

УДК 614.273:616.831-005.1-08:362.123

О.Р. Левицька, Б.П. Громовик

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
ПАЦІЄНТАМИ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ
У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я СТАЦІОНАРНОГО ТИПУ***Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
м. Львів, Україна*e-mail: *Levytska.oksana@gmail.com*

Резюме: Шляхом клініко-епідеміологічного аналізу, проведеного в неврологічних відділеннях 3-трьох закладів охорони здоров'я стаціонарного типу (місто, район, область), вивчені гендерні та вікові особливості у хворих із гострими порушеннями мозкового кровообігу. За допомогою частотного, ABC і ATC/DDD аналізів досліджено особливості та встановлено основні тенденції споживання лікарських засобів вказаними хворими.

Ключові слова: гострі порушення мозкового кровообігу, лікарські засоби, споживання.

Вступ. Цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) у структурі захворюваності дорослого населення України на хвороби системи кровообігу становлять 16%, а в структурі поширеності хворіб цього класу – 11,9%. Крім того, поширеність ЦВХ характеризується негативною динамікою: за період 1993 – 2013 рр. вона зросла у 2,4 рази¹². ЦВХ характеризуються гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК), а найважчими їх проявами є інсульти, які посідають друге місце серед хворіб з фатальними наслідками, а також є найбільш розповсюдженою причиною стійкої втрати працездатності⁶. Один із шляхів мінімізації негативних наслідків ГПМК – раціональна фармакотерапія (ФТ) з позицій клінічної та економічної ефективності. Тим паче, що сьогодні у світі понад 50% лікарських засобів (ЛЗ) використовуються нерационально. Така ж проблема характерна і для України. У госпітальному секторі близько 25% ЛЗ, що складають ТОП-20 за споживанням, є симптоматичними, тобто не входять до першої лінії лікування¹. Раціональність ФТ при різних нозологіях можна оптимізувати шляхом вивчення споживання ЛЗ, що і є об'єктом багатьох наукових досліджень^{3,8,13,14}, у т.ч. і наших^{2,4,5,15}. Актуальним та цікавим, на нашу думку, дослідженням у цьому напрямку може стати порівняльний аналіз споживання ЛЗ хворими з ГПМК на рівні різних популяцій (місто, район, область).

Мета дослідження – встановлення об'єктивних тенденцій споживання та оптиміза-

ція медикаментозного забезпечення хворих з ГПМК у закладах охорони здоров'я стаціонарного типу (ЗОЗст).

Матеріали та методи дослідження. Об'єкти дослідження: медичні карти та листки лікарських призначень (ЛЛП) стаціонарних хворих із ГПМК або віддаленими наслідками ураження судин головного мозку неврологічних відділень трьох ЗОЗст: Львівської обласної клінічної лікарні (ЛОКЛ) (медичних карт – 262, ЛЛП – 236), Львівської комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (ЛКМКЛШМД) (медичних карт і ЛЛП – по 371) та однієї з центральних районних лікарень (ЦРЛ) Львівської області (медичних карт і ЛЛП по – 73).

Використано методи ретроспективного, клініко-епідеміологічного, контент-, частотного, ABC та ATC/DDD аналізів, узагальнення. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми *Statistica 10 Trial*. Порівнювали якісні (стать) та кількісні показники (вік, кількість супутніх патологій (СП) і тривалість лікування). Для досліджуваних показників визначали середнє значення і вказували межі 95% довірчого інтервалу (ДІ). Нормальність розподілу даних у вибірках оцінювали з використанням методу *Шаніро-Уїлка*. Встановлено, що розподіл даних відмінний від нормального, тому використовували непараметричні методи їх оцінки. Порівняння кількісних показників здійснювали з використанням Н-тесту *Краскела-Уолліса*, а якісних

показників – з використанням критерію χ^2 Пірсона. Відмінності вважали значимими при $p < 0,05^7$.

Результати дослідження та їх обговорення. Клініко-епідеміологічний аналіз медичних карт хворих досліджуваних ЗОЗст показав, що ГПМК децю частіше виникали у чоловіків (табл. 1). Співвідношення пацієнтів чоловічої та жіночої статі в ЛОКЛ становило 1,5:1; в ЛКМКЛШМД – 1,2:1, а в ЦРЛ – 1,1:1. Статистично значимої відмінності між чоловіками і жінками у трьох ЗОЗст не виявлено ($\chi^2=3,444273$; $p=0,17868$).

