

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

**фармацевтичний факультет  
кафедра соціальної фармації**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**на тему: «АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ РАЦІОНАЛЬНОГО СПОЖИВАННЯ  
АНГІОПРОТЕКТОРНИХ ПРЕПАРАТІВ В УКРАЇНИ»**

**Виконала:** здобувачка вищої освіти групи

Фм 21(4,6з)мед-01

спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація  
освітньо-професійної програми Фармація

Ніна САДОВА

**Керівник:** доцент ЗВО кафедри соціальної фармації,  
доктор філософії, (PhD) Альміра НОЗДРІНА

**Рецензент:** доцент закладу вищої освіти кафедри  
менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у  
фармації, к.фарм.н., доцент Ірина БОНДАРЄВА

**Харків – 2026 рік**

## АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі досліджено споживання ангіопротекторних лікарських засобів при варикозному розширенні вен. Проаналізовано аптечний асортимент, показники реалізації та результати соціально-фармацевтичного опитування фармацевтів і споживачів. Визначено чинники вибору препаратів і надано рекомендації щодо їх раціонального використання.

Кваліфікаційна робота викладена на 55 сторінках друкованого тексту і складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних інформаційних джерел. Робота ілюстрована 6 таблицями і 15 рисунками. Бібліографія включає 30 інформаційних джерел, у тому числі 15 іноземних видань.

*Ключові слова:* ангіопротектори, варикозне розширення вен, аптечний асортимент, фармацевтичне опитування, раціональне споживання

## ANNOTATION

The qualification work examines the consumption of angioprotective medicinal products used for the treatment of varicose veins. It analyzes the pharmacy assortment, sales indicators, and the results of a socio-pharmaceutical survey conducted among pharmacists and consumers. The factors influencing the choice of medications are identified, and recommendations for their rational use are provided.

The qualification work is presented on 55 pages of printed text and consists of an introduction, three chapters, and a list of references. The work includes 6 tables and 15 figures. The bibliography comprises 30 information sources, including 15 foreign publications.

*Keywords:* angioprotectors, varicose veins, pharmacy assortment, pharmaceutical survey, rational use.

## ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ВЕНОЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК: ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА (огляд літератури)	7
1.1 Поширеність, етіологія та патогенетичні механізми хронічної венозної недостатності	7
1.2 Класифікація хронічної венозної недостатності	11
1.3 Основні фактори ризику, ускладнення та профілактика хронічної венозної недостатності	14
Резюме до розділу 1	21
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗУ, ПРЕДСТАВЛЕНИХ НА РИНКУ УКРАЇНИ	22
2.1 Основні напрямки фармакотерапії хронічної венозної недостатності	22
2.2 Характеристика основних груп лікарських засобів, що застосовуються при лікуванні хронічної венозної недостатності	26
2.3 Аналіз асортименту ангіопротекторів, представлених на фармацевтичному ринку України та в аптеці.	31
2.3.1 Аналіз асортименту ангіопротекторів, представлених на фармацевтичному ринку України	31
2.3.2 Аналіз асортименту ангіопротекторів, представлених в аптеці	35
Висновки до розділу 2	41
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ВИБОРУ АНГІОПРОТЕКТОРНИХ ПРЕПАРАТІВ	42
3.1 Аналіз результатів опитування фармацевтів щодо чинників вибору ангіопротекторних препаратів пацієнтами	42

3.2 Аналіз результатів опитування споживачів щодо застосування ангіопротекторних препаратів	45
Висновки до розділу 3	54
ВИСНОВКИ	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57
ДОДАТКИ	61

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок є одним із найпоширеніших судинних захворювань, що супроводжується тривалим перебігом та високим ризиком ускладнень. Фармакотерапія є ключовим компонентом лікування, однак споживання ангіопротекторних препаратів нерідко характеризується порушенням принципів раціонального застосування: самолікуванням, короткими курсами, неправильним вибором лікарських форм і відсутністю фармацевтичного консультування. В умовах зростання фармацевтичного ринку проблема оптимізації споживання ангіопротекторів набуває значущості як у медичному, так і соціально-економічному аспектах.

**Мета дослідження:** провести аналіз проблем раціонального споживання ангіопротекторних препаратів в Україні.

**Завдання дослідження:**

- проаналізувати теоретичні засади фармакотерапії та профілактики хронічної венозної недостатності;
- дослідити асортимент ангіопротекторних лікарських засобів на фармацевтичному ринку України;
- виконати аналіз споживання ангіопротекторних препаратів на рівні аптеки;
- провести соціально-фармацевтичне опитування фармацевтів та споживачів щодо особливостей застосування ангіопротекторів;
- визначити ключові чинники, що сприяють нераціональному використанню ангіопротекторних препаратів;
- сформулювати рекомендації щодо підвищення раціональності їх застосування.

**Об'єкт дослідження:** споживання ангіопротекторних лікарських засобів серед пацієнтів з хронічною венозною недостатністю.

**Предмет дослідження:** особливості споживчої поведінки пацієнтів, фактори вибору ангіопротекторних препаратів та проблеми їх раціонального застосування у фармацевтичній практиці.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у можливості використання сформульованих рекомендацій для оптимізації фармацевтичного консультування, підвищення прихильності пацієнтів до терапії та зниження ризику нераціонального застосування ангіопротекторів. Запропонований алгоритм дій фармацевта може бути впроваджений у практику аптечних закладів для підвищення ефективності фармакотерапії та профілактики ускладнень хронічної венозної недостатності.

**Апробація результатів дослідження та публікації.** Результати дослідження обговорено на VIII Всеукраїнській науково-освітній конференції з міжнародною участю «Формування національної лікарської політики: питання освіти, теорії та практики», ( м. Харків, 27.11.2025).

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота викладена на 55 сторінках друкованого тексту і складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних інформаційних джерел. Робота ілюстрована 6 таблицями і 15 рисунками. Бібліографія включає 30 інформаційних джерел, у тому числі 15 іноземних видань.

## **РОЗДІЛ 1 ВЕНОЗНА НЕДОСТАТНІСТЬ НИЖНІХ КІНЦІВОК: ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

Однією з найпоширеніших патологій периферичних судин, що здавна привертає до себе увагу лікарів всього світу є захворювання венозної системи. При цьому варикозне розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, венозний тромбоз та їх ускладнення займають провідне місце в структурі венозних патологій [5]

Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок відноситься до поліетіологічного захворювання, що проявляється варикозною трансформацією підшкірних вен з одночасним розвитком такого синдрому, як хронічна венозна недостатність (ХВН).

### **1.1 Поширеність, етіологія та патогенетичні механізми хронічної венозної недостатності**

За сучасними епідеміологічними оцінками, ХВН та варикозне розширення вен нижніх кінцівок належать до найбільш поширених захворювань периферичної венозної системи у світі. Так, дослідниками [2] зазначено, що поширеність ХВН, зокрема варикозу, коливається до 40 % серед жінок і до 17 % серед чоловіків. Інші дослідження показують, що клінічно значущі форми венозної хвороби (класи С2–С6 за класифікацією CEAP) можуть сягати близька 25 % дорослого населення [12].

У країнах із вищим рівнем розвитку, зокрема в країнах Західної Європи: Франція, Німеччина, Велика Британія вважаються хворими на варикозне розширення вен від 20% до 40 % населення. [3] При цьому спостерігається тенденція до повільного, але стабільного зростання захворюваності: зокрема, у мета-огляді дослідників з Німеччини зазначено зростання захворюваності на рівні 2 % на рік [12].

В Україні наразі відсутні широкомасштабні епідеміологічні дослідження, які б дозволили достовірно оцінити рівень поширеності

хронічної венозної недостатності серед населення. Водночас результати окремих клініко-епідеміологічних спостережень свідчать, що варикозна хвороба нижніх кінцівок виявляється приблизно у 15–20 % населення, а серед осіб працездатного віку цей показник сягає до 25 %. Захворювання характеризується чітко вираженою гендерною диференціацією: жінки хворіють у 2–3 рази частіше, ніж чоловіки, що зумовлено впливом гормональних чинників, вагітністю та особливостями способу життя [17].

Оцінки поширеності ХВН істотно варіюють залежно від географічного регіону та соціально-демографічних характеристик популяцій. Найвищі показники реєструються у країнах із високим рівнем урбанізації та старіння населення [1, 2]. Вказані розбіжності у статистичних оцінках пояснюються неоднорідністю досліджуваних вибірок, різними критеріями діагностики та класифікації ХВН, а також відмінностями у доступності медичної допомоги. До основних чинників ризику розвитку ХВН належать старший вік, жіноча стать, вагітність, спадкова схильність, ожиріння та професійна діяльність, пов'язана з тривалим ортостатичним навантаженням [11]. Водночас низка потенційно значущих факторів (особливості харчування, рівень фізичної активності, застосування екзогенних гормонів) залишаються недостатньо вивченими й потребують подальшого дослідження.

Клінічний перебіг ХВН зазвичай розпочинається з поодиноких проявів, а саме: відчуття тяжкості в ногах, набряків та помірного варикозного розширення поверхневих вен. У міру прогресування процесу можуть розвиватися трофічні зміни шкіри, застійний дерматит, гіперпігментація, ліподерматосклероз та венозні виразки. У випадку венозної оклюзії патологічні зміни шкіри формуються швидше та мають стійкіший характер [18].

Останніми роками з'являються повідомлення про виявлення початкових форм ХВН навіть серед підлітків, що свідчить про тенденцію до «омолодження» патології. Підвищений інтерес наукової спільноти до цього захворювання зумовлений його високою поширеністю та соціальною

значущістю, адже воно є характерним лише для людини і безпосередньо пов'язане з вертикальним положенням тіла. Фізіологічно близько 60–70 % циркулюючої крові розташовується нижче рівня серця, що створює підвищене гідростатичне навантаження на стінки вен нижніх кінцівок [31]. Венозне повернення забезпечується не лише роботою серця, а й скороченнями м'язів стопи та гомілки, а також функцією венозних клапанів, які перешкоджають зворотному току крові. Саме порушення цього механізму лежить в основі патогенезу ХВН. Поширеність хвороби також залежить від расових, статевих, професійних та поведінкових чинників [1, 2].

Серед головних етіологічних факторів розвитку можна виділити наступні:

- Спадковість (якщо захворювання було діагностовано у обох батьків, ризик спадковості хвороби складає до 60%)
- Статева приналежність: жінки на венозну хворобу нижніх кінцівок хворіють в 1,5-2 рази частіше ніж чоловіки, також і через вагітність та можливі гормональні порушення.
- Надлишкова маса тіла-: за статистикою, збільшення ваги на 20 % може призвести до збільшення ризику розвитку ХВН в 5 разів
- Статичне навантаження , що триває довгий час а також малорухимий образ життя [2].

В основі патогенетичних процесів венозної хвороби зазначається розвиток дисфункцій клапанного апарату, основна функція якого- забезпечити доцентровий потік венозної крові. Внаслідок виникнення анатомічної та функціональної неспроможності клапанних синусів може розвиватись горизонтальний і вертикальний патологічний рефлюкс крові, що може відбуватись як у системі підшкірних, так і глибоких вен нижніх кінцівок [18]. При вертикальному рефлюксі спостігається патологічний рух крові зверху вниз, який може відбуватись за системою великої підшкірної, малої підшкірної вен і глибоких вен. При горизонтальному рефлюксі спостерігається

патологічний рух крові зсередини назовні, який може здійснюватись через систему перфорантних вен.

Проте на ранніх стадіях варикозної хвороби не завжди вдається виявити патогенетичні механізми, такі як скидання крові в поверхневі вени (рис. 1.1). У деяких випадках початкове сегментарне розширення вен не супроводжується жодним рефлюксом [31]. В цьому випадку, варикозна хвороба ніжніх кінцівок розглядається як синдром вродженої дисплазії сполучної тканини, що є спадковою неповноцінністю венозної стінки, внаслідок чого навіть звичайні гідростатичні навантаження призводять до розширення підшкірних магістралей [6]. І навіть після радикального лікування варикозна хвороба може продовжувати прогресувати, вражаючи нові вени, і тому всі пацієнти, в яких діагностовано варикозну хворобу, потребують постійного диспансерного спостереження.



Рис. 1.1 Стадії розвитку варикозної хвороби нижніх кінцівок [28]

## 1.2 Класифікація хронічної венозної недостатності

У 1994 році міжнародним комітетом American Venous Forum з метою стандартизації опису, діагностики та порівняння результатів лікування венозних патологій була розроблена класифікація CEAP (Clinical, Etiologic, Anatomic, Pathophysiologic). Станом на сьогодні, класифікація CEAP є загально визнаною міжнародною системою оцінки тяжкості та клінічних проявів хронічних венозних розладів, включно з варикозною хворобою та ХВН.

У 1995 році класифікацію було офіційно представлено в журналі Journal of Vascular Surgery і рекомендовано для широкого клінічного застосування. Подальше удосконалення класифікації відбулося у 2004 році, коли було прийнято оновлену версію «Basic CEAP», орієнтовану на практичну роботу лікаря-флеболога [6]. Наступний перегляд та вдосконалення класифікації, здійснений у 2020 році під керівництвом F. Lurie та M. H. Meissner, підтвердив її наукову обґрунтованість, практичну цінність і універсальність для сучасної ангіологічної практики. [9]

Система CEAP складається з чотирьох взаємопов'язаних компонентів:

C (Clinical – клінічна ознака) – визначає ступінь вираженості клінічних проявів;

E (Etiologic – етіологічний фактор) – уточнює причину захворювання (первинна, вторинна після тромбозу, або вроджена);

A (Anatomic – анатомічна локалізація) – описує, які венозні системи уражені (поверхневі, перфорантні або глибокі вени);

P (Pathophysiologic – патофізіологічний механізм) – відображає основні процеси, що лежать в основі патології (рефлюкс, обструкція або поєднання обох).

У таблиці 1.1 представлено клінічну складову класифікації CEAP, що охоплює шість послідовних стадій (C0–C6) розвитку хронічної венозної недостатності, з характеристикою їх клінічних проявів і діагностичного значення.

Таблиця 1.1

**Характеристика стадій ХВН за класифікацією CEAP (C0–C6)**

Стадія	Клінічна характеристика	Основні прояви та клінічне значення
C0	Відсутність видимих або пальпованих ознак венозного захворювання.	Пацієнт може скаржитися на симптоми (тяжкість, біль, судоми), однак видимих змін вен немає.
C1	Телеангіектазії або ретикулярні вени.	Поява судинних «зірочок» діаметром до 2 мм, можливі відчуття дискомфорту після тривалого стояння.
C2	Варикозні вени.	Видимі звивисті підшкірні вени > 3 мм у діаметрі. Часто супроводжуються набряком, відчуттям розпирання, болем.
C3	Набряки нижніх кінцівок без змін шкіри.	Набряк з'являється наприкінці дня, зменшується після відпочинку.
C4a– C4b	Зміни шкіри, спричинені венозним застоєм.	Гіперпігментація, екзема, ліподерматосклероз, біла атрофія. Високий ризик трофічних порушень.
C5	Загоєна венозна виразка.	Пацієнт має рубці або посттрофічні зміни після попередньої виразки.
C6	Активна венозна виразка.	Незагойні, часто інфіковані виразки на гомілці; різке погіршення якості життя.

