

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
фармацевтичний факультет
кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«КЛІНІКО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ЕФЕКТИВНОСТІ
ТА БЕЗПЕКИ ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ПРОТИКАШЛЬОВИХ
ПРЕПАРАТІВ»**

Виконав: здобувач вищої освіти групи Фс18(4,5з)-04б
спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Фармація

Анастасія КУШНИР

Керівник: доцент закладу вищої освіти
кафедри клінічної фармакології
та клінічної фармації, к.фарм.н., доцент

Інна ОТРИШКО

Рецензент: професор закладу вищої освіти
кафедри фармакології та фармакотерапії,
д.фарм.н., професор

Ярослава БУТКО

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі обговорено результати проведеного анкетування щодо питань ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів. Показано, що оптимізація підходів до надання фармацевтичної допомоги даній категорії відвідувачів аптеки буде сприяти підвищенню прихильності до лікування та якості життя пацієнтів, що, в свою чергу, позитивно віддзеркалиться на ефективності та безпеці їх фармакотерапії.

Кваліфікаційна робота викладена на 44 сторінках машинописного тексту, складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел. Робота ілюстрована 3 таблицями, 7 рисунками. Список використаних джерел містить 45 найменувань.

Ключові слова: сухий кашель, протикашльові засоби, ефективність терапії, безпека терапії, фармацевтична допомога

ANNOTATION

The qualification work discussed the results of the questionnaire on the efficiency and safety of the use of modern antitussive drugs. It has been shown that optimizing approaches to the provision of pharmaceutical care of this category of pharmacy visitors will help to increase the adherence to treatment and quality of life of patients, which, in turn, will be positively reflected in the effectiveness and safety of their pharmacotherapy.

Qualification work is presented on 44 pages of typewritten text, consists of annotations in Ukrainian and English, introduction, 3 chapters, conclusions, references. The work is illustrated with 3 tables, 7 figures. The list of references contains 45 names.

Key words: dry cough, antitussive medicines, effectiveness of therapy, safety of therapy, pharmaceutical care

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 УЯВЛЕННЯ ПРО СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ СУХОГО КАШЛЮ (огляд літератури).....	8
1.1 Кашель: причини, відмінності, підходи до лікування.....	8
1.2 Аналіз ринку сучасних протикашльових засобів.....	12
1.3 Підходи до фітотерапії сухого кашлю	19
Висновки до розділу 1.....	22
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	23
Висновки до розділу 2.....	26
РОЗДІЛ 3 ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ТЕРАПІЇ ПРОТИКАШЛЬОВИМИ ПРЕПАРАТАМИ (експериментальна частина)	27
3.1 Аналіз результатів анкетування... ..	27
3.2 Практичні рекомендації з підвищення якості життя пацієнтів із сухим кашлем.....	36
3.3 Аналіз та узагальнення результатів роботи.....	38
Висновки до розділу 3.....	42
ВИСНОВКИ.....	43
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	45

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТ	–	акціонерне товариство;
БА	–	бронхіальна астма;
БАР	–	біологічно активна речовина;
ГЕРХ	–	гастроезофагеальна рефлюксна хвороба;
ГРВІ	–	гостра респіраторна вірусна інфекція;
ГРЗ	–	гостре респіраторне захворювання;
ГРІ	–	гостра респіраторна інфекція;
ДНК	–	дезоксирибонуклеїнова кислота;
ІАПФ	–	інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту;
ЛП	–	лікарський препарат;
США	–	Сполучені штати Америки;
ТЕЛА	–	тромбоемболія легеневої артерії;
ХОЗЛ	–	хронічне обструктивне захворювання легень;
ШКТ	–	шлунково-кишковий тракт

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема кашлю останнім часом все частіше привертає увагу фахівців. За даними Європейського респіраторного товариства, біля 30% звернень до лікаря загальної практики так чи інакше пов'язані з розвитком кашлю, а у США щорічно з цією скаргою до спеціалістів звертаються близько 26 млн людей [19, 21, 34, 43]. На жаль, не можна навести інформацію щодо поширеності кашлю серед населення України, через те, що на даному етапі реформування медицини в Україні статистична інформація спирається на нозології, а кашель – це симптом, що може бути присутнім при багатьох нозологіях. Можна лише відмітити, що причиною кашлю серед населення різних вікових категорій можуть бути: гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), вірусні інфекції, туберкульоз, хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальна астма (БА), гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), активне та пасивне паління, прийом інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ), аутоімунна патологія, алергія, рак легень, хвороби серцево-судинної системи (тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), застійна серцева недостатність), анатомічні порушення (наприклад, трахеобронхомалія), інтерстиційні (колагенові) хвороби легень, аспірація сторонніх тіл тощо [6, 10, 13, 17, 44]. Незважаючи на таку багатогранну природу, кашель все таки займає перше місце серед симптомів, обумовлених саме патологією дихальних шляхів і може бути проявом важких захворювань, а при відсутності належного лікування – обтяжуватися серйозними ускладненнями.

Зазвичай, кашель завдає значного дискомфорту хворим та порушує якість їхнього життя, особливо у тих випадках, коли мова йде про початкові прояви гострих запальних захворювань дихальних шляхів: сухий, частий, інтенсивний або малопродуктивний кашель з утрудненим відходженням мокротиння [2, 45].

Кашель є найпоширенішим симптомом бронхолегеневих захворювань і найчастішою причиною звернення пацієнтів за медичною допомогою на ам-

булаторному етапі. Зазвичай від 10 до 38% звернень до пульмонолога зумовлені наявністю хронічного кашлю. Кашель являє собою мультидисциплінарну проблему, пов'язану не лише із захворюваннями дихальних шляхів. На сьогодні відомо >50 причин кашлю, тому розібратися, що саме спричинило його розвиток буває досить складно. Лікування кашлю є актуальною загальнотерапевтичною проблемою, що потребує раціонального та диференційованого підходу [22, 32, 36, 42].

Хворі з патологією органів дихання складають значну частину відвідувачів аптеки. У більшості випадків при перших симптомах таких захворювань пацієнти починають лікуватися самостійно за допомогою безрецептурних препаратів і досить часто першим, до кого вони звертаються, є провізор. У межах фармацевтичної опіки першочерговим завданням фармацевта є грамотна оцінка стану відвідувача аптеки з урахуванням як характеру, так і сукупності його скарг та своєчасне виявлення «загрозливих» проявів захворювань дихальної системи.

Мета дослідження полягає у вивченні клініко-фармацевтичних аспектів ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів.

Завдання дослідження. Для виконання поставленої мети необхідно було:

1. Провести огляд наукової літератури щодо актуальності терапії пульмонологічних захворювань, які супроводжуються сухим кашлем.
2. Розглянути сучасні протикашльові препарати, що представлені на фармацевтичному ринку України.
3. Провести анкетування в аптеці респондентів, що страждають на сухий кашель.
4. Оцінити результати проведеного анкетування та запропонувати критерії ефективності та безпеки терапії протикашльовими препаратами.
5. Розробити практичні рекомендації (пам'ятка для пацієнта, фармацевта, лікаря) з оптимізації корекції станів, що супроводжуються сухим кашлем.

Об'єкт дослідження – оптимізація застосування сучасних протикашльових препаратів, підвищення ефективності та безпеки фармакотерапії пацієнтів із сухим кашлем.

Предмет дослідження – симптоматична терапія сухого (непродуктивного) кашлю.

Методи дослідження – методологічну основу дослідження складають принципи об'єктивності і системності. У роботі використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: теоретичний, метод узагальнення, систематизації даних, порівняння, методи вивчення літературних джерел, аналізу, метод анкетування і статистичної обробки результатів та ін.

Практичне значення отриманих результатів. Проведені в роботі дослідження є актуальними та відіграють важливе значення для оптимізації станів, що супроводжуються сухим кашлем. Застосування заходів, що підвищують рівень ефективності та безпеки терапії, є пріоритетними аспектами успіху лікування.

Апробація результатів дослідження і публікації. За матеріалами дослідження опубліковано тези на науково-практичній Internet-конференції з міжнародною участю «Актуальні питання фармакології, клінічної фармакології та клінічної фармації» (27-28 жовтня 2022 р., м. Харків): Клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів (автори – Зупанець К.О., Отрішко І.А., Шебеко С.К., Андрєєва О.О., Кушнір А.Є.) та на III Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Youth pharmacy science» (7-8 грудня 2022 рік, м. Харків): Сучасні протикашльові препарати: акцент на ефективності та безпеці (автори – Ткаченко К.М., Давішня Н.В., Кушнір А.Є.).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 44 сторінках машинописного тексту, складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел. Робота ілюстрована 3 таблицями, 7 рисунками. Список використаних джерел містить 45 найменувань.

РОЗДІЛ 1

УЯВЛЕННЯ ПРО СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ СУХОГО КАШЛЮ (огляд літератури)

1.1. Кашель: причини, відмінності, підходи до лікування

Кашель – це захисна реакція організму, яка виникає при скупченні у повітроносних шляхах слизу, мокротиння, потраплянні сторонніх тіл, дозволяючи очистити від них дихальні шляхи. З позицій патофізіології симптом кашлю є дуже складним рефлексом, який спрямований на відновлення прохідності дихальних шляхів. У нормі частинки пилу, мікроорганізми, які потрапляють із повітрям, що вдихається, осідають на слизових оболонках дихальних шляхів й виводяться звідти завдяки узгодженій роботі війок миготливого епітелію трахеї та бронхів. При цьому важливу роль відіграє слиз, який утворюється внаслідок секреторної діяльності келихоподібних клітин епітелію, залоз трахеї і бронхів та чинить бактерицидний ефект завдяки вмісту лізоциму, трансферину, імуноглобулінів, інгібіторів протеаз і фібропектинів. Процес фізіологічного очищення дихальних шляхів отримав назву «мукоциліарного кліренсу» і вважається основним механізмом очищення трахеобронхіального дерева. Обов'язковою умовою належного мукоциліарного кліренсу є не лише адекватна робота миготливого епітелію, але й певні реологічні властивості слизу (в'язкість, еластичність, плинність), від яких залежить швидкість кліренсу. Якщо у нормальних умовах кашель є лише допоміжним механізмом очищення трахеобронхіального дерева, то при недостатньому рівні мукоциліарного кліренсу кашльовому рефлексу належить першочергова роль. Кашель виникає внаслідок подразнення чутливих аферентних рецепторів носа, глотки, трахеї, бронхів, чутливих закінчень N. vagus, які іннервують зовнішнє вухо, плевру, діафрагму, перикард, стравохід, шлунок. Найлегше кашель спричиняється при подразненні «кашльових зон» задньої стінки гло-

тки, голосової щілини, трахеї та плеври. Основні іритативні фактори – запальні (набряк слизової, патологічний секрет), механічні (стороннє тіло, збільшені лімфовузли й пухлини в середостінні), хімічні та температурні. Різні види рецепторів чутливих нервів реагують на подразнення шляхом активації іонних каналів. Кашльовий центр у довгастому мозку отримує сигнали від активованих кашльових рецепторів і відсилає еферентні сигнали до м'язів, які викликають посилений видих. Кашльовий видих при вологому (продуктивному) кашлі супроводжується виділенням мокротиння – патологічно змінений трахеобронхіальний секрет, до якого у носовій частині глотки і ротової порожнини зазвичай домішуються слина і секрет слизової оболонки носа та навколоносових пазух, додаються нативна ДНК (з ядер зруйнованих нейтрофілів-фагоцитів), F-актин, фрагменти відторгнених клітин і бактерій [8, 27, 31, 41].

Реологічні дослідження мокротиння показали підвищення його адгезивних властивостей, в'язкості, щільності, що на фоні ослаблення функції миготливого епітелію призводить до затримки пересування слизу по трахеобронхіальному дереву, створюючи умови для бронхообструкції, бактеріальної суперінфекції. Кашель класифікують за такими ознаками [23]:

- за перебігом – гострий, хронічний;
- за характером – непродуктивний і продуктивний;
- за тривалістю – епізодичний, короточасний, нападopodobний та постійний.

