиску за рахунок зменшення з 55,0 до 50,0 % кількості осіб з артеріальною гіпертензією 1-го ступеня зросла з 26,0 до 31,3 % питома вага артеріальної гіпертензії 2-го ступеня; частина хворих з артеріальною гіпертензією 3-го ступеня залишається незмінною. За період реалізації Програми вірогідно збільшилась кількість хворих на артеріальну гіпертензію з трьома і більше чинниками ризику — з 52,1 до 60,5 %. Аналіз 10-річної динаміки частоти і рівнів факторів, що визначають профіль ризику (артеріальної гіпертензії) у міській популяції, свідчить про зниження поширення гіпертригліцеридемії, стабілізацію частоти зайвої ваги, зменшення гіпо- α -холестеринемії й паління, а також про вірогідне збільшення поширеності ожиріння, гіперхолестеринемії та гіподинамії. За

період виконання Програми відзначають істотне зростання обізнаності населення про наявність захворювання — із 42,8 до 63,4 % та збільшення кількості осіб, які лікуються, — з 28,9 до 37,5 %; ефективність лікування зросла з 9,7 до 14,2 %. Кількість хворих, які намагаються нормалізувати артеріальний тиск за допомогою монотерапії, вірогідно зменшилась — з 57,5 до 48,4 %, відповідно зросла чисельність тих, хто застосовує комбіноване лікування, — з 42,5 до 51,6 %. За даними офіційної статистики, за період виконання Програми поширеність артеріальної гіпертензії збільшилась в 1,8 раза, що становить 31,5 % і повністю відповідає результатам епідеміологічних досліджень.

На сьогодні в Україні не проводилася оцінка ролі провізорів у результатах лікування артеріальної гіпертензії. У нашій роботі цей аспект вивчено вперше. Тому проведене дослідження є оригінальним і дозволяє більш повно оцінити всі фактори, щоб виробити життєздатну стратегію покращення якості надання допомоги хворим на АГ.

Мета дослідження

На основі ретроспективного фармакоепідеміологічного аналізу вивчити попит на АГП в аптеках м. Харкова та області, оцінити його відповідність національним рекомендаціям з діагностики та лікування артеріальної гіпертензії, розробити заходи щодо підвищення комплаєнтності пацієнтів до антигіпертензивної терапії.

Завдання дослідження

1. Вивчити структуру попиту на лікарські засоби для лікування артеріальної гіпертензії в аптеках м. Харкова та області.
2. Оцінити ступінь відповідності призначень антигіпертензивної терапії національним рекомендаціям з діагностики та лікування артеріальної гіпертензії.
3. Оцінити рівень комплаєнтності пацієнтів до проведеної антигіпертензивної терапії та фактори, що впливають на їхню комплаєнтність.

4. Вивчити особливості фармацевтичного консультування та знання фармацевтів м. Харкові та області аналогової заміни антигіпертензивних препаратів.

5. На основі результатів дослідження розробити систему заходів, що дозволяють підвищити ефективність фармакотерапії АГ та комплаєнтність пацієнтів.

Об'єкт дослідження – оцінка ефективності взаємодії фармацевтів та хворих на артеріальну гіпертензію щодо формування комплаєнтності до терапії.

Предмет дослідження – ефективність антигіпертензивної терапії у Харківському регіоні.

Методи дослідження: соціологічний, фармакоепідеміологічний, аналітичний, статистичний.

Практичне значення отриманих результатів: Результати роботи сприяють оцінці рівня впровадження вітчизняних рекомендацій з діагностики та лікування АГ у клінічну практику. Робота встановлює фактори, які знижують ефективність проведеної фармакотерапії, виявляє проблеми в організації консультативної допомоги, знання фармацевтів та лікарів щодо стандартів ведення хворих з АГ.

Елементи наукових досліджень: Вперше вивчено роль фармацевтів у ефективності антигіпертензивної терапії, що проводиться, запропоновані шляхи оптимізації фармацевтичного консультування, що проводиться, вперше оцінений рівень знань фармацевтів м. Харкова та області з питань аналогової заміни антигіпертензивних препаратів.

Апробація результатів дослідження і публікації: основні матеріали і положення кваліфікаційної роботи представлені на III Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю Youth Pharmacy Science (Харків, 7-8 грудня 2022 р.), за матеріалами роботи опубліковано тези доповідей.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи: робота складається зі вступу, основної частини (огляд літератури, методи дослідження, експериментальної частини), висновків, списку використаних джерел та містить 47 сторінок, 2 таблиць, 15 рисунків, 30 посилань на джерела літератури та додатків.

РОЗДІЛ 1.
РОЛЬ ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У
ПІДВИЩЕННІ ЯКОСТІ НАДАННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ
ДОПОМОГИ ХВОРИМ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ
(огляд літератури)

1.1. Соціальна значимість артеріальної гіпертензії в Україні.

Поліпшення здоров'я населення та демографічних показників є національною стратегічною метою у кожній країні. У 2008 р. Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) назвало три основні причини смертності у всьому світі: серцево-судинні захворювання – 29%, інфекційні захворювання – 16,2% та онкологічні захворювання – 12,6%. Таким чином, хвороби системи кровообігу займають лідируючу позицію у структурі летальності у всьому світі. На глобальному рівні ССЗ є причиною приблизно 17 млн. смертей на рік, з них 80% випадків трапляються в країнах з низькими та середніми доходами [14, 13, 19]. За даними статистики, в Україні у 2007 році 1185993 особи померли від ССЗ, у 2013 році – 1076022 особи [18, 19]. З іншого боку, спостерігається зростання захворюваності населення ССЗ. Серед захворювань серцево-судинної системи, які є причинами смерті, основними залишаються ішемічна хвороба серця (ІХС), цереброваскулярні хвороби та артеріальна гіпертензія. Наразі чітко сформульовано та науково обґрунтовано концепцію факторів ризику серцево-судинних захворювань, що впливають на розвиток та прогресування серцево-судинних захворювань. В останні роки експерти МОЗ виділили 7 факторів ризику, що достовірно підвищують смертність населення у країнах. До них у порядку пріоритетності відносять артеріальну гіпертензію (АГ), гіперхолестеринемію, паління, ожиріння, низьке споживання овочів та фруктів, гіподинамію та надмірне споживання алкоголю [16, 19, 37].

Таким чином, одним із найбільш значущих факторів ризику, що впливають на розвиток та прогресування серцево-судинних захворювань в Україні і в усьому світі є артеріальна гіпертензія [10, 12].

Дані літератури доводять, що наявність АГ помітно скорочує середню тривалість життя. У чоловіків віком 40 років АГ скорочує цей показник на 6,1 року, причому більшою мірою, ніж такі фактори ризику, як паління, надмірна маса тіла, гіперхолестеринемія [8, 12, 14, 23].

Також АГ відіграє важливу роль у розвитку таких захворювань, як ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ).

Проведене ще у 60-х роках ХХ століття Фремінгемське дослідження показало, що ймовірність померти від ІХС у популяції серед осіб з АГ у 3-4 рази вища, ніж в осіб без підвищеного артеріального тиску [14, 16].

Доказом тісного зв'язку ІХС та інсульту з АГ з'явилися результати дослідження Syst-Eur (The Systolic Hypertension in Europe), який виявив значне зниження частоти кардіо-цереброваскулярної патології при зниженні АТ у хворих на АГ внаслідок активного антигіпертензивного лікування: зниження систолічного та діастолічного АТ у середньому на 10,7/4,7 мм рт.ст. за чотири роки супроводжувалося зменшенням частоти інсульту на 42%, інфаркту міокарда – на 30%, а всіх кардіоваскулярних подій (мозковий інсульт, інфаркт міокарда, серцева недостатність) – на 31% [17].

Згідно з даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я, щороку інсульт вражає 15 мільйонів людей у всьому світі. Серед них 5 мільйонів людей вмирає, інші 5 мільйонів стають інвалідами. Слід відзначити, що інсульт завдає значної економічної шкоди. За даними за 2018 рік у США річні витрати у зв'язку з цим захворюванням склали 65,5 мільярдів доларів, у країнах Євросоюзу — 27 мільярдів доларів. За даними досліджень, проведених у 7 країнах (США, Франція, Німеччина, Італія, Іспанія, Великобританія та Японія), частота виникнення інсульту становить 214 випадків на 100 000 осіб, і цей показник з кожним роком зростає на 1,9% внаслідок загального збільшення тривалості життя населення [16, 17].

Україна посідає третє місце серед країн світу за частотою порушень мозкового кровообігу, які у 70% випадків виникають у хворих на АГ [38]. За останні роки відзначається зниження частоти розвитку інсульту більше ніж на 40% протягом останніх чотирьох десятиліть у високорозвинених країнах, водночас, за той же період, захворюваність подвоїлася в країнах з низьким та середнім рівнем розвитку [11].

Таким чином, висока поширеність АГ та її фатальних і нефатальних ускладнень пов'язана з величезними економічними та соціальними витратами [6, 14]. За період 2011–2025 років сукупна втрата продуктивності країнах з низькими та середніми доходами, пов'язана з неінфекційними захворюваннями, за прогнозами, становитиме 7,28 трлн. дол. США [14, 17].

Щорічні витрати у зв'язку з основними неінфекційними захворюваннями становлять приблизно 500 млрд. дол. США, або близько 4% валового внутрішнього продукту у країнах із низькими та середніми доходами. На серцево-судинні хвороби, включаючи гіпертензію, припадає майже на половина витрат. Таким чином, АГ є важливою медико-соціальною проблемою для всього світу та для нашої країни.

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я у 2008 році приблизно у 40% дорослих людей віком 25 років та старших було діагностовано гіпертензію, а кількість людей із цим захворюванням зросла з 600 млн. у 1980 року до 1 млрд. 2008 року [5, 9]. Відповідно до світової тенденції, в економічно розвинених країнах відзначається нижча в порівнянні з іншими країнами поширеність гіпертензії –35%, тоді як у решті країн світу вона сягає 40%. Найвища частота гіпертензії виявляється в африканському регіоні, де цей показник становить 46% дорослих у віці 25 років і старше, тоді як найнижча – на американському континенті з показником 35% [4, 5, 7, 9].

Поширеність артеріальної гіпертензії, за даними National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) у США серед дорослого населення США у віці 18 років і старше становила 29,1% у 2019-2020 рр., тоді як

поширеність артеріальної гіпертензії з поправкою на вік серед дорослого населення Канади становило близько 6 мільйонів дорослих (23,0%) у 2017-2018 рр. [8, 12].

Нерівномірна поширеність АГ у країнах Європи зазначена у роботі К. Wolf-Maier із співавторами, 2011. Середня поширеність АГ у шести європейських країнах (Англія, Фінляндія, Німеччина, Італія, Іспанія, Швеція) становила 44,2%. Найвищий показник у Європі відзначався у Німеччині (55,0%), за нею слідували Фінляндія (49,0%), Іспанія (47,0%), Англія (42,0%), Швеція (38,0%) та Італія (38,0%) [7, 15, 19].

Дані щодо великомасштабних досліджень артеріальної гіпертензії для країн із середнім рівнем доходу були відображені у роботах S. Vasu та С. Millet, 2018 [10]. Були проаналізовані результати дослідження 47443 дорослих у всіх 6 країнах із середніми доходами (Китай, Гана, Індія, Мексика та Південна Африка), зібраних з 2017 по 2020 роки в «Дослідження глобального старіння та здоров'я дорослих - Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE)». Було відзначено високу поширеність АГ у цих країнах, а також низький рівень діагностики даного захворювання особливо у чоловіків порівняно з економічно розвиненими країнами. Це країни, які найменшою мірою можуть впоратися із соціальними та економічними наслідками поганого стану здоров'я населення. Сучасні стандартизовані за віком показники смертності у країнах з низькими доходами вищими, ніж у розвинених країнах. В Україні у середині 90-х років показники АГ становили 39,9% серед чоловіків віком 18-64 років та 41,1% серед жінок того ж віку. Як показали дані моніторингу, епідеміологічна ситуація, пов'язана з АГ у рамках Програми «Профілактика та лікування артеріальної гіпертонії в Україні» у 2018-2019 рр. Практично не змінилася: поширеність АГ становить 42% у чоловіків та 41,1% у чоловіків жінок [19, 21].

Незважаючи на загальносвітову тенденцію, в економічно розвинених країнах світу спостерігається тенденція до неухильного зниження смертності

від ССЗ [14, 15, 19]. Більшість авторів пояснюють цей факт цілеспрямованим лікувальним та профілактичним втручанням [4, 6, 7, 14, 16, 22, 24].

У роботах О. І. Мітченко, 2017, 2019 рр. було зазначено, що при зниженні смертності населення України лише на 20% можна суттєво збільшити тривалість життя, причому найбільше збільшення тривалості життя очікується як у чоловіків так і жінок працездатного віку. Щоб рівень смертності від серцево-судинних захворювань серед населення України працездатного віку в 2025 році зрівнявся з середньоєвропейським, необхідно досягти щорічного зниження летальності на 4–5%, що оцінюється експертами як оптимістичний прогноз [9, 14].

За даними ВООЗ, країни з високим рівнем доходів почали знижувати рівень поширеності гіпертонії у населення через прийняття активних заходів політики у сфері охорони здоров'я, таких, наприклад, як скорочення вмісту солі в оброблених харчових продуктах та забезпечення доступу до діагностики та лікування, що дозволяє вирішити проблему гіпертонії та інших факторів ризику у сукупності. Навпаки, в багатьох країнах відзначається зростання кількості осіб, які страждають від серцевих нападів та інсультів, обумовлених недіагностованими та неконтрольованими факторами ризику, такими як гіпертензія. Глобальні зусилля щодо вирішення проблеми неінфекційних хвороб набули імпульсу у 2011 році, коли було прийнято Політичну декларацію Організації Об'єднаних Націй з профілактики неінфекційних захворювань та боротьби з ними. Всесвітня організація охорони здоров'я розробляє Глобальний план дій щодо створення дорожньої карти для країн, здійснюють заходи щодо попередження неінфекційних захворювань та боротьби з ними. Держави – члени ВООЗ досягли консенсусу у питанні про створення глобальної схеми моніторингу для оцінки прогресу в попередженні та боротьбі з цими хворобами та відповідними ключовими факторами ризику. Одна з передбачуваних цілей – суттєве зниження числа осіб із підвищеним артеріальним тиском. Політична

декларація закликає уряди до здійснення низки конкретних дій щодо соціально-економічного розвитку та програми зі скорочення бідності.

У багатьох країнах діють національні програми з моніторингу АГ. У США понад 30 років Національний інститут патології серця, легенів та крові керує Національною освітньою програмою з артеріальної гіпертонії [NHVERP], над якою працюють 39 великих професійних, громадських та добровільних організацій, а також 7 федеральних управлінь. Вони розробляють рекомендації для того, щоб покращити виявлення, профілактику та лікування артеріальної гіпертензії. Висновки NHVERP стали основою для розвитку інших національних програм із профілактики хронічних хвороб.

Таким чином, аналіз даних літератури свідчить про те, що АГ є провідною проблемою охорони здоров'я як в економічно розвинених, так і в країнах, що розвиваються. Дані епідеміологічного моніторингу АГ в Україні демонструють відповідність епідемічної ситуації з АГ в нашій країні загальносвітовим тенденціям, головним чином, у європейських країнах і характеризується високою поширеністю АГ, значним збільшенням обізнаності та лікування даного захворювання за низьких показників контролю АТ у популяції. Високі показники захворюваності і смертності від серцево-судинних захворювань, що зберігаються, свідчать про необхідність подальшого посилення заходів щодо лікування та профілактики АГ в Україні.