Запропонована класифікація дозволяє точно визначити стадію ХВН, динаміку її прогресування, а також є універсальною мовою для комунікації

між лікарями різних спеціальностей. Вона враховує не лише клінічні ознаки, але й морфологічні та гемодинамічні зміни, підтверджені дуплексним ультразвуковим скануванням.

В свою чергу, CEAP забезпечує можливість системного підходу до діагностики та лікування, дозволяючи: проводити стандартизовану оцінку тяжкості захворювання; порівнювати результати терапії між клініками й країнами; формувати єдину базу клінічних спостережень для наукових досліджень; прогнозувати перебіг і ефективність лікування; оцінювати соціально-економічний тягар ХВН.

Застосування класифікації CEAP має особливе значення при плануванні ендовенозних втручань, склеротерапії та компресійної терапії, а також при визначенні ступеня інвалідизації пацієнтів.

Сучасні рекомендації European Society for Vascular Surgery (ESVS, 2022) підтверджують, що CEAP є «золотим стандартом» оцінки хронічних венозних захворювань, а її використання є обов'язковим при оформленні медичної документації у судинних центрах ЄС.

Після 2004 року система CEAP зазнала низки модифікацій, спрямованих на спрощення використання у щоденній практиці. Зокрема, у 2020 році було введено Basic CEAP, скорочену форму, рекомендовану для первинної діагностики. Вона спрощує маркування клінічних стадій, але зберігає чотирирівневу логіку класифікації. Сьогодні CEAP використовується у понад 70 країнах світу та є ключовим інструментом у діагностиці, лікуванні та моніторингу хронічної венозної недостатності [9]. Її універсальність і доказова база забезпечують узгодженість підходів у флебології, сприяють покращенню якості медичної допомоги та гармонізації української клінічної практики з європейськими стандартами. З огляду на клінічну значущість класифікації CEAP доцільним є представлення візуальної моделі, яка відображає послідовність змін у венозній системі при прогресуванні варикозної хвороби. Така графічна інтерпретація сприяє кращому розумінню етапності

патологічного процесу та забезпечує узгодженість підходів при клінічній оцінці пацієнтів (Рис. 1.2)



Рис. 1.2 Стадії розвитку варикозної хвороби нижніх кінцівок [28]

### 1.3 Основні фактори ризику, ускладнення та профілактика ХВН

ХВН охоплює варикозну хворобу (варикозом вважається стійке розширення поверхневих вен діаметром  $\geq 3$  мм у вертикальному положенні тіла), посттромботичний синдром, первинну клапанну недостатність венозної системи, а також компресійні синдроми, зокрема синдром компресії підколінної вени медіальною головкою литкового м'яза [18].

До основних факторів ризику розвитку ХВН належать вік, жіноча стать, генетична схильність до ослаблення венозної стінки та клапанного апарату (що зумовлює первинний варикоз), вагітність, малорухомий спосіб життя або робота в положенні стоячи чи сидячи, а також надмірна маса тіла [25]. Незалежно від етіологічних чинників, провідним патогенетичним механізмом є венозна гіпертензія, яка формується внаслідок відсутності, недорозвинення, недостатності або руйнування венозних клапанів, а також при оклюзії чи стенозі вен через тромбоз або компресію.

Варикозна хвороба розглядається як один із проявів адаптаційних обмежень прямоходіння людини, оскільки вона зустрічається виключно у

виду *Homo sapiens*. Це одне з найпоширеніших судинних захворювань: за епідеміологічними оцінками, клінічні ознаки варикозної хвороби спостерігаються у 40–45 % жінок і 30–35 % чоловіків [17]. Розуміння факторів ризику є важливою передумовою профілактики та запобігання прогресуванню патології.

Основними факторами ризику розвитку варикозної хвороби є:

- Вроджена відсутність або недостатність венозних клапанів, що призводить до ретроградного току крові та венозного застою.
- Генетична схильність: якщо варикозна хвороба діагностована в обох батьків, ризик її розвитку у дітей сягає 80–90 %; у разі ураження одного з батьків - 50–60 %.
- Тривалі статичні навантаження, пов'язані з роботою у сидячому або стоячому положенні, що спричиняють венозний застій.
- Жіноча стать, оскільки частота патології серед жінок майже вдвічі перевищує показники серед чоловіків.
- Ожиріння, при якому кожен додатковий кілограм маси тіла істотно збільшує тиск у венозній системі.
- Захворювання сполучної тканини, що впливають на еластичність судинних стінок.
- Шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем), які негативно впливають на ендотеліальну функцію судин.

Особливу роль у патогенезі варикозної хвороби відіграє вагітність, яка є значним фізіологічним фактором ризику. Вагітні жінки частіше зазнають проявів варикозного розширення вен, особливо за наявності спадкової схильності [23]. Під час гестації об'єм циркулюючої крові зростає на 40–50 %, підвищується рівень натрію в плазмі, що сприяє розвитку набряків. Під впливом гормональних змін (зростання концентрацій прогестерону, естрогенів і релаксину) відбувається розширення венозної стінки та зниження тону судин.

Збільшена матка механічно здавлює стегнові вени, що підвищує тиск у венозній системі нижніх кінцівок. Одночасно підвищується ризик розвитку тромбозів через активацію факторів згортання крові. Ефективними профілактичними заходами під час вагітності є використання компресійних панчів, регулярна фізична активність (зокрема вправи для литкових м'язів), уникнення тривалого стояння та сон у положенні на лівому боці для зменшення тиску на вени малого таза [23].

Лікування варикозної хвороби у вагітних, як правило, відкладають до завершення лактації, оскільки гормональний статус стабілізується лише через 4–6 місяців після пологів. У більшості випадків після нормалізації гормонального фону розширені вени повертаються до фізіологічного діаметра.

Хронічна венозна недостатність (ХВН) є поліетіологічним синдромом, що виникає внаслідок порушення відтоку венозної крові з нижніх кінцівок, венозної гіпертензії та неспроможності клапанного апарату. Клінічна картина характеризується значною варіабельністю, від мінімальних естетичних змін до тяжких трофічних уражень шкіри та підшкірної клітковини [12].

Суб'єктивні симптоми є першими ознаками розвитку ХВН і часто недооцінюються пацієнтами. До них належать:

- відчуття тяжкості, напруження або розпирання у нижніх кінцівках;
- біль або печіння, що посилюється при тривалому стоянні чи сидінні;
- набряки у ділянці кісточок або гомілок, які зменшуються після нічного відпочинку;
- судоми литкових м'язів у нічний час;
- синдром неспокійних ніг, відчуття поколювання або повзання «мурашок»;
- загальне зниження працездатності та погіршення якості життя.

Об'єктивні симптоми включають:

- поява телеангієктазій («судинних зірочок»), ретикулярного варикозу або варикозних вузлів;

- набряк (спершу м'який, зворотний, згодом щільний, стійкий);
- гіперпігментацію у ділянці гомілок, особливо в медіальній частині;
- ліподерматосклероз, екзему, атрофію шкіри;
- у тяжких випадках: венозні трофічні виразки, локалізовані найчастіше над медіальною кісточкою.

Для кількісної оцінки тяжкості клінічних проявів застосовується класифікація CEAP, рекомендована American Venous Forum, яка дає змогу оцінювати динаміку та порівнювати результати лікування. Встановлення клінічного класу є обов'язковою умовою формулювання діагнозу й визначення лікувальної тактики.

Ускладнення ХВН формуються поступово на тлі тривалої венозної гіпертензії, мікроциркуляторних порушень і хронічної гіпоксії тканин [11]. Вони є головною причиною зниження якості життя пацієнтів і часто призводять до інвалідизації.

До основних ускладнень відносять:

- Поверхневий тромбофлебіт: запалення стінки підшкірної вени з утворенням тромбу. Клінічно проявляється болем, ущільненням, гіперемією шкіри та локальним підвищенням температури. При поширенні процесу в систему глибоких вен можливий розвиток тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), небезпечного для життя стану.
- Хронічні трофічні виразки, що утворюються у результаті стійких розладів мікроциркуляції, порушення живлення тканин і тривалої венозної гіпертензії. Виразковий дефект має схильність до рецидивів, потребує тривалого лікування та створює ризик вторинного інфікування.
- Венозні кровотечі з варикозно розширених вузлів, які можуть виникнути навіть при незначній травмі, через крихкість та стоншення стінок вен.
- Варикозна екзема та дерматит, що супроводжуються свербінням, гіперемією та підвищеним ризиком бактеріального інфікування.

- Ліподерматосклероз і індурація підшкірної клітковини, які знижують еластичність тканин та ускладнюють компресійне лікування.
- У рідкісних випадках малігнізація трофічних виразок (переродження в плоскоклітинний рак шкіри).

За результатами дослідження Edinburgh Vein Study [7] прогресування ХВН протягом 13 років спостерігалось у 47,4 % пацієнтів, а дані Bonn Vein Study II [2] свідчать, що приблизно у третини хворих розвиваються серйозні клінічні ускладнення протягом шести років. Це підтверджує необхідність раннього виявлення, активного лікування та профілактики прогресування.

Профілактика хронічної венозної недостатності (ХВН) має комплексний характер і спрямована на усунення факторів ризику, нормалізацію венозного відтоку, покращення тону судин і попередження тромбоутворення [18]. Вона охоплює три рівні: первинну, вторинну та третинну профілактику, що відповідають різним етапам клінічного перебігу захворювання.

У сучасних клінічних настановах підкреслюється важливість мультидисциплінарного підходу до профілактики ХВН, що включає участь лікаря, фармацевта та інших медичних фахівців. Акцент робиться на необхідності індивідуалізації профілактичних стратегій залежно від віку, професійної активності, обтяженої спадковості та супутніх захворювань. Особливе значення має раннє виявлення початкових симптомів венозної дисфункції, оскільки саме на цьому етапі профілактичні втручання демонструють максимальну ефективність.

До основних загальних заходів належать регулярна фізична активність, підтримання нормальної маси тіла, раціональне харчування, оптимізація режиму праці та відпочинку, а також вибір відповідного одягу й взуття [18]. Фізична активність (ходьба, плавання, їзда на велосипеді) сприяє активації м'язово-венозної помпи та зниженню венозного тиску. Рекомендовано не менше 30 хвилин рухової активності щодня.

До медичних профілактичних заходів належать компресійна терапія, фармакопрофілактика, профілактика тромбоутворення та фізіотерапевтичні

методи. Компресійна терапія є найбільш ефективним способом профілактики прогресування ХВН, вона забезпечує підтримку венозного тиску та запобігає набрякам. Застосовуються еластичні панчохи із градуйованим тиском (15–30 мм рт. ст.), рекомендовані не лише хворим, але й особам групи ризику [31].

Фармакопрофілактика передбачає використання венотонічних засобів (діосмін, гесперидин, троксерутин, есцин), які покращують тонус венозної стінки та мікроциркуляцію. У пацієнтів із підвищеним ризиком тромбозу рекомендовано профілактичне застосування антикоагулянтів під контролем лікаря.

Особливу увагу профілактиці ХВН необхідно приділяти у вагітних жінок, осіб із сидячим або стоячим типом роботи та пацієнтів після хірургічного лікування [23]. Для вагітних рекомендовано носіння компресійного трикотажу, контроль маси тіла та регулярна фізична активність. Особи, які працюють стоячи, повинні чергувати опорні ноги, а ті, що працюють сидячи, робити перерви для розминки кожні 40–60 хвилин.

Підвищення рівня медико-фармацевтичної грамотності населення є ключовим напрямом профілактики ХВН. Просвітницькі програми, що базуються на концепції health literacy, сприяють своєчасному зверненню до лікаря, усвідомленню важливості компресійної терапії та здорового способу життя.

Узагальнення сучасних рекомендацій демонструє, що ефективна профілактика хронічної венозної недостатності залежить не лише від індивідуальних ризиків пацієнта, а й від комплексного впровадження доказових заходів на різних рівнях медичної допомоги. Систематизація цих заходів дозволяє чітко окреслити ключові пріоритети профілактичної роботи та визначити роль пацієнта, лікаря й фармацевта у запобіганні прогресуванню ХВН. В таблиці 1.2 представлено основні напрями профілактики ХВН.

### Основні напрями профілактики ХВН

Рівень профілактики	Зміст профілактичних заходів	Очікуваний результат
Первинна	Попередження розвитку ХВН у здорових осіб. Фізична активність, контроль ваги, раціональне харчування, компресія при навантаженнях.	Зменшення ризику первинних проявів ХВН.
Вторинна	Уповільнення прогресування ХВН. Компресійна терапія, венотоніки, УЗ-контроль, усунення факторів ризику.	Попередження розвитку ускладнень, стабілізація перебігу хвороби.
Третинна	Профілактика ускладнень і рецидивів після лікування. Догляд за шкірою, реабілітація, постійна компресія.	Покращення якості життя, зниження частоти рецидивів.

Таким чином, профілактика ХВН є невід’ємною складовою системи охорони здоров’я, що поєднує клінічні, поведінкові та освітні підходи. Її ефективність доведена численними клінічними дослідженнями, а реалізація заходів профілактики дозволяє суттєво знизити тягар ХВН серед населення.

## Резюме до розділу 1

Хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок є одним із найпоширеніших захворювань периферичних судин у світі та в Україні. Вона має поліетіологічний характер і розвивається під впливом таких чинників, як спадковість, вік, жіноча стать, надмірна маса тіла, малорухомий спосіб життя, вагітність та професійні навантаження. Основою патогенезу є порушення роботи венозних клапанів, що призводить до венозної гіпертензії, застою крові та поступових змін у тканинах нижніх кінцівок.

Клінічні прояви ХВН варіюють від незначної тяжкості та набряків до трофічних виразок. Для визначення стадії хвороби в усьому світі застосовується класифікація CEAP, яка дозволяє оцінити ступінь вираженості симптомів і вибрати оптимальну тактику лікування. Основним методом діагностики є дуплексне ультразвукове сканування, яке допомагає виявити рефлюкс і ступінь ураження венозної системи.

Ускладненнями ХВН можуть бути тромбофлебіт, кровотечі, екзема, трофічні виразки, а в тяжких випадках навіть інвалідизація пацієнтів. Для запобігання прогресуванню захворювання важливе своєчасне лікування та дотримання профілактичних заходів. Профілактика включає регулярну фізичну активність, контроль маси тіла, уникнення тривалого стояння або сидіння, застосування компресійного трикотажу та використання венотонічних препаратів.

