

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

**Фармацевтичний факультет
Кафедра фармакології та клінічної фармації**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему: «КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РАЦІОНАЛЬ-
НОГО ЗАСТОСУВАННЯ ГОРМОНАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти

групи 226Фм24(1,10д)-01

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

Соломія МОТА

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри
фармакології та клінічної фармації, к.фарм.н., доцент

Олександр ОЧКУР

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри
клінічної фармакології ПКСФ, д.фарм.н., професор

Ілля ПОДОЛЬСЬКИЙ

Харків – 2026 рік

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційну роботу присвячено дослідженню обізнаності фармацевтів щодоклініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування препаратів гормональних контрацептивів.

Робота викладена на 73 сторінках друкованого тексту і складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (38 найменувань) та додатків. Робота ілюстрована 5 таблицями та 42 рисунками.

Ключові слова: контрацепція, гормональні контрацептиви, анкетування.

ANNOTATION

The qualification paper is devoted to the study of pharmacists' awareness of clinical and pharmacological aspects of the rational use of hormonal contraceptives.

The paper is presented on 73 pages of printed text and consists of an introduction, four chapters, conclusions, a list of sources used (38 names) and appendices. The paper is illustrated with 5 tables and 42 figures.

Keywords: contraception, hormonal contraceptives, survey.

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	5
Вступ	6
Розділ 1. Теоретичні основи та сучасні підходи до застосування гормональних контрацептивів	9
1.1. Історія розвитку та сучасна класифікація гормональних контрацептивів	9
1.2. Клініко-фармакологічні властивості гормональних контрацептивів	12
1.3. Показання, протипоказання та побічні ефекти гормональних контрацептивів	18
1.4. Принципи раціонального застосування гормональних контрацептивів	20
1.5. Аналіз сучасного фармацевтичного ринку гормональних контрацептивів	23
1.6. Оцінка клінічної ефективності та безпеки застосування гормональних контрацептивів	25
1.7. Роль фармацевтичної опіки у підвищенні безпеки застосування гормональних контрацептивів	28
Висновки до розділу 1	30
Розділ 2. Методологія та організація дослідження	32
Висновки до розділу 2	33
Розділ 3. Аналіз асортименту препаратів гормональних контрацептивів, зареєстрованих в Україні	35
Висновки до розділу 3	40
Розділ 4. Оцінка обізнаності фармацевтів щодо раціонального застосування гормональних контрацептивів	42
4.1. Загальна характеристика респондентів	42

4.2. Визначення інформованості респондентів щодо клініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування гормональних контрацептивів	45
Висновки до розділу 4	71
Висновки	72
Список використаних джерел	74
Додатки	79

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТ – артеріальний тиск

В/м – внутрішньом'язовий шлях введення

ВМС – внутрішньоматкова система

ВТЕ – венозна тромбоемболія

ЛФ – лікарська форма

КОК – комбіновані оральні контрацептиви

ЛГ – лютеїнізуючий гормон

ОК – оральні (пероральні) контрацептиви

НФаУ – Національний фармацевтичний університет

П/ш – підшкірний шлях введення

ПМС – передменструальний синдром

ТТС – трансдермальна терапевтична система

ФСГ – фолікулостимулюючий гормон

ЦНС – центральна нервова система

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ЕМА – Європейське агентство з лікарських засобів (European Medicines Agency)

FDA – Управління з продовольства та медикаментів США (Food and Drug Administration)

LARC – оборотні методи контрацепції тривалої дії (long-acting reversible contraceptives)

ВСТУП

Актуальність теми. На сьогодні гормональні контрацептиви широко використовуються не лише з метою запобігання небажаних вагітності, але й для лікування різноманітних гінекологічних та ендокринних порушень, зокрема дисменореї, синдрому полікістозних яєчників, ендометріозу тощо [3, 7, 8, 14, 35]. Сучасний фармацевтичний ринок пропонує значну кількість гормональних контрацептивів, які відрізняються за складом, дозуванням, лікарськими формами, шляхами введення, фармакокінетичними та фармакодинамічними характеристиками. Це, з одного боку, розширює можливості індивідуалізації терапії, а з іншого – ускладнює вибір оптимального препарату для конкретної пацієнтки [14, 27, 35].

Гормональні контрацептиви мають доведену високу ефективність, однак їх застосування пов'язане з ризиком розвитку побічних реакцій, включаючи тромбоемболічні ускладнення, метаболічні порушення та вплив на серцево-судинну систему [15, 16, 33, 37]. Саме тому особливого значення набуває клініко-фармакологічне обґрунтування їх призначення з урахуванням індивідуальних особливостей жіночого організму, супутніх захворювань та факторів ризику. Крім того, актуальність обраної нами теми зумовлена необхідністю підвищення рівня фармацевтичної опіки та взаємодії між лікарем і фармацевтом з метою забезпечення безпечного та ефективного застосування препаратів гормональних контрацептивів.

Мета дослідження: Дослідження інформованості фармацевтів аптечних мереж України щодо клініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування лікарських препаратів для гормональної контрацепції.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати асортимент препаратів гормональних контрацептивів, представлених на фармацевтичному ринку України.
2. Розробити анкету для опитування фармацевтів щодо їх обізнаності з раціонального застосування гормональних контрацептивів.

3. Провести анонімні анкетні опитування серед фармацевтів аптечних мереж України.

4. На підставі даних опитування оцінити рівень обізнаності фармацевтів щодо раціонального застосування гормональних контрацептивів.

Об'єкт дослідження. Дані відкритих інформаційних джерел («Компендіум», «Державний реєстр лікарських засобів України» тощо) щодо лікарських препаратів гормональних контрацептивів, зареєстрованих в Україні; результати анкетування фармацевтів щодо раціонального застосування препаратів гормональних контрацептивів.

Предмет дослідження. Теоретичні та практичні клініко-фармакологічні аспекти застосування гормональних контрацептивів.

Методи дослідження: бібліографічний, метод інформативного пошуку, соціологічний, статистичний та системно-аналітичний.

Практичне значення отриманих результатів. Отримані результати можуть бути використані в навчальному процесі при підготовці майбутніх фахівців фармацевтичного профілю та в процесі підвищення кваліфікації спеціалістів фармації з метою підвищення якості фармацевтичної опіки при відпуску гормональних контрацептивів.

Елементи наукових досліджень. Проаналізовано асортимент лікарських засобів групи гормональних контрацептивів, представлених на фармацевтичному ринку України; проведено анонімне анкетне опитування серед фармацевтів аптечних мереж України стосовно раціонального застосування цих лікарських засобів, проаналізовано його результати.

Апробація результатів дослідження і публікації. Результати дослідження були представлені на XXXII міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання створення нових лікарських засобів», яка відбулася 15-17 квітня 2026 р. у НФаУ, м. Харків та Ужгород. За результатами дослідження у збірці матеріалів вказаної конференції було опубліковано тези «Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування гормональних контрацептивів».

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 73 сторінках друкованого тексту і складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (38 найменувань) та додатків. Робота ілюстрована 5 таблицями та 42 рисунками.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ ГОРМОНАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ

1.1. Історія розвитку та сучасна класифікація гормональних контрацептивів

Історія розвитку гормональної контрацепції є важливим етапом становлення сучасної репродуктивної медицини та клінічної фармакології. Пошуки ефективних і безпечних методів запобігання небажаних вагітностей розпочалися ще в давні часи, однак науково обґрунтований підхід до контрацепції сформувався лише у XX столітті з розвитком ендокринології та біохімії стероїдних гормонів [7, 14].

Перші наукові дослідження, що заклали основу гормональної контрацепції, були пов'язані з вивченням ролі гормонів яєчників у регуляції менструального циклу. У 20–30-х роках XX століття було встановлено, що прогестерон пригнічує овуляцію, що стало ключовим відкриттям для створення гормональних контрацептивів. Подальший розвиток хімії стероїдів дозволив синтезувати перші активні пероральні прогестагени, зокрема, норетиндрон та норетінодрел.

Значним проривом стало створення у 1960 році першого комбінованого перорального контрацептиву, що містив естроген та прогестаген. Його впровадження у клінічну практику ознаменувало початок нової ери у плануванні сім'ї. Проте перші препарати характеризувалися високими дозами гормонів, що зумовлювало значну частоту побічних ефектів, таких як тромбоемболічні ускладнення, порушення обміну речовин та негативний вплив на серцево-судинну систему [3, 7, 14].

У подальшому розвиток гормональної контрацепції відбувався у напрямку зниження гормонального навантаження та підвищення селективності препаратів. Це призвело до створення низькодозованих та мікродозованих комбінованих контрацептивів, а також нових поколінь прогестагенів із покращеним

профілем безпеки. Сучасні препарати характеризуються високою ефективністю, доброю переносимістю та додатковими неконтрацептивними фармакологічними ефектами.

Паралельно з удосконаленням складу препаратів розширювалися й шляхи введення гормональних контрацептивів. Окрім пероральних форм, були розроблені трансдермальні терапевтичні системи (ТТС), вагінальні кільця, ін'єкційні препарати та внутрішньоматкові системи (ВМС) з вивільненням гормонів. Це дозволило підвищити комплаєнтність пацієнток та індивідуалізувати вибір методу контрацепції [3, 7, 14].

На сучасному етапі гормональні контрацептиви класифікуються за кількома критеріями, що відображають їх фармакологічні властивості, склад, шлях введення та режим застосування.

За складом гормональних компонентів виділяють комбіновані та прогестагенвмісні контрацептиви.

Комбіновані гормональні контрацептиви містять естрогенний компонент (найчастіше етинілестрадіол або його аналоги) та прогестаген. Вони забезпечують пригнічення овуляції, зміни цервікального слизу та ендометрію, що унеможливорює запліднення та імплантацію заплідненої яйцеклітини. До цієї групи належать комбіновані оральні контрацептиви (КОК), трансдермальні пластирі та вагінальні кільця. Асортимент комбінованих гормональних контрацептивів представлений широким спектром препаратів, серед яких КОК: Ярина, Жанін, Регулон, Ліндинет, Джаз, Новінет тощо, трансдермальна система Евра, вагінальне кільце НоваРинг. Вибір конкретного лікарського засобу залежить від віку жінки, супутніх захворювань, переносимості компонентів та індивідуальних потреб [14, 19, 30].

Прогестагенвмісні контрацептиви (міні-пілі) містять лише прогестаген і застосовуються переважно у випадках, коли естрогени протипоказані. Їх дія базується на підвищенні в'язкості цервікального слизу, пригніченні проліферації ендометрію та пригніченні овуляції. До цієї групи також належать ін'єкційні препарати пролонгованої дії та підшкірні імпланти. Асортимент

прогестагенвмісних контрацептивів включає таблетки Дезиретт, Чарозетта, Лактинет, Ексклютон, ін'єкційний препарат Депо-Провера, підшкірні імпланти Норплант та Імпланон. Ці препарати застосовують переважно у випадках протипоказань до естрогенів, у період лактації або за необхідності тривалої контрацепції [3, 8, 21].

За шляхом введення гормональні контрацептиви поділяються на пероральні, трансдермальні, ін'єкційні, вагінальні та внутрішньоматкові. Пероральні форми є найбільш поширеними, однак альтернативні способи введення дозволяють уникнути ефекту «першого проходження» через печінку та забезпечують більш стабільну концентрацію гормонів у крові [21, 33].

Залежно від дозування естрогенного компонента комбіновані оральні контрацептиви поділяються на високодозовані, низькодозовані та мікродозовані. Сучасна тенденція полягає у використанні препаратів із мінімально ефективною дозою естрогену, що дозволяє знизити ризик побічних реакцій.

За режимом застосування комбіновані контрацептиви класифікують на монофазні, двофазні та трифазні. У монофазних препаратах вміст гормонів є сталим протягом усього циклу, тоді як у дво- та трифазних – змінюється відповідно до фаз менструального циклу, що імітує природні гормональні коливання [8, 21, 33].

Окрему групу становлять гормональні ВМС, які забезпечують локальне вивільнення прогестагену та мають тривалий контрацептивний ефект, поєднуючи високу ефективність із мінімальним системним впливом на організм. До асортименту гормональних ВМС належать Мірена, Джайдес, Кайліна та Лілетта. Вони відрізняються терміном дії, дозою левоноргестрелу та особливостями клінічного застосування [35, 38].

Сучасна класифікація гормональних контрацептивів також враховує покоління прогестагенів, що входять до їх складу. Прогестагени різних поколінь відрізняються за андрогенною, антиандрогенною, глюкокортикоїдною та мінералокортикоїдною активністю, що визначає їх клінічні ефекти та профіль безпеки [7, 14].

Отже, розвиток гормональної контрацепції пройшов складний шлях від перших високодозованих препаратів до сучасних високоселективних засобів із покращеним профілем ефективності та безпеки. Сучасна класифікація гормональних контрацептивів відображає багатогранність їх властивостей і створює підґрунтя для індивідуалізованого підходу до вибору оптимального методу контрацепції, що є ключовим принципом раціональної фармакотерапії.

1.2. Клініко-фармакологічні властивості гормональних контрацептивів

Основу механізму дії більшості гормональних контрацептивів становить вплив на гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникову вісь. Комбіновані гормональні контрацептиви пригнічують секрецію гонадотропін-рилізінг-гормону гіпоталамусом, що призводить до зниження продукції фолікулостимулюючого (ФСГ) та лютеїнізуючого (ЛГ) гормонів гіпофізом. Унаслідок цього блокується дозрівання фолікула та овуляція, що є основним контрацептивним механізмом.

Прогестагенний компонент відіграє ключову роль у забезпеченні контрацептивного ефекту, оскільки спричиняє згущення цервікального слизу, що ускладнює проникнення сперматозоїдів у порожнину матки. Крім того, він викликає атрофічні зміни ендометрію, що знижує ймовірність імплантації заплідненої яйцеклітини. У деяких випадках прогестагени також впливають на перистальтику маткових труб, порушуючи транспорт яйцеклітини [30, 33, 36].

Естрогенний компонент, представлений етинілестрадіолом або його похідними, потенціює дію прогестагенів, стабілізує менструальний цикл та забезпечує контроль над міжменструальними кров'янистими виділеннями. Водночас саме естрогени значною мірою відповідальні за розвиток ряду системних ефектів контрацептивів, зокрема, впливу на систему гемостазу, ліпідний обмін та функцію печінки [1, 33, 36].

Фармакодинамічні властивості гормональних контрацептивів залежать від типу прогестагену, що входить до їх складу. Прогестагени різних поколінь

відрізняються між собою за ступенем андрогенної, антиандрогенної, антимінералокортикоїдної та глюкокортикоїдної активності. Так, прогестагени з антиандрогенними властивостями сприяють покращенню стану шкіри при акне та себорей, тоді як препарати з мінімальною андрогенною активністю мають кращий метаболічний профіль.

Фармакокінетика гормональних контрацептивів характеризується особливостями всмоктування, розподілу, метаболізму та виведення активних речовин. Пероральні форми швидко абсорбуються у ШКТ, однак піддаються ефекту «першого проходження» через печінку, що впливає на їх біодоступність. Метаболізм естрогенів і прогестагенів відбувається переважно у печінці за участю ферментів системи цитохрому P450, що обумовлює можливість негативних лікарських взаємодій [14, 35].

Виведення гормональних компонентів здійснюється нирками та через кишечник у вигляді метаболітів. Альтернативні шляхи введення, такі як ТТС та вагінальні кільця, дозволяють уникнути значного пресистемного метаболізму та забезпечують більш стабільний рівень гормонів у крові.

Клінічна ефективність гормональних контрацептивів є високою і за умови правильного застосування перевищує 99 %. Вона залежить від регулярності прийому, дотримання режиму застосування та індивідуальних особливостей організму пацієнтки. Важливим показником ефективності є індекс Перля, який для сучасних комбінованих контрацептивів є мінімальним – 0,1-1 [5, 8].

Окрім контрацептивного ефекту, гормональні контрацептиви мають низку додаткових неконтрацептивних терапевтичних властивостей. Вони сприяють нормалізації менструального циклу, зменшенню інтенсивності менструальних кровотеч, зниженню частоти та зменшенню проявів дисменореї, а також використовуються у лікуванні ендометріозу, синдрому полікістозних яєчників та інших гінекологічних захворювань. Деякі препарати мають виражений антиандрогенний ефект, що робить їх ефективними при лікуванні акне та гірсутизму [12, 28].

Застосування гормональних контрацептивів пов'язане з ризиком розвитку побічних реакцій. Найбільш клінічно значущими серед них є тромбоемболічні ускладнення, ризик яких залежить від дози естрогену, типу прогестагену та наявності факторів ризику у пацієнтки. Також можливі метаболічні порушення, включаючи зміни ліпідного профілю, толерантності до глюкози та збільшення маси тіла. З боку серцево-судинної системи можливе підвищення АТ, особливо при тривалому застосуванні естрогенвмісних препаратів. Вплив на печінку може проявлятися змінами синтетичної функції, а також підвищенням активності печінкових ферментів. Крім того, при застосуванні гормональних контрацептивів можливі такі побічні ефекти, як нудота, головний біль, емоційна лабільність, зміни лібідо та міжменструальні кров'янисті виділення [10, 28, 31].

Важливим аспектом клініко-фармакологічної характеристики гормональних контрацептивів є лікарські взаємодії. Препарати, які індукують ферменти печінки, можуть знижувати ефективність гормональних контрацептивів, що підвищує ризик небажаної вагітності. Тому при призначенні гормональної контрацепції необхідно обов'язково враховувати супутню фармакотерапію [28].

Порівняльний аналіз прогестагенів різних поколінь свідчить про поступове вдосконалення їх фармакологічних властивостей у напрямку підвищення селективності дії та зниження андрогенної активності (табл. 1.1). Якщо ранні представники цієї групи характеризувалися значною андрогенною дією, що обмежувало їх застосування, то сучасні прогестагени мають нейтральний або навіть антиандрогенний профіль, що значно покращує їх переносимість та розширює спектр клінічних показань. Особливого значення набувають прогестагени IV покоління, які, окрім контрацептивного ефекту, забезпечують додаткові терапевтичні переваги, зокрема корекцію дерматологічних проявів гіперандрогенії та зменшення симптомів передменструального синдрому. Водночас вибір конкретного препарату повинен ґрунтуватися на індивідуальній оцінці ризиків, зокрема тромбоемболічних ускладнень [12, 34].

Порівняльна характеристика поколінь прогестагенів

Покоління прогестагенів	Представники	Андрогенна активність	Додаткові фармакологічні властивості	Клінічні особливості застосування
I	Норетиндрон, Норетинодрел	Помірно виражена	Частково естрогенна активність	Менш сприятливий профіль безпеки, частіше викликають андрогенні побічні ефекти
II	Левоноргестрел, Норгестрел	Висока	Виражена прогестагенна дія	Висока контрацептивна ефективність, можливий негативний вплив на ліпідний обмін, підвищений ризик андрогенних ефектів
III	Дезогестрел, Гестоден, Норгестимат	Низька	Мінімальний андрогенний ефект	Краща переносимість, сприятливий вплив на шкіру, дещо підвищений ризик венозних тромбоемболій порівняно з II поколінням
IV	Дроспіренон, Дієногест, Хлормадион	Відсутня або антиандрогенна	Антиандрогенна, антимінералокортикоїдна дія (особливо у дроспіренону)	Позитивний вплив на шкіру, зменшення затримки рідини, використання при ПМС, акне.
Новітні селективні прогестагени	Номегестрол, Трогестон	Мінімальна	Висока селективність до прогестеронових рецепторів	Покращений профіль безпеки, мінімальний вплив на метаболізм, перспективні для індивідуалізованої терапії

У сучасній клінічній практиці гормональні контрацептиви представлені різними лікарськими формами (ЛФ), що відрізняються за шляхом введення, фармакокінетичними характеристиками та особливостями застосування (табл. 1.2). Вибір оптимальної ЛФ має важливе значення для забезпечення ефективності, безпеки та прихильності пацієнтки до лікування [8, 12, 14, 34].

Таблиця 1.2.

Порівняльна характеристика основних лікарських форм гормональних контрацептивів

ЛФ	Представники	Шлях введення	Особливості фармакокінетики	Переваги	Недоліки
Пероральні контрацептиви (КОК, міні-пілі)	Етинілестрадіол + прогестарген (КОК), дезогестрел (міні-пілі)	Пероральний	Виражений ефект «першого проходження» через печінку, щоденне надходження	Висока ефективність, контроль циклу, доступність, можливість швидкого припинення	Залежність від регулярності прийому, ризик пропуску, системний вплив
Трансдермальний пластыр	Етинілестрадіол + норелгестромін	Через шкіру	Стабільне надходження гормонів у кров, відсутність першого проходження через печінку	Зручність, стабільна концентрація, менший вплив на ШКТ	Можливі місцеві реакції, помітність, обмеження при високій масі тіла
Вагінальне кільце	Етинілестрадіол + етоногестрел	Інтравагінальний	Повільне вивільнення гормонів, стабільний рівень у плазмі	Застосування 1 раз на місяць, низькі дози гормонів, висока ефективність	Можливий дискомфорт, вагінальні реакції, психологічний бар'єр

Підшкірний імплант	Етоногестрел	П/ш	Тривале вивільнення (до 3 років), стабільна концентрація	Дуже висока ефективність, тривала дія, відсутність потреби в контролі прийому	Необхідність медичного втручання, нерегулярні кровотечі, складність видалення
Ін'єкційні контрацептиви	Медроксипрогестерон ацетат	В/м, п/ш	Пролонгована дія (до 3 місяців), поступове вивільнення	Висока ефективність, рідке введення	Затримка відновлення фертильності, зміни маси тіла.

Порівняльний аналіз різних форм гормональних контрацептивів свідчить, що їх вибір повинен базуватися не лише на клінічній ефективності, але й на індивідуальних особливостях пацієнтки, її способі життя та рівні прихильності до лікування.

Пероральні контрацептиви (ОК) залишаються найбільш поширеними завдяки доступності та контрольованості застосування, однак вони потребують високої дисципліни прийому. Альтернативні форми, такі як ТТС та вагінальні кільця, забезпечують більш стабільний гормональний фон і зменшують ризик, пов'язаний із пропуском дози. У свою чергу, довготривалі методи гормональної контрацепції, такі як підшкірні імпланти та ін'єкційні препарати, характеризуються максимальною ефективністю та незалежністю від щоденного контролю, що робить їх доцільними для пацієнток із низькою прихильністю до регулярного прийому препаратів [12, 14, 34].

1.3. Показання, протипоказання та побічні ефекти гормональних контрацептивів

Раціональне застосування гормональних контрацептивів у клінічній практиці ґрунтується на чіткому визначенні показань, урахуванні протипоказань та оцінці можливих побічних ефектів. Такий підхід дозволяє мінімізувати ризики для здоров'я пацієнток і забезпечити максимальну ефективність фармакотерапії.

Основним показанням до застосування гормональних контрацептивів є запобігання небажаній вагітності. Сучасні препарати характеризуються високою контрацептивною ефективністю за умови правильного використання, що робить їх одним із найбільш надійних методів планування сім'ї [31].

Окрім контрацептивної функції, гормональні контрацептиви широко застосовуються з лікувальною та профілактичною метою. Зокрема, вони показані при порушеннях менструального циклу, включаючи олігоменорею, аменорею та дисфункціональні маткові кровотечі, оскільки сприяють нормалізації гормонального балансу та регуляції циклічних змін ендометрію [30].

Важливим напрямом застосування гормональних контрацептивів є лікування дисменореї, при якій гормональні контрацептиви зменшують інтенсивність больового синдрому за рахунок пригнічення овуляції та зменшення синтезу простагландинів. Також вони ефективні при ендометріозі, оскільки індукують атрофію ендометріюїдних вогнищ та зменшують вираженість симптомів [13, 34].

Гормональні контрацептиви застосовуються при синдромі полікістозних яєчників, оскільки вони сприяють зниженню рівня андрогенів, нормалізації менструального циклу та покращенню дерматологічних проявів, таких як акне і гірсутизм. Препарати з антиандрогенними властивостями мають особливе значення у таких випадках. Крім того, доведено профілактичний ефект гормональних контрацептивів щодо розвитку раку ендометрію та яєчників, що обумовлює їх довгострокове позитивне значення для жіночого здоров'я [22, 23, 38].

Протипоказання до застосування гормональних контрацептивів можна розділити на абсолютні та відносні, що визначає можливість або обмеження їх використання.

До абсолютних протипоказань належать стани, при яких застосування гормональних контрацептивів пов'язане з високим ризиком серйозних ускладнень: венозні тромбоемболічні захворювання (у тому числі в анамнезі), тромбофілії, тяжкі захворювання серцево-судинної системи, інсульт, ішемічна хвороба серця, а також тяжка артеріальна гіпертензія [15, 16, 28, 35].

Важливим абсолютним протипоказанням до застосування гормональних контрацептивів є наявність гормонозалежних пухлин, зокрема раку молочної залози або ендометрію. Також до таких протипоказань належать тяжкі захворювання печінки, включаючи цироз, активний гепатит та пухлини печінки, оскільки метаболізм стероїдних гормональних препаратів відбувається саме в цьому органі. Не допускається застосування гормональних контрацептивів під час вагітності, а також у випадках невстановленої етіології вагінальних кровотеч [28, 35].

До відносних протипоказань належать стани, при яких застосування гормональних контрацептивів можливе за умови ретельної оцінки співвідношення користі та ризику. До таких протипоказань належать паління у жінок віком понад 35 років, ожиріння, мігрень без аури, цукровий діабет без судинних ускладнень, а також дисліпідемії [13, 14].

