

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

***КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ, ФАРМАКОТЕРАПІЇ І
УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ***

Білай І.М., Михайлюк Є.О.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ТА КОМПЛАСЕНС

Навчальний посібник
для керівників баз стажування та провізорів-інтернів заочного цик-
лу навчання
зі спеціальності «Загальна фармація»

Запоріжжя – 2016

Автор: д.мед.н., проф. Білай І.М., ас. Михайлюк Є.О.

Під редакцією завідувача кафедри клінічної фармації, фармакотерапії і УЕФ Запорізького державного медичного університету, професора І. М. Білая.

Рецензенти: Завідувач кафедри клінічної фармакології,
фармації, фармакотерапії та косметології,
доктор медичних наук., професор Крайдашенко О.В.

Доктор фармацевтичних наук., професор, завідувач кафедри
фармакогнозії, технології ліків та фармацевтичної хімії

Мазулін Олександр Владіленович

Навчально-методичний посібник присвячено формуванню у провізорів-інтернів принципів клінічної фармації, раціональному вибору лікарських засобів при різних клінічних ситуаціях. Наведено анотацію, питання для самопідготовки і контролю вихідного рівня знань, практичну частину (ситуаційні задачі, аналіз листів призначення, завдання), контроль кінцевого рівня знань, тести, інформаційний матеріал та літературу. Призначений для використання під час заочного циклу навчання на базах стажування провізорів-інтернів.

Посібник розглянутий і затверджений на методичному засіданні кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та управління і економіки фармації

(протокол № 10 від "28"грудня 2015 р.);

на засіданні циклової методичної комісії з фармацевтичних дисциплін Запорізького Державного медичного університету

(протокол № 6 від 23.02.2016р.);

на засіданні центральної методичної ради Запорізького державного медичного університету

(протокол № 5 від 02 червня 2016).

ВИБІР ТА КОНТРОЛЬ ЗА ЕФЕКТИВНІСТЮ ТА БЕЗПЕЧНІСТЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ. КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧ- НОСТІ

Питання для самопідготовки:

1. Засвоєння загальних принципів та алгоритму проведення фармацевтичної опіки хворого з метою підвищення ефективності та безпеки лікарської терапії;
2. Оволодіння алгоритмом визначення компетенції клінічного провізора і лікаря при вирішенні проблем пацієнта, які виникають під час терапії лікарськими засобами;
3. Оволодіння навичками алгоритмічного підходу до проведення клініко- фармацевтичного аналізу лікарських призначень;
4. Прогнозування, попередження, виявлення та реєстрація побічної дії лікарських препаратів;
5. Освоєння методології генеричної заміни лікарських препаратів в умовах аптеки
6. Освоєння правил фармацевтичної опіки декретованих категорій пацієнтів – вагітних, лактуючих, дітей та людей похилого віку.
7. Засвоєння навичок отримання, аналізу та подання інформації про фармакологічні властивості лікарських препаратів (ЛП), тобто проведення консультаційної роботи про ЛП серед медичних працівників та різних верств населення.

Теоретичний матеріал:

Якість фармацевтичної опіки (ФО) можна розглядати на 2-х ключових рівнях: задоволеність пацієнта та оцінка професійної компетентності фахівців. За першим напрямом – вивчення задоволеності пацієнта якістю ФО (шляхом опитування) можна ідентифікувати ті елементи системи охорони

здоров'я (ОЗ), які потребують удосконалення, порівняти якість різних програм опіки чи обслуговування, визначити чинники, що впливають на їх ефективність¹². Дані про оцінку задоволеності пацієнтів певними послугами слід розглядати як індикатор їх якості. У більшості розвинутих країн він слугує ключовим фактором оцінки якості системи ОЗ, у той час, як у державах, що розвиваються пріоритетнішим критерієм залишається доступність медичної допомоги¹². Низка зарубіжних досліджень, які оцінювали якість ФО в аптеках встановили, що її надання впливає на задоволеність хворих, особливо у порівнянні із традиційною практикою. Враховуючи розвиток фармацевтичної галузі закордоном в англomовних країнах опрацьовано 3 стандартизовані опитники, що дозволяють оцінити рівень задоволеності пацієнтів якістю ФО^{5,10,11}. У той же час відсутні валідовані опитники іншими мовами, окрім іспанської¹². Щодо 2-го методу оцінки якості ФО в аптеці – професійної компетентності провізорів (фармацевтів), то її можна провести за наступними напрямками: консультування пацієнта; управління клінічними ризиками; коректність виготовлення (для екстемпоральних лікарських засобів (ЛЗ); відпуск ЛЗ; моніторинг застосування ЛЗ; управління якістю. Загалом індикатори якості ФО можна систематизувати за 3-ма групами: структурні, процесні та індикатори результату (S-P-O). Структурні індикатори (structure indicators) описують тип та кількість ресурсів, використаних системою ОЗ або організацією для надання програм і послуг. Процесні (process indicators) – оцінюють, що саме зробила для пацієнта особа, яка надає послугу, і наскільки це було зроблено добре. Натомість, індикатори результату (outcome indicators) описують вплив опіки на стан здоров'я пацієнта та популяції⁷. Ще одним інструментом, важливим для оцінки якості ФО, слугують стандартні операційні процедури (СОП), що включають письмові протоколи та процедури, які виконуються в аптеці, наприклад, це перелік запитань, що ставляться пацієнту для встановлення його потреби та виконання відповідної професійної дії⁸. При цьому СОП дозволяють забезпечувати однакову якість фармацевтичної

допомоги, постійність належного рівня послуг, визначати рівень відповідальності персоналу, здійснювати управління часом, проводити професійну підготовку нових працівників. Закордоном впровадження СОП (вперше щодо відпуску ЛЗ) в практику аптек законодавчо визначено у 2005 р. у Великій Британії. Наявність СОП для усіх процедур, що відбуваються в аптеці вважається критерієм «належної практики». В Україні існують певні організаційно-методичні та правові напрацювання щодо впровадження засад забезпечення якості ФО, однак, оцінка якості ФО ще не проводилась.

Встановлено, що зазвичай респонденти відвідують аптеку 1 раз на місяць (17) або при потребі (16), рідше – 1 раз на квартал (10) чи щотижня (7). Як правило, звертаються до аптеки за ЛЗ чи виробами медичного призначення (29), рідше за засобами гігієни (10), косметичними засобами (8) та дитячим харчуванням (3), які купують для себе (45), рідних (21) чи знайомих (4). При цьому переважаюча частка із них навідується у різні аптеки (29, 58%). Можливо, це пояснюється тим, що пацієнти обирають аптеки, де працює кваліфікованіший персонал, доступніші ціни на ЛЗ або ж критерієм вибору слугує розташування аптеки. Однак, 42% опитаних, зазвичай, звертаються до однієї аптеки. Запитання опитника були укладені таким чином, щоб оцінити повноту надання ФО при відпуску ЛЗ. Відтак, нами розглядалися наступні аспекти процесу ФО: визначення потреби, виявлення загрозливих симптомів та уточнення протипоказань, рекомендації та застереження щодо застосування ЛЗ, контроль доступності наданої інформації про ЛЗ. Встановлено, що у більшості респондентів (72%) провізор запитував для кого буде призначений ЛЗ. Однак, майже у 1/3 це не з'ясовували, що може спричинити нераціональний вибір ЛЗ та підвищити ризик розвитку побічних реакцій (ПР) ЛЗ чи його передозування. У понад 2/3 опитаних не з'ясовували причину та тривалість симптомів, які зумовили необхідність звернення до аптеки. Таким чином, у більшості пацієнтів не встановлювали загрозливі симптоми, які можуть вимагати зовсім іншого підходу до фармакотерапії (ФТ). Лише 14 респондентів

поінформували провізора про симптоми, які їх турбують, що дозволило визначити можливість проведення відповідального самолікування. Ще в меншій групі відвідувачів аптеки (8,16%) запитували, які ЛЗ уже застосовувались раніше для полегшення симптомів. Не менш важливим при виборі ЛЗ для індивідуальної ФТ є медикаментозний анамнез, оскільки у низці випадків ЛЗ можуть бути причиною хвороби або ж зумовлювати ПР, що можуть трактуватись як нові симптоми (синдром відміни, тахіфілаксія, залежність тощо). Самовільне припинення ЛЗ також може спричинювати загострення перебігу захворювання, тому дані про попередню чи існуючу ФТ важливі для провізора першого контакту аптечного закладу при визначенні доцільності призначення безрецептурного ЛЗ та попередження поліпрагмазії. У результаті аналізу відповідей респондентів на запитання анкети встановлено, що медикаментозний анамнез зібрали менше ніж в 1/3 відвідувачів (14), що унеможливає, зокрема, врахування потенційних взаємодій ЛЗ. Наступним етапом ФО є власне вибір безрецептурного ЛЗ, який ґрунтується на вище проаналізованих критеріях, професійних знаннях провізора, зокрема, щодо ефективності, безпеки та економічної обґрунтованості застосування ЛЗ в певній клінічній ситуації, а також комплаєнсі та побажаннях пацієнта. Після цього відбувається відпуск ЛЗ, при чому пацієнт повинен одержати достатню інформацію про дію ліків, спосіб та тривалість їх застосування, найбільш ймовірні ПР, сумісність із іншими ЛЗ та їжею. Як засвідчили результати опитування провізор пояснив правильність застосування придбаних ЛЗ лише 11 (22%) респондентам, що може свідчити не лише про відсутність надання цієї інформації пацієнту, а також і неповне її розуміння. Натомість, інформацію про можливі ПР ЛЗ провізор повідомив менш ніж 1/2 опитаних (44%). Лише 1 із 5-ти респондентів повідомляли про те, якої їжі, напоїв чи ЛЗ слід уникати, застосовуючи обраний провізором безрецептурний ЛЗ, а які взаємодії виявляться бажаними. Відсутність такої інформації, навіть за умов правильного вибору ЛЗ, може знизити ефективність та безпеку відповідального самолікування. Підсу-

мовуючи одержані результати, слід зазначити, що незважаючи на низьку поінформованість про умови раціонального застосування ЛЗ для відповідального самолікування понад 1/2 респондентів (58%) залишились задоволені ФО, 36% потребували додаткової інформації, а 6% опитаних взагалі не орієнтувались, які ЛЗ вони придбали і як їх застосовувати. Отже, на нашу думку, це свідчить про недостатній рівень ФО в аптеці, а також про низьку поінформованість та вимогливість суспільства щодо якості інформації про ЛЗ. Результати оцінки задоволеності пацієнтів якістю ФО стали підставою для подальшого вивчення фаховості провізорів у ракурсі ФО. Отож, наступний етап нашого дослідження проведено за моделлю «таємний покупець», яка мала на меті оцінити повноту, вичерпність, коректність інформації, яку надають провізори пацієнту (відвідувачу аптеки) в процесі ФО. Для реалізації мети цього етапу дослідження нами попередньо опрацьовано сценарій, що передбачав звернення до аптеки за місцевим симпатоміметиком – нафазоліном для симптоматичного лікування риніту в дорослого, в анамнезі артеріальна гіпертензія (АГ). Аналіз якості ФО здійснювали за попередньо опрацьованим протоколом оцінки, який враховував усі аспекти, визначені Протоколом провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних ЛЗ – Симптоматичне лікування риніту. Враховуючи те, що СОП дозволяють оцінювати якість (точність, правильність) виконання процесів, що ними визначені⁸, нами вперше в Україні запропоновано та апробовано методику оцінки якості ФО за СОП. Керуючись етапами ФО, визначеними Протоколом провізора фармацевта, нами було виділено 6-ть СОП при відпуску безрецептурного ЛЗ для симптоматичного лікування риніту (табл. 1), при цьому кожній СОП відповідав певний перелік процесних індикаторів якості (ПІЯ), загальна кількість яких склала 23. Результати проведеного дослідження дозволили встановити, що сумарна оцінка якості ФО за СОП склала 35% (табл. 1), що, на нашу думку, свідчить про недостатній рівень ФО при відпуску безрецептурних ЛЗ.

Відтак, такий характер комунікації між провізором та відвідувачем аптеки не свідчить про діалог між ними, а професійний монолог, який певним психологічним типам пацієнтів не дозволяє висловити власні сумніви. Низький контроль доступності інформації про ЛЗ, особливо при надмірному використанні спеціальної медичної та фармацевтичної термінології, може спричинити неадекватне розуміння суті процесу відповідального самолікування і, як наслідок, відсутність терапевтичного ефекту ЛЗ, або погіршення стану пацієнта, що неприпустимо на етапі еволюції системи фармацевтичного обслуговування, де провізор (фармацевт) щораз більше несе відповідальність за збереження здоров'я громадян. Отож, як засвідчили результати проведеного дослідження, низка важливих аспектів ФО не були виконані або виконувались частково, що суттєво знижує її якість. У жодній з аптек не встановлено виконання повного переліку ПЯ. Також в одній із аптек виявлено виконання лише 2-ох із 23-х ПЯ. Таким чином, одержані результати вказують на недостатній рівень ФО в аптеках при безрецептурному відпуску ЛЗ. Для вирішення виявленої проблеми вважаємо за доцільне впровадження безперервної системи фахової освіти фармацевтичних працівників, зокрема, у ракурсі ФО.

Застереження при застосуванні (особливості прийому, побічні ефекти, вплив режиму харчування тощо);

№з/п	Розділ Державного формуляра другого випуску	Інформація для пацієнта щодо особливостей застосування лікарських препаратів
1	Антисептичні засоби п. 16.3.1. розділу «Оториноларингологія. Лікарські засоби»	Лікарські засоби, які містять фенол, з обережністю призначають хворим з порушенням функції печінки, а також в період вагітності і годування грудьми. Лікарські засоби, які містять йод, не призначають пацієнтам з порушенням функції щитовидної залози. Приймання лікарських засобів, які містять амілметакрезол, може супроводжуватися відчуттям дискомфорту в шлунку. При одночасному застосуванні лікарських засобів, які містять лізоцим і піридоксину гідрохлорид, з антибактеріальними лікарськими препаратами (пеніциліни,

		хлорамфенікол, нітрофурантоїн), спостерігається підсилення протимікробної активності останніх Лікарські засоби, які містять лізоцим і піридоксину гідрохлорид, поєднують місцевий протизапальний ефект та підвищення неспецифічної резистентності організму Лікарські засоби, які містять в своєму складі місцеві анестетики, можуть викликати відчуття заніміння в роті
2	Рослинні та гомеопатичні препарати п. 16.3.2 розділу «Оториноларингологія. Лікарські засоби»	Лікарські засоби у формі спиртової настойки не призначають для внутрішнього вживання протягом тривалого часу, а також дітям до 12 років і жінкам у період вагітності та годування грудьми.
3	Інші засоби п. 16.3.4 розділу «Оториноларингологія. Лікарські засоби»	Лікарські засоби, які містять прополіс, не застосовують в комбінації з іншими антисептичними препаратами та продуктами бджільництва Не призначають дітям до 3-х років

У фармакоєкономіці у порівняльному плані вивчають медичні технології, терапевтичні результати і фінансові ресурси (тріада Донабедіана). Саме терапевтичний вплив медичних технологій на здоров'я населення є основним аспектом, який при фармакоєкономічному аналізі необхідно детально досліджувати. Вивчення ефекту чи ефективності лікування відрізняє фармакоєкономіку від простої економічної оцінки лікарських засобів, бо враховують результати охорони здоров'я. Розглянемо, як визначають і порівнюють ефективність медичних технологій.

Параметри оцінки лікарських засобів і методик лікування

Параметри оцінки	Характеристика параметрів
Діючість (efficacy)	Доказана дія ЛЗ, або методу лікування в контрольованих умовах (при клінічних рандомізованих випробуваннях)
Клінічна ефективність (effectiveness)	Оцінка дії ЛЗ або методу лікування в умовах стандартного (не експериментального) застосування
Безпечність (safety)	Частота і важкість не бажаних ефектів і побічних явищ при застосуванні ЛЗ або методів лікування
Згода хворого (compliance)	Дотримування хворим режиму дозування, способу життя при застосуванні ЛЗ або методів лікування
Клініко-економічний аналіз	Оцінка ефективності витрат ресурсів при застосуванні ЛЗ або методів лікування

При альтернативних медичних технологіях ефект лікування можна оцінити такими способами:

1. Параметри біологічної активності – окремі зміни.

Біологічна оцінка ефективності базується на уявленні про нормальний фізичний чи психічний стан здоров'я, її значення змінюється при захворюванні. Біологічні оцінки більш об'єктивно відображають окремі зміни, які характеризують функцію організму, і є релевантними при конкретному захворюванні.

Оцінка ефективності використовується у тих випадках, коли один фізичний чи психічний параметр добре характеризує перебіг захворювання або

розвиток небажаних ускладнень. Такий окремий критерій дозволяє визначати біологічну зміну в кількісному показнику, наприклад, показники тиску крові, рівня глікемії, каліємії, урикемії, кількості епілептичних нападів тощо.

Недолік такої оцінки в тому, що вона не завжди відображає реальну терапевтичну оцінку досліджуваної технології. Наприклад, у випадку, коли дійсна ефективність проявляється лише після тривалої експозиції ліків, тоді окремий критерій біологічної ефективності неадекватно відобразатиме комплексний параметр біологічної ефективності. У цьому випадку окремий критерій ефективності називається *замінником (surrogate)*. Для такого окремого параметра необхідно встановити, коли визначають ефект, а коли терапевтичну ефективність медичної технології. Приклади параметрів ефективності лікування для деяких нозологій наведено у таблиці.