Гострий кашель триває не більше 3 тижнів. Його найбільш поширеною причиною є гостра респіраторна інфекція (ГРІ), найчастіше вірусної природи (ГРВІ). Кашель, який зберігається протягом 3–4 тижнів після перенесеної ГРВІ, вважають постінфекційним (поствірусним) – підгострим. Хронічний кашель визначається як кашель тривалістю понад 8 тижнів. За характером виділення секрету кашель може бути продуктивним (вологий) або непродуктивним (сухий). Слід зазначити, що продуктивність чи, навпаки, непродуктивність кашлю залежить від багатьох причин. Це може бути фазність перебігу захворювання (ГРВІ, пневмонія, хронічний бронхіт, бронхіа-

льна астма), локалізація процесу (наприклад, при різній локалізації туберкульозного вогнища чи пухлини у певному відділі дихального тракту). Кашель є найбільш частою скаргою при захворюваннях органів дихання. Пацієнти, які бажають придбати засіб для лікування кашлю, складають значну частину відвідувачів аптеки. При відпуску цієї категорії ліків провізор має пам'ятати, що серед численних захворювань органів дихання самолікування за допомогою безрецептурних препаратів можливе тільки на першому етапі гострих респіраторних вірусних захворювань. Обов'язкової участі лікаря в медикаментозній терапії вимагають гострий бронхіт (тяжкий перебіг), загострення хронічного бронхіту, пневмонія, бронхіальна астма, туберкульоз, плеврит, абсцес і пухлини легенів. У сучасних умовах, враховуючи значне зростання захворюваності на туберкульоз, провізору слід виявляти особливу обережність при відпуску безрецептурних препаратів хворим зі скаргами на кашель. На першому етапі фармацевтичної опіки слід спробувати встановити можливу причину кашлю у пацієнта і виявити наявність (або відсутність) у нього «загрозливих» симптомів. Найбільш поширені причини сухого кашлю [9, 11, 12, 40]:

- кашель завзятих курців;
- ларингіт (запалення слизової гортані та голосових зв'язок) – сухий, звучний («гавкаючий») кашель, першіння в горлі;
- трахеїт (запалення слизової трахеї) – сухий, болісний кашель із металевим відтінком і незначною кількістю мокротиння;
- гострий бронхіт (запалення слизової трахеобронхіального дерева) на початкових стадіях захворювання – глибокий, болісний кашель, нерідко на фоні інших симптомів застуди;
- плеврит (запалення плеври) – сухий кашель, що супроводжується сильним болем з боку ураження;
- бронхіальна астма – хронічне рецидивуюче запальне захворювання органів дихання, пов'язане з імунopatологічними механізмами. на початку

загострення – «спастичний» кашель, що супроводжується свистячими звуками при диханні, задишкою;

- чужорідне тіло в дихальних шляхах – ускладнений вдих, задишка, блідість, ціаноз;
- потрапляння часточок їжі (аспірація) – поперхування, кашель під час їди (частіше зустрічається у маленьких дітей і літніх осіб);
- коклюш – гостре інфекційне захворювання, що передається повітряно-крапельним шляхом і характеризується нападами спастичного кашлю; у кінці захворювання – довгий вдих і нападopodobний кашель (зустрічається переважно у дітей);
- помилковий круп (набряк гортані) – нападopodobний «гавкаючий» кашель у дитини;
- вдихання парів подразнювальних речовин – напад сухого кашлю;
- емфізема легенів – підвищена повітряність легенів за рахунок перерозтягнення або руйнування альвеол – сухий «короткий» кашель на фоні задишки (частіше зустрічається у літніх осіб);
- пухлини легенів – сухий кашель, що тривало зберігається, у поєднанні із задишкою, невмотивованою слабкістю, можливе зниження ваги, осиплість голосу.

У випадках ларингіту, трахеїту, на початкових стадіях гострого бронхіту, при вдиханні подразнювальних випарів (якщо не порушений загальний стан) можливе самолікування. Підозра на одне з перелічених вище захворювань вимагає обов'язкової консультації лікаря. Найменша підозра на помилковий круп, чужорідне тіло в дихальних шляхах вимагає надання невідкладної медичної допомоги (виклик «103»).

«Загрозливі» симптоми, які вимагають негайного звернення до лікаря [1, 14, 15]:

- кашель, що триває більше тижня (особливо у тих випадках, коли з перебігом часу відзначається його посилення);

- кашель, що супроводжується довготривалою (зберігається тижнями) температурою – 37,5-38,0°С;
- кашель, що супроводжується високою (38,0-39,0°С) температурою протягом трьох і більше днів;
- кашель, що супроводжується задишкою, болями в грудній клітці при диханні;
- кашель, що супроводжується відділенням густого зеленуватого мокротиння;
- кашель, що супроводжується відділенням мокротиння з прожилками крові;
- кашель із нападами задухи;

кашель супроводжується слабкістю, втратою маси тіла;

- рясне потовиділення (особливо вночі), озноби;
- раптовий напад сильного кашлю;
- сильний кашель протягом години без перерви;
- рясне виділення мокротиння;
- зміна голосу.

Якщо жоден із «загрозливих» симптомів у відвідувача аптеки не виявлений, можна здійснювати наступний етап фармацевтичної опіки – вибір для даного пацієнта фармакологічної групи для симптоматичного лікування кашлю.

Самолікування кашлю можливе у випадку гострих респіраторних вірусних захворювань, ларингіту, трахеїту, на початкових стадіях гострого бронхіту, при вдиханні подразнювальних речовин (за умови задовільного загального стану пацієнта).

1.2. Аналіз ринку сучасних протикашльових засобів

Сухий непродуктивний кашель спричиняє найбільш болісний стан, виснажуючи хворого та значно знижуючи якість життя через фізичний і психологічний дискомфорт (порушення сну, відпочинку тощо). Такий кашель може підвищувати артеріальний, внутрішньогрудний та внутрішньоочний тиск, що є неприпустимим при супутній артеріальній гіпертензії, глаукомі, пору-

шенні мозкового кровообігу й загрожує гіпертензивним кризом, інсультом, розвитком легенево-серцевої недостатності, емфіземи. Він може зберігатися декілька днів, а в окремих випадках тривати й довше. У таких випадках виправдане застосування протикашльових препаратів, які зменшують інтенсивність та частоту кашлю. Протикашльові препарати за спрямованістю механізму дії класифікуються на дві групи [4, 25, 35]:

- препарати центральної дії (наркотичні та ненаркотичні);
- препарати периферичної дії.

Протипоказання до призначення та застосування протикашльових засобів обох груп: легенева кровотеча; бронхообструкція; гіперсекреція слизу (може спостерігатися при захворюваннях верхніх і нижніх дихальних шляхів) [24, 37].

До протикашльових препаратів центральної дії (наркотичних) відносять алкалоїди опію та їх похідні, які відмежувалися з групи наркотичних анальгетиків. Серед опіоїдів найбільш широке застосування як протикашльовий засіб має кодеїн (метилморфін), ефекти якого подібні до ефектів морфіну, проте зі значно слабшою аналгетичною дією та більш м'яким седативним ефектом. Меншою мірою, ніж морфін, пригнічує дихання, рідше викликає міоз, нудоту та закрепи. У невисоких дозах не спричиняє пригнічення дихального центру, не порушує функцію миготливого епітелію та не зменшує бронхіальну секрецію. Крім основного ефекту (безпосереднє пригнічення патологічної активності кашльового центру), перевагою кодеїну вважають здатність полегшувати стан хворого завдяки побічним седативному та ейфоричному ефектам [18, 28, 29, 33].

На вітчизняному фармацевтичному ринку кодеїновмісні препарати для симптоматичного лікування сухого кашлю представлені фіксованими комбінаціями, до складу яких включено кодеїну фосфат у дозі (на разовий прийом) 8–10 мг. Показаннями до застосування таких препаратів є сухий, подразливий кашель, пов'язаний із захворюваннями верхніх дихальних шляхів. Нині обіг кодеїновмісних препаратів обмежений через високу ймовірність розвитку ейфорії та лікарської залежності. крім того, вони використовуються для

приготування в кустарних умовах наркотичних засобів морфіноподібної дії. Усі кодеїновмісні препарати в Україні підлягають рецептурному відпуску та, незважаючи на наявність зазначеної побічної дії, досі не втрачають своєї актуальності в певних клінічних ситуаціях (табл. 1.1).

Іншим представником протикашльових наркотичних препаратів центрального механізму дії є декстрометорфан. Належить до групи препаратів морфіну із седативними, дисоціативними і стимулювальними властивостями (у більш низьких дозах). Декстрометорфану гідробромід є 3-метокси похідним леворфанолу. Протикашльова дія декстрометорфану еквівалентна дії кодеїну. Він діє на кашльовий центр й підвищує поріг чутливості до кашлю, але у терапевтичних дозах не виявляє аналгетичної, психоміметичної активності або впливу на пригнічення дихання, а також має слабкий потенціал щодо залежності. При пороговій межі в разі тривалого використання може розвиватися психологічна та фізична залежність. Декстрометорфану гідробромід у терапевтичних дозах не інгібує циліарної активності. Рекомендована доза декстрометорфану становить 0,5 мг/кг маси тіла до 30 мг 3–4 р/добу. На вітчизняному фармацевтичному ринку деякі комбіновані препарати, що містять декстрометорфан, дозволені до безрецептурного відпуску [3, 7, 30].

Серед протикашльових центральної дії виокремлюється група ненаркотичних препаратів. Ненаркотичні протикашльові препарати мають виразний протикашльовий ефект, але водночас не пригнічують дихальний центр, не гальмують діяльність шлунково-кишкового тракту та не викликають розвитку медикаментозної залежності. Натепер більшість препаратів цієї групи (як монокомпонентних, так і комбінованих) належить до категорії безрецептурного відпуску. Глауцину гідрохлорид та окселадин показані для лікування коклюшу, застосовуються в педіатричній практиці в дітей для профілактики нічного кашлю. Бутамірату цитрат– синтетичний протикашльовий засіб, що вибірково пригнічує кашльовий центр. Виявляє помірний відхаркувальний та протизапальний ефекти, зменшує опір дихальних шляхів, покращує показники зовнішнього дихання [38, 39].

**Клініко-фармакологічна характеристика
протикашльових препаратів центральної дії**

Активні інгредієнти	Клініко-фармакологічна характеристика
Кодеїну фосфат + терпінгідрат + натрію гідрокарбонат*	Усі кодеїновмісні препарати можуть спричиняти сонливість, закрепи. При тривалому прийомі здатні викликати толерантність, яка швидко знижується після відміни препарату. Тому після короткочасної відмови від застосування кодеїну прийом дози, яка раніше викликала терапевтичний ефект, може призвести до передозування. При тривалому застосуванні висока ймовірність ризику пригнічення дихальної функції, а також можливість розвитку медикаментозної залежності.
Кодеїну фосфат + екстракт термопсису сухий + корінь солодки + натрію гідрокарбонат*	Кодеїновмісні препарати не рекомендується поєднувати з алкоголем, анальгетиками, снодійними і психотропними засобами.
Кодеїну фосфат + псевдоефедрину гідрохлорид + парацетамол*	Кодеїновмісні препарати протипоказані у період вагітності, годування грудьми та дітям до 12 років (обмеження за віком відповідно до інструкції кожного з препаратів).
Кодеїну фосфат + хлорфеніраміну малеат*	Терпінгідрат певною мірою є антидотом нікотину, завдяки чому може полегшувати кашель, пов'язаний із пасивним вдиханням цигаркового диму.
	<p>Комбіновані препарати, що містять натрію гідрокарбонат, мають антацидну дію та можуть спричинити «синдром рикошету». Слід враховувати вміст натрію при застосуванні пацієнтам, які дотримуються без/або низькосольової дієти.</p> <p>Комбіновані препарати, що містять псевдоефедрин, можуть частково нейтралізувати антигіпертензивну дію препаратів, що впливають на симпатичну активність, можуть викликати тахіаритмію</p> <p>Не рекомендується одночасне застосування комбінацій кодеїну і парацетамолу з іншими парацетамолвмісними препаратами через ризик передозування/</p> <p>Препарати, що вміщують хлорфенірамін, можуть застосовуватись для симптоматичного лікування сухого кашлю алергічного характеру, пов'язаного із захворюваннями верхніх дихальних шляхів.</p>

Декстрометорфану гідробромід + бензокаїн + натрію бензоат + гуайяколсульфонат калію	Слід дотримуватися підвищеної обережності при застосуванні препаратів, що містять декстрометорфан, особливо підліткам та молодим людям, а також пацієнтам зі зловживанням препаратами або психотропними речовинами в анамнезі. У пацієнтів, схильних до зловживання лікарськими засобами або до розвитку залежності, лікування із застосуванням декстрометорфану повинно бути лише короткотривалим та проводитися під ретельним наглядом лікаря.
Декстрометорфану гідробромід + парацетамол + доксиламіну сукцинат	Протипоказаний у період вагітності та дітям до 12 років (обмеження за віком відповідно до інструкції кожного з препаратів).
Декстрометорфану гідробромід + псевдоефедрину гідрохлорид + парацетамол*	Не можна поєднувати з алкоголем, снодійними, аналгетиками, психотропними, ліками, які інгібують/індукують ферментну печінкову систему цитохрому.
Декстрометорфану гідробромід + псевдоефедрину гідрохлорид + парацетамол + кислота аскорбінова*	Бензокаїн у складі комбінованих протикашльових препаратів зменшує болісні відчуття та відчуття подразнення у горлі. Гуайяколсульфонат калію чинить відхаркувальну, слабку антисептичну та анестезуючу дію. Бензоат натрію чинить відхаркувальну дію, має слабковиражені антибактеріальні та протигрибкові властивості. Комбінація з парацетамолом набуває додаткових жарознижувальних і анальгезуючих властивостей, а додавання симпатоміметиків і / або Н ₁ -гістаміноблокаторів забезпечує симптоматичне лікування супутнього риніту. Псевдоефедрин чинить судинозвужувальну, бронхорозширювальну дію. Може чинити незначну стимулювальну дію на центральну нервову систему, не спричиняє або спричиняє мінімальний синдром відміни у вигляді закладеності носа. Аскорбінова кислота має антиоксидантні властивості, нормалізує проникність капілярів, підвищує неспецифічну резистентність організму.

