

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
Кафедра фармації та фармакології**

На правах рукопису

**РОМАНЮК ІЛОНА МИКОЛАЇВНА
ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ
ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

Спеціальність: 226 «Фармація, промислова фармація»

Освітньо-професійна програма Фармація

Робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Науковий керівник:
ПОЛОВКО НАТАЛЯ ПЕТРІВНА,
доктор фармацевтичних наук, професор

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ
Протокол № 8
засідання кафедри фармації та фармакології
від 21. 05. 2024 р.
Завідувач кафедри
проф. Федоровська М.І.

ЛУЦЬК - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ.....	9
1.1. Аналіз показників захворюваності та поширеності артеріальної гіпертензії..	9
1.2. Сучасні підходи до фармакотерапії хворих на артеріальну гіпертензію.....	13
1.3. Класифікація засобів, що використовуються для профілактики та терапії артеріально гіпертензії.....	20
Висновки до розділу 1	22
РОЗДІЛ 2. ОЦІНКА АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЩО ПРЕДСТАВЛЕНІ НА РИНКУ УКРАЇНИ	23
2.1. Аналіз структури гіпотензивних засобів.....	23
2.2. Аналіз асортименту ЛЗ, що наявні на вітчизняному фармацевтичному ринку.....	28
Висновки до розділу 2.....	29
РОЗДІЛ 3. МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	31
3.1. Вивчення споживачів лікарських засобів.....	31
3.2. Дослідження споживчих переваг, які впливають на вибір лікарських засобів.....	36
Висновки до розділу 3.....	42
ВИСНОВКИ.....	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	46
ДОДАТКИ.....	52

АНОТАЦІЯ

На підставі аналізу літературних джерел проаналізовано особливості захворюваності та поширеності артеріальної гіпертензії.

Теоретично досліджено сучасні підходи до фармакотерапії хворих на артеріальну гіпертензію. Згідно з останніми рекомендаціями, як терапія першої лінії рекомендовано три класи препаратів: блокатори ренін-ангіотензинової системи, діуретики та антагоністи кальцію.

Застосування бета-блокаторів було обмежено лікуванням гіпертензії, пов'язаної із супутніми серцевими захворюваннями, такими як постінфаркт міокарда або ішемічна хвороба серця. Багато досліджень показали, що класи ліків можна успішно комбінувати, і в даний час настійно рекомендується використовувати комбінації однієї таблетки, що містить два або три антигіпертензивні препарати. Розглядаючи класифікацію засобів, що використовуються для профілактики та терапії артеріальної гіпертензії, ми визначили, що ринкова позиція таких лікарських засобів залежить від ряду факторів, включаючи структуру захворюваності, важливість лікарських засобів для здоров'я і життя людини, кількість пропонованих лікарських засобів та їх цінові характеристики, ефективність, якість і новизну лікарських засобів.

Для проведення маркетингових досліджень лікарських засобів для терапії артеріальної гіпертензії, що представлені на фармацевтичному ринку України ми використовували розроблену нами анкету «Лікарські засоби які застосовують для лікування артеріальної гіпертензії». Результати цього дослідження свідчать про те, що переваги та очікування пацієнтів щодо ведення та лікування гіпертонії різноманітні, а різні групи пацієнтів мають різні переваги щодо варіантів лікування. Зниженню артеріальної гіпертензії сприяє свідоме поведінка пацієнтів, які беруть на себе відповідальність за власне здоров'я і беззастережно виконують рекомендації лікаря. Крім того, важливою проблемою є те, що багато пацієнтів зазвичай не вірять, що високий кров'яний тиск є хронічним захворюванням, яке вимагає дотримання рекомендацій щодо лікування.

Щоб прийняти рішення про лікування артеріальної гіпертензії, пацієнти часто отримують інформацію про гіпертензію від своїх лікарів і віддають перевагу спільному прийняттю рішень, орієнтованих на пацієнта. Результати опитування продемонстрували, що пацієнти проінформовані фармацевтом під час купівлі лікарських засобів щодо способу і особливостей застосування, побічних ефектів ЛЗ для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. Більша частина респондентів, а це 62,5% не проінформована про програму «Доступні ліки» і не користується нею

Кваліфікаційна робота викладена на 57 сторінках і складається зі вступу, огляду літератури, 3-х розділів досліджень, висновків, списку літературних джерел та 1 додатку. Робота ілюстрована 4 таблицями і 121 рисунком. Список літератури містить 54 джерела.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, високий кров'яний тиск, бета-блокатори, серцеві захворювання.

ABSTRACT

Based on the analysis of literary sources, the peculiarities of the incidence and prevalence of arterial hypertension are shown and analyzed.

Modern approaches to pharmacotherapy of patients with arterial hypertension are theoretically investigated. According to the latest guidelines, three classes of drugs are recommended as first-line therapy: renin-angiotensin system blockers, diuretics, and calcium antagonists.

The use of beta-blockers has been limited to the treatment of hypertension associated with concomitant cardiac disease, such as post-myocardial infarction or coronary heart disease. Many studies have shown that drug classes can be successfully combined, and single-pill combinations containing two or three antihypertensive drugs are now strongly recommended. Considering the classification of drugs used for the prevention and therapy of arterial hypertension, we determined that the market position of such drugs depends on a number of factors, including the structure of morbidity, the importance of drugs for human health and life, the number

of offered drugs and their price characteristics , effectiveness, quality and novelty of medicines.

In order to conduct marketing research of drugs for the treatment of arterial hypertension, which are presented on the pharmaceutical market of Ukraine, we used the questionnaire "Drugs used for the treatment of arterial hypertension" developed by us.

The results of this study suggest that patient preferences and expectations regarding the management and treatment of hypertension are diverse, and that different patient groups have different preferences for treatment options. Reducing arterial hypertension is facilitated by the conscious behavior of patients who take responsibility for their own health and unconditionally follow the doctor's recommendations. In addition, a significant problem is that many patients do not usually believe that high blood pressure is a chronic condition that requires adherence to treatment guidelines.

To make decisions about hypertension treatment, patients often receive information about hypertension from their physicians and prefer shared patient-centered decision-making.

The qualification work is laid out on 57 pages and consists of an introduction, a literature review, 3 sections of research, conclusions, a list of literary sources and 1 appendix. The work is illustrated with 4 tables and 21 figures. The bibliography contains 54 sources.

Key words: arterial hypertension, high blood pressure, beta-blockers, heart diseases.

ВСТУП

Актуальність теми. Неконтрольований артеріальний тиск є ключовим фактором ризику серцево-судинних захворювань, включаючи інфаркт та інсульт, які є найбільшими причинами захворювань і смерті в усьому світі.

Найважливіші наукові досягнення за останні 5 років: М. Федорченко, тема дисертації на здобуття наукового ступеня доктора філософії: «Ефективність фармакологічного посткондиціонування у пацієнтів зі STEMI/NSTEMI», М. Вацеба, тема дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук: «Поєднання есенціальної артеріальної гіпертензії, ожиріння та подагри: клініко-патогенетичні механізми перебігу та лікування», Г. Курилів, тема дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук: «Модифікація факторів, що впливають на ендотеліальну дисфункцію у хворих на хронічну серцеву недостатність», Р. Деніна, тема дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук: «Клініко-патогенетичні особливості перебігу і лікування серцевої недостатності у хворих на повторні інфаркти міокарда», О. Лучко, тема дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук: «Субклінічні ознаки ураження судин у хворих на артеріальну гіпертензію з хронічним пієлонефритом: способи корекції коморбідної патології».

Артеріальна гіпертензія (АГ) – є важливою глобальною проблемою охорони здоров'я, яка зростає. Вона є основною причиною серцево-судинних захворювань і передчасної смерті в усьому світі через її вплив на кінцеві органи та зв'язок із хронічною хворобою нирок, цукровим діабетом і ожирінням. Незважаючи на сучасні стратегії лікування, багато пацієнтів не досягають адекватного контролю артеріального тиску (АТ). Рівень смертності від серцево-судинних захворювань, пов'язаних з АГ, зростає разом із зростанням глобальної поширеності хронічної хвороби нирок, цукрового діабету та ожиріння. Тому покращення контролю АТ має бути терміново пріоритетним. Стратегії включають більш ефективне використання існуючих антигіпертензивних засобів і лікування, розроблене для супутніх захворювань,

які пропонують додаткові переваги для зниження АГ і серцево-судинної системи.

Крім того, розробляються нові терапевтичні агенти, які спрямовані на альтернативні шляхи профілактики АГ та забезпечують більш широкий захист серцево-судинної системи, включаючи подвійні інгібітори ангіотензинового рецептора-неприлізину. Також вивчаються нефармакологічні стратегії, такі як імунотерапія. Нарешті, розвиток знань про геном людини та технологію молекулярної модифікації може започаткувати захоплюючу нову еру персоналізованої медицини з потенціалом революції в лікуванні гіпертонії.

Артеріальна гіпертензія (АГ) на сьогоднішній день є одним з найбільш поширених неінфекційних хвороб у нашій країні і у всьому світі, що пов'язане з високими рівнями інвалідності й смертності.

Це захворювання уражує осіб, що ведуть малорухливий і емоційно напружений спосіб життя. Відповідно до статистики, від підвищеного тиску страждає 30 % українців, проте насправді цих людей набагато більше – гіпертонію тепер діагностують навіть в вісімнадцятирічних. Наслідки АГ вбивають нас частіше за ін. захворювання, а найважче люди переносять дану недугу в період зміни пір року.

У зв'язку з цим ми визначили тему дослідження *«Дослідження вітчизняного ринку лікарських засобів для профілактики та лікування артеріальної гіпертензії»*.

Метою дослідження є аналіз асортименту лікарських засобів для терапії артеріально гіпертензії, що представлені на фармацевтичному ринку України.

Для досягнення даної мети були визначені **наступні завдання**:

1. Проаналізувати показники захворюваності та поширеності артеріальної гіпертензії.
2. Дослідити сучасні підходи до фармакотерапії хворих на артеріальну гіпертензію.
3. Надати класифікацію засобів, що використовуються для профілактики та терапії артеріальної гіпертензії.

4. Провести маркетингові дослідження лікарських засобів для терапії артеріальної гіпертензії, що представлені на фармацевтичному ринку України.

Об'єкт дослідження – сегмент антигіпертензивні засоби на фармацевтичному ринку України.

Предмет дослідження – аналіз асортименту гіпотензивних засобів; попит та пропозиції на фармацевтичному ринку.

Для проведення експерименту були використані **методи дослідження**: теоретичні методи: історичний; структурно-функціонального аналізу; структурно-функціонального синтезу; теоретичного аналізу педагогічних ідей; емпіричні методи дослідження; математичні методи; статистичні методи: розрахування мір центральної тенденції; розрахування мір варіації; розрахування коефіцієнтів кореляції.

Інформаційна база дослідження. Інформаційною базою дослідження були Державний реєстр лікарських засобів, інтернет ресурси, наукові дослідження, опубліковані в статтях та матеріали наукових конференцій.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості оптимального використання лікарських засобів для терапії артеріальної гіпертензії.

Апробація результатів дослідження і публікації. Результати досліджень кваліфікаційної роботи обговорювались на науково-практичній конференції (м.Харків) у вигляді постерної доповіді та засіданні круглого столу на тему «Фармацевтична розробка лікарських і косметичних форм для різного терапевтичного і профілактичного призначення» в рамках Дня науки (м. Луцьк) у формі усної доповіді (див. Додаток А).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних літературних джерел. Зміст роботи викладено на 48 сторінках машинописного тексту. Перелік використаних джерел містить 54 джерела. Робота ілюстрована 3 таблицями, 22 рисунками.

РОЗДІЛ 1. ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

1.1. Аналіз показників захворюваності та поширеності артеріальної гіпертензії

Гіпертонія або артеріальна гіпертензія (підвищення артеріального тиску) є одним з найважливіших хронічних захворювань, з якими стикаються люди протягом останніх 50 років. Це все ще основний фактор, що викликає ішемічну хворобу серця, інфаркт міокарда, серцеву недостатність, інсульт, аневризми артерій і ниркову недостатність. Простими словами артеріальний тиск показує, наскільки інтенсивно має працювати наше серце, щоб кров могла циркулювати в організмі. Кожна клітина людського організму потребує стабільного кровотоку, щоб могли передаватись кисень і необхідні поживні речовини.

Артеріальна гіпертензія (АГ) – це симптомокомплекс, в основі якого підвищення систолічного та діастолічного артеріального тиску, часто є синдромом серцево-судинних захворювань та хвороб нирок.

Гіпертонічна хвороба – самостійна нозологічна одиниця, хвороба, що характеризується стійким підвищенням систолічного та діастолічного артеріального тиску, етіологія до кінця ще не досліджена [1].

Статистика захворюваності в Україні вимагає перегляду підходів до діагностики, профілактики серцево-судинних захворювань. Пізнє виявлення унеможлиблює відновлення якості життя пацієнта.

Сучасні підходи до діагностики, лікування та ведення хворих з АГ сформувалися в результаті аналізу великої кількості проспективних досліджень та повністю змінили погляд на це захворювання. Було розроблено нову класифікацію АГ, визначено поняття «цільовий рівень АТ» при антигіпертензивній терапії та «стратифікація ступеня ризику розвитку серцево-судинних ускладнень» у хворих з АГ; були сформульовані принципи

немедикаментозної та лікарської терапії, зокрема у різних популяціях пацієнтів. Під терміном «артеріальна гіпертензія» розуміють синдром підвищення систолічного АТ (САТ) > 140 мм рт. ст. та/або діастолічного АТ (ДАТ) > 90 мм рт. ст., що виникає внаслідок незворотних змін в артеріолах або з невідомої причини (есенційна), або як вторинний стан. Термін «гіпертонічна хвороба» відповідає прийнятому в інших країнах терміну «есенційна гіпертензія» і може вживатися у медичній документації та літературі [1].

В основі патогенезу есенціальної гіпертензії лежить зміна стінки артеріол – м'язова гіпертрофія, артеріолосклероз, втрата скорочувальної функції як м'язового, так і ендотеліального шару оболонки судини.

