

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «РОЛЬ КЛІНІЧНОГО ФАРМАЦЕВТА
У ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ»**

Виконав: здобувачка вищої освіти Кфс17(5,5з)-01а
спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Клінічна фармація
Сніжана СТАВКОВА

Керівник: асистент кафедри клінічної фармакології
та клінічної фармації, к.мед.наук,
Тетяна ЖУЛАЙ

Рецензент: професор закладу вищої освіти
кафедри хірургічних хвороб Харківського національного
університету імені В. Н. Каразіна, д.мед.наук., доцент,
Денис ОКЛЕЙ

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі розглянуті питання етіології та діагностики вугрової хвороби, вивчення мікробіому шкіри, вугровою та рівня життя хворих на вугрову хворобу у світі; надана клініко-фармакологічна характеристика лікарських засобів, що призначаються для її лікування; надані дані систематичного огляду епідеміологічних досліджень вугрової хвороби; розроблено анкету для опитування відвідувачів аптек і фармацевтів та наведені результати цього опитування; розроблені практичні рекомендації для фармацевтів та відвідувачів аптек щодо ефективності та безпеки застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби.

Ключові слова: вугрова хвороба, епідеміологія акне, фармацевтична опіка, ретиноїди, критерії ефективності та безпеки

ANNOTATION

In the qualification work, the issues of etiology and diagnostics of acne, the study of the skin microbiome, immunoreactivity, and standard of life quality of patients with acne in the world have been considered; clinical and pharmacological characteristics of drugs prescribed for acne treatment have been given; data of acne epidemiological studies systematic review have been provided; the questionnaires for pharmacists and pharmacy visitors surveys have been developed and the results of this surveys have been presented; practical recommendations for pharmacists and pharmacy visitors have been developed with an accent on the efficiency and safety criteria of retinoids use in acne treatment.

Key words: acne, acne epidemiology, pharmaceutical care, retinoids, efficacy, and safety criteria

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ВУГРОВУ ХВОРОБУ ТА ЇЇ ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ (огляд літератури).....	8
1.1. Етіопатогенез та епідеміологія вугрової хвороби.....	8
1.2. Особливості мікробіоценозу та патогістологічні характеристики шкіри хворих на акне.....	9
1.3. Сучасні методи діагностики та лікування вугрової хвороби.....	15
1.4. Роль клінічного фармацевта при відпуску безрецептурних лікарських засобів для лікування та профілактики вугрової хвороби в рамках відповідального самолікування.....	24
Висновки до розділу 1.....	38
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	39
Висновки до розділу 2.....	43
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	44
3.1. Результати анкетування фармацевтів щодо їх інформованості стосовно раціонального застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби.....	46
3.2. Результати анкетування відвідувачів аптек щодо їх інформованості стосовно раціонального застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби.....	47
3.3. Практичні рекомендації для фармацевтів та відвідувачів аптек щодо ефективності та безпеки застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби.....	48
Висновки до розділу 3.....	49
ВИСНОВКИ.....	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	52

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АКД	–	Алергічний контактний дерматит
АМ	–	Антибіотик місцево
БП	–	Бензоїл пероксид
ВХ	–	Вугрова хвороба
ДГТ	–	Дигідротестостерон
Ю	–	Ізотретиноїн орально
КВ	–	Клінічні випробування
КОК	–	Комбінований оральний контрацептив
ЛЗ	–	Лікарські засоби
МКТ	–	Місцева комбінована терапія
НПЗП	–	Нестероїдні протизапальні препарати
ППГМ	–	Псевдопухлина головного мозку
РМ	–	Ретиноїд місцевого застосування
СО	–	Спіронолактон орально
СПЯ	–	Синдром полікістоza яєчників
ШКР		Шлунково-кишкові розлади

ВСТУП

Актуальність теми: Вугрова хвороба (акне) – це хронічне, поліморфне запальне захворювання шкіри, що у 99 % проявляється на обличчі. Рідше з'являється на шиї, плечах, спині та грудях [34]. Клінічна картина захворювання включає широкий спектр ознак: від легкої форми комедонів до гострого агресивного захворювання з вираженим запаленням та системними проявами. Встановлено, що вугрова хвороба вражає 9,4 % населення планети та займає восьме місце у структурі найбільш поширених захворювань [1,2,28,29]. Акне сприяє зниженню якості життя пацієнтів, часто є причиною психоемоційних розладів, знижує працездатність та соціальну активність. Тоді як лікування є комплексним, тривалим та потребує індивідуального підходу до кожного пацієнта [3]. Разом з тим, за результатами нашого попереднього дослідження, в якому взяли участь 100 дівчат-підлітків та жінок, встановлено високу поширеність самолікування при вугровій хворобі, що вимагає надання якісної фармацевтичної опіки аптечними працівниками [4].

Наказом МОЗ України (від 05.01.2022 №7) затверджено протокол фармацевта при відпуску лікарських засобів без рецепта «Профілактика і симптоматичне лікування вугрів» [5]. Протокол містить перелік загрозливих симптомів, при наявності яких аптечний працівник має скерувати відвідувача для уточнення діагнозу та призначення лікування. До таких симптомів належать: ураження великих ділянок шкіри, поява великих та/ або болісних вугрів, відчуття сильного свербіжу, підвищення температури тіла, виникнення рубців на місці висипу. До безрецептурних лікарських засобів, для профілактики та лікування вугрів включено: ретиноїди для місцевого застосування (адапален), місцеві засоби для лікування акне (бензоїл пероксид, азелоїнова кислота), антибактеріальні засоби для місцевого застосування (кліндаміцин, еритроміцин та комбінації). При відпуску лікарських засобів аптечний працівник надає інформацію щодо його застосування, термінів лікування, попереджає про побічну дію, надає рекомендації щодо правил

зберігання лікарського засобу тощо. Окрім того, аптечний працівник здійснює просвітницьку роботу щодо профілактики вугрів.

Мета дослідження: Визначення ролі клінічного фармацевта в оптимізації лікування вугрової хвороби, пошук та розробка підходів до удосконалення фармацевтичної опіки пацієнтів з вугровою хворобою.

Згідно з метою перед нами були поставлені наступні **завдання дослідження:**

1) розглянути епідеміологічне, медичне та соціальне значення вугрової хвороби;

2) проаналізувати міжнародні та вітчизняні рекомендації щодо сучасних підходів до лікування вугрової хвороби у світі;

3) дослідити роль клінічного фармацевта при відпуску безрецептурних лікарських засобів для лікування та профілактики вугрової хвороби в рамках відповідального самолікування;

4) розробити анкету для проведення опитування фармацевтів та відвідувачів аптек щодо їх інформованості про раціональне застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби;

5) розробити практичні рекомендації для фармацевтів та відвідувачів аптек щодо ефективності та безпеки застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби.

Об'єктом дослідження: лікування вугрової хвороби.

Предметом дослідження: визначення ролі клінічного провізора в оптимізації лікування вугрової хвороби, пошук та розробка підходів до удосконалення фармацевтичної опіки пацієнтів з вугровою хворобою.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети були використані такі методи дослідження:

- соціологічні методи опитування та анкетування;
- методи теоретичного дослідження;
- математично-статистичні методи дослідження.

Структура та обсяг. Кваліфікаційна робота викладена на 51 сторінках

машинописного тексту, складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, 3 розділів (огляд літератури, матеріали та методи, основна частина), висновків, списку використаних джерел. Робота ілюстрована 1 таблицею та 9 рисунками. Список використаних джерел містить 45 найменувань.

РОЗДІЛ 1
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ВУГРОВУ ХВОРОБУ
ТА ЇЇ ФАРМАКОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ
(огляд літератури)

1.1. Етіопатогенез та епідеміологія вугрової хвороби

Серед численних патогенетичних чинників виникнення та прогресування вугрової хвороби, як один з основних можна виділити порушення мікробіоценозу шкіри [9, 30, 19, 22]. У хворих з акне на шкірі виділяють стафілококи, стрептококи, кандиди, *Propionbacterium acnes*.

Більшість дослідників вважають патогенетично значущим збудником вугрової хвороби саме *Propionbacterium acnes*, що найчастіше знаходиться у вивідній протоці сальної залози, і тому при лікуванні папуло-пустульозної форми акне широко використовують антибактеріальні препарати [1, 6, 16].

Серед великого розмаїття цих засобів особливе місце займає макролідний антибіотик широкого спектра дії – азитроміцин, що характеризується високою безпекою та комплаєнсом терапії. Азитроміцин, синтезований з молекули еритроміцину А шляхом введення метильованого азоту в лактонне кільце, на відміну від попереднього покоління, має значно кращі характеристики, оскільки зберігає стабільність у кислому середовищі шлунку, більш ефективно впливає на грам-негативну флору (завдяки розширенню антимікробного спектра), має тривалий період напіввиведення та внутрішньоклітинний тропізм, а отже, є високоефективним проти внутрішньоклітинних збудників [3, 25].

При використанні азитроміцину зменшується можливість побічних дій та ступінь взаємодії лікарських засобів, виключається вплив їжі на біодоступність та зменшується кратність застосування. Саме завдяки вищеперерахованим особливостям, азитроміцин використовується саме при наявності бактеріальних уражень шкіри. Лікування папуло-пустульозної

форми вугрової хвороби антибактеріальними препаратами хоч і дає швидко позитивні результати, проте не завжди може попередити рецидив акне [14, 15]. Це пов'язане з тим, що порушення мікробіоценозу шкіри є наслідком не лише екзогенних, але й ендогенних факторів, а саме недостатності імунної відповіді організму на інфекційний чинник [20, 21]. Вважається, що умовно патогенна мікрофлора є пусковим механізмом інфекційно-запального процесу шкіри, коли інфікуюча доза мікроорганізмів перевищує критичний рівень імунної відповіді [23]. Крім того, за даними літератури, при папуло-пустульозній формі вугрової хвороби спостерігаються [26, 29, 31]:

- певні зміни фагоцитарної активності нейтрофілів (зниження відсотка фагоцитозу, зменшення потенційної здатності нейтрофілів до завершення фагоцитозу);
- зниження утворення антитіл та порушення співвідношення Т-хелперів і Т-супресорів;
- зниження концентрації інтерферонів.

Для корекції імунної відповіді в дерматології досить часто використовуються індуктори інтерферону, проте їх вплив на регрес і попередження рецидивів акне недостатньо вивчений [27, 28, 30].

Вульгарні вугри, які локалізуються на відкритих ділянках шкіри (обличчя, шия, верхня половина тулуба) негативно впливають на психоемоційний стан пацієнтів. Останній звіт експертів Глобального Альянсу з покращання наслідків акне підкреслює важливість розгляду акне як хронічного захворювання, яке спричиняє серйозний вплив на якість життя пацієнтів і потребує активних терапевтичних підходів.

1.2. Особливості мікробіоценозу та патогістологічні характеристики шкіри хворих на акне

Спостереження останніх років засвідчують, що вугри у більшості осіб характеризуються тривалим хронічним перебігом з частими загостреннями, а

тяжкі глибокі форми дерматозу зумовлюють розвиток стійких рубцевих змін шкіри (постане), що є причиною психоемоційних розладів пацієнтів, зниження якості їх життя, погіршення навчання, працездатності та соціальної активності, що визначає важливе медичне та соціальне значення акне.

Клінічні прояви акне

Встановлено, що акне – це хронічне рецидивуюче захворювання волосяних фолікулів і сальних залоз, яке характеризується *Propionbacterium* шкірного сала (себорея), порушеннями процесів фолікулярної кератинізації (зроговіння фолікулярного епітелію), колонізацією *Propionbacterium acnes* (*P. acnes*) та запаленням.

Клінічно акне проявляється:

- 1) незапальними елементами висипки (комедони);
- 2) запальними елементами:
 - папули (вузлики);
 - пустули (гноячки);
 - кісти і вузли;
- 3) наслідками акне у вигляді рубців (постакне).

Залежно від характеру шкірної висипки розрізняють комедональні форми акне (*acne comedonica*), папуло-пустульозне акне (*acne papulopustulosa*) та вузлуваті форми акне (*acne nodosa*, *acne conglobata*). Якщо поверхнево розташовані – папуло-пустульозне акне вирішуються безслідно, то глибокі вузлуваті форми акне після їх регресу залишають стійкі рубцеві й атрофічні зміни шкіри (постакне).

Причини та механізми розвитку акне

За даними сучасних досліджень, вульгарні вугри – це поліетіологічне захворювання, яке виникає внаслідок комплексного впливу екзогенних та ендогенних чинників. Вважають, що особливе значення у патогенезі акне відіграють спадковість та гормональний дисбаланс. Простежено високу частоту випадків акне у членів родини, що пов'язують з особливостями

будови, кількості та розташування сально-волосяних фолікулів, а також фізико-хімічними властивостями шкірного сала, недостатністю поліненасичених жирних кислот (лінолевою, ліноленовою) тощо.

Серед гормональних чинників найбільш вагому роль у розвитку акне відіграє рівень активного метаболіту андрогенів – дигідротестостерон (ДГТ або ДНТ), який утворюється з тестостерону під впливом ензиму 5-редуктази. Водночас у пацієнтів з акне, особливо в підлітковому віці, виявлено як підвищений, так і нормальний рівень ДГТ, що стало основою теорії гіперчутливості андрогенних рецепторів на себоцитах у пубертатному віці. Окрім стероїдних гормонів, на процеси проліферації та продукцію шкірного сала у хворих на акне впливають активатор проліферації пероксидом, ретиноїди, інсуліноподібний фактор росту, нейропептидази та ін.

Порушення процесів фолікулярної кератинізації й продукції шкірного сала призводять до змін фізико-хімічних властивостей фолікулярного вмісту, збільшення його об'єму, вивідні отвори волосяних фолікулів закупорені ретенціями сально-епітеліального детриту, внаслідок чого створюються умови для колонізації умовно патогенним анаеробним макроорганізмом *Propionbacterium acnes*, який в нормі присутній в складі сапрофітної мікрофлори шкіри. Окрім *P. acnes*, запальний процес значно посилює патогенна мікрофлора, яка персистує на поверхні шкіри: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus epidermidis*, *Haemophilus spp.*, *Eschericia coli* тощо.

