

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **КЛІНІКО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО
ОПТИМІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ХВОРИХ ІЗ ГЕРХ**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи КФс18(5,0д)-01,
спеціальності 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Клінічна фармація

Поліна АРТЕМЕНКО

Керівник: професор закладу вищої освіти кафедри
клінічної фармакології та клінічної фармації,
д.фарм.н., професор

Сергій ШЕБЕКО

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри
клінічної лабораторної діагностики, д.фарм.н., доцент
Олена ДОЛЖИКОВА

АНОТАЦІЯ

Артеменко П. Клініко-фармацевтичні підходи до оптимізації фармацевтичної опіки хворих із ГЕРХ. – На правах рукопису. – Національний фармацевтичний університет МОЗ України, Харків, 2023.

Робота присвячена виявленню недосконалостей фармацевтичної опіки хворих з печією при первинному зверненні з метою виявлення оцінки ризику ГЕРХ та розробці підходів до їх оптимізації. Робота складається з 4 розділів, викладених на 53 сторінках, має 5 таблиць, 11 рисунків, 60 джерел інформації.

Ключові слова: антацидні препарати, печія, ГЕРХ, консультування, фармацевтична опіка

ANNOTATION

Artemenko P. Clinical and pharmaceutical approaches to the optimization of pharmaceutical care in GERD patients. – The manuscript. – National University of Pharmacy of Ministry of Healthcare of Ukraine, Kharkiv, 2023.

The work is devoted to the identification of imperfections in the pharmaceutical care of patients with heartburn at the initial visit with the aim of identifying GERD risk assessment and developing approaches to their optimization. The work consists of 4 chapters laid out on 53 pages, has 5 tables, 11 figures, 60 sources of information.

Key words: antacid drugs, heartburn, GERD, counseling, pharmaceutical care

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ВСТУП..... | 5 |
| РОЗДІЛ 1 ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА (ГЕРХ) СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ (огляд літератури)..... | 8 |
| 1.1 Епідеміологія та медико-соціальне значення ГЕРХ..... | 8 |
| 1.2 Сучасні підходи до лікування ГЕРХ..... | 13 |
| 1.3 Клініко-фармакологічна характеристика антацидних препаратів..... | 17 |
| 1.4 Аналіз особливостей застосування антацидних препаратів..... | 30 |
| Висновки до розділу 1..... | 32 |
| РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ | 33 |
| Висновки до розділу 2..... | 39 |
| РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ | 40 |
| Висновки до розділу 3..... | 49 |
| РОЗДІЛ 4 ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ..... | 50 |
| Висновки до розділу 4..... | 52 |
| ВИСНОВКИ..... | 53 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 54 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

| | | |
|--------|---|--|
| ГЕРХ | - | гастроезофагеальна рефлюксна хвороба |
| ІПП | - | інгібітори протонної помпи |
| ЛПЗ | - | лікувально-профілактичний заклад |
| H2RA | - | антагоністи гістамінових H2-рецепторів |
| P-CABs | - | калій-конкурентні кислотні блокатори |
| ANC | - | нейтралізуюча здатність антациду |
| GBD | - | Global Burden of Disease |

ВСТУП

Актуальність теми. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) займає важливе місце в структурі загальної захворюваності та є серйозною економічною, соціальною та медичною проблемою. Офіційно ГЕРХ було визнано самостійною нозологічною одиницею в жовтні 1997 р. на міждисциплінарному конгресі гастроентерологів та ендоскопістів у Генвалі (Бельгія).

Поняття ГЕРХ означає хворобу, що протікає хронічно, яка проявляється постійно повторюваним закиданням вмісту шлунка або дванадцятипалої кишки в стравохід, викликаним розладом функції моторики та евакуації. Основним діагностичним критерієм гастроезофагеальної хвороби є печія або кисла регургітація. Вважається, що наявність печії з періодичністю 1 і більше разів протягом тижня протягом останніх 12 місяців є клінічним критерієм діагнозу ГЕРХ.

Всесвітня організація гастроентерологів визнала ГЕРХ хворобою XXI століття, на яку страждає від 20 до 50% населення планети. Епідеміологічні дослідження показують, що 7% дорослого населення Західної Європи та США відчують печію (найважливіший клінічний симптом ГЕРХ) щодня, 14% – принаймні раз на тиждень, 40% – принаймні раз на місяць. Це захворювання виявляється у 6-12% осіб при ендоскопічному дослідженні верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). За іншими даними, за останні роки частота виявлення ерозивної форми ГЕРХ зросла з 3,1 до 16,0%. Захворюваність на рефлюкс-езофагіт зростає з віком, а ускладнення виникають переважно у пацієнтів старше 50 років [54].

В Україні статистичний облік ГЕРХ розпочато з 2009 року, і, на жаль, дані ще не повні і становлять 10 випадків на 1000 жителів. Слід зазначити, що справжня захворюваність на ГЕРХ значно вища: близько 25% хворих на ГЕРХ не звертаються до лікаря, займаються самолікуванням [43].

Поодинокі закидання шлункового вмісту в стравохід можуть зустрічатися практично у всіх людей. Про GERX говорять тоді, коли рефлюкси стають частими та тривалими, супроводжуються іншими клінічними симптомами або пошкодженням слизової стравоходу. Саме на провізора покладається відповідальність запідозрити інші симптоми GERX у пацієнта з печією та своєчасно направити до лікувально-профілактичного закладу з метою призначення відповідного лікування. Виходячи з цього, постає важливість у знанні та виконанні чинного протоколу про фармацевтичну опіку пацієнтів з печією.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження стала розробка раціональних підходів до фармацевтичної опіки хворих із GERX при застосування антацидних препаратів.

Для досягнення поставленої мети необхідно було вирішити наступні завдання:

1. Провести літературний огляд по проблемі лікування гастроєзофагельної рефлюксної хвороби з застосуванням антацидів.
2. Вивчити асортимент фармацевтичних препаратів в Україні, які використовуються для лікування GERX, в першу чергу – антацидів.
3. Провести анкетування провізорів, щодо виконання протоколів з фармацевтичної опіки, та відвідувачів аптеки зі скаргами на печію. Провести ситуаційне дослідження «таємний покупець».
4. Розробити раціональні підходи до фармацевтичної опіки пацієнтів із GERX у вигляді практичних рекомендацій для провізорів (фармацевтів).

Об'єкт дослідження: печія як прояв GERX та основні напрями її лікування.

Предмет дослідження: фармацевтична опіка при відпуску антацидів для купірування печії у пацієнтів з підозрою на GERX.

Методи дослідження. Огляд та аналіз літературних джерел, анкетування відвідувачів аптеки, ситуаційне дослідження методом «таємний покупець», статистичні методи.

Практичне значення отриманих результатів. У роботі проаналізовані оновлені рекомендації щодо лікування ГЕРХ, на підставі даних наукової літератури проаналізована необхідність оптимізації фармацевтичної опіки хворих при відпуску антацидів, проведено анкетування провізорів та відвідувачів аптеки за розробленою анкетною, а також дослідження «таємний покупець». Проаналізовано та узагальнено раціональні принципи фармацевтичної опіки хворих із печією для підвищення якості надання фармацевтичної допомоги та розроблено відповідні алгоритми бесіди провізора з відвідувачем аптеки.