Особливу увагу слід приділяти індивідуальній оцінці факторів ризику, що відповідає рекомендаціям міжнародних організацій, зокрема критеріям медичної прийнятності застосування контрацептивів [31, 36].

Побічні ефекти гормональних контрацептивів можуть варіювати від легких та транзиторних до серйозних і потенційно небезпечних для життя. Їх характер і частота залежать від складу препарату, дозування гормонів, тривалості застосування та індивідуальних особливостей жіночого організму. Найбільш клінічно значущими є тромбоемболічні ускладнення, включаючи тромбоз глибоких вен та тромбоемболію легеневої артерії. Ризик цих ускладнень

зростає при застосуванні комбінованих препаратів, особливо у жінок із супутніми факторами ризику [28, 32, 30, 35].

З боку серцево-судинної системи можливе підвищення АТ, що пов'язано з впливом естрогенів на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему. У поодиноких випадках можливий розвиток серйозних кардіоваскулярних подій.

Метаболічні ефекти включають зміни ліпідного спектра крові, толерантності до глюкози та маси тіла. Сучасні низькодозовані препарати мають значно менший вплив на метаболізм порівняно з ранніми поколіннями [11, 28].

З боку ЦНС можливі головний біль, мігрень, зміни настрою, емоційна лабільність. Деякі пацієнтки можуть відзначати зниження або підвищення лібідо. Поширеними є також гастроінтестинальні побічні ефекти, такі як нудота, блювання, дискомфорт у животі, що зазвичай мають тимчасовий характер і зникають у процесі адаптації організму. З боку репродуктивної системи можливі міжменструальні кров'янисті виділення, особливо у перші місяці застосування препарату, а також зміни характеру менструального циклу. При використанні прогестагенвмісних препаратів нерідко спостерігається нерегулярність менструацій [13, 36].

Окрему увагу слід приділити впливу гормональних контрацептивів на онкологічні ризики. Доведено, що їх застосування знижує ризик раку ендометрію та яєчників, однак питання впливу на ризик раку молочної залози залишається дискусійним та потребує індивідуалізованого підходу [11, 22].

1.4. Принципи раціонального застосування гормональних контрацептивів

Раціональне застосування гормональних контрацептивів є одним із ключових завдань сучасної клінічної фармакології та репродуктивної медицини, оскільки саме воно визначає баланс між високою ефективністю контрацепції та мінімізацією ризиків для здоров'я пацієнток. В основі цього підходу лежить індивідуалізація фармакотерапії, що передбачає врахування відповідних клінічних, фармакологічних та соціально-поведінкових чинників.

Одним із фундаментальних принципів раціонального застосування гормональних контрацептивів є індивідуалізований підхід до вибору препарату, який ґрунтується на комплексній оцінці стану здоров'я пацієнтки. При цьому враховуються вік, репродуктивний анамнез, наявність супутніх захворювань, фактори ризику серцево-судинних ускладнень, особливості гормонального статусу, а також спосіб життя та наявність шкідливих звичок. Особливого значення набуває оцінка ризику венозних тромбоемболій, особливо у жінок старшого віку, курців, а також при наявності ожиріння чи спадкових тромбофілій [11, 22].

Наступним важливим принципом є обґрунтований вибір складу гормонального контрацептиву, що передбачає оптимальне поєднання естрогенного та прогестагенного компонентів. Сучасні підходи передбачають використання мінімально ефективних доз естрогену з метою зниження ризику естрогензалежних побічних ефектів, зокрема тромбоемболічних ускладнень. Вибір прогестагену проводиться з урахуванням його фармакологічних властивостей, зокрема андрогенної або антиандрогенної активності, що дозволяє не лише забезпечити контрацептивний ефект, але й досягти додаткових терапевтичних переваг [11, 28].

Важливим аспектом є врахування фармакокінетичних особливостей лікарських форм препаратів гормональних контрацептивів. Вибір шляху введення повинен здійснюватися з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтки, наявності захворювань шлунково-кишкового тракту, ризику лікарських взаємодій, а також рівня комплаєнтності пацієнтки. Зокрема, альтернативні пероральним форми введення можуть бути більш доцільними у випадках, коли існує ризик порушення абсорбції або низька дисципліна прийому препаратів [20, 31].

Одним із ключових принципів є оцінка співвідношення користі та ризику перед призначенням гормональної контрацепції. Цей підхід відповідає сучасним міжнародним рекомендаціям і передбачає використання критеріїв

медичної прийнятності, які дозволяють класифікувати клінічні ситуації за ступенем безпеки застосування контрацептивних препаратів. Регулярна переоцінка цього співвідношення у процесі тривалого застосування лікарських препаратів є необхідною умовою безпечної фармакотерапії [31, 36].

Не менш важливим є принцип урахування лікарських взаємодій, оскільки гормональні контрацептиви можуть вступати у взаємодію з лікарськими засобами інших фармакотерапевтичних груп, що впливає на їх ефективність та безпеку. Особливу увагу слід приділяти препаратам, що індукують ферменти мікросомального окиснення у печінці, оскільки вони можуть знижувати концентрацію гормонів у плазмі крові та, відповідно, ефективність контрацепції [12, 20].

Суттєвим принципом раціонального застосування лікарських засобів є забезпечення високого рівня прихильності пацієнтки до лікування (комплаєнтності). Ефективність гормональних контрацептивів значною мірою залежить від правильності та регулярності їх застосування, тому вибір препарату має враховувати зручність використання, режим дозування та індивідуальні уподобання конкретної пацієнтки. Використання пролонгованих форм може бути доцільним у пацієнток із низькою прихильністю до щоденного прийому препаратів.

Важливим компонентом раціонального застосування препаратів гормональних контрацептивів є інформування та навчання пацієнтки. Пацієнтка має бути проінформована про механізм дії препарату, правила його застосування, можливі побічні ефекти та необхідність дотримання рекомендацій лікаря. Це сприяє підвищенню комплаєнтності та своєчасному виявленню небажаних реакцій [12, 28, 20].

Особливу роль у раціональному застосуванні препаратів гормональних контрацептивів відіграє фармаконагляд та моніторинг безпеки застосування цих препаратів. Регулярні медичні огляди, контроль артеріального тиску, оцінка змін маси тіла, стану шкіри та інших параметрів організму пацієнтки до-

зволяють своєчасно виявляти побічні ефекти та коригувати терапію. У разі виникнення серйозних ускладнень застосування препарату має бути негайно припинено. Окрему увагу слід приділяти ситуаціям, що можуть знижувати ефективність пероральних гормональних контрацептивів, зокрема виникненню блювання або діареї під час їх застосування. Блювання, що виникло протягом 2–3 годин після прийому таблетки, може призвести до неповного всмоктування препарату, тому в такому разі рекомендується якнайшвидше прийняти додаткову таблетку. У разі тривалої діареї або повторного блювання протягом понад 24 годин необхідно продовжувати прийом препарату за звичайною схемою та додатково використовувати бар'єрні методи контрацепції до повного відновлення стану здоров'я та протягом наступних 7 днів. За потреби пацієнтці слід звернутися до лікаря для отримання індивідуальних рекомендацій [12, 28, 20, 31].

1.5. Аналіз сучасного фармацевтичного ринку гормональних контрацептивів

Сучасний фармацевтичний ринок гормональних контрацептивів характеризується стабільним зростанням, високим рівнем інноваційності та значною соціальною значущістю. Його розвиток обумовлений як медико-біологічними, так і соціально-економічними чинниками, включаючи підвищення обізнаності населення щодо репродуктивного здоров'я, розширення доступу до медичних послуг та зміну демографічної поведінки населення [7].

Однією з ключових характеристик ринку є його структурна сегментація за типом препаратів. Найбільшу частку займають КОК, які складають близько 40–50 % загального обсягу ринку. Це пояснюється їх доступністю, зручністю застосування, відносною дешевизною та широкою клінічною апробацією. Водночас спостерігається зростання популярності довготривалих методів (long-acting reversible contraceptives, LARC), таких як імпланти, ін'єкційні препарати та гормональні ВМС, що пов'язано з їх високою ефективністю та зручністю застосування [7, 23, 24].

Суттєвим трендом останніх років є зміщення попиту у бік низькодозованих та прогестагенвмісних препаратів, що зумовлено прагненням пацієнток мінімізувати ризик побічних ефектів та підвищити безпеку фармакотерапії. Зростає інтерес до індивідуалізованих схем контрацепції, що враховують гормональний профіль конкретної пацієнтки та наявність у неї супутніх патологій [23, 24].

Важливим аспектом є географічна структура ринку. Провідні позиції утримують країни Північної Америки та Європи, що зумовлено високим рівнем розвитку систем охорони здоров'я, доступністю медичних послуг та високою інформованістю населення. Водночас найбільш динамічне зростання спостерігається в країнах Азії, Латинської Америки та Африки, де реалізуються масштабні програми планування сім'ї та підвищення репродуктивного здоров'я населення [24, 27].

Сучасний ринок гормональних контрацептивів також характеризується високим рівнем конкуренції та концентрації виробництва. Основними гравцями на ринку є великі транснаціональні фармацевтичні компанії, такі як Bayer AG, Pfizer Inc., Teva Pharmaceuticals, Johnson & Johnson, Merck & Co., які контролюють значну частину світового виробництва. При цьому одночасно зростає роль генеричних препаратів, що сприяє підвищенню доступності гормональної контрацепції, особливо у країнах із середнім та низьким рівнем доходу [23, 27].

Окрему увагу слід приділити структурі попиту за віковими групами. Найбільш активними користувачами гормональних контрацептивів є жінки віком 18–35 років, що пов'язано з їх високою репродуктивною активністю та потребою у плануванні вагітності. У цій групі домінують ОК, тоді як серед старших вікових категорій зростає популярність LARC [25, 27].

Сучасний ринок гормональних контрацептивів має чітко виражену структурну ієрархію. Найбільшу частку займають ОК (понад 40% ринку), що зумовлено їх доступністю, клінічною ефективністю та тривалим досвідом засто-

сування. Водночас спостерігається поступове зростання сегменту LARC (імпланти, ін'єкції), які характеризуються вищою прихильністю пацієнток до лікування та меншою залежністю від людського фактора.

Особливу увагу привертає тенденція до збільшення частки прогестагеновмісних препаратів, що пояснюється їх кращим профілем безпеки та можливістю застосування у ширшого кола пацієнток, включаючи жінок із протипоказаннями до естрогенів [23, 24].

Особливе місце на ринку займають препарати на основі дроспіренону, які завдяки антимінералокортикоїдній та антианδροгенній активності мають додаткові терапевтичні ефекти, зокрема показані при акне та передменструальному синдромі. Водночас значну частку ринку займають препарати прегестагенів другого покоління (левоноргестрел), які відзначаються високою ефективністю та доступністю. Препарати третього покоління (дезогестрел) характеризуються кращим профілем переносимості завдяки зниженій андрогенній активності.

Окрему групу становлять пролонговані форми гормональних контрацептивів, такі як вагінальні кільця (NuvaRing, Annovera), ін'єкційні препарати та імпланти, які забезпечують стабільний рівень гормонів та значно підвищують комплаєнтність пацієнток. Наприклад, вагінальне кільце з етинілестрадіолом та етоногестрелом демонструє високу ефективність із частотою невдач менше 1 % при правильному застосуванні.

1.6. Оцінка клінічної ефективності та безпеки застосування гормональних контрацептивів

Оцінка клінічної ефективності та безпеки гормональних контрацептивів є ключовим елементом сучасної клінічної фармакології та базується на принципах доказової медицини, що передбачає використання даних рандомізованих клінічних досліджень, систематичних оглядів та метааналізів. Сучасні під-

ходи до оцінки ефективності та безпеки включають аналіз ефективності запобігання вагітності, профілю безпеки, частоти побічних ефектів, а також співвідношення користі та ризику.

Гормональні контрацептиви належать до найбільш ефективних методів запобігання вагітності. За даними систематичних оглядів, ефективність комбінованих гормональних контрацептивів при правильному застосуванні перевищує 99%, що відповідає індексу Перля < 1 . Висока ефективність обумовлена багатокомпонентним механізмом дії, що включає пригнічення овуляції, зміну властивостей цервікального слизу та вплив на ендометрій [31, 35].

Довготривалі методи (LARC), такі як імпланти та ін'єкційні препарати, демонструють ще вищу ефективність у реальній клінічній практиці завдяки мінімальній залежності від комплаєнтності пацієнтки. Вони характеризуються найнижчим рівнем контрацептивних невдач ($< 0,5\%$).

Профіль безпеки гормональних контрацептивів визначається, насамперед, їх впливом на систему гемостазу, серцево-судинну систему та метаболічні процеси. Найбільш значущими у клінічному аспекті є ризику:

- венозних тромбоемболічних ускладнень,
- артеріальних тромбозів (інсульт, інфаркт),
- метаболічних змін (ліпідний профіль, глікемія).

За даними великого клінічного огляду, базовий ризик венозного тромбозу у жінок репродуктивного віку становить приблизно 2–10 випадків на 10 000 жінок на рік, тоді як при застосуванні комбінованих гормональних контрацептивів він зростає до 7–10 випадків на 10 000 жінок на рік [35].

Водночас слід підкреслити, що ризик тромбоемболії під час вагітності значно перевищує ризик при застосуванні контрацептивів, що є важливим аргументом у клінічній оцінці співвідношення користі та ризику.

Венозні тромбоемболії (ВТЕ) є найбільш дослідженим і клінічно значущим ризиком гормональної контрацепції. Систематичний огляд і мережевий метааналіз показав, що використання комбінованих оральних контрацептивів

асоціюється з підвищенням ризику ВТЕ приблизно у 3,5 рази [32]. Інший метааналіз підтверджує, що:

- ризик залежить від типу прогестагену та дози естрогену,
- препарати з дезогестрелом та дроспіреноном мають вищий відносний ризик порівняно з левоноргестрелом.

Також встановлено дозозалежний ефект: збільшення дози етинілестрадіолу супроводжується підвищенням ризику тромбозу [29].

Аналіз літературних даних свідчить про наявність чіткої залежності між типом прогестагену та ризиком розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень. Найбільш сприятливий профіль безпеки демонструють препарати, що містять левоноргестрел, який використовується як референтний стандарт у більшості досліджень. Саме тому комбіновані контрацептиви на його основі рекомендуються як препарати першої лінії для більшості пацієнток [8, 14].

Важливо підкреслити, що, незважаючи на відмінності у відносному ризику, абсолютні значення частоти ВТЕ залишаються низькими. Однак клінічна значущість цих відмінностей зростає у пацієнток із додатковими факторами ризику (ожиріння, куріння, спадкова тромбофілія, вік понад 35 років), що обумовлює необхідність індивідуалізованого підходу до вибору препарату [12, 19, 21].

Деякі дослідження свідчать, що трансдермальні та вагінальні ЛФ гормональних контрацептивів можуть мати подібний або дещо вищий тромботичний ризик порівняно з оральними [13, 15, 19].

Монокомпонентні прогестагенвмісні контрацептиви (міні-пілі, імпланти, ін'єкції) вважаються більш безпечними з точки зору тромботичних ускладнень, оскільки не містять естрогену. Метааналіз показує, що такі препарати мають нижчий або мінімальний вплив на ризик ВТЕ, що робить їх препаратами вибору для жінок із підвищеним тромботичним ризиком [10, 19, 26].

Крім ВТЕ, гормональні контрацептиви можуть впливати на ризик ішемічного інсульту, інфаркту міокарда та артеріальної гіпертензії. Абсолютний

ризик залишається низьким, але зростає у жінок із факторами ризику (куріння, вік >35 років, ожиріння).

Сучасні клінічні рекомендації підкреслюють, що:

- користь гормональної контрацепції значно перевищує ризики для більшості жінок,
- індивідуалізація терапії є ключовим фактором безпеки.

Згідно з клінічними гайдлайнами, навіть при наявності невеликого підвищення ризику ВТЕ, загальна частота ускладнень залишається низькою, а профілактика небажаної вагітності має суттєве медичне та соціальне значення [16, 32].

1.7. Роль фармацевтичної опіки у підвищенні безпеки застосування гормональних контрацептивів

У контексті гормональної контрацепції фармацевтична опіка відіграє критичну роль у забезпеченні безпеки застосування лікарських засобів, оскільки ці препарати використовуються тривало, часто без безпосереднього контролю лікаря, а ризики розвитку небажаних реакцій можуть бути суттєвими навіть при правильному призначенні.

Наукові дослідження свідчать, що активне залучення фармацевтів до процесу консультування при відпуску гормональних контрацептивів сприяє зниженню частоти помилок у застосуванні цих препаратів, покращенню прихильності до терапії, своєчасному виявленню побічних ефектів і потенційних лікарських взаємодій, а також підвищенню рівня обізнаності пацієнток щодо принципів безпечного застосування гормональних контрацептивів [18, 29].

Сучасні підходи до забезпечення якості фармакотерапії передбачають інтегровану взаємодію між лікарем та фармацевтом. Лікар відповідає за клінічний аспект призначення контрацептиву, тоді як фармацевт здійснює фармакотерапевтичне супроводження – оцінює можливі взаємодії, пояснює пацієнтці правила застосування, контролює прихильність до лікування та реакції організму на препарат [12, 24].

Зокрема, фармацевтична опіка при відпуску гормонального контрацептиву включає:

- оцінку поточного медикаментозного режиму пацієнтки, з урахуванням супутньої терапії, що може впливати на ефективність гормональних контрацептивів,
- виявлення та мінімізацію ризику лікарських взаємодій, які здатні знижувати контрацептивний ефект або збільшувати ймовірність побічних ефектів,
- моніторинг побічних реакцій та небажаних явищ, включно з розвитком тромбоемболічних ускладнень, метаболічними змінами або порушенням менструального циклу,
- навчання пацієнток та надання інформаційної підтримки, зокрема щодо правильного застосування, режиму дозування та алгоритмів дій у разі пропуску прийому препарату [29].

Результати досліджень показують, що пацієнтки, які отримують структуровану фармацевтичну підтримку, мають вищий рівень знань щодо механізмів дії контрацептивів, ризиків розвитку побічних ефектів, алгоритму дій при пропуску дози, необхідності регулярного медичного моніторингу [12, 17, 29].

Це позитивно впливає на прихильність до лікування, знижує ризик невдач контрацепції та підвищує загальну якість життя.

Фармацевт відіграє ключову роль у створенні ефективних систем повідомлення про небажані явища, співпрацює з медичними працівниками з метою верифікації випадків та рекомендує коригувальні заходи у разі ідентифікації критичних подій. Враховуючи клінічні ризики, асоційовані з гормональною контрацепцією, зокрема ризик венозних тромбоемболічних ускладнень, підвищення артеріального тиску або метаболічні ефекти, роль фармацевтичної опіки у виявленні ранніх предикторів ризику не може бути недооцінена. Фармацевти мають знати основні фактори ризику та вміти проводити первинну скринінгову оцінку шляхом цільового збору анамнезу та моніторингу фізіологічних параметрів (артеріальний тиск, маса тіла, супутня терапія) [12, 18, 29].

Запровадження в практику стандартизованих чек-листів та протоколів оцінки безпеки, рекомендованих клінічними гайдлайнами, дозволяє суттєво знизити ризик серйозних ускладнень і своєчасно спрямовувати пацієнток до лікаря у разі потреби.

За сучасними моделями організації охорони здоров'я, фармацевтична опіка інтегрується у міждисциплінарний процес, де фармацевт у співпраці з лікарем, медичною сестрою та іншими спеціалістами бере участь у формуванні, реалізації та моніторингу фармакотерапевтичних рішень. Такий підхід не лише забезпечує безпеку застосування гормональних контрацептивів, але й підвищує загальну ефективність контрацептивної стратегії.

Необхідність міждисциплінарної співпраці підтверджена численними клінічними дослідженнями, що демонструють зниження частоти медичних помилок, покращення приймання рішень щодо корекції терапії та оптимізацію лікувальних результатів [18].

Висновки до розділу 1

1. Розвиток гормональної контрацепції пройшов складний шлях від перших високодозованих препаратів до сучасних високоселективних засобів із покращеним профілем ефективності та безпеки. Сучасна класифікація гормональних контрацептивів відображає різноманітність їх властивостей і створює основу для індивідуалізованого вибору методу контрацепції, що є ключовим принципом раціональної фармакотерапії.

2. Клініко-фармакологічні властивості гормональних контрацептивів являють собою багатокомпонентний комплекс, що включає механізми дії, фармакокінетичні характеристики, терапевтичні ефекти та профіль безпеки. Їх розуміння є необхідною умовою раціонального застосування в клінічній практиці та забезпечення максимальної ефективності при мінімальному ризику для здоров'я пацієнток.

3. Гормональні контрацептиви є високоефективними засобами запобігання небажаних вагітностей та мають широкий спектр додаткових терапевтичних ефектів. Водночас їх застосування потребує ретельного врахування показань, протипоказань і можливих побічних реакцій. Індивідуалізований підхід до вибору препарату є ключовою умовою забезпечення безпеки та ефективності фармакотерапії.

4. Рациональне застосування гормональних контрацептивів ґрунтується на індивідуалізації терапії, науково обґрунтованому виборі препарату, оцінці ризиків, урахуванні фармакокінетичних і фармакодинамічних особливостей, а також забезпеченні прихильності пацієнток до лікування та належному фармаконагляді. Дотримання цих принципів дозволяє досягти оптимального співвідношення ефективності та безпеки.

5. Сучасний фармацевтичний ринок гормональних контрацептивів є динамічним та інноваційно орієнтованим. Його розвиток визначається поєднанням медичних, соціальних і економічних чинників, а також впровадженням новітніх технологій. Подальше зростання ринку пов'язане з підвищенням доступності контрацепції, розвитком персоналізованої медицини та вдосконаленням профілю безпеки препаратів.

6. Гормональні контрацептиви є високоефективними та відносно безпечними лікарськими засобами, що підтверджено результатами численних клінічних досліджень і метааналізів. Основним ризиком є венозні тромбоемболічні ускладнення, частота яких залежить від складу препарату та індивідуальних характеристик пацієнтки. Використання принципів доказової медицини дозволяє оптимізувати вибір контрацептиву та мінімізувати ризики.

7. Фармацевтична опіка є важливою складовою забезпечення безпеки гормональної контрацепції. Вона включає оцінку терапії, консультування пацієнток, моніторинг побічних реакцій та підтримку прихильності до лікування. Її реалізація сприяє підвищенню якості медичної допомоги та зниженню ризиків, пов'язаних із тривалим застосуванням цих препаратів.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Серед завдань практичної частини нашого дослідження були: вивчення асортименту гормональних контрацептивів, представлених на фармацевтичному ринку України; розробка Google-форми для опитування фармацевтів аптечних мереж України стосовно їх обізнаності з умовами раціонального застосування препаратів для гормональної контрацепції; проведення анонімних анкетних опитувань серед фармацевтів; аналіз отриманих відповідей. Для виконання поставлених завдань нами були використані такі методи дослідження: інформаційного пошуку, бібліографічний, соціологічний та системно-аналітичний.

У відповідності з поставленими завданнями, практична частина нашого дослідження проходила у чотири етапи.

На першому етапі роботи за даними аналізу даних відкритих інформаційних джерел (зокрема, «Компендіуму», «Державного реєстру лікарських засобів України» тощо) нами було проведене вивчення асортименту лікарських препаратів групи гормональних контрацептивів, зареєстрованих на вітчизняному фармацевтичному ринку.

На другому етапі ми розробили анкету (Google-форму) для опитування фармацевтів. Розроблена анкета включала 38 питань і складалася з двох частин: першої, присвяченої загальній характеристиці респондентів (5 питань), та другої (основної) частини, присвяченої вивченню обізнаності фармацевтів з теми дослідження (33 питання). Повний текст анкети наведено в додатку А.

Перша частина розробленої анкети передбачала збір демографічної інформації про учасників дослідження, а саме: стать, вік, область проживання, рівень фармацевтичної або медичної освіти, наявний стаж роботи в аптечному закладі. У другій частині анкети містилися питання, спрямовані на отримання відповідей щодо обізнаності респондентів про лікарські форми, асортимент та склад препаратів гормональних контрацептивів, механізмів їх дії, особливостей фармакодинаміки, показань, протипоказань, побічних ефектів, взаємодії з

лікарськими препаратами інших груп, умов раціонального застосування. У питанні наприкінці анкети респондентам пропонується самооцінити свої знання щодо раціонального застосування гормональних контрацептивів. Анкета включала 12 питань з одиночною відповіддю та 25 питань з множинним вибором відповідей. Одне питання передбачало можливість власного варіанту відповіді.

Третій етап практичної частини роботи – етап накопичення даних, що передбачав розповсюдження анкети серед респондентів, проведення анкетного опитування та збір відповідей. Інтернет-опитування проводилося за допомогою Google-форми серед фармацевтів аптек України у березні-квітні 2026 р. В опитуванні взяли участь 43 респонденти. Для забезпечення репрезентативності ми використали випадкову стратифіковану вибірку, при формуванні якої враховувалися такі параметри, як вік, стать, наявність та рівень фармацевтичної або медичної освіти, стаж роботи в аптечних закладах. Дослідження проводили з дотриманням етичних норм. Участь респондентів в опитуванні була добровільною, забезпечувалася їх повна анонімність. Перед анкетуванням від учасників опитування було отримано інформовану згоду. Отримані в ході опитування дані ми використовували виключно в узагальненому вигляді. Нами цілком усвідомлювалися обмеження застосованого в роботі методу анкетування, зокрема, можливий вплив онлайн-формату на репрезентативність вибірки, суб'єктивність самооцінки власних знань респондентами та можливі технічні помилки при заповненні анкети.

Останній, аналітичний етап дослідження був присвячений обробці отриманої інформації, її статистичному аналізу та інтерпретації отриманих результатів.

