

Х. І. МОЧЕРНЮК, О. М. ОЛЕЩУК, А. В. ВИННИК

АНАЛІЗ РАЦІОНАЛЬНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

Мета: систематизувати номенклатуру лікарських засобів (далі – ЛЗ), що застосовують у комплексному лікуванні хірургічної патології органів черевної порожнини, та оцінити раціональність їх використання для профілактики післяопераційних ускладнень.

Матеріали і методи. Проведено одноцентрове ретроспективне аналітичне дослідження на базі КНП ВСР «ТЦРЛ». До вибірки включено 63 історії хвороби пацієнтів, які отримували ургентну хірургічну допомогу у вересні – грудні 2024 року. Здійснено клінікофармакологічний та фармакоекономічний аналіз: систематизовано ЛЗ, оцінено відповідність призначень чинним протоколам, визначено частку препаратів Національного переліку та рівень їх забезпечення в межах Програми медичних гарантій (далі – ПМГ).

Результати. Провідними нозологіями були гострий панкреатит (25 %), перитонеальні спайки та холецистит (по 19 %), шлунково-кишкові кровотечі (16 %), кишкова непрохідність (11 %), апендицит (8 %) і хронічний панкреатит (6 %). Загалом, використано 54 найменування ЛЗ, із яких 16 забезпечували за державні кошти. Перелік ПМГ охоплював основні групи препаратів для хірургічної практики: антибактеріальні, інфузійні, антикоагулянти та засоби супутньої терапії (зокрема, цефтріаксон, метронідазол, еноксапарин, транексамова кислота, дексаметазон, дротаверин, фуросемід, інфузійні розчини). Рівень фінансування давав змогу повною мірою реалізувати терапію відповідно до уніфікованих протоколів, забезпечуючи безперервність надання ургентної допомоги та зменшуючи фінансовий тягар для пацієнтів. Раціональність системи підтверджувалася відповідністю принципам *essentials first*, результатам ABC/VEN-аналізу та фармакоекономічним критеріям ефективності.

Висновки. Концентрація фінансування на 16 ключових ЛЗ з доведеною ефективністю є науково й практично обґрунтованою. Така модель сприяє підвищенню якості ургентної хірургічної допомоги, оптимізації інфекційного контролю, запобіганню антибіотикорезистентності та зміцненню стійкості системи охорони здоров'я в умовах воєнних викликів.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хірургічна патологія; органи черевної порожнини; фармакотерапія; антибактеріальні препарати; інфузійна терапія; антикоагулянти; фармакоекономіка; ПМГ; НПЛЗ.

Вступ. Хірургічна патологія органів черевної порожнини є одним із провідних чинників госпітальної захворюваності, летальності та інвалідизації населення, що зумовлює значне економічне навантаження на систему охорони здоров'я [1].

В умовах воєнного стану в Україні ця медико-соціальна проблема набуває особливої актуальності. Збройна агресія призводить до зростання кількості травматичних та ургентних хірургічних випадків, критично ускладнює логістику постачання ЛЗ, спричиняє кадрові втрати й надмірне навантаження на медичні заклади. Ці дестабілізуювальні чинники, своєю чергою, знижують загальну ефективність надання медичної допомоги та ускладнюють неухильне дотримання чинних клінічних протоколів лікування [2].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, станом на початок 2025 року в Україні зафіксовано понад 2 200 випадків атак на об'єкти охорони здоров'я, а понад 9 мільйонів осіб потребують медичної допомоги [3]. Це безпосередньо

впливає на доступність та якість надання, зокрема, хірургічної допомоги.

Раціональна фармакотерапія є невід'ємним складником лікування хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Вона забезпечує контроль запального процесу, ефективно знеболення, профілактику інфекційних і тромбоемболічних ускладнень, підтримання гомеостазу та сприяє швидшому відновленню пацієнтів після оперативного втручання [4; 5].

В умовах обмежених матеріальних і кадрових ресурсів, а також зростання потреб у медичній допомозі критичного значення набуває оптимізація використання ЛЗ. Це вимагає застосування препаратів, що мають доведену клінічну ефективність, безпечність та економічну доцільність.

Нормативно-правова база лікарського забезпечення в Україні ґрунтується на принципах доказової медицини й фармакоекономічної оцінки, згідно із Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»

№ 2168-VIII від 19.10.2017 р. [6] та Національним переліком основних лікарських засобів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України № 333 від 25.03.2009 р. в редакції 2017 року [7].

Відбір препаратів до переліку здійснюється на основі оцінки медичних технологій (далі – ОМТ), яка враховує клінічну ефективність, безпеку та економічну доцільність [8].