Навколо ураженого фолікула формується зона запалення, куди мігрують нейтрофіли, макрофаги, Т-лімфоцити та інші імунокомпетентні клітини. Водночас *P. acnes* підтримує запальний процес шляхом активації специфічного TLR-рецептору на мембранах імунокомпетентних клітин і себоцитів, а продукти окиснення ліпідів шкірного сала напряду стимулюють продукцію медіаторів запалення. Наслідком запалення елементів акне є нові цикли гіперкератинізації фолікулярного епітелію, що стає причиною рецидиву захворювання.

Водночас доведено, що розвитку вульгарних вугрів, зокрема їх тяжких форм, сприяють також розлади системного й локального імунітету, ендокринні захворювання (цукровий діабет та ін.), обмінні порушення, захворювання органів системи травлення, хронічні вогнища інфекції, зміни мікроциркуляції тощо, що обґрунтовує необхідність комплексного обстеження пацієнтів з метою виявлення ендогенних чинників що сприяють розвитку вугрової хвороби.

Діагностика акне

Зазвичай встановлення діагнозу акне не викликає труднощів і обмежується лише дерматологічним оглядом. На основі клінічних проявів лікар визначає ступінь тяжкості акне (легкі форми, середньої тяжкості, тяжкі акне), від чого залежить подальша лікувальна тактика таких хворих.

Діагностична програма щодо хворих на акне включає комплекс лабораторних та інструментальних досліджень, спрямованих на визначення можливих етіопатогенетичних чинників дерматозу, у тому числі: клінічний аналіз крові й сечі; біохімічне та серологічне дослідження крові; дослідження гормонального стану в жінок при клінічних ознаках гіперандрогенемії; бактеріологічне дослідження кишкової флори, УЗД органів черевної порожнини й малого таза, а також зішкріб на *Demodex* та ідентифікація мікробної флори з висипки для визначення її чутливості до антибіотиків. Пацієнтів консультують (за показами): ендокринолог, гінеколог, гастроентеролог, психоневролог [33, 31, 32].

Лікування та профілактика акне

Лікування вульгарних вугрів є комплексним, яке включає застосування засобів системної та місцевої дії, спрямованих на патогенетичні чинники розвитку дерматозу: засоби, що нормалізують процеси кератинізації (ретиноїди), препарати, що нормалізують роботу сальних залоз (цинку окис, цинку сульфат), антибактеріальні препарати, протизапальні засоби, комплекси вітамінів, за показами – антиандрогенні й гепатопротектори та ін. Для лікування вульгарної форми акне та проявів постакне також застосовують

фізіотерапевтичні методи (кріо-, фото-, лазеротерапія тощо). Вибір методів лікування залежить від ступеня тяжкості дерматозу, локалізації висипки, глибини ураження шкіри, розвитку вторинних елементів висипки тощо.

Слід зазначити, що лікування вугрової хвороби на сучасному етапі пов'язані з певними труднощами. Проблема лікування акне обумовлена недостатньою обізнаністю пацієнтів щодо причин і механізмів розвитку вугрової хвороби й необґрунтованою переоцінкою засобів її місцевої терапії, які можуть забезпечити позитивний клінічний ефект лише за наявності легких проявів дерматозу. При такому підході пацієнти тривалий час займаються самолікуванням, застосовуючи лише засоби по догляду за шкірою, при цьому звертаються до лікаря із запізненням, коли розвиваються глибокі елементи вугрової висипки, наслідком яких є стійкі рубцеві зміни шкіри – постакне.

Абсолютна гіперандрогенія розвивається при захворюваннях, які супроводжуються збільшенням вироблення андрогенів в яєчниках та надниркових залозах; насамперед, це [10]:

- 1 андроген-продукуючі пухлини яєчників або надниркових залоз;
- 2 синдром полікістоза яєчників;
- 3 адреногенітальний синдром.

Дія статевих гормонів на шкіру здійснюється через специфічні андрогенні рецептори, які розташовані у:

- клітинах сосочкового шару дерми;
- фібробластах;
- кератиноцитах;
- епітеліальних клітинах просвіту апокринних залоз;
- себоцитах волосяних фолікулів.

Під впливом андрогенів [1, 14]:

- посилюються диференціювання і мітотичну активність клітин епідермісу;
- посилюються синтез міжклітинних ліпідів;

- збільшується товщина епідермального шару;
- стимулюється ріст і пігментація волосся;
- посилюється продукція шкірного сала.

Однак найбільш часто дерматологи стикаються з відносною гіперандрогенією, коли рівень андрогенів у крові відповідає нормальним показникам, але у себоцитах під впливом ферменту 5 α -редуктази 1-го типу відбувається перетворення тестостерону в його високоактивний метаболіт дигідротестостерон, який, своєю чергою, активує процес зростання і дозрівання себоцитів і вироблення шкірного сала. Іншою можливою причиною розвитку відносної гіперандрогенії може бути підвищена щільність ядерних дигідротестостерон-рецепторів у клітинах сально-волосяного фолікула [2, 7].

Деякі інші ендокринопатії можуть супроводжуватися збільшенням фракції вільного тестостерону крові при загальній нормальній продукції тестостерону. Це пов'язано з тим, що у печінці знижується продукція транспортного білка, який зв'язує тестостерон у крові (статевого стероїду, що зв'язує глобулін), у результаті чого велика кількість тестостерону в крові залишається вільною, а отже, активною. Таке становище називають транспортною гіперандрогенією [10].

Крім того, у патогенезі акне серед провідних чинників відводиться значна увага генетичним факторам, які запускають механізми розвитку патологічного стану. Різна експресивність і алельні варіації генів визначають морфофункціональні властивості сальних залоз, що відіграє велику роль у розвитку акне і визначає тяжкість клінічних проявів у кожного індивідуума. Є повідомлення про наявність ядерного R-фактору, який детермінує генетичну схильність до акне. Цими даними, мабуть, пояснюється наявність найлегших форм дерматозу в одних і найважчих – в інших хворих [8].

Клінічні прояви акне мають широкий спектр різноманітності; вони відрізняються ступенем фонові гіперфункції сальних залоз, поширеністю процесу, кількісним співвідношенням запальних і незапальних елементів,

глибиною запальних змін у шкіри. Серед клінічних форм акне найбільш поширеною є папуло-пустульозна форма, яка зустрічається у 70-80 % хворих [11]. Комедональні та конглобатні форми акне зустрічаються у 10-15 % пацієнтів [5, 9, 12]. При акне висипання локалізуються в основному на шкіри щік, скронь, чола, підборіддя, носо-губних складок; рідше – на шкіри шиї, спині, грудях, плечах [1].

Складність причинних та патогенетичних ланок акне є однією з основ формування багатогранних клінічних проявів та труднощів у плануванні та досягненню ефективності проведеної терапії. Закономірним є пошук ймовірних, ще не доведених ланок патогенезу акне з метою розробки нових, патогенетично обґрунтованих методів терапії, що дасть можливість підвищити ефективність лікування таких пацієнтів. Як свідчать сучасні публікації, у різних областях медицини активно проводяться наукові дослідження з вивчення загальних патогенетичних ланок основного і супутніх захворювань, які позначені терміном «коморбідність», що відображає взаємозалежність патологічних станів як одну з можливих причин недостатньої ефективності лікування. Пошук і виявлення різних залежностей здійснюється за допомогою сучасних інформативних методів дослідження.

Особливі труднощі у клінічній практиці лікарів виникають у випадках поліморбідності патологічного стану в рамках різних медичних спеціальностей. Досягнути успіхів в її дослідженні можливо лише шляхом наукової кооперації фахівців різного профілю. Особливості патогенетичних механізмів розвитку акне, а також варіабельність клінічних форм захворювання виправдовують різноманіття методів лікування хворих.

1.3. Сучасні методи діагностики та лікування вугрової хвороби

Очевидно, що для успішної терапії хворих на акне потрібно індивідуально підходити до підбору як системних, так і топічних препаратів, які повинні призначатися з урахуванням результатів комплексного

обстеження пацієнта, особливостей розвитку та перебігу хвороби.

Діагностика ґрунтується на даних клінічного обстеження. Первинним ураженням є комедони (закриті або відкриті) та запальні елементи (папули, пустули та вузлики). Вони переважно локалізуються в ділянках, де багато сальних залоз: на обличчя, верхній частині спини, грудній клітці, плечах. Вторинні зміни включають рубцювання, післязапальну гіперпігментацію чи еритему, що також впливає на лікування. Тяжкість проявів дуже варіабельна: від легких до тяжкої фюльмінантної хвороби з системними симптомами – гарячка, артралгії, літичне пошкодження кісток (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Клінічні прояви акне в залежності від ступеня тяжкості

Збираючи анамнез, треба з'ясувати, чи обтяжена спадковість, звернути увагу на симптоми та ознаки гіперандрогенізму чи інших ендокринних розладів, зокрема надлишку кортизолу та гормону росту. Для прикладу порушення менструального циклу і гірсутизм вказують на СПЯ, тоді як раптовий початок акне може бути ознакою пухлини гонад.

Необхідно також виключити медикаментозні впливи. До ліків, що викликають чи загострюють акне, відносять фенітоїн, препарати літію, глюкокортикоїди, контрацептиви, що містять прогестин, андрогени. Загострення акне на тулубі можуть викликати добавки, що мають у своєму складі сироваткові білки [29].

У пацієнтів з атиповими, дуже тяжкими чи резистентними до терапії

проявами, особливо при раптовому початку, а також у жінок з ознаками надлишку андрогенів, слід проводити лабораторно-інструментальні дослідження. При СПЯ потрібно визначати загальний та вільний тестостерон у сироватці крові. При підозрі на гіперплазію надниркових залоз визначають вміст тиреотропіну, кортизолу, дегідроепіандростерону-сульфату та 17-гідроксипрогестерону.

Лакувальна тактика

Лакувальна тактика залежить від типу пошкоджень, їх тяжкості та локалізації. Перш за все необхідно проаналізувати процедуру догляду за шкірою: частоту вмивання, вибір засобів для очищення і зволоження. Більшості пацієнтів рекомендують уникати скарбів, в'яжучих та інших подразнюючих продуктів, вмиватися двічі на день, використовуючи делікатні миючі засоби для чутливої шкіри.

Зазвичай подразнення внаслідок використання місцевих препаратів для лікування акне досягає максимуму приблизно через 2 тижні, а потім поступово зменшується. Для його маскування можна використовувати косметичні засоби для макіяжу, на яких вказано «некомедогенний», «без олії» чи «не забруднює пори». При підвищеній чутливості шкіри накладання неароматизованих зволожуючих речовин поверху місцевих препаратів допомагає мінімізувати подразнення. Пацієнт повинен розуміти, що тривалість початкового періоду до клінічного покращення іноді становить 8-12 тижнів, а вторинні пігментні зміни чи еритема повністю зникають за декілька місяців. Для запобігання подальшого потемніння гіперпігментації доцільно користуватися сонцезахисним кремом.

Хоча на сьогодні немає чітких рекомендацій щодо дієти у пацієнтів з акне, є відомості про більшу частоту уражень при підвищеному споживанні простих вуглеводів, особливо за умови інсулінорезистентності. Так, зниження глікемічного навантаження в поєднанні з терапією метформіном призвело до зменшення кількості вугрів порівняно з відсутністю змін у раціоні або використанням лише метформіну [30].

Алгоритм лікування акне (рис. 1.2) включає насамперед місцеву комбіновану терапію у таких варіантах:

- БП + антибіотик;
- БП + Ретиноїд;
- БП + антибіотик + Ретиноїд.

Комбінована терапія ґрунтується на поєднанні окремих препаратів або застосуванні готових засобів з фіксованими дозами складових компонентів.

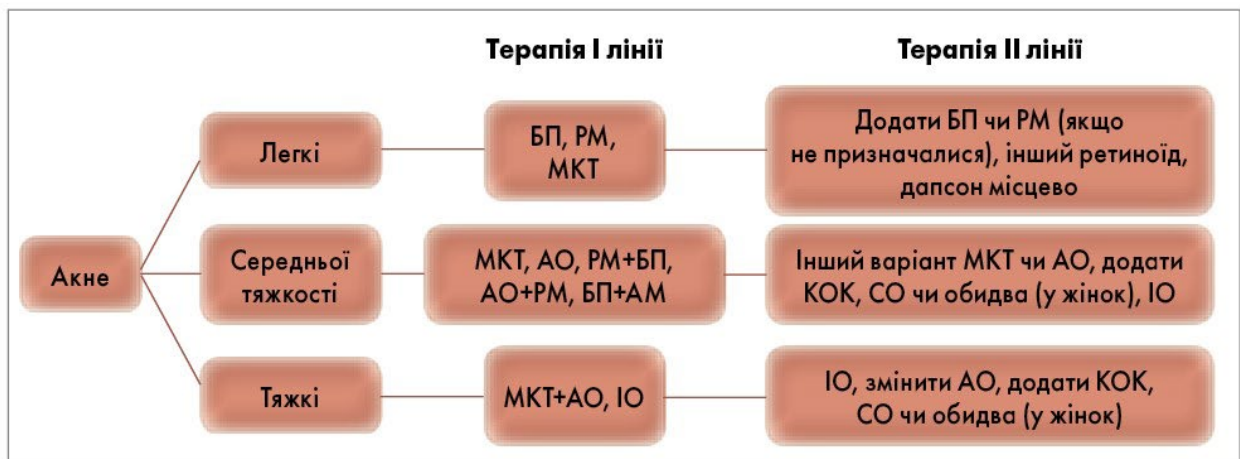


Рис. 1.2. Алгоритм лікування акне в залежності від тяжкості проявів

Бензоїл пероксид (БП) – ефективний препарат для місцевої терапії, хоча, за даними опитування пацієнтів з акне всіх ступенів тяжкості, його отримували лише 30 %, оскільки лікарі надавали перевагу рецептурним препаратам [31]. Завдяки виділенню вільних кисневих радикалів БП ефективно знижує концентрацію *S. Acnes* та запобігає виникненню резистентності бактерій до терапії. Вища концентрація (10 % проти 5 %) асоціюється з більшим ризиком подразнення без істотних переваг у бактерицидному ефекті [32]. Комбінація БП з місцевими ретиноїдами більш ефективна, ніж кожен з видів монотерапії [33].