Висновки до розділу 2

1. На першому етапі роботи за результатами аналізу відкритих інформаційних джерел («Компендіум», «Державний реєстр лікарських засобів Укра-

їни» тощо) нами було проведено дослідження асортименту лікарських препаратів групи гормональних контрацептивів, зареєстрованих на українському фармацевтичному ринку.

2. Для проведення анкетування фармацевтів нами було розроблено Google-форму, яка містила питання про демографічні дані респондентів (вік, стать, рівень освіти, стаж роботи в аптеці), лікарські форми, асортимент та склад препаратів гормональних контрацептивів, механізми їхньої дії, особливості фармакодинаміки, показання, протипоказання, побічні ефекти, умови раціонального застосування та взаємодії з лікарськими препаратами інших груп.

3. Інтернет-опитування проводили серед фармацевтів аптек України у березні-квітні 2026 р. В опитуванні взяли участь 43 респонденти. Участь в опитуванні була добровільною, забезпечувалася анонімність респондентів, від них було отримано інформовану згоду на участь у дослідженні, а дані опитування використовувалися виключно в узагальненому вигляді.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ПРЕПАРАТІВ ГОРМОНАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ, ЗАРЕЄСТРОВАНИХ В УКРАЇНІ

Об'єктами аналізу асортименту препаратів гормональних контрацептивів, наявних на вітчизняному фармацевтичному ринку, були готові лікарські засоби, що були зареєстровані в Україні станом на 01.04.2026 р. згідно з даними Державного реєстру лікарських засобів України [2]. До дослідження ми включили лікарські засоби фармакотерапевтичної групи G03A – Гормональні контрацептиви для системного застосування, та окремих представників фармакотерапевтичних груп G02B – Контрацептиви для місцевого застосування та G03H – Антиандрогени [2, 4].

За підсумками проведеної роботи нами було встановлено, що асортимент препаратів гормональних контрацептивів представлений на фармацевтичному ринку України 71 найменуванням (табл. 3.1, рис. 3.1).

Таблиця 3.1

Гормональні контрацептиви, зареєстровані в Україні на 01.04.2026

Група препаратів, код АТС	Кількість зареєстрованих ЛЗ	В т.ч. за лікарськими формами			В т.ч. за країною-виробником	
		Пероральні	Парентеральні	Місцевої дії	Вітчизняні	Імпортovanі
G02B – Контрацептиви для місцевого застосування	4	-	-	4	-	4
G02BA03 – Пластикові внутрішньматкові контрацептиви з прогестагенами	2	-	-	2	-	2
G02BB01 – Вагінальні кільця з прогестагеном та естрогеном	2	-	-	2	-	2

G03A – Гормональні контрацептиви для системного застосування	65	61	4	-	-	65
<i>G03AA – Естрогени і гестагени у фіксованих комбінаціях</i>	42	41	1	-	-	42
G03AA07 – Левоноргестрел та етинілестрадіол	4	4	-	-	-	4
G03AA09 – Дезогестрел та етинілестрадіол	4	4	-	-	-	4
G03AA10 – Гестоден та етинілестрадіол	4	4	-	-	-	4
G03AA12 – Дроспіренон та етинілестрадіол	19	19	-	-	-	19
G03AA13 – Норельгестромін та етинілестрадіол	1	-	1	-	-	1
G03AA15 – Хлормадион та етинілестрадіол	3	3	-	-	-	3
G03AA16 – Дієногест та етинілестрадіол	6	6	-	-	-	6
G03AA18 – Дроспіренон та естетрол	1	1	-	-	-	1
<i>G03AB – Гестагени і естрогени для послідовного застосування</i>	2	2	-	-	-	2
G03AB03 – Левоноргестрел та етинілестрадіол	1	1	-	-	-	1
G03AB08 – Дієногест та естрадіол	1	1	-	-	-	1
<i>G03AC – Гестагени</i>	6	3	3	-	-	6
G03AC06 – Медроксипрогестерон	2	-	2	-	-	2
G03AC08 – Етоногестрел	1	-	1	-	-	1
G03AC09 – Дезогестрел	3	3	-	-	-	3
<i>G03AD – Екстрені контрацептиви</i>	15	15	-	-	-	15
G03AD01 – Левоноргестрел	13	13	-	-	-	13
G03AD02 – Уліпристал	2	2	-	-	-	2
<i>G03H – Антиандрогени</i>	2	2	-	-	-	2
G03HB01 – Ципротерон та етинілестрадіол	2	2	-	-	-	2
Всього	71	63	4	4	-	71

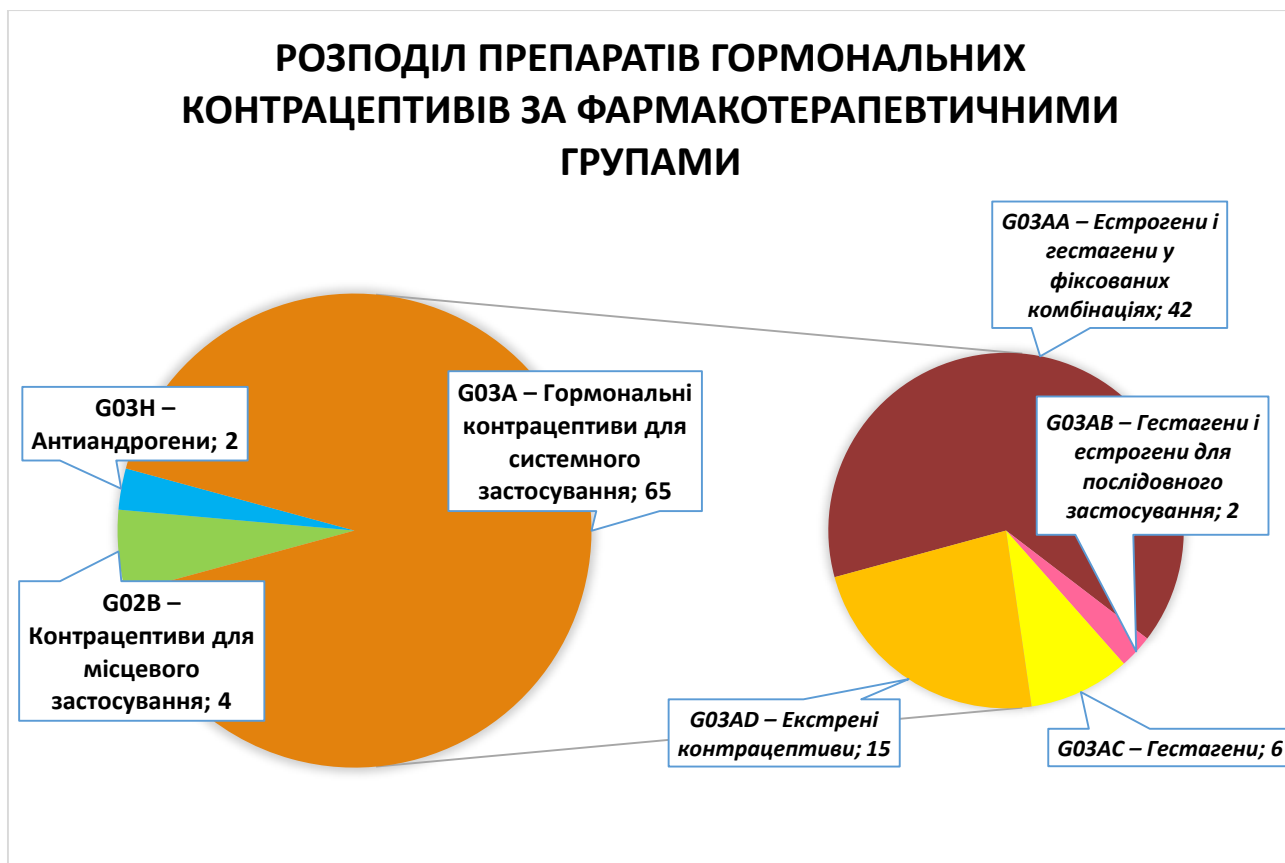


Рис. 3.1. Розподіл препаратів гормональних контрацептивів за фармакотерапевтичними групами

Як бачимо з таблиці, на ринку України найширше представлена фармакотерапевтична група G03A – Гормональні контрацептиви для системного застосування, яка нараховує 65 найменувань, в т.ч. 61 – в пероральних та 4 – в парентеральних лікарських формах для системного застосування. Підгрупа G03AA – Естрогени і гестагени у фіксованих комбінаціях представлена 42 препаратами, що відрізняються за композицією гестагенів та естрогенів і за їх дозуванням. Це переважно препарати у пероральних ЛФ, за виключенням комбінації норельгестроміну та етинілестрадіолу (Евра), що випускається у парентеральній ЛФ (ТТС). Підгрупа G03AB – Гестагени і естрогени для послідовного застосування включає 2 препарати багатофазних ОК (Клайра та Три-Регол). Підгрупа G03AC – Гестагени нараховує 6 найменувань, в т.ч. 3 у пероральних (препарати дезогестрелу – міні-пілі) та 3 у парентеральних (Депо-Про-

вера, Імпланон) лікарських формах. Підгрупа G03AD – Екстрені контрацептиви представлена 15 препаратами у пероральних ЛФ, в т.ч. 13 препаратами левоноргестрелу та 2 – уліпристалу (рис. 3.1).

З-поміж препаратів фармакотерапевтичної групи G03H – Антиандрогени як ОК використовуються комбінації ципротерону та етинілестрадіолу, представлені 2 найменуваннями (Дебора, Діане-35) (рис. 3.1).

Лікарські засоби фармакотерапевтичної групи G02B – Контрацептиви для місцевого застосування, що належать до гормональних препаратів, представлені 4 позиціями у ЛФ місцевої дії, а саме 2 пластиковими внутрішньматковими контрацептивами з прогестагенами (Джайдес, Мірена) та 2 вагінальними кільцями з прогестагеном та естрогеном (Новарінг, Поларінг) (рис. 3.1, 3.2).

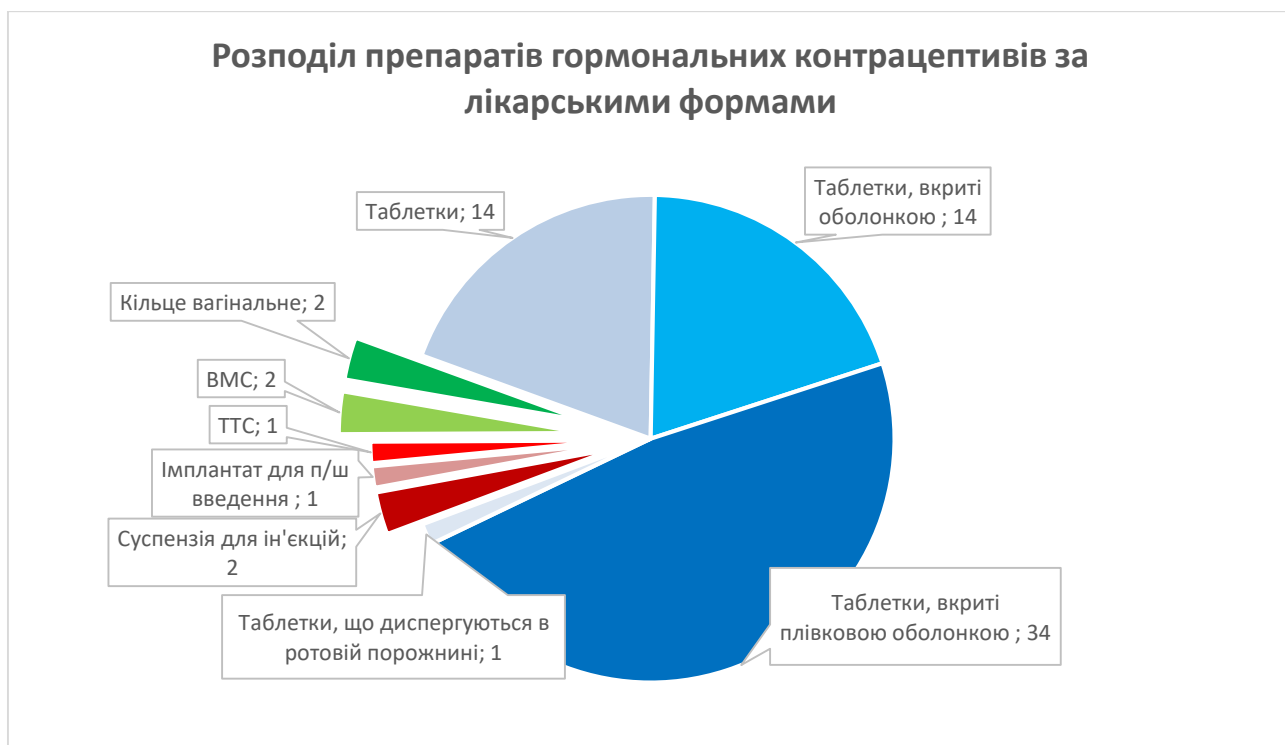


Рис. 3.2. Розподіл препаратів гормональних контрацептивів за лікарськими формами

Переважає більшість препаратів гормональних контрацептивів, зареєстрованих на ринку України (63), випускається у пероральних лікарських фор-

мах, зокрема: таблетки – 14 найменувань; таблетки, вкриті оболонкою - 14 найменувань; таблетки, вкриті плівковою оболонкою – 34 найменування; таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині – 1 найменування (Ескапел). Парентеральні ЛФ системної дії (4 позиції) представлені суспензією для ін'єкцій (2 – Депо-Провера), імплантатом для підшкірного введення (1 – Імпланон) та ТТС – пластиром (1 - Евра) (рис. 3.2).

Що стосується країн-виробників, усі представлені на ринку гормональні контрацептиви є імпортованими. Серед іноземних країн-виробників зареєстрованих в Україні препаратів представлені Королівство Іспанія (18 позицій), Угорська Республіка, Федеративна Республіка Німеччина (обидві – по 17 позицій), Республіка Індія (11 позицій), Королівство Бельгія (4 позиції), Королівство Нідерланди (3 позиції) та Республіка Фінляндія (1 позиція) (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Розподіл препаратів гормональних контрацептивів за країнами-виробниками

Серед компаній-виробників найширше представлені Gedeon Richter plc (Угорщина; включно з підрозділами в інших країнах) – 18 найменувань; Bayer AG (ФРН; включно з підрозділами в інших країнах) – 10 найменувань; mibe GmbH Arzneimittel (ФРН), ATDIS PHARMA, S.L. (Іспанія) та Sun Pharmaceutical Industries Limited (Індія) – по 7 найменувань; Laboratorios Leon Farma, S.A. (Іспанія) – 6 найменувань (рис. 3.4).



Рис. 3.4. Розподіл препаратів гормональних контрацептивів за компаніями-виробниками

Висновки до розділу 3

1. За даними аналізу інформації з відкритих інформаційних джерел («Державний реєстр лікарських засобів України», «Компендіум» тощо) нами було проведене вивчення асортименту гормональних контрацептивів для системного та місцевого застосування, зареєстрованих на ринку України, а саме фармакотерапевтичної групи G03A – Гормональні контрацептиви для системного застосування, та окремих представників фармакотерапевтичних груп G02B – Контрацептиви для місцевого застосування та G03H – Антиандрогени.

2. Встановлено, що асортимент препаратів гормональних контрацептивів представлений на фармацевтичному ринку України 71 найменуванням, причому найширше представлена фармакотерапевтична група G03A, яка на раховує 65 найменувань. Переважна більшість цих препаратів (63) випускається у пероральних лікарських формах, окрім того, представлені парентеральні та топічні ЛФ (по 4). Усі представлені на ринку гормональні контрацептиви є імпортованими.

РОЗДІЛ 4. ОЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ФАРМАЦЕВТІВ ЩОДО РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ГОРМОНАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ

4.1. Загальна характеристика респондентів

За результатами анкетування ми проаналізували демографічні характеристики (стать, вік), освітній профіль та стаж роботи респондентів. Загальний обсяг учасників дослідження склав 43 особи, що забезпечило достатню репрезентативність вибірки для вивчення інформованості респондентів з теми дослідження.

Опитана аудиторія характеризувалася великим переважанням жінок (90,7%, або 39 із 43 осіб), що загалом відповідає статевому складу співробітників аптек в Україні (рис. 4.1).

1. Вкажіть, будь ласка, Вашу стать:

43 відповіді

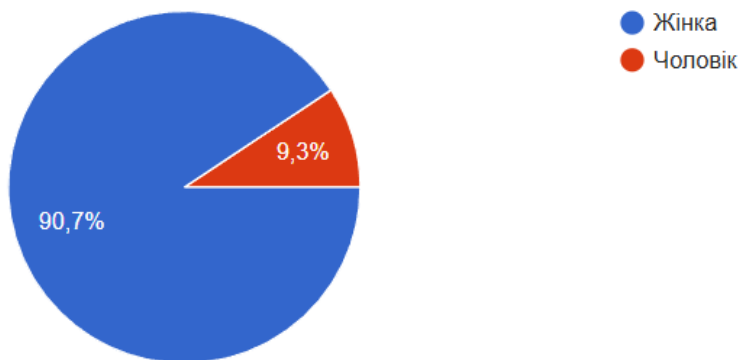


Рис. 4.1. Розподіл учасників дослідження за статтю

Розподіл учасників дослідження за віком показав, що понад половину опитаних склала молодь (18-25 років) (53,5%, або 23 особи). Частка дорослих осіб молодого віку (26-44 років) склала 32,6% (14 осіб), осіб середнього віку (45-59 років) – 11,6% опитаних (5 осіб), похилого віку 60 років і більше – 2,3% (1 респондент) (рис. 4.2).

Розподіл учасників дослідження за регіонами їх проживання показав, що в опитуванні взяли участь мешканці 13 регіонів України (рис. 4.3).

2. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік (повних років):



43 відповіді

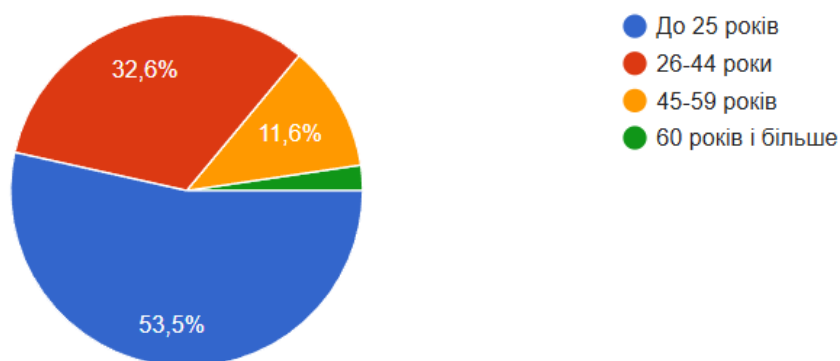


Рис. 4.2. Розподіл учасників дослідження за віком



Рис. 4.3. Розподіл учасників дослідження за регіонами проживання

Найбільш представленими виявилися Тернопільська область (11 осіб) – регіон проживання авторки цієї кваліфікаційної роботи, та Харківська область (8 осіб) – регіон, де вона навчається.

Переважає більшість респондентів мають фармацевтичну освіту (86,1%), в тому числі 37,2% (16 осіб) – другий рівень вищої фармацевтичної освіти (спеціаліст або магістр), 32,6% (14 осіб) – перший рівень вищої фарма-

цевтичної освіти (бакалавр), 16,3% (7 осіб) – передвищу (середню) фармацевтичну освіту (молодший спеціаліст або фаховий молодший бакалавр). 4 особи мають медичну освіту, 2 особи – ще не мають, але наразі здобувають профільну освіту (рис. 4.4).

4. Чи маєте Ви фармацевтичну або медичну освіту?

 Копіювати діаграму

43 відповіді



Рис. 4.4. Розподіл учасників дослідження за рівнем освіти

Наступне питання анкети стосувалося стажу роботи учасників дослідження в аптечних закладах. Відповіді розподілилися наступним чином: 11,6% (5 осіб) мають стаж роботи в аптеці понад 20 років, 11,6% (5 осіб) – від 10 до 20 років, 18,6% (8 осіб) – від 5 до 10 років, 39,5% (17 осіб) – від 1 до 5 років, і ще 16,3% (7 осіб) опитаних мають досвід роботи в аптеці менше 1 року (рис. 4.5).

5. Вкажіть, будь ласка, Ваш стаж роботи в аптеці:

 Копіювати діаграму

43 відповіді

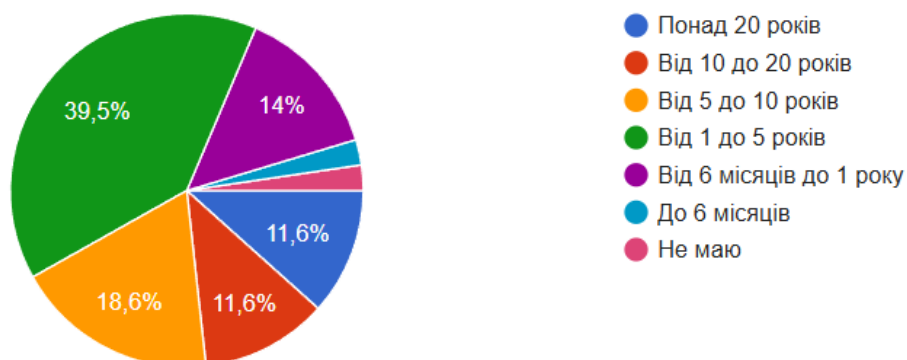


Рис. 4.5. Склад учасників дослідження за стажом роботи в аптеці

4.2. Визначення інформованості респондентів щодо клініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування гормональних контрацептивів

В основній частині нашої анкети фармацевтам були поставлені питання щодо лікарських форм, складу, класифікації та номенклатури гормональних контрацептивів, механізмів їх дії, особливостей їх фармакодинаміки, показань, протипоказань, побічних ефектів, переваг окремих груп гормональних контрацептивів над іншими, взаємодії з препаратами інших груп, умов раціонального застосування, а також було запропоновано самооцінити власний рівень обізнаності щодо клініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування гормональних контрацептивів.

У першому питанні цієї частини анкети ми поцікавилися наявністю у респондентів досвіду фармацевтичної опіки при відпуску гормональних контрацептивів. Було встановлено, що більш ніж двом третинам опитаних (67,4%) доводилося проводити фармацевтичну опіку при відпуску гормональних контрацептивів (рис. 4.6).

6. Чи доводилося Вам проводити фармацевтичну опіку при відпуску гормональних контрацептивів?

43 відповіді

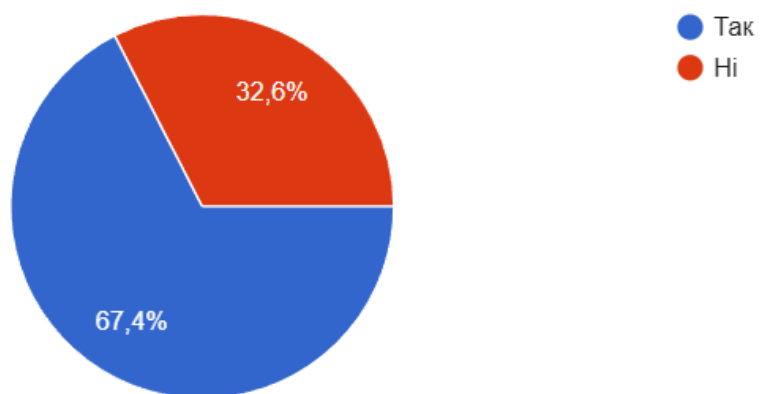


Рис. 4.6. Наявність у респондентів досвіду фармацевтичної опіки при відпуску гормональних контрацептивів

Наступне питання стосувалося лікарських форм препаратів гормональних контрацептивів, відомих учасникам дослідження (рис. 4.7).

7. Які лікарські форми гормональних контрацептивів Вам відомі?

 Копіювати дія

(одна або декілька відповідей)

43 відповіді

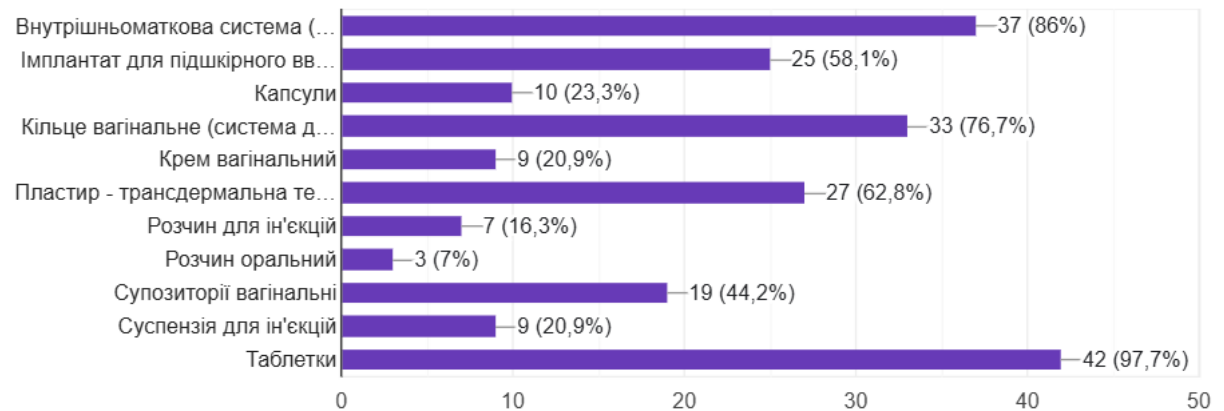


Рис. 4.7. Обізнаність респондентів щодо лікарських форм гормональних контрацептивів

97,7% опитаних вказали таблетки, 86% - внутрішньоматкову систему (ВМС), 76,7% - кільце вагінальне (систему доставки вагінальну), 62,8% - пластир - трансдермальну терапевтичну систему (ТТС), 58,1% - імплантат для підшкірного введення, і лише 20,9% - суспензію для ін'єкцій. В той же час значна кількість респондентів обрали завідомо неправильні варіанти відповіді (дистрактори): 44,2% - супозиторії вагінальні, 23% - капсули, 20,9% - крем вагінальний, 16,3% - розчин для ін'єкцій.