Протягом 2024–2025 рр. відбулися суттєві зміни в нормативній базі: розширено Національний перелік лікарських засобів (постанови КМУ № 733 від 21.06.2024 р. та № 1296 від 12.11.2024 р.) [9], удосконалено державне регулювання цін на ЛЗ, що закуповують за бюджетні кошти (постанова КМУ № 439 від 04.04.2025 р.) [10], спрощено механізми публічних закупівель у період воєнного стану (постанова КМУ № 1178 від 12.10.2022 р. з оновленнями 2025 р.) [11], а також оновлено реєстр лікарських засобів програми реімбурсації «Доступні ліки» (наказ МОЗ № 440 від 13.03.2025 р.) [12], попри вдосконалення регуляторних інструментів, обмежені фінансові ресурси, перебої постачання та зростання кількості ургентних станів не дають змоги повністю задовольнити потреби хірургічних стаціонарів у медикаментах [13]. Так, аналіз раціональної фармакотерапії хірургічних захворювань органів черевної порожнини є надзвичайно актуальним завданням сучасної медицини. Це дослідження спрямоване на підвищення ефективності лікування [14], оптимізацію клінічних протоколів та гарантування стійкості системи охорони здоров'я в умовах постійних воєнних викликів.

Мета: здійснити систематизацію та комплексний клініко-фармакологічний аналіз номенклатури лікарських засобів, що інтегровано застосовують у комплексному лікуванні хірургічної патології органів черевної порожнини, та оцінити раціональність їх використання для лікування й профілактики післяопераційних ускладнень.

Матеріали і методи. Дослідження виконано як одноцентрове ретроспективне аналітичне дослідження на базі КНП ВСР «ТЦРЛ» (Комунального некомерційного підприємства Великобіроківської селищної ради «Тернопільська центральна районна лікарня»). Аналітична вибірка охоплювала 63 історії хвороби (медичні карти стаціонарного хворого) пацієнтів, які отримували стаціонарне лікування щодо ургентної хірургічної патології органів черевної порожнини у період із вересня до грудня 2024 року. Вибірку піддано стратифікації за віковими групами та статеву належністю. У межах дослідження застосовано комплексний клініко-фармакологічний аналіз, який передбачав систематизацію номенклатури призначених ЛЗ, оцінку структури фармакотерапії та верифікацію призначень щодо їх відповідності чинним терапевтичним протоколам і принципам доказової медицини. Паралельно здійснено фармакоеконічний

аналіз, у процесі якого визначено частку препаратів, включених до НПЛЗ, проведено оцінку рівня державного забезпечення потреби в ЛЗ та частки покриття цих потреб у межах ПМГ.

Здійснено комплексний клініко-фармакологічний та фармакоеконічний аналіз призначеної терапії з метою оцінки її раціональності, проведено встановлення номенклатури ЛЗ, що застосовували в комплексному лікуванні, оцінено обґрунтованість вибору антибактеріальної, знеболювальної, інфузійної та антикоагулянтної терапії відповідно до принципів доказової медицини й чинних клінічних протоколів, здійснено верифікацію відповідності призначених препаратів їхнім міжнародним непатентованим назвам (далі – МНН) та проаналізовано рівень державного забезпечення ЛЗ згідно з положеннями НПЛЗ.

Отримані результати використано для обґрунтування раціонального використання бюджетних коштів із дотриманням принципу *essentials first* та фармакоеконічних обмежень в умовах воєнного стану. Слід зазначити, що одноцентровий характер дослідження та порівняно невеликий обсяг вибірки ($n = 63$) є методологічними обмеженнями, які не дають змоги повною мірою екстраполювати результати на національний рівень, водночас висока внутрішня валідність отриманих даних забезпечує достовірність висновків і створює підґрунтя для подальших мультицентрових проспективних досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення.

На першому етапі дослідження проведено оцінку вибірки, проаналізовано розподіл за статтю та віковими групами, встановлено, що чоловіки становили 52 %, а жінки – 48 % загальної кількості осіб, включених у дослідження, що свідчить про відсутність суттєвих відмінностей за статеву ознакою та приблизно рівне співвідношення чоловіків і жінок (1:1), яке забезпечує репрезентативність вибірки та достовірність подальшого аналізу отриманих результатів. Аналіз вікової структури показав, що пацієнти молодого віку (18–35 років) становили 13 %, переважну частку становили особи середнього віку (36–60 років) – 46 %, тоді як частка осіб старшого віку (понад 60 років) – 41 % (див. рис. 1), що свідчить про домінування пацієнтів середнього та старшого віку, характерне для структури хірургічної патології органів черевної порожнини.

Проведений аналіз дає змогу чітко ідентифікувати віково-статеві групи підвищеного ризику, що створює ґрунтовне підґрунтя для науково обґрунтованого планування профілактичних заходів і раціональної оцінки потреби в ЛЗ.