При цьому максимальна кількість госпіталізацій з приводу ГПМК серед чоловіків у ЛОКЛ та ЦРЛ припадала на вікову категорію 50-59 років (26,5% та 36,8% відповідно), а в ЛКМКЛШМД – на вікову категорію 70-79 років (42,1%). Серед жінок – у ЛОКЛ та ЦРЛ – на вікову категорію 70-79 років (28,1% та 34,2% відповідно), а в ЛКМКЛШМД – одразу на дві вікові категорії – 50-59 та 60-69 років (по 26,0%). Виявлено статистично значимі відмінності за віком хворих у трьох ЗОЗст ($H=6,6529$; $p=0,0359$).

Таблиця 1. Розподіл хворих за віком і статтю, %

Стать	Кількість хворих, n	Вік, років							
		15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 і старше
ЛОКЛ									
Чоловіки	n=159	0,6	1,9	5,0	11,9	26,5	24,5	24,5	5,0
Середній вік, років: 60,4 (95% довірчий інтервал (95% ДІ): 58,3-62,6)									
Жінки	n=103	–	1,0	2,9	8,7	19,4	26,2	28,1	13,6
Середній вік, років: 65,2 (95% ДІ: 62,6 – 67,9)									
ЛКМКЛШМД									
Чоловіки	n=200	–	–	0,6	4,1	18,2	20,5	42,1	14,5
Середній вік, років: 62,5 (95% ДІ: 60,8-64,1)									
Жінки	n=171	–	–	3,5	12,5	26,0	26,0	24,5	7,5
Середній вік, років: 69,0 (95% ДІ: 67,3-70,7)									
ЦРЛ									
Чоловіки	n=38	–	–	2,6	7,9	36,8	23,7	23,7	5,3
Середній вік, років: 62,2 (95% ДІ: 58,5 – 65,8)									
Жінки	n=35	–	5,8	–	11,5	8,6	22,8	34,2	17,1
Середній вік, років: 65,7 років (95% ДІ: 60,1-71,2)									

Розподіл хворих з ГПМК за видом судинних уражень головного мозку (ГМ) наведено в табл. 2. Серед судинних уражень ГМ переважали інфаркти мозку. Цю патологію у хворих

ЛКМКЛШМД було діагностовано у 81,7% випадків, у пацієнтів ЦРЛ – у 72,6% випадків, а хворих ЛОКЛ – у 53,8% випадків.

Таблиця 2. Види судинних уражень ГМ

Назва судинних уражень ГМ*	Код за МКХ-10	Кількість випадків, %		
		ЛОКЛ	ЛКМКЛШМД	ЦРЛ
Інфаркт ГМ	I.63	53,8	81,7	72,6
Крововиливи (у мозок, субарахноїдальний тощо)	I.60 – I.62	10,7	6,5	5,5
Віддалені наслідки ураження судин ГМ	I.69	35,5	11,8	21,9

Примітка: * - назви згідно з МКХ-10 (міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду)⁹.

Встановлено, що ГПМК часто супроводжувалися супутніми захворюваннями. Зокрема, питома вага супутніх патологій (СП) у пацієнтів ЛКМКЛШМД становила 98,6%, у хворих ЛОКЛ – 74%, а пацієнтів ЦРЛ – 36,5%. Середня кількість СП у хворих ЛОКЛ становила 3,01 (95% ДІ: 2,87-3,15), у пацієнтів ЛКМКЛШМД – 2,63 (95% ДІ: 2,32-2,94); у хворих ЦРЛ – 0,49 (95% ДІ: 0,31-0,67) Виявлено статистично значиму відмінність у кількості СП у хворих 3-ох ЗОЗст ($H=125,6427$; $p=0,000$). Моніторинг частоти СП у пацієнтів з ГПМК