Ненаркотичні протикашльові препарати центральної дії	
Бутамірату цитрат Бутамірату дигідроцитрат	Неопіатний протикашльовий засіб центральної дії, вибірково діє на кашльовий центр. Має помірно виражену відхаркувальну та протизапальну дію, зменшує опір дихальних шляхів, покращує показники функції зовнішнього дихання за рахунок помірної бронхорозширюючої дії. Приймають перед їжею. У рідкісних випадках при застосуванні можливі нудота, діарея, запаморочення. Не рекомендується в першому триместрі вагітності, в період лактації. Дітям старше 3 років можна призначати сироп, краплі – від 2 місяців.
Глауцину гідробромід	Неопіатний протикашльовий засіб центральної дії рослинного походження (алкалоїд мачку жовтого роду макових). Пригнічує кашльовий центр, але не впливає на дихальний центр і на моторику кишечника, не викликає звикання і пристрасті. Має гіпотензивну та спазмолітичну дію. При застосуванні можливе пониження артеріального тиску, запаморочення. Може застосовуватися перед сном для профілактики нічного кашлю. Призначається після їжі. Не рекомендується особам зі зниженим артеріальним тиском. Дітям таблетки призначають від 3 років.
Глауцину гідробромід + ефедрину гідрохлорид	Ефедрин у складі препарату чинить спазмолітичний та бронхорозширювальний ефект.
Окселадину цитрат	Неопіатний, неантигістамінний, синтетичний, протикашльовий засіб центральної дії, вибірково діє на кашльовий центр. При застосуванні іноді можливі нудота, блювота, сонливість, алергічні реакції. У період вагітності, лактації та у дітей до 30 місяців з масою тіла меншою за 15 кг застосування не рекомендоване.
Л-клоперастину фендизоат*	Протикашльовий засіб переважно центральної дії. Чинить протибронхоспастичну, міорелаксантну та антисеротонінову дію, не викликає пригнічення дихального центру. У терапевтичних дозах не викликає седативного ефекту. У період вагітності, лактації та у дітей до 2 років застосування не рекомендоване.

Примітка. * - препарати рецептурного відпуску

Протикашльові препарати периферичної дії блокують чутливі нервові закінчення блукаючого нерва у рефлексогенних зонах трахеобронхіального дерева. Ці синтетичні препарати слабо пригнічують кашльовий центр, блокують периферичні рецептори верхніх дихальних шляхів (місцева анестезуюча дія) та виявляють спазмолітичну дію, що дозволяє запобігати бронхоспазму. Стисла клініко-фармакологічна характеристика протикашльових препаратів периферичної дії наведена у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

**Клініко-фармакологічна характеристика
протикашльових препаратів периферичної дії**

Активні інгредієнти	Клініко-фармакологічна характеристика
Преноксдіазин	Синтетичний протикашльовий препарат периферичної дії. Незначно гальмує кашльовий центр, не пригнічуючи дихання. Має місцевоанестезуючу, пряму спазмолітичну дію, знижує збудливість периферичних рецепторів, перешкоджає розвитку бронхоспазму. Таблетки слід ковтати не розжовуючи (в іншому випадку можливе оніміння, нечутливість слизової порожнини рота). При вагітності слід призначати з особливою обережністю.
Густий екстракт ісландського моху	Чинить протикашльову, імуностимулюючу, антибактеріальну та протизапальну дію. Полісахариди моху чинять обволікаючу дію на слизові оболонки верхніх дихальних шляхів, утворюючи захисний шар, який чинить заспокійливий вплив на поверхню слизових оболонок, завдяки чому зменшується кашльовий рефлекс. У період вагітності, лактації та у дітей до 1 року застосування не рекомендоване. Можливий ризик виникнення алергічних реакцій.
Леводропропізин*	Протикашльовий неопіодний препарат переважно периферичної дії, знижує чутливість рецепторів дихальних шляхів, виявляє бронхолітичний ефект. З обережністю призначають при нирковій недостатності та дітям до 2 років. У період лікування необхідно утримуватися від занять, що вимагають підвищеної концентрації уваги і швидкості психомоторних реакцій

1.3. Підходи до фітотерапії сухого кашлю

На сьогодні ВООЗ визначає фітотерапію як одну зі складових частин традиційної медицини, підкреслюючи насамперед її метаболічну спрямованість та безпеку. Пульмонологія вважається однією з галузей практичної медицини, де застосування препаратів рослинного походження становить невід'ємну складову лікарської терапії [5].

Фітотерапію широко застосовують при інфекційно-запальних захворюваннях дихальних шляхів, для підвищення імунорезистентності та профілактики ускладнень. Це зумовлюється багатовекторним впливом БАР рослинних засобів на основні ланки етіопатогенезу пульмонологічних захворювань завдяки антиінфекційній дії, втручанню у патогенетичний ланцюг розвитку захворювання, ослабленню чи повному усуненню окремих симптомів захворювання. Поряд із широким спектром дії БАР рослинного походження більш природно впливають на обмін речовин організму людини, ніж синтетичні. Тому вони мають кращу переносимість, меншу частоту розвитку побічних явищ та ускладнень. Завдяки м'якій терапевтичній дії та природній безпеці рослинні препарати можуть застосовуватися тривалий час хворими різних вікових груп, не спричиняючи небажаних наслідків, чинити протирецидивну та профілактичну дію [16].

На фоні фітопрепаратів підвищується ефективність призначуваної терапії з використанням синтетичних препаратів (щонайперше антибактеріальних), зменшується вірогідність прояву їх побічної дії, скорочуються терміни лікування. Безперечною перевагою фітотерапії також є розмаїття та невичерпність природних джерел, які використовуються для розробки арсеналу лікарських засобів, що постійно зростає. Яскравим прикладом ефективності та безпеки фітотерапії є симптоматичне лікування кашлю як одного з найбільш характерних симптомів патології дихальних шляхів. Застосування рослинних препаратів протикашльової, відхаркувальної, муколітичної дії має багатовікову історію і наразі не втрачає свого значення. Кліні-

чна ефективність рослинних засобів визначається механізмом їх специфічної дії, а раціональний вибір оптимального препарату з урахуванням причини виникнення кашлю, його характеру та особливостей перебігу запального процесу в органах дихання дозволяє ліквідувати кашель або ефективно ним керувати. Випробувані часом і емпіричним досвідом рослинні ліки набувають нових якостей завдяки розвитку фітофармації та сучасної фармацевтичної індустрії. Еволюція лікарських засобів для симптоматичного лікування кашлю торкнулась, по-перше, їх лікарських форм, по-друге – стандартизації кількісного вмісту діючих речовин у препараті. Традиційно продовжують застосовуватися лікарські рослини відхаркувальної дії у формі зборів, галенових або гомеопатичних препаратів, але значний сегмент фармацевтичного ринку обіймають стандартизовані фітопрепарати в різних лікарських формах. Стандартизація лікарської сировини – це кількісне визначення у препараті активної речовини, яка безпосередньо відповідає за фармакологічні ефекти.

Стандартизація лікарської сировини дозволяє створювати фітопрепарати з дозованим вмістом БАР, що гарантує безпеку та ефективність лікування рослинними препаратами. Необхідність стандартизації обумовлюється низкою чинників природного характеру, адже доведено, що кількісний склад діючих речовин у сировині лікарських рослин не є постійним. Він значно змінюється залежно від сорту та підвидів, фази розвитку рослин, метеорологічних умов, вегетаційного періоду, ґрунтово-кліматичних умов та особливостей проходження біохімічних реакцій у процесі синтезу фармакологічно активних сполук. Наприклад, сьогодні відомо понад 2000 ефірноолійних рослин, з них найбільш відомі м'ята перцева, валеріана лікарська, чебрець повзучий, материнка звичайна, меліса лікарська, полин гіркий, шавлія лікарська, кріп городній та ін.

Вміст ефірних олій у цих рослинах залежить від особливостей біологічного розвитку певних рослинних видів, кліматичних умов і тому коливається від слідів до 18–20 % маси сухої рослинної сировини (зазвичай 2–3 %). Під впливом кисню і вологи повітря, світла склад ефірних олій може змінюватися

– окремі компоненти олій окиснюються. У зв'язку з цим особливі вимоги мають висуватися до правил збирання, сушіння, обробки, зберігання і виготовлення лікарських препаратів з рослин, що містять ефірні олії.

Недостатньо вірогідної інформації й відносно ферментативних процесів, що мають місце виключно при заготівлі лікарської рослинної маси, її зберіганні та переробці. На етапі технологічної обробки деякі з активних речовин дуже важко екстрагувати з рослин у чистому вигляді, а дія інших комбінується з дією ще невідомого та недослідженого компонента. Така ситуація заважає іноді дати фармакологічну оцінку та скласти вірогідні рекомендації щодо обґрунтованого застосування рослинного препарату.

Вищевказане має особливе значення ще й тому, що вивчення багатьох аспектів фітотерапії пов'язане, перш за все, із фармакологічною дією конкретних органічних сполук, що містяться в рослинній масі лікарських рослин та мають бути екстраговані для виготовлення необхідних препаратів. Необхідно мати впевненість у наявності в лікарській сировині таких сполук, адже від цього залежить не тільки ефект фітотерапії, але й загальна характеристика конкретної лікарської рослини.

Нині у багатьох країнах світу відзначається значне зростання промислового виробництва моно- та полікомпонентних препаратів із рослинної сировини і, що особливо важливо, – на досить високому технологічному рівні.

Подібні препарати відрізняються стабільністю свого хімічного складу протягом рекомендованого фірмою терміну зберігання і зручністю використання.

Відмінність моно- і полікомпонентних рослинних лікарських препаратів очевидна. Адже максимального ефекту можна досягти шляхом поєднання більшої кількості біологічно активних речовин різних лікарських рослин, які в даному випадку забезпечують фармакодинамічний синергізм і не у вигляді простої сумачії ефектів або адитивної взаємодії, а у вигляді потенціювання (значного підсилення) ефекту. Це дозволяє не тільки отримати кращий терапевтичний ефект, але й уникнути поліпрагмазії.

Висновки до розділу 1

1. Респіраторна патологія – актуальна проблема сучасної медицини, а кашель – один з головних симптомів захворювань органів дихання. Знання механізмів виникнення кашлю, його характеристик та особливостей дозволяє диференційовано підходити до терапії ГРВІ та інших захворювань, що супроводжуються кашлем. Використовуючи лікування, засноване на доказах, можна досягти значного поліпшення результатів у пацієнтів із сухим кашлем.

2. Сухий непродуктивний кашель спричиняє найбільш болісний стан, виснажуючи хворого та значно знижуючи якість життя через фізичний і психологічний дискомфорт (порушення сну, відпочинку тощо).

3. Застосування сучасних протикашльових препаратів, засноване на засадах доказової медицини та фармації, є пріоритетним шляхом підвищення ефективності та безпеки терапії осіб, що страждають на сухий кашель.

4. Фітотерапію широко застосовують при інфекційно-запальних захворюваннях дихальних шляхів, у тому числі, що супроводжуються кашлем, для підвищення імунорезистентності та профілактики ускладнень. Це зумовлюється багатовекторним впливом бар рослинних засобів на основні ланки етіопатогенезу пульмонологічних захворювань завдяки антиінфекційній дії, втручанню у патогенетичний ланцюг розвитку захворювання, ослабленню чи повному усуненню окремих симптомів захворювання. поряд із широким спектром дії бар рослинного походження більш природно впливають на обмін речовин організму людини, ніж синтетичні.

5. Висококваліфікаційна інформаційно-просвітницька робота сучасних фахівців фармації може знизити потребу в наступних консультаціях лікаря, підвищить якість життя дитини та родини в цілому, буде сприяти скороченню тривалості захворювання та запобіганню розвитку ускладнень.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Експериментальна частина роботи була проведена на базі аптечного закладу м. Харків у вигляді опитування відвідувачів аптеки, які мали скарги на сухий кашель. Аптека № 5 відноситься до мережі аптек «Аптека оптових цін» та знаходиться за адресою: м. Харків, проспект Гагаріна, 177. Основний контингент – мешканці житлового мікрорайону.

Анкетування в аптеці проводилося в усній формі у період з 26 вересня по 09 жовтня 2022 р., в ньому взяли участь 30 відвідувачів. Для проведення опитування нами була розроблена анкета, яка складалася з 20 запитань (табл. 2.1). Вибір респондентів відбувався рандомно. У дослідженні приймали участь респонденти, що отримували препарат за призначенням сімейного лікаря і ті, що зробили вибір самостійно (за участю фармацевта, під впливом реклами у ЗМІ чи порад знайомих, друзів).

Дані дослідження у подальшому були статистично оброблені з використанням комп'ютерних програм «Word», «Excel» [7].

