

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет фармацевтичних технологій та менеджменту
кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: «РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА У ПІДВИЩЕННІ ЕФЕКТИВНОСТІ
ЛІКУВАННЯ ПЕЧІЇ»

Виконала: здобувачка вищої освіти групи
Фс18(4,5з)мед-01а

спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Фармація

Захра Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД

Керівник: асистент кафедри клінічної
фармакології та клінічної фармації, к.мед.н.,
Станіслав ЗІМІН

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри
фармакології та фармакотерапії, к.мед.н., доцент
Оксана РЯБОВА

Харків – 2023 рік

АНОТАЦІЯ

Робота присвячена клініко-фармацевтичним аспектам ефективності та безпеки застосування лікарських засобів для лікування печії. Оптимізовано підходи до терапії печії та удосконалено алгоритм бесіди фармацевта з відвідувачем аптеки при відпуску лікарських засобів для лікування печії.

Робота складається зі вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів досліджень, одного розділу власних досліджень, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 58 сторінок друкованого тексту. Робота ілюстрована 1 таблицею, 16 рисунками. Список використаних джерел літератури містить 70 найменувань.

Ключові слова: печія, фармацевтична опіка, антациди, ефективність та безпека застосування лікарських засобів для лікування печії

ANNOTATION

The work is devoted to the clinical and pharmaceutical aspects of the effectiveness and safety of the use of drugs for the treatment of heartburn. The approaches to the therapy of heartburn were optimized and the algorithm of the pharmacist's conversation with the pharmacy visitor when dispensing drugs for the treatment of heartburn was improved.

The work consists of an introduction, a review of the literature, a description of materials and methods of research, one chapter of own researchs, conclusions and references. The total volume of the work is 58 pages of printed text. The work is illustrated by 1 table, 16 figures. The references list contains 70 references.

Key words: heartburn, pharmaceutical care, antacid drugs, efficacy and safety of drugs for the treatment of heartburn

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЕФЕКТИВНОГО ТА БЕЗПЕЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕЧІЇ (огляд літератури).....	8
1.1. Сучасні уявлення про печію	8
1.2. Причини та наслідки печії.....	12
1.3. Сучасні підходи до лікування печії.....	13
1.4. Огляд останніх даних щодо лікування печії у вагітних і жінок, які годують груддю.....	18
Висновки до розділу 1	33
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	34
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКУВАННЯ ПЕЧІЇ В АПТЕЦІ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	40
3.1. Результати анкетування в аптеці.....	40
3.2. Обговорення результатів та практичні рекомендації.....	51
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	58
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	60
ДОДАТКИ	68

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ГЕРХ – гастро-езофагеальна рефлюксна хвороба

ЛЗ – лікарських засіб

ІПП – інгібітори протонної помпи

H₂RA – H₂гістаміноблокатори

ФГС - фіброгастроскопія

ОТС – безрецептурні лікарські засоби

ПР/ПЯ – побічна реакція/побічне явище

ВСТУП

Актуальність теми: Одне з провідних місць у структурі захворюваності населення України та усього світу, займає патологія органів травлення. За різними даними, поширеність захворювань ШКТ складає від 40 до 75% дорослого населення. З іншого боку з окремими видами розладів травлення та функціональних порушень стикається кожна людина. Серед цих розладів травлення провідне місце посідає печія, яка є ознакою не лише функціональних або дієтичних порушень, але й серйозних захворювань як ШКТ (гастрит, пептична виразка, ГЕРХ), так і інших систем організму, зокрема серцево-судинної (гіпертонічна хвороба, ІХС та інш.). Саме тому провізор/фармацевт повинен досконало та ретельно проводити фармацевтичну опіку пацієнта, коли останній звертається до аптеки зі скаргами на печію. Від цієї досконалості та ретельності залежить не лише якість життя (печія сама по собі знижує якість життя пацієнтів), але і її тривалість (коли печія є ознакою серцево-судинних захворювань або довготривала печія з розвитком ГЕРХ та її ускладненням - стравоходом Баррета).

Мета дослідження: Метою дослідження стала оптимізація клініко-фармацевтичних аспектів ефективності та безпеки застосування лікарських засобів для лікування печії.

Для досягнення поставленої мети необхідно було вирішити наступні завдання:

1. Провести літературний огляд з питань епідеміології, сучасного уявлення про формування печії та патологічних станів, ознакою яких може біти печія, рекомендації до терапії.
2. Розкрити проблеми ефективності та безпеки застосування лікарських засобів для лікування печії.
3. Провести анкетування відвідувачів аптеки з печією, що лікуються лікарськими засобами для лікування печії та звернулися за їх придбанням.

4. Оптимізувати клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування лікарських засобів для лікування печії.

5. Удосконалити алгоритм бесіди фармацевта з відвідувачем аптеки при відпуску лікарських засобів для лікування печії.

Об'єкт дослідження: клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування лікарських засобів для лікування печії.

Предмет дослідження: оптимізація аспектів раціонального застосування лікарських засобів для лікування печії; фармацевтична опіка при їх відпуску.

Методи дослідження. Анкетування відвідувачів аптек, статистична обробка інформації (використано програму «Statistica 8.0» та Microsoft Excel 2011) [56].

Практичне значення отриманих результатів. Проведені в роботі дослідження є підставою для подальшого клініко-фармацевтичного вивчення, розробки і оптимізації аспектів надання фармацевтичної опіки при терапії печії лікарськими засобами для лікування печії. За результатами досліджень оптимізовано клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування лікарських засобів для лікування печії та удосконалено алгоритм бесіди фармацевта з відвідувачем аптеки при їх відпуску.

Елементи наукових досліджень. У роботі вперше проведено анкетування відвідувачів аптеки з питань обізнаності щодо клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування лікарських засобів для лікування печії з урахуванням сучасних рекомендацій. Визначено прихильність пацієнтів до лікування печії, їх проінформованість про побічну дію, можливі взаємодії з деякими групами препаратів та раціональне використання. Було удосконалено алгоритм бесіди фармацевта з відвідувачем аптеки при відпуску лікарських засобів для лікування печії.

Структура і обсяг кваліфікаційної роботи. Робота викладена на 59 сторінках машинописного тексту, складається зі вступу, огляду літератури, матеріалів та методів дослідження, розділу власних досліджень, висновків,

списку використаних джерел та додатків. Робота ілюстрована 1 таблицею, 16 рисунками. Список використаних джерел містить 70 найменувань, з них всі латиницею.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЕФЕКТИВНОГО ТА БЕЗПЕЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕЧІЇ (огляд літератури)

1.1. Сучасні уявлення про печію та її ускладнення

Функціональна печія складається з загрудинного печіння, подібного до того, яке спостерігається при гастроезофагеальній рефлюксній хворобі (ГЕРХ), але без ознак аномального впливу кислоти на стравохід при амбулаторному моніторингу рефлюксу, серйозних рухових розладів стравоходу при манометрії з високою роздільною здатністю або патології слизової оболонки стравоходу (такої як ерозивний езофагіт, стравохід Барретта або еозинофільний езофагіт) при ендоскопії з біопсією стравоходу [1]. Навпаки, незважаючи на ідентичні клінічні прояви, діагноз неерозивної рефлюксної хвороби (НЕРХ) вимагає наявності аномального впливу кислоти в стравохід при амбулаторному моніторингу рефлюксу [1,2]. Поширеність функціональної печії в суспільстві важко визначити, але 21%–39% пацієнтів із печією, резистентною до інгібіторів протонної помпи (ІПП), які проходять моніторинг рН-імпедансу, відповідають критеріям функціональної печії (рис. 1.1) [3, 4, 5, 6]. Важливо розпізнати функціональну печію, тому що без дослідження це може бути мінусом вважається еквівалентним ГЕРХ, і лікарі можуть без потреби продовжувати терапію, що пригнічує кислоту, або посилювати антирефлюксне лікування, що може навіть завдати шкоди. Важливо відзначити, що кислотосупресивна терапія зазвичай не ефективна, і слід уникати антирефлюксної хірургії або інших інвазивних антирефлюксних методів. Насамперед це пов'язано з тим, що кислота не викликає функціональних симптомів печії, як видно з досліджень кислотної перфузії, у яких порівнювали функціональну печію з пацієнтами з ГЕРХ [7].

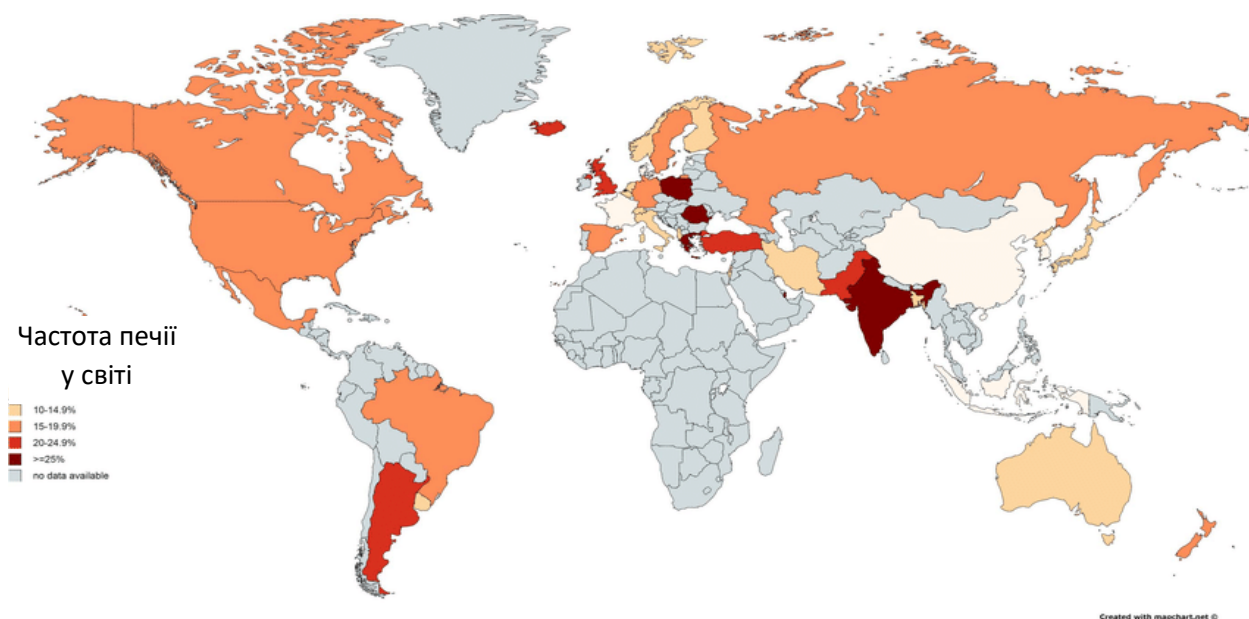


Рис. 1. Частота печії у світі.

Були досягнуті успіхи в тестуванні стравоходу, щоб відрізнити функціональну печію від рефлюксної хвороби, що не піддається лікуванню. Дослідження аферентних нервів у слизовій оболонці стравоходу продемонстрували, що пацієнти з функціональною печією мають глибоку локалізацію нервів, подібну до такої у здорових добровольців, а не поверхневу локалізацію, яка спостерігається при НЕРХ, що підтверджує ноцицептивний патофізіологічний механізм функціональної печії, подібний до інших функціональних шлунково-кишкових розладів [8]. Крім того, дослідження балонного розтягнення продемонстрували подібний ступінь вісцеральної гіперчутливості в стравоході та прямій кишці у пацієнтів із функціональною печією, підтверджуючи загальне посилення сприйняття вісцеральних подразників [9]. Також існує висока ймовірність тривоги та інших афективних розладів у пацієнтів із функціональною печією [10]. Ці етіологічні фактори вказують на те, що функціональна печія є окремою формою, яка вимагає мультимодального лікування, відмінного від пацієнтів з ГЕРХ, оскільки пацієнти з функціональною печією, окремою або супутньою ГЕРХ, швидше за все, не покращаться, якщо сприйняття стравоходу та адекватне лікування основних афективних розладів.

Багато пацієнтів із симптомами, схожими на ГЕРХ, які не приносять терапії ІПП, насправді можуть мати функціональні розлади, включаючи функціональну печію [5,11,12], діагностовану у однієї чверті пацієнтів із постійною печією на терапії ІПП, або самі по собі або накладається на встановлену ГЕРХ [13]. Печія визначається як відчуття печіння з болем або дискомфортом, що починається з епігастрії та іррадіює за грудиною. У той час як пацієнти можуть використовувати різні терміни для опису симптомів, схожих на ГЕРХ, включаючи рефлюкс, печію, регургітацію, біль у грудях, дискомфорт у грудній клітці, відчуття повноти, печіння в горлі, печіння в роті, печіння в епігастральній ділянці, виділення води, відрижку, кислий і гіркий смак у роті. , їх зв'язок із гастроезофагеальним рефлюксом необхідно визначити за допомогою ретельного анамнезу [14]. Клінічні прояви функціональної печії подібні до печії внаслідок ГЕРХ, але діагноз функціональної печії зазвичай розглядають лише у пацієнтів із стійкими симптомами печії, як правило, без покращення (або навіть погіршення) під час терапії ІПП. Діагностичні критерії НЕРХ, гіперчутливості до рефлюксу (печія, викликана епізодами фізіологічного рефлюксу) і функціональної печії були переосмислені Римськими критеріями IV, що призвело до більш суворих діагностичних критеріїв і меншої плутанини між справжньою ГЕРХ/НЕРХ і функціональною печією [15].

Клінічний опис печії, незалежно від того, отриманий в офісі постачальником первинної медичної допомоги/гастроентерологом, або з валідованих опитувальників щодо симптомів, має лише помірну чутливість і специфічність порівняно з об'єктивними доказами рефлюксу під час тестування або з полегшенням симптомів за допомогою терапії ІПП [16, 17, 18]. Крім того, визначення, пов'язані з печією Монреальського консенсусу, охоплюють не лише справжню ГЕРХ, але й функціональні розлади стравоходу, як рефлюксну гіперчутливість, так і функціональну печію, а також різні ступені збігу між ГЕРХ і функціональними розладами стравоходу [19,20]. Це збіг із функціональними розладами. розлади, а також інші механізми печії,

не пов'язані з ГЕРХ, можуть бути частково відповідальними за 40% незадоволеності терапією ІПП у пацієнтів із печією [21]. У проспективному дослідженні 366 пацієнтів із рефрактерною печією, які брали участь у дослідженні у справах ветеранів 99 (27%) мали функціональну печію на підставі негативних результатів стравохідного тесту, включаючи рН-імпеданс то не контролюючи пригнічення кислоти, тоді як (6%) мали розлади стравоходу, не пов'язані з ГЕРХ, а 7 (2%) мали порушення моторики стравоходу [23].

Відсутність або часткове полегшення симптомів, незважаючи на оптимальну терапію, є важливою відправною точкою для розгляду діагнозу функціональної печії.¹ Вплив симптомів печії на якість життя необхідно враховувати при прийнятті клінічного рішення та ступені інвазивного обстеження, необхідне для оцінки та лікування [22,23]. Метою інвазивного дослідження є встановлення остаточного діагнозу для забезпечення точного, персоналізованого лікування симптомів стравоходу, спрямованого на механізми виникнення симптомів [2,20]. При функціональній печії це передбачає не лише початок прийому нейромодуляторів, але потенційно припинення неефективних підходів, таких як кислотосупресивна терапія. Таким чином, функціональну печію слід розглядати лише у пацієнтів, які повідомляють про неприємні симптоми печії принаймні 2 рази на тиждень протягом попередніх 3 місяців, незважаючи на подвійну дозу ІПП, прийняту відповідним чином перед їжею. Наявність супутніх функціональних шлунково-кишкових розладів і розладу соматизації також слід враховувати. Дійсно, як функціональна диспепсія, так і синдром подразненого кишечника часто асоціюються з функціональною печією^{10,25} і негативно впливають на реакцію симптомів на терапію [26, 27, 28].

1.2. Причини та наслідки печії.

Ендоскопія показана пацієнтам із печією, які не пройшли адекватне дослідження емпіричної терапії ІПП, щоб виключити інші захворювання стравоходу або шлунка, включаючи структурні аномалії, такі як стриктури або перетинки, еозинофільний езофагіт, езофагіт, індукований прийомом таблеток, стравохід Барретта та неоплазія. Поширеність ерозивного езофагіту становить <10% у пацієнтів, резистентних до терапії ІПП^{29,30}; при виявленні це вказує на погано контрольований стійкий кислотний рефлюкс або справжню рефрактерну ГЕРХ відповідно до Римських критеріїв IV.1 Хоча поширеність еозинофільного езофагіту не перевищує 8% у пацієнтів з рефрактерною печією [30, 31, 32], еозинофільний езофагіт слід виключити шляхом відповідного взяття біопсії, щоб відповідати поточному визначенню функціональної печії.

Американський коледж гастроентерології (ACG) оновив свої рекомендації щодо діагностики та лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), щоб відобразити постійний прогрес у цій галузі. Оновлені рекомендації з'явилися в січневому номері журналу «American Journal of Gastroenterology» за січень 2005 року та доступні онлайн за адресою <http://www.acg.gi.org/physicians/guidelines/GERDTreatment.pdf>. Оригінальні рекомендації були опубліковані в 1995 році за підтримки ACG та його Комітету з параметрів практики та були оновлені один раз, у 1999 році. Для всіх версій співробітники переглянули наукову літературу, використовуючи базу даних MEDLINE Національної бібліотеки медицини. Там, де досліджень бракувало, консенсус експертів був отриманий на основі поєднання літератури та особистого досвіду. Тези, представлені на зустрічах, включалися лише в тому випадку, якщо вони містили унікальні дані з поточних випробувань. Комітет оцінив кожную настанову та оцінив докази від I до IV, де I був найсильнішим.

Типовими симптомами ГЕРХ є печія (піроз) і регургітація, які часто виникають після прийому великої кількості їжі або їжі з високим вмістом жиру, можуть посилюватися під час нахилу або лежання та зазвичай полегшуються антацидами. Наявність типових симптомів у поєднанні з ендоскопічними змінами на 97% є специфічною для ГЕРХ.