На наступному етапі дослідження проведено аналіз структури захворюваності серед пацієнтів із хірургічною патологією органів черевної порожнини. Найбільшу частку – 25 % – становив гострий панкреатит, що підкреслює його провідну роль

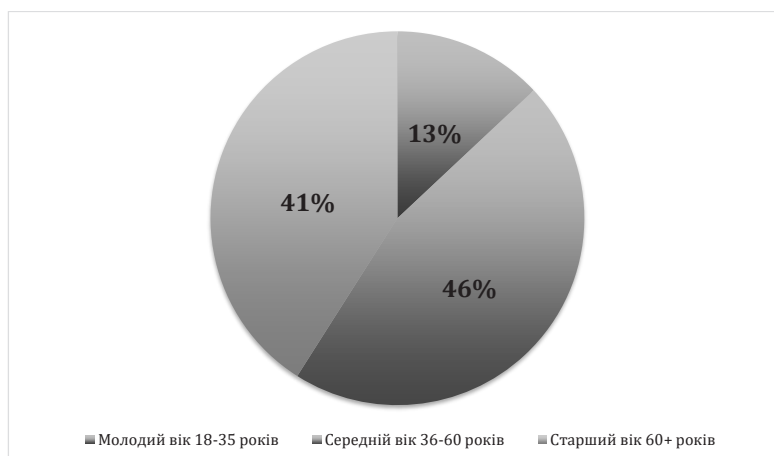


Рис. 1. Розподіл осіб за віковими групами



Рис. 2. Структура хірургічної патології органів черевної порожнини

у структурі ургентних хірургічних захворювань. Друге місце посідали перитонеальні спайки та холецистит (по 19 %), що свідчить про їх значну питому вагу в загальній госпітальній захворюваності. Далі частки розподілилися так: шлунково-кишкова кровотеча зафіксована в 16 % випадків, кишкова непрохідність – в 11 %, апендицит – у 8 %, а хронічний панкреатит – у 6 % пацієнтів. Порівняння цих показників дає змогу не лише визначити найпоширеніші причини ургентних оперативних втручань, а й орієнтовно оцінити потребу в медикаментозному забезпеченні для кожної нозологічної групи.

Такий розподіл має подвійне значення: з клінічного погляду він акцентує увагу на захворюваннях, що потребують своєчасної діагностики, раннього хірургічного втручання та цільових профілактичних програм.

З фармакоекономічного погляду цей розподіл дає змогу прогнозувати потребу в антибактеріальних препаратах, інфузійних розчинах, знеболювальних та інших ЛЗ, залежно від частоти кожної патології. Це, своєю чергою, сприяє оптимізації закупівель, раціональному використанню

бюджетних ресурсів та забезпечує основу для стратегічного планування лікувально-діагностичних й економічних заходів.

Наступним етапом дослідження було проведення окремого аналізу призначеної фармакотерапії для кожної визначеної нозологічної форми. Зокрема, у разі хронічного панкреатиту зафіксовано використання 17 найменувань ЛЗ, із яких лише 5 забезпечує заклад охорони здоров'я за кошти державного бюджету. У разі гострого панкреатиту зафіксовано застосування 42 найменувань ЛЗ, із яких 12 покриваються державним фінансуванням.

Отримані кількісні дані дають змогу оцінити не лише відповідність призначень чинним клінічним протоколам, а й фактичний рівень медикаментозного забезпечення. Ця інформація слугує ґрунтовною підставою для планування закупівель і раціонального розподілу бюджетних ресурсів.

До переліку ЛЗ, що забезпечує медичний заклад у межах пакету послуг ПМГ, належать: цефтріаксон, метронідазол, дротаверин, еноксапарин, фуросемід, розчин Рінгера, метоклопрамід,

глюкоза, натрію хлорид, ізосол, вітамін С та реосорбілакт.

Зазначений рівень забезпечення (12 найменувань) свідчить про належне дотримання базових стандартів фармакотерапії та створює передумови для ефективного лікування гострого панкреатиту. Водночас це окреслює потребу в додаткових закупівлях для повного покриття потреб, відповідно до чинних клінічних протоколів.

При шлунково-кишковій кровотечі зареєстровано застосування 17 найменувань ЛЗ, із яких 6 одиниць номенклатури забезпечуються лікарнею за рахунок державного фінансування. Такий обсяг покриття вказує на наявність базових медикаментів, необхідних для проведення невідкладної терапії, здійснення гемостатичних заходів та профілактики можливих ускладнень.

Асортимент ЛЗ, які забезпечує заклад, охоплює основні фармакотерапевтичні групи, а саме: гемостатики, інфузійні розчини, інгібітори протонної помпи та антисекреторні засоби. Це повністю відповідає сучасним клінічним протоколам ведення пацієнтів зі шлунково-кишковими кровотечами.

Такий раціональний підхід сприяє не лише стабілізації стану пацієнтів у гострий період, а й ефективному використанню бюджетних ресурсів, гарантуючи безперервність медикаментозної підтримки в умовах обмеженого фінансування.

