

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
факультет по подготовке иностранных граждан
кафедра социальной фармации**

**КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
по теме: «ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ПАЦИЕНТАМ ПРИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД»**

Выполнил: соискатель высшего образования
группы Фм18(5,0д)і-03
специальности 226 Фармация, промышленная
фармация
образовательной программы Фармация
ЭСХИЛ ЛАТИФА

Руководитель: доцент заведения высшего
образования кафедры социальной фармации,
канд. фарм. наук, доцент
Светлана КАЛАЙЧЕВА

Рецензент: заведующий кафедры организации и
экономики фармации, доктор фармацевтических
наук, профессор заведения высшего образования
Анна ПАНФИЛОВА

Харьков – 2024 год

АННОТАЦИЯ

В работе представлены результаты исследований по организации фармацевтической помощи пациентам при социальной реабилитации в послеоперационный период. Были изучены особенности наблюдения и ухода за больными в послеоперационном периоде, проведён анализ основных причин сокращения продолжительности послеоперационного периода, проведён анализ ассортимента основных лекарственных средств необходимые в послеоперационном периоде, а также проведён анализ доступности послеоперационной реабилитации для населения Марокко. Работа представлена на 43 страницах и состоит из 3 глав, общий выводов, 35 источников литературы. Результаты исследований проиллюстрированы 1 таблицей и 7 рисунками.

Ключевые слова: лекарственные средства, фармацевтическое обеспечение, доступность, послеоперационный период.

ANNOTATION

The paper presents the results of research on organizing pharmaceutical care for patients during social rehabilitation in the postoperative period. The peculiarities of observation and care for patients in the postoperative period were studied, an analysis of the main reasons for reducing the duration of the postoperative period was conducted, an analysis of the assortment of essential medications required in the postoperative period was carried out, and an analysis of the accessibility of postoperative rehabilitation for the population of Morocco was conducted. The work is presented on 43 pages and consists of 3 chapters, general conclusions, 35 sources of literature. The research findings are illustrated by 1 table and 7 figures.

Key words: medications, pharmaceutical provision, accessibility, postoperative period.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
РАЗДЕЛ 1. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ НАБЛЮДЕНИЯ И УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	7
1.1. Понятие, сущность и значение послеоперационного периода	7
1.2. Анализ основных причин сокращения продолжительности послеоперационного периода	11
Выводы к 1 разделу	17
РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НЕОБХОДИМЫЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	18
2.1. Анализ основных лекарственных средств из группы анальгетиков и антибиотиков в исследуемой аптеке	18
2.2. Анализ влияния послеоперационных периодов реабилитаций на работу аптечных учреждений	24
Выводы к 2 разделу	30
РАЗДЕЛ 3. ПРОВЕДЕНИЕ АНАЛИЗА СПЕЦИФИКИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В МАРОККО	31
3.1. Анализ эффективности использования системы страхования для проведение послеоперационной реабилитации	31
3.2. Проведение анализа доступности послеоперационной реабилитации для населения Марокко	37
Выводы к 3 разделу	42
ОБЩИЕ ВЫВОДЫ	43
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	44

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

GDP (Good Distribution Practice) – Надлежащая дистрибьютерская практика

GMP (Good Manufacturing Practice) – Надлежащая производственная практика

GPP (Good Pharmaceutical Practice) – Надлежащая фармацевтическая (аптечная) практика

СМО (contract manufacturing organization) – организация контрактного производства

БЗР – безопасность и здоровье на работе

БС – болевой синдром

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГЛС – готовые лекарственные средства

ИПС – информационно-поисковая система

ЛП – лекарственные препараты

ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения

ЛС – лекарственные средства

НЛП – национальная лекарственная политика

НПА – нормативно-правовой акт

ОЗ – общее здоровье

ОЛС – основные (жизненно необходимые) лекарственные средства.

ПЗ – психическое здоровье

СР – социальная роль

ФР – физическая работоспособность

ФС – физическое состояние

ЭС – эмоциональное состояние

ВВЕДЕНИЕ

В международной практике существует тенденция к сокращению продолжительности послеоперационного периода. Иногда он составляет 1-2 дня. Эти изменения в медицинской практике увеличивают ответственность фармацевтической сферы за заботу о данной категории пациентов.

Анализ литературных данных показал, что послеоперационный период реабилитации влияет на работу аптечных учреждений. Основные направления заключаются в следующем: спрос на медицинские препараты; роль фармацевтов в реабилитационном процессе; предоставление медицинских средств и медицинских изделий; сотрудничество с медицинскими учреждениями; информационная поддержка. Анализ данных об этих аспектах может помочь понять влияние послеоперационной реабилитации на деятельность аптечных учреждений и их роль в поддержке пациентов в этот период.

Цель квалификационной работы – организация фармацевтической помощи пациентам при социальной реабилитации в послеоперационный период. Анализ проводили в одной из Марокканских аптек в городе Сафи.

Задачи исследования:

- изучить особенности наблюдения и ухода за больными в послеоперационном периоде;
- провести анализ основных причин сокращения продолжительности послеоперационного периода;
- провести анализ ассортимента основных лекарственных средств необходимые в послеоперационном периоде;
- провести анализ доступности послеоперационной реабилитации для населения Марокко.

Объектом квалификационной работы является нормативно-правовые документы, регулирующие социальную реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде в Марокко.

Результаты квалификационной работы имеют практическую значимость в проведении социальной реабилитации пациентов в послеоперационном периоде в Марокко.

Практическая значимость предложенных рекомендаций заключается в том, что полученные результаты наших исследований могут быть основой для разработки рекомендации для улучшения доступности и качества послеоперационной реабилитации в Марокко. Это может включать в себя предложения по улучшению инфраструктуры, обучению персонала, финансовым реформам и разработке соответствующей политики здравоохранения. Эти результаты могут помочь разработать стратегии и программы для улучшения доступности и качества послеоперационной реабилитации в стране.

Работа представлена на 43 страницах и состоит из 3 глав, общий выводов, 35 источников литературы. Результаты исследований проиллюстрированы 1 таблицей и 7 рисинками.

РАЗДЕЛ 1. АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ НАБЛЮДЕНИЯ И УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

1.1. Понятие, сущность и значение послеоперационного периода.

Анализ литературных данных показал, что послеоперационный период - период с момента окончания операции до выздоровления больного или определенного исхода лечения, во время которого решают следующие задачи:

- облегчение состояния больного;
- стимуляция регенерации;
- предупреждение, выявление и лечение возникающих осложнений;
- реабилитация.

Выделяют три этапа послеоперационного периода:

- ранний (3-5 сут);
- поздний (2-3 нед);
- отдаленный - период реабилитации (от 3 нед до 2-3 мес).

Интенсивная терапия при неосложненном раннем послеоперационном периоде включает (по показаниям):

- купирование болевого синдрома;
- коррекцию функций сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной систем;
- восстановление водно-электролитного баланса;
- профилактику тромбоэмболических осложнений;
- дезинтоксикационную терапию;
- нутритивную поддержку больного;
- контроль состояния повязки и дренажей.

На первом этапе наших исследований нами были проанализированы международные особенности наблюдения и ухода за больными в послеоперационном периоде. Результаты анализа показали, что они могут включать в себя 6 следующих аспектов:

1. Применение международных стандартов и протоколов. Врачи и медицинские сестры должны следовать международным стандартам и протоколам по уходу за пациентами в послеоперационном периоде, таким как рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) или Руководства по анестезиологии.

2. Мультиmodalный подход к управлению болевым синдромом. Международные рекомендации подчеркивают важность мультиmodalного подхода к управлению болевым синдромом после операции, который включает не только лекарственную терапию, но и физическую реабилитацию, психологическую поддержку и альтернативные методы облегчения боли.

3. Профилактика осложнений и инфекций. Международные рекомендации также подчеркивают важность профилактики осложнений и инфекций после операции, таких как внедрение противотромботической терапии, адекватная гигиеническая процедура и применение антисептических методов.

4. Мониторинг показателей состояния пациента. Важно постоянно мониторировать эти показатели пациента, такие как частота сердечных сокращений, артериальное давление, частота дыхания и температура тела, с целью своевременного выявления любых изменений и предотвращения осложнений.

5. Постоперационная реабилитация. Международные рекомендации также подчеркивают важность постоперационной реабилитации, включая физическую терапию, рекомендации по изменению образа жизни и психологическую поддержку для пациентов.

6. Соблюдение этических принципов. Международные стандарты требуют соблюдения этических принципов в уходе за пациентами, включая соблюдение конфиденциальности, уважение к автономии пациента и обеспечение информированного согласия.

Все эти международные особенности направлены на обеспечение безопасного и эффективного ухода за пациентами в послеоперационном периоде и минимизацию риска осложнений.

К первому аспекту относится применения международных стандартов и протоколов в уходе за пациентами в послеоперационном периоде. Это включает в себя следующие задачи:

- Использование международных клинических рекомендаций. Врачи и медицинские сестры должны ориентироваться на международные клинические рекомендации по уходу за пациентами в послеоперационном периоде, например, рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) или Европейского общества анестезиологов (ESA). Пример: Врачи, работающие в отделении интенсивной терапии применяют протоколы ВОЗ по управлению дыхательной недостаточностью у пациентов после операции.

