

проникнення через гематоенцефалічний бар'єр (стосується імідазолінів, особливо нафазоліну). Місцеві прояви побічної дії: сухість у носовій порожнині, печіння, медикаментозний риніт (вторинна назальна вазодилатація, прояв гіпертермії та набряку слизової оболонки), тому застосування треба обмежити до 3-5 днів. Також є високий ризик отруєння серед дітей.

У наш час виникла проблема безконтрольного застосування НД за рахунок величезної кількості препаратів на ринку, відпуску їх без рецепта лікаря, відносно не великої ціни, швидкої дії та настання полегшення від однієї дози.

**Мета дослідження.** Проаналізувати частоту придбання назальних деконгестантів та виявити поширеність випадків їх безконтрольного застосування.

**Матеріали та методи.** Системно-аналітичний метод та метод узагальнення інформації, аналіз аптечних продажів.

**Результати дослідження.** Результати проведеного аналізу свідчать, що з усієї кількості продажів аптеки (1927) за тиждень, 105 з них були продажі НД різних торгових марок, це складає 5.44%, тобто кожен 18 відвідувач придбає НД. Враховуючи кількість відвідувачів аптеки (200-270 за день), це дуже великий показник і свідчить про неконтрольоване застосування цих лікарських засобів (ЛЗ). Також були помічені випадки залежності від НД, що підтверджувалися придбанням не однієї одиниці цих ЛЗ та частіше ніж 1 раз на тиждень, також були скарги щодо поганого самопочуття після прийому деяких НД.

**Висновки.** За результатами дослідження, було підтверджено безконтрольне застосування назальних деконгестантів серед населення. Для боротьби з цією проблемою та зменшення частоти прояву побічної дії НД доцільною є розробка раціональних підходів до фармацевтичної опіки при скаргах на риніти. Аптечним працівникам необхідно дотримуватись відповідного протоколу провізора та більше інформувати населення про можливі негативні наслідки від прийому НД.

## **МУКОЛІТИЧНА ТЕРАПІЯ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ: ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАЛЕЖНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Колодєзна Т. Ю., Давішня Н. В., Литвин Т. Д.

Науковий керівник: Отрішко І. А.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

innaotrishko@gmail.com

**Вступ.** Муколітики широко застосовують у педіатрії для лікування захворювань дихальних шляхів – як гострих (трахеїти, бронхіти, пневмонії), так і хронічних (хронічний бронхіт, бронхіальна астма, вроджені та спадкові бронхолегеневі захворювання, зокрема муковісцидоз). Призначення муколітиків показане і при хворобах ЛОР-органів, що супроводжуються виділенням слизового і слизово-гнійного секрету (риніти, синусити). Вибір муколітичної терапії визначається характером ураження респіраторного тракту.

**Мета дослідження.** Оптимізація заходів надання висококваліфікованої фармацевтичної допомоги при відпуску засобів муколітичної терапії в дитячому віці.

**Матеріали та методи.** Методологічну основу дослідження складають принципи об'єктивності і системності. У роботі використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: теоретичний, метод узагальнення, систематизації даних, порівняння, методи вивчення літературних джерел, аналізу та ін.

**Результати дослідження.** Кашель – найчастіша скарга батьків дитини під час візиту до педіатра чи лікаря загальної практики – сімейної медицини. Будучи симптомом різних захворювань, кашель сам по собі є причиною значного тимчасового порушення якості життя пацієнта, оскільки в певних випадках він може бути частим та нав'язливим, мати виснажливий характер, спричиняти дитині болісні відчуття, порушувати сон.

Препарати, які впливають на кашель у дітей, поділяють на протикашльові (блокують різні ланки кашльового рефлексу) та мукоактивні (засоби, що модулюють фізико-хімічні властивості бронхіального секрету). Мукоактивні речовини, здатні впливати на секреторну активність клітин і трахеобронхіальний секрет, можуть посилювати секрецію бронхіальних залоз і розріджувати мокротиння шляхом впровадження молекул води в структуру фракції золю (мукогідранти); можуть безпосередньо впливати на фізико-хімічні, реологічні властивості секрету (муколітики); можуть також впливати на утворення секрету і відновлювати співвідношення різних класів муцинів слизу, зменшуючи його в'язкість (мукорегулятори). Без сумніву, продуктивний кашель є важливим механізмом захисту бронхолегеневої системи, і він пригнічуватися не повинен. Нераціональною є комбінація лікарських засобів, які модифікують бронхіальну секрецію, із засобами, що пригнічують кашель.