На момент дослідження у асортименті вищезазначеної аптеки були наступні засоби:

1. Бронхолітин (сироп) – відпуск без рецепта;
2. Бронхолітин Таб (таблетки) – відпуск без рецепта;
3. Стоптусин-Тева (таблетки) – відпуск без рецепта;
4. Стоптусин-Тева (краплі оральні) – відпуск без рецепта;
5. Стоптусин-Тева (сироп) – відпуск без рецепта;
6. Пектолван[®] Стоп (краплі оральні) – відпуск без рецепта;
7. Тос-Май (таблетки) – відпуск без рецепта;
8. Лібексин[®] (таблетки) – відпуск без рецепта;
9. Пакселадин[®] (сироп) – відпуск без рецепта;

10. Грипоцитрон-Бронхо (краплі оральні) – відпуск без рецепта;
11. Грипоцитрон-Бронхо (сироп) – відпуск без рецепта;
12. Сироп від кашлю Пульмо (сироп) – відпуск без рецепта;
13. Синекод (краплі оральні) – відпуск без рецепта;
14. Гербіон® сироп ісландського моху (сироп) – відпуск без рецепта;
15. Рапітус (сироп) – відпуск за рецептом;
16. Кодесан® ІС(таблетки) – відпуск за рецептом;
17. Кодепсин (таблетки) – відпуск за рецептом

Таблиця 2.1

Анкета для відвідувачів аптеки, що страждають на сухий кашель

1.	Вкажіть Вашу стать, вік: ч ж Вік _____ років Ви вагітні? Так Ні
2.	Як довго Вас турбує сухий кашель? До тижня Більше тижня Ваш варіант _____
3.	Ви палите? Так Ні
4.	Чи страждаєте на хронічні захворювання дихальної системи? Так (які саме?) _____ Ні
5.	Чи звертаєтеся Ви до лікаря з приводу захворювань, що супроводжуються сухим кашлем? Так Ні
6.	Як часто у Вас застудні захворювання супроводжуються сухим кашлем? Завжди Інколи Ніколи

7.	<p>Чи супроводжується кашель болем у грудній клітці при диханні, задишкою, зміною голосу чи іншими симптомами?</p> <p>Так Вкажіть, яким саме _____</p> <p>Ні</p>
8.	<p>Яким лікарським препаратам Ви надаєте перевагу ?</p> <p>На рослинній основі</p> <p>На синтетичній основі</p>
9.	<p>Чи звертаєтеся Ви до фармацевта за консультацією ?</p> <p>Так</p> <p>Ні</p>
10.	<p>Які саме препарати Ви найчастіше застосовуєте (наведіть назви)?</p> <p>Рецептурні _____</p> <p>Безрецептурні _____</p>
11.	<p>Через який проміжок часу Ви очікуєте бажаний ефект від препарату?</p> <p>Оразу</p> <p>Через 3 дні</p> <p>Через тиждень</p>
12.	<p>Зазвичай, для лікування сухого кашлю, яку кількість лікарських засобів Ви використовуєте ?</p> <p>Один препарат</p> <p>Два препарати</p> <p>Один комбінований препарат</p> <p>Ваш варіант _____</p>
13.	<p>Як часто у Вас виявляються побічні ефекти при застосуванні цих препаратів?</p> <p>Завжди</p> <p>Інколи</p> <p>Ніколи</p>
14.	<p>Вкажіть побічні ефекти (у разі їх виникнення)?</p> <p>Нудота</p> <p>Розлади шлунку</p> <p>Сонливість</p> <p>Ваш варіант _____</p>
15.	<p>Якій лікарській формі Ви надаєте перевагу при виборі протикашльового лікарського засобу?</p> <p>Таблетки</p> <p>Сироп</p> <p>Краплі</p> <p>Лікарські збори</p> <p>Ваш варіант _____</p>

16.	Якому виробнику Ви надаєте перевагу? Імпортному Вітчизняному
17.	Чи дотримуєтесь правил прийому лікарського препарату? Так Ні
18.	Чи проходили Ви санаторно-курортне лікування з приводу захворювань бронхо-легеневої системи? Ні Так _____ разів На яких курортах?
19.	Чи дотримуєтесь Ви немедикаментозних рекомендацій лікаря/фармацевта з приводу лікування сухого кашлю? Так Яких саме _____ Ні
20.	Чи задоволені Ви якістю послуг, які отримали в даній аптеці? Так Ні

Висновки до розділу 2

1. Експериментальна частина роботи була проведена на базі аптечного закладу м. Харків у вигляді опитування 27 відвідувачів аптеки, які страждають на сухий кашель.
2. Дане опитування мало на меті оцінити вплив факторів на рівень лікувального комплаєнсу при застосуванні препаратів для симптоматичного лікування сухого кашлю.

РОЗДІЛ 3
ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПІДВИЩЕННЯ
ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ТЕРАПІЇ
ПРОТИКАШЛЬОВИМИ ПРЕПАРАТАМИ
(експериментальна частина)

3.1. Аналіз результатів анкетування

Демографічна структура опитуваних за результатами проведеного анкетування представлена на рис. 3.1. Так, серед опитуваних жінки склали 40,00 % (12 осіб), чоловіки – 60,00 % (18 осіб). Переважна група респондентів відповідає віковій категорії 22-50 років.

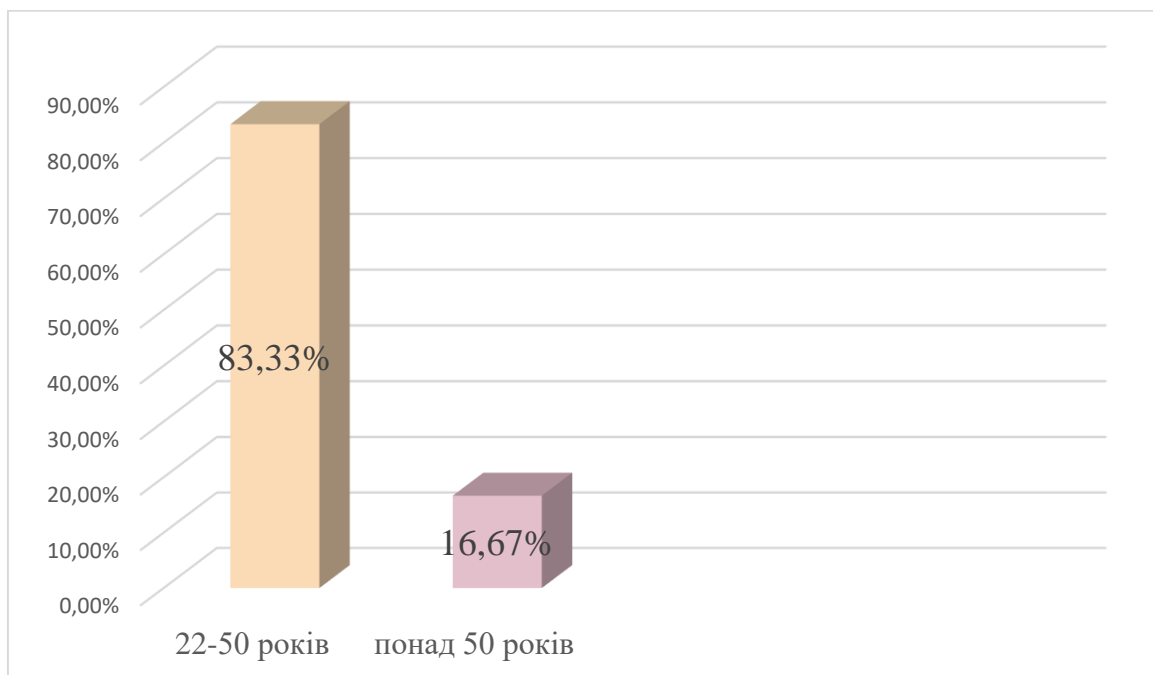


Рис. 3.1. Вікова структура опитуваних

Найбільш часто сухий кашель був спричинений гострими респіраторними інфекціями (ГРІ), які в більшості випадків спричиняються вірусами. В перші дні захворювання зазвичай спостерігається сухий непродуктивний ка-

шель, який впродовж 2-5 днів переходить у вологий. Даний кашель називають поствірусним. Таку причину зазначили 22 респонденти (73,33 %).

Із опитуваних лише 1 респондент (3,33 %) зазначив алергічний риніт як імовірну причину кашлю, що в даному випадку пов'язано із носовими виділеннями, які стікають задньою стінкою глотки та подразнюють кашльові рецептори. Даний відвідувач також скаржився на відчуття накопичення слизу в задніх відділах порожнини носа, стікання її задньою стінкою глотки, часткове відходження слизових згустків. Причому симптоми посилювалися зранку та за тривалого перебування в положенні лежачи на спині.

У 2 респондентів (6,67 %) кашель імовірно був пов'язаний із кашльовим варіантом бронхіальної астми, оскільки кашель супроводжувався задишкою, свистячим диханням, відчуттям здавлення грудної клітки та мав нападоподібний характер.

Кашель, спричинений ГЕРХ був у 3 опитаних (10,00 %), оскільки з'являвся через 10-20 хв після прийому їжі (особливо гострої чи кислої) та посилювався в горизонтальному положенні. Кашель при ГЕРХ зумовлений мікроаспірацією шлункового вмісту та/або реалізацією вагусних рефлексаторних механізмів [26]. Причому лише 1 з 3 опитаних зазначив ще додатково симптоматику, пов'язану з захворюваннями ШКТ (печія, біль у стравоході), решта 2 подібних скарг не зазначали.

Решта опитаних (2 особи, 6,67 %) пов'язували кашель з прийомом антигіпертензивних препаратів із групи інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ). Дану причину зазначили пацієнти старшої вікової групи (понад 50 років). Сухий кашель відмічався після декількох місяців прийому препаратів із даної фармакологічної групи.

Механізм виникнення кашлю при прийомі ІАПФ пов'язують з порушенням метаболізму брадикініну, підвищенням бронхіальної гіперреактивності, збільшенням концентрації місцевих медіаторів запалення.

Узагальнений аналіз причин, що викликав сухий кашель у респондентів, представлено на рис. 3.2.

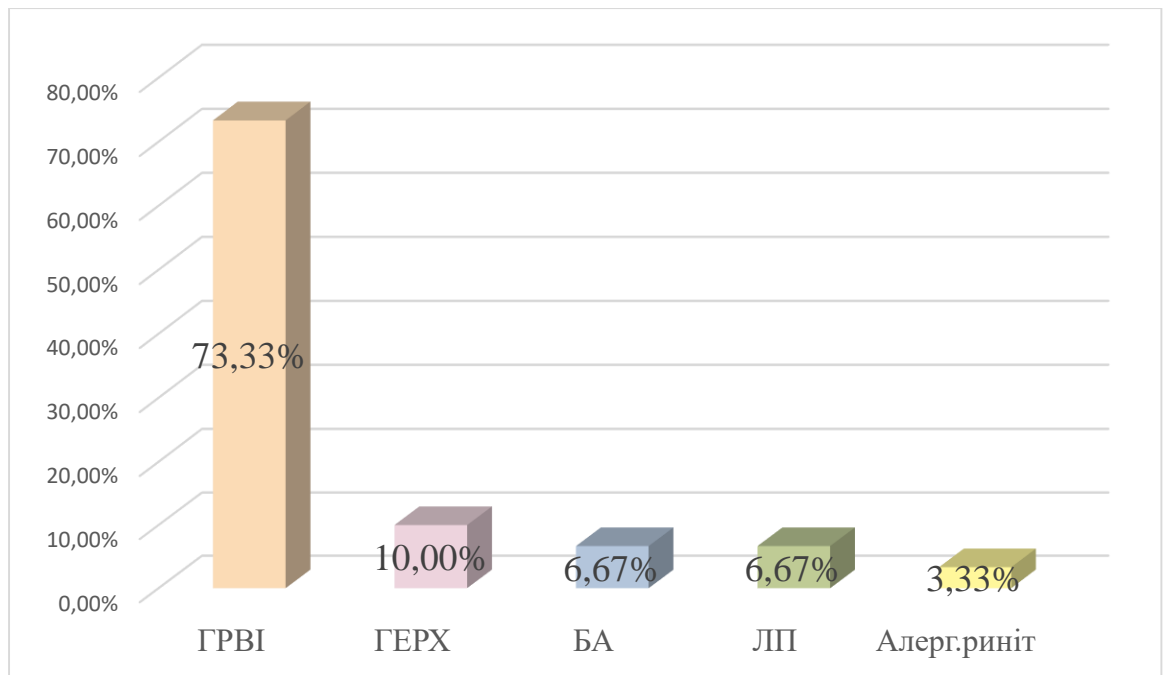


Рис. 3.2. Причини, що обумовили виникнення сухого кашлю у респондентів

Із числа опитаних 7 осіб палять (26,67 %), решта зазначили, що на даний період життя утримуються від тютюнопаління.

Респонденти, кашель яких був спричинений ГРВІ, також відмічали симптоматику, характерну для даного захворювання, а саме, лихоманка, ринорея, біль у горлі, загальне недомогання.

У анкеті було включено питання щодо тривалості кашлю, оскільки кашель, що почався після вірусної інфекції і триває більше двох тижнів, вимагає медичного обстеження. В такому випадку відвідувачі аптеки повинні бути скеровані до лікаря, а їх ситуація віднесена до категорії виникнення «загрозливих симптомів».

У межах проведення нашого дослідження в аптеці ми продовжили надавати відповідальну фармацевтичну самопомогу лише респондентам, виникнення кашлю у котрих було пов'язано з ГРВІ (22 особи, 73,3 %). Решта досліджуваних були скеровані на візит до лікаря. Відвідувачам з ГЕРХ були запропоновані безрецептурні інгібітори протонної помпи, відвідувачу з алер-

гічним риніт запропоновано симптоматичні блокатори H₁-гістамінорепторів, але з обов'язковим акцентуванням уваги на подальше консультування з сімейним лікарем. Відвідувачі, які мали бронхіальну астму в анамнезі та ті, що мали кашель на фоні антигіпертензивної терапії інгібіторами АПФ теж були направлені до відповідних профільних лікарів-спеціалістів.