Ретиноїди для місцевого застосування (РМ) мають комедолітичні та протизапальні властивості, нормалізують десквамацію інфундибулярної частини фолікула. За даними досліджень, вони недостатньо призначаються як фахівцями первинної ланки, так і дерматологами [34]. Найчастіше

застосовують третиноїн, адапален і тазаротен. Усі ретиноїди незначно посилюють фоточутливість, але цей ефект легко контролюється сонцезахисним кремом.

Як свідчать результати клінічних випробувань (КВ), різні препарати третиноїну зменшують кількість комедонів та запальних уражень. Застосування мототерапії гелем, що містить 0,025 % третиноїну, призвело до зменшення кількості уражень приблизно на 40 % від початкового рівня до 84-го дня терапії. При проведенні фолікулярної біопсії встановлено, що крем із 0,1 % вмістом третиноїну зменшував кількість мікро комедонів на 50 % через 6 тижнів та на 80 % через 12 тижнів терапії. Стандартні препарати третиноїну нестабільні до дії світла, їх не можна застосовувати одночасно з БП, тоді як мікросферні й поліолполімерні композиції не мають цих обмежень.

Адапален стабільний до дії світла і може використовуватися разом з БП. При середньої тяжкості та тяжких проявах гель із вмістом адапталену 0,3 % та БП 2,5 % зменшував початкові ураження на 68 % [33]. Порівняльні дослідження показали, що гель із вмістом 0,1 % адапталену за ефективністю не поступається гелю, що містить 0,025 % третиноїну, але має кращий профіль безпеки [35]. Рандомізоване порівняння гелів із вмістом адапталену 0,1 % та 0,3 % засвідчило більшу ефективність вищої концентрації [36].

Рівні доказовості:

I. якісні дослідження – докази орієнтовані на пацієнта (оцінка якості життя, смерті, ускладнень зменшення симптомів чи витрат);

II. обмежена якість досліджень – докази орієнтовані на пацієнта;

III. низька якість досліджень – докази орієнтовані на хворобу (оцінка сурогатних кінцевих точок, які можуть не відображати поліпшення результатів):

1) перелік побічних ефектів неповний, але включає серйозні та найбільш часті прояви;

2) категорії при вагітності:

А – контрольовані дослідження вагітних жінок не показали ризику для плода;

В – відсутність чи мінімальний ризик у дослідженнях на тваринах, не підтверджені у людей;

С – тератогенний чи ембріотоксичний вплив у дослідженнях на тваринах, дослідження у людей відсутні, препарати застосовують за умови що потенційна користь виправдовує ризик;

D – доведений ризик розвитку плода у людини, використання прийняте лише за життєвими показниками або у випадку серйозної хвороби, коли безпечні ліки не ефективні;

X – неспростовні докази виникнення аномалій плода

Найбільшу ефективність з-поміж РМ демонструє тезаторен, котрий використовується і для лікування псоріазу [37]. Але водночас це тератоген, віднесений до категорії X, що не повинен застосовуватися при вагітності, лактації, а також у жінок фертильного віку за відсутності надійної контрацепції. Місцеве застосування антибіотиків, зокрема кліндаміцину та еритроміцину, також зменшує концентрацію *S. acne*. Однак через часту резистентність бактерій ці препарати не слід застосовувати як монотерапію. Фіксовані комбінації, що містять кліндаміцин з третиноїном або БП, еритроміцин з БП знижують концентрацію антибіотикорезистентних штамів *S. acne* та демонструють вищу ефективність порівняно з монотерапією кожним з препаратів [38].

Дапсон

Дапсон у вигляді гелю ефективний при запальних акне. Він має сприятливий профіль безпеки і часто використовується у пацієнтів з чутливою шкірою або темнішими тонами шкіри. Описані нечисленні випадки гемолізу, особливо при одночасному застосуванні триметоприм-сульфаметаксозолу, а також випадок метгемоглобінемії внаслідок випадкового застосування дапсону у немовлят [39]. Визначення активності глюкозо-6-

фосфатдегідрогенази не є необхідним навіть у групах ризику [40].

Азелоїнова кислота

Азелоїнова кислота – це декарбоксільна кислота, що пригнічує ріст *C. acnes* та запобігає порушенням кератинізації. Застосовується переважно через здатність зменшувати післязапальну гіперпігментацію. Може бути корисною при легких проявах у вигляді комедонів та запальних вугрів.

Вид терапії	Дози і спосіб застосування	Рівень доказовості ¹	Побічна дія ² / категорія при вагітності ³
Місцеве лікування			
Безрецептурні препарати			
Бензоїл пероксид	5-10% рідина, гель, пінка, лосьйон або крем 1-2 р/день	I-II	Подразнення, АКД та відбілювання тканин / С
Адапален (Дифферин)	0,1% гель щодня	I-II	Подразнення, АКД / С
Саліцилова кислота	1% рідина, гель, крем 1-2 р/день	I	
Монотерапія за рецептом			
Еритроміцин	2% гель, диски чи розчин щодня	I-II	Подразнення, АКД / В
Кліндаміцин	1% тампони, лосьйон, розчин чи пінка щодня		
Адапален	0,1% гель чи крем щодня чи 0,3% гель щодня		Подразнення, АКД / С
Третиноїн	0,025, 0,05 чи 0,1% крем чи гель щодня; 0,04%, 0,08 чи 0,1% мікрогель щодня		
Тазаротен	0,05 чи 0,1% крем, гель чи пінка щодня		
Дапсон	5 чи 7,5% гель щодня чи 2 р/день		Подразнення, АКД, метгемоглобінемія; у поєднанні з БП – оранжове забарвлення шкіри та волосся / С
Азелаїнова кислота		I	Подразнення / В
Фіксовані комбінації, що відпускаються за рецептом			
Бензоїл пероксид (БП) / еритроміцин (Е)	Гель: 5% БП + 3% Е щодня	I	Подразнення, АКД та відбілювання тканин / С
Бензоїл пероксид (БП) / кліндаміцин (К)	Гелі: 5% БП + 1% К; 3,75% БП + 1,2% К; 2,5% БП + 1,2% К щодня		
Бензоїл пероксид (БП) / адапален (А)	Гелі: 5% БП + 0,1% А; 5% БП + 0,3% А щодня	I-II	
Третиноїн (Т) / кліндаміцин (К)	Гель: 0,025% Т + 1,2% К щодня	I	Подразнення, АКД / С
Системне лікування			
Антибіотики			
Доксициклін	По 100 мг 1-2 р/день; 20 мг 2 р/день; MR 40 мг 1 р/день	I-II	ШКР, фоточутливість, підвищення трансаміназ, ППГМ / D
Міноциклін	По 100 мг 1-2 р/день		ШКР, голубувато-сіра пігментація шкіри, підвищення трансаміназ, аутоімунний гепатит, реакції, подібні до сироваткової хвороби, запаморочення, ППГМ / D
Тетрациклін	По 500 мг 1-2 р/день натще		ШКР, порушення функції печінки, ППГМ / D
Гормональна терапія			
Комбіновані оральні контрацептиви	Етиніл естрадіол-норгестимат, етиніл естрадіол-норетиндрон, етиніл естрадіол-дросперинон щодня	I	ШКР, біль голови, порушення настрою, венозна тромбоемболія, інсульт, артеріальна гіпертензія / X
Спіронолактон	25-100 мг 1-2 р/день	II-III	Чутливість грудей, дисменорея, гіперкаліємія; пухлини (у тварин) / С
Ретиноїди			
Ізотретиноїн	0,5 мг/кг/добу → через місяць 1 мг/кг/день	I-II	Сухість шкіри та слизових, біль у суглобах, зниження гостроти зору, порушення нічного зору, гіперліпідемія, підвищення трансаміназ, панкреатит, ППГМ, порушення настрою / X

Рис. 1.3 Характеристика препаратів для лікування акне

Саліцилова кислота

Саліцилова кислота входить до складу багатьох препаратів. Попри на дуже обмежені доказові дані, має комедолітичну дію. Вважається менш

ефективною, ніж РМ, але має добрий профіль безпеки і може застосовуватися для початкової терапії при легких проявах.

Системні антибіотики

Системні антибіотики широко застосовують для контролю запалення у пацієнтів із проявами середньої тяжкості та тяжкими. Їх необхідно комбінувати з РМ та БП. Враховуючи стурбованість щодо підвищення резистентності, на сьогодні рекомендують обмежувати термін їхнього використання до 3-4 місяців. Після досягнення клінічного покращення подальша терапія включає РМ з/без БП, залежно від типу ураження. У клінічних випробуваннях, які оцінювали ефективність комбінованої терапії, через 3 міс загальний показник ураження зменшувався на 60 %. При використанні гелю з 0,1 % вмістом адапталену для підтримуючої терапії після курсу антибіотиків 75 % пацієнтів зберігали клінічне покращення порівняно з 54 % у групі плацебо.

Найчастіше використовують тетрацикліни. Вони не лише знижують концентрацію *S. acne*, а й зменшують запалення, апоптоз, розпад ретиноєвої кислоти і ферментів, регулюють проліферацію клітин та є антиоксидантами. Перевага надається міноцикліну та доксицикліну [34]. Власне, тетрациклін застосовують рідше через погану біодоступність, що зумовлює необхідність приймання натще. У разі середньої тяжкості та тяжких проявах доксицикліну з модифікованим вивільненням у добовій дозі 40 мг за ефективністю не поступався дозі 100 мг/день; ефективність обох режимів дозування істотно перевищувала ефект плацебо. Прояви побічної дії, особливо шлунково-кишкові розлади, нечасто спостерігалися при застосуванні дози 40 мг [41].

Для лікування акне використовують також триметоприм-сульфаметаксозолу, пеніциліни, цефалоспорини та макроліди. Дані щодо їхнього впливу у цієї категорії пацієнтів обмежені, тому зазначені препарати слід рекомендувати лише у випадках непереносимості тетрациклінів.

Комбіновані оральні контрацептиви

Застосування комбінованих оральних контрацептивів (КОК), що містять

естроген та прогестин у дорослих жінок, має протизапальний ефект, наближений до системних антибіотиків, але для досягнення клінічного покращення необхідно більше часу. Їх часто застосовують як терапію II лінії у дорослих жінок та підлітків, насамперед при СПЯ. За результатами метааналізу 32 рандомізованих досліджень, 6-місячний курс терапії КОК зменшував запальні зміни на 62 % [42].

Нещодавно для лікування акне затверджено Орто-трициклен, Естростеп, Джаз та Вуаз, хоча більшість інших контрацептивів III-IV покоління, що містять прогестин, також є ефективними. Прогестин I генерації, такі як норетидрон та норгестрел, мають андрогенний ефект та можуть викликати загострення акне.

Спіронолактон

Спіронолактон – це антиандроген, ефективний у жінок та підлітків, особливо при СПЯ. Хоча його вплив мало вивчений у рандомізованих дослідженнях, декілька ретроспективних іспитів та результати клінічних спостережень свідчать про суттєве клінічне покращення у жінок з акне [43].

Для пом'якшення побічних ефектів (чутливість грудей, нерегулярність менструального циклу) його призначають разом з КОК III-IV покоління. При вагітності Спіронолактон протипоказаний через можливість фемінізації плоду чоловічої статі. Іноді спостерігається гіперкаліємія, насамперед в осіб з хворобами нирок або при супутньому застосуванні діуретиків, які зберігають калій. За відсутності таких категорій ризику, рутинний контроль калію в крові не потрібний [44].

Ізотретиноїн

Ізотретиноїн вискоефективний для лікування вузликово-кістозних акне, використовується як засіб II лінії при середньої тяжкості та тяжких проявах, резистентних до інших видів терапії. Специфічний механізм дії залишається нез'ясованим, але він зменшує видалення шкірного сала, концентрацію *S. Acnes* та ступінь запалення, має виражений комедолітичний ефект. Це потужний тератоген, тому при призначенні жінкам фертильного віку

в усьому світі застосовують різні програми попередження вагітності. Для прикладу у США використання ізотретиноїну регулюється програмою iPLEDGE (деталі на сайті www.ipledgeprogram.com). Препарат можуть призначати лише зареєстровані провайдери, причому кожного пацієнта, незалежно від статі, необхідно реєструвати із заповненням письмової інформованої згоди. Пацієнти фертильного віку повинні отримувати дві специфічні форми контрацепції та щомісяця проводити тест на вагітність.

Сухість шкіри та слизових оболонок є найбільш частим проявом побічної дії ізотретиноїну. Можливе також підвищення сироваткових рівнів тригліцеридів, холестерину ліпопротеїнів низької щільності та амінотрансфераз. Тому дані показники треба контролювати до початку терапії та після досягнення максимальної терапевтичної дози [45]. Попередні повідомлення про те, що Ізотретиноїн підвищує ризик неспецифічних запальних захворювань кишківника, не підтвержені даними останніх досліджень [34].

Враховуючи те, що ретиноїди легко проникають крізь гематоенцефалічний бар'єр, а також високу частоту депресії у підлітковому віці та у пацієнтів з тяжкими акне, під час кожного візиту доцільно проводити контроль ризику депресії у всіх пацієнтів, які приймають Ізотретиноїн.

1.4 Роль клінічного фармацевта при відпуску безрецептурних лікарських засобів для лікування та профілактики вугрової хвороби в рамках відповідального самолікування

Оцінка потреб пацієнта/представника пацієнта при зверненні за допомогою

1. З'ясувати інформацію про наступне:

1) у кого виникла проблема (пацієнт, члени сім'ї, знайомі – діти чи дорослі);

2) як давно виникло нездужання і скільки часу триває;

- 3) яких заходів вжито перед зверненням до аптеки;
- 4) які лікарські засоби вже застосовувались для полегшення стану.