Параметри ефективності лікування для деяких нозологій

Захворюван- ня	Ефект, ефектив- ність (surrogate)	Терапевтична ефектив- ність
Цистит	Ерадикація (лікві- дація) мікроорганізмів	Ерадикація мікроорганізмів
Гіпертонія	Рівень тиску крові	Зниження смертності, кі- лькості серцево-судинних ускладнень

Отже, оцінка ефективності лікування за різними схемами фармакотерапії – це зміна будь-якого показника, наприклад, рівня артеріального тиску, бактеріурії, ліпідів у крові, а також рівня смертності, захворюваності або відсотка вилікуваних осіб.

2. Параметри біологічної активності – комплексні зміни.

Для комплексної оцінки біологічних змін найчастіше використовується визначення ефективності за допомогою збережених років життя (years of lifegained – YLG). Його використання показано на гіпотетичному прикладі дослідження ефективності:

Гіпотетичні оцінки у фармакоеконічному аналізі при лікуванні гострого інфаркту міокарду

Медична техно- логія	Середня трива- лість життя (роки)	Прямі витрати на 1 хворого (× 1000 грн.)
А	60	100/10 років
Б	65	103/10 років

За наведеними даними досліджуємо ефективність вторинної профілактики після гострого інфаркту міокарду ацетилсаліциловою кислотою як тромболітичного засобу. Наведемо гіпотетичні дані оцінки ефективності медичної технології А (схема лікування без тромболітика) і медичної технології Б (схема лікування включає прийом ацетилсаліцилової кислоти протягом 1 року). Ефективність аналізують шляхом визначення середньої тривалості життя для цілої популяції, тобто для медичної технології А середня тривалість життя становить 60 років, а при використанні тромболітика – медичній технології Б – 65 років.

Критеріями ефективності лікарських засобів можуть бути:

- прямі клінічні ефекти (зміна фізіологічних і біохімічних параметрів, на які була спрямована дія ЛЗ: зниження артеріального тиску, зниження рівня глюкози в крові, усунування симптомів захворювання та ін.);
- побічні клінічні ефекти (зниження частоти ускладнень, числа повторних госпіталізацій та ін.);
- зміна показників здоров'я в групі, на яку спрямована дія препарату (смертність, подовження життя, інвалідизація тощо);
- зміна якості життя, обумовленої здоров'ям.

Методи оцінки ефективності і безпечності застосування лікарських засобів:

- Лабораторні
- Інструментальні
- Клінічні.

Аналіз виживання (survival analysis) – це статистичні методи, які використовують для аналізу даних, оцінки ймовірності розподілу в часі подій, зокрема, показників смертності при різних медичних технологіях.

Припустимо, що T є випадкова величина, яка означає час смерті. Функція виживання (S) або графік виживання є функцією, яку отримуємо як ймовірність того, що індивідуальні тривалості виживання є довшими, ніж час t .

$$S(t) = P(T > t),$$

це незростаюча функція, яка прямує від 0 до t , який наближається до ∞ . $S(0)$ є завжди рівна 1.

Функція ризику $h(t)$ описує показник миттєвої невдачі за час t . Існує прямий взаємозв'язок між функцією виживання і функцією ризику:

Існує багато параметричних розподілів для функції виживання, найбільш простий – експоненціальний розподіл, який передбачає, що *функція ризику* (μ) є постійна в часі:

$$S(t) = \exp(-\mu t)$$

Розглянемо як приклад дослідження, коли 100 пацієнтів спостерігаються протягом двох років і 50 пацієнтів помирає за цей час. Для оцінки *щорічної ймовірності* смерті для цих пацієнтів, коли дворічна ймовірність становить 0,50 (50/100), неправильно просто поділити дворічну ймовірність на два (тобто 0,25). Це пов'язано з тим, що однорічна ймовірність переходу відображає *умовну ймовірність* смерті протяго року, якщо людина на початку року людина була жива. Наприклад, якщо ці 0,25 ймовірності застосовувати до цих 100 пацієнтів за час 0, тоді 75 пацієнтів були б живими на кінець першого року. Застосування 0,25 ймовірності до решти 75 пацієнтів означає, що 56 пацієнтів залишилися живими на кінець другого року. Відповідно при щорічній ймовірності 0,25 отримуємо *дворічну ймовірність* смертності 0,44 (1-56/100), але не 0,50. Використовуючи таку логіку, однорічну ймовірність смертності можна обчислити:

$$(100) (1-p) (1-p) = 50 \quad p = 0,2929.$$

У практиці t -річну ймовірність смертності можна перетворити в t -річну *ймовірність показника ризику* (*hazard rate*).

Зниження абсолютного ризику (absolute risk reduction) – характеризує різницю між ймовірністю результатів у контрольній групі в порівнянні з дослідною групою пацієнтів. Якщо ймовірність летальних випадків у контрольній групі, що приймає традиційний лікарський засіб, становить 25 %, а у дослідній, яка одержує інноваційний препарат, - 10 %, то зниження абсолютного ризику становить:

$$0,25 - 0,10 = 0,15.$$

Зниження відносного ризику (relative risk reduction) – це метод вимірювання ефективності, який базується на порівнянні ймовірності результатів у дослідній групі (t) і контрольній групі (c) за формулою:

$$(P_c - P_t) / P_c.$$

У наведеному прикладі зниження відносного ризику становить:

$$(0,25 - 0,10) / 0,25 = 0,6.$$

Коефіцієнт відношення шансів (odds ratio) порівнює ймовірність позитивного результату в дослідній (t) та контрольній (c) групах за формулою:

$$P_t / (1,0 - P_t) / P_c / (1,0 - P_c).$$

У наведеному прикладі відношення шансів буде дорівнювати:

$$0,1 / (1,0 - 0,1) / 0,25 / (1,0 - 0,25) = 0,33.$$

Якщо коефіцієнт відношення шансів наближається до 1,0, це означає, що між результатами лікування у контрольній та дослідній групах пацієнтів спостерігається мінімальна різниця; якщо наближається до 0, тоді ця різниця є суттєвою. Цей показник часто використовується у систематичних оглядах з бази даних Кокрана для аналізу ефективності медичних технологій (лікарських засобів).

Контроль інформації про лікарський препарат

- Запитати пацієнта, чи все йому зрозуміло.
- Попросити пацієнта повторити найважливішу інформацію.
- Дізнатись у пацієнта, чи залишилися у нього які-небудь запитання.

Якість життя як критерій оцінки дії лікарських засобів

Якість життя – це інтегрований (сумарний) якісний показник, який включає:

- Функціональний стан пацієнта (працездатність)
- Психічний стан
- Соціальну активність
- Духовне благополуччя
- Залежить від
- Захворювання
- Побічної дії ЛЗ

Визначення якості життя особливо важливе при хронічних захворюваннях (АГ, ревматоїдний артрит, цукровий діабет, ІХС, бронхіальна астма), які потребують постійного лікування на протязі тривалого часу.

2. Показник «якість життя» в медицині

За визначенням ВООЗ, **якість життя**, пов'язана зі здоров'ям — це сполучення фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не просто відсутність захворювання. Якість життя – це сумарний показник, який характеризує фізичний, психологічний та емоційний стан людини, при якому вона може бути корисна суспільству і користуватись усіма можливостями для задоволення своїх потреб, бажань. Якість життя включає інформацію про основні сфери діяльності людини, оцінюються аспекти, пов'язані та непов'язані із захворюванням, що дозволяє диференційовано визначити вплив захворювання й лікування на стан пацієнта.

Критерії визначення якості життя

Об'єктивні	Суб'єктивні
• Фізична активність • Трудова реабілітація	• Емоційний статус • Задоволеність життям • Самопочуття хворих

Якість життя змінюється з часом, внаслідок проведеного лікування, її моніторинг дозволяє відслідковувати ефективність та безпечність терапії. Оцінка якості життя проводиться безпосередньо хворим, тому є надійним показником його стану і доповнює традиційний висновок лікаря.

Критерії оцінки якості життя

Критерії	Параметри оцінки
Навколишнє середовище	Благополуччя, безпека, побут, доступність медичного та соціального забезпечення, доступність інформації, екологія (якість повітря, води, шум тощо)
Духовність Психологічні	Релігія, особисті переконання Позитивні емоції, мислення, самооцінка, негативні емоції
Рівень самостійності	Повсякденна активність, працездатність, залежність від прийому лікарських засобів та лікування
Суспільне життя	Особисті взаємини, суспільна цінність суб'єкта, сексуальна активність
Фізичні	Сила, енергія, біль, дискомфорт, сон, відпочинок, втомлюваність

Показник «якість життя, пов'язаний зі здоров'ям», використовується у таких випадках:

- впровадження лікарських засобів: при випробуваннях нових лікарських засобів для лікування тих захворювань, що не мають чітких клінічних показників (наприклад, синдром подразненої кишки), коли якість життя може стати провідним критерієм для оцінки ефективності препарату й можливості його реєстрації;
- прогностичне значення якості життя: дані про якість життя до лікування дають лікарю можливість обирати програму лікування, особливо при індивідуалізації фармакотерапії.

Найбільш складно оцінити ефективність фармакотерапії у фінансових показниках як вигоду для суспільства. Це використовується при оцінюванні вигоди проведення щеплень, профілактичного прийому ліків.

Шкала ВООЗ для оцінки якості життя

Бали	Характеристика якості життя
0	Стан нормальний. Активність повна
1	Є симптоми захворювання, активність знижена, може бути вдома
2	Виражені симптоми захворювання, непрацездатний, менше 50 % часу проводить у ліжку
3	Стан важкий, більше 50% проводить у ліжку
4	Дуже важкий стан, 100% часу проводить у ліжку
5	Смерть

Загальні дані про хворих, що брали участь в експерименті

Кількісне співвідношення хворих, %		Вид цукрового діабету	
		1 тип	2 тип
Усього		43	57
Стать	жіноча	28,5	36
	чоловіча	14,5	21
Соціаль- ний стан	працюючий	21	18
	пенсіонер	11	39
	непрацюю- чий	11	-
Вік	20 - 40 лет	25	-
	41 -60 лет	14	43
	більше 60 лет	3,5	14,5
Стаж діабету	до 10 лет	18	25
	більше 10 лет	25	32

Гістограма причин, що впливають на якість життя

3. Основні тенденції та пріоритети на вітчизняному фармацевтичному ринку.

Ефективне лікування хворих, профілактика захворювань можливі при достатній кількості високоефективних лікарських засобів. Об'єм фармацевтичного ринку визначається за формулою імпорт + виробництво - експорт. Таким чином оцінюють поступлення лікарських засобів на фармацевтичний ринок. У 2003 р. складові цієї формули мали наступні значення (тис. дол. США): імпорт – 529837,62; виробництво – 363275; експорт – 51420,83. Отже, об'єм фармацевтичного ринку в 2003 р. склав 841691,79 тис. дол. США, що на 27,14 % більше, ніж у 2002 р. Підвищення темпів росту фармацевтичного ринку досягло відмітки 12,14 % (у 2002 р. приріст у порівнянні з 2001 р. склав 15 %). Питома вага імпорту в загальному обсязі внутрішнього фармацевтичного ринку складає 62,95 %, внутріринкового виробництва – 37,05 %.

За станом на кінець 2002 р. питома вага внутріринкового виробництва в грошовому вираженні складала близько 41%. Протягом 2003 р. спостерігався ріст питомої ваги імпорту в грошовому вираженні, і за підсумками 2003 р. це співвідношення змістилося не на користь вітчизняних ЛЗ: імпорт складав 62,95%, внутріринкове виробництво – 37,05%. Приріст внутріринкового виробництва в грошовому вираженні не відповідав темпам приросту фармацевтичного ринку (11,2 і 27,14% відповідно).

За підсумками 2003 р. обсяг імпорту в грошовому вираженні перевищив показники 2002 р. на 38,9%, у натуральному – на 11,2%, обсяг виробництва в грошовому вираженні перевищив аналогічний торішній показник на 13,4 %, у натуральному – на 12,7%. Ці дані свідчать про те, що ріст натуральних обсягів вітчизняного виробництва й імпорту був практично однаковим

(приріст натуральних обсягів виробництва перевищив приріст аналогічного показника імпорту усього на 1,5%). Для обсягів ринку в грошовому вираженні приріст був забезпечений в основному за рахунок грошових показників імпорту (приріст імпорту в грошових обсягах перевищив аналогічний показник виробництва на 25,5%).

Показники 2003 р. свідчать про те, що дві складові ринки – імпорт і виробництво – розвиваються різними шляхами. Українські виробники пішли по шляху нарощування натуральних обсягів виробництва при практично незмінній ціні за одиницю продукції. У той же час, закордонні фармацевтичні компанії забезпечили приріст продажів не тільки в натуральному, а, насамперед, у грошовому вираженні.

Ми констатуємо, що головною "рушійною силою" росту грошових обсягів фармацевтичного ринку є імпорт. Чи є ситуація 2003 р. типовою для українського ринку? Щоб відповісти на це питання, звернемося до історичного розвитку українського фармацевтичного ринку.

Для аналізу історичного розвитку фармацевтичного ринку ми вибрали період з 1997 по 2003 р. Іншим важливим аспектом розвитку ринку є показники його натуральних об'ємів. Якщо порівняти показники 1999 і 2003 р., то отримують наступні результати: натуральні об'єми виробництва зросли на 73,3%, грошові – на 91,13%, об'єми – на 87,98% і 144,4% відповідно. Тобто темпи приростів імпорту перевищували темпи приростів виробництва за даний період і в натуральному й у грошовому виразі – на 14,68 і 53,29% відповідно.

Приріст кожного зі складового ринку стосовно попереднього періоду в двох аспектах (у натуральному і грошовому вираженні) за 2000–2003 р. Ці дані свідчать про те, що приріст грошових обсягів виробництва з кожним роком стає усе менше приросту аналогічного показника по імпорту. Більш того, у 2001 і 2002 р. виробництво відставало від імпорту й у приросту натуральних обсягів і лише в 2003 р. його перевищило.

З метою більш чіткого формулювання висновків аналіз розвитку ринку ЛЗ проведемо поетапно. Отже, рік 2000-й – період "відродження" фармацевтичного ринку після глибокої кризи. Цей рік можна змело назвати роком вітчизняного виробника. Приріст виробництва як у натуральному, так і в грошовому вираженні набагато перевищує аналогічні показники імпорту. Це свідчить про те, що українські виробники після кризи змогли відновитися швидше, ніж компанії-імпортери. Міцна позиція українських препаратів у сегменті недорогих ЛЗ дозволила виробникам у період низької платоспроможності споживача не тільки збільшити свою ринкову частку, але і досягти досить високого рівня рентабельності продукції.

У 2001 р. відбулося затоварення ринку ЛЗ. Цей рік пройшов під девізом насичення фармацевтичного ринку в натуральному вираженні. Українські виробники не знизили оборотів, ще більше знизили ціни. Компанії-імпортери, з огляду на досвід 2000 р., як і раніше в основному віддавали перевагу недорогостоящим препаратам. Відповідно, досягається високий рівень приросту натуральних обсягів як імпорту, так і виробництва. Але, знижуючи ціни, українські виробники утратили високий рівень рентабельності 2000 р. – почався період твердої цінової конкуренції. У 2001 р. різниця між приростом грошових і натуральних обсягів як виробництва, так і імпорту була негативною (–7,59% і –1,22% відповідно), тобто оператори ринку пожертвували своїми доходами заради збільшення ринкової частки. На ринку досягнуть **межа граничної рентабільності ЛЗ**, споживач не може закупити препаратів більше, ніж йому необхідно, фізичні обсяги ринку досягли критичної оцінки.

Показники 2002 р. демонструють, хто швидше зорієнтувався в сформованій ситуації. Більш гнучкими в маркетинговій стратегії виявилися компанії-імпортери. Почався процес зміни асортименту імпортних ЛЗ у бік більш дорогих препаратів, відповідно почався ріст середніх цін на імпортну продукцію. У той же час українські виробники, втративши в 2001 р. частина свого

прибутку, задіяли механізм прямого підвищення цін, але **не встигли істотно змінити асортимент**, тобто на ринку залишилися практично ті ж препарати, що раніш позиціонувались у сегменті недорогих ЛЗ, але ціна на них **виросла**. Така політика найчастіше приводить до зменшення обсягів виробництва лікарських засобів. Отже, 2002 р. пройшов під егідою зниження показників вітчизняного виробництва в натуральному вираженні.

