

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ  
ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ**

# **КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ**

**МАТЕРІАЛИ**

Всеукраїнської науково-практичної Internet-конференції  
з міжнародною участю, присвяченої 30-річчю заснування  
кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ

16-17 березня 2023 р.  
м. Харків

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ  
№ 543 від 19 грудня 2022 року*

Харків  
НФаУ  
2023

в розвитку макросудинних ускладнень в даному віці.

На заключному етапі нашої роботи нами було проведено вивчення рівня СРБ у пацієнтів з ЦД 2-го типу різних вікових груп, з метою виявлення тенденції до регресії когнітивної функції за рахунок розвитку атеросклерозу та запалення в судинах головного мозку і, таким чином, розвитку церебральної недостатності. В першу добу дослідження у всіх пацієнтів відмічалось вірогідне підвищення концентрації СРБ відносно фізіологічної норми (до 6 мг/л). Враховуючи одержані дані дослідження, можна розглядати СРБ як складову частину єдиної біохімічної запально-протизапальної системи, яка відіграє важливу роль в розвитку атеросклерозу на тлі ЦД 2-го типу та в подальшому буде відігравати ключову роль в розвитку когнітивної дисфункції у даної групи пацієнтів.

**Висновки.** Таким чином, церебральна дисфункція при ЦД 2-го типу не має прямої залежності від віку та відмічається у пацієнтів всіх вікових груп.

Дослідження основного маркера стресу – кортизолу, який був підвищений у пацієнтів з ЦД 2-го типу, вказує на тяжкий перебіг захворювання та пояснюється недостатністю або відсутністю компенсаторно-адаптаційних механізмів.

Достовірно підвищений рівень СРБ у всіх пацієнтів з ЦД 2-го типу свідчить про наявність активного запального процесу при ЦД 2-го типу, та дає можливість вважати СРБ додатковим лабораторним критерієм в діагностиці цереброваскулярних ускладнень на тлі ЦД 2-го типу.

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

**Старкова І.В., Гордієнко В.В., Старкова В.Д.**  
*Харківський національний медичний університет*  
*м. Харків, Україна*  
vv.lazurenko@knmu.edu.ua

**Вступ.** Сьогодні Україна виявилася у дуже складній ситуації, зумовленій війною. Бойові дії не тільки вплинули на усі сфери життя, а й призвели до суттєвих обмежень звичайних потреб людей.

Насамперед завдяки небезпечному середовищу жителі міст та сіл часто не мають можливості своєчасно відвідувати лікаря й отримувати допомогу відповідно до теперішніх потреб. Особливої уваги в цьому питанні заслуговує жінка, оскільки саме вона відповідає за відтворення українського роду.

**Мета дослідження:** показати можливості й шляхи використання телемедицини у діагностиці й лікуванні деяких гінекологічних захворювань.

**Матеріали і методи.** У дослідженні взяли участь 50 жінок репродуктивного віку, які проживали в зоні бойових дій, скаржилися на порушення стану здоров'я з боку репродуктивних органів, та не мали можливості своєчасно та неодноразово відвідати лікаря акушера-гінеколога.

**Результати та їх обговорення.** Після з'ясування факту наявності скарг, жінкам було запропоновано надання характеристики проблеми відповідно до наявності основних симптомів гінекологічних захворювань: болю, патологічних виділень з піхви, порушення менструального циклу, а також – присутності безпліддя. Порушення фертильної функції було виявлено в одному випадку (2 %), й консультація акушера-гінеколога була спрямована на формування алгоритму обстеження чоловіка і жінки.

Для більш точної оцінки скарг хворих жінок, нами була розроблена й використана таблиця-опитувальник, яка збирала інформацію щодо додаткових характеристик скарг: характеру болю, кількості й кольору виділень з піхви, імовірної крововтрати при кровотечах тощо. На цьому етапі жінки мали можливість зосередитися, не квапитися та не хвилюватися, що сприяло отриманню правдивої інформації.

Додатковий розділ опитувальника передбачав викладення другорядних скарг, які могли супроводжувати патологічні стани з боку репродуктивних органів: зміна загального стану, наявність підвищення температури, присутність печії або свербіжу в області зовнішніх статевих органів та іншої супутньої інформації.

Далі жінки заповняли частину опитувальника стосовно анамнезу захворювання та припущення того, з чим стан пов'язаний. Остання інформація, яку надавали жінки, відображала основні дані про загальний та гінекологічний анамнез.