1.2 Фармакоепідеміологічні дослідження як об'єктивний інструмент підвищення якості терапії хворих на артеріальну гіпертензію

Однією з найактуальніших проблем вітчизняної охорони здоров'я є раціональне використання ліків. Наявні в даний час дані доказової медицини та знання в галузі клінічної фармакології дозволяють визначити основні

принципи правильного вибору та оцінки використання лікарських препаратів, що сприяє оптимізації їх раціонального застосування, скорочує витрати на лікування, підвищує його безпеку.

Фармакоепідеміологія — розділ клінічної фармакології, що використовує епідеміологічні методи дослідження при вивченні лікарських засобів, що пройшли реєстрацію та дозволені до застосування. Це складова частина медицини, заснована на доказах. За допомогою фармакоепідеміологічних методів можна визначити ефективність препаратів, їх безпеку та перспективи використання при поширених захворюваннях, а також фармакоеконімічні аспекти лікування. Існує безліч визначень фармакоепідеміології. Так за В. Strom, фармакоепідеміологія — «вивчення використання та ефектів ЛЗ у великій кількості людей»; за визначенням М. Port, A. Hartzem, — «використання епідеміологічних методів та підходів для вивчення ефектів (позитивних і побічних) ЛЗ у популяції»; а за визначенням W. Spitzer — «вивчення ЛЗ як основної детермінанти здоров'я та хвороби у загальній популяції».

В останні роки завдяки досягненням в епідеміології і біостатистиці та використанню сучасного комп'ютерного програмного забезпечення вдалося покращити контроль якості досліджень. Фармакоепідеміологія тісно взаємопов'язана з іншими дисциплінами, оскільки при вирішенні поставлених завдань використовує властиві їм методи. На думку Б. Строма, фармакоепідеміологія виступає як похідне таких дисциплін, як клінічна фармакологія та епідеміологія.

W. Spitzer вважає, що фармакоепідеміологія має найбільш тісне поєднання з фармакологією та терапією та використовує їх методи при оцінці стану здоров'я пацієнтів, ефективності фармакотерапії та небажаних лікарських реакцій. Вона також взаємопов'язана з епідеміологією та статистикою, методи яких необхідні при оцінці популяційних даних та результатів великих виборок.

Фармакоепідеміологічні дослідження дозволяють оцінити структуру лікарських призначень та споживання лікарських препаратів, що застосовуються у хворих з артеріальною гіпертензією та стабільною стенокардією напруги, оцінити відповідність регіонального та державного фармацевтичного ринків. Розширення та поглиблення фармакоепідеміологічного моніторингу є необхідною умовою підвищення ефективності фармакотерапії хворих на артеріальну гіпертонією. Це дозволить оцінювати оптимальність лікарського забезпечення та споживання кардіологічних лікарських препаратів [31]

Фармакоепідеміологічні дослідження антигіпертензивних препаратів (АГП) можуть проводитись у трьох напрямках: опитування лікарів та фармацевтів, опитування пацієнтів з артеріальною гіпертонією; вивчення ринку АГП. Всі ці напрямки взаємопов'язані між собою. При цьому перші два, що вивчають прихильність лікарів, фармацевтів та пацієнтів до використання АГП, є первинними; від них залежить споживання ЛП на фармацевтичному ринку зрештою. Разом з тим, ринок ЛП повинен відповідати потребам лікарів та пацієнтів і, водночас надавати саме ті препарати та їх лікарські форми, які рекомендуються міжнародними стандартами лікування АГ.

На відміну від вивчення фармацевтичного ринку, опитування хворих дозволяє встановити не тільки характер терапії (які АГП використовують хворі, їх дози і режим прийому), але також залученість пацієнтів до лікування, їх комплаєнтність до терапії, її адекватність (досягнення цільового рівня АТ) та переносимість [22].

Опитування фармацевтів дозволяє оцінити прихильність до призначення сучасних ЛП відповідно до рекомендацій з фармакотерапії АГ, знання в галузі клінічної фармакології ЛП та їх кваліфікацію загалом. Очевидно, саме ці дані є відправною точкою у раціональній фармакотерапії АГ, від якої залежать і результати лікування хворих та споживання ЛП на ринку.

Однак є суттєва різниця між науковими фактами та реальною клінічною практикою лікування хворих на АГ. У 2018 році було проведене велике проспективне англо-скандинавське дослідження серед 19342 хворих з артеріальною гіпертензією високого і вкрай високого ризику тиску [Medical case of renovascular hypertension caused by stenosis of the left and right renal arteries on the basis fibromu skulyarnoyi dysplasia Ye.Kh. Zarembo, O.M. Holyk, N.O. Rak]. Воно проводилося в і об'єднувало в собі два підходи до лікування хворих на АГ: медицину, засновану на доказах, де рекомендації з лікування тієї чи іншої хвороби ґрунтуються на даних, отриманих при проведенні великомасштабних клінічних досліджень та особистий досвід лікаря, його уявлення про тактику лікування хворого з артеріальною гіпертензією.

Наступне дослідження було проведене в Україні у 2019 році. Метою цього дослідження стало порівняння ефективності, безпеки та впливу на частоту розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих з артеріальною гіпертензією двох тактик лікування: застосування алгоритму ступінчастого призначення 4-х класів антигіпертензивних препаратів у групі інтенсивного лікування та довільної антигіпертензивної терапії у групі стандартного лікування. Дослідження тривало один рік та його повністю завершили 1769 пацієнтів із 30 міст України. У дослідженні було показано, що застосування алгоритму ступінчастого призначення лікарських засобів порівняно з довільною антигіпертензивною терапією дозволяє хворим достовірно частіше досягати цільового АТ, при цьому досягнутий антигіпертензивний ефект є стабільнішим [12].

У другому дослідженні було здійснено порівняння ефективності, безпеки та впливу на частоту розвитку серцево-судинних ускладнень у хворих на АГ двох тактик лікування: алгоритму інтенсивного ступінчастого призначення 4 класів антигіпертензивних препаратів та нестандартизованої антигіпертензивної терапії протягом 2 років [18]. Був зроблений висновок про те, що застосування алгоритму ступінчастого призначення лікарських засобів порівняно з нестандартизованою антигіпертензивною

терапією, дозволяє хворим достовірно частіше досягати цільового рівня АТ, при цьому антигіпертензивний ефект залишається більш стабільним.

При аналізі позиції лікарів під час проведення антигіпертензивної терапії у реальній практиці було показано відповідність сучасним національним рекомендаціям з діагностики та лікування АГ. Якісно змінилася структура призначуваних ГП: значно скоротилася частка «старих» препаратів короткої дії, а також препаратів, які мають несприятливий профіль безпеки. Лікарі показали високу прихильність до використання оригінальних АГП (їх частка склала 43,3%), стали активніше використовувати комбіновану антигіпертензивну терапію, застосовуючи фіксовані та низькодолові комбінації.

Опитування пацієнтів з АГ проводилося через лікарів лікувально-профілактичних установ різних регіонів України за допомогою спеціально розроблених анкет, що включають питання щодо особливостей застосування АГП [36]. Анкети надходили з травня по жовтень 2018 р. з 38 міст України, їх валідними для обробки було визнано 3030 анкет хворих на АГ. Так, за даними українських епідеміологічних досліджень, було відзначено підвищення рівня охоплення та мотивації пацієнтів з АГ до лікування. Моніторинг фармакоепідеміологічної ситуації у рамках дослідження також виявив позитивні тенденції з питань антигіпертензивної терапії.

Збільшилася частка пацієнтів, які отримують комбіновану антигіпертензивну терапію, що сприяє досягненню кращих результатів лікування. Позитивні тенденції спостерігаються щодо підвищення мотивації та комплаєнтності до лікування. Так, велика частка пацієнтів мотивована до постійної антигіпертензивної терапії, контролю рівня АТ у домашніх умовах.

Мета дослідження — вивчити реальну практику застосування антигіпертензивних ЛЗ пацієнтами з АГ в амбулаторній практиці та відповідність національним рекомендаціям з діагностики та лікування АГ (2010 р.), а також оцінити вподобання фармацевтів при рекомендації ЛП для фармакотерапії АГ, прихильність хворих до фармакотерапії АГ, що

проводиться, а також соціально-економічні аспекти задоволеності лікуванням та доступності ГП хворих з АГ у реальній практиці.

Висновки до розділу 1

Аналіз літературних даних демонструє, що пошук шляхів підвищення ефективності фармакотерапії в Україні та світі не втрачає своєї актуальності. Ця проблема вимагає від медиків та науковців розробки конкретних заходів та підходів для підвищення комплаєнтності пацієнтів, які потребують лікування, та компетентності медичних та фармацевтичних працівників.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

2.1 Методика проведення дослідження

Дослідження включало 4 етапи. На першому було розроблено анкети для проведення опитування фармацевтів та відвідувачів аптек. На другому етапі проводилося анкетування фармацевтів, що працюють в аптеках м. Харкова та області. На третьому – проводилося анкетування відвідувачів аптек м. Харкова та області, які страждають на артеріальну гіпертензію та регулярно приймають антигіпертензивні препарати. На четвертому етапі проведено аналіз отриманих даних, сформульовано висновки та розроблено практичні рекомендації для покращення ефективності лікування АГ шляхом підвищення прихильності пацієнтів до лікування.

Робота виконана в межах проспективного одномоментного описового епідеміологічного дослідження, яке виконувалось з використанням методів епідеміологічного, статистичного та соціологічного аналізу шляхом анкетування.

Для дослідження визначення ефективності терапії АГ серед жителів м. Харкова та області, оцінки їх комплаєнтності було проведено просте проспективне одномоментне описове епідеміологічне дослідження. У дослідженні оцінювалися анкети, заповнювані хворими, які звернулися до аптечних закладів м. Харкова та області. Анкетування проводилося серед відвідувачів, які виявляли бажання придбати антигіпертензивні препарати.

Було опитано 200 пацієнтів, жителів м. Харкова та області, які страждають на АГ (чоловіки становили 23%, жінки 76%) за період з травня по вересень 2022 р.

Критерії для включення до опитування хворих на АГ:

1. Хворі обох статей, вік до 70 років.

2. Хворі, які звернулися до аптеки з метою придбання ЛЗ від АГ або інші препарати, але мають АГ.

Критерії виключення:

1. Відмова хворих від участі у даному епідеміологічному дослідженні.

На третьому етапі дослідження було проведено проспективне одномоментне епідеміологічне дослідження з вивчення рівня поінформованості фармацевтів про сучасні рекомендації щодо лікування артеріальної гіпертензії, а також оцінки принципів фармацевтичного консультування ними хворих на АГ.

Було проведене анкетування 70 фармацевтів, що працюють в аптеках м. Харкова та області. Анкетування працівників аптек проводилось у таких установах: мережа аптек «Доброго дня», «Аптека 911» та «Мед-сервіс» в період з травня по вересень 2022 р.

Класифікація препаратів здійснювалася з використанням класифікації АТС (Anatomic Therapeutic Chemical classification), рекомендованою Європейською групою з дослідження споживання ліків (EURODURG):

1. Бета-адреноблокатори;
2. Інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту;
3. Антагоністи кальцію;
4. Антагоністи рецепторів ангіотензину II;
5. Діуретики;
6. Препарати із центральним механізмом дії;
7. Комбіновані препарати.

2.2 Методологія анкетування фармацевтів та відвідувачів аптек

Перелік запитань для формування анкет та проведення опитування було розроблено на кафедрі фармакології та фармакотерапії Національного фармацевтичного університету.

Анкета для пацієнтів з АГ складалася з 16 актуальних питань щодо фармакотерапії артеріальної гіпертензії та складалася з трьох блоків (Додаток А)

Перший блок містив актуальні питання про АГ: тривалість захворювання, ускладнення та супутні захворювання (цукровий діабет, ожиріння, подагра, підвищений холестерин, ниркова недостатність, стенокардія, серцева недостатність, інфаркт міокарда, крововилив у сітківку ока, інсульт мозку), рівень АТ (при хорошому самопочутті та на момент огляду), інформація про АГП, які приймаються пацієнтами, при цьому відбивалася лише та частина фармакотерапії, що відноситься до лікування артеріальної гіпертензії. Терапія, що застосовується для лікування супутньої патології та усунення епізодів підвищеного артеріального тиску, обліку не підлягала. Пацієнти вказували шлях введення препарату, дозу призначення мг і кратність прийому. Також враховувалась наявність чи відсутність побічних явищ під час лікування АГ.

Другий блок складався з питань, за допомогою яких оцінювався рівень комплаєнтності хворих: регулярність прийому АГП, вимірювання рівня АТ, частоту та мету відвідування лікаря з приводу АГ, участь у школах для хворих з АГ, повноту рекомендацій щодо прийому АГП, які вони отримують від лікаря, самостійна оцінка ефективності антигіпертензивної терапії.

Третій блок містив 2 соціально-демографічні питання про пацієнта: стать, вік, освіту на момент включення до дослідження.

Для проведення наступного етапу дослідження було розроблено анкету для оцінки рівня обізнаності фармацевтів, що працюють в аптеках м. Харкова та області про сучасні рекомендації щодо лікування АГ та принципів, якими вони керуються під час проведення фармацевтичного консультування хворих з АГ.

Методологія створення анкети включала розробку питань поінформованості про основні групи препаратів, що використовуються для лікування АГ, ознайомлення з принципами, якими керуються співробітники аптек при фармацевтичному консультуванні, а також аналізом знань про сучасні принципи лікування артеріальної гіпертензії. Анкета містила 14 закритих та напівзакритих питань, які об'єднувалися у групи за основними ознаками. Перший блок складався з питань, необхідних для отримання інформації про фармацевта: освіта та стаж роботи. Другий блок питань оцінював джерела, якими працівники аптек користуються для отримання інформації, поняття про фармацевтичні аналогові заміни, принципи, якими керуються пацієнти при покупці гіпотензивних препаратів. На кожне запитання розроблялися варіанти відповідей, з яких необхідно було обрати правильні. Третій блок питань стосувався інформації про основні групи АГП, де працівнику аптеки пропонувалося обрати МНН основних груп лікарських препаратів, що використовуються для лікування АГ, раціональні комбінації АГП.

Далі отримані дані статистично оброблялися за допомогою програми Excel 7 та аналізувалися з метою вивчення ступеня ознайомлення з основними АГП, ступінь їх відповідності стандартам лікування АГ.

Обов'язковою умовою проведення дослідження була наявність поінформованої згоди, наданої хворими та працівниками аптек.

Висновки до розділу 2

Було визначено перелік питань для хворих на АГ та працівників аптек, які покликані відобразити ефективність та раціональність взаємодії пацієнтів та фармацевтичних працівників в контексті ефективності лікування артеріальної гіпертензії в м. Харкові та харківській області.

РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЧАСТИНА

3.1 Аналіз факторів, що визначають прихильність хворих до артеріальною гіпертензією до терапії

З 200 опитаних пацієнтів чоловіки становили 24%, жінки 76%. Середній вік опитаних хворих становив $59 \pm 1,2$ років. Усі анкети були заповнені хворими під час візиту до аптеки з метою придбання ЛЗ для лікування АГ. Отримані дані свідчать про те, що більшість хворих з АГ спостерігається у лікарів – терапевтів. При аналізі тривалості перебігу АГ були отримані такі результати: 7% хворих мають стаж захворювання менше 1 року, 26% – від 1 до 5 років, 23% – від 6 до 10 років, 44% хворих мають стаж захворювання понад 10 років Дані приведені на рисунку 3.1.