У 2003 р. відбувалася подальша зміна асортименту імпоротної продукції з виведенням на ринок дорогих препаратів. Відповідно, середня ціна на них зростала, а разом з нею зростав і рівень прибутковості імпоротної продукції. На ріст цін деякий вплив також робить зміна курсу євро. Для показників вітчизняного виробництва відзначимо деякі позитивні тенденції: по-перше, у 2003 р., уперше за останні 3 роки, приріст натуральних обсягів виробництва перевищив аналогічний показник імпорту, по-друге, приріст виробництва в грошовому вираженні випередив такий у натуральному вираженні (різниця складає 1,38%). Зіставивши ці два фактори, ми можемо припустити, що українськими виробниками зроблені перші кроки до упровадження своєї продукції в більш "високовартісній" ніші фармацевтичного ринку. Приріст імпорту в 2003 р. у грошовому вираженні досить значно обганяв товарний приріст, але підвищення цін на ЛЗ – процес не безмежний, і сегмент дорогих препаратів може також досягти межі граничної корисності, як досягли його в 2001 р., насичуючи ринок недорогими препаратами. Ми можемо припустити, що 2004 р. є тим переломним періодом, коли пропорція між дорогим і дешевим ЛС досягне свого балансу. Можна зробити висновок, що подальший ріст цін на імпортовану продукцію може супроводжуватися втратою імпортерами "середньо-" і "низьковартісних" ніш фармацевтичного ринку.

Вітчизняному виробникові прийшов час задуматися про активне освоєння ніші більш дорогих ЛЗ, але при цьому головне не забути про підвищення **цінності** своєї продукції. Досвід попереднього років показав, що простої підвищення цін без зміни структури асортименту приводить до негативних

економічних результатів. Настає час маркетингориєнтованого виробництва, зростає роль маркетингової політики і стратегії на ринку ЛС.

Основні завдання Міністерства охорони здоров'я України.

Надання медичної допомоги амбулаторним і стаціонарним хворим здійснюється через сітку лікувальних і профілактичних установ. Це можливо при наявності необхідного асортименту лікарських засобів та виробів медичного призначення. Головним органом у системі центральних органів виконавчої влади із забезпечення реалізації державної політики у сферах здоров'я, творення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення є Міністерство охорони здоров'я України (Міністр Підаєв А.В.).

Основними завданнями МОЗ України є:

- * забезпечення реалізації державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення;

- * розроблення, координація та контроль за виконанням державних програм розвитку охорони здоров'я, зокрема профілактики захворювань, надання медичної допомоги, розвитку медичної і мікробіологічної промисловості.

Відповідно до покладених на нього завдань МОЗ України:

- * затверджує державні санітарні норми, правила, гігієнічні нормативи;
- * встановлює державні стандарти якості лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, медичної техніки та виробів медичного призначення;
- * забезпечує здійснення державної реєстрації та контролю за виробництвом, належним режимом зберігання і реалізації, якістю лікарських засобів, імунобіологічних препаратів, медичної техніки та виробів медичного призначення, підтримує обов'язковий їх асортимент, в тому числі необхідний запас на випадок стихійного лиха, катастроф, епідемічних захворювань;

* організовує забезпечення населення лікарськими засобами, інформує працівників закладів охорони здоров'я і населення про лікарські засоби та імунобіологічні препарати; забезпечує додержання встановленого порядку надання пільг щодо відпуску громадянам безоплатно або на пільгових умовах медикаментів та імунобіологічних препаратів

* визначає вимоги до професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фармацевтичних працівників;

- встановлює єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються медичною і фармацевтичною діяльністю.

Завдання і функції Державної служби лікарських засобів і виробів медичного призначення.

Управління у сфері створення, виробництва, контролю якості, реалізації лікарських засобів здійснює **Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення** (подалі – Державна служба).

Основними завданнями Державної служби (Постанова КМ України від 2.06.2003 р. №789) є:

* участь у формуванні та реалізації державної політики у сфері виробництва, контролю за якістю та реалізацію лікарських засобів і виробів медичного призначення ;

*забезпечення державного регулювання та контролю виробництва, введення в Україну, вивезення з України, реалізації лікарських засобів і виробів медичного призначення, в тому числі вирішення питань їх державної реєстрації та державного контролю за якістю;

*здійснення державного контролю за дотриманням законодавства щодо забезпечення населення і закладів охорони здоров'я якісними, високоефективними, безпечними та доступними лікарськими засобами і виробами медичного призначення.

Державна служби лікарських засобів і виробів медичного призначення ме наступну структуру:

*** Управління ліцензування.** До нього відносяться:

- відділ ліцензування виробництва, обігу наркотичних засобів, психотропних речовин;
- відділ ліцензування оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами
- сектор стандартизації та експертиз

*** Управління Інспекторат з належної виробничої, дистриб'ютерської практики, контролю дотримання ліцензійних умов, що включає:**

- відділ інспектування;
- відділ сертифікації, акредитації та атестації;
- відділ реєстрації виробів медичного призначення;
- сектор реєстрації імунобіологічних препаратів.

*** Управління організації фармацевтичної діяльності:**

- відділ організації забезпечення лікарськими засобами і виробами медичного призначення;
- відділ інформаційного забезпечення, моніторингу, інновацій та інвестування;
- відділ організаційно-аналітичного забезпечення

Державна служба виконує наступні функції:

1. Управління і контролю:

- здійснює управління та державний контроль за якістю та безпекою лікарських засобів;
- розробляє та затверджує порядок контролю за обігом і зберіганням, оцінкою якості та безпекою продукції;
- розробляє проекти державних програм із забезпечення контролю за якістю та безпекою продукції.

2. Ліцензування:

- виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібної торгівлі лікарськими засобами;
- розроблення, виробництво, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, пересилання, ввезення, вивезення, відпуск, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

3. Реєстрації лікарських засобів і виробів медичного призначення:

- розробляє порядок проведення, доклінічного вивчення лікарських засобів, визначає вимоги та умови проведення окремих досліджень доклінічного вивчення;
- організовує та забезпечує проведення нормативно-технічної, технологічної і інформаційно-патентної, медико-біологічної, токсикологічної, санітарно-гігієнічної, хіміко-аналітичної експертизи матеріалів;
- розробляє порядок ведення Державного реєстру виробів медичного призначення, Державного реєстру імунобіологічних препаратів.

4. Створення і виробництва медичної продукції:

- стимулює створення і виробництво медичної продукції в Україні;
- установлює загальні вимоги до матеріально-технічної бази для виробництва продукції;
- організовує проведення експертизи та погоджує нормативно-технічну та аналітичну нормативну документацію з виробництва продукції.

5. Контролю якості лікарських засобів і виробів медичного призначення:

- розробляє порядок ведення Державної Фармакопеї України;
- здійснює державний контроль за якістю і безпекою лікарських засобів, у тому числі діючих речовин, допоміжних речовин, лікарської рослинної сировини, лікувальної косметики, імунобіологічних препаратів, виробів медичного призначення;

- здійснює державний контроль за додержанням умов виробництва продукції;
- установлює порядок організовує та забезпечує проведення атестації та акредитації лабораторій з аналізу якості та безпеки продукції;
- розробляє правила утилізації та знищення неякісної продукції;
- затверджує документацію, що визначає показники якості та безпеки вітчизняної та іноземної продукції та методи їх контролю.

Державна служба лікарських засобів і виробів медичного призначення наділена наступними **правами**:

- одержувати від центральних та місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ і організацій необхідну інформацію, документацію та матеріали;
- проводити перевірки та інспектування з питань, що належать до її повноважень;
- приймати в установленому порядку рішення про вилучення з обігу продукції, що не відповідає вимогам, визначеними нормативно-правовими актами, а також щодо зупинення, припинення, поновлення дії чи аналювання дозволів, сертифікатів;
- самотійно або разом з підприємствами, уситановами і організаціями утворювати, реорганізовувати та ліквідовувати лабораторії з контролю якості та безпеки продукції.

Основні завдання інших центральних виконавчих органів.

До центральних виконавчих органів в системі МОЗ України, які здійснюють організаційні, виробничі і контролюючі функції щодо обігу лікарських засобів і виробів медичного призначення відносяться:

1. Державна інспекція з контролю якості лікарських засобів.
2. Державний фармакологічний центр.
3. Державний науково-експертний фармакопейний центр .

4. Комітет з контролю за наркотиками.
5. Державна акціонерна компанія «Ліки України».

Розглянемо коротко основні функції виконавчих органів в рамках здійснення фармацевтичної діяльності. Більш детально завдання, функції та права відповідної служби будуть розглянуті при вивченні відповідних тем дисципліни.

В основні функції Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів входить:

- здійснення контролю за роботою суб'єктів господарської діяльності незалежно від форми власності з питань забезпечення якості лікарських засобів в процесі їх доклінічного вивчення і клінічного випробовування, виробництва, зберігання, транспортування, реалізації та медичного застосування;
- здійснює контроль якості лікарських засобів, які виробляються, реалізуються та застосовуються в Україні;
- вживає заходів щодо вилучення з обігу лікарських засобів, сировини та допоміжних речовин, що не відповідають установленим нормативними документами;
- здійснює інспекційні перевірки стані забезпечення підприємствами-виробниками, постачальниками та іншими суб'єктами господарювання якості лікарських засобів у процесі їх виробництва, зберігання та інш.

Державний фармакологічний центр МОЗ України виконує наступні функції:

- здійснює аналіз стану пошуку , вивчення та впровадження лікарських засобів, бере участь у формуванні соціального заказу системи лікарського забезпечення населення;
- здійснює наукове обґрунтування пріоритетних розробок нових лікарських засобів та прогнозування потреби в них населення України;

- здійснює спеціалізовану оцінку матеріалів доклінічного вивчення лікарських засобів, клінічних випробувань та їх експертиз з метою надання рекомендацій про можливість державної реєстрації (перереєстрації), а також експертизи всіх змін, які передбачається внести до реєстраційних документів протягом дії реєстраційного посвідчення;

- здійснює нагляд за побічними діями зареєстрованих в Україні лікарських засобів та надає пропозиції органу державної реєстрації лікарських засобів про повну або часткову заборону їх застосування.

На Державний науково-експертний фармакопейний комітет покладені наступні функції:

- створення Державної фармакопеї України, розробка і видання щорічних доповнень до неї;
- експериментальне супроводження розробки Державної фармакопеї України;
- створює національну систему фармакопейних стандартних зразків;
- атестує субстанції, що відповідають Державній фармакопеї України;
- розробляє систему контролю якості лікарських засобів;
- апробовує методики контролю якості лікарських засобів;
- впроваджує валідацію при експертизі аналітичних нормативних документів.

Комітет з контролю за наркотиками виконує наступні функції:

- бере участь у розробленні законодавчих актів з питань обігу наркотичних речовин, їх аналогів і прекурсорів;
- установлює, періодично переглядає та опубліковує перелік медикamentів, що містять наркотичні або психотропні речовини;
- визначає особливо небезпечні наркотичні засоби і психотропні речовини;

- переглядає щорічні потреби держави в наркотичних засобах, психотропних речовинах і прекурсорах;
- визначає на основі щорічних потреб держави квоту наркотичних речовин і прекурсорів;
- бере участь у визначенні кількості наркотичних засобів і психотропних речовин, що виготовляються з метою медичного застосування;
- видає сертифікати на експортно-імпортні операції з наркотичними засобами;
- здійснює контроль за дотриманням державними підприємствами організаціями і підприємцями (юридичними особами) законодавства України з питань обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Керування фармацевтичною діяльністю на регіональному рівні

Державним органом, який відповідає за медакаментозне забезпечення лікувально-профілактичних закладів та населення регіону (області) є управління охорони здоров'я обласних держадміністрацій. В рамках наданих повноважень власником майна (обласна Рада) в на регіональному рівні існують різні за назвою, але однакові за завданням і функціями органи керування фармацевтичною діяльністю.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ТА ЇЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ВІДПУСКУ РЕЦЕПТУРНИХ ТА БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ. ПРАКТИЧНІ ФУНКЦІЇ ПРОВІЗОРА ДЛЯ ЗДІЙСНЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ

Питання для самопідготовки:

1. Ознайомлення з основними симптомами і синдромами, для яких припустиме самолікування;
2. Оволодіння методології здійснення фармацевтичної опіки в умовах безрецептурного відпуску лікарських засобів;
3. Набуття основних навичок проведення фармацевтичної опіки пацієнтів при відпуску лікарських препаратів для лікування нездужань, для яких припустиме самолікування із застосуванням ОТС-препаратів;

Теоретичний матеріал:

Фармацевтична Опіка — комплексна програма взаємодії провізора та пацієнта (провізора та лікаря) протягом усього періоду медикаментозної терапії, починаючи з моменту відпуску ліків до повного припинення їх дії.

Уперше термін «Ф.о.» був сформульований у Токійській декларації, яку прийняв Конгрес Міжнародної федерації фармацевтів у 1994 р. У тому ж році ВООЗ визначила концепцію GPP, елементом якої є Ф.о. У світлі вимог GPP термін «Ф.о.» закріпився як назва ідеології практики, що визначає хворого та суспільство як первинних користувачів діяльності фармацевта. Ф.о. припускає залучення провізора (фармацевта) до активної діяльності щодо забезпечення здоров'я та запобігання захворюванням серед населення, відповідальність провізора (фармацевта) перед конкретним пацієнтом за результат лікування фармакологічними препаратами, але повинна проводитися провізором у тісній співпраці з іншими професіоналами охорони здоров'я (лікарями та медичними сестрами). На провізора не тільки покладається обов'язок забезпечити хворого якісними ЛП та виробами медичного призначення —

головним завданням його професійної діяльності стає підвищення ефективності й безпеки медикаментозної терапії конкретного хворого. В аптечній практиці часто виникає потреба у Ф.о. хворих з урахуванням відповідального самолікування, яке викликає необхідність контролю терапії амбулаторних хворих. Відповідальне самолікування можливе лише у разі розвитку безпечних для життя симптомів і синдромів, усунути які можна за допомогою безрецептурних (ОТС від англ. over the counter) препаратів різних груп (антацидні, проносні, анальгетики-антипіретики, спазмолітики та ін.). Протягом життя кожна людина застосовує відповідальне самолікування, не звертаючись до лікаря при «несерйозних» симптомах — головному болю, печії після переїдання або вживання алкогольних напоїв, подряпинах, саднах, порізах, нежиті, метеоризмі, запорі. В таких випадках роль провізора як консультанта з питань медикаментозної терапії є першочерговою. Провізор в аптеці в системі заходів, що визначають Ф.о., враховує фізіологічні, біофармацевтичні та фармакоеконімічні чинники і дає рекомендації до застосування ЛП, їх генеричної заміни.

Основою Ф.о. є професійні знання й досвід провізора, норми професійної медичної та фармацевтичної етики і деонтології, доброзичливе ставлення провізора до хворого і відповідальне — до своїх обов'язків. Для здійснення Ф.о. при відпуску безрецептурних препаратів в аптеці провізор повинен: правильно оцінити проблему пацієнта (вік, стать та індивідуальні особливості особи, яка підлягає Ф.о.; симптоми, тривалість нездужання, лікарський анамнез; з'ясувати, чи не пов'язані симптоми з будь-яким серйозним розладом здоров'я і, якщо це так, направити хворого до лікаря; при менш серйозній проблемі дати пораду); забезпечити пацієнта безрецептурним ЛП та повною інформацією про дію препарату, спосіб його застосування, тривалість лікування, поєднання з іншими ліками та їжею, можливі побічні ефекти; порадити пацієнту подальший нагляд лікаря.

Сучасне розуміння і визначення терміну «фармацевтична опіка» подане професором І.А. Зупанцем і означає: комплексну програму співпраці провізора з лікарем протягом усього періоду фармакотерапії, починаючи від моменту відпуску лікарського засобу до повного закінчення його дії. Практичне значення фармацевтичної опіки полягає у проведенні комплексу заходів, які пов'язані з індивідуалізацією фармакотерапії і спрямовані на безпечне, раціональне і ефективне використання лікарських препаратів, внаслідок одночасного професійного спостереження і керування процесом фармакотерапії лікарем і провізором.

Дане пояснення стосується вузького аспекту фармацевтичної опіки. Більш широко реалізація фармацевтичної опіки полягає у розробці і здійсненні національних програм фармакоепідеміологічного контролю заходів, які забезпечують формування і впровадження стратегії користь-ризик, а також методик і програм фармакотерапії, деякі з яких вже затверджені в Україні (наприклад, для лікування гіпертонічної хвороби, бронхіальної астми, виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки).

Розподіл посадових функціональних обов'язків між лікарем і провізором у проведенні фармацевтичної і медичної опіки повинен мати правову (юридичну) основу. У цьому контексті слід зауважити, що питання діагностики і вибору схеми (плану) фармакотерапії винятково належить тільки до компетенції лікаря. Участь провізора у координуванні плану фармакотерапії за програмою фармацевтичної опіки полягає в наданні кваліфікованої допомоги хворому при відпуску ліків з аптеки, інформуванні пацієнта про можливі ускладнення, розвиток побічних явищ, особливості дозування, взаємодію ліків, умови прийому. При цьому до обов'язків провізора входить надання не тільки усного, але й письмового пояснення пацієнтові щодо умов і особливостей лікування при прописуванні лікарських засобів, використання яких має певні труднощі, що можуть призвести до виникнення побічної дії ліків на організм, а саме: при можливості взаємодії ліків; виник-

ненні несумісностей будь-якого характеру (фармацевтичних, у фармакокінетичній або фармакодинамічній фазах); у випадку протипоказів до застосування лікарського засобу; при необхідності узгодження схеми лікування; у процесі або після застосування окремих ліків, які можуть мати вплив на організм, що кваліфікується як наслідок лікування; при одночасному застосуванні кількох препаратів, які прописані лікарями різного профілю.