засвідчує, що провідними є хвороби серцево-судинної системи (ССС), зокрема, гіпертонічна хвороба (ГХ) (артеріальна гіпертензія (АГ)). Цю патологію у пацієнтів ЛКМКЛШМД було діагностовано у 86,6% випадків, хворих ЛОКЛ – у 50,3% випадків, а ЦРЛ – у 15% випадків. Вказане, у свою чергу, впливає на структуру призначень ЛЗ. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі становила: в ЛОКЛ – 17,10 дня (95% ДІ: 15,86-28,35); у ЦРЛ – 15,56 дня (95% ДІ: 13,33-17,79), у ЛКМКЛШМД – 15,44 дня (95% ДІ: 14,75-16,14). Статистично

значимої відмінності щодо тривалості перебування хворих у стаціонарі у трьох ЗОЗст не виявлено ($H=3,454592$; $p=0,1778$).

Результати контент-аналізу ЛЛП дозволили встановити (табл. 3), що у структурі призначень ЛЗ серед основних груп ЛЗ за ана-

томо-терапевтично-хімічною (АТХ) класифікацією максимальну питому вагу займали ЛЗ групи С (засоби, що впливають на ССС). Їх частка у структурі призначень у ЛКМКЛШМД становила 30,5%, у ЛОКЛ – 28,1%, а в ЦРЛ – 24,1%.

Таблиця 3. Структура призначень основних анатомічних груп ЛЗ

	Назва ЗОЗст		
	ЛОКЛ	ЛКМКЛШМД	ЦРЛ
Кількість ЛЛП	236	371	73
К-сть ЛЗ (за міжнародними непатентованими (МНН) або торговими назвами (ТН))	181	154	116
К-сть анатомічних груп, а саме:	10	10	11
A – Засоби, що впливають на травну систему та метаболізм, %	19,8	21,4	19,8
B – Засоби, що впливають на систему крові та гемопоез, %	13,8	13,6	15,5
C – Засоби, що впливають на ССС, %	28,1	30,5	24,1
G Засоби, що впливають на сечостатеву систему та статеві гормони, %	0,6	–	1,7
H – Препарати гормонів для системного використання (крім статевих гормонів та інсулінів), %	0,6	1,3	1,7
J – Протимікробні засоби для системного застосування, %	5,5	5,8	5,2
M – Засоби, що впливають на опорно - руховий апарат, %	4,4	4,0	3,5
N – Засоби, що діють на нервову систему, %	21,0	18,9	19,8
P – Протипаразитарні засоби, інсектициди та репеленти, %	–	0,6	–
R – Засоби, що діють на респіраторну систему, %	5,5	3,2	5,2
S – Засоби, що діють на органи чуттів, %	0,6	0,6	2,6
V - Різні засоби	–	–	0,9
К-сть груп 3-го рівня (терапевтичних підгруп)	79	71	65

Дослідження споживання ЛЗ у розрізі терапевтичних підгруп засвідчило, що серед 49 груп 3 рівня, які призначались у всіх 3-ох досліджуваних лікарняних закладах, 10 характеризуються частками призначень у межах

1,7-7,8. При цьому найбільшу питому вагу у структурі призначень займає група B01A – Антитромботичні засоби, частота призначень якої в ЛКМКЛШМД становила 7,8%, ЛОКЛ – 7,2%, а ЦРЛ – 5,2% (табл. 4).

Таблиця 4. Структура призначень окремих терапевтичних підгруп ЛЗ

№ з.п.	Назва терапевтичної підгрупи	АТХ- код	Назва ЗОЗст		
			ЛОКЛ	ЛКМКЛШМД	ЦРЛ
			Питома вага, %		
1	Антитромботичні засоби	B01A	7,2	7,8	5,2
2	Психостимулятори, засоби, що використовуються при синдромі порушення уваги та гіперактивності (<i>adhd</i>), і ноотропні засоби	N06B	6,6	5,8	3,5
3	Інші кардіологічні засоби	C01E	4,4	3,9	2,6
4	Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби	M01A	3,3	2,6	2,6
5	Периферичні вазодилататори	C04A	2,8	3,3	3,5
6	Комбіновані засоби інгібіторів АПФ	C09B	2,2	3,9	2,6
7	Препарати вітаміну В ₁ , в т.ч. і в комбінації з вітамінами В ₆ і В ₁₂	A11D	2,2	3,3	2,6
8	Додаткові розчини для внутрішньовенного введення	B05X	2,2	2,6	2,6
9	Інші засоби, що впливають на травну систему і метаболічні процеси	A16A	2,2	1,9	3,5
10	Інгібітори ангіотензинперетворюючого фермента (АПФ)	C09A	2,2	2,6	1,7