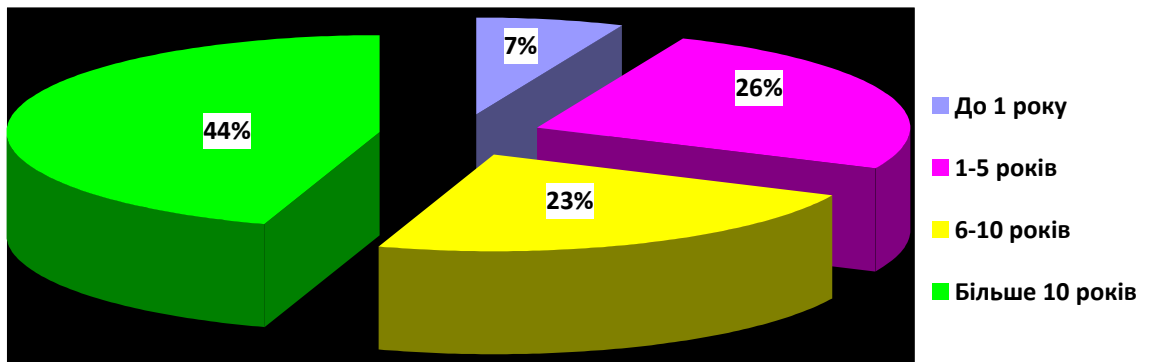


Рисунок 3.1 Стаж захворювання АГ серед опитаних пацієнтів, жителів м. Харкова та області (%)

Отримані дані вказують, що майже половина опитаних пацієнтів до 70 років страждають на артеріальну гіпертензію понад 10 років.

При аналізі поінформованості хворих про наявність у них факторів ризику встановлено, що 86% опитаних пацієнтів поінформовано про наявність у них факторів ризику, 14% не знають про них. За кількістю

факторів ризику хворі розподілилися наступним чином: відсутність факторів ризику – 15%; 1 фактор ризику мають 50%. опитаних, поєднання 2-х факторів ризику – 28%, 3-х – 8%.

При аналізі частоти поширення факторів ризику надлишкова маса тіла зустрічається у 43% випадків, гіперхолестеринемія – у 22%, цукровий діабет – у 18% опитаних пацієнтів. Таким чином, серед пацієнтів, які відповіли на це питання, практично половина має лише один фактор ризику, проте звертає увагу на той факт, що 14% пацієнтів не знають про них (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Інформованість хворих на АГ про наявність факторів ризику та ускладнень АГ

Ускладнення АГ (частота, %)	Фактори ризику (частота, %)
Гіпертонічний криз 24%	Надмірна маса тіла 43%
Стенокардія 10%	Гіперхолестеринемія 22%
Серцева недостатність 12%	Цукровий діабет 18%
Інфаркт міокарда 3%	Не змогли відповісти 14%
Інсульт 4%	

Найбільш поширеними факторами ризику, про які поінформовані пацієнти, є метаболічний синдром та гіперхолестеринемія. При аналізі наявності супутньої патології встановлено, що 81% опитаних хворих поінформовані про них, а 19% – не знають.

Отримані дані свідчать про те, що пацієнти, які страждають на АГ у, мають в основному не більше 3 ускладнень, серед них найчастіше зустрічаються гіпертонічний криз, стенокардія та хронічна серцева недостатність. Привертає увагу досить високий відсоток пацієнтів, які не знають про свої ускладнення цього захворювання. За даними анкетування хворих на артеріальну гіпертензію було проаналізовано частоту звернення їх до лікаря у реальній практиці. Було виявлено, що щомісяця відвідують лікаря

18% опитаних, 1 раз на 3–6 місяців – 36%, 1 раз на рік – 26%, відмовляються від відвідування лікарів – 20% хворих на артеріальну гіпертензію (рис. 3.2). Дана ситуація демонструє відносно високий відсоток пацієнтів, не що відвідують лікаря, що може сприяти низькій ефективності лікування АГ.

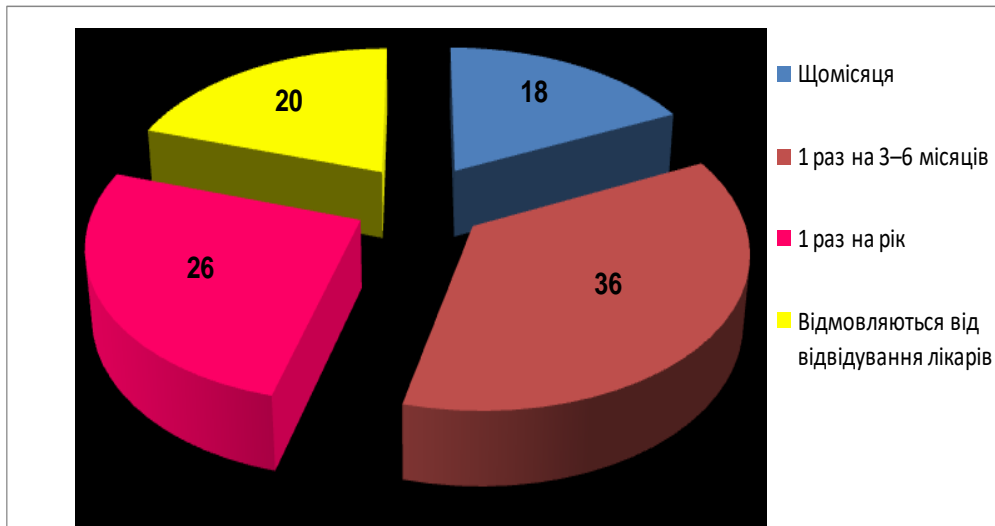


Рисунок 3.2 Оцінка регулярності звернення до лікаря щодо артеріальної гіпертензії (%)

Нами також було проаналізовано мету відвідування лікаря. При визначенні значимості кожної мети відвідування лікаря було встановлено, що 35% хворих звертаються для отримання рекомендацій щодо лікування, 26% – для проведення планових обстежень (електрокардіограми та ін.), 19% – для контрольного виміру АТ, 5% – для отримання направлення на госпіталізацію та 6% – для отримання лікарняного листа. Таким чином, переважна більшість хворих з артеріальною гіпертензією звертаються до лікаря для отримання рекомендацій щодо прийому лікарських препаратів та проведення планових досліджень, найрідше – для отримання направлення на госпіталізацію та для отримання лікарняного листа. Результати представлені на рисунку 3.3.

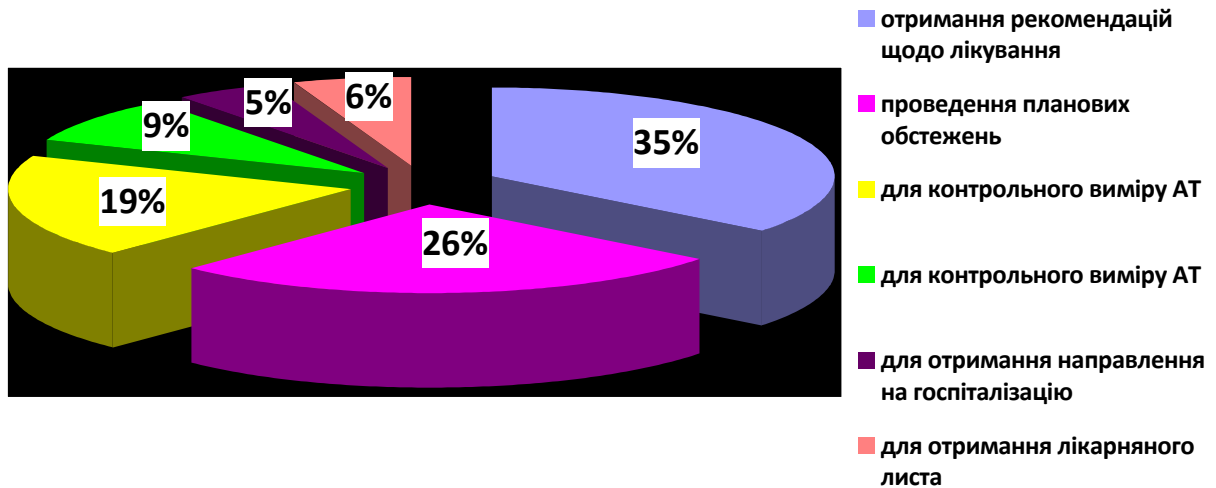


Рисунок 3.3 Оцінка цілей відвідування лікаря пацієнтами, які страждають на АГ (%)

Важливим фактором, що впливає на ефективність антигіпертензивної терапії є прихильність пацієнтів до лікування артеріальної гіпертензії. Ми оцінили комплаєнтність пацієнтів, які страждають на АГ за допомогою шкали Моріскі – Грін. Шкала була створена Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. у 1985 році та опублікована у 1986 року. Вона представлена у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Шкала Моріскі – Грін

Питання	Відповіді	
	Так – 0 балів	Ні – 1 бал
Чи забували ви коли-небудь прийняти (нанести) препарат?	Так – 0 балів	Ні – 1 бал
Чи буваєте ви іноді неуважні до часу прийому (нанесення) препарату?	Так – 0 балів	Ні – 1 бал
Чи пропускаєте ви прийом (нанесення) препарату коли відчуваєте себе добре?	Так – 0 балів	Ні – 1 бал
Якщо ви відчуваєте себе погано після прийому (нанесення) препарату, чи не пропускаєте ви наступний прийом?	Так – 0 балів	Ні – 1 бал

При обробці відповідей на запитання було встановлено, що 41% опитаних хворих набрали 4 бали, що свідчить про прихильність до лікування.

16% опитаних набрали 3 бали, що свідчить про недостатню прихильність до лікування та 43% хворих набрали 2 і менше балів, що демонструє відсутність прихильності до лікування артеріальної гіпертензії (рис. 3.4).

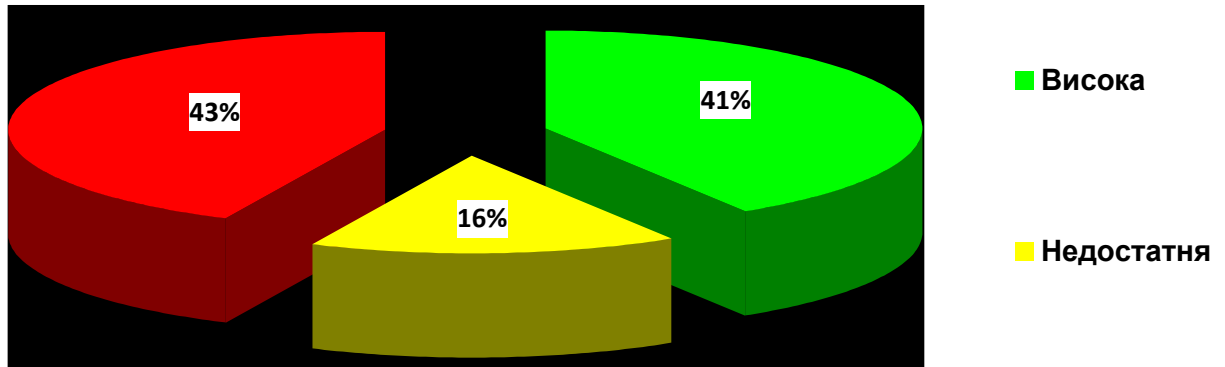


Рисунок 3.4 Аналіз прихильності пацієнтів до лікування артеріальної гіпертензії за шкалою Моріскі – Грін

Таким чином, майже половина опитаних пацієнтів, які страждають на АГ, мають низьку комплаєнтність, що може позначитися на якості лікування.

При оцінці даних щодо прийому пацієнтами різних класів АГП виявлено наступне: частка пацієнтів, які постійно приймають АГП – 79%, приймаючих АГП за потребою – 14%, в разі крайньої необхідності (при гіпертонічному кризі) – 5% які не приймають АГП – 1%. За результатами анкетування було виявлено, що для лікування АГ як гіпотензивних препаратів пацієнти отримують 6 основних класів препаратів, зокрема: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту приймають 37% опитаних хворих, β – адреноблокатори – 18%, діуретики – 25%, антагоністи кальцію – 7%, блокатори рецепторів ангіотензину II приймають 12% проанкетованих хворих з артеріальною гіпертензією, препарати з центральним механізмом дії: агоністи імідазолінових рецепторів вказали 1% пацієнтів та альфа-адреноблокатори – 1% хворих з АГ (рис. 3.5).

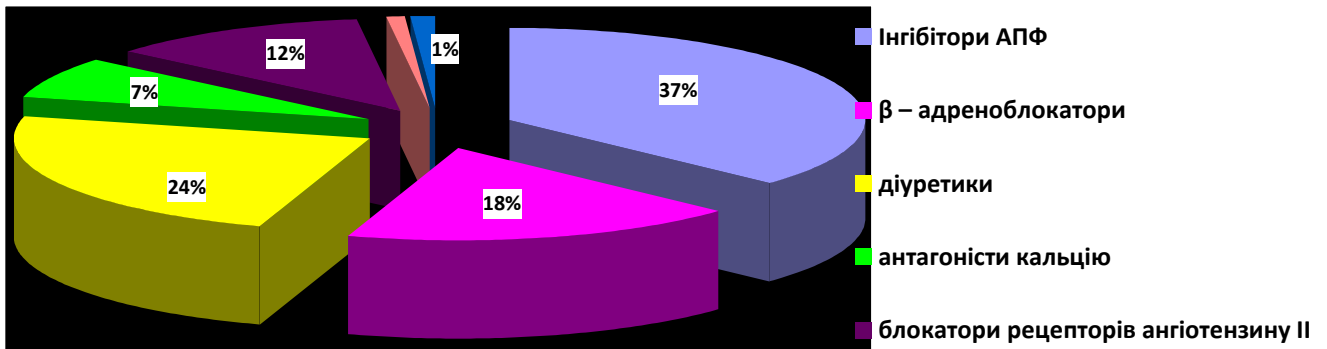


Рисунок 3.5 Аналіз застосування різних груп АПГ пацієнтами з АГ

Таким чином, серед пацієнтів з АГ найчастіше використовуються інгібітори АПФ, діуретики та β – адреноблокатори, найменше – препарати з центральним механізмом дії.

Структура пацієнтів, що приймаються з АГ інгібіторів АПФ, представлена 6 міжнародними непатентованими найменуваннями (МПН), всього 20 торгових найменувань. Основна частка належить еналаприлу – 54%, периндоприл приймають 16,7% опитаних, лізиноприл – 15% опитаних хворих, каптоприл – 8,7%, раміприл – 2,4%, фозиноприл – 3,2% (рисунок 3.6).



Рисунок 3.6. Аналіз частоти прийому представників класу ІАПФ пацієнтами з АГ

Серед препаратів із групи ІАПФ найчастіше пацієнти приймають еналаприл, периндоприл та лізиноприл, найрідше – раміприл та фозиноприл. Привертає увагу досить високий відсоток використання каптоприлу для

лікування артеріальної гіпертензії. Менш популярний препарат цієї групи серед пацієнтів раміприл – використовується тільки у двохкомпонентній терапії та представлений 3 торговими найменуваннями: Хартіл, Трітаце та Раміприл. Фозиноприл приймають лише у складі двох – та багатокомпонентної. терапії та представлений 1 торговим найменуванням – Моноприлом. Можна відзначити, що в Україні зареєстровано більше 11 МНН інгібіторів АПФ, а у місті Харків та області хворі з них приймають лише 6. Загалом структура інгібіторів АПФ відповідає клінічним рекомендаціям, проте менше 8,7% опитаних хворих і надалі використовують каптоприл для тривалої терапії АГ, що не відповідає повною мірою клінічним рекомендаціям. Серед класу β -адреноблокаторів приймають 4 препарати (МНН), з них найчастіше приймають бісопролол – 70% опитаних хворих, метопролол – 16,7%, атенолол – 6,7%, карведилол – 4,9%, пропранолол – 1,7% хворих на АГ (рисунок 3.7).