2. Будь-який прояв висипки на шкірі, або наявність загрозливих симптомів потребують консультації лікаря щодо діагностики та лікування.

3. З'ясувати наявність загрозливих симптомів, які вимагають звернення до лікаря, та скерувати пацієнта до лікаря:

- 1) ураження вугровою висипкою великих ділянок шкіри;
- 2) поява великої кількості вугрів супроводжується підвищенням температури тіла;
- 3) великі (понад 1 см в діаметрі) та/або болісні вугри;
- 4) поява вугрів супроводжується болісним відчуттям в зоні регіонарних лімфатичних вузлів (шийних, підщелепних та ін.);
- 5) висипання з'явилися після застосування або відміни лікарських засобів;
- 6) відчуття сильного свербіжу в місці висипань, яке посилюється ввечері і вночі;
- 7) вугрова висипка залишає рубці;
- 8) депресивний стан пацієнта, який пов'язаний з наявністю вугрів.

4. За відсутності загрозливих симптомів перейти до фармацевтичної опіки схема якої наведена на рисунку 1.4.

Перелік лікарських засобів, які відпускаються без рецепта, для профілактики і лікування вугрів

1. Ретиноїди для місцевого лікування: Адапален.
2. Місцеві засоби для лікування акне: Бензоїл пероксид, Азелаїнова кислота.
3. Антибактеріальні засоби для місцевого застосування: Еритроміцин комбінації; Кліндаміцин.

Ретиноїди для місцевого лікування

Протягом перших тижнів лікування можливе загострення вугрового процесу внаслідок впливу діючої речовини на осередки ураження, невидимі

раніше. У такому разі не слід припиняти лікування. Терапевтичний ефект спостерігається через 8- 12 тижнів від початку лікування. Застосовувати у дорослих і дітей віком від 12 років. Наносити тонким шаром на чисту суху шкіру у місцях висипів 1 раз на добу, на ніч. Не наносити препарат на ділянки з екзематозними ураженнями шкіри, сонячними опіками, порізами або іншими ураженнями шкіри. Слід з особливою обережністю призначати з препаратами, що містять сірку, резорцин або саліцилову кислоту.

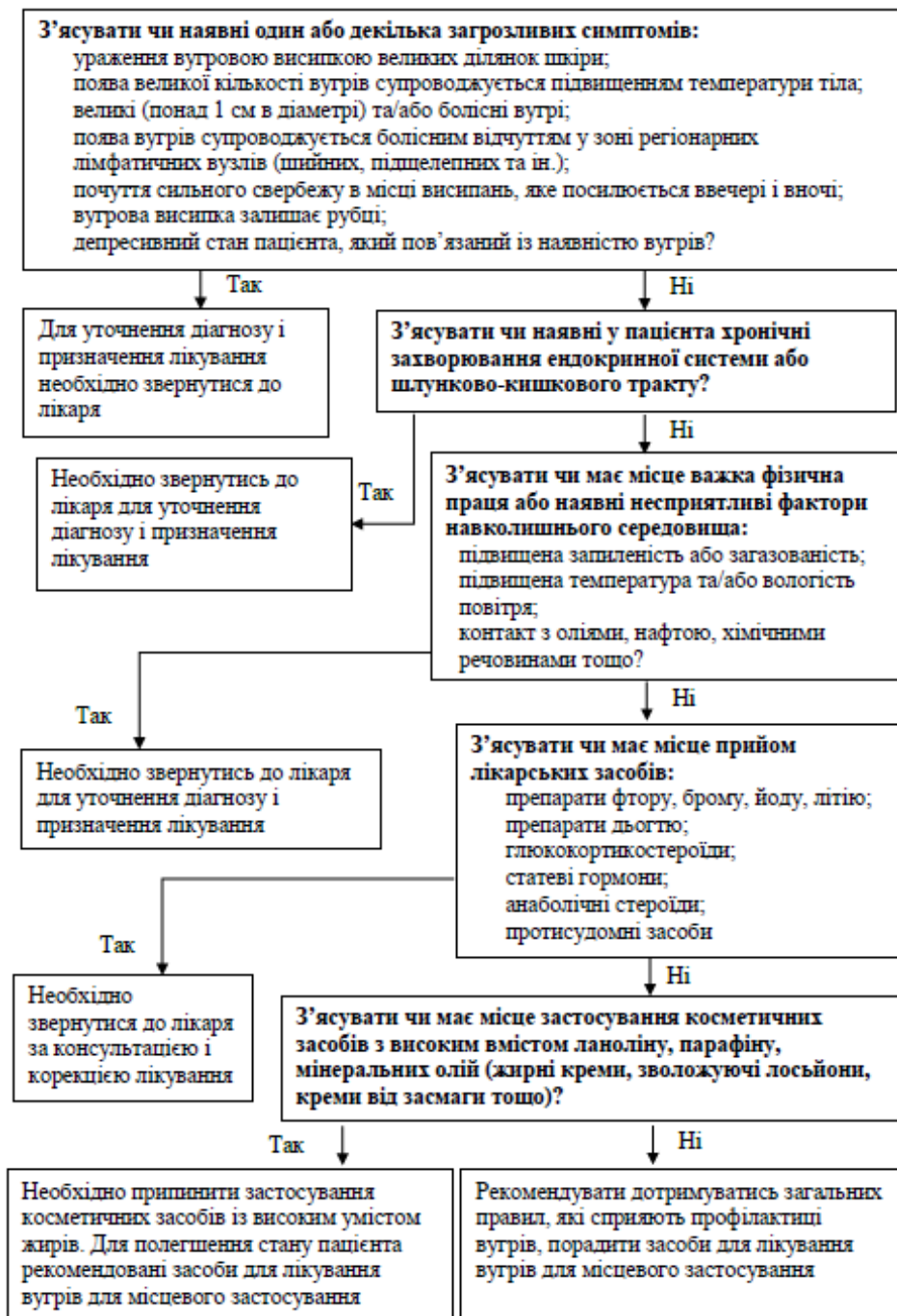


Рис. 1.4. Фармацевтична опіка при вугровій хворобі

Лікарські засоби для лікування вугрів для місцевого застосування – бензоїл пероксид

Лікування акне є довготривалим, і пацієнт має бути відповідно налаштованим. Топічні засоби для лікування вугрів наносять на вимиту та висушену шкіру, обережно втираючи до повного поглинання, після нанесення необхідно ретельно вимити руки. Топічні засоби для лікування вугрів протипоказані при підвищеній чутливості до їх компонентів, їх з обережністю застосовують при чутливій шкірі. При застосуванні засобів для лікування вугрів можливе відчуття тепла, печіння та свербіж, почервоніння, лущення, набряк шкіри; якщо реакція виражена, це не потребує відміни препарату, але необхідно зменшити частоту застосування препарату. Засоби для лікування вугрів можуть спричинити фотосенсибілізацію, тому при їх застосуванні необхідно уникати прямого інтенсивного сонячного опромінення. При потраплянні на слизову оболонку очей, порожнини рота або носа, необхідно добре промити водою це місце, а у разі випадкового проковтування слід промити шлунок, викликати блювання та застосувати симптоматичні заходи. Слід дотримуватися обережності при застосуванні косметичних засобів, які виявляють відлущувальні, подразнювальні або підсушувальні властивості, оскільки це може спричинити адитивний подразнювальний ефект.

Якщо будь які з вказаних в інструкції побічних ефектів погіршуються або відмічаються будь які інші побічна дія, не вказані в інструкції, про це треба негайно повідомити лікаря. Для запобігання алергічної реакції рекомендується нанести на невелику ділянку шкіри на зап'ясток та спостерігати 48 годин: при появі набряку та/або вираженого свербіж препарат не застосовувати та звернутися до лікаря. В перші тижні лікування можлива поява незначного лущення та почервоніння шкіри, яке зникає з часом. Терапевтичний ефект розвивається після 4 тижнів лікування. Оптимальний терапевтичний ефект звичайно розвивається протягом 8-12 тижнів від початку застосування. З метою профілактики можна продовжувати лікування 1 раз на день до отримання стійкої ремісії. Курс застосування не повинен перевищувати трьох

місяців. Препарат може знебарвлювати волосся та кольоровий і пофарбований матеріал. Уникати контакту з волоссям, тканинами, меблями або килимовими покриттями Застосовувати у дорослих і дітей віком від 12 років.

Антибактеріальні засоби для місцевого застосування

Антибактеріальні засоби в більшості випадків є препаратами другого ряду і призначаються зовнішньо в разі непереносимості або неефективності бензоїлпероксиду, ретиноїдів, азелаїнової кислоти. При тривалому застосуванні можливий розвиток вторинної інфекції, спричиненої стійкими до антибактеріального засобу мікроорганізмами. Можливе застосування для лікування дітей за призначенням лікаря, якщо очікуваний лікувальний ефект перевищує ризик можливих побічних ефектів.

Фармацевтичні працівники також досить часто рекомендували лікарські засоби кліндаміцину. Разом з тим, відповідно до протоколу фармацевта, антимікробні засоби є препаратами другого ряду та використовуються при неефективності й непереносимості бензоїл пероксиду, вазелінової кислоти, ретиноїдів. Повідомляється, що при тривалому використанні кліндаміцину можливий розвиток антибіотикорезистентності, тому лікарські засоби рекомендують використовувати в комплексі з бензоїл пероксидом [9].

Зокрема, фармацевти також часто рекомендують лікарські засоби бензоїл пероксиду, які наявні на фармацевтичному ринку України в різних концентраціях та лікарських формах. Повідомляється, оптимальний лікувальний ефект при застосуванні бензоїл пероксиду зазвичай розвивається протягом 8-12 тижнів терапії, тому важливо попереджувати відвідувачів про тривалість використання засобів. Окрім того, лікарські засоби бензоїл пероксиду можуть знебарвлювати волосся та пофарбовані матеріали [5].

Встановлено, що понад 30 % фармацевтів рекомендують кислоту саліцилову, яка має багаторічний досвід використання у лікуванні вугрової хвороби. При топічному використанні кислоти саліцилової не рекомендується приймати пероральні форми нестероїдних протизапальних засобів. Разом з тим, при тривалому використанні можливий ризик системної дії та розвиток

побічних реакцій, характерних для саліцилатів. Менше ніж 10 % аптечних працівників рекомендують відвідувачам сірковмісні лікарські засоби, які виявляють антимікробні, протизапальні та кератолітичні властивості. Разом з тим, лікарські засоби сірки не входять до переліку безрецептурних засобів для профілактики та лікування вугрів. Виявлено, що аптечні працівники не рекомендують ретиноїди для місцевого лікування вугрової хвороби відвідувачам. Разом з тим, ретиноїди (адапален) застосовують у дорослих та дітей віком від 12 років. Лікарські засоби мають подразнюючу дію, викликаючи сухість та лущення шкіри, тому не рекомендується комбінувати з іншими засобами, які мають подібні ефекти [11].

За результатами опитування фармацевтичних працівників, стало відомо, що часто відвідувачі аптек обирають лікарські засоби для лікування вугрової хвороби у формі мазей (25,2 %), гелю (25,2 %) та крему (23,0 %). Окрім того, близько 20 % відповіли, що актуальними також є лікарські засоби у формі розчинів. Відомо, що місцеве застосування лікарських засобів сприяє зменшенню ризику розвитку несприятливих побічних реакцій. Отримані нами результати відповідають літературним даним, які свідчать, що пацієнти для лікування вугрового висипу частіше використовують безрецептурні лікарські засоби для місцевого лікування [12].

Більш ніж половина (58 %) респондентів відзначили, що відвідувачі аптек обирають декілька засобів для профілактики/лікування вугрів. Так, терапія вугрової хвороби часто вимагає використання декількох лікарських засобів. При цьому збільшується ризик фармакодинамічної й фармакокінетичної взаємодій, та як наслідок, порушується реалізація лікувального ефекту. При відпуску декількох лікарських засобів фармацевт має враховувати та попередити відвідувача аптеки про ризики взаємодії, надати рекомендації щодо їх попередження. Виявлено, що понад 60 % опитуваних аптечних працівників рекомендували відвідувачам прийом сорбентів у комплексі з противугровими засобами.

Хоча акне не становить серйозної загрози для життя або працездатності

хворого, цей косметичний дефект чинить негативний вплив на багатьох людей, особливо на підлітків, сприяє розвитку депресивних станів, знижує якість життя. При наявності вугрів багато пацієнтів лакуються або починають лікування самостійно, використовуючи препарати для симптоматичної терапії акне (вугрової висипки), що сприяє активному залученню провізора із вимогою проведення ним якісної фармацевтичної опіки. Перед тим, як прийняти рішення про використання того чи іншого засобу немедикаментозного лікування, важливо надати наступні рекомендації: утримувати шкіру в чистоті, але не зловживати частим миттям шкіри з милом (не частіше двох разів на день); уникати надмірного впливу сонячних променів (штучне ультрафіолетове опромінення, яке раніше рекомендували для лікування вугрів, сьогодні не застосовують через можливість стимулювання старіння шкіри, розвитку пухлин); дотримуватись раціонального режиму харчування з достатньою кількістю продуктів, що містять вітаміни групи А і В; зменшити споживання йодовмісних продуктів; не видавлювати прищі та вугри самостійно, оскільки це може призвести до нагноєння та утворення помітних рубців; не користуватись жирними кремами та лосьйонами, усі лакувальні засоби та декоративна косметика повинні бути некомедогенні; при появі акне у підлітка батькам слід заспокоїти дитину, пояснити їй, що вугри – виліковне захворювання, а лікування тим ефективніше, чим раніше його розпочати; слід налаштувати пацієнтів, що лакувальні заходи потребують наполегливості й терпіння та триватимуть не менше 2-4 місяці.

