

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІДВІДУВАЧАМ АПТЕКИ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИМИ СТАНАМИ

Жулай Т. С., Давішня Н. В., Кадубенко М. О.

Науковий керівник: Отрішко І. А.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

innaotrishko@gmail.com

Вступ. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі близько 2 млрд людей хворіють на залізодефіцитну анемію (ЗДА), що є причиною 34,7 млн інвалідностей на рік, а у 3,6 млрд пацієнтів діагностують латентний (прихований) дефіцит заліза.

Мета дослідження. Визначення ролі фармацевта в оптимізації корекції залізодефіцитних станів.

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.

Експериментальна частина роботи була проведена на базі аптечного закладу м. Ніжин Чернігівської області у вигляді опитування 30 відвідувачів аптеки, які страждають на залізодефіцит.

Результати дослідження. Серед опитуваних жінки склали 80 % (24 респонденти), чоловіки – 20 % (6 осіб). Переважна група респондентів відповідає віковій категорії 28 – 47 років. Всі симптоми, що зустрічаються при залізодефіцитних станах, розвиваються на тлі гіпоксії тканин. За результатами проведеного опитування можна виділити наступні синдроми: епітеліальний синдром, що проявлявся блідістю та сухістю шкіри, дистрофічними змінами нігтів, виявлявся у 78 % опитуваних; астеноневротичний синдром (тахікардія, приглушеність тонів серця, функціональний систолічний шум) відмічали майже 64 % опитуваних; серцево-судинний синдром, а саме, дратівливість, зниження апетиту, зіпсуття смаку, стомлюваність, зазначили 42 % респондентів; гепатолієнальний синдром – збільшення печінки, селезінки – мали 9 % опитуваних; імунодефіцит (часті респіраторні захворювання та ін.) відмітили 28 % опитуваних. Переважна більшість респондентів добре поінформовані щодо діагностичних критеріїв залізодефіциту. Так, майже 70 % опитуваних (21 респондент) назвали рівень еритроцитів, концентрацію гемоглобіну. Але не всі змогли відповісти щодо нормальних значень цих показників. Щодо рівня феритину лише 3 особи (10 %) згадали цей показник та його діагностичну значущість. У межах проведення інформаційної роботи ми нагадали опитуваним про нормальні величини найбільш значущих лабораторних показників та роздали інформаційні пам'ятки.

Нами також було проаналізовано, яким препаратом віддавалася перевага нашими респондентами. Так, за даними дослідження, лідерами були препарати двовалентного заліза – Тардиферон, Хеферон і Сорбіфер Дурулес. Щодо лікарських форм: найбільш затребуваними були таблетки і капсули. Більша кількість респондентів надавала їм перевагу при виборі лікарської форми. Стосовно правил прийому препаратів заліза, то статистика тут виглядає таким чином: 26 респондентів відповіли, що дотримуються правил прийому і лише 4 респонденти не надавали належного значення умовам раціонального застосування препаратів перорального заліза.

Чинником, що суттєво обмежує ефективність лікування ЗДА пероральними формами препаратів, є побічні ефекти: нудота, біль у животі, здуття, діарея, закрепи. Саме небажані реакції знижують прихильність пацієнтів до лікування, що в кінцевому результаті призводить до припинення прийому препаратів взагалі. Інтенсивність прояву цих ефектів прямо пов'язана із вмістом заліза у них: чим більше елементарного заліза на один прийом отримує хворий, тим більш вираженою буде диспепсична реакція.

Правильне харчування при залізодефіцитній анемії є важливою складовою лікування, особливо у пацієнтів з аліментарним генезом ЗДА, утім, воно не може замінити собою фармакотерапію дефіциту заліза. Наші респонденти у 87 % (26 опитаних) наділяють належну увагу рекомендованому харчуванню та намагаються дотримуватися правил раціонального харчування.

Фармацевт в ході бесіди в аптеці повинен акцентувати увагу відвідувача на можливих варіантах взаємодії препаратів заліза з іншими лікарськими засобами. Так, наприклад, залізо може погіршувати всмоктування, а відповідно і біодоступність та ефективність цілого ряду препаратів: леводопи, левотироксину, метилдопи, біфосфонатів, а також антибактеріальних препаратів тетрациклінового ряду та фторхінолонів. Тому залізовмісні препарати слід приймати за 2 години до чи 2 години після прийому перерахованих лікарських засобів, а у випадку тетрациклінів інтервал після їх прийомом має складати 4 години. У свою чергу препарати, що знижують кислотність шлункового соку, зокрема інгібітори протонної помпи (омепразол, лансопразол) чи антациди та препарати кальцію, можуть погіршувати всмоктування заліза і відповідно збільшувати тривалість лікування, тому їх приймають не раніше, як через 2 години після залізовмісних засобів.

Висновки. Поліпшення якості медичної і фармацевтичної допомоги особам із залізодефіцитними станами буде сприяти підвищенню рівня ефективності та безпеки медикаментозної терапії, що може бути реалізовано лише у площині перетину інтересів всіх активних учасників даного процесу – лікаря, фармацевта та пацієнта.

ПРОБЛЕМА БЕЗКОНТРОЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ НАЗАЛЬНИХ ДЕКОНГЕСТАНТІВ У ВІТЧИЗНЯНІЙ АПТЕЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Заїка О. В., Шебеко С. К.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна.

Olya.zaika781@gmail.com

Вступ. Назальні деконгестанти (НД) – одна з найбільш популярних серед населення груп препаратів.

НД це або агоністи α_1 -адренорецепторів: фенілефрин, або α_2 -адренорецепторів: ксилометазолін, оксиметазолін, нафазолін, тетризолін, трамазолін. Механізм їхньої дії заключається у стимулюванні адренорецепторів, із цього виникають такі фармакологічні ефекти: зменшення набряку, зниження кількості секрету, полегшення носового дихання.

НД в основному діють місцево, але можуть викликати і системні ефекти. Звідси виникає побічна дія цих препаратів, що супроводжується гіпертензією, головним болем, нудотою, безсонням, запамороченням, тремором та розвитком психічних розладів, через