

СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Прилипко Н.А.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

natalia.anatolivna@gmail.com

Однією з основних проблем охорони здоров'я та суспільства у більшості країн залишається туберкульоз, відомий у світі відколи існує людство. Сьогодні у світі загальна кількість хворих на туберкульоз сягає більше 60 млн., інфікованих біля третини населення нашої планети.

Соціальна профілактика включає загальнодержавні заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я населення. В її організації беруть участь державні органи, широка мережа протитуберкульозних закладів, громадські та інші організації.

Головним завданням соціальної профілактики є підвищення матеріального добробуту населення. Важливе значення має створення задовільних умов життя та праці, боротьба з професійними шкідливими факторами. Населення необхідно забезпечити якісними продуктами та розповсюджувати знання з раціонального харчування. Неабияке значення має створення культурно-освітніх закладів для підвищення культурного рівня населення, формування високої свідомості.

Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Для підвищення здоров'я населення слід розвивати мережу санаторно-курортних закладів, будинків відпочинку, туристичних баз, розвивати фізичну культуру і спорт у всіх вікових групах, проводити заходи по боротьбі з алкоголізмом, наркоманією, палінням та іншими шкідливими звичками. Держава повинна піклуватися про оздоровлення довкілля: захист водоймищ та атмосфери від забруднення токсичними речовинами, озеленення населених пунктів. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм.

ПЕРСПЕКТИВА ВИКОРИСТАННЯ ЛИСТЯ ЧОРНИЦІ ЗВИЧАЙНОЇ ДЛЯ СТВОРЕННЯ СОЦІАЛЬНО ДОСТУПНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

Количев І.О., Краснікова Т.О., Кошовий О.М.

Національний фармацевтичний університет, м.Харків, Україна

koli4ev@mail.ru

Цукровий діабет – глобальна медико-соціальна проблема. У розвинутих країнах світу цукровим діабетом хворіє від 5 до 12% населення і за прогнозами рівень цього захворювання може збільшитися до 30-35% . Крім гострих проявів цукрового діабету - гіпоглікемія та гіперглікемія, тяжкими ускладненнями є ангіопатії, нефропатії, ретинопатії, нейропатії та синдром діабетичної стопи. Вважається, що діабет у людей старшого віку пов'язаний з пристосуванням до сучасних продуктів харчування та зниженням фізичної активності.

За протоколом лікування цукрового діабету І типу обов'язковим є застосування інсуліну. Виробництво, закупівля і розподілення препаратів інсуліну є актуальною проблемою фармацевтичної та медичної галузей. Щорічно фінансування закупівель препаратів інсуліну вирішується місцевими органами самоврядування за рахунок бюджетних коштів. До 2014 р. в Україні діяла Державна цільова програма «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки, затверджена постановою КМУ від 19 серпня 2009 р. № 877, яка відображала обсяги щорічного фінансування закупівель препаратів інсуліну за рахунок коштів місцевих бюджетів, отриманих за цільовими видатками.

Діабет ІІ типа – захворювання, яке з часом прогресує але раціональне та систематичне застосування цукрознижуючих синтетичних та фітопрепаратів дозволяє відстрочити використання інсуліну на срок до 10 років. Відомо, що при захворюванні цукровим діабетом значну роль відіграє дієтотерапія, а лікарські рослини займають проміжну позицію між призначеннями дієтичної терапії та лікарськими засобами.

У народній та науковій медицині в терапії цукрового діабету використовували природні джерела інуліну: бульби топінамбуру, жоржини, корені цикорію, оману, кульбаби тощо. Як цукрознижуючі засоби використовують лущиння квасолі, пагони та листя чорниці, галегу. Ці лікарські рослини зустрічаються у різних комбінаціях лікарських зборів, дієтичних та харчових добавок.

Офіційним збором для лікування та профілактики цукрового діабету є "Арфазетин". До його складу входять такі цукрознижуючі компоненти, як пагони чорниці та лущиння плодів квасолі. Види квасолі вивчались на кафедрі фармакогнозії у якості цукрознижуючого засобу проф. Ковальовим В.М. та його учнями. Чорниця звичайна має достатню сировинну базу, вона широко розповсюджена в лісових фітоценозах Карпат та територій Північної України. Продовжуючи дослідження кафедри цукрознижуючих рослин, доцільно провести дослідження хімічного складу та розробити сучасні методи стандартизації пагонів та листя чорниці звичайної для створення на їх основі нових лікарських засобів. Попередній аналіз листя чорниці звичайної, який проводився загальноприйнятими методиками (тонкошарової хроматографії, паперової хроматографії), показав наявність простих фенолів (арбутину), гідроксикоричних кислот (ферулової, кофейної, хлорогенової), флавоноїдів (кверцетину, авікулярину, гіперозиду), дубильних речовин, тритерпенових сапонінів. Кількісний вміст цих груп БАР проводили спектрофотометричним методом за відповідної довжини хвилі.