Наступне питання анкети стосувалося механізмів дії гормональних контрацептивів. Більшість респондентів вказали один або декілька правильних механізмів дії: 83,7% - «Згущення цервікального слизу та пригнічення починаючої здатності сперматозоїдів», 81,4% - «Пригнічення овуляції за рахунок блокади викиду рилізінг-гормонів, ФСГ та ЛГ», 60,5% - «Пригнічення фолікулогенезу в яєчниках», 46,5% - «Пригнічення перистальтики маткових труб та транспорту яйцеклітини в матку», 32,6% - «Порушення процесів проліферації ендометрію». Однак частина респондентів обрали також дистрактори: 18,6% -

«Запобігання проникнення сперматозоїдів у матку за рахунок створення фізичного бар'єру», 14% - «Порушення цілісності мембрани сперматозоїдів» (рис. 4.8).

8. В чому полягає механізм дії гормональних контрацептивів?

 Копіювати діаграму

(одна або декілька відповідей)

43 відповіді

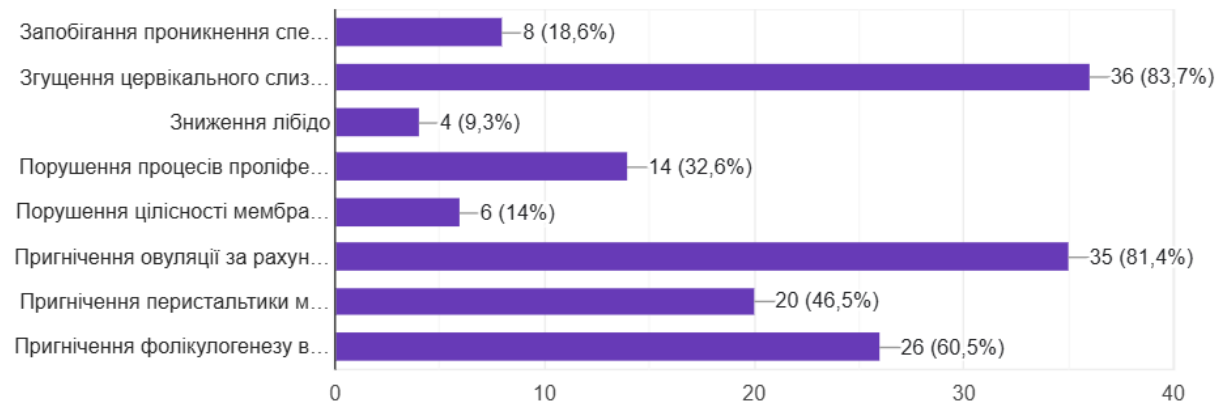


Рис. 4.8. Обізнаність респондентів щодо механізмів дії гормональних контрацептивів

У наступному питанні ми попросили фармацевтів вказати правильне визначення поняття «Індекс Перля» (рис. 4.9).

9. Що таке індекс Перля?

 Копіювати діаграму

43 відповіді

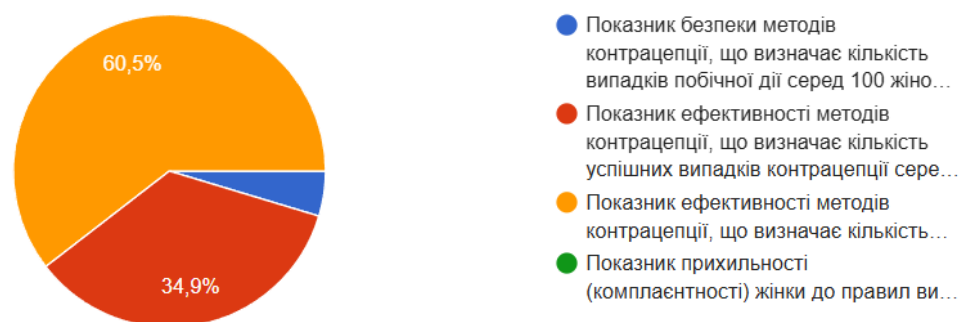


Рис. 4.9. Визначення індексу Перля

60,5% опитаних вказали правильну відповідь – «Показник ефективності методів контрацепції, що визначає кількість незапланованих вагітностей серед 100 жінок, які використовують певний метод протягом одного року». Однак

34,9% респондентів обрали дистрактор «Показник ефективності методів контрацепції, що визначає кількість успішних випадків контрацепції серед 100 жінок, які використовують певний метод протягом одного року».

Переважає більшість опитаних фармацевтів (72,1%) правильно вказали значення індексу Перля, притаманне гормональним контрацептивам (за умови їх раціонального застосування) – 0,1 – 1 (рис. 4.10).

10. Яке значення індексу Перля притаманне гормональним контрацептивам (за умови їх раціонального застосування)?

43 відповіді

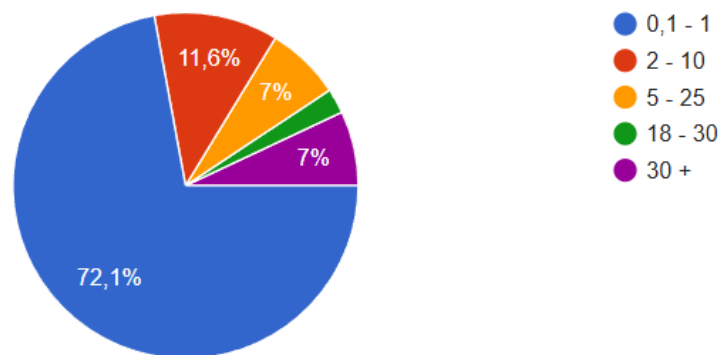


Рис. 4.10. Обізнаність респондентів щодо значення індексу Перля гормональних контрацептивів

Серед основних побічних ефектів гормональних контрацептивів більшість респондентів вказали «Збільшення маси тіла» (81,4%), «Головний біль», «Міжменструальні кровотечі, кров'яністі вагінальні виділення», «Нудоту, блювання, біль у животі» (по 76,7%), «Нагрубання молочних залоз, масталгію» (74,4%), «Нервозність, перепади настрою» (65,1%), «Венозну та артеріальну тромбоемболію» (62,8%), «Алергічні реакції» (55,8%), «Підвищення ризику розвитку раку шийки матки та молочної залози» та «Порушення функції печінки та жовчного міхура» (по 53,5%), «Депресію» та «Зниження лібідо» (по 51,2%). Менша кількість опитаних виявилися обізнаними про такі можливі побічні реакції, як «Вагінальні інфекції, в т.ч. кандидоз» (46,5%), «Набряки» (44,2%), «Акне», «Артеріальна гіпертензія» (по 41,9%), «Дисліпідемія»

(34,9%), «Інфаркт міокарду» (32,6%) та «Дискомфорт при використанні контактних лінз» (30,2%). Варіанти-дистрактори обрала незначна кількість опитаних (рис. 4.11).

11. Вкажіть основні побічні ефекти гормональних контрацептивів:

 [Копіювати діал](#)

(декілька відповідей)

43 відповіді

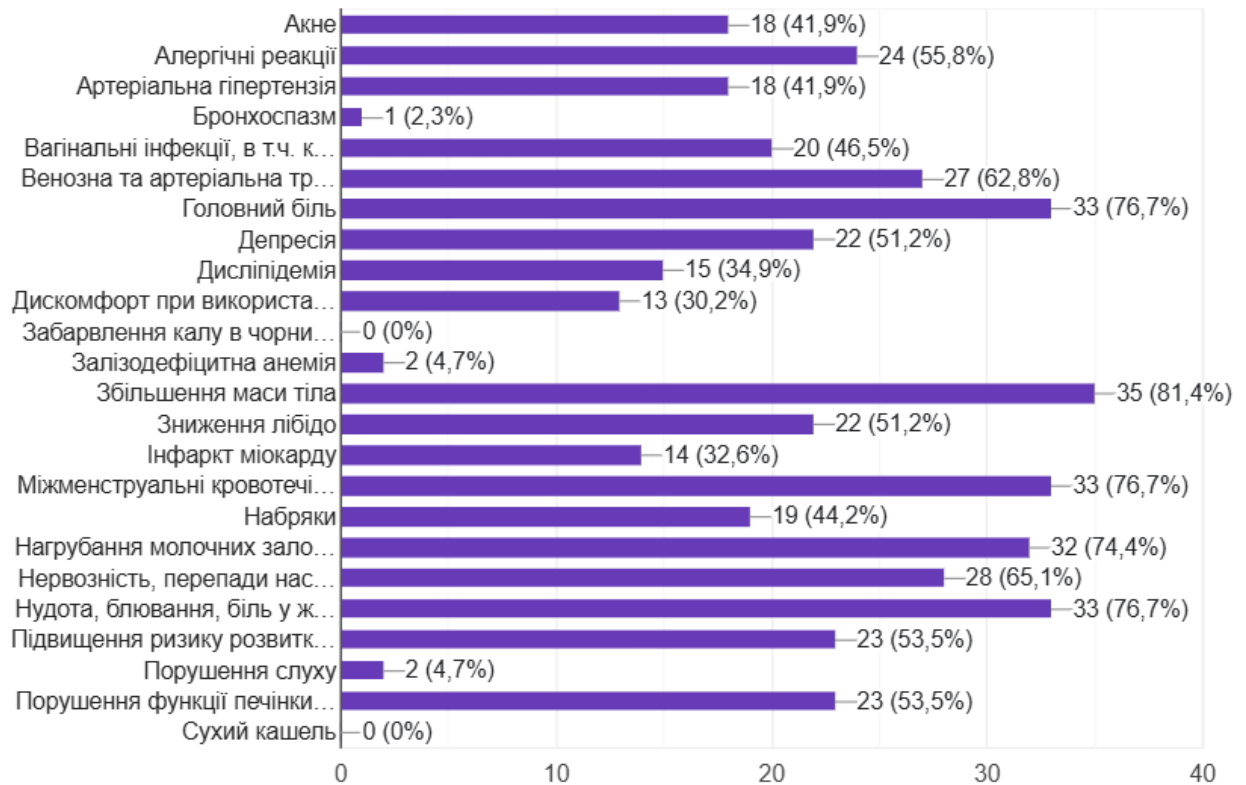


Рис. 4.11. Обізнаність респондентів щодо побічних ефектів гормональних контрацептивів

В наступному питанні ми визначили обізнаність фармацевтів про можливі протипоказання (абсолютні або відносні) до застосування гормональних контрацептивів. Більшість опитаних виявилися обізнаними про такі протипоказання, як «Тромбоемболії, тромбофлебіти (в т.ч. в сімейному анамнезі)» (88,4%), «Відомі або підозрювані злоякісні пухлини, залежні від статевих гормонів» (83,7%), «Вагітність» (81,4%), «Маткові або вагінальні кровотечі» (76,7%), «Цукровий діабет із судинними ускладненнями» (69,8%), «Артеріальна гіпертензія» (62,8%), «Лактація» (58,1%), «Захворювання печінки та жовчного міхура» (55,8%), «Мігрень» та «Порушення мозкового кровообігу» (по

51,2%) (рис. 4.12). Меншу обізнаність респонденти продемонстрували щодо таких абсолютних або відносних протипоказань, як «Ожиріння», «Тяжка дисліпідемія», «Хірургічні втручання» (по 46,5%), «Стенокардія» (44,2%), «Неврози, психози» (34,9%), «Вік від 35 років» та «Тривала іммобілізація» (по 32,6%), «Серповидноклітинна анемія» (27,9%) (рис. 4.12).

12. Вкажіть можливі протипоказання (абсолютні або відносні) до застосування гормональних контрацептивів: (декілька відповідей)

 [Копіювати діаграму](#)

43 відповіді

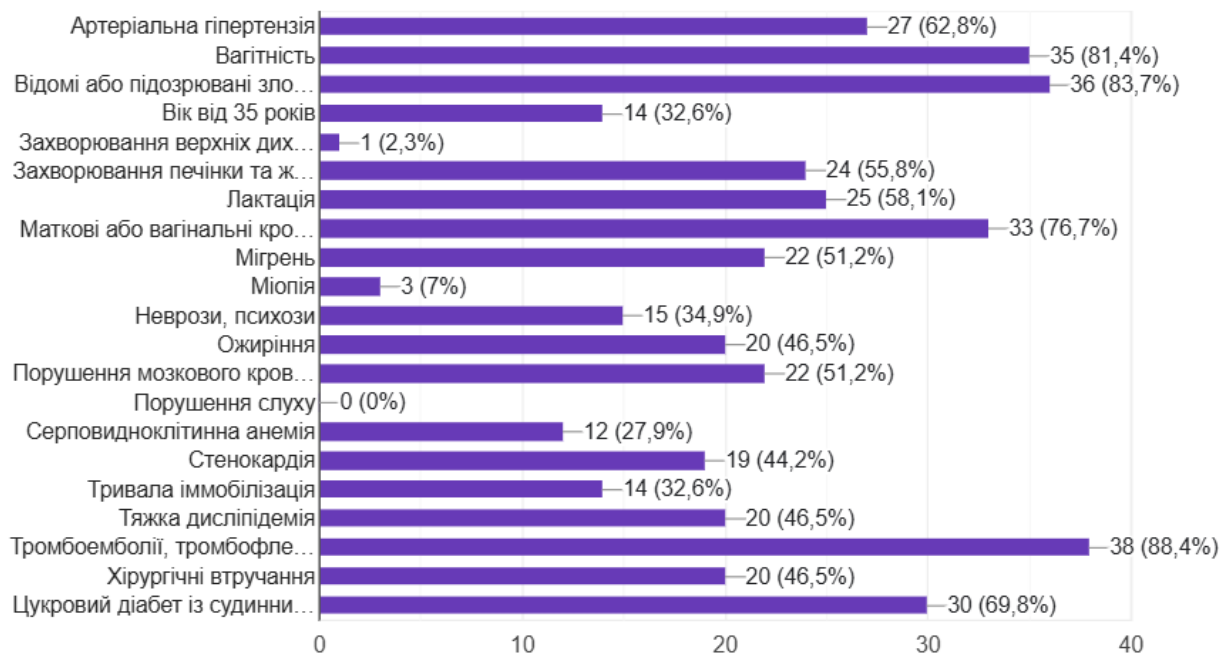


Рис. 4.12. Обізнаність респондентів щодо протипоказань до застосування гормональних контрацептивів

Респонденти показали достатньо високу обізнаність щодо можливих додаткових показань до застосування гормональних контрацептивів, окрім контрацепції (рис. 4.13). Зокрема, серед таких показань 88,4% респондентів вказали ендометріоз, 83,7% - порушення менструального циклу, 79,1% - синдром полікістозу яєчників, по 72,1% - акне та міому матки, 67,4% - передменструальний синдром. Дещо гірше опитаним фармацевтам відомо про можливості використання гормональних контрацептивів у терапії онкологічних захворювань, залежних від статевих гормонів, та симптомів менопаузи (по 46,5%), гірсутизму (44,2%), себореї (25,6%).

13. Вкажіть можливі додаткові показання до застосування гормональних контрацептивів (окрім контрацепції): (одна або декілька відповідей)

 [Копіювати діаграму](#)

43 відповіді

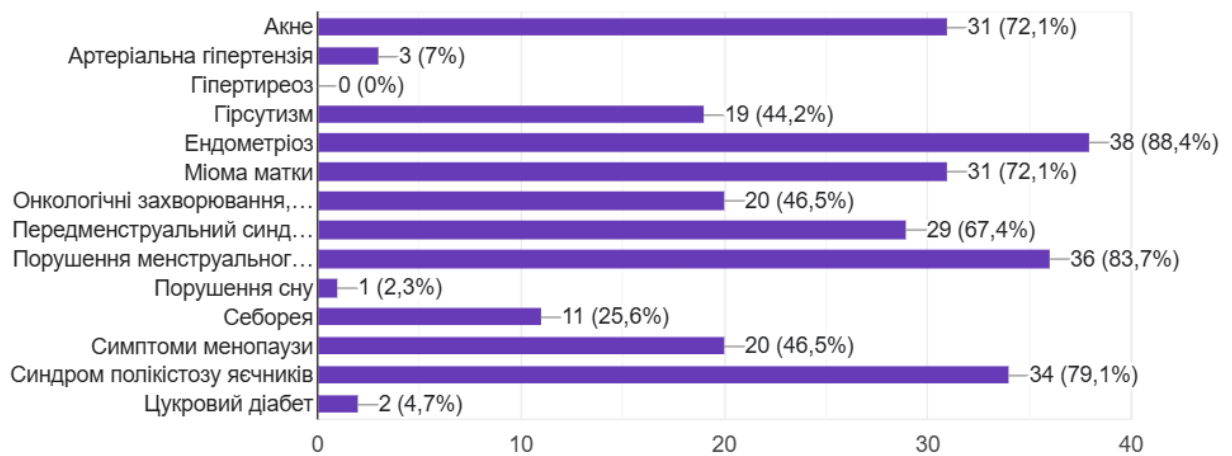


Рис. 4.13. Обізнаність респондентів щодо можливих додаткових показань до застосування гормональних контрацептивів

14. Які препарати належать до комбінованих оральних контрацептивів (КОК)? (одна або декілька відповідей)

 [Копіювати діаграму](#)

43 відповіді

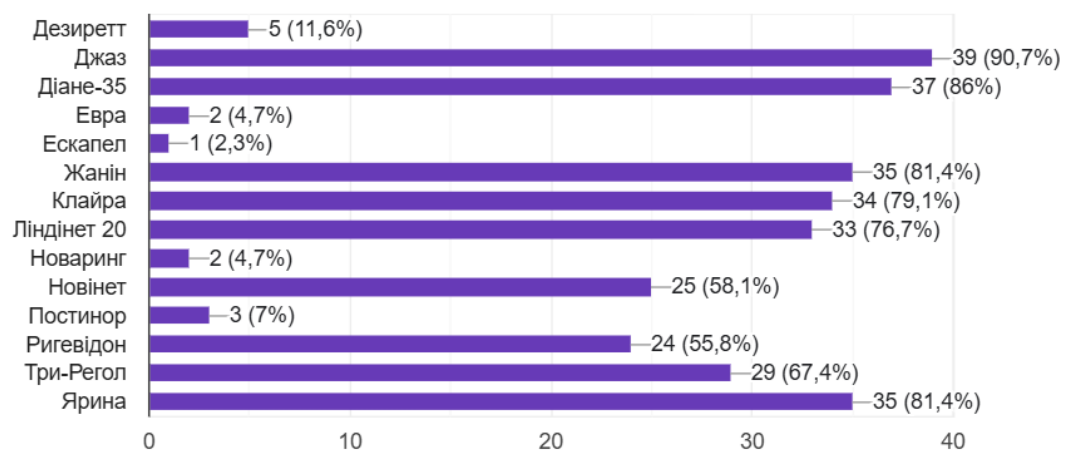


Рис. 4.14. Обізнаність респондентів щодо асортименту КОК

Респонденти досить непогано орієнтуються в асортименті комбінованих оральних контрацептивів (КОК). Так, 90,7% опитаних правильно віднесли до цієї категорії ОК Джаз, 86% - Діане-35, по 81,4% - Жанін та Ярину, 79,1% - Клайру, 76,7% - Ліндінет 20, 67,4% - Три-Регол, 58,1% - Новінет, 55,8% - Ригевідон (рис. 4.14).

Що стосується діючих речовин групи прогестинів, які входять до складу КОК, то більшість опитаних правильно обрали Левоноргестрел (79,1%), Дезогестрел (76,7%), Гестоден та Дієногест (по 58,1%). Менш відомими для респондентів виявилися Дроспіренон (44,2%) та Ципротерон (37,2%). Водночас частина респондентів обрати дистрактори: гестагени, які не застосовуються у складі КОК – Прогестерон (23,3%) та Медроксипрогестерон (16,3%), та естрогени – Етинілестрадіол (32,6%), Естрадіол (16,3%) та Естріол (11,6%) (рис. 4.15).

15. Які діючі речовини групи прогестинів входять до складу КОК?
(одна або декілька відповідей)

 [Копіювати діалог](#)

43 відповіді

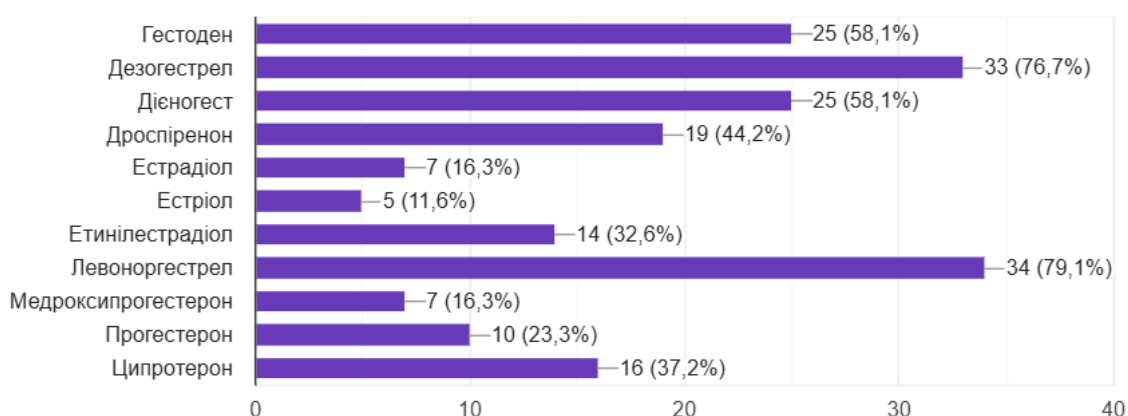


Рис. 4.15. Обізнаність респондентів щодо діючих речовин групи прогестинів, які входять до складу КОК

Наступне питання було присвячене дозуванню КОК, а саме принципу, за яким вони поділяються на високо-, низько- та мікродозовані (рис. 4.16). Більшість респондентів надали правильну відповідь – «Вмісту естрогенового компонента» (60,5%). Однак 30,2% опитаних обрали дистрактор «Вмісту суми естрогенового та прогестинового компонентів», і ще 9,3% - дистрактор «Вмісту прогестинового компонента».

16. КОК поділяються на високодозовані, низькодозовані та мікродозовані залежно від:

 Копіювати діаг

43 відповіді

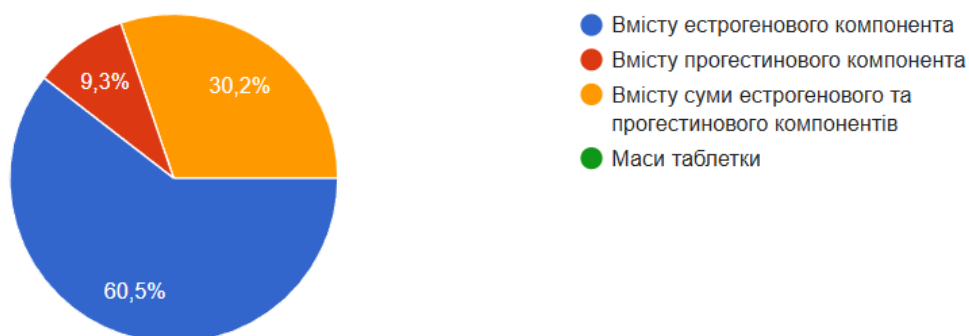


Рис. 4.16. Обізнаність респондентів щодо дозування КОК

17. Які переваги мають мікродозовані КОК перед низькодозованими? (одна або декілька відповідей)

 Копіювати діаграм

43 відповіді

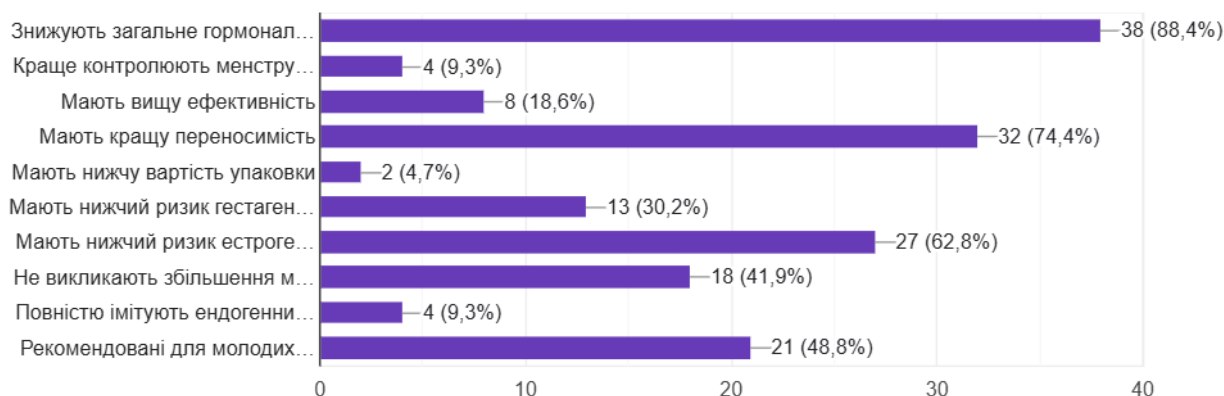


Рис. 4.17. Обізнаність респондентів щодо переваг мікродозованих КОК

Учасники дослідження досить точно визначили основні переваги мікродозованих КОК перед низькодозованими: зниження загального гормонального навантаження (88,4%), кращу переносимість (74,4%), нижчий ризик естрогензалежних побічних ефектів (62,89%), рекомендацію для застосування у молодих дівчат та жінок віком понад 35 років (48,8%) та менший ризик збільшення маси тіла (41,9%). Водночас, значна частина опитаних обрала дистрактори: нижчий ризик гестагензалежних побічних ефектів (30,2%) та вищу ефективність (18,6%) (рис. 4.17).