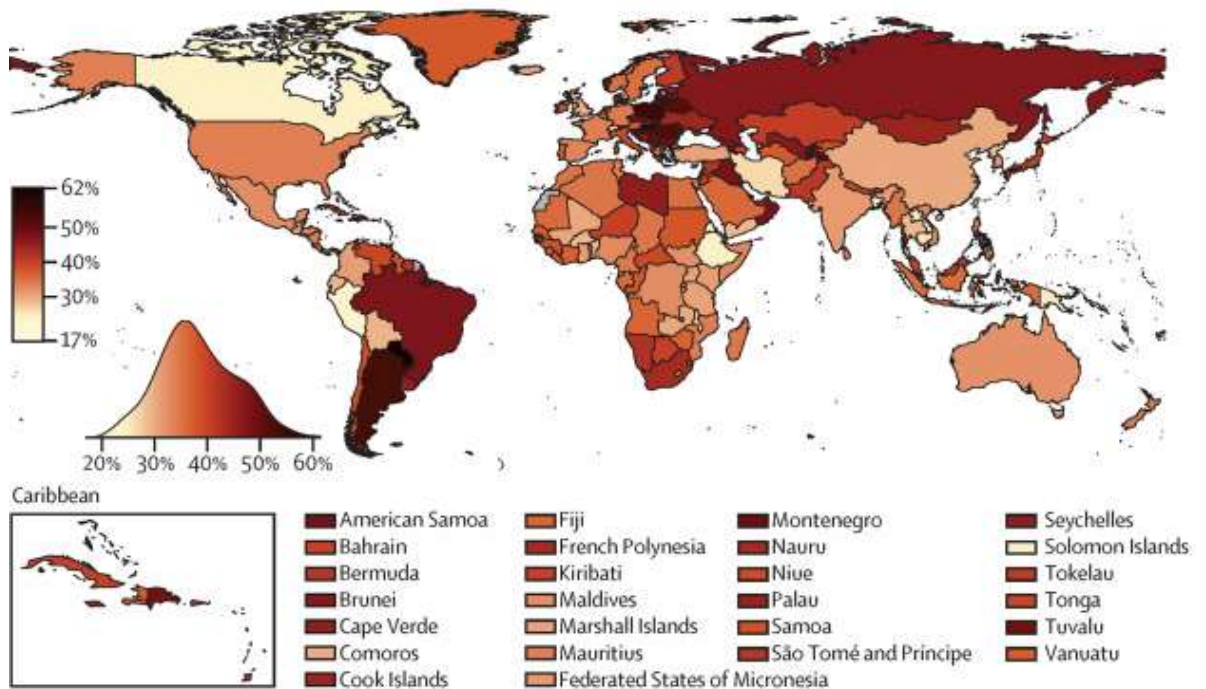


Рисунок 1.1. Статистика захворюваності АГ станом на 2019

Більше половини українців нині страждає від захворювань серця й судин, такі дані вказує Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. академіка Стражеска». Причому серед найпоширеніших захворювань: артеріальна гіпертонія, ішемічна хвороба серця й аритмія. Зокрема АГ – один зі станів, що в усьому світі належать до так званих хвороб століття. Нині майже

20-25 % дорослого населення має підвищений артеріальний тиск. Усе частіше нездужають найбільш працездатні люди, віком 30-60 років.

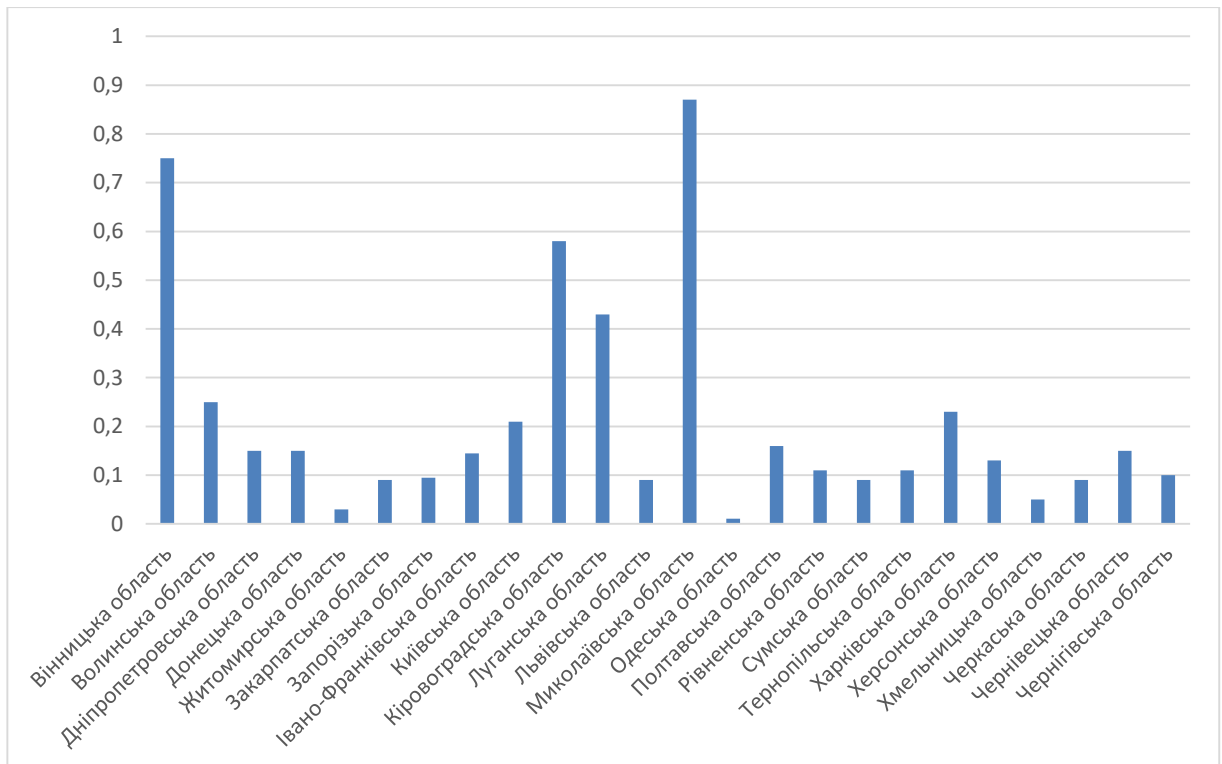
Відмічалось значне «омолодження гіпертонічної хвороби». В осіб молодого віку, як правило, вона починалася гостро, звичайно носила функціональний характер, мала прямий зв'язок із частими нервово-психічними перевантаженнями й не була стійкою.

Також існує чітка залежність частоти артеріальної гіпертензії у військовослужбовців від тривалості їх перебування на передовій, наприклад у осіб, що брали участь в бойових діях (на передовій) менше одного місяця, частота гіпертензії становила 10 %, понад 6 місяців – 29,2 %.

За офіційними даними Центру медичної статистики МОЗ, станом на 1 січня 2021 року в Україні зареєстровано 12 421 402 хворих на гіпертонічну хворобу, що становить приблизно третину дорослого населення. За даними вітчизняних епідеміологів, поширеність артеріальної гіпертензії в Україні становить 30 % у міських поселеннях і 36 % у сільській місцевості. Особи працездатного віку становили 43,9 % від загальної кількості зареєстрованих хворих (4 574 995) та 55,4 % вперше виявлених випадків. У 2021 році зросла кількість госпіталізованих дітей віком до 17 років із діагнозом «гіпертонічна хвороба» (без урахування ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних захворювань). Медична статистика МОЗ України у 2021 р. наведена у статистичному звіті Центру (рис. 1.2).

Середній показник госпіталізації для лікування АГ дітей віком до 17 років по регіонах України становив 0,15, найвищі показники у Кіровоградській (0,57) та Луганській (0,44) областях, Харківська (0,22) та Волинська (0,22) області мають вдвічі менші, але все одно значні показники; найменші частки дітей, госпіталізованих в Одесі (0,03) та Хмельницькому (0,04) [1].

Серед всіх виявлених пацієнтів із АГ за останні роки вдалося охопити диспансерним наглядом близько 80 відсотків. Однак варто зазначити, що увага організаторів охорони здоров'я до диспансеризації залишається недостатньою, особливо по відношенню до дітей до 17 років.



* Відносні показники розраховано з урахуванням відповідних даних по Донецькій та Луганській областях, без урахування тимчасово окупованої території АР Крим і м. Севастополя

Рисунок 1.2 Розподіл частоти госпіталізованих та пролікованих дітей з ГХ віком до 17 років за областями України (на 1000 дітей віком до 17 років)

Аналіз результатів досліджень показує, що випадки гіпертонічної хвороби I ступеня практично повністю ігноруються на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги.

У лікуванні явно недооцінюється важливість використання інших методів, крім медикаментів, для покращення контролю артеріального тиску. Крім того, стереотипи медичної допомоги гіпертонікам не відповідають сучасним уявленням: 8 % міських і 29% сільських гіпертоніків використовують препарати другого ряду для корегування підвищеного артеріального тиску [3]. Заходи контролю за АГ за статтю та місцем проживання в Україні представлені в таблиці 1.1.

Отже, АГ є реальною медико-соціальною проблемою. Ефективне лікування АГ серед населення України потребує активізації зусиль як фармацевтичних працівників, так і лікарів первинної ланки медичної допомоги.

Таблиця 1.1

Показники контролю АГ в Україні за статтю та місцем проживання, у %

№	Показники	Міське населення			Сільське населення		
		чоловіки	жінки	обидві статі	чоловіки	жінки	обидві статі
1	Поширеність АГ	30	29	30	38	35	36
2	Обізнаність про наявність АГ	60	68	63	56	87	68
3	Охоплення медикаментозним лікуванням	27	54	38	23	56	38
4	Ефективність лікування	10	25	14	3	15	8

Завдання фармацевтичних працівників – забезпечити ефективне медикаментозне лікування, а завдання лікаря – виявити хворих на гіпертонічну хворобу, мотивувати їх до тривалого, а не повторного лікування та коригувати супутні фактори.

1.2. Сучасні підходи до фармакотерапії хворих на артеріальну гіпертензію

АГ є найважливішим модифікованим чинником ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ), як-от інсульт, інфаркт міокарда (ІМ) і хронічна серцева недостатність (ХСН), а також захворювань нирок. З ускладненнями АГ щороку пов'язано близько 9,4 млн смертей, із яких 45 і 51 % спричинені хворобами серця та інсультом відповідно. Натомість швидке та ефективне лікування АГ може значно знизити захворюваність і смертність, пов'язану з ССЗ та інсультом, і є важливим засобом їх профілактики. Класифікація АГ за ВООЗ наведена в таб. 1.2.

Лікування гіпертонічної хвороби легкого та середнього ступеня тяжкості складається з трьох етапів. Перший етап – немедикаментозне лікування.

Близько 50% пацієнтів можуть контролювати артеріальний тиск без ліків, дотримуючись низки правил, серед яких:

- 1) відмова від жирної їжі та дотримання дієти з низьким вмістом солі;
- 2) відмова від куріння та вживання алкоголю;
- 3) підтримання нормальної ваги;
- 4) прийом фітопрепаратів.

Таблиця 1.2

Класифікація АГ за Всесвітньою організацією охорони здоров'я

Класифікація (АГ)	Систолічний тиск		Діастолічний тиск	
	мм рт. ст.	кПа	мм рт. ст.	кПа
Нормальний	Від 90 до 119	Від 12 до 15.9	Від 60 до 79	Від 8.0 до 10.5
Предгіпертензія	Від 120 до 139	Від 16.0 до 18.5	Від 80 до 89	Від 10.7 до 11.9
Гіпертензія I стадії	Від 140 до 159	Від 18.7 до 21.2	Від 90 до 99	Від 12.0 до 13.2
Гіпертензія II стадії	≥ 160	≥ 21.3	≥ 100	≥ 13.3
Ізольована систолічна артеріальна гіпертензія	≥ 140	≥ 18.7	< 90	< 12.0

Другий етап – медикаментозне лікування, яке починається, якщо артеріальний тиск стабільно не падає або стає серйозним після трьох-чотирьох місяців першого етапу.

Лікар призначає одну мінімальну дозу препаратів для зниження артеріального тиску, але важливо дотримуватися наступного і враховувати протипоказання і супутні захворювання пацієнта. Класи препаратів, які використовуються в медикаментозній терапії, включають діуретики, бета-блокатори, альфа-блокатори, блокатори кальцієвих каналів, а також інгібітори АПФ і блокатори рецепторів ангіотензину.

Якщо при збільшенні дози препаратів артеріальний тиск не знижується, застосовують третій етап лікування (комбінована терапія). У цьому випадку призначається ще один препарат або комбінація двох препаратів з різних груп. Досить ефективними комбінаціями є застосування антагоністів кальцію та антагоністів бета-адренорецепторів, тiazидних діуретиків та інгібіторів АПФ, тiazидних діуретиків та антагоністів кальцію.

Глобальні практичні рекомендації Міжнародного товариства гіпертонії 2020 р. і рекомендації Європейського товариства кардіологів 2018 р. містять поріг для фармакотерапії гіпертонії. Вони рекомендують негайну фармакотерапію для пацієнтів з артеріальною гіпертензією 1 ступеня (АТ \geq 140-159/90-99 мм рт. ст.) і клінічною картиною ASCVD, високим ризиком ASCVD, хронічною хворобою нирок, цукровим діабетом або опосередкованою гіпертензією пошкодження органів.

Артеріальна гіпертензія 2 ступеня (АТ 160-179/100-109 мм рт. ст.) і 3 ступеня (АТ \geq 180/110 мм рт. ст.) потребує фармакотерапії незалежно від супутніх захворювань або ризику ASCVD.

Існує загальна рекомендація щодо використання одного з 3-х класів ліків – тiazидних діуретиків, інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ)/блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА) або блокаторів кальцієвих каналів (БКК) – як початкової терапії для пацієнтів з гіпертонією. Кілька досліджень показали, що різні препарати для зниження АТ мають однакову ефективність у лікуванні гіпертонії та запобіганні її ускладненням, з мінімальними відмінностями між класами препаратів.

Наразі визнано ефективність «жорсткого» та «м'якого» підходів до лікування гіпертензії, з'явилося поняття «цільовий АТ». Мета лікування хворого будь-якого віку з АГ – досягнення цільового рівня артеріального тиску. Ізольована систолічна гіпертензія, що зустрічається практично у всіх осіб віком від 65 років, також підлягає лікуванню [14].

Всі існуючі на сьогодні моделі оцінки серцево-судинного ризику мають обмеження. Значення ураження органів-мішеней для розрахунку загального

ризиком залежить від того, наскільки ретельно оцінене це ураження із застосуванням доступних методів обстеження. Не можна не згадати також і про концептуальні обмеження. Слід пам'ятати, що розрахунок загального серцево-судинного ризику потрібен тільки для того, щоб найкращим чином використовувати обмежені ресурси для профілактики серцево-судинних захворювань, тобто, привести превентивні заходи у відповідність із підвищенням ризику. Однак стратифікація абсолютного ризику часто використовується в приватній або державній охороні здоров'я для того, щоб поставити «бар'єр», нижче якого лікування не рекомендується.

Відповідно до рекомендацій з діагностики, профілактики та лікування АГ [14] обов'язковими показниками для визначення діагнозу є клінічний аналіз крові та загальний аналіз сечі; оцінка вмісту в плазмі крові глюкози (натще), креатиніну (з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації), визначення мікроальбумінурії (МАУ) (обов'язково при цукровому діабеті), ліпідограма; електрокардіограма (ЕКГ).

На наступному етапі призначаються рентгенографія органів грудної клітки; УЗД нирок та надниркових залоз; УЗД брахіцефальних та ниркових артерій; кількісна оцінка протеїнурії, визначення вмісту сечової кислоти, калію, фібриногену, АсАТ, АлАТ; ЕхоКГ.