Заповнення таблиць-опитувальників було дуже простим, не передбачало спеціальної підготовки, й дало можливість лікарю припустити наявність патологічного стану, з яким він міг працювати далі або терміново направити жінку для стаціонарного лікування. На цьому етапі з дослідження було виключено дві жінки (4 %), у яких передбачалася наявність гострої гінекологічної патології – позаматкової вагітності та апоплексії яєчника.

На другому етапі акушер-гінеколог безпосередньо спілкувався з пацієнткою онлайн за допомогою відеозв'язку у доступних месенджерах задля додаткових запитань й уточнень, а також надання психологічної підтримки.

Під час третього етапу дистанційного надання допомоги жінкам призначалося обстеження. Передбачалося, що не всі дослідження будуть доступні, тому вони були розподілені на дві групи: обов'язкові й додаткові. На цьому етапі жінкам призначалася терапія за емпіричним принципом з умовою почати її використовувати після того, як буде здано матеріал для лабораторних аналізів.

Серед обстежених жінок у 20 випадках (40 %) відбулося початкове призначення препаратів місцевої дії з широкою антимікробною активністю, у 5 випадках (10 %) призначені пігулки з транексамовою кислотою.

Контроль за результатами лабораторних досліджень з додатковими призначеннями здійснювався після їх отримання. Так, спираючись на результати, у 4 випадках (8 %) було призначено антианемічну терапію, у 2 випадках (4 %) – антибактеріальну, а 3 жінок (6 %) направлено для лікування в умовах гінекологічного стаціонару.

**Висновки.** Таким чином, телемедицина в умовах війни сприяє наданню гінекологічної допомоги. Дії лікаря здійснюються відповідно алгоритму, який передбачає заповнення пацієнткою таблиць-опитувальників, надання консультації та психологічної підтримки за допомогою відеозв'язку, створення маршруту обстеження, контроль за результатами аналізів й призначення терапії.

## **МІНІМІЗАЦІЇ ВИТРАТ ПРЕПАРАТАМИ РАБЕПРАЗОЛУ ТА ВИБІР БІЛЬШ ЕКОНОМІЧНО ВИГІДНИХ ГЕНЕРИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ ХВОРОБИ**

**Ткачова О.В., Артеменко П.Ю.**

*Національний фармацевтичний університет*

*м. Харків, Україна*

tkachevaov@gmail.com

**Вступ.** Епідеміологічні дослідження останніх років показали, що за поширеністю гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) займає провідну позицію серед інших кислотозалежних гастроентерологічних захворювань.

У лікуванні ГЕРХ, у тому числі й її неерозивної форми, а також при наявності у пацієнтів нічного кислотного прориву добре зарекомендував себе рабепразол – інгібітор протонної помпи (ІПП), який володіє найбільш швидкою антисекреторною дією і підвищує рівень рН у шлунку і стравоході на період тривалістю до доби при невеликій, порівняно з усіма іншими ІПП.

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — це хронічне захворювання, тому потребує постійної лікувальної та підтримуючої терапії лікарськими засобами, в даному випадку препаратами рабепразолу.

В умовах складної соціально-економічної ситуації в Україні використання менш витратних представників ІПП для системного застосування є економічно доцільним, що дозволяє зберегти кошти як держави, так і пацієнта в залежності від того, хто оплачує лікування.

**Мета дослідження.** Проаналізувати вартість курсу фармакотерапії хворих на ГЕРХ препаратами рабепразолу тривалістю 8 тижнів (56 днів) та вибрати більш економічно вигідні генеричні препарати за фармакоеконічним методом аналізу мінімізації витрат (cost minimization analysis, CMA).

**Матеріали та методи.** Розрахунок витрат на фармакотерапію рабепразолом проводився за схемою лікування, що наведена в інструкції до медичного застосування з урахуванням ціни за упаковку ЛЗ за даними реєстру оптово-відпускних цін на лікарські засоби.

**Результати та їх обговорення.** Для дослідження були вибрані такі ЛЗ: Рабепразол Здоров'я табл. 10, 20 мг, №20, Рабімак табл. 10, 20 мг, №14, табл. 20 мг, №30, Паріет табл. 10, 20 мг, №14, Барол 10 капс. 10 мг, №30, Барол 20 капс. 20 мг, №30. Серед них найменш витратним препаратом став препарат Рабімак табл. 20 мг №30, що випускається зарубіжною компанією Маклеодс