- Стандартизация процедур и протоколов ухода. Международные стандарты также подразумевают стандартизацию процедур и протоколов ухода за пациентами в послеоперационном периоде для обеспечения единых стандартов качества и безопасности. Примером может быть использование протоколов ESA по управлению болевым синдромом у пациентов после операции для обеспечения оптимального контроля боли и предотвращения осложнений.

- Обучение медицинского персонала. Медицинский персонал должен проходить обучение и сертификацию по международным стандартам ухода за пациентами в послеоперационном периоде, чтобы обеспечить соответствие современным требованиям практики. Примером могут быть врачи и медсестры, которые могут пройти обучение по

использованию протоколов Advanced Trauma Life Support (ATLS) для обеспечения эффективной реанимации и стабилизации пациентов после травматических операций.

Эти примеры демонстрируют, как применение международных стандартов и протоколов может способствовать улучшению качества ухода за пациентами в послеоперационном периоде, повышая безопасность и эффективность медицинской помощи.

На втором этапе наших исследований нами были так же проанализированны международные особенности для фармацевтов при уходе за больными в послеоперационном периоде. Анализ научной литературы показал, что они могут включать следующие аспекты:

- Оптимальное управление болевым синдромом. Фармацевты должны участвовать в мультимодальном подходе к управлению болевым синдромом, предоставляя пациентам оптимальные схемы лекарственной терапии, включая анальгетики различных классов (например, ненаркотические анальгетики, НПВС, опиоиды), а также другие методы облегчения боли, такие как физиотерапия и нейростимуляция.
- Профилактика тромбоэмболических осложнений. Фармацевты должны участвовать в предоставлении антикоагулянтной терапии и механической профилактики тромбоэмболических осложнений, таких как использование компрессионных чулок или аппаратов для непрерывного механического сжатия.
- Управление противомикробной терапией. Фармацевты должны быть знакомы с принципами антибиотикотерапии и антисептики для профилактики и лечения инфекций в послеоперационном периоде, а также с правильным применением антимикробных средств и контроля за ростом микроорганизмов.
- Поддержка пациентов с хроническими заболеваниями. Фармацевты должны обеспечивать пациентам с хроническими заболеваниями доступ к необходимым лекарственным средствам в

послеоперационном периоде, учитывая их особенности и возможные взаимодействия с препаратами, применяемыми в оперативной и послеоперационной терапии.

- Оптимизация лекарственной терапии. Фармацевты должны участвовать в мониторинге и оптимизации лекарственной терапии в послеоперационном периоде, включая оценку эффективности лечения, коррекцию дозировок и предотвращение побочных эффектов.

- Проведение образовательных мероприятий для пациентов. Фармацевты должны предоставлять пациентам информацию о правильном применении лекарственных средств, возможных побочных эффектах и мероприятиях по их предотвращению, а также о необходимости соблюдения рекомендаций врача в послеоперационном периоде.

Эти международные особенности помогут фармацевтам обеспечить высокий уровень ухода за пациентами в послеоперационном периоде и минимизировать риск осложнений.

1.2. Анализ основных причин сокращения продолжительности послеоперационного периода.

Во время проведения анализа литературных данных мы обнаружили, что в международной практике существует тенденция к сокращению продолжительности послеоперационного периода. Иногда он составляет 1–2 дня. На наш взгляд это связано с несколькими факторами:

- Современные хирургические методики становятся все более минимально инвазивными, что позволяет сокращать время операции и восстановление после нее. Это включает в себя методы лапароскопии, эндоскопии и роботизированной хирургии.

- Повышение эффективности анестезии и обезболивания. Прогресс в области анестезиологии и обезболивания позволяют

быстрее и эффективнее восстанавливаться пациентам после операции, что сокращает продолжительность послеоперационного периода.

- Оптимизация послеоперационного ухода. Развитие методов послеоперационного ухода, включая раннее активирование пациентов, оптимизированное назначение лекарств и диет, способствует более быстрой реабилитации и выписке из больницы.

- Экономические факторы. Сокращение продолжительности послеоперационного периода также имеет экономические преимущества, так как сокращает расходы на стационарное лечение и освобождает ресурсы для других пациентов.

- Предпочтение пациентов к более короткому периоду реабилитации. Многие пациенты предпочитают минимальное время пребывания в больнице и более быстрое возвращение к обычной жизни после операции.

Все эти факторы вместе способствуют тенденции к сокращению послеоперационного периода в международной практике. Однако, важно учитывать индивидуальные особенности каждого случая и обеспечить пациенту достаточное время для восстановления до выписки из больницы.

Эти изменения в медицинской практике увеличивают ответственность фармацевтической сферы за заботу о данной категории пациентов.

Ответственность фармацевтической сферы за заботу о пациентах в послеоперационном периоде включает в себя несколько аспектов:

При обеспечении доступности лекарственных препаратов фармацевты должны обеспечить наличие необходимых лекарственных средств для ухода за пациентами в послеоперационном периоде, включая препараты для обезболивания, антибиотики, препараты для профилактики тромбоэмболических осложнений и другие.

Необходимо регулярно проводить консультации и образование пациентов. Для этого фармацевты должны предоставлять пациентам информацию о правильном применении лекарственных средств, их

побочных эффектах и мероприятиях по предотвращению осложнений. Это включает в себя инструкции по применению лекарств, рекомендации по питанию и уходу.

При проведении мониторинга лекарственной терапии фармацевты должны следить за эффективностью и безопасностью лекарственной терапии пациентов в послеоперационном периоде, а также отслеживать возможные взаимодействия с другими препаратами, которые пациент может принимать.

Необходимо проводить поддержку пациентов с хроническими заболеваниями. Для этого фармацевты должны оказывать поддержку и консультации пациентам с хроническими заболеваниями, которые могут потребовать специального внимания и подбора лекарственных средств в послеоперационном периоде.

Необходимо соблюдение этических стандартов и правил работы в аптечном учреждении. Для этого фармацевты должны соблюдать этические стандарты профессиональной деятельности, обеспечивая конфиденциальность пациентов, уважение их прав и автономии, а также предоставляя качественные услуги и продукты.

Все вышеперечисленные аспекты позволяют фармацевтам активно участвовать в уходе за пациентами в послеоперационном периоде и способствовать их быстрому и эффективному восстановлению.

Анализ научной литературы показал, что фармацевтические учреждения предпринимают ряд мер для обеспечения доступности лекарственных препаратов (ЛП) для лиц в послеоперационном периоде (табл.1.1.):

Первое действие, которое увеличит доступность ЛП в фармацевтических учреждениях, это наличие обширного ассортимента препаратов. Фармацевтические учреждения стремятся иметь широкий выбор лекарственных препаратов, необходимых для лечения и ухода за пациентами после операции. Это включает в себя анальгетики,

антибиотики, препараты для профилактики тромбоэмболических осложнений, а также другие средства, необходимые для быстрого восстановления.

Таблица 1.1.

Меры для обеспечения доступности лекарственных препаратов для лиц в послеоперационном периоде

№п/п	Наименование	Предпринимаемые действия
	Обширный ассортимент препаратов	Фармацевтические учреждения стремятся иметь широкий выбор лекарственных препаратов, необходимых для лечения и ухода за пациентами после операции. Это включает в себя анальгетики, антибиотики, препараты для профилактики тромбоэмболических осложнений, а также другие средства, необходимые для быстрого восстановления
	Оптимальное ценообразование	Оптимальное ценообразование для лекарственных препаратов может зависеть от различных факторов и варьироваться в зависимости от конкретной ситуации. В контексте обеспечения доступности лекарственных препаратов для пациентов в послеоперационном периоде
	Разработка индивидуальных решений	Фармацевты и провизоры могут разрабатывать индивидуальные решения для пациентов, основываясь на их потребностях и рекомендациях врача. Это может включать подбор альтернативных лекарственных препаратов, учет аллергий и прочих факторов
	Предоставление консультаций	Провизоры и фармацевты предоставляют консультации пациентам по применению лекарственных средств, их дозировке, побочных эффектах и мерах по их предотвращению. Они также могут обеспечивать инструкции по уходу за ранами и другими аспектами послеоперационного периода
	Работа с медицинскими учреждениями	Фармацевтические учреждения могут устанавливать партнерские отношения с медицинскими учреждениями, чтобы обеспечить быстрый доступ к лекарственным средствам и оперативное реагирование на потребности пациентов

Пример: Аптека может иметь наличие различных форм анальгетиков, таких как таблетки, капсулы, инъекционные формы и т. д., чтобы удовлетворить индивидуальные потребности пациентов.

Разработка индивидуальных решений: Фармацевты могут разрабатывать индивидуальные решения для пациентов, основываясь на их потребностях и рекомендациях врача. Это может включать подбор альтернативных лекарственных препаратов, учет аллергий и прочих факторов.

Пример: Фармацевт может предложить пациенту альтернативный антибиотик, если первый препарат не подходит из-за известных аллергических реакций.

Предоставление консультаций: Фармацевты предоставляют консультации пациентам по применению лекарственных средств, их дозировке, побочных эффектах и мерах по их предотвращению. Они также могут обеспечивать инструкции по уходу за ранами и другими аспектами послеоперационного периода.

Пример: Фармацевт может подробно объяснить пациенту, как принимать препараты для облегчения боли и как следить за своим состоянием в послеоперационном периоде.