У разі потреби поглибленого обстеження призначаються МРТ або КТ головного мозку, сцинтиграфія нирок, ангіографія ниркових артерій.

У сучасній концепції оцінки тяжкості перебігу АГ велика роль відводиться безсимптомному ураженню органів-мішеней. Оцінюються зміни серця, мозку, судин, нирок. Маркерами безсимптомного ураження органів-мішеней є гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ), підвищення швидкості пульсової хвилі (ШПХ), бляшки в сонних артеріях та мікроальбумінурія [32]. Будь-який з цих маркерів є незалежним від показників шкали SCORE предиктором несприятливого результату. Чим більше органів залучено до патологічного процесу, тим вищий ризик і гірший прогноз.

Перш ніж переходити до причин вторинної гіпертензії, слід згадати про концепцію центрального артеріального тиску. Вимірювання центрального АТ викликає все більший інтерес у зв'язку з тим, що воно може мати значення для прогнозування несприятливих серцево-судинних результатів і по-іншому реагує на антигіпертензивні препарати, ніж артеріальний тиск, виміряний на верхній кінцівці [39]. Форма хвилі АТ складається з тиску хвилі, що приходить, що створюється скороченням шлуночків, і відбитої хвилі. Її слід аналізувати на центральному рівні, тобто у висхідній аорті, оскільки вона відображає справжнє навантаження, що припадає на серце, головний мозок, нирки та великі артерії. Через різне накладення хвиль тиску в артеріальному руслі систолічний і пульсовий тиск в аорті може відрізнитися від вимірюваного стандартним способом тиску в плечовій артерії. Однак, незважаючи на існування спеціальних приладів для вимірювання центрального АТ, у рекомендаціях Європейського товариства кардіологів наголошується, що рутинне використання цієї методики поки що не рекомендується, оскільки має більше теоретичне, ніж клінічне значення [17].

Найбільш поширеними причинами вторинної гіпертензії є хвороби судин та паренхіми нирок, синдром (хвороба) Іценко-Кушинга, феохромоцитома, первинний гіперальдостеронізм (синдром Конна), коарктація аорти. Найчастіше слід підозрювати вторинну гіпертензію, якщо захворювання почалося в молодому віці, якщо АТ на початку захворювання більше 180 мм рт. ст., і навіть при стійкості АГ до терапії. Необхідно звертати увагу на декомпенсацію стану у людей похилого віку, коли гіпертензія перестає відповідати на підбрану терапію – нерідко причиною може стати атеросклероз ниркової артерії, коли звуження судин стає критичним.

Ендокринні гіпертензії обумовлені порушенням секреції кортизолу, катехоламінів, альдостерону та пов'язані з ураженням надниркових залоз або гіпофіза. Діагноз встановлюють за допомогою додаткових методів дослідження: визначення вмісту в плазмі катехоламінів та їх метаболітів; визначення метаболітів катехоламінів у сечі; вимірювання вмісту

сироваткового натрію, калію, активності реніну плазми, концентрації альдостерону плазми, вміст альдостерону, натрію в сечі; активність реніну плазми після триденної дієти з вмістом натрію; визначення вільного кортизолу в сечі. Діагностика вторинної гіпертензії в деяких випадках потребує госпіталізації пацієнтів, наприклад, для реновазографії або виявлення ендокринної причини гіпертензії. Чимало з цих досліджень вимагають відміни гіпотензивних препаратів, отже, мають проводитися за умов постійного лікарського спостереження. Лікаря загальної практики потрібно вчасно запідозрити вторинний характер гіпертонії та направити хворого на відповідну консультацію фахівця [11; 14-16].

У пацієнтів із високим ризиком серцево-судинних захворювань дослідження неодноразово демонстрували, що початкова комбінована терапія двома класами антигіпертензивних препаратів сприяє більш ранньому досягненню цільового артеріального тиску та забезпечує більш своєчасний захист від серцево-судинних захворювань [19].

Зниження систолічного артеріального тиску (САТ) до менше ніж 140 мм рт.ст. і діастолічного артеріального тиску (ДАТ) до менше ніж 90 мм рт.ст. асоціюється з меншою частотою серцево-судинних ускладнень. Однак дві третини пацієнтів з гіпертонією не можуть досягти рівня <140/90 мм рт.

Тому, якщо АТ перевищує цільове значення на 20/10 мм рт. ст., рекомендується розглянути можливість використання двох препаратів для початкового лікування (або окремих препаратів, або у фіксованій комбінації [14].

У рекомендаціях Європейського товариства кардіологів (ESC, 2018) та Європейського товариства гіпертензії (ESH, 2018) щодо ведення пацієнтів з АГ зазначено, що «лише обмежена кількість пацієнтів може досягти цільового рівня тиску крові за допомогою монотерапії» та «для досягнення цільового артеріального тиску, як правило, необхідно призначати декілька препаратів».

Рекомендації Американського коледжу кардіологів (ACC)/Американської кардіологічної асоціації (AHA, 2017) також рекомендують початкову

комбіновану терапію двома антигіпертензивними препаратами різних класів як препарати першої лінії для дорослих пацієнтів з АГ 2 стадії та середнім АТ вище ніж на 20/10 мм рт. ст. вище цільового значення.

У ретроспективному обсерваційному когортному дослідженні, яке порівнювало серцево-судинні результати пацієнтів із вперше діагностованою гіпертензією, які отримували оптимальну початкову комбіновану терапію двома препаратами (ББ+БКК, БРА/БРА+діуретики, БРА/БРА+БКК, БРА+діуретики), результати показали, що початкова комбінована терапія двома препаратами ВВ+ВККВВ+ВКК пацієнти та ті, хто отримував ВВ+ВСС, мали значно нижчий ризик серйозних побічних ефектів (МАСЕ), нелетального інсульту та нелетальної ХСН порівняно з пацієнтами, які отримували інше лікування групи.

Вищезазначені дослідження продемонстрували кращий серцево-судинний захист (зокрема, зниження ризику МАСЕ, інсульту та застійної серцевої недостатності) при застосуванні ББ+БКК порівняно з іншими варіантами початкової подвійної терапії у пацієнтів із вперше виявленою гіпертензією.

Спрощення антигіпертензивних схем за допомогою однієї комбінації препаратів значно покращує прихильність пацієнтів до призначеного лікування. Дійсно, широко використовувана антигіпертензивна комбінація бісопрололу та амлодипіну зарекомендувала себе як хороший варіант [21].

Фізіологічне та фармакологічне обґрунтування поєднання цих препаратів полягає в тому, що вони мають різні та взаємодоповнюючі механізми зниження артеріального тиску та можуть протидіяти побічним ефектам один одного. Наприклад, ОЦК мають тенденцію до збільшення ЧСС (рефлекторна тахікардія), а ББ – до зниження.

Так, амлодипін, вазоселективний ОЦК, знижує загальний периферичний опір, тоді як бісопролол, β 1-селективний блокатор, знижує ЧСС і, відповідно, серцевий викид. Комбінація бісопрололу та амлодипіну може посилити антигіпертензивний та антиангінальний ефекти завдяки взаємодоповнювальному механізму дії двох діючих речовин: вазоселективному

ефекту блокатора кальцієвих каналів амлодипіну (зниження периферичного опору) та кардіоселективного бета-блокатора бісопрололу.

1.3 Класифікація засобів, що використовуються для профілактики та терапії артеріально гіпертензії

Для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії згідно фармакотерапевтичних груп використовують групи препаратів.

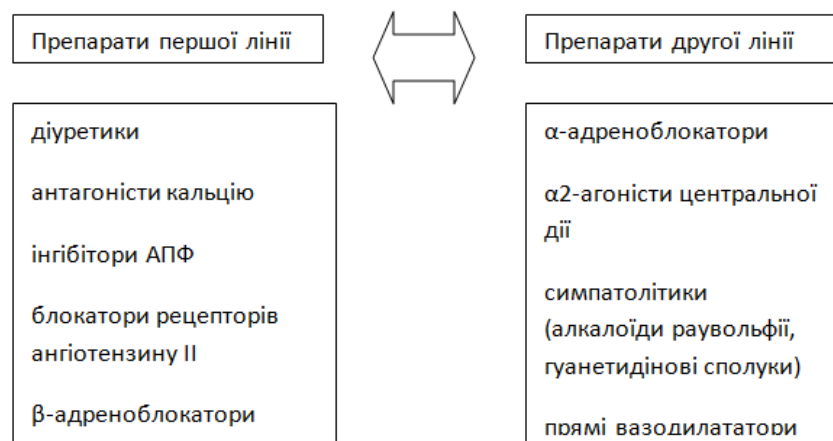


Рис. 1.3. Групи препаратів для лікування АГ

Докази ефективного зниження ризику серцево-судинних захворювань при застосуванні препаратів другої лінії значно менші порівняно з препаратами першої лінії.

Більшість пацієнтів з артеріальною гіпертензією потребують медикаментозної терапії разом із корекцією способу життя для досягнення оптимального контролю артеріального тиску [32]. Лікування гіпертонічної хвороби тривале (часто довічне).

Число людей, які є гіпертоніками, проте не усвідомлюють цього, є досить великим. Заходи, що охоплюють все населення, є необхідними для того, щоби зменшити наслідки підвищеного артеріального тиску й звести до мінімуму необхідність терапії антигіпертензивними препаратами. Зміни у способі життя радять для зниження кров'яного тиску, перше ніж почати медикаментозну терапію [47].

Дієва зміна способу життя може привести до зниження артеріального тиску настільки ж, як й вживання одного антигіпертензивного препарату. Поєднанням двох чи більше змін способу життя можна досягнути ще кращих результатів.

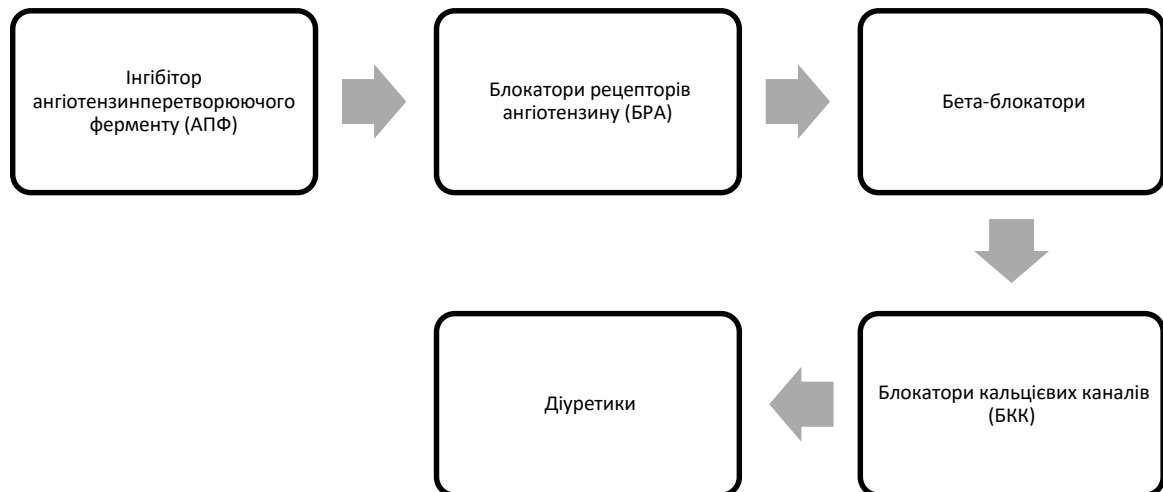


Рис. 1.4. Лікування артеріальної гіпертензії

Рекомендації щодо використання цих груп препаратів базуються на доведених ефектах зниження артеріального тиску, даних плацебо-контрольованих досліджень про те, що вони зменшують кількість серцево-судинних проявів хвороби і доказах того, що переваги їх використання переважує пов'язані ризики. Нижче наведено деякі з найважливіших факторів, які слід взяти до уваги. В принципі початкове лікування артеріальної гіпертензії включає застосування одного або двох препаратів вищезазначених класів (комбінована терапія).

Найчастіше призначають блокатори кальцієвих каналів, оскільки використання цієї групи препаратів базуються на: доведених ефектах зниження артеріального тиску; доказах того, що переваги їх використання переважує пов'язані ризики.

Інші класи препаратів, що використовуються для зниження артеріального тиску, менш вивчені, мають нижчий ступінь зниження артеріального тиску або

вищий ризик побічних ефектів (наприклад, альфа-блокатори, препарати центральної дії, антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів) [7]. Однак ці препарати також використовуються в особливих клінічних ситуаціях і при лікуванні резистентної гіпертензії.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. У результаті аналізу літературних джерел було визначено, що артеріальна гіпертензія – це симптомокомплекс, в основі якого підвищення систолічного та діастолічного артеріального тиску, часто є синдромом серцево-судинних захворювань та хвороб нирок.

2. Встановлено поширеність АГ, яка у світі становить 32-48 % серед дорослого населення, за даними зарубіжних досліджень. За даними міжнародних публікацій, загальна кількість осіб, які страждають на гіпертензію, у світі в 2020 р становила 984 млн чоловік (307 млн у розвинених і 677 млн у країнах, що розвиваються), або 26,9 % чоловіків і 26,4 % жінок. Прогнозується, що кількість хворих із цим захворюванням до 2025 р. становитиме 1,6 млрд.

3. Зростання розповсюдженості захворювання вимагає постійного моніторингу, популяризації здорового способу життя та дотримання усіх рекомендацій лікарів.

РОЗДІЛ 2.

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

2.1 Аналіз структури гіпотензивних засобів

За даними Державного реєстру лікарських засобів України станом на грудень 2023 зареєстровано 11776 ГЛЗ з них 3993 вітчизняного і 7783 закордонного виробництва. В той час лікарських засобів, які належать до групи С (препарати, що впливають на серцево-судинну систему) за анатомо-терапевтично-хімічною класифікацією (класифікація АТХ) зареєстровано понад 1220 ЛЗ різних виробників, з різним дозуванням та у різних лікарських формах, 386 торгових найменувань, які використовуються в терапії АГ.

Значна кількість лікарських засобів у аналізованій групі вказує на достатній рівень медикаментозного забезпечення пацієнтів.

Загальна кількість зареєстрованих лікарських засобів за результатами ретроспективного аналізу з 2015 по 2023 р. зросла на 21 %.

