

ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ХВОРИМ НА АКУБАРОТРАВМУ

Ю.В. Корж¹, Л.В. Терещенко², В.В. Дорогань³

^{1,2,3}Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
Socpharm.nuph.edu.ua^{1,2,3}

В умовах воєнного стану постає питання надання доступної, ефективної, якісної медичної та фармацевтичної допомоги військовослужбовцям. Відповідно до статті 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» передбачено право на безоплатну кваліфіковану медичну допомогу у військово-медичних закладах охорони здоров'я, безоплатне отримання психологічної реабілітації, щорічне медичне обстеження і диспансеризація із залучення необхідних спеціалістів, безоплатне забезпечення ліками. В умовах війни у загальній структурі бойових ушкоджень травма ЛОР-органів складає орієнтовно 4-4,5 %. При цьому, відчутно зменшується кількість кульових (1,9 %) і осколкових (21,9 %) поранень, водночас, значно зростає кількість вибухових травм, які за даними різних авторів складають 76,2 %.

З метою визначення фактичного стану надання фармацевтичної допомоги населенню використовуються клініко-економічні дослідження, результати яких дозволяють оптимізувати витрати на фармакотерапію. Частотний аналіз лікарських призначень є поширеним методом у дослідженнях споживання лікарських засобів (ЛЗ) та при прогнозуванні потреби в них з метою оптимізації витрат в умовах обмеженого фінансування. Результати такого аналізу дозволяють оцінити поточний стан лікарських призначень та науково обґрунтувати раціональні підходи до вдосконалення фармацевтичної допомоги хворим на акубаротравму.

Отже, нами був проведений частотний аналіз лікарських призначень на підставі даних 52 медичних карт стаціонарних хворих на акубаротравму, які знаходилися на лікуванні в Військовому мобільному шпиталю за 2024 рік. Аналіз медичних карток хворих відповідно до вікової структури показав, що переважна кількість мали вік від 26 до 30 років. Визначено, що в загальній сукупності хворих з діагнозом акубаротравмою превалює рядовий склад, а саме солдати – 69,23%. Варто зазначити, що всі хворі окрім основного діагнозу мали супутні захворювання, зокрема тиннітус, пошкодження барабанної перетинки, цефалгічний, астеничний, вестибуло-атактичний, астено-вегетативний синдроми, артеріальна гіпертензія 1-2ст., ВОСП, ВОП, ЗЧМТ, струс головного мозку та інші.

За результатами аналізу визначено, що загальна кількість призначених ЛЗ для лікування хворих на акубаротравму склала 460. Середній показник призначень ЛЗ на одного хворого на акубаротравму становив 9 призначень. У цілому лікарями було призначено 34 ЛЗ відповідно до міжнародної непатентованої назви (МНН) та 36 ЛЗ за торговельними назвами. Далі був складений рейтинг частоти призначень ліків згідно з 2 рівнем АТХ класифікації. Доведено, що найбільшу частоту призначень мали саме ЛЗ групи M01 – Протизапальні та протиревматичні засоби (76 призначень або 16,52% від загальної кількості призначень), ЛЗ групи N06 – Психоаналептики (58 призначень або 12,61%), A04 – Протиблювотні засоби (52 призначення або 11,30%), та H02 Кортикостероїди для системного застосування (48 призначень або 10,43%).

Для оцінки інтенсивності частоти призначень лікарських засобів пацієнтам з акубаротравмою був обчислений коефіцієнт інтенсивності призначень ЛЗ та здійснено ранжування за довжиною кроку коефіцієнт інтенсивності призначень ЛЗ на три групи (n). Так, до першої групи зі значенням коефіцієнт інтенсивності призначень ЛЗ від 1 до 0,69 віднесено 4 ЛЗ за МНН – *декскетпрофену трометамол, ондансетрон, дексаметазон, пірацетам*. Друга група містила 3ЛЗ за МНН, коефіцієнт інтенсивності призначень ЛЗ яких складав 0,68 - 0,38. До даної групи відносилися МНН *омепразол, магнію сульфат, лізин*. Третя група складалася з 27 МНН коефіцієнт інтенсивності призначень ЛЗ яких був нижче 0,37. Цей розподіл відображає загальні тенденції в призначеннях ЛЗ пацієнтам з акубаротравмою.

Результати частотного аналізу свідчать, що всього хворим на акубаротравму було призначено 36 торговельні назви ЛЗ (34 МНН). Загальна кількість призначень – 460; середня кількість призначень на одного хворого – 9. Лідером за кількістю призначень були ЛЗ за МНН – декскетопрофену трометамол, ондансетрон, дексаметазон, пірацетам.

АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В УКРАЇНІ

К.Л. Косяченко¹, А.В. Гапиченко², Я.Д. Рафальська³

^{1,2,3}Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ)
yaroslava.rafalska@ntnu.ua³

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) є глобальною медико-соціальною проблемою через високу поширеність, значний ризик розвитку серцево-судинних ускладнень та вплив на тривалість і якість життя пацієнтів. В Україні щорічно реєструється значна кількість нових випадків АГ, що вимагає використання сучасних підходів до її лікування. Уніфіковані клінічні протоколи (УКП) відіграють ключову роль у стандартизації медичної допомоги. Особливу увагу в протоколах приділяють фармацевтичній складовій, оскільки правильно підібрані лікарські засоби є основою ефективного контролю артеріального тиску.

Матеріали та методи. У роботі було використано дані з «Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія)» (наказ МОЗ України від 12.09.2024 р. № 1581). Використано методи порівняльного аналізу та систематизації даних щодо фармакологічних груп, представлених у протоколі лікування АГ в Україні.

Результати і обговорення. УКП лікування АГ в Україні ґрунтується на принципах раціональної фармакотерапії та містить рекомендації щодо використання п'яти основних груп антигіпертензивних препаратів першої лінії:

1. Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) – Еналаприл, Зофеноприл, Каптоприл, Квінаприл, Лізиноприл, Периндоприл, Раміприл, Трандолаприл.
2. Блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА) – Азилсартан, Валсартан, Епросартан, Ірбесартан, Кандесартан, Лозартан, Олмесартан, Телмісартан.
3. Тіазидні та тіазидноподібні діуретики – Гідрохлортіазид, Індапамід, Хлорталідон, Торасемід, Фуросемід
4. Блокатори кальцієвих каналів (БКК) – Амлодипін, Верапаміл, Дилтіазем, Лерканідипін, Ніфедипін, Фелодипін.
5. Блокатори бета-адренорецепторів (БАБ) – Атенолол, Бетаксоллол, Бісопролол, Есмолол, Карведилол, Метопролол, Небіволол, Пропранолол.

Значну увагу приділено комбінованій терапії, зокрема фіксованим комбінаціям, що підвищує прихильність пацієнтів до лікування. Протокол враховує коморбідні стани (цукровий діабет, хронічна хвороба нирок), а також рекомендації щодо стартової та підтримуючої терапії.

Висновки. Фармацевтична складова УКП лікування АГ в Україні базується на доказових підходах та включає в себе сучасні схеми терапії АГ, що дають змогу пацієнтам отримувати висококваліфіковану допомогу. Таким чином, актуальним напрямом постає необхідність порівняльного аналізу фармацевтичної складової клінічних протоколів лікування АГ в Україні та світі.

Список літератури:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія) : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.09.2024 р. № 1581 URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/16883422-f721-4d41-af37-15ea3f753322/dn_1581_12092024_dod.pdf