Работа с медицинскими учреждениями: Фармацевтические учреждения могут устанавливать партнерские отношения с медицинскими учреждениями, чтобы обеспечить быстрый доступ к лекарственным средствам и оперативное реагирование на потребности пациентов.

Пример: Аптека может поддерживать постоянный запас лекарственных препаратов, рекомендованных врачами определенной клиники или больницы, чтобы обеспечить их немедленное наличие для пациентов после операции.

Последний фактор, который влияет на доступность ЛП, это оптимальное ценообразование для лекарственных препаратов. Оно может

зависеть от различных факторов и варьироваться в зависимости от конкретной ситуации. В контексте обеспечения доступности лекарственных препаратов для пациентов в послеоперационном периоде оптимальное ценообразование должно учитывать следующие аспекты:

Себестоимость производства. Цена лекарственных препаратов должна отражать их себестоимость производства, включая затраты на исследования, разработку, производство, упаковку и доставку.

Конкурентоспособность на фармацевтическом рынке. Ценообразование должно учитывать конкурентоспособность лекарственных препаратов на фармрынке. В случае наличия альтернативных препаратов цены могут быть подвержены давлению со стороны конкуренции.

Структура затрат. Цены должны отражать реальные затраты на разработку и производство препаратов, включая исследования, клинические испытания, регистрацию, сертификацию и т. д.

Экономическая доступность для пациентов. Цены на лекарственные препараты должны быть умеренными и экономически доступными для пациентов, особенно для тех, кто нуждается в долгосрочной терапии или в больших количествах лекарств.

Регулирование государством. В большинстве стран государство регулирует цены на лекарственные препараты, чтобы обеспечить их доступность для всех граждан.

Социальная ответственность фармацевтических учреждений. Некоторые фармацевтические учреждения могут практиковать социальную ответственность, устанавливая разумные цены на лекарственные препараты и участвуя в программе доступности лекарств для нуждающихся.

Оптимальное ценообразование включает в себя баланс между прибыльностью для производителей и доступностью для пациентов. Оно должно быть справедливым и учитывать потребности обеих сторон, а также общественные интересы в области здравоохранения.

Все вышеперечисленные меры позволяют фармацевтическим учреждениям обеспечивать высокий уровень обслуживания и доступности лекарственных препаратов для лиц в послеоперационном периоде.

Выводы к 1 разделу.

1. Анализ литературных данных показал, что в международных особенностях наблюдения и ухода за больными в послеоперационном периоде существует 6 основных аспекта.
2. Во время проведения анализа литературных данных мы обнаружили, что в международной практике существует тенденция к сокращению продолжительности послеоперационного периода. Иногда он составляет 1-2 дня. Эти изменения в медицинской практике увеличивают ответственность фармацевтической сферы за заботу о данной категории пациентов.
3. Определены основные аспекты, которые позволяют фармацевтическим учреждениям активно участвовать в уходе за пациентами в послеоперационном периоде и способствовать их быстрому и эффективному восстановлению.
4. Анализ научной литературы показал, что фармацевтические учреждения предпринимают ряд мер для обеспечения доступности лекарственных препаратов для лиц в послеоперационном периоде.

РАЗДЕЛ 2. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НЕОБХОДИМЫЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

2.1. Анализ основных лекарственных средств из группы анальгетиков и антибиотиков в исследуемой аптеке

Следующим этапом наших исследований нами был проведён анализ ассортимента исследуемой аптеки в Марокко для ухода за больными в послеоперационном периоде. Первая исследуемая группа лекарственных препаратов была представлена анальгетиками. В исследуемой аптеке был представлен широкий ассортимент анальгетиков, но для оказания квалифицированной помощи некоторых препаратов в исследуемой аптеке не было. На рисунке 2.1. приведены 10 основных анальгетиков, которые должны быть доступны для населения Марокко в стационаре или амбулаторно:

Парацетамол (Paracetamol)	Ибупрофен (Ibuprofen)	Диклофенак (Diclofenac)	Напроксен (Naproxen)
Ацетилсалициловая кислота (Aspirin)	Кеторолак (Ketorolac)	Мелоксикам (Meloxicam)	Трамадол (Tramadol)
	Морфин (Morphine)	Кодеин (Codeine)	

Рис.2.1. Перечень 10 основных анальгетиков, которые должны быть доступны для населения Марокко.

Данные анальгетики имеют разные формы выпуска, включая таблетки, капсулы, сиропы, а также местные формы применения, такие как гели, кремы или пластыри.

Согласно статистическим данным, мы можем определить наиболее часто встречаемые на фармацевтическом рынке Марокко анальгетики:

- Парацетамол (Paracetamol); ATX – N02BE01; производитель: GlaxoSmithKline, Sanofi, Novartis; форма выпуска: таблетки, сироп.
- Ибупрофен (Ibuprofen); ATX – M01AE01; производитель: Bayer, Pfizer, Novartis; форма выпуска: таблетки, капсулы, сироп, гель.
- Диклофенак (Diclofenac); ATX – M02AA15; производитель: Novartis, GlaxoSmithKline, Sanofi; форма выпуска: таблетки, капсулы, гель, мазь.
- Напроксен (Naproxen); ATX – M01AE02; производитель: Teva Pharmaceuticals, Mylan, Novartis; форма выпуска: таблетки, капсулы.
- Ацетилсалициловая кислота (Aspirin); ATX – N02BA01; производитель: Bayer, Johnson & Johnson, Novartis; форма выпуска: таблетки, сироп.
- Кеторолак (Ketorolac); ATX – M01AB15; производитель: Teva Pharmaceuticals, Mylan, Novartis; форма выпуска: таблетки, инъекции.
- Мелоксикам (Meloxicam); ATX – M01AC06; производитель: Boehringer Ingelheim, Novartis, Pfizer; форма выпуска: таблетки, капсулы.
- Трамадол (Tramadol); ATX – N02AX02; производитель: Johnson & Johnson, Grünenthal, Teva Pharmaceuticals; форма выпуска: таблетки, капсулы, инъекции.

- Морфин (Morphine); ATX – N02AA01; производитель: Purdue Pharma, Mallinckrodt Pharmaceuticals, Johnson & Johnson; форма выпуска: таблетки, капсулы, инъекции.
- Кодеин (Codeine); ATX – R05DA04; производитель: Pfizer, Teva Pharmaceuticals, Novartis; форма выпуска: таблетки, сироп.

Вторая исследуемая группа лекарственных препаратов была представлена антибиотиками. В аптеках Марокко можно найти различные антибиотики. Вот 10 основных антибиотиков, которые могут быть доступны в аптеках Марокко (рис.2.2.):

Амоксициллин (Amoxicillin)	Азитромицин (Azithromycin)	Цефтриаксон (Ceftriaxone)	Левифлоксацин (Levofloxacin)
Доксициклин (Doxycycline)	Ампициллин (Ampicillin)	Кларитромицин (Clarithromycin)	Метронидазол (Metronidazole)
	Амоксициллин/клавулановая кислота (Amoxicillin/Clavulanic acid)	Гентамицин (Gentamicin)	

Рис.2.2. Перечень 10 основных антибиотиков, которые должны быть доступны для населения Марокко

Эти антибиотики могут иметь разные формы выпуска, включая таблетки, капсулы, порошки для приготовления суспензий, инъекции и другие. Важно использовать антибиотики только по назначению врача и соблюдать указанные дозировки и рекомендации по приему.

Согласно статистическим данным, мы можем определить наиболее часто встречаемые на фармацевтическом рынке Марокко антибиотики:

- Амоксициллин (Amoxicillin); АТХ – J01CA04; производитель: GlaxoSmithKline, Pfizer, Novartis; форма выпуска: таблетки, капсулы, порошок для приготовления суспензии.
- Азитромицин (Azithromycin); АТХ – J01FA10; производитель: Pfizer, Teva Pharmaceuticals, Mylan; форма выпуска: таблетки, капсулы, порошок для приготовления суспензии.
- Цефтриаксон (Ceftriaxone); АТХ – J01DD04; производитель: Roche, Sandoz, Sanofi; форма выпуска: порошок для приготовления раствора для инъекций.
- Левофлоксацин (Levofloxacin); АТХ – J01MA12; производитель: Bayer, Novartis, Teva Pharmaceuticals; форма выпуска: таблетки, раствор для инъекций.
- Доксициклин (Doxycycline); АТХ – J01AA02; производитель: Pfizer, Teva Pharmaceuticals, Novartis; форма выпуска: таблетки, капсулы.
- Ампициллин (Ampicillin) АТХ – J01CA01; производитель: GlaxoSmithKline, Pfizer, Novartis; форма выпуска: таблетки, порошок для приготовления суспензии.
- Кларитромицин (Clarithromycin); АТХ –; производитель: Abbott Laboratories, Pfizer, Novartis; форма выпуска: таблетки, капсулы.
- Метронидазол (Metronidazole); АТХ – J01FA09; производитель: Pfizer, Teva Pharmaceuticals, Sandoz; форма выпуска: таблетки, порошок для приготовления раствора.
- Амоксициллин/клавулановая кислота (Amoxicillin/Clavulanic acid); АТХ – J01CA04; производитель: GlaxoSmithKline, Pfizer, Novartis; форма выпуска: таблетки, порошок для приготовления суспензии.

