

Проспективне фармацевтичне консультування при лікуванні тривожно-депресивних розладів (Огляд літератури)

К. С. Гоштинар, М. В. Хайтович

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Психічні розлади, які уражають близько 450 млн осіб у всьому світі, асоціюються з низкою коморбідних патологічних станів, збільшенням витрат на лікування та посиленням використанням ресурсів систем охорони здоров'я. Ще до повномасштабної війни 30% українців відзначали щонайменше один епізод психічних розладів протягом життя, але у наш час ситуацію істотно погіршив травматичний досвід воєнних дій.

У XXI ст. ключовими учасниками менеджменту пацієнтів із тривожно-депресивними розладами стали клінічні фармацевти, які можуть виконувати скринінг цих розладів; проводити моніторинг лікування хворих з уже встановленим діагнозом; виявляти осіб із ліко-пов'язаними проблемами (ЛПП).

Успіх моніторингу лікування та скринінгу суїцидальних намірів, проведеного клінічними фармацевтами, підтверджено у низці досліджень. Фармацевти виявляли неприхильність до застосування антидепресантів, побічні ефекти лікування та інші ЛПП, і після схвалення лікарем-куратором усували їх та організовували спостереження за пацієнтом. Запропоновано різні моделі участі клінічного фармацевта у веденні хворих із тривожно-депресивними розладами (створення ресурсного центру при аптеці, працевлаштування фармацевта на повну зайнятість при психіатричному стаціонарі, формування системи дистанційних телемедичних консультацій клінічних фармацевтів тощо). Комплексна медична допомога за участю клінічного фармацевта характеризується фармакоекономічною доцільністю, що важливо для умов сучасної України.

Висновки. Враховуючи значну завантаженість вітчизняних лікарів первинної ланки та високу поширеність психічних розладів в умовах війни, в Україні різко зросла потреба в тісній співпраці лікарів із клінічними фармацевтами. Така взаємодія здатна покращити прихильність пацієнтів психіатричного профілю до лікування, зменшити кількість ЛПП, підвищити ймовірність досягнення терапевтичних цілей та знизити сумарні витрати на лікування.

Ключові слова: тривожно-депресивні розлади, клінічні фармацевти, ліко-пов'язані проблеми.

Prospective pharmaceutical counseling in the management of anxiety and depressive disorders (Literature review)

K. S. Hoshtynar, M. V. Khaitovych

Mental disorders, which affect approximately 450 million individuals worldwide, are associated with a range of comorbid pathological conditions, increased healthcare costs, and increased use of healthcare resources. Even before the onset of full-scale war, 30% of Ukrainians reported experiencing at least one episode of a mental disorder during their lifetime. However, in our time the situation has been significantly worsened by the traumatic experience of military activity.

In the 21st century, clinical pharmacists have emerged as key participants in the management of patients with anxiety and depressive disorders. Their roles include screening for such disorders; monitoring the treatment of patients with established diagnoses; identifying individuals experiencing drug-related problems (DRP).

The effectiveness of treatment monitoring and the screening of suicidal ideations conducted by clinical pharmacists has been confirmed in numerous studies. Pharmacists showed aversion to the use of antidepressants, side effects of treatment and other DRP, after approval by the supervising physician, they eliminated them, and also organized patient monitoring. Various models of clinical pharmacist participation in the management of patients with anxiety and depressive disorders were proposed (creation of a resource center at the pharmacy, full-time employment of a pharmacist at a psychiatric hospital, formation of a system of remote telemedical consultations of clinical pharmacists, etc.). Comprehensive medical care with the participation of a clinical pharmacist is characterized by pharmacoeconomic feasibility, which is important for the conditions of modern Ukraine.

Conclusions. Given the considerable workload of primary care physicians and the high prevalence of mental health disorders in war conditions, Ukraine is experiencing an urgent need for closer collaboration between physicians and clinical pharmacists. Such interaction can improve psychiatric patient adherence to treatment, reduce DRP, increase the likelihood of achieving therapeutic goals, and reduce overall treatment costs.

Keywords: anxiety-depressive disorders, clinical pharmacists, medication-related problems.

Психічні розлади становлять вагому глобальну загрозу, оскільки значна частка населення світу не може отримати навіть базову медичну допомогу у зв'язку з відсутністю або незадовільним функціонуванням системи охорони психічного здоров'я. Психопатології уражають близько 450 млн осіб у всьому світі,

становлячи 13% загальносвітового тягаря хвороб. При цьому очікується, що до 2030 р. цей показник зросте до 15%. Розлади психічного здоров'я асоціюються з низкою коморбідних патологічних станів, збільшенням витрат на лікування та посиленням використанням ресурсів систем охорони здоров'я [1–4].

Ще до повномасштабної війни близько 30% українців відзначало щонайменше один епізод психічних розладів протягом життя [5], а у 2019 р. поширеність депресивних розладів в Україні достовірно перевищувала показник Європейського Союзу (5,2 проти 4,6% відповідно) [6]. У наш час ситуацію істотно погіршив травматичний досвід військових дій, який несприятливо вплинув на всіх громадян України від раннього дитячого до старечого віку. Такі події, як смерть близьких або втрата контакту з ними (зокрема через «травму свідка»), перебування під окупацією, руйнування житла й інфраструктурних об'єктів, вимушене переміщення (всередині країни чи за її межами), роз'єднання сімей, фінансові труднощі та погіршення доступу до медичної допомоги тощо, призвели до глибокої кризи психічного здоров'я [7–9].