Структура та обсяг. Робота складається зі вступу, 4 розділів (огляд літератури, матеріали та методи, основна частина) та висновків. Робота викладена на 53 сторінках, має 5 таблиць, 11 рисунків, 60 джерел інформації.

РОЗДІЛ 1

ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНА РЕФЛЮКСНА ХВОРОБА (ГЕРХ) СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ (огляд літератури)

1.1 Епідеміологія та медико-соціальне значення ГЕРХ

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – одне з найбільш поширених серйозних захворювань стравоходу, здатне значно погіршити якість життя, у міру прогресування, що призводить до появи небезпечних ускладнень, у тому числі стравоходу Барретта, а пізніше і аденокарциноми стравоходу. ГЕРХ у загальній популяції зустрічається у 20% випадків і має тенденцію до збільшення поширеності. Симптоми захворювання відзначаються однаково часто у чоловіків та жінок, схема виникнення яких наведена на рисунку 1.1 [11].

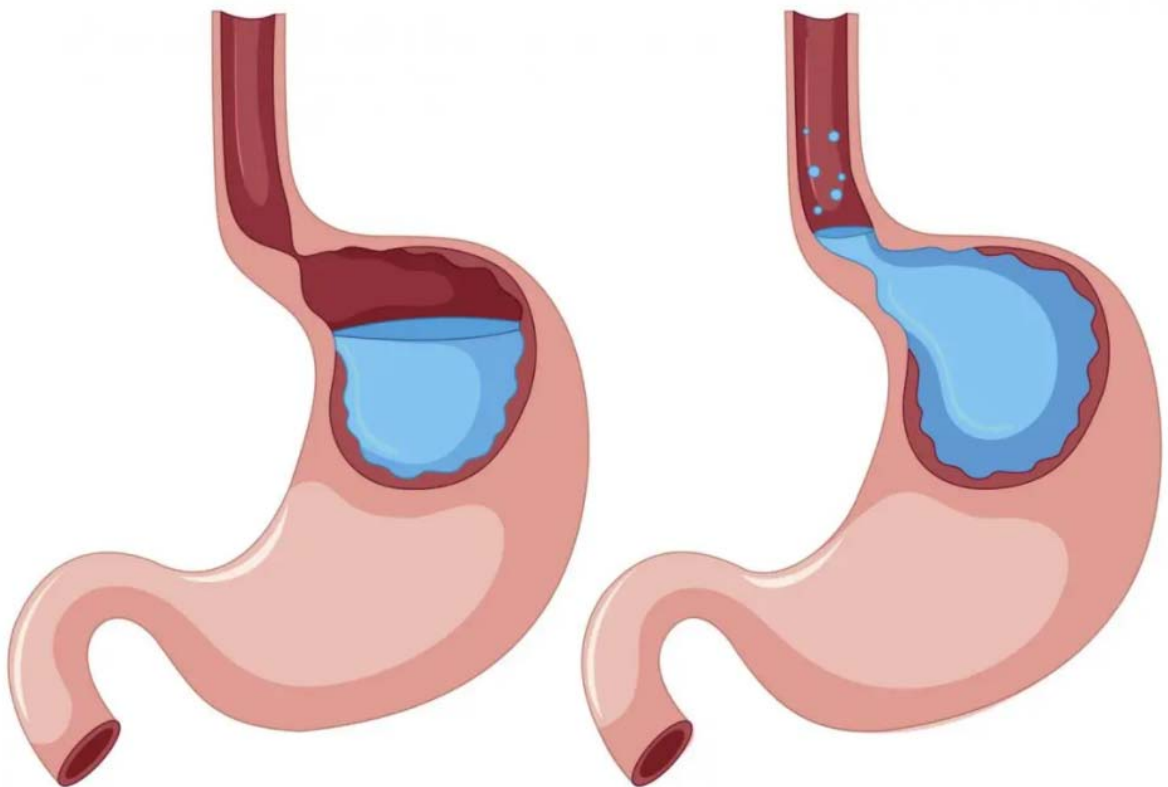


Рис. 1.1. Механізм формування гастроєзофагеального рефлюксу.

У 2019 році у світі було зареєстровано 783,95 мільйона випадків ГЕРХ. Грунтуючись на дослідженні Global Burden of Disease (GBD) 2017, співробітники GBD докладно описали глобальний тягар ГЕРХ. Однак тягар ГЕРХ змінюється з часом, а також між країнами та територіями або всередині них. Глобальна поширеність ГЕРХ зростає. Захворюваність на ГЕРХ зростає з кожним роком через покращення рівня життя та зміни способу життя та харчових звичок останнім часом, схема якої наведена на рисунку 1.2 [36].