Хімічний аналіз листя чорниці звичайної показав, що сировина багата на фенольні сполуки, які за літературними даними і відповідають за цукрознижуючу активність. Тому ця сировина є перспективною для створення нових лікарських засобів для лікування та профілактиці цукрового діабету.

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВИГОТОВЛЕННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКІВ ДЛЯ ДІТЕЙ

Качерай Ю.В., Заліська О.М.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

jmajnych@ukr.net

Вступ. Ліки, виготовлені в аптеці, забезпечують індивідуальне дозування відповідно до маси тіла, що особливо важливо для дітей. В Україні існує соціально-важлива проблема зменшення аптек з екстемпоральним виготовленням, а також наявності субстанцій, що зменшує кількість виготовлених ліків за індивідуальними прописами.

Метою дослідження було провести аналіз асортименту дитячих лікарських засобів, які виготовляються в аптеках та склад їх прописів, а також проаналізувати номенклатуру та цінові параметри субстанцій на ринку України.

Методи дослідження. Нами проведено аналіз номенклатури екстемпоральної рецептури дитячих ліків у виробничих аптеках Львова та інформаційний аналіз офіційних сайтів оптових фірм, які займаються постачанням субстанцій аптек.

Основний матеріал. Аналіз показав, що загальний асортимент екстемпоральних ліків для дітей у досліджуваних аптеках становить 69 найменувань. Встановлено, що багато прописів неможливо виготовити через відсутність субстанцій. Наприклад, вискоєфективну мазь від діатезу не готують, бо немає нафталану та димедролу; заспокійливу мікстуру при епілепсії – немає цитралю та ін. Виявлено, що загалом на ринку наявні 53 субстанції. Ми ранжували субстанції залежно від ціни за кг на високо-, середньо- та низьковартісні. Встановлено, що до високовартісних належать чотири субстанції (коларгол, протаргол, дерматол, папаверин гідрохлорид); до середньовартісних - 10 субстанцій (ксероформ, кальцію гліцерофосфат, тіаміну хлорид, вісмуту нітрат основний, левоміцетин, піридоксину гідрохлорид, метилурацил та ін.) та до низьковартісних - решта 39 субстанцій.

Висновки. Проведений аналіз цінових параметрів субстанцій, з яких виготовляють ліки у аптеках. Виявлено відсутність багатьох субстанцій на ринку України, що не дозволяє забезпечити індивідуалізовану фармакотерапію дітей.

ДОКАЗОВО-ОБГРУНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

Ривак Т.Б., Зіменковський А.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила

Галицького,

м. Львів, Україна

tanita05@yandex.ru

Вступ. Згідно даних міжнародної програми GINA (Global Initiative for Asthma, Глобальна стратегія лікування та профілактики бронхіальної астми (БА), 2011 р.) БА у дітей є серйозною проблемою. За даними ВООЗ показники захворюваності на БА коливаються у різних країнах від 1 до 18%. Рівень смертності від БА в Україні становить 0,7 на 100 тисяч населення віком 5-34 років. БА у дітей потребує ретельного контролю і особливого підходу до фармакотерапії (ФТ), заснованого на даних доказової медицини (ДМ).

Мета. Проаналізувати доказово-обґрунтований підхід до вибору лікарських засобів (ЛЗ) при БА у дітей та на його основі сформувані елементи доказової фармацевтичної опіки (ФО).

Методики дослідження: Дані ДМ (GINA, SIGN, Cochrane, Наказ МОЗ України № 868 «БА. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах») щодо клінічної ефективності ЛЗ при БА у дітей 3-х вікових категорій; шкала рівнів доказовості. Застосовано методи: бібліографічний, сучасного доказового пошуку, аналітичний, клініко-фармацевтичний.

Основний матеріал дослідження. Згідно даних ДМ для ФТ БА слід застосовувати «сходинковий» підхід. Сходинка 1. Помірна інтермітуюча БА.