Нами було проаналізовано найбільш затребувані безрецептурні проти-кашльові засоби в даній аптеці. Результати дослідження представлено на рис. 3.3.

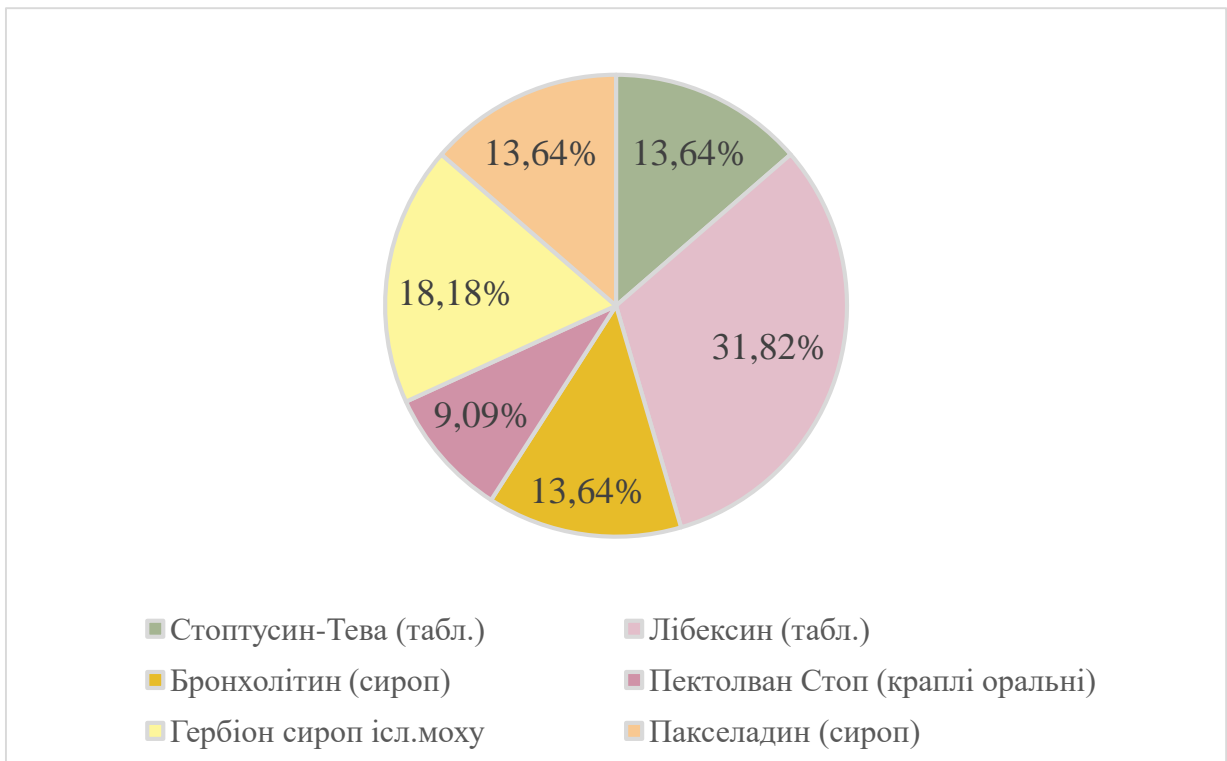


Рис. 3.3. Найбільш затребувані протикашльові препарати

Згідно з отриманими результатами найбільш популярним виявився препарат «Лібексин[®]» (таблетки 100 мг, № 20; ХІНОЇН завод фармацевтичних та хімічних продуктів Прайвіт Ко. Лтд., Угорщина): 7 респондентів (31,82 %) надали перевагу саме цьому препарату. Можливо, на вибір вплинула зручна, на думку споживачів, лікарська форма та приваблива ціна (препарат в середньому коштує 80 грн.). Друге місце посів Гербіон[®] сироп ісланд-

ського моху (сироп 6 мг/мл флакон 150 мл з мірною ложкою, № 1; KRKA d.d. Novo Mesto, Словенія): 4 респонденти (18,18%) зупинили свій вибір саме на цьому лікарському засобі. Третє місце розділили між собою наступні лікарські засоби: Стоптусин-Тева (таблетки блістер у коробці, № 20; Teva, Чеська республіка); Бронхолітин (сироп флакон 125 г; АТ «Софарма», Болгарія) та Пакселадин[®] (сироп 10 мг/5 мл флакон 125 мл з мірною ложкою, № 1; Бофур іпсен індустрі/Beaufour ipsen industrie, Франція). Останні три препарати обрали по 3 респонденти, а отже, відповідно 13,64 %. І 2 учасники дослідження обрали препарат Пектолван[®] Стоп (краплі оральні флакон 25 мл, № 1; АТ «Фармак», Україна).

Таким чином, відвідувачі аптеки при виборі протикашльових засобів надавали перевагу препаратам зарубіжного виробництва (90,91 %) та 9,09 % відповідно – вітчизняному виробнику.

Серед лікарських форм перевага надавалася таблеткам, сиропу та краплям оральним (рис. 3.4).

Найзручнішими для наших респондентів виявилися лікарські форми таблетки та сироп, їх обрали по 10 відвідувачів (45,45 %/45,45 %), краплі оральні обрали лише 2 відвідувачі (9,10 %). Результати представлено на рис. 3.4.

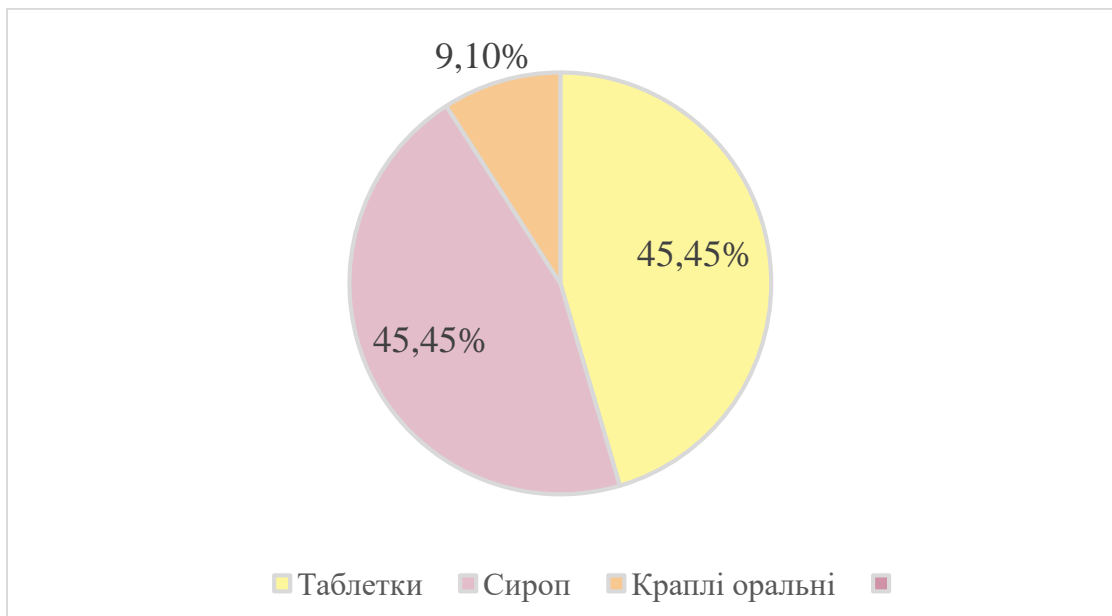


Рис. 3.4. Вибір респондентами лікарських форм препаратів

Найбільш частими побічними ефектами протикашльових препаратів із власного досвіду респонденти зазначили виникнення сухості у роті та горлі, неприємні відчуття з боку органів ШКТ (на фоні застосування препарату «Лібексин[®]»); тахікардія, тремор, збудження (Бронхолітин, сироп) та зниження апетиту і головний біль (Пектолван[®] Стоп, краплі оральні). Проте факт наявності даних побічних реакцій в минулому не завадив респондентам знову обрати дані лікарські засоби, оскільки інтенсивність розвитку побічних ефектів суттєво не впливала на якість їх життя.

Найбільш часто протикашльові препарати використовувались за порадою:

фармацевта	–	63,64 % (14 осіб);
лікаря	–	22,73 % (5 осіб);
ЗМІ (реклама)	–	9,09 % (2 особи);
знайомих та друзів	–	4,54 % (1 особа)

У межах відповідального самолікування вагомим аспектом є дотримання правил особистої гігієни та немедикаментозних рекомендацій.

Щодо дотримання немедикаментозних рекомендацій при лікуванні сухого кашлю найбільш вагомими, на думку респондентів, виявилися наступні [20]:

- утримуватись від паління, в тому числі від пасивного вдихання цигаркового диму;
- частіше провітрювати приміщення, тому що чисте прохолодне повітря знижує кашльовий рефлекс;
- уникати переохолодження;
- постійно дотримуватися правил особистої гігієни;
- забезпечити збалансоване, повноцінне харчування та надходження вітамінів і мікроелементів з їжею (або у складі полівітамінних препаратів);
- більше відпочивати та організовувати нетривалі прогулянки на свіжому повітрі.

Згода на дотримання режиму лікування і чітке виконання призначень, що визначені як комплаєнс, представляють собою потужний інструмент для досягнення позитивного результату. Досить часто успішна медикаментозна терапія захворювань залежить не лише від правильного призначення лікарем/фармацевтом препаратів, але й від дотримання пацієнтом лікарських рекомендацій, тобто комплаєнсу.

Результати думок наших респондентів щодо значущості факторів та їх впливу на рівень лікувального комплаєнсу надано на рис. 3.5.

Так, наші досліджувані зазначили найбільш суттєві фактори, що впливають на рівень лікувального комплаєнсу: швидке настання терапевтичного ефекту; зручна лікарська форма; відсутність або мінімальна кількість побічних ефектів; відсутність обмежень щодо особистої активності споживача ліків та ін. Майже 90% відвідувачів вважають швидке настання терапевтичного ефекту важливим показником ефективності лікування. 80% пацієнтів відповіли, що для них є важливим відсутність або мінімальна кількість побічних ефектів. Для 70% хворих є важливим критерієм зручна лікарська форма. Також 60% відповіли що для них відсутність обмежень щодо особистої активності є важливим показником, що покращує якість життя.



Рис. 3.5. Вплив факторів на рівень лікувального комплаєнсу респондентів

У ході дослідження було також виділено основні фактори відсутності комплаєнсу до лікарської терапії на думку респондентів (рис. 3.6). Показано, що основним фактором, на думку респондентів, є зavelика кількість ЛП для щоденного використання, так вважає 95 % учасників дослідження. 60 % опитаних мають недостатньо знань щодо правил прийому препаратів, а 80 % турбують побічні дії. Порушують режим прийому ЛП за нестачі вільного часу – 45 % пацієнтів і 70 % вважають високою вартість лікування.

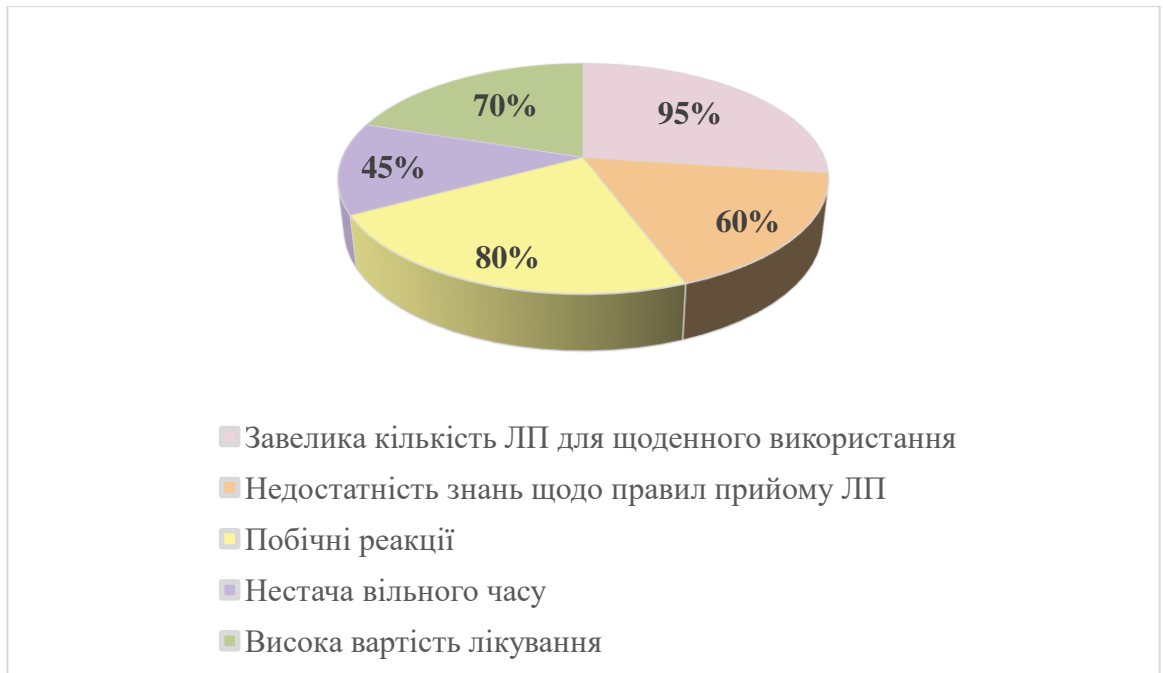


Рис. 3.6. Фактори відсутності комплаєнсу до лікування на думку респондентів

У ході дослідження нами також було запропоновано алгоритм фармацевтичної опіки пацієнтів при симптоматичному лікуванні кашлю (рис. 3.7).