В основу небулайзерної терапії покладено сучасну технологію, що дає змогу аерозолію не просто досягти дрібних бронхів, а й працювати саме там, де «народжується» хвороба. Тому цей вид терапії сьогодні успішно застосовують у всьому світі для підвищення ефективності лікування багатьох захворювань. Головні переваги небулайзерної терапії перед іншими способами доставки ліків: велика легенева біодоступність і можливість потрапляння в погано вентильовані відділи легень; забезпечення вдихання великих доз препарату (наприклад, у разі загострення бронхіальної астми чи хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), коли внаслідок звуження бронхів, набряку слизової оболонки й наявності мокротиння значно зменшується легенева біодоступність); проста техніка інгаляції, зручність застосування, що дають змогу проводити лікування вдома; можливість тривалої експозиції ЛЗ; можливість досягнення оптимальної дисперсності аерозолію; відсутність у складі пропелентів, які подразнюють дихальні шляхи; незначне осідання препарату в ротовій порожнині та гортанній частині глотки; можливість використання в післяопераційному періоді (під час іммобілізації або обмеження рухливості пацієнта) та в непритомних пацієнтів; можливість застосування у пацієнтів літнього віку та дітей.

Небулайзерну терапію у дітей можна використовувати у комплексному лікуванні з 2 років, тільки за призначенням лікаря після ретельного огляду малюка. Для запобігання «заболочуванню», особливо в маленьких дітей, які багато часу проводять не рухаючись та не змінюючи положення тіла під час сну, до терапії необхідно додати лікувальний або дренажний масаж (таку лікувальну процедуру має виконувати досвідчений спеціаліст!).

При проведенні мукоактивної терапії у дітей слід дотримуватися наступних рекомендацій: не застосовувати перед сном, останнє вживання не пізніше 18:00, аби залишити досить часу для очищення дихальних шляхів від розрідженого мокротиння.; провести

ефективний дренаж через 30-60 хвилин після застосування: вібромасаж, надування мильних бульбашок, повітряних кульок або дихальна гімнастика; підвищити ефективність муколітичної терапії під час використання пероральних засобів можна завдяки споживанню великої кількості рідини (краще – чистої питної води). Це полегшує відходження мокротиння; частіше провітрювати приміщення: чисте зволене прохолодне повітря знижує кашльовий рефлекс.

**Висновки.** У лікуванні захворювань дихальних шляхів, які супроводжуються утворенням в'язкого секрету, що важко відділяється, слід використовувати відповідні мукоактивні лікарські засоби. Спеціаліст має зробити оптимальний вибір щодо мукоактивної терапії, і задля підвищення її ефективності обґрунтованим може бути використання комбінованих муколітичних засобів.

## **РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО НЕАТРОФІЧНОГО ГАСТРИТУ**

Кондратенко Д. Я.

Науковий керівник: Ветрова К. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

dasha1717s@gmail.com

**Вступ.** Хронічний гастрит (ХГ) – це хронічне запалення слизової оболонки шлунка з розвитком клітинної інфільтрації, порушенням регенерації, атрофії залозистого епітелію, виникненням моторної, інкреторної та секреторної дисфункції шлунка. У 90% випадків зустрічається ХГ типу В (хелікобактерний, неатрофічний або антральний), причиною якого є грамнегативна бактерія – *Helicobacter pylori*. Неатрофічний ХГ (НХГ) є актуальною проблемою сьогодення. За статистичними даними, більш ніж 50% населення працездатного віку має початкову форму НХГ, що без належної діагностики та лікування може призвести до поступової атрофії шлунку та розвитку ракових процесів. Для лікування НХГ застосовують препарати різних груп, серед яких інгібітори протонної помпи (ІПП).

**Мета дослідження.** Визначення ролі фармацевта в забезпеченні раціонального застосування ІПП при лікуванні НХГ.

**Матеріали та методи.** Аналіз та узагальнення даних наукової літератури.

**Результати дослідження.** При зверненні в аптеку відвідувача за придбанням лікарського засобу з групи ІПП (омепразол, пантопрозол тощо) для лікування НХГ фармацевт має запитати рецепт лікаря. При зверненні відвідувача без рецепта фармацевт має з'ясувати причину придбання препарату з групи ІПП та виключити наявність загрозливих симптомів, що потребують консультації лікаря.

Фармацевт має обов'язково проконсультувати відвідувача аптеки щодо умов раціонального застосування ІПП. Препарати з групи ІПП застосовують безпосередньо перед прийомом їжі не розжовуючи та запиваючи невеликою кількістю води. У комплексній антихелікобактерній терапії їх використовують у стандартних дозах 2 рази на добу (омепразол 20 мг, пантопрозол 40 мг, лансопрозол 30 мг). Дорослим старше 65 років, використання ІПП