«Симптоми тривоги», що свідчать про ускладнене захворювання, включають дисфагію, одиофагію, кровотечу, втрату ваги та анемію. Пацієнти з цими симптомами частіше мають пептичні стриктури або езофагіт. Стравохід Барретта в три-шість разів частіше зустрічається у пацієнтів, які мають симптоми ГЕРХ більше одного року. Однак на ці симптоми не можна покладатися для прогнозування ускладнень.

Рекомендації ACG також розглядають роль емпіричної терапії, ендоскопії, амбулаторного моніторингу рефлюксу та езофагеальної манометрії в діагностиці пацієнтів з ГЕРХ (IV рівень доказовості).

Пацієнтам з анамнезом, типовим для неускладненої ГЕРХ, доцільно розпочати емпіричне лікування та змінити спосіб життя. Більшість пацієнтів із ГЕРХ відчують полегшення симптомів завдяки медикаментозній терапії, тому емпірична терапія є простим і економічно ефективним (хоча й не оптимально чутливим чи специфічним) діагностичним тестом. Діагноз ГЕРХ можна припустити у пацієнтів, які відповідають на терапію; однак відсутність відповіді на симптоми не виключає ГЕРХ. У пацієнтів із симптомами ГЕРХ, які не піддаються терапії, слід розглянути додаткове обстеження, щоб виключити ускладнення, і, можливо, знадобиться змінити діагноз.

1.3. Сучасні підходи до лікування печії.

Хоча функціональна печія не має довгострокових патологічних наслідків, вплив на якість життя пацієнта може бути суттєвим і дуже обмеженим. Цілі лікування функціональної печії тричі: покращення симптомів і, в ідеалі, зникнення симптомів; попередження рецидиву

симптомів; та покращення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Основні терапевтичні методи включають зміну способу життя, фармакотерапію нейромодуляторами, альтернативну та комплементарну медицину та психологічне втручання. Підгрупі пацієнтів може знадобитися більше одного терапевтичного методу для прийняттого контролю симптомів.

Було показано, що антагоністи рецепторів гістаміну 2 ранітидин мають ефект модуляції болю шляхом зниження чутливості хеморецепторів до перфузії кислоти в стравохід у дозі 150 мг на добу при функціональній печії [59]. Однак деякі бренди цього препарату зараз підпадають під дію харчових і харчових стандартів США. Відкликання лікарських засобів через забруднення речовинами, які можуть мати канцерогенну дію. Мелатонін, який також має ефект модулювання болю в шлунково-кишковому тракті, продемонстрував ефективність при різних функціональних больових синдромах. В одному дослідженні пацієнти з функціональною печією, рандомізовані для отримання мелатоніну 6 мг, продемонстрували значне покращення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям ГЕРХ, порівняно з прийомом 25 мг нортриптиліну ($P = 0,0015$) і плацебо ($P < 0,0001$) перед сном протягом певного періоду від 3 місяців [64].

Незважаючи на обмежену кількість досліджень, що оцінюють значення нейромодуляторів при функціональній печії, ці препарати, як видається, відіграють терапевтичну роль, особливо як терапія першої лінії [65]. Лікування трициклічними антидепресантами має здійснюватися за «низьким і повільним» підходом, коли найнижча доза спочатку використовується трициклічний антидепресант, який збільшується щотижневим збільшенням тієї самої дози до цільової 50–75 мг на добу [60]. Ці ліки зазвичай призначають перед сном через сонливість, що, у свою чергу, може покращити якість сну пацієнтів і збільшити їх знеболювальну дію [54].

У пацієнтів із функціональною печією оцінювали лише гіпнотерапію. У дуже невеликому дослідженні, яке включало 9 пацієнтів із функціональною печією, 7 щотижневих сеансів гіпнотерапії, спрямованої на стравохід,

переносилися дуже добре, зі значним покращенням симптомів печії, вісцеральної тривоги, якості життя та тенденцією до покращення катастрофічного стану [67].

Подібно до інших функціональних розладів, функціональна печія не несе потенційних віддалених ускладнень, але пов'язана зі зниженням якості життя [22]. Оскільки справжня ГЕРХ може збігатися з функціональною печією, а також 24-годинне амбулаторне моніторингове дослідження рефлюксу може якщо пропустити ненормальний вплив кислоти на стравохід через щоденні коливання [70] довгострокові ускладнення ГЕРХ (наприклад, стравохід Барретта та пептична стриктура) потенційно можуть бути виявлені у пацієнтів, які, як вважають, мають функціональну печію. Однак очікується, що це трапляється рідко, і переважна більшість пацієнтів із функціональною печією з часом матиме погіршення якості життя, а не органічні ускладнення.

Різні варіанти лікування, включаючи зміну способу життя, терапію, орієнтовану на пацієнта, придушення кислотності, використання агентів, що стимулюють моторику, підтримуючу терапію та хірургічне втручання, оцінюються в рекомендаціях ACG.

Результати більшості рандомізованих досліджень показують 20-30-відсоткову відповідь на симптоми ГЕРХ при лікуванні плацебо, і це часто пояснюється зміною способу життя. Справжня ефективність зміни способу життя ще належить достовірно задокументувати, але багато досліджень показали, що вони можуть зменшити вплив кислоти на дистальний відділ стравоходу. Зміни, які вважаються ефективними, включають підвищення узголів'я ліжка, зменшення споживання жиру, відмову від куріння та перебування у вертикальному положенні протягом трьох годин після їжі. Повідомляється, що такі продукти, як шоколад, алкоголь, м'ята перцева, кава, цибуля та часник, знижують тиск нижнього сфінктера стравоходу, але рандомізованих досліджень щодо їх ефективності немає. Хоча зміна способу життя сама по собі навряд чи допоможе контролювати симптоми у більшості

пацієнтів з ГЕРХ, вона може бути корисною, тому навчання пацієнтів щодо поведінки, яка може сприяти рефлюксу, є доцільним.

Безрецептурні препарати, такі як антациди та антирефлюксанти (наприклад, альгінова кислота), є життєздатними варіантами лікування легких форм ГЕРХ і можуть полегшити симптоми приблизно у 20 відсотків пацієнтів. Комбінація двох методів лікування може бути більш ефективною, ніж антациди окремо. Показано, що антагоністи H₂-рецепторів гістаміну (H₂RA) знижують кислотність шлункового соку та можуть використовуватися як премедикація пацієнтами, які можуть передбачити появу симптомів. Вважається, що H₂RAs залишаються ефективними довше, ніж антациди, хоча їх максимальна ефективність подібна. Безрецептурний омепразол (Prilosec) доступний у Сполучених Штатах для короткострокового (тобто 14 днів) лікування печії.

Пацієнти не повинні займатися самолікуванням більше 14 днів без додаткового огляду лікаря через ризик розвитку стравоходу Барретта та інших ускладнень.

Придушення кислотності є основою лікування ГЕРХ, і це можна досягти найшвидше та ефективніше за допомогою ІПП. У 33 рандомізованих дослідженнях, які включали понад 3000 пацієнтів з ерозивним езофагітом, більше пацієнтів відчували полегшення симптомів і загоєння езофагіту при терапії ІПП (приблизно 80 відсотків), ніж при терапії H₂RA (від 50 до 60 відсотків). Навіть коли використовуються більш високі та частіші дози H₂RA, показники покращення не збігаються з показниками ІПП. Довгострокова терапія ІПП є надзвичайно корисною для пацієнтів із хронічною або ускладненою ГЕРХ, а проблеми з безпекою є незначними (наприклад, можливий дефіцит вітаміну B₁₂). П'ять ІПП, доступних у Сполучених Штатах — омепразол, лансопразол (Prevacid), рабепразол (Aciphex), пантопразол (Protonix) і езомепразол (Nexium) — ефективні у дозах, що відпускаються за рецептом; їх слід приймати перед їжею (зазвичай перед сніданком, якщо

приймати один раз на день, хоча нещодавнє дослідження запропонувало приймати ІПП перед вечірньою їжею для контролю нічної кислотності).

Дози ІПП, вищі за рекомендовані, можуть бути доцільними в певних ситуаціях, наприклад, у пацієнтів, які демонструють лише часткову реакцію на стандартні дози або мають проривні симптоми, під час емпіричних досліджень надстравохідних симптомів ГЕРХ та у випадках важкого порушення моторики стравоходу або стравохід Барретта. Дозу слід розділити і прийняти другу дозу перед вечірнім прийомом їжі, а не перед сном.

Немає доведеної користі від контролю кислотності у пацієнтів із стравоходом Барретта, але якщо ці пацієнти хочуть повністю контролювати кислотність, необхідна терапія високими дозами ІПП двічі на день. У багатьох пацієнтів шлункова кислота все ще виділяється. Додатковий нічний H₂RA може бути ефективним, але, ймовірно, не в довгостроковій перспективі.

Стратегії обмеження кількості пацієнтів, які використовують безперервну терапію ІПП, були запропоновані, але недостатньо перевірені. Єдина перевага – економічна, і оскільки доступні генеричні та безрецептурні ІПП, навіть ця перевага невелика. Згідно з одним дослідженням, із 71 пацієнта, який приймав ІПП, 42 відсотки можна було б ефективно лікувати дешевшими ліками, а 15 відсотків могли взагалі відмовитися від ліків. Терапія ІПП за потребою може мати сенс для пацієнтів із легкими та помірними симптомами, але досліджень бракує. Пацієнти, які безуспішно пробували менш ефективні ліки, повинні мати доступ до тривалої терапії ІПП.

Проблеми з моторикою стравоходу, такі як недостатність нижнього сфінктера стравоходу та затримка спорожнення шлунка, є основною причиною ГЕРХ, і усунення цих проблем зробить пригнічення кислоти непотрібним. Доступні агенти, що підвищують моторику (наприклад, тегасерод [Zelnorm], баклофен [Lioresal]) можуть бути корисними для окремих пацієнтів із ГЕРХ, зокрема як допоміжний засіб для пригнічення кислотності. Однак ці препарати не виявилися ефективними як монотерапія ГЕРХ, і

високий профіль побічних ефектів зменшив їх використання. Потрібні додаткові дослідження.

Оскільки ГЕРХ є хронічним захворюванням, і симптоми зазвичай повертаються після припинення терапії ІПП, безперервна, навіть довічна терапія є доцільною. Підтримуюча терапія буде відрізнятися залежно від пацієнта; Мета полягає в тому, щоб тримати симптоми під контролем і запобігати ускладненням. До 20 відсотків пацієнтів можуть потребувати лише антацидів зі зміною способу життя, але до 50 відсотків часто рецидивують, незважаючи на терапію. Ліки слід призначати в будь-якому ефективному дозуванні.

Терапія повними дозами ІПП може зменшити рецидив симптомів, але знижені дози ІПП (наприклад, омепразол через день) постійно виявлялися неефективними для тривалого лікування ГЕРХ. Пацієнти, які відчують полегшення при застосуванні ІПП, часто рецидивують, якщо дають стандартні або високі дози H2RA з або без прокінетичної терапії; дозування H2RA один раз на добу не підходить для пацієнтів із ГЕРХ.

Було доведено, що пригнічення кислоти зменшує рецидив пептичних стриктур стравоходу, але, здається, стравохід Барретта не регресує. Повідомлялося про розвиток плоского епітелію у зв'язку з тривалою терапією ІПП, хоча його значення залишається неясним.

1.4. Огляд останніх даних щодо лікування печії у вагітних і жінок, які годують груддю

Немедикаментозні заходи для полегшення печії під час вагітності та лактації

Жінкам із симптомами печії під час вагітності та годування груддю спочатку слід порадити щодо зміни способу життя та дієти [18]. Жінкам із легкими симптомами для полегшення симптомів може знадобитися лише нефармакологічний підхід.

Дослідження показало, що вагітні жінки в Йорданії полегшують печію за допомогою таких засобів, як холодне молоко, рідкий «розпушувач», трави, огірок, насіння перемички або сухе листя чаю. Учасники дослідження визнали обраний ними засіб «корисним». Однак, хоча ці стратегії можуть усунути потребу в ліках, їх не можна вважати нетоксичними. Таким чином, під час вагітності бажано уникати домашніх засобів без наукового обґрунтування [23].

Для більшості пацієнтів зміни способу життя/дієти корисні, але можуть бути недостатніми для контролю симптомів ГЕРХ. Для пацієнтів із стійкими симптомами ГЕРХ зазвичай використовується програма підвищення рівня з підвищенням інтенсифікації лікування. Оптимальне лікування ГЕРХ у вагітних і жінок, які годують груддю, вимагає розгляду безпеки та ефективності препаратів, оскільки препарати можуть впливати на плід/немовля [24]. Вплив конкретних ліків на плід/немовля під час вагітності та годування груддю часто недостатньо вивчений через етичні обмеження щодо залучення вагітних/годуючих жінок до клінічних випробувань ліків. Незважаючи на це, на основі досліджень на тваринах та/або популяційних досліджень за участю вагітних жінок певні ліки видаються безпечними для використання під час вагітності. Ці ліки можуть бути корисною альтернативою, якщо модифікація способу життя не сприяє адекватному полегшенню симптомів [14].

Відомо, що ГЕРХ під час вагітності спричиняє схильність пацієнок до післяпологової ГЕРХ [25,26,27]. Це може вимагати необхідності продовжувати лікування симптомів ГЕРХ навіть після пологів (у період грудного вигодовування). Проте дані щодо застосування препаратів при ГЕРХ у період годування груддю обмежені [28]. Для пацієнтів, які годують груддю, перевагу надають препаратам із мінімальною системною абсорбцією [28].

Антациди зазвичай використовуються для лікування ГЕРХ під час вагітності. Його ключовим інгредієнтом є різні солі кальцію, магнію та алюмінію. Його механізм дії полягає в нейтралізації шлункової кислоти та

інгібуванні пепсину [29]. Антациди розглядаються як несистемна терапія, і тому є сприятливою терапією першої лінії для лікування ГЕРХ під час вагітності [12].

Однак, оскільки кислотність шлункового соку має важливе значення для засвоєння певних мінералів (наприклад, кальцію, заліза, магнію) і вітаміну В12, антациди слід застосовувати з обережністю вагітним пацієнткам з дефіцитом [11, 24, 30]. Антациди також не слід приймати протягом двох годин після прийому добавок заліза та фолієвої кислоти [31].

Антациди, що містять солі алюмінію, вважаються безпечними для використання вагітними жінками. Тривалий прийом антацидів, що містять трисилікат магнію, був пов'язаний з проблемами серцево-судинної системи, респіраторними проблемами, гіпотонією та утворенням каменів у нирках. Під час вагітності бажано уникати антацидів натрію бікарбонату, оскільки вони можуть призвести до перевантаження рідиною та метаболічного алкалозу у матері та плоду [12].

Вагітним жінкам слід уникати надмірного використання антацидів, що містять кальцій (> 1000 мг елементарного кальцію/день), оскільки кальцій може проникати через плаценту [29, 32]. Це також може призвести до кальцієво-лужного синдрому, що характеризується гіперкальціємією, метаболічним алкалозом і порушенням функції нирок [32, 33]. Зневоднення внаслідок блювання може зробити гіперкальціємію та алкалоз потенційно небезпечними для життя [32, 33]. Події, пов'язані з гіперкальціємією, можуть виникнути при самостійному застосуванні безрецептурних ліків. Вагітні жінки з симптомами ГЕРХ повинні отримати рекомендації щодо запобігання можливому передозуванню [34, 35].

Дані щодо застосування антацидів під час годування груддю відсутні, хоча застосування антацидів у період годування груддю вважається загалом прийнятним. Алюміній, кальцій або магній погано засвоюються при прийомі всередину. Крім того, магній і кальцій є звичайними складовими грудного

молока, і грудне молоко має нижчий рівень алюмінію, ніж коров'яче молоко та дитячі

Альгірати - це природні полісахаридні полімери, які полімеризуються в гель при контакті зі шлунковою кислотою [38]. Альгіратні препарати для лікування ГЕРХ часто комбінують з антацидами, такими як бікарбонат натрію. Компонент бікарбонату натрію в складі альгірату вивільняє вуглекислий газ у альгіратному гелі; це змушує гель спливати до верхньої частини вмісту шлунка, утворюючи структуру плота [38]. Альгіратно-антацидний рафт утворює несистемний бар'єр над постпрандіальною кислотною кишенею, щоб зменшити постпрандіальний кислотний рефлюкс (рис. 1.2) [38]. У комбінації альгірат/антацид швидка антацидна дія працює одночасно з тривалим альгіратним пригніченням рефлюксу [39].