- Гентамицин (Gentamicin); АТХ – J01GB03; производитель: Pfizer, Sandoz, Teva Pharmaceuticals; форма выпуска: раствор для инъекций.

Следующим этапом наших исследований стало проведение анализа за формой выпуска в группе анальгетиков и в группе антибиотиков.

Анализ проводили в одной из Марокканских аптек в городе Сафи. Анализ показал, что удельный вес каждой формы выпуска анальгетиков в общем ассортименте составил (рис.2.3.):

Таблетки – 45%

Капсулы – 25%

Сиропы – 8%

Гели и кремы – 6%

Растворы для инъекций – 5%

Суппозитории – 1%

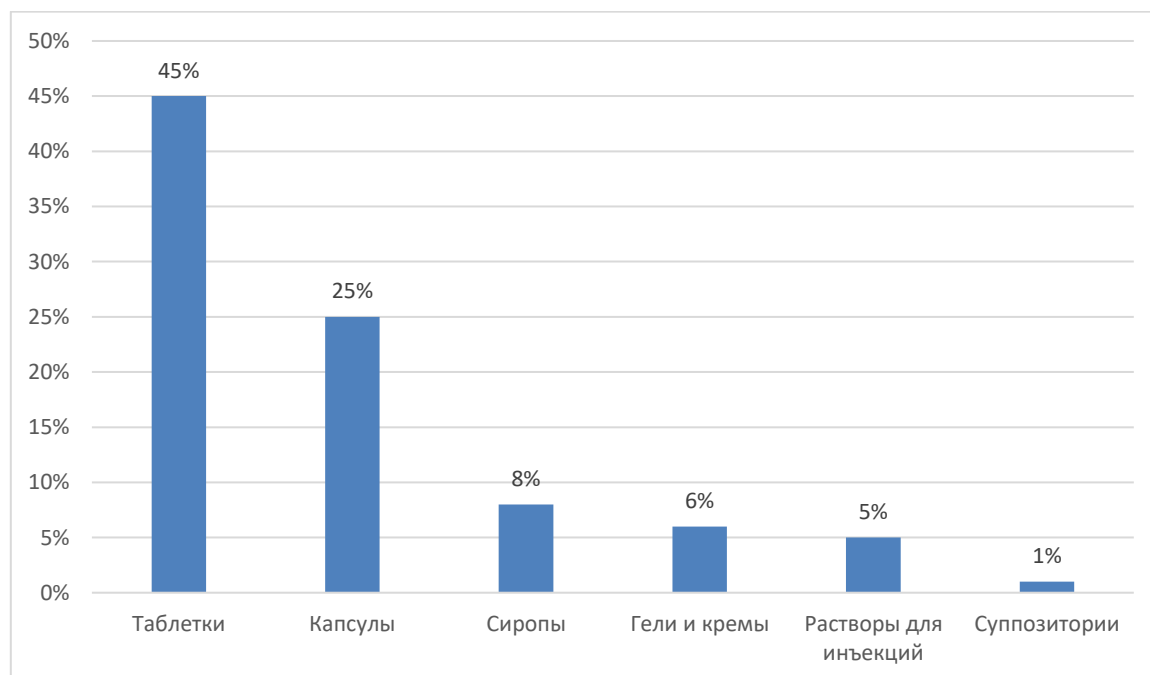


Рис.2.3. Анализ удельного веса каждой формы выпуска анальгетиков в общем ассортименте

Полученные результаты на наш взгляд связаны с тем, что таблетки и капсулы часто являются наиболее популярными и удобными формами для

потребителей, а также на доступности и эффективности каждой формы выпуска. Малый процент присутствия в ассортименте аптеке растворов для инъекций на наш взгляд связан с тем, что данную группу чаще используют при стационарном лечении.

Анализ удельного веса по форме выпуска антибиотиков в общем ассортименте в аптеке составил:

Таблетки – 47%

Капсулы – 26%

Порошки для приготовления суспензий – 17%

Растворы для инъекций – 5%

Гели и кремы – 3%

Мази – 2%

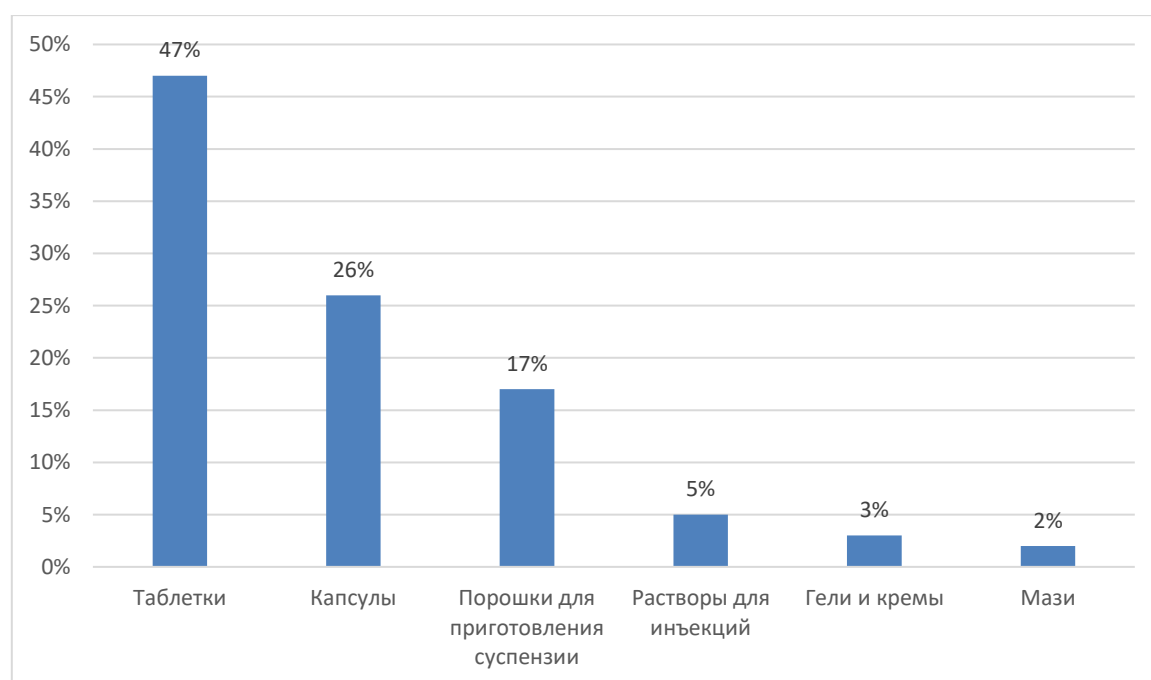


Рис.2.4. Анализ удельного веса каждой формы выпуска антибиотиков в общем ассортименте

В этой исследуемой группе так же, как и у анальгетиков превалирует группа лекарственных средств в форме выпуска: таблетки и капсулы составили 73% (47% и 26% соответственно), это наиболее распространенная форма выпуска антибиотиков из-за их удобства и длительного срока

годности. Вторая группа, это порошки для приготовления суспензий составила 17%, это связано на наш взгляд с тем, что пользуются популярностью у родителей для детей или для тех, кто предпочитает жидкую форму препарата. Растворы для инъекций, как и в первой исследуемой группе присутствуют в малом проценте, обычно эту группу используют в более серьезных случаях инфекций или в стационарных условиях. Гели, кремы и мази применялись для локального лечения инфекций кожи или ран и составили в общем объеме 5% (3% и 2% в соответствии).

2.2. Анализ влияния послеоперационных периодов реабилитаций на работу аптечных учреждений

Анализ литературных данных показал, что послеоперационный период реабилитации влияет на работу аптечных учреждений. Основные направления заключаются в следующем:

- Спрос на медицинские препараты. Оценка изменений в спросе на лекарства в период послеоперационной реабилитации. Меняться потребность в определенных категориях препаратов (например, антибиотики, обезболивающие, противовоспалительные) увеличиться или уменьшиться в зависимости от типа операции и индивидуальных потребностей пациентов.
- Роль фармацевтов в реабилитационном процессе. Исследование вовлеченности фармацевтов в поддержку пациентов во время послеоперационной реабилитации. Необходимо учитывать и планировать ресурсы и услуги, которые предоставляются аптеками для облегчения этого процесса.
- Предоставление медицинских средств и медицинских изделий. Оценка предоставления медицинских средств и изделий в аптеках для пациентов, проходящих послеоперационную реабилитацию. Необходимо

учитывать какие дополнительные услуги предоставляются аптеками для помощи пациентам в уходе за собой в этот период.

- Сотрудничество с медицинскими учреждениями. Необходимо провести анализ сотрудничества между аптечными учреждениями и больницами/клиниками в обеспечении медицинских потребностей пациентов в послеоперационном периоде. По результатам анализа определить, какие механизмы сотрудничества используются для обеспечения эффективного обслуживания пациентов.

- Информационная поддержка. Оценка роли аптек в предоставлении информационной поддержки пациентам и их семьям о реабилитационных процедурах, принимаемых лекарствах и общих стратегиях восстановления после операции.

Анализ данных об этих аспектах может помочь понять влияние послеоперационной реабилитации на деятельность аптечных учреждений и их роль в поддержке пациентов в этот период.