За даними опитування, станом на 2023 р. депресію відзначали 46,5% респондентів з України, тривожність – 46,3%, стрес – 28,6%. Водночас понад 50% учасників цього опитування не зверталися по психіатричну/психологічну допомогу [10]. Аналіз даних 7 національно репрезентативних вибірок (n = 14 140) виявив, що повномасштабна війна призвела до різкого зростання частки осіб, які відзначають суїцидальні думки (з 0,55% у грудні 2021 р. до 1,70% у липні 2022 р.). Поширеність відчуття безпомічності зросла майже утричі: з 6,55% у грудні 2021 р. до 17,10% у липні 2022 р. Автори зауважують, що поширеність зазначених маркерів психічних порушень продовжуватиме підвищуватися паралельно до збільшення тривалості війни. Слід зауважити, що психічні розлади не лише суттєво впливають на загальний тягар хвороб, а й сповільнюють економічне та соціальне відновлення країни після війни [11], що обумовлює важливість невідкладного вивчення цього питання.

Унаслідок різкого посилення стресового навантаження в Україні стрімко зросло призначення антидепресантів. Так, Т. С. Негода й Ж. М. Полова (2024) проаналізували медичні картки вітчизняних пацієнтів і провели опитування фармацевтів та психіатрів із цього питання. Науковиці виявили, що для лікування асоційованих із війною психічних розладів переважно призначають антидепресанти, представлені 18 міжнародними непатентованими найменуваннями та 37 брендовими назвами. Найчастіше призначали сертралін у дозі 50 мг/добу; також зросла частота застосування амітриптиліну та есциталопраму [12].

Психічні розлади часто співіснують із різноманітними соматичними хворобами. Так, за даними масштабного мультинаціонального дослідження СОМЕТ-G (2024; n = 54 826), від 1/3 до 2/3 пацієнтів з основним діагнозом соматичного профілю мали той чи інший психічний коморбідний стан. Найчастіше психічні розлади супроводжували неврологічні та автоімунні хвороби. Наявність біполярних розладів, психозів, депресії асоціювалася з більш раннім (на 15–20 років) розвитком соматичної мультиморбідності, інвалідизації, смерті. Такі тенденції призводять до збільшення сумарного тягара симптомів і функціональних розладів, зниження якості життя, зростання витрат на лікування, особливо в осіб похилого віку [13]. Крім того, коморбідність ускладнює вибір оптимального лікування. Для усунення цієї проблеми запропоновано призначати для кож-

ного коморбідного пацієнта куратора лікування, який буде налагоджувати та координувати комунікацію між різними вузькими спеціалістами з метою запобігання подвійним або суперечливим призначенням, розвитку міжлікарських взаємодій, контролю побічних явищ і підвищення прихильності до лікування. Роль куратора може виконувати соціальний працівник, психолог, лікар первинної ланки, клінічний фармацевт [14].

Слід зауважити, що в Україні досі побутує активна стигматизація осіб із психічними розладами. Крім того, Україна успадкувала радянську систему медичної допомоги при психічних розладах, характеристиками якої є надмірна кількість стаціонарних закладів психіатричного профілю та крайня недостатність наближених до пацієнта громадських служб психічного здоров'я [15, 16]. Натомість у другій половині ХХ ст. у багатьох країнах світу відбулася зміна парадигми лікування пацієнтів із психічними розладами. Ця зміна, яка передбачала перехід від стаціонарного лікування до амбулаторного, створила потребу у функціонуванні мультидисциплінарних команд для покращення лікування таких хворих і поглибила доцільність співпраці лікарів-клініцистів із фармацевтами, покликаними оптимізувати фармакотерапію. Роль клінічних фармацевтів значно зросла у ХХІ ст., коли вони стали ключовими учасниками менеджменту як амбулаторних, так і стаціонарних пацієнтів [17]. У масштабному метааналізі (298 досліджень) виявлено, що залучення до ведення хворих клінічних фармацевтів справляє позитивний вплив на контроль таких важливих показників, як глікований гемоглобін, холестерин ліпопротеїнів низької щільності, артеріальний тиск, а також достовірно зменшує кількість побічних ефектів і покращує якість життя пацієнтів [18]. Що стосується психіатрії, у цій галузі робота клінічного фармацевта відіграє роль об'єднуючої ланки між пацієнтами й лікарями, забезпечуючи достатньо частий моніторинг, регулярне спостереження та оцінювання стану [19].