У перші дні ГРВІ, за правило, з'являється сухий кашель (першіння у горлі, покашлювання), через запальний набряк слизової на ділянках рефлексогенних зон. Такий перебіг захворювання є природним. Загалом, ГРВІ являє собою гостре самокупіруюче, самовиліковне захворювання, яке, зазвичай, завершується повним одужанням і відновленням функцій слизової оболонки дихальних шляхів. Однак призначення симптоматичного лікування полегшує стан хворого і допомагає його організму в процесі одужання, до того ж, на відміну від інших симптомів ГРВІ, лікування кашлю слід починати якомога раніше.

Алгоритм фармацевтичної опіки пацієнта з кашлем

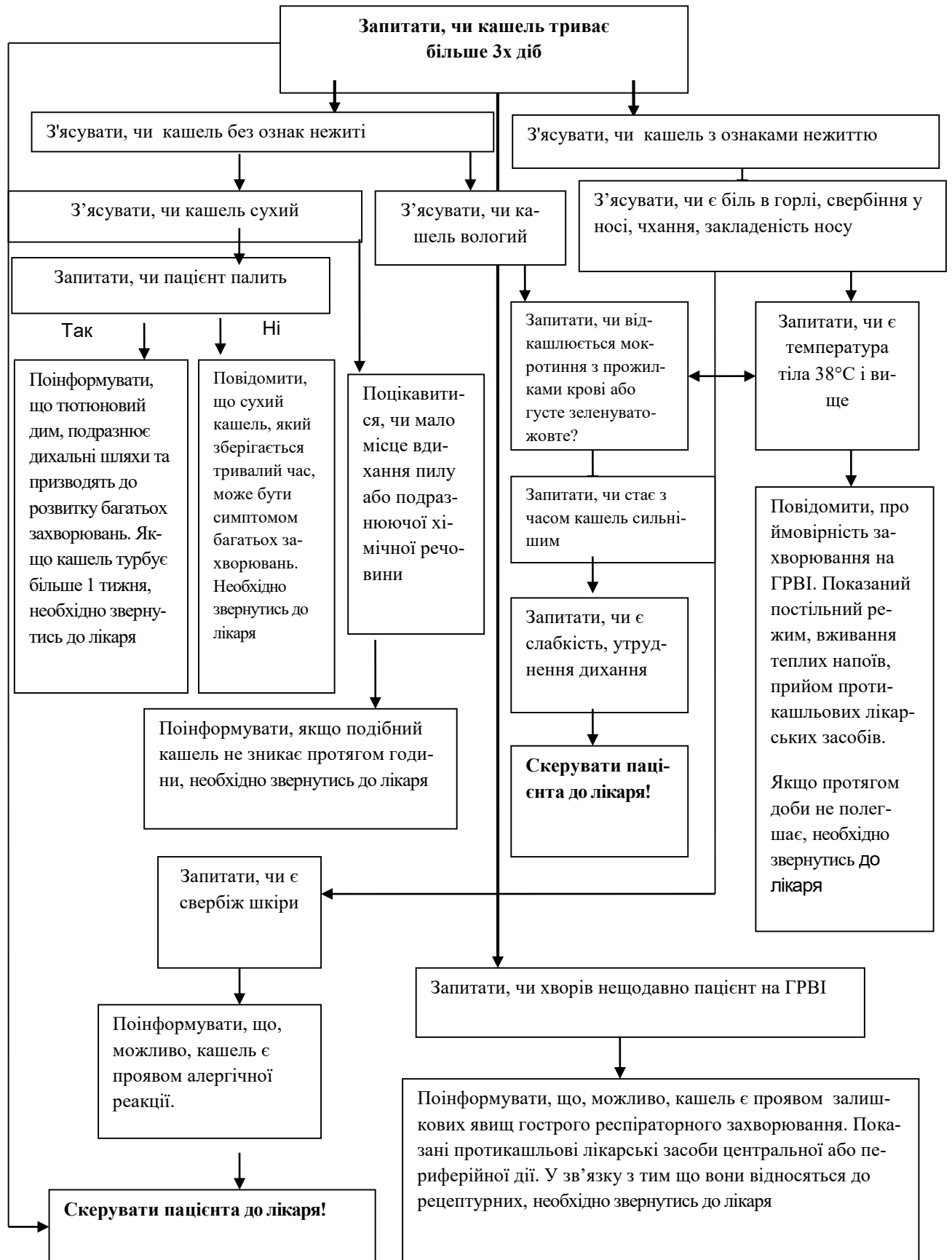


Рис. 3.7. Фармацевтична опіка відвідувачів аптеки із кашлем

3.2. Практичні рекомендації з підвищення якості життя пацієнтів із сухим кашлем

Кашель – це захисний рефлекс організму, що забезпечує «чистоту» слизової дихальних шляхів. Коли в дихальні шляхи потрапляють сторонні тіла (пил, дрібні речі, вода, їжа тощо) або коли в бронхах накопичується слиз, кашльовий рефлекс активується, що сприяє очищенню дихальних шляхів. В деяких випадках кашльовий рефлекс може бути відповіддю на подразнення чутливих рецепторів, що містяться в слизовій дихальних шляхів (холодне повітря). В інших випадках кашель може бути пов'язаний зі зменшенням порогу чутливості кашльового рефлексу (прийом деяких ліків, наприклад інгібіторів аденозин перетворюючого ферменту). В рідкісних випадках кашель може бути пов'язаний з рідкісними розладами здоров'я (патологія обмінних процесів, вроджені вади розвитку).

Причиною кашлю можуть бути як інфекційні агенти (віруси, бактерії, грибки, гельмінти) так і неінфекційні (вади розвитку, обмінні порушення, застійна серцева недостатність). Переважна кількість випадків кашлю пов'язана з інфекційними агентами. Серед інфекційних агентів, що є причиною кашлю, переважають віруси. Що таке застуда В більшості випадків кашель пов'язаний з гострими респіраторними інфекціями (застудою).

Симптоми застуди можуть включати кашель, нежить, чхання, головний біль, загальне нездужання, сльозотечу, біль в горлі, гарячку. Застуда, в свою чергу, в більшості випадків пов'язана з вірусами. При застуді рекомендовано вживати достатню кількість рідини, лимон та мед. Легкі форми перебігають без ускладнень і, як правило, не потребують лікування.

Якщо у Вас окрім кашлю мають місце наступні стани: кровохаркання, частота серцевих скорочень (пульс) більше 130 за хвилину, частота дихання більше 30 за хвилину, температура тіла більша за 38,5°C, систолічний артеріальний тиск нижче ніж 90 мм рт.ст. або діастолічний тиск нижче 60 мм рт.ст., якщо Вам стало важко дихати, якщо Вам стало погано після травми груд-

ної клітки, якщо Ви проковтнули стороннє тіло – негайно викликайте лікаря. Якщо у Вас симптоми схожі на грип (різкий початок хвороби, гарячка більше ніж 38,5° С, головний біль, біль в м'язах, сухий кашель, загальна слабкість) або Ви захворіли під час епідемії грипу – викликайте сімейного лікаря. Від гарячки прийміть парацетамол або ібупрофен. Якщо Ви хворієте понад три дні і стан Вашого здоров'я не покращується – викликайте сімейного лікаря. Навіть якщо у Вас температура не висока, але кашель з виділенням мокротиння турбує впродовж двох тижнів – необхідно звернутися до свого сімейного лікаря з метою виключення туберкульозу.

Ваш сімейний лікар вислухає скарги, з'ясує всі обставини Вашого захворювання, огляне Вас та прийме рішення щодо необхідності подальшої діагностики чи лікування. Повідомте лікаря про всі лікарські засоби, які Ви приймали останнім часом; чи є у Вас алергія; чи контактували Ви з хворими на туберкульоз; чи є у Вас хронічні хвороби; чи Ви палите. Виконуйте своєчасно та повною мірою поради Вашого сімейного лікаря. З'ясуйте все, що Вас турбує щодо кашлю.

За результатами лікарського огляду Ви отримаєте поради щодо необхідних обстежень та призначення відповідного лікування. Лікуйтеся відповідно до рекомендацій лікаря, пам'ятайте, що самолікування або лікування за порадами інтернету можуть не тільки бути марними, але й нанести шкоду Вашому здоров'ю. З метою забезпечення ефективності і безпеки фармакотерапії необхідно дотримуватись рекомендацій із застосування лікарських засобів, призначених лікарем, та інструкції для медичного застосування препаратів. До завершення курсу лікування слід зберігати первинну та/або вторинну упаковку лікарського засобу, на якій зазначені назва, форма випуску, доза, серія, дата випуску, термін придатності, назва виробника лікарського засобу. Від підвищеної температури (гарячки) приймайте парацетамол або ібупрофен. Антибіотики в більшості випадків не ефективні при застуді. Обов'язково обговоріть питання антибіотикотерапії з Вашим лікарем. Не погіршуйте свій стан – припиніть куріння! Пам'ятайте, з кашлем та чханням

поширюється інфекція, то ж намагайтеся не інфікувати оточуючих! Користуйтеся носовичками та не забувайте мити руки.

3.3. Аналіз та узагальнення результатів роботи

Проблема кашлю останнім часом все частіше привертає увагу фахівців. За даними Європейського респіраторного товариства, біля 30% звернень до лікаря загальної практики так чи інакше пов'язані з розвитком кашлю, а у США щорічно з цією скаргою до спеціалістів звертаються близько 26 млн людей. У більшості випадків він є провідним симптомом захворювань органів дихання і завдає хворим значного дискомфорту та порушує якість їхнього життя. Зазвичай сухий, частий, інтенсивний або малопродуктивний кашель з утрудненим відходженням мокротиння у першу чергу змушує пацієнтів звертатися за допомогою до сімейного лікаря [19, 21, 34, 43].

На початку ГРВІ, кашель може бути непродуктивним, нав'язливим та виснажливим внаслідок подразнення С-рецепторів немієлінізованих нервових волокон медіаторами запалення, які синтезуються у відповідь на альтерацію слизової оболонки дихальних шляхів інфекційним агентом. При цьому, продукція слизу, який є точкою прикладання кашльового поштовху, може починатися тільки через кілька днів від початку захворювання. У такому випадку користь від даного захисного механізму на початку патологічного процесу є сумнівною, оскільки через відстрочений початок продукції слизу відсутня точка прикладання кашльового поштовху, і такі поштовхи не допомагають, а тільки виснажують.

На фармацевтичному ринку України щорічно з'являються десятки нових препаратів, що застосовують для симптоматичної терапії кашлю.

Використовуючи лікування, засноване на доказах, можна досягти значного поліпшення результатів у пацієнтів. Незважаючи на те що існують прогалини у знаннях терапії при гострому кашлю, досконале розуміння лікарями/фармацевтами механізму чутливості кашлю наближає їх до раціонального

призначення лікарських засобів. Ширше розуміння того, які медичні препарати можуть діяти на кашльовий рефлекс, тим самим приносячи полегшення та скорочуючи тривалість хвороби, може принести величезну користь пацієнту.

Експериментальна частина роботи була проведена на базі аптечного закладу м. Харків у вигляді опитування 30 відвідувачів аптеки, які мали скарги на сухий кашель. Анкетування в аптеці проводилося в усній формі у період з 26 вересня по 09 жовтня 2022 р. Для проведення опитування нами була розроблена анкета, яка складалася з 20 запитань.

Серед опитуваних жінки склали 40,00 % (12 осіб), чоловіки – 60,00 % (18 осіб). Переважна група респондентів відповідає віковій категорії 22-50 років.

Найбільш часто сухий кашель (у 22 респондентів – 73,33 %) був спричинений гострими респіраторними інфекціями (ГРІ); 1 респондент (3,33 %) зазначив алергічний риніт як імовірну причину кашлю; у 2 респондентів (6,67 %) кашель імовірно був пов'язаний із кашльовим варіантом бронхіальної астми; кашель, спричинений ГЕРХ був у 3 опитаних (10,00 %) і у решти опитаних (2 особи, 6,67 %) кашель був пов'язаний з прийомом антигіпертензивних препаратів із групи інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ).

Із числа опитаних 7 осіб палять (26,67 %), решта зазначили, що на даний період життя утримуються від тютюнопаління.

Найбільш популярними протикашльовими препаратами виявилися «Лібексин[®]» (таблетки 100 мг, № 20); Гербіон[®] сироп ісландського моху (сироп 6 мг/мл флакон 150 мл з мірною ложкою, № 1); Стоптусин-Тева (таблетки блістер у коробці, № 20); Бронхолітин (сироп флакон 125 г); Пакселадин[®] (сироп 10 мг/5 мл флакон 125 мл з мірною ложкою, № 1); Пектолван[®] Стоп (краплі оральні флакон 25 мл, № 1).