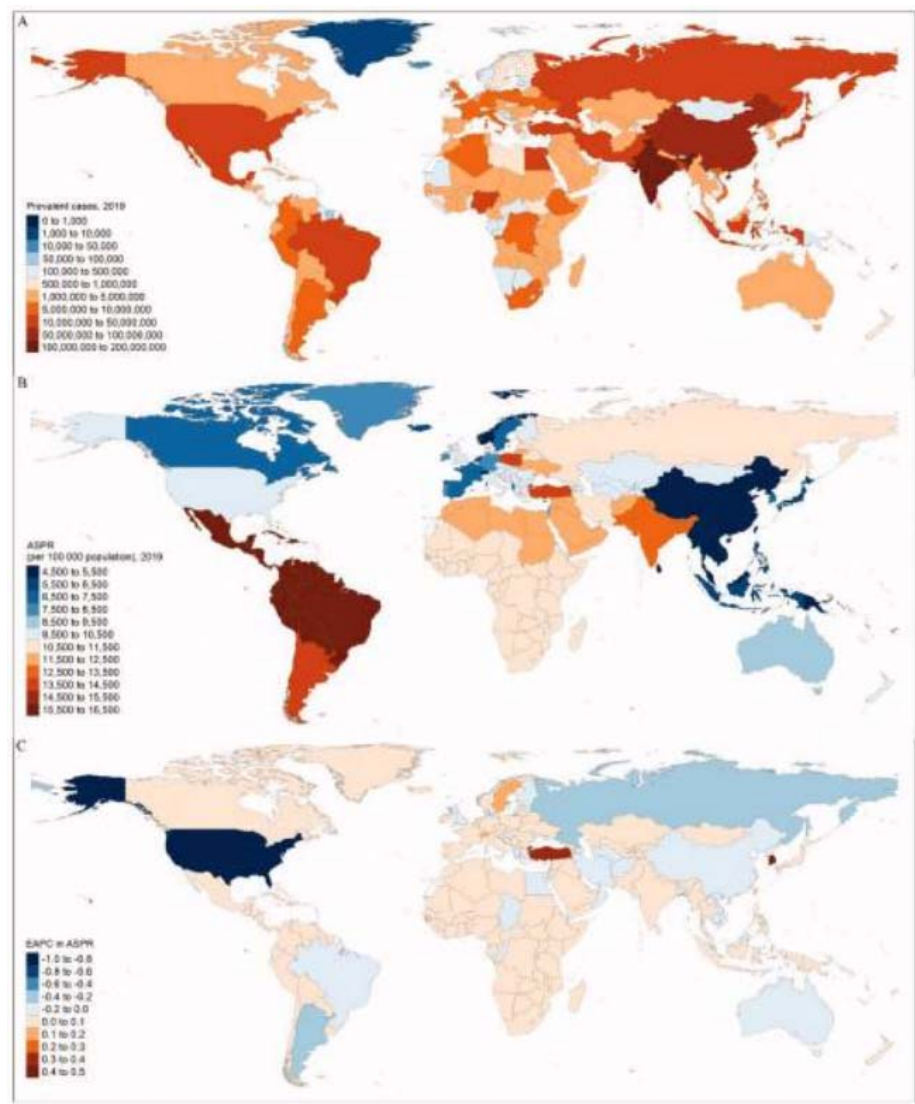


Рис. 1.2. Глобальний тягар поширеності ГЕРХ у 204 країнах і територіях. (а) Абсолютна кількість поширених випадків ГЕРХ у 2019 р. (б) ASPR (на 100 000 населення) ГЕРХ у 2019 р. (с) ЕАРС ASPR для ГЕРХ між 1990 і 2019 рр. ASPR: стандартизований за віком рівень поширеності; ЕАРС: прогнозована річна відсоткова зміна.

Щодо регіонів GBD, Південна Азія, Східна Азія, Північна Африка та Близький Схід увійшли до трійки регіонів з найбільшою кількістю поширених випадків, випадків інцидентів і інвалідизації у 2019 році. Навпаки, найменша кількість поширених випадків, випадків інцидентів і інвалідизації у 2019 році спостерігалася в Океанії, Австралії та Карибському басейні.

На сьогоднішній день близько четверті населення Землі мають GERX. За Європейською статистикою ВООЗ близько 30-35% із загальної кількості звертаються за медичною допомогою до фахівців. Повноцінне лікування одержують 3-4% [13].

Симптоматика GERX досить варіабельна за частотою виникнення, інтенсивності та тривалості тих чи інших симптомів. Помічено, що вираженість клінічних симптомів GERX значною мірою залежить від концентрації кислоти, що надходить із рефлюксом шлункового вмісту в стравохід, частоти та тривалості його дії на слизову оболонку стравоходу. Вважається, що нормальний рН в стравоході становить від 5,5 до 7,0, при патологічному надходженні рефлюктату стравохід значення рН стає нижче 4,0.

На початкових стадіях GERX не має паралелей між вираженістю клінічних проявів хвороби та наявністю або відсутністю патологічних змін слизової оболонки стравоходу, що свідчать про наявність езофагіту. Однак у міру прогресування GERX кількість симптомів, які вважаються характерними для GERX, починає зростати, частота їх появи та інтенсивність збільшуються. Одна з початкових ознак появи рефлюкс-езофагіту – звичка, що поступово розвивається у хворих, запивати їжу водою або робити кілька ковтків води після викуреної сигарети [22].

Найчастіше виділяють основні клінічні симптоми GERX – печія (печіння) та біль за грудиною та/або в епігастральній ділянці, відрижка. Один з основних, що найчастіше зустрічаються симптомів GERX – печія. Під печією зазвичай розуміють своєрідне відчуття печіння або тепла різної

інтенсивності та тривалості, що виникає за грудиною (на рівні нижньої її третини) та/або у надчеревній ділянці. Печія посилюється при нахилах тулуба, а також горизонтальному положенні хворих. За деякими даними, рефлюксні симптоми ГЕРХ (печія, регургітація) відзначаються у 77 зі 100 жінок під час статевого акту. Найчастіше печія виникає внаслідок тривалого контакту кислого вмісту шлунка (рН менше 4,0) зі слизовою оболонкою стравоходу. Однак поява печії можлива і у хворих з підвищеною чутливістю стравоходу до розтягування або механічного подразнення слизової оболонки стравоходу. Слід пам'ятати, що при виражених пептичних стриктурах стравоходу хворі на ГЕРХ відзначають зменшення частоти та інтенсивності печії [45].

Біль за грудиною (рідше в епігастральній ділянці) – один з найчастіших симптомів ГЕРХ. Біль, що з'являється за грудиною та в інших відділах грудної клітки, найчастіше в її лівій половині, нерідко розглядається як «стенокардична». Біль у грудній клітці при ГЕРХ може локалізуватися не тільки за грудиною або трохи лівіше за неї, нерідко вона поширюється і на інші її відділи. Зокрема, у деяких хворих на ГЕРХ можлива поява різних за інтенсивністю болю в грудній клітці, що локалізуються лише в її задній частині, на рівні грудини, що виникають нерідко навіть після викуреної сигарети або в положенні лежачи, особливо ночами. Прийом антацидних препаратів, зміна положення тіла (перехід з горизонтального до вертикального положення) мають позитивний ефект – біль зникає або зменшується його інтенсивність [12]. У подібних випадках прийом нітрогліцерину, валокардину або корвалолу, за словами хворих, часто не дає ефекту. Болі за грудиною та/або в інших відділах грудної клітки при ГЕРХ відрізняються від коронарних болів та відсутністю зв'язку з фізичною та емоційною напругою, неефективністю застосування та прийомом більш ефективних коронаророзширювальних засобів, включаючи нітрогліцерин, зменшенням болю після ходьби. Імовірність появи болю за грудиною та в надчеревній ділянці збільшується при виникненні та прогресуванні

пептичної стриктури стравоходу. На відміну від хворих із злюкисним звуженням стравоходу хворі з доброякісною стриктурою стравоходу відносно довго не втрачають у масі [3].

Відрижка – також один із найчастіших симптомів ГЕРХ, проте зазвичай вона менше турбує хворих. Відрижка часто посилюється після їжі, особливо в другій половині дня, і вживання газованих напоїв. Іноді відрижка поєднується з відрижкою їжею, особливо при фізичній напрузі, нахилах тулуба, в положенні лежачи [6].

Типові клінічні прояви ГЕРХ можливі і за відсутності рефлюкс-езофагіту (у хворих з ендоскопічно «негативною» ГЕРХ). Рідше при ГЕРХ відзначаються і симптоми, які найчастіше асоціюються з порушенням моторики верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, включаючи стравохід, та/або з гіперчутливістю шлунка почервонінню. Це почуття раннього (передчасного) насичення, тяжкості, розтягування, переповнення та здуття, що виникають в епігастральній ділянці безпосередньо під час або відразу після їжі, які нерідко поєднуються в єдиний термін «дискомфорт», що зустрічаються у 50–60% випадків. Слід зазначити, що комплекс цих симптомів спостерігається рідко; найчастіше зустрічаються один/три (зазначених вище) асоційованих симптомів ГЕРХ [9].

При ГЕРХ можлива поява нудоти, слинотечі. Поряд із цими симптомами можлива поява одинофагії та рефлюксної диспареунії – печії під час статевого акту. При прогресуванні хвороби у частини хворих з'являється і дисфагія. Під дисфагією зазвичай розуміють розлад ковтання, порушення руху харчової грудки по глотці та стравоході, обумовлене затримкою їжі в цих органах. На ранніх стадіях ГЕРХ дисфагія зазвичай не стала і, очевидно, значною мірою пов'язана з гіпермоторною дискінезією стравоходу. Перед виникненням виражених симптомів дисфагії можлива поява і слабо виражених ознак дисфагії – відчуття «кома» за грудиною, виникнення відчуття проходження гарячої їжі та/або «дряпання» при проходженні харчової грудки стравоходом.