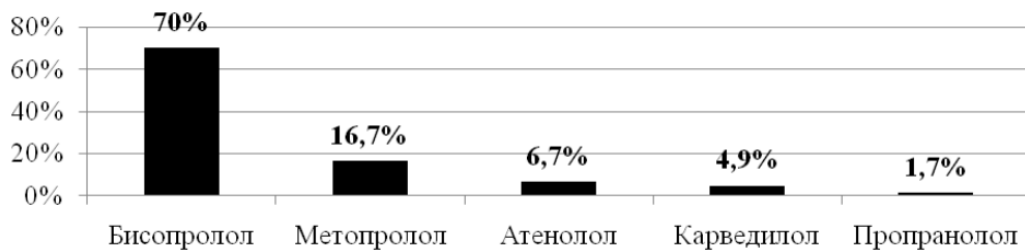


Рисунок 3.7 Аналіз частоти прийому представників класу β – адреноблокаторів пацієнтами

Клас діуретиків, за даними опитування хворих, представлений 4 препаратами (МНН), всього хворі використовують 13 торгових найменувань.

Далі ми проаналізували препарати найчастіше застосовувані у якості монотерапії АГ. Серед них на ІАПФ припадає 68% опитаних, бета-адреноблокатори – 12%, антагоністи кальцію – 8%, БРА – 7%, діуретики – 5%, (рисунок 3.8).

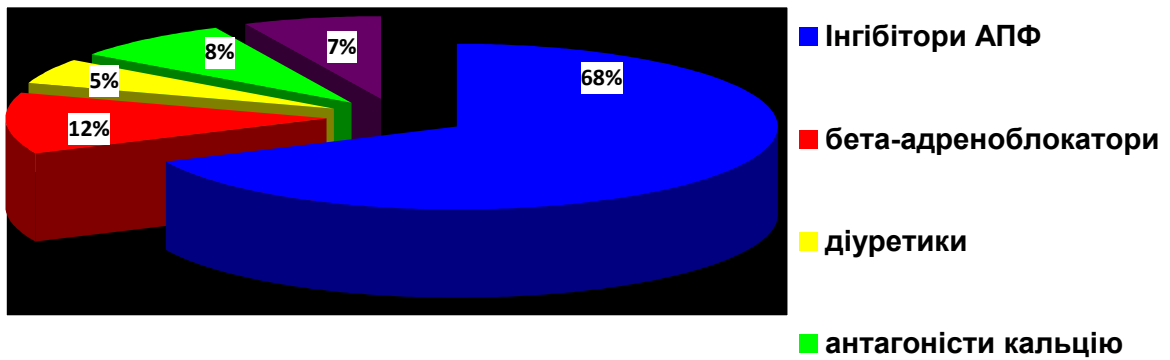


Рисунок 3.8 Препарати, застосовувані в якості монотерапії пацієнтами з АГ

При аналізі терапії, яку приймають хворі з АГ, які досягли цільового рівня АТ, на ІАПФ припадає 65,6% опитаних, на бета-адреноблокатори – 12,5%, тiazидні діуретики – 12,5%, БРА – 9,4%.

Не менш важливим для досягнення ефективності лікування артеріальної гіпертензії є вміння хворих проводити самоконтроль рівня артеріального тиску. Серед опитаних пацієнтів з АГ 85,5% самостійно вимірюють АТ за допомогою автоматичного (65,5%) та простого (34,5%) тонометра; 7% пацієнтів звертаються за допомогою до родичів. Однак 7,5% хворих не контролюють АТ у домашніх умовах. Високий відсоток пацієнтів, які контролюють АТ може свідчити про доступність та простоту використання автоматичних тонометрів, та покращення просвітницької роботи медичними працівниками.

3.2 Вивчення ролі фармацевтичних працівників у ефективній терапії артеріальної гіпертензії

Серед учасників дослідження фармацевтів було 67%, провізорів – 33% опитаних. У тому числі стаж роботи до 1 року мали 10% опитаних, стаж до 5 років – 65%, від 5 до 10 років – 20%, понад 10 років – 5% опитаних. Таким чином, більшість опитаних мали стаж роботи до 5 років. Серед опитаних

72,7% респондентів працюють в аптеках м. Харкова, 28,3% – в аптеках Харківської області.

Частина питань в анкеті була спрямована на уточнення факторів, які, на думку працівників аптек, впливають на формування вподобань пацієнтів при купівлі лікарських засобів. На думку респондентів, переважно на вибір певного АГП покупцем впливає його вартість (це відзначили 25% опитаних), особистий досвід пацієнтів щодо прийому препаратів у плані терапевтичної ефективності лікарських засобів – 16%, досвід прийому препарату близькими людьми – 11%, рекомендації лікаря – 18%. Меншою мірою на переваги покупців впливають реклама АГП у засобах масової інформації (ЗМІ) – 10%, популярність фірми виробника – 12%, а на думку провізора орієнтуються 8% опитаних (рисунок 3.9).

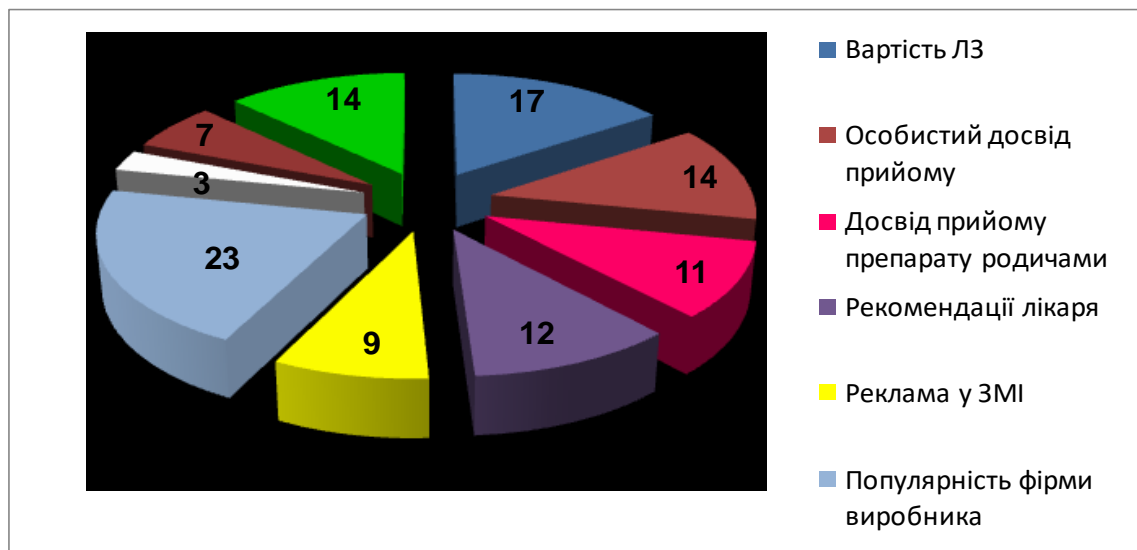


Рисунок 3.9 Уподобання пацієнтів при купівлі лікарських засобів

Як бачимо, на думку фармацевтів, при виборі препарату пацієнти переважно орієнтуються на вартість та особистий досвід від його попередньому застосування.

При аналізі відповідей працівників аптек про те, чим керуються пацієнти при купівлі антигіпертензивних препаратів було встановлено, що 58% вважають, що препарати купуються лише за рекомендацією лікаря, 36%

займаються самолікуванням, 6% – за порадою фармацевтичних представників.

При оцінці принципів, якими керуються провізори та фармацевти при заміні оригінального препарату на генеричний, виявлено, що на вартість препаратів орієнтуються 15% опитаних, на принципи доказової медицини – 15%, на особливості перебігу захворювання у конкретного хворого – 18%, на власний досвід використання лікарських засобів – 10% опитаних, на рекламу даного АГП у ЗМІ – 3,2% та виходячи з комерційних міркувань просування препарату – 15% опитаних (рисунок 3.10).

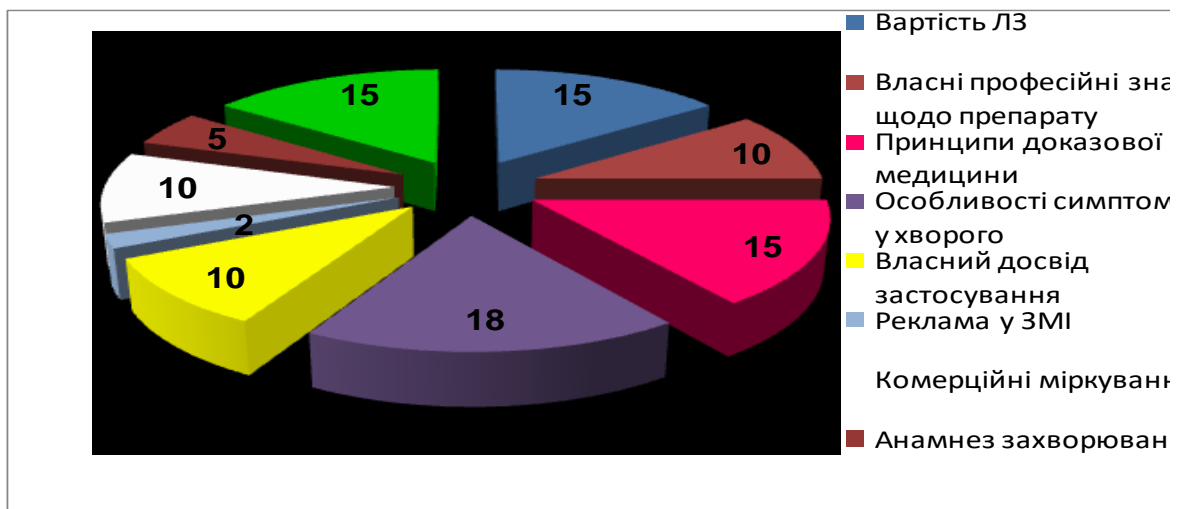


Рисунок 3.10 Пріоритети фармацевта під час рекомендації препарату відвідувачу

Таким чином, при проведенні аналогової заміни більшість працівників аптек орієнтуються, перш за все, на принципи доказової медицини, проте багато хто пропонує пацієнтові самому зробити вибір.

При аналізі джерел, якими користуються провізори та фармацевти для отримання необхідної інформації про лікарські засоби, встановлено, що 37% опитаних використовують дані, отримані з розмови з колегами та фармацевтичними працівниками, 26% опитаних використовують періодичні видання за спеціальністю, 24% – лекції та семінари для лікарів, а також

науково-практичні конференції, 9% опитаних здобувають знання із ЗМІ, 4% використовують інструкції щодо застосування АГП (рисунок 3.11).

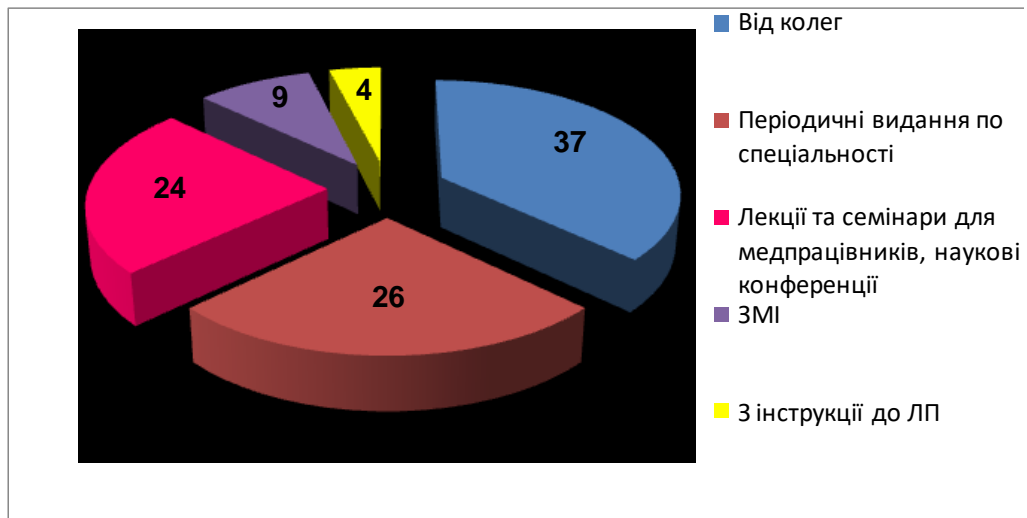


Рисунок 3.11 Аналіз джерел, якими користуються провізори та фармацевти для отримання інформації про лікарські засоби

Таким чином, для більшості працівників аптек думка колег важливіша, ніж інформація із офіційних медичних джерел. Аналіз взаємозамінності лікарських препаратів – одне з найскладніших питань у роботі аптек, тому ми проаналізували рівень знань фармацевтичних працівників із цього питання. За результатами опитування 64% можуть дати визначення поняттю «аналогова заміна», 36% опитаних дали неправильне визначення. При цьому 85% із тих, хто зміг дати точне визначення, вказали, що використовують аналогові заміни у своїй роботі, 10% не використовують, 5% не змогли відповісти на це питання (рисунок 3.12).

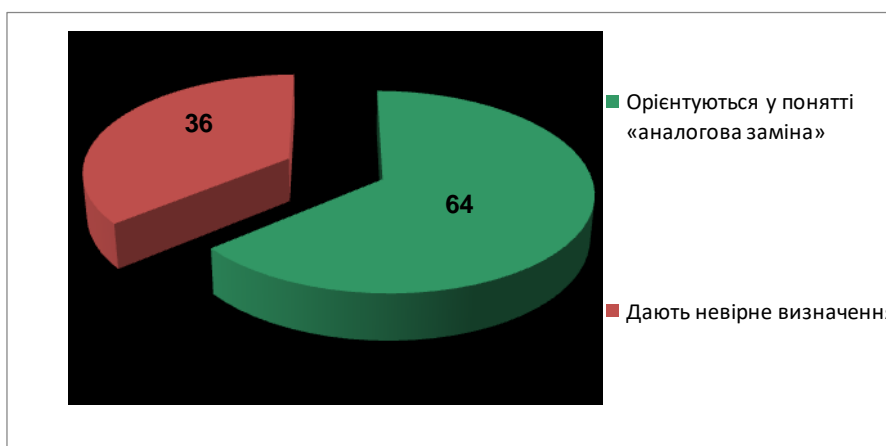


Рисунок 3.12 Аналіз знань щодо взаємозамінності лікарських препаратів

В анкеті також було сформульовано групу питань, метою яких було оцінка обізнаності працівників аптек щодо структури АГП та показань до їх застосування. При оцінці обізнаності щодо основних АГП були використані списки лікарських засобів, що містять не лише АГП. Співробітники аптеки повинні були правильно вибрати АГП. Так, 65% опитаних відзначили лише АГП, а 35% опитаних допустили серйозні помилки. З тих опитаних, хто правильно вказали препарати, усі 12 препаратів вказали 6% опитаних, 11 препаратів – 14%, 10 – 5%, 9 – 10%, 8 – 14%, 4 – 10%, 2 – 30%, 1–11% опитаних, що свідчить про досить невисокий рівень обізнаності серед провізорів та фармацевтів (рисунок 3.13).