При холециститі зареєстровано застосування 31 найменування ЛЗ, із яких 14 одиниць номенклатури забезпечуються лікарнею за рахунок державного фінансування. Такий рівень забезпечення вказує на наявність достатнього обсягу базових медикаментів для проведення антибактеріальної, знеболювальної, дезінтоксикаційної та спазмолітичної терапії відповідно до чинних клінічних настанов. Асортимент охоплює антибактеріальні засоби широкого спектра дії, нестероїдні протизапальні засоби, спазмолітики, інфузійні розчини, антиеметики та гепатопротектори, що забезпечує комплексний вплив на патогенетичні механізми захворювання.

Державне покриття майже половини потреб у ЛЗ (14 із 31) має суттєве фармакоекономічне значення. Це не лише знижує фінансове навантаження на пацієнтів і підвищує доступність лікування, а й сприяє реалізації принципів безперервності медичної допомоги, що критично важливо в умовах воєнного стану.

Ось удосконалений варіант тексту, який усуває повтори, замінює неакадемічне слово «позиції» та підвищує загальну чіткість й академічну формальність.

При апендициті зареєстровано застосування 14 найменувань ЛЗ, із яких 4 одиниці номенклатури забезпечуються лікарнею за рахунок державного фінансування. Такий рівень забезпечення свідчить про наявність критично необхідних медикаментів для проведення антибактеріальної,

протизапальної, інфузійної та симптоматичної терапії відповідно до чинних клінічних протоколів.

Незважаючи на відносно невелику частку безоплатного покриття, гарантована наявність базових ЛЗ у закладі дає змогу негайно розпочати невідкладне лікування, що має вирішальне значення при гострих хірургічних станах. Цей підхід мінімізує фінансове навантаження на пацієнтів та сприяє безперервності надання медичної допомоги, особливо в умовах воєнного часу.

При кишковій непрохідності зареєстровано застосування 22 найменувань ЛЗ, із яких 12 одиниць номенклатури забезпечуються лікарнею за рахунок державного фінансування.

Такий обсяг державного покриття дає змогу проводити повноцінну дезінтоксикаційну, інфузійну, антибактеріальну та симптоматичну терапію відповідно до сучасних клінічних настанов. Спектр наявних ЛЗ містить антибактеріальні, спазмолітичні, антиеметичні та інфузійні засоби, що допомагає реалізувати комплексний підхід до стабілізації стану пацієнта.

Гарантована наявність понад половини необхідних ЛЗ в межах безоплатного забезпечення має суттєве фармакоекономічне значення. Це мінімізує фінансові витрати пацієнтів, підвищує доступність лікування та підтримує його безперервність навіть за складних умов воєнного стану.

При перитонеальних спайках зареєстровано застосування 13 найменувань ЛЗ, із яких 5 одиниць номенклатури забезпечуються лікарнею за рахунок державного фінансування. Такий рівень забезпечення дає змогу проводити адекватну протизапальну, антибактеріальну та інфузійну терапію відповідно до сучасних клінічних протоколів лікування хворих із післяопераційними або запальними ураженнями очеревини. Гарантована наявність базових ЛЗ в межах безоплатного забезпечення сприяє своєчасному початку терапії, стабілізації стану пацієнтів і зменшенню ризику розвитку ускладнень.

При виразковій хворобі зареєстровано застосування 28 найменувань ЛЗ, із яких 15 одиниць номенклатури покриваються державним фінансуванням. Такий рівень покриття створює умови для проведення повноцінної антисекреторної, антибактеріальної та гастропротекторної терапії відповідно до чинних клінічних протоколів.

Раціональне використання інгібіторів протонної помпи, антибактеріальних засобів і препаратів вісмуту забезпечує комплексний вплив на патогенез виразкової хвороби, сприяючи ерадикації *Helicobacter pylori*, зниженню кислотності шлункового соку та репарації слизової оболонки.

Державне забезпечення понад половини необхідних ЛЗ має суттєве фармакоекономічне значення, оскільки мінімізує фінансове навантаження на пацієнтів, підвищує доступність терапії та

гарантує безперервність лікування навіть у складних умовах воєнного часу.

Проведений аналіз засвідчив, що лише частина ЛЗ, призначених у клінічній практиці, входить до державного переліку реімбурсації [15]. Це свідчить про обмеженість фармакоекономічного покриття в межах ПМГ та підкреслює необхідність розширення НПЛЗ відповідно до сучасних клінічних настанов [16]. Водночас гарантована наявність ЛЗ, що забезпечує заклад за рахунок державного фінансування, уможливорює надання невідкладної медичної допомоги згідно з принципами доказової медицини [17], сприяє раціональному використанню бюджетних коштів і мінімізує фінансове навантаження на пацієнтів, що особливо актуальним в умовах воєнного стану [18].

Наведені результати обґрунтовують рівень забезпечення ЛЗ (16/54) як раціональний і системно виправданий підхід, що відповідає сучасним клінічним та економічним вимогам функціонування закладів охорони здоров'я. Основою цієї моделі є нормативно-правові рамки та принцип *essentials first* [19], згідно з яким державні закупівлі орієнтуються на НПЛЗ і програмні обмеження державного фінансування.