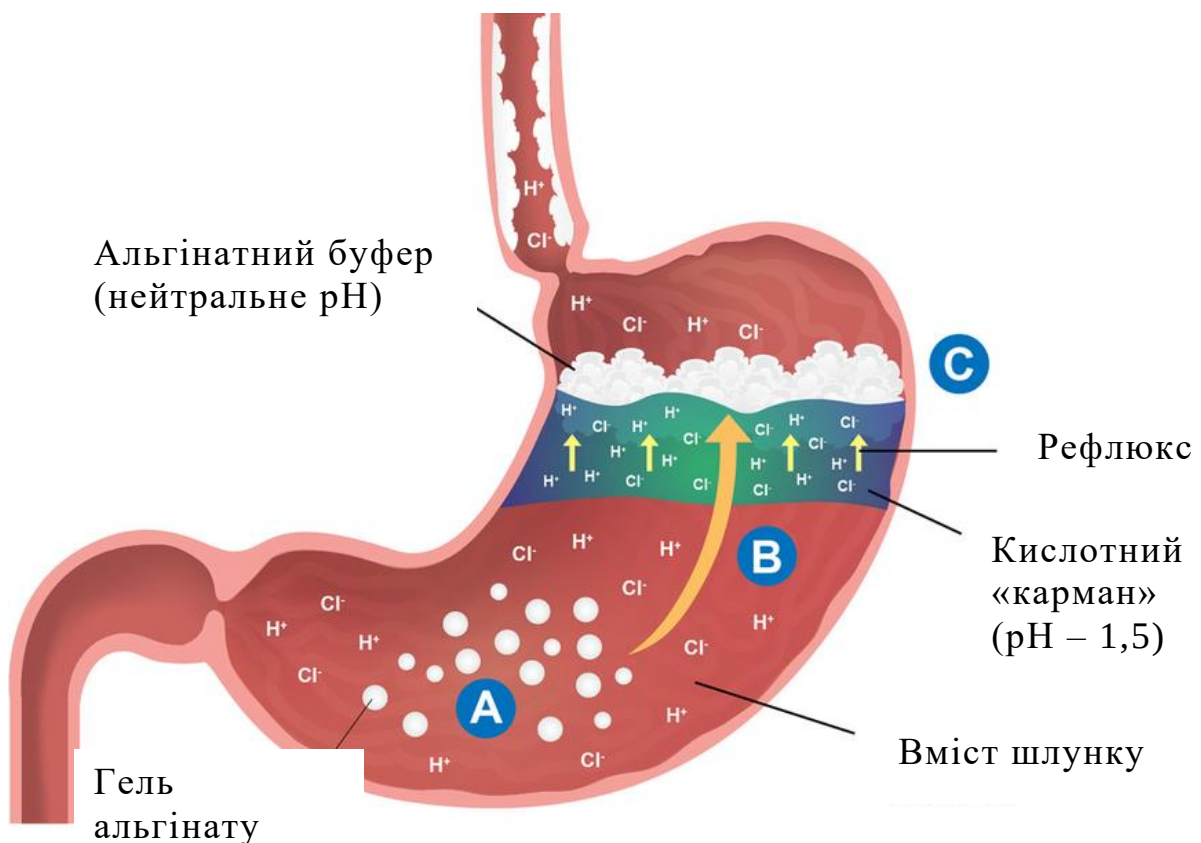


Рис.1.2. Дія альгіратів на шлункову кислоту.

Альгірати реагують зі шлунковою кислотою, утворюючи гелеподібну речовину з нейтральним рН (А). Бікарбонат натрію, що міститься в препараті, вивільняє вуглекислий газ, який утримується в гелі. Затриманий вуглекислий

газ дозволяє гелю спливати на поверхню вмісту шлунка (В), ефективно утворюючи структуру плоту (С), яка діє як бар'єр над шлунковою кислотною кишенею та блокує висхідний рефлюкс.

Подвійне сліпе рандомізоване контрольоване дослідження для порівняння ефективності препарату для придушення рефлюксу на основі альгінату Liquid Gaviscon® (Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Халл, Великобританія; Liquid Gaviscon® містить 500 мг альгінату натрію, 267 мг бікарбонату натрію і 160 мг карбонату кальцію на 10 мл) порівняно з магнієво-алюмінієвим антацидним гелем (Maalox® Olic (Thailand) Co., Ltd., Таїланд; 5 мл містить 120 мг гідроксиду магнію та 220 мг гідроксиду алюмінію) у 100 вагітних жінок у < 36 тижнів вагітності, які мали ≥ 2 епізоди печії на тиждень. Лікувальна доза становила 15 мл перорально тричі після їди та перед сном протягом 2 тижнів. Обидва види лікування однаково покращили частоту печії (80% проти 88%, $p = 0,275$) та інтенсивність печії (92% проти 92%, $p = 1,000$). Показано, що супресант рефлюксу на основі альгінату не відрізняється від магнієво-алюмінієвого антацидного гелю при лікуванні печії під час вагітності [40].

Було проведено багатоцентрове проспективне відкрите дослідження для оцінки ефективності та безпеки препарату Гавіскон® у вагітних жінок (≤ 38 тижнів вагітності) з печією та/або рефлюксом. Лікування проводилося в дозі 10–20 мл, необхідної для полегшення симптомів, до максимуму 80 мл на день протягом 4 тижнів. Дослідники вважали лікування успішним у 91% пацієнтів (95% ДІ 85,0–95,3) і 90% (95% ДІ 84,1–94,8) за самооцінкою пацієнта. У цьому дослідженні побічних явищ було дуже мало. Показано, що рідина Gaviscon® не впливає на рівень натрію в сироватці крові під час вагітності; це важливо, оскільки артеріальна гіпертензія, преєклампсія та набряки є серйозними ускладненнями під час вагітності [26].

Відкрите багатоцентрове дослідження IV фази вивчало ефективність і безпеку препарату для пригнічення рефлюксу на основі альгінату, що містить бікарбонат калію (Gaviscon Advance®; Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd,

Халл, Великобританія) зі значно нижчим вмістом натрію на дозу у порівнянні зі звичайними альгінатними препаратами при лікуванні печії під час вагітності. Загалом 150 вагітних жінок до або на 38-му тижні вагітності приймали 5–10 мл препарату Гевіскон Адванс® (до 40 мл/добу) за потреби протягом 4 тижнів. Наприкінці дослідження дослідники та жінки оцінили ефективність лікування як «дуже добре»/«добре» у 88% та 90% жінок відповідно. Більше половини жінок відчули полегшення симптомів протягом 10 хвилин. Більшість побічних явищ, про які повідомляли жінки в цьому дослідженні, вважалися пов'язаними з вагітністю, а не пов'язаними з досліджуваним препаратом. Крім того, частота побічних явищ, що впливають на плід/дитину, була низькою та відповідала очікуваній частоті, і жодна з них не вважалася пов'язаною з досліджуваним препаратом. Середні концентрації натрію або калію в сироватці крові матері мали мінімальні зміни після 4 тижнів лікування [41].

Абсорбція альгілату матері обмежена, і альгілати не піддаються значному метаболізму. Таким чином, альгілати вважаються прийнятними для використання в період лактації [36, 37]. Механізм його дії та багаторічний досвід його використання вказують на те, що вони безпечні для використання під час вагітності з високим ризиком і в популяціях, які годують груддю [26]. суміші [29, 36, 37].

Антагоніст рецептора гістаміну-2 (H2RA)

H2RA є найбільш часто використовуваним препаратом у вагітних жінок для лікування симптомів ГЕРХ, які не реагували на антациди. H2RA діють шляхом конкурентного інгібування гістаміну на H2-рецепторах парієтальних клітин шлунка, що призводить до пригнічення секреції шлункової кислоти [19, 42]. H2RAs, які раніше використовувалися для полегшення симптомів ГЕРХ під час вагітності, включають циметидин, ранітидин, фамотидин і нізатидин [19].

Мета-аналіз, проведений для визначення безпеки для плода використання H2RA під час вагітності, порівнював 2398 вагітних жінок, які

отримували H2RA принаймні в першому триместрі, з 119 892 жінками в контрольній групі. Мета-аналіз не виявив підвищеного ризику вроджених вад розвитку, спонтанних абортів, передчасних пологів і маленьких для гестаційного віку немовлят порівняно з контрольною групою [43].

Різні H2RA виділяються в грудне молоко в менших кількостях, ніж дози, які вводять немовлятам. Відомо також, що H2RA стимулюють секрецію пролактину, хоча вплив такої секреції у годуючих матерів невідомий [36].

Циметидин виділяється в грудне молоко в найбільших кількостях серед H2RAs, з нормованим за дозою піковим рівнем 2,5–3,1 мг/л на кожні 100 мг циметидину [36, 44]. Ранітидин і нізатидин виділяються в невеликих кількостях з молоком; концентрація ранітидину досягає піку в 2,6 мг/л через 5,5 години після дози 150 мг, тоді як концентрація нізатидину досягає піку в 1,2 мг/л приблизно через 2 години після дози 150 мг [36, 45, 46]. Проте токсикологічні дослідження на тваринах показали, що нізатидин може бути непридатним для використання під час годування груддю [36]. Важливо відзначити, що FDA США оприлюднило заяву про вилучення всіх продуктів ранітидину з ринку через можливий рівень канцерогенного забруднювача NDMA у продуктах ранітидину, вищий за безпечний [47].@@@ Фамотидин, з іншого боку, найменше виділяється в грудне молоко (концентрація в грудному молоці становить 53 і 55 мкг/л через 3 і 6 годин після дози 10/20 мг відповідно) і має найдовшу дію серед H2RA [48]. Фамотидин може бути кращим H2RA для використання під час лактації [36].

Засіб для захисту слизової

Сукральфат є протектором слизової оболонки, який прилипає до епітеліальних клітин, створюючи фізичний бар'єр проти кислого середовища [42, 49]. При прийомі по 1 г тричі на день було показано, що він ефективний у лікуванні симптомів ГЕРХ без побічних ефектів у матері чи плода [12]. Оскільки сукральфат мінімально всмоктується, він вважається безпечним для використання під час вагітності [37].

Застосування сукральфату під час лактації не досліджувалося, хоча він, ймовірно, безпечний через обмежене всмоктування матері [24].

У кислому середовищі ІПП необоротно зв'язуються з H^+/K^+ -АТФазою, запобігаючи виробленню шлункової кислоти [19, 50]. Однак індуковане ІПП інгібування шлункової кислоти має відстрочений початок [19, 51]. Багато пацієнтів із симптомами ГЕРХ повідомляють про незадоволення лікуванням ІПП [50, 51].

Хоча більшість ІПП були класифіковані як препарати категорії В під час вагітності, використання ІПП під час вагітності зарезервовано для тих, хто має ускладнення ГЕРХ або тих, у кого симптоми не реагують на іншу терапію [12]. Омепразол класифікується як препарат категорії С через ризик, показаний у дослідженнях на тваринах [12].

Хоча можливі побічні ефекти, пов'язані з тривалим використанням ІПП, включають захворювання нирок, деменцію, переломи кісток, інфаркт міокарда, інфекції, дефіцит поживних мікроелементів і злоякісні захворювання шлунково-кишкового тракту, сила доказів, що пов'язують ці побічні ефекти з ІПП, низька; отже, зв'язок між довгостроковим використанням ІПП і цими можливими побічними ефектами є непереконливим [30]. Проте терапія ІПП спричиняє підвищення рН шлунка, що може послабити функцію захисного бар'єру проти патогенних мікроорганізмів, що потрапляють всередину, і підвищити вразливість до кишкових інфекцій [7, 52].

У когортному дослідженні за участю 6051 жінки, яка не народжувала, використання ІПП будь-коли під час вагітності підвищувало ризик загальної преєклампсії (скориговане співвідношення шансів, aOR 1,17; 95% ДІ 1,04–1,32) і преєклампсії (aOR 1,20; 95% ДІ 1,04–1,39). Проте застосування ІПП після 28 тижнів вагітності знижувало ризик передчасної (пологи < 37 тижнів) преєклампсії (aOR 0,63; 95% ДІ 0,41–0,96) та ранньої (пологи < 34 тижнів) преєклампсії (aOR 0,41; 95% ДІ 0,20–0,82). Автори повідомляють, що результати можуть бути наслідком гетерогенності преєклампсії, причому ІПП

потенційно запобігають передчасній прееклампсії, якщо їх приймати поблизу початку прееклампсії [53].

У когортному дослідженні за участю 840 968 живонароджених дітей для вивчення зв'язку між використанням ІПП під час вагітності та ризиком серйозних вроджених дефектів було визначено, що 5082 пологи мали вплив ІПП у період від 4 тижнів до зачаття до кінця першого триместру. Повідомлялося про серйозні вроджені дефекти у 3,4% немовлят від матерів, які зазнали впливу, порівняно з 2,6% немовлят матерів, які не зазнали впливу ІПП (скоригований коефіцієнт поширеності: 1,23; 95% ДІ 1,05–1,44). Серед 3651 немовляти з експозицією, обмеженою першим триместром, серйозні вроджені вади були зареєстровані у 3,2% немовлят (скориговане співвідношення шансів поширеності: 1,10; 95% ДІ 0,91–1,34). Прийом лансопразолу протягом 4 тижнів до зачаття значною мірою асоціювався з підвищеним ризиком вроджених вад. Однак ризик вроджених вад суттєво не збільшувався при індивідуальному застосуванні ІПП протягом першого триместру. Цікаво, що омепразол був найбільш часто призначеним ІПП у цьому дослідженні [54].

Мета-аналіз 7 досліджень повідомив про відсутність значного ризику вроджених вад при застосуванні ІПП у першому триместрі. Використовуючи дані 1530 суб'єктів, які отримували ІПП, і 133 410 суб'єктів, які не отримували ІПН, загальне OR для основних вад розвитку становило 1,12 (95% ДІ 0,86–1,45). Підвищеного ризику спонтанних абортів (OR 1,29; 95% ДІ 0,84–1,97) і передчасних пологів (OR 1,13; 95% ДІ 0,96–1,33) не спостерігалось. Вторинний аналіз 1341 суб'єктів, які отримували омепразол, і 120 137 пацієнтів, які не отримували омепразолу, виявив OR для основних вад розвитку 1,17 (95% ДІ 0,90–1,53). Результати показали, що ІПП не пов'язані з підвищеним ризиком серйозних вроджених дефектів, спонтанних абортів або передчасних пологів [55].

Екскреція ІПП у грудне молоко мінімальна; крім того, шлункова кислота розщеплює ІПП. Таким чином, ІПП можуть розщеплюватися в шлунку

немовляти. Крім того, подібно до H₂RA, ІПП також можуть підвищувати рівень сироваткового лактину [36].

У дослідженні за участю 12 матерів, які приймали пантопразол, пантопразол не виявлявся в грудному молоці приблизно у 80% випадків. Концентрація пантопразолу в грудному молоці через 7 днів терапії становила в середньому лише 150 нг/л [56]. У жінки, яка годує грудьми, яка прийняла 40 мг пантопразолу, пантопразол виділявся в грудне молоко. Споживання немовлям пантопразолу з грудним молоком оцінювалося у 7,3 мкг, або 0,14% дози, нормалізованої за масою тіла, яку отримувала мати. Однак очікувалося, що немовля поглине навіть меншу кількість, ніж ця, оскільки пантопразол піддається впливу шлункової кислоти немовляти [57].

Пантопразол і омепразол виділяються в грудне молоко в 300-600 разів менших кількостях, ніж дози, які дають немовлятам [36]. Це також може бути справедливим для езомепразолу, оскільки він є одноізомерною формою омепразолу. Однак стронцій езомепразолу не є кращим, оскільки стронцій всмоктується в кістку [36].

Дані щодо застосування лансопразолу під час годування груддю обмежені. Оскільки лансопразол безпечний для застосування немовлятам, можна припустити, що кількість лансопразолу, яка виділяється з грудним молоком, може бути безпечною. Крім того, вважається, що R-енантіомер лансопразолу, декслансопразол, також є безпечним [37].

Ефект від застосування рабепразолу в період годування груддю відсутній.

Калій-конкурентні кислотні блокатори (P-CAB). P-CABs оборотно інгібують шлункову H⁺/K⁺-АТФ-азу шляхом конкурентної взаємодії з сайтом K⁺ ферменту. P-CABs швидко всмоктуються та досягають високих концентрацій у плазмі, а також мають швидший початок дії, ніж звичайні ІПП [42, 50]. Однак у деяких класах P-CAB зв'язування з H⁺/K⁺-АТФазою швидко скасовується, що може призвести до зниження ефективності [51].

P-CAB, відомий як вонопрозан, був схвалений в Японії для лікування ерозивного езофагіту, виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, GERX та ерадикації *Helicobacter pylori* [51]. Однак на сьогодні ще немає клінічних досліджень, проведених для оцінки використання вонопрозану у вагітних [58]. У токсикологічному дослідженні на щурах ембріофетальна токсичність спостерігалася після експозиції вонопрозану, яка >28 разів перевищує максимальну клінічну дозу (40 мг/день). Вонопрозан не слід призначати вагітним жінкам, за винятком випадків, коли вважається, що очікувана терапевтична користь переважає будь-який можливий ризик [58].

Невідомо, чи виділяється вонопрозан у грудне молоко, хоча дослідження на тваринах показали, що вонопрозан виділяється в молоко. При прийомі вонопрозану слід уникати грудного вигодовування [58].

Препарати для стимуляції моторики

Препарати для стимуляції спорожнення шлунка, що скорочує час, протягом якого кислотна кишеня знаходиться в шлунку. Метоклопрамід є одним із таких засобів для стимуляції моторики; він сприяє моториці шлунково-кишкового тракту та випорожненню шлунка, а також підвищує тиск LOS [12, 59].

Ретроспективне когортне дослідження проаналізувало безпеку застосування метоклопраміду протягом першого триместру вагітності у 3458 немовлят, які зазнали впливу. Було виявлено, що метоклопрамід не пов'язаний із несприятливими результатами, які включають серйозні вроджені вади розвитку, низьку вагу при народженні, передчасні пологи та перинатальну смерть [60].

Кількість метоклопраміду, що виділяється в грудне молоко, може бути різною. Більшість немовлят отримують $< 10\%$ доз, скоригованих за масою тіла матері, хоча деякі немовлята можуть отримувати фармакологічно активні дози [37]. У немовлят, чий матері приймали 45 мг/добу, побічної дії не спостерігалася [28]. Не повідомлялося про побічні ефекти метоклопраміду у немовлят, яких годували грудьми [37].

Важливо відзначити, що FDA США випустило попередження про чорну скриньку для метоклопраміду через повідомлення про пізню дискінезію при довготривалому застосуванні високих доз [61]. Було також показано, що метоклопрамід збільшує нахил QT/RR і дисперсію QT, тому потрібна обережність при довгостроковому застосуванні [62].

Асоціація пренатального впливу супресорів кислоти з дитячою астмою та алергічними захворюваннями

Декілька досліджень показали, що вплив супресорів кислотності під час вагітності може бути пов'язаний з дитячою астмою, хоча материнська астма була потенційно головним фактором [63].

Mulder та ін. виявили три дослідження, які повідомляли про зв'язок між пренатальним впливом препаратів, що пригнічують кислотність (АСД), і дитячою астмою. Вплив РАС збільшив шанси астми у дітей раннього віку на 85% (OR 1,85; 95% ДІ 1,07–3,19). Вплив понад 14 визначених добових доз будь-якого РАС підвищував шанси астми у дітей раннього віку на 156% (OR 2,56; 95% ДІ 1,18–5,52) [64].