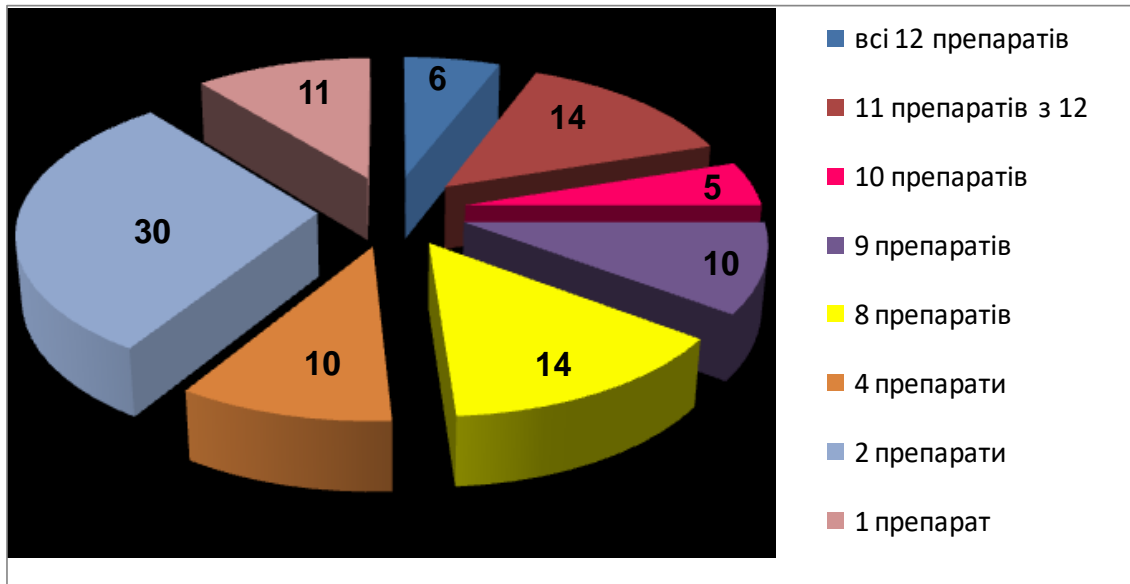


Рисунок 3.13 Оцінка знань фармацевтів щодо основних груп АГП

Для оцінки знань щодо інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту співробітникам аптек було запропоновано список із 34 антигіпертензивних препаратів, серед яких було 11 інгібіторів АПФ і вони мали вибрати їх зі списку. Усі 11 назв препаратів вказали 20% опитаних, 8 – 10%, 7 – 5%, 6 – 5%, 5 – 5%, 3 – 35%, 2 – 10%, 1 – 10% (рисунок 3.14).

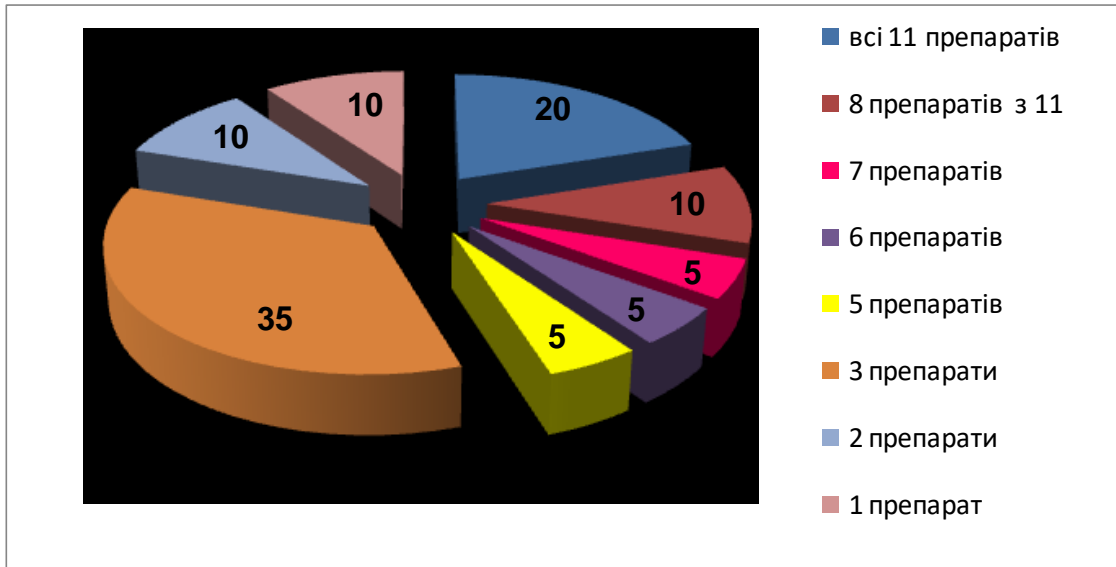


Рисунок 3.14 Оцінка знань фармацевтів щодо інгібіторів АПФ

Серед усіх інгібіторів АПФ більш відомі провізорам еналаприл (17,6% опитаних), каптоприл –17,6%, лізіноприл – 10,8% опитаних. Проте 35% опитаних припустилися помилок у своїх відповідях.

В результаті анкетування ми також оцінили ступінь поінформованості про принципи комбінованої терапії АГ. Із загальної кількості опитаних 30% відмовилися відповідати на це питання, 52% опитаних вказали раціональні комбінації АГП, 16% вказали можливі комбінації лікарських засобів, 2% опитаних вказали нераціональні комбінації (рисунок 3.15).

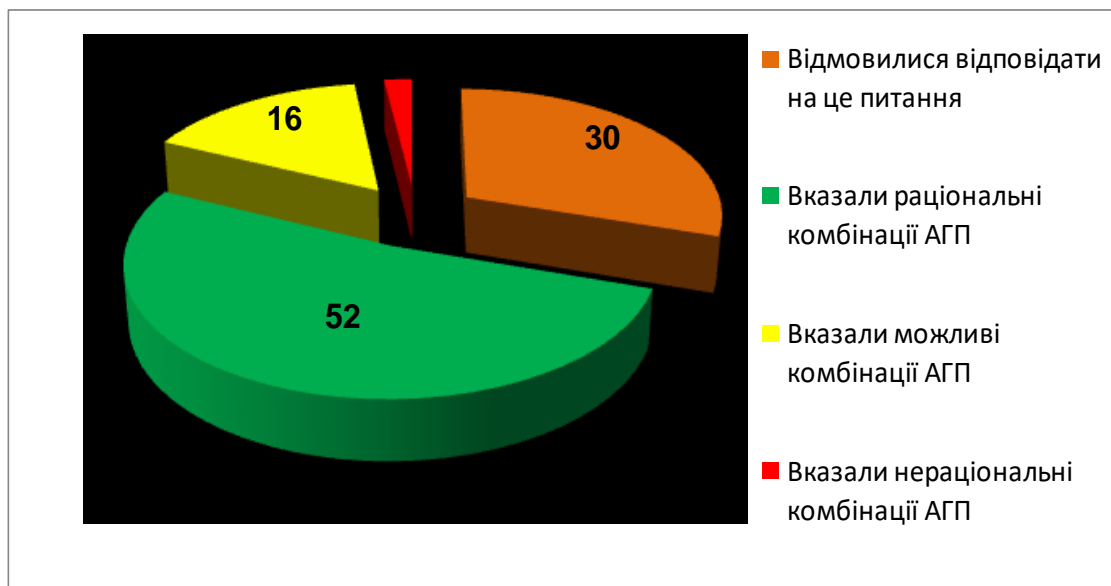


Рисунок 3.15 Оцінка рівня поінформованості фармацевтів щодо принципів комбінованої терапії АГ

При відповіді на питання щодо інформування пацієнтів про можливі лікарські взаємодії 10% працівників аптек відповіли, що ніколи цього не роблять, оскільки вважають це компетенцією лікарів, 18% відповіли ствердно, якщо мають час. Про наявність можливих побічних явищ при прийомі препарату інформують відвідувачів 41% працівників аптек, тоді як про лікарські взаємодії – лише 16%, 15% опитаних фармацевтів завжди надають вичерпну інформацію про препарат під час його відпуску.

Артеріальна гіпертензія є одним із найпоширеніших та загрозованих захворювань в Україні та за її межами. Під терміном АГ мається на увазі синдром підвищення АТ при гіпертонічній хворобі та симптоматична АГ, тому, як показує досвід, ефективність лікування кожного конкретного пацієнта значною мірою залежить від узгодженості дій лікарів, фармацевтів та пацієнтів.

Важливе значення при проведенні антигіпертензивної терапії має не лише вибір АГП лікарем, а й критерії оцінки ефективності лікування. З 2001 року у міжнародні та національні рекомендації щодо лікування АГ було введено поняття «цільового рівня АТ» як рівня, при якому досягається максимальне зниження ризику ускладнень АГ. Отримані дані свідчать про те, що лише 20% готові досягати цільового рівня АТ з урахуванням факторів ризику та супутніх захворювань, зазначеного в національних рекомендаціях, що також може позначитися на адекватності фармакотерапії АГ, що проводиться, серед пацієнтів. Далі в нашій роботі ми оцінювали реальну практику лікування хворих з АГ, рівень мотивації та комплаєнтності пацієнтів до лікування, проблеми в забезпеченості АГП та отримали такі результати.

За результатами нашого дослідження, медико-соціальний портрет хворого АГ – це жінка, середній вік якої становить 59 років, має вищу освіту та середній стаж захворювання понад 10 років. Це може свідчити про недостатню ефективність заходів щодо профілактики даного захворювання у нашому регіоні. Нами було проаналізовано загальну характеристику

досліджуваної популяції хворих на АГ у Харкові та Харківській області та встановлена висока поширеність надлишкової маси тіла (50,4%), яка є одним із обтяжливих факторів ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Зазначається також, що 14% пацієнтів не знають про наявність у себе факторів ризику. Серед супутніх захворювань та ускладнень АГ у опитаних пацієнтів найчастіше зустрічається гіпертонічний криз, ішемічна хвороба серця та хронічна серцева недостатність. Проте 19% опитаних хворих не знають про супутні захворювання, тоді як згідно рекомендаціям щодо лікування АГ основною метою лікування АГ є зниження ризику СЗГ, що можливо досягти при уповільненні темпу ураження органів мішеней, а також лікування асоційованих та супутніх захворювань. Оскільки сучасне уявлення про ведення пацієнтів із АГ передбачає багатофакторний метод лікування, спрямований на всі існуючі фактори ризику у конкретного пацієнта, необхідне проведення просвітницької роботи з хворими, які страждають на АГ з метою підвищення ефективності лікування цього захворювання. Далі ми оцінили особливості фармакотерапії артеріальної гіпертензії в нашому регіоні. У структурі антигіпертензивних препаратів, які застосовують пацієнти, стійко переважають 5 основних класів. Найчастіше пацієнти з артеріальною гіпертензією приймають ІАПФ, що може бути пов'язано із частим призначенням цієї групи АГП лікарями, а також високим ступенем обізнаності працівників аптек згідно з даними, отриманими в ході нашого дослідження. З 10 зазначених у ході проведення анкетування ІАПФ пацієнти в реальній клінічній практиці використовують лише 6. Привертає увагу той факт, що найчастіше опитані респонденти приймають еналаприл (54%). Це може бути пов'язано не тільки з його частим призначенням, але і з великою кількістю дженеричних форм еналаприлу з різним ціновим діапазоном, що також може впливати на частоту прийому даного лікарського засобу.

Стратегічна задача фармакотерапії артеріальної гіпертонії полягає у попередженні ускладнення та смертності хворих. Тому вирішальне значення у лікуванні артеріальної гіпертонії має досягнення цільового рівня АТ. Нами

було встановлено, що на момент заповнення анкети цільовий рівень АТ (<140/90 мм рт. ст.) мали лише 43%. Згідно з отриманими даними можна дійти невтішного висновку у тому, що у реальній клінічній практиці зберігається низька ефективність лікування артеріальної гіпертензії. Незадовільний контроль АГ багато в чому визначається низькою прихильністю пацієнтів до лікування, що може бути обумовлено поганою обізнаністю пацієнтів про своє захворювання, відсутність належної мотивації та самоконтролю АТ. Одним з важливих моментів, що посилюють прихильність до терапії, є самоконтроль АТ. Згідно з останніми дослідженнями, велике прогностичне значення має самостійний контроль АТ у домашніх умовах, оскільки сильніше корелює з викликаним артеріальною гіпертензією ураженням органів мішеней, ніж вимірюваний в клініці. Тому цей показник допомагає краще прогнозувати серцево-судинну захворюваність і смертність порівняно з ним. Отримані нами дані свідчать, що 85,5% пацієнтів самостійно вимірюють АТ, що може говорити про позитивний вплив просвітницької роботи серед пацієнтів з АГ та високої доступності у придбанні автоматичних та механічних тонометрів. Імовірність успішної нормалізації АТ безпосередньо залежить від регулярності прийому антигіпертензивних препаратів. Однак, незважаючи на поступове усвідомлення важливості дотримання комплаєнтності та лікарями та пацієнтами проблема прихильності до терапії залишається невирішеною. За даним Саго зі співавт., лише 78% хворих, які страждають на АГ, продовжують приймати АГТ через рік від початку лікування, а через 4,5 роки цей показник становить лише 45% [16]. Ми проаналізували отримані дані та встановили, що 80% опитаних пацієнтів постійно приймають АГТ незалежно від тривалості захворювання. Важливим фактором, що визначає прихильність до лікування, є самостійна оцінка хворими на ефективність проведеного лікування. Наші дані показали, що 78% з опитаних вважають своє лікування ефективним, незважаючи на те, що з них цільового рівня АТ досягли лише 43% пацієнтів з АГ. Таким чином, більша частина хворих

задоволена своїм лікуванням, проте звертає на себе увагу той факт, що лише у половини з цих хворих лікування АГ є по-справжньому ефективним. Це може бути пов'язано з відсутністю знань у пацієнтів про критерії ефективності артеріальної гіпертензії і вони не можуть адекватно оцінити свій стан. Це свідчить про необхідність проведення шкіл з АГ серед населення з метою ознайомлення з поняттям цільового рівня АТ. Одним з найбільш важливих факторів, що сприяє якісній взаємодії лікаря та пацієнта є поінформованість про можливості сучасної терапії АГ, відомості хворі на АГ повинні отримувати в бесіді з лікарем. Важливу роль у лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією грає якість консультації, що здійснюється лікарями амбулаторної ланки, яка може впливати на комплаєнтність із боку хворих. Нами були отримані дані, що більшість пацієнтів (36%) звертаються до лікаря щодо АГ кожні 3 – 6 місяців, 44% пацієнтів приходять на прийом до лікаря для отримання рекомендацій щодо лікування АГ. Таким чином, відзначається висока мотивація пацієнтів до лікування АГ та може бути результатом активної роботи по боротьбі з АГ в Україні. Слід зазначити, що на ефективність лікування впливає також правильність виконання лікарських рекомендацій з боку пацієнта, що ми оцінили за допомогою шкали Моріскі-Грін. В результаті нами були отримані дані, що 43% пацієнтів з АГ не прихильні до лікування, що може також сприяти досить низькому відсотку хворих серед мешканців нашого регіону, який досяг цільового рівня АТ [3, 11, 23]. В ефективності лікування АГ часто недооцінюється роль провізорів і фармацевтів. Адекватно призначене лікарями лікування з урахуванням сучасних клінічних рекомендацій не є гарантією їх суворого виконання повсякденній клінічній практиці. Багато в чому це пов'язано з тим, що отримавши рекомендації лікаря, пацієнт вже в аптеці на етапі придбання лікарського препарату може змінити своє рішення дотримуватися рекомендацій лікаря. Нерідко пацієнти безпосередньо звертаються до аптеки з метою отримання інформації з лікування від

провізорів та фармацевтів, тому працівники аптек можуть серйозно вплинути тактику лікування захворювання.