Такий підхід передбачає концентрацію ресурсів на базових ЛЗ із доведеною клінічною ефективністю, що забезпечують життєво необхідні напрями терапії: антибіотикотерапію, інфузійну підтримку, гемостаз, антикоагулянтну, знеболювальну та антиеметичну терапію [20].

У досліджуваному закладі охорони здоров'я до гарантованого забезпечення (у межах ПМГ) належать: цефтріаксон, метронідазол, еноксапартин, транексамова кислота, дексаметазон, антиеметики (метоклопрамід / ондансетрон), знеболювальні / спазмолітики (диклофенак / дротаверин), фуросемід, а також інфузійні розчини (Рінгера, натрію хлориду, глюкози, ізосол, реосорбілакт). Цей набір формує клінічно обґрунтований «кістяк» фармакотерапії ургентного хірургічного профілю.

Водночас необхідно враховувати фармако-економічні обмеження та управління ризиками, адже в умовах воєнного часу бюджет, логістика та строки постачань залишаються нестабільними [21]. Формування номенклатури за принципом «короткого списку» зменшує ризик дефіциту, мінімізує заморожування коштів у залишках і втрати через закінчення терміну придатності. Тактика «менша кількість найменувань – вища гарантія наявності» у критично важливих групах ЛЗ економічно доцільна для лікарень ургентного профілю.

Попри те, що загалом ідентифіковано 54 найменування ЛЗ, забезпечення 16 ключових із них дає змогу повноцінно реалізовувати основні клінічні сценарії лікування провідних нозологій: гострого та хронічного панкреатиту, холециститу, апендициту, шлунково-кишкових кровотеч, кишкової непрохідності,

виразкової хвороби. Цей підхід уможливорює здійснення антибактеріальної, інфузійної, знеболювальної, антикоагулянтної та гемостатичної терапії, тобто забезпечує перший і найважливіший етап лікування з високим впливом на прогноз пацієнтів [22].

Раціональність цієї моделі також підтверджується принципами ABC/VEN та Pareto-аналізу, згідно з якими групи A/V (*vital, essential*) становлять невелику кількість препаратів, що покривають більшість клінічних потреб (правило 80/20) [23]. З огляду на це, не всі 54 найменування доцільно постійно утримувати в бюджетному запасі: частина засобів має низьку частоту використання або дублює дію інших препаратів у межах одного терапевтичного класу, а отже, може закуповуватися позабюджетно чи епізодично.

Окрім того, скорочена номенклатура полегшує управління запасами, забезпечує створення буферних резервів у ключових категоріях (антибіотики, інфузійні розчини, антикоагулянти), підвищує стійкість до перебоїв постачання та мінімізує ризик критичних відсутностей, що є визначальним для безперервності ургентної допомоги [24].

Так, забезпечення 16 із 54 найменувань ЛЗ є науково, клінічно та економічно обґрунтованим рішенням, яке гарантує покриття найкритичніших потреб хірургічного профілю, сприяє стабільності надання допомоги та ефективному використанню бюджетних ресурсів.

Для подальшої оптимізації системи доцільно здійснювати регулярний ABC/VEN-аналіз, АТС/DDD-моніторинг споживання, формулярний контроль і підтримку терапевтичної взаємозамінності. Ці заходи дадуть змогу підвищити керованість і стійкість системи медикаментозного забезпечення навіть у кризових умовах.

Отже, запропонована модель є раціональною, керованою та доказово обґрунтованою. Вона поєднує клінічну ефективність, економічну стійкість та антимікробну безпеку, відповідає принципам доказової медицини й сучасним викликам системи охорони здоров'я України.

Висновки. Визначено, що з 54 призначених лікарем (потенційно необхідних) лікарських засобів для комплексного лікування хірургічних патологій органів черевної порожнини заклад охорони здоров'я гарантовано забезпечує 16 ключових найменувань за рахунок державного фінансування. Такий підхід свідчить про цілеспрямовану реалізацію принципів раціонального використання ресурсів і відповідає сучасним фармакоекономічним вимогам, зосереджуючись на лікарських засобах із доведеною клінічною ефективністю, високим рівнем доказовості та життєвою необхідністю, що забезпечують реалізацію антибактеріальної, інфузійної та антикоагулянтної терапії.

Модель раціонального гарантованого забезпечення базовими антибактеріальними, інфузійними

та допоміжними лікарськими засобами формує ефективну систему надання ургентної допомоги, сприяє підвищенню якості лікування, забезпечує належний рівень інфекційного контролю, мінімізує ризик необґрунтованого застосування антибіотиків і запобігає розвитку антибіотикорезистентності в госпітальному середовищі. Такий підхід узгоджується з принципами антимікробного стюардшипу, доказової медицини та сучасної концепції безпечної і раціональної фармакотерапії.