Фармацевтична опіка включає в себе і комплекс етичних та деонтологічних підходів до хворого, що звернувся по допомогу в аптеку як заклад охорони здоров'я. Цей етап є найважливішим, оскільки від нього залежить успіх і результат фармакотерапії. Даний етап характеризується досягненням стану комплайєнс (compliance), тобто готовністю хворого виконувати рекомендації лікаря. При цьому провізор, який співпрацює з конкретним лікарем, повинен переконати хворого у правильності обраного способу лікування і рекомендованих лікарських засобів у призначених дозах протягом курсу лікування. Провізор повинен довіряти лікареві у виборі схеми лікування і складанні плану фармакотерапії, дотримуючись засад конфіденційності, керуючись принципами професійної етики і деонтології. Цей стан довіри провізор повинен втілити у психологію пацієнта і його ставлення до процесу лікування. Особливої актуальності даний аспект набуває в практиці геріатричних хворих, тобто осіб похилого й літнього віку.

Фармацевтична опіка повинна бути невід'ємною складовою частиною раціональної, ефективної та безпечної фармакотерапії як при безрецептурному відпуску лікарських засобів, так і при забезпеченні хворих ліками за рецептурними прописами.

Основний принцип системи охорони здоров'я «не нашкодь» саме базується на здійсненні безпечної і ефективної фармакотерапії. Принцип «не нашкодь» значною мірою стосується сучасної фармацевтичної практики. Адже на даний час у системі професійної діяльності фармацевта у всьому світі велика увага приділяється прогнозуванню і усуненню негативних нас-

лідків фармакотерапії. Цій актуальній проблемі сьогодення передують ряд причин. По-перше, інтенсифікація досліджень у напрямку створення нових ефективних лікарських засобів призвела до розвитку фармацевтичної промисловості, а отже – до розширення ринку ліків. По-друге, розвиток суспільних відносин, науки і культури підвищує вимоги пацієнтів до свого здоров'я, а отже – до якості фармакотерапії. По-третє, якість фармакотерапії означає формування певних принципів її проведення, які базуються на різних підходах до окремих категорій хворих.

Також слід враховувати розвиток самолікування, мета якого пов'язана з підвищенням якості і рівня медичної допомоги. Самолікування законодавчо регулюється постановами ВООЗ і директивами Ради ЄС від 1993 р. Відповідно до зазначених документів встановлені певні види захворювань, що визначаються як незначні порушення стану здоров'я. До них належать: застуда, головний біль, розлади травлення, болі у м'язах. У зв'язку з цим визначена категорія ОТС – препаратів (over the counter drugs), до яких належать гомеопатичні, косметичні, гігієнічні і профілактичні засоби, а також деякі інші, застосування яких не призводить до виникнення патологічних процесів в організмі людини, і які користуються значним попитом серед осіб похилого віку.

У геріатричній практиці коло фармакотерапевтичних груп, що активно використовуються на всіх етапах фармакотерапії (і профілактики) не обмежується декількома лікарськими засобами. Зазвичай, особи похилого віку застосовують в середньому 5 - 6 фармакотерапевтичних груп препаратів. Тому можна сміливо стверджувати, що проблема споживання лікарських засобів геріатричними хворими, їх раціональне використання, лікарське забезпечення осіб похилого віку, питання розвитку фармацевтичної та медико-соціальної допомоги в геріатрії, є значною проблемою сучасної медицини та фармації.

До теперішнього часу в нашій країні відсутня єдина скоординована система медико-соціальної та фармацевтичної допомоги літнім людям. У нових економічних умовах, при існуванні критичного нестатку коштів на охорону здоров'я і соціальний захист населення, питання формування державної системи геріатричної допомоги є особливо складні. Враховуючи те, що хворі геріатричного профілю належать до категорії пацієнтів з низьким рівнем платоспроможності, питання їх фармацевтичного забезпечення стають гострим наріжним каменем на шляху доступності ліків. У той час як в ряді європейських країн передбачено відшкодування вартості ліків для всіх осіб старше 65 років, в нашій країні питання пільгового або безоплатного відпуску лікарських засобів особам похилого віку залишаються невирішеними.

Сучасний стан розвитку фармації в геріатрії вимагає інтеграції різних наукових напрямків досліджень: від технології ліків та біофармації з основами організації та економіки фармації, до фармацевтичної інформатики, клінічної фармації, фармацевтичного маркетингу тощо. Даний аспект був детально вивчений Б.Л.Парновським, О.Є.Левицькою (2010) з акцентуванням уваги на напрямках удосконалення системи лікарського забезпечення геріатричних хворих в Україні.

Особи старше 50 років складають до 60% серед відвідувачів аптек, на долю осіб старших 60 років припадає біля 25% амбулаторних відвідувань та більше 50% медичної допомоги на дому. Такою ж самою є звертаємість геріатричних хворих за швидкою і невідкладною допомогою. Чисельність осіб похилого віку серед госпіталізованих сягає позначки 25-30%, а в терапевтичних відділеннях вона набагато є більшою. За останніми статистичними даними, в старечому віці у порівнянні з особами похилого віку, доля осіб з вираженою втратою фізичних можливостей збільшується в 3-10 разів. Група осіб похилого віку, яка потребує сторонньої допомоги у зв'язку зі станом здоров'я складає 25-60%. Приблизно 15% осіб старшої вікової групи є важко хворими.

Недуги старості, множинність захворювань, переважно з хронічним перебігом, що часто супроводжуються больовими відчуттями, так само впливають на необхідність застосування широкого асортименту лікарських засобів.

Особливістю геріатричної практики є індивідуальний підбір дози окремих препаратів для окремо взятої особи з чітким розмежуванням часу, способу застосування, взаємодією з їжею, іншими чинниками. При цьому слід пам'ятати, що чим вищий вік хворого, тим частіше проявляються побічні дії ліків. Чим більша кількість лікарських засобів, що приймаються, тим частіше виникають лікарські ускладнення: при прийомі 1 препарату побічні реакції набувають розвитку у 10% літніх осіб, 3-х препаратів – у 17%, 6-ти – у 27%.

Наведене вище вимагає перегляду системи фармацевтичного забезпечення літніх людей та його удосконалення, а отже активного впровадження в повсякденне життя елементів фармацевтичної опіки. Особливого значення набуває вибір оптимального для даного пацієнта лікарського засобу з доведеною ефективністю та безпечністю. Джерелом потрібної інформації з проблем доказової медицини за кордоном є бази клінічних даних (MedLine, Cochrane Library тощо). В нашій країні же спостерігається лише позитивна мотивація до створення таких ресурсів в умовах складного фінансування галузі. Хоча вже зроблені певні кроки на шляху удосконалення існуючої системи фармацевтичного забезпечення геріатричних хворих, а саме: у першому Державному формулярі лікарських засобів (2009 р.) наведена інформація про особливості та обмеження до застосування лікарських засобів для різних вікових груп хворих, у т.ч. осіб похилого віку (додаток 5 Державного формуляру).

Актуальним питанням сьогодення було, є і буде проведення профілактичних заходів. Особливістю профілактики на рівні аптеки є те, що «фармацевтична профілактика» вважається комплексом заходів, які передбачають взаємодію провізора, пацієнта і при необхідності лікаря, спрямовану на збе-

реження і зміцнення здоров'я, поліпшення якості життя, попередження виникнення патологічних станів і захворювань, а при їх появі усунення прогресування і погіршення стану пацієнта, рецидиву захворювань та їх переходу у хронічну форму, а також попередження можливих негативних або небажаних наслідків (побічних ефектів, нераціональностей фармакотерапії) (Б.Л.Парновський, Г.Ю.Яцкова, 2006), власне на рівні аптеки в межах професійних можливостей і компетенції провізора.

Деякі акценти термінології поєднані з практичною діяльністю безпосередньо клінічного провізора та розглядаються в широкому сенсі питання фармацевтичної опіки (фармацевтичної допомоги), тому представники харківської школи (А.С.Немченко, Г.Л.Панфілова) подають свою інтерпретацію, наголошуючи на тому, що «фармацевтична профілактика – це напрямок професійної діяльності провізорів та фармацевтів, спрямований на організацію та проведення заходів по збереженню і зміцненню здоров'я громадян, покращення якості їх життя та профілактику виникнення рецидиву захворювань, а також патологічних станів».

Слід зазначити, що фармацевтична профілактика є складовою фармацевтичної допомоги поряд із фармацевтичною діагностикою, фармацевтичною опікою, фармацевтичною етикою та деонтологією, тому вона нерозривна поєднана з усіма елементами цього комплексного поняття. Беручи на себе пряму відповідальність за задоволення індивідуальних медикаментозних потреб конкретного пацієнта, провізор здатен зробити унікальний внесок у досягнення кінцевих результатів фармакотерапії та в покращання якості життя своїх пацієнтів. Цей підхід і одержав назву «фармацевтична допомога» (pharmaceutical care): – комплекс спеціальних (фармацевтичних) та соціально-економічних заходів, спрямованих на збереження здоров'я та життя людини, профілактику та лікування з метою усунення фізичних і, як наслідок, моральних страждань людей незалежно від їх соціального та матеріального статусу в суспільстві, расової та національної приналежності, віросповідання,

громадянства, віку, статі, сексуальної орієнтації (А.С.Немченко, 2009). В той час як його найбільш вживане визначення звучить наступним чином: «Фармацевтична допомога - це відповідальне надання фармакотерапії з метою досягнення певних результатів, що покращують якість життя пацієнта» (Herpler and Strand, 1990). Ухвалюючи це рішення у 1998 р., Мінародний фармацевтичний форум (МФФ) вніс до нього одну суттєву корективу: «... для досягнення певних результатів, що покращують або підтримують якість життя пацієнта».

Практика фармацевтичної допомоги є новою і суттєво відрізняється від того, що являла собою діяльність фармацевтів протягом минулих років. Оскільки часто фармацевти були не в змозі нести відповідальність за здійснення фармакотерапії, не маючи для цього ані відповідних документальних обґрунтувань, ані можливостей для моніторингу, контролю та аналізу лікування. Перейняти на себе цю відповідальність - ось у чому полягає наріжний камінь у практиці фармацевтичної допомоги.

Щоб упоратись із цим завданням, фармацевт повинен мати здатність поєднувати цілу низку різних функцій. Концепція «фармацевт семи зірок» (seven-star pharmacist), яку було висунуто ВООЗ та ухвалено МФФ у 2000 р. в рамках її програмного документа з Належної практики фармацевтичної освіти (Good Pharmacy Education Practice), розглядає фармацевта як особу, яка надає допомогу і приймає рішення, як комунікатора, вчителя (наставника) і довічного учня, лідера та менеджера.

Системою фармацевтичної допомоги безпосередньо геріатричним хворим, перш за все, має бути системний аналіз (який би розглядав медичні аспекти допомоги в комплексі з фармацевтичною дисципліною). Складовими ж такої системи повинні бути: сучасний арсенал лікарських засобів; рівень забезпеченості перевіреними ліками з позицій високої доказовості; динаміка використання, росту цін та геріатричні препарати; дози лікарських засобів; великий вибір безпечних для здоров'я лікарських форм; комплаєнс (довіра

геріатричного хворого до лікаря і провізора); фармацевтична опіка, профілактика тощо.

В прикладному плані найважливішими для фармацевтичної науки і практики є виділення методології та знань у сукупності, скерованих на оптимізацію фармацевтичної допомоги геріатричних хворих. Обов'язковим при цьому є виділення основних факторів, що впливають на процес інформаційної освіченості: індивідуальне забезпечення, потреба в лікарських засобах, профілактика небажаних взаємопоєднань та ін. А самі геронтологію і геріатрію слід розглядати як взаємозв'язані теорію і практику в обраному контингенті хворих.

Питання значущості геріатричної опіки на рівні аптеки на сучасному етапі розвитку фармацевтичної допомоги є вкрай актуальним, адже на даному етапі питання геронтології, геріатрії, фармацевтичної допомоги та опіки в геріатрії розглядаються лише в плані наукових програм, програм розвитку окремих спеціалізованих закладів охорони здоров'я, на яких покладено слідкувати за таким контингентом хворих.

Для оптимізації підготовки провізорів з геріатричної фармації впроваджено у навчальний процес провізорів-інтернів та слухачів курсів підвищення кваліфікації зі спеціальностей «Загальна фармація» і «Організація і управління фармацією» навчальний посібник «Фармацевтична допомога геріатричним хворим» (К.І. Сметаніна, 2011.). При цьому автором розглядаються основні аспекти фармакокінетики, фармакодинаміки лікарських засобів, основні принципи та особливості фармакотерапії в похилому та старечому віці, основні групи лікарських засобів, що застосовуються в геріатричній практиці та ключові моменти фармацевтичної допомоги такій специфічній групі хворих, як геріатричні пацієнти.

Тому, враховуючи вищевикладене, сміливо можна стверджувати, що на певних етапах процесу лікування провізори (фармацевти) відіграють важливу роль у системі моніторингу і проведення ефективної і безпечної фа-

рмакотерапії, що визначається стратегічним «напрямок розвитку охорони здоров'я у всьому світі, який за формулюванням ВООЗ має орієнтацію: «Фокус на пацієнта». Саме у «фокусі на пацієнта» закладений основний етичний принцип «не нашкодь», який становить «наріжний камінь» фармацевтичної опіки. Весь комплекс заходів, який здійснюється провізором через систему фармацевтичної опіки, визначає його відповідальність перед конкретним пацієнтом за результат лікування. При цьому фармацевтична опіка, яку здійснює провізор, не є конкуренцією медичній опіці пацієнта, а навпаки, доповнює її з метою підвищення якості і безпечності фармакотерапії. Основний акцент професійної діяльності провізорів і фармацевтів, що обслуговують аптеки відкритого типу, в аспекті фармацевтичної опіки повинен бути спрямований на інтегрування окремих ділянок роботи і передбачити: правильне сприйняття усної чи письмової інформації пацієнтом; пошук відповідної інформації, пов'язаної з дією, дозуванням, показами і протипоказами та можливими проявами побічної дії при застосуванні лікарських засобів; аналіз і логічне осмислення конкретної індивідуальної ситуації; врахування фізичних, хімічних, біофармацевтичних і фармакокінетичних характеристик лікарських засобів, що використовуються для лікування або профілактики захворювань; інформування пацієнтів щодо правил прийому і зберігання отриманих в аптеці лікарських засобів; переконання пацієнта у необхідності і доцільності застосування відпущених лікарських засобів або у потребі негайного звертання до лікаря з метою усунення причин появи патологічного процесу.

Комплексний контроль за якістю лікування у сучасній медичній практиці вимагає зближення професійних інтересів лікаря і провізора, які повинні бути спрямовані на хворого. У цьому полягає суть основного девізу, під егідою якого здійснюються заходи в системі охорони здоров'я, які спрямовані на підвищення якості і рівня життя населення.

Для здійснення фармацевтичної опіки при відпуску безрецептурних препаратів в аптеці провізор повинен виконати ряд обов'язкових дій, що передбачені вимогами належної аптечної практики (НАП):

1. Правильно оцінити проблему пацієнта
2. Забезпечити пацієнта безрецептурним лікарським засобом (засобами)
3. Забезпечити пацієнту подальше спостереження

Необхідні умови для якісної фармацевтичної опіки

- Працівники охорони здоров'я повинні поширювати серед провізорів інформацію про основні препарати і схеми лікування найпоширеніших захворювань.
- Провізори повинні володіти знаннями з основ внутрішніх хвороб.
- Провізори повинні володіти основами раціонального застосування ліків.
- Провізори повинні володіти правилами проведення консультацій хворим.
- Необхідний контроль інформації, що поступає до провізора від виробника ліків через їхніх представників і рекламу.

Фармацевтична опіка включає наступні рекомендації і консультації для пацієнта:

- вибір оптимальної лікарської форми і колії введення ЛП;
- правила використання різноманітних лікарських форм;
- особливості індивідуального дозування;
- особливості взаємодії даного лікарського препарату з іншими лікарськими засобами;
- особливості взаємодії даного лікарського препарату з їжею, алкоголем і ніотином;

- про час доби, оптимальний для прийому даних ліків;
- про можливий несприятливий вплив ліків на функції органів і систем людини;
- про умови зберігання конкретних ліків.