Загалом недостатня кількість і висока завантаженість фахівців із психічного здоров'я, а також регіональні відмінності в доступності психіатричної медичної допомоги значно утруднюють лікування пацієнтів із тривожно-депресивними розладами. У зв'язку з цим важливо, щоб усі професіонали в галузі охорони здоров'я докладали зусиль до зменшення тягара психічних розладів, зокрема тривожності та депресії. Раннє виявлення тривожно-депресивних розладів у процесі скринінгу та моніторинг ефективності й безпеки лікування дають змогу покращити наслідки для пацієнтів [20]. На думку експертів Міжнародної фармацевтичної федерації, фармацевти можуть сприяти підтримці психічного здоров'я та добробуту пацієнтів і запобігати розвитку психічних розладів. Завдяки доступності для пацієнтів фармацевти можуть:

- виявляти осіб, які, ймовірно, мають психічні патологічні стани;
- проводити скринінг для виявлення тих пацієнтів, які потребують подальшого оцінювання або спостереження лікаря;
- проводити моніторинг лікування хворих з уже встановленим діагнозом [21].

За рекомендаціями Національного інституту вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE,

2016), протягом 2 тиж. після призначення або підвищення дози антидепресантів слід спостерігати за пацієнтом із метою зменшення ймовірності передчасного припинення лікування або суїцидальних намірів [22]. Однак лікарі первинної ланки та їхній допоміжний персонал перевантажені завданнями клінічної та адміністративної зон відповідальності, тому часові обмеження і відсутність систематизації процесу спостереження залишаються суттєвою перешкодою на шляху до належного нагляду за пацієнтом із тривожно-депресивними розладами на первинній ланці медичної допомоги. Телемоніторинг, який проводить фармацевт, здатен усунути цю перешкоду. У ретроспективному обсерваційному дослідженні за участю 380 дорослих пацієнтів із депресією клінічні фармацевти отримували електронні картки хворих, яким було призначено антидепресанти, і зв'язувалися з ними телефоном протягом 2 тиж. після початку лікування, ставлячи питання щодо прихильності до рекомендацій лікаря загальної практики, наявності побічних ефектів і появи суїцидальних намірів. Залежно від відповідей, клінічний фармацевт підтверджував доцільність продовження стартового плану лікування, рекомендував змінити фармакотерапію (препарат, дозу або час приймання) чи використовував шкалу скринінгу суїцидальних намірів P4 Suicidality Screener. Ця шкала дозволяє не лише визначити ризик суїциду, а й запропонувати оптимальну для певного пацієнта тактику дій (звернення до сімейного лікаря, обговорення цього питання з членами сім'ї, консультація фахівця гарячої лінії з питань суїциду). Підсумки розмови в електронному форматі та запит на зміну призначеного препарату надсилали сімейному лікарю. У зазначеному дослідженні фармацевтам удалося успішно зв'язатися з 68% пацієнтів. Неприхильність до застосування антидепресантів було зафіксовано в 19% учасників, побічні ефекти (найчастіше нестабільність настрою, розлади сну, нудота/блювання) – у 27%, а суїцидальні наміри – у 4%. Більшість пацієнтів, в яких було виявлено проблеми, асоційовані з лікуванням депресії, не зверталися для розв'язання цих проблем до свого сімейного лікаря, натомість проведення такого моніторингу допомогло своєчасно донести важливу інформацію лікарям загальної практики. На думку авторів, проведення клінічними фармацевтами телемоніторингу терапії антидепресантами є цінним альтернативним методом контролю стану пацієнтів після призначення антидепресантів або підвищення їхньої дози. Подібні заходи дають змогу оптимізувати прихильність до лікування, зменшити тягар побічних ефектів і мінімізувати ризик суїцидів, водночас не підвищуючи навантаження на працівників первинної ланки медичної допомоги [23].

Крім того, залучення до процесу лікування клінічних фармацевтів, добре обізнаних з особливостями призначених препаратів, може допомогти зменшити ймовірність ліко-пов'язаних проблем (ЛПП), які являють собою випадки або ситуації, асоційовані з медикаментозним лікуванням, що реально або потенційно перешкоджає результатам медичної допомоги [24]. Для класифікації ЛПП запропоновано низку систем, найчастіше з яких в Європі застосовуються системи PI Doc та Westerlund, а PCNE, DOCUMENT та GSASA використовуються рідше [25]. ЛПП поділяють на вісім ти-

пів: неліковані патологічні стани (потреба в додатковій фармакотерапії), занадто низькі або надлишково високі дози, зайві препарати, неможливість отримати необхідні ліки, невідповідний вибір препаратів, міжлікарські взаємодії та небажані побічні явища [26]. Деякі автори пропонують поділяти ЛПП на два домени: пов'язані з ефективністю препаратів та зумовлені побічними ефектами [27]. Залежно від обраної класифікації ЛПП, їхня поширеність у популяції дослідження може становити від 30 до 70%. Різні дослідники називають різноманітні групи препаратів, що найчастіше викликають ЛПП. Зокрема, цю здатність часто документують для вітамінів, антибіотиків, варфарину, дигоксину, нестероїдних протизапальних препаратів, кортикостероїдів та антидепресантів. Предикторами й факторами ризику ЛПП є стаціонарне лікування, велика кількість призначених медикаментів, ожиріння, наявність алергій, ниркова недостатність, похилий вік і жіноча стать [27, 28].