Вугрова хвороба, що супроводжується «загрозливими» симптомами, вимагає обов'язкового звернення до лікаря і лікування рецептурними препаратами. За відсутності «загрозливих» симптомів, дозволено застосування безрецептурних лікарських препаратів до переліку яких входять наступні засоби для зовнішнього застосування: азелоїнова кислота, бензоїл пероксид, кислоти саліцилова, сірка та гіалуронова кислота. Під час проведення консультаційно-інформаційної допомоги при лікуванні акне в межах фармацевтичної опіки треба звертати увагу хворих на таке:

1. При лікуванні препаратами для зовнішнього застосування (перш за все, кератолітиками – бензоїл пероксид, третиноїн) у всіх випадках виникає період первинного «уявного погіршення», що характеризується посиленням висипань. Про це потрібно заздалегідь попередити пацієнта. «Уявне погіршення» може спостерігатися протягом перших двох тижнів лікування вугрів. Не рекомендовано у цей період переривати або змінювати призначене лікування.

2. У період «явного погіршення» необхідно вжити заходів для зведення до мінімуму ризику розвитку подразнення шкіри. До цих заходів належать: уникнення впливу сонячного світла після нанесення препаратів, умивання гарячою водою безпосередньо перед нанесенням засобу, надмірного нанесення препарату, особливо на вологу шкіру. Засоби слід наносити на суху шкіру, щоб уникнути відчуття печіння.

3. При застосуванні препаратів бензоїл пероксиду, вазелінової кислоти й ретинолу може виникнути відчуття поколювання, при тривалому застосуванні – почервоніння або відлущування шкіри. Дані прояви не є алергічною реакцією, а свідчать про дію препарату. Якщо реакція надмірна, слід зменшити частоту застосування препарату.

4. При потраплянні розчину бензоїл пероксиду на одяг його слід відразу прополоскати, щоб уникнути знебарвлення тканини.

5. Третиноїн покращує ефект бензоїл пероксиду при поєднаному використанні третиноїну вранці, а бензоїл пероксиду – увечері.

6. Під час лікування третиноїном, бензоїл пероксидом і вазеліновою кислотою треба уникати перебування на сонці, оскільки ці препарати збільшують чутливість шкіри до ультрафіолетового опромінення.

7. При лікуванні третиноїном часте вмивання посилює місцеву подразнювальну дію препарату на шкіру.

8. Курс лікування вазеліновою кислотою триває не менше 4-6 місяців.

9. Місцеве застосування препаратів саліцилової кислоти не слід поєднувати з пероральним прийомом препаратів, які містять ацетилсаліцилову

кислоту, та інших НПЗП.

10. При тривалому застосуванні саліцилової кислоти можливе її надходження у системний кровообіг і розвиток характерних для саліцилатів побічних ефектів: шум у вухах, запаморочення, біль в епігастрії, нудота.

11. Після застосування будь-яких препаратів для лікування вугрів треба ретельно вимити руки.

12. Треба уникати потрапляння препаратів для лікування вугрів в очі.

Варіанти терапії I лінії

1. Пропонувати пацієнтам з акне 12-тижневий курс одного з наступних варіантів лікування I лінії, враховуючи тяжкість перебігу вугрової хвороби та уподобання пацієнта, а також після обговорення переваг та недоліків кожного з варіантів терапії:

- фіксована комбінація адапталену місцево та бензоїл пероксиду місцево при акне будь-якого ступеня;

- фіксована комбінація третиноїну місцево з кліндаміцином місцево при акне будь-якого ступеня;

- фіксована комбінація бензоїлу пероксиду місцево з кліндаміцином місцево для лікування акне легкого та середнього ступеня;

- фіксована комбінація місцевого застосування адапталену та бензоїлу пероксиду разом з пероральним застосуванням лімецикліну або доксицикліну для лікування акне середнього та важкого ступенів;

- місцево азелоїнова кислота з пероральним прийомом лімецикліну або доксицикліну для лікування акне середнього та важкого ступенів.

2. Розглянути питання про можливість місцевої монотерапії бензоїл пероксидом як лікування, альтернативне варіантам, якщо вказане лікування протипоказане або пацієнт бажає уникати використання місцевого ретиноїду або антибактеріального препарату (місцево або системно).

3. Для осіб з середнім та важким ступенем вугрової хвороби, які мають непереносимість або протипоказання до перорального застосування

лімецикліну та доксицикліну, вирішити питання про доцільність заміни вказаних препаратів у комбінованому лікуванні (табл. 1.1) на триметоприм або пероральний макролід (наприклад еритроміцин).

Фактори, які потребують уваги під час консультації пацієнта:

- Враховувати, що наявність акне будь-якого ступеня тяжкості може спричиняти психологічний дистрес та розлади психічного здоров'я.
- Обговорювати з пацієнтом важливість завершення курсу лікування, оскільки досягнення явного позитивного ефекту може потребувати часу – 6-8 тижнів безперервного лікування.

Фактори, які слід враховувати при виборі варіанту лікування

- Зважати на те, що ризик утворення рубцевих змін зростає відповідно до тяжкості перебігу та тривалості захворювання.
- Для зниження ризику подразнень шкіри, пов'язаних з місцевими засобами лікування, такими як бензоїлу пероксид або ретиноїди, варто починати їх застосування через день або на короткий проміжок часу (наприклад змивати засіб через 1 годину після нанесення). Якщо переносимість достатня, переходити на стандартний режим призначення.
- Оговорюючи варіанти лікування з пацієнтом репродуктивного віку, звернути увагу на наступне:
 - місцеві ретиноїди та пероральні контрацептиви протипоказані у період вагітності та її планування;
 - необхідність використання ефективної контрацепції та лікування, альтернативного згаданим варіантам.
- Якщо пацієнт, який отримує лікування з приводу акне, висловлює бажання використовувати гормональні контрацептиви, розглянути можливість призначення комбінованих оральних контрацептивів, а не препаратів, що містять лише прогестагени (якщо є ймовірним застосування ізотретиноїну системно).

Вибір методів лікування акне

Ступінь тяжкості	Лікування	Переваги	Недоліки
Будь-який	Фіксована комбінація адапталену з бензоїлу пероксидом місцево, наносити на шкіру 1 р/д ввечері	<ul style="list-style-type: none"> • Місцеве лікування • Не застосовується АБ препарат 	<ul style="list-style-type: none"> • Не призначається вагітним • З обережністю – у період вагітності та годування груддю
Будь-який	Фіксована комбінація третиноїну з кліндаміцином місцево, наносити на шкіру 1 р/д ввечері	<ul style="list-style-type: none"> • Місцеве лікування 	<ul style="list-style-type: none"> • Може спричинити подразнення шкіри, фоточутливість, знебарвлення волосся та тканин
Легкий та середній ступінь	Фіксована комбінація бензоїлу пероксиду з кліндаміцином місцево, наносити на шкіру 1 р/д ввечері	<ul style="list-style-type: none"> • Місцеве лікування • З обережністю – у період вагітності та годування груддю 	Може спричинити подразнення шкіри, фоточутливість, знебарвлення волосся та тканин.
Середній та тяжкий ступінь	<p>Фіксована комбінація адапталену та бензоїлу пероксиду 1 р/д ввечері місцево, лімециклін або доксициклін 1 р/д per os</p> <p>Місцево – азелоїнова кислота 2 р/д, лімециклін або доксициклін 1 р/д per os</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Застосування перорального компонента – при лікуванні окремих уражених ділянок • Призначення адекватних курсів за вимоги Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (для подальшого перорального застосування ізотретиноїну) 	<ul style="list-style-type: none"> • Протипоказаний у період вагітності та грудного вигодовування, у пацієнтів віком до 12 років. • Адапален та бензоїлу пероксид для місцевого застосування – подразнення шкіри, фоточутливість, знебарвлення волосся та тканин. • Антибіотики – системні побічні ефекти та розвиток антибіотикорезистентності

- Якщо клінічна ситуація вказує на те, що надалі пацієнт може потребувати лікування пероральним ізотретиноїном:

- враховувати обмеження у застосуванні ізотретиноїну системно, якщо не були проведені курси стандартної терапії із застосуванням пероральних антибіотиків та місцевої терапії відповідно до вказівок MHRA [2];

- зважати на це при виборі будь-якого варіанту початкового лікування.

- Не використовувати для лікування пацієнтів з акне:

- монотерапію місцевими антибіотиками;

- монотерапію антибактеріальним засобом перорально;

- комбіноване призначення місцевого та перорального антибіотика.

Фактори, які слід враховувати при огляді

- Переглянути лікування I лінії через 12 тижнів:

- оцінити, чи покращився стан пацієнта, а також наявність будь-яких побічних проявів від застосування призначених лікарських засобів;

- у пацієнтів, лікування яких включає призначення перорального антибіотика, якщо клінічні прояви акне нівельовано, вирішити питання про відміну протимікробної терапії, але продовження місцевого лікування;

- у пацієнтів, лікування яких включає призначення перорального антибіотика, але акне все ще визначаються, розглянути можливість продовження застосування протимікробного перорального засобу поряд з місцевим лікуванням на додатковий термін до 12 тижнів.

- У виняткових випадках продовжувати лікування, застосовуючи лише той варіант, за яким призначається антибактеріальний препарат (місцево або per os) протягом більше ніж 6 міс. Оцінювати стан пацієнта кожні 3 міс. та якомога швидше відмінити антибіотики.

- Зважати на те, що антибактеріальне лікування пов'язане з ризиком розвитку стійкості до протимікробних препаратів.

- Якщо клінічні прояви акне нівельовано, розглянути можливість підтримувальної терапії.

- Якщо в лікуванні пацієнта з акне не досягнуто адекватної відповіді на 12-тижневий курс терапії I лінії та при огляді вираженість клінічних проявів відповідає:

- легкому та середньому ступеню тяжкості: запропонувати інший напрям варіантів лікування;

- середньому та тяжкому ступеню і в лікуванні не застосовували системну антибіотикотерапію: запропонувати альтернативу, яка полягає у призначенні перорального антибіотика з варіантів лікування;

- середньому та тяжкому ступеню і в терапію було включено пероральний антибіотик, варто розглянути можливість направлення на консультацію до консилиуму фахівців на чолі з дерматологом.

- Якщо лікування пацієнта з акне легкого або середнього ступеня тяжкості залишається неефективним після проведених двох різних 12-тижневих курсів терапії, варто розглянути можливість направлення на консультацію до консилиуму фахівців на чолі з дерматологом.

Пероральне лікування ізотретиноїном

- Обговорити можливість перорального призначення ізотретиноїну для осіб віком старше 12 років з тяжкою формою вугрової хвороби, резистентної до відповідного курсу стандартного лікування із застосуванням системних антибіотиків та місцевої терапії (вузловато-кістозне акне, конглобатні вугри, фульмінантні вугри, акне з ризиком перманентних рубцевих змін).

- Розглядаючи питання про пероральне призначення ізотретиноїну, необхідно враховувати психологічний стан пацієнта і за необхідності направляти на консультацію до фахівців служби охорони психічного здоров'я перед початком курсу лікування.

- Якщо передбачається користь від призначення ізотретиноїну перорально, дотримуватися рекомендацій MHRA щодо безпеки застосування препарату при тяжких формах акне [2], а також оновленої інформації з цих питань [1]. За умови вірогідного настання вагітності пояснити, що

застосування ізотретиноїну у період вагітності може мати серйозні наслідки для внутрішньоутробного розвитку майбутньої дитини та інформувати про необхідність дотримання заходів попередження вагітності відповідно до вимог програми MHRRA.

- Призначати Ізотретиноїн перорально для лікування пацієнтів з акне в стандартній добовій дозі 0,5-1 мг/кг маси тіла.

- Розглянути можливість зниження добової дози ізотретиноїну (<0,5 мг/кг маси тіла) для осіб групи підвищеного ризику або тих, у кого зафіксовано прояви небажаних побічних реакцій.

- Призначення ізотретиноїну в курсі лікування пацієнтів з акне продовжувати до досягнення загальної кумулятивної дози 120-150 мг/кг маси тіла, але якщо досягнуто належної терапевтичної відповіді та протягом 4–8 тижнів не виявлено нового висипу акне, розглянути можливість припинення лікування якомога швидше.

- Якщо пацієнт з акне отримує ізотретиноїн перорально, необхідно:

- оцінювати його психологічний стан протягом лікування та слідкувати за можливими ознаками чи симптомами депресії;

- попередити пацієнта про важливість звернення за допомогою, якщо він/вона відчуває зміну психологічного стану або його погіршення.

Застосування пероральних кортикостероїдів на тлі системного лікування ізотретиноїном

- Якщо після початку лікування ізотретиноїном виникає загострення перебігу вугрової хвороби (значне погіршення перебігу захворювання), варто розглянути можливість додаткового перорального курсу преднізолону.

- На початку лікування пацієнта з фульмінантною формою акне ізотретиноїном per os необхідно розглянути можливість додаткового призначення перорального курсу преднізолону для попередження загострення вугрової хвороби.

Застосування кортикостероїдів в місці ураження

Розглянути можливість лікування тяжких запальних кіст призначенням тріамцинолону ацетоніду парентерально (0,1 мл тріамцинолону ацетоніду на 1 см діаметра кісти, 0,6 мг/мл, розведеного у 0,9 % розчині натрію хлориду). Виконується фахівцем із групи дерматологів-консультантів.

Варіанти лікування пацієток із синдромом полікістозних яєчників:

- лікування з використанням варіанту терапії I лінії;
- якщо обране лікування I лінії неефективне, вирішити питання про можливість доповнення терапії призначенням етинілестрадіолу, ципротерону ацетата або альтернативних комбінованих оральних контрацептивів;
- для пацієток, які отримують ципротерону ацетат, повторити огляд через 6 місяців та вирішити питання про необхідність продовження терапії або вибору альтернативного варіанту лікування.

Розглянути можливість направлення пацієток з акне та синдромом полікістозних яєчників з додатковими ознаками гіперандрогенії до відповідного спеціаліста (наприклад гінеколога-ендокринолога).