Типова, постійна дисфагія при ГЕРХ зазвичай виникає при появі стриктури стравоходу, проте дисфагія можлива у хворих ГЕРХ і за її відсутності. Дисфагія може супроводжуватися появою болю. Виникнення останніх нерідко сприймається як поява одинофагії, що свідчить про можливе «приєднання» до ГЕРХ (долі хворих) кандидозу чи простого герпесу. Однак таке поєднання трапляється досить рідко.

Швидко прогресуюча дисфагія в поєднанні зі зниженням маси тіла – одна з ознак аденокарциноми стравоходу та/або кардії шлунка, що вже з'явилася і розвинулася. При ГЕРХ можливе виникнення і «позахарчових» («атипових») клінічних проявів, що виникають при цьому захворюванні, але властивих ураженню інших органів: хворобам серця, ураженню зубів, додаткових пазух носа, трахеї, гортані та легень (ІХС зі стенокардією та/або з порушеннями серцевого ритму, рефлюксий ларингіт та фарингіт, рецидивні пневмонії, бронхіальна астма, ерозії зубів та ін.). У зв'язку з зазначеним вище хворі ГЕРХ схильні до підвищеного ризику різних захворювань додаткових пазух носа, захворювань трахеї, гортані та легень, а при поєднанні ГЕРХ з бронхіальною астмою – і прогресу останньої [12].

Наразі безкоштовних державних програм в Україні для пацієнтів з ГЕРХ не існує.

1.2 Сучасні підходи до лікування ГЕРХ

З моменту публікації останньої настанови Американського коледжу гастроентерології щодо лікування рефлюксу, з'явилися клінічно важливі досягнення в хірургічній та ендоскопічній терапії ГЕРХ. Наше розуміння різноманітних проявів ГЕРХ, удосконалення діагностичного тестування та підхід до лікування пацієнтів розвинулися. За цей час увага до інгібіторів протонної помпи (ІПП) значно зросла. Незважаючи на те, що ІПП залишаються препаратом вибору для лікування ГЕРХ, численні публікації піднімають питання про побічні ефекти, викликаючи сумніви щодо безпеки

тривалого використання та посилюючи занепокоєння щодо надмірного призначення ІПП [35].

За протоколами AGA в лікуванні ГЕРХ пацієнти в першу чергу потребують зміни дієти та способу життя. Загальні рекомендації включають втрату ваги для пацієнтів із надмірною вагою, підняття узголів'я ліжка, відмову від тютюну та алкоголю, уникання пізніх вечірніх прийомів їжі та перекусів перед сном, перебування у вертикальному положенні під час і після їжі та припинення вживання продуктів, які потенційно посилюють симптоми рефлюксу, таких як кава, шоколад, газовані напої, гострі продукти, кислі продукти, такі як цитрусові та помідори, а також продукти з високим вмістом жиру [26].

Основою фармакологічної терапії ГЕРХ є препарати, які спрямовані на нейтралізацію або зниження кислотності шлункового соку. Засоби цього класу включають антациди, антагоністи гістамінових H₂-рецепторів (H₂RA) та інгібітори протонної помпи. Антациди використовуються виключно для полегшення симптомів за потреби, але мало доказів на користь одного типу над іншим. Дослідження з препаратом альгінової кислоти, виготовленим у Сполученому Королівстві, свідчать про потенційну ефективність у полегшенні симптомів порівняно з іншими продуктами, але вміст альгінату в препаратах, що продаються в інших країнах, є змінним.

ІПП є найбільш поширеним препаратом, який призначають на основі великої кількості даних, які демонструють незмінно найкраще полегшення печії та регургітації, а також покращене загоєння порівняно з H₂RA [48].

Дослідження лікування ГЕРХ зазвичай тривають лише 8-12 тижнів, частково тому, що полегшення симптомів і загоєння досягають піку в цей період часу. Швидкість загоєння ерозивного езофагіту не є лінійною; таким чином, лікарі та пацієнти повинні розуміти, що полегшення симптомів і загоєння не можуть бути швидкими. ІПП асоціюються з вищою частотою «повного» полегшення симптомів (зазвичай оцінюють через 4 тижні) у пацієнтів з ерозивним езофагітом (~70-80%) порівняно з пацієнтами з так

званою неерозивною рефлюксною хворобою (НЕРХ), у яких полегшення симптомів приблизно 50-60%.

Підтримуючу терапію ІПП слід призначати пацієнтам з ускладненнями GERX, включаючи важкий ерозивний езофагіт і стравохід Барретта. Для пацієнтів без ерозивного езофагіту або стравоходу Барретта, які продовжують мати симптоми після припинення терапії ІПП, можна розглянути терапію за потребою, у якій ІПП приймають лише тоді, коли виникають симптоми, і припиняють, коли вони полегшуються.

Антагоністи гістамін-2-рецепторів, що приймаються перед сном. Пацієнтам, які приймають ІПП із постійними нічними симптомами, було запропоновано додати перед сном H2RA. Цей підхід набув популярності після того, як кілька досліджень продемонстрували покращений контроль внутрішньошлункового рН протягом ночі з додаванням H2RA [51].

Існують обмежені дані щодо застосування прокінетичних засобів у пацієнтів з GERX. Показано, що метоклопрамід підвищує тиск нижнього сфінктера стравоходу, посилює перистальтику стравоходу та прискорює спорожнення шлунка. Однак даних про його ефективність при GERX мало, і повідомлялося про значні побічні ефекти при довгостроковому застосуванні метоклопраміду у високих дозах, включаючи побічні ефекти з боку центральної нервової системи, такі як сонливість, збудження, дратівливість, депресія, дистонічні реакції та затримка. дискінезія.

Баклофен, агоніст ГАМК, зменшує мінущі релаксації, які сприяють епізодам рефлюксу. Баклофен зменшує кількість кислотних і некислотних рефлюксів після прийому їжі, активності нічного рефлюксу та епізодів відрижки [58].

Сукральфат є захисним засобом для слизової оболонки, але мало даних підтверджує його ефективність при GERX. Сукральфат практично не всмоктується і не має системної токсичності. Існує небагато рекомендацій для цього засобу при GERX поза вагітністю.

Сеульський консенсус щодо клінічних практичних рекомендацій щодо GERX 2020 року представляє нові засновані на доказах і схвалені експертами стандарти діагностики та лікування GERX. Попередні дослідження показали ефективність ІПП у лікуванні пацієнтів з GERX, але оптимальна доза та тривалість лікування ІПП були суперечливими. Калій-конкурентні кислотні блокатори (P-CABs) конкурентно та оборотно зв'язуються з калійзв'язуючим сайтом H⁺ / K⁺ + АТФази. P-CAB вперше були розроблені в 1980-х роках. Однак багато P-CABs не показали кращих ефектів порівняно з традиційними ІПП, і їх розробка була припинена через гепатотоксичність. Два P-CAB (вонопразан і тегопразан) наразі показані пацієнтам з GERX [36].