Відвідувачі аптеки при виборі протикашльових засобів надавали перевагу препаратам зарубіжного виробництва (90,91 %) та 9,09 % відповідно –

вітчизняному виробнику.

Найзручнішими для наших респондентів виявилися лікарські форми таблетки та сироп (по 45,45 % кожний), краплі оральні – 9,10 %.

Найбільш частими побічними ефектами протикашльових препаратів із власного досвіду респонденти зазначили виникнення сухості у роті та горлі, неприємні відчуття з боку органів; тахікардія, тремор; зниження апетиту і головний біль.

На сьогодні комплайєнс визначається як готовність пацієнта виконувати рекомендації лікаря або фармацевта, його сумлінність і схильність до лікування. Особливої важливості на практиці комплайєнс набуває при проведенні відповідального самолікування, де розглядається як один із найважливіших чинників, які визначають загальну ефективність фармакотерапії. На комплаєнтність пацієнта, можуть впливати такі чинники: вік, рівень освіти і емоційний стан; частота дозування ЛП; кількість таблеток на добу; лікарська форма препарату; обмеження при застосуванні препарату; побічні ефекти лікування; повнота і доступність інформації про препарат; ціна препарату і вартість усього курсу лікування.

Майже 90% відвідувачів вважають швидке настання терапевтичного ефекту важливим показником ефективності лікування. 80 % пацієнтів відповіли, що для них є важливим відсутність або мінімальна кількість побічних ефектів. Для 70 % хворих є важливим критерієм зручна лікарська форма. Також 60 % відповіли що для них відсутність обмежень щодо особистої активності є важливим показником, що покращує якість життя.

У той же час фактори, які можуть знижувати прихильність пацієнтів до лікування стали: зavelика кількість ЛП для щоденного використання (95 % учасників дослідження); 60 % опитаних мають недостатньо знань щодо правил прийому препаратів, а 80 % турбують побічні дії. Порушують режим прийому ЛП за нестачі вільного часу – 45 % пацієнтів і 70 % вважають високою вартість лікування.

При наданні фармацевтичної допомоги відвідувач аптеки із кашлем

обов'язково необхідно звернути увагу на наявність «червоних прапорців», а саме:

- кашель продовжується більше ніж тиждень та інтенсивність його зростає;
- кашель супроводжується стійким тривалим (протягом 2-х тижнів) підвищенням температури 37,5°C–38°C;
- кашель супроводжується високою (вище 38°C–39°C) температурою протягом 2-х або більше діб;
- кашель супроводжується задишкою, болем в грудній клітці при диханні;
- кашель супроводжується відділенням густого зеленуватого мокротиння;
- кашель супроводжується відділенням мокротиння з прожилками крові;
- кашель супроводжується нападами ядухи;
- кашель супроводжується слабкістю, зниженням ваги тіла;
- кашель супроводжується рясним потовиділенням (особливо вночі), пропасницею;
- раптовий напад сильного кашлю;
- інтенсивний кашель протягом години без перерви;
- рясне виділення мокротиння;
- зміна голосу

Самолікування кашлю можливе у випадку гострих респіраторних захворювань, ларингіту, трахеїту, на початкових стадіях гострого бронхіту, при вдихання подразнюючих речовин (за умови задовільного загального стану пацієнта)!

Якщо протягом 2 х діб після проведення симптоматичного лікування кашель зберігається, необхідно обов'язково звернутись до лікаря.

Загалом активна, продуктивна співпраця лікаря – фармацевта – відвідувача аптеки буде сприяти підвищенню ефективності та безпеки терапії сухо-

го кашлю, своєчасному виявленню «загрозливої симптоматики», скороченню термінів лікування, а отже, і підвищенню комплайєнтності та якості життя пацієнтів.

Висновки до розділу 3

1. Експериментальна частина роботи була проведена на базі аптечного закладу м. Харків у вигляді анкетування 30 відвідувачів аптеки. Для проведення дослідження була розроблена анкета-опитувальник для відвідувачів аптеки із сухим кашлем, яка містила 20 запитань.

2. Найбільш популярними протикашльовими препаратами виявилися «Лібексин[®]» (таблетки), Гербіон[®] сироп ісландського моху (сироп), Стоптусин-Тева (таблетки), Бронхолітин (сироп); Пакселадин[®] (сироп); Пектолван[®] Стоп (краплі оральні).

3. Найзручнішими для наших респондентів стали лікарські форми таблетки та сироп (по 45,45 % кожний) і краплі оральні – 9,10 %.

4. У ході дослідження вивчено показники, які підвищували та знижували рівень лікувального комплайєнсу у осіб із сухим кашлем.

5. Досліджено роль фармацевта в наданні належної фармацевтичної допомоги відвідувачам аптеки із сухим кашлем та окреслено найважливіші принципи фармацевтичної опіки даної категорії відвідувачів аптеки.

ВИСНОВКИ

1. Кашель, що є одним із найчастіших симптомів патології органів дихання, який погіршує якість життя пацієнтів і може бути причиною значних ускладнень, потребує пильної уваги лікаря і фармацевта. Клінічна ефективність протикашльових засобів визначається механізмом їх специфічної дії. Раціональний вибір засобів для лікування кашлю з урахуванням причини виникнення кашлю, його характеру та особливостей перебігу запального процесу в органах дихання дозволяє ліквідувати кашель або ефективно ним керувати.
2. Експериментальна частина роботи була проведена на базі аптечного закладу м. Харків у вигляді анкетування 30 відвідувачів аптеки у період з 26 вересня по 09 жовтня 2022 р., які мали скарги на сухий кашель. Жінки склали 40,00 % – 12 осіб, чоловіки – 60,00 % (18 осіб). Переважна група респондентів відповідає віковій категорії 22-50 років.
3. Найбільш популярними протикашльовими препаратами виявилися «Лібексин[®]» (таблетки 100 мг, № 20); Гербіон[®] сироп ісландського моху (сироп 6 мг/мл флакон 150 мл з мірною ложкою, № 1); Стоптусин-Тева (таблетки блістер у коробці, № 20); Бронхолітин (сироп флакон 125 г); Пакселадин[®] (сироп 10 мг/5 мл флакон 125 мл з мірною ложкою, № 1); Пектолван[®] Стоп (краплі оральні флакон 25 мл, № 1). Найзручнішими для наших респондентів стали лікарські форми таблетки та сироп (по 45,45 % кожний) і краплі оральні – 9,10 %.
4. У ході дослідження вивчено показники, які підвищували рівень лікувального комплайенсу у осіб із сухим кашлем: швидке настання терапевтичного ефекту (90% відвідувачів); відсутність або мінімальна кількість побічних ефектів (80 % пацієнтів); зручна лікарська форма (70 % хворих); відсутність обмежень щодо особистої активності (60 % опитаних). Факторами, які знижували прихильність пацієнтів до лікування стали: завелика кількість ЛПІ для щоденного використання (95 % учасників дослідження); недостатність знань

щодо правил прийому препаратів (60 % опитаних); побічні дії (80 % респондентів); нестача вільного часу (45 % пацієнтів) і висока вартість лікування (70 % досліджуваних).

5. Фармацевтична опіка при відпуску протикашльових препаратів включає виявлення можливої «загрозливої симптоматики», що конче потребує втручання лікаря, оптимізацію медикаментозних та немедикаментозних засобів корекції сухого кашлю. При проведенні фармацевтичної опіки пацієнтів із кашлем першорядна рекомендація фармацевтом лікарських засобів, що ґрунтується на вагомих даних доказової медицини та фармації щодо їх ефективності і безпеки, а також прийнятності для застосування різними категоріями споживачів, є вагомим елементом забезпечення надання належної фармацевтичної допомоги.

6. Висококваліфікаційна інформаційно-просвітницька робота сучасних фахівців фармації може знизити потребу в наступних консультаціях лікаря, підвищить якість життя відвідувача аптеки, буде сприяти скороченню тривалості захворювання та запобіганню розвитку ускладнень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Клиническая фармация (фармацевтическая опека): учеб. для студентов высш. мед. (фармац.) учеб. заведений / И.А. Зупанец, В.П. Черных, Т.С. Сахарова и др.; под ред. В.П. Черных, И.А. Зупанца. – Харьков: Золотые страницы, 2012. – 776 с.
2. Клиническая фармация: базовый учеб. для студентов высш. фармац. учеб. заведения (фармац. фак.) IV уровня аккредитации; [изд. доработ. и доп.] / под ред. В.П. Черных, И.А. Зупанца, И.Г. Купновицкой. – Харьков: НФаУ: Золотые страницы, 2015. – 1056 с.
3. Клячкина И.Л. (2016) Современный подход к решению проблемы кашля при острых респираторных инфекциях у взрослых. ФАРМАТЕКА; 4: 35–41.
4. Компендиум 2021 – лекарственные препараты / под ред. В.Н. Коваленко; науч.-редакц. совет: В.Н. Коваленко, С.В. Сур, И.А. Зупанец. – К.: Морион, 2019. – 2560 с.
5. Лікарські рослини: енцикл. довід. / відп. ред. А.М. Гродзінський. – Київ : Голов. ред. УРЕ, 1991. – 544 с.
6. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М. (2016) Современная парадигма ведения пациентов с кашлем. Медицинский совет, № 15.
7. Наказ МОЗ України від 18.04.2019 № 876 «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів» (режим доступу до сайту: HYPERLINK "http://www.moz.gov.ua"www.moz.gov.ua).
8. Настанова 00006. Інфекції дихальних шляхів у дорослих. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua> (копія з екрану 07.02.2020)
9. Настанова 00115. Хронічний кашель у дорослих. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua> (копія з екрану 07.02.2020)
10. Настанова 00122. Пневмонія. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua> (копія з екрану 07.02.2020)
11. Настанова 00129. Гострий бронхіт. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua> (копія з екрану 07.02.2020)

12. Настанова 00617. Хронічний кашель у дітей. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua> (копія з екрану 07.02.2020)
13. Симптоми та синдроми в практичній фармації. Принципи терапії: навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / І.А. Зупанець, С.Б. Попов, Ю.С. Рудик та ін.; за ред. І.А. Зупанця, В.П. Черних. – Харків: Золоті сторінки, 2018. –116 с.
14. Фармацевтическая опека: атлас / И.А. Зупанец, В.П. Черных, С.Б. Попов и др.; под ред. И.А. Зупанца, В.П. Черних. – 2-е изд., перераб. – Киев: Фармацевт Практик, 2007 – 144 с.
15. Фармацевтична опіка [текст]: практичний посібник / І. Зупанець, В. Черних, С. Попов та ін.; [за ред. І. Зупанця та В. Черниха]. – Київ: Фармацевт Практик, 2018. – 224 с.
16. Фитотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.Г. Кукеса. – М.: Медицина, 1999. – 192 с.
17. Berkhof FF, Boon LN, Ten Hertog NE, et al. The validity and precision of the Leicester Cough Questionnaire in COPD patients with chronic cough. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10:4.
18. Birring SS, Kavanagh JE, Irwin RS, Keogh KA, Lim KG, Ryu JH., Collaborators. Treatment of Interstitial Lung Disease Associated Cough: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2018 Oct;154(4):904-917. [PubMed]
19. Bredemeyer M. Reflux-Cough Syndrome: Guidelines from the ACCP. *Am Fam Physician*. 2017 Nov 01;96(9):611.
20. Chamberlain Mitchell S.A.F., Garrod R., Clark L., Douiri A., Parker S.M., Ellis J. Physiotherapy, and speech and language therapy intervention for patients with refractory chronic cough: a multicentre randomised control trial. *Thorax*. 2017; 72:129–136. doi: 10.1136/thoraxjnl-2016-208843.
21. Chamberlain S.A.F., Garrod R., Douiri A., Masfield S., Powell P., Bücher C. The impact of chronic cough: a cross-sectional European survey. *Lung*. 2015; 193:401–408. doi: 10.1007/s00408-015-9701-2.
22. Chung K.F., McGarvey L., Mazzone S.S. Chronic cough as a neuropathic disorder. *Lancet Respir Med*. 2013; 1:414–422. doi: 10.1016/S2213-2600(13)70043-2.

23. Deng HY, Luo W, Zhang M, et al. Initial empirical treatment based on clinical feature of chronic cough. *Clin Respir J* 2016;10: 622-30.
24. Gibson P., Wang G., McGarvey L., Vertigan A.E., Altman K.W., Birring S.S. Treatment of unexplained chronic cough: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2016; 149:27–44. doi: 10.1378/chest.15-1496.
25. Irwin R.S., French C.L., Chang A.B., Altman K.W., CHEST Expert Cough Panel Classification of cough as a symptom in adults and management algorithms: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2018; 153:196–209. doi: 10.1016/j.chest.2017.10.016.
26. Kahrilas PJ, Altman KW, Chang AB, Field SK, Harding SM, Lane AP, Lim K, McGarvey L, Smith J, Irwin RS., CHEST Expert Cough Panel. Chronic Cough Due to Gastroesophageal Reflux in Adults: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2016 Dec;150(6):1341-1360.
27. Koehler U, Hildebrandt O, Walliczek-Dworschak U, Nikolaizik W, Weisflog A, Urban C, Kerzel S, Sohrabi K, Groß V. [Chronic cough - New diagnostic options for evaluation?]. *Laryngorhinootologie*. 2019 Jan;98(1):14-20.
28. Kwan B, Goh C. Managing cough in adults: Is there a serious underlying cause? *Med Today*. 2012; 13:39–46.
29. Mathur A, Liu-Shiu-Cheong PSK, Currie GP. The management of chronic cough. *QJM*. 2019 Sep 01;112(9):651-656.
30. Matthys H., Bleicher B., Bleicher U. Dextromethorphan and codeine: objective assessment of antitussive activity in patients with chronic cough. *J Int Med Res*. 1983; 11:92–100. doi: 10.1177/030006058301100206.
31. McGarvey L., Gibson P.G. What is chronic cough? Terminology. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2019; 7:1711–1714. doi: 10.1016/j.jaip.2019.04.012.
32. Michaudet C, Malaty J. Chronic Cough: Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2017 Nov 01;96(9):575-580.
33. Morice A.H., Menon M.S., Mulrennan S.A., Everett C.F., Wright C., Jackson J. Opiate therapy in chronic cough. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007; 175:312–315. doi: 10.1164/rccm.200607-892OC.