Результати аналізу призначень окремих ЛЗ (табл. 5) показали, що у всіх 3-ох досліджува-

них ЗОЗст призначалось 64 ЛЗ, у 2-ох – 49 ЛЗ (ЛОКЛ і ЛКМКЛШМД), 10 ЛЗ (ЛОКЛ і ЦРЛ)

та 8 ЛЗ (ЛКМКЛШМД та ЦРЛ). Деякі ЛЗ – 58 ЛЗ, у ЛКМКЛШМД та ЦРЛ – по 33 ЛЗ).
призначались лише в 1-му із ЗОЗст (у ЛОКЛ

Таблиця 5. Структура призначень ЛЗ у ЗОЗст

Кількість ЗОЗст	Назва ЗОЗст		
	ЛОКЛ	ЛКМКЛШМД	ЦРЛ
Три	Актовегін, бендазол, бетагістин, вінпоцетин, гепарин, аспарагінат К-Mg, фуросемід, церебrolізін, реосорбілакт тощо. Всього – 64 ЛЗ		
Два	L-лізину есцинат, аміодарон, бісопролол, клопідогрель, тощо. Всього – 49 ЛЗ		
	Гідазепам, строфантин, тольперизон тощо. Всього – 8 ЛЗ		
Один	Аторвастатин, діазепам, лінекс,		менадіон, сульпірид тощо. Всього – 10 ЛЗ
	Агренокс, бетаксоллол, лосартан тощо. Всього 58 ЛЗ		Альтеплаза, верапаміл, метформін тощо. Всього 33 ЛЗ
			Ампіцилін, допамін, кетопрофен тощо. Всього 33 ЛЗ

Таблиця 6. Приналежність ЛЗ, які призначалися в усіх досліджуваних ЗОЗст, до груп А, В чи С згідно з АВС-аналізом частоти призначення

МНН або ТН назва ЛЗ	ЗОЗст			МНН або ТН назва ЛЗ	ЗОЗст		
	ЛОКЛ	ЛКМКЛШМД	ЦРЛ		ЛОКЛ	ЛКМКЛШМД	ЦРЛ
Актовегін	А	А	С	Коргліккон	С	С	В
Алое есктракт	С	С	В	Кортексин	С	В	С
Амброксол	А	С	В	Ксантинолу нікотинат	С	С	С
Амітриптилін	С	С	С	Лізиноприл	В	В	С
Аспарагінат К-Mg	В	А	А	Магнію сульфат	А	А	А
Баралгетас	С	С	С	Маннітол	С	А	А
Бендазол	А	В	А	Мелоксикам	С	С	В
Бетагістин	В	С	С	Метамізол натрію	А	А	В
Вінпоцетин	С	В	В	Метоклопрамід	С	В	В
Гепарин	С	С	С	Надропарин	А	А	В
Дексаметазон	А	С	В	Неостигмін	А	В	А
Декстрога	А	С	В	Нервіплекс	А	В	А
Диклофенак натрію	В	В	С	Омепразол	С	С	С
Дипіридамомл	С	В	В	Папаверин	А	С	А
Дифенгідраміл	А	А	А	Пентоксифілін	В	А	А
Дротаверин	С	С	С	Пірацетам	А	А	А
Еналаприл	А	А	С	Піридоксину г/х	А	С	А
Етамзилат	С	С	С	Платифілін	С	С	А
Індапамід	С	С	С	Реополіглюкін	С	С	С
Інозин	С	А	А	Реосорбілакт	А	А	А
Інстенон	С	С	А	Спіронолактон	С	С	С
Інсулін	В	С	С	Сульфокамфокаїн	А	С	В
Іпідакрин	А	В	А	Теофілін	В	А	А
Каптоприл	В	С	С	Тіаміну гідробромід	А	С	В
Карбамазепін	С	С	С	Тіотриазолін	А	А	А
Карведілол	С	С	С	Тіоцетам	В	А	С
Кардіомагніл	В	В	В	Тонорма	С	С	С
Кеторолак	С	С	С	Фуросемід	А	А	А
Кислота аскорбінова	С	В	А	Церебrolізін	А	А	С
АСК	А	А	А	Цефтріаксон	А	В	А
Кислота нікотинова	А	С	В	Ципрофлоксацин	С	С	С
Кислота тіоктова	В	С	С	Ціанокобаламін	В	С	С