Дослідження за участю 685 015 одноплідних дітей, народжених між 1999 і 2007 роками у Швеції, було проведено з метою вивчення зв'язку між вживанням матір'ю різних видів наркотиків і ризиком дитячої астми. Ліки для лікування ГЕРХ можуть бути пов'язані з дитячою астмою (aOR 1,32; 95% ДІ 1,18–1,54), хоча необхідні подальші дослідження для перевірки зв'язку [65].

Переважаючий алгоритм лікування печії та ГЕРХ під час вагітності згідно з сучасними даними (рис 1.3). ГЕРХ легкого ступеня зазвичай усувається за допомогою нефармацевтичних заходів (крок 1). У всіх пацієнтів, якщо симптоми зберігаються після кроку 1, пацієнти можуть переходити до кроку 2 і так далі. Після зникнення симптомів порадьте пацієнтам продовжувати нефармацевтичне втручання.

Переважаючий алгоритм лікування ГЕРХ під час лактації згідно з сучасними даними (рис.1.4). ГЕРХ легкого ступеня зазвичай усувається за допомогою нефармацевтичних заходів (крок 1). У всіх пацієнтів, якщо

симптоми зберігаються після кроку 1, пацієнти можуть переходити до кроку 2 і так далі. Після зникнення симптомів порадьте пацієнтам продовжувати нефармацевтичне втручання.

Висновки

Лікування печії у вагітних і жінок, які годують груддю, передбачає зміну способу життя або дієти, нефармацевтичні засоби захисту та фармацевтичні препарати. Для більшості пацієнтів модифікація способу життя/дієти допомагає зменшити симптоми ГЕРХ. Комбінації альгінат/антацид також можуть бути розглянуті через їх здатність створювати несистемний механічний бар'єр над постпрандіальною кислотною кишенею в шлунку [38]. Пацієнтам, які потребують більш інтенсивного втручання, можуть бути запропоновані фармацевтичні препарати. Однак слід враховувати придатність кожного засобу для застосування під час вагітності та годування груддю.

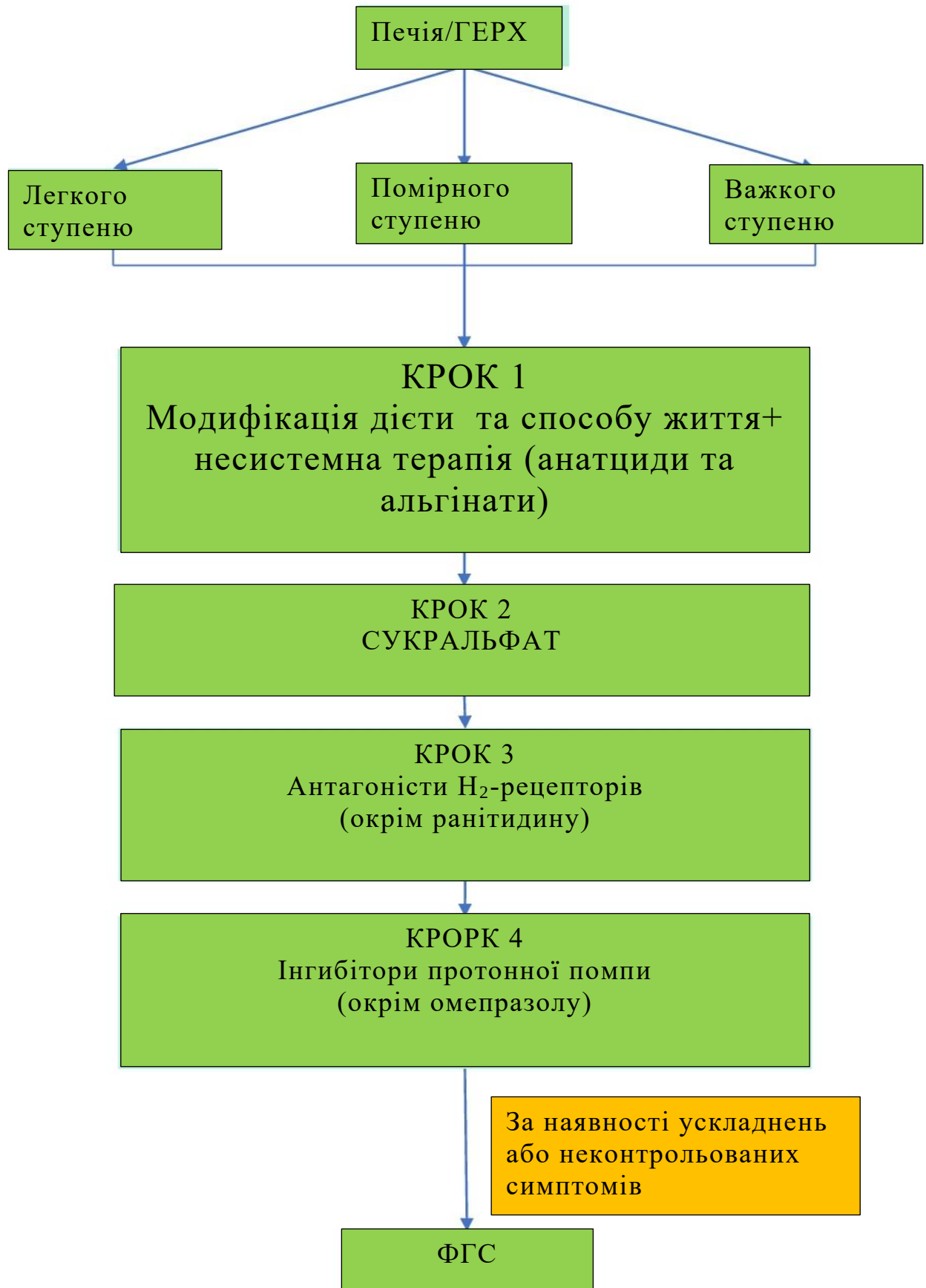


Рис.1.3 Схема лікування печії та ГЕРХ підчас вагітності, заснована на доказах. Адаптовано з Ali and Egan [24].

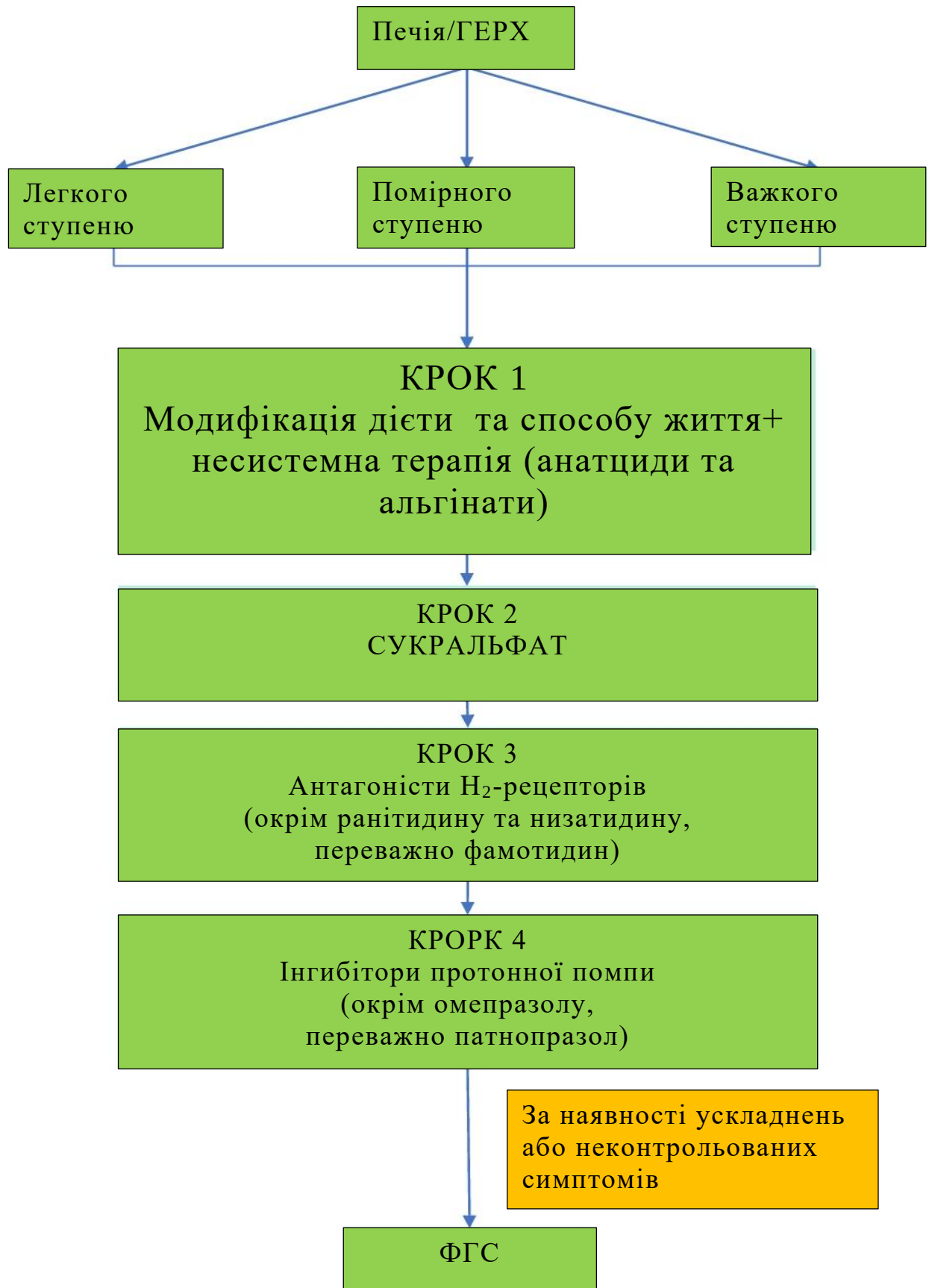


Рис. 1.4. Алгоритм лікування печії/ГЕРХ підчас лактації. Адаптовано з Ali and Egan [24].

Переважний алгоритм лікування ГЕРХ під час лактації згідно з сучасними даними. ГЕРХ легкого ступеня зазвичай усувається за допомогою нефармацевтичних заходів (крок 1). У всіх пацієнтів, якщо симптоми зберігаються після кроку 1, пацієнти можуть переходити до кроку 2 і так далі. Після зникнення симптомів порадьте пацієнтам продовжувати нефармацевтичне втручання.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. Для більшості пацієнтів модифікація способу життя/дієти допомагає зменшити симптоми печії.
2. Комбінації альгінат/антацид також можуть бути розглянуті через їх здатність створювати несистемний механічний бар'єр над постпрандіальною кислотною кишенею в шлунку.
3. Лікування печії у вагітних і жінок, які годують груддю, передбачає зміну способу життя або дієти, нефармацевтичні засоби захисту та фармацевтичні препарати. Пацієнтам, які потребують більш інтенсивного втручання, можуть бути запропоновані фармацевтичні препарати. Однак слід враховувати придатність кожного засобу для застосування під час вагітності та годування груддю.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Анкетування в аптеці: опитування проводилося за допомогою анкети, що представлена нижче на базі однієї з аптек ТзОВ «ФК Магнолія», аптека №3, м. Харків. Було опитано 30 відвідувачів аптеки. Основний контингент – відвідувачі міської поліклініки, а також населення прилеглих мікрорайонів тощо. Вибір респондентів відбувався методом випадкової вибірки. У дослідженні приймали участь респонденти, що отримували препарат за призначенням медичного персоналу і ті, що зробили вибір самостійно (під впливом реклами у ЗМІ, порад знайомих або провізора чи фармацевта) зі скаргами на печію. До опитування залучались всі пацієнти з печією незалежно від її тривалості та наявності супутньої патології.

Анкета

«Печія та її лікування»

1. Ваш вік

- ☐ 18-30
- ☐ 30-45
- ☐ 45-60
- ☐ 60+

2. Ваша стать

- ☐ Жіноча
- ☐ Чоловіча

3. Ви вагітні?

- ☐ Так
- ☐ Ні

4. В зв'язку з чим приймаєте препарат?

- ☐ Печія, що з'явилася вперше

- ☐ Печія, що виникає повторно
- ☐ Печія, що виникає періодично
- ☐ Постійна печія
- ☐ Ваш варіант _____

5. Чи звертались Ви до лікаря з метою визначення причини печії?

- ☐ Так, причина печії визначена лікарем
- ☐ Так звертались, але причину печії встановити не вдалось
- ☐ Ні, не звертались та самостійно припустили причину печії
- ☐ Ні, не звертались та самостійно причину печії не визначали
- ☐ Ваш варіант _____

6. Який препарат Ви приймали?

- ☐ Антациди на основі алюмінію (Альмагель, Маалокс, Альмагал та інш.)
- ☐ Антациди, що містять кальцій (Ренні, Діген, «Печаївські»)
- ☐ Антациди, що містять натр (Харчова сода)
- ☐ Антациди, що містять альгірати (Гавіскон, Альгімак та інш.)
- ☐ H₂-гістаміноблокатори (ранітидин, фамотидин)
- ☐ Інгібітори протонної помпи (омепразол, рабепразол, пантопразол та інш.)
- ☐ Прокінетики (метоклопрамид, домперидон, ондансетрон)
- ☐ Ваш варіант _____

7. Чи приймали Ви одночасно декілька засобів для лікування печії одночасно? Якщо так, позначте, які.

- ☐ Антациди на основі алюмінію (Альмагель, Маалокс, Альмагал та інш.)
- ☐ Антациди, що містять кальцій (Ренні, Діген, «Печаївські»)
- ☐ Антациди, що містять натр (Харчова сода)
- ☐ Антациди, що містять альгірати (Гавіскон, Альгімак та інш.)
- ☐ H₂-гістаміноблокатори (ранітидин, фамотидин)
- ☐ Інгібітори протонної помпи (омепразол, рабепразол, пантопразол та інш.)

- ☐ Прокінетики (метоклопрамид, домперидон, ондансетрон)
- ☐ Ваш варіант _____

8. Хто приймав рішення про одночасний прийом засобів для лікування печії одночасно?

- ☐ Я самостійно
- ☐ Лікар
- ☐ Фармацевт
- ☐ Знайомі
- ☐ Реклама
- ☐ Ваш варіант _____

9. В якій лікарській формі Ви приймали препарат?

- ☐ Таблетки, капсули (прийом всередину)
- ☐ Саше, порошок (прийом всередину)
- ☐ Гель/суспензія (прийом всередину)
- ☐ Ін'єкційний препарат (внутрішньовенно, внутрішньом'язово)
- ☐ Ваш варіант _____

10. Чи допоміг Вам препарат?

- ☐ Добре
- ☐ Помірно
- ☐ Слабо
- ☐ Не допоміг
- ☐ Ваша думка _____

11. Як Ви дізналися про препарат?

- ☐ Лікар
- ☐ Фармацевт
- ☐ Знайомі
- ☐ Реклама
- ☐ Ваш варіант _____

12. Як Ви дізналися, про спосіб застосування, дозування, кратність прийому?

- ☐ Лікар
- ☐ Фармацевт
- ☐ Знайомі
- ☐ Реклама
- ☐ Інструкція
- ☐ Ваш варіант _____

13. Як часто Ви приймаєте засоби для лікування печії?

- ☐ Менше 1 разу на місяць
- ☐ 2-3 рази на місяць
- ☐ 1-2 рази на тиждень
- ☐ 3-4 рази на тиждень
- ☐ Постійно
- ☐ Ваш варіант _____

14. Як довго Ви приймаєте засоби для лікування печії?

- ☐ однократно
- ☐ повторно
- ☐ постійно
- ☐ Ваш варіант _____

15. Чи є у Вас хронічні захворювання або хронічні стани?

- ☐ Ні, немає
- ☐ Гастроєзофагельна рефлюксна хвороба
- ☐ Цукровий діабет
- ☐ Виразкова хвороба
- ☐ Бронхіальна астма
- ☐ Ішемічна хвороба серця
- ☐ Атеросклероз
- ☐ Хронічна хвороба нирок

- ☐ Хронічна печінкова недостатність
- ☐ Ваш варіант _____

16. Коли останній раз було загострення хронічного захворювання, хронічного стану перед застосуванням лікарського засобу?

- ☐ Менше тижня
- ☐ За 2-3 тижні
- ☐ За місяць
- ☐ За 3-6 місяці
- ☐ За 6-12 місяців
- ☐ Більше року
- ☐ Ваш варіант _____

17. Чи погіршився стан хронічного захворювання після прийому лікарського засобу?

- ☐ Так
- ☐ Ні
- ☐ Не знаю
- ☐ Ваш варіант _____

18. Чи знаєте Ви, що у лікарських препаратів існують побічні реакції, побічні ефекти?

- ☐ Так
- ☐ Ні

19. Чи знаєте Ви про побічні реакції, побічні ефекти Вашого лікарського засобу?

- ☐ Так
- ☐ Ні

20. Чи проявлялися у Вас побічні реакції, пов'язані з прийомом препарату?

- ☐ Так
- ☐ Ні

☐ Не знаю

21. Які з перелічених нижче симптомів у вас були після прийому лікарського засобу?

- ☐ Головний біль
- ☐ Запаморочення
- ☐ Біль у шлунку
- ☐ Біль у кишківнику
- ☐ Зміна артеріального тиску (підвищення або зниження)
- ☐ набряки
- ☐ Нефропатія (проблеми з нирками, болісність, погіршення функцій, загострення хронічних захворювань нирок)
- ☐ порушення роботи та погіршення стану печінки
- ☐ Зміна випорожнень (закреп або діарея)

Ваш варіант _____

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКУВАННЯ ПЕЧІЇ В АПТЕЦІ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1. Результати анкетування в аптеці

У опитуванні прийняли участь 30 респондентів віком від 18 до 72 років. Розподілення за віком було наступним: 18-30 років -1 людина, 31-50 років 14 чоловіка та понад 50 років – 15 осіб. Серед опитуваних було 20 жінок (67%) та 10 (33%) чоловіків.