Тільки взаємодія лікаря та провізора здатна вплинути на якість проведеної антигіпертензивної терапії, тому оцінка та постійне підвищення рівня знань працівників аптек позитивно позначається на ефективності терапії цього захворювання. У ході нашого дослідження ми оцінювали рівень знань провізорів та фармацевтів про сучасні принципи лікування АГ, оскільки якість проведення ними фармацевтичного консультування хворих може впливати на ефективність АГТ. У ході проведення нашого дослідження було виявлено, що найбільше відомими фармацевтам препаратами стали біспоролол, амлодипін, еналаприл, метопролол та індапамід. Слід зазначити, що серед представників різних класів АГП, що застосовуються хворими на АГ саме ці препарати найчастіше використовуються у нашому регіоні. Це може опосередковано свідчити про вплив працівників аптек на вибір антигіпертензивного препарату у реальній клінічній практиці. Однак звертає на себе увагу той факт, що 35% провізорів припустилися серйозних помилок у виборі АГП, що свідчить про недостатній рівень знань працівників аптек про сучасні препарати з лікування АГ та ставить під сумнів правильність фармацевтичного консультування, що проводиться ними. При оцінці знань про найчастіше використовувані лікарями та пацієнтами класу АГП – Інгібітори АПФ нами було встановлено, що працівники аптек найкраще знають лише 3 представники – еналаприл, лізиноприл та каптоприл. Варто зазначити, що 60% опитаних фахівців вказали до 5 інгібіторів АПФ, що говорить про невисокий рівень знань з самої поширеній групі АГП та може впливати на якість консультування хворих із АГ. Серед другої за популярністю групи АГП – β -адреноблокаторів 65% провізорів та фармацевтів вказали не більше 4 представників, що також демонструє відносно невисокий рівень обізнаність працівників аптек про цю групу гіпотензивних засобів. Це може бути пов'язано як з недостатніми знаннями провізорів, так і з активною маркетинговою роботою фармацевтичних

компаній з просування певних препаратів із групи β -адреноблокаторів на ринку. Варто також зазначити, що майже третина провізорів та фармацевтів припустилися помилок при виборі представників цього класу АГП, що також відображає нестачу знань у цьому питанні. Таким чином, ми можемо зробити висновок, що більш часте використання пацієнтами, що страждають на АГ у нашому регіоні цих представників класу β -адреноблокаторів, може бути пов'язано у тому числі із впливом працівників аптек, які проводять консультування таких хворих. Таким чином, слід зробити висновок про необхідність розробки та проведення навчальних курсів з профілактики та лікування АГ для провізорів та фармацевтів для підвищення якості проведених ними консультацій. Важливе значення, з нашого погляду, має оцінка пріоритетів, якими керуються працівники аптек під час консультування хворих. Нами було виявлено, що здебільшого на загальні відгуки про лікарські препарати та принципи доказової медицини. Обнадійливо виглядає результат, що реклама у ЗМІ та договір з певними фармацевтичними компаніями не відіграє ключову роль у проведенні консультування хворих. Однак звертає на себе увагу те, що в якості джерел необхідної інформації про різні лікарських препаратів на перше місце виходять дані, отримані з бесіди з колегами та фармацевтичними працівниками, а офіційними медичними джерелами користується менший відсоток працівників аптек. Таким чином, консультування хворих здійснюється на підставі думки фармацевтів та фармацевтичних представників, що може негативно впливати на якість інформації, що отримується пацієнтами з АГ.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що провізори та фармацевти надають значний вплив у терапії АГ, що проводиться, і правильність проведення консультування хворих на рівні аптек, грамотна взаємодія їх із лікарями первинної ланки дозволить оптимізувати АГТ та сприяти підвищенню ефективності лікування артеріальної гіпертензії.

Заходи, спрямовані на підвищення рівня знань працівників аптек у нашому регіоні дозволить покращити ситуацію щодо ефективності терапії АГ.

Висновки до розділу 3:

Отримані під час дослідження дані свідчать про стійку тенденцію до зростання показників, що зберігається в нашому регіоні серцево-судинної захворюваності, що, перш за все, пов'язано з високою поширеністю АГ. Крім того, ефективність лікування АГ залишається досить низькою і становить лише 43%. Для підвищення якості надання первинної медико-санітарної допомоги хворим з АГ необхідно тісне співробітництво лікаря, провізора та хворого на всіх етапах антигіпертензивної терапії.

ВИСНОВКИ

1. У ході проведення дослідження встановлено, що найбільшим попитом серед представників різних груп АГП у нашому регіоні користуються група ІАПФ (зокрема еналаприл, лізиноприл та каптоприл) та група β -адреноблокаторів (атенолол та пропранолол).

2. Згідно з чинними рекомендаціями, препаратами першої лінії для лікування АГ є ІАПФ, БРА, β -адреноблокатори, антагоністи кальцію та тiazидні діуретики, що збігається з попитом на ці препарати у нашому регіоні.

3. Проведені нами дослідження демонструють низький рівень прихильності хворих на АГ до лікування.

4. Фармацевтичне консультування хворих фармацевтами проводиться головним чином в момент придбання препаратів. Тільки 64% опитаних фармацевтів та провізорів знають про існування формуляра аналогової заміни. Однак 10% із цих працівників аптек не використовують цей формуляр у своїй роботі. При оцінці рівня знань провізорів та фармацевтів у галузі фармакологічних груп найчастіше призначуваних антигіпертензивних засобів встановлено, що 35% з опитаних провізорів недостатньо знають препарати групи інгібіторів АПФ, а 30% опитаних працівників аптек мають недостатні знання препаратів групи бета-адреноблокаторів.

5. Тісна співпраця лікаря, провізора та хворого на всіх етапах терапії АГ у рамках контролю ефективності антигіпертензивної терапії – один із найдієвіших шляхів покращення результатів лікування АГ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Аліскірен у лікуванні артеріальної гіпертензії у пацієнтів з ожирінням // *Здоров'я України*. 2011. № 8 (261). С. 21.
2. Артеріальна гіпертензія: нові підходи до лікування // *Щотижневик Аптека*. 2010. № 22 (743). С. 10.
3. База стандартів медичної допомоги в Україні [Електронний ресурс]. Режим доступу до сайту: <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/standards.html>
4. Державний формуляр лікарських засобів (другий випуск, 2010 р.) [Електронний ресурс]. Режим доступу до сайту: <http://www.pharmascenter.kiev.ua/view/formylar/>.
5. Державний формуляр лікарських засобів / МОЗ України, Держ. Фармакол. Центр; за ред. В.Т. Чумака. К.: МОРІОН. 2009. Вип. 1. 1160 с.
6. Державний формуляр лікарських засобів. Випуск четвертий. / Під редакцією В.Є. Бліхара, В.І. Мальцева, А.М.Морозова, В.Д. Парія, А.В. Степаненко, Т.М. Думенко К.: ЦФК МОЗУ, 2012. 1159 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу до сайту: <http://www.pharmascenter.kiev.ua/view/formylar>
7. Інформаційний реєстр лікарських засобів Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення України. Режим доступу до сайту: <http://www.drugmed.gov.ua>.
8. Кваша О.О. Популяційна оцінка внеску факторів ризику серцево-судинних захворювань в смертність за даними 20-річного проспективного дослідження: Автореф. дис... д-ра мед. наук. К., 2008. 40 с.
9. Кірічек Л.Т. Нові підходи до традиційної антигіпертензивної терапії // *Мистецтво лікування*. 2006. № 9 (35). [Електронний ресурс]. Режим доступу до сайту: <http://m-l.com.ua/?aid=933>
10. Коваленко В. М. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (аналітико-статистичний посібник) / В. М. Коваленко, В. М. Концепція Державної програми профілактики і лікування артеріальної

гіпертензії в Україні на 2011–2020 р. *Артеріальна гіпертензія*. 2011. № 2 (6). С. 12–15.

11. Методика створення формулярів лікарських засобів (Наказ № 529 МОЗ України від 22.07.2009 р. [Електронний ресурс]. Режим доступу до сайту: <http://www.pharma-center.kiev.ua>.

12. Мостовий Ю.М., Томашкевич Г.І., Константинович-Чічірельо Т.В. Фармакоепідеміологічні та фармакоеконімічні дослідження у медицині: навч. посіб. Вінниця: Вид-во ВНМУ, 2003. 79 с.

13. Наказ МОЗ України № 1081 від 06.12.2010 р. «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів» (нормативно-правова інформація) // *Щотижневик Аптека*. 2011. № 2 (773). С. 1–102.

14. Немченко А.С. Основи економіки та системи обліку у фармації. Харків: Золоті сторінки, 2005. - 503 с.

15. Оцінка ефективності «Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні» за даними епідеміологічних досліджень. Горбась І. М., Смирнова О. О., Кваша І. П., Дорогой А. П., Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України, м. Київ журнал «Артеріальна гіпертензія» 6(14) 2010 Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/15367>

16. Положення про Державний формуляр лікарських засобів [Електронний ресурс]. Режим доступу до сайту: <http://www.pharma-center.kiev.ua>.

17. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. Четверте видання, виправлене і доповнене. К., 2008. 55 с.

18. Сіренко Ю. М. Гіпертонічна хвороба і артеріальні гіпертензії: монографія / Ю. М. Сіренко. Донецьк : Видавець Заславський О. Ю., 2011. 304 с
19. Скибчик В. А. Досвід застосування різних схем комбінованої терапії хворих з артеріальною гіпертензією високого і дуже високого ризику / В. А. Скибчик, С. Д. Бабляк // *Український медичний часопис*. 2010. № 6 (80). С. 94–96.
20. Фармакоеконімічний аналіз медикаментозної терапії в практиці сімейного лікаря / Л. П. Купраш, Л. Ф. Матюха, А. Ю. Петриченко [та ін.] // *Сімейна медицина*. 2008. № 4. С. 71–73.
21. European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // *J.Hypertension*. 2007. Vol. 25. P. 1105–1187.
22. Geographical variation in the major risk factors of coronary heart disease in men and women aged 35–64 years. The MONICA Project // *World health statistics quarterly*. 1998. Vol. 41 (3/4). P. 115–140.
23. Hypertension control. Report of a WHO Expert committee // Geneva, 1996. P. 1–83.
24. Maiek M. Health economics of heart failure / M. Maiek // *Heart*. 1997. Vol. 82, № 7. P. 1–13.
25. Mancia G., Fagard K., Narkiewicz K. [et al.] 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *European Heart Journal*. doi:10.1093/eurheartj/ eht151.
26. Muna W.F.T. Cardiovascular disorders in Africa // *World health statistics quarterly*. 1993. Vol. 46 (2). P. 125–133.
27. O'Brien B. Principles of economic evaluation for health care programs / B. O'Brien // *J. Rheumatol*. 1999. Vol. 22. P. 1399–1402.

28. Rational prescribing and cost reduction in the treatment of arterial hypertension: a simulation exercise / A. Bonet, V. Gosalbes, M. Fito, J. Navarro // *Gac. Sanit.* 2001. Vol. 15, № 4. P. 327–335.

29. Stamler R., Shipley M., Elliott P. et al. Higher Blood Pressure in Adults with less education. Some Explanations from INTERSALT // *Hypertension*. 1992. — Vol.19. № 3. P.237-241.

30. Stamler R., Shipley M., Elliott P. et al. Years Education and Blood Pressure: Findings of the Intersalt Study // *Circulation*. 1991. Vol. 83. № 2.

ДОДАТКИ

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Заповніть, будь ласка анонімну анкету!

Оберіть відповідь, яку вважаєте вірною:

1. Чи ставили Вам діагноз артеріальна гіпертензія? так ні

Якщо так, скільки років вона у Вас?

- менше 1 року
- 1-5 років
- 6-10 років
- більше 10 років

2. Чи ставили Вам будь-коли такі діагнози?

- ниркова недостатність
- стенокардія
- гіпертонічний криз
- серцева недостатність
- не знаю
- інфаркт міокарда
- крововилив у мозок
- інсульт мозку
- інше

3. Чи є у Вас такі супутні стани? так ні, не маю не знаю про них

Якщо так, то уточніть:

- цукровий діабет
- надмірна вага
- подагра
- підвищений холестерин
- інше _____

4. Як часто Ви приймаєте препарати для лікування артеріальної гіпертонії?

- не приймаю
- приймаю за потребою (при підвищеному тиску або поганому самопочутті)
- приймаю постійно (щодня)
- інше

5. За чією рекомендацією Ви приймаєте препарати для лікування артеріальної гіпертензії?

- приймаю за рекомендацією лікаря
- самостійно приймаю рішення про своє лікування

6. Які препарати для лікування артеріальної гіпертензії Ви приймали протягом останнього місяця?

- не приймав(ла)
- приймав(а), тоді уточніть:

№	Назва препарату	Доза на добу	Кількість прийомів на добу
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

7. Чи вимірюєте Ви вдома артеріальний тиск?

- не вимірюю
- вимірюю за допомогою інших
- вимірюю тільки при відвідуванні лікаря
- вмію вимірювати
- вимірюю самостійно за допомогою простого тонометра
- не вмію вимірювати
- вимірюю самостійно за допомогою автоматичного тонометра

8. Вкажіть цифри Вашого тиску: не знаю

- Тиск при хорошому самопочутті □□□ / □□□
- Тиск зараз □□□ / □□□

9. Як часто Ви відвідуєте лікаря щодо артеріальної гіпертонії?

- не відвідую
- 1 раз на 3-6 місяців
- 1 раз на тиждень
- 1 раз на рік
- 1 раз на місяць
- інше

10. Якою є Ваша мета відвідування лікаря?

- вимір АТ
- дослідження (ЕКГ та інші)
- направлення на госпіталізацію
- отримання лікарняного листа

- отримання рекомендацій щодо лікування
- інше

11. Чи дає Вам лікар рекомендації щодо прийому ліків для лікування гіпертензії?

- не дає рекомендацій
- пояснює час для прийому ліків
- прийом ліків до/після їжі
- що робити при високому тиску?
- черговість прийому ліків якщо їх декілька
- попереджає про побічні ефекти

12. Чи дотримуєтеся Ви режиму прийому ліків для лікування артеріальної гіпертензії?

Чи забуваєте Ви коли-небудь прийняти ліки? так ні

Чи порушуєте Ви іноді час прийому ліків? так ні

Чи пропускаєте Ви прийом ліків, якщо відчуваєте добре? так ні

Якщо Ви відчуваєте себе погано після прийому ліків, чи пропускаєте ви наступний прийом? так ні

13. Чи ви відчуваєте несприятливі (побічні) явища при лікуванні артеріальної гіпертензії?

- ні
- так вказати які

14. Чи вважаєте Ви проведення лікування зі зниження артеріального тиску:

- ефективним
- малоефективним
- неефективним
- немає лікування

15. Чи відвідували Ви колись школу для хворих з артеріальною гіпертензією?

- так
- ні

16. Ваші дані:

Стать чоловік жінка

Вага кг.

Вік років

Зріст см

Дякуємо за участь!