АВС-аналіз частоти призначення ЛЗ, які вписувались у всіх 3-ох ЗОЗст (табл. 6), за-

свідчив, що такі ЛЗ, як дифенгідраміл, кислота ацетилсаліцилова (АСК), магнію сульфат,

пірацетам, реосорбілакт, тіотриазолін та фуросемід відносились до групи А. Аспарагінат К-Mg, бендазол, метамізол натрію, надропарин, неостигмін, нервіплекс, пентоксифілін, іпідакрин, теофілін та цефтріаксон у різних ЗОЗст входили до груп А чи В. До груп А, С входило 9 ЛЗ; до груп А,В,С – 8 ЛЗ; до групи В – 1 ЛЗ, до груп В, С – 13 ЛЗ і до групи С – 16 ЛЗ.

Таким чином, часто в досліджуваних ЗОЗст виписувались 7 ЛЗ, призначених для базисної та специфічної фармакотерапії, а також для лікування та профілактики ускладнень.

Для дослідження споживання ЛЗ використовували також методологію АТC/DDD, яка ґрунтується на АТХ класифікації ЛЗ та спеціальній одиниці вимірювання споживання – встановленій добовій дозі (*Defined Daily Doses, DDD*). При цьому розраховували загальну кількість спожитих DDD та кількість DDD, що припадає на 100 ліжко-днів^{10,11}. Для вивчення було відібрано ЛЗ, які, відповідно до ABC-аналізу, входили в групу А за частотою призначення і для яких відома величина DDD. Результати представлено на рис. 1.