Усі опитувані застосовували засоби для лікування печії, при цьому 2 особи застосовували ці засоби вперше, 5 людей – повторно та решта 23 особи – застосовують їх постійно (рис. 3.1)

Тривалість застосування засобів для лікування печії

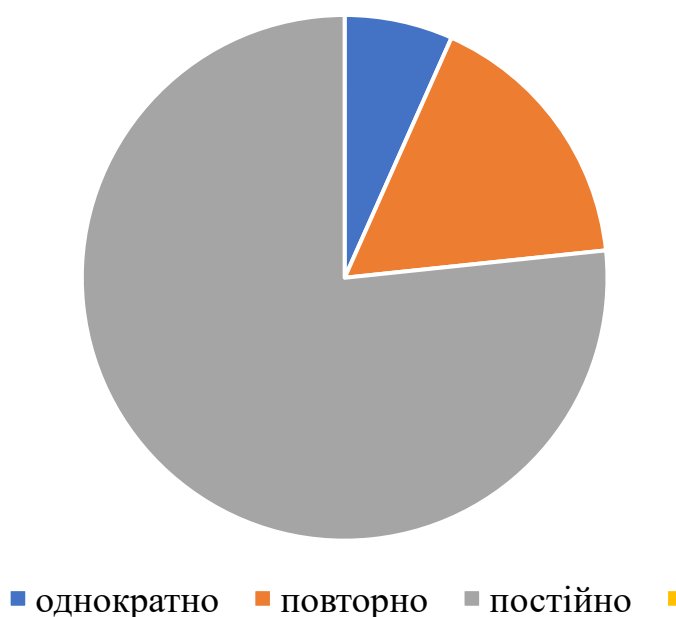


Рис. 3.1 Тривалість застосування засобів для лікування печії.

Серед показань до застосування були: печія, що з'явилася вперше – 1 особа, печія, що виникає повторно – 1 людина, печія, що виникає періодично - 4 особи та постійна печія – решта 24 осіб (мал.3),

за наведених даних зрозуміло, що переважна більшість пацієнтів застосовує засоби для лікування печії для контролю постійної печії та робить це на постійній основі.

Показання до застосування засобів для лікування печії

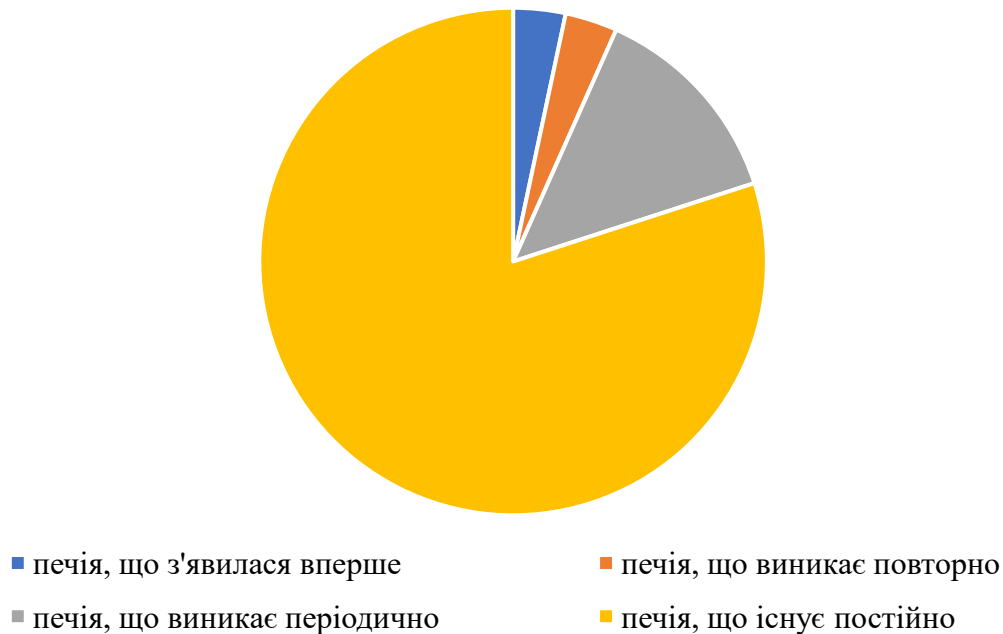


Рис 3.2. Показання до застосування засобів для лікування печії

Лікування печії відноситься до симптоматичного типу лікування та має слабкий вплив на саме захворювання, хоча з точки зору пацієнта усунення печії дуже часто асоціюється з усуненням самого захворювання та є найбажанішим та найочікуванішим ефектом від лікування. Але, з медичної точки зору, лікування лише печії може мати зворотній ефект, завдяки тому, що у пацієнта усувається вагома причина для звернення до лікаря з метою діагностики причин печії та відтерміновується початок патогенетичного або етіотропного лікування, внаслідок чого патологічний процес поглиблюється та поширюється з можливістю формування ускладнень в тому числі. Саме тому у нашому дослідженні ми запитали у респондентів чи звертались вони до лікаря з метою встановлення причини печії та отримали приголомшливі дані – лише третина респондентів (10

чоловік) звертались до лікаря з метою визначення походження. Решта 20 респондентів (67%) не звертались по допомогу щодо встановлення причини печії та продовжували застосовувати засоби для лікування печії для усунення печії нез'ясованого генезу.(рис. 3.3).



Рис. 3.3. Частка пацієнтів, яка діагностувала печію.

Запорукою ефективного та безпечного лікування є раціональний підбір лікарського засобу, шляху та кратності введення, засобів немедикаментозної корекції печії та патологічного стану. Такий раціональний підбір можливо здійснити лише за умови врахування багатьох факторів: властивості лікарського засобу (механізм дії, показання/протипоказання до його застосування, особливості фармакокінетики у різних груп пацієнтів, особливості ефективності/безпеки в різних лікарських формах та інше); індивідуальних особливостей людського організму (стать, вік, фармакогенетичні особливості); особливостей протікання патологічного стану. Великою мірою врахувати практично всі ці фактори може, звісно, лікар, але, нажаль, не завжди достатньо знань

щодо фармакологічних та особливо фармацевтичних властивостей лікарських засобів. Цими знаннями в повній мірі володіє провізор, але в нього бракує знань щодо самих патологічних станів. Таким чином, провізор та лікар повинні працювати синергічно задля блага пацієнта. Отже, виходячи із зазначеного вище, підбір засобів для лікування печії повинен бути здійсненим лікарем або провізором. В нашому дослідженні ми отримали наступні дані: лікар підбирав такі засоби у 10 (30%) респондентів, провізор у 15 (53%) пацієнтів та 5 пацієнтів (17%) здійснили цей підбір самостійно (рис. 3.4). При цьому виборі пацієнти керувались попереднім досвідом або рекомендацією знайомих.

Хто здійснював підбір засобів для лікування печії

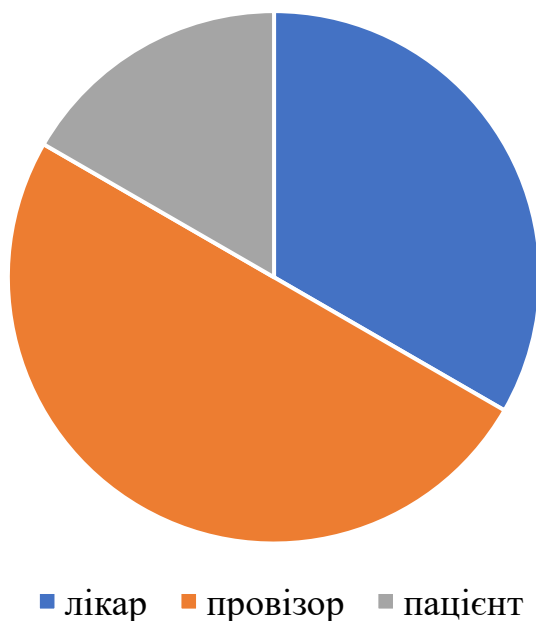


Рис. 3.4 Хто здійснював підбір засобів для лікування печії.

Подекуди для досягнення більш вираженого чи швидкого ефекту застосовуються одночасно декілька засобів для лікування печії. Особливо це стосується хворих із ГЕРХ, тому що достатній рівень контролю кислотності шлункового соку для них не лише створює психологічний комфорт, але й є умовою відсутності запальних та

деструктивних процесів у стравоході . Отже, в нашому дослідженні виявилось, що були пацієнти, які використовували одночасно більше ніж 1 засіб для лікування печії. Так, 4 пацієнта використовували 2 засоби одночасно, 2 пацієнта 3 та 1 пацієнтка використовувала 4!!!! засоби одночасно. Остання пацієнтка є дуже яскравим прикладом користі та ризику застосування засобів для лікування печії.

Клінічний випадок.

Жінка 67 років, страждає на остеоартроз стегнових та колінних суглобів, III-IV рентгенологічних класів, недостатність функції суглобів III стадії, гіпертонічна хвороба III стадії, вкрай високого ризику, пептична виразка шлунку (в анамнезі хірургічна операція – резекція шлунку з приводу пептичної виразки шлунку, 35 років тому). Виражений больовий синдром унеможлиблював повсякденну активність тому для його зменшення та задля можливості виконання хоча б самообслуговування приймалися наступні ліки: диклофенак натрію 50 мг тричі на день, ібупрофен 200 мг тричі на день, паратцетамол 500 мг 4 рази на день, целекоксиб 200 мг на добу. За такою схемою пацієнтка лікувалась протягом кількох місяців, на фоні чого з'явилися печія та болі у верхній ділянці живота. З приводу печії пацієнтка розпочала застосовувати Альмагель, додатково, через 2 тижні, приймати ІПП – омепразол у дозі 20 мг двічі на день. Потім вона поїхала із сином до місця захоронення своєї матері на Полтавщину. Протягом цієї поїздки болі посилювались у зв'язку з підвищенням фізичного навантаження та вказані ліки вже не забезпечували достатнього ефекту, тому вона додала до лікування метамізол натрію у дозі 500 мг 4 рази на день, на тлі чого печія та біль посилювались. Після повернення з поїздки на 4-й день від начала застосування метамізолу вона виявила в себе потемніння калових мас (мелена) та ще на протязі 7 днів нікому про це не повідомляла, намагаючись скорегувати свій стан застосуванням Гавіскону та

омепразолу до моменту падіння вдома та втрати свідомості. Після чого родичі викликали швидку допомогу та госпіталізували її до лікарні, де був встановлено діагноз гострої шлунково-кишкової кровотечі. На момент надходження до стаціонару рівень гемоглобіну складав 50 г/л (при нормі 120 г/л щонайменше), що обумовило необхідність переливання крові. Розвитку цієї ситуації не заважало навіть те, що дана пацієнта – лікар та розуміла можливі негативні наслідки такого надмірно та неконтрольованого застосування декількох НПЗЗ одночасно та намагання скорегувати свій стан за допомогою засобів для лікування печії замість звернення за лікарською допомогою. Цей приклад яскраво ілюструє прагнення більшості пацієнтів позбавитися болю за будь якої ціни та можливість формування в них загрозуючого життю ПР/ПЯ не завжди зупиняють пацієнтів від підвищення дози ЛЗ, чи збільшення кратності прийому або додавання нових ліків до вже існуючої терапії.

Відомо, що поряд з бажаним фармакологічним ефектом для усіх ЛЗ типові ті чи інші побічні явища. Ці побічні явища та ризик їх появи є невід'ємною частиною лікувального процесу та повинні бути враховані та проконтрольовані. Моніторинг ПР/ПЯ повинні здійснювати і лікар, і провізор. Але в амбулаторних умовах до цього повинен бути залучений і сам пацієнт. Для такого самомоніторингу пацієнт повинен бути обізнаним щодо ПР/ПЯ ЛЗ, які він приймає. Але нажаль серед респондентів було 2 чоловіка, що не знали про наявність та навіть про саму можливість снування ПР/ПЯ у ЛЗ взагалі! (рис. 3.5)

Інформованість респондентів про наявність ПР/ПЯ у ЛЗ

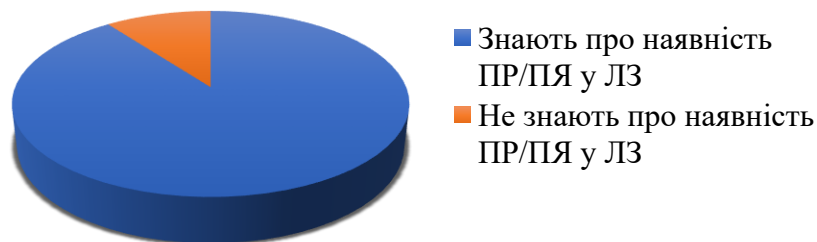


Рис. 3.5. Поінформованість респондентів щодо наявності ПР/ПЯ у ЛЗ.

Крім уявлення про можливість існування ПР/ПЯ взагалі необхідними також є знання про типові ПР/ПЯ сам тих ліків, що приймає пацієнт. Отже, в нашому дослідженні ми з'ясували, що 10 людей (66,5%) знали про типові ПР/ПЯ групи засобів для лікування печії, але 20 осіб (33,5%) не мали цієї інформації та у випадку розвитку в них ПР/ПЯ не зможуть розпізнати їх та затягнути час їх діагностики, що призведе до формування більш важких ПР/ПЯ (рис.3.6).



Рис. 3.6. Інформованість респондентів про ПР/ПЯ типові для засобів для лікування печії

В сучасному світі є багато джерел інформації взагалі та про ліки зокрема. Але відмінність інформації про ліки полягає в тому, що вона повинна бути достовірною та повною. Крім того, вона повинна бути у формі, що зрозуміла для пацієнта. Найбільш поширене джерело інформації на сьогоднішній день – це інтернет, але інформація, розміщена там, дуже часто буває недостовірною та навіть сфальсифікованою. Отже для пацієнта найбільш достовірними джерелами інформації про ліки є лікар, провізор та інструкція до лікарського засобу. Інформацію про ПР/ПЯ пацієнт отримує з тих самих джерел. В нашому дослідженні виявилось, що лише 2 пацієнта (7%) отримали цю інформацію від лікаря, 14 респондентів (33%) – від провізора, ще 7 (12%) з інструкції до лікарського засобу, та 7 (12%) з інтернету або від знайомих (рис.3.7). Таким чином становиться цілком зрозуміло, що частина пацієнтів не має взагалі інформації про ПР/ПЯ чи отримує її з недостовірних джерел.

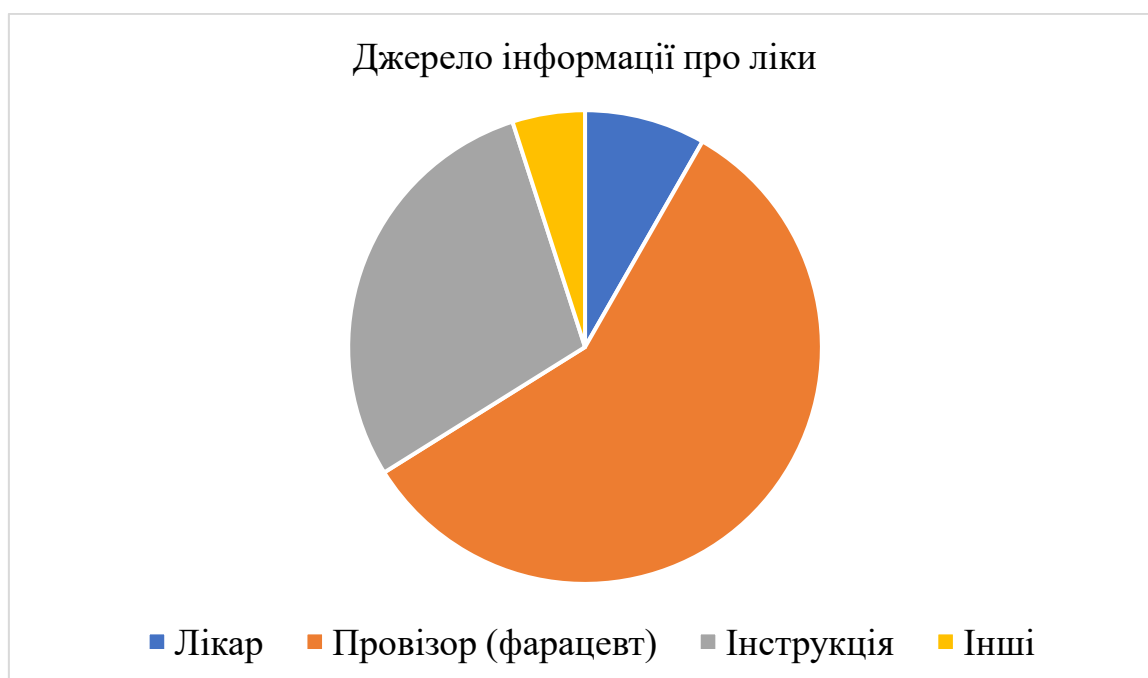


Рис. 3.7. Джерело інформації про ліки.

Враховуючи вищезазначене зрозуміла відповідь на наступне питання – чи були у Вас ПР/ПЯ? 20 респондентів (90%) дали відповідь «ні», та 10 респондентів (10%) відповіли «так» (рис 3.8).



Рис 3.8. Наявність ПР/ПЯ у респондентів.

Але при більш ретельному опитуванні, підчас якого конкретизувалися запитання про ПР/ПЯ у вигляді запитань про симптоми (відчуття розтягнення шлунку, закрепи або діарея, нудота, біль у шлунку) підчас прийому засобів для лікування печії виявилось, що у 6 (20%) респондентів виникали ті чи інші негативні явища. Таким чином, зрозуміло, що якнайменше 4 респондента в нашому дослідженні мали ПР/ПЯ, які не були розпізнані та могли потенційно завдати шкоди здоров'ю пацієнтів. Останнє стає особливо важливим за умови відповіді на питання «Чи припиняли ВИ прийом засобів для лікування печії при появі даних симптомів»? З тих 6 респондентів, у яких були виявлені симптоми чи розпізнані ПР/ПЯ 2 (33%) тимчасово припиняли прийом засобів для лікування печії до зникнення цих симптомів, останні 4 (66%) застосовували додаткові ЛЗ для лікування цих симптомів (засоби для лікування закрів та інш.) та не зупиняли застосування засобів для лікування печії для збереження певної якості життя.

Для успішного, ефективного та безпечного лікування будь якими ЛЗ необхідно виконувати низку правил їхнього застосування. Такі правила існують і для засобів для лікування печії.