Більшість респондентів правильно ідентифікували багатофазні КОК серед інших гормональних контрацептивів: Клайру та Три-Регол (по 60,5%). Однак, значна кількість опитаних обрали помилкові варіанти: Джаз (27,9%), Жанін (18,6%), Ярину (16,3%), Діане-35 та Ригевідон (по 11,6%) (рис. 4.18).

18. Які препарати належать до багатофазних КОК (3-4 фази)? (одна або декілька відповідей) [Копіювати діа](#)

43 відповіді

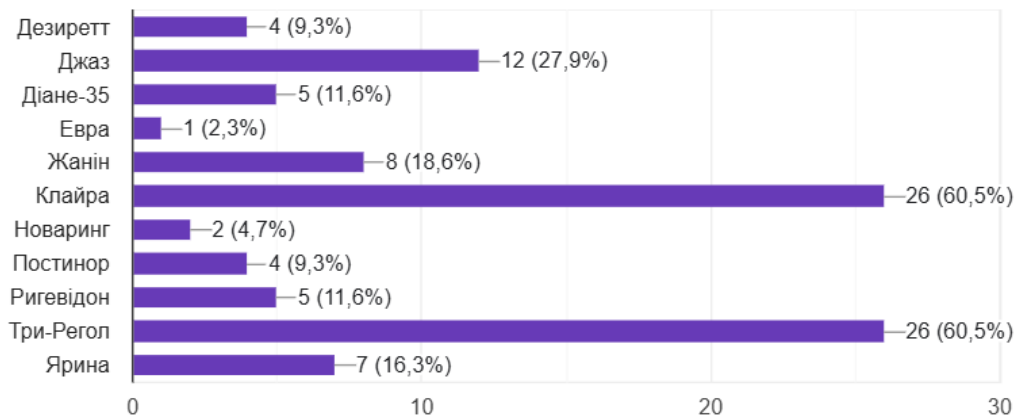


Рис. 4.18. Обізнаність респондентів щодо асортименту багатофазних КОК

19. Які переваги мають багатофазні КОК перед монофазними? (одна або декілька відповідей)

[Копіювати діаграму](#)

43 відповіді

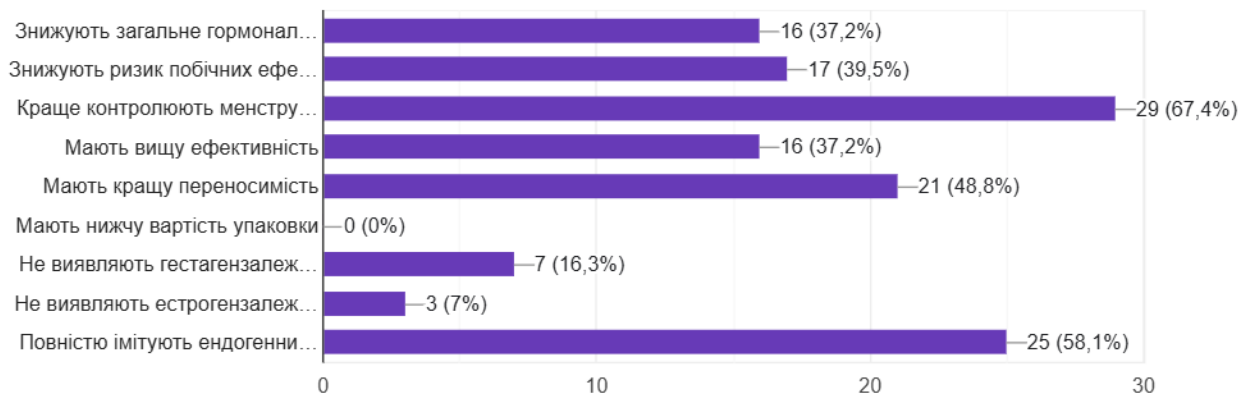


Рис. 4.19. Обізнаність респондентів щодо переваг багатофазних КОК

Що стосується переваг багатофазних КОК перед монофазними, більшість опитаних відзначили дві ключові переваги: кращий контроль менструального циклу (67,4%) та повне відтворення ендокринного гормонального фону протягом циклу (58,1%). Інші ймовірні переваги, що набрали значку кількості

відповідей, а саме: краща переносимість (48,8%), нижчий ризик побічних ефектів (39,5%), зниження загального гормонального навантаження та вища ефективність (по 37,2%), наразі не підтверджені науковими дослідженнями, тож вважаються хибними або як мінімум неочевидними (рис. 4.19).

Більшість респондентів правильно обрали серед препаратів гормональних контрацептивів єдиний, який належить до гестагенвмісних монокомпонентних оральних контрацептивів (міні-пілі) – Дезиретт (65,1%). Досить значну кількість відповідей набрати також дистрактори: Жанін (18,6%), Джаз, Ригевідон та Ярина (по 14%) (рис. 4.20).

20. Які препарати належать до гестагенвмісних монокомпонентних оральних контрацептивів (міні-пілі)? (одна або декілька відповідей)

 [Копіювати діаграму](#)

43 відповіді

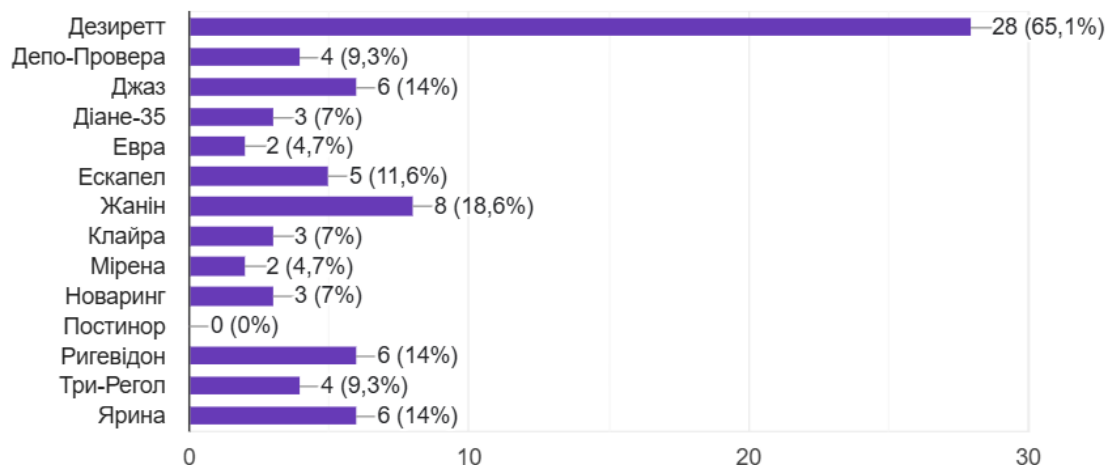


Рис. 4.20. Обізнаність респондентів щодо асортименту гестагенвмісних монокомпонентних ОК

Серед переваг цієї групи ОК фармацевти відзначили відсутність естрогензалежних побічних ефектів (76,7%), зниження загального гормонального навантаження (69,8%), рекомендацію до застосування у жінок віком понад 35 років, які палять (60,5%), а також можливість використання під час лактації (51,2%), при цукровому діабеті (44,2%) та ожирінні (41,9%). Проте частина опитаних вказали завідомо неправильні твердження: вищу ефективність

(16,3%), кращий контроль менструального циклу (14%) та відсутність гестагензалежних побічних ефектів (11,6%) (рис. 4.21).

21. Які переваги мають гестагенвмісні монокомпонентні оральні контрацептиви перед КОК? (одна або декілька відповідей)

 Копіювати ді

43 відповіді

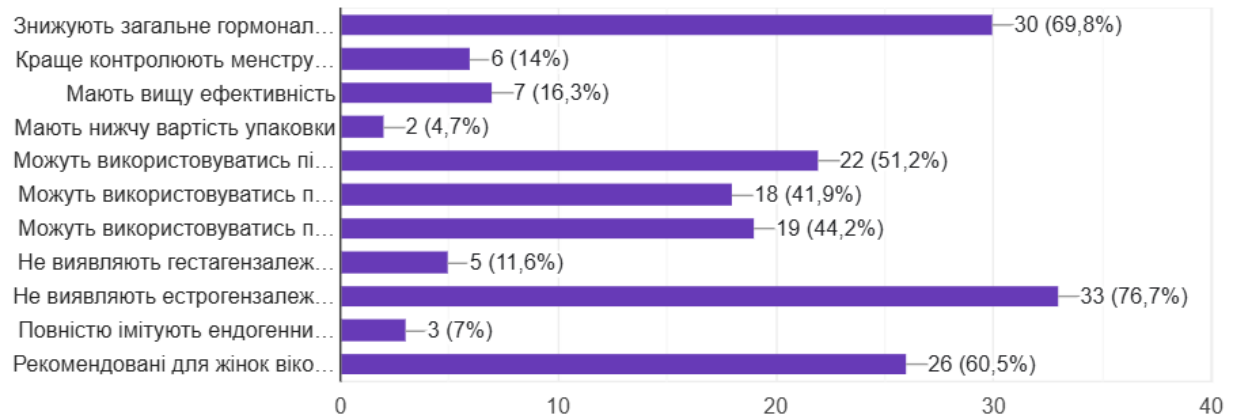


Рис. 4.21. Обізнаність респондентів щодо переваг гестагенвмісних монокомпонентних ОК

Наступні питання анкети були присвячені особливостям призначення та прийому ОК.

Переважає більшість респондентів знають, що ОК мають призначатися виключно лікарем після загального медичного обстеження, вивчення анамнезу та консультації пацієнтки (83,7%) (рис. 4.22).

22. Яким чином призначаються оральні контрацептиви (ОК)?

 Копіювати діагра

43 відповіді

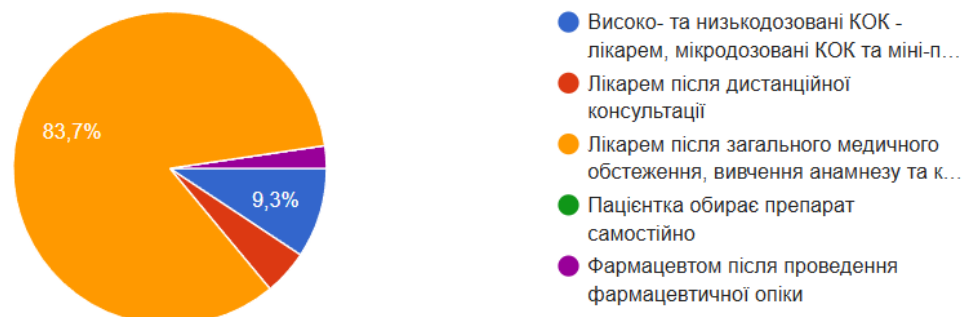


Рис. 4.22. Обізнаність респондентів щодо особливостей призначення ОК

76,7% респондентів впевнено відповіли, що прийом ОК слід розпочинати у перший день менструального циклу (1-й день менструації). Однак 20,9% опитаних помилково вважають, що це слід робити у перший день після завершення менструації (рис. 4.23).

23. Коли потрібно розпочинати прийом орального контрацептива?

 [Копіювати діаграму](#)

43 відповіді

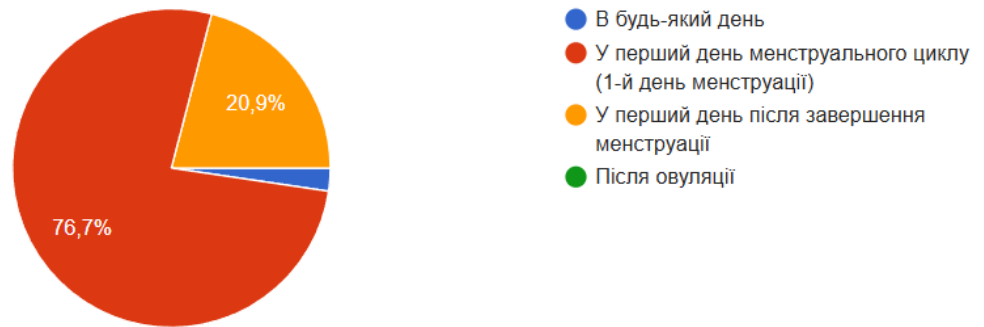


Рис. 4.23. Обізнаність респондентів щодо особливостей прийому ОК

93% опитаних знають, що ОК потрібно приймати по 1 таблетці щодня в один і той же час (рис. 4.24).

24. Як часто потрібно приймати оральний контрацептив (КОК або міні-пілі)?

 [Копіювати діаграму](#)

43 відповіді



Рис. 4.24. Обізнаність респондентів щодо частоти прийому ОК

Наступне питання було присвячене факторам, які можуть знизити ефективність орального контрацептиву (рис. 4.25).

25. Які фактори можуть знизити ефективність орального контрацептиву? (одна або декілька відповідей)

 [Копіювати діаграм](#)

43 відповіді

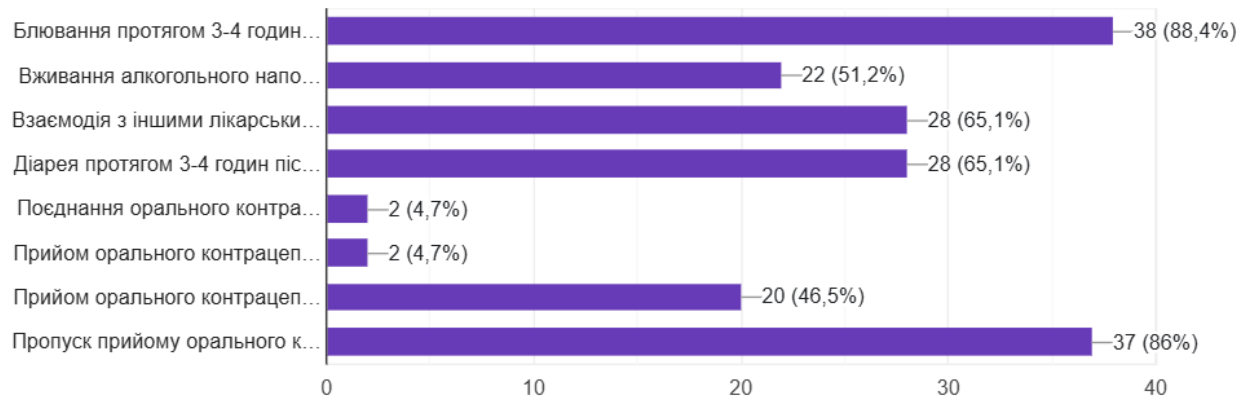


Рис. 4.25. Обізнаність респондентів щодо факторів, які можуть знизити ефективність ОК

Респонденти доволі впевнено вказали на такі фактори, як: блювання протягом 3-4 годин після прийому ОК (88,4%), пропуск прийому ОК (86%), взаємодія з іншими лікарськими засобами та діарея протягом 3-4 годин після прийому ОК (по 65,1%), вживання алкогольного напою під час прийому ОК (51,2%), прийом ОК у різний час доби (46,5%).

26. Що потрібно робити при пропуску 1 прийому орального контрацептиву? (одна або декілька відповідей)

 [Копіювати діаграм](#)

43 відповіді

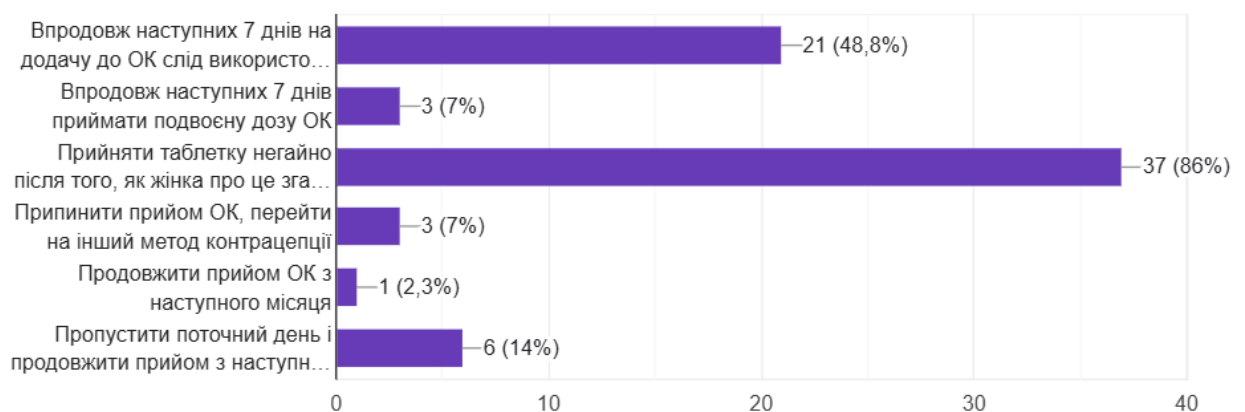


Рис. 4.26. Обізнаність респондентів щодо дій при пропуску прийому ОК

У наступних питаннях респондентам було запропоновано вказати дії при виникненні ситуацій, що можуть знизити ефективність ОК, зокрема, при пропуску прийому ОК (рис. 4.26) та при блюванні протягом 3-4 годин після прийому ОК (рис. 4.27).

27. Що потрібно робити при блюванні протягом 3-4 годин після прийому орального контрацептиву? (одна або декілька відповідей)

 [Копіювати дії](#)

43 відповіді

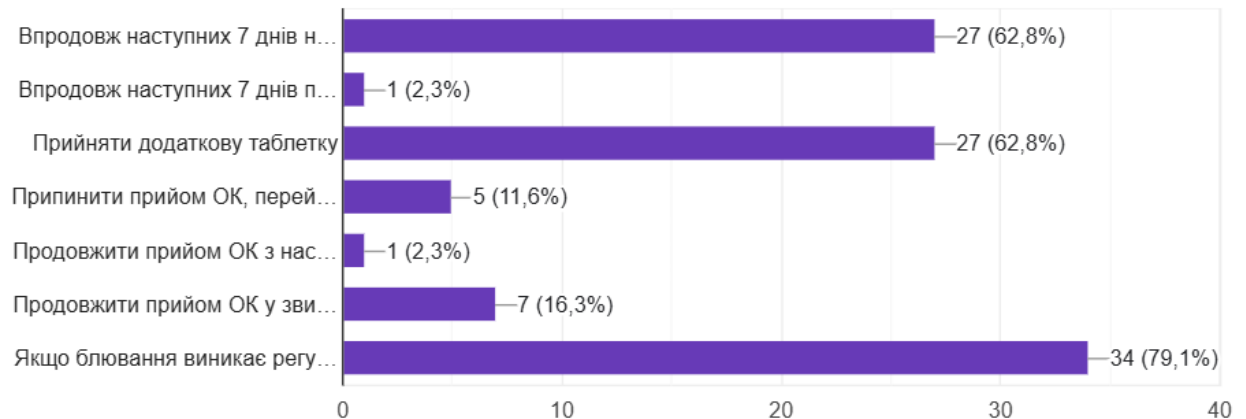


Рис. 4.27. Обізнаність респондентів щодо дій при блюванні протягом 3-4 годин після прийому ОК

Переважає більшість опитаних фармацевтів (86%) правильно вказали, що при пропуску прийому ОК слід прийняти таблетку ОК негайно після того, як жінка про це згадає, навіть якщо доведеться прийняти 2 таблетки одночасно. Однак лише 48,8% згадали, що в такому випадку впродовж наступних 7 днів на додачу до ОК слід використовувати бар'єрні методи контрацепції. Водночас 14% опитаних помилково вважають, що в такому випадку слід просто пропустити поточний день і продовжити прийом ОК з наступного (рис. 4.26).

79,1% респондентів абсолютно доцільно вказали, що при регулярному блюванні після прийому ОК необхідно звернутися до лікаря. Інші правильні опції – «Впродовж наступних 7 днів на додачу до ОК слід використовувати бар'єрні методи контрацепції» та «Прийняти додаткову таблетку» вказали по 62,8% опитаних. В той же час 16,3% респондентів помилково вважають, що у випадку блювання слід продовжити прийом ОК у звичайному режимі, а ще 11,6% - що в такому разі слід припинити прийом ОК і перейти на інший метод

контрацепції (рис. 4.27).

Наступні питання стосувалися асортименту та особливостям застосування парентеральних гормональних контрацептивів для системного застосування (нашкірного, підшкірного, внутрішньом'язового) (рис. 4.28).

28. Які препарати належать до парентеральних гормональних контрацептивів для системного застосування (нашкірного, підшкірного, внутрішньом'язового)? (одна або декілька відповідей)

 Копіювати дію

43 відповіді

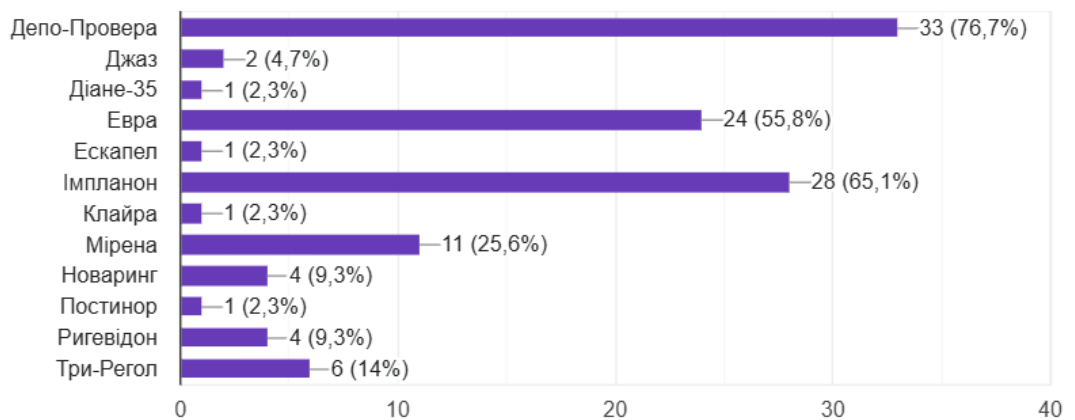


Рис. 4.28. Обізнаність респондентів щодо асортименту парентеральних гормональних контрацептивів для системного застосування

Більшість опитаних правильно віднесли до цього типу гормональних контрацептивів препарати Депо-Провера (суспензія для внутрішньом'язових ін'єкцій) – 76,7%, Імпланон (імплантат для підшкірного введення) – 65,1% та Евра (ТТС) – 55,8%. Однак 25,6% респондентів помилково вказали ВМС Мірена, що належить до препаратів для місцевого застосування (рис. 4.28).

Що стосується особливостей застосування гормональних контрацептивів у формі ТТС (пластир) (рис. 4.29), частотність вибору правильних варіантів відповідей склала: «Зручні у використанні (легко встановлюються та видаляються самостійно)» - 79,1%; «Зручні у використанні (не потребують щоденного контролю прийому)» - 76,7%; «Ефективність не знижується при діареї та блюванні» - 58,1%; «Мають менший вплив на печінку у порівнянні з ОК» - 55,8%; «Забезпечують більш стабільний рівень гормонів» - 51,2%; «Мають тривалий термін дії (7 днів)» - 46,5%.

29. Оберіть правильні твердження щодо особливостей застосування гормональних контрацептивів у формі ТТС (пластир): (одна або декілька відповідей)

 Копіювати ді

43 відповіді

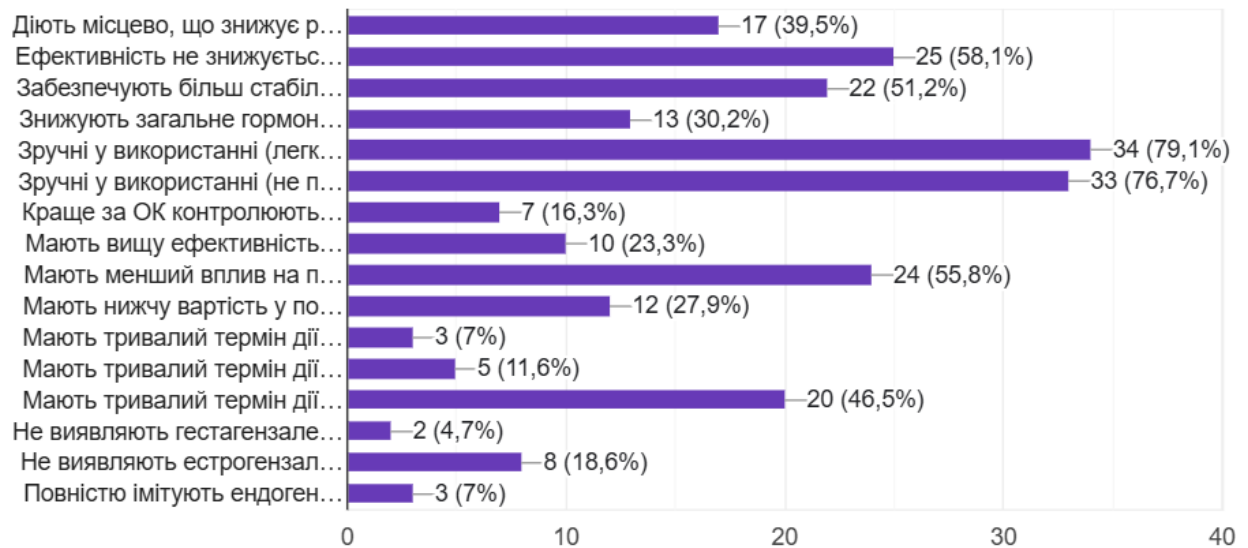


Рис. 4.29. Обізнаність респондентів щодо особливостей застосування гормональних контрацептивів у формі ТТС

Серед завідомо неправильних або неоднозначних варіантів відповідей найбільшу частотність мали: «Діють місцево, що знижує ризик системних побічних ефектів» - 39,5%; «Знижують загальне гормональне навантаження» - 30,2%; «Мають нижчу вартість у порівнянні з ОК» - 27,9%; «Мають вищу ефективність у порівнянні з ОК» - 23,3%; «Не виявляють естрогензалежних побічних ефектів» - 18,6%; «Краще за ОК контролюють менструальний цикл» - 16,3% (рис. 4.29).