Альгінат – це природний аніонний полімер, який зазвичай отримують з бурих морських водоростей. Альгінат вступає в реакцію зі шлунковою кислотою та утворює плот, що запобігає регургітації шлункової кислоти як фізичному бар'єру. «Кислотна кишеня» – це небуферизована, висококіслова ділянка шлункової секреції, яка накопичується в проксимальному відділі шлунка після прийому їжі. Кислотна кишеня може спричинити постпрандіальний кислотний рефлюкс у пацієнтів із GERX. Одне японське дослідження показало, що альгінат натрію може усунути або витіснити кислотну кишеню після прийому їжі у пацієнтів із GERX.

Азіатсько-Тихоокеанська настанова рекомендує альгінат як засіб порятунку у пацієнтів з рефрактерною GERX. Недавній мета-аналіз показав, що терапія альгінатом є більш ефективною, ніж плацебо або антациди, для симптоматичного покращення пацієнтів із GERX. Альгінат може бути ефективним і цінним засобом у лікуванні хворих на GERX [28].

Ендоскопічна терапія GERX є малоінвазивним лікуванням, яке заповнює прогавину між фармакологічним лікуванням і хірургічною фундоплікацією. За останні 2 десятиліття в західних країнах активно пропонувалися різні нові методи ендоскопічної терапії. Вони поділяються на 3 категорії: ендоскопічна фундоплікація: трансоральна фундоплікація без розрізу з використанням ендоскопічних плікаційних пристроїв; доставка

радіочастотної енергії; підсилення LES. Через недостатню ефективність або наявність ускладнень багато з цих методик були припинені. Зараз у США доступна трансоральна фундоплікація без розрізів за допомогою EsophyX, ультразвукового хірургічного ендостеплера Medigus та пристрою Stretta.

В Україні до обов'язкових лікувальних заходів згідно протоколам МОЗ відносяться:

1. Надавати рекомендації щодо режиму харчування, способу життя та фізичних навантажень.

2. Призначення ІПП: тривалість основного курсу медикаментозного лікування від 4 до 8 тижнів, при ерозивному рефлюкс-езофагіті курс лікування не менше 8 тижнів. Можливе призначення подвійних доз ІПП, збільшення тривалості прийому препарату. При відсутності відповіді на лікування направити пацієнта до гастроентеролога.

3. Призначення стимуляторів перистальтики за наявності порушень моторики гастродуоденальної зони на 1-2 місяця.

4. Підтримуюча терапія після основного курсу лікування:

4.1. Терапія залежно від індивідуальної відповіді: «на вимогу» або переривчастий прийом ІПП в стандартній або половинній дозі пацієнтам з ГЕРХ, при легкому й помірному ступені ГЕРХ;

4.2. Призначення альгінатів, антацидів (за потребою);

4.3. Призначення антагоністів H₂-рецепторів гістаміну на ніч при «нічних проривах» симптомів.

1.3 Клініко-фармакологічна характеристика препаратів, що застосовуються для лікування ГЕРХ

Клініко-фармакологічна характеристика лікарських засобів, які застосовуються при лікуванні ГЕРХ наведена у таблиці 1.1.