Алгоритм дій провізора при здійсненні фармацевтичної опіки

- Встановити, для лікування якого симптому хворий вирішив отримати даний препарат
- Визначити на основі опитування пацієнта, чи не є даний симптом проявом захворювання, яке потребує обов'язкового втручання лікаря
- Визначити фармакологічну (фармакотерапевтичну) групу препаратів, які можна призначити даному хворому
- Вибрати серед медикаментозних засобів даної групи оптимальний препарат для цього хворого
- Надати хворому належну інформацію про вибраний препарат

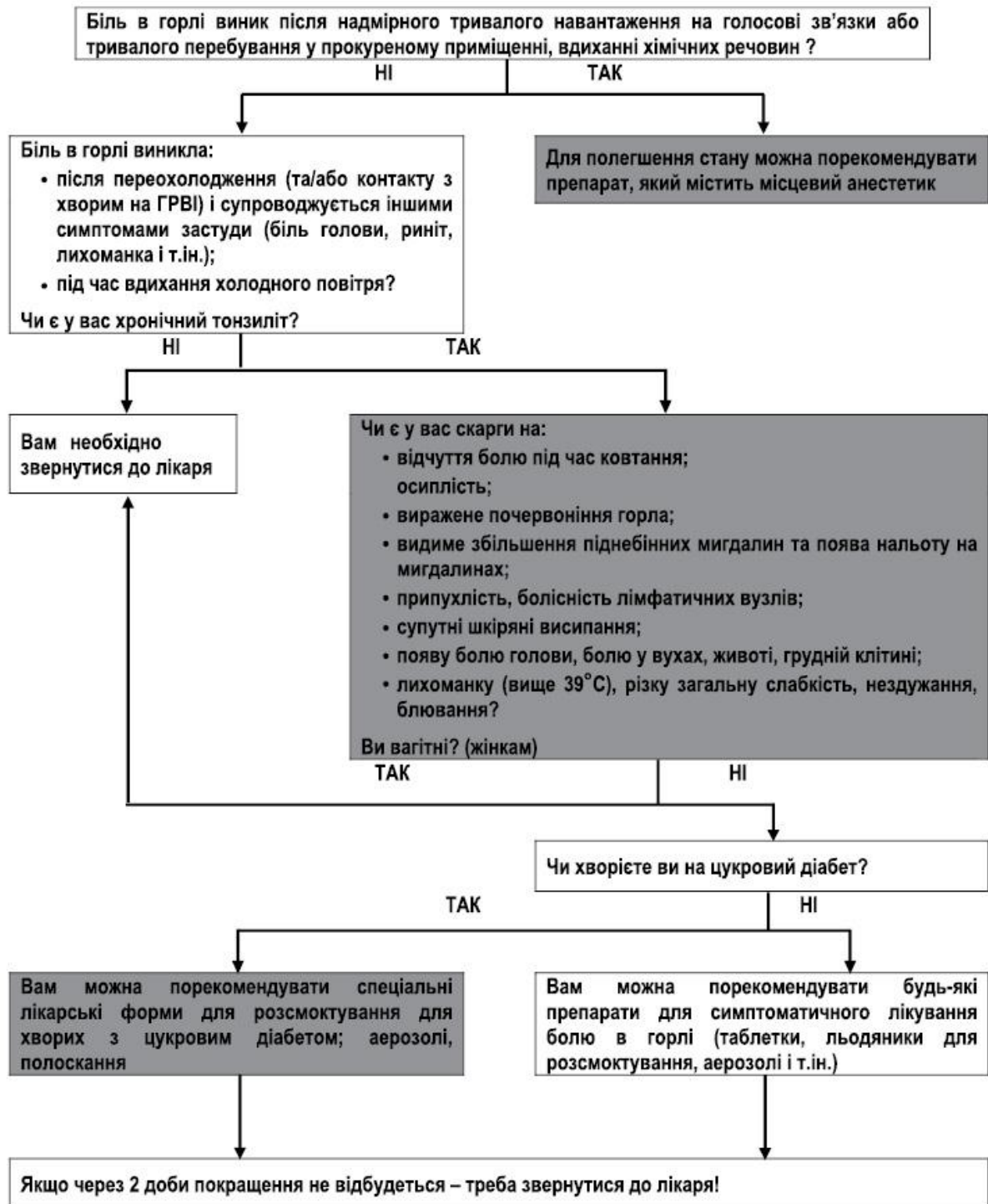
Алгоритм надання провізором належної інформації про лікарський препарат при здійсненні фармацевтичної опіки пацієнтів

Дія лікарського препарату	Побічні ефекти	Умови раціонального приймання препарату	Попередження
• Навіщо потрібний цей лікарський препарат? • Які симптоми захворювання зникнуть, а які – ні? • Коли розпочнеться дія препарату? • Що станеться при неправильному застосуванні препарату або відмові від нього?	• Які побічні ефекти можуть виникнути? • Як їх розпізнати? • Як довго вони будуть зберігатися? • Що потрібно зробити?	• Як приймати лікарський препарат? • Коли його приймати? • Як довго продовжувати лікування? • Що робити із залишками препарату?	• Коли не можна приймати лікарський препарат? • Яка максимальна доза? • Чому необхідно пройти повний курс лікування?

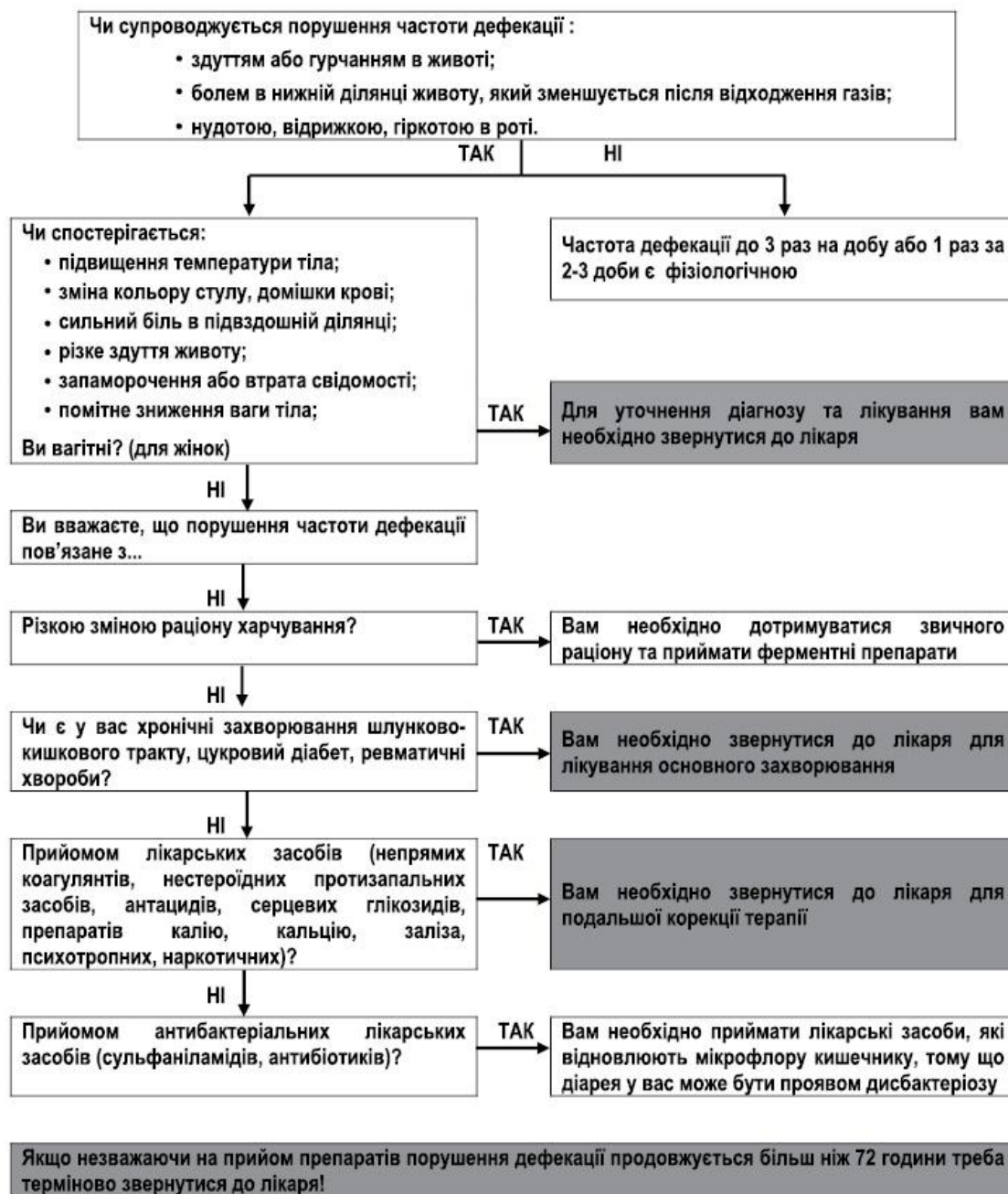
Алгоритм фармацевтичної опіки при алергії

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта	Відповіді пацієнта	Рекомендації
1	Діагноз захворювання визначив лікар	так	Необхідно приймати тільки ті лікарські препарати, що призначив лікар
		ні	Необхідно звернутись до лікаря для уточнення діагнозу
2	Чи наявні один або декілька симптомів алергії: • чхання • свербіж і почервоніння очей водянисті виділення із носа • шкірні висипи • шкірний свербіж	так	Необхідно звернутись до лікаря для уточнення діагнозу, для тимчасового полегшення симптомів алергії призначити: • антигістамінні препарати для системного і місцевого застосування; засоби елімінаційної терапії; • симпатоміметики для місцевого застосування.
		ні	Необхідно звернутись до лікаря для уточнення діагнозу
3	Чи наявний зв'язок цих симптомів з можливим контактом з алергенами: • домашні тварини, сухий корм для риб • період цвітіння рослин • контакт з хімічними речовинами приймання лікарських препаратів • вживання деяких продуктів харчування • укуси комах • сонячне опромінення, холод	так	Необхідно звернутись до лікаря для уточнення діагнозу, для полегшення симптомів алергії намагатись уникати контакту з потенційними алергенами; • проводити елімінаційні заходи по відношенню до зовнішніх алергенів (частіше приймати душ, застосовувати очисники повітря в приміщенні, частіше проводити вологе прибирання тощо); • застосовувати гіпоалергенну, елімінаційну дієту

Алгоритм фармацевтичної опіки при болю в горлі



Алгоритм фармацевтичної опіки при дисбактеріозі



Алгоритм фармацевтичної опіки при діарей

№з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта	Відповіді пацієнта	Рекомендації
1	Який характер мають випорожнення (відмічається зміна кольору — до чорного і консистенції — «рисового відвару»), мають місце загрозові симптоми	так	Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря
		ні	Призначити лікарські препарати, що пригнічують перистальтику, додаткова терапія

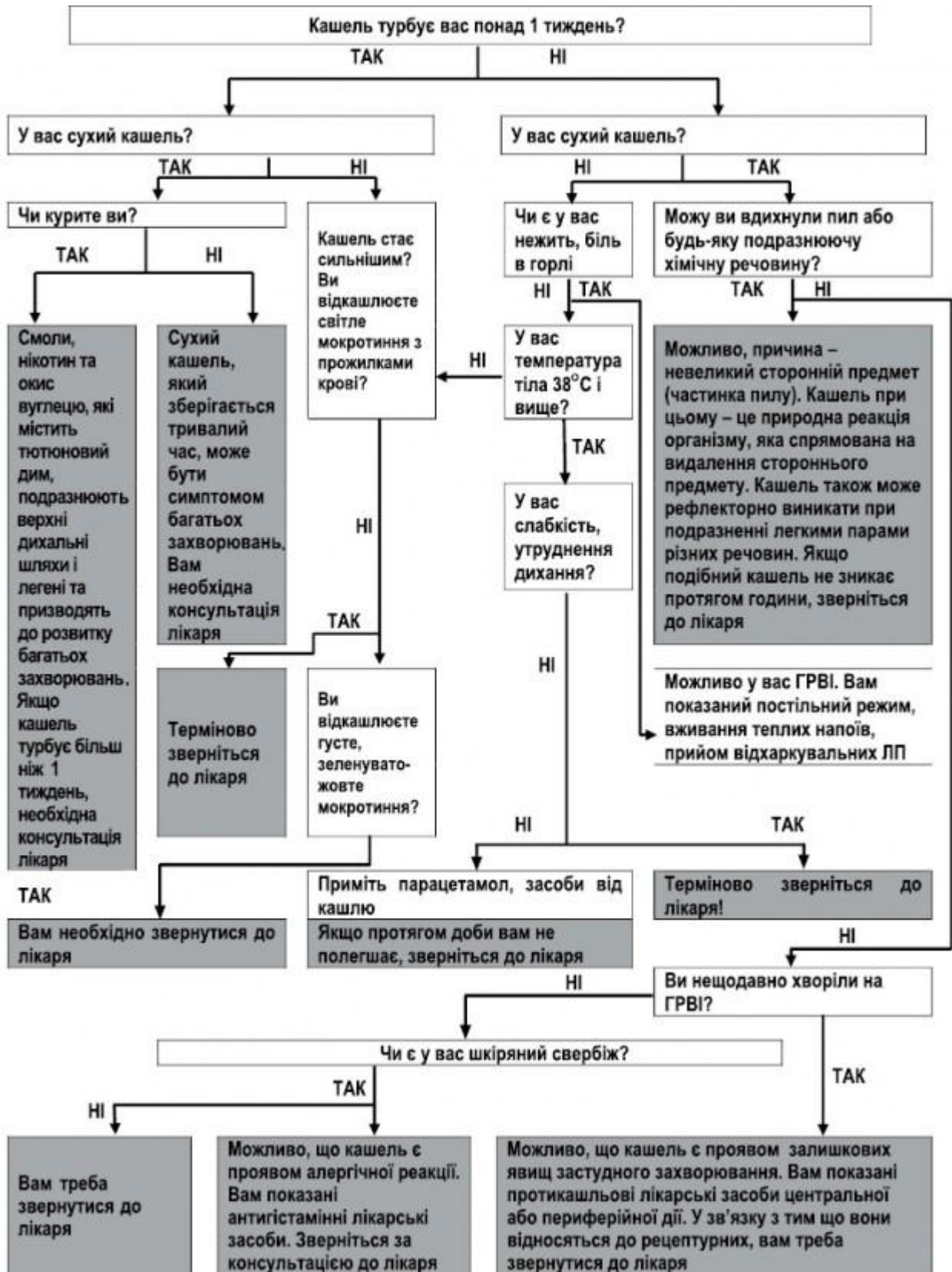
			призначається після з'ясування причин діареї
2	Якого режиму харчування дотримується пацієнт, чи має місце переїдання, різка зміна режиму харчування, вживання продуктів, що викликають посилення перистальтики	так	Дотримання звичного раціону харчування. Призначити ферментні препарати
3	Чи пов'язане нездужання з вживанням в їжу незбираного молока	так	Можливо, діарея пов'язана з нестачею лактози, необхідна консультація лікаря і виключення із раціону незбираного молока
4	Чи має місце загострення хронічних хвороб шлунково-кишкового тракту (гіпоацидний гастрит, панкреатит, коліт, холецистит тощо)	так	Необхідно звернутись до лікаря для лікування основного захворювання
5	Чи пов'язане нездужання з переляком або стресом	так	Призначити седативні препарати
6	Чи пов'язане нездужання з прийманням антимікробних препаратів	так	Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря
7	Чи пов'язане нездужання з прийманням лікарських препаратів — непрямих антикоагулянтів, нестероїдних протизапальних засобів, антацидних засобів, що містять магній, серцевих глікозидів, препаратів калію, антиаритмічних засобів (хінідин, пропранолол), замінювачів цукру (маннітол, сорбітол)	так	Необхідно звернутись до лікаря для подальшої корекції лікування

Застереження при застосуванні (особливості прийому, побічні ефекти, вплив режиму харчування тощо);

№з/п	Розділ Державного формуляра другого випуску	Інформація для пацієнта щодо особливостей застосування лікарських препаратів
1	Засоби, що пригнічують перистальтику п.3.12.3 розділу «Гастроентерологія. Лікарські засоби»	Можливі втомлюваність, біль в шлунку, головний біль, апатія, сонливість або безсоння. Обережно застосовують при порушенні функції печінки. Не призначають при підвищеній температурі. Не призначають одночасно з лікарськими препаратами, що посилюють перистальтику. Не призначають вагітним в I триместрі та в період годування грудьми, дітям до 5 років. При виникненні запору слід негайно зупинити приймання

		препарату
2	Препарати електролітів з вуглеводами, сольові сполуки для пероральної регідrataції.п.3.13 розділу«Гастроентерологія.Лікарські засоби»	Призначення при діареї будь-якого походження необхідне у зв'язку із втратою організмом рідини і електролітівБезконтрольне приймання лікарських препаратів може привести до водно-електролітного дисбалансуНедопустимо додавання цукру в розчини для пероральної регідrataції (посилюється осмолярність розчину і як наслідок — посилення діареї)
3	Ентеросорбенти.п.3.12.2 розділу«Гастроентерологія.Лікарські засоби»	Рекомендується дотримуватись інтервалу між прийманням ентеросорбентів та інших лікарських засобів, оскільки можливо уповільнення і/або зниження абсорбції лікарських препаратівПри тривалому застосуванні можуть виникати запориВугілля активоване може забарвлювати кал в чорний колір
4	Препарати ферментів.п.3.17 розділу«Гастроентерологія.Лікарські засоби»	Лікарські препарати потрібно приймати під час або відразу після їжіЛікарські препарати в формі капсул і мікросфер, таблеток слід ковтати цілими, не розжовуючиНе слід одночасно застосовувати з антидіарейними мікробними препаратами (пробіотиками)
5	Протимікробні препарати для лікування кишкових інфекцій.п.3.12.1. розділу«Гастроентерологія.Лікарські засоби»	В період прийому протимікробних лікарських засобів необхідно застосовувати вітаміни групи В (тіамін, рибофлавін, нікотинова кислота)Під час вагітності слід застосовувати протимікробні препарати тільки за наявності чітких показань і тільки у тих випадках, коли потенційна користь від лікування перевищує можливий ризик
6	Пробіотики і пребіотики.п.3.15 розділу «Гастроентерологія.Лікарські засоби»;п.18.1.6 розділу «Імуномодуючі та протиалергічні засоби»	Пробіотики можливо застосовувати на фоні антимікробної терапії, оскільки до їх складу входять антибіотикорезистентні штами мікроорганізмівЛікарські препарати, що містять лактобактерії, рекомендується запивати молоком або молочними напоямиНеприпустимо одночасно приймати пробіотики з ферментними препаратами і антацидамиЛікарські препарати, що містять продукти життєдіяльності мікроорганізмів (пребіотики) не рекомендується приймати з молоком або молочними напоямиПробіотики не можна запивати гарячими напоями та вживати одночасно з алкоголем