Щодо особливостей застосування гормональних контрацептивів – імплантатів для підшкірного введення, респонденти обирали правильні варіанти відповіді з такою частотністю: «Ефективність не знижується при діарейі та блюванні» та «Зручні у використанні (не потребують щоденного контролю прийому)» - по 65,1%; «Мають тривалий термін дії (до 3 років)» - 55,8%; «Мають менший вплив на печінку у порівнянні з ОК» - 51,2%; «Забезпечують більш стабільний рівень гормонів» - 48,8%; «Мають вищу ефективність у порівнянні з ОК» - 34,9%; «Не виявляють естрогензалежних побічних ефектів» - 30,2%.

До хибних тверджень, обраних найбільшою кількістю опитаних, належали: «Знижують загальне гормональне навантаження» - 25,6%; «Зручні у використанні (легко встановлюються та видаляються самостійно)» - 23,3%; «Діють місцево, що знижує ризик системних побічних ефектів» - 20,9%; «Мають тривалий термін дії (3 місяці)» - 18,6%; «Краще за ОК контролюють менструальний цикл» - 16,3% (рис. 4.30).

30. Оберіть правильні твердження щодо особливостей застосування гормональних контрацептивів - імплантатів для підшкірного введення: (одна або декілька відповідей)

 [Копіювати діаграму](#)

43 відповіді

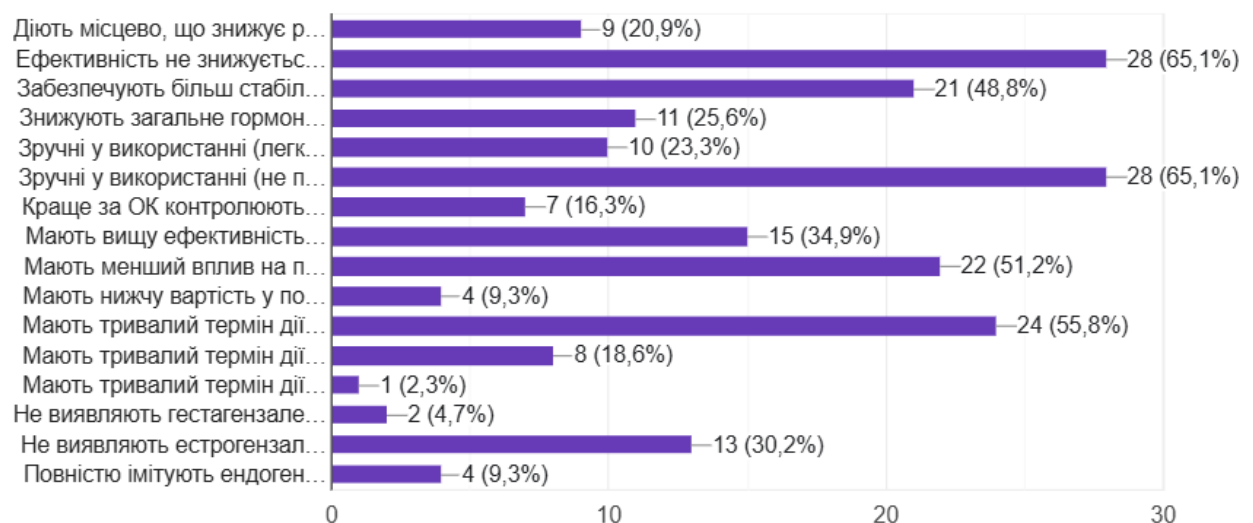


Рис. 4.30. Обізнаність респондентів щодо особливостей застосування імплантатів для підшкірного введення

Декілька наступних запитань стосувалися асортименту та переваг препаратів гормональних контрацептивів для місцевого застосування (інтравагінального, внутрішньоматкового). Респонденти правильно віднесли до цього типу гормональних контрацептивів препарати Мірена (ВМС) – 83,7% та Новаринг (кільце вагінальне) – 53,5%. Проте 23,3% учасників дослідження помилково обрали пероральний препарат для екстреної контрацепції Аводель, а 11,6% - ТТС Евра (рис. 4.31).

31. Які препарати належать до гормональних контрацептивів для місцевого застосування (інтравагінального, внутрішньоматкового)? (одна або декілька відповідей)

 Копіювати діагр

43 відповіді

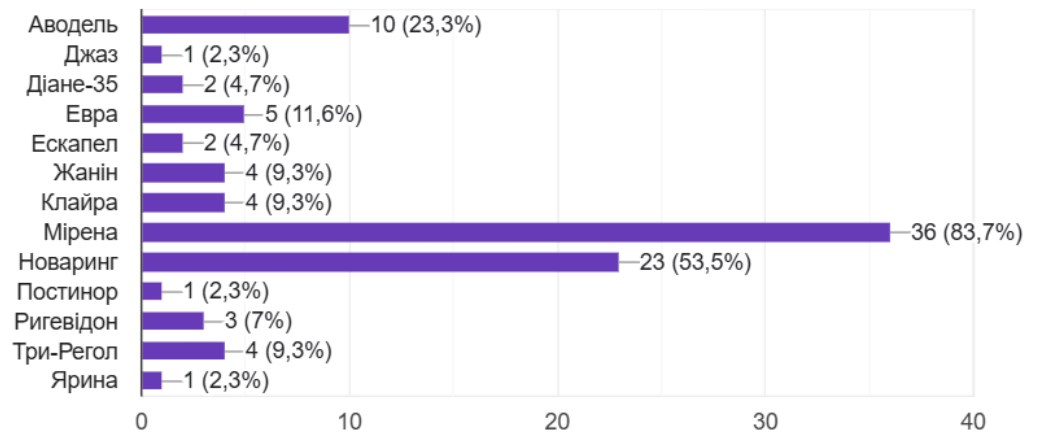


Рис. 4.31. Обізнаність респондентів щодо асортименту гормональних контрацептивів для місцевого застосування

До основних переваг вагінальних кілець перед оральними контрацептивами респонденти цілком обґрунтовано віднесли такі: «Зручні у використанні (не потребують щоденного контролю прийому)» - 79,1%; «Ефективність не знижується при діареї та блюванні» - 74,4%; «Мають менший вплив на печінку» - 67,4%; «Забезпечують більш стабільний рівень гормонів»- 55,8%; «Зручні у використанні (легко встановлюються та видаляються самостійно)» - 41,9%. Серед дистракторів найпопулярнішими виявилися варіанти «Мають вищу ефективність» (23,3%), «Мають нижчу вартість» (18,6%) та «Не виявляють естрогензалежних побічних ефектів» (16,3%) (рис. 4.32).

Основними перевагами гормональних ВМС перед ОК фармацевти назвали тривалий термін дії (8 років) (74,4%), зручність у використанні (не потребують щоденного контролю прийому) (72,1%), ефективність, що не знижується при діареї та блюванні (62,8%), місцеву дію, що знижує ризик системних побічних ефектів (51,2%), вищу ефективність (48,8%), менший вплив на печінку (46,8%) та більш стабільний рівень гормонів (39,5%) (рис. 4.33).

32. Які переваги мають вагінальні кільця перед оральними контрацептивами?

 Копіювати дію

43 відповіді

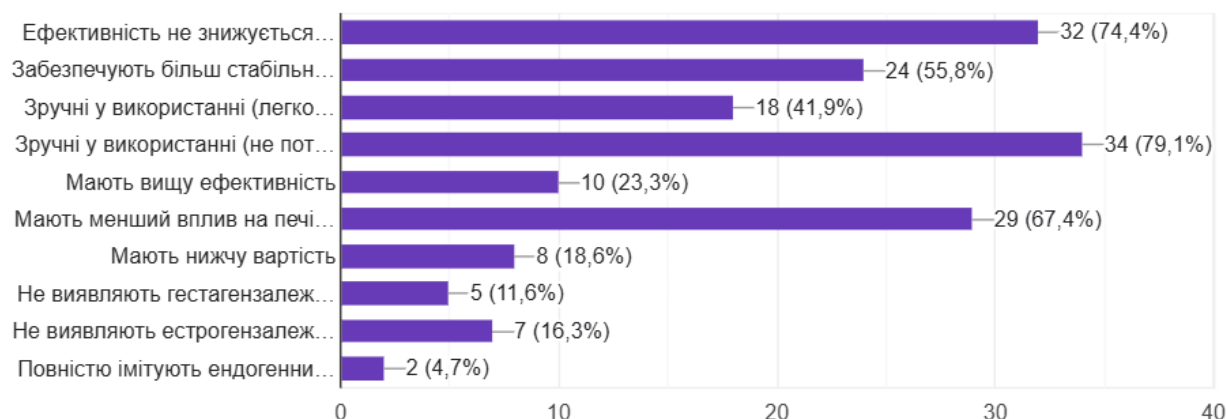


Рис. 4.32. Обізнаність респондентів щодо переваг вагінальних кілець

33. Які переваги мають гормональні ВМС перед оральними контрацептивами?

 Копіювати дію

43 відповіді

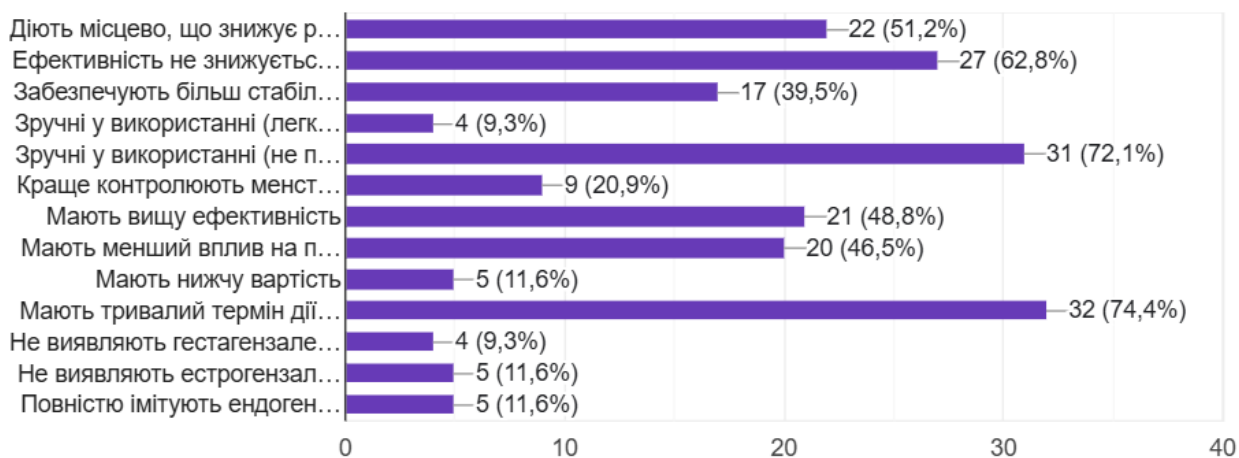


Рис. 4.33. Обізнаність респондентів щодо переваг гормональних ВМС

Водночас опитані недооцінили такі переваги ВМС, як нижча вартість (беручи до уваги тривалий термін дії) та відсутність естрогензалежних побічних ефектів – ці варіанти обрали лише по 11,6% респондентів. Серед дистракторів з найвищою частотністю – кращий контроль менструального циклу (20,9%) та повна імітація ендогенного гормонального фону (11,6%) (рис. 4.33).

Два наступних питання анкети були присвячені гормональним препаратам для екстреної контрацепції. Переважна більшість опитаних впевнено віднесла до цієї групи Постинор (90,7%) та Ескапел (86%), тоді як інші препарати виявилися значно менш знайомими опитаній аудиторії: Аводель та Улісса ідентифікували по 37,2% респондентів, Лергесан – всього 30,2% (рис. 4.34).

34. Які препарати належать до засобів екстреної контрацепції?
(одна або декілька відповідей)

 [Копіювати діаграму](#)

43 відповіді

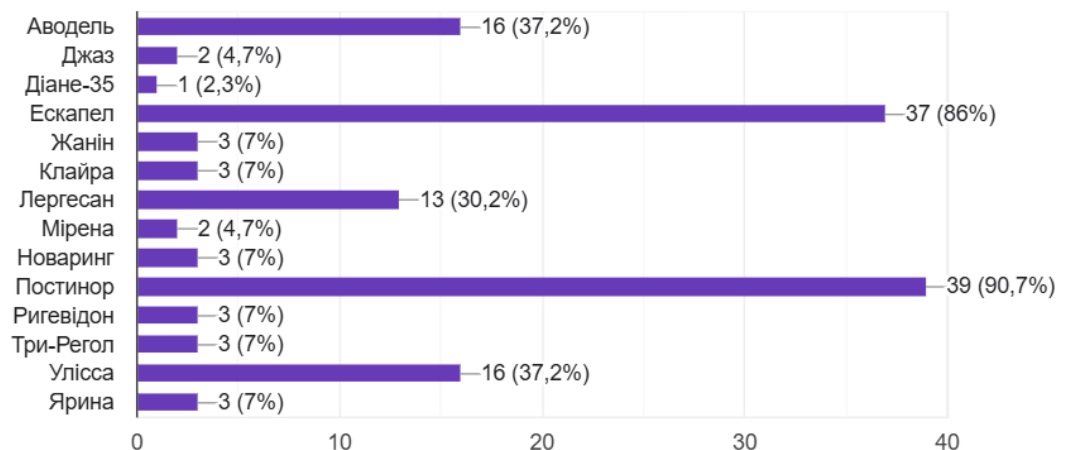


Рис. 4.34. Обізнаність респондентів щодо асортименту гормональних контрацептивів для екстреної контрацепції

35. Оберіть правильні твердження щодо особливостей застосування засобів для екстреної контрацепції: (декілька відповідей)

 [Копіювати діаграму](#)

43 відповіді

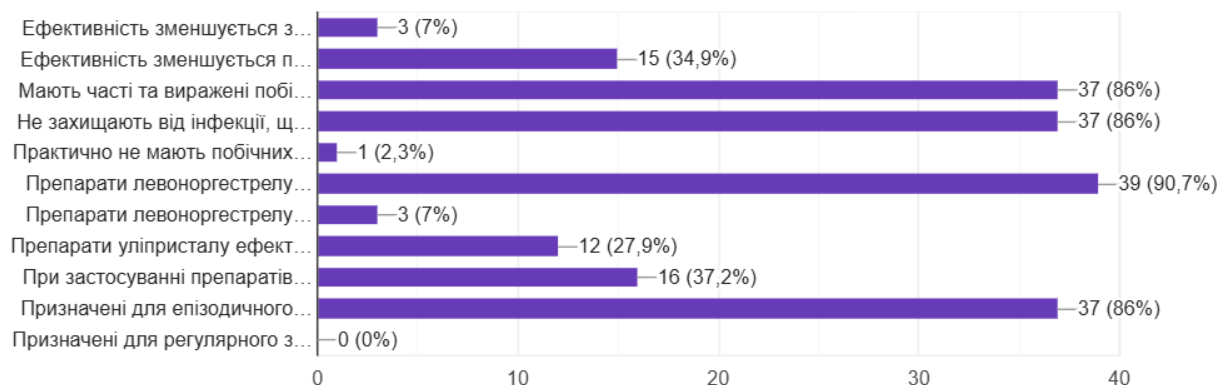


Рис. 4.35. Обізнаність респондентів щодо особливостей застосування гормональних контрацептивів для екстреної контрацепції

Респонденти показали гарну обізнаність щодо основних особливостей застосування засобів для екстреної контрацепції: 90,7% знають, що препарати левоноргестрелу ефективні протягом 3 діб, але найефективніші у перші 24 год, а 86% правильно вказали, що ці препарати мають часті та виражені побічні ефекти (головний біль, нудота, біль у животі, дисменорея), не захищають від інфекції, що передаються статевим шляхом, та призначені для епізодичного застосування після незахищеного статевого акту (рис. 4.35). Однак лише менша частина опитаних фармацевтів вказала на інші важливі аспекти використання екстрених контрацептивів, такі як підвищений ризик розвитку ектопічної вагітності при застосуванні препаратів левоноргестрелу (37,2%), зменшення ефективності цих препаратів при ожирінні (34,9%) та ефективність препаратів улі-присталу (Улісса) протягом 5 діб після незахищеного статевого акту.

Наступне питання анкети стосувалося небажаних взаємодій гормональних контрацептивів з препаратами інших груп (рис. 4.36).

36. З препаратами яких груп не можна одночасно застосовувати гормональні контрацептиви через можливість небажаних взаємодій (зниження ефективності або підвищення ризику побічних ефектів)? (декілька відповідей)

 Копіювати дія

43 відповіді

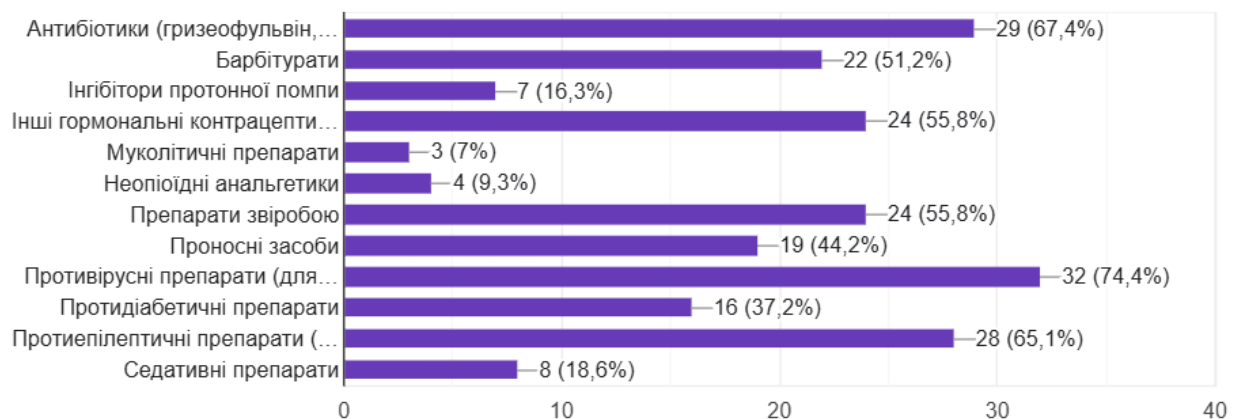


Рис. 4.36. Обізнаність респондентів щодо можливих небажаних взаємодій гормональних контрацептивів

Серед препаратів, при одночасному застосовуванні гормональних контрацептивів з якими можливі небажані взаємодії (зниження ефективності або

підвищення ризику побічних ефектів), респонденти вказали протівірусні препарати для лікування ВІЛ та вірусного гепатиту С (74,4%), антибіотики (гризеофульвін, рифампіцин) (67,4%), протиепілептичні препарати (65,1%), інші гормональні контрацептиви та препарати звіробією (по 55,8%), барбітурати (51,2%), проносні засоби (44,2%) та протидіабетичні препарати (37,2%).

У наступному питанні ми поцікавилися у респондентів, яким джерелам інформації про гормональні контрацептиви вони надають перевагу (рис. 4.37).

37. Яким джерелам інформації про гормональні контрацептиви Ви надаєте перевагу? (одна або декілька відповідей)

 Копіювати ді

43 відповіді

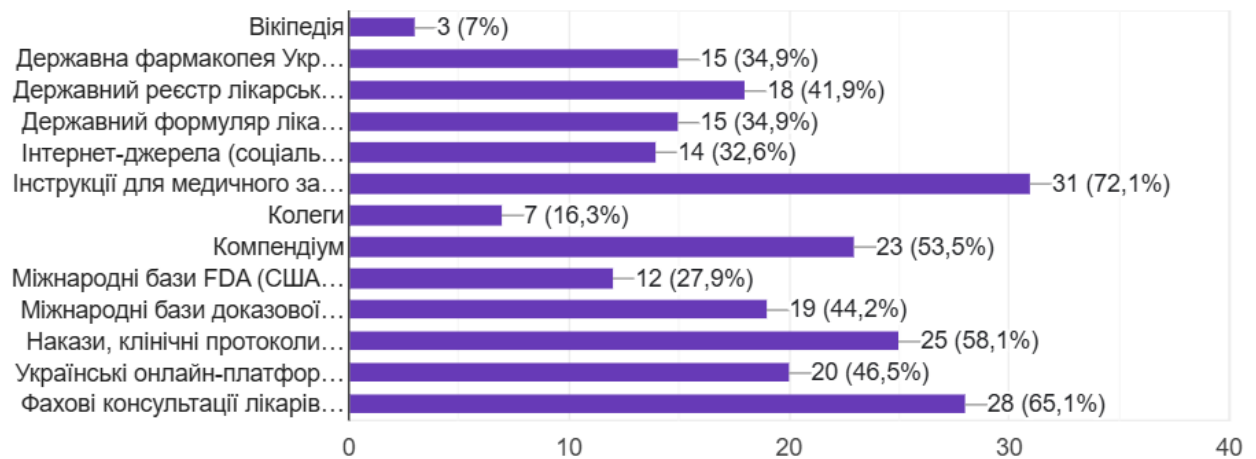


Рис. 4.37. Джерела інформації про гормональні контрацептиви, яким респонденти надають перевагу

72,1% опитаних надають перевагу інструкціям для медичного застосування препаратів, 65,1% - фаховим консультаціям лікарів та фармацевтів, 58,1% - наказам, клінічним протоколам та стандартам МОЗ України, 53,5% - компендіуму, 46,5% - українським онлайн-платформам («Аптека 911», «Tabletki.ua» тощо), 44,2% - міжнародним базам доказової інформації (UpToDate, PubMed, Cochrane Library тощо), 41,9% - Державному реєстру лікарських засобів України, по 34,9% - Державній фармакопеї України та Державному формуляру лікарських засобів, 32,6% - інтернет-джерелам (соціальні мережі, форуми, блоги тощо), 27,9% - міжнародним базам FDA, EMA (27,9%).

Свою обізнаність про клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування препаратів гормональних контрацептивів респонденти оцінили доволі об'єктивно, що в цілому відповідає результатам опитування. 60,5% опитаних визнали свої знання середніми, 18,6% – високими, 16,3% - низькими, 4,7% – дуже високими (рис. 4.38).

38. Як Ви оцінюєте свої знання щодо клініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування гормональних контрацептивів?

43 відповіді

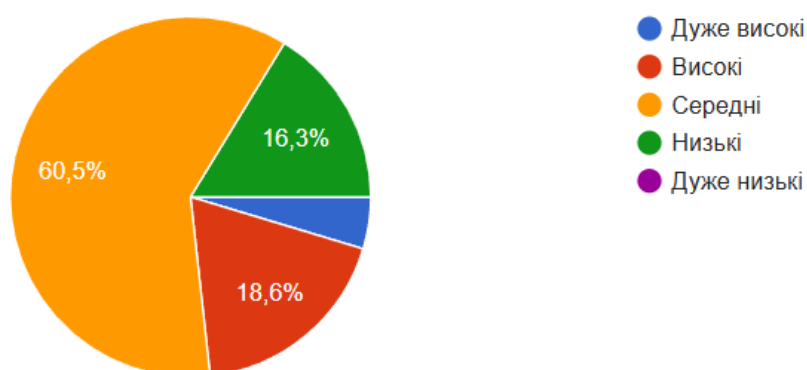


Рис. 4.38. Самооцінка рпитаними своїх знань щодо клініко-фармакологічних аспектів застосування гормональних контрацептивів

Під час аналізу результатів анкетування нас зацікавили фактори, які впливають на ступінь обізнаності респондентів у поставлених запитаннях. Для дослідження таких факторів ми порівняли між собою відповіді учасників дослідження з різним рівнем освіти та стажем роботи в аптечних закладах.

Для статистичного аналізу ми відібрали п'ять запитань з різних аспектів раціонального застосування гормональних контрацептивів, які містили 1-2 правильних відповіді, а саме: 9. Що таке індекс Перля? (правильна відповідь: «Показник ефективності методів контрацепції, що визначає кількість незапланованих вагітностей серед 100 жінок, які використовують певний метод протягом одного року»); 18. Які препарати належать до багатофазних КОК (3-4 фази)? (повна правильна відповідь: «Клайра, Три-Регол»); 22. Яким чином призначаються оральні контрацептиви (ОК)? (правильна відповідь: «Лікарем після загального медичного обстеження, вивчення анамнезу та консультації»);

23. Коли потрібно розпочинати прийом орального контрацептива? (правильна відповідь: «У перший день менструального циклу (1-й день менструації)»); 26. Що потрібно робити при пропуску 1 прийому орального контрацептиву? (повна правильна відповідь: «Впродовж наступних 7 днів на додачу до ОК слід використовувати бар'єрні методи контрацепції, Прийняти таблетку негайно після того, як жінка про це згадає, навіть якщо доведеться прийняти 2 таблетки одночасно»).

Для встановлення статистичної значущості відмінностей використовували кутове перетворення Фішера (ф-критерій).