Вагому роль фармацевтів у запобіганні ЛПП доводить ціла низка різнопланових наукових робіт. Так, у рандомізованому клінічному дослідженні пацієнтів із тромбоемболією легеневої артерії було поділено на дві групи: у групі втручання клінічні фармацевти контролювали стан хворих через 90 та 180 днів після виписування та за потреби надавали рекомендації щодо корекції лікування, натомість група контролю обмежувалася рекомендаціями, наданими лікарем стаціонару при виписуванні. Ті чи інші ЛПП, пов'язані переважно з вибором препарату чи дози, виникли у 84% загальної популяції дослідження. У групі втручання клінічні фармацевти надали рекомендації щодо 91,5% ЛПП, більшість із яких (94,7%) отримали схвалення лікаря-куратора. За даними контролю, через 90 днів кровотеча розвинулася в 16,6% осіб групи контролю та в жодного пацієнта групи втручання, а через 180 днів – у 33,3 та 16,6% відповідно. Таким чином, включення клінічного фармацевта до лікування сприятливо впливає на результати для пацієнта [29].

У дослідженні за участю 914 пацієнтів із хронічною хворобою нирок було зафіксовано 463 ЛПП в 420 (45,95%) пацієнтів, що приблизно відповідає 0,51 ЛПП на одну особу. Найвища частка ЛПП (43,84%) стосувалася безпеки лікування; подібну частку становили ЛПП, асоційовані з ефективністю фармакотерапії (43,20%). З наданих клінічними фармацевтами рекомендацій у життя було втілено 85,53%, що призвело до повного усунення 84,23% ЛПП. Після втручання фармацевта частка пацієнтів із ЛПП знизилася до 7,77%, що відповідає в середньому 0,08 випадку на одну особу [30]. В іншому дослідженні за участю пацієнтів із неврологічними розладами серед ЛПП домінували міжлікарські взаємодії (83%), а середня кількість ЛПП на одного хворого становила 1,75. Лікарі-куратори схвалили 89,87% фармацевтичних втручань, модифікувавши терапію, що призвело до зменшення кількості ЛПП [31].

Своєчасне виявлення ЛПП є особливо важливим при менеджменті тривожно-депресивних розладів, тому протягом останніх кількох деkad зростає потреба у клінічних фармакологах, обізнаних із психотропними препаратами. Роль таких фахівців полягає в моніторингу лікування ін'єкційними препаратами тривалої дії, незалежному призначенні фармакологічних засобів, контролі ведення па-

Приклади втручання клінічного фармацевта

№	Проблема	Втручання клінічного фармацевта
1	Пацієнт страждав на хронічне безсоння та депресію й одночасно приймав 2 препарати (золпідем 10 мг/добу та темазепам 30 мг/добу)	Відміна темазепаму, призначення міртазепіну в дозі 15 мг/добу
2	Пацієнт одночасно приймав флувоксамін, сертралін і венлафаксин (небезпечи: підвищений ризик побічних ефектів, потенціал міжлікарських взаємодій, серотоніновий синдром)	Узгоджена з лікарем поступова відміна одного антидепресанту з потенційним припиненням ще одного
3	Резистентна депресія з перевищенням максимальної дози міртазепіну (60 мг/добу при дозволеніх 45 мг/добу)	Зменшення дози до 45 мг/добу
4	Поеднання пароксетину 20 мг/добу з лінезолідом 600 мг/добу (небезпека: розвиток серотонінового синдрому)	Призупинення застосування пароксетину на час антибіотикотерапії інфекції сечових шляхів лінезолідом (7 днів)
5	Розвиток шлуночкової тахікардії та подовження інтервалу Q–T в пацієнта з імплантованим кардіовертером-дефібрилятором, який отримує есциталопрам	Заміна есциталопраму на сертралін
6	Одночасне застосування препаратів звіробою та есциталопраму зі зменшенням ефективності останнього в пацієнта з легкою депресією	Відміна есциталопраму
7	Приймання під час лактації флуоксетину, який виділяється в грудне молоко	Перехід із флуоксетину на сертралін
8	Жінка, яка приймала пароксетин, завагітніла	Заміна пароксетину на сертралін
9	Поява нудоти, блювання, діареї, головного болю, тремору та розладів сну на тлі різкої відміни есциталопраму	Пояснення особливостей відміни антидепресантів, призначення повторного застосування есциталопраму в малій дозі (5 мг/добу) з ретельним моніторингом симптомів

цієнтів із хронічними психічними хворобами, проведенні особистих консультацій, забезпечення освітньої підтримки психічного здоров'я тощо. Також фармацевти є ключовою ланкою медичної допомоги при психічних розладах завдяки їхній глибокій обізнаності щодо потенційних побічних ефектів та ускладнень застосування відповідних ліків. Кілька прикладів корекції ЛПП клінічними фармацевтами в пацієнтів із депресією наведено в таблиці [32].

Окрім роботи з ЛПП, фармацевти успішно здійснюють скринінг та оцінювання стану пацієнтів. Так, у португальському обсерваційному та крос-секційному дослідженні (n = 591) клінічні фармацевти проводили скринінгове анкетування пацієнтів за опитувальниками GAD-7 (шкала генералізованого тривожного розладу) та PHQ-9 (шкала загального здоров'я пацієнта). За результатами скринінгу, у 12,1% пацієнтів, в яких не було раніше діагностовано депресію, спостерігалися помірні або навіть тяжкі симптоми цього розладу (оцінка за PHQ-9 ≥ 10 балів). Недіагностовану тривожність було зафіксовано у близько 18% респондентів.