Але лише 7 респондентів (24%) нашого опитування знали про наявність та необхідність виконувати ці правила щодо засобів для лікування печії, решта 23 пацієнта (76 %) цього не знали цілком або частково та не виконували ці правила (рис. 3.9).

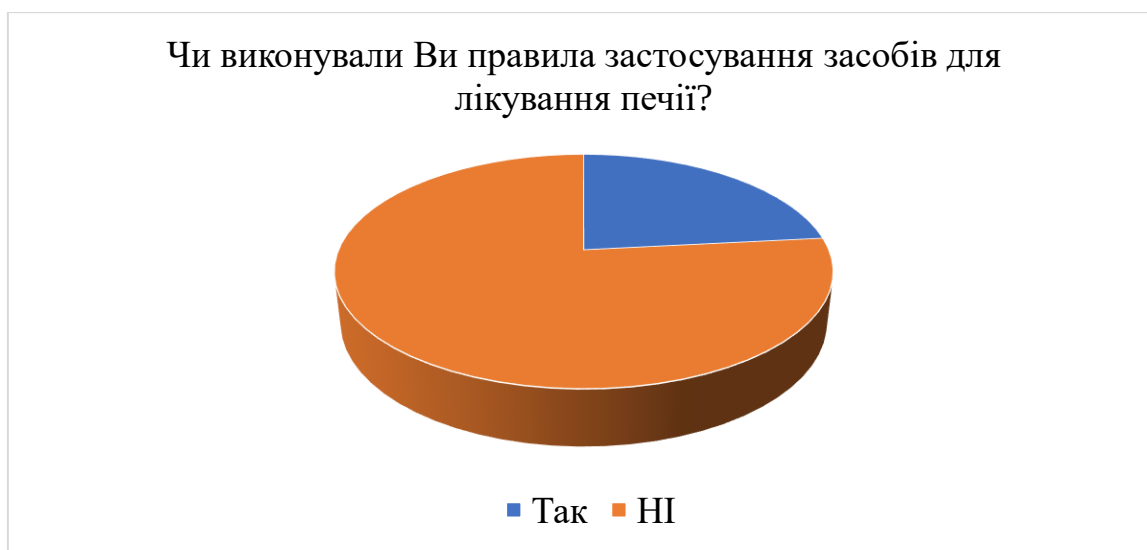


Рис. 3.9. Виконання правил застосування засобів для лікування печії.

Важливою складовою успішного лікування є не лише зацікавленість пацієнта у ньому, але і задоволеність пацієнта результатами лікування. Отже ми запитали респондентів чи задоволені вони ефектом від застосування засобів для лікування печії? 80% респондентів відповіли, що вони задоволені ефектом від засобів для лікування печії, але 20% (6 осіб) відповіли, що вони вважають ефект від засобів для лікування печії недостатнім та почали застосовувати додаткові засоби (рис 3.10).



Рис. 3.10. Задоволеність результатами застосування засобів для лікування печії

3.2. Обговорення результатів та практичні рекомендації.

Доступність фармацевтів зазвичай пропонує громадськості можливість оцінити свої незначні нездужання: отримати пораду, варіанти лікування - немедикаментозне чи фармакологічне, або направлення до іншого медичного працівника. На перший погляд печія – відчуття печіння в середині грудей, дискомфорт, що поширюється на горло та шию – можна вважати за незначне нездужання. Незалежно від кількості людей, які відмічують симптоми печії, більшість із них вказують на посилення та ослаблення симптомів, які можуть вимагати або не вимагати певного лікування. Однак належне сортування допоможе підтвердити відсутність або присутність серйозних проблем зі здоров'ям. На додаток до застосування концепції Connect and Care щодо вітання, вислуховування та допомоги пацієнту з печією (рис. 3.11), роль фармацевта полягатиме в тому, щоб гарантувати, що пацієнт отримує найкращий варіант лікування або скерування до лікаря шляхом відповідного опитування (рис. 3.12).



Рис. 3.11 Модель Connect and care (зв'язок та опіка).

Опішіть свої симптоми, будь ласка
Де саме Ви відчуваєте печію
Як саме Ви можете описати печію
Що провокує печію
Як часто Ви її відчуваєте
Чи порушено Ваш сон або прокидаєтесь вночі
Яке лікування вже спробували
Чи є у Вас труднощі або біль при ковтанні
Чи приймаєте Ви будь які ліки

Рис. 3.2. Зразок опитувальника.

У пацієнта може бути лише одна скарга – печія – або печія може бути однією зі скарг, що призводить до розширеного обговорення. Крім того, роль фармацевта полягає у забезпеченні відповідального використання ліків, забезпечення безпеки пацієнта, а також інформування пацієнта про те, чого очікувати від обраного варіанта лікування. Якщо пацієнт був направлений до фармацевта іншим постачальником медичних послуг, фармацевт повинен роз'яснити розуміння пацієнтом і підтримати це направлення. Якщо пацієнт шукає поради фармацевта на основі первинної медичної допомоги, оцінка пацієнта буде включати частоту нападів, інтенсивність і тривалість. Існують різні допоміжні засоби для оцінки стану пацієнтів - електронні або паперові. Оцінка пацієнтом тяжкості симптомів варіюється від «незручності» до «порушення повсякденної якості життя». Одним із ключових наслідків печії для деяких пацієнтів є безсоння. Фармацевт розпитає пацієнта про фактори ризику. Фармацевт, можливо, забажає не лише перерахувати фактори ризику, але й пояснити, яким чином вони можуть впливати на печію.

Алкоголь може: 1 - посилити розслаблення нижнього сфінктера стравоходу (НСС). Тоді шлункова кислота може скинутись у стравохід коли зазвичай цього не відбувається, подразнюючи стінку стравоходу; 2 - викликати прогресуюче скорочення, які виникають при ковтанні ставати непостійним. Нерегулярний ритм може призвести до проникнення кислоти до стравоходу або порушують його очищення, тим самим викликаючи симптоми печії; 3 - збільшити кількість кислоти, що виробляється в шлунку; і 4 - робить стравохід більш чутливим до кислоти і викликає запалення або набряк його захисної оболонки.

Вагітність: печія може вплинути на вагітних жінок через вплив рівня прогестерону на НСС. Гормони вагітності сповільнюють весь процес травлення, що призводить до нетравлення та інших шлунково-кишкових проблем, які можуть посилити печію. Підвищення внутрішньочеревного тиску та зміщення внутрішніх органів через розширення матки може змусити шлунок рухати рідину вгору, ретроградним способом, у стравохід.

Ожиріння: підвищує внутрішньочеревний тиск і сприяє рефлюксу потрапляння кислого шлункового вмісту в стравохід, що призводить до печії.

Жирна їжа: розслаблює НСС і затримує спорожнення шлунка; обидва ці фактори можуть сприяти рефлюксу, що викликає печію.

Ліки: антихолінергічні засоби, кофеїн, етанол, блокатори кальцієвих каналів, нікотин і опіоїди знижують тонус НСС. Інші ліки, такі як бісфосфонати, АСК, кліндаміцин, НПЗП, солі калію та заліза, є прямими подразниками.

Стрес: не є прямою причиною, але призводить до поведінки, яка може бути тригером, посилює печію та інші стани.

Вживання тютюну: куріння може знизити ефективність НСС і сповільнює вироблення слини, яка допомагає нейтралізувати шлункову кислоту, що потрапила в стравохід.

Пацієнти можуть спочатку віддати перевагу самолікуванню, з або без професійні консультації. Можливо поспілкуватися з фармацевтом, який може

призначити медикаментозне або немедикаментозне лікування (стиль життя) або направити до іншого спеціаліста. При цьому пацієнти сподіваються, що фармацевти отримують доступ до методів лікування, заснованих на доказах та терапевтичних рекомендацій, щоб забезпечити найкращу допомогу своїм пацієнтам.

Якщо пацієнта обстежив фармацевт, існує 3 варіанти для обговорення з пацієнтом - направлення в медичну установу до лікаря, рекомендація немедикаментозного лікування або рекомендація фармакологічного лікування. Фармацевту може знадобитися направити пацієнта до іншого лікаря, якщо пацієнт має будь-які ризики або тривожні ознаки гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) або її ускладнень (рис. 5), або інші тривожні симптоми. Фармацевт може вказати пацієнту на користь немедикаментозного лікування. Для корекції способу життя (Малюнок 6), загалом, існує 3 категорії:

1. Уникайте продуктів, які можуть спровокувати рефлюкс (наприклад, кава, алкоголь, шоколад, м'ята, смажена або жирна їжа)
2. Уникайте кислої їжі, яка може спровокувати печію (наприклад, цитрусові, помідори, часник, цибуля, газовані напої, гостра їжа)
3. Прийняття поведінки, яка може зменшити вплив кислоти на стравохід (наприклад, втрата ваги, припинення куріння, більш часте споживання їжі меншими порціями, підняття узголів'я ліжка та уникнення лежачого положення на протязі 2-3 годин після їжі).

Фармацевт може вказати пацієнту на користь варіантів фармакологічного лікування з 3 загальних класів ліків : антациди та альгірати, H₂ RA і ІПП.

Антациди і альгірати. Антациди забезпечують швидке, хоча і тимчасове полегшення легкої короткочасної або нечастої печії. Антациди - це солі сполук алюмінію, магнію та/або кальцію. В'язкі альгірати, які зазвичай надаються в поєднанні з антацидом, створюють захисний бар'єр поверх шлункового вмісту. Пацієнтам із порушенням функції нирок слід уникати застосування

антацидів, що містять магній. Якщо антациди потрібні більше 2 днів на тиждень, пацієнту може знадобитися ОТС H₂RA або ІПП. Антациди можуть надавати нейтралізуючу та захисну дію залежно від їх інгредієнтів.

Виявляється, що антациди в основному діють у просвіті стравоходу.

Антациди здатні взаємодіяти з великою кількістю ліків через три основні механізми:

- 1) Зв'язування іншого препарату у кишковому тракті,
- 2) Зміни рН ШКТ
- 3) Зміни у рН сечі.

Щоб запобігти найпоширенішим і потенційно шкідливим взаємодіям, пацієнти не повинні використовувати антациди протягом 2 годин після застосування кишковорозчинних препаратів.

Підлужнення сечі, викликане антацидами, може підвищувати концентрацію в крові амфетамінів і хінідину і знижувати концентрацію саліцилатів. Перевага віддається антацидам і альгінатам при вагітності; ОТС H₂ RA можна порівняти, але не перевершити антациди при епізодичній печії та ГЕРХ H₂ RA пригнічують виробництво кислоти парієтальними клітинами, але в набагато меншому ступені, ніж ІПП. Навіть під час лікування H₂RA, виробництво кислоти парієтальними клітинами можуть стимулюватися прийомом їжі. Оскільки багато рефлюксу (і, отже, печії) відбувається протягом декількох годин після їжі, це допомагає пояснити, чому ІПП виявилися більш ефективними для лікування печії, ніж H₂RAs.

ОТС H₂ RA (фамотидин, ранітидин) є ефективними для лікування легкої та помірної нечастої печії. Нижчі безрецептурні дози слід використовувати при легких симптомах, тоді як вищі дози використовуються для пацієнтів із помірним симптомами. Симптоми зникають через 30–45 хвилин, їх дія триває ≤10 годин. H₂RA слід приймати на основі «коли необхідно», тому що може розвинути толерантність (тахіфілаксія) до антисекреторної дії, якщо вони приймаються щодня. H₂RA можна приймати за 30–60 хвилин до їжі або фізичних вправ, щоб запобігти очікуваним симптомам. H₂RA добре

переносяться і мають низьку частоту побічних ефектів, таких як головний біль, діарея та запор. H₂RA мають переваги (деякі з яких особливо важливі для пацієнтів у країнах, що розвиваються): швидший початок дії, не потрібен час адміністрування перед їжею, нижча вартість, безпечна взаємодія з клопідогрелем, ймовірно, безпечніше під час вагітності. Крім того, їх можна використовувати пацієнтам, які не переносять ІПП через побічні ефекти. Взаємодія, яка виникає з теофіліном і варфарином, коли ферментна система цитохрому Р-450 інгібується ранітидином потребує моніторингу. Докази на сьогоднішній день вказують на те, що фамотидин значною мірою не зв'язується з цитохромом Р-450.

Інгібітори протонної помпи (інгібітори Н⁺/К⁺ АТФази). Ефект ІПП може тривати до 24 годин. Стандартна доза, один раз на день. ІПП є більш ефективним, ніж H₂ RA. Терапія може бути продовжена протягом 2-8 тижнів, після чого лікування можна припинити; терапію можна перезапустити, якщо симптоми повторяться. Немає клінічно важливих відмінностей між стандартними дозами ІПП. ІПП зазвичай добре переноситься з невеликими короточасними побічними ефектами. Деякі проблеми виникли щодо зв'язку з деякими довготривалими побічними явищами. (Малюнок 8). Коли ІПП суворо показані, їх переваги значно переважають їхні теоретичні ризики. Однак у випадках якщо ІПП не мають чітких постійних показань, доцільно розглянути можливість припинення терапії. При зупинці ІПП у когось, хто проходив терапію протягом кількох місяців, можливе відновлення секреції кислоти та повернення симптомів з цим пов'язаних. Це можна неправильно розцінити як необхідність постійної терапії. Доцільно знизити дозу ІПП, хоча доказів щодо оптимального зниження дози бракує. Загалом, при зниженні дози можна або: а) зменшити дозу ІПП на 50% протягом кількох тижнів або б) збільшити інтервал між дозами кожні 2 або більше днів. Такий підхід може бути кращий для ІПП, якщо нижча доза препарату є відносно більш дорогою.

Антациди або H₂

РА, наприклад ранітидин, можна використовувати під час зниження дози. У більшості пацієнтів, які приймають тривалу терапію ІПП для неускладненої, симптоматичної ГЕРХ, доцільно спробувати припинити або зменшити дозу ІПП принаймні раз на рік. Два основних занепокоєння щодо безрецептурних ІПП та інших методів лікування є: можливість неправильного діагнозу або недостатнє лікування пацієнтів із тяжкою ГЕРХ, які потребують медичної допомоги під наглядом, а не безрецептурної терапії, отже значення 2-тижневого випробувального періоду значно зростає.

Омепразол може взаємодіяти з іншими ліками, метаболізм яких залежать від печінкового ензиму CYP 2C19, зокрема, це може затримати кліренс діазепаму, фенітоїну та варфарину. Тому що ІПП викликають таке глибоке пригнічення секреції шлункової кислоти, що воно може перешкоджати всмоктуванню лікарських засобів, для яких рН шлунка є важливим чинником, що визначає біодоступність (наприклад, кетоконазол, дигоксин). Було певне занепокоєння щодо супутнього застосування клопідогрелю та препаратів, які є інгібіторами CYP-2C19. Douglas et.al.¹² повідомляють, що взаємодія між клопідогрелем і ІПП не має клінічного значення. Клініцисти можуть віддати перевагу ранітидину і пантопризолу. Були повідомлення про гіпомагніємію у деяких тривалих користувачей ІПП. Пацієнти, які відчують м'язові судороги, серцебиття, тремор та/або запаморочення можуть перевіряти рівень магнію. Останнім часом з'яється все більше даних щодо зв'язку між довготривалим застосуванням ІПП та підвищеним ризиком переломів кісток. Для уникнення такг ризику рекомендовано застосовувати ІПП чотиритижневими курсами не більше 4 курсів на рік. Завжди важливо оцінювати переваги обраної терапії (рис. 10).

Трав'яні засоби: не так багато досліджень рослинних продуктів від печії. Хоча деякі докази користі є кількох натуральних продуктів¹⁴ (наприклад, дягель, артишок, кмин, ромашка і меліса). При диспепсії немає, або обмежені докази натуральних продуктів для лікування печії. Гіркий апельсин, стручковий перець, пажитник і куркума, наприклад, не мають переконливих

доказів. Просто тому, що трав'яні засоби можна розглядати як «природні», вони все ще можуть заважати іншим лікам.

Чи може вживання молока або жування гумки допомогти від печії? Поки молоко може тимчасово буферизувати шлункову кислоту, поживні речовини в молоці, особливо жир, стимулюватимуть шлунок виробляти більше кислоти. Переповнення шлунку може посилити печію. Це може звучати дивно, але гумка стимулює вироблення слини, яка є буфером кислоти. Жувальна гумка без м'яти також змушує вас ковтати більше часто, що може покращити швидкість очищення від рефлюксу всередині стравоходу. Було припущено, що йогурт і папайя або сік папайї може зменшити печію.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.

1. Засоби для лікування печії, особливо антациди, належать до відносно безпечних фармакологічних груп, проте в них також є ПР/ПЯ. Проте переважна більшість (66%) респондентів не знали про типові ПР/ПЯ застосованих ними ЛЗ.

2. Частина пацієнтів не має взагалі інформації про ЛЗ та ПР/ПЯ чи отримує її з недостовірних джерел. В нашому дослідженні виявилось, що лише 2 пацієнта (7%) отримали цю інформацію від лікаря, 14 респондентів (33%) – від провізора, ще 7 (12%) з інструкції до лікарського засобу, та 7 (12%) з інтернету або від знайомих.

3. Для лікування печії необхідно застосовувати покроковий підхід, який починається з модифікації способу життя та дієти, потім вже фармакологічна корекція при неефективності першого кроку та обов'язкове обстеження у лікаря за наявності загрозливих симптомів або довготривалої печії.

ВИСНОВКИ.

4. На печію страждає велика кількість населення, більша частина (за нашими даними близько 70%) з них страждає від неї постійно, що може бути пов'язано з тим, що людина з незначною епізодичною печією рідше звертається по допомогу до аптеки, усуваючи її домашніми засобами.

5. Не всі пацієнти дотримуються правил раціонального застосування ЛЗ для лікування печії та рекомендацій щодо модифікації способу життя та дієти. Навіть більше того, значна кількість пацієнтів взагалі не знає про таку модифікацію, хоча лікується від печії досить давно.

6. Засоби для лікування печії, особливо антациди, належать до відносно безпечних фармакологічних груп, проте в них також є ПР/ПЯ. Проте переважна більшість (66%) респондентів не знали про типові ПР/ПЯ застосованих ними ЛЗ.