Алгоритм фармацевтичної опіки при кашлі



Застереження при застосуванні (особливості прийому, побічні ефекти, вплив режиму харчування тощо);

№з/п	Розділ Державного формуляра другого випуску	Інформація для пацієнта щодо особливостей застосування лікарських препаратів
1	Муколітичні засоби прямої діїп. 4.6.1 розділу «Пульмонологія. Лікарські засоби»	Лікування ацетилцистеїном треба починати з невеликих доз (100–200 мг), тому що ефект великих доз може бути непередбачуваним и приводити до вираженої гіперсекреціїАцетилцистеїн може викликати легеневі кровотечі, порушувати функцію печінки та нирок, у хворих на бронхіальну астму — викликати бронхоспазмАцетилцистеїн протипоказаний в І триместрі вагітності, в подальшому застосовується тільки за суворими показаннями під контролем лікаряПри пероральному прийомі ацетилцистеїну антибіотики треба приймати через 2 години
2	Муколітики непрямої діїп. 4.6.2 розділу «Пульмонологія. Лікарські засоби»	Бромгексин та амброксол можуть підвищувати активність трансаміназ печінкиБромгексин та амброксол не сумісні з лужними розчинами, з препаратами, які містять кодеїн, з холінолітикамиАмброксол збільшує ступінь проникнення антибіотиків в бронхіальний секрет та слизову бронхівАмброксол протипоказаний в І триместрі вагітностіКарбоцистеїн не призначають особам з ерозивно-виразковими ураженнями шлунково-кишкового тракту
3	Експекторантип. 4.6.4 розділу «Пульмонологія. Лікарські засоби»	Відхаркувальні лікарські засоби не можна поєднувати з препаратами, які гальмують кашльовий рефлекс (проти-кашльові засоби центральної та периферичної дії) та з антигістамінними лікарськими засобами І покоління, які згущують мокротинняВідхаркувальні засоби не призначають одночасно з лікарськими препаратами, які зневоднюють організм пацієнта (сечогінні, проносні тощо)Відхаркувальні лікарські засоби рефлексорної дії (термопсис, терпінгідрат, істод, алтей) при перевищенні дози можуть викликати блювання і протипоказані при захворювання шлунку (гастрит, виразкова хвороба)Відхаркувальні лікарські засоби необхідно запивати достатньою кількістю лужної рідини; рекомендується випивати додатково до фізіологічної норми 1,5–2 л рідини для компенсації фізіологічних втратВідхаркувальні лікарські засоби не призначають лежачим хворимКлінічний ефект відхаркувальних лікарських засобів, зазвичай, спостерігається не раніше 6–7 доби лікуванняВ перші 2–3 доби прийому відхаркувальних лікарських засобів кашель та виділення мокротиння можуть підсилитися, що свідчить про ефективність препаратуПри передозуванні або тривалому прийомі лікарських засобів, які містять йодиди (калію йодид, натрію йодид), можливий розвиток йодизму: риніт, кропив'янка, набряк Квінке; можливі явища

		гіпертіреозу — тахікардія, тремор, підвищена збудженість, безсоння, діарея (у осіб віком понад 40 років) Лікарські засоби, які містять йодиди, протипоказані при вагітності, гострих запальних процесах, захворюваннях щитовидної залози За наявності гострого запального процесу перевагу віддають відхаркувальним лікарським засобам рослинного походження; Рослинні відвари та настої (солодки, алтею, анісу, чебрецю) чинять не тільки відхаркувальну дію, але й сприяють регенерації пошкодженої слизової бронхів за рахунок вмісту мікроелементів, вітамінів і біогенних стимуляторів
4	Наркотичні проти- кашльові засоби п. 4.7.1 розділу «Пульмонологія. Лікарські засоби»	Протикашльові лікарські засоби не призначають при підвищеній бронхіальній секреції, рясному виділенні мокрот Протикашльові лікарські засоби, які містять кодеїн, декстрометорфан, не призначають дітям до 2?х років, в період вагітності та годування грудьми Протикашльові препарати, які містять кодеїн, декстрометорфан, при прийомі великих доз, вживанні протягом тривалого часу або разом з алкоголем можуть призводити до пригнічення ЦНС та дихання Лікарські засоби, які містять декстраметорфан, можуть викликати млявість, сонливість, запаморочення, тому їх не призначають водіям та особам інших професій, які потребують підвищеної ваги
5	Ненаркотичні проти- кашльові засоби п. 4.7.2 розділу «Пульмонологія. Лікарські засоби»	Протикашльові лікарські засоби, які містять бутамірат, не призначають дітям до 2?х років, в період вагітності та годування грудьми При прийомі високих доз або вживанні протягом тривалого часу лікарських засобів, які містять бутамірат, можливо зниження артеріального тиску, блювання, діарея, а в особливо важких випадках — виражене пригнічення ЦНС та дихання Лікарські засоби, які містять окселадин, бутамірат, не можна поєднувати з алкоголем внаслідок високого ризику пригнічення ЦНС (млявість, сонливість, запаморочення) та дихання Не призначають водіям та особам інших професій, які потребують підвищеної уваги Таблетки, які містять преноксдіазин, треба ковтати не розжовуючи, оскільки вони можуть викликати оніміння, втрату чутливості слизової рота і глотки При прийомі преноксдіазину може спостерігатися сухість в роті і глотці, його не застосовують у осіб з низьким артеріальним тиском, а також у дітей віком до 6 років Лікарські засоби, які містять глауцину гідрохлорид, при застосуванні у дітей можуть викликати зниження артеріального тиску

Алгоритм фармацевтичної опіки при опіках

№з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта	Відповіді пацієнта	Рекомендації
1	Чи проводились заходи самодопомоги	ні	При термічних опіках необхідно після припинення дії термічного агента охолодити уражену ділянку (холодною водою, снігом тощо), вжити заходів для запобігання забруднення опікової поверхні і захисту її від інфікування; При хімічних опіках уражену шкіру і слизові необхідно промити великою кількістю холодної води, а потім провести хімічну нейтралізацію відповідно до хімічних властивостей агента
		так	Якщо опіки поверхневі і займають невеликі ділянки тіла, рекомендувати провести первинну обробку місця ураження і призначити лікарські засоби для симптоматичного лікування опіків. Необхідно звернутись до лікаря, якщо опіки глибокі і займають значні ділянки тіла
2	Чи отриманий термічний або сонячний опік впродовж доби	так	При легкому ступені опіку після проведення первинних запобіжних заходів необхідно обробити уражену ділянку антисептичними засобами і нанести лікарські засоби ранозагоювальної і антибактеріальної дії для топічного застосування
		ні	При легкому ступені опіку призначити лікарські засоби ранозагоювальної дії для топічного застосування; при ознаках погіршення стану (наявності гною, почервоніння і набряку прилеглих ділянок шкіри, підвищення температури тіла тощо) терміново звернутися до лікаря
3	Чи опік викликаний хімічним агентом	так	Необхідно звернутися до лікаря для надання допомоги і призначення лікування; якщо неможливо звернутися до лікаря негайно, вжити заходи по усуненню і нейтралізації хімічного агента, що викликав опік

Засоби для нейтралізації хімічних агентів, що викликають опік

Хімічний агент	Нейтралізуючий засіб і спосіб його застосування
Кислота азотна, хлористоводнева, фтористоводнева	Примочки з 3% розчином натрію гідрокарбонату
Кислота карболова (фенол)	Пов'язки з вапняним молоком або гліцериним
Кислота сірчана	Ні в якому разі не промивати опік водою, оскільки при змішуванні з водою виділяється тепло і опік посилюється, пошкоджену ділянку необхідно обробити олією
Луги	Примочки з 1–3% розчинами слабких кислот (оцтової, лимонної)
Вапно	Примочки з 20% розчином глюкози (цукру)
Алюмінійорганічні сполуки	Видаляти тампоном, що змочений в бензині або спирті, оскільки при промиванні водою можливо загоряння
Солі важких металів	Пов'язки з 3–5% розчином натрію гідрокарбонату

Алгоритм фармацевтичної опіки при поверхневих закритих травмах

№з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта	Відповіді пацієнта	Рекомендації
1	Чи травмування мало місце нещодавно	так	Необхідно протягом перших 24–48 годин забезпечити спокій і холод на місце ушкодження, якщо ушкодження незначне; при необхідності призначити лікарських засобів симптоматичної дії для місцевого застосування, для зняття сильного болю призначити анальгетики
		ні	Якщо ушкодження незначне, для прискорення процесу одужання призначити лікарські засоби симптоматичної дії для місцевого застосування; якщо мають місце загрозливі симптоми, необхідно звернутись до лікаря
2	Чи нормально, без ускладнень, проходить процес загоєння травмованої ділянки тіла після надання першої допомоги (у випадку травмування деякий час тому)	так	Для прискорення процесу одужання продовжити терапію лікарськими засобами, що мають протизапальну і анальгетичну дію
		ні	Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування при ознаках погіршення стану (наявності гною, почервоніння і набряку прилеглих ділянок шкіри, підвищення температури тіла тощо)

Алгоритм фармацевтичної опіки при поверхневих відкритих ранах

№з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта	Відповіді пацієнта	Рекомендації
1	Чи були вжиті заходи першої допомоги після травмування	ні	Невеликі подряпини і порізи необхідно промити водними розчинами антисептиків або, при їх відсутності, чистою водою з милом і накласти стерильну пов'язку з антисептиком; якщо наявна кровотеча, її необхідно спинити шляхом накладання пов'язки або джгута; у випадку серйозного травмування необхідно звернутись до лікаря
		так	Якщо обробка рани проведена належним чином, призначити, при необхідності, лікарські засоби для прискорення загоєння рани: антисептичні і дезінфікуючі засоби антибактеріальні засоби для топічного застосування ранозагоювальні засоби для топічного застосування
2	Чи нормально, без ускладнень, проходить загоєння рани після надання першої допомоги (якщо трав-	так	Для прискорення процесу загоєння рани можна призначити ранозагоювальні засоби для топічного застосування
		ні	Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування

	мування мало місце деякий час тому)		
--	-------------------------------------	--	--

Алгоритм фармацевтичної опіки при стресі

№з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта	Відповіді пацієнта	Рекомендації
1	Чи наявні на фоні стресу загострення хронічних захворювань: бронхіальна астма, хронічний гастрит, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, гіпертонічна хвороба тощо.	так	Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування
		ні	Продовжити опитування для виявлення симптомів, спричинених стресом і надання рекомендацій
2	Чи наявні наступні симптоми: втома, млявість, роздратованість, зниження концентрації уваги, безсоння, депресія, апатія, агресивність	так	Для призначення симптоматичного лікування необхідно виявити, що спричиняє ці симптоми
		ні	Необхідно звернутись до лікаря для уточнення діагнозу
3	Чи з'явилися ці симптоми після: нервово-емоційного перевантаження (страх, сильне нервове потрясіння, дефіцит часу, складності у взаємовідносинах в сім'ї, на роботі), фізичного навантаження, недотримання режиму праці і відпочинку (порушення режиму сну, незбалансоване харчування, часта зміна часових поясів тощо)	так	Необхідно зменшити, по можливості, вплив стресових факторів; для зменшення проявів наявних симптомів призначити безрецептурні препарати відповідної дії — седативні, снодійні, анксиолітики, антидепресанти (рослинного походження); надати рекомендації щодо способів подолання стресу
		ні	Необхідно звернутись до лікаря для уточнення діагнозу
4	Чи має місце прийом лікарських засобів: симпатоміметики (препарати для лікування бронхіальної астми, риніту), гормони щитовидної залози, препарати, що містять кофеїн, загальнотонізуючі засоби або має місце синдром відміни снодійних, транквілізаторів, нікотину, алкоголю	так	Необхідно звернутись до лікаря, оскільки стан пацієнта може бути пов'язаний з прийманням / відміною лікарських препаратів

Алгоритм фармацевтичної опіки при формуванні домашньої аптечки

№з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта	Відповіді пацієнта	Рекомендації
1	Чи наявні у користувачів аптечки хронічні захворювання (серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання тощо)	так	В складі домашньої аптечки необхідно мати лікарські препарати, призначені для лікування основних захворювань, а вибір лікарських засобів для надання першої допомоги необхідно узгодити з лікарем
		ні	Продовжити детальне опитування пацієнта
2	Чи наявні у користувачів аптечки алергічні реакції на лікарські засоби	так	Вибір лікарських засобів для надання першої допомоги необхідно узгодити з лікарем
		ні	Продовжити детальне опитування пацієнта
3	Чи домашня аптечка формується вперше	так	Можна рекомендувати безрецептурні лікарські засоби для симптоматичного лікування з урахуванням вікових категорій та кількості користувачів аптечки по основним напрямкам можливих нездужань: лікарські засоби кардіологічної діїантигіпертензивні лікарські засобианальгетичні і спазмолітичні лікарські засобипротиалергічні лікарські засобилікарські засоби для лікування шлунково-кишкових розладівпротиастудні лікарські засобиседативні засобиантисептичні і дезінфікуючі лікарські засоби для обробки шкіриперев'язувальні матеріали (бинти, пластирі, вата тощо)вироби медичного призначення (джгут кровоспинний, термометр максимальний, гірчичники, стаканчик для прийому ліків, грілка, ножиці, гіпотермічний пакет тощо)
		ні	Необхідно поновити запас медикаментів, які закінчились та, при необхідності, розширити наявний асортимент лікарських засобів для аптечки

Надання належної інформації щодо лікарських препаратів для відповідального самолікування

№з/п	Розділ Державного формуляра другого випуску	Інформація для пацієнта щодо особливостей застосування лікарського препарату
1	Вазоділататори п.2.7.1 розділу «Кардіологія. Лікарські засоби»	При прийманні валідолу може виникати легка нудота, сльозотеча, запаморочення. Валідол підсилює дію седативних засобів. Корвалол з обережністю застосовують у осіб, діяльність яких вимагає високої концентрації уваги та швидкості психомоторних реакцій, оскільки він містить етанол і фенобарбітал.
2	Дихальні аналептики п.5.2.12 розділу «Психіатрія, наркологія. Лікарські засоби»	Для стимуляції дихального центру в якості засобу швидкої допомоги: невеликий шматочок марлі або вати, змочений розчином аміаку, обережно підносять до носових отворів на 0,5 — 1 с. Місцеве застосування розчину аміаку можливе лише на неушкодженій шкірі. При випадковому ураженні слизової оболонки ока промивати водою декілька разів (протягом 15 хв з перервою 10 хв) або 5% розчином кислоти борної. Олії і мазі не застосовують. При ураженні носа і глотки застосовують 0,5% розчин кислоти лимонної або натуральні соки. У разі прийому внутрішньо — пити воду, фруктовий сік, молоко, краще — 0,5% розчин кислоти лимонної або 1% розчин кислоти оцтової до повної нейтралізації вмісту шлунка.
3	Антигіпертензивні лікарські засоби центральної дії п.2.6.1 розділу «Кардіологія. Лікарські засоби»	Раунатин не можна застосовувати при наявності органічної брадикардії, з обережністю — при стенокардії. Гіпотензивний ефект раунатину підсилюється при комбінації з діуретиками. Раунатин може викликати сонливість і потенціювати пригнічувальну дію на ЦНС барбітуратів та алкоголю.
4	Седативні лікарські засоби рослинного походження п.2.7.1 розділу «Кардіологія. Лікарські засоби», п.5.2.1.3. розділу «Психіатрія. Наркологія. Лікарські засоби»	Після приймання седативних лікарських засобів не можна виконувати роботи, що потребують швидкості реакції, концентрації уваги, чіткої координації рухів. Седативні препарати підсилюють дію снодійних і можуть самі виявляти снодійний ефект при прийманні у високих дозах. Рослинні седативні препарати посилюють дію антигіпертензивних засобів центральної дії, анальгетиків, особливо у осіб з підвищеною емоційною збудливістю. Препарати валеріани мають жовчогінну дію і стимулюють секрецію залоз шлунково-кишкового тракту. Екстракт пустирнику протипоказаний в період вагітності. Препарати, що містять бром, покращують серцеву діяльність, тому

