

крові в 1,5 рази, зменшені рівня креатиніну сечі та діурезу, падінні ШКФ у 4,5 рази. Структурні зміни тканин нирок були представлені тубулярною нефропатією з некрозами епітеліоцитів, наявністю міоглобінових циліндрів в просвітах каналців кори та мозкової речовини, венозною гіперемією, інтерстиціальним набряком та лімфоцитарно-макрофагальною інфільтрацією. Через 7 та 14 діб показники видільної функції нирок поліпшувались, не досягаючи рівня інтактних щурів. Превентивне введення КЕФТ сприяло послабленню розвитку ГПН в перші 3 доби та відновленню видільної функції через 7 діб після травмування. Концентрація креатинкінази підвищилася у 1,16 рази через 1 добу, в подальшому не відрізняючись від норми. Через 7 діб процент змінених клітин ниркових каналців зменшився, циліндри в просвітах не виявлялися. Структура тканини нирок нормалізувалась через 14 діб. Динаміка показників морфо-функціонального стану нирок свідчить про нефропротекторний ефект КЕФТ.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА В ПРОЦЕСІ МЕНЕДЖМЕНТУ РЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Ривак Т.Б., Сувала Н.С.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

На приналежність лікарських засобів (ЛЗ) до категорії рецептурних впливають декілька чинників, зокрема фармакологічні властивості, ризик неправильного використання пацієнтом, необхідність відшкодування його вартості та інші. Результати багатьох міжнародних досліджень доводять важливість діяльності фармацевта із виявлення та вирішення лікопов'язаних проблем (*drug-related problems, DRPs*), а також надання фармацевтичної опіки на етапі відпуску рецептурних ЛЗ, що сприяє підвищенню ефективності та безпеки фармакотерапії (ФТ). Втручання фармацевта, зокрема через надання письмових і/або усних рекомендацій під час відпуску ЛЗ, призначених за рецептом допомагають попередити та уникнути низку ускладнень ФТ.

Мета дослідження полягала у вивченні ролі фармацевта під час відпуску рецептурних ЛЗ та опрацюванні шляхів покращення цього процесу. Дослідженням охоплено 65 рецептів, які були виписані на паперовому бланку Ф1 (n=50) та електронні (n=15) на ЛЗ, які підлягають реімбурсації у 2023 році. Застосовано методи: системного та порівняльного аналізу, клініко-фармацевтичний, статистичний.

Загалом у 65 рецептах було виписано 98 ЛЗ, які належали до 15-ти ФТ груп: 1) антидепресанти – 26,5%; 2) протиепілептичні – 21,4%; 3) антипсихотичні – 14,3%; 4) анксиолітики – 8,2%; 5) антибактерійні – 5,1%; 6) снодійні та седативні – 3,1%; 7) анальгетики, опіоїди – 3,1%; 8) діуретичні – 3,1%; 9) антагоністи рецепторів ангіотензину II – 3,1%; 10) антитромботичні – 3,1%; 11) антигістамінні для системного застосування – 2,0%; 12) засоби для лікування обструктивних захворювань дихальних шляхів – 2,0%; 13) селективні блокатори β -адренорецепторів – 2,0%; 14) протипаркінсонічні – 2,0%; 15) засоби, що застосовуються при деменції – 1,0%.

Загальна кількість виявлених DRPs склала 178, із них 173 (97,2%) стосувалися паперових рецептів і 5 (2,8%) – електронних. Встановлено, що в паперових рецептах найчастіше виникають наступні проблеми: 1) технічні помилки, неналежне оформлення рецепту, зокрема відсутність реквізитів, печаток тощо – 56,8%; 2) неправильне заповнення частини рецепта «*Signa*» – 13,5%, тобто незрозумілою для пацієнта мовою (латиною) або не в повному обсязі прописаний спосіб приймання ЛЗ; 3) наявність взаємодій між виписаними у рецепті ЛЗ – 11,2%; 4) нерозбірливий почерк лікаря – 7,9%; 5) невідповідність кількості таблеток, виписаній у рецепті до стандартної кількості в упакуванні – 4,5%; 6) виписування ЛЗ за міжнародною непатентованою назвою, без попередження пацієнта про те, що в аптеці потрібно буде обрати з переліку запропонованих торгових назв, які наявні на фармацевтичному ринку, внаслідок чого у 3,3% випадків це спричинило обурення пацієнта, який наполягав на тому, щоб фармацевт відпустив саме той ЛЗ, найменування якого було зазначено в рецепті.

В електронних рецептах нами ідентифіковано технічні проблеми (2,8%): 1) перенавантаження системи *E-health* на початку місяця; 2) відсутність і перебої в роботі Інтернету; 3) періодичні оновлення програмного забезпечення; 4) невідповідність між виписаною кількістю доз і проханням пацієнта (до прикладу, виписано бісопролол 5 мг кількістю доз 60, однак пацієнт хоче придбати цей ЛЗ конкретного виробника в якому 50 таблеток). Для погашення електронного рецепта кількість доз повинна співпадати з виписаною.

За результатами дослідження нами сформовано топ-5 запитань до фармацевта, що найчастіше виникають у пацієнтів при відпуску ЛЗ за рецептом: 1) “Якщо вказано приймати по схемі, але вона не розписана, то звідки отримати цю інформацію?”; 2) “Яким чином приймати ліки, якщо зазначено «*per os*»?”; 3) “Чим відрізняється торгова назва від виписаної у рецепті?”; 4) “Чи можна отримати ЛЗ у кількості, відмінній від зазначеної в рецепті?”; 5) “Чи можна приймати виписані у рецепті ліки одночасно?”. Разом із

тим, середній час затрачений фармацевтом на відповіді та вирішення ідентифікованих DRPs становив 8 хвилин.

Таким чином, роль фармацевта в процесі менеджменту рецептурних ЛЗ, на нашу думку, полягає у необхідності налагодження ефективної системи фахової комунікації між фармацевтом, лікарем і пацієнтом, що дозволить швидко та ефективно вирішувати ідентифіковані DRPs, а також уникати суперечливих ситуацій зі споживачами аптеки при відпуску ЛЗ за рецептом. Вважаємо, що набуття фармацевтом додаткових навичок щодо використання у щоденній практиці сучасних медичних цифрових технологій та електронних ресурсів, зокрема інструментів для перевірки еквівалентності ЛЗ, моніторингу споживання ЛЗ і лікових взаємодій (*Rx-index, ATC/DDD-index, drug interaction checker тощо*) допоможе підвищити якість надання фармацевтичної опіки та покращити результати ФТ.

СПІВПРАЦЯ ЛІКАРЯ ДОМАШНЬОГО ХОСПІСУ З СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ ТА БРИГАДОЮ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Савка Ярослав

Домашній Хоспіс НООЗ "Мочари", м. Мочари, Польща

Державна вища школа ім. Яна Гродка, м. Санок, Польща

Зі збільшенням кількості паліативних пацієнтів за останнє десятиліття в Польщі зростає значення домашнього хоспісу. Створення хоспісної допомоги в дому стало відповіддю на епідеміологічні, демографічні та соціальні потреби пацієнтів, які потребують знеболюючого лікування, професійного догляду та реабілітації. Важливою проблемою в системі охорони здоров'я є зростання кількості викликів швидкої допомоги до паліативних пацієнтів. Проведено аналіз співпраці між лікарем Домашнього хоспісу з сімейними лікарями та бригадами Бещадської медичної допомоги. Вивчено документацію Домашнього хоспісу НООЗ "Мочари" за 2017 - 2023 роки. Були проведені інтерв'ю з лікарями та медсестрами Хоспісу, сімейними лікарями та рятувальниками бригад БМД. За 6 років в Домашньому хоспісу "Мочари" 13 медсестер, 7 лікарів 4 фізіотерапевти та 2 психологи обслуговували вдома 514 хворих. Візити лікаря відбувалися двічі на місяць, медсестри- двічі на тиждень, а в період «ковідної ізоляції» переважали телеконсультації з призначенням ліків на е-рецепті. Швидка допомога виїжджала до хворого 5 - 8 разів на місяць, 1/2 з цих викликів не були консультовані з лікарем Хоспісу чи сімейним лікарем, як родиною хворого, так і рятувальниками. Причинами виклику швидкої допомоги були: непритомність, задишка, сильний біль, погіршення самопочуття хворого.