Скринінг також виявив недостатній контроль тривожності та депресії за допомогою фармакотерапії. У 39,4% осіб із діагностованим тривожним розладом було зафіксовано наявність тривожності за опитувальником GAD-7. Аналогічно, симптоми депресії спостерігалися в 49,5% пацієнтів із діагностованою депресією, які отримували призначене лікування. Ці дані наголошують на важливості моніторингу терапії для покращення її ефективності [20].

У подібному дослідженні, проведеному у США, інтеграція клінічного фармацевта в команду фахівців із лікування психічних розладів вже через 12 тиж. призвела до зниження середньої оцінки пацієнтів за опитувальниками PHQ-9 та GAD-7 на 10 (95% довірчий інтервал (ДІ) [6,2–13,8], $p < 0,001$) та 8 (95% ДІ [3,1–12,9], $p = 0,006$) балів відповідно. Середня прихильність до фармакотерапії на тлі контактів із клінічним фармацевтом становила 82,9% [33]. Аналогічно, шотландське

пілотне дослідження передбачало скерування хворих із психічними розладами сімейним лікарем до клінічного фармацевта, який спеціалізується на такій проблемі. У результаті цього вдалося знизити оцінку за шкалами PHQ-9 та GAD-7 на 50% у 45,3% пацієнтів. Автори дійшли висновку, що клінічні фармацевти можуть надавати високоякісну допомогу пацієнтам із помірно тяжкою та тяжкою тривожністю й депресією, і що таку модель доцільно впроваджувати в загальну практику [34].

У деяких провінціях Канади запроваджено програму Bloom Program (рис. 1), яка передбачає активну роль клінічного фармацевта у веденні пацієнтів із психічними хворобами [35].

Аналіз електронних карток пацієнтів програми виявив, що найчастіше до фармацевта зверталися особи з тривожністю (69%), депресією (62%) та розладами сну (35%). Також нерідко зустрічалися випадки зловживання психоактивними речовинами (16%), посттравматичний стресовий розлад (15%), біполярний розлад (11%). Коморбідні соматичні захворювання спостерігалися в 57% пацієнтів. Провідною причиною звернення пацієнтів до фармацевта виступала потреба в удосконаленні контролю симптомів і покращення рутинного щоденного функціонального стану. Близько чверті пацієнтів зверталися для контролю побічних ефектів, а 11% – за допомогою в покращенні прихильності до лікування. У програмі з метою спрощення режиму лікування у зв'язку із занепокоєнням щодо призначених медикаментів або для допомоги у відміні певних препаратів, зазвичай седативних і снодійних, взяли участь 20% пацієнтів. Цікаво, що частота візитів була найвищою на початку лікування психотропними засобами, а тривалість візитів із часом зменшувалася. У середньому тривалість контрольного візиту становила 15 хв, однак 13,3% усіх прийомів займали понад 1 год. В абсолютній більшості випадків консультація клінічного фармацевта дозволяла усунути проблему або хоча б покращити ситуацію (рис. 2).



Рис. 1. Ролі клінічного фармацевта в програмі Bloom Program (Канада) [35]

Автори окремо наголошують на кількох моментах застосованої програми, зокрема на тому, що:

- фармацевти отримували пропорційне відшкодування за витрачений час;
- зустрічі проводилися в комфортній приватній обстановці під час особистих консультацій [35].

Натомість у цьогорічному дослідженні Al Shakhori та співавт. (2025) продемонстрували, що дистанційні телемедичні консультації клінічних фармацевтів також мають значний успіх у покращенні прихильності до лікування. Найчастішими причинами звернення за телемедичною допомогою фармацевта були: потреба в інформації щодо хвороби/лікування, корекція дози, усунення побічних реакцій [32]. Телемедичні фармацевтичні консультації підтвердили свою успішність і під час пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19) [36].

Цікаву модель функціонування клінічного фармацевта детально описують болгарські науковці. На їхню думку, обов'язками фармацевта в комплексному веденні пацієнта є збір специфічної анамнестичної інформації (поточне лікування, дози, режим, наявність алергій, анамнез щеплень, попередній досвід фармакотерапії), аналіз цієї інформації для виявлення ЛПП й визначення ефективності й безпеки призначеного лікування, вивчення прихильності та довготривале спостереження з оцінкою досягнення терапевтичних цілей (рис. 3). Авторі також пропонують клінічним фармацевтам приділяти особливу увагу певним групам населення: підліткам, жінкам у післяпологовому періоді, особам похилого віку [37].