АНКЕТА ДЛЯ ПРОВІЗОРІВ ТА ФАРМАЦЕВТІВ

Шановні колеги,

*Національний фармацевтичний університет проводить дослідження сучасного стану лікарського забезпечення хворих на артеріальну гіпертензію м. Харкова та області. Ваші відповіді допоможуть краще розібратися у проблемах сучасного лікарського забезпечення та покращити якість фармацевтичної допомоги хворим. У зв'язку з цим просимо Вас відповісти на наступні питання.
Анонімність інформації гарантуємо!*

1. Вкажіть рівень Вашої освіти: Вища Середня
2. Стаж роботи до 1 року до 5 років до 10 років понад 10 років
3. На Вашу думку, що впливає на вподобання покупців при виборі гіпотензивного препарату:
- Вартість
 - Реклама лікарського засобу в ЗМІ
 - Рекомендації лікаря
 - Особистий досвід пацієнтів із прийому препарату
 - Думка родичів та знайомих
 - Ваша порада
 - Популярність фірми-виробника
4. Оберіть препарати для лікування гіпертонічної хвороби:
- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Амлодипін | <input type="checkbox"/> Індапамід |
| <input type="checkbox"/> Сотатегсал | <input type="checkbox"/> Еналаприл |
| <input type="checkbox"/> Бісопролол | <input type="checkbox"/> Фамотидин |
| <input type="checkbox"/> Аміодарон | <input type="checkbox"/> Торасемід |
| <input type="checkbox"/> Валсартан | <input type="checkbox"/> Метопролол |
| <input type="checkbox"/> Галоперидол | <input type="checkbox"/> Піроксикам |
| <input type="checkbox"/> Лоратадін | <input type="checkbox"/> Ділтiazем |
| <input type="checkbox"/> Периндоприл | <input type="checkbox"/> Небівалол |
| <input type="checkbox"/> Бісакодил | <input type="checkbox"/> Карведилол |
| <input type="checkbox"/> Гіпотiazид | |
-

5. Оберіть серед наведених препаратів інгібітори АПФ:

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Кандесартан | <input type="checkbox"/> Раміпріл | <input type="checkbox"/> Олмесартан |
| <input type="checkbox"/> Амлодипі | <input type="checkbox"/> Небівалол | <input type="checkbox"/> Рілменідин |
| <input type="checkbox"/> Еналаприл | <input type="checkbox"/> Верапаміл | <input type="checkbox"/> Квінаприл |
| <input type="checkbox"/> Каптоприл | <input type="checkbox"/> Периндоприл | <input type="checkbox"/> Атенолол |
| <input type="checkbox"/> Бісопролол | <input type="checkbox"/> Празозин | <input type="checkbox"/> Моксазозин |
| <input type="checkbox"/> Ділтiazем | <input type="checkbox"/> Пропранолол | <input type="checkbox"/> Фозіноприл |
| <input type="checkbox"/> Лізиноприл | <input type="checkbox"/> Моексіприл | <input type="checkbox"/> Спіраприл |
| <input type="checkbox"/> Валсартан | <input type="checkbox"/> Торасемід | <input type="checkbox"/> Індапамід |
| <input type="checkbox"/> Моксонідин | <input type="checkbox"/> Клофелін | <input type="checkbox"/> Лосартан |
| <input type="checkbox"/> Карведилол | <input type="checkbox"/> Трандолаприл | <input type="checkbox"/> Фелодипін |
| <input type="checkbox"/> Ніфедипін | <input type="checkbox"/> Кандесартан | <input type="checkbox"/> Зофеноприл |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Гіпотіазид |

6. Оберіть серед наведених препаратів β -адреноблокатори:

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Кандесартан | <input type="checkbox"/> Верапаміл | <input type="checkbox"/> Доксазозін |
| <input type="checkbox"/> Амлодипін | <input type="checkbox"/> Периндоприл | <input type="checkbox"/> Фозіноприл |
| <input type="checkbox"/> Еналаприл | <input type="checkbox"/> Празозин | <input type="checkbox"/> Спіраприл |
| <input type="checkbox"/> Каптоприл | <input type="checkbox"/> Моексіприл | <input type="checkbox"/> Бетаксоллол |
| <input type="checkbox"/> Бісопролол | <input type="checkbox"/> Метопролол | <input type="checkbox"/> Фелодипін |
| <input type="checkbox"/> Ділтiazем | <input type="checkbox"/> Клофелін | <input type="checkbox"/> Зофеноприл |
| <input type="checkbox"/> Лізиноприл | <input type="checkbox"/> Трандолаприл | <input type="checkbox"/> Гідрохлортіазид |
| <input type="checkbox"/> Валсартан | <input type="checkbox"/> Кандесартан | <input type="checkbox"/> Індапамід |
| <input type="checkbox"/> Моксонідин | <input type="checkbox"/> Олмесартан | <input type="checkbox"/> Квінаприл |
| <input type="checkbox"/> Карведилол | <input type="checkbox"/> Рілменідин | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ніфедипін | <input type="checkbox"/> Пропранолол | |
| <input type="checkbox"/> Раміпріл | <input type="checkbox"/> Атенолол | |
| <input type="checkbox"/> Небівалол | | |

7. Зазначте у наведеному списку гіпотензивних лікарських засобів ті, які купуються у Вашій аптеці за ступенем ранжованості (1- купуються найчастіше, 2 часто купуються, 3 періодично, 4 рідко, 5 вкрай рідко)

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> атенолол | <input type="checkbox"/> лерканідипін | <input type="checkbox"/> епросартан |
| <input type="checkbox"/> пропранолол | <input type="checkbox"/> каптоприл | <input type="checkbox"/> олмесартан |
| <input type="checkbox"/> метопролол | <input type="checkbox"/> еналаприл | <input type="checkbox"/> гіпотіазид |
| <input type="checkbox"/> метопролол SR | <input type="checkbox"/> лізиноприл | <input type="checkbox"/> індапамід |
| <input type="checkbox"/> бетаксоллол | <input type="checkbox"/> раміприл | <input type="checkbox"/> індапамід-ретард |
| <input type="checkbox"/> бісопролол | <input type="checkbox"/> периндоприл | <input type="checkbox"/> фурсемід |
| <input type="checkbox"/> небівалол | <input type="checkbox"/> моексіприл | <input type="checkbox"/> торасемід |

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> карведилол | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> спіраприл | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Торасемід SR |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ніфедипін | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> трандолаприл | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> празозин |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ніфедипін SR | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> фозиноприл | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> доксазозин |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> дилтіазем | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> квінаприл | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> моксонідин |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> дилтіазем SR | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> зофеноприл | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> рилменідин |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> верапаміл | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> лосартан | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> клофелін |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> верапаміл SR | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> валсартан | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> фелодипін | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ірбесаріан | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> фелодипін SR | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> кандесартан | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> амлодипін | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> телмісартан | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> лацидипін | | |

8. Чи проводиться у вашій аптеці фармацевтичне консультування хворих?

так

ні

9. Чи проводите Ви фармацевтичні аналогові заміни?

так

ні

10. У разі відсутності в аптеці препарату, як здійснюється пропозиція щодо його заміни? Чим Ви керуєтеся під час вибору?

Ціною

Загальними відгуками про препарат

Рекламою у ЗМІ

Особливостями перебігу захворювання у конкретному випадку

Доказаною ефективністю

Особистим досвідом

Вигідною співпрацею з медичними представниками

інше _____

11. Якими джерелами Ви користуєтеся для отримання необхідної інформації про лікарські засоби?

періодичні видання за фахом

лекції, семінари для практикуючих лікарів, науково-практичні конференції

засоби масової інформації

бесіди з колегами та фармацевтичними працівниками

інше _____

12. Чи інформуєте ви пацієнтів про можливі лікарські взаємодії?

Ні, ніколи

Ні, вважаю цю дію компетенцією лікарів

- Так, завжди
- Так, якщо в даний момент маю час

13. Чи інформуєте Ви пацієнтів про можливі побічні ефекти?

- Ні, не вважаю це за необхідне, тому що у сучасних препаратів вони практично відсутні
- Ні, вважаю це компетенцією лікарів
- Так, завжди
- Так, якщо в даний момент маю час

14. Відзначте раціональні комбінації для лікування гіпертонічної хвороби:

- тiazидні діуретики + β -адреноблокатор
- β -адреноблокатори + антагоністи кальцію дигідропіридинової
- інгібітори АПФ+ антагоністи кальцію дигідропіридинової
- інгібітори АПФ+ β -адреноблокатор
- антагоністи кальцію недигідропіридинової + блокатори рецепторів АТ II
- блокатори рецепторів АТ II+ Тiazидні діуретики
- інгібітори АПФ+ блокатори рецепторів АТ II
- антагоністи кальцію дигідропіридинової+ Тiazидні діуретики
- антагоністи кальцію дигідропіридинової + блокатори рецепторів АТ II
- β -адреноблокатор+ антагоністи кальцію недигідропіридинової
- блокатори рецепторів АТ II+ β -адреноблокатор
- інгібітори АПФ+ антагоністи кальцію недигідропіридинової
- тiazидні діуретики + інгібітори АПФ

Дякуємо Вам за відповіді та приділений час!

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

YOUTH PHARMACY SCIENCE

МАТЕРІАЛИ
ІІІ ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

7-8 грудня 2022 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2022

УДК 615.1

Редакційна колегія: проф. Котвіцька А. А., проф. Владимірова І. М.
Укладачі: Сурікова І. О., Боднар Л. А., Григорів Г. В. Литкін Д. В.

Youth Pharmacy Science: матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (7-8 грудня 2022 р., м. Харків). – Харків: НФаУ, 2022. – 560 с.

Збірка містить матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Youth Pharmacy Science», які представлені за пріоритетними напрямками науково-дослідної роботи Національного фармацевтичного університету. Розглянуто теоретичні та практичні аспекти синтезу біологічно активних сполук і створення на їх основі лікарських субстанцій; стандартизації ліків, фармацевтичного та хіміко-технологічного аналізу; вивчення рослинної сировини та створення фітопрепаратів; сучасної технології ліків та екстемпоральної рецептури; біотехнології у фармації; досягнень сучасної фармацевтичної мікробіології та імунології; доклінічних досліджень нових лікарських засобів; фармацевтичної опіки рецептурних та безрецептурних лікарських препаратів; доказової медицини; сучасної фармакотерапії, соціально-економічних досліджень у фармації, маркетингового менеджменту та фармакоєкономіки на етапах створення, реалізації та використання лікарських засобів; управління якістю у галузі створення, виробництва й обігу лікарських засобів; інформаційних та освітніх технологій у фармації та медицині; суспільствознавства; філології.

УДК 615.1

© НФаУ, 2022

Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю
«YOUTH PHARMACY SCIENCE»

Мета дослідження. Проаналізувати результати анкетування фахівців фармації з клініко-фармакологічних аспектів раціонального та безпечного застосування анальгетиків для лікування болю в педіатричній практиці.

Матеріали та методи. У роботі використовувалися соціологічні методи дослідження, зокрема, анкетування, для проведення опитування була створена google-форма, результати статистично опрацьовувались автоматизовано через google-форму.

Результати дослідження. Нами були проаналізовані результати анкетування 52 спеціалістів фармації різних аптечних мереж з приводу сучасних підходів до фармакотерапії болю у дітей, а також раціонального та безпечного застосування фармакокоректорів болю. Аналіз відповідей респондентів показав, що фармацевти досить добре обізнані в питаннях видів болю та причин, що його викликають, а також вибору препаратів для лікування болю в педіатрії. Так, наприклад, 92% респондентів вказали парацетамол та морфін, як лікарські засоби що можуть застосовуватись у дітей до року. 70% фармацевтів відзначили препарати, які дозволені для застосування у підлітковому віці. Більшість фармацевтів знають характерні особливості анальгетиків, форми випуску та кратність прийому різних препаратів. Проте, проведений аналіз дозволив виявити низку питань, що потребують поглиблення знань фахівців фармації, зокрема, з питань побічних ефектів, які можуть виникати при застосуванні фармакокоректорів болю, їх взаємодії з іншими препаратами, особливостей застосування.

Висновки. На підставі аналізу результатів анкетування фармацевтів нами було зроблено висновки та виявлено низку питань щодо раціонального та безпечного застосування анальгетиків для лікування болю, які потребують поглиблення знань фармацевтів, що взято за основу при розробці рекомендацій для фахівців фармації щодо раціонального та безпечного застосування анальгетиків для лікування болю у дітей різного віку. Впровадження даних рекомендацій у практичну діяльність аптечних мереж та установ вищої освіти з підготовки фахівців фармацевтичної галузі сприятиме підвищенню якості фармацевтичної допомоги педіатричним хворим.

РАЦІОНАЛЬНЕ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ НА ОСНОВІ ФАРМАКОЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ

Беркут А. І.

Науковий керівник: Матвійчук А. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

matviychukav70@gmail.com

Вступ. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є лідируючою причиною смертності в усьому світі, приводячи щороку до 17 млн. летальних випадків, за прогнозами експертів до 2025 р. ця цифра може досягти 25 млн. 2021 року від ССЗ померло 501 698 осіб і цей показник щорічно зростає. Одним із основних факторів ризику, що визначають прогноз захворюваності та смертності населення від ССЗ, є артеріальна гіпертензія (АГ). За оцінками світових експертів, 9,4 млн. випадків смерті у світі щорічно викликають ускладнення гіпертензії. Щонайменше 45% смертельних випадків, спричинених хворобами серця та 51% випадків смерті, спричинених гострим порушенням мозкового кровообігу. Крім ішемічної хвороби

серця та цереброваскулярних захворювань, неконтрольований артеріальний тиск призводить до формування хронічної серцевої недостатності, порушень функції нирок, захворювань периферичних кровоносних судин та судин сітківки очей. В Україні показник поширеності АГ для дорослого населення, як і раніше, залишається одним з найвищих у світі і становить 42% у чоловіків та 41,1% у жінок, тобто близько 20 мільйонів людей страждають на дане захворювання. Ступінь наукової розробки проблеми ефективності лікування АГ як і раніше, залишається досить невисокою. Тому поширеність артеріальної гіпертензії є предметом численних епідеміологічних досліджень, які у різних країнах. В Україні досі не проводилася оцінка ролі провізорів у результатах лікування артеріальної гіпертензії. Тому проведене дослідження є оригінальним і дозволяє більш повно оцінити все фактори, щоб виробити життєздатну стратегію покращення якості надання допомоги хворим на АГ.

Мета дослідження. Вивчити фармакоепідеміологічні аспекти терапії артеріальної гіпертензії для покращення результатів лікування хворих на амбулаторному етапі.

Матеріали та методи. Робота виконана в межах проспективного одномоментного описового епідеміологічного дослідження, яке виконувалося з використанням методів епідеміологічного, статистичного та соціологічного аналізу шляхом анкетування. Було проведено дослідження ефективності терапії АГ серед жителів м. Харкова та області та оцінки їх комплаєнтності. У дослідженні оцінювалися анкети, заповнювані хворими, які звернулися до аптечних закладів. Анкетування проводилося серед відвідувачів, які виявляли бажання придбати антигіпертензивні препарати. Отримані дані статистично оброблялися за допомогою програми Excel 7. Обов'язковою умовою проведення дослідження була наявність поінформованої згоди, наданої хворими та працівниками аптек.