34. Morice A.H., Millqvist E., Bieksiene K., Birring S.S., Diczpinigaitis P., Domingo Ribas C. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. *Eur Respir J.* 2020;55 doi: 10.1183/13993003.01136-2019.
35. Padma L. Current drugs for the treatment of dry cough. *J Assoc Physicians India.* 2013;61(Suppl 5):9–13.
36. Randel A. ACCP Releases Guideline for the Treatment of Unexplained Chronic Cough. *Am Fam Physician.* 2016 Jun 01;93(11):950.
37. Reynolds SM, Mackenzie AJ, Spina D, Page CP. The pharmacology of cough. *Trends Pharmacol Sci.* 2004; 25: 569–76.
38. Roe N.A., Lundy F.T., Litherland G.J., McGarvey L.P.A. Therapeutic targets for the treatment of chronic cough. *Curr. Otorhinolaryngol. Rep.* 2019; 7:116–128. doi: 10.1007/s40136-019-00239-9.
39. Schmit KM, Coeytaux RR, Goode AP, et al. Evaluating cough assessment tools: a systematic review. *Chest* 2013; 144:1819-26.
40. Singh S, Singh V. Combating cough-etio-pathogenesis. *J Assoc Physicians India.* 2013;61(Suppl 5):6–7.
41. Smith J.A., Woodcock A. Chronic cough. *N Engl J Med.* 2016; 375:1544–1551. doi: 10.1056/NEJMcp1414215.
42. Song W.-J., Chang Y.-S., Faruqi S., Kim J.-Y., Kang M.-G., Kim S. The global epidemiology of chronic cough in adults: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J.* 2015; 45:1479–1481. doi: 10.1183/09031936.00218714.
43. Spanevello A., Beghé B., Visca D., Fabbri L.M., Papi A. Chronic cough in adults. *Eur J Intern Med.* 2020 doi: 10.1016/j.ejim.2020.03.018. online.
44. Vertigan A.E., Haines J., Slovarp L. An update on speech pathology management of chronic refractory cough. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2019; 7:1756–1761. doi: 10.1016/j.jaip.2019.03.030.
45. Yancy W.S., McCrory D.C., Coeytaux R.R., Schmit K.M., Kemper A.R., Goode A. Efficacy and tolerability of treatments for chronic cough: a systematic review and meta-analysis. *Chest.* 2013; 144:1827–1838. doi: 10.1378/chest.13-0490.

Національний фармацевтичний університет

Факультет фармацевтичний
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація
Освітня програма Фармація

ЗАТВЕРДЖУЮ
В.о. завідувача кафедри
клінічної фармакології
та клінічної фармації

Тетяна САХАРОВА
«02» вересня 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Анастасії КУШНИР

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів»
керівник кваліфікаційної роботи: Інна ОТРИШКО, к.фарм.н., доцент
затверджений наказом НФаУ від «01» листопада 2022 року № 238
2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: грудень 2022 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: сухий кашель, протикашльові засоби, ефективність терапії, безпека терапії, фармацевтична допомога
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): провести літературний огляд з питань застосування сучасних протикашльових препаратів; проаналізувати питання ефективності та безпеки терапії протикашльовими препаратами; розробити анкету для відвідувачів аптеки з сухим кашлем; провести анкетування та обробити експериментальні дані; розробити принципи для підвищення ефективності та безпеки терапії протикашльовими препаратами
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):
таблиць – 3 , рисуноків – 7

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Інна ОТРІШКО, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	Інна ОТРІШКО, 02.09.2022	Анастасія КУШНИР, 02.09.2022
2	Інна ОТРІШКО, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	Інна ОТРІШКО, 02.09.2022	Анастасія КУШНИР, 02.09.2022
3	Інна ОТРІШКО, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	Інна ОТРІШКО, 02.09.2022	Анастасія КУШНИР, 02.09.2022

7. Дата видачі завдання: «02» вересня 2022 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Проведення літературного огляду по проблематиці роботи.	Вересень 2022	виконано
2.	Анкетування відвідувачів аптеки.	Жовтень 2021	виконано
3.	Обробка експериментальних даних.	Листопад 2022	виконано
4.	Написання роботи.	Грудень 2022	виконано
5.	Оформлення роботи та супровідних документів і подача до ЕК НФаУ.	Грудень 2022	виконано

Здобувач вищої освіти

Анастасія КУШНИР

Керівник кваліфікаційної роботи

Інна ОТРІШКО

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 238
по Національному фармацевтичному університету
від 01 листопада 2022 року

Затвердити тему, керівника та рецензента кваліфікаційної роботи здобувачу вищої освіти заочної форми навчання фармацевтичного факультету НФаУ 2023 року випуску:

№ з/п	Прізвище, ім'я по батькові здобувача вищої освіти	Тема кваліфікаційної роботи (українською мовою)	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Керівник кваліфікаційної роботи	Рецензент кваліфікаційної роботи
1.	Кушнір Анастасія Євгенівна	Клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів	Clinical and pharmaceutical aspects of efficacy and safety of the use of modern antitussive drugs	доц. Отрішко І. А.	проф. Бутко Я. О.

ПІДСТАВА: службова записка завідувача кафедри про затвердження теми кваліфікаційної роботи, керівника та рецензента.

Вірно: пров. фахівець деканату

Н. В. Фоменко

ВИСНОВОК

**Комісії з академічної доброчесності про проведену експертизу
щодо академічного плагіату у кваліфікаційній роботі
здобувача вищої освіти**

№ 110361 від «22» грудня 2022 р.

Проаналізувавши випускню кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти заочної форми навчання Кушнір Анастасії Євгенівни, ____ курсу, _____ групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів / Clinical and pharmaceutical aspects of efficacy and safety of the use of modern antitussive drugs», Комісія з академічної доброчесності дійшла висновку, що робота, представлена до Екзаменаційної комісії для захисту, виконана самостійно і не містить елементів академічного плагіату (копіляції).

**Голова комісії,
професор**



Інна ВЛАДИМИРОВА

5%

16%

ВІДГУК

наукового керівника на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти магістр, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація

Анастасії КУШНИР

на тему: «Клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів»

Актуальність теми. Сучасний розвиток медицини передбачає постійне удосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики хвороб бронхо-легеневої системи, що супроводжуються сухим кашлем, з урахуванням вимог доказової медицини.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Проведені в роботі дослідження є підставою для подальшого впровадження принципів надання належної фармацевтичної допомоги особам, що застосовують протикашльові препарати, що загалом буде сприяти популяризації положень фармацевтичної опіки у професійній діяльності фармацевта, а також підвищувати ефективність та безпеку фармакотерапії і якість життя даної категорії відвідувачів аптеки.

Оцінка роботи. Робота виконана на достатньому науково-методичному рівні. За актуальністю, науковою новизною та практичною значущістю повністю відповідає вимогам, що висуваються до кваліфікаційних робіт.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. Робота виконана у повному обсязі, оформлена відповідно до чинних вимог «Положення про порядок підготовки та захисту кваліфікаційних робіт у Національному фармацевтичному університеті» та може бути рекомендована до подачі в ЕК з метою подальшого захисту.

Науковий керівник

Інна ОТРИШКО

«05» грудня 2022 р.

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти магістр, спеціальності
226 Фармація, промислова фармація

Анастасії КУШНИР

на тему: «Клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки
застосування сучасних протикашльових препаратів»

Актуальність теми. За даними епідеміологічних досліджень загального населення, тривалий кашель спостерігається у 18% населення США, 16% населення південно-східної Англії та 11% населення Швеції. Єдине дослідження, предметом вивчення якого був ступінь вираженості кашлю, показало, що 7% населення мали суттєво виражений кашель, який заважав вести звичний спосіб життя принаймні протягом тижня. За даними дослідження, поширеність нічного та непродуктивного кашлю серед жінок є вищою, ніж серед чоловіків. На цьому фоні актуального значення набуває терапія, спрямована на ліквідацію сухого кашлю. Тому питанням ефективності та безпеки застосування протикашльових препаратів відводиться вагоме місце в клінічній пульмонології. Відповідно, наукове дослідження Анастасії Кушнир є наразі актуальним.

Теоретичний рівень роботи. Літературний огляд, проведений по тематиці дослідження, ілюструє сучасний стан вітчизняного ринку протикашльових препаратів та окреслює перспективи проведення досліджень у даному науковому напрямку, пов'язаних з наданням належної фармацевтичної допомоги відвідувачем аптек, що застосують протикашльові препарати.

Пропозиції автора з теми дослідження. Положення автора роботи з питань ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів мають прикладне значення для сучасної системи охорони здоров'я.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Обговорені у представленій роботі заходи підвищення ефективності та безпеки терапії із застосуванням сучасних протикашльових препаратів, які полягають

у розробці алгоритму взаємодії фармацевтичного фахівця (сумісно з лікарем) з відвідувачами аптеки; виявленні та аналізі факторів, що підвищують/знижують прихильність до терапії.

Недоліки роботи. Поодинокі граматичні та орфографічні помилки не впливають на загальну позитивну оцінку роботи.

Загальний висновок і оцінка роботи. Робота відповідає вимогам, що висуваються до кваліфікаційних робіт в НФаУ та може бути рекомендована до захисту.

Рецензент _____

проф. Ярослава БУТКО

«12» грудня 2022 р.

МОЗ України
Національний фармацевтичний університет

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ №6

Засідання кафедри _____ клінічної фармакології та клінічної фармації _____

Національний фармацевтичний університет

м. Харків «20» грудня 2022 р.
СЛУХАЛИ: Про представлення до захисту в Екзаменаційній комісії
випускної кваліфікаційної роботи на тему: **«Клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів» / «Clinical and pharmaceutical aspects of efficacy and safety of the use of modern antitussive drugs»**
здобувача вищої освіти 5 курсу, спеціальності – 226 Фармація, промислова фармація, освітньої програми – Фармація, для осіб, що мають ОКР «спеціаліст», заочної форми навчання, НФаУ 2023 року випуску

Кушнір Анастасії Євгенівни

прізвище, ім'я та по батькові

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, к.фарм.н., доцент Отрішко І.А.

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри фармакології та фармакотерапії, д.фарм.н., професор Бутко Я.О.

В обговоренні кваліфікаційної роботи брали участь:

В.о. зав. кафедри, професор Т.С. Сахарова; професор В.А. Мороз;
доцент С.К. Шебеко; доцент О.О. Андреева; доцент Н.П. Безугла;
доцент В.В. Пропіснова; доцент С.В. Місюрьова; доцент І.А. Отрішко;
доцент О.О. Тарасенко; асистент К.М. Ткаченко; асистент С.М. Зімін;
асистент Т.С. Жулай; асистент Н.В. Давішня; асистент Т.Ю. Колодезна;
асистент К.В. Ветрова; асистент Ю.В. Тимченко

ПОСТАНОВИЛИ: Рекомендувати до захисту в ЕК кваліфікаційну роботу здобувача вищої освіти

Кушнір Анастасії Євгенівни

прізвище, ім'я та по батькові

На тему: «Клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів» / «Clinical and pharmaceutical aspects of efficacy and safety of the use of modern antitussive drugs»

В.о. завідувача кафедри _____
(підпис)

Тетяна САХАРОВА

Секретар _____
(підпис)

Катерина ТКАЧЕНКО

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ПОДАННЯ ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Направляється здобувач вищої освіти Анастасія КУШНИР до захисту кваліфікаційної роботи
за галуззю знань 22 Охорона здоров'я
спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація
освітньою програмою Фармація
на тему: «Клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування сучасних протикашльових препаратів»

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Микола ГОЛІК /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Анастасія КУШНИР виконала весь обсяг робіт. Кваліфікаційна робота може бути рекомендована до подачі в ЕК НФаУ для подальшого її захисту.

Керівник кваліфікаційної роботи

Інна ОТРИШКО

«05» грудня 2022 р.

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувач вищої освіти Анастасія КУШНИР допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

В.о.завідувача кафедри
клінічної фармакології та клінічної фармації

Тетяна САХАРОВА

«20» грудня 2022 р.

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

« ____ » лютого 2023 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

доктор фармацевтичних наук, професор

_____ /Лена ДАВТЯН/