Порівняння відповідей на вказані запитання респондентів, які мають другий рівень вищої фармацевтичної освіти ($n_1=16$) та нижчий рівень фармацевтичної освіти або не мають її зовсім ($n_2=27$) наведене в табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Порівняння відповідей осіб з різним рівнем освіти

Питання	Кількість правильних відповідей ($n_1=16$)	Кількість правильних відповідей ($n_2=27$)	Статистична значущість відмінностей згідно з ф-критерієм
9. Що таке індекс Перля?	14	12	$\phi = 3,041$ $p = 0,0012$
18. Які препарати належать до багатофазних КОК (3-4 фази)?	8	6	$\phi = 1,867$ $p = 0,031$
22. Яким чином призначаються оральні контрацептиви (ОК)?	16	20	$\phi = 3,387$ $p = 0,0004$
23. Коли потрібно розпочинати прийом орального контрацептива?	15	18	$\phi = 2,3$ $p = 0,0107$
26. Що потрібно робити при пропуску 1 прийому орального контрацептиву?	12	6	$\phi = 3,527$ $p = 0,0002$

Як видно з табл. 4.1, відповіді учасників дослідження, які мають другий рівень вищої фармацевтичної освіти, продемонстрували статистично достовірну вищу точність відповідей (згідно з ϕ -критерієм), ніж відповіді респондентів з нижчим рівнем освіти, що вказує на високе значення наявного рівня освіти на компетентність фармацевтичних фахівців.

Порівняння відповідей учасників дослідження з різним стажем роботи в аптеці – від 5 років ($n_3=18$) та до 5 років ($n_4=25$), наведене в табл. 4.2.

Таблиця 4.2

Порівняння відповідей осіб з різним стажем роботи

Питання	Кількість правильних відповідей ($n_3=18$)	Кількість правильних відповідей ($n_4=25$)	Статистична значущість відмінностей згідно з ϕ -критерієм
9. Що таке індекс Перля?	15	11	$\phi = 2,75$ $p = 0,003$
18. Які препарати належать до багатофазних КОК (3-4 фази)?	9	4	$\phi = 2,419$ $p = 0,0078$
22. Яким чином призначаються оральні контрацептиви (ОК)?	18	18	$\phi = 3,608$ $p = 0,0002$
23. Коли потрібно розпочинати прийом орального контрацептива?	17	16	$\phi = 2,623$ $p = 0,0043$
26. Що потрібно робити при пропуску 1 прийому орального контрацептиву?	13	5	$\phi = 3,572$ $p = 0,0002$

Як бачимо з таблиці 4.2, респонденти зі стажем роботи понад 5 років відповіли на обрані запитання з вищою точністю, що підтверджено статистично згідно з ϕ -критерієм. Такий результат вказує на визначальний вплив досвіду практичної роботи в аптеці на професійні знання та навички фармацевтів.

Висновки до розділу 4

1. Нами було проаналізовано демографічні характеристики (стать, вік), наявність та рівень фармацевтичної або медичної освіти та стаж роботи учасників дослідження в аптечних закладах.

2. Згідно з результатами проведеного опитування нами було встановлено обізнаність фармацевтів про лікарські форми, асортимент та склад препаратів гормональних контрацептивів, механізмів їх дії, особливостей фармакодинаміки, показань, протипоказань, побічних ефектів, взаємодії з лікарськими препаратами інших груп, умов раціонального застосування. Встановлено статистично значущу залежність правильності відповідей опитаних на окремі запитання від рівня фармацевтичної освіти та стажу роботи.

3. Результати проведеного анкетування свідчать про достатній рівень інформованості учасників дослідження стосовно клініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування гормональних контрацептивів. Однак знання щодо складу, асортименту, додаткових показань до застосування, побічних ефектів, можливих взаємодій цих препаратів є недостатньо повними, що вказує на необхідність поглиблення знань з клінічної фармакології гормональних контрацептивів та фармацевтичної опіки при відпуску їх препаратів при вивченні відповідних тем на додипломному та післядипломному рівнях фармацевтичної освіти.

ВИСНОВКИ

1. Гормональні контрацептиви пройшли еволюцію до сучасних високо-селективних і безпечніших препаратів, що характеризуються складними клініко-фармакологічними властивостями та широким спектром терапевтичних ефектів. Їх ефективне застосування ґрунтується на індивідуалізованому підході з урахуванням механізмів дії, фармакокінетики, показань, протипоказань і профілю безпеки. Рациональне використання гормональних контрацептивів передбачає дотримання принципів доказової медицини, оцінку ризиків (зокрема тромбоемболічних ускладнень), забезпечення фармаконагляду та фармацевтичної опіки. Це дозволяє досягти оптимального співвідношення ефективності та безпеки й підвищити якість медичної допомоги.

2. За даними відкритих інформаційних джерел («Державний реєстр лікарських засобів України», Компендіум») нами проведене вивчення асортименту гормональних контрацептивів для системного та місцевого застосування, зареєстрованих на ринку України, а саме фармакотерапевтичної групи G03A – Гормональні контрацептиви для системного застосування, та окремих представників фармакотерапевтичних груп G02B – Контрацептиви для місцевого застосування та G03H – Антиандрогени.

3. Для проведення опитування фармацевтів нами було створено Google-форму, яка містила питання щодо загальної характеристики респондентів та питання щодо клініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування гормональних контрацептивів. Інтернет-опитування проводили серед фармацевтів аптек України у березні-квітні 2026 р. До опитування було залучено 43 респонденти. Участь в опитуванні була добровільною, забезпечувалася анонімність респондентів, від учасників було отримано інформовану згоду на участь у дослідженні, а дані анкетування використовувалися нами виключно в узагальненому вигляді.

4. За результатами анкетування нами було проаналізовано демографічні характеристики респондентів (вік, стать), їх освітній профіль (наявність та рівень фармацевтичної та медичної освіти), стаж роботи учасників дослідження в аптечних закладах. Було встановлено обізнаність фармацевтів про лікарські форми, асортимент та склад препаратів гормональних контрацептивів, механізмів їх дії, особливостей фармакодинаміки, показань, протипоказань, побічних ефектів, взаємодії з лікарськими препаратами інших груп, умов раціонального застосування. Встановлено та статистично підтверджено залежність правильності відповідей респондентів на запитання анкети від рівня їх фармацевтичної освіти та стажу їх роботи.

5. Результати опитування свідчать про достатній рівень інформованості учасників дослідження щодо клініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування гормональних контрацептивів. Однак знання щодо складу, асортименту, додаткових показань до застосування, побічних ефектів, можливих взаємодій цих препаратів є недостатньо повними, що вказує на необхідність підвищення рівня знань з клінічної фармакології гормональних контрацептивів та фармацевтичної опіки при відпуску їх препаратів при вивченні відповідних тем на додипломному та післядипломному рівнях фармацевтичної освіти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Владимірова І. М., Шумова Г. С. Фармакологічні властивості фітоестрогенів і напрями їх клінічного застосування. *Фармаком*. 2020. № 3/4. С. 49–56. URL: https://sphu.org/wp-content/uploads/2024/09/farmacom_3_4_2020.pdf?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 07.04.2026).
2. Державний реєстр лікарських засобів України. URL: <http://www.drlz.com.ua/ibp/ddsite.nsf/all/shlist> (дата звернення: 07.04.2026).
3. Дорикевич К. І. Фармацевтичний погляд на проблему гормональної контрацепції. *Новини медицини та фармацевції*. 2012. № 01–02. URL: <https://www.mif-ua.com/archive/article/25861> (дата звернення: 07.04.2026).
4. Компендіум. Лікарські препарати України : офіційний сайт. URL: <https://compendium.com.ua/uk/> (дата звернення: 17.03.2026).
5. Маркін Л. Б., Фартушок Т. В., Флуд В. В. Аналіз впливу типу контрацепції на якість життя жінок. *Практикуючий лікар*. 2024. № 1. С. 75–82. URL: <https://plr.com.ua/index.php/journal/article/view/804> (дата звернення: 17.03.2026).
6. Маханова Т. В., Ткаченко Н. О. Аналіз ринку протизаплідних лікарських засобів у контексті фармацевтичної безпеки. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2020. Т. 13, № 1(32). С. 128–136. DOI: 10.14739/2409-2932.2020.1.198187.
7. Міщенко О. Я., Осташко В. Ф. Засоби оральної гормональної контрацепції: аналіз асортименту та економічної доступності. *Соціальна фармацевція в охороні здоров'я*. 2020. Т. 6, № 3. С. 60–67. URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/24198/1/60-67.pdf> (дата звернення: 17.04.2026).
8. Планування сім'ї та контрацепція : навч. посіб. / В. І. Бойко та ін. ; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В. І. Бойка. Суми : Сумський держ. ун-т, 2018.

- 223 с. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/b7cb632e-6774-4eb9-9df4-4b979533771c/content> (дата звернення: 17.04.2026).
9. Правові та етичні дилеми інформаційного забезпечення споживачів гормональних контрацептивів / І. В. Пестун та ін. *Соціальна фармація в охороні здоров'я*. 2023. Т. 9, № 4. С. 11–21. DOI: 10.24959/sphhcj.23.305.
 10. A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception / M. V. Dragoman et al. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2018. Vol. 141(3). P. 287–294. DOI: 10.1002/ijgo.12455.
 11. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *The Lancet*. 1996. Vol. 347(9017). P. 1713–1727. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(96\)90806-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(96)90806-5/fulltext) (Date of access: 17.04.2026).
 12. Brynhildsen J. Combined hormonal contraceptives: prescribing patterns, compliance, and benefits versus risks. *Ther. Adv. Drug. Saf.* 2014. Vol. 5(5). P. 201–213. DOI: 10.1177/2042098614548857.
 13. Burrows L. J., Basha M., Goldstein A. T. The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012. Vol. 9(9) P. 2213–2223. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x.
 14. Casey F. E. Overview of contraception. *MSD Manual*. 2026. URL: <https://www.msdmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/family-planning/overview-of-contraception> (Date of access: 17.04.2026).
 15. Combined hormonal contraception and the risk of venous thromboembolism: a guideline / S. Pfeifer et al. *Fertility and Sterility*. 2017. Vol. 107(1). P. 43–51. URL: <https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/combined-hormonal-contraception-and-the-risk-of-venous-thromboembolism-a-guideline-2016/> (Date of access: 17.04.2026).

16. Combined Oral Contraceptives and the Risk of Thrombosis / J. Khizroeva et al. *International Journal of Molecular Sciences*. 2025. Vol. 26(22). P. 11010. DOI: [10.3390/ijms262211010](https://doi.org/10.3390/ijms262211010).
17. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception / A. Edelman et al. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014. Vol. 2014(7). P. CD004695. DOI: [10.1002/14651858.CD004695.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004695.pub3).
18. Development, updates, and future directions of the World Health Organization Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use / M. J. Chen et al. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2017. Vol. 136. P. 113–119. DOI: [10.1002/ijgo.12064](https://doi.org/10.1002/ijgo.12064).
19. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis / B. H. Stegeman et al. *BMJ*. 2013 Vol. 347. P. f5298. DOI: [10.1136/bmj.f5298](https://doi.org/10.1136/bmj.f5298).
20. Effect of missed combined hormonal contraceptives on contraceptive effectiveness: a systematic review / B. Lauren et al. *Contraception*. 2013. Vol. 87. P. 685–700. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23083527/> (Date of access: 17.04.2026).
21. FSRH Guideline (January 2019) Combined Hormonal Contraception (Revision due by January 2024). *BMJ Sex Reprod Health*. 2019. Vol. 45(1). P. 1–93. DOI: [10.1136/bmj.srh-2018-CHC](https://doi.org/10.1136/bmj.srh-2018-CHC).
22. Hormonal contraception and risk of cancer / D. Cibula et al. *Human Reproduction Update*. 2010. Vol. 16(6). P. 631–650. DOI: [10.1093/humupd/dmq022](https://doi.org/10.1093/humupd/dmq022).
23. Hormonal contraception market. *Future Market Insights*. 2026. URL: <https://www.futuremarketinsights.com/reports/hormonal-contraception-market> (Date of access: 17.04.2026).
24. Hormonal Contraceptive Market Report by Product (Oral Contraceptive Pills, Intrauterine Device (IUD), Injectable Birth Control, Vaginal Rings, and Others), Hormone (Progestin-only Contraceptive, Combined Hormonal Contraceptive), Age Group (15-24 Years, 25-34 Years, 35-44 Years, Above 44

- Years), End User (Hospitals and Clinics, Homecare, Ambulatory Surgical Centers, and Others), and Region 2026-2034 / IMARC Group. 2026. URL: <https://www.imarcgroup.com/hormonal-contraceptive-market> (Date of access: 17.04.2026).
- 25.Hormonal Contraceptive Market Size, Share, Growth, and Industry Analysis, By Type (Oral Contraceptive Pills, Injectable Birth Control, Emergency Contraceptive Pills, Vaginal Rings, Transdermal Patches), By Application (Hospitals, Household, Clinics), Regional Insights and Forecast to 2035. *Market Growth Reports*. 2026. URL: <https://www.marketgrowthreports.com/market-reports/hormonal-contraceptive-market-112224> (Date of access: 17.04.2026).
- 26.Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: An epidemiological update / G. Plu-Bureau et al. *Best Practice Research Clinical Endocrinology Metabolism*. 2013. Vol. 27(1). P. 25–34. DOI: [10.1016/j.beem.2012.11.002](https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.11.002).
- 27.Hormonal Contraceptives Market Size Share Analysis – Growth Trends And Forecast (2026–2031). *Mordor Intelligence*. 2026. URL: <https://www.mordorintelligence.com/industry-reports/hormonal-contraceptives-market> (Date of access: 17.04.2026).
- 28.Houvèssou G. M., Farías-Antúnez S., Freitas da Silveira M. Combined hormonal contraceptives use among women with contraindications according to the WHO criteria: A systematic review. *Sexual Reproductive Healthcare*. 2021. Vol. 27. P. 100587. DOI: [10.1016/j.srhc.2020.100587](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100587).
- 29.Impact of Pharmacist Care in the Management of Cardiovascular Disease Risk Factors: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials / V. Santschi et al. *Arch. Intern. Med*. 2011. Vol. 171(16). P. 1441–1453. DOI: [10.1001/archinternmed.2011.399](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.399).
- 30.Kaunitz A. M. Hormonal Contraception in Women of Older Reproductive Age. *New England Journal of Medicine*. 2008. Vol. 358. P. 1262–1270. DOI: [10.1056/NEJMcp0708481](https://doi.org/10.1056/NEJMcp0708481).

31. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition 2015 / World Health Organization. Geneva, 2015. 268 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> (Date of access: 17.04.2026).
32. Oedingen C., Scholz S., Razum O. Systematic review and meta-analysis of the association of combined oral contraceptives on the risk of venous thromboembolism: The role of the progestogen type and estrogen dose. *Thromb. Res.* 2018. Vol. 165. P. 68–78. DOI: 10.1016/j.thromres.2018.03.005.
33. Progestin-Only Contraceptives and the Risk of Venous Thromboembolism: Systematic Review and Meta-Analysis / S. Mantha et al. *Blood*. 2011. Vol. 118(21). P. 3344. DOI: 10.1182/blood.V118.21.3344.3344.
34. Speroff L., Darney P. D. A Clinical Guide for: Contraception. Lippincott Williams Wilkins, 2011. URL: <https://obgyn.lwwhealthlibrary.com/book.aspx?bookid=1248> (Date of access: 17.04.2026).
35. Teal S., Edelman A. Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review. *JAMA*. 2021. Vol. 326(24). P. 2507–2518. DOI: 10.1001/jama.2021.21392.
36. U. S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024 / A. T. Nguyen et al. *MMWR Recomm. Rep.* 2024. Vol. 73(4). P. 1–126. DOI: [10.15585/mmwr.rr7304a1](https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7304a1).
37. Venous and pulmonary thromboembolism and combined hormonal contraceptives. Systematic review and meta-analysis / F. Martínez et al. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*. 2012. Vol. 17(1). P. 7–29. DOI: 10.3109/13625187.2011.643836.
38. Venous thrombosis in users of non-oral hormonal contraception: follow-up study, Denmark 2001-10 / O. Lidegaard et al. *BMJ*. 2012. Vol. 344. P. e2990. DOI: [10.1136/bmj.e2990](https://doi.org/10.1136/bmj.e2990).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування гормональних контрацептивів

Шановний респонденте!

Просимо Вас взяти участь в анонімному дослідженні, метою якого є вивчення обізнаності фармацевтів щодо клініко-фармакологічних аспектів застосування гормональних контрацептивів.

Всі отримані дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей.

I. Демографічна характеристика респондентів

1. Вкажіть, будь ласка, Вашу стать:

Жінка

Чоловік

2. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік (повних років):

До 25 років

26-44 роки

45-59 років

60 років і більше

3. Вкажіть регіон (область), де Ви зараз мешкаєте:

4. Чи маєте Ви фармацевтичну або медичну освіту?

Так, другий рівень вищої фармацевтичної освіти (спеціаліст або магістр)

Так, перший рівень вищої фармацевтичної освіти (бакалавр)

Так, передвищу (середню) фармацевтичну освіту (молодший спеціаліст або фаховий молодший бакалавр)

Так, другий рівень вищої медичної освіти (спеціаліст або магістр)

Так, перший рівень вищої медичної освіти (бакалавр)

Так, передвищу (середню) медичну освіту (молодший спеціаліст або фаховий молодший бакалавр)

Ще не маю, але зараз здобуваю Ні, не маю

5. Вкажіть, будь ласка, Ваш стаж роботи в аптеці:

Понад 20 років

Від 10 до 20 років

Від 5 до 10 років

Від 1 до 5 років

Від 6 місяців до 1 року

До 6 місяців

Не маю

II. Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування гормональних контрацептивів

6. Чи доводилося Вам проводити фармацевтичну опіку при відпуску гормональних контрацептивів?

Так

Ні

7. Які лікарські форми гормональних контрацептивів Вам відомі? (одна або декілька відповідей)

Внутрішньоматкова система (ВМС)

Імплантат для підшкірного введення

Капсули

Кільце вагінальне (система доставки вагінальна)

Крем вагінальний

Пластир - трансдермальна терапевтична система (ТТС)

Розчин для ін'єкцій

Розчин оральний

Супозиторії вагінальні

Суспензія для ін'єкцій

Таблетки

8. В чому полягає механізм дії гормональних контрацептивів? (одна або декілька відповідей)

Запобігання проникнення сперматозоїдів у матку за рахунок створення фізичного бар'єру

Згущення цервікального слизу та пригнічення приникаючої здатності сперматозоїдів

Зниження лібідо

Порушення процесів проліферації ендометрію

Порушення цілісності мембрани сперматозоїдів

Пригнічення овуляції за рахунок блокади викиду рилізінг-гормонів, ФСГ та ЛГ

Пригнічення перистальтики маткових труб та транспорту яйцеклітини в матку

Пригнічення фолікулогенезу в яєчниках

9. Що таке індекс Перля?

Показник безпеки методів контрацепції, що визначає кількість випадків побічної дії серед 100 жінок, які використовують певний метод протягом одного року

Показник ефективності методів контрацепції, що визначає кількість успішних випадків

Продовження дод. А

контрацепції серед 100 жінок, які використовують певний метод протягом одного року
 Показник ефективності методів контрацепції, що визначає кількість незапланованих вагітностей серед 100 жінок, які використовують певний метод протягом одного року
 Показник прихильності (комплаєнтності) жінки до правил використання певного методу контрацепції

10. Яке значення індексу Перля притаманне гормональним контрацептивам (за умови їх раціонального застосування)?

0,1 - 1

2 - 10

5 - 25

18 - 30

30 +

11. Вкажіть основні побічні ефекти гормональних контрацептивів: (декілька відповідей)

Акне

Алергічні реакції

Артеріальна гіпертензія

Бронхоспазм

Вагінальні інфекції, в т.ч. кандидоз

Венозна та артеріальна тромбоемболія

Головний біль

Депресія

Дисліпідемія

Дискомфорт при використанні контактних лінз

Забарвлення калу в чорний колір

Залізодефіцитна анемія

Збільшення маси тіла

Зниження лібідо

Інфаркт міокарду

Міжменструальні кровотечі, кров'янисті вагінальні виділення

Набряки

Нагрубання молочних залоз, масталгія

Нервозність, перепади настрою

Нудота, блювання, біль у животі

Підвищення ризику розвитку раку шийки матки та молочної залози

Порушення слуху

Порушення функції печінки та жовчного міхура

Сухий кашель

12. Вкажіть можливі протипоказання (абсолютні або відносні) до застосування гормональних контрацептивів: (декілька відповідей)

Артеріальна гіпертензія

Вагітність

Відомі або підозрювані злоякісні пухлини, залежні від статевих гормонів

Вік від 35 років

Захворювання верхніх дихальних шляхів

Захворювання печінки та жовчного міхура

Лактація

Маткові або вагінальні кровотечі

Мігрень

Міопія

Неврози, психози

Ожиріння

Порушення мозкового кровообігу

Порушення слуху

Серповидноклітинна анемія

Стенокардія

Тривала іммобілізація

Тяжка дисліпідемія

Тромбоемболії, тромбофлебії (в т.ч. в сімейному анамнезі)

Хірургічні втручання

Цукровий діабет із судинними ускладненнями

13. Вкажіть можливі додаткові показання до застосування гормональних контрацептивів (окрім контрацепції): (одна або декілька відповідей)

Акне

Артеріальна гіпертензія

Гіпертиреоз

Гірсутизм

Ендометриоз

Міома матки

Онкологічні захворювання, залежні від статевих гормонів

Передменструальний синдром

Порушення менструального циклу

Порушення сну

Себорея

Симптоми менопаузи

Синдром полікістозу яєчників

Цукровий діабет

14. Які препарати належать до комбінованих оральних контрацептивів (КОК)? (одна або декілька відповідей)

Дезиретт
Джаз
Діане-35
Евра
Ескапел
Жанін
Клайра
Ліндінет 20
Новаринг
Новінет
Постинор
Ригевідон
Три-Регол
Ярина

15. Які діючі речовини групи прогестинів входять до складу КОК? (одна або декілька відповідей)

Гестоден
Дезогестрел
Дієногест
Дроспіренон
Естрадіол
Естріол
Етинілестрадіол
Левоноргестрел
Медроксипрогестерон
Прогестерон
Ципротерон

16. КОК поділяються на високодозовані, низькодозовані та мікродозовані залежно від:

Вмісту естрогенового компонента
Вмісту прогестинового компонента
Вмісту суми естрогенового та прогестинового компонентів
Маси таблетки

17. Які переваги мають мікродозовані КОК перед низькодозованими? (одна або декілька відповідей)

Знижують загальне гормональне навантаження
Краще контролюють менструальний цикл
Мають вищу ефективність

Мають кращу переносимість
Мають нижчу вартість упаковки
Мають нижчий ризик гестагензалежних побічних ефектів
Мають нижчий ризик естрогензалежних побічних ефектів
Не викликають збільшення маси тіла
Повністю імітують ендogenousний гормональний фон протягом циклу
Рекомендовані для молодих дівчат та жінок віком понад 35 років

18. Які препарати належать до багатофазних КОК (3-4 фази)? (одна або декілька відповідей)

Дезиретт
Джаз
Діане-35
Евра
Жанін
Клайра
Новаринг
Постинор
Ригевідон
Три-Регол
Ярина

19. Які переваги мають багатофазні КОК перед монофазними? (одна або декілька відповідей)

Знижують загальне гормональне навантаження
Знижують ризик побічних ефектів
Краще контролюють менструальний цикл
Мають вищу ефективність
Мають кращу переносимість
Мають нижчу вартість упаковки
Не виявляють гестагензалежних побічних ефектів
Не виявляють естрогензалежних побічних ефектів
Повністю імітують ендogenousний гормональний фон протягом циклу

20. Які препарати належать до гестагенвмісних монокомпонентних оральних контрацептивів (міні-пілі)? (одна або декілька відповідей)

Дезиретт
Депо-Провера
Джаз
Діане-35
Евра
Ескапел
Жанін

Клайра
Мірена
Новаринг
Постинор
Ригевідон
Три-Регол
Ярина

21. Які переваги мають гестагенвмісні монокомпонентні оральні контрацептиви перед КОК? (одна або декілька відповідей)

Знижують загальне гормональне навантаження
Краще контролюють менструальний цикл
Мають вищу ефективність
Мають нижчу вартість упаковки
Можуть використовуватись під час лактації
Можуть використовуватись при ожирінні
Можуть використовуватись при цукровому діабеті
Не виявляють гестагензалежних побічних ефектів
Не виявляють естрогензалежних побічних ефектів
Повністю імітують ендогенний гормональний фон протягом циклу
Рекомендовані для жінок віком понад 35 років, які палять

22. Яким чином призначаються оральні контрацептиви (ОК)?

Високо- та низькодозовані КОК - лікарем, мікродозовані КОК та міні-пілі - фармацевтом
Лікарем після дистанційної консультації
Лікарем після загального медичного обстеження, вивчення анамнезу та консультації
Пацієнтка обирає препарат самостійно
Фармацевтом після проведення фармацевтичної опіки

23. Коли потрібно розпочинати прийом орального контрацептива?

В будь-який день
У перший день менструального циклу (1-й день менструації)
У перший день після завершення менструації
Після овуляції

24. Як часто потрібно приймати оральний контрацептив (КОК або міні-пілі)?