Поэтому следующим этапом наших исследований стало проведение анализа данных о статистике травм и заболеваний, после которых пациенты нуждаются в послеоперационном периоде в Марокко. Анализ показал, что к ним нужно отнести те категории заболеваний и травм, которые часто требуют оперативного вмешательства и последующей реабилитации (рис.2.5.):

1. Травмы опорно-двигательной системы: включая переломы костей, повреждения сухожилий и суставов, травмы позвоночника и т. д.

2. Хирургические вмешательства вследствие онкологических заболеваний: например, операции по удалению опухолей различных органов и тканей.

3. Сердечно-сосудистые операции: в том числе коронарное шунтирование, операции на клапанах сердца и другие вмешательства.

4. Хирургия органов брюшной полости: такие как операции на печени, почках, кишечнике и желудке.

5. Нейрохирургические вмешательства: например, операции на головном мозге, спинном мозге или периферических нервах.

6. Ортопедические операции: включая замену суставов (например, тазобедренного или коленного суставов) и другие процедуры для восстановления функций опорно-двигательной системы.

Травмы опорно-двигательной системы: включая переломы костей, повреждения сухожилий и суставов, травмы позвоночника и т. д.

Хирургические вмешательства вследствие онкологических заболеваний: например, операции по удалению опухолей различных органов и тканей.

Сердечно-сосудистые операции: в том числе коронарное шунтирование, операции на клапанах сердца и другие вмешательства.

Хирургия органов брюшной полости: такие как операции на печени, почках, кишечнике и желудке.

Нейрохирургические вмешательства: например, операции на головном мозге, спинном мозге или периферических нервах.

Ортопедические операции: включая замену суставов (например, тазобедренного или коленного суставов) и другие процедуры для восстановления функций опорно-двигательной системы

Рис. 2.5. Основной перечень категорий заболеваний и травм, которые часто требуют оперативного вмешательства и последующей реабилитации.

Согласно медицинским и статистическим источникам, а также информации марокканского министерства здравоохранения и медицинских учреждениях нами были сформированы такие данные как:

1) Травмы опорно-двигательной системы:

- Переломы костей: Переломы могут быть вызваны различными причинами, включая транспортные происшествия, падения, спортивные травмы и др. Предполагаемый удельный вес: 60%.

- Повреждения сухожилий и суставов: включает разрывы сухожилий (например, ахиллова сухожилия) и повреждения суставных структур (например, разрывы менисков). Предполагаемый удельный вес: 30%.

- Травмы позвоночника: включает различные виды травм позвоночника, такие как сдавление, вывихи, переломы позвонков и др. Предполагаемый удельный вес: 30%.

2) Хирургические вмешательства вследствие онкологических заболеваний:

- Операции по удалению опухолей различных органов и тканей: включает различные виды онкологических операций, таких как мастэктомия (удаление молочной железы), гистерэктомия (удаление матки), резекция опухолей органов ЖКТ и др. Предполагаемый удельный вес: 50%.

3) Сердечно-сосудистые операции:

- Коронарное шунтирование: Операция по восстановлению кровоснабжения сердца за счет создания обходного пути вокруг суженных участков артерий сердца. Предполагаемый удельный вес: 30%.

- Операции на клапанах сердца: включает ремонт или замену пораженных клапанов сердца. Предполагаемый удельный вес: 20%.

- Другие вмешательства: включает такие процедуры, как эндартерэктомия (удаление бляшек из артерий), имплантация кардиостимуляторов и др. Предполагаемый удельный вес: 50%.

4) Хирургия органов брюшной полости:

- Операции на печени, почках, кишечнике и желудке: Включает широкий спектр хирургических вмешательств, таких как удаление опухолей, коррекция повреждений, резекция частей органов и др. Предполагаемый удельный вес: 40%.

5) Нейрохирургические вмешательства:

- Операции на головном мозге: включает различные виды нейрохирургических вмешательств, такие как удаление опухолей, коррекция врожденных аномалий, лечение эпилепсии и др. Предполагаемый удельный вес: 40%.

- Операции на спинном мозге: включает операции по удалению опухолей, дренаж гидроцефалии, коррекцию сколиоза и др. Предполагаемый удельный вес: 20%.

- Операции на периферических нервах: включает операции по реконструкции или облегчению сдавления периферических нервов. Предполагаемый удельный вес: 40%.

6) Ортопедические операции:

- Замена суставов: включает операции по замене дефектных или поврежденных суставов, таких как тазобедренный и коленный суставы. Предполагаемый удельный вес: 50%.

- Другие процедуры для восстановления функций опорно-двигательной системы: включает операции на костях, сухожилиях, суставах и др., направленные на восстановление подвижности и функциональности. Предполагаемый удельный вес: 50%.

Анализ данных научной литературы показал, что все послеоперационные периоды можно разделить на стационарную реабилитацию, и те, которые могут быть выполнены на амбулаторной основе.

- Требуется стационарная реабилитация:

- ✓ Повреждения сухожилий и суставов

- ✓ Операции по удалению опухолей различных органов и тканей
- ✓ Коронарное шунтирование
- ✓ Операции на клапанах сердца
- ✓ Операции на печени, почках, кишечнике и желудке
- ✓ Операции на головном мозге
- ✓ Операции на спинном мозге
- ✓ Замена суставов
- Амбулаторная реабилитация:
 - ✓ Переломы костей
 - ✓ Травмы позвоночника
 - ✓ Другие вмешательства в случае онкологических заболеваний
 - ✓ Другие вмешательства в сердечно-сосудистой хирургии
 - ✓ Операции на периферических нервах
 - ✓ Другие процедуры для восстановления функций опорно-двигательной системы

Анализ научных данных так же показал, что приблизительный период реабилитации может варьироваться в зависимости от сложности операции, возраста пациента, наличия осложнений и других факторов. Однако, обычно стационарная реабилитация может продолжаться от нескольких недель до нескольких месяцев, а амбулаторная реабилитация может включать регулярные сеансы физической терапии и медицинский контроль в течение нескольких месяцев после выписки из больницы.

Анализ так же показал, что реабилитация, которая может быть завершена в течение 2–3 дней, относится к амбулаторной форме. Этот период может включать в себя оказание неотложной медицинской помощи, проведение необходимых процедур и обучение пациента простым методам ухода или выполнению упражнений для восстановления функций.

Примеры таких реабилитационных мероприятий включают:

- Постоперационный контроль и оценка состояния пациента после мелких хирургических вмешательств, например, амбулаторная экстренная

хирургия для удаления небольших опухолей или обработки поверхностных ранений.

- Отслеживание и контроль состояния пациентов после проведения диагностических процедур или манипуляций, требующих минимального вмешательства (например, эндоскопические процедуры).
- Проведение амбулаторных процедур для облегчения симптомов или улучшения функционального состояния пациентов (например, инъекции, физиотерапия).

Для эффективной реабилитации в течение такого короткого периода часто требуется индивидуализированный подход и активное сотрудничество со стороны пациента.

Выводы к 2 разделу

1. Нами был проведён анализ ассортимента исследуемой аптеки в Марокко для ухода за больными в послеоперационном периоде. Были определены две основные группы. Первая исследуемая группа лекарственных препаратов была представлена анальгетиками, вторая – антибиотиками.
2. Определены перечни основных анальгетиков и антибиотиков, которые должны быть доступны для населения Марокко. А также проведение анализа за формой выпуска в группе анальгетиков и в группе антибиотиков.
3. Определён основной перечень категорий заболеваний и травм, которые часто требуют оперативного вмешательства и последующей реабилитации.

РАЗДЕЛ 3. ПРОВЕДЕНИЕ АНАЛИЗА СПЕЦИФИКИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В МАРОККО.

3.1. Анализ эффективности использования системы страхования для проведения послеоперационной реабилитации.

Следующим этапом наших исследований стало проведение анализа подходов обеспечения больных в послеоперационный период. Страховая медицина обычно имеет различия в покрытии и условиях для послеоперационного периода в стационарной и амбулаторной реабилитации. Анализ показал, что различия для стационарной и амбулаторной реабилитации состоят из:

Стационарная реабилитация:

- Пациент находится в больнице или специализированном учреждении в течение определенного периода времени.
- Основные услуги и уход предоставляются в стационарных условиях, что может включать в себя медицинский наблюдательный персонал, лечебные процедуры, физическую терапию и т.д.
- Страховые ассигнования для стационарной реабилитации могут покрывать проживание, питание, медицинские услуги и терапии, а также лекарства, необходимые для восстановления после операции.

Амбулаторная реабилитация:

- Пациент получает реабилитационные услуги вне стационарных условий, обычно посещая медицинские учреждения на определенные сеансы.
- Обычно амбулаторная реабилитация включает в себя физическую терапию, реабилитационные упражнения, консультации специалистов и т.д.

- Страховые ассигнования для амбулаторной реабилитации могут покрывать консультации врачей, терапевтические процедуры, лекарства и помощь в организации реабилитационных мероприятий.

Анализ показал, что покрытие и условия для послеоперационной реабилитации могут существенно различаться в зависимости от конкретной страховой компании, плана страхования и медицинских потребностей пациента. Перед операцией и реабилитацией рекомендуется ознакомиться с полисом страхования, чтобы понять, какие услуги покрываются, и получить рекомендации по наилучшему использованию страховых ассигнований в процессе восстановления.