Результати дослідження. За результатами нашого дослідження, медико-соціальний портрет хворого АГ – це жінка, середній вік якої становить 59 років, має вищу освіту та середній стаж захворювання понад 10 років. Нами було проаналізовано загальну характеристику досліджуваної популяції хворих на АГ у Харкові та Харківській області та встановлена висока поширеність надлишкової маси тіла (50,4%), яка є одним із обтяжливих факторів ризику розвитку серцево-судинних ускладнень. Зазначається також, що 14% пацієнтів не знають про наявність у себе факторів ризику. Серед супутніх захворювань та ускладнень АГ у опитаних пацієнтів найчастіше зустрічається гіпертонічний криз, ішемічна хвороба серця та хронічна серцева недостатність. Проте 19% опитаних хворих не знають про супутні захворювання. У структурі антигіпертензивних препаратів, які застосовують пацієнти, стійко переважають 5 основних класів. Найчастіше пацієнти з артеріальною гіпертензією приймають ІАПФ, що може бути пов'язано із частим призначенням цієї групи лікарями, а також високим ступенем обізнаності працівників аптек згідно з даними, отриманими в ході нашого дослідження. З 10 зазначених у ході проведення анкетування ІАПФ пацієнти в реальній клінічній практиці використовують лише 6. Привертає увагу той факт, що найчастіше опитані респонденти приймають еналаприл (54%). Це може бути пов'язано не тільки з його частим призначенням, але і з великою кількістю дженеричних форм еналаприлу з різним ціновим діапазоном, що також може впливати на частоту прийому даного лікарського засобу. Одним з важливих моментів, що посилюють прихильність до терапії, є самоконтроль АТ. Отримані нами дані свідчать, що 85,5% пацієнтів самостійно вимірюють АТ, що може говорити про позитивний вплив просвітницької роботи серед пацієнтів з АГ та високої доступності у придбанні автоматичних та механічних тонометрів. Важливим фактором, що визначає прихильність до лікування, є самостійна оцінка

Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю
«YOUTH PHARMACY SCIENCE»

хворими на ефективність проведеного лікування. Наші дані показали, що 62,5% з опитаних вважають своє лікування ефективним, незважаючи на те, що з них цільового рівня АГ досягли лише 30,5% пацієнтів з АГ.

Таким чином, більша частина хворих задоволена своїм лікуванням, проте звертає на себе увагу той факт, що лише у половини з цих хворих лікування АГ є по-справжньому ефективним. Це може бути пов'язано з відсутністю знань у пацієнтів про критерії ефективності артеріальної гіпертензії і вони не можуть адекватно оцінити свій стан.

У ході нашого дослідження ми оцінювали рівень знань провізорів та фармацевтів про сучасні принципи лікування АГ, оскільки якість проведення ними фармацевтичного консультування хворих може впливати на ефективність АГТ. Було виявлено, що найбільше відомими фармацевтам препаратами стали бісопролол, амлодипін, еналаприл, метопролол та індапамід. Слід зазначити, що серед представників різних класів АГП, що застосовуються хворими на АГ саме ці препарати найчастіше використовуються у нашому регіоні. Це може опосередковано свідчити про вплив працівників аптек на вибір антигіпертензивного препарату у реальній клінічній практиці. Однак звертає на себе увагу той факт, що 35% провізорів припустилися серйозних помилок у виборі АГП, що свідчить про недостатній рівень знань працівників аптек про сучасні препарати з лікування АГ та ставить під сумнів правильність фармацевтичного консультування, що проводиться ними. Таким чином, консультування хворих здійснюється на підставі думки фармацевтів та фармацевтичних представників, що може негативно впливати на якість інформації, що отримується пацієнтами з АГ. Аналіз взаємозамінності лікарських препаратів – одне із найбільш складних питань у роботі аптек, тому ми проаналізували рівень знань фармацевтичних працівників із цього питання. Було встановлено, що працівники аптек більшою мірою спираються на доведену ефективність різних дженериків, що позитивно позначається на якості проведеної фармакотерапії. З іншого боку, великий відсоток провізорів та фармацевтів спирається на самостійний вибір АГП самими пацієнтами, що може також негативно позначитися на ефективності лікування артеріальної гіпертензії, оскільки пацієнти часто вкрай не компетентні у цьому питанні. Таким чином, можна зробити висновок про те, що провізори та фармацевти надають значний вплив у терапії АГ, що проводиться, і правильність проведення консультування хворих на рівні аптек, грамотна взаємодія їх із лікарями первинної ланки дозволить оптимізувати АГТ та сприяти підвищенню ефективності лікування артеріальної гіпертензії.

Висновки. Отримані під час дослідження дані свідчать про стійку тенденцію до зростання показників серцево-судинної захворюваності, яка зберігається в нашому регіоні, що, перш за все, пов'язано з високою поширеністю АГ. Крім того, ефективність лікування АГ залишається досить низькою і становить лише 43%. Для підвищення якості надання первинної медичної допомоги хворим з АГ необхідно тісне співробітництво лікаря, провізора та хворого на всіх етапах антигіпертензивної терапії.



Міністерство
охорони здоров'я
України

Національний
фармацевтичний
університет



СЕРТИФІКАТ

Цим засвідчується, що

Беркут А. І.

**Науковий керівник:
Матвійчук А. В.**

брав(ла) участь у роботі III Всеукраїнської
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

**YOUTH
PHARMACY
SCIENCE**

Ректор НФаУ,
д. фарм. н., проф.



Алла КОТВИЦЬКА

7-8 грудня 2022 р.
м. Харків
Україна

Національний фармацевтичний університет

Факультет фармацевтичний
Кафедра фармакології та фармакотерапії
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація
Освітня програма Фармація

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
фармакології та фармакотерапії

Сергій ШТРИГОЛЬ
« 21 » вересня 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Аліни БЕРКУТ

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Рациональне застосування антигіпертензивних лікарських засобів в Україні на основі фармакоепідеміологічного аналізу»
керівник кваліфікаційної роботи: Анатолій МАТВІЙЧУК, к.фарм.н., доцент
затверджений наказом НФаУ від «01» листопада 2022 року № 238
 2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: грудень 2022 р.
 3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: робота присвячена фармакоепідеміологічному аналізу обсягів застосування антигіпертензивних лікарських засобів в Україні
 4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):
Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури попередніх досліджень за останні 10 років та номенклатури сучасних лікарських препаратів антигіпертензивної дії, наявних на сучасному фармацевтичному ринку України. Розробка опитувальних анкет та проведення анкетування працівників аптек та відвідувачів щодо обсягів продажу та споживання препаратів для лікування артеріальної гіпертензії. Аналіз отриманих даних, формулювання висновків.
 5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):
таблиць – 2, рисунків – 15.
-

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
I.	Анатолій МАТВІЙЧУК, доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології та фармакотерапії	Вересень 2022 р.	Вересень 2022р.
II.	Анатолій МАТВІЙЧУК, доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології та фармакотерапії	Жовтень 2022 р.	Жовтень 2022р.
III.	Анатолій МАТВІЙЧУК, доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології та фармакотерапії	Листопад 2022 р.	Листопад 2022 р.

7. Дата видачі завдання: «21» вересня 2022 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Узагальнення даних наукової літератури щодо обсягів застосування лікарських засобів антигіпертензивної дії в Україні та світі Оформлення розділу 1.	Вересень 2022 р.	виконано
2.	Визначення об'єктів та методів дослідження. Оформлення розділу 2.	Вересень 2022 р.	виконано
3.	Розробка анкети та проведення анкетування працівників та відвідувачів аптек щодо обсягів продажів та застосування препаратів антигіпертензивної дії. Оформлення розділу 3.	Жовтень – Листопад 2022 р.	виконано
4.	Аналіз та узагальнення результатів. Оформлення кваліфікаційної роботи.	Листопад – Грудень 2022 р	виконано

Здобувач вищої освіти

_____ Аліна БЕРКУТ

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ Анатолій МАТВІЙЧУК

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 238
по Національному фармацевтичному університету
від 01 листопада 2022 року

Затвердити тему, керівника та рецензента кваліфікаційної роботи здобувачу вищої освіти заочної форми навчання фармацевтичного факультету НФаУ 2023 року випуску:

№ з/п	Прізвище, ім'я по батькові здобувача вищої освіти	Тема кваліфікаційної роботи (українською мовою)	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Керівник кваліфікаційної роботи	Рецензент кваліфікаційної роботи
1.	Беркут Аліна Ігорівна	Раціональне застосування антигіпертензивних лікарських засобів в Україні на основі фармако-епідеміологічного аналізу	Rational use of anti-hypertensive drugs in Ukraine based on pharmacoepidemiological analysis	доц. Матвійчук А. В.	доц. Гдадченко О. М.

ПІДСТАВА: службова записка завідувача кафедрою про затвердження теми кваліфікаційної роботи, керівника та рецензента.

Вірно: пров. фахівець деканату

Н. В. Фоменко

ВИСНОВОК

Комісії з академічної доброчесності про проведену експертизу щодо академічного плагіату у кваліфікаційній роботі здобувача вищої освіти

№ 109188 від «9» грудня 2022 р.

Проаналізувавши випускну кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти заочної форми навчання Беркут Аліни Ігорівни, _____ курсу, _____ групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Рациональне застосування антигіпертензивних лікарських засобів в Україні на основі фармакоепіде-міологічного аналізу / Rational use of antihypertensive drugs in Ukraine based on pharmacoepidemiological analysis», Комісія з академічної доброчесності дійшла висновку, що робота, представлена до Екзаменаційної комісії для захисту, виконана самостійно і не містить елементів академічного плагіату (копіляції).

Голова комісії,
професор



Інна ВЛАДИМИРОВА

0%

11%

ВІДГУК

**наукового керівника на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти
магістр, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація**

Аліни БЕРКУТ

**на тему: «Рациональне застосування антигіпертензивних лікарських
засобів в Україні на основі фармакоепідеміологічного аналізу».**

Актуальність теми. Серцево-судинні захворювання є лідируючою причиною смертності в усьому світі, приводячи щороку до 17 млн. летальних випадків, за прогнозами експертів до 2030 р. ця цифра може досягти 25 млн. 2018 року від серцево-судинних захворювань померло 501698 осіб і цей показник щорічно зростає. Одним із основних факторів ризику, що визначають прогноз захворюваності та смертності населення від ССЗ, є артеріальна гіпертензія. Незважаючи на реалізацію програм, спрямованих на підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії їх результати не завжди успішна. За даними досліджень, відсоток хворих, які досягли цільового рівня АТ, у Європі та Америці залишається досить низьким. Слід зазначити, що за даними епідеміологічних досліджень, проведених в Україні, ефективність терапії ще нижча. Отже, робота по вивченню факторів, які впливають на ефективність терапії артеріальної гіпертензії та розробка заходів щодо підвищення комплаєнтності пацієнтів щодо фармакотерапії цього захворювання є надзвичайно актуальною.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість.

Результати роботи сприяють оцінці рівня впровадження вітчизняних рекомендацій з діагностики та лікування артеріальної гіпертензії у клінічну практику. Робота встановлює фактори, які знижують ефективність проведеної фармакотерапії, виявляє проблеми в організації консультативної

допомоги, знання фармацевтів та лікарів щодо стандартів ведення хворих з артеріальною гіпертензією.

Оцінка роботи. Випускна кваліфікаційна робота виконана на достатньо високому науковому рівні. Результати експериментів статистично оброблені та представлені у роботі у вигляді таблиць та рисунків. Висновки узагальнено, що є логічним завершенням теоретичних експериментальних досліджень.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. Випускна кваліфікаційна робота Беркут А. відповідає усім вимогам, що висуваються до магістерських робіт, і може бути представлена до захисту у Екзаменаційну комісію Національного фармацевтичного університету.

Науковий керівник _____ Анатолій МАТВІЙЧУК

«07» грудня 2022 р.

РЕЦЕНЗІЯ

**на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти магістр, спеціальності
226 Фармація, промислова фармація**

Аліни БЕРКУТ

на тему: «Раціональне застосування антигіпертензивних лікарських засобів в Україні на основі фармакоепідеміологічного аналізу».

Актуальність теми. Автором роботи доведено, що лікування артеріальної гіпертензії залишається пріоритетним напрямом більшості галузей медицини, а раціоналізація використання наявних засобів зі антигіпертензивної дії залишається актуальною проблемою сучасної фармакології. Дана випускна кваліфікаційна робота присвячена важливій проблемі – фармакоепідеміологічному дослідженню обсягів застосування лікарських засобів антигіпертензивної дії в Україні з метою розробки ефективних заходів щодо підвищення ефективності фармакотерапії цього захворювання.

Теоретичний рівень роботи. Базуючись на літературних даних та результатах власних досліджень автором обґрунтована доцільність та засоби підвищення рівня обізнаності працівників фармації щодо застосування антигіпертензивних засобів, а також розроблено заходи для збільшення комплаєнтності пацієнтів при фармакотерапії артеріальної гіпертензії.

Пропозиції автора з теми дослідження. Запропоновано перелік заходів для збільшення комплаєнтності пацієнтів при фармакотерапії артеріальної гіпертензії.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Наукові положення, висновки і рекомендації, сформульовані у роботі, базуються на експериментальних даних і логічно витікають з отриманих результатів.

Недоліки роботи. Суттєвих недоліків у роботі не виявлено. По тексту іноді зустрічаються граматичні помилки, які суттєво не впливають на сприйняття роботи та не змінюють її змісту.

Загальний висновок і оцінка роботи. Випускна кваліфікаційна робота Беркут А. за результатами досліджень і виконаним об'ємом може бути представлена до захисту в Екзаменаційну комісію НФаУ.

Рецензент

доц. Олег ГЛАДЧЕНКО

«14» грудня 2022 р.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Витяг

з протоколу № 9

« 23 » грудня 2022 року

м. Харків

засідання кафедри фармакології та фармакотерапії

ПРИСУТНІ: зав. каф., проф. Штриголь С.Ю., проф. Кіреєв І.В., проф. Деримедвідь Л.В., проф. Щокіна К.Г., проф. Бутко Я.О., доц. Белік Г.В., доц. Жаботинська Н.В., доц. Матвійчук А.В., доц. Рябова О.А., доц. Савохіна М.В., доц. Куценко Т.О., доц. Таран А.В., доц. Степанова С.І., ас. Кононенко А.В., ас. Толмачова К.С., ас. Цеменко К.В., Арусханян Р.С., Дещенко В.І., Мілька І.О., Близнюк Д.С., Беркут А.І., Поліщук С.А., Штурмай Л.В., Стібиш М.В., Лещенко Є.А., Шахбазян А.А., Демченко Н.О., Седоволоса Н.І., Василенко К.О., Антонюк-Луцишина Л.С., Ярова Л.І., Колодяжна В.О., Просяник В.В., Маленко (Камко) А.А., Харун С.С., Якутко Н.О., Баран А.О., Федорченко Д.М., Черкашина Т.М., Шпак Т.В.

ПОРЯДОК ДЕННИЙ:

Розгляд кваліфікаційних робіт здобувачів вищої освіти для подання робіт до Екзаменаційної комісії.

СЛУХАЛИ:

Здобувача вищої освіти Беркут Аліну Ігорівну зі звітом про проведену наукову діяльність за темою кваліфікаційної роботи: «Рациональне застосування антигіпертензивних лікарських засобів в Україні на основі фармакоепідеміологічного аналізу».

УХВАЛИЛИ:

Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувач вищої освіти Беркут Аліна Ігорівна допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри фармакології
та фармакотерапії, проф. _____

Штриголь С.Ю.

Секретар кафедри фармакології
та фармакотерапії, ас. _____

Кононенко А.В.

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ПОДАННЯ
ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ
ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Направляється здобувач вищої освіти Аліна БЕРКУТ до захисту кваліфікаційної роботи за галуззю знань 22 Охорона здоров'я спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація освітньою програмою Фармація на тему: «Рациональне застосування антигіпертензивних лікарських засобів в Україні на основі фармакоепідеміологічного аналізу»

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Микола ГОЛІК /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Аліна БЕРКУТ в процесі роботи встановила та обґрунтувала актуальність розробки практичних рекомендацій щодо підвищення ефективності фармакотерапії артеріальної гіпертензії в Україні. Беркут А. допускається до захисту даної випускної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії НФаУ.

Керівник кваліфікаційної роботи

Анатолій МАТВІЙЧУК

«07» грудня 2022 р.

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувач вищої освіти Аліна БЕРКУТ допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри
фармакології та фармакотерапії

Сергій ШТРИГОЛЬ

«23» грудня 2022 року

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

« ____ » _____ 2023 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

доктор фармацевтичних наук, професор

_____ /Лена ДАВТЯН/