Висновки до розділу 1

В даному розділі ми проаналізували клінічну картину вугрової хвороби дізналися що ВХ включає широкий спектр ознак: від легкої форми комедонів до гострого агресивного захворювання з вираженим запаленням та системними проявами. Акне сприяє зниженню якості життя пацієнтів, часто є причиною психоемоційних розладів, знижує працездатність та соціальну активність. Дізнались що лікування є комплексним, тривалим та потребує індивідуального підходу до кожного пацієнта. Проаналізували сучасні методи діагностики та роль клінічного фармацевта при відпуску безрецептурних лікарських засобів для лікування та профілактики вугрової хвороби в рамках відповідального самолікування.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Теоретичні методи роботи

Ми провели систематичний огляд епідеміологічних досліджень вугрової хвороби, які ми отримали шляхом пошуку в Інтернеті, щоб дослідити фактори ризику, зв'язаним з вугровою хворобою та її тяжким перебігом. Пошук проводився в базі даних Web of Science, опубліковані в період з 1990 по 2020 рік, що містили в назві пошуковий термін «акне», оскільки він є більш загальним і часто вживаним. Всього було виявлено 30 статей – 27 статей з описаного пошуку та приблизно 10 додаткових статей для подібних посилань, які були ретельно проаналізовані з метою вивчення концепції, та популярності поширеності акне, визначення акне, використовуваної системи оцінки тяжкості акне та аналіз факторів ризику який міг би бути.

Методи анкетування

Анкетування – це своєрідне опитування, методика збору даних, який використовується в контексті певного соціального дослідження, що передбачає самостійне заповнення анкет цільовими групами респондентів та повернення анкет людині яка проводила опитування. Мета – вивчити думку пацієнтів.

Опитування пацієнтів:

- опитування громадян проводиться після отримання їх інформованої усної згоди;
- опитування проводиться серед громадян, яким медична допомога надавалася в період опитування, або надавалася безпосередньо перед опитуванням, або протягом трьох місяців, що передують даті опитування;
- опитування проводиться серед повнолітніх громадян або разом з законними представниками неповнолітніх громадян.

Під час проведення опитування гарантується анонімність опитуваних

громадян. Прізвища та інші персональні дані опитуваних громадян не можуть бути зазначені в анкетах.

Анкета заповнюється громадянами особисто, або уповноваженими особами у разі виникнення труднощів при заповненні анкети, про що громадянам повідомлено. Опитування може проводитися за місцем проживання або роботи громадян.

Аналіз та підсумки опитування надаються у вигляді звіту в цифровому або графічному вигляді, з відображенням динаміки розвитку за кожним пунктом.

Результати опитування можуть бути оприлюднені в засобах масової інформації або на офіційному вебсайті закладу охорони здоров'я.

Практична частина дослідження була проведена у співпраці з із співробітниками ТОВ «Любава», апт. 7, м.Харків. Ми розробили дві версії анкет, які представлені на рисунках 2.1 та 2.2:

1 Анкета для фармацевтів щодо їх інформованості стосовно раціонального застосування ретиноїдів при лікуванні вугревої хвороби.

2 Анкета для відвідувачів аптек щодо їх інформованості стосовно раціонального застосування ретиноїдів при лікуванні вугревої хвороби.

Нами було проаналізовано 70 анкети фармацевтів та 100 анкети відвідувачів аптек щодо щодо їх інформованості стосовно раціонального застосування ретиноїдів при лікуванні вугревої хвороби. Опитування проводилось за двома варіантами анкети. Це були Google-анкети і паперові анкети. Фармацевти та відвідувачі аптек самостійно обирали зручний для себе варіант анкети.

Статистичні методи

У кожній клінічній групі були зібрані показники, які потім оброблялися в програмі Microsoft Excel з визначенням середнього арифметичної вибірки M , стандартного відхилення σ , помилки репрезентативності $t = \sigma / n$, де n - кількість обстежених у вибірці. Вірогідність отриманих результатів оцінювалася за допомогою критерію Стьюдента. Вірогідність відмінностей

досліджуваних параметрів становила $p < 0,05$.

АНКЕТА ДЛІ ФАРМАЦЕВТІВ ЩОДО ІНФОРМОВАНОСТІ І
СТОСОВНО РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ РЕТИНОЇДІВ
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ

Для заповнення анкети обведіть правильні відповіді
або напишіть від руки необхідну інформацію. Дякуємо за співпрацю!

Чи знаєте Ви клінічні форми вугрової хвороби (ВХ)? Назвіть їх.

Так 1. Ні Не важлива інформація

.....2.

.....3.

Чи відомі Вам фармакологічні групи лікарських засобів, які використовують для лікування ВХ? Назвіть їх.

Так 1. Ні Не важлива інформація

2.

3.

Напишіть декілька загальних правил використання дерматологічних мазей

1.

2.

3.

Які критерії вибору ретиноїдів Вам відомі? Вкажіть за ступенем важливості

1.

2.

3.

Вкажіть переваги/недоліки між оригінальним та генеричним ретиноїдами?

Якщо знаєте, вкажіть торгову назву.

1.

2.

Які побічні ефекти ретиноїдів Ви знаєте і чи проінформували Ви споживача про ці ризики?

1.

2.

3.

Рис. 2.1. Варіант анкети для фармацевтів щодо їх інформованості стосовно раціонального застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби

**АНКЕТА ДЛІ ВІДВІДУВАЧІВ АПТЕК ЩОДО ІНФОРМОВАНОСТІ
СТОСОВНО РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ РЕТИНОЇДІВ
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ. ¶**

¶

*Для заповнення анкети обведіть правильні відповіді ¶
або напишіть від руки необхідну інформацію. Дякуємо за співпрацю! □*

Напишіть декілька загальних правил використання дерматологічних мазей

1. ¶
2. ¶
3. □

Чи були Ви проінформовані лікарем та/або фармацевтом про потенційні побічні ефекти ретиноїдів? Якщо так, назвіть ці побічні ефекти. □

Так-1. ¶
-----2. ¶
-----3. ¶

Ні ¶
Ця інформація не є важливою □

Чи були Ви проінформовані лікарем та/або фармацевтом щодо правил раціонального використання ретиноїдів? Якщо так, вкажіть цю інформацію

Так-1. □
-----2. □
-----3. ¶

Ні ¶
Ця інформація не є важливою □

□

Рис. 2.2. Варіант анкети для відвідувачів аптек щодо їх інформованості стосовно раціонального застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби

Висновки до розділу 2

Розробили анкету для проведення опитування фармацевтів та відвідувачів аптек щодо їх інформованості про раціональне застосування ретиноїдів для лікування вугрової хвороби в якій торкнулися загальних правил використання кремами для лікування вугрової хвороби, зачепили тему поінформованості про побічні ефекти ЛЗ, раціонального використання ЛЗ.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Було проаналізовано розподілення хворих на акне за гендерною приналежністю. (рис 3.1)

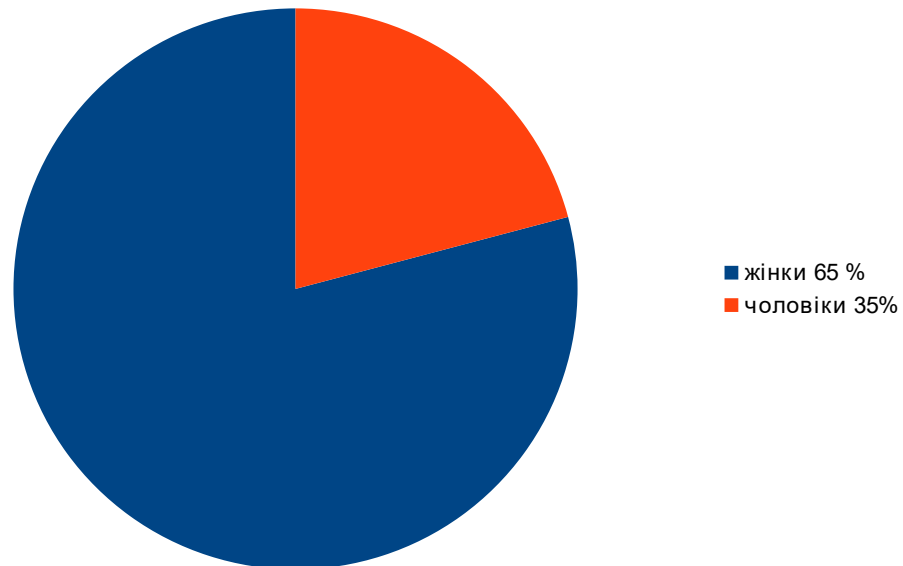


Рис. 3.1. Статистика хворих з вугровою хворобою взятих зі статті

Жіноча половина населення менше хворіють за чоловіків, їх частка менше на в 1,6 раза – 65 % проти 35 %. Це очевидно, бо жінки більше приділяють уваги своєму зовнішньому вигляду та гігієні в порівнянні з чоловіками.

Вік пацієнтів з акне коливався від 12 до 50 років. Пік захворюваності у жіночої половини населення припадав на 14 років, у чоловіків – 16 років (рис. 3.2). Серед осіб обох статей переважала вікова група 21-32 років – 46,4 % (жінки – 47 %, чоловіки – 45,7 %), за відсутністю достовірної відмінності ($p > 0,05$). Після цього йде вікова група 12-20 років (жінки – 32,9 %, чоловіки – 27 %), достовірність інформації була відсутня ($p > 0,05$). Третє місце зайняли люди віком від 31-40 років (жінки – 17,2 %, чоловіки – 23,1 %). Найменші результати були у групі людей 41-50 років (жінки – 2,4 %, чоловіки – 3,2 %). За результатами видно що відмінності по статі у чоловіків були більшими в трьох останніх вікових групах старше 32 року ($p < 0,05$).

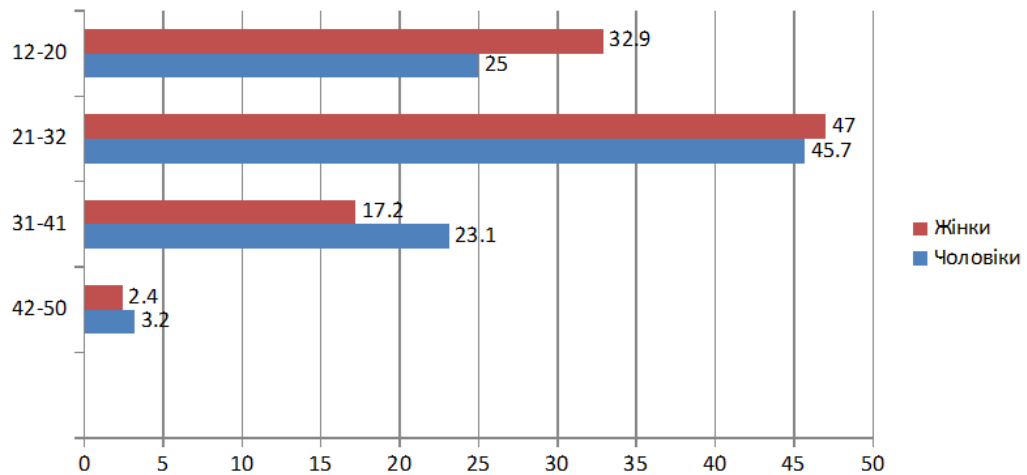


Рис. 3.2. Розподіл пацієнтів з вугровою хворобою за віковими урахуваннями (%)

Розподілення хворих за клінічною формою вугрової хвороби продемонстровано на діаграмі (рис. 3.3). Найбільше пацієнтів хворих на вульгарне акне 70 % хворих, з пізніми акне – 14 %, інверсними акне – 14 % хворих.

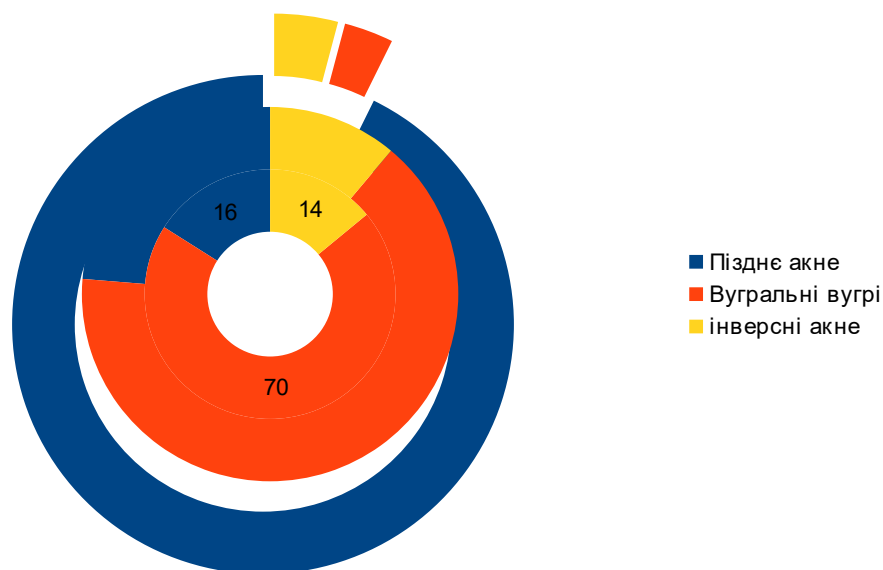


Рис. 3.3. Розподіл хворих за клінічними формами акне (%)

Пацієнти відповідали на завдані питання анкети про те, як вугрова хвороба впливає на їх якість життя. Більшість опитаних, а саме 81 % вказали, що проблеми зі шкірою впливають на їх психоемоційний стан та створюють негативний вплив на спілкування в соціумі. Чоловіча половина респондентів

відзначала такий вплив більше за жінок. У хворих, що вказують на вплив акне на якість життя, виявлені проблеми з самооцінкою, та оцінкою ступеня важкості захворювання: акне оцінили як легку 55,9 %, 61,5 % – як середню та 93,8 % – як важку ($p < 0,001$).

3.1 Результати анкетування фармацевтів щодо їх інформованості стосовно раціонального застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби

В останні роки частота ускладнень при застосуванні лікарських засобів при лікуванні вугрової хвороби має тенденції до зростання, що пов'язано з широким використанням у медичній практиці препаратів з недоведеною ефективністю, поліпрагмацією.

Згідно з вимогами фармацевти повинні реєструвати випадки побічних реакцій /відсутність ефективності лікарських засобів. Чи всі вони володіють інформацією та навичками про здійснення вказаних дій?