1 раз на тиждень
3 рази на день після прийому їжі
За 30-60 хв до статевого акту
Після кожного незахищеного статевого акту
По 1 таблетці щодня в один і той же час

25. Які фактори можуть знизити ефективність орального контрацептиву? (одна або декілька відповідей)

Блювання протягом 3-4 годин після прийому орального контрацептиву
Вживання алкогольного напою під час прийому орального контрацептиву
Взаємодія з іншими лікарськими засобами
Діарея протягом 3-4 годин після прийому орального контрацептиву
Поєднання орального контрацептиву з іншим способом контрацепції
Прийом орального контрацептиву під час їжі
Прийом орального контрацептиву у різний час доби
Пропуск прийому орального контрацептиву

26. Що потрібно робити при пропуску 1 прийому орального контрацептиву? (одна або декілька відповідей)

Впродовж наступних 7 днів на додачу до ОК слід використовувати бар'єрні методи контрацепції
Впродовж наступних 7 днів приймати подвоєну дозу ОК
Прийняти таблетку негайно після того, як жінка про це згадає, навіть якщо доведеться прийняти 2 таблетки одночасно
Припинити прийом ОК, перейти на інший метод контрацепції
Продовжити прийом ОК з наступного місяця
Пропустити поточний день і продовжити прийом з наступного

27. Що потрібно робити при блюванні протягом 3-4 годин після прийому орального контрацептиву? (одна або декілька відповідей)

Впродовж наступних 7 днів на додачу до ОК слід використовувати бар'єрні методи контрацепції
Впродовж наступних 7 днів приймати подвоєну дозу ОК
Прийняти додаткову таблетку
Припинити прийом ОК, перейти на інший метод контрацепції
Продовжити прийом ОК з наступного місяця
Продовжити прийом ОК у звичайному режимі
Якщо блювання виникає регулярно після прийому ОК, необхідно звернутися до лікаря

28. Які препарати належать до парентеральних гормональних контрацептивів для системного застосування (нашкірного, підшкірного, внутрішньом'язового)? (одна або декілька відповідей)

Депо-Провера
Джаз
Діане-35
Евра
Ескапел
Імпланон

Клайра
Мірена
Новаринг
Постинор
Ригевідон
Три-Регол

29. Оберіть правильні твердження щодо особливостей застосування гормональних контрацептивів у формі ТТС (пластир): (одна або декілька відповідей)

Діють місцево, що знижує ризик системних побічних ефектів
Ефективність не знижується при діареї та блюванні
Забезпечують більш стабільний рівень гормонів
Знижують загальне гормональне навантаження
Зручні у використанні (легко встановлюються та видаляються самостійно)
Зручні у використанні (не потребують щоденного контролю прийому)
Краще за ОК контролюють менструальний цикл
Мають вищу ефективність у порівнянні з ОК
Мають менший вплив на печінку у порівнянні з ОК
Мають нижчу вартість у порівнянні з ОК
Мають тривалий термін дії (до 3 років)
Мають тривалий термін дії (3 місяці)
Мають тривалий термін дії (7 днів)
Не виявляють гестагензалежних побічних ефектів
Не виявляють естрогензалежних побічних ефектів
Повністю імітують ендogenousний гормональний фон протягом циклу

30. Оберіть правильні твердження щодо особливостей застосування гормональних контрацептивів - імплантатів для підшкірного введення: (одна або декілька відповідей)

Діють місцево, що знижує ризик системних побічних ефектів
Ефективність не знижується при діареї та блюванні
Забезпечують більш стабільний рівень гормонів
Знижують загальне гормональне навантаження
Зручні у використанні (легко встановлюються та видаляються самостійно)
Зручні у використанні (не потребують щоденного контролю прийому)
Краще за ОК контролюють менструальний цикл
Мають вищу ефективність у порівнянні з ОК
Мають менший вплив на печінку у порівнянні з ОК
Мають нижчу вартість у порівнянні з ОК
Мають тривалий термін дії (до 3 років)
Мають тривалий термін дії (3 місяці)
Мають тривалий термін дії (7 днів)

Не виявляють гестагензалежних побічних ефектів
Не виявляють естрогензалежних побічних ефектів
Повністю імітують ендogenousний гормональний фон протягом циклу

31. Які препарати належать до гормональних контрацептивів для місцевого застосування (інтравагінального, внутрішньоматкового)? (одна або декілька відповідей)

Аводель
Джаз
Діане-35
Евра
Ескапел
Жанін
Клайра
Мірена
Новаринг
Постинор
Ригевідон
Три-Регол
Ярина

32. Які переваги мають вагінальні кільця перед оральними контрацептивами?

Ефективність не знижується при діареї та блюванні
Забезпечують більш стабільний рівень гормонів
Зручні у використанні (легко встановлюються та видаляються самостійно)
Зручні у використанні (не потребують щоденного контролю прийому)
Мають вищу ефективність
Мають менший вплив на печінку
Мають нижчу вартість
Не виявляють гестагензалежних побічних ефектів
Не виявляють естрогензалежних побічних ефектів
Повністю імітують ендogenousний гормональний фон протягом циклу

33. Які переваги мають гормональні ВМС перед оральними контрацептивами?

Діють місцево, що знижує ризик системних побічних ефектів
Ефективність не знижується при діареї та блюванні
Забезпечують більш стабільний рівень гормонів
Зручні у використанні (легко встановлюються та видаляються самостійно)
Зручні у використанні (не потребують щоденного контролю прийому)
Краще контролюють менструальний цикл
Мають вищу ефективність

Мають менший вплив на печінку
Мають нижчу вартість
Мають тривалий термін дії (8 років)
Не виявляють гестагензалежних побічних ефектів
Не виявляють естрогензалежних побічних ефектів
Повністю імітують ендogenousний гормональний фон протягом циклу

34. Які препарати належать до засобів екстреної контрацепції? (одна або декілька відповідей)

Аводель
Джаз
Діане-35
Ескапел
Жанін
Клайра
Лергесан
Мірена
Новаринг
Постинор
Ригевідон
Три-Регол
Улісса
Ярина

35. Оберіть правильні твердження щодо особливостей застосування засобів для екстреної контрацепції: (декілька відповідей)

Ефективність зменшується з віком
Ефективність зменшується при ожирінні
Мають часті та виражені побічні ефекти (головний біль, нудота, біль у животі, дисменорея)
Не захищають від інфекції, що передаються статевим шляхом
Практично не мають побічних ефектів
Препарати левоноргестрелу ефективні протягом 3 діб, але найефективніші у перші 24 год (95%)
Препарати левоноргестрелу ефективні протягом тижня
Препарати уліпристалу ефективні протягом 5 діб
При застосуванні препаратів левоноргестрелу зростає ризик розвитку еktopічної вагітності
Призначені для епізодичного застосування після незахищеного статевого акту
Призначені для регулярного застосування як альтернатива КОК

36. З препаратами яких груп не можна одночасно застосовувати гормональні контрацептиви через можливість небажаних взаємодій (зниження ефективності або підвищення ризику побічних ефектів)? (декілька відповідей)

Антибіотики (гризеофульвін, рифампіцин)
Барбітурати
Інгібітори протонної помпи
Інші гормональні контрацептиви
Муколітичні препарати
Неопіоїдні анальгетики
Препарати звіробою
Проносні засоби
Противірусні препарати (для лікування ВІЛ та вірусного гепатиту С)
Протидіабетичні препарати
Протиепілептичні препарати (ламотриджин, фенітоїн тощо)
Седативні препарати

37. Яким джерелам інформації про гормональні контрацептиви Ви надаєте перевагу? (одна або декілька відповідей)

Вікіпедія
Державна фармакопея України
Державний реєстр лікарських засобів України
Державний формуляр лікарських засобів
Інтернет-джерела (соціальні мережі, форуми, блоги тощо)
Інструкції для медичного застосування препаратів
Колеги
Компендіум
Міжнародні бази FDA (США), EMA (ЄС)
Міжнародні бази доказової інформації (UpToDate, PubMed, Cochrane Library тощо)
Накази, клінічні протоколи та стандарти МОЗ України
Українські онлайн-платформи («Аптека 911», «Tabletki.ua» тощо)
Фахові консультації лікарів та фармацевтів

38. Як Ви оцінюєте свої знання щодо клініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування гормональних контрацептивів?

Дуже високі
Високі
Середні
Низькі
Дуже низькі

Дякуємо за приділений час та Ваші відповіді!
Гарного дня!





МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ГРАМОТА

нагороджується

Мота Соломія

за участь у секційному засіданні студентського наукового
товариства кафедри
фармакології та клінічної фармації

**XXXII МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»**

Ректор закладу
вищої освіти



Олександр КУХТЕНКО

15 квітня 2026 р. м. Ужгород

Продовження дод. Б

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ
НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

МАТЕРІАЛИ
XXXII МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

15–17 квітня 2026 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2026

УДК 615.1

Редакційна колегія: проф. Кухтенко О. С., проф. Рубан О.А., доц.
Буряк М.В.

Укладачі: Комісаренко М.А., Сурікова І. О., Боднар Л. А.,

Актуальні питання створення нових лікарських засобів: матеріали
XXXII міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та
студентів (15-17 квітня 2026 р., м. Харків). – Харків: НФаУ, 2026. – 453 с.

Збірка містить матеріали міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання створення нових лікарських засобів, які представлені за пріоритетними напрямками науково-дослідної роботи Національного фармацевтичного університету. Розглянуто теоретичні та практичні аспекти синтезу біологічно активних сполук і створення на їх основі лікарських субстанцій; стандартизації ліків, фармацевтичного та хіміко-технологічного аналізу; вивчення рослинної сировини та створення фітопрепаратів; сучасної технології ліків та екстемпоральної рецептури; біотехнології у фармації; досягнень сучасної фармацевтичної мікробіології та імунології; доклінічних досліджень нових лікарських засобів; фармацевтичної опіки рецептурних та безрецептурних лікарських препаратів; доказової медицини; сучасної фармакотерапії, соціально-економічних досліджень у фармації, маркетингового менеджменту та фармакоекономіки на етапах створення, реалізації та використання лікарських засобів; управління якістю у галузі створення, виробництва й обігу лікарських засобів; суспільствознавства; фундаментальних та мовних наук.

УДК 615.1

© НФаУ, 2026

Секція 8 «ФАРМАКОЛОГІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ,
КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ ТА КЛІНІЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ»

КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ГОРМОНАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ

Мота С.Ю.

Науковий керівник: Очкур О.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

alex.o4kur@gmail.com

Вступ. На сьогодні гормональні контрацептиви широко використовуються не лише з метою запобігання небажаній вагітності, але й для лікування різноманітних гінекологічних та ендокринних порушень, зокрема дисменореї, синдрому полікістозних яєчників, ендометріозу тощо. Сучасний фармацевтичний ринок пропонує значну кількість гормональних контрацептивів, які відрізняються за складом, дозуванням, лікарськими формами, шляхами введення, фармакокінетичними та фармакодинамічними характеристиками. Це, з одного боку, розширює можливості індивідуалізації терапії, а з іншого – ускладнює вибір оптимального препарату для конкретної пацієнтки. Гормональні контрацептиви мають доведену високу ефективність, однак їх застосування пов'язане з ризиком розвитку побічних реакцій, включаючи тромбоемболічні ускладнення, метаболічні порушення та вплив на серцево-судинну систему. Саме тому особливого значення набуває клініко-фармакологічне обґрунтування їх призначення з урахуванням індивідуальних особливостей організму, супутніх захворювань та факторів ризику. Крім того, актуальність обраної нами теми зумовлена необхідністю підвищення рівня фармацевтичної опіки та взаємодії між лікарем і фармацевтом з метою забезпечення безпечного та ефективного застосування гормональних контрацептивів.

Мета дослідження. Метою дослідження стало узагальнення та аналіз клініко-фармакологічних аспектів застосування гормональних контрацептивів, дослідження асортименту лікарських препаратів цієї групи, представлених на вітчизняному фармацевтичному ринку, та дослідження обізнаності фармацевтів аптечних мереж України з умовами раціонального застосування вказаних лікарських засобів.

Матеріали та методи. Для досягнення мети дослідження в роботі були використані методи: бібліографічний, метод інформаційного пошуку, соціологічний та системно-аналітичний. Інтернет-опитування проводили за допомогою Google-форми серед фармацевтів аптечних мереж України у березні-квітні 2026 р.

Результати дослідження. За результатами аналізу даних відкритих інформаційних джерел («Компендіум», «Державний реєстр лікарських засобів України» тощо) нами проведено дослідження асортименту гормональних контрацептивів для системного та місцевого застосування, зареєстрованих на ринку України, а саме фармакотерапевтичної групи G03A – Гормональні контрацептиви для системного застосування, та окремих представників фармакотерапевтичних груп G02B – Контрацептиви для місцевого застосування та G03H – Антиандрогени; створено анкету, яка містила питання щодо загальної характеристики респондентів (стать, вік, наявність та рівень профільної освіти, стаж роботи за фахом), асортименту та складу лікарських препаратів вказаних груп, механізму їх дії, особливостей фармакодинаміки, протипоказань, побічних ефектів, взаємодії з іншими препаратами, умов раціонального застосування цих препаратів; проведено опитування респондентів та проаналізовано його результати.

Висновки. Результати проведеного дослідження дозволили оцінити рівень обізнаності фармацевтів щодо раціонального застосування гормональних контрацептивів.

	ЗМІСТ
Зражевська К.А.; Н.к.: Чикіткіна В.В.	194
Зуза М.М.; Н.к.: Рибак В.А.	195
Коломієць Г.Р.; Н.к.: Кононенко А.Г.	197
Крючкова К.С.; Н.к.: Кононенко А.Г.	199
Лакізо В.О.; Н.к.: Перець О.В.	200
Маглич А.І.; Н.к.: Рибак В.А.	202
Марчук К.О.; Н.к.: Кононенко А.Г.	204
Мініна Д.Р.; Н.к.: Кононенко А.Г.	206
Немченко Д.С.; Н.к.: Чикіткіна В.В.	207
Пономарьова В.Д.; Н.к.: Кононенко А.Г.	209
Тимофєєнко М.С.; Н.к.: Галашко В.В.	211
Штанько З.; Н.к.: Галашко В.	212

**СЕКЦІЯ 8. ФАРМАКОЛОГІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ ТА
КЛІНІЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ
PHARMACOLOGY, PHARMACOTHERAPY, CLINICAL PHARMACY AND CLINICAL
COSMETOLOGY**

Богуславський Є.П., Підгайна В.В.; Н.к.: Кухтенко О.С.	216
Бурлака В.О.; Н.к.: Михайленко О.О.	216
Горюнова І.О., Савохіна М.В.; Н.к.: Деримедвідь Л.В.	217
Гуліян К.Д.; Н.к.: Штриголь С.Ю.	219
Дуднік А.В.; Н.к.: Степанова С.І.	221
Касілова Ю.О., Ветрова К.В., Отрішко І.А.	222
Лавренюк Є.І.; Н.к.: Жаботинська Н.В.	223
Лимаренко Є.О.; Н.к.: Бевз Н.Ю.	224
Макарова В.Д.; Н.к.: Деримедвідь Л.В.	226
Мовчан Ю.А., Белік Г.В.; Н.к.: Савохіна М.В.	228
Мота С.Ю.; Н.к.: Очкур О.В.	230
Нікуліна Н.А.; Н.к.: Жаботинська Н.В.	231
Підгайна В.В., Юдкевич Т.К., Лебединець І.О., Рожков С.С., Солдатов Д.П., Перехода Л.О.	232
Підпала В.В., Ветрова К.В., Савохіна М.В.	232
Расін Н.В., Савохіна М.В.; Н.к.: Таран А.В.	233
Середа Ю.Ю.; Н.к.: Антоненко О.В.	234
Сосновська С.В., Ветрова К.В., Отрішко І.А.	236
Стрельченко В.В., Ветрова К.В.	237
Ступак А.О., Ветрова К.В.; Н.к.: Савохіна М.В.	238
Тимошенко З.Ю., Ветрова К.В.	240
Ivchenko K.O.; S. s.: Severina H.I.	241

Національний фармацевтичний університет

Факультет фармацевтичний
Кафедра фармакології та клінічної фармації
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація
Освітньо-професійна програма
«Фармація»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
фармакології та
клінічної фармації

Сергій ШТРИГОЛЬ
«01» вересня 2025 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Соломія МОТА

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування гормональних контрацептивів»
керівник кваліфікаційної роботи: Олександр ОЧКУР, к.фарм.н., доцент ЗВО кафедри фармакології та клінічної фармації
затверджений наказом НФаУ від «06» жовтня 2025 року № 266
2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: травень 2026 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: кваліфікаційна робота присвячена дослідженню обізнаності фармацевтів щодо клініко-фармакологічних аспектів раціонального застосування препаратів гормональних контрацептивів.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати асортимент лікарських засобів групи гормональних контрацептивів, які представлені на вітчизняному фармацевтичному ринку; розробити анкету для опитування фармацевтів аптечних мереж України щодо їх обізнаності з раціонального застосування вказаних лікарських засобів; провести анонімні анкетні опитування серед фармацевтів стосовно теми дослідження; на підставі даних опитування оцінити рівень обізнаності фармацевтів щодо раціонального застосування препаратів гормональних контрацептивів.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):
таблиць – 5, рисунків – 42

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРИЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Олександр ОЧКУР, доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології та клінічної фармації	02.09.2025	02.09.2025
2	Олександр ОЧКУР, доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології та клінічної фармації	12.01.2026	12.01.2026
3	Олександр ОЧКУР, доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології та клінічної фармації	12.01.2026	12.01.2026
4	Олександр ОЧКУР, доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології та клінічної фармації	12.01.2026	12.01.2026

7. Дата видачі завдання: «01» вересня 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1	Аналіз наукових першоджерел за темою роботи	Вересень-грудень 2025 р.	виконано
2	Виконання власних досліджень	Січень – квітень 2026 р.	виконано
3	Оформлення роботи та подання до Екзаменаційної комісії	Травень 2026 р.	виконано

Здобувач вищої освіти

Соломія МОТА

Керівник кваліфікаційної роботи

Олександр ОЧКУР

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 266
По Національному фармацевтичному університету
від 06 жовтня 2025 року

Затвердити теми кваліфікаційних 2 курсу (4 семестр) 2025-2026 н. р., група Фм24(1,10д), освітньо-професійна програма «Фармація», спеціальність «226 Фармація, промислова фармація», спеціалізація «226.01 Фармація», галузь знань «22 Охорона здоров'я», рівень вищої освіти другий (магістерський), денна форма здобуття освіти, термін навчання 1 рік 10 місяців.

№ з/п	Прізвище, ім'я по батькові здобувача вищої освіти	Тема кваліфікаційної роботи (українською мовою)	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Керівник кваліфікаційної роботи	Рецензент кваліфікаційної роботи
Кафедра фармакології та клінічної фармації					
1.	Мота Соломія Юріївна	Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування гормональних контрацептивів.	Clinical and pharmacological aspects of the rational use of hormonal contraceptives.	доц. Очкур О.В.	проф. Подольський І.М.

ПІДСТАВА: подання декана фармацевтичного факультету доцента Олександра ГОНЧАРОВА



Вірно: пров. фахівець деканату

Алла СЕРДЮК

ВИСНОВОК
експертної комісії про проведену експертизу
щодо академічного плагіату у кваліфікаційній роботі
здобувача вищої освіти
«12» травня 2026 р. № 333825476

Проаналізувавши кваліфікаційну роботу здобувача вищої освіти МОТИ Соломії, групи Фм24(1,10д)-01, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, освітньої програми «Фармація» очної (денної) форми здобуття освіти на тему: «Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування гормональних контрацептивів / Clinical and pharmacological aspects of the rational use of hormonal contraceptives», експертна комісія дійшла висновку, що робота, представлена до Екзаменаційної комісії для захисту, виконана самостійно і не містить елементів академічного плагіату (компіляції).

Заступник голови Комісії,
заступник директора інституту
в складі ЗВО ННПФ,
доцент



Олена НОВОСЕЛ

ВІДГУК

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

Соломія МОТА

**на тему: «Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування
гормональних контрацептивів»**

Актуальність теми. Сучасний фармацевтичний ринок пропонує значну кількість гормональних контрацептивів, які відрізняються за складом, дозуванням, лікарськими формами, шляхами введення та іншими характеристиками. Це, з одного боку, розширює можливості індивідуалізації терапії, а з іншого – ускладнює вибір оптимального препарату. Актуальність обраної нами теми зумовлена необхідністю підвищення рівня фармацевтичної опіки та взаємодії між лікарем і фармацевтом з метою забезпечення безпечного та ефективного застосування гормональних контрацептивів.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Результати дослідження можуть бути використані в навчальному процесі при підготовці майбутніх фахівців фармацевтичного профілю та в процесі підвищення кваліфікації спеціалістів фармації з метою підвищення якості фармацевтичної опіки при відпуску препаратів гормональних контрацептивів.

Оцінка роботи. Матеріал кваліфікаційної роботи викладено методично правильно, послідовно, логічно, що вказує на вміння здобувачки аналізувати наукові першоджерела, узагальнювати літературні та експериментальні дані.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. Отримані результати досліджень за актуальністю, науковим рівнем та практичним значенням відповідають вимогам, які висуваються до кваліфікаційних робіт, тому представлена робота може бути рекомендована до публічного захисту в Екзаменаційну комісію Національного фармацевтичного університету.

Науковий керівник

Олександр ОЧКУР

«14» травня 2026 р.

РЕЦЕНЗІЯ

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

Соломія МОТА

**на тему: «Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування
гормональних контрацептивів»**

Актуальність теми. Гормональні контрацептиви широко використовується не лише з метою запобігання небажаний вагітності, але й для лікування різноманітних гінекологічних та ендокринних порушень. Гормональні контрацептиви мають доведену високу ефективність, однак їх застосування пов'язане з ризиком розвитку побічних реакцій, включаючи тромбоемболічні ускладнення, метаболічні порушення та вплив на серцево-судинну систему. Саме тому особливого значення набуває клініко-фармакологічне обґрунтування їх призначення з урахуванням індивідуальних особливостей жіночого організму, супутніх захворювань та факторів ризику.

Теоретичний рівень роботи. Здобувачкою вищої освіти оброблена велика кількість наукової літератури на досить високому теоретичному рівні. Зміст роботи повністю відповідає поставленому завданню. За темою роботи опубліковано 1 тези доповіді.

Пропозиції автора з теми дослідження. Здобувачкою проаналізовано асортимент лікарських засобів гормональних контрацептивів, представлених на фармацевтичному ринку України; розроблено анкету для опитування фармацевтів аптечних мереж України щодо їх обізнаності з раціонального застосування вказаних лікарських засобів; проведено анонімне Internet-опитування серед фармацевтів стосовно теми дослідження; на підставі даних опитування оцінено рівень обізнаності фармацевтів щодо раціонального застосування препаратів гормональних контрацептивів.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість.

Результати дослідження можуть бути використані в навчальному процесі при підготовці майбутніх фахівців фармацевтичного профілю та в процесі підвищення кваліфікації спеціалістів фармації з метою підвищення якості фармацевтичної опіки при відпуску препаратів гормональних контрацептивів.

Недоліки роботи. Серед недоліків можна відмітити неточні вислови, які не впливають на наукову та практичну цінність роботи.

Загальний висновок і оцінка роботи. Матеріал кваліфікаційної роботи викладено послідовно і систематично, що вказує на вміння авторки застосовувати вибіркового аналіз наукових першоджерел та експериментальних даних і критично їх узагальнювати. Кваліфікаційна робота відповідає усім вимогам і може бути представленою до захисту в Екзаменаційній комісії Національного фармацевтичного університету.

Рецензент _____

проф. Ілля ПОДОЛЬСЬКИЙ

«15» травня 2026 р.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ № 19
засідання кафедри фармакології та клінічної фармації

18 травня 2026 р.

м. Харків

Голова: завідувач кафедри, доктор мед. наук, професор Штриголь С. Ю.

Секретар: кандидат фарм. наук, доцент Ветрова К. В.

ПРИСУТНІ: зав. каф., проф. Штриголь С.Ю., проф. Деримедвідь Л.В., доц. Белік Г.В., доц. Ветрова К.В., доц. Жаботинська Н.В., доц. Матвійчук А.В., доц. Отрішко І.А., доц. Очкур О.В., доц. Савохіна М.В., доц. Степанова С. І., доц. Таран А.В., ас. Верховодова Ю.В., ас. Підгайна В.В. та здобувачі вищої освіти.

ПОРЯДОК ДЕННИЙ:

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

СЛУХАЛИ:

1. Здобувачку вищої освіти Моту Соломію Юріївну зі звітом про проведену наукову діяльність за темою кваліфікаційної роботи: «Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування гормональних контрацептивів».

УХВАЛИЛИ:

1. Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувачка вищої освіти Мота Соломія Юріївна допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

Голова

Завідувач кафедри, проф.

Сергій ШТРИГОЛЬ

Секретар, доц.

Катерина ВЕТРОВА

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ПОДАННЯ ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Направляється здобувач вищої освіти Соломія МОТА до захисту кваліфікаційної роботи
за галуззю знань 22 Охорона здоров'я
спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація
освітньо-професійною програмою Фармація
на тему: «Клініко-фармакологічні аспекти раціонального застосування гормональних контрацептивів»

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Олександр ГОНЧАРОВ /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Соломія МОТА успішно виконала поставлені завдання, засвоїла роботу з науковими першоджерелами та методики, які вона застосовувала у своєму дослідження. Отримані результати досліджень за актуальністю, науковим та практичним значенням відповідають вимогам, які висуваються до кваліфікаційних робіт, тому представлена робота може бути рекомендована до публічного захисту у Екзаменаційну комісію Національного фармацевтичного університету.

Керівник кваліфікаційної роботи

Олександр ОЧКУР

«14» травня 2026 р.

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

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

Завідувач кафедри
фармакології та клінічної фармації

Сергій ШТРИГОЛЬ

«18» травня 2026 р.

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

«15» червня 2026 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

доктор фармацевтичних наук, професор

_____ / Володимир ЯКОВЕНКО /