7. Частина пацієнтів не має взагалі інформації про ЛЗ та ПР/ПЯ чи отримує її з недостовірних джерел. В нашому дослідженні виявилось, що лише 2 пацієнта (7%) отримали цю інформацію від лікаря, 14 респондентів (33%) – від провізора, ще 7 (12%) з інструкції до лікарського засобу, та 7 (12%) з інтернету або від знайомих.

8. Для лікування печії необхідно застосовувати покроковий підхід, який починається з модифікації способу життя та дієти, потім вже фармакологічна корекція при неефективності першого кроку та обов'язкове обстеження у лікаря за наявності загрозливих симптомів або довготривалої печії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Aziz Q., Fass R., Gyawali C.P. et al. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology*. 2016; 150: 1368-1379
2. Gyawali C.P., Kahrilas P.J., Savarino E. et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*. 2018; 67: 1351-1362
3. Savarino E., Marabotto E., Zentilin P. et al. The added value of impedance-pH monitoring to Rome III criteria in distinguishing functional heartburn from non-erosive reflux disease. *Dig Liver Dis*. 2011; 43: 542-547
4. Zerbib F., Belhocine K., Simon M. et al. Clinical, but not oesophageal pH-impedance, profiles predict response to proton pump inhibitors in gastro-oesophageal reflux disease. *Gut*. 2012; 61: 501-506
5. Spechler S.J., Hunter J.G., Jones K.M. et al. Randomized trial of medical versus surgical treatment for refractory heartburn. *N Engl J Med*. 2019; 381: 1513-1523
6. Yamasaki T., Fass R. Reflux hypersensitivity: a new functional esophageal disorder. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017; 23: 495-503
7. Weijenborg P.W., Smout A.J., Bredenoord A.J. Esophageal acid sensitivity and mucosal integrity in patients with functional heartburn. *Neurogastroenterol Motil*. 2016; 28: 1649-1654
8. Nikaki K., Woodland P., Lee C. et al. Esophageal mucosal innervation in functional heartburn: closer to healthy asymptomatic subjects than to non-erosive reflux disease patients. *Neurogastroenterol Motil*. 2019; 31e13667
9. Freede M., Leasure A.R., Proskin H.M. et al. Comparison of rectal and esophageal sensitivity in women with functional heartburn. *Gastroenterol Nurs*. 2016; 39: 348-358
10. de Bortoli N., Frazzoni L., Savarino E.V. et al. Functional heartburn overlaps with irritable bowel syndrome more often than GERD. *Am J Gastroenterol*. 2016; 111: 1711-1717

11. Abdallah J., George N., Yamasaki T. et al. Most patients with gastroesophageal reflux disease who failed proton pump inhibitor therapy also have functional esophageal disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019; 17: 1073-1080
12. Herregods T.V., Troelstra M., Weijenborg P.W. et al. Patients with refractory reflux symptoms often do not have GERD. *Neurogastroenterol Motil*. 2015; 27: 1267-1273
13. Ribolsi M., Cicala M., Zentilin P. et al. Prevalence and clinical characteristics of refractoriness to optimal proton pump inhibitor therapy in non-erosive reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018; 48: 1074-1081
14. Broderick R. Fuchs K.H., Breithaupt W. et al. Clinical presentation of gastroesophageal reflux disease: a prospective study on symptom diversity and modification of questionnaire application. *Dig Dis*. 2019; : 1-8
15. Zhang M., Chen M., Peng S. et al. The Rome IV versus Rome III criteria for heartburn diagnosis: a comparative study. *United European Gastroenterol J*. 2018; 6: 358-366
16. Jones R., Junghard O., Dent J. et al. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009; 30: 1030-1038
17. Dent J., Vakil N., Jones R. et al. Accuracy of the diagnosis of GORD by questionnaire, physicians and a trial of proton pump inhibitor treatment: the Diamond study. *Gut*. 2010; 59: 714-721
18. Bolier E.A., Kessing B.F., Smout A.J. et al. Systematic review: questionnaires for assessment of gastroesophageal reflux disease. *Dis Esophagus*. 2015; 28: 105-120
19. Hungin A.P.S., Molloy-Bland M., Scarpignato C. Revisiting Montreal: new insights into symptoms and their causes, and implications for the future of GERD. *Am J Gastroenterol*. 2019; 114: 414-421
20. Katzka D.A., Pandolfino J.E., Kahrilas P.J. Phenotypes of gastroesophageal reflux disease: where Rome, Lyon, and Montreal meet. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020; 18: 767-776

21. Hillman L., Yadlapati R., Thuluvath A.J. et al. A review of medical therapy for proton pump inhibitor nonresponsive gastroesophageal reflux disease. *Dis Esophagus*. 2017; 30: 1-15
22. Josefsson A., Palsson O., Simren M. et al. Oesophageal symptoms are common and associated with other functional gastrointestinal disorders (FGIDs) in an English-speaking Western population. *United European Gastroenterol J*. 2018; 6: 1461-1469
23. Myers J.P., vom Saal F.S., Akingbemi B.T. et al. 2009. Why public health agencies cannot depend on Good Laboratory Practices as a criterion for selecting data: the case of bisphenol A. *Environmental Health Perspectives*. 2009; 117: 309-315
24. Choung R.S., Richard Locke 3rd, G., Schleck C.D. et al. Multiple functional gastrointestinal disorders linked to gastroesophageal reflux and somatization: a population-based study. *Neurogastroenterol Motil*. 2017; 29
25. Frazzoni M., Savarino E., Manno M. et al. Reflux patterns in patients with short-segment Barrett's oesophagus: a study using impedance-pH monitoring off and on proton pump inhibitor therapy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009; 30: 508-515
26. Domingues G.R., Moraes-Filho J.P., Domingues A.G. Impact of prolonged 48-h wireless capsule esophageal pH monitoring on diagnosis of gastroesophageal reflux disease and evaluation of the relationship between symptoms and reflux episodes. *Arq Gastroenterol*. 2011; 48: 24-29
27. Nojkov B., Rubenstein J.H., Adlis S.A. et al. The influence of co-morbid IBS and psychological distress on outcomes and quality of life following PPI therapy in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008; 27: 473-482
28. Roman S., Zerbib F., Queneherve L. et al. The Chicago classification for achalasia in a French multicentric cohort. *Dig Liver Dis*. 2012; 44: 976-980
29. Poh C.H., Gasiorowska A., Navarro-Rodriguez T. et al. Upper GI tract findings in patients with heartburn in whom proton pump inhibitor treatment failed

versus those not receiving antireflux treatment. *Gastrointest Endosc.* 2010; 71: 28-34

30. Ang D., Teo E.K., Ang T.L. et al. To Bravo or not? A comparison of wireless esophageal pH monitoring and conventional pH catheter to evaluate non-erosive gastroesophageal reflux disease in a multiracial Asian cohort. *J Dig Dis.* 2010; 11: 19-27

31. Garcia-Compean D., Gonzalez Gonzalez J.A., Marrufo Garcia C.A. et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in patients with refractory gastroesophageal reflux disease symptoms: a prospective study. *Dig Liver Dis.* 2011; 43: 204-208

32. Abe N., Takeuchi H., Ohki A. et al. Long-term outcomes of combination of endoscopic submucosal dissection and laparoscopic lymph node dissection without gastrectomy for early gastric cancer patients who have a potential risk of lymph node metastasis. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2011; 74: 792-797

33. Bennett M.C., Patel A., Sainani N. et al. Chronic cough is associated with long breaks in esophageal peristaltic integrity on high-resolution manometry. *J Neurogastroenterol Motil.* 2018; 24: 387-394

34. Kahrilas P.J., Bredenoord A.J., Fox M. et al. The Chicago Classification of esophageal motility disorders, v3.0. *Neurogastroenterol Motil.* 2015; 27: 160-174

35. Ponce J., Ortiz V., Maroto N. et al. High prevalence of heartburn and low acid sensitivity in patients with idiopathic achalasia. *Dig Dis Sci.* 2011; 56: 773-776

36. Hirano I., Richter J.E. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. ACG practice guidelines: esophageal reflux testing. *Am J Gastroenterol.* 2007; 102: 668-685

37. Pritchett J.M., Aslam M., Slaughter J.C. et al. Efficacy of esophageal impedance/pH monitoring in patients with refractory gastroesophageal reflux disease, on and off therapy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009; 7: 743-748

38. Hemmink G.J., Bredenoord A.J., Weusten B.L. et al. Esophageal pH-impedance monitoring in patients with therapy-resistant reflux symptoms: 'on' or 'off' proton pump inhibitor? *Am J Gastroenterol.* 2008; 103: 2446-2453
39. Elvevi A., Mauro A., Pugliese D. et al. Usefulness of low- and high-volume multiple rapid swallowing during high-resolution manometry. *Dig Liver Dis.* 2015; 47: 103-107
40. Daum C., Sweis R., Kaufman E. et al. Failure to respond to physiologic challenge characterizes esophageal motility in erosive gastro-esophageal reflux disease. *Neurogastroenterol Motil.* 2011; 23 (517–e200)
41. Ayazi S., Hagen J.A., Chan L.S. et al. Obesity and gastroesophageal reflux: quantifying the association between body mass index, esophageal acid exposure, and lower esophageal sphincter status in a large series of patients with reflux symptoms. *J Gastrointest Surg.* 2009; 13: 1440-1447
42. Dulery C., Lechot A., Roman S. et al. A study with pharyngeal and esophageal 24-hour pH-impedance monitoring in patients with laryngopharyngeal symptoms refractory to proton pump inhibitors. *Neurogastroenterol Motil.* 2017; 29
43. de Bortoli N., Nacci A., Savarino E. et al. How many cases of laryngopharyngeal reflux suspected by laryngoscopy are gastroesophageal reflux disease-related? *World J Gastroenterol.* 2012; 18: 4363-4370
44. Roman S., Bruley des Varannes S., Poudoux P. et al. Ambulatory 24-h oesophageal impedance-pH recordings: reliability of automatic analysis for gastro-oesophageal reflux assessment. *Neurogastroenterol Motil.* 2006; 18: 978-986
45. Fletcher K.C., Goutte M., Slaughter J.C. et al. Significance and degree of reflux in patients with primary extraesophageal symptoms. *Laryngoscope.* 2011; 121: 2561-2565
46. Fernandes M.R., De Oliveira M., Callegari-Jacques S.M. et al. Juice test for identification of nonerosive reflux disease in heartburn patients. *J Neurogastroenterol Motil.* 2018; 24: 233-240
47. Mainie I., Tutuian R., Agrawal A. et al. Combined multichannel intraluminal impedance-pH monitoring to select patients with persistent gastro-

oesophageal reflux for laparoscopic Nissen fundoplication. *Br J Surg.* 2006; 93: 1483-1487

48. Blondeau K., Boecxstaens V., Rommel N. et al. Baclofen improves symptoms and reduces postprandial flow events in patients with rumination and supragastric belching. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012; 10: 379-384

49. Rengarajan A., Gyawali C.P. High-resolution manometry can characterize esophagogastric junction morphology and predict esophageal reflux burden. *J Clin Gastroenterol.* 2020; 54: 22-27

50. de Bortoli N., Martinucci I., Savarino E. et al. Association between baseline impedance values and response proton pump inhibitors in patients with heartburn. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015; 13: 1082-1088.e1

51. de Bortoli N., Martinucci I., Savarino E. et al. Proton pump inhibitor responders who are not confirmed as GERD patients with impedance and pH monitoring: who are they? *Neurogastroenterol Motil.* 2014; 26: 28-35

52. Rengarajan A., Savarino E., Della Coletta M. et al. Mean nocturnal baseline impedance correlates with symptom outcome when acid exposure time is inconclusive on esophageal reflux monitoring. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020; 18: 589-595

53. Fass R., Naliboff B.D., Fass S.S. et al. The effect of auditory stress on perception of intraesophageal acid in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2008; 134: 696-705

54. Schey R., Dickman R., Parthasarathy S. et al. Sleep deprivation is hyperalgesic in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2007; 133: 1787-1795

55. Vakil N., Wernersson B., Wissmar J. et al. Sleep disturbance due to heartburn and regurgitation is common in patients with functional dyspepsia. *United European Gastroenterol J.* 2016; 4: 191-198

56. Clevers E., Tornblom H., Simren M. et al. Relations between food intake, psychological distress, and gastrointestinal symptoms: a diary study. *United European Gastroenterol J.* 2019; 7: 965-973

57. Fass O.Z., Fass R. Overlap between GERD and functional esophageal disorders—a pivotal mechanism for treatment failure. *Curr Treat Options Gastroenterol.* 2019; 17: 161-164
58. Gyawali C.P., Fass R. Management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2018; 154: 302-318
59. Rodriguez-Stanley S., Ciociola A.A., Zubaidi S. et al. A single dose of ranitidine 150 mg modulates oesophageal acid sensitivity in patients with functional heartburn. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004; 20: 975-982
60. Dickman R., Maradey-Romero C., Fass R. The role of pain modulators in esophageal disorders—no pain no gain. *Neurogastroenterol Motil.* 2014; 26: 603-610
61. Limsrivilai J., Charatcharoenwitthaya P., Pausawasdi N. et al. Imipramine for treatment of esophageal hypersensitivity and functional heartburn: a randomized placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2016; 111: 217-224
62. Ostovaneh M.R., Saeidi B., Hajifathalian K. et al. Comparing omeprazole with fluoxetine for treatment of patients with heartburn and normal endoscopy who failed once daily proton pump inhibitors: double-blind placebo-controlled trial. *Neurogastroenterol Motil.* 2014; 26: 670-678
63. Rodriguez-Stanley S., Zubaidi S., Proskin H.M. et al. Effect of tegaserod on esophageal pain threshold, regurgitation, and symptom relief in patients with functional heartburn and mechanical sensitivity. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006; 4: 442-450
64. Basu P., Hempole H., Krishnaswamy N. The effect of melatonin in functional heartburn: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Op J Gastroenterol.* 2014; 2014: 56-61
65. Drossman D.A., Tack J., Ford A.C. et al. Neuromodulators for functional gastrointestinal disorders (disorders of gut-brain interaction): a Rome Foundation working team report. *Gastroenterology.* 2018; 154: 1140-1171.e1

66. Dickman R., Schiff E., Holland A. et al. Clinical trial: acupuncture vs. doubling the proton pump inhibitor dose in refractory heartburn. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007; 26: 1333-1344
67. Riehl M.E., Pandolfino J.E., Palsson O.S. et al. Feasibility and acceptability of esophageal-directed hypnotherapy for functional heartburn. *Dis Esophagus.* 2016; 29: 490-496
68. Khajanchee Y.S., Hong D., Hansen P.D. et al. Outcomes of antireflux surgery in patients with normal preoperative 24-hour pH test results. *Am J Surg.* 2004; 187: 599-603
69. Campos G.M., Peters J.H., DeMeester T.R. et al. Multivariate analysis of factors predicting outcome after laparoscopic Nissen fundoplication. *J Gastrointest Surg.* 1999; 3: 292-300
70. Penagini R., Sweis R., Mauro A. et al. Inconsistency in the diagnosis of functional heartburn: usefulness of prolonged wireless pH monitoring in patients with proton pump inhibitor refractory gastroesophageal reflux disease. *J Neurogastroenterol M* 2015; 21: 265-272

ДОДАТКИ

1.1.23. ПРОТОКОЛ ПРОВІЗОРА (ФАРМАЦЕВТА) ПРИ ВІДПУСКУ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

СИМПТОМАТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕЧІЇ

1. Паспортна частина

1.1. Проблема, пов'язана із здоров'ям: Звернення пацієнта/представника пацієнта за ліками з приводу печії.

1.2. Код за МКХ - 10: Z71

1.3. Протокол призначений для провізора (фармацевта) по відпуску готових лікарських засобів.

1.4. Мета протоколу: Інформаційне забезпечення відпуску безрецептурних лікарських засобів при зверненні пацієнта/представника пацієнта без рецепта.

1.5. Дата складання протоколу: Вересень 2013 р.

1.6. Дата перегляду протоколу: Вересень 2014 р.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу:

Укладачі:	Установи-розробники:
Нагорна О.О., Чумак В.Т., Морозов А.М., Степаненко А.В., Ліщишина О.М., Шилкіна О.О.	Державне підприємство «Державний експертний центр МОЗ України»
Черних В.П., Зупанець І.А., Бездітко Н.В., Пропіснова В.В.	Державна установа «Національний фармацевтичний університет»
Зіменковський А.Б.	Державна установа «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»
Москаленко В.Ф.	Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, МОЗ України

Рецензент:

Харченко Н.В. - головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Гастроентерологія», завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, член-кор. Національної академії медичних наук України, д.м.н., професор

2. Настанова з оцінки потреб пацієнта/представника пацієнта при зверненні за допомогою

Необхідно з'ясувати інформацію про наступне:

- 2.1. у кого виникла проблема (пацієнт, члени сім'ї, знайомі - діти чи дорослі);
- 2.2. як давно виникло нездужання і скільки часу триває;
- 2.3. яких заходів вжито перед зверненням до аптеки;
- 2.4. які ліки вже прийняті для полегшення стану.

3. Загрозливі симптоми, які вимагають негайного звернення до лікаря

- 3.1. печія супроводжується блюванням кольору "кавовою гущі" або кров'ю;
- 3.2. печія супроводжується появою випорожнень чорного (дьогтьоподібного) кольору;
- 3.3. постійна печія протягом 3-х діб та більше;
- 3.4. печія супроводжується задишкою, потовиділенням, утрудненням ковтання;
- 3.5. печія супроводжується болем в животі;
- 3.6. на фоні постійної печії відмічається прогресуюча втрата ваги тіла;
- 3.7. поява печії пов'язана з прийомом лікарських засобів.