Позитивну відповідь щодо обізнаності своїх обов'язків дали 48 респондентів із 70 опитаних фармацевтів, що склало 68,6 %. Відносно знання нормативноправової бази вірно відповіли 52 респонденти (74,5 %). На питання «Чи відомі Вам фармакологічні групи ЛЗ які використовують для лікування ВХ?» 37,2 % відповіли «так». Обізнаність про клінічні форми вугрової хвороби мали 23 %. Лише 28,6 % фармацевтів знали загальні правила використання дерматологічних мазей, 14,3 % – консультували з приводу критеріїв вибору ретиноїдів, 28,6 % – вказали переваги/недоліки між оригінальними та генеричними ретиноїдами, 17,1 % знали побічні реакції ретиноїдів, та поінформували споживача про ці ризики.

Більшість провізорів обізнані про обов'язок надавати інформацію про побічних реакцій /відсутність ефективності лікарських засобів, які призначають для лікування вугрової хвороби. Фахова діяльність провізора спрямована на виявлення побічних реакцій / відсутність ефективності (BE)

лікарських засобів.

Результати такої оцінки сприяють підвищенню безпеки застосування ЛЗ, корекції інструкцій до ЛЗ, а, у деяких ситуаціях, навіть вилученню ряду показань до застосування ЛЗ або попередженню про небезпечні їх комбінації.

Працівники фармацевтичної галузі є фаховими спеціалістами, які консультують пацієнтів з проблем, пов'язаних зі здоров'ям і застосуванням ЛЗ. На них лежить відповідальність за процес застосування ЛЗ, допомогу пацієнтам розуміти необхідність належного використання ліків, знати, чого очікувати після їх застосування.

3.2. Результати анкетування відвідувачів аптек щодо їх інформованості стосовно раціонального застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби

Для досягнення поставленої мети були використані такі методи дослідження: опитування (анкетування), спостереження, логічний метод, методи аналізу та угруповання, статистична обробка даних.

Для проведення опитування відвідувачів аптечного закладу нами була розроблена анкета, яка містила запитання, що дозволили виявити важливі аспекти потреб відвідувачів аптеки у ЛЗ з приводу вугрової хвороби та визначити їх переваги.

У опитуванні прийняли участь 100 респондентів. Серед яких 56 % жінки та 44 % чоловіки у віці від 14 до 35 років і більше. Більшість опитаних (82 % серед жінок та 86 % серед чоловіків), що мають вугрову хворобу, підпадають під вікову категорію «від 14 до 35 років».

Було встановлено, що здебільшого відвідувачі аптеки обізнані у використанні дерматологічних мазей, 84 % респондентів відповіли, що повністю обізнані у використанні дерматологічних мазей, а 16 % взагалі майже нічого не знали про це.

Також встановлено, що були проінформовані лікарем та/або фармацевтом про потенційні побічні ефекти кортикостероїдів 56 % та змогли назвати ці побічні ефекти, 44 % рецидентів взагалі нічого не знали про побічні ефекти кортикостероїдів. Також ми дізнались що про раціональне використання ретиноїдів поінформовані 99 % пацієнтів, а всього лише 1 % пацієнтів не отримали інформації щодо, правильного використання кортикостероїдів.

Таким чином, проведені дослідження показали, що відвідувачі досліджуваної аптеки середньо проінформовані про використання кортикостероїдів. Тільки за опитуванням, останнього показника результати задовільні. Встановлено, що до основних факторів впливу при виборі ЛЗ відносяться ефективність, безпечність, ціна та зручність дозування.

3.3. Практичні рекомендації для фармацевтів та відвідувачів аптек щодо ефективності та безпеки застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби

Надання належної інформації щодо лікарських засобів для відповідального самолікування:

1 надати рекомендації щодо застосування лікарського засобу, умов прийому, терміну лікування, правил зберігання лікарських засобів.

2 застереження при застосуванні (особливості прийому, побічна дія, вплив режиму харчування тощо).

Надати рекомендації щодо профілактики вугрів:

1) утримувати шкіру в чистоті, але не зловживати частим миттям шкіри з використанням миючих засобів (не частіше 2 разів на день);

2) дотримуватись раціонального режиму харчування (збалансована дієта), правильно організувати режим праці та відпочинку;

3) уникати інтенсивного сонячного опромінення;

4) не видавлювати прищі та вугрі самостійно, оскільки це може

призвести до нагноєння і утворення шрамів;

5) при схильності до утворення вугрів не користуватись жирними кремами та лосьйонами, обмежувати застосування декоративної косметики.

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

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, 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.

Контроль доступності наданої інформації про лікарський засіб:

1) з'ясувати, наскільки пацієнт/представник пацієнта засвоїв інформацію;

2) попросити пацієнта/представника пацієнта повторити найбільш важливу інформацію;

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

Висновки до розділу 3

Отже, в даному розділі ми надали практичні рекомендації для фармацевтів та відвідувачів аптек (пацієнтів) щодо ефективності та безпеки застосування безрецептурних лікарських засобів для лікування вугрової хвороби. А також, провели обговорення отриманої інформації шляхом аналізу даних опитування.

ВИСНОВКИ

1) Розглянули епідеміологічне, медичне та соціальне значення вугрової хвороби. За статистичними даними вугрова хвороба є одним з найбільш поширених захворювань шкіри. Встановлено, що близько 70-95 % осіб в різних країнах світу хоча б раз у житті мали епізод акне.

2) Проаналізували міжнародні та вітчизняні рекомендації щодо сучасних підходів до лікування вугрової хвороби у світі. Майже 90 % фармацевтів рекомендують відвідувачам аптек безрецептурні лікарські засоби для профілактики/лікування вугрового висипу – кислота азелоїнова, бензоїл пероксид.

3) Дослідили роль клінічного фармацевта при відпуску безрецептурних лікарських засобів для лікування та профілактики вугрової хвороби в рамках відповідального самолікування. Встановили що 97 % фармацевтів повідомляють про режим та правила застосування противугрових засобів, 63 % фармацевтів надають рекомендації щодо гігієни шкіри обличчя. Разом з тим, більш як 30 % фармацевтів не використовують протокол «Профілактика і симптоматичне лікування вугрів». Тоді як надання якісної фармацевтичної опіки можливе при дотриманні аптечними працівниками протоколу фармацевта та при виборі індивідуальної фармакотерапії для кожного пацієнта.

4) Розробити анкету для проведення опитування фармацевтів та відвідувачів аптек щодо їх інформованості про раціональне застосування ретиноїдів при лікуванні вугрової хвороби. В анкеті для пацієнта розробили загальні правила використання кремами для лікування вугрової хвороби, тему поінформованості про побічні ефекти лікарських засобів, раціонального використання лікарських засобів. В анкеті для фармацевта звернути увагу на обізнаність щодо клінічних форм вугрової хвороби та про критерії вибору фармакологічних груп для лікування вугрової хвороби.

5) На основі аналізу анкет розробили практичні рекомендації для

фармацевтів та відвідувачів аптек щодо ефективності та безпеки застосування безрецептурних лікарських засобів (ретиноїдів) для лікування вугрової хвороби. Основні пункти – рекомендації щодо раціонального застосування, профілактики вукрів та контролю доступності наданої інформації.

б) Враховуючи все вищевикладене, питання раціональної терапії вугрової хвороби залишаються актуальною проблемою та потребують подальшого вивчення та вдосконалення та обґрунтовує важливість післядипломного удосконалення фармацевтів з питань фармацевтичної опіки в дерматології.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Клінічна фармація (фармацевтична опіка): підруч. для студ. вищ.. мед. (фармації.) навч. закл. / І.А. Зупанець, В.П. Черних, Т.С. Сахарова та ін.; за ред. В.П. Черних, І.А. Зупанця. Харків: НФаУ : Золоті сторінки, 2011. 706 с.
2. Фармацевтична опіка: практичний посібник / І. Зупанець, В. Черних, С. Попов та ін.; за ред. І. Зупанця, В. Черних. 3-тє вид., переробл. і допов. Київ: Фармацевт Практик, 2018. 224 с.
3. Heng AHS, Chew FT. Systematic re View of the epidemiology of acne vulgaris. *Scientific Reports*. *Scientific Reports*. 2020;10(1):5754. DOI: 10.1038/s41598-020-62715-3. View at: Publisher Site: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-62715-3> PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32238884/> PubMed Central: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7113252/>
4. Greydanus DE, Azmeh R, Cabral MD, Dickson CA, Patel DR. Acne in the first three decades of life: An update of a disorder with profound implications for all decades of life. *Dis Mon*. 2021;67(4):101103. DOI: 10.1016/j.disamonth.2020.101103 View at: Publisher Site: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011502920301656?via%3Dihub> PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33041056/>
5. Oge' LK, Broussard A, Marshall MD. Acne Vulgaris: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2019;100(8):475-484. View at: Publisher Site: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/1015/p475.html> PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31613567/>
6. Temirova O, Krat Yu, Khaitovych M. [The importance of pharmaceutical care in the release of drugs for the prevention and treatment of acne in women]. *USMYJ* 2022;131(2):70-77. [in Ukrainian]. DOI: 10.32345/USMYJ.2(131).2022.70-77 View at: Publisher Site: <https://mmj.nmuofficial.com/index.php/journal/article/View/899>
7. Pharmacist protocol for dispensing over-the-counter medicines [Prevention and symptomatic treatment of acne]. Order of the Ministry of Health of

Ukraine No. 2022-7 (2022) [in Ukrainian]. View at: Publisher Site: <https://www.dec.gov.ua/mtd/protokoly-farmaczevta/>

8. [Organization of sociological surveys of patients / their representatives and medical personnel in health care institutions (methodical recommendations)]. Family medicine. 2016;5(67): 118-125. [in Ukrainian]. View at: Publisher Site: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2016_5_26

9. Sverdan P. L. [Higher mathematics. Analysis of information in pharmacy and medicine]. Lviv: Svit. 1998. 332 p. [in Ukrainian].

10. Savo I, Jorgaqi E, Vasili E, Mishtaku S, Demaj D, Jafferany M. [Treatment-seeking behavior, knowledge and beliefs about acne vulgaris among adolescents: A cross-sectional study in high school students in Tirana, Albania]. Dermatol Ther. 2020;33(4): e13500. DOI: 10.1111/dth.13500. View at: Publisher Site: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.13500> PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32362067/>

11. Reznichenko NYu., Reznichenko YuG., Reznichenko GI, Veretelnyk KO. Effectiveness and safety of 20 % azelaic acid cream for the treatment of papulopustular form of acne vulgaris. Modern medical technologies. 2021;4: 4-10. DOI: 10.34287/MMT.4(51).2021.1. View at: Publisher Site: <https://zmapo-journal.com/index.php/journal/article/View/40>

12. Adams JA, Adams AJ, Klepser ME. Pharmacist Prescriptive Authority for Acne: An EvidenceBased Approach to Policy. Innov Pharm. 2021; 12(2):10.24926/iip.v12i2.3897. DOI: 10.24926/iip.v12i2.3897. View at: PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34345507/> PubMed Central: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8326692/>

13. Tolaymat L, Dearborn H, Zito PM. Adapalene. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 4, 2022. View at: Bookshelf ID: NBK482509 PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29494115/> PubMed Central: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482509/>

14. Szepietowski JC, Wolkenstein P, Veraldi S, Tennstedt D, Machovcová A, Delarue A. Acne across Europe: an online survey on perceptions and management

of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018; 32(3):463-466. DOI: 10.1111/jdv.14719 View at: Publisher Site: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.14719> PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29194802/>

15. Kraidashenko OV, Svyntozelskyi OO, Mykhailyk O.A. [Clinical cosmetology: science and method. manual for university students' education institutions]. Zaporizhzhia: ZDMU. 2017. 80 p. [in Ukrainian]. View at: URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream>

16. Ziuzko D, Temirova O, Khaitovych M. [Use of vitamin D for the prevention and treatment of acute respiratory viral infections]. Conference materials MTsND. 2021. [in Ukrainian]. View at: Publisher Site: <https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/mcnd/article/View/11541>

17. Chahine B, Cherfane M, Sakr F, Safwan J, Dabbous M, Akel M, Rahal M Community pharmacists' perceptions and role in the management of common dermatological problems in Lebanon: a crosssectional study. *Int J Pharm Pract.* 2021;29(6):573- 579. DOI: 10.1093/ijpp/riab056. View at: Publisher Site: <https://academic.oup.com/ijpp/article-abstract/29/6/573/6359253?redirectedFrom=fulltext&login=false> PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34454404/>

18. Rashid ZA, Al-Tabakha MM, Alomar MJ. Community pharmacist's knowledge and practice toward oral isotretinoin prescription: a systemic review. *Pharmazie.* 2020;75(2):56-60. DOI: 10.1691/ph.2020.9891. View at: Publisher Site: <https://www.ingentaconnect.com/content/govi/pharmaz;jsessionid=2v8214t1bjq56.xic-live-01> PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32213235/>

19. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (2020) Isotretinoin (Roaccutane): reminder of important risks and precautions. Guidance, Aug. 26.

20. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (2014) Isotretinoin for severe acne: uses and effects. Guidance, Dec. 18.

21. National Institute for Health and Care Excellence (2021) Acne vulgaris:

management. NICE guideline [NG198].

22. National Institute for Health and Care Excellence (2009) Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline [CG90].

23. National Institute for Health and Care Excellence (2019) Depression in children and young people: identification and management. NICE guideline [NG134].

24. National Institute for Health and Care Excellence (2021) Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. Clinical guideline [CG138].

25. National Institute for Health and Care Excellence (2011) Self-harm in over 8s: long-term management. Clinical guideline [CG133].

26. Public Health England (2018) A quick guide to the government's healthy eating recommendations. PHE publications, London. 12 p.

28. Al-Talib H, Al-Khateeb A, Hameed A, Murugaiah C. Efficacy and safety of superficial chemical peeling in treatment of active acne vulgaris. *An Bras Dermatol.* 2017 Mar-Apr;92(2):212-216. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175273. PMID: 28538881; PMCID: PMC5429107.