**Клінічна фармакологія лікарських засобів, які застосовуються
при лікуванні ГЕРХ**

| Міжнародна назва препарату | Фармакодинаміка | | | Взаємодія із препаратами інших груп | Профілактика та лікування побічної дії |
|----------------------------|---|--|---|--|---|
| | основні ефекти | особливості препарату / застосування | побічні ефекти | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Омепразол | Цей препарат знижує секрецію шлункової кислоти, підвищує рівень гастрину в сироватці крові. Має бактерицидний ефект на <i>Helicobacter pylori</i> . | Може знижувати рівень абсорбції вітаміну В ₁₂ . Омепразол є інгібітором СYP2C19, що може призвести до незначного підвищення ризику інфекційних захворювань травного тракту, спричинених такими збудниками як <i>Salmonella</i> та <i>Campylobacter</i> . Омепразол може незначно підвищувати ризик переломів стегна, зап'ястя та хребта. Гіпомагніємія. | Головний біль, абдомінальний біль, запор, діарея, здуття живота і нудота/блювота. | Плазмові рівні нелфінавіру та атазанавіру знижуються при одночасному застосуванні з омепразолом. Всмоктування посаконазолу, ерлотинібу, кетоконазолу та ітраконазолу значно зменшується, отже клінічна ефективність може слабшати. | Прокінетики /протидіарейні, спазмолітики, НПЗП. |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------|---|---|--|--|--|
| | | | | Збільшується біодоступність дигоксину при одночасному застосуванні. Омепразол є помірним інгібітором CYP2C19, тому зменшує метаболізм препаратів, що також метаболізують ся цим ферментом. | |
| Лансопразол | Противиразковий, протисекреторний засіб, специфічний інгібітор протонного насоса (H ⁺ /K ⁺ - АТФази). | У пацієнтів із цирозом печінки елімінація лансопразолу сповільнюється. Безпека застосування лансопразолу в період вагітності не встановлена, у зв'язку з цим у I триместр вагітності застосовувати препарат не слід, у II та III триместр застосування можливе лише у разі крайньої необхідності. | Діарея, запор, у поодиноких випадках - висипання на шкірі. | Пацієнтам, які отримують теофілін, лансопразол призначають з обережністю. Лансопразол може спричинити індукцію різних ферментних систем цитохорому P450. | Прокінетики/протиаритміки, спазмолітики. |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------|---|---|--|--|----------------------|
| | | | | Антациди, що містять гідроксид алюмінію та магнію, слід приймати через 2 години після прийому ланзопразолу. | |
| Пантопрозол | Противіраковий, протисекреторний засіб, специфічний інгібітор протонного насоса (H ⁺ /K ⁺ -АТФази). Має бактерицидний ефект на <i>Helicobacter pylori</i> . | Симптоматична відповідь на застосування пантопрозолу може маскувати симптоми злоякісних новоутворень шлунка та відкладати в часі їх діагностику. Може знижувати рівень абсорбції вітаміну В ₁₂ . може призвести до незначного підвищення ризику інфекційних захворювань травного тракту, спричинених такими збудниками як <i>Salmonella</i> та <i>Campylobacter</i> або <i>C. difficile</i> . Омепразол може незначно підвищувати ризик переломів кісток. Гіпомагніємія. | Головний біль, діарея, апаморочення, порушення зору. | В результаті повного та тривалого інгібування секреції соляної кислоти пантопрозол може впливати на абсорбцію препаратів, для яких значення рН шлункового соку є важливим фактором їхньої біодоступності. Не рекомендується поєднане застосування пантопрозолу з інгібіторами протеази ВІЛ. Знижує рівень метотрексату при одночасному застосуванні. | Протидіарейні, НПЗП. |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------|--|---|--|---|---|
| Рабепразол | Противіразковий, протисекреторний засіб. Має бактерицидний ефект на <i>Helicobacter pylori</i> . | Симптоматична відповідь на застосування пантопразолу може маскувати симптоми злоякісних новоутворень шлунка та відкладати в часі їх діагностику. З обережністю призначають хворим з тяжкими порушеннями функції печінки та нирок. | Нудота, діарея, запор, абдомінальний біль, метеоризм, головний біль, запаморочення, сонливість, висипання на шкірі, підвищення активності печінкових трансаміназ, тромбоцитопенія, лейкопенія, риніт, біль у спині, сухість у роті, лихоманка. | При одночасному застосуванні з кетоконазолом рабепразол спричиняє зниження його концентрації в плазмі крові та підвищення мінімальних концентрацій дигоксину. При одночасному застосуванні препаратів, абсорбція яких залежить від рН вмісту шлунка, відзначають лікарську взаємодію. | Прокієтики/протидіарейні, спазмолітики, НПЗП. |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|------------------------------------|--|---|--|--|
| Езомепразол | Протисекреторний засіб. | Пацієнти, які приймають езомепразол протягом тривалого періоду (особливо >1 року), повинні перебувати під регулярним медичним наглядом. | Головний біль, абдомінальний біль, запор, діарея, здуття живота і нудота/блювота. | Езомепразол інгібує CYP 2C19, тому застосування езомепразолу в комбінації з препаратами, що метаболізуються CYP 2C19 (діазепам, цитолопрам, імипрамін, кломіпрамін, фенітоїн), може призвести до підвищення концентрації цих лікарських засобів у плазмі крові та вимагати зниження їх дози. | Прокінетики/протидіарейні, спазмолітики, НПЗП. |
| Натрію альгінат + натрію гідрокарбонат + кальцію карбонат | Має адсорбуючу та обволікаючу дію. | Слід уникати тривалого застосування препарату. Існує підвищений ризик гіпернатріємії у дітей із гастроентеритом або підозрюваною нирковою недостатністю. | Дуже рідко, можливі алергічні реакції. | У зв'язку з наявністю карбонату кальцію, який діє як антацид, необхідно витримувати двогодинний інтервал між прийомом Альгімаксу та іншими лікарськими засобами, особливо H ₂ -антигістамінами, тетрациклінами, дигоксином, фторхінолоном, солями заліза, кетаконазолом, нейролептиками, тироксином. (атенолол, метопролол, пропранолол), глюкокортикоїдами, хлорохіном та дифосфонатами. | |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---------------|---|--|--|--|---|
| Раніт идин | Скорочен ня обсягу шлунково го соку; зниження концентр ації HCl у шлунково му соку; зниження секреції НСІ (базально ї, нічної та стимульо ваної); зниження секреції пепсину. | Є ймовірність розвитку алергічних реакцій при прийомі ранітидину у разі алергії у пацієнта до інших β- антагоністів H ₂ - рецепторів, підвищення ймовірності виникнення позалікарняної пневмонії у імунокомпроме тованих або літніх пацієнтів, хворих на цукровий діабет або осіб із хронічною легеневою патологією. | Лейкоп енія, аграну лоцито з, реакції гіперчу тливос ті, підвищ ена стомлю ваність , головн ий біль. | Прийом ранітидину підвищує всмоктування в ШКТ гліпізиду, мідазоламу та тріазоламу. При сумісному застосуванні з ранітидином знижується всмоктування з травного тракту гефітинібу, ітраконазолу, кетокконазолу, атазанавіру. Всмоктування ранітидину у шлунково- кишковому тракті сповільнюється при одночасному застосуванні з антацидами. Ефективність ранітидину знижується під час куріння. | Контр оль рівня попка зників крові, антигі стамін ні препа рати, НПЗП . |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------|--|---|---|---|---|
| Фамотидин | Скорочення обсягу шлункового соку; зниження концентрації HCl у шлунковому соку; зниження секреції HCl (базальної, нічної та стимульованої); зниження секреції пепсину. | Може маскувати симптоми карциноми шлунка. Повідомлялося про перехресну чутливість між антагоністами H ₂ -рецепторів. репарат слід застосовувати з обережністю у разі гострої порфірії (у тому числі в анамнезі) та імунодефіциту. | Лейкопенія, агранулоцитоз, реакції гіперчутливості, підвищена стомлюваність, головний біль. Точний причинний взаємозв'язок побічних ефектів з терапією фамотидином не встановлений. | Всмоктування деяких лікарських засобів (наприклад, кетоконазолу, амоксициліну, препаратів заліза) залежить від кислотності шлункового соку. Одночасне застосування з іншими антагоністами H ₂ -рецепторів може суттєво зменшити ефективність толазоліну. Їжа та антациди не мають значного впливу на лікування фамотидином. Фамотидин не впливає на печінкову систему оксидази цитохрому P450, тому метаболізм пероральних антикоагулянтів, антипірину, амінопірину, теофіліну, фенітоїну, діазепаму, етанолу та пропранололу залишається незмінним. | Контроль рівня покказників крові, антигістамінічні препарати, НПЗП. |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------|--------------------------|---|---|--|--|
| Домперидон | Стимулятор моторики ШКТ. | Таблетки містять лактозу. У хворих з тяжкою нирковою недостатністю (рівень сироваткового креатиніну — більше 6 мг/100 мл або 0,6 ммоль/л) період напіввиведення домперидону. Не застосовувати для профілактики блювання у післяопераційному періоді. У період лікування препаратом слід утриматися від керування автотранспортом та роботи з потенційно небезпечними механізмами. | Головний біль, запаморочення, підвищена збудливість, екстрапірамідні розлади; сухість у роті, спрага; підвищення рівня пролактину у плазмі крові, свербіж шкіри, висип. | При одночасному застосуванні з М-холінолітиками та наркотичними анальгетиками знижується вплив домперидону на моторно-евакуаторну функцію шлунка та кишечника. Антацидні та антисекреторні препарати знижують біодоступність домперидону. Домперидон знижує гіпопролактинемічний ефект бромокриптину та каберголіна. | Противіпарсонічні препарати, бромокриптин та каберголін. |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------------|--------------------------------------|---|---|--|---|
| Моса прид | Стимулят ор перистал ьтики. | З обережністю застосовувати у період вагітності або годування груддю. Впливає на швидкість моторних реакцій. | Побічн і ефекти виклик ає досить рідко, менше 7%. | Одночасне застосування з антихолінергічними агентами (атропіну сульфат, бутилскополаміну бромід) зменшує його. Ефект посилення спорожнення шлунка, що забезпечується завдяки мосаприду, антагонізується атропіном, але не налоксоном, метисергідом, пропранололом, рітансеріном, піриламином, індометацином, феноксibenзаміном, йохімбіном або бікукуліном. З обережністю застосовувати одночасно з нестероїдними протизапальними препаратами (НПЗП), блокаторами гістамінових H2- рецепторів. | – |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---------------------------------------|--|---|--|--|-------------------------|
| Алюмінію гідроксид + магнію гідроксид | Цитопротекторний ефект на слизову оболонку шлунка, незначна проносна дія | Не рекомендовано застосування препарату у пацієнтів при дивертикулезі, порушеннях кислотно-лужної рівноваги в організмі за наявності метаболічного алкалозу, при цирозі печінки, тяжкої серцевої недостатності, токсикозі вагітних, ниркових порушеннях (через небезпеку розвитку гіпермагніємії та інтоксикації алюмінієм). Гідроксид алюмінію може призвести до запору, а гідроксид магнію - гіпокінезії кишечника. Під час лікування не рекомендують вживати алкоголь та кофеїн через зменшення дії препарату. | Запор/діарея, зміни електролітів крові | Інтервал між застосуванням Алмагелю та інших лікарських засобів має становити $\geq 1-2$ год. Блокатори М-холінорецепторів уповільнюють спорожнення шлунка та посилюють, продовжують дію. При комбінованому застосуванні з левотироксином можливе зниження його гормонального ефекту. | Зниження дози препарату |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----------------------|---------------------------------|--|--|---|--|
| Гідрокарбонат натрія | Антацидний і адсорбуючий засіб. | Не рекомендується застосовувати систематично у зв'язку з тим, що при нейтралізації хлористоводневої кислоти шлунка натрію гідрокарбонатом відбувається виділення вуглекислоти, яка збуджує дію на рецептори слизової оболонки шлунка, посилює виділення гастрину і може викликати вторинне посилення секреції. Крім того, при тривалому регулярному застосуванні можливе залужування сечі та підвищення ризику утворення фосфатного каміння. | При тривалому застосуванні можливі розвиток алкалозу (іноді некомпенсованого), що супроводжується втратою апетиту, нудотою, блюванням, болями в епігастральній ділянці, занепокоєнням, головним і болями, а в деяких важких випадках тетанічними судомами; підвищення АТ, метеоризм (при вживанні) | При одночасному прийомі внутрішньо зменшується всмоктування тетрациклінів. Внаслідок підвищення рН сечі під впливом гідрокарбонату натрію спостерігається затримка виведення ефедрину з організму і підвищується ризик розвитку побічних ефектів (тремор, тривога, порушення сну, тахікардія). При внутрішньовенному краплинному введенні натрію гідрокарбонату можливе посилення антигіпертензивного ефекту резерпіну. | Контроль лужності - основного складу крові |