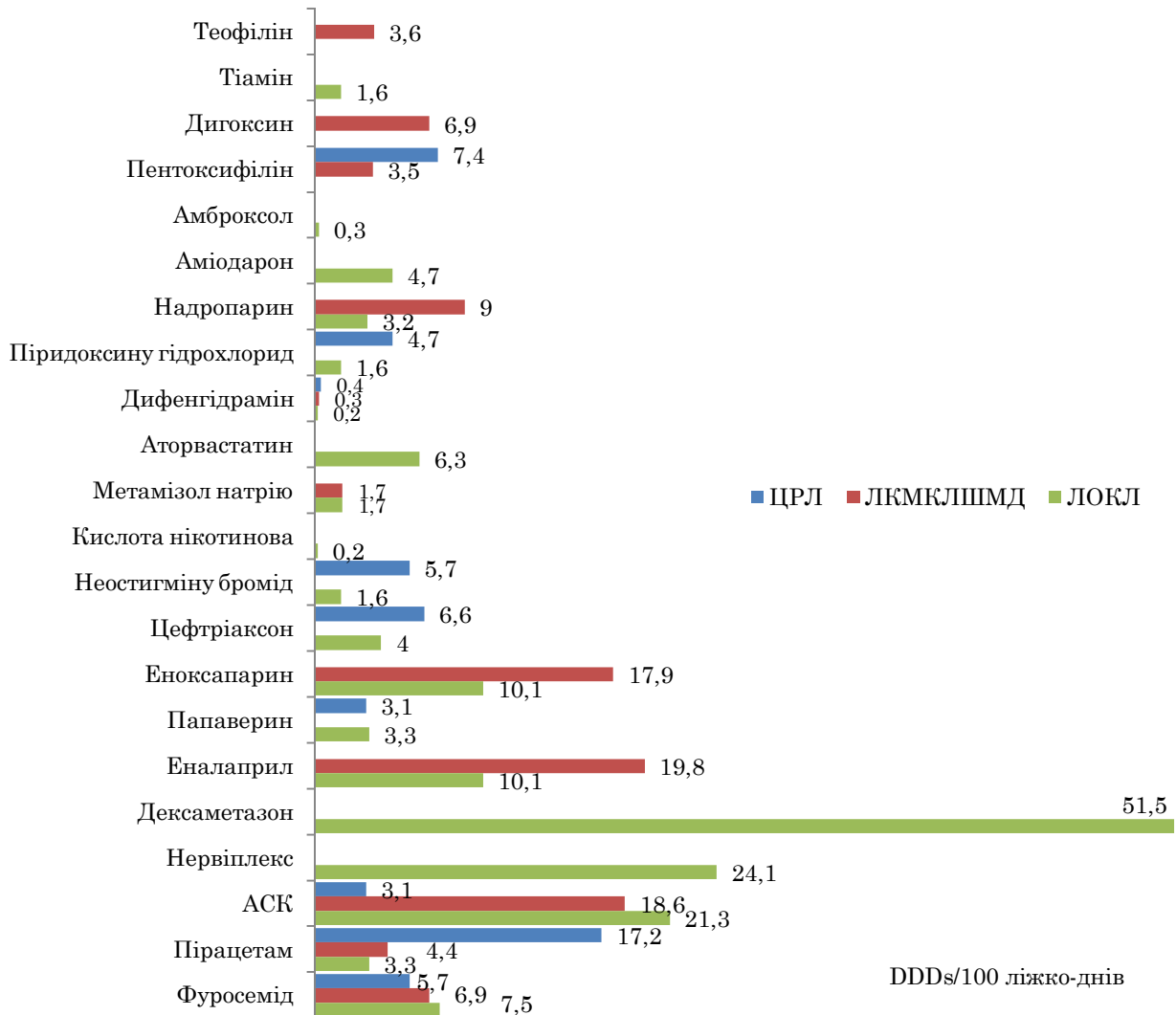


Рис. 1. Структура споживання окремих ЛЗ за величиною DDD, що припадає на 100 ліжко-днів

Отож, приблизно однаковий рівень споживання у всіх 3-ох досліджуваних ЗОЗст характерний для таких ЛЗ, як фуросемід та дифен-

гідрамін. Для інших ЛЗ притаманна значна варіабельність споживання, тобто спільних тенденцій не виявлено.

Висновки:

1. Шляхом клініко-епідеміологічного аналізу, проведеного у неврологічних відділеннях трьох закладів охорони здоров'я стаці-

онарного типу, встановлено, що гострі порушення мозкового кровообігу найчастіше виникали у чоловіків віком понад 50 ро-

- ків. Серед судинних уражень головного мозку переважали інфаркти мозку, яких у хворих Львівської комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги було діагностовано у 81,7% випадків, у пацієнтів однієї з центральних районних лікарень – у 72,6%, а хворих Львівської обласної клінічної лікарні – у 53,8% випадків. При цьому, гострі порушення мозкового кровообігу часто супроводжувалися супутніми захворюваннями, серед яких провідними є хвороби серцево-судинної системи, зокрема, артеріальна гіпертензія.
2. Результати порівняльного аналізу споживання лікарських засобів за допомогою частотного, ABC та ATC/DDD аналізів показали його структуру та особливості у різних закладах охорони здоров'я стаціонарного типу у контексті основних анатомічних груп (1 рівень за АТХ-класифікацією), терапевтичних підгруп (3 рівень за АТХ-класифікацією) та окремих лікарських засобів (номенклатура, частота призначення та величина встановленої добової дози).
 3. Результати дослідження можна використати для оптимізації медикаментозного забезпечення хворих із гострими порушеннями мозкового кровообігу у закладах охорони здоров'я стаціонарного типу різних рівнів надання медичної допомоги.