На следующем этапе наших исследований нами были проанализированы статистические данные одной из больниц в городе Сафи. Исследование показали, что из 212 больных 152 (71,7%) были мужчинами, а 60 (28,3%) женщин.

Средний возраст – 44 года (от 18 до 70 лет). В основную группу составили пациенты трудоспособного возраста - 79,8%. Распределение стационарных больных по возрасту представлено на рисунке 3.1.

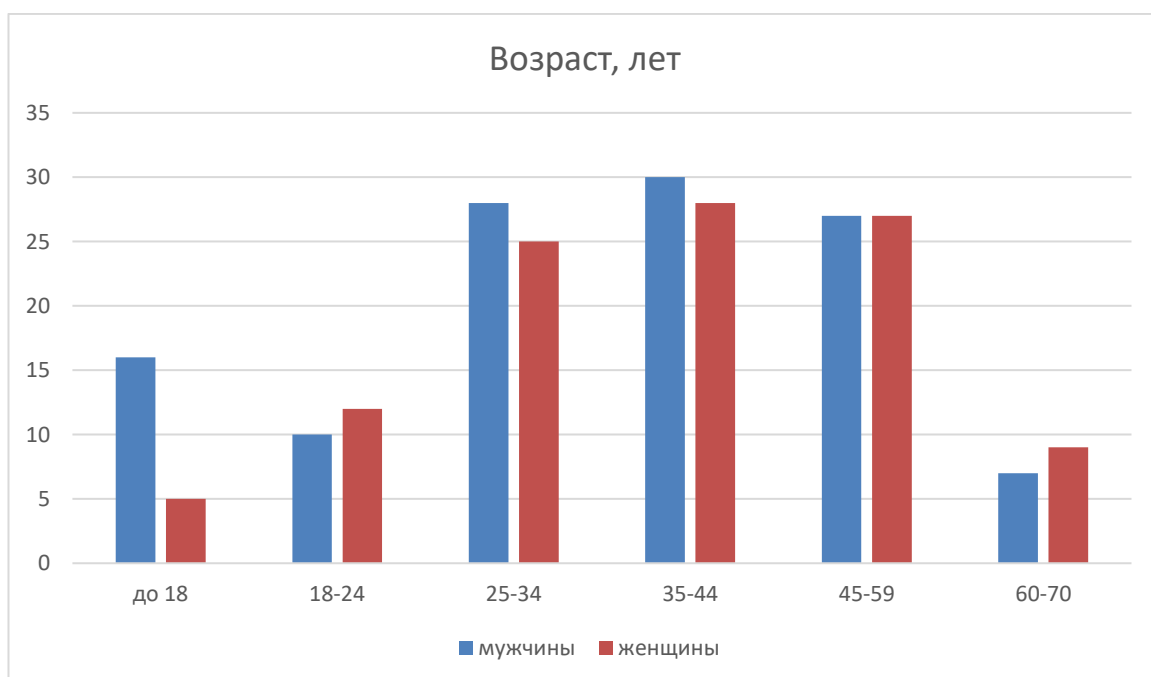


Рис. 3.1. Распределение стационарных больных по возрасту

Данное распределение стационарных больных, нуждающихся в послеоперационной реабилитации, было распределено по возрастным группам по таким причинам:

- Дети и подростки (до 18 лет): Процент детей и подростков, нуждающихся в стационарной реабилитации, был относительно невелик, но все они составляли небольшую часть из-за несчастных случаев, спортивных травм или хирургических вмешательств, таких как коррекция пороков сердца или ортопедические операции.
- Взрослые (18-65 лет): Эта возрастная группа включала в себя большую часть стационарных пациентов, нуждающихся в послеоперационной реабилитации. У взрослых были операции по удалению опухолей, коррекции суставов, хирургическому лечению сердечно-сосудистых заболеваний и другим медицинским процедурам.
- Пожилые люди (старше 65 лет): Пожилые люди также составляли значительную часть стационарных пациентов, нуждающихся в реабилитации после операции. Они подвергались хирургическому лечению остеопороза, артрита, а также операциям по замене суставов и реабилитации после инсультов.

Анализ статистических данных на 117 амбулаторных пациентов, которых направили после госпитализации на амбулаторное лечение показал, что среди больных – 84 (71,8%) мужчины, а 33 (28,2%) – женщины. Средний возраст 48 лет (от 18 до 70 лет). Распределение амбулаторных больных по возрасту представлено на рисунке 3.2.

Соотношение женщин и мужчин - 1:1,15. Пациенты трудоспособного возраста -от 25 до 60 лет (75,2%). Распределение больных по полу и возрасту было сходным.

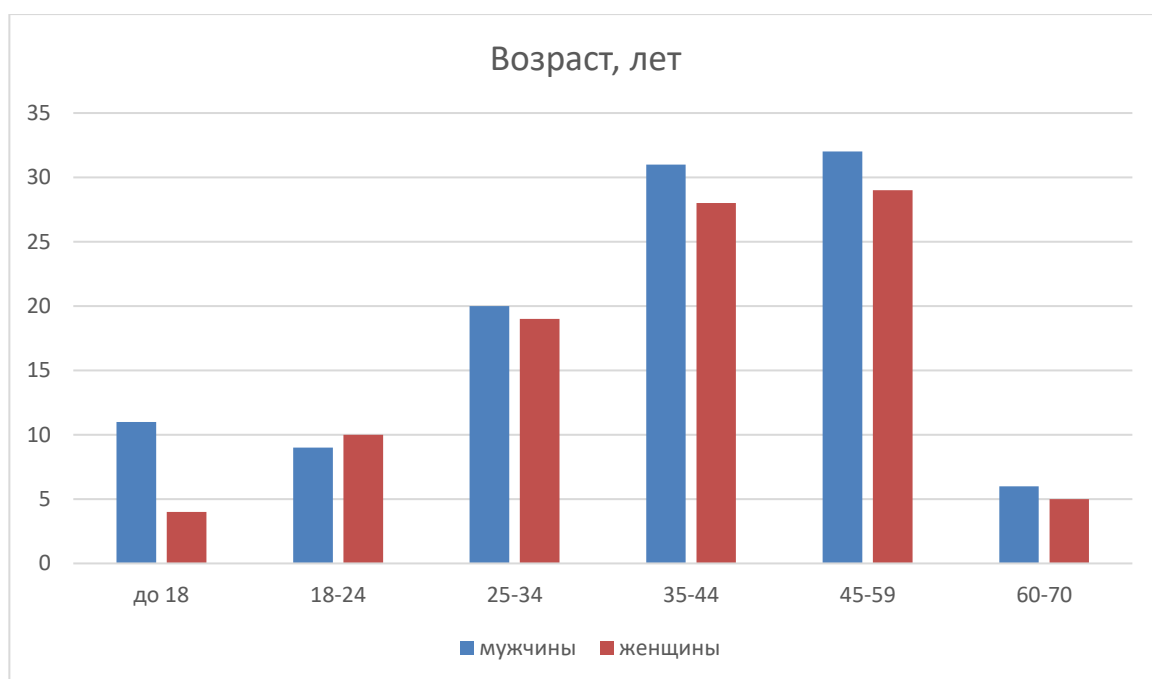


Рис. 3.2. Распределение амбулаторных больных по возрасту

Для амбулаторных больных, нуждающихся в послеоперационной реабилитации, распределение по возрастным группам было следующим образом:

- Дети и подростки (до 18 лет). Для этой возрастной группы амбулаторная реабилитация была необходима после хирургических вмешательств, таких как операции по исправлению пороков развития или после травматических процедур. Однако, поскольку дети и подростки обычно имеют более быстрое восстановление, их доля среди амбулаторных больных была меньше, чем среди стационарных.
- Взрослые (18-65 лет). Для этой возрастной группы амбулаторная реабилитация включала в себя восстановление после операций на костях и суставах, в том числе артроскопии, операции на позвоночнике, а также после хирургического лечения травм.
- Пожилые люди (старше 65 лет). Пожилые люди также нуждались в амбулаторной реабилитации после операций на

суставах, костях или после лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Однако их доля среди амбулаторных пациентов была ниже, чем среди стационарных, из-за особенностей их медицинского обслуживания и предпочтения к более стационарной форме реабилитации.

При анализе научной литературы мы обнаружили различие между страховой медициной и социальным страхованием. Страховая медицина и социальное страхование представляют собой две разные системы обеспечения медицинскими услугами и финансовой защитой, которые могут существовать параллельно или взаимодействовать в различных странах и контекстах. Вот основные различия между ними:

- Основная цель страховой медицины — это обеспечить доступ к медицинским услугам и финансовую защиту от медицинских расходов через заключение договоров между страховыми компаниями и клиентами.
- Целью социального страхования является обеспечение социальной защиты и финансовой поддержки гражданам в различных жизненных ситуациях, включая пенсии, инвалидность, безработицу и медицинское обслуживание.

Страховая медицина финансируется преимущественно через плату за страховые полисы, которые обычно оплачиваются индивидуально, работодателями или общественными программами здравоохранения.

Социальное страхование финансируется через обязательные взносы, как правило, в рамках национальных или государственных программ социального обеспечения.

Страховая медицина обеспечивает покрытие медицинских расходов, таких как посещения врачей, лекарства, процедуры, стационарное и амбулаторное лечение, в соответствии с условиями страхового полиса.