Отримані результати демонструють, що навіть в умовах воєнного стану система державного забезпечення може залишатися дієвою, гнучкою та науково обґрунтованою. Раціональна концентрація фінансування на ключових лікарських засобах забезпечує стабільність ланцюга постачань, зменшує економічний тиск на пацієнтів і створює основу для подальшого вдосконалення ПМГ та оновлення НПЛЗ з урахуванням реальних потреб ургентної хірургії.

Перспективи подальших досліджень.

Подальші дослідження доцільно спрямувати на розширення вибірки та проведення мультицентрового аналізу для підтвердження отриманих результатів і підвищення репрезентативності даних.

Перспективним напрямом є оцінювання клінічної ефективності та фармакоекономічної доцільності застосованих лікарських засобів у реальних умовах медичної практики. Це містить упровадження системного ABC/VEN-аналізу та ATC/DDD-моніторингу споживання для постійного контролю за раціональністю закупівель і призначень.

Отримані результати формують ґрунтовне наукове підґрунтя для подальшого вдосконалення системи раціонального медикаментозного забезпечення хірургічних відділень. Ця робота спрямована на підвищення ефективності лікування, оптимізацію використання ресурсів і зміцнення стійкості системи охорони здоров'я України в умовах воєнних викликів.

Інформація про фінансування (джерело фінансування): дослідження виконано без цільового фінансування або грантової підтримки з боку державних, комерційних чи некомерційних структур.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень / досліджень / лікування нормам біоетики (протокол комісії з біоетики): ретроспективне аналітичне дослідження проведено на основі аналізу медичної документації. Експериментальні втручання щодо пацієнтів не здійснювались.

Внесок кожного з авторів згідно з таксономією CRediT:

Мочернюк Х. І. – концептуалізація, методологія, написання – оригінальний текст, супервізія; Олещук О. М. – наукове керівництво, рецензування, редакторське доопрацювання; Винник А. В. – збір даних, аналіз, візуалізація результатів.

Інформація щодо наявності / відсутності конфлікту інтересів: автори заявляють про відсутність потенційного чи фактичного конфлікту інтересів.

Список літератури

1. Гоженко А. І., Кушнір С. М. Госпітальна хірургія: сучасні виклики та пріоритети розвитку. Київ : Здоров'я, 2020. 312 с.
2. Кравченко О. В. Організаційні аспекти надання хірургічної допомоги в умовах воєнного стану. *Медичні перспективи*. 2024. Т. 29, № 3. С. 12–18.
3. World Health Organization. Attacks on health care in Ukraine, January 2025. WHO Situation Update. 2025. URL: <https://www.who.int/emergencies/situations/ukraine-emergency> (дата звернення: 05.10.2025).
4. Townsend C. M., Beauchamp R. D., Evers B. M., Mattox K. L. Sabiston Textbook of Surgery. 21st ed. Philadelphia: Elsevier, 2022. 2488 p.
5. Бабінець Л. С., Гаврилюк О. М. Раціональна фармакотерапія у хірургії : навч. посіб. Тернопіль : Укрмедкнига, 2023. 168 с.
6. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017 р. *Відомості Верховної Ради України*. 2018. № 5. Ст. 31.
7. Про затвердження Національного переліку основних лікарських засобів і виробів медичного призначення : Постанова Кабінету Міністрів України № 333 від 25.03.2009 р. База «Законодавство України». Діє чинна редакція станом на 2025 р.
8. Про затвердження Порядку проведення оцінки медичних технологій : Постанова Кабінету Міністрів України № 1300 від 23.12.2020 р.
9. Про внесення змін до Національного переліку основних лікарських засобів : Постанова Кабінету Міністрів України № 733 від 21.06.2024 р.
10. Про державне регулювання цін на лікарські засоби, що закуповуються за бюджетні кошти : Постанова Кабінету Міністрів України № 439 від 04.04.2025 р.
11. Про особливості здійснення публічних закупівель в умовах воєнного стану : Постанова Кабінету Міністрів України № 1178 від 12.10.2022 р. (з оновленнями 2025 р.).
12. Про оновлення реєстру лікарських засобів програми реімбурсації «Доступні ліки» : Наказ МОЗ України № 440 від 13.03.2025 р.
13. Власенко О. М., Козак І. Ю. Проблеми лікарського забезпечення хірургічних стаціонарів у період воєнного стану. *Фармацевтичний журнал*. 2025. № 2. С. 45–50.