Література:

1. Доступні та ефективні ліки для населення: основні тенденції в стратегії держави. [Електронний ресурс]. – Аптека online.ua. – №926 (5). – 2014. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/271514>.
2. Котвіцька А.А. Аналіз споживання нейропротекторних лікарських засобів для лікування ішемічного інсульту в Україні / А.А. Котвіцька, І.О. Лобова // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2013. – №5 (31). – С.49-58.
3. Левицька О.Р. Ішемічний інсульт: клініко-фармацевтичні аспекти: монографія / О.Р. Левицька, Б.П. Громовик, А.Б. Зіменковський. – Львів, Ліга-Прес, 2014. – 224 с.
4. Левицька О.Р. Стан фармакотерапії пацієнтів з гострою церебральною судинною патологією на рівні міського стаціонару / О.Р. Левицька // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2013. – № 3 (29). – С.63-66.
5. Левицька О.Р. Фармакоепідеміологічні аспекти гострої церебральної судинної патології / О.Р. Левицька, Б.П. Громовик // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2012. – №4. – С. 175-179.
6. Ревенько І.Л. Епідеміологія інсульту в Україні / І.Л. Ревенько // Запорозький медичний журнал. – 2010. – Том 12, №3. – С.42-47.
7. Сергиєнко В.И. Математическая статистика в клинических исследованиях / В.И.Сергиєнко, И.Б.Бондарева. – М.: Гэотар Медицина, 2000. – 160 с.
8. Смуєва О.Н. Анализ потребления лекарственных средств при лечении стенокардии / О.Н. Смуєва, О.В. Шаталова, Ю.В. Соловкіна // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – №4. – Т.27. – С.79-82.
9. Список кодів МКХ-10. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/ICD-10_Розділ_I#.
10. Фармакоекономіка: навч. посібник для студ. Вищих навч. закладів / За ред. проф. Л.В. Яковлевої // Л.В.Яковлева, Н.В.Бездітко, О.О. Герасимова [та ін.]. – Вінниця: Нова Книга, 2009. – 208 с.
11. Шайдулліна Л.Я. Использование методологии АТC/DDD для оценки потребления лекарственных средств и эффективности внедрения клинических рекомендаций в стационаре / Л.Я. Шайдулліна, Л.Е. Зиганишина // Здоровоохранение. – 2013. – № 11. – С.68-77.
12. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік. [Електронний ресурс] / за ред. О.С. Мусія. – К., 2014. – 438 с. – Режим доступу: <http://www.uiph.kiev.ua/download/Vidavnictvo/Shchorichna%20dopovid/Щорічна%20доповідь.2013.pdf>
13. Яковлева Л.В. Фармакоэпидемиологическая оценка потребления пенициллиновых антибиотиков с использованием АТC/DDD-методологии / Л.В. Яковлева, Н.А. Матяшова, Ю.В. Филиппенко // Рациональная фармакотерапия. – 2010. – №4. – С.37-39.
14. Яковлева Л.В. Практика споживання ноотропних лікарських засобів / Л.В. Яковлева, А.В. Рибка // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. – 2013. – №2. – С.159-166.
15. Levytska O.R. Monitoring of prescribed drugs to the patients with acute cerebrovascular pathology / O.R. Levytska, B.P. Hromovyk, M.O. Basarab // Streszczenia. Farmacja polska na tle Unii europejskiej / XXI Naukowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Gdansk, 2010. – S.415.

УДК 614.273:616.831-005.1-08:362.123

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПАЦИЕНТАМИ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО ТИПА*О.Р. Левицкая, Б.П. Громовик**Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г.Львов, Украина*

Резюме: Путем клинико-эпидемиологического анализа, проведенного в неврологических отделениях трех учреждений здравоохранения стационарного типа (город, район, область), изучены гендерные и возрастные особенности острых нарушений мозгового кровообращения. С помощью частотного, ABC и ATC/DDD анализов исследовано особенности и установлены основные тенденции потребления лекарственных средств больными с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Ключевые слова: острые нарушения мозгового кровообращения, лекарственные средства, потребление

UDC 614.273:616.831-005.1-08:362.123

COMPARATIVE ANALYSIS OF ADMINISTERING MEDICATIONS BY PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENTS IN HOSPITALS*O.R. Levytska, B.P. Hromovyk**Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine*

Summary: Gender and age characteristics of acute cerebrovascular accidents were studied by clinical and epidemiological analyses conducted at neurological departments of three hospitals (city, district, and region). Peculiarities and the main trends of taking medications by patients with acute cerebrovascular accidents were determined with frequency, ABC and ATC/DDD analyses.

Keywords: acute cerebrovascular accident, drugs, drugs utilization

Надійшла до редакції 24.11.2015 р.