4. Алгоритм фармацевтичної опіки при печії

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
1.	Чи наявні у пацієнта захворювання шлунково-кишкового тракту	так	Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування
		ні	Продовжити опитування
2.	Чи супроводжується печія болем та важкістю в епігастральній ділянці, нудотою, блюванням, відрижкою, зригуванням, гірким смаком в роті, здуттям живота, загрозливими симптомами, виникає натще або вночі	так	Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно терміново звернутись до лікаря
		ні	Продовжити опитування
3.	Чи наявні фактори, які можуть спричиняти печію:	так	Необхідно дотримуватись раціонального режиму харчування та здорового способу життя

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації
	- переїдання; - швидке вживання їжі; - вживання пряної, гострої, жирної, пересмаженої їжі; - надмірне вживання цитрусових, солодошів, кави, чаю, алкоголю; - звичка лягати після прийому їжі; - тютюнокуріння; - стрес; - безсоння; - ожиріння.		Для усунення печії призначити антациди, прийом яких повинен бути нетривалим
		ні	Продовжити опитування
4.	Чи наявна вагітність (якщо пацієнт - жінка)	так	При тривалій печії необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування; Для усунення епізодичної появи печії призначити антациди, приймання яких повинно бути нетривалим
		ні	Для усунення епізодичної появи печії призначити антациди, прийом яких повинен бути нетривалим

5. Перелік безрецептурних лікарських засобів для симптоматичного лікування печії

5.1. Антациди

5.1.1. Сполуки алюмінію

5.1.1.1. Алюмінію фосфат

5.1.1.2. Гідротальцит*

5.1.2. Комбіновані препарати та комплексні сполуки алюмінію, кальцію і магнію

5.1.2.1. Алюмінію гідроксид + магнію гідроксид

5.1.2.2 Алюмінію гідроксид + магнію гідроксид + бензокаїн*

5.1.2.3 Алюмінію гідроксид + магнію гідроксид + симетикон*

5.1.2.4. Алюмінію гідроксид + магнію карбонат + магнію гідроксид*

5.1.2.5. Кальцію карбонат + магнію карбонат*

5.2. Антагоністи H₂-рецепторів

5.2.1. Ранітидин (75 мг)

5.2.2. Фамотидин (10 мг)

5.2.3. Фамотидин + кальцію карбонат + магнію гідроксид

5.3. Препарати для лікування пептичної виразки та гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби

5.3.1. Альгінова кислота + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат*

5.3.2. Альгінова кислота + калію гідрокарбонат*

* - лікарський засіб відсутній в Державному Формулярі п'ятого випуску.

6. Надання належної інформації щодо лікарських засобів для відповідального самолікування

6.1. Надати рекомендації щодо режиму дозування лікарського засобу, умов прийому, терміну лікування, правил зберігання лікарських засобів;

6.2. Застереження при застосуванні (особливості прийому, побічні ефекти, вплив режиму харчування тощо);

6.2.1. Інформація про лікарські засоби, включені до Державного Формуляра

№ з/п	Розділ Державного формуляра п'ятого випуску	Інформація для пацієнта/представника пацієнта щодо особливостей застосування лікарських засобів
1.	Антациди, п. 3.1.1 розділу «Гастроентерологія. Лікарські засоби»	Антациди застосовують тільки при виникненні печії або через 1-2 год після прийому їжі Самостійний прийом антацидів не повинен перевищувати 2-х тижнів При тривалому застосуванні антацидів, що містять сполуки алюмінію (особливо у великих дозах), існує загроза розвитку ниркової недостатності внаслідок кумуляції алюмінію в ниркових клубочках, а у хворих з порушенням функції нирок - загроза розвитку енцефалопатії Антациди необхідно приймати окремо від інших лікарських засобів (за 2 години перед або після їх прийому) для запобігання лікарської взаємодії або зниження абсорбції Тривалий прийом антацидних препаратів може спричинити розвиток дисбактеріозу

№ з/п	Розділ Державного формуляра п'ятого випуску	Інформація для пацієнта/представника пацієнта щодо особливостей застосування лікарських засобів
		Антациди не можна поєднувати з препаратами колоїдного вісмуту та сукральфату Антацидні лікарські засоби, що містять сполуки алюмінію або з їх переважним вмістом в складі комбінованих препаратів можуть спричинити запор, а лікарські засоби що містять сполуки магнію або з їх переважним вмістом в складі комбінованих препаратів можуть викликати діарею При застосуванні антацидів, які містять карбонат кальцію або магнію силікат, у хворих з сечокам'яною хворобою існує загроза загострення стану внаслідок утворення каменів в сечовивідних шляхах Прийом антацидів, які містять кальцію карбонат, може супроводжуватись повторним підвищенням секреції соляної кислоти При поєднанні печії з метеоризмом переважними є препарати, що містять алюмінію фосфат (завдяки його сорбційним властивостям) або комбіновані препарати, що додатково містять симетикон або диметикон При вагітності і в період годування грудьми можливо періодичне короточасне застосування комбінації кальцію та магнію карбонатів в рекомендованих дозах
2.	Антагоністи H ₂ -рецепторів п. 3.1.2. розділу «Гастроентерологія. Лікарські засоби»	Для лікування печії антагоністи H₂-рецепторів застосовують у низьких дозах - ранітидин 75 мг та фамотидин 10 мг Не застосовують в період вагітності та годування грудьми, у дітей віком до 12 років Курс лікування антагоністами H₂-рецепторів не повинен перевищувати 2 тижнів, якщо

№ з/п	Розділ Державного формуляра п'ятого випуску	Інформація для пацієнта/представника пацієнта щодо особливостей застосування лікарських засобів
		симптоми не зникають, необхідно звернутись до лікаря для встановлення діагнозу і призначення лікування

6.2.2. Інформація про лікарські засоби, які не включені до Державного Формуляра

№ з/п	Фармакотерапевтична група лікарських засобів	Інформація для пацієнта/представника пацієнта щодо особливостей застосування лікарських засобів
1	Препарати для лікування пептичної виразки та гастроезофагеальної рефлюксної хвороби	Лікарські засоби, що містять карбонат кальцію, з обережністю призначають пацієнтам з гіперкальціємією, нефрокальцинозом Оскільки комбіновані лікарські засоби, що містять альгінову кислоту, не впливають на перебіг вагітності, внутрішньоутробний та постнатальний розвиток дитини, їх можна призначати в період вагітності та годування грудьми.

6.3. Довести до відома пацієнта/представника пацієнта, що детальна інформація про лікарський засіб наведена в інструкції про застосування лікарського засобу, яка до нього додається;

6.4. Довести до відома пацієнта/представника пацієнта, що при появі побічних реакцій (передбачених і непередбачених інструкцією для медичного застосування лікарського засобу) при застосуванні лікарського засобу або відсутності ефективності лікарського засобу необхідно припинити прийом підозрюваного лікарського засобу, щонайшвидше повідомити лікаря, провізора (фармацевта), заповнити та надіслати спеціальну форму (карту-повідомлення для надання пацієнтом інформації про побічну реакцію та/або відсутність ефективності лікарського засобу при його медичному застосуванні) будь-яким зручним та доступним способом до Державного експертного центру МОЗ України;

6.5. Контроль доступності наданої інформації про лікарський засіб:

6.5.1. з'ясувати, наскільки пацієнт/представник пацієнта засвоїв інформацію;

6.5.2. попросити пацієнта/представника пацієнта повторити найбільш важливу інформацію;

6.5.3. з'ясувати, чи залишились у пацієнта/представника пацієнта запитання.

Національний фармацевтичний університет

Факультет фармацевтичних технологій та менеджменту
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

Абдул Вахід Захри Абдул Вахід Абдул ВАКІЛ

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Роль фармацевта у підвищенні ефективності лікування печії»
керівник кваліфікаційної роботи: асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, к.мед.н., Станіслав ЗІМІН.
затверджений наказом НФаУ від «14» жовтня 2022 року № 227.
2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: грудень 2022 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: печія, фармацевтична опіка, антациди, ефективність та безпека застосування лікарських засобі для лікування печії.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):
Провести літературний огляд з питань епідеміології, сучасного уявлення про формування патологічного процесу печії, розвиток клінічної картини, рекомендації до терапії. Розкрити проблеми ефективності та безпеки застосування лікарських засобі для лікування печії. Провести анкетування відвідувачів аптеки з печією, що лікуються лікарськими засобами для лікування печії та звернулися за їх придбанням. Оптимізувати клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування лікарських засобів для лікування печії. Удосконалити алгоритм бесіди фармацевта з відвідувачем аптеки при відпуску лікарських засобів для лікування печії.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиць – 1, рисунків – 16.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Станіслав ЗІМІН, асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	02.09.2022 р.	02.09.2022 р.
2	Станіслав ЗІМІН, асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	02.09.2022 р.	02.09.2022 р.
3	Станіслав ЗІМІН, асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	02.09.2022 р.	02.09.2022 р.

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

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Визначення теми кваліфікаційної роботи, розробка плану роботи.	вересень 2022 р.	виконано
2.	Проведення аналізу літературних джерел.	вересень-жовтень 2022 р.	виконано
3.	Підготовка літературного огляду.	жовтень 2022 р.	виконано
4.	Визначення методології проведення дослідження.	жовтень - листопад 2022 р.	виконано
5.	Розробка та проведення анкетування.	листопад 2022 р.	виконано
6.	Проведення статистичного аналізу отриманих результатів.	листопад – грудень 2022 р.	виконано
7.	Підготовка практичних рекомендацій.	грудень 2022 р.	виконано
8.	Оформлення кваліфікаційної роботи.	грудень 2022 р.	виконано

Здобувач вищої освіти _____ Захра Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Станіслав ЗІМІН

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 227
по Національному фармацевтичному університету
від 14 жовтня 2022 року

Про затвердження тем кваліфікаційних робіт

Затвердити теми кваліфікаційних робіт, керівників-консультантів та рецензентів здобувачам вищої освіти **5 курсу**, спеціальність – **226 Фармація, промислова фармація**, освітня програма – **Фармація** (для осіб, що мають ОКР «молодший спеціаліст» за напрямом «Медицина»), ступінь вищої освіти – **магістр**, термін навчання – **4 р. 6 міс.**, заочна форма.

Прізвище, ім'я по батькові здобувача вищої освіти	Тема кваліфікаційної роботи (українською мовою)	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Керівник кваліфікаційної роботи	Рецензент кваліфікаційної роботи
Абдул Вахід Захра Абдул Вахід Абдул Вакіл	Роль фармацевта у підвищенні ефективності лікування печії	The pharmacist's role in improving the effectiveness of heartburn treatment	к.мед.н., асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Зімін С.М.	к.фарм.н., доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології та фармакотерапії Рябова О.О.

Ректор

Алла КОТВИЦЬКА

Вірно:
Декан факультету фармацевтичних технологій та менеджменту



Наталія ЖИВОРА

ВИСНОВОК

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

№ 111343 від «2» лютого 2023 р.

Проаналізувавши випускну кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти заочної форми навчання Абдул Вахід Захра Абдул Вахід Абдул Вакіл, 5 курсу, _____ групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Роль фармацевта у підвищенні ефективності лікування печії / The pharmacist's role in improving the effectiveness of heartburn treatment», 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**

Захри Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД

на тему: «Роль фармацевта у підвищенні ефективності лікування печії».

Актуальність теми. Печія, це відчуття печіння в центральній частині грудної клітки або верхній центральній частині живота. Печія зазвичай виникає через регургітацію шлункової кислоти (шлунковий рефлюкс) у стравохід. Це основний симптом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). Оскільки в грудній клітці, окрім стравоходу, розташовані інші важливі органи (включаючи серце та легені), не всі симптоми, пов'язані з печією, є стравохідним за своєю природою. Причина залежить від родини та історії хвороби, генетики, вагітності чи годування груддю та віку. Лікування печії може включати прийом ліків і зміну дієти. Дієтичні зміни можуть вимагати уникнення їжі з високим вмістом жирів, гострих продуктів, з високим вмістом штучних ароматизаторів, значного скорочення використання НПЗП, великого споживання алкоголю та зменшення споживання перцевої м'яти. Зміна способу життя може допомогти, наприклад, зменшити вагу.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Вперше проведено анкетування відвідувачів аптеки з питань обізнаності щодо лікарських засобів для лікування печії та підходів лікування печії, побічної дії, знання про можливі взаємодії з деякими групами препаратів та раціональне використання з урахуванням сучасних рекомендацій. За матеріалами дослідження удосконалено алгоритм бесіди фармацевта з відвідувачем аптеки при відпуску лікарських засобів для лікування печії.

Оцінка роботи. В процесі виконання роботи здобувачка вищої освіти проявила себе здібним та сумлінним працівником при роботі з науковою

літературою, навчилася планувати, самостійно проводити експериментальні дослідження, систематизувати їх результати та робити висновки. Робота викладена на 59 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 1 таблицею, 16 рисунками. Список використаних джерел літератури містить 70 найменувань.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. Робота здобувача вищої освіти Захри Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД на тему: «Роль фармацевта у підвищенні ефективності лікування печії » є закінченою науковою працею, повністю відповідає вимогам, які висуваються до кваліфікаційних робіт, і може бути надана до захисту до Екзаменаційної комісії.

Науковий керівник

Станіслав ЗІМІН

«09» грудня 2022 р.

РЕЦЕНЗІЯ

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

Захри Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД

**на тему: «Роль фармацевта у підвищенні ефективності лікування
печії».**

Актуальність теми. Печія – це неприємне відчуття печіння, яке виникає після їжі та локалізується за грудиною або у верхній частині живота. З цим відчуттям знайомі багато хто, навіть цілком здорові люди, оскільки печію можуть викликати похибки в харчуванні та вживання деяких продуктів – кави, сиру, шоколаду, газованих напоїв. Почуття печії, що регулярно виникає, сигналізує про неполадки в роботі шлунково-кишкового тракту і порушення обмінних процесів. Якщо ігнорувати неприємні симптоми, це може призвести до ускладнень та переходу хвороби травного тракту до хронічної форми. Довго нелікована печія може призвести до запалення слизової оболонки стравоходу, утворення виразок та злоякісних новоутворень. З іншого боку, провізор, який працює в аптеці, стикається з хворими зі скаргами на печію кожного дня по кілька разів. Саме тому, дослідження, метою яких є удосконалення лікування печії є актуальними.

Теоретичний рівень роботи. Робота складена відповідно до вимог «Положення про порядок підготовки та захисту кваліфікаційних робіт у Національному фармацевтичному університеті»; містить передбачені розділи: вступ, огляд літератури, розділ матеріалів та методів, розділ власних досліджень, висновки, список використаних джерел. Зміст викладено логічно та послідовно. Робота викладена на 59 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 1 таблиця, 16 рисунками. Список використаних джерел літератури містить 70 найменувань.

Пропозиції автора по темі дослідження. За результатами проведених досліджень автором роботи оптимізовано клініко-фармацевтичні аспекти ефективності та безпеки застосування лікарських засобів для лікування печії та удосконалено алгоритм бесіди фармацевта з відвідувачем аптеки при їх відпуску.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Висновки та практичні рекомендації, запропоновані автором, базуються на достатній кількості даних, отриманих в ході проведених досліджень, ретельному їх аналізі та узагальненні результатів. Проведені в роботі дослідження є підставою для подальшого клініко-фармацевтичного вивчення, розробки і удосконалення шляхів надання фармацевтичної опіки при лікуванні печії. Впровадження даних принципів і положень у практичну фармацію сприятиме підвищенню ефективності та безпеки лікування.

Недоліки роботи. Істотних недоліків у роботі не виявлено, однак можна зазначити: окремі граматичні та стилістичні помилки; розроблені анкети було би доцільніше розмістити у додатках; певні неточності при оформленні списку використаних джерел літератури. Ці недоліки принципово не змінюють оцінку роботи та не зменшують її наукової та практичної значущості.

Загальний висновок і оцінка роботи. Робота являє собою закінчену, послідовну та логічно побудовану наукову працю. Наукове дослідження проведено автором на достатньо високому дослідницькому рівні, сформовані логічні висновки та надані важливі практичні рекомендації. В цілому, за актуальністю, методичним рівнем, обсягом проведених досліджень, науковою та практичною цінністю робота Захри Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД на тему: «Роль фармацевта у підвищенні ефективності лікування печії» відповідає вимогам, що висуваються до кваліфікаційних робіт та рекомендована до захисту в Екзаменаційній комісії.

Рецензент _____ доц. Оксана РЯБОВА

«16» 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: **«Роль фармацевта у підвищенні ефективності
лікування печії» / «The pharmacist's role in improving the effectiveness of heartburn
treatment»**

здобувача вищої освіти 5 курсу, спеціальність – 226 Фармація, промислова фармація,
освітня програма – Фармація (для осіб, що мають ОКР «молодший спеціаліст» за напрямом
«Медицина»), ступінь вищої освіти – магістр, термін навчання – 4 р. 6 міс., заочна форма
навчання, НФаУ 2023 року випуску

Захри Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД

прізвище, ім'я та по батькові

Керівник: асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної
фармації, к.мед.н., Зімін С.М.

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри фармакології та
фармакотерапії, к.мед.н., доцент Рябова О.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. Андрєєва; 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

Захри Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД

прізвище, ім'я та по батькові

На тему: «Роль фармацевта у підвищенні ефективності лікування печії» / «The
pharmacist's role in improving the effectiveness of heartburn treatment»

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 Захра Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД до захисту кваліфікаційної роботи за галуззю знань 22 Охорона здоров'я спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація освітньою програмою Фармація на тему: «Роль фармацевта у підвищенні ефективності лікування печії».

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Наталія ЖИВОРА /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувачка вищої освіти Захра Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД виконала усі необхідні експериментальні дослідження, власне підготувала огляд літератури та написала роботу за консультативної участі керівника. Здобувачка є добре підготовленим фахівцем, готовим до самостійного виконання наукової роботи. Робота написана грамотно з дотриманням усіх необхідних вимог та може бути рекомендована до захисту в ЕК.

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ / Станіслав ЗІМІН

«09» грудня 2022 р.

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувачка вищої освіти Захра Абдул Вахід Абдул Вакіл АБДУЛ ВАХІД допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

В.о. завідувача кафедри
клінічної фармакології
та клінічної фармації

_____ / Тетяна САХАРОВА

«20» грудня 2022 року

Кваліфікаційну роботу захищено
у Екзаменаційній комісії

« 06 » лютого 2023 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,
доктор фармацевтичних наук, професор

_____ / Володимир ЯКОВЕНКО /