Социальное страхование, в зависимости от страны и программы может включать в себя пенсии, пособия по безработице, инвалидности и медицинское обслуживание.

Участники страховой медицины могут быть как индивидуальными клиентами, так и работодателями, которые предоставляют страхование своим сотрудникам. А при социальном страховании, участие обычно обязательно для всех работающих лиц и вносится в виде обязательных взносов в социальные программы.

В целом, страховая медицина ориентирована на индивидуальные потребности и предпочтения клиентов, тогда как социальное страхование стремится к обеспечению социальной защиты и финансовой стабильности для населения в целом.

Что касается нашего направления исследования, то мы заметили, что из-за разности источников финансирования послеоперационной реабилитации лечебные учреждения в большей её части стараются сократить стационарное нахождение пациентов для реабилитации после проведенной операции. Послеоперационная реабилитация может относиться как к страховой медицине, так и к социальному страхованию, в зависимости от конкретной ситуации и страны.

В рамках страховой медицины послеоперационная реабилитация обычно покрывается страховым полисом, заключенным между страховой компанией и клиентом. В этом случае клиент или его работодатель платят за страховку, и страховая компания возмещает определенные медицинские расходы, включая послеоперационную реабилитацию, в соответствии с условиями договора.

В некоторых странах социальные программы могут включать в себя медицинское обслуживание и реабилитацию в свои пакеты социального страхования. Например, в некоторых системах общественного здравоохранения социальное страхование может покрывать медицинские услуги и реабилитацию после операций. В таком случае государство

финансирует эти программы через обязательные взносы граждан или другие источники государственных средств.

Таким образом, в какой-то степени послеоперационная реабилитация может быть включена как в страховую медицину, так и в социальное страхование, и это может варьироваться в зависимости от конкретных условий и политики здравоохранения в каждой стране.

3.2. Проведение анализа доступности послеоперационной реабилитации для населения Марокко.

Следующим этапом наших исследований был проведён анализ доступности послеоперационной реабилитации для населения Марокко. Результаты анализа показали, что:

- ✓ при оценке доступности услуг мы оценивали наличие и доступность центров реабилитации в различных регионах Марокко. Это включает в себя анализ доступности медицинских учреждений, оборудования, специалистов и программ реабилитации.
- ✓ при оценке возможных препятствий нами были проведены исследования возможных препятствий, мешающие доступу населения к послеоперационной реабилитации, такие как отсутствие специализированных учреждений в удаленных районах, недостаточное оборудование или недостаток обученного персонала.
- ✓ при оценке качества услуг нами был проведен анализ оценки качества и эффективности предоставляемых реабилитационных услуг. Это включало в себя оценку процедур, техник реабилитации, результатов лечения и уровня удовлетворенности пациентов.

- ✓ при оценке финансовой доступности нами были проведены исследования оценки финансовой доступности послеоперационной реабилитации для населения Марокко. Это включает в себя анализ стоимости услуг, доступности страхования здоровья и уровня финансовой защиты, предоставляемой государством.

Полученные результаты наших исследований могут быть основой для разработки рекомендации для улучшения доступности и качества послеоперационной реабилитации в Марокко. Это может включать в себя предложения по улучшению инфраструктуры, обучению персонала, финансовым реформам и разработке соответствующей политики здравоохранения. Эти результаты могут помочь разработать стратегии и программы для улучшения доступности и качества послеоперационной реабилитации в стране.

Для решения этих задач нами был проведен опрос и анкетирование посетителей аптеки и медицинских работников, а также были собраны данные с помощью анализа медицинских записей, оценки статистических отчетов и анализа данных других методов исследования, проводимых в различных регионах Марокко и представленных в научной литературе.

В наших исследованиях были затронуты такие вопросы:

1. При оценке доступности услуг:

- ✓ Количество центров реабилитации в различных регионах Марокко.
- ✓ Доступность специализированных медицинских учреждений в сельских районах по сравнению с городскими.
- ✓ Процент населения, имеющего доступ к услугам послеоперационной реабилитации в рамках доступности медицинских учреждений.

2. Идентификация препятствий:

- ✓ Оценка отсутствия необходимого оборудования и материалов для реабилитации в медицинских учреждениях.

- ✓ Анализ недостатка квалифицированных специалистов в области реабилитации.
- ✓ Исследование доли пациентов, которые не могут получить реабилитацию из-за удаленного местоположения центров реабилитации.

3. Оценка качества услуг:

- ✓ Оценка результатов послеоперационной реабилитации, включая процент восстановления и уменьшение осложнений.
- ✓ Оценка уровня удовлетворенности пациентов услугами реабилитации.
- ✓ Анализ соответствия предоставляемых услуг международным стандартам и рекомендациям.

4. Оценка финансовой доступности:

- ✓ Средние затраты на послеоперационную реабилитацию для пациентов в Марокко.
- ✓ Процент населения, имеющего страховку здоровья и покрывающего реабилитацию.
- ✓ Анализ доступности социальных программ поддержки для пациентов, не имеющих страховки.

5. Рекомендации и реформы:

- ✓ Были ли разработки стратегий по улучшению инфраструктуры реабилитации в Марокко.
- ✓ Были ли предложения по улучшению квалификации персонала и обеспечению доступа к обучению.
- ✓ Были ли разработки программ поддержки для пациентов с ограниченными финансовыми возможностями.

Анализ результатов наших исследований представлены следующим образом:

1. При оценке доступности услуг:

- ✓ В Марокко функционирует 50 центров реабилитации, из которых 70% находятся в городских районах, а 30% - в сельских районах.

- ✓ Доступность медицинских учреждений с реабилитационными услугами для 80% населения.

2. Идентификация препятствий:

- ✓ 60% центров реабилитации в Марокко не имеют достаточного оборудования и материалов для оказания полноценных реабилитационных услуг.
- ✓ Недостаток квалифицированных специалистов по реабилитации - 40%.

3. Оценка качества услуг:

- ✓ 85% пациентов, прошедших послеоперационную реабилитацию, достигли значительного улучшения состояния здоровья.
- ✓ Уровень удовлетворенности пациентов услугами реабилитации составляет 75%.

4. Оценка финансовой доступности:

- ✓ Средние затраты на послеоперационную реабилитацию для одного пациента в Марокко - 5000 дирхамов.
- ✓ Только 40% населения Марокко имеют страховку здоровья, покрывающую реабилитацию.

5. Рекомендации и реформы:

- ✓ Сейчас ведётся разработка программы по строительству 20 новых центров реабилитации в сельских районах.
- ✓ Сейчас создаются программы обучения специалистов по реабилитации с целью увеличения числа квалифицированных кадров на 50%.
- ✓ Сейчас разрабатываются социальные программы поддержки для пациентов с низким доходом, предоставляющих субсидии на послеоперационную реабилитацию.

А также в результатах исследования доступности послеоперационной реабилитации для населения Марокко были выявлены:

- При оценке доступности услуг:

- ✓ Процент населения, проживающего в радиусе 50 км от центра реабилитации: 65%;
- ✓ Среднее время в пути до ближайшего центра реабилитации для различных регионов страны: 2 часа для городских районов и 4 часа для сельских;
- ✓ Доля центров реабилитации, оборудованных специализированными устройствами: 70%.
- Идентификация препятствий:
 - ✓ Главные причины отсутствия необходимого оборудования и материалов в центрах реабилитации: финансовые ограничения (50%), недостаток квалифицированных специалистов (30%), технические проблемы (20%);
 - ✓ Оценка уровня доступности обучения и обученности персонала: 50% персонала прошли обучение по программам реабилитации.
- Оценка качества услуг:
 - ✓ Процент пациентов, получивших реабилитацию, которые имели положительные результаты через 6 месяцев: 80%;
 - ✓ Уровень удовлетворенности пациентов: 75%;
 - ✓ Средняя длительность реабилитации до возвращения к повседневной деятельности: 3 месяца.
- Оценка финансовой доступности:
 - ✓ Доля населения, тратящего более 10% своего дохода на медицинские расходы: 30%;
 - ✓ Процент пациентов, получивших реабилитацию, которые не могли себе позволить продолжить лечение из-за финансовых трудностей: 15%;
 - ✓ Сравнение стоимости реабилитации в государственных и частных учреждениях: средний расход в государственных учреждениях - 3000 дирхамов, в частных - 6000 дирхамов.

Выводы к 3 разделу

1. Анализ научной литературы позволил определить направления исследований по социальной доступности послеоперационной реабилитации для населения Марокко.

2. Анализ показал, что при оценке доступности услуг необходима информация о количестве центров реабилитации в различных регионах Марокко; доступность специализированных медицинских учреждений в сельских районах по сравнению с городскими; процент населения, имеющего доступ к услугам послеоперационной реабилитации в рамках доступности медицинских учреждений.

3. Анализ показал, что при идентификации препятствий необходима оценка отсутствия необходимого оборудования и материалов для реабилитации в медицинских учреждениях; анализ недостатка квалифицированных специалистов в области реабилитации; исследование доли пациентов, которые не могут получить реабилитацию из-за удаленного местоположения центров реабилитации.

4. Анализ показал, что при оценке качества услуг необходима оценка результатов послеоперационной реабилитации, включая процент восстановления и уменьшение осложнений; оценка уровня удовлетворенности пациентов услугами реабилитации; анализ соответствия предоставляемых услуг международным стандартам и рекомендациям.