		особливо показані особам із серцево-судинними захворюваннями
5	Анальгетики і антипіретики, нестероїдні протизапальні засоби п.2.15.3 розділу «Кардіологія. Лікарські засоби», п.п.8.7.1.2., 8.8.3. розділу «Ревматологія. Лікарські засоби», п.10.3.5. розділу «Анестезіологія і реаніматологія. Лікарські засоби»	Всі нестероїдні протизапальні засоби особливо препарати ацетилсаліцилової кислоти, з обережністю призначають пацієнтам з бронхіальною астмою, ерозивно-виразковими захворюваннями шлунково-кишкового тракту, схильністю до кровотеч, із захворюваннями печінки, порушенням функції нирок Всі нестероїдні протизапальні засоби необхідно приймати після їди При виникненні гострого болю в животі (особливо при наявності нудоти, блювання) не рекомендується застосовувати анальгетики або нестероїдні протизапальні засоби, оскільки це може ускладнювати діагностику при хірургічній патології Лікарські препарати, що містять напроксен, диклофенак, німесулід, не призначають дітям до 12 років Мазі і гелі, що містять нестероїдні протизапальні засоби, необхідно наносити тільки на інтактні ділянки тіла, ретельно уникаючи попадання на ушкоджені ділянки або раньові поверхні, а також на слизові і в очі Препарати, що містять ацетилсаліцилову кислоту, не можна приймати разом з антикоагулянтами, антиагрегантами, при вагітності і в період годування грудьми У дітей застосовування ацетилсаліцилової кислоти і метамізолу натрію можливо тільки за наявності чітких показань і тільки у тих випадках, коли інші препарати неефективні Основний недолік препаратів, що містять парацетамол, — невелика широта терапевтичної дії (токсична доза перевищує максимальну терапевтичну всього в 2–3 рази), тому необхідно дотримуватись призначеного дозування Препарати, що містять парацетамол, з обережністю призначають при порушенні функції печінки Не можна поєднувати прийом нестероїдних протизапальних засобів з алкоголем (різко підвищується ульцерогенна — особливо у ацетилсаліцилової кислоти і гепатотоксична дія — особливо у парацетамолу) При наявності декількох симптомів застуди більш доцільне застосовування комбінованих лікарських засобів
6	Засоби, що застосовуються при захворюваннях глотки і гортані п.16.3.1. розділу «Оториноларингологія. Лікарські засоби»	Після прийому лікарських засобів у формі льодяників і таблеток для розсмоктування необхідно утримуватись від вживання рідини та їжі 1–2 години Лікувальні льодяники і таблетки для розсмоктування слід утримувати в роті до повного розчинення і ні в якому разі не розжовувати Хворим на цукровий діабет призначають спеціальні

		лікарські засоби у вигляді льодяників, пастилок, таблеток, які не містять цукорХоліну саліцилат не застосовують у дітей до 12 років і в період вагітності та годування грудьмиФлурбіпрофен та холіну саліцилат протипоказані пацієнтам, які мають підвищену чутливість до нестероїдних протизапальних засобів, зокрема аспіриновий тип бронхіальної астмиПеред застосуванням лікарських засобів у формі спреїв необхідно прополоскати рот теплою водоюПісля зрошення лікарських засобів у формі спрею не рекомендується вживати рідини та їжу протягом 30 хв.Лікарські засоби у формі спреїв не призначають дітям до 3 років
7	Засоби, що пригнічують перистальтику п.3.12.3 розділу «Гастроентерологія. Лікарські засоби»	Можливі втомлюваність, біль в шлунку, головний біль, апатія, сонливість або безсонняОбережно застосовують при порушенні функції печінкиНе призначають при підвищеній температуріНе призначають одночасно з препаратами, що посилюють перистальтикуНе призначають вагітним в І триместрі та в період годування грудьми, дітям до 5 роківПри виникненні запору слід негайно зупинити приймання лікарського препарату
8	Ентеросорбенти п.3.12.2 розділу «Гастроентерологія. Лікарські засоби»	Необхідно дотримуватись інтервалу між прийманням ентеросорбентів та інших лікарських засобів, оскільки можливо уповільнення і/або зниження абсорбції лікарських засобівПри тривалому застосуванні може виникнути запорВугілля активоване може забарвлювати кал в чорний колір
9	Спазмолітичні і антихолінергічні лікарські засоби п.3.3.2 розділу «Гастроентерологія. Лікарські засоби»	Дротаверин може викликати зниження артеріального тиску, тому його з обережністю застосовують у пацієнтів з артеріальною гіпотензієюЛікарські препарати, що містять екстракт беладонни, протипоказані при серцевій недостатності, глаукомі, аденомі передміхурової залози, дітям до 14 роківЛікарські препарати, що містять екстракт беладонни, не застосовують у осіб, діяльність яких вимагає високої концентрації уваги та швидкості психомоторних реакційПри високій температурі навколишнього середовища застосування беластезину може призвести до теплового удару
10	Антигістамінні препарати п.18.3. розділу «Імуномодулятори та протиалергічні засоби», п.9.3.1 розділу «Дерматовенерологія. Лікарські засоби», п.16.2.1.1.4 розділу «Отори-	Антигістамінні препарати I покоління викликають сонливість, почуття втоми, знижують увагу, швидкість реакції, тому їх доцільно приймати ввечеріАнтигістамінні препарати I покоління не застосовують у осіб, діяльність яких вимагає

	ноларингологія. Лікарські засоби»	швидкої реакції, координації рухів і посиленої уваги (водії, оператори тощо)Седативна дія антигістамінних препаратів I покоління (від легкої сонливості до глибокого сну) може проявлятися у звичайних терапевтичних дозахАнтигістамінні препарати (особливо I і II покоління) не можна поєднувати з алкоголем, седативними, снодійними, транквілізаторами, нейролептиками, опіюйдними анальгетиками — можливе посилення пригнічувальної дії на ЦНСПри алергічних ринітах і полінозах застосування антигістамінних препаратів I покоління не бажане, оскільки вони можуть викликати сухість слизових, підвищувати в'язкість секрету і сприяти розвитку синуситів і гайморитів, а при бронхіальній астмі — викликати або посилювати бронхоспазм
11	Симпатоміметики для місцевого застосування п. 16.2.1.1.3 розділу «Оториноларингологія. Лікарські засоби»	Судинозвужувальні препарати групи симпатоміметиків не рекомендується застосовувати більше 5–7 днівПеред застосуванням препаратів для лікування риніту необхідно обов'язково провести ретельний туалет носової порожниниСимпатоміметики можуть викликати підвищення артеріального тиску, тому їх з обережністю призначають хворим з артеріальною гіпертензією, гіпертиреозом, при порушенні мозкового кровообігу, серцевого ритму, при вираженому атеросклерозіСимпатоміметики можуть викликати підвищення внутрішньоочного тиску, тому їх з обережністю призначають хворим на глаукому
12	Антисептичні і дезінфікуючі засоби п. 9.1.4.1. розділу «Дерматовенерологія. Лікарські засоби»	Спиртові розчини антисептиків слід наносити на шкірні покриви навколо рани, уникаючи потрапляння в глибину рани, особливо при глибоких порізахВсі спиртові розчини антисептиків викликають місцево подразнюючу дію, тому їх нанесення супроводжується відчуттям печінняРозчини перекису водню не застосовують для промивання і введення в глибокі рани — можлива емболія пухирцями повітряНе можна обробляти опіки концентрованими розчинами етанолуЛікарські засоби, що містять повідон-йод, не застосовують у дітей віком до 1 року і у осіб із захворюваннями щитовидної залозиВ окремих випадках при застосуванні препаратів, що містять мірамистин, діоксидин, можливе короточасне відчуття печіння, яке зникає самостійно через 15–20 хвилин і не потребує відміни лікарських засобів
13	Препарати електролітів з вуглевода-	Призначення при діареї будь-якого походження

	ми, сольові сполуки для пероральної регідrataції.п.3.13. розділу«Гастроентерологія.Лікарські засоби»	необхідне у зв'язку із втратою організмом рідини і електролітівБезконтрольне приймання препаратів може привести до водно-електролітного дисбалансуНедопустимо додавання цукру в розчини для пероральної регідrataції (посилюється осмолярність розчину і як наслідок — посилення діареї)
14	Препарати ферментівп.3.17 розділу«Гастроентерологія.Лікарські засоби»	Препарати ферментів потрібно приймати під час або відразу після їжіЛікарські препарати в формі капсул і мікросфер, таблеток слід ковтати цілими, не розжовуючиНе слід одночасно застосовувати з антидіарейними мікробними препаратами (пробіотиками)
15	Протимікробні препарати для лікування кишкових інфекційп.3.12.1. розділу«Гастроентерологія.Лікарські засоби»	В період приймання протимікробних лікарських засобів необхідно застосовувати вітаміни групи В (тіамін, рибофлавін, нікотинова кислота)Під час вагітності слід застосовувати протимікробні лікарські препарати тільки за наявності чітких показань і тільки у тих випадках, коли потенційна користь від лікування перевищує можливий ризик
16	Антидіарейні мікробні препарати (пробіотики і пребіотики)п.3.15. розділу«Гастроентерологія. Лікарські засоби»;п.18.1.6 розділу «Імунomodulatory та протиалергічні засоби»	Пробіотики можливо застосовувати на фоні антимікробної терапії, оскільки до їх складу входять антибіотикорезистентні штами мікроорганізмівЛікарські препарати, що містять лактобактерії, рекомендується запивати молоком або молочними напоямиНеприпустимо одночасно приймати пробіотики з антацидами, ферментними препаратами, а також лікарськими засобами лужної природиПробіотики не можна запивати гарячими напоями та вживати одночасно з алкоголемЛікарські препарати, що містять продукти життєдіяльності мікроорганізмів (пребіотики) не рекомендується приймати з молоком або молочними напоями

КОМПЛАЄНС, ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА КОМПЛАЄН- ТНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС ЛІКАРСЬКОЇ ТЕРАПІЇ, ШЛЯХИ ПІД- ВИЩЕННЯ КОМПЛАЄНТНОСТІ

Питання для самопідготовки:

1. Засвоєння основних положень та вимог належної фармацевтичної практики СРР;
2. Формування індивідуального підходу до пацієнта при відпуску без-рецептурних лікарських засобів;
3. Засвоєння принципів медичної деонтології, етичних норм поведінки клінічного провізора в клініці, взаємовідносин клінічного провізора та лікаря, клінічного провізора та хворого.

Теоретичний матеріал:

Комплаєнс (англ. Compliance - згода, відповідність) в медицині - це добровільне проходження пацієнта запропонованому йому режиму лікування. Прихильність лікуванню, тобто цей самий комплаєнс, єдина в чотирьох про-явах:

- пацієнт вчасно приймає ліки;
- приймає його в повній дозі;
- дотримується рекомендацій по дієті і способу життя;
- і при всьому цьому не говорить, що його позбавили останньої ра-дості в житті.

Згідно з проведеними масштабним дослідженням, довгострокова при-хильність пацієнтів будь-якого лікування, незалежно від захворювання, не перевищує 50%. Наприклад, для гіпертонічної хвороби - 40%, для цукрового діабету та епілепсії - 50%, при гіперліпідемії - 62%. При цьому самостійна ві-дміна гіпотензивних препаратів відбувається в 25% після 6 місяців від почат-ку прийому. А як, резонно зауважив американський військовий хірург полко-

вник Еверетт Куп, навіть найефективніші препарати не будуть працювати у пацієнтів, які їх не приймають.

Дослідження показують, що труднощі з прихильністю терапії можуть виникнути:

- в будь-якій віковій групі (і молоді і літні);
- серед чоловіків, так і серед жінок;
- по всьому спектру освіченості;
- серед пацієнтів будь-якого соціально-економічного статусу (економити на здоров'ї намагаються і мільйонери і люди з достатком нижче прожиткового мінімуму).

Так чому ж пацієнти не хочуть лікуватися і виконувати рекомендації так, як від них цього чекають лікарі?

Існують маркери відсутності прихильності лікарської терапії:

- наявність психологічних проблем, особливо депресій;
- наявність когнітивних порушень, в результаті яких пацієнт просто не може зрозуміти, навіщо йому лікуватися або забуває прийняти препарат;
- безсимптомне захворювання;
- відсутність контакту з лікарем, неадекватне спостереження і рекомендації, написані погано читаним почерком;
- побічні ефекти;
- погана поінформованість про захворювання;
- складність терапії;
- висока вартість лікування.

Варто відзначити, що всі труднощі, за великим рахунком пов'язані з трьома основними причинами:

- причинами, пов'язаними з хворим (напроти лікування, страх перед великою кількістю препаратів, і, як наслідок, некоректний прийом ліків);
- високою вартістю терапії, особливо багатокomпонентної;
- складним режимом прийому і, відповідно, великою ймовірністю відхилення від схеми (наприклад, при призначенні 4-х препаратів ймовірність комплаєнса знижується вдвічі).

Варто також згадати проблеми, пов'язані з органами охорони здоров'я та страховими компаніями, наприклад, коли питання стосується пільгового забезпечення і квот. Ці установи можуть тиснути на лікарів, але пацієнти про це не знають і вважають, що саме лікар перешкоджає їх ефективному лікуванню. Ну а доктор не посвячує їх у ці питання зі зрозумілих причин.

Існує кілька методик оцінки прихильності лікуванню:

Рахунок препаратів – непридатне в наших умовах ніде, крім як у клінічних дослідженнях

Зміна концентрації препарату в крові – не застосовується через відсутність фармакокінетичних лабораторій на більшій частині території нашої країни

Електронні монітори – знову ж таки не застосовне для наших умов.

Як ми бачимо, достовірно визначити, в чому проблема з некомпенсуючим пацієнтом, не підходить йому терапія або він просто не приймає ліки, ми не можемо. Але ми можемо спробувати підвищити прихильність лікуванню:

При будь-якій можливості чітко озвучувати цілі лікування. Якщо хворий не знає або не розуміє, навіщо його напихають таблетками, він буде саботувати прийом ліків, а якщо вони ще й дорогі, то підозрювати лікаря у всіх тяжких.

Звертати увагу на спосіб життя пацієнта. Якщо він п'є препарати, але при цьому має зайву вагу і продовжує об'їдатися, то одними таблетками про-

блему можна ніколи і не вирішити. У хворих серцево-судинними захворюваннями необхідно спробувати скоригувати харчова поведінка і настояти на збільшенні фізичного навантаження, якщо це, звичайно, можливо. Пацієнтам із захворюваннями ШКТ потрібно постійно нагадувати про необхідність дієти як про абсолютно необхідному факторі для стабілізації стану і т.д. і т.п. Правда саме тут є дуже велика вірогідність почути, що підступні доктора «людини останньої радості в житті позбавили». І в підсумку отримати пацієнта в ще більш гіршому стані.

Спробувати залучити пацієнта до створення плану лікування. Це складно в умовах дефіциту часу на прийомі, але спробувати варто.

Обговорювати вірогідність побічних ефектів від прийнятих препаратів.

Призначати фіксовані комбінації, якщо це можливо, що дозволить зробити лікування більш зрозумілим і менш забувається.

Пояснити пацієнтові методику – як не забувати прийняти таблетки щодня. Наприклад, запропонувати поєднати прийом препаратів з щодня виконуваними ритуалами, наприклад, з чищенням зубів. Або поставити «примітки» в телефон.

Видавати рекомендації в читабельному вигляді, в ідеалі у вигляді надрукованих зрозумілих інструкцій.

Слід враховувати фінансові можливості пацієнта. Якщо його дохід коливається в районі прожиткового мінімуму, навряд чи він все до копійки витратить на таблетки. Тут просто необхідно подумати про більш дешевих, але досить ефективних аналогах.

Велику роль у вирішенні проблеми можуть зіграти і фармацевти. Не секрет, що останнє призначення препарату в нашій країні відбувається біля прилавка в аптеці. Адже фармацевт може прочитати призначення на рецепті, якщо почерк погано читаємо, може роз'яснити правила прийому препаратів, може, якщо захоче, написати режим прийому безпосередньо на упаковці препарату.

Таким чином, ми бачимо, що проблема прихильності величезна і важко вирішувана. Говорити про неї можна дуже довго, але без її рішення наївно чекати повної віддачі від лікарської терапії. Хоча б тому, що пацієнт може взагалі не приймати препарати. Для її вирішення потрібні спільні зусилля всіх сторін лікувального процесу, як медиків, так і пацієнтів.

Поняття згоди набагато ширше рамок відносини пацієнта до лікаря. Воно застосовується до спілкування здорових людей, наприклад, у педагогічному процесі чи в спорті (Stewart A. M., Hopkins W. G., 1997), де його використовують в описі взаємин вчителя / тренера та учнів - як учні підкоряються вимогам вчителя або тренера.

Якщо розуміти «compliance» у всій повноті цього англійського слова в точній відповідності з його тлумаченням сучасними словниками як згоду, прийняття призначень лікаря, добровільне підпорядкування їм (іноді його тлумачать і як співпраця), навряд чи підміна терміну «згода» терміном «compliance» дає значуща перевага. Наукове звучання терміна і його наближення до моді 80-90-х років калькувати, а не вміло (!) Переводити англійські слова (новий варіант «суміші французького з нижегородським») - навряд чи достатні підстави для беззастережного вставляння в російський науковий лексикон терміну "compliance ». Більш вагомим, на наш погляд, заперечення: і схилити важко, і звучить схилення англійського слова на манер російських смішно (або, як кажуть, ріже слух), у написанні латинськими літерами «compliance» виглядає чужорідним тілом в оточенні слів на кирилиці, написання ж в транскрипції російськими літерами («комплаєнс») викликає подив у читача, не відразу здогадався, звідки походить це слово і якого слову російською воно відповідає. «Русифіковане» вимову цього слова як «комплаєнсь», мабуть, гірше написання: воно наближає звучання до поширених зараз «Бизне» і «офісь», відразу видає багато в говорить людини.