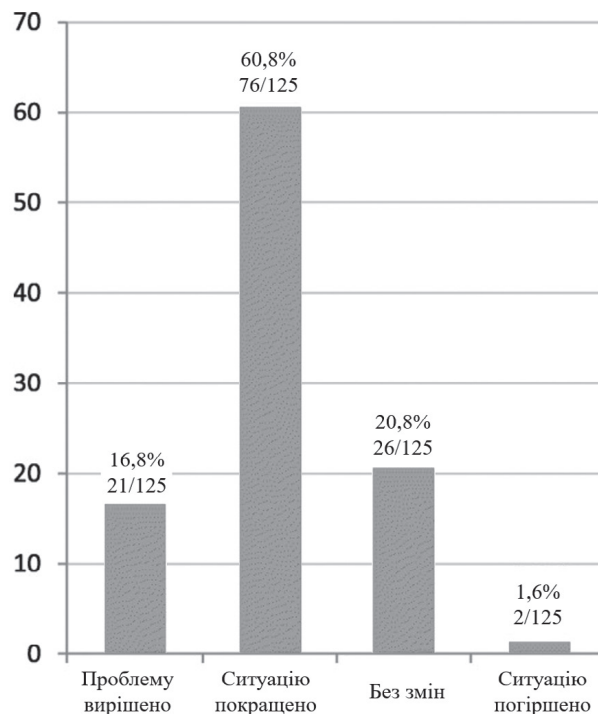


Рис. 2. Результат звернень до фармацевта з певною проблемою

Іншу систему – модель Айхбергера – застосовують у Німеччині. Вона передбачає працевлаштування клінічного фармацевта на повну зайнятість у психіатричній лікарні. За даними ретроспективного аналізу, найчастішими причинами звернень до фармацевта в разі застосування такої моделі були: вибір належного препарату (31,3%), міжлікарські взаємодії (25,2%), імовірні побічні ефекти (17%) та заміна препарату (12,2%) [38].

У 2023 р. спеціалізована робоча група Європейського товариства клінічних фармацевтів видала детальний коментар щодо участі цих спеціалістів у лікуванні пацієнтів із психічними розладами. Залучення клінічних фармацевтів до співпраці стосовно цих хворих із лікарями первинної ланки та закладами довготривалої медичної допомоги дозволяло зменшити:

- призначення потенційно невідповідних медикаментів на 20–50%;
- сумарну кількість призначених медикаментів на > 10%;
- кількість потенційних міжлікарських взаємодій на 30–79%.

Автори коментаря вказують, що активне впровадження роботи мультидисциплінарних команд за участю фармацевтів утруднюється через нюанси законодавства, локальні особливості клінічної практики, правила відшкодування вартості лікування та відсутність стандартизації психіатричної медичної допомоги. Крім того, спеціалізація «психіатричний фармацевт» існує лише в кількох країнах, наприклад у США, хоча у Великій Британії фармацевти можуть призначати рецептурні психотропні засоби [39].

Систематичний огляд і метааналіз 64 публікацій підтвердив, що залучення клінічного фармацевта до командної роботи з пацієнтами, які мають психічні



Рис. 3. Обов'язки клінічного фармацевта в комплексному веденні пацієнта

розлади, достовірно покращує такі показники, як прихильність до лікування, контроль хвороби та частота госпіталізацій [40]. В іншому метааналізі на зазначену тематику наголошено, що фармацевти є доступними для пацієнта спеціалістами та часто володіють високим ступенем довіри хворих, що обумовлює доцільність інтеграції таких фахівців у мультидисциплінарні команди з лікування психічних розладів. Комплексна медична допомога за участю клінічного фармацевта також характеризується фармакоекономічною доцільністю [17], що досить важливо для умов сучасної України.

ВИСНОВКИ

Психічні розлади є поширеними в усьому світі, і, за прогнозами науковців, їхня поширеність продовжуватиме зростати. Повномасштабна війна спричинила значний несприятливий вплив на стан психічного здоров'я українців, водночас зменшивши загальні потужності системи охорони здоров'я.

Ураховуючи значну завантаженість вітчизняних лікарів первинної ланки клінічними та адміністративними задачами, а також надвисоку поширеність психічних розладів із тенденцією до подальшого зростання, в Україні різко збільшилася потреба в тісній співпраці лікарів та інших фахівців у галузі охорони здоров'я з клінічними фармацевтами. Така взаємодія здатна покращити прихильність пацієнтів психіатричного профілю до лікування, зменшити кількість побічних явищ і ЛПП, підвищити ймовірність досягнення терапевтичних цілей, знизити сумарні витрати на лікування та позитивно вплинути на систему охорони здоров'я загалом внаслідок зменшення навантаження на неї.

Позитивний досвід інших країн (США, Канади, Великої Британії, Болгарії, Німеччини тощо) свідчить про значні переваги інтеграції клінічного фармацевта в мультидисциплінарну команду з ведення пацієнтів із тривожно-депресивними розладами.