Таким чином, хронічна венозна недостатність є не лише медичною, а й соціальною проблемою, що потребує комплексного підходу до діагностики, лікування та профілактики на всіх рівнях медичної допомоги.

## **РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗУ, ПРЕДСТАВЛЕНИХ НА РИНКУ УКРАЇНИ**

Хронічні венозні захворювання, зокрема варикозне розширення вен, є одними з найпоширеніших патологій периферичної судинної системи. За даними різних джерел, ознаки ХВЗ мають від 20 % до 30 % дорослого населення, а в Україні симптоми венозної недостатності спостерігаються приблизно у 12–14 мільйонів людей. Поширеність варикозної хвороби у світі також залишається високою: серед жінок до 73 %, серед чоловіків до 56 %, що свідчить про значну варіабельність залежно від віку та застосованих діагностичних методів, що свідчить про актуальність проблеми та необхідність ефективних підходів до лікування й профілактики.

### **2.1 Основні напрямки фармакотерапії ХВН**

ХВН та варикозне розширення вен є одними з найпоширеніших захворювань периферичної судинної системи. Вони характеризуються порушенням відтоку венозної крові, підвищенням тиску у венах нижніх кінцівок і розвитком трофічних змін шкіри. Лікування цих станів передбачає комплексний підхід, який поєднує корекцію способу життя, застосування компресійної терапії та використання лікарських засобів, що впливають на тонус вен, мікроциркуляцію і проникність судинних стінок.

Найпоширенішими патологіями, з якими звертаються пацієнти до лікаря-флеболога, є варикозне розширення вен, телеангіектазії («судинні зірочки») та інші порушення мікроциркуляції, що виникають внаслідок клапанної недостатності вен. Без належного лікування стан пацієнтів поступово погіршується: з'являються набряки, гіперпігментація, трофічні зміни шкіри та утворення венозних виразок.

За даними клінічних спостережень, близько 70 % пацієнтів звертаються за медичною допомогою через клінічні прояви хвороби, а решта з естетичних міркувань. Лікування варикозної хвороби має бути комплексним і включати

як консервативні, так і хірургічні методи [23]. Основними завданнями консервативної терапії є попередження прогресування хвороби, усунення симптомів хронічної венозної недостатності, профілактика ускладнень і покращення якості життя пацієнтів.

Для досягнення терапевтичного ефекту лікування має охоплювати кілька напрямів:

- модифікацію факторів ризику (корекція способу життя, харчування, уникнення професійних шкідливостей);
- покращення флебогемодинаміки (еластична компресія, лікувальна фізкультура, постуральний дренаж);
- нормалізацію функції венозної стінки та поліпшення мікроциркуляції (застосування венотоніків, ангіопротекторів);
- зменшення запальних процесів і профілактику тромбоутворення.

У комплексній терапії хронічної венозної недостатності важливу роль відіграють немедикаментозні заходи, які сприяють зменшенню застійних явищ і покращенню венозного відтоку [23]. Вони є обов'язковими для всіх пацієнтів незалежно від стадії захворювання та часто дозволяють зменшити прояви захворювання навіть без медикаментозної терапії. Так, пацієнтам рекомендується уникати перегрівання, тривалого засмагання, стояння або сидіння з зігнутими ногами. Важливо створити зручне робоче місце: крісло з опорою для спини та підставкою під ноги. При сидячій роботі необхідно робити перерви для короткої ходьби чи вправ. Фізична активність (ходьба, плавання, їзда на велосипеді) активізує венозний відтік. Корисно відпочивати в положенні лежачи, піднімаючи ноги вище рівня серця.

Компресійне лікування є основним методом профілактики та консервативного лікування ХВН, який уповільнює її прогресування. Використовують еластичні бинти, компресійні панчохи, гольфи чи колготи. Вибір класу компресії залежить від стадії захворювання та індивідуальних особливостей пацієнта.

Показаннями є набряки, біль, втома в ногах, посттромботичні стани, а також профілактика рецидивів після оперативних втручань. Протипоказаннями є гострі запальні процеси шкіри та підшкірної клітковини, захворювання шкіри з ексудацією, артеріальна ішемія III/IV ступеня за Фонтейном, запущена серцева недостатність, погано контрольована артеріальна гіпертензія, деформації кінцівки, що унеможливають адекватну компресію, а також артрити нижніх кінцівок.

Поряд із немедикаментозними заходами важливе місце у комплексній терапії хронічної венозної недостатності займає фармакологічне лікування, основною метою якого є зменшення клінічних проявів захворювання, поліпшення мікроциркуляції та профілактика ускладнень.

Фармакологічне лікування є допоміжним компонентом комплексної терапії. Основні групи препаратів, що застосовуються при варикозній хворобі, належать до класу ангіопротекторів (АТС-код С05) [23]. Ці лікарські засоби впливають на різні ланки патогенезу хвороби: підвищують тонус венозної стінки, зменшують проникність капілярів, покращують лімфовідтік, знижують запальні процеси та попереджають розвиток тромбозів.

До основних груп лікарських засобів, що використовуються при ХВН, належать:

- Венотоніки та флебопротектори (біофлавоноїди: діосмін, гесперидин, троксерутин, рутозид, гідросмін). Ці препарати нормалізують венозний тонус, зменшують застій крові у судинах, покращують лімфообіг і мікроциркуляцію, а також усувають набряки нижніх кінцівок.
- Препарати на основі сапонінів (есцин, екстракт насіння кінського каштану) мають протизапальну, протинабрякову та антиексудативну дію. Вони покращують венозний відтік і зменшують ламкість капілярів.
- Гепариновмісні засоби для місцевого застосування (мазі, гелі) використовуються для покращення мікроциркуляції, запобігання тромбоутворенню та зменшення локального запалення.

- Капіляростабілізуючі препарати (добезилат кальцію, екстракти з виноградних кісточок і цитрусових) сприяють зміцненню стінок судин, зниженню їх проникності та покращенню обмінних процесів у тканинах.

Хоча лікарські засоби не можуть повністю усунути варикозні зміни, вони значно полегшують перебіг захворювання, зменшують біль, набряки та судоми, а також запобігають розвитку ускладнень. Таким чином, фармакотерапія є важливою складовою лікувального комплексу, спрямованого на покращення якості життя пацієнтів і стабілізацію перебігу хвороби.

Доведено, що ефективність фармакотерапії ХВН значною мірою залежить від правильного вибору групи препаратів та відповідності лікування стадії захворювання. У міжнародних клінічних настановах (ESVS, 2022; AVF, 2020) наголошується на необхідності індивідуалізації фармакологічної терапії з урахуванням тяжкості венозної дисфункції, наявності супутніх патологій та ризику тромботичних ускладнень. Венотоніки та ангіопротектори залишаються засобами першої лінії, особливо на ранніх стадіях ХВН (C1–C3 за класифікацією CEAP), тоді як гепариновмісні препарати та антикоагулянти доцільні для пацієнтів із вираженим набряковим синдромом або епізодами поверхневого тромбофлебіту. Окрему категорію становлять комбіновані засоби, що поєднують протизапальну, ангіопротекторну та антиоксидантну дію, забезпечуючи ширший терапевтичний ефект. Застосування таких препаратів дозволяє зменшити вираженість симптомів, підвищити толерантність до фізичного навантаження та покращити якість життя пацієнтів, що підтверджено результатами багатоцентрових клінічних досліджень. Таким чином, сучасна фармакотерапія ХВН потребує комплексного, патогенетично обґрунтованого підходу із залученням препаратів різних фармакологічних груп, що забезпечує максимальну клінічну ефективність та профілактику прогресування венозної патології.

Сучасні підходи до лікування варикозної хвороби вен нижніх кінцівок базуються на комплексному застосуванні консервативних, медикаментозних

та малоінвазивних методів, спрямованих на усунення венозної гіпертензії та відновлення нормального венозного відтоку [23]. Важливою умовою ефективності терапії є раннє звернення пацієнтів по медичну допомогу та дотримання профілактичних заходів. Підвищення рівня обізнаності населення і лікарів щодо сучасних методів діагностики й лікування венозних розладів сприятиме зменшенню частоти ускладнень і покращенню якості життя пацієнтів.

## 2.2 Характеристика основних груп ЛЗ, що застосовуються при лікування ХВН

За анатомо-терапевтично-хімічною класифікацією (АТС) до основних груп лікарських засобів, що застосовуються при варикозному розширенні вен відносяться наступні, зазначені в таблиці 2.1

Таблиця 2.1

### Фрагмент АТС-класифікації ЛЗ, що застосовуються при варикозному розширенні вен

С ЗАСОБИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА СЕРЦЕВО-СУДИННУ СИСТЕМУ
С 05 АНГІОПРОТЕКТОРИ
С05В Засоби, що застосовуються у разі варикозного розширення вен
С05В А Гепарин або гепариноїди для місцевого застосування
С05В В Склерозуючі препарати для локального введення
С05С Капіляростабілізуючі засоби
С05С А Біофлавоноїди
С05С А01 Рутозид
С05С А03 Діосмін
С05С А04 Троксерути
С05С А05 Гідросмін
С05С А51 Рутозид, комбінації
С05С А53 Діосмін, комбінації

C05C A54 Троксерутин, комбінації
C05C X Інші капіляростабілізуючі засоби
C05C X03 Насіння кінського каштану
C05C X08** Есцин
C05C X10** Різні препарати
C05C X51** Есцин, комбінації

*C05B A Гепарин або гепариноїди для місцевого застосування*

Препарати групи C05BA широко застосовуються у лікуванні варикозного розширення вен та інших патологічних станів, що супроводжуються порушенням венозного кровообігу. Їх фармакологічна дія зумовлена наявністю гепарину натрію або його похідних, які чинять місцеву антитромботичну, протинабрякову та протизапальну дію. При зовнішньому нанесенні гепарин стимулює мікроциркуляцію, активізує обмінні процеси у тканинах, сприяє резорбції гематом, зменшенню інфільтратів і запалення. Його молекули практично не проникають у системний кровотік, тому системна антикоагулянтна дія не розвивається, що забезпечує безпеку місцевого застосування.

Показаннями до призначення є захворювання поверхневих вен, такі як варикозне розширення, тромбофлебіт, флеботромбоз, перифлебіт, а також післяопераційні стани після видалення підшкірних вен. Крім того, препарати використовують при забиттях, підшкірних гематомах, локалізованих набряках, інфільтратах, при розтягненнях зв'язкового апарату та м'язово-сухожильних ушкодженнях. Протипоказаннями до застосування є підвищена чутливість до гепарину або допоміжних речовин, трофічні виразки, що кровоточать, відкриті або інфіковані рани, геморагічні діатези, тромбоцитопенія, гемофілія, пурпура та схильність до кровотеч. У клінічній практиці найчастіше використовуються комбіновані лікарські форми, гелі та мазі, що поєднують гепарин із знеболювальними, венотонічними або протизапальними компонентами. Це дозволяє підвищити терапевтичну

ефективність і покращити комплаєнтність пацієнтів при лікуванні хронічних венозних захворювань.

#### *C05B В склерозуючі препарати для локального введення*

Склерозуючі препарати належать до групи ангіопротекторів, які застосовуються при лікуванні варикозного розширення вен методом ін'єкційної склеротерапії та посідають важливе місце у сучасних малоінвазивних методах лікування варикозної хвороби, забезпечуючи ефективне усунення патологічно змінених вен без хірургічного втручання. Ці лікарські засоби випускаються у формі розчинів для ін'єкцій і відпускаються виключно за рецептом лікаря, оскільки процедура потребує професійного виконання.

Основна дія препаратів полягає у викликанні контрольованого пошкодження ендотелію венозної стінки. Склерозант має високу афінність до уражених ділянок ендотелію, не впливаючи на здорові вени. У результаті локальної дії препарату відбувається подразнення внутрішньої оболонки вени, що призводить до формування місцевого тромбозу. Після цього тромб організовується й перетворюється на фіброзний тяж, який закриває просвіт вени. Таким чином досягається облітерація (закриття) ураженої судини, а венозний кровотік перенаправляється у здорові вени.

Після ін'єкції обов'язково накладається туга компресійна пов'язка або використовується компресійний трикотаж, який сприяє злипанню стінок вени й запобігає реканалізації. При правильному підборі концентрації та об'єму препарату, а також дотриманні техніки склеротерапії, процедура забезпечує стійкий і тривалий лікувальний ефект.

Показання до застосування: лікування телеангіоектазій («судинних зірочок»); ретикулярний варикоз; варикозне розширення гілок підшкірних вен середнього та великого діаметра; лікування геморою I–II ступеня. Концентрація препарату підбирається індивідуально, залежно від діаметра вени та вираженості патологічних змін. Склерозуюча терапія є ефективною

альтернативою хірургічному втручанню на ранніх стадіях ХВН та має добрий косметичний ефект.

### *C05C A Біофлавоноїди*

Біофлавоноїди це природні поліфенольні сполуки рослинного походження, які належать до основних діючих речовин венотонічних і флебопротекторних лікарських засобів. Вони відіграють важливу роль у зміцненні судинної стінки, поліпшенні мікроциркуляції та зменшенні проникності капілярів. До найпоширеніших представників цієї групи належать діосмін, гесперидин, рутозид, троксерутин і гідросмін.

Основний механізм дії біофлавоноїдів полягає у підвищенні тонузу венозної стінки, зменшенні венозного застою та поліпшенні відтоку лімфи. Вони проявляють ангіопротекторну, протизапальну та антиоксидантну дію, знижують активність гіалуронідази, пригнічують перекисне окислення ліпідів і захищають клітинні мембрани ендотелію від ушкоджень. Крім того, ці речовини підсилюють дію вітаміну С, що сприяє стабілізації сполучної тканини судин.

Завдяки комплексному впливу біофлавоноїди зменшують прояви венозної недостатності: біль, відчуття тяжкості, набряки та судоми в нижніх кінцівках. Їх також застосовують для профілактики ускладнень варикозної хвороби, таких як трофічні виразки чи ліподерматосклероз.

Серед найбільш поширених лікарських засобів на основі біофлавоноїдів варто відзначити:

- Діосмін і гесперидин підвищують венозний тонус, покращують лімфодренаж і мають доведену ефективність при лікуванні хронічної венозної недостатності;
- Троксерутин зменшує ламкість і проникність капілярів, чинить протинабрякову дію, знижує запалення;
- Рутозиди покращують мікроциркуляцію, мають антиоксидантні властивості;

- Гідросмін застосовується переважно при венозних трофічних розладах і підвищеній ламкості капілярів.

Препарати з біофлавоноїдами добре переносяться пацієнтами, мають високий профіль безпеки та можуть застосовуватися тривалими курсами. Зазвичай вони використовуються як складова комплексної терапії разом із компресійним лікуванням і модифікацією способу життя.