Призначають інгаляційні β_2 -агоністи короткої дії для полегшуючої ФТ у всіх пацієнтів із БА (у дітей > 12 років – рівень А, 5-12 р. – рівень В; до 5 р. – D). Рекомендована частота їх дозування для дітей усіх вікових категорій – 4 рази на добу (рівень А). Застосування 2-ох і > β_2 -агоністів протягом місяця або > 10-12 доз на добу є маркером погано контрольованої, майже фатальної БА (рівень А). Сходинка 2. Регулярна превентивна (базисна, контролююча) ФТ. Інгаляційні кортикостероїди (ІКС) є найефективнішими ЛЗ для досягнення основної мети ФТ БА (рівень А). У рекомендованих дозах, вони безпечні та ефективні у дітей до 5-ти р. (А). ІКС призначають у разі: застосування інгаляційних β_2 -агоністів ≥ 3 разів на тиждень (В); напади БА тричі на тиждень і більше (В); 1 нічний напад на тиждень (рівень В у дітей > 12 р.; С – у дітей 5-12 р.); загострення БА протягом останніх 2-ох років із вживанням оральних КС (В). У дітей до 5-ти р., які не можуть застосовувати ІКС, альтернативою є антагоністи лейкотрієнових рецепторів (АЛР) (рівень А). Натрію кромоглікат ефективний у дітей 5-12 р. (рівень В). Недокроміл натрію – у дітей > 12 р. (А) та > 5 р. (В). Немає чітких доказів переваги кромоглікату натрію у дітей до 5 р. Теофілін виявляє певну ефективність (А). Антигістамінні ЛЗ і кетотифен – неефективні (А). Сходинка 3. Початкова додаткова ФТ. ЛЗ вибору, в якості додаткового до ІКС, у дітей > 12 р. (А) і дітей 5-12 р. (В) – інгаляційні β_2 -агоністи тривалої дії, що призначаються перш, аніж доза беклометазону чи еквівалента сягне вище 400 мкг на добу. У дітей до 5-ти р. ЛЗ 1-го вибору, як додаткової ФТ до ІКС, є АЛР (В). Доказові комбінації ЛЗ (А): комбіновані інгалятори, що містять β_2 -агоніст тривалої дії та ІКС, мають перевагу над монозасобами, оскільки підвищується комплаєнс пацієнтів до ФТ; застосування фіксованої комбінації флютиказон+сальметерол дозволяє досягнути високого рівня контролю у більшості хворих із персистуючою БА середньої важкості; фіксована комбінація будесонід+формотерол, завдяки швидкому початку дії, може застосовуватись також «за потребою», дозволяє зменшити частоту важких загострень і покращує контроль БА. Комбінація ІКС + β_2 -агоніст тривалої дії також може застосовуватись для попередження бронхоспазму,

спричиненого фізичним навантаженням, забезпечуючи триваліший захист, ніж β_2 -агоністи короткої дії. Сходінка 4: Неналежний контроль БА помірними дозами ІКС та додаткової ФТ: додавання 4-го ЛЗ. Якщо доза 400 мкг на день ІКС + β_2 -агоніст тривалої дії недостатня, то її збільшують до 800 мкг/добу (діти 5-12 р.); додають – АЛР, теофілін чи пероральні β_2 -агоністи тривалої дії (рівень D у дітей 5-12 р. та > 12 р.; у дітей < 5 р. – не встановлено). Дітей до 5 р. при стійкому неналежному контролі БА слід негайно скеровувати до пульмонолога. У дітей старше 12 р. розглянути можливість підвищення ІКС до 2000 мкг/день та додавання 4-го ЛЗ, наприклад, АЛР / теофіліну / таблетованого β_2 -агоніста. Сходінка 5: Постійне або часте застосування пероральних КС. Мета ФТ – контроль БА із використанням мінімальних доз ЛЗ. У деяких пацієнтів (діти 5-12 р. і старше) із дуже важкою БА, у яких не досягається контроль на 4 сходінці при застосуванні ІКС у високих дозах, якщо вже були спроби призначення β_2 -агоністів тривалої дії, або якщо пацієнти на даний час отримують комбіновану ФТ (ІКС, пролонгованої дії β_2 -агоністи, АЛР чи теофіліни), слід призначати регулярне довгострокове приймання пероральних КС.

Висновки. Згідно сучасних високодоказових даних (рівень A) для досягнення максимального ефекту ФТ дітей із БА, слід застосовувати «сходінковий» підхід, заохочувати пацієнтів до ретельного самоконтролю, опрацьовувати для них письмовий індивідуалізований план дій (лікувальної тактики, включно із доказовою ФО), узгоджений усіма фахівцями, залученими до медикаментозного процесу. За результатами проаналізованого доказово-обґрунтованого підходу до вибору ЛЗ при БА у дітей нами сформовано 100 елементів доказової ФО (45, скеровані на лікаря, середній медперсонал і 55 – на пацієнтів та їх родичів), як фахової комунікації клінічного провізора, заснованої на достовірній інформації про ліки щодо рекомендацій з раціонального застосування ЛЗ із доведеною клінічною ефективністю та високими рівнями доказовості, що сприятиме досягненню максимальної ефективності лікування та уникненню небажаних побічних реакцій і ускладнень ФТ.