Інформація про авторів

Гоштиняр Катерина Сергіївна – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (093) 775-50-57. E-mail: Kateryna.hoshtynar@gmail.com

ORCID: 0009-0000-6516-4522

Хайтович Микола Валентинович – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (050) 352-17-86. E-mail: nik3061@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6412-3243

Information about the authors

Hoshtynar Kateryna S. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (093) 775-50-57. E-mail: Kateryna.hoshtynar@gmail.com

ORCID: 0009-0000-6516-4522

Khaitovych Mykola V. – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (050) 352-17-86. E-mail: nik3061@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6412-3243

ПОСИЛАННЯ

- Carbonell Á, Navarro-Pérez JJ, Mestre MV. Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020;28(5):1366-79. doi: 10.1111/hsc.12968.
- Hui D, Chibli D, Catanzano S. Evaluation of a psychiatric pharmacist consultation service in a multispecialty outpatient clinic. *JACCP*. 2024;7(2):108-14. doi: 10.1002/jac5.1921.
- Rubio-Valera M, Chen TF, O'Reilly CL. New roles for pharmacists in community mental health care: a narrative review. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):10967-90. doi: 10.3390/ijerph111010967.
- Kelly DL, Love RC. Psychiatric pharmacist's role in overcoming barriers to clozapine use and improving management. *Ment Health Clin*. 2019;9(2):64-9. doi: 10.9740/mhc.2019.03.064.
- World Bank Group. Mental health in transition. Assessment and Guidance for Strengthening Integration of Mental Health into Primary Health Care and Community-Based Service Platforms in Ukraine 2017. Kyiv: World Bank Group; 2017. 132 p.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Health Data Exchange. GBD Results Tool. Prevalence of depressive disorders (%) in Ukraine and European Union 2019 [Internet]. IHME; 2019. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- Selezanova V, Pinchuk I, Feldman I, Virchenko V, Wang B, Skokauskas N. The battle for mental well-being in Ukraine: Mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *Int J Ment Health Syst*. 2023;17(1):28. doi: 10.1186/s13033-023-00598-3.
- Goto R, Guerrero APS, Speranza M, Fung D, Paul C, Skokauskas N. War is a public health emergency. *Lancet*. 2022;399(10332):1302. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00479-2.
- Karatzias T, Shevlin M, Ben-Ezra M, McElroy E, Redican E, Vang ML, et al. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;147(3):276-85. doi: 10.1111/acps.13529.
- Chudzicka-Czapala A, Hapon N, Chiong SK, Żywiol-Szeja M, Karamushka L, Lee CT, et al. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Sci Rep*. 2023;13(1):3602. doi: 10.1038/s41598-023-28729-3.
- An J, Wang T, Chen B, Oleksienko A, Lin C. Mental health of residents of Ukraine exposed to the Russia-Ukraine conflict. *JAMA Netw Open*. 2025;8(2):e2459318. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.59318.
- Nehoda TS, Polova ZhM. Methodological approaches to the formation of an optimal range of antidepressants for the inpatient treatment of mental law mental disorders. *Health Educ*. 2024;(1):113-20. doi: 10.32782/health-2024.1.15.
- Fountoulakis KN, Karakatsoulis GN, Abraham S, Adorjan K, Ahmed HU, Alarcón RD, et al. Somatic multimorbidity and disability in patients with psychiatric disorders in comparison to the general population: a quasi-epidemiological investigation in 54,826 subjects from 40 countries (COMET-G study). *CNS Spectr*. 2024;29(2):126-49. doi: 10.1017/S1092852924000026.
- Rosenfeld LC, Wang P, Holland J, Ruble M, Parsons T 3rd, Huang H. Care management of comorbid medical and psychiatric illness: A conceptual framework for improving equity of care. *Popul Health Manag*. 2022;25(2):148-56. doi: 10.1089/pop.2021.0366.
- Muijen M, McCulloch A. Reform of mental health services in Eastern Europe and former Soviet republics: progress and challenges since 2005. *BJPsych Int*. 2019;16(1):6-9. doi: 10.1192/bji.2017.34.
- Quirke E, Klymchuk V, Suvalo O, Bakolis I, Thornicroft G. Mental health stigma in Ukraine: Cross-sectional survey. *Glob Ment Health (Camb)*. 2022;8:e11. doi: 10.1017/gmh.2021.9.
- El-Den S, Collins JC, Chen TF, O'Reilly CL. Pharmacists' roles in mental healthcare: Past, present and future. *Pharm Pract (Granada)*. 2021;19(3):2545. doi: 10.18549/PharmPract.2021.3.2545.
- Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy E, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: Systematic review and meta-analyses. *Med Care*. 2010;48(10):923-33. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181e57962.
- Vitija A, Amirthalangam A, Soltani A. The impact of digital interventions on medication adherence in paediatric populations with attention deficit hyperactivity disorder, depression, and/or anxiety: A rapid systematic review and meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*. 2022;(12):4017-27. doi: 10.1016/j.sapharm.2022.07.042.