#### *C05C CX Інші капіляростабілізуючі засоби*

До групи інших капіляростабілізуючих засобів належать препарати, що містять сапоніни, природні глікозиди, які мають широкий спектр фармакологічної активності. Найчастіше у клінічній практиці при хронічній венозній недостатності та варикозній хворобі застосовуються засоби на основі есцину (витяжка з насіння кінського каштану, *Aesculus hippocastanum*), ескуліну та комбіновані рослинні екстракти. Основний механізм дії сапонінів полягає у підвищенні тонуусу венозної стінки та зниженні проникності капілярів, що запобігає виходу плазми та білків у міжтканинний простір і, відповідно, зменшує набряки. Есцин чинить протинабрякову, протизапальну та ангіопротекторну дію, зменшує в'язкість крові та покращує мікроциркуляцію. Його активність пов'язана з нормалізацією скорочувальної здатності еластичних волокон вен, стимуляцією утворення простагландинів та вивільнення норадреналіну в синапсах нервових закінчень.

Інший важливий компонент цієї групи ескулін, який підвищує активність антитромбіну III, поліпшує плинність крові та запобігає тромбоутворенню. Крім того, він має виражені антиоксидантні властивості, стабілізує клітинні мембрани та запобігає руйнуванню ендотелію.

Препарати на основі насіння кінського каштану широко використовуються у вигляді таблеток, капсул, крапель, гелів і мазей. Їх застосовують при варикозному розширенні вен, флебітах, тромбофлебітах, а також при венозному застої у нижніх кінцівках. Такі засоби ефективно зменшують біль, відчуття тяжкості та набряклість ніг, а при регулярному використанні сприяють покращенню мікроциркуляції.

Завдяки натуральному походженню, ці засоби характеризуються доброю переносимістю та високим профілем безпеки, що робить їх зручними для тривалого застосування як у складі комплексної терапії, так і з профілактичною метою.

### **2.3 Аналіз асортименту ангіопротекторів, представлених на фармацевтичному ринку України та в аптеці.**

У сучасних умовах фармацевтичний ринок України характеризується значною варіативністю ангіопротекторних препаратів, які різняться за механізмом дії, формами випуску, виробниками та ціновими категоріями. Така різноманітність забезпечує широкі можливості для індивідуалізації терапії хворих на хронічну венозну недостатність, але водночас потребує систематизованого підходу до оцінки їх доступності, раціональності застосування та відповідності сучасним клінічним рекомендаціям. Тому наступним етапом дослідження визначено аналіз асортименту ангіопротекторів, представлених на фармацевтичному ринку України та в аптечній мережі

#### **2.3.1 Аналіз асортименту ангіопротекторів, представлених на фармацевтичному ринку України**

Наступним етапом нашого дослідження визначено аналіз асортименту ангіопротекторів, представлених на ринку України та в аптеці.

Аналіз Державного реєстру лікарських засобів показав, що станом на 1 жовтня 2025 року в Україні було зареєстровано 73 торгівельних найменувань ЛЗ, що мають ангіопротекторну дію, використовуються при фармакотерапії ХВН, зокрема, варикозного розширення вен, як за призначенням лікаря, так і у випадках самолікування.

Для подальшого аналізу було обрано групи С05В А Гепарин або гепариноїди для місцевого застосування (містить 17 ЛЗ), С05С А Біофлавоноїди (39 ЛЗ) та С05С Х Інші капіляростабілізуючі засоби (17 ЛЗ).

За результати дослідження, 60% зареєстрованих ЛЗ становлять ЛЗ українського виробництва (рис.2.1), що є позитивною тенденцією для фармацевтичного ринку. Серед яких найбільшу кількість найменувань (21%) представлено виробником ПАТ “Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод (БХФЗ)”

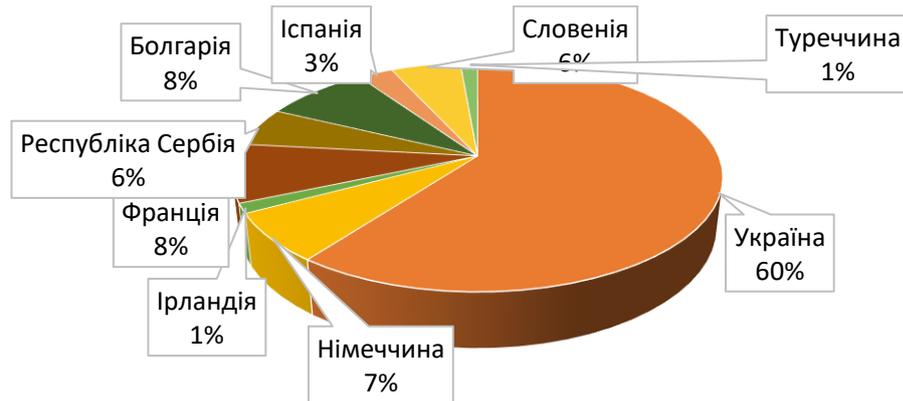


Рис. 2.1 Розподіл ЛЗ групи С 05 Ангіопротектори за країнами-виробником, за даними ДРЛЗ

Подальший аналіз показав, що за формою випуску найбільшу частку підгрупи С 05 Ангіопротектори становлять гелі (37%) та таблетки (32%). Найменше представлені настоянки та гранули (1%) (рис. 2.2)

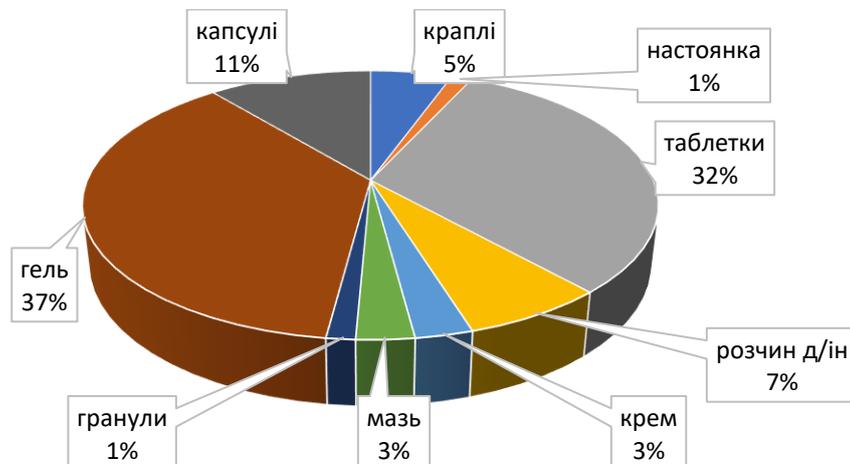


Рис. 2.2 Розподіл ЛЗ групи С 05 Ангіопротектори за формою випуску, за даними ДРЛЗ

Ангіопротектори у вигляді м'яких ЛФ становлять 43% всіх зареєстрованих ЛЗ ангіопротекторів. До них відносяться такі ЛФ, як крем, гель, маз, в зазначеній групі представлені переважно у формі гелю (37%), що має нежирну основу та легко вбирається, рівномірно розподіляється та повністю висихає, без слідів на одязі, що важливо з точки зору зручності для споживача.

71% м'яких ЛФ постачаються вітчизняним виробником, що забезпечує досить широкий асортимент для споживача, дозволяючи обрати необхідний ЛЗ, підтримуючи вітчизняного виробника в складних економічних обставинах. (рис. 2.3)

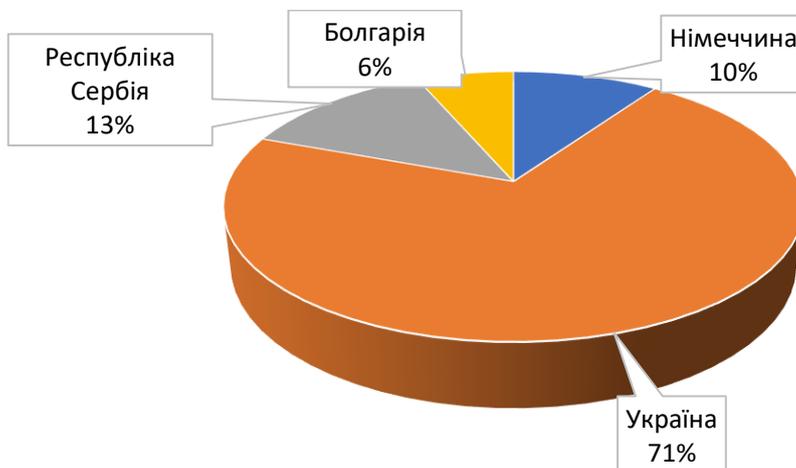


Рис. 2.3 Розподіл м'яких ЛФ групи С 05 Ангіопротектори за країнами-виробником, за даними ДРЛЗ

Наступним етапом було досліджена наявність ЛЗ вищезазначених груп, що входять до підгрупи С 05 Ангіопротектори в одній з аптек м.Суми. Аптека входить до аптечної мережі «Аптека 9-1-1», розташована в центрі міста, в пішій доступності знаходиться продуктовий супермаркет «Сільпо» та ТРЦ. Відвідувачами аптеки переважно є контингент всіх вікових категорій, що відвідує найближче розташовані ТРЦ та продуктовий супермаркет.

Дослідження проводилось в період з 1.08.2025 р. до 31.10.2025 р.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що в асортименті аптеки наявні 67% зареєстрованих ангіопротекторів, з цієї кількості 57%,

вітчизняного виробництва. Також в аптеці представлені ЛЗ виробництва таких країн, як Франція (11%), Болгарія (10%), Сербія (8%), Німеччина (6%), Словенія (4%), Туреччина та Ірландія (по 2%) (рис. 2.4). Отримані дані щодо країн-виробників лікарських засобів корелюють із результатами, наведеними в Державному реєстрі лікарських засобів України

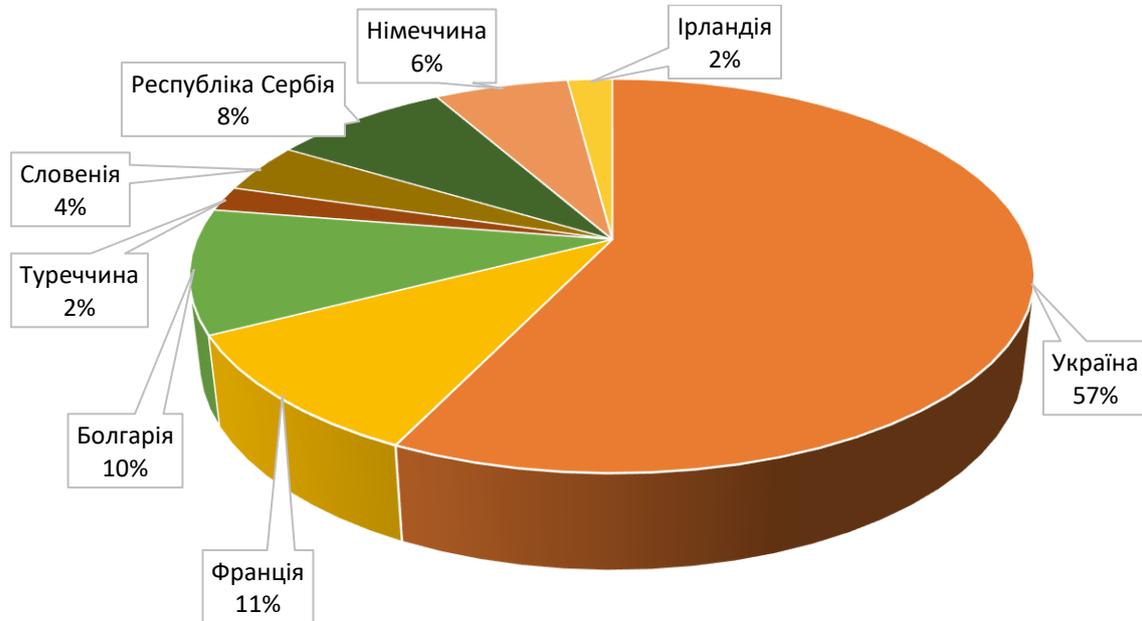


Рис. 2.4 Розподіл ЛЗ групи С 05 Ангіопротектори в аптеці за країною-виробником

За формою випуска в аптеці 36% асортименту групи С05 Ангіопротектори складають гелі для зовнішнього застосування, 31%, таблетовані форми ЛЗ, капсули мають частку 13%, інші види 4% і менше (рис.2.5). Співвідношення пероральних лікарських форм до м'яких лікарських форм складає 1,3:1, що в загальному асортименті групи С05 складає відповідно 51% та 39%. Співвідношення лікарських форм у торговому асортименті аптеки в цілому також відповідає даним Державного реєстру лікарських засобів України.

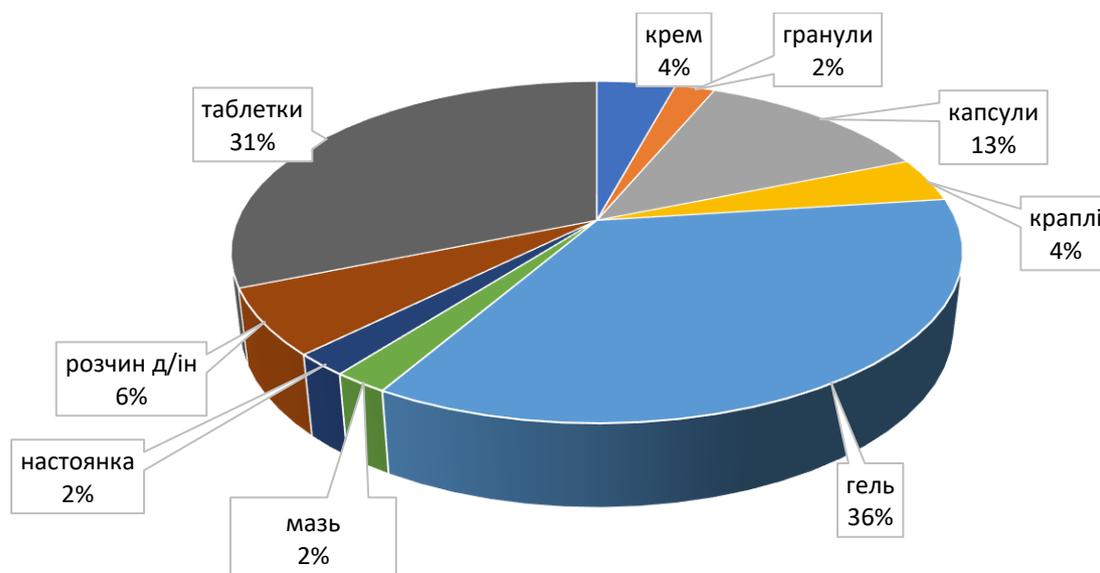


Рис. 2.5 Розподіл ЛЗ групи С 05 Ангіопротектори за формою випуску

### 2.3.2 Аналіз асортименту ангіопротекторів, представлених в аптеці

Наступним етапом нашого дослідження нами проведено аналіз реалізації лікарських засобів групи С05 «Ангіопротектори» в аптеці мережі «Аптека 9-1-1» (м. Суми) за період з 1 серпня по 31 жовтня 2025 р. Всього за цей період реалізовано 47 торговельних найменувань ЛЗ на загальну суму 146,2 тис. грн.