29. Cengiz FP, Cemil BC, Emiroglu N, Bahali AG, Onsun N. Acne located on the trunk, whey protein supplementation: Is there any association? *Health Promot Perspect.* 2017;7(2):106-108. doi: 10.15171/hpp.2017.19.

30. Fabbrocini, G.; Bertona, M.; Picazo, Ó.; Pareja-Galeano, H.; Monfrecola, G.; Emanuele, E. Source: *Beneficial Microbes*, Volume 7, Number 5, 30 November 2016, pp. 625-630(6)

31 Annie H Huyler, Andrea L Zaenglein. *J Am Acad Dermatol* 2017 Oct;77(4):763-764. doi: 10.1016/j.jaad.2017.04.1110. Adherence to over-the-counter benzoyl peroxide in patients with acne. Affiliations expand PMID: 28917458 DOI: 10.1016/j.jaad.2017.04.1110.

32. *Dermatotoxicology* Edited By Klaus Peter Wilhelm, Hongbo Zhai, Howard I. Maibach. eBook Published 7 March 2013 Pub. Location Boca Raton DOI <https://doi.org/10.3109/9781841848570>

33. Stein Gold, L., Weiss, J., Rueda, M.J. et al. Moderate and Severe Inflammatory Acne Vulgaris Effectively Treated with Single-Agent Therapy by a New Fixed-Dose Combination Adapalene 0.3 %/Benzoyl Peroxide 2.5 % Gel: A Randomized, Double-Blind, Parallel-Group, Controlled Study. *Am J Clin Dermatol* 17, 293–303 (2016). <https://doi.org/10.1007/s40257-016-0178-4>

34. Youn-Jeong Lee, corresponding author Hyun-Mi Kang, Eun-Kyoung Lee, Byung-Min Song, Jipseol Jeong, Yong-Kuk Kwon, Hye-Ryoung Kim, Kyu-Jun Lee, Mi-Seon Hong, Il Jang, Kang-Seuk Choi, Ji-Ye Kim, Hyun-Jeong Lee, Min-Su Kang, Ok-Mi Jeong, Jong-Ho Baek, Yi-Seok Joo, Yong Ho Park, and Hee-Soo Lee. Novel Reassortant Influenza A(H5N8) Viruses, South Korea, 2014. *Emerg Infect Dis.* 2014 Jun; 20(6): 1087–1089. doi: 10.3201/eid2006.140233

35. William J. CUNLIFFE, Edouard GROSSHANS, Stéphane BELAICH, Jean MEYNADIER, Mohsen ALIREZAI, Luc THOMASA comparison of the efficacy and safety of lymecycline and minocycline in patients with moderately severe acne vulgaris. Volume 8, issue 3, April-May 2018.

36. Nishit R. Trivedi Kathryn L.Gilliland WeiZhao WenleiLiu Diane M.Thiboutot.

Gene Array Expression Profiling in Acne Lesions Reveals Marked Upregulation of Genes Involved in Inflammation and Matrix Remodeling <https://doi.org/10.1038/sj.jid.5700213>.

37.J.Leyden MDA Ian Shalita MD Diane Thiboutot MD, PhD Kenneth Washenik MD, PhD Guy Webster. Topical retinoids in inflammatory acne: A retrospective, investigator-blinded, vehicle-controlled, photographic assessment.<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2005.02.009>

38. Treatment of acne with a combination clindamycin/benzoyl peroxide gel compared with clindamycin gel, benzoyl peroxide gel and vehicle gel: Combined results of two double-blind investigations. Author links open overlay panel Donald P.Lookingbill MDa Dan K.Chalker MDb Jane S.Lindholm MDc Harry Irving Katz MDc Stephen E.Kempers MDc Christopher J.Huerter MDd James M.Swinehart MDc Donald J.Schelling RMf Harry C.Klauda PhDf.

[https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(97\)70177-4](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(97)70177-4)

39. Grant O’Connell, Donald W. Graff & Carl D. D’Ruiz Reductions in biomarkers of exposure (BoE) to harmful or potentially harmful constituents (HPHCs) following partial or complete substitution of cigarettes with electronic cigarettes in adult smokers. Pages 453-464 | Received 25 Apr 2016, Accepted 27 May 2016, Published Download citation <https://doi.org/10.1080/15376516.2016.1196282>

40. Author links open overlay panel Sari Weinstein MDa Warren Piette MDab Cutaneous Manifestations of Antiphospholipid Antibody Syndrome. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2007.10.011>

41. Requena-Méndez A, Aldasoro E, de Lazzari E, Sicuri E, Brown M, Moore DAJ, et al. (2015) Prevalence of Chagas Disease in Latin-American Migrants Living in Europe: A Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis* 9(2): e0003540. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003540>

42. Karen Chiang and Edward H. Koo. Emerging Therapeutics for Alzheimer's Disease Annual Review of Pharmacology and Toxicology Vol. 54:381-405 (Volume publication date January 2014) <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-011613-135932>.]

43. Charny JW, Choi JK, James WD. Spironolactone for the treatment of acne in women, a retrospective study of 110 patients. *Int J Womens Dermatol.* 2017;0(0). [http://www.ijwdonline.org/article/S2352-6475\(16\)30036-3/abstract](http://www.ijwdonline.org/article/S2352-6475(16)30036-3/abstract). Accessed March 23, 2017. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

44. Plovanich M, Weng QY, Mostaghimi A. Low Usefulness of Potassium Monitoring Among Healthy Young Women Taking Spironolactone for Acne. *JAMA Dermatol.* 2015;151(9):941–944. [PubMed] [Google Scholar]

45. Hansen TJ, Lucking S, Miller JJ, Kirby JS, Thiboutot DM, Zaenglein AL. Standardized laboratory monitoring with use of isotretinoin in acne. *J Am Acad Dermatol.* 2016;75(2):323–328. [PubMed] [Google Scholar]

Національний фармацевтичний університет

Факультет медико-фармацевтичних технологій
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація
Освітня програма Клінічна фармація

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

Тетяна САХАРОВА
«02» вересня 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Сніжани СТАВКОВОЇ

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Роль клінічного фармацевта у оптимізації лікування вугрової хвороби»
керівник кваліфікаційної роботи: Тетяна ЖУЛАЙ, к.мед.н., асистент
затверджений наказом НФаУ від «01» листопада 2022 року № 239
2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: грудень 2022 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вугрова хвороба, епідеміологія акне, фармацевтична опіка, топічні кортикостероїди, критерії ефективності та безпеки
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): розглянути епідеміологічне, медичне та соціальне значення вугрової хвороби; проаналізувати міжнародні та вітчизняні рекомендації щодо сучасних підходів до лікування вугрової хвороби у світі; дослідити роль клінічного фармацевта при відпуску безрецептурних лікарських засобів для лікування та профілактики вугрової хвороби в рамках відповідального самолікування; розробити анкету для проведення опитування фармацевтів та відвідувачів аптек щодо їх інформованості про раціональне застосування топічних кортикостероїдів при лікуванні вугрової хвороби; розробити практичні рекомендації для фармацевтів та відвідувачів аптек щодо ефективності та безпеки застосування топічних кортикостероїдів при лікуванні вугрової хвороби
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):
таблиць – 1 , рисунків – 9

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Тетяна ЖУЛАЙ, асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	Тетяна ЖУЛАЙ, 02.09.2022	Сніжана СТАВКОВА, 02.09.2022
2	Тетяна ЖУЛАЙ, асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	Тетяна ЖУЛАЙ, 02.09.2022	Сніжана СТАВКОВА, 02.09.2022
3	Тетяна ЖУЛАЙ, асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	Тетяна ЖУЛАЙ, 02.09.2022	Сніжана СТАВКОВА, 02.09.2022

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

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Проведення літературного огляду по проблематиці роботи.	Вересень 2022	виконано
2.	Анкетування фармацевтів та відвідувачів аптеки.	Жовтень 2021	виконано
3.	Обробка експериментальних даних.	Листопад 2022	виконано
4.	Написання роботи.	Грудень 2022	виконано
5.	Оформлення роботи та супровідних документів і подача до ЕК НФаУ.	Грудень 2022 – січень 2023	виконано

Здобувач вищої освіти

Сніжана СТАВКОВА

Керівник кваліфікаційної роботи

Тетяна ЖУЛАЙ

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 239
по Національному фармацевтичному університету
від 01 листопада 2022 року

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

№ з/п	Прізвище, ім'я по батькові здобувача вищої освіти	Тема кваліфікаційної роботи (українською мовою)	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Керівник кваліфікаційної роботи	Рецензент кваліфікаційної роботи
12.	Ставкова Сніжана Василівна	Роль клінічного фармацевта у оптимізації лікування вугрової хвороби	The role of the clinical pharmacist in acne treatment optimizingThe role of the clinical pharmacist in acne treatment optimizing	ас. Жулай Т.С.	доц. Оклей Д.В.

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

З оригіналом згідно:

Декан факультету медико-фармацевтичних технологій  О.І. Набока



ВИСНОВОК

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

№ 111327 від «30» січня 2023 р.

Проаналізувавши випускну кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти заочної форми навчання Ставкової Сніжани Василівни, 6 курсу, _____ групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Роль клінічного фармацевта у оптимізації лікування вугрової хвороби / The role of the clinical pharmacist in acne treatment optimizing», 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

17%

18%

ВІДГУК

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

на тему: «Роль клінічного фармацевта у оптимізації лікування вугрової хвороби»

Актуальність теми. Встановлено, що вугрова хвороба вражає 9,4 % населення планети. Акне сприяє зниженню якості життя пацієнтів, часто є причиною психоемоційних розладів, знижує працездатність та соціальну активність. Лікування є комплексним, тривалим та потребує індивідуального підходу до кожного пацієнта. Разом з тим самолікування при вугровій хворобі є поширеність, що вимагає надання якісної фармацевтичної опіки аптечними працівниками.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Дослідження, проведені в цій роботі, є основою для подальших клініко-фармацевтичних досліджень, розробки та впровадження принципів оптимізації використання таких рецептурних препаратів, як топічні кортикостероїди при лікуванні акне. Реалізація цих принципів і положень у практичній медицині та фармації сприятиме підвищенню ефективності та безпеки лікування акне.

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

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

Науковий керівник _____

Тетяна ЖУЛАЙ

«05» грудня 2022 р.

РЕЦЕНЗІЯ

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

Сніжани СТАВКОВОЇ

на тему: «Роль клінічного фармацевта у оптимізації лікування вугрової хвороби»

Актуальність теми. Вугрова хвороба (акне) – це хронічне, поліморфне запальне захворювання шкіри, що у 99 % проявляється на обличчі та негативно впливають на психоемоційний стан пацієнтів. Останній звіт експертів Глобального Альянсу з покращання наслідків акне підкреслює важливість розгляду акне як хронічного захворювання, яке спричиняє серйозний вплив на якість життя пацієнтів і потребує активних терапевтичних підходів. Складність причинних та патогенетичних ланок акне є однією з основ формування багатогранних клінічних проявів та труднощів у плануванні та досягненню ефективності проведеної терапії. Закономірним є пошук ймовірних, ще не доведених ланок патогенезу акне з метою розробки нових, патогенетично обґрунтованих методів терапії, що дасть можливість підвищити ефективність лікування таких пацієнтів. .

Теоретичний рівень роботи. Літературний огляд, проведений по тематиці дослідження, ілюструє сучасний стан вітчизняного ринку лікарських засобів як рецептурного, так і безрецептурного відпуску, та окреслює перспективи проведення досліджень у даному науковому напрямку, пов'язаних з наданням належної фармацевтичної опіки відвідувачам аптек (пацієнтам), які страждають на акне та потребують індивідуальних підходів до лікування щодо раціонального використання топічних кортикостероїдів.

Пропозиції автора з теми дослідження. Положення автора роботи щодо принципів раціонального використання топічних кортикостероїдів у лікуванні акне мають практичне значення для сучасної системи охорони здоров'я.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. За результатами досліджень розроблено підходи до раціонального застосування

топічних кортикостероїдів при лікуванні вугрової хвороби. Автор обговорює основні підходи до підвищення ефективності та безпеки лікування акне. Запропоновано практичні рекомендації для всіх учасників лікувального процесу – лікар, пацієнт, фармацевт.

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

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

Рецензент _____

проф. Деніс ОКЛЕЙ

«12» грудня 2022 р.

МОЗ України
Національний фармацевтичний університет

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ №6

Засідання кафедри _____ клінічної фармакології та клінічної фармації _____

Національний фармацевтичний університет

м. Харків

«20» грудня 2022 р.

СЛУХАЛИ: Про представлення до захисту в Екзаменаційній комісії
випускної кваліфікаційної роботи на тему: **«Роль клінічного фармацевта у оптимізації лікування вугрової хвороби» / «The role of the clinical pharmacist in acne treatment optimizing»**

здобувача вищої освіти 5 курсу, спеціальність – 226 Фамація, промислова фармація, освітня програма – Клінічна 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

Ставкової Сніжани Василівни

прізвище, ім'я та по батькові

Керівник: асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, к.мед.н., Жулай Т.С.

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, д.мед.н., доцент Оклей Д.В.

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

Ставкової Сніжани Василівни

прізвище, ім'я та по батькові

На тему: «Роль клінічного фармацевта у оптимізації лікування вугрової хвороби» / «The role of the clinical pharmacist in acne treatment optimizing»

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 Сніжана СТАВКОВА до захисту кваліфікаційної роботи за галуззю знань 22 Охорона здоров'я спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація освітньою програмою Клінічна фармація на тему: «Роль клінічного фармацевта у оптимізації лікування вугрової хвороби»

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Ольга НАБОКА /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

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

Керівник кваліфікаційної роботи

Тетяна ЖУЛАЙ

«05» грудня 2022 р.

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

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

В.о.завідувача кафедри
клінічної фармакології та клінічної фармації

Тетяна САХАРОВА

«20» грудня 2022 р.

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

«6.» лютого 2023 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

доктор медичних наук, професор

_____ / Наталія БЕЗДІТКО /