- Condinho M, Ramalhinho I, Vaz-Velho C, Sinogas C. Mental Health evaluation in community pharmacies: a cross-sectional study. *Pharmacy (Basel)*. 2024;12(3):89. doi: 10.3390/pharmacy12030089.
- International Pharmaceutical Federation (FIP). Mental Health Care: A Handbook for Pharmacists. 2022 [Internet]. Netherlands: FIP Practice Transformation Programme on NCDs; 2022. Available from: <https://www.fip.org/file/5212>.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. Depression in adults: recognition and management: Clinical guideline No CG90 [Internet]. NICE; 2009. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
- Bhat S, Kroehl ME, Trinkley KE, Chow Z, Heath LJ, Billups SJ, et al. Evaluation of a clinical pharmacist-led multidisciplinary antidepressant telemonitoring service in the primary care setting. *Popul Health Manag*. 2018;21(5):366-72. doi: 10.1089/pop.2017.0144.
- Dagnew EM, Ayalew MB, Alemnew Mekonnen G, Geremew AB, Abdela OA. Drug-related problems and associated factors among adult psychiatric inpatients in Northwest Ethiopia: Multicenter cross-sectional study. *SAGE Open Med*. 2022;10:20503121221112485. doi: 10.1177/20503121221112485.
- Hochhold D, Nørgaard LS, Stewart D, Weidmann AE. Identification, classification, and documentation of drug related problems in community pharmacy practice in Europe: A scoping review. *Int J Clin Pharm*. 2025;47(2):247-69. doi: 10.1007/s11096-024-01834-7.
- Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(3):533-43.
- Garin N, Sole N, Lucas B, Matas L, Moras D, Rodrigo-Troyano A, et al. Drug related problems in clinical practice: A cross-sectional study on their prevalence, risk factors and associated pharmaceutical interventions. *Sci Rep*. 2021;11(1):883. doi: 10.1038/s41598-020-80560-2.
- Gayathri B, Divasish LE, Soni M, Hup GK, Prasath KH. Drug related problems: A systemic literature review. *Int J Pharm Ther*. 2018;9(1):7-13.
- Ayhan YE, Aksoy M, Abdulrahman Y, Şahin Eröksüz ZS, Vezir D, Mercümeç B, et al. Evaluation of the effect of management of drug-related problems on clinical outcomes of pulmonary embolism outpatients: A randomized controlled trial. *J Clin Med*. 2025;14(4):1202. doi: 10.3390/jcm14041202.
- Zhang S, Zhang GB, Huang P, Ren Y, Lin B, Shao YF, et al. Drug-related problems in hospitalized patients with chronic kidney diseases and clinical pharmacist interventions. *BMC Geriatr*. 2023;23(1):849. doi: 10.1186/s12877-023-04557-y.
- Jimmy N, Upadhyaya M, Jaisson JM, Sidheque S, Sundaramurthy H, Nemichan-
- dra SC, et al. A clinical pharmacist-led approach on reducing drug related problems among patients with neurological disorders: An interventional study. *Explor Res Clin Soc Pharm*. 2023;11:100302. doi: 10.1016/j.rcsop.2023.100302.
- Al Shakhori M, Arain S, Abdul-salim S, Salim KM, Al Dhamen M, Almutairi S, et al. Effectiveness of a pharmacist-led tele-psychiatric clinic in managing drug-related problems. *J Pharm Policy Pract*. 2025;18(1):2460038. doi: 10.1080/20523211.2025.2460038.
- Harms M, Haas M, Lawe J, De-Jongh B. Impact of a mental health clinical pharmacist on a primary care mental health integration team. *Ment Health Clin*. 2018;7(3):101-05. doi: 10.9740/mhc.2017.05.101.
- Buist E, McLelland R, Rushworth GF, Stewart D, Gibson-Smith K, MacLure A, et al. An evaluation of mental health clinical pharmacist independent prescribers within general practice in remote and rural Scotland. *Int J Clin Pharm*. 2019;41(5):1138-42. doi: 10.1007/s11096-019-00897-1.
- Murphy AL, Gardner DM, Jacobs LM. Patient care activities by community pharmacists in a capitation funding model mental health and addictions program. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):192. doi: 10.1186/s12888-018-1746-3.
- Arain S, Al Shakhori M, Thorakkattil SA, Mohiuddin SI, Al-Ghamdi F. Implementation of pharmacist-led telepsychiatry services: challenges and opportunities in the midst of COVID-19. *J Technol Behav Sci*. 2022;7(4):468-76. doi: 10.1007/s41347-022-00266-2.
- Kamushheva M, Ignatova D, Golda A, Skowron A. The potential role of the pharmacist in supporting patients with depression – A literature-based point of view. *Integr Pharm Res Pract*. 2020;9:49-63. doi: 10.2147/IPRP.S239672.
- Hahn M, Ritter C, Roll SC. Validation of pharmacist-physician collaboration in psychiatry: The Eichberger-model'. *Int J Clin Pharm*. 2018;40(5):1001-04. doi: 10.1007/s11096-018-0664-2.
- Stuhec M, Hahn M, Taskova I, Bayraktar I, Fitzgerald I, Molitschnig L, et al. Clinical pharmacy services in mental health in Europe: A commentary paper of the European Society of Clinical Pharmacy Special Interest Group on Mental Health. *Int J Clin Pharm*. 2023;45(5):1286-92. doi: 10.1007/s11096-023-01643-4.
- Werremeyer A, Bostwick J, Cobb C, Moore TD, Park SH, Price C, et al. Impact of pharmacists on outcomes for patients with psychiatric or neurologic disorders. *Ment Health Clin*. 2020;10(6):358-80. doi: 10.9740/mhc.2020.11.358.

Стаття надійшла до редакції 26.03.2025. – Дата першого рішення 31.03.2025. – Стаття подана до друку 07.05.2025