14. Аналітичний звіт про стан медикаментозного забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану / Міністерство охорони здоров'я України. Київ, 2025. 32 с.
15. Про відшкодування вартості лікарських засобів : Постанова Кабінету Міністрів України № 1303 від 17.03.2017 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1303-2017-п> (дата звернення: 05.10.2025).
16. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines. 23rd list. Geneva: WHO, 2023. 79 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02> (дата звернення: 05.10.2025).
17. Програма медичних гарантій – 2024 : офіційний портал НСЗУ. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 05.10.2025).
18. Методичні рекомендації з оцінки медичних технологій / Державний експертний центр МОЗ України. Київ : ДЕЦ МОЗ України, 2021. 56 с.
19. Ткаченко В. І., Степаненко А. В. Фармакоекономічний аналіз у практиці охорони здоров'я. Київ : Медицина, 2020. 214 с.
20. World Health Organization. Essential medicines and health products: supply chain resilience in emergency settings. Geneva : WHO, 2022. 52 p.
21. Кравець І. М., Черненко О. В. Управління лікарськими запасами в умовах кризових ситуацій. *Менеджмент охорони здоров'я*. 2023. № 4. С. 27–33.
22. Dmytriiev O. V., Khomenko L. M. Evidence-based pharmacotherapy in emergency surgery. *Journal of Health Science and Medicine*. 2024. Vol. 12, No. 2. P. 89–95.
23. World Health Organization. Access to medicines and medical supplies in Ukraine, February – June 2022. 2022. (Звіт про порушення доступу до ліків та медичних виробів під час війни).
24. World Health Organization. Operational framework for building climate-resilient health systems. Geneva: WHO, 2023. 94 p.

References

1. Hozhenko, A. I., & Kushnir, S. M. (2020). Hospitalna khirurgiia: suchasni vyklyky ta priorityty rozvytku [Hospital surgery: Modern challenges and development priorities]. *Zdorovia* [in Ukrainian].
2. Kravchenko, O. V. (2024). Orhanizatsiini aspekty nadannia khirurhichnoi dopomohy v umovakh voiennoho stanu [Organizational aspects of surgical care in wartime conditions]. *Medychni perspektyvy*, 29(3), 12–18 [in Ukrainian].
3. World Health Organization. (2025). *Attacks on health care in Ukraine, January 2025. WHO Situation Update*. Retrieved from: <https://www.who.int/emergencies/situations/ukraine-emergency> [in Ukrainian].
4. Townsend, C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., & Mattox, K. L. (2022). *Sabiston textbook of surgery* (21st ed.). Elsevier.
5. Babinets, L. S., & Havryliuk, O. M. (2023). Ratsionalna farmakoterapiia u khirurgii: Navchalnyi posibnyk [Rational pharmacotherapy in surgery: A textbook]. *Ukrmedknyha* [in Ukrainian].
6. Verkhovna Rada Ukrainy (2017, October 19). "Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselenia": *Zakon Ukrainy No. 2168-VIII* [On state financial guarantees for public health care: Law of Ukraine No. 2168-VIII]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> [in Ukrainian].
7. Kabinet Ministriv Ukrainy (2009, March 25). "Pro zatverdzhennia Natsionalnoho pereliku osnovnykh likarskykh zasobiv": *Postanova No. 333* [On approval of the National List of Essential Medicines: Resolution No. 333]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-n>
8. Kabinet Ministriv Ukrainy (2020, December 23). "Pro zatverdzhennia Poriadku provedennia otsinky medychnykh tekhnolohii": *Postanova No. 1300* [On approval of the Procedure for health technology assessment: Resolution No. 1300]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1300-2020-n>
9. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2024, June 21). "Pro vnesennia zmin do Natsionalnoho pereliku osnovnykh likarskykh zasobiv": *Postanova No. 733* [On making amendments to the National List of Essential Medicines: Resolution No. 733]. [in Ukrainian].
10. Kabinet Ministriv Ukrainy (2025, April 4). "Pro derzhavne rehuliuвання tsin na likarski zasoby, shcho zakupovuiutsia za biudzhetni koshty": *Postanova No. 439* [On state regulation of prices for medicines purchased with budget funds: Resolution No. 439]. [in Ukrainian].
11. Kabinet Ministriv Ukrainy. (2022, October 12). "Pro osoblyvosti zdiisnennia publichnykh zakupivel v umovakh voiennoho stanu": *Postanova No. 1178 (z novlenniamy 2025 r.)* [On the specifics of public procurement in martial law: Resolution No. 1178 (with 2025 updates)]. [in Ukrainian].
12. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy (2025, March 13). "Pro onovlennia reiestru likarskykh zasobiv prohramy reim-bursatsii 'Dostupni liky'": *Nakaz No. 440* [On updating the register of medicines for the "Affordable Medicines" reimbursement program: Order No. 440]. [in Ukrainian].
13. Vlasenko, O. M., & Kozak, I. Yu. (2025). Problemy likarskoho zabezpechennia khirurhichnykh statsionariv u period voiennoho stanu [Problems of pharmaceutical supply to surgical hospitals during martial law]. *Farmatsevtichnyi zhurnal*, (2), 45–50 [in Ukrainian].
14. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (2025). *Analitichnyi zvit pro stan medykamentoznoho zabezpechennia zak-ladiv okhorony zdorovia v umovakh voiennoho stanu* [Analytical report on the state of medical supply of healthcare facilities in martial law]. [in Ukrainian].
15. Kabinet Ministriv Ukrainy (2017, March 17). "Pro vidshkoduvannia vartosti likarskykh zasobiv": *Postanova No. 1303* [On reimbursement of the cost of medicines: Resolution No. 1303]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1303-2017-п> [in Ukrainian].
16. World Health Organization (2023). WHO model list of essential medicines (23rd ed.). Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02>

17. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy (2024). *Prohrama medychnykh harantii – 2024* [Medical Guarantees Program – 2024]. Retrieved from: <https://nszu.gov.ua> [in Ukrainian].
18. Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy (2021). *Metodychni rekomendatsii z otsinky medychnykh tekhnologii* [Methodical recommendations for health technology assessment]. [in Ukrainian].
19. Tkachenko, V. I., & Stepanenko, A. V. (2020). *Farmakoeconomichnyi analiz u praktytsi okhorony zdorovia* [Pharmacoeconomic analysis in healthcare practice]. Medytyna. [in Ukrainian].
20. World Health Organization (2022). *Essential medicines and health products: Supply chain resilience in emergency settings*.
21. Kravets, I. M., & Chernenko, O. V. (2023). *Upravlinnia likarskymy zapasamy v umovakh kryzovykh sytuatsii* [Management of medical supplies in crisis situations]. *Menedzhment okhorony zdorovia*, (4), 27–33 [in Ukrainian].
22. Dmytriiev, O. V., & Khomenko, L. M. (2024). Evidence-based pharmacotherapy in emergency surgery. *Journal of Health Science and Medicine*, 12(2), 89–95.
23. World Health Organization (2022). *Access to medicines and medical supplies in Ukraine, February – June 2022*. Retrieved from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366369/WHO-EURO-2023-6873-46639-68331-ukr.pdf>
24. World Health Organization. (2023). *Operational framework for building climate-resilient health systems*. Geneva: WHO, 94 p.

ANALYSIS OF RATIONAL PHARMACOTHERAPY OF SURGICAL DISEASES OF THE ABDOMINAL ORGANS

Kh. I. MOCHERNIUK, O. M. OLESHCHUK, A. V. VYNNYK

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

Purpose: To systematize and conduct a comprehensive clinical and pharmacological analysis of medicinal products used in the complex treatment of surgical diseases of the abdominal organs, and to assess the rationality of their use in preventing postoperative complications.

Materials and Methods. A single-center retrospective analytical study was conducted at MNCE VSC “Ternopil Central District Hospital”. The sample included 63 inpatient records of patients treated for urgent abdominal surgical pathology from September to December 2024, stratified by age and gender. A clinical and pharmacological assessment was performed, including systematization of prescribed drugs, evaluation of pharmacotherapy structure, and verification of adherence to therapeutic protocols and evidence-based standards. A pharmacoeconomic analysis determined the proportion of drugs included in the National List of Essential Medicines (NLEM), the level of state funding, and coverage of needs under the Medical Guarantees Program (MGP).

Results. The leading conditions were acute pancreatitis (25 %), peritoneal adhesions and cholecystitis (19 % each), gastrointestinal bleeding (16 %), intestinal obstruction (11 %), appendicitis (8 %), and chronic pancreatitis (6 %). In total, 54 medicinal products were used, 16 of which were state-funded. The MGP provided essential antibacterial, infusion, anticoagulant, and adjunctive agents, including ceftriaxone, metronidazole, enoxaparin, tranexamic acid, dexamethasone, drotaverine, furosemide, and basic infusion solutions. This level of financing ensured full implementation of standard pharmacotherapy measures and reduced financial burden on patients. The system's rationality was supported by alignment with the “essentials first” principle, ABC/VEN analysis, and pharmacoeconomic efficiency criteria.

Conclusions. Concentrating funding on 16 clinically proven essential drugs is scientifically and practically justified. This model strengthens infection control, mitigates antibiotic resistance, and improves the quality and continuity of emergency surgical care, forming a basis for further optimization of state financing and healthcare resilience.

KEY WORDS: surgical pathology; abdominal organs; pharmacotherapy; antibacterial agents; infusion therapy; anticoagulants; pharmacoeconomics; evidence-based medicine; NLEM; Medical Guarantees Program.

Рукопис надійшов до редакції 04.11.2025
Рукопис прийнято до публікації 20.11.2025
Рукопис опубліковано 31.12.2025

Відомості про авторів:

Мочернюк Христина Іванівна – кандидатка біологічних наук, доцентка кафедри фармакології з клінічною фармакологією Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7799-0618>

Олещук Олександра Михайлівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фармакології з клінічною фармакологією Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1491-1935>.

Винник Анастасія Володимирівна – здобувачка закладу вищої освіти, 4-го курсу медичного факультету, спеціальність «Медицина» Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України; ORCID <https://orcid.org/0009-0009-2267-4042>

Електронна адреса для листування: kurylokh@tdmu.edu.ua