Після такого коментаря перевагу надалі віддано терміну «згоду».

Згода надзвичайно важливо як для взаємин пацієнта і лікаря, так і для успіху будь-якого лікування, в тому числі і лікарського. Тому така пильна увага постійно приділяють і його науковому дослідженню, результати якого представлені в численних публікаціях, що містять рекомендації, як поліпшувати згоду в комунікаціях пацієнт - лікар - фармацевт (Fedder DO, 1982), згода пацієнта з виписаним йому рецептом (Peck CL, King NJ, 1982), загальна згода пацієнта при хронічних захворюваннях (Anderson RJ, 1982; Bosley CM et al., 1995).

Згода має вирішальне значення не тільки для успіху фармакотерапії, як було зазначено вище. Через неповноцінності згоди виникає відмова від лікування - одна з основних перешкод у практиці всіх видів допомоги. Спеціальні публікації присвячені психологічних причин відмови від госпіталізації (Appelbaum PS, Roth LH, 1983), психотерапії (Frank JD Et al., 1957), листування з лікарем (Rickels K. Et al., 1968), прийому ліків поза лікарнею (Freedman N. Et al., 1958), зокрема, хворими невротиками (Lipman RS Et al., 1965).

У свою чергу, психотропні препарати покращують комунікацію «пацієнт - лікар» (De Giacomo P. et al., 1986).

Навіть там, де, здавалося б, визначальним є тільки власне фармакологічна дія ліки, наприклад, у профілактиці малярії мефлохіном, низьку ефективність препарату пов'язують з недостатнім згодою (Wetssteyn J. C. et al., 1995).

Згода є найважливішим чинником у такій події життя мільйонів людей, як прийом пероральних контрацептивів (Rosenberg M. J et al., 1995).

Підвищення згоди

Розглядаються різні стратегії підвищення згоди (Becker M. H., Maiman L. A., 1980), одноставно підкреслюють необхідність участі мультидисциплінарного персоналу (Hill M. N., Niller N. Y., 1996).

Пропозиції щодо покращення згоди літніх пацієнтів з лікарською терапією включають поліпшення взаємин з пацієнтом, використання того, чого

боїться пацієнт (наприклад, нагадуванням про загрозу раку легенів у курців), освіта пацієнта (наприклад, бесідами про раціональної дієти, про контроль за рівнем артеріального тиску, про шкоду вузької взуття), про зручність випи-саних упаковок ліків та ін. (Carty MA, Everitt DE, 1989).

Покращують згоду психотропні препарати за рахунок вдосконалення комунікації «пацієнт–лікар» (De Giacomo P., 1986). Це встановлено в спеціально спланованому дослідженні, вимірювати прості комунікації, в яких відбувався обмін «одиначними бітами інформації». У медичній практиці поліпшення взаєморозуміння і перехід на більш досконалий рівень спілкування в результаті успішної психофармакотерапії визначається і без спеціального підрахунку - по потеплінню атмосфери спілкування, по міміці, розширенню тематики бесід, проявам взаємної довіри та іншими показниками комунікації.

Складні взаємозалежності можуть існувати між «суб'єктивним згодою», «об'єктивним злагодою» та факторами, що визначають згоду в цілому, наприклад, у хворих на гіпертонічну хворобу (Oelzner S., 1996).

У пошуках більшої згоди лікарі намагаються відповісти на багато питань спілкування з хворими, зокрема, питання, чи розуміють вони своїх пацієнтів. Так і названа стаття («Verstehen die Arzte ihre Patienten?»), Що представляє результати спеціального дослідження, початого для відповіді на це питання (Conen D., Besch W., Dubach U. C. et al., 1986). У терапевтичному відділенні кантональної лікарні в Базелі та Інституті удосконалення лікарів в Берні (Швейцарія) були опитані за допомогою оригінальної анкети 30 лікарів про те, як вони розуміють скарги своїх 259 пацієнтів; анкети про своїх скаргах заповнювали і всі пацієнти. Результати анкетування показали повну відповідність скарг і їх оцінки лікарями. Це ставилося як до «невизначеним» скаргами, на кшталт «почуття нездоров'я», «втоми і стомлюваності», «нервовості», так і до «органно-медичним» чітко локалізованим скаргам типу «серцева» або «грудна» біль, а також до змішаних «невизначено + певним» скаргами. У роботі не оцінювалося згоду хворих з призначеннями лікарів, але на-

вряд чи можна сумніватися, що впевненість пацієнтів в тому, що їхні лікарі повністю розуміють їхні страждання, не проявляється і згодою виконувати приписи і рекомендації цих лікарів.

Які фактори покращують згоду хворих у лікуванні антидепресантами?

Опитування в п'яти країнах (США, Іспанія, Франція, Німеччина і Великобританія) 150 лікарів, в основному психіатрів, кожен з яких мав постійний досвід лікування в середньому 33 пацієнтів на тиждень, з'ясував (Nota Bene, 1997), що в 64% випадків причиною поліпшення згоди була більш висока ефективність антидепресанту, в 22% - швидкий початок дії, в 8% - підвищення переносимості і в 6% - інші причини.

Лікування депресій - не приватне проблема психіатрії. І відповідно, подолання психологічних труднощів у фармакотерапії депресій - найважливіша загально медична задача. Нещодавно зроблений науковий прогноз (Editorial, 1997), що «депресія стане головною проблемою охорони здоров'я в суспільстві 2020 року».

Для підвищення згоди при лікуванні будь-якими ліками необхідна низка умов: подовжувати час контакту з пацієнтом, роз'яснювати призначення, вислуховувати сумніви і міркування пацієнтів, знаходити спільні теми в літературі, мистецтві.

Чи є у хворих на шизофренію згоду з лікуванням нейролептиками, видно вже на початку лікування по суб'єктивних реакцій на них (Naber D. Et al., 1994).

Хворі з хронічними захворюваннями і літні депресивні хворі часто отримують альтернативні пояснення їх станів, і ці дві категорії пацієнтів найбільш часто залишаються або взагалі без лікування, або користуються засобами, які не оптимальні. Пацієнти, які щойно одужали, мають високий ризик рецидиву через те, що вони недостатньо усвідомлюють важливість тривалого підтримуючого лікування і схильні припиняти прийом ліків, якщо не вважають це небезпечним.

При зміні засобів терапії слід звертати особливу увагу на коливання згоди і зміни медичного догляду (Hayes Bautista D. F., 1976).

Зменшення згоди

Точні причини ризику відмови від прийому ліків не визначені, але не викликає сумніву, що вони серед рис особистості пацієнта, в поведінці лікаря, у впливі хвороби на згоду пацієнта виконувати рекомендації лікаря і персоналу. У порівнянні з особистісним фактором (найчастіше з відношенням пацієнта до своєї хвороби, до лікаря, до лікування та до одужання) демографічні показники не відіграють істотної ролі (Priest R. G., Baldwin D., 1994). Згода визначається і тяжкістю захворювання, і пов'язаною з нею непрацездатністю, і тривалістю захворювання, і його наслідками у випадках неправильного лікування.

Серед найважливіших причин зменшення згоди відзначають (Priest R. G., Baldwin D., 1992) обставини, коли лікар недоступний пацієнтові на першу вимогу і коли переривається став звичним контакт між пацієнтом і лікарем, наприклад, листування (Rickels R. et al., 1968). Згода також зменшується, якщо лікування (дозування, схеми прийому ліків і т. П.) Зайво ускладнюється для пацієнта і коли пацієнт не може впоратися з побічними ефектами ліків, навіть тих, корисність яких він усвідомлює.

Те, що хворі не дотримуються призначеного лікування, визнано (Priest R. G., Baldwin D., 1994) однією з найсерйозніших і поширених труднощів медичної практики. Більшість пацієнтів мають часткове згоду приймати призначені ліки. 40-70% з них не приймають від 10 до 40% призначених ним для систематичного прийому ліків. У загальній практиці 68% хворих депресіями не приймають антидепресанти довше чотирьох тижнів.

Роль рис особистості у скаргах на побічні ефекти детально досліджена і на здорових добровольцях чоловіках і жінках (Davies C. et al., 1995). Такі скарги - важливе джерело зменшення згоди з будь-якою фармакотерапією.

Хворі з депресією несуть особливий утрату від дефіциту згоди, бо з утяжелением стану зменшується життєвий ентузіазм, поглиблюється песимізм, ізоляція від суспільства.

Відмова від прийому ліків

Ця проблема залишається однією з найважливіших проблем практичної медицини.

Особливе місце в літературі займають публікації про те, як справлятися і як долати незгоду пацієнтів (Heszen-Klemens I., 1987), зокрема, відмова від прийому ліків (Evans L., Spelman M., 1983; Heszen-Klemens I., 1987).

Приватним прикладом визначального значення згоди є опубліковані нещодавно статистичні відомості (Tye L., 1998), згідно з якими літні пацієнти штату Нью-Джерсі не приймали 40% виписаних їм антиатеросклеротичні ліків, незважаючи на те, що в переважній більшості випадків препарати був безкоштовними. Виявилося, що відмова хворих приймати препарати пов'язаний з тим, що вони очікували відчути якісь позитивні зрушення в самопочутті вже через кілька днів після початку прийому. А так як це не відбулося, вони самі припиняли прийом. Лікарі не роз'яснили пацієнтам, як діють антиатеросклеротичні препарати, що немає підстав очікувати якогось швидкого зміни самопочуття, бо ці препарати роблять поступове дію, попереджаючи розвиток атеросклеротичного процесу і тим самим грізні ускладнення у вигляді інфарктів та інсультів, не переконали продовжувати прийом.

Приклад

Серед 538 хворих неврозами, які отримували плацебо-терапію протягом 4 тижнів, 302 людини закінчили курс, 162 - припинили прийом призначеного «препарату», 74 - довільно міняли дозування (Downing R. W. et al., 1975). Згода приймати «ліки» відповідно до призначеного протоколом було більш частим у хворих, що лікувалися у приватнопрактикуючих лікарів, ніж у пацієнтів стаціонару, у працюючих осіб в порівнянні з безробітними.

Припиняли прийом «препарату» частіше пацієнти, що страждали безсонням, особливо ті, у кого переважала тривога, а не депресія. Відмова від лікування був частіше серед більш молодих хворих. Поліпшення стану пацієнтів, які припинили прийом «препарату» було значно меншим у порівнянні з пацієнтами, що закінчили курс.

Лікуючі лікарі подобалися менше пацієнтам, довільно змінювали дозування »ніж пацієнтам, що виконував акуратно протокол лікування.

Це дослідження ще раз продемонструвало важливу роль відносин пацієнта і лікаря в згоді пацієнта приймати призначені ліки.

А скільки трагедій відбувається в наш час через відмову від вакцинації проти поліомієліту, дифтерії та інших найнебезпечніших інфекцій! Як часто хворі та їхні близькі звинувачують лікарів у тому, що вони вчасно не переконали їх в життєвій необхідності вакцинації, не роз'яснили, до яких фатальних наслідків може вести відмова від вакцинації.

Навіть без спеціального підрахунку ясно, що причини відмови численні і різноманітні, як різноманітні варіанти ставлення особистості до лікування взагалі і до прийому конкретного ліки. Однак є найбільш типові ситуації, де відмова за психологічними мотивами особливо поширені. У психіатрії це профілактика і лікування депресивних станів. Суть проблеми в тому, що фармакологічний ефект препаратів профілактичної дії проявляється дуже повільно. Потрібні місяці (!) Для того, щоб наступило дію найбільш часто вживаних солей літію (частіше карбонату літію) та карбамазепіну (фінілепсина). Чому відбувається саме так, які процеси лежать в основі такого, удаваного неймовірним, повільної дії, до теперішнього часу невідомо. Найчастіше від початку прийому солей літію (кожен день, без єдиного пропуску) проходить кілька місяців, нерідко і рік (!), Перш ніж відбувається зменшення глибини і (або) вкорочення черговий депресивної фази (Нуллер Ю. Н., Михаленко І. Н

., 1988). Автори підкреслюють, що результати виявляються кращими, якщо профілактика розпочата тоді, коли стан хворого дозволяє йому свідомо поставитися до призначення літію на тривалий термін. Це забезпечує регулярний прийом і виконання необхідних аналізів. Контроль за концентрацією літію в крові є строго обов'язковим для підтримки оптимальної індивідуальної дозування і попередження побічних ефектів. Ухилення від обстеження буває, на думку Ю.Л. Нуллер і І.М. Михаленко (1988), через те, що хворих не інформують досить повно, чому важливо стежити за концентрацією літію. Якщо немає виражених побічних явищ, прийом певного числа таблеток стає звичкою і не турбує хворого. У той же час відвідування диспансеру, нагадування про минулих хворобливих нападах, госпіталізаціях є психотравмуючим фактором. Важлива неформальна обстановка взяття крові на визначення концентрації літію.

Для профілактичного лікування рекомендують (Нуллер Ю.Л., Михаленко І.М., 1988) підтримувати концентрацію літію не вище 0,6-0,7 ммоль / л і не перевищувати 1 ммоль / л - концентрацію, яка погано переноситься всіма хворими і призводить до побічних і токсичних ефектів. Тому так важливо переконати хворого, що успіх профілактики багато в чому залежить від нього самого, що не можна припиняти прийом літію, незважаючи на те, що в перші місяці лікування він не відчуває ніякого поліпшення, не можна робити перерви в прийомі літію, не можна довільно знижувати дозування. Про недостатній згоді в практиці лікування літієм говорить той факт, що приблизно одна третина хворих пропускають або зовсім припиняють прийом препарату. Не дивно тому, що концентрацію літію в еритроцитах пропонують використовувати в якості запобіжного згоди (compliance) пацієнта (Girvin B., Byrne A., Kiny D. J. et al., 1996).

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойко А.І. Трансформація фармацевтичної інформації у фармацевтичні знання та комп'ютерних баз даних в бази знань на прикладі створення експертних систем по взаємодії лікарських засобів, що функціонують на основі методів доказової фармації / А.І. Бойко // Фармацевтичний часопис. - 2011. - №3. - С. 83-89.
2. Верткин А.Л., Клиническая фармакология: Учебное пособие / А.Л. Верткин, С.Н. Козлов. - М.: ГЕОТАР - Медиа, 2007. - 461с.
3. Викторов А.П. Анальгетики-антипиретики: безопасность при медицинском применении / А.П. Викторов, Т.Л. Шевченко, О.В. Кашуба // Медицинские аспекты здоровья женщин^!. - 2010. - №9-10. - С. 39-54.
4. Державний формуляр лікарських засобів / За ред. В.Є. Бліхара, В.Т. Чумака, В.І. Мальцева [та ін.]. Випуск третій. - К., 2011. - 1259 с.
5. Деримедведь Л. В. Взаимодействие лекарств и эффективность фармакотерапии: Справ. пособие для врачей и фармацевтов : справочное издание / Л. В. Деримедведь, И.М. Перцев, Е.В. Шуванова ; Под ред. проф. И.М. Перцева. - Х. : Мегаполис, 2002. - 784 с. - 615.015 В40. - Б. ц.
6. Дроговоз, С. М. Порівняльна оцінка безпечного застосування сучасних НПЗЗ / С.М. Дроговоз, К.Г. Щукіна, Ю.М. Максимов // Ліки. - 2004. - № 1/2. - С. 18-24.
7. Клиническая фармакология: Учебник / Под ред. В.Г. Кукеса. - 3-е изд. перераб. и доп. - М.: ГЕОТАР - Медиа, 2006. - 944с.
8. Клиническая фармакология: Учебник для вузов / Под ред. В.Д. Соколова. - М.: "Колос", 2002. - 464с.
9. Кузнецова Н.В., Клиническая фармакология: Учебник / Н.В. Кузнецова. - 2-е изд. перераб. и доп. - М.: ГЕОТАР - Медиа, 2009. - 271с.
10. Мешковский А.П. Надлежащая клиническая практика/А.П. Мешковский // Фармаптека. - 2008. - №12. - с.13-17.

11. Сидоренкова Н.Б. Основы клинической фармакологии / Сидоренкова Н.Б., Манукян, А.В., Пронина, Н.В. // Под ред. Н.Б. Сидоренковой. - Барнаул: Издательство АГМУ, 2003. - 337с.
12. Фармацевтична енциклопедія / Голова ред. ради В.П. Черних. - 2-ге вид., перероб. і доповн. - К.: «МОРИОН», 2010. - 1632 с.
13. Фармацевтична профілактика та її кадрове забезпечення / [Яцкова Г.Ю., Слабий М.В., Крамаренко Г.В., Парновський Б.Л.]. - Львів: Кварт, 2007. - 200 с.
14. Харкевич Д.А., Фармакология: учебник для медвузов / Д.А. Харкевич. - 8-е изд. перераб. и доп. - М.: ГЕОТАР - медиа, 2005. - 735с.
15. Хоффман К. Лечение ВИЧ-инфекции 2009 / К. Хоффман, Ю.К. Рокштро. - М.: 2010. - 648 с.