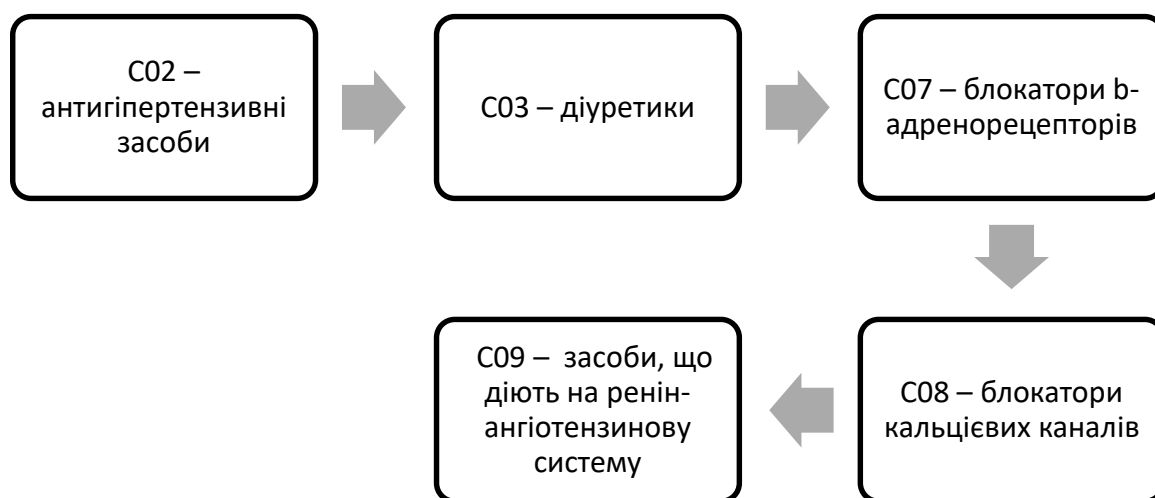


Рис 2.1. Препарати за АТС класифікацією

Результати препаратів за АТС класифікацією наведені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

*Розподіл препаратів для профілактики і терапії артеріальної гіпертензії
за АТС класифікацією*

Група за АТС класифікацією	Кількість зареєстрованих ЛЗ	Кількість найменувань ЛЗ
Групи С препарати, що впливають на серцево-судинну систему	1221	386
С02 – антигіпертензивні засоби	85	22
С02А – антиадренергічні засоби з центральним механізмом дії	32	8
С02В – антиадренергічні засоби, гангліоблокатори	2	1
С02С – антиадренергічні засоби, з периферійним механізмом дії	25	6
С02СА – блокатори альфа Адренорецепторів	25	6
В т.ч. С02СА04 доксазозин	20	
В. т.ч. С02СА06 урапідилу	5	
С02L – комбінація гіпотензивних і діуретиків	1	1
С03 – сечогінні препарати	117	58
С03А – сечогінні препарати з помірно вираженою активністю, група ті азидів	6	3
С03В – тiazидні діуретики з помірно вираженою активністю	23	20
С03С – високоактивні діуретики	43	18
С03Д – антагоністи альдостерону та інші калійзберігаючі Засоби	43	16
С03Е – комбінації діуретиків, включаючи калійзберігаючі засоби	2	1
С07 – блокатори б-адренорецепторів;	133	48
С07А – блокатори бета-адренорецепторів	116	39
С07В – блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з тiazидними діуретинами	3	2
С07С – блокатори бета-адренорецепторів в комбінації з іншими діуретинами	4	3
С07F – блокатори бета-адренорецепторів, інші комбінації	10	4
С08 – блокатори кальцієвих каналів	109	40
С08С – селективні антагоністи кальцію з переважною дією на судини	92	33
С08D – селективні антагоністи кальцію з переважною дією на серце	12	5
С08G – антагоністи кальцію в комбінації з діуретиками	6	2
С09 – засоби, що діють на ренін-ангіотензинову систему	792	218

C09A – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ)	155	27
C09B – комбіновані препарати інгібіторів АПФ	197	59
C09C – прості препарати блокаторів рецепторів ангіотензину II	165	53
C09D – комбіновані препарати блокаторів рецепторів ангіотензину II	275	79

Аналіз асортименту комбінованих антигіпертензивних препаратів показав наявність 498 найменувань. Структура асортименту комбінованих препаратів за поєднанням АФІ наведена на рис. 2.2.

Вітчизняний ринок монопрепаратів гіпотензивної дії сформований 38 міжнародними непатентованими назвами (МНН) ТН і, з урахуванням різноманітності виробників, дозувань і форм випуску представлений 667 найменуваннями.

Найпоширенішими монопрепаратами є інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) (23,43 %), за ними блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) (24,86 %) і β -блокатори (17,49 %). Діуретики та блокатори кальцієвих каналів (БКК) складають значну частину асортименту (17,56 та 16,66 % відповідно).

Аналіз дав змогу встановити домінування комбінацій блокаторів рецепторів ангіотензину II у поєднанні з діуретиками (майже 55,22% асортименту) та інгібіторів АПФ із діуретиками (від 39,55% асортименту).

Найменш численними були: група C02 L – комбіновані препарати, які містять алкалоїди раувольфії і діуретики – 1 найменування.

За аналізований період вітчизняний ринок поповнився новими комбінаціями антигіпертензивних препаратів, що сприяє розширенню комбінованих антигіпертензивних засобів. Спостерігається тенденція до збільшення частки лікарських засобів, що містять поєднання трьох АФІ з антигіпертензивною дією.

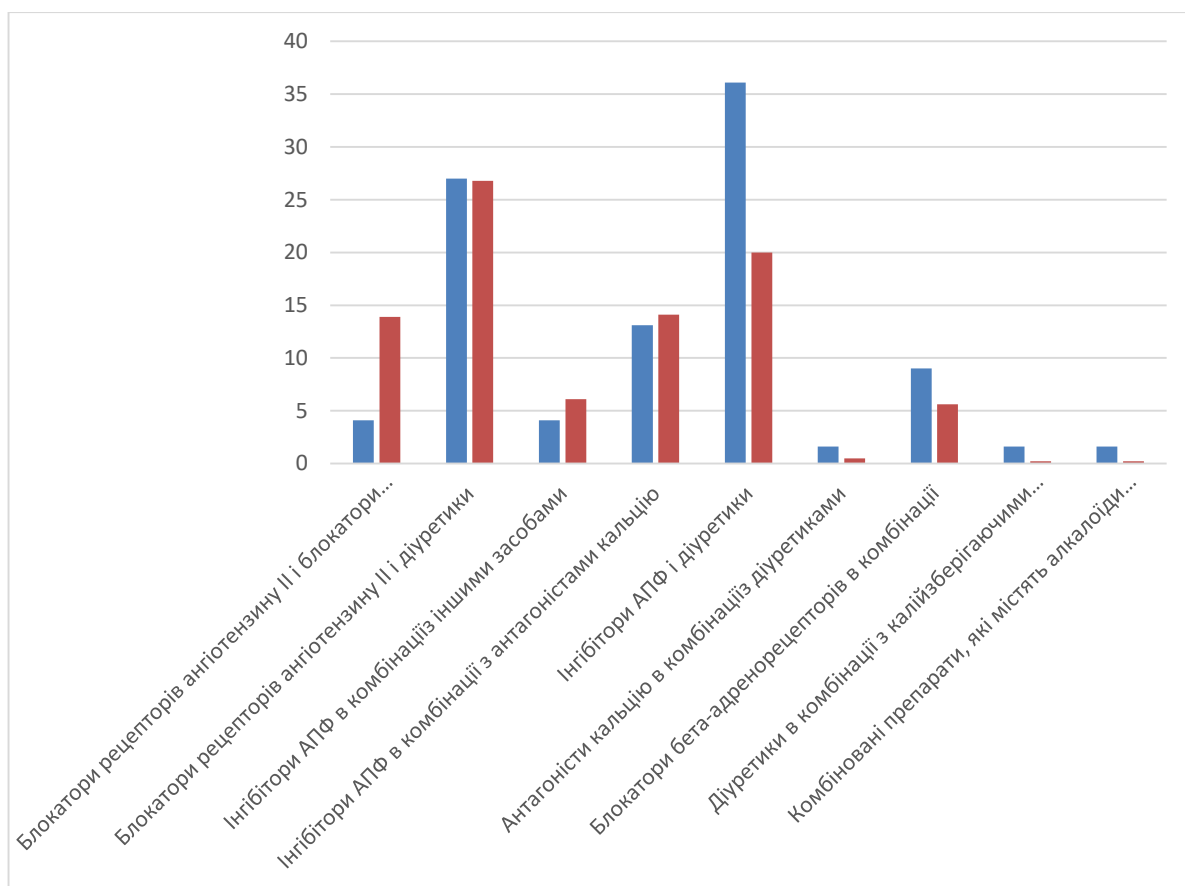


Рис. 2.2. Структура асортименту комбінованих антигіпертензивних лікарських препаратів за АТХ-групами, де 2015 блакитний, 2023 – червоний колір

Враховуючи курс державної політики щодо імпортозаміщення в лікуванні соціально значущих захворювань, важливим етапом дослідження став аналіз лікарських засобів у розрізі країни-виробника.

Результати аналізу продемонстрували переважання на українському фармацевтичному ринку лікарських засобів іноземного виробництва.

Вітчизняні препарати дослідної групи складають 32,67% ринку, а іноземні – 67,33 %.

Розподіл імпортованих препаратів за країнами виробниками наведено на рис. 2.4.



Рис. 2.3. Відсотки пререпаратів іноземного виробництва та вітчизняного виробництва

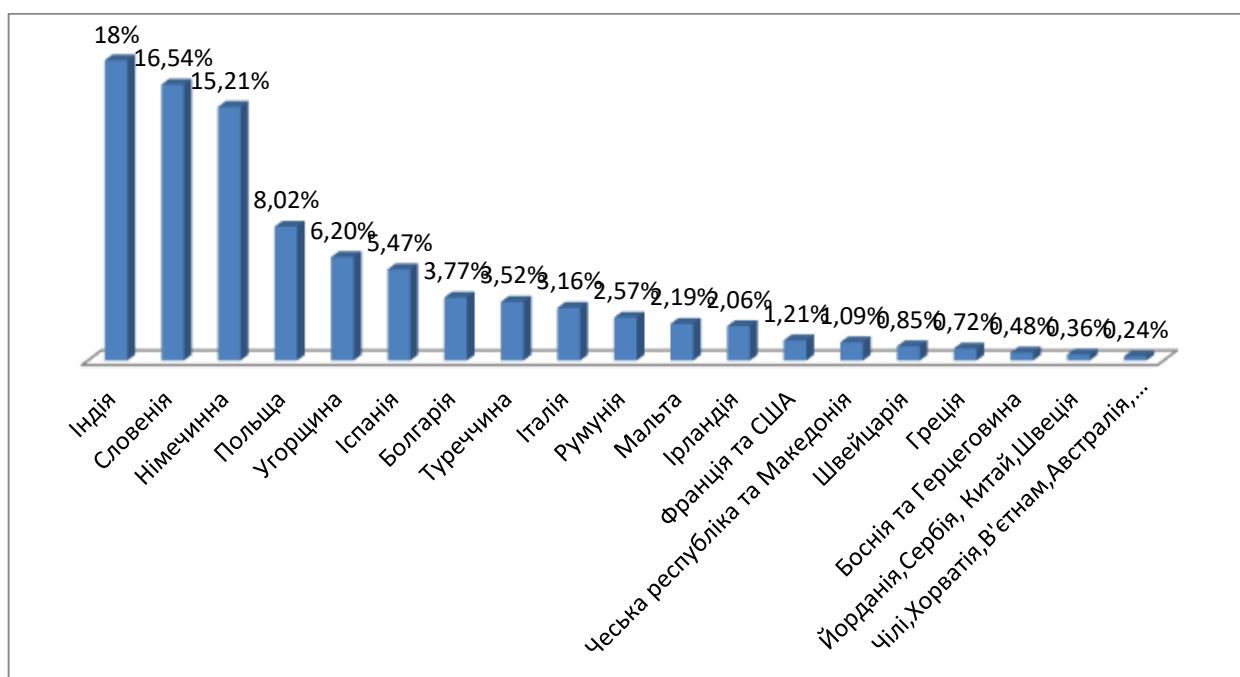


Рис. 2.4. Розподіл імпортованих препаратів за країнами виробниками

Отже, лідером серед препаратів іноземного виробництва є Індія (18,00 %), Словенія (16,54 %), Німеччина (15,21 %), Польща (8,02 %), Угорщина (6,20 %) і Іспанія (5,47 %). Болгарія (3,77 %), Туреччина (3,52 %), Кіпр (3,28 %), Італія (3,16 %), Румунія (2,57 %), Мальта (2,19 %), Ірландія (2,06 %), Франція та США (1,21 %), Чеська Республіка та Македонія (1,09 %), Швейцарія (0,85 %), Греція

(0,72 %), Боснія та Герцеговина (0,48 %), Йорданія, Сербія, Китай, Швеція – (0,36 %), Чилі, Хорватія, В'єтнам, Австралія, Австрія, Велика Британія – (0,24 %).

2.2 Аналіз антигіпертензивних препаратів, що підлягають реімбурсації

Зростання вартості медичних послуг та подорожчання ліків є глобальною проблемою, особливо в країнах, де пацієнти змушені самотійно оплачувати всю або значну частину вартості ліків.

З 2017 році в Україні діє урядова програма «Доступні ліки». Програма «Доступні ліки» включає лише однокомпонентні лікарські засоби для лікування серцево-судинних захворювань, які не відпускаються без рецепта. Після 30 листопада 2022 року МОЗ України наказом від 27 жовтня 2022 року № 1931 запровадило Загальнодержавну програму державних гарантій медичного обслуговування населення та оновило перелік лікарських засобів, вартість яких підлягає відшкодуванню.

З усього асортименту гіпотензивних препаратів для монотерапії, представлених на ринку України, до програми «Доступні ліки» включено близько 30 % препаратів з урахуванням кількості таблеток у одній упаковці.

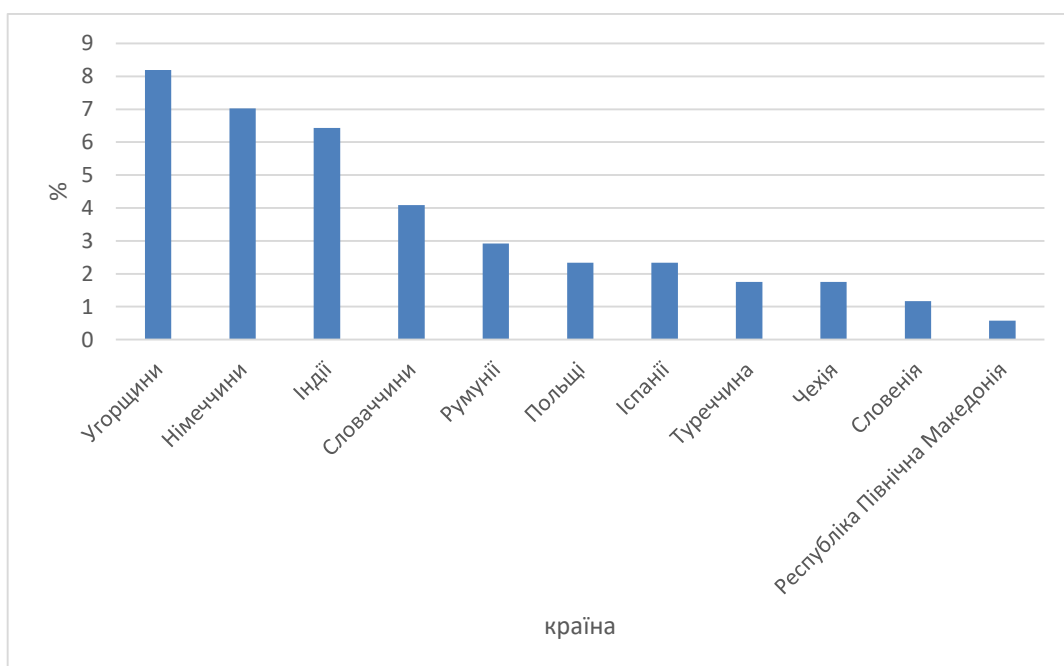


Рис. 2.5. Розподіл препаратів іноземного виробництва

Вітчизняні антигіпертензивні препарати, які включені до програми реімбурсації, становлять понад 60 % від загальної кількості препаратів. На препарати іноземного виробництва припадає близько 40 %, серед них лідерами є Угорщини, Німеччини, Індії і Словаччини, на які сумарно припадає близько 30% препаратів.

Серед АТС, які включені до програми «Доступні ліки», найбільшу частку займають бета-блокатори понад 36,4 % від препаратів програми відшкодування. Друге місце посідають БКК (23,5 %), третє – інгібітори АПФ (13,1 %), діуретики складають 15,3 % і АРБ –11,7 %.

За результатами аналізу попиту, встановлено що протягом останніх двох років він майже не змінився (таб. 2.2). Лідером продажів серед вітчизняних виробників є ФК «Здоров'я» та ФФ «Дарниця».

Таблиця 2.2

Гіпотензивні засоби, які користувалися найбільшим попитом протягом останніх років

Торгове найменування препарату, форма випуску, виробник	Кількість проданих упаковок	
	2022	2023
Еналаприл-Здоров'я, табл. 10 мг контурн. чарунк. уп. № 20, ФК «Здоров'я»	617	627
Клофелін-Дарниця, табл. 0,15 мг контурн. чарунк. уп. № 50, ФФ «Дарниця»	610	650
Раунатин-Здоров'я, табл. 2 мг в/о № 20, ФК «Здоров'я»	449	453
Клофелін-Здоров'я, табл. 0,15 мг № 30, ФК «Здоров'я»	411	398
Каптоприл-КМП, табл. 25 мг № 20, ВАТ «Київмедпрепарат»	410	470
Каптопрес-Д, табл. № 20, ФФ «Дарниця»	401	434

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1. У результаті аналізу фармацевтичного ринку, препаратів, які використовуються в терапії артеріальної гіпертензії, групи С (препарати, що впливають на серцево-судинну систему) встановлена наявність 1221 ЛЗ в 386 ТН, різних виробників з різним дозуванням та у різних лікарських формах.

2. Серед досліджуваної групи монопрепарати складають 59,2% асортименту (723 ЛЗ), в той час як на долю комбінованих антигіпертензивних препаратів приходить 498 ЛЗ (40,8%).

3. Встановлено, що найпоширенішими монопрепаратами є інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту (АПФ) (23,43 %), за ними блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) (24,86 %) і β -блокатори (17,49 %). Діуретики та блокатори кальцієвих каналів (БКК) складають значну частину асортименту (17,47 та 16,57 % відповідно).

4. Аналіз показав домінування комбінацій блокаторів рецепторів ангіотензину II у поєднанні з діуретиками (майже 55,22% асортименту) та інгібіторів АПФ із діуретиками (від 39,55% асортименту).

5. Встановлено, що вітчизняні препарати дослідної групи складають 32,67 ринку, а іноземні – 67,33 %, лідером серед яких є Індія, Словенія і Німеччина, на долю яких приходить близько 50% препаратів.

РОЗДІЛ 3.

ДОСЛІДЖЕННЯ СПОЖИВЧИХ ПЕРЕВАГ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ВИБІР ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯКІ ЗАСТОСОВУЮТЬ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

3.1. Вивчення структури споживачів лікарських засобів

Метою роботи було проведення маркетингового аналізу лікарських засобів які застосовують для лікування артеріальної гіпертензії у Волинській області. Для аналізу використовували розроблену нами анкету «Лікарські засоби які застосовують для лікування артеріальної гіпертензії».

В опитуванні взяли участь 50 респондентів. Опитування проводили за допомогою розробленої гул-форми, різної статі (рис. 3.1) та вікових груп (рис. 3.2).

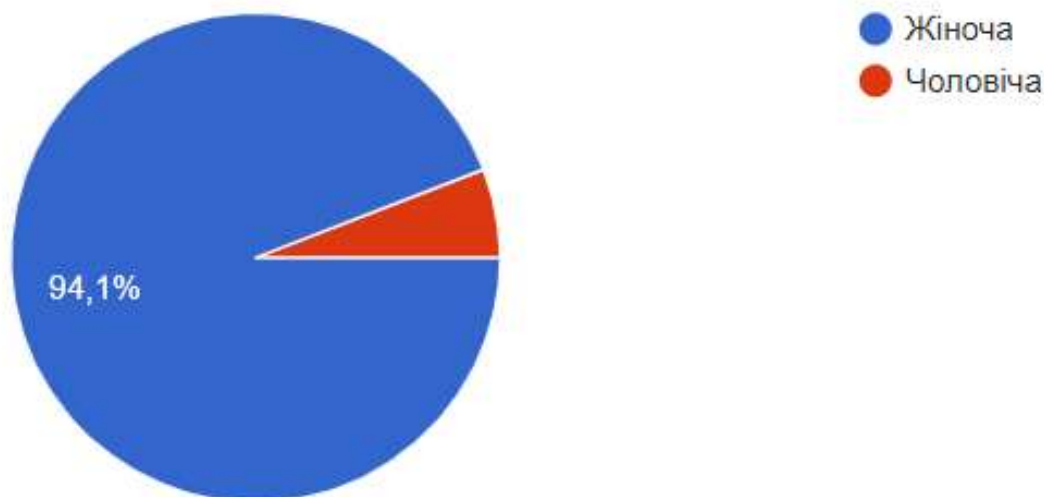


Рис.3.1. Стать респондентів

Вік респондентів становив переважна більшість 35,3 % (19–25, 51–60), 17,6 % старше 60 років, 11,8% 36–50 років.

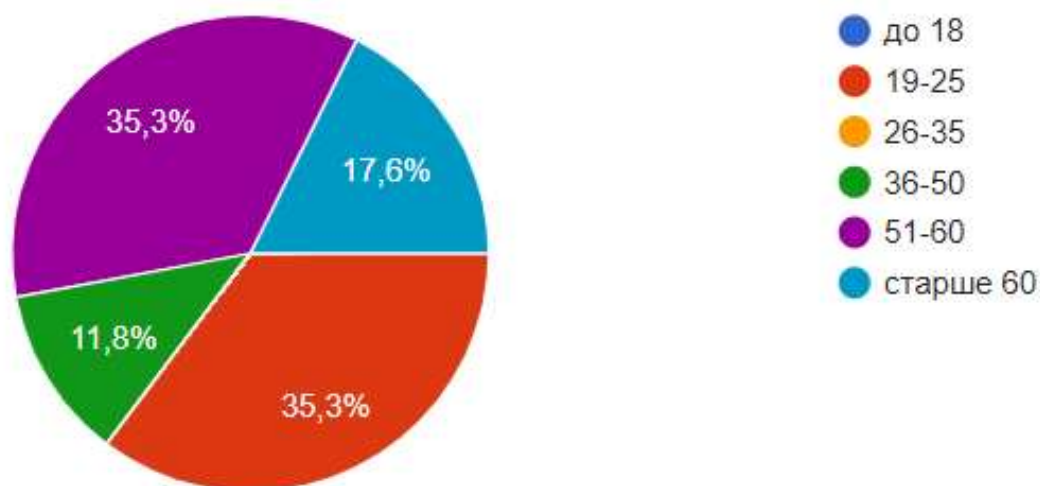


Рис.3.2. Вік респондентів

Проаналізувавши соціальний статус респондентів, ми отримали такий результат: студенти 23,5 %, робітники 23,5 %, пенсіонери 23,5 %, лікарі 5,9 %, підприємці 5,9 %, службовці 17,6 % (рис. 3.3).

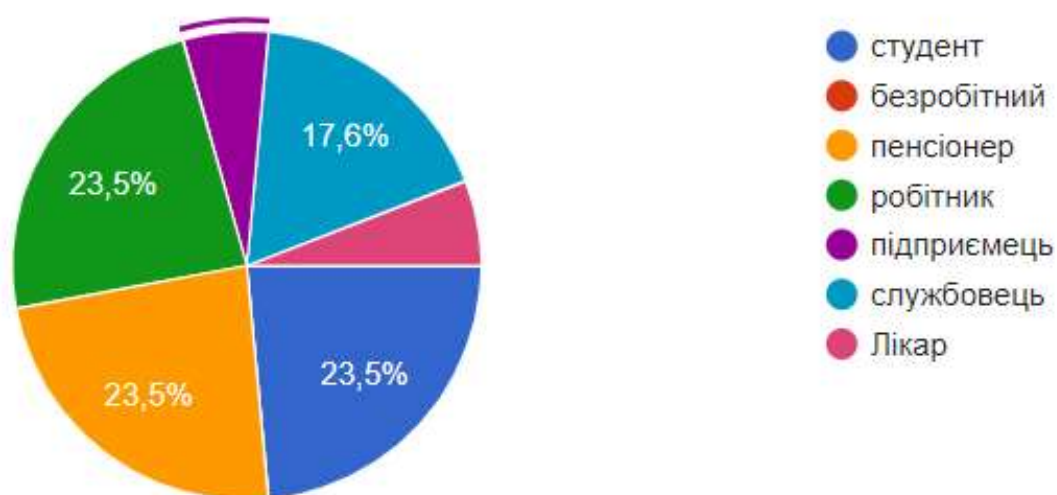


Рис. 3.3. Соціальний статус опитаних

3.2. Вивчення структури споживання лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії

На питання «Чи застосовували Ви лікарські засоби для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії?» 82,4 % відповіли так, 17,6 % – ні.

У відповідях на питання «Частіше за все Ви купуєте засоби даної групи, як...» респонденти надали наступні відповіді (рис. 3.4).

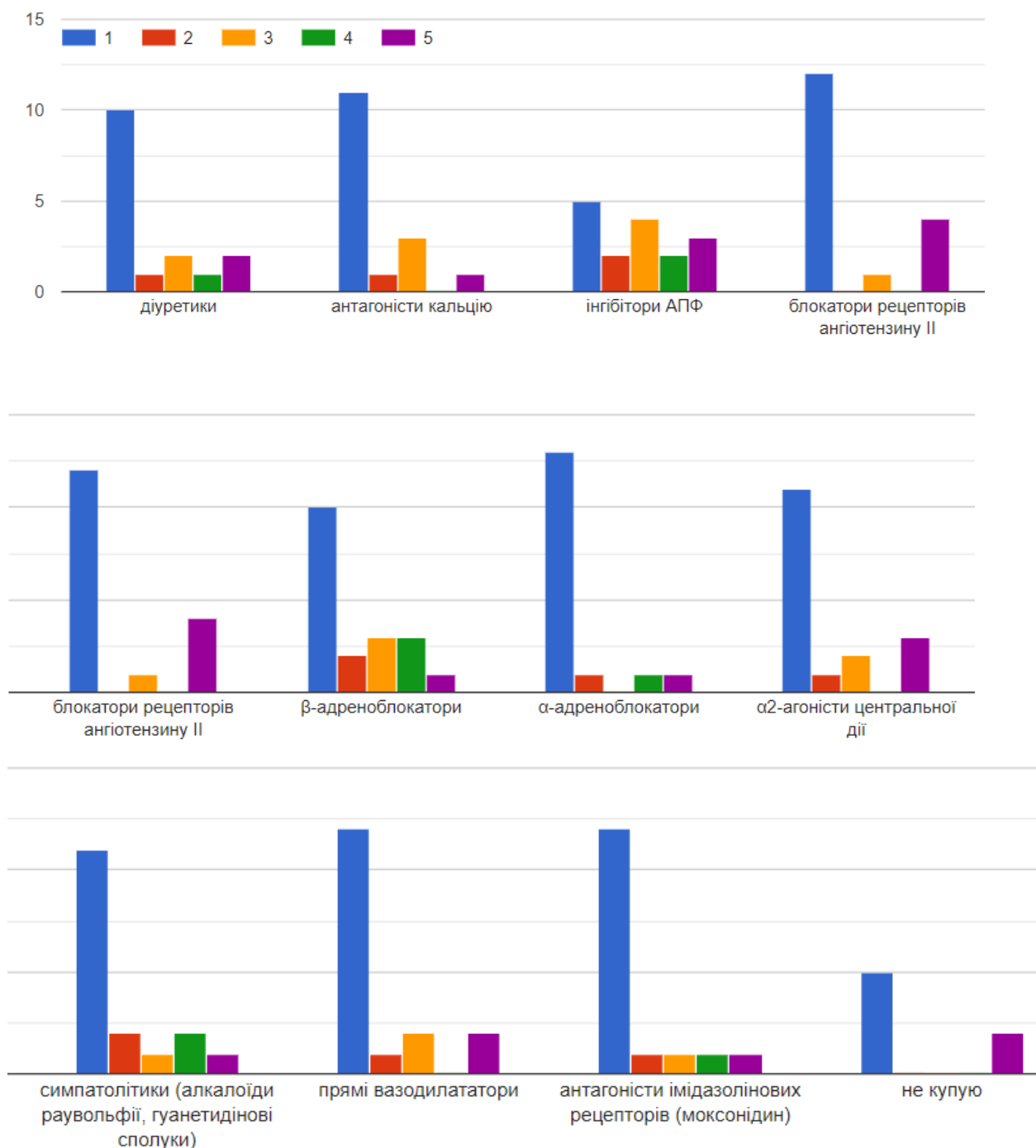


Рис. 3.4 Розподіл за групою препаратів

Як видно із рис. 3.4 частіше за все респонденти застосовують засоби групи α -адреноблокатори. Тривалість застосування засобів досліджуваної групи: при підвищенні артеріального тиску – 17,7%; 1–2 рази на місяць – 17,7

%, 2 місяці – 5,9 %, до 12 місяців – 11,8%, рік – 5,9%, 3 роки – 23,6 %, 10 років – 11,8 %.

На питання, чи консультувались респонденти з лікарем перед купівлею та застосуванням лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії? Так відповіло більшість 64,7 %, ні – 35,3 %.

Оцінка частоти надання фармацевтичної опіки під час купівлі лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії проводилася у границях від 1 – жодного разу не проводилась фармацевтична опіка, до 5 – завжди проводиться фармацевтична опіка. Результати опитування виявилися наступними: 1 – 11,8 %, 2 – 11,8 %, 3 – 35,3 %, 4 – 11,8 %, 5 – 29,4 %. Загалом результати свідчать, що опіка надається більшості учасникам опитування.

На питання «Вкажіть, яку інформацію надає фармацевтичний працівник про лікарський засіб досліджуваної групи під час фармацевтичної опіки?»: про особливості застосування засобу – відповіло 64,7 % респондентів, про побічні ефекти – 23,5 %, щодо протипоказань (вагітні, діти, люди, робота яких потребує швидкої реакції) – 23,5 %, не надають інформацію – 17,6 %

Під час використання ЛЗ перевагу надають: комбінованим – 29,4 %, синтетичного походження – 17,6 %, рослинного походження – 29,4 % (рис. 3.5).

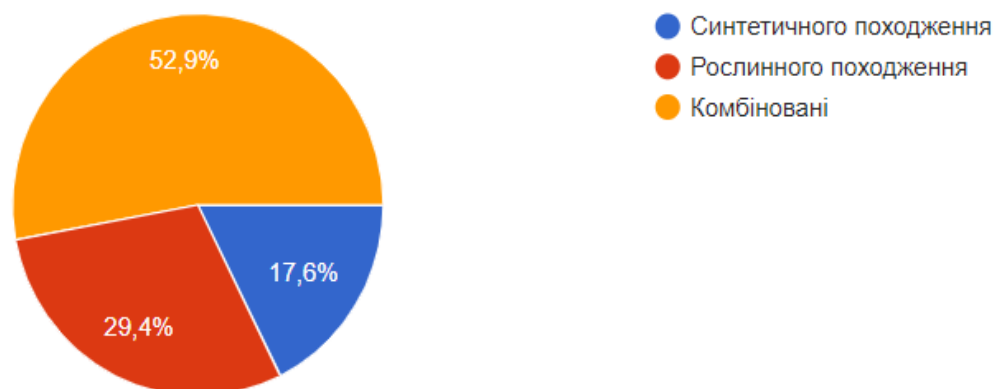


Рис. 3.5 Розподіл ЛЗ за походженням

Вкажіть, яким лікарським засобам для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії Ви надаєте перевагу за складом? Респонденти

визначили, що віддають перевагу 52,9 % – багатокomпонентним ЛЗ, 47,1 % – монокомпонентним (рис. 3.6).

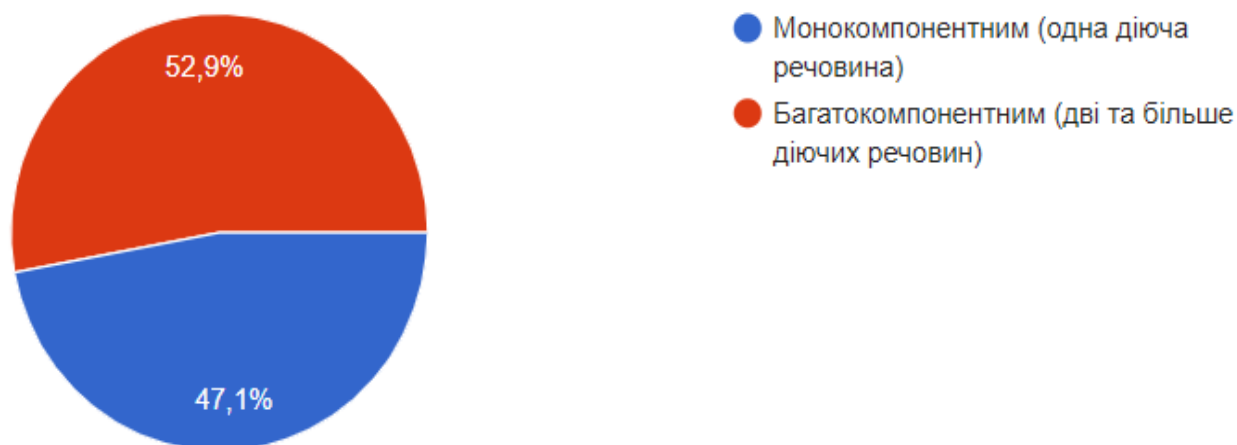


Рис. 3.6. Розподіл ЛЗ за складом

Лікарська форма засобів досліджуваної групи не впливає на вибір препарату, однак, більшість схиляються до таблеток – 88,2 %, настоянки – 11,8 %, збори – 11,8 %, капсули – 5,9 %.

Щодо виробника лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії перевагу надають імпортним препаратам – 58,8 %, а вітчизняні використовують – 41,2 % респондентів (рис. 3.7).

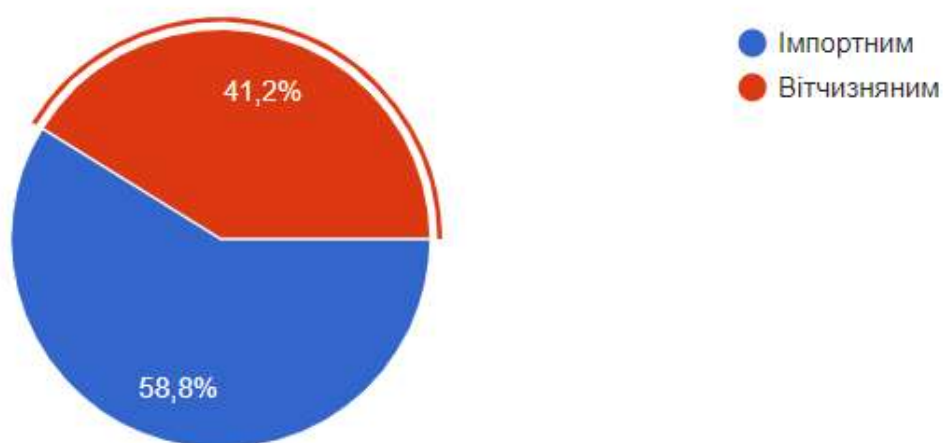


Рис. 3.7 Розподіл застосування ЛЗ за формою випуску

Отже, в контексті сучасного лікування пацієнтів з АГ та вибору лікарських засобів (ЛЗ) для їх терапії актуально використовувати клінічні настанови, які засновано на доказовій медицині, та в які внесено ЛЗ, які мають докази щодо ефективності, зменшення серцево-судинних ускладнень та серцево-судинної смертності.

Один із факторів, який може впливати на можливість лікаря у призначенні найефективнішого лікування для пацієнта згідно з клінічними настановами, є різниця між асортиментом ЛЗ, які пропонують клінічні настанови, та наявністю на вітчизняному ринку їх реєстрації, адже це є юридичною основою для їх медичного застосування на території України.

Другим соціально-економічним фактором, який також може впливати на можливість лікаря призначати ЛЗ, є факт включення ЛЗ до списків ЛЗ, які підлягають реімбурсації, що підвищує їх доступність для пацієнтів з АГ.

3.2. Дослідження споживчих переваг, які впливають на вибір лікарських засобів

Деякі питання анкети включали чинники, які впливають на рішення споживачів придбати лікарські засоби: ціна лікарського засобу, рекомендація фармацевта, рекомендації рідних і друзів, реклама, і вплив попереднього особистого досвіду.

На питання «Яку кількість коштів (грн) зазвичай Ви витрачаєте під час купівлі засобів досліджуваної групи?» отримали результати, які свідчать, що 23,5% респондентів витрачають до 50 грн., а 29,4% понад 400 грн. (рис.3.8).

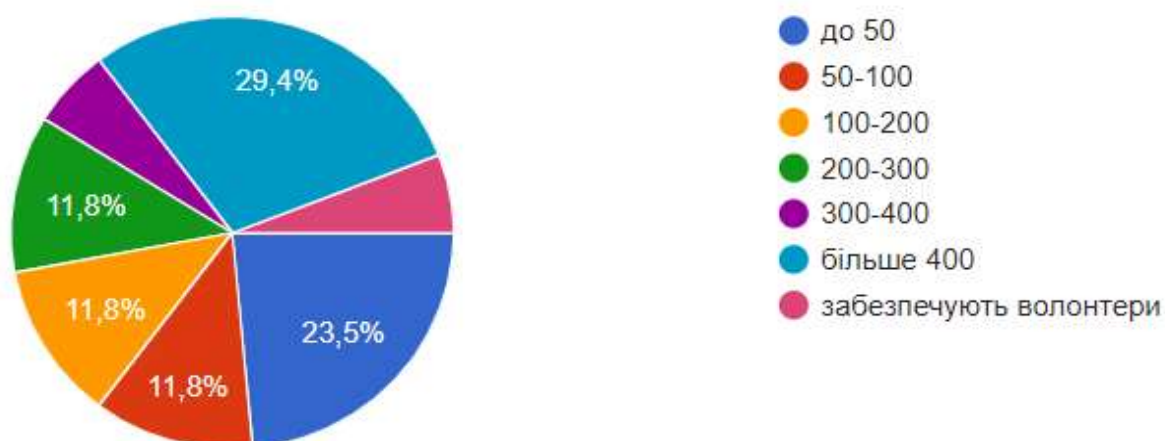


Рис. 3.8 Розподіл застосування ЛЗ за ціновою категорією

Серед чинників, які найбільше впливають на рішення про купівлю лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, респонденти найбільше зазначали рекомендацію лікаря – 82,4 % (рис.3.9).

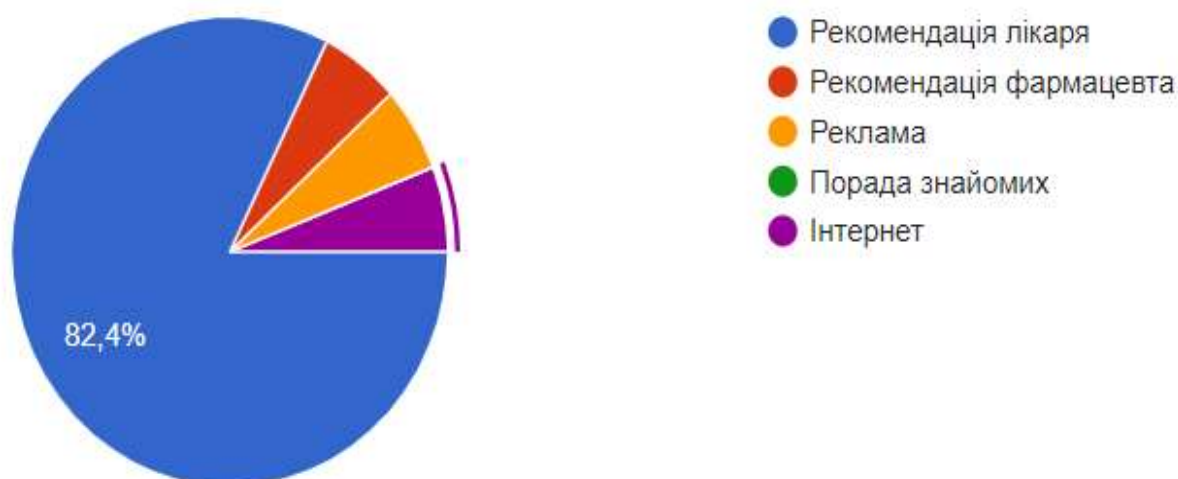


Рис. 3.9. Розподіл за чинниками, які впливають на рішення про купівлю ЛЗ

Розгорнута інформація про вплив чинників на вибір лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, наведено на рис. 3.10. Де 1 – не впливає на вибір, а 5 – більш за все впливає на вибір.

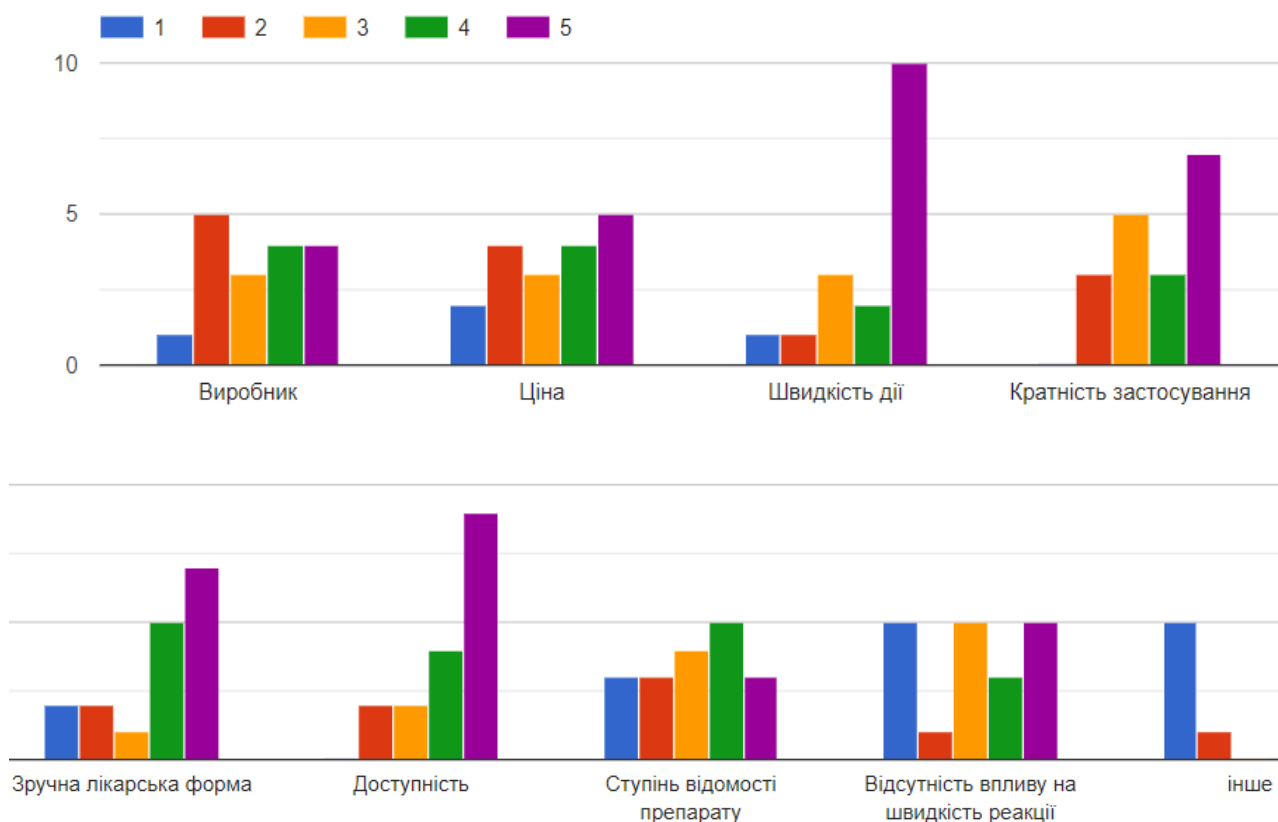


Рис. 3.10 Чинники, які впливають на рішення про купівлю ЛЗ

Як видно із рис. 3.10. спостерігається статистична значущість: вплив вартості лікарського засобу та вплив інформації на прийняття рішення щодо вибору лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. Деякі респонденти зазначали, що високі ціни ЛЗ, тривале очікування у лікарів, інформація про безрецептурні препарати зі ЗМІ суттєво вплинула на рішення пацієнтів про покупку.

Частіше респонденти купують засоби для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії: еналаприл – 80 %, бісопропол – 14 %, алмодипін – 3 %, лозартан – 3 % (рис. 3.11).

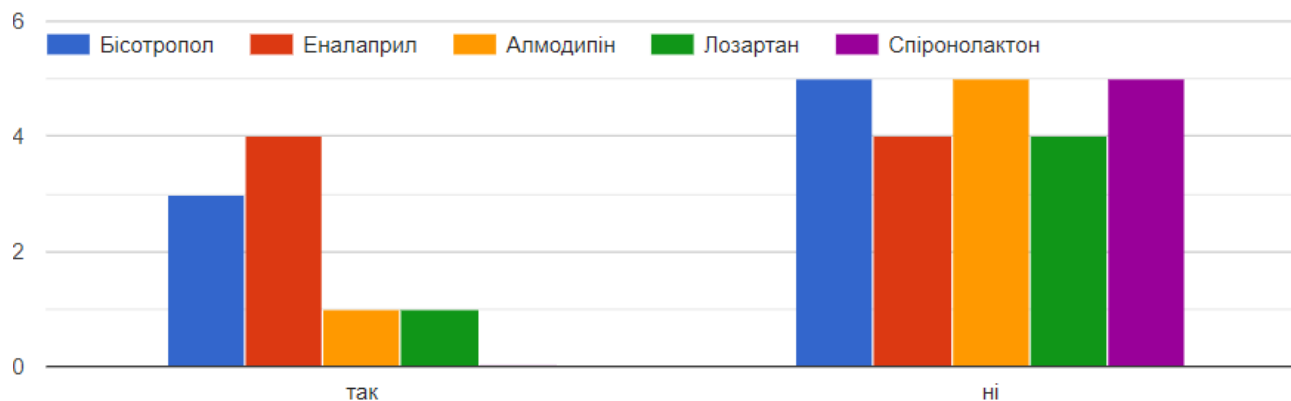


Рис. 3.11 Результати дослідження частоти придбання препаратів

У квітні 2017 року Уряд України розпочав програму реімбурсації «Доступні ліки». Починаючи зі старту програми (2017 рік) пацієнти з серцево-судинними захворюваннями, бронхіальною астмою чи діабетом II типу мають можливість отримати ліки безоплатно або з доплатою.

З 1 квітня 2019 року Національна служба здоров'я України адмініструє програму реімбурсації лікарських засобів «Доступні ліки». І напряду відшкодовує аптекам вартість відпущених пацієнтам ліків за рецептом. Програма «Доступні ліки» дозволяє зменшити фінансове навантаження на пацієнтів та збільшити доступність ліків.

Програма реімбурсації «Доступні ліки» постійно розширюється новими препаратами, і станом на березень місяць 2024 року по програмі відшкодовується (безоплатно або з доплатою) вартість препаратів, що застосовуються під час лікування пацієнтів:

- з серцево-судинними захворюваннями,
- хронічними хворобами нижніх дихальних шляхів,
- цукровим діабетом II типу, цукровим діабетом I типу, нецукровим діабетом,
- хворобою Паркінсона,
- розладами поведінки і психіки, епілепсією,

а також:

- для забезпечення пацієнтів лікарськими засобами у посттрансплантаційному періоді,
- для лікування болю та надання паліативної допомоги.

З 1 квітня 2019 року ліки за програмою реімбурсації «Доступні ліки» можна отримати за електронним рецептом, виписаним лікарем через електронну систему охорони здоров'я.

До програми «Доступні ліки» включено лікарські засоби, що містять у своєму складі діючу речовину (міжнародну непатентовану назву, активний фармацевтичний інгредієнт) визначені у розділі III «Реімбурсація» Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 22 грудня 2023 року № 1394.

29 лютого 2024 року року набрали чинності оновлені Реєстри лікарських засобів і медичних виробів, які підлягають реімбурсації за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, які затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 лютого 2024 року № 279.

Реєстри ліків та медичних виробів є у вільному доступі на сайті МОЗ та містять, зокрема, інформацію про тип відшкодування (безоплатно або з доплатою із зазначенням розміру доплати).

З Реєстрами ліків та медичних виробів можна ознайомитись за посиланням: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-20022024--279-pro-zatverdzhennja-perelikiv-likarskih-zasobiv-i-medichnih-virobiv-jaki-pidljagajut-reimbursacii-za-programoju-derzhavnih-garantij-medichnogo-obslugovuvannja-naselennja-stanom-na-12-ljutogo-2024-roku>

Лікарські засоби для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії можна придбати за програмою «Доступні ліки».

Маючи рецепт від лікаря на діючу речовину, пацієнт має можливість обрати в аптеці медикаменти або повністю безкоштовні для нього, або з частковою доплатою.

В анкеті ми запитали, чи користуються респонденти програмою «Доступні ліки» (рис. 3.12). І зокрема, так відповіло 37,5%, а ні 62,5%. Це говорить про те, що більша половина опитаних не проінформовані про цю програму.

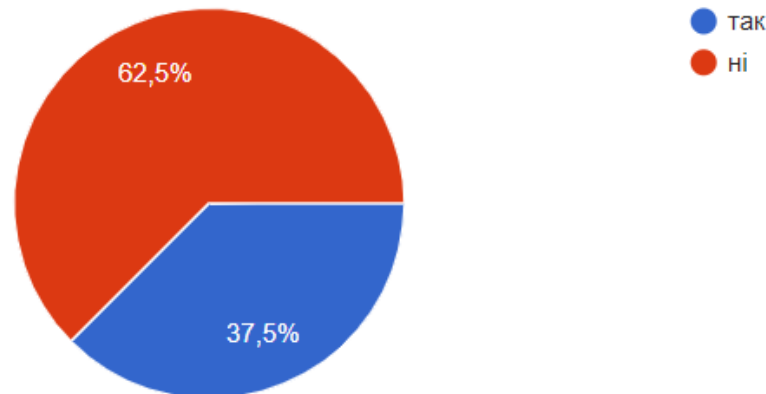


Рис. 3.12 Розподіл респондентів за користуванням програмою «Доступні ліки»

На питання «Які ліки Вам виписували по цій програмі?» отримали наступну відповідь: ніякі – 10 %, не виписували – 8 %, не користуюсь – 2 %, Кардіо-дар – 20 %, Форксига – 10 %, Бісопролол, Лозартан, Клосард – 50 %.

У дослідженні компанії Proxima «Підсумки аптечних продажів 2023» зазначається, що спостерігається тенденція до зростання частки рецептурних лікарських засобів у загальній структурі ринку. Серед брендів-лідерів на ринку є «Ксарелто» (антитромботичний засіб), до топ-10 увійшов «Трипліксам» (препарат для лікування артеріальної гіпертензії).

Загальні показники обсягу реалізованих АГП характеризують діяльність лікарів і провізорів щодо впливу на покупця (пацієнта) в плані придбання та застосування ліків. Високі рейтингові позиції займають лікарські засоби, яким на даному етапі розвитку медицини і фармації найбільш оптимальними та прийнятними є співвідношення показників «ефективність \ безпечність \ доступність (вартість)».

Таким чином, дане дослідження демонструє, що побічні ефекти, вартість і зручність є основними факторами для пацієнтів при виборі схеми лікування артеріальної гіпертензії. Щоб прийняти рішення про лікування артеріальної гіпертензії, пацієнти часто отримують інформацію про гіпертензію від своїх лікарів і віддають перевагу спільному прийняттю рішень, орієнтованих на пацієнта.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

1. Результати дослідження свідчать про те, що переваги та очікування пацієнтів щодо ведення та лікування гіпертонії різноманітні, а різні групи пацієнтів мають різні переваги щодо варіантів лікування.

2. Пацієнти зазвичай віддають перевагу лікуванню з швидшою відповіддю, нижчою ціною, більш частим контролем артеріального тиску, меншою кількістю побічних ефектів і легшим введенням ліків.

3. Вікові та гендерні відмінності мають вирішальне значення для лікування гіпертонії та переваг у лікуванні, а також існують значні вікові та гендерні відмінності у прийнятті методів лікування та лікування. Зниженню артеріальної гіпертензії сприяє свідоме поведінка пацієнтів, які беруть на себе відповідальність за власне здоров'я і беззастережно виконують рекомендації лікаря.

4. Аналіз результатів опитування продемонстрував, що пацієнти проінформовані фармацевтом під час купівлі лікарських засобів щодо способу і особливостей застосування, побічних ефектів ЛЗ для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії.

ВИСНОВКИ

1. У результаті дослідження здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми, проаналізовано особливості захворюваності та поширеності артеріальної гіпертензії. Теоретично досліджено сучасні підходи до фармакотерапії хворих на артеріальну гіпертензію.

2. Аналіз показників захворюваності та поширеності артеріальної гіпертензії дозволив зробити висновок, що поширеність АГ, за даними зарубіжних досліджень, становить 32-48 % серед дорослого населення.

3. У результаті аналізу фармацевтичного ринку, препаратів, які використовуються в терапії артеріальної гіпертензії, встановлена наявність 1221 ЛЗ в 386 ТН, різних виробників з різним дозуванням та у різних лікарських формах, серед яких монопрепарати складають 59,2% асортименту, а на долю комбінованих приходиться 40,8% ЛЗ. Встановлено, що найпоширенішими монопрепаратами є інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту (АПФ) (23,43 %), за ними блокатори рецепторів ангіотензину (БРА) (24,86 %) і β -блокатори (17,49 %). Діуретики та блокатори кальцієвих каналів (БКК) складають значну частину асортименту (17,47 та 16,57 % відповідно). Серед комбінованих домінують комбінації блокаторів рецепторів ангіотензину II у поєднанні з діуретиками (майже 55,22% асортименту) та інгібіторів АПФ із діуретиками (від 39,55% асортименту). Встановлено, що вітчизняні препарати складають 32,67 ринку, а іноземні – 67,33 %.

4. Результати дослідження споживчих переваг шляхом опитування респондентів свідчать про те, що пацієнти зазвичай віддають перевагу лікуванню з швидшою відповіддю, нижчою ціною, більш частим контролем артеріального тиску, меншою кількістю побічних ефектів і легшим введенням ліків. Аналіз результатів опитування показав, що для прийняти рішення про лікування артеріальної гіпертензії, пацієнти отримують інформацію від лікарів, але і віддають перевагу спільному прийняттю рішень, орієнтованих на пацієнта.

Результати опитування продемонстрували, що пацієнти проінформовані фармацевтом під час купівлі лікарських засобів щодо способу і особливостей застосування, побічних ефектів ЛЗ для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. Більша частина респондентів, а це 62,5% не проінформована про програму «Доступні ліки» і не користується нею.

5. Роботу апробовано під час роботи круглого столу на тему «Фармацевтична розробка лікарських і косметичних форм для різного терапевтичного і профілактичного призначення», який відбувся у рамках Дня науки (14 травня 2024 року, м. Луцьк) у формі усної доповіді.

6. Результати роботи опубліковані у вигляді тез доповіді: Романюк І., Федоровська М.І. Чинники, які впливають на вибір засобів для терапії артеріальної гіпертензії. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції з нагоди 95-річчя І. М. Перцева «Індустрія 4.0: Сучасні напрями розвитку фармацевтичної галузі» (17 травня 2024 року, м Харків). С.49-51.

ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Горбась І., Смирнова І., Вакалюк І., Епідеміологічна ситуація щодо артеріальної гіпертензії у сільській популяції України. *Ліки України*. 2013. № 7. С. 88-91.
2. Державний реєстр лікарських засобів України URL: <http://www.drlz.kiev.ua/>. (дата звернення: 20.10.2023).
3. Державний формуляр лікарських засобів / ред. кол.: В. Є. Бліхар та ін. Київ, 2012. Вип. 4. 1159 с..
4. Довідник лікарських засобів, зареєстрованих в Україні. URL: <https://medhub.info/31246dcb>. (дата звернення: 20.10.2023)
5. Зупанець І. Фармацевтична опіка. *Фармацевтична енциклопедія*. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/313/farmaceutichna-opika>
6. Заздравнов А. Гіпертонічна хвороба у пацієнтів похилого віку: акцент на соціальні аспекти захворювання. *Сімейна медицина*. 2016; 2: 87-9. DOI: [https://doi.org/10.30841/2307-5112.2\(64\).2016.102373](https://doi.org/10.30841/2307-5112.2(64).2016.102373).
7. Компендіум. Лікарські препарати України. 2022. URL: <https://compendium.com.ua>. (дата звернення: 20.10.2023).
8. Коваленко В., Корнацький В. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема Києва; 2014. 279 с.
9. Корнацький В., Мороз Д. Вплив тривоги та депресії на якість життя пацієнтів із серцево-судинною патологією. *О.В. Буковинський медичний вісник*. 2015;19(4):84-8. DOI: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XIX.4.76.2015.218>
10. Корнацький В. Вплив медико-соціальних факторів на розвиток та перебіг хвороб системи кровообігу, ефективність їх лікування та профілактики. *О.В. Український кардіологічний журнал*. 2016; (Дод. 1): 4-11.
11. Корнацький В., Дорогой А., Мороз Д. Методологія сучасної профілактики і ранньої діагностики захворювань системи кровообігу в сучасних умовах. *Український кардіологічний журнал*. 2015;1:75-80.

12. Корнацький В., Михальчук В., Дяченко Л. Вплив стресу на розвиток і перебіг захворювань. *О.В. Світ медицини та біології*. 2017; 1: 194-202.
13. Bangalore S., Fayyad R., Laskey R. et al. Prevalence, predictors, and outcomes in treatment-resistant hypertension in patients with coronary disease. *Am. J. Med.* 2014. Vol. 127, № 1. P. 71-81.
14. Benjamin E., Blaha M., Chiuve S. et al. Heart disease and stroke statistics 2017 update: a report from the American Heart Association/Circulation. 2017.
15. Brandani L. Resistant hypertension: a therapeutic challenge. *J. Clin. Hypertens.* 2018. № 20. P. 76-78.
16. Calhoun D., Jones D., Textor S. et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Circulation.* 2008. Vol. 117, № 25. P. 510-526.
17. Carris N., Ghushchyan V., Libby A., Smith S. Health-related quality of life in persons with apparent treatment-resistant hypertension on at least four antihypertensives / *Hum. Hypertens.* 2016. Vol. 30, № 3. P. 191-196/
18. Chobanian A., Bakris G., Black H. et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA.* 2003. 289(19). P. 2560-2572.
19. Daugherty S., Powers J., Magid D. et al. Incidence and prognosis of resistant hypertension in hypertensive patients. *Circulation.* 2012. 125(13). P. 1635-1642.
20. Dudenbostel T., Acelajado M., Pisoni R., Li P., Oparil S., Calhoun D. Refractory hypertension: evidence of heightened sympathetic activity as a cause of antihypertensive treatment failure. *Hypertension.* 2015. 66(1). P. 126-133.
21. Dudenbostel T., Siddiqui M., Oparil S., Calhoun D. Refractory hypertension: a novel phenotype of antihypertensive treatment failure. *Hypertension.* 2016. 67(6). P. 1085-1092.