У натуральному вираженні найбільший обсяг продажів припав на ЛЗ Нормовен, в дозуванні 500 мг та 1000 мг (58 упаковок, виробництва АТ «Київський вітамінний завод», Україна) та Детралекс 500 мг та 1000 мг (54 упаковки, виробництва «Servier», Франція). Найменші показники реалізації мали ін'єкційні препарати, а саме Корвітин ліофілізат для р-ну д/ін. по 0.5 г №5 у флак., виробництва ПАТ Борщагівський ХФЗ (Україна) та Карбарутін, розчин для ін'єкцій №10, виробництва World Medicine, Туреччина (по 1 упаковці кожний), оскільки зазначені засоби відпускаються виключно за рецептом лікаря. Також зафіксовано, що за досліджуваний період було реалізовано лише по 3 уп ЛЗ Веноплант, таблетки №20, виробництва Альпен Фарма АГ (Німеччина), та Флебавен таблетки, 1000 мг №30, виробництва KRKA (Словенія).

Результати проведеного аналізу товарного звіту аптеки показали, що максимальний обсяг реалізації в грошовому обсязі (18,84%) досліджуваних груп складає реалізація ЛЗ Детралекс, 500 мг та 1000 мг ( 23+31 уп) на суму 26923 грн, в кількісному вираженні це 8,7% від реалізованих ЛЗ даної групи

У натуральному вираженні лідером продажів став Нормовен, реалізовано 58 упаковок даного ЛЗ (9,36 % загальної кількості) на загальну суму 8 580 грн (10,61)%, що свідчить про його популярність серед пацієнтів завдяки доступній вартості та українському виробництву.

Отже, За результатами аналізу аптечної реалізації препаратів групи С05 «Ангіопротектори», найбільшу частку як у грошовому, так і в кількісному вираженні посіли Нормовен та Детралекс. Сукупно ці два лікарські засоби становлять 18,06 % від загальної кількості реалізованих упаковок і 29,45 % від загального грошового обсягу продажів у межах досліджуваних груп. Перевага Нормовену (9,36 % у натуральному вираженні, 10,61 % у грошовому) пояснюється його нижчою вартістю та доступністю для широкого кола споживачів. Детралекс натомість демонструє найвищий фінансовий внесок (18,84 % грошового обсягу при 8,7 % упаковок), що свідчить про стабільний попит на імпорتنі препарати з підтвердженою клінічною ефективністю. Отже, зазначені препарати формують основну частку продажів у категорії ангіопротекторів, відображаючи баланс між споживчими перевагами щодо ціни, ефективності та довіри до виробника.

Отримані результати відображають структуру реалізації ангіопротекторних лікарських засобів у досліджуваній аптеці. Виявлено, що асортимент представлений переважно вітчизняними препаратами, що свідчить про доступність відповідних засобів для населення та конкурентоспроможність українських виробників. Раціональний вибір лікарського засобу визначається ціною, формою випуску та зручністю застосування.

Відповідно до інструкції із застосування препарату, тривалість курсу лікування визначається лікарем індивідуально з урахуванням клінічного стану

пацієнта, тяжкості перебігу захворювання та досягнутого терапевтичного ефекту. Зазвичай рекомендована тривалість терапії становить до трьох місяців. Враховуючи вищезазначене, нами було розраховано вартість курсу лікування даними ЛЗ (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

### Результати розрахунків вартості курсу лікування

Назва ЛЗ	Виробник	Схема застосування відповідно до інструкції	Середня вартість 1 уп *	Вартість курсу лікування	С.А.С. до мінім з/плати %
Нормовен 500 мг № 60	АТ «КВЗ», Україна	2 таблетки на добу	404,0 грн	1212 грн	5,1
Нормовен 1000 мг № 30	АТ «КВЗ», Україна	1 таблетку на добу вранці під час їжи	349,5 грн	1048,50 грн	4,4
Детралекс 500 мг № 60	Servier Industrie, Франція	2 таблетки на добу	658,50 грн	1975,50 грн	8,2
Детралекс 1000 мг № 30	Servier Industrie, Франція	1 таблетку на добу вранці під час їжи	586 грн	1758 грн	7,3

- -за даними агрегатора Tabletki.ua

Результати проведеного аналізу показали, що вартість курсу лікування препаратами венотонічної дії значно варіює залежно від виробника, дозування та країни походження. Обидва препарати, Нормовен і Детралекс, мають подібну схему застосування: по дві таблетки 500 мг або одну таблетку 1000 мг на добу. Згідно з розрахунками, мінімальна вартість курсу лікування становить 1048,50 грн при застосуванні Нормовену 1000 мг №30, тоді як максимальна - 1975,50 грн при лікуванні препаратом Детралекс 500 мг №60. У середньому

курс лікування Детралексом обходиться на 65–85 % дорожче порівняно з Нормовеном, що зумовлено імпорнтним виробництвом і статусом бренду. Нормовен, у свою чергу, є більш доступним генериком із тими самими діючими речовинами, діосміном та гесперидином, що забезпечує еквівалентну терапевтичну ефективність за нижчої вартості. Таким чином, вартість курсу лікування препаратами венотонічної дії коливається в межах від 1048,5 грн до 1975,5 грн, що свідчить про можливість вибору лікарських засобів для пацієнтів різного рівня матеріального забезпечення при збереженні належної ефективності терапії.

Нами було розраховано коефіцієнт адекватності платоспроможності, який відображає, яку частку мінімальної заробітної плати пацієнт повинен витратити на повний тримісячний курс терапії, за формулою:

$$\text{Ca. s.} = \frac{P}{\text{Wa.w.}} * 100\%$$

де Ca.s. – коефіцієнт адекватності платоспроможності;

P – середня роздрібна ціна препарату за певний період часу;

Wa.w. – мінімальна заробітна плата за відповідний період часу [21].

За результатами розрахунку коефіцієнту адекватності платоспроможності по відношенню до мінімальної заробітної плати, яка за статистичними даними, станом на 1.10 2025 р. складала 8000 грн, курс лікування вітчизняним ЛЗ Нормовен має найнижчі значення Ca.s.: 5,1 % (500 мг) та 4,4 % (1000 мг), що свідчить про їх високу економічну доступність для пацієнтів з обмеженим рівнем доходів. Натомість курс лікування ЛЗ Детралекс має значно вище навантаження на бюджет пацієнта: 8,2 % та 7,3 %, відповідно, що зумовлено більшою середньою аптечною ціною. Незважаючи на це, жоден із ЛЗ не перевищує порогу у 10 % від мінімальної зарплати, що дозволяє віднести їх до категорії умовно доступних для більшості пацієнтів. Перевага вітчизняних препаратів за цим показником може позитивно впливати на

прихильність до тривалого лікування, що є ключовим фактором успішної терапії хронічних венонних захворювань.

Таким чином, розрахунки коефіцієнту адекватності платоспроможності демонструють, що обидва досліджувані препарати залишаються фінансово доступними для більшості пацієнтів, однак саме вітчизняні лікарські засоби забезпечують оптимальне співвідношення «вартість–ефективність», що може сприяти більшій прихильності до лікування. Водночас економічна доступність є лише одним із аспектів раціональної фармакотерапії хронічної венонної недостатності, оскільки вибір лікарського засобу значною мірою визначається також формою випуску, зручністю застосування та потребами конкретного пацієнта.

У зв'язку з цим наступним етапом дослідження стало вивчення структури реалізації ангіопротекторів залежно від лікарської форми, в кількісному та грошовому виразі ЛЗ групи С 05 Ангіопротектори за формою випуску, а саме пероральних лікарських форм, до яких було віднесено такі форми як таблетки, капсули, краплі, настоянки, гранули та м'яких лікарських форм до яких було віднесено такі форми як крем, гель, мазь. (табл. 2.3 )

Таблиця 2.3

**Обсяг реалізації ЛЗ в аптеці за формами випуску (01.08-30.10.2025 р.)**

	Пероральні ЛФ		м'які ЛФ	
	грн	уп	грн	уп
Серпень	34786,1 (67,1 %)	122 (59,5%)	12685,81 (24,5%)	79 (38,5%)
Вересень	31046,2 (64,6%)	114 (55%)	15503,84 (32,2%)	90 (43,5%)
Жовтень	28018,7 (60,6%)	122 (60%)	13051,82 (28,2%)	80 (39,5%)

Серед реалізованих ЛЗ групи С 05 Ангіопротектори за формою випуску в грошовому обсязі, сума реалізації саме пероральних лікарських форм (таблетки, капсули, краплі, настоянки, гранули) займає більше 60% загального

обсягу реалізації в вартісних показниках, в кількісному вираженні розподіл ідентичний і складає від 55 до 60%. Тоді як реалізація м'яких лікарських форм (крем, гель, мазь) в грошовому обсязі мала частку від 24,5 до 32%, в натуральному - від 38% до 43% (рис. 2.6).

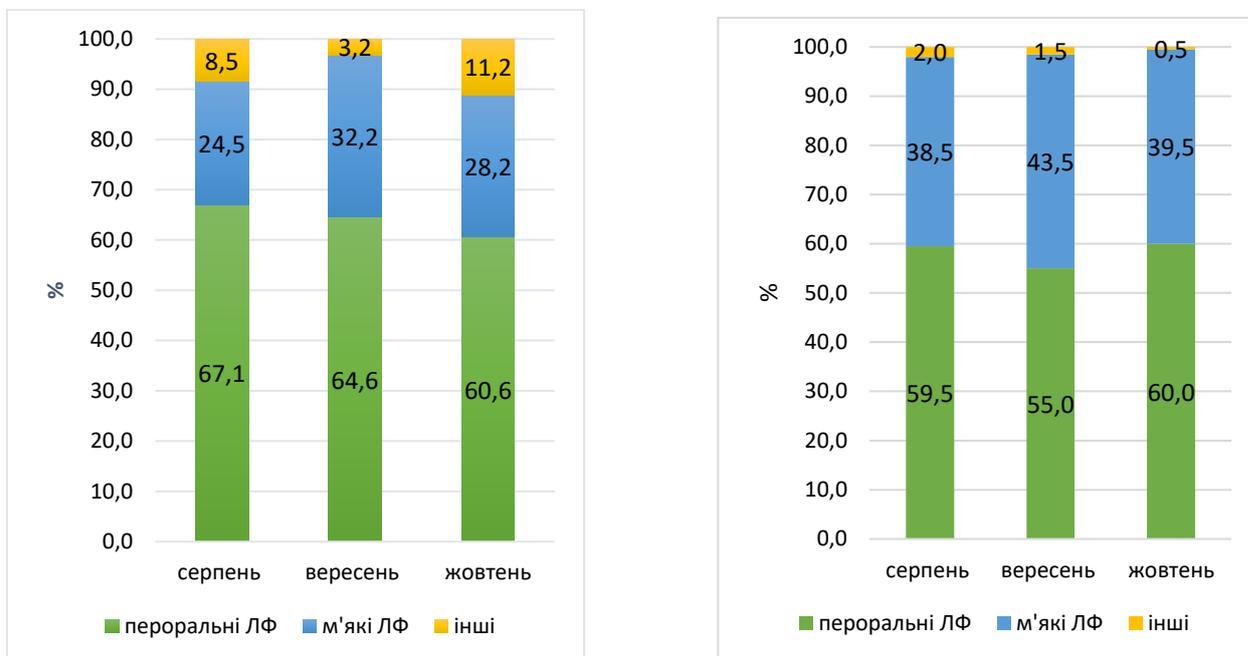


Рис. 2.6 Розподіл реалізованих ЛЗ за формою випуску в грошовому та натуральному обсязі.

Серед м'яких лікарських форм максимальний обсяг реалізації в грошовому еквіваленті зафіксовано для ЛЗ Ліутон, гель 50 г, виробництва Berlin-Chemie AG (Німеччина) - 6275 грн (4,4% від загального обсягу реалізації), що відповідало 16 упаковкам. У натуральному вираженні найбільший обсяг реалізації зафіксовано для Гепариновий гель, 25г, виробництва ТОВ "Фармацевтична фірма "Вертекс" , 24 уп.

Узагальнюючи результати аналізу, слід відзначити, що пероральні лікарські форми стабільно домінують у структурі продажів ангіопротекторів як у грошовому, так і в натуральному вираженні, що відображає стійкі споживчі переваги пацієнтів. Водночас м'які лікарські форми також демонструють значну частку реалізації, підтверджуючи їх важливу роль у комплексній терапії хронічної венозної недостатності.

## Висновки до розділу 2

Асортимент зареєстрованих лікарських засобів групи C05 Ангіопротектори налічує станом на 01.10.2025 р. виявлено 73 торговельні найменування, із яких близько 60 % становлять препарати вітчизняного виробництва, що свідчить про значну частку національних виробників у забезпеченні фармакотерапії хронічної венозної недостатності.

Аналіз форм випуску ЛЗ групи C05 Ангіопротектори виявив переважання гелів та таблеток: у досліджуваній аптеці пероральні лікарські форми переважають у грошовому вираженні (понад 60 % загального обсягу реалізації), тоді як м'які лікарські форми (гель, крем, мазь) мають відносно більшу частку у натуральних показниках, що відображає поєднання системної та місцевої терапії у реальній практиці.

Результати аналізу реалізації підтвердили провідні позиції препаратів на основі діосміну та гесперидину (Нормовен, Детралекс), які формують суттєву частку товарообігу групи ангіопротекторів. Розрахунок вартості тримісячного курсу лікування показав виражену варіабельність фінансового навантаження для пацієнта, однак наявність доступних вітчизняних генеричних препаратів дає змогу оптимізувати витрати без зниження очікуваної ефективності терапії.

Сукупність отриманих результатів свідчить про належну насиченість ринку ангіопротекторами, відповідність структури асортименту клінічним потребам пацієнтів та необхідність раціонального вибору лікарських засобів з урахуванням фармакоеконімічних критеріїв.

### **РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ВИБОРУ АНГІОПРОТЕКТОРНИХ ПРЕПАРАТІВ**

На наступному етапі нашого дослідження було проведено аналіз споживання лікарських засобів ангіопротекторної дії, які застосовуються для лікування варикозного розширення вен нижніх кінцівок. Дослідження мало на меті визначити особливості аптечного асортименту, динаміку реалізації препаратів різних фармакологічних груп, а також оцінити вплив факторів, що формують попит на ці засоби. Для досягнення мети було проведено соціально-фармацевтичне опитування, яке охопило дві категорії респондентів: фармацевтів та споживачів лікарських засобів. На першому етапі анкетування проведено серед фармацевтичних працівників, що дозволило з'ясувати практичні аспекти реалізації препаратів, частоту їх відпуску, переваги споживачів щодо лікарських форм і фактори, які впливають на вибір пацієнтів під час лікування або самолікування хронічної венозної недостатності.