Продовження таблиці 1.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----------------------|---------------------------------|--|---|--|--|
| Гідрокарбонат натрія | Антацидний і адсорбуючий засіб. | Не рекомендується застосовувати систематично у зв'язку з тим, що при нейтралізації хлористоводневої кислоти шлунка натрію гідрокарбонатом відбувається виділення вуглекислоти, яка збуджує дію на рецептори слизової оболонки шлунка, посилює виділення гастрину і може викликати вторинне посилення секреції. Крім того, при тривалому регулярному застосуванні можливе залужування сечі та підвищення ризику утворення фосфатного каміння. | При тривалому застосуванні можливий розвиток алкалозу (іноді некомпенсованого), що супроводжується втратою апетиту, нудотою, блюванням, болями в епігастральній ділянці, занепокоєнням, головними болями, а в деяких важких випадках тетанічними судомами; підвищення АТ, метеоризм (при вживанні). | При одночасному прийомі внутрішньо всмоктування тетрациклінів. Внаслідок підвищення рН сечі під впливом гідрокарбонату натрію спостерігається затримка виведення ефедрину з організму і підвищується ризик розвитку побічних ефектів (тремор, тривога, порушення сну, тахікардія). При внутрішньовенному краплинному введенні натрію гідрокарбонату можливе посилення антигіпертензивного ефекту резерпіну. | Контроль лужності - основного складу крові |

1.4 Аналіз особливостей застосування антацидних препаратів

В даний час використання антацидів обмежується полегшенням легкої переміжної гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ), пов'язаної з печією. Антациди доступні як безрецептурні ліки, що означає, що пацієнтам не потрібен рецепт для їх отримання. Ці ліки забезпечують лише симптоматичне полегшення, яке може маскувати основне захворювання, але недостатня обізнаність у цьому відношенні може затримати діагностику таких захворювань, як ГЕРХ [56].

Слід зазначити, що рідкі антацидні препарати зазвичай забезпечують більш швидку буферну дію, ніж препарати в таблетках. Проте з терапевтичної точки зору існує різниця між тривалістю буферної здатності антацидів, яка є відносно короткою (30 хвилин), і тривалістю полегшення болю, необхідного при печії або виразковій хворобі (приблизно 4 години). Важливо відзначити, що коли антациди приймаються натщесерце, вони забезпечують зниження кислотності протягом 20-40 хвилин лише тому, що антацид швидко випорожнюється в дванадцятипалу кишку. При прийомі після їжі (приблизно через 1 годину) антациди знижують кислотність протягом щонайменше трьох годин, оскільки їжа сповільнює випорожнення антациду (і їжі) зі шлунка. Антацидні суспензії зазвичай розчиняються легше, ніж таблетки або порошки. Проте, якщо використовується таблетований антацид, для досягнення максимальної ефективності рекомендується ретельно розжовувати таблетки [34-39].

Деякі антацидні продукти можуть нейтралізувати більше кислоти в шлунку, ніж інші. Спосіб вираження здатності антациду нейтралізувати кислоту полягає у визначенні нейтралізуючої здатності антациду (ANC). ANC виражається в міліеквівалентах кислоти, яка нейтралізується, і вимірює здатність антациду нейтралізувати кислоти (до pH від 3,5 до 4).

Згідно з вимогами FDA, антацид повинен мати нейтралізуючу здатність ≥ 5 мекв на дозу. Найбільш ефективні антациди повинні мати високу

здатність нейтралізувати кислоту та швидко нейтралізувати шлункову кислоту [8].

Антациди, такі як бікарбонат натрію та карбонат кальцію, мають найбільшу нейтралізуючу здатність, але їх не використовують протягом тривалого часу через побічні ефекти. Бікарбонат натрію та гідроксид магнію швидко розчиняються та забезпечують швидкий буферний ефект, при цьому гідроксид алюмінію і карбонат кальцію розчиняються повільно.

Ще одна відмінність між антацидами – це тривалість дії (як довго він продовжує нейтралізувати кислоту в шлунку). Найкоротшу нейтралізуючу дію мають гідрокарбонат натрію та гідроксид магнію, тоді як гідроксид алюмінію та карбонат кальцію мають найдовший. Комбіновані алюмінієво-магнієві антациди мають проміжну тривалість дії [11].

Антациди, що містять солі алюмінію, безпечні для використання вагітними жінками, а також жінками під час пологів для профілактики аспірації. Інформація щодо застосування антацидів, що містять алюміній, жінкам, які годують груддю, не вивчалася, але відомо, що алюміній є ендогенним для грудного молока. Вагітним жінкам слід уникати надмірного використання антацидів, що містять кальцій, оскільки кальцій проникає через плаценту. Кількість кальцію, що надходить до плоду, залежить від фізіологічних змін у матері. Споживання кальцію матір'ю також впливає на кількість кальцію, що виділяється з грудним молоком; в даний час переважає думка, що використання антацидів, що містять кальцій, безпечно під час годування груддю [37].