22. Duprez D. Aldosterone and the vasculature: mechanisms mediating resistant hypertension. *J. Clin. Hypertens (Greenwich)*. 2007. 9(1 Suppl. 1). P. 13-18.
23. Ernst M., Moser M. Use of diuretics in patients with hypertension. 2009. 361(22). P. 2153-2164.
24. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guideline Committee. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology Guidelines for the management of arterial hypertension. *J. Hypertens*. 2003. 21(6). P. 1011-1053.
25. Feng W., Dell'Italia L., Sanders P. Novel paradigms of salt and hypertension. 2017. 28(5). P. 1362-1369.
26. Gaddam K., Nishizaka M., Pratt-Ubunama M. et al. Characterization of resistant hypertension: association between resistant hypertension, aldosterone, and persistent intravascular volume expansion. *Arch. Intern. Med.* 2008. 168(11). P. 1159-1164.
27. Garg J., Elliott W., Folker A., Izhar M., Black H. Resistant hypertension revisited: a comparison of two university-based cohorts. *Am. J. Hypertens*. 2005. 18(5 Pt 1). P. 619-626.
28. Gerritsen J., Dekker J., TenVoorde B. et al. Impaired autonomic function is associated with increased mortality, especially in subjects with diabetes, hypertension, or a history of cardiovascular disease: the Hoorn study. *Diabetes Care*. 2001. 24(10). P. 1793-1798.
29. Gifford R., Tarazi R. Resistant hypertension: diagnosis and management. *Ann. Intern. Med.* 1978. 88(5). P. 661-665.
30. Hall J., do Carmo J., da Silva A., Wang Z., Hall M. Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. *Circ. Res.* 2015. 116(6). P. 991-1006.
31. Hermida R., Ayala D., Smolensky M., Fernandez J., Mojon A., Portaluppi F. Chronotherapy with conventional blood pressure medications improves management of hypertension and reduces cardiovascular and stroke risks. *Hypertens Res.* 2016. 39(5). P. 277-292.

32. Holmqvist L., Boström K., Kahan T., Schiöler L., Qvarnström M., Wettermark B., Hjerpe P., Hasselström J., Manhem K. Drug adherence in treatment resistant and in controlled hypertension-Results from the Swedish Primary Care Cardiovascular Database (SPCCD). *Pharmacoepidemiol. Drug. Saf.* 2018, Jan 19. doi: 10.1002/pds.4388.
33. Humphrey J., Harrison D., Figueroa C., Lacolley P., Laurent S. Central artery stiffness in hypertension and aging: a problem with cause and consequence. *Circ. Res.* 2016. 118(3). P. 379-381.
34. Hwang A., Dave C., Smith S. Trends in antihypertensive medication use among US patients with resistant hypertension, 2008 to 2014. *Hypertension.* 2016. 68(6). P. 1349-1354.
35. Irvin M., Booth J. 3rd, Shimbo D. et al. Apparent treatment-resistant hypertension and risk for stroke, coronary heart disease, and all-cause mortality. *J. Am. Soc. Hypertens.* 2014. 8(6). P. 405-413.
36. James P., Oparil S., Carter B. et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014. 311(5). P. 507-520.
37. Kumbhani D., Steg P., Cannon C. et al. Resistant hypertension: a frequent and ominous finding among hypertensive patients with atherothrombosis. *Eur. Heart J.* 2013. 34(16). P. 1204-1214.
38. Le Jemtel T., Richardson W., Samson R., Jaiswal A., Oparil S. Pathophysiology and potential non-pharmacologic treatments of obesity or kidney disease associated refractory hypertension. *Curr. Hypertens Rep.* 2017. 19(2). P. 18.
39. Mills K., Bundy J., Kelly T. et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation.* 2016. 134(6). P. 441-450.
40. Oparil S., Schmieder R. New approaches in the treatment of hypertension. *Circ. Res.* 2015. 116(6). P. 1074-1095.

41. Pimenta E., Gaddam K., Oparil S. et al. Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. *Hypertension*. 2009. 54(3). P. 475-481.
42. Rimoldi S., Messerli F., Bangalore S., Scherrer U. Resistant hypertension: what the cardiologist needs to know. *Eur. Heart J*. 2015. 36(40).P. 2686-2695.
43. Rimoldi S., Scherrer U., Messerli F. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen?. *Eur. Heart J*. 2014. 35(19). P. 1245-1254.
44. Roush G., Holford T., Guddati A. Chlorthalidone compared with hydrochlorothiazide in reducing cardiovascular events: systematic review and network meta-analyses. *Hypertension*. 2012. 59(6). P. 1110- 1117.
45. Salles G., Ribeiro F., Guimaraes G., Mux-feldt E., Cardoso C. A reduced heart rate variability is independently associated with a blunted nocturnal blood pressure fall in patients with resistant hypertension. *J. Hypertens*. 2014. 32(3). P. 644-651.
46. Sarafidis P., Georgianos P., Bakris G. Resistant hypertension – its identification and epidemiology. *Nat. Rev. Nephrol*. 2013. 9(1). P. 51-58.
47. Sever P., Messerli F. Hypertension management 2011: optimal combination therapy. *Eur. Heart J*. 2011. 32(20). P. 2499-2506.
48. Sharman J., Boutouyrie P., Laurent S. Arterial (aortic) stiffness in patients with resistant hypertension: from assessment to treatment. *Curr. Hypertens Rep*. 2017. 19(1). P. 2.
49. Siddiqui M., Dudenbostel T., Calhoun D.A. Resistant and refractory hypertension: antihypertensive treatment resistance vs treatment failure. *Can. J. Cardiol*. 2016. 32(5). P. 603-606.
50. Smith S., Gong Y., Handberg E. et al. Predictors and outcomes of resistant hypertension among patients with coronary artery disease and hypertension. *J. Hypertens*. 2014. 32(3). P. 635-643.
51. Taler S., Textor S., Augustine J. Resistant hypertension: comparing hemodynamic management to specialist care. *Hypertension*. 2002. 39(5). P. 982-988.

52. Vlase H., Panagopoulos G., Michelis M. Effectiveness of furosemide in uncontrolled hypertension in the elderly: role of renin profiling. *Am. J. Hypertens.* 2003. 16(3). P. 187-193.
53. Weber M., Schiffrin E., White W. et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *J. Clin. Hypertens (Greenwich)*. 2014. 16(1). P. 14-26.
54. Williams B., MacDonald T., Morant S. et al. Spironolactone versus placebo, bisoprolol, and doxazosin to determine the optimal treatment for drug-resistant hypertension (PATHWAY-2): a randomised, double-blind, crossover trial. *Lancet*. 2015. 386(10008). P. 2059-2068.

ДОДАТКИ

Додаток А

Доповідь під час роботи круглого столу на тему «Фармацевтична розробка лікарських і косметичних форм для різного терапевтичного і профілактичного призначення», який відбувся у рамках Дня науки (14 травня 2024 року, м. Луцьк).

Аналіз асортименту лікарських засобів для терапії артеріальної гіпертензії

ДОПОВІДАЧ: Ілона Романюк.
Науковий керівник Половко Н.П.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АПТЕЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ
КАФЕДРА ЗАВОДСЬКОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ЛІКІВ



Матеріали
I Міжнародної науково-практичної конференції
Proceedings 1st International scientific and practical conference

*ІНДУСТРІЯ 4.0 :СУЧАСНІ НАПРЯМИ РОЗВИТКУ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ» З НАГОДИ 95-
РІЧЧЯ І. М. ПЕРЦЕВА*

**INDUSTRY 4.0: MODERN DIRECTIONS OF THE
DEVELOPMENT OF THE PHARMACEUTICAL
INDUSTRY” DEDICATED TO THE 95TH
ANNIVERSARY OF I. M. PERTSEV**

16 травня 2024 р.
May 16, 2024
Харків, Україна
Kharkiv, Ukraine

ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ВИБІР ЗАСОБІВ ДЛЯ ТЕРАПІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Романюк І., Федоровська М.

Волинський національний університет ім. Лесі Українки, м. Луцьк

Вступ. Артеріальна гіпертензія (АГ) на сьогоднішній день є одним з найбільш поширених хвороб у всьому світі, і обумовлює високий рівень інвалідності й смертності. Це захворювання уражує осіб, що ведуть малорухливий і емоційно напружений спосіб життя. Відповідно до статистики, від підвищеного тиску страждає 30 % українців.

Метою роботи був аналіз застосування лікарських засобів для терапії артеріальної гіпертензії у Волинській області. Опитування проводили за допомогою онлайн анкетування 50 респондентів.

Основні результати. Результати показали, що серед чинників, які найбільше впливають на рішення про вибір лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, респонденти найбільше зазначали рекомендацію лікаря – 82,4 % (рис.1).

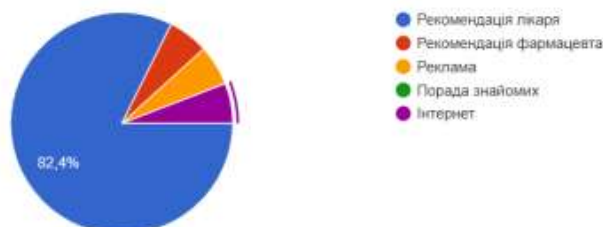


Рис. 1. Розподіл за чинниками, які впливають на рішення про вибір ЛЗ

Розгорнута інформація про вплив чинників на вибір лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, наведено на рис. 2. Де 1 – не впливає на вибір, а 5 – більш за все впливає на вибір. Як видно із рис. 2. спостерігається вплив вартості лікарського засобу та інформації на прийняття рішення щодо вибору досліджуваної групи лікарських засобів. Деякі респонденти зазначали, що високі ціни ЛЗ, тривале очікування у лікарів,

інформація про безрецептурні препарати зі ЗМІ суттєво вплинула на рішення пацієнтів про покупку ЛЗ.

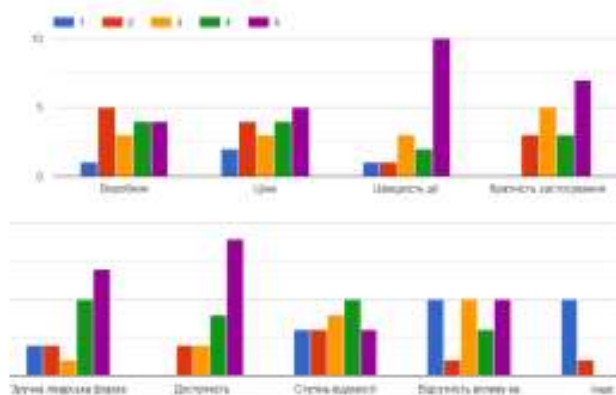


Рис. 2. Чинники, які впливають на рішення про вибір лікарського засобу
Результати аналізу демонструють частоту використання респондентами різних груп ЛЗ:

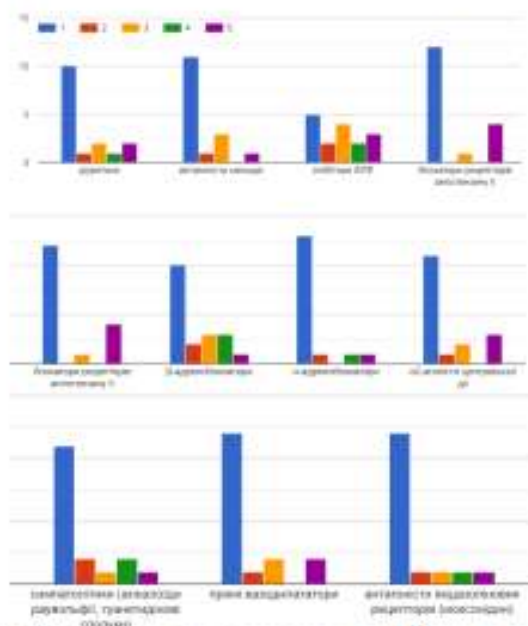


Рис. 3 Розподіл частоти використання різних груп ЛЗ за АТС класифікацією
Як видно із рис. 3 частіше за все респонденти застосовують засоби групи α -адреноблокатори.

Частіше респонденти застосовують засоби для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії: еналаприл – 80 %, бісопропол – 14 %, алмодипін – 3 %, лозартан – 3 % Щодо виробника лікарських засобів перевагу надають

імпортним препаратам – 58,8 %, а вітчизняні використовують – 41,2 % респондентів. Тривалість застосування: при підвищенні артеріального тиску – 17,7%; 1–2 рази на місяць – 17,7 %, 2 місяці – 5,9 %, до 12 місяців – 11,8%, рік – 5,9%, 3 роки – 23,6 %, 10 років і більше – 11,8 %. На питання, чи консультувались респонденти з лікарем перед застосуванням лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії? Так відповіло більшість 64,7 %, ні – 35,3 %. На питання, чи користуються респонденти програмою «Доступні ліки» так відповіло 37,5%, а ні 62,5% опитуваних. Це говорить про те, що більша половина опитаних не проінформовані про цю програму.

Оцінка частоти надання фармацевтичної опіки під час купівлі лікарських засобів для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії проводилася у границях від 1 – жодного разу не проводилась фармацевтична опіка, до 5 – завжди проводиться фармацевтична опіка. Результати опитування виявилися наступними: 1 – 11,8 %, 2 – 11,8 %, 3 – 35,3 %, 4 – 11,8 %, 5 – 29,4 %. Результати опитування свідчать, що опіка надавалася більшості учасникам опитування. На питання «Вкажіть, яку інформацію надає фармацевт про лікарський засіб досліджуваної групи під час фармацевтичної опіки?»: про особливості застосування засобу – відповіло 64,7 % респондентів, про побічні ефекти – 23,5%, щодо протипоказань – 23,5%, не надають інформацію – 17,6%.

Висновки. Дослідження демонструє, що побічні ефекти, вартість і зручність є основними факторами для пацієнтів при виборі схеми лікування артеріальної гіпертензії. Щоб прийняти рішення про вибір препаратів для лікування АГ, пацієнти користуються призначеннями від лікарів і віддають перевагу спільному прийняттю рішень, орієнтованих на пацієнта.

Аналіз результатів опитування продемонстрував, що більшість пацієнтів проінформовані фармацевтом під час купівлі лікарських засобів щодо способу і особливостей застосування, побічних ефектів ЛЗ для профілактики і лікування артеріальної гіпертензії.

Продовження додатку В