#### **3.1 Аналіз результатів опитування фармацевтів щодо чинників вибору ангіопротекторних препаратів пацієнтами**

З метою дослідження особливостей реалізації лікарських засобів ангіопротекторної дії та визначення основних чинників, що впливають на вибір пацієнтів, було проведено соціально-фармацевтичне опитування серед фармацевтів аптечних закладів м. Суми. У дослідженні взяли участь 53 фахівці, які представляли аптеки різних форм власності та розташування.

Для визначення професійного досвіду учасників опитування було проаналізовано стаж їх роботи у фармацевтичній сфері. Серед 53 опитаних фармацевтів найбільшу частку становили працівники з досвідом понад 5 років (55 %), що свідчить про високий рівень професійної компетентності вибірки та достовірність отриманих результатів. Близько третини респондентів (34 %) мали стаж від 1 до 5 років, тобто є фахівцями, які вже мають достатній

практичний досвід роботи «першого столу». Найменшу групу, (11 %), становили спеціалісти з досвідом роботи менше одного року

Фармацевти зазначили, що серед відвідувачів аптек, які звертаються за лікарськими засобами для лікування варикозного розширення вен, переважають жінки, 79 %. Така тенденція є очікуваною, оскільки саме жінки частіше схильні до розвитку хронічної венозної недостатності внаслідок гормональних змін, вагітності, носіння взуття на підборах та малорухливого способу життя. Чоловіки становлять лише 21 % від загальної кількості покупців, що може свідчити як про нижчу поширеність варикозної хвороби серед чоловічого населення, так і про меншу готовність чоловіків звертатися за консультацією чи самостійно купувати препарати для лікування цієї патології.

Отже, результати опитування підтверджують, що основною групою споживачів лікарських засобів ангіопротекторної дії є жінки працездатного віку, які частіше контролюють стан свого здоров'я та звертаються по фармацевтичну допомогу (рис.3.1)

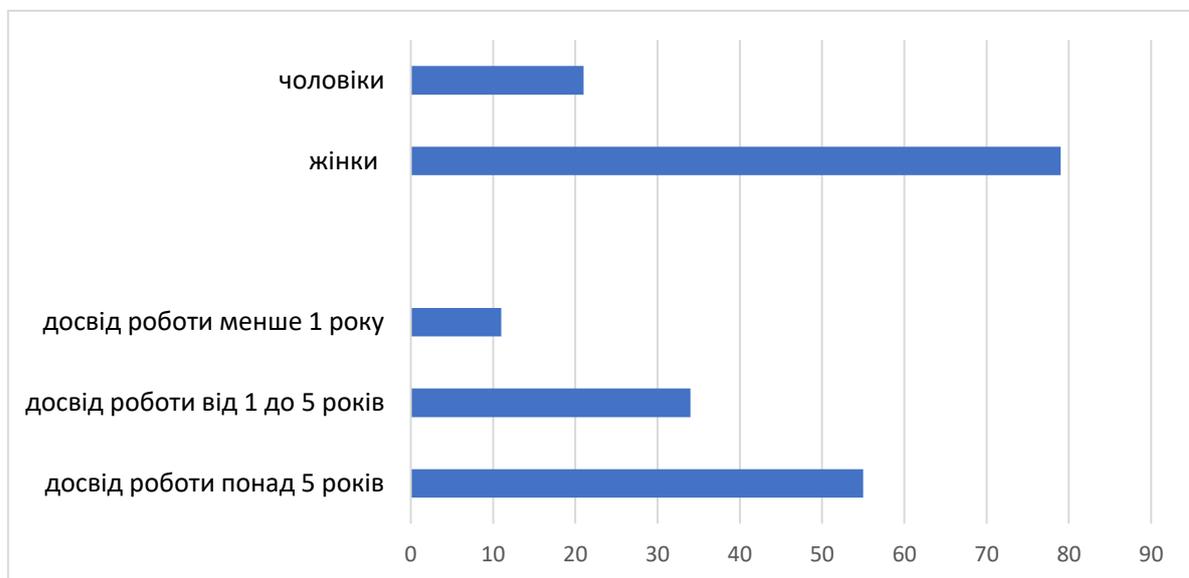


Рис 3.1 Портрет респондента (фармацевти)

Аналіз відповідей фармацевтів показав, що в структурі реалізації лікарських засобів, що застосовуються при варикозному розширенні вен,

значну частку займають м'які лікарські форми: гелі, мазі, креми (45 %). Їх популярність пояснюється зручністю використання, швидким локальним ефектом і можливістю самолікування без призначення лікаря.

Дещо більшу частку, а саме 47 %, становлять пероральні форми ЛЗ (таблетки, капсули), що свідчить про їх попит серед пацієнтів, які отримують комплексне лікування або тривалу терапію хронічної венозної недостатності.

Інші форми займають незначну частку, лише 8 %, що обумовлено їх рецептурним статусом, складністю застосування та необхідністю медичного нагляду під час використання. (рис. 3.2)

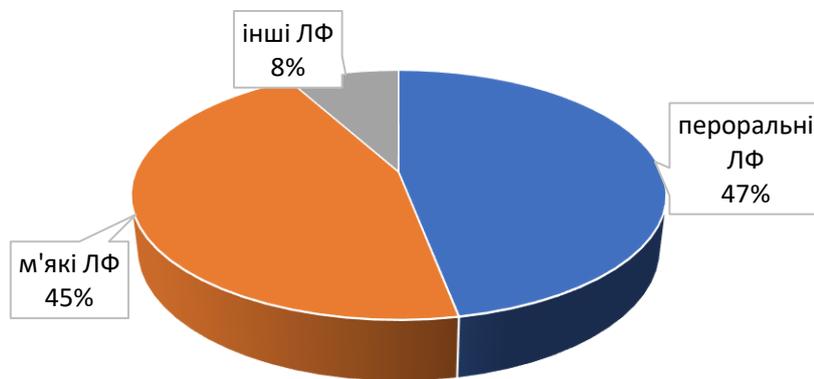


Рис. 3.2 Частка попиту споживачами ангіопротекторних ЛЗ в аптеці, за відповідями фармацевтів

Таким чином, отримані результати підтверджують, що перевага на фармацевтичному ринку залишається за зручними у застосуванні препаратами місцевої дії та пероральними засобами, які найчастіше використовуються як у складі комплексної терапії, так і при самолікуванні.

Результати опитування фармацевтів свідчать, що у випадках самолікування переважна більшість споживачів (близько 64 %) віддають перевагу гелям серед засобів для лікування варикозного розширення вен. Така тенденція пояснюється низкою чинників: простотою нанесення, швидким охолоджувальним ефектом, відсутністю жирних слідів на шкірі та одязі, а також відчуттям легкості після використання.

Близько 12 % опитаних фармацевтів зазначили, що споживачі обирають мазі або креми, які мають більш виражений зволожувальний і живильний ефект, але менш комфортні в повсякденному застосуванні. Лише 24 % респондентів повідомили, що пацієнти надають перевагу пероральним формам (таблеткам чи капсулам) без призначення лікаря, що може бути пов'язано з необхідністю тривалої терапії або високою вартістю таких препаратів.

Отже, отримані результати підтверджують, що в умовах самолікування споживачі віддають перевагу препаратам місцевої дії у формі гелів, які сприймаються як зручні, доступні та безпечні засоби для усунення симптомів варикозної хвороби без обов'язкової консультації лікаря.

### **3.2 Аналіз результатів опитування споживачів щодо застосування ангіопротекторних препаратів**

На наступному етапі дослідження було проведено соціологічне опитування споживачів лікарських засобів ангіопротекторної дії, спрямоване на вивчення особливостей поведінки пацієнтів при виборі засобів для лікування варикозного розширення вен. В опитуванні взяли участь 148 респондентів, відвідувачів аптек м. Суми різних вікових категорій. Метою опитування було з'ясувати, які лікарські форми найчастіше обирають споживачі, що впливає на їхній вибір (ціна, поради фармацевта, зручність застосування тощо), а також визначити поширеність самолікування серед населення.

Результати соціологічного опитування серед споживачів лікарських засобів ангіопротекторної дії показали певні демографічні особливості респондентів. Так, серед 148 опитаних переважну частку становили жінки, 76 %, що узгоджується з клінічними спостереженнями про вищу поширеність хронічної венозної недостатності серед жіночого населення. Чоловіки склали 24 % від загальної кількості, що можна пояснити як меншим рівнем захворюваності, так і меншою схильністю чоловіків звертатися за

фармацевтичною консультацією або проводити профілактику самостійно.  
(рис. 3.3)

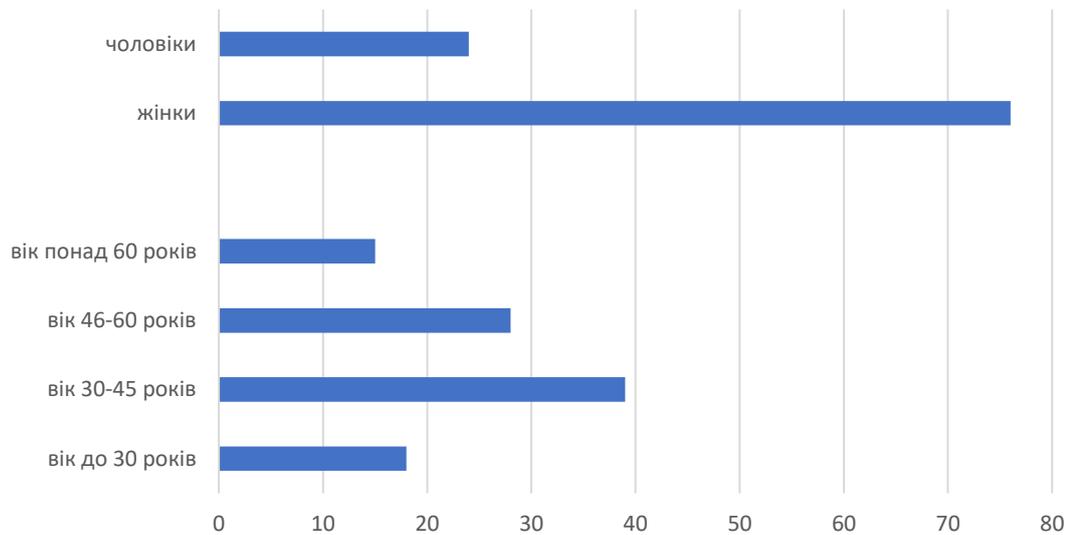


Рис. 3.3 Портрет респондента (споживачів ЛЗ)

Щодо вікового розподілу, найбільшу групу респондентів становили особи віком 30–45 років (39 %), тобто представники активного працездатного населення, у яких симптоми варикозної хвороби найчастіше проявляються через підвищене навантаження на нижні кінцівки. Друга за чисельністю група 46–60 років (28 %), що підтверджує хронічний характер захворювання та його прогресування з віком. Молоді люди до 30 років становили 18 % опитаних, що частково може свідчити про зростання поширеності варикозу серед молодшої популяції через малорухливий спосіб життя. Найменшу групу респондентів становили особи віком понад 60 років (15 %). Такий показник можна пояснити не лише зниженням мобільності цієї вікової категорії, а й тим, що пацієнти старшого віку частіше отримують лікування під наглядом лікаря і рідше здійснюють самостійні покупки в аптеках. Крім того, частина людей похилого віку користується допомогою родичів або соціальних працівників для придбання ліків, що також зменшує їхню безпосередню участь в опитуванні.

Отже, більшість споживачів ангіопротекторних засобів це жінки середнього віку (30–60 років), які мають активний спосіб життя і схильні

самостійно контролювати свій стан здоров'я, звертаючись до аптек за консультацією та підбором препаратів.

Результати опитування споживачів свідчать про різний рівень частоти використання препаратів для лікування варикозного розширення вен. Більшість респондентів, а саме 53 %, зазначили, що купують такі засоби час від часу, тобто епізодично, коли виникають симптоми тяжкості чи набряків у ногах. Це може свідчити як про легкий перебіг захворювання на початковій стадії, так і про відсутність системного підходу до лікування.

Близько третини опитаних (32 %) вказали, що застосовують препарати постійно курсами, переважно за рекомендацією лікаря або фармацевта, що свідчить про позитивний комплаєнс пацієнтів, які прагнуть до профілактики загострень і стабілізації стану. Натомість 15 % респондентів уперше придбали засоби від варикозу, що може відображати початкові стадії захворювання та зростання обізнаності населення щодо проблем венозної недостатності.

Щодо джерел інформації про лікарські засоби, 41 % опитаних отримали рекомендацію від лікаря, що підкреслює роль медичного фахівця у формуванні терапевтичних рішень. Проте значна частка, 33 %, орієнтувалися на поради фармацевтів, що свідчить про важливу роль фармацевтів у процесі раціонального вибору препаратів. Водночас 14 % респондентів скористалися досвідом знайомих або родичів, а 12 % дізналися про препарат з реклами, що демонструє певний рівень впливу неформальних джерел і медіа на споживчу поведінку (рис. 3.4).

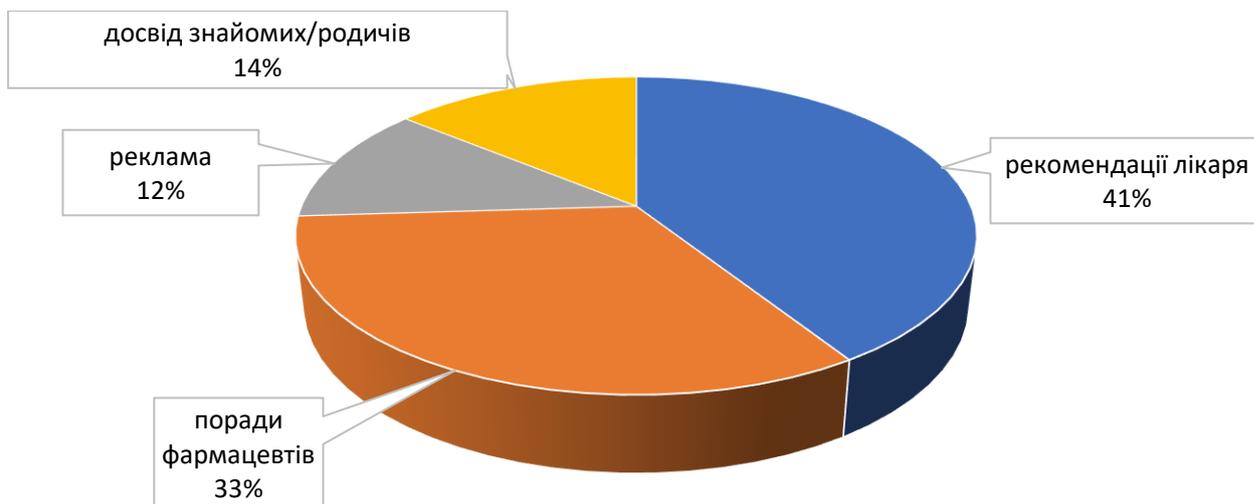


Рис. 3.4 Джерела інформації споживачів про ангіопротекторні ЛЗ

У цілому результати вказують, що більшість споживачів не дотримуються постійного курсового лікування, а рішення про придбання ЛЗ часто приймають самостійно, спираючись на поради фармацевтів або рекламу, що підтверджує потребу у підвищенні фармацевтичної просвіти населення.

За результатами опитування серед м'яких лікарських форм, які застосовуються для лікування варикозного розширення вен, найбільш популярними є гелі, на користь яких висловилися 72 % респондентів. (рис. 3.5)

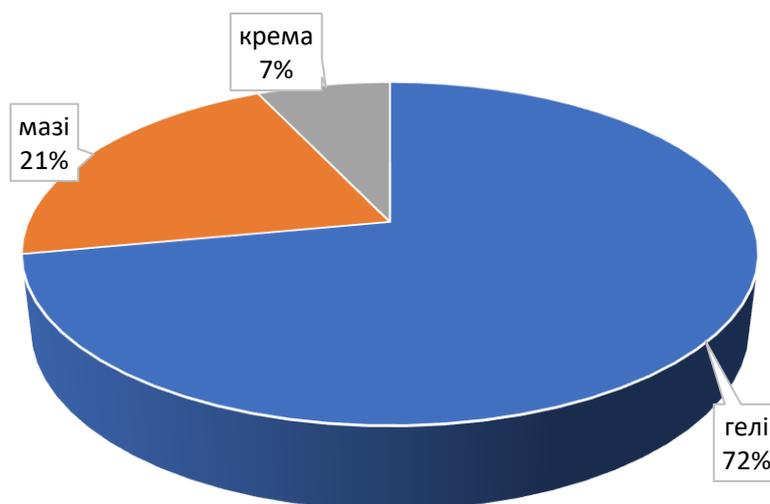


Рис.3.5 Вибір м'яких лікарських форм для лікування варикозного розширення вен за результатами опитування споживачів

Такі переваги споживачів пояснюються їхніми зручними споживчими властивостями, оскільки гелі мають легку консистенцію, швидко всмоктуються, не залишають жирних слідів на шкірі та одязі, забезпечуючи відчуття свіжості й охолоджувальний ефект. (рис.3.6)



Рис. 3.6 Розподіл відповідей респондентів на запитання «Які споживчі властивості м'яких лікарських форм для вас є найважливішими?»

Мазі обирають 21 % опитаних, переважно старшого віку, які відзначають тривалішу дію та щільнішу текстуру цих препаратів. Креми обирають найрідше, лише 7 % опитаних, їх зазвичай обирають споживачі, що надають перевагу м'якшому впливу на шкіру або використовують засоби для профілактики початкових проявів ХВН.

Отже, можна зробити висновок, що гелева форма є беззаперечним лідером серед м'яких лікарських засобів, що пов'язано з її ергономічністю, швидкою дією та привабливими сенсорними властивостями, які відповідають очікуванням сучасних споживачів.

Враховуючи те, що для самолікування переважна більшість споживачів (близько 64 %) віддають перевагу гелям серед засобів для лікування варикозного розширення вен, нами було розраховано вартість курсу лікування на три місяця. Для розрахунку були обрані два ЛЗ у вигляді гелю: ЛЗ Ліотон, гель 50 г, виробництва Berlin-Chemie AG (Німеччина), який має найвищий

грошовий обсяг реалізації та його аналог, Гель Гепариновий, Україна, який має найвищу кількість реалізованих упаковок в аптеці серед ЛФ-гелі.

Припустимо, що на курс лікування знадобиться 3 упаковки Ліотон 50 г, або 6 уп Гепаринового гелю, 25 г. Результати розрахунків представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Розрахунок вартості тримісячного курсу лікування гелями на основі гепарину при варикозному розширенні вен**

Назва ЛЗ, форма випуску	Виробник	Середня вартість 1 уп на фарм. Ринку України*	Вартість курсу лікування
Ліотон, гель, 50 г	Німеччина	445,0 грн	$445 \cdot 3 = 1335$ грн
Гепариновий гель, 25г	Україна	135,2 грн	$135,2 \cdot 2 \cdot 3 = 811,2$

Вартість тримісячного курсу лікування препаратом Ліотон (виробництва Berlin-Chemie AG, Німеччина) становить 1335 грн, тоді як курс із використанням Гепаринового гелю (виробництва Україна) 811,2 грн. Таким чином, лікування імпортом препаратом обходиться приблизно на 64 % дорожче, що зумовлено брендовим статусом і вищою собівартістю продукції зарубіжного виробництва.

Попри це, обидва засоби мають подібний механізм дії, спрямований на зменшення набряків, запалення та поліпшення мікроциркуляції. Це дозволяє розглядати вітчизняні аналоги як економічно доцільну альтернативу для тривалого застосування в рамках самолікування або підтримувальної терапії. Отримані результати свідчать, що раціональний вибір гелю для лікування варикозного розширення вен повинен ґрунтуватися не лише на ціні, а й на доведеній ефективності, переносимості та тривалості курсу. Оптимальним для

більшості пацієнтів є поєднання доступності вартості з високою комплаєнтністю до терапії.

Отримані результати свідчать, що споживачі орієнтуються переважно на поради фармацевтів, зручність застосування та ціну. У випадках самолікування більшість пацієнтів (понад 60 %) віддають перевагу гелям і мазям, які забезпечують швидке полегшення симптомів, простоту нанесення та комфорт під час використання.

Встановлено, що асортимент аптек є достатньо різноманітним, але споживча поведінка часто не узгоджується з принципами раціональної фармакотерапії, зокрема через короткі курси самолікування або самостійний вибір препаратів без консультації фахівця.

Підсумовуючи результати проведеного дослідження, можна стверджувати, що проблема раціонального використання лікарських засобів ангіопротекторної дії в Україні має не лише медико-фармацевтичний, а й виразний соціальний аспект. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок є поширеним захворюванням серед працездатного населення, однак рівень обізнаності пацієнтів щодо принципів комплексного лікування залишається недостатнім. Саме тому основна роль у підвищенні ефективності терапії належить фармацевтам, як фахівцям, які мають безпосередній контакт із населенням і можуть впливати на формування культури раціонального самолікування.

Більшість опитаних фармацевтів зазначили, що споживачі найчастіше обирають м'які лікарські форми (гелі та мазі), орієнтуючись на швидкість дії, зручність та приємні споживчі властивості. Проте такий підхід часто обмежується симптоматичним лікуванням без усунення причин захворювання. Тому одним із пріоритетних напрямів фармацевтичного консультування має стати пояснення необхідності комплексної терапії, яка включає поєднання місцевих засобів із пероральними венотоніками для досягнення стійкого клінічного ефекту.

Особливої уваги потребує контроль за самолікуванням. Результати дослідження свідчать, що значна частина пацієнтів розпочинає терапію самостійно, не звертаючись до лікаря. Це підвищує ризик нераціонального застосування препаратів, коротких або перерваних курсів, що знижує ефективність лікування. Фармацевти мають інформувати споживачів про оптимальну тривалість курсу (у середньому 2–3 місяці), необхідність регулярності застосування та попереджати про можливі ускладнення при відсутності контролю спеціаліста.

У сучасних умовах також важливо забезпечити оптимальний аптечний асортимент, поєднання вітчизняних генериків (зокрема, Нормовен) та імпорتنих препаратів (Детралекс, Ліотон), що дозволить задовольнити потреби різних соціально-економічних груп населення. Вітчизняні засоби слід розглядати як ефективну й доступну альтернативу імпортним аналогам, що сприятиме підвищенню прихильності пацієнтів до лікування.

Таким чином, підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення хворих на варикозне розширення вен можливе лише за умов комплексного підходу, який поєднує професійну просвітницьку діяльність фармацевтів, раціональне формування аптечного асортименту, контроль за самолікуванням та розвиток культури відповідального використання лікарських засобів.

Раціональне використання ангіопротекторних лікарських засобів значною мірою залежить від якості фармацевтичного консультування, оскільки саме фармацевт найчастіше є першим фахівцем, до якого звертається пацієнт із симптомами варикозного розширення вен. Результати проведеного дослідження свідчать, що більшість споживачів обирають препарати для самолікування, орієнтуючись переважно на зручність застосування та ціну, що нерідко призводить до короткочасних або перерваних курсів терапії й недостатньої клінічної ефективності. Тому формування чітких рекомендацій для фармацевтів є важливим інструментом оптимізації споживчої поведінки та зниження ризику нераціонального використання ангіопротекторних засобів.

Нами запропоновано алгоритм дій фармацевта при зверненні пацієнта за гелем на основі гепарину у вигляді м'якої лікарської форми, спрямований на забезпечення правильного вибору терапії, виявлення випадків, коли самолікування є припустимим, та визначення ситуацій, що потребують консультації лікаря, що в цілому сприяє підвищенню ефективності фармакотерапії та профілактиці ускладнень варикозної хвороби (рис. 3.7).

Узагальнення результатів дослідження показує, що раціональне застосування ангіопротекторних засобів можливе лише за умови поєднання належного фармацевтичного консультування та усвідомленої поведінки пацієнтів. Встановлені особливості самолікування підкреслюють потребу у стандартизованих рекомендаціях для фармацевтів, які б забезпечували правильний вибір терапії та своєчасне направлення до лікаря. Застосування запропонованого алгоритму сприятиме підвищенню якості фармакотерапії та профілактиці ускладнень варикозної хвороби.

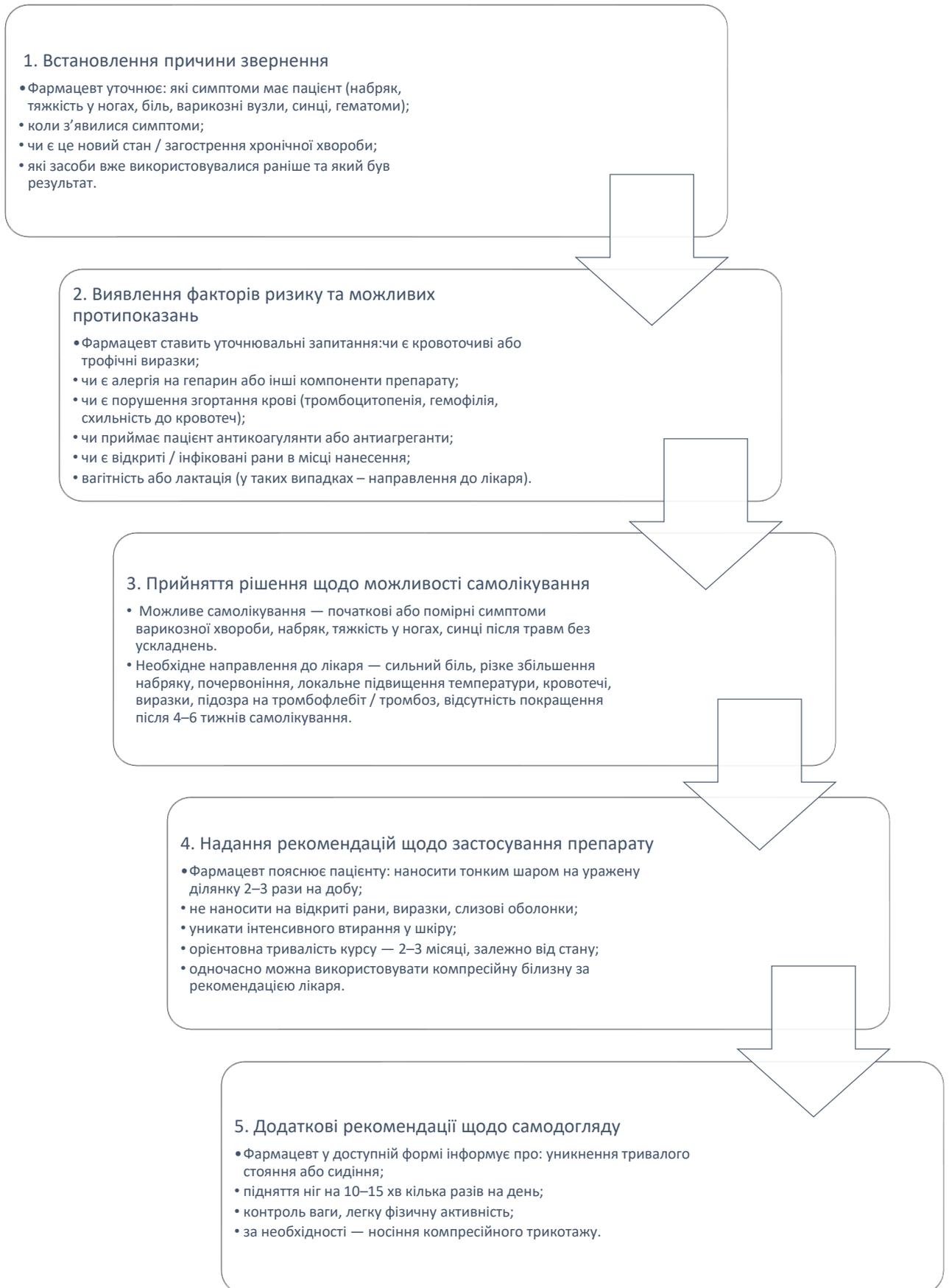


Рис.3.7 Алгоритм дій фармацевта при зверненні пацієнта за ЛЗ м'якої ЛФ на основі гепарину

### Висновки до розділу 3

Проведене дослідження споживання ангіопротекторних лікарських засобів показало, що фармацевтичний ринок засобів для лікування варикозної хвороби в Україні є високонасиченим і конкурентним, однак споживча поведінка пацієнтів не завжди відповідає принципам раціональної фармакотерапії. За даними опитування фармацевтів, найвищий попит мають м'які лікарські форми, переважно гелі, 45 %, що пояснюється простотою застосування та швидким місцевим ефектом.

Опитування споживачів підтвердило аналогічну тенденцію: 72 % пацієнтів віддають перевагу гелям при самолікуванні варикозної хвороби, тоді як мазі обирають 21 %, а креми 7 %. Більшість респондентів застосовують препарати епізодично 53 %. Джерела інформації при виборі ліків розподілилися таким чином: рекомендації лікаря 41 %, поради фармацевта 33 %. Порівняння вартості лікування показало істотну різницю між імпортними та вітчизняними препаратами: тримісячний курс Ліотоном становить 1335 грн, тоді як курс Гепаринового гелю 811,2 грн, що робить вітчизняний препарат приблизно на 64 % дешевшим при подібному механізмі дії. Це підкреслює економічну доцільність застосування українських генериків, особливо для тривалих курсів терапії.

Отримані результати демонструють, що підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення пацієнтів із варикозною хворобою насамперед потребує посилення фармацевтичного консультування, оскільки значна частина пацієнтів займається самолікуванням і обирає препарати без повноцінного розуміння принципів раціональної терапії. У цьому контексті запропонований алгоритм дій фармацевта при зверненні пацієнта за гелем на основі гепарину є інструментом раціонального використання ангіопротекторних засобів, оскільки сприяє оптимальному вибору лікарських форм і тривалості лікування та забезпечує своєчасне направлення до лікаря при наявності ознак ускладнення або відсутності клінічного покращення.

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок є поширеним захворюванням серед населення України та має суттєві медичні й соціальні наслідки, що потребують комплексного підходу до лікування та профілактики.

Проаналізовано асортимент ангіопротекторних лікарських засобів на фармацевтичному ринку України та встановлено, що група С05 налічує 73 торговельні найменування, з яких близько 60 % становили препарати вітчизняного виробництва, що свідчить про достатню забезпеченість пацієнтів лікарськими засобами цієї терапевтичної категорії.

Установлено, що структура споживання ангіопротекторних препаратів характеризується переважанням пероральних лікарських форм у грошовому вираженні та м'яких лікарських форм для місцевого застосування у натуральних показниках.

За результатами соціально-фармацевтичного опитування виявлено, що більшість споживачів віддають перевагу гелям при самолікуванні варикозної хвороби, але застосовує препарати епізодично, що свідчить про недостатній рівень прихильності до лікування та порушення принципів раціональної фармакотерапії.

На підставі проведених досліджень можна стверджувати, що підвищення ефективності фармацевтичного забезпечення пацієнтів із варикозною хворобою неможливе без посилення фармацевтичного консультування, оскільки значна частина пацієнтів займається самолікуванням і обирає препарати без урахування принципів раціональної терапії.

Запропоновано алгоритм дій фармацевта при зверненні пацієнта за гелем на основі гепарину як практичний інструмент раціонального використання ангіопротекторних препаратів, що сприяє правильному вибору лікарської форми, оптимізації тривалості лікування та своєчасному направленню пацієнтів до лікаря у разі ризиків або відсутності ефекту.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Global impact and contributing factors in varicose vein disease development / M. R. Aslam et al. *SAGE Open Med.* 2022. Vol. 10. P. 20503121221118992. DOI: 10.1177/20503121221118992.
2. The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins / J. L. Beebe-Dimmer et al. *Ann. Epidemiol.* 2005. Vol. 15(3). P. 175–84. DOI: 10.1016/j.annepidem.2004.05.015.
3. Topical Heparin and Heparinoid-Containing Products as Treatments for Venous Disorders: Compounds, Effects, Clinical Implications, and Recommendations / D. Bissacco et al. *J. Clin Med.* 2025. Vol. 14(6). P. 1859. DOI: 10.3390/jcm14061859.
4. The Other Side of Chronic Venous Disorder: Gaining Insights from Patients' Questions and Perspectives / D. Bissacco et al. *J. Clin Med.* 2024. Vol. 13(9). P. 2539. DOI: 10.3390/jcm13092539.
5. *Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement* / B. Eklöf et al. *J. Vasc Surg.* 2004. Vol. 40(6). P. 1248–1252. DOI: 10.1016/j.jvs.2004.09.027.
6. Labropoulos N. How Does Chronic Venous Disease Progress from the First Symptoms to the Advanced Stages? A Review. *Adv. Ther.* 2019. Vol. 36(1). P. 13–19. DOI: 10.1007/s12325-019-0885-3.
7. Progression of varicose veins and chronic venous insufficiency in the general population in the Edinburgh Vein Study / A. J. Lee et al. *J. Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2015. Vol. 3(1). P. 18–26. DOI: 10.1016/j.jvsv.2014.09.008.
8. Lim C. S., Davies A. H. Pathogenesis of primary varicose veins. *Br. J. Surg.* 2009. Vol. 96(11). P. 1231–42. DOI: 10.1002/bjs.6798.
9. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards / F. Lurie. *J. Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020. Vol. 8(3). P. 342–352. DOI: 10.1016/j.jvsv.2019.12.075.

10. The Symptoms-Varices-Pathophysiology classification of pelvic venous disorders: A report of the American Vein Lymphatic Society International Working Group on Pelvic Venous Disorders / M. H. Meissner. *J. Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2021 Vol. 9(3). P. 568–584. DOI: 10.1016/j.jvsv.2020.12.084.
11. Сучасні уявлення про механізми розвитку клапанної недостатності при хронічній венозній недостатності / Ф. М. Павук та ін. *Вісник Вінницького національного медичного університету.* 2023. № 27(3). С. 501–505. DOI: [10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(3\)-24](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(3)-24).
12. Rabe E., Berboth G., Pannier F. Epidemiology of chronic venous diseases. *Wien Med. Wochenschr.* 2016. Vol. 166(9-10). P. 260–263. DOI: 10.1007/s10354-016-0465-y.
13. Raetz J., Wilson M., Collins K. Varicose Veins: Diagnosis and Treatment. *Am. Fam. Physician.* 2019. Vol. 99(11). P. 682–688.
14. Longitudinal study of chronic venous disease progression (Edinburgh Vein Study) / L. Robertson et. al. *Phlebology.* 2011. Vol. 26(3). P. 108–117.
15. Management of chronic venous disease / C. Wittens et al. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2015. Vol. 49(6). P. 678–737. DOI: 10.1016/j.ejvs.2019.11.027.
16. Менеджмент пацієнта з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок / О. М. Волошин та ін. *Український медичний часопис.* 2022. URL: <https://www.umj.com.ua/uk/publikatsia-227698-menedzhment-patsiyenta-z-varikoznim-rozshirenniam-ven-nizhnih-kintsivok> (дата звернення: 26.10.2025).
17. Дембіцький А. Р. Епідеміологія хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок в Україні / Національна академія медичних наук України. 2017. URL: [https://www.nuozu.edu.ua/zagruzka3/Dr\\_Dembickiy3.pdf](https://www.nuozu.edu.ua/zagruzka3/Dr_Dembickiy3.pdf) (дата звернення: 26.10.2025).
18. Загальна хірургія : підручник / С. Д. Хіміч та ін. 3-є вид., перероб. і допов. Київ, 2018. 608 с.

19. Дослідження вітчизняного ринку лікарських засобів для місцевого застосування при хронічній венозній недостатності / О. В. Лукієнко та ін. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2014. № 3. С. 102–105. URL: [https://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/3661/1/ap\\_1403\\_102-105.pdf](https://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/3661/1/ap_1403_102-105.pdf). (дата звернення: 26.10.2025).
20. Мельничук Г. О. Малоінвазивні технології в хірургічному лікуванні хронічних захворювань вен нижніх кінцівок, сучасний стан проблеми. *Лікарська справа*. 2025. № 3. С. 120–127. DOI: 10.31640/LS-2025-3-14.
21. Фактори впливу на споживання протигрибкових лікарських препаратів / З. М. Мнушко та ін. *Запорізьський медичний журнал*. 2009. № 2. С. 83–87. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh\\_2009\\_11\\_2\\_27](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zmzh_2009_11_2_27) (дата звернення: 26.10.2025).
22. Мнушко З. М., Левченко І. П., Ольховська А. Б. Методика визначення ставлення кінцевих споживачів до лікарських засобів. *Фармацевтичний журнал*. 2006. № 3. С. 16–22.
23. Венозна недостатність нижніх кінцівок : Настанова 00964. МОЗ України. 2017. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua> (дата звернення: 26.10.2025).
24. Немченко А. С., Кухтенко О. С., Гладух Є. В. Маркетингові дослідження ринку лікарських засобів для лікування варикозного розширення вен та запальних захворювань суглобів. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2017. Т. 3, № 3. С. 66–73. DOI: 10.24959/sphhcj.17.87.
25. Сучасні уявлення про механізми розвитку клапанної недостатності при хронічній венозній недостатності / Ф. М. Павук та ін. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. № 27(3). С. 501–505. DOI: [10.31393/reports-vnmedical-2023-27\(3\)-24](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2023-27(3)-24).
26. Сімонян Л. С., Грубник І. М. Маркетинговий аналіз асортименту лікарських препаратів для лікування варикозного розширення вен і

запальних захворювань суглобів. *Фармацевтичний часопис*. 2015. № 1.  
[DOI: 10.11603/2312-0967.2015.1.3769](https://doi.org/10.11603/2312-0967.2015.1.3769).

27. Стадії розвитку варикозної хвороби нижніх кінцівок / Медична клініка доктора Медведєва. URL: <https://klinika.medvedev.ua/legs-varicosity-pregnancy/> (дата звернення: 09.11.2025).
28. Татарін Н. О. *Фармакотерапевтична ефективність венотонічних засобів у комплексному лікуванні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок* : дис. ... канд. фармацевт. наук. Вінниця : ВНМУ ім. М. І. Пирогова, 2017. 185 с. URL: [https://www.vnmu.edu.ua/downloads/other/diser\\_tatarin.pdf](https://www.vnmu.edu.ua/downloads/other/diser_tatarin.pdf) (дата звернення: 09.11.2025).
29. Яковлєва Л. В., Міщенко О. Я., Адонкіна В. Ю. Фармакоепідеміологічні дослідження обсягів споживання антигіпертензивних лікарських засобів в Україні : монографія. Харків : НФаУ, 2017. 108 с. URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/handle/123456789/9403?locale=uk> (дата звернення: 09.11.2025).
30. Хірургія : підручник / Я. С. Березницький та ін. Вінниця : Нова книга, 2020. 526 с.

## **ДОДАТКИ**



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ



**«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:  
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»**

МАТЕРІАЛИ  
VIII Всеукраїнської науково-освітньої конференції  
з міжнародною участю

27 листопада 2025 року



Харків  
НФаУ  
2025

УДК: 615.1:614.2:378

С 69

**Редакційна колегія:** А. В. Волкова, Г. Л. Панфілова, В. І. Назаркіна,  
Т. В. Дядюн, В. І. Міщенко

*Посвідчення Українського інституту науково-технічної експертизи та  
інформації від 26 грудня 2024 р. №853*

**Формування національної лікарської політики: питання  
С 69 освіти, теорії та практики:** матер. VIII Всеукр. наук. - освітньої конф.  
з міжнар. участю, м. Харків, 27 листоп. 2025 р. / ред. кол. : А. В. Волкова  
та ін. – Х. : Вид-во НФаУ, 2025. – 272 с.

Збірник містить матеріали VIII Всеукраїнської науково-освітньої конференції з міжнародною участю, в яких розглянуті питання трансформації пріоритетів Національної лікарської політики, проблеми забезпечення доступності й раціонального застосування лікарських засобів в Україні, перспективи розвитку публічного управління у фармації та національної системи оцінки медичних технологій. Особлива увага у збірнику приділяється розгляду питань щодо підготовки та професійного розвитку фахівців медичного та фармацевтичного профілю в умовах реформування вітчизняної охорони здоров'я, удосконалення викладання організаційно-економічних і управлінських освітніх компонент у підготовці фармацевтичних кадрів, організації ефективної роботи аптечних закладів та фармацевтичних працівників у сучасних умовах тощо.

Матеріали подаються мовою оригіналу.

За достовірність матеріалів відповідальність несуть автори.

Редколегія не завжди поділяє погляди авторів.

УДК: 615.1:614.2:378

© А.В. Волкова, Г.Л. Панфілова,  
В.І. Назаркіна, Т.В. Дядюн, В.І.  
Міщенко, 2025

© Національний фармацевтичний  
університет, 2025

VIII Всеукраїнська науково-освітня конференція з міжнародною участю  
«ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ:  
ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ»

**ЗМІСТ**

**Розділ І. Статті**

АНАЛІЗ НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ ЩОДО ВПЛИВУ КОРУПЦІЇ НА НАЦІОНАЛЬНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	5
<i>Болдарь Г.Є., Волошина К.В.</i>	
АНАЛІЗ РЕГУЛЮВАННЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	16
<i>Терещенко Л.В.</i>	
АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ РАЦІОНАЛЬНОГО СПОЖИВАННЯ АНГІОПРОТЕКТОРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ВЕНОЗНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ	25
<i>Ноздріна А.А., Садова Н.І.</i>	
ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ BODY INTERACT У ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ТА КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-УРОЛОГА ДЛЯ ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ	35
<i>Моргунцов В.О., Люлько О.О.</i>	
ВИВЧЕННЯ РОЛІ ФАРМАЦЕВТА У ПРОФІЛАКТИЦІ ОПЕРІЗУЮЧОГО ГЕРПЕСУ В МІЖНАРОДНІЙ ПРАКТИЦІ	42
<i>Сурікова І.О., Волкова А.В., Карнаух Т.С.</i>	
ЕКОСИСТЕМА ЦИФРОВОЇ МЕДИЦИНИ: ІНСТРУМЕНТИ ДЛЯ ЕФЕКТИВНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ І КЛІНІЧНИХ ФАРМАЦЕВТІВ	57
<i>Кривенко Е.В., Назаркіна В.М.</i>	
ОЦІНКА ФАРМАЦЕВТАМИ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ» ТА ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПОСЛУГ В АПТЕЦІ	67
<i>Нестеренко В.А., Панфілова Г.Л.</i>	
СОЦІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ЧИННИКІВ ВИБОРУ ДИТЯЧОГО ХАРЧУВАННЯ БАТЬКАМИ В УКРАЇНІ	78
<i>Мищенко В.І., Савченко О.І.</i>	
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТОРГОВО-ФІНАНСОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ ЗА УМОВ ВПРОВАДЖЕННЯ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ	85
<i>Ілліна Л.Є., Панфілова Г.Л., Чернуха В.М.</i>	

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ



## СЕРТИФІКАТ

*Садова Ніна Іванівна*

брав (ла) участь у VIII Всеукраїнській науково-освітній конференції з міжнародною участю  
«**ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПОЛІТИКИ: ПИТАННЯ ОСВІТИ, ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ**»

за програмою обсягом 3 години / 0,1 кредити ЄКТС

**Досягнуті результати навчання:** використання у професійній діяльності знань основних принципів Національної лікарської політики як складової ефективної сфери охорони здоров'я, а також підходів щодо сприяння раціональному призначенню та використанню лікарських засобів

Ректор НФаУ, проф.



Олександр КУХТЕНКО

27 листопада 2025 р., м. Харків, Україна