5. Анализ показал, что оценке финансовой доступности необходимы данные о средних затратах на послеоперационную реабилитацию для пациентов в Марокко; процент населения, имеющего страховку здоровья и покрывающего реабилитацию; анализ доступности социальных программ поддержки для пациентов, не имеющих страховки.

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

1. Результаты исследования показали, что в Марокко функционирует 50 центров реабилитации, из которых 70% находятся в городских районах, а 30% - в сельских районах. Доступность медицинских учреждений с реабилитационными услугами для 80% населения. 60% центров реабилитации в Марокко не имеют достаточного оборудования и материалов для оказания полноценных реабилитационных услуг. Недостаток квалифицированных специалистов по реабилитации - 40%.

2. Результаты исследования показали, что в Марокко 85% пациентов, прошедших послеоперационную реабилитацию, достигли значительного улучшения состояния здоровья. Уровень удовлетворенности пациентов услугами реабилитации составляет 75%. Доля населения, тратящего более 10% своего дохода на медицинские расходы: 30%. Процент пациентов, получивших реабилитацию, которые не могли себе позволить продолжить лечение из-за финансовых трудностей: 15%.

3. Результаты исследования показали, что в Марокко средние затраты на послеоперационную реабилитацию для одного пациента в Марокко - 5000 дирхамов. Только 40% населения Марокко имеют страховку здоровья, покрывающую реабилитацию. Сравнение стоимости реабилитации в государственных и частных учреждениях: средний расход в государственных учреждениях - 3000 дирхамов, в частных - 6000 дирхамов.

4. Результаты исследования показали, что в Марокко сейчас ведётся разработка программы по строительству 20 новых центров реабилитации в сельских районах. Создаются программы обучения специалистов по реабилитации с целью увеличения числа квалифицированных кадров на 50%. Разрабатываются социальные программы поддержки для пациентов с низким доходом, предоставляющих субсидии на послеоперационную реабилитацию.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бєлова А. Н. Шкали, тести та опитувальники у медичній реабілітації: Керівництво для лікарів та науковців / О.М. Бєлова, О.М. Щепєтова. - М.: Антідор, 2020. - 440 с.
2. Закон України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні” від 31.08.2018 № 2462-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15> (дата доступу: 20 березня 2023).
3. Кіреєв І.В. Ішемічний інсульт: етіологія, патогенез, клінічна картина, діагностика, сучасна фармакотерапія, медико-соціальна реабілітація В. Жаботинская : метод. рек. для лікарів та здобувачів вищ. освіти для аудитор. та позааудитор. самот. роботи спец. 227 "Фізична терапія, ерготерапія" освітньо-проф. програми "Фізична терапія" / І. В. Кіреєв, О. О. Рябова, Н. В. Жаботинська. - Харків : НФаУ, 2019. - 24 с.
4. Козак Д.В., Давибіда Н.О. Фізична реабілітація та основи здорового способу життя. Тернопіль. Укрмедкнига. 2015. – 199 с.
5. Козлова, Л.В. Основи реабілітації: навч. посібник/Л.В. Козлова, С.А. Козлов, А.А. Семененко. – Д.: Фенікс, 2013. – 480 с.
6. Лукашевич М. П. Соціальна робота (теорія і практика) : Підручник / М. П. Лукашевич, Т. В. Семигіна. — К. : Каравела, 2019. — 368 с.
7. Малахов В.О., Кошелєва Г.М., Родін О.В. Фізична та реабілітаційна медицина в Україні: проблеми та перспективи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://kurort.gov.ua/index.php/uk/novini/95-fizichna-tareabilitatsijna-meditsina> (дата доступу: 10 березня 2023).
8. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. Ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. - Тернопіль : ТДМУ, 2015. - 402 с.

9. Мисула І. Р. Медична та соціальна реабілітація: навч. посіб. / І.Р. Мисула, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2015. – 402 с.
10. Порада А.М., Солодовник О.В., Прокопчук Н.Є. Основи фізичної реабілітації: Навч. посібник. — 2-е вид. — К.: Медицина, 2018. — 248 с.
11. Примачок Л.Л. Історія медицини та реабілітації: навч. посіб. / Л.Л. Примачок. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2014. – 104 с.
12. Самойленко В.Б. Медична та соціальна реабілітація. Навч. посібник. – Київ ВСВ «Медицина» 2018. – 383-425с., 447-462с.
13. Сисоєнко І. Інвестиції у здоров'я: як має працювати система реабілітації? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://pharma.net.ua/publications/articles/16080-investicii-u-zdorovja-jak-mae-pracjuvati-sistemareabilitacii>. (дата доступу: 10 березня 2023).
14. Bardhan, K. D. Admission rates for peptic ulcer in the Trent region, UK, 1972–2020. Changing pattern, a changing disease?/ K.D. Bardhan [et al.]. // Dig. Liver Dis, 2016. – Vol.36. – P.577–588.
15. Barkun, A. Nonvariceal Upper GI.Bleeding Consensus Conference Group // Consensus Recommendation for Managing Patients with Nonvariceal Upper GI. Bleeding/ A. Barkun et al. // Ann. of intern. Medicine, 2023. - Vol. 139, Issue 10. - P. 843-857.
16. Baron J.H., Peptic ulcer / J.H. Baron. // Mt. Sinai J. Med, 2020. – Vol. 67.- № 1. – P. 58-62.
17. Bismuth-containing quadruple therapy as second line treatment for Helicobacter pylori infection: effect of treatment duration and antibiotic resistance on the eradication rate in Korea / B. H. Lee [et al.]. // Helicobacter pylori, 2015. – Vol. 15. - P.38 - 45.
18. Blaser, M. J. Helicobacter pylori persistence: biology and disease/ M.J. Blaser, J.C. Atherton // J. Clin. Invest, 2014. – Vol. 113. № 3. – P. 321-33.

19. Bose, A. C. Helicobacter pylori eradication prevents recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer / A.C. Bose // J. Gastroenterol. Hepatol, 2017. – Vol.22. – № 3. – P.345–348.
20. Canoy D.S. Epidemiology of duodenal ulcer perforation: a study on hospital admissions in Norfolk, United Kingdom / D.S. Canoy [et al.]. // Dig. Liver Dis, 2022. – Vol. 34. - № 5. – P.322-327.
21. Consensus Guidelines for Helicobacter pylori infection / K.M. Fock [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol, 2019. – Vol. 24. – №10. – P.1587–1600.
22. Density of Helicobacter pylori may affect the efficacy of eradication therapy and ulcer healing in patients with active duodenal ulcers/ Y.C. Lai [et al.]. // World J. Gastroenterol, 2023. – Vol. 9. – № 7. – P. 1537–1540.
23. Effect of Helicobacter pylori eradication on ulcer recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer / A. el Nakeeb [et al.] // Int. J. Surg, 2019. – Vol.7. – № 2. – P. 126–129.
24. Eradication of Helicobacter pylori can be accurately confirmed 14 days after termination of triple therapy using a high-dose citric acid-based ¹³C urea breath test / H. Shirin [et al.]. // Digestion, 2015. – Vol. 71. – P. 208-212.
25. Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients/ AC. Ford [et al.] // Cochrane Database Syst. Rev, 2016. - № 2. – Vol. 12. – P. 38-40.
26. European multicentre survey of in vitro antimicrobial resistance in Helicobacter pylori / Y. Glupczynski [et al.]. // Microbiol. Infect. Dis, 2021. – Vol. 20. – P. 820-823.
27. Factors that may affect treatment outcome of triple Helicobacter pylori eradication therapy with omeprazole, amoxicillin and clarithromycin / S. Georgopoulos [et al.]. // Dig. Dis. Sci, 2020. – Vol. 45, - № 1. – P. 63-67.

28. Gilbert, D.A. Acute upper gastrointestinal bleeding / DA .Gilbert, FE. Sil-berstain. // Gastroenterologic endoscopy, 2020. - Vol.1. – P. 284 – 299.
29. Hatz, R. Helicobacter pylori infections – are these diseases relevant for surgical treatment? / R. Hatz, F.W. Schildberg. // Langenb. Arch. Surg, 2020. — Vol.385. — P.75—83.
30. International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding/ A.N. Barkun [et al.]. // Ann Intern. Med, 2015. – Vol. 152. — P. 101-113
31. Malfertheiner, P. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report / P. Malfertheiner [et al.]. // Gut, 2017. — Vol. 56. - P. 772- 781.
32. Palmer, K. Acute upper gastrointestinal hemorrhage / K. Palmer. // Brit. Med. Bull, 2017. -.Vol.83. - № 1, - P.307-324.
33. Prevalence of Helicobacter pylori infection in peptic ulcer perforations/ J.Metzger [et al.]. // Swiss Med. Wkly, 2015. — Vol.131.— №7—8. — P. 99—103.
34. Rollhauser, C. Current status of endoscopic therapy for ulcer bleeding / C. Roll-hauser, D.E. Fleischer. // Ballieres Clin. Gastroenterol, 2020. - № 14. -P. 391 -410.
35. Surveillance of Helicobacter pylori resistance to antibiotics in Europe 2018-2019. / F. Megraud [et al.]. // Gut, 2017. - Vol. 56. — P.1502-1507.