Фармацевтична опіка пацієнтів з печією повинна включати наступні положення:

- Антациди приймаються при необхідності;
- Антациди, що не всмоктуються, приймають за 2 години до, або через 2 години після прийому інших ЛЗ.
- Антациди, що містять Al, показані при схильності до проносів, що містять Mg – до запорів;

- Тривалий прийом антацидів, що містять Al, може призвести до енцефалопатії або хронічної ниркової недостатності;
- Цитрусові соки підсилюють всмоктування Al;
- Хворим на хронічну ниркову недостатність не слід приймати антациди, що містять трисиликат магнію;
- Антациди, що всмоктуються, мають феномен «рикошету»;
- Бікарбонат кальцію викликає затримку натрію та води в організмі;
- Тривалий прийом антацидів формує схильність до інфекцій ШКТ;
- Антациди не можна поєднувати з Де-нолом та Сукральфатом;
- Для лікування печії антациди можна комбінувати з безрецептурними H₂ – гістаміноблокаторами [22-34].

Висновки до розділу 1:

1. Результати огляду літератури свідчать, що поняття GERX означає хворобу, що протікає хронічно, яка проявляється постійно повторюваним закиданням вмісту шлунка або дванадцятипалої кишки в стравохід, викликаним розладом функції моторики та евакуації.
2. При порівняльному дослідженні клінічних протоколів лікування GERX України та інших країн можна стверджувати, що в нашій країні використовуються сучасні підходи до лікування даного захворювання: інгібітори протонної помпи, антациди, прокінетики і т.д..
3. Антациди є основою симптоматичного лікування печії і мають певні особливості застосування, роз'яснення яких є необхідною складовою фармацевтичної опіки.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Сьогодні купити ліки від печії не представляє ніяких труднощів. Більшість видів таких препаратів можна придбати без рецепта, підбравши оптимальну форму випуску (жувальні таблетки з різними приємними смаками, капсули, суспензії, порошки). Коли справа доходить до вибору конкретного препарату, в процесі необхідно враховувати багато факторів, від спостережуваних проявів і супутніх симптомів до складу і списку протипоказань. Асортимент антацидів досить різноманітний і представлений в табл. 2.1 [1].

Таблиця 2.1

Асортимент антацидних препаратів в Україні

| Торгова назва | Підвиди | Діюча речовина | Лікарська форма | Уточнення |
|---------------|---------------|---|---|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Альмагель | Альмагель | Магнію гідроксид, алюмінію гідроксид | Суспензія для перорального застосування | |
| | Альмагель А | Магнію гідроксид, алюмінію гідроксид, бензокаїн | Суспензія для перорального застосування | Зі смаком апельсину |
| | Альмагель М | Магнію гідроксид, алюмінію гідроксид- магнію карбонат | Таблетки для смоктання | Зі смаком м'яти |
| | Альмагель Нео | Алюмінію гідроксид, магнію гідроксид, симетикон | Суспензія для перорального застосування | Зі смаком апельсину |

Продовження таблиці 2.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------|---|---|---|--|
| Маалокс | - | Алюмінію гідроксид, магнію гідроксид | Таблетки / Суспензія для перорального застосування | Зі смаком м'яти, лимону |
| Реммакс- КВ | - | Магнію карбонат, кальцію карбонат | Таблетки жувальні | Зі смаком м'яти, малини, апельсину |
| Гастро-Тева | - | Гель гідроксиду алюмінію-магнію карбонату, магнію гідроксид | Таблетки для смоктання | |
| Пепсан | - | Гвайазулен, диметикон | Капсули м'які | |
| Ренні | - | Магнію карбонат, кальцію карбонат | Таблетки жувальні | Зі смаком ментолу, малини, апельсину, ментолу + без цукру |
| Секрепарт форте | - | Аміноацетат дигідроксіалюмінію, алюмінію гідроксиду гель сухий, кальцію карбонат, магнію трисилікат гідратований | Таблетки жувальні | Зі смаком м'яти, анусі |

Продовження таблиці 2.1

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------|---|------------------------|---|---|
| Фосфалюгель | - | Алюмінію фосфат 20% | Гель для перорального застосування | |
| Ріопан | - | Магалдрат | Суспензія для перорального застосування | |

Велике значення при виборі препаратів для покупців відіграє цінова політика. За аналізом результатами досліджень фармацевтичного ринку в Україні за категорії «Препарати від печії», опублікованих на <https://apteka911.ua/ua/shop/lekarstvennyie-preparaty/izzhoga>, середня ціна препаратів в каталозі – 176, 93 грн., найдешевший препарат коштує 51,94 грн. (Реммакс-КВ табл. жув. малина №18), а найдорожчий – 400 грн. (Фосфальгель гель орал. саше 16 г №20) .

Опитування проводилось для покупців, які звернулись з метою усунення симптомів печії первинно і не звертались попередньо до лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ).

Таблиця 2.2

Бланк опитувальної анкети покупців антацидних препаратів

| Питання | Варіанти відповідей |
|--|--|
| Загальна частина | |
| 1 | 2 |
| Стать | <input type="checkbox"/> чоловік <input type="checkbox"/> жінка |
| Вік | <input type="checkbox"/> до 30 років <input type="checkbox"/> 30-50 років <input type="checkbox"/> Старше 50 років |
| Чим був зумовлений вибір даного препарата? | <input type="checkbox"/> Рекламою <input type="checkbox"/> Порадою друзів/знайомих <input type="checkbox"/> Рекомендацією фармацевта |
| Препарат з якого цінового діапазону є для Вас оптимальним? | <input type="checkbox"/> До 100 грн. <input type="checkbox"/> 200-300 грн. <input type="checkbox"/> Більше 300 грн. |

Продовження таблиці 2.2

| 1 | 2 |
|--|--|
| Чи ознайомленні Ви з можливими гастроентерологічними захворюваннями, що можуть включати печію як один з симптомів? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні |
| Спеціальна частина | |
| 1. Яка частота виникнення печії (кількість разів на тиждень)? | <input type="checkbox"/> До 3 разів на тиждень (2 бали) <input type="checkbox"/> Більше 3 разів на тиждень (3 бали) <input type="checkbox"/> Епізодично декілька разів місяць (1 бал) |
| 2. Яка тривалість даного стану, який супроводжується печією? | <input type="checkbox"/> Декілька днів (1 бал) <input type="checkbox"/> Більше тижня (2 бали) <input type="checkbox"/> Більше місяця (3 бали) |
| 3. Чи маєте Ви якісь додаткові симптоми з нижчеперерахованих? | <input type="checkbox"/> Біль та важкість в епігастрії (3 бали) <input type="checkbox"/> Відрижка (2 бал) <input type="checkbox"/> Нудота (2 бал) <input type="checkbox"/> Ні (0 балів) |
| 4. Чи пов'язуєте Ви виникнення печії з дією певних факторів? | <input type="checkbox"/> Ні (3 бали) <input type="checkbox"/> Так (1 бал) |
| <i>У разі відповідді Так (1 бал) в попередньому питанні виберіть один або декілька пунктів:</i> | <input type="checkbox"/> Їжа <input type="checkbox"/> Фізичні навантаження <input type="checkbox"/> Положення тіла <input type="checkbox"/> Певні лікарські препарати <input type="checkbox"/> Стрес <input type="checkbox"/> Інші фактори (куріння, алкоголь, безсоння і т.д.) |

Для оцінки ризику наявності в покупця ГЕРХ «Спеціальна частина» анкетування була розбалована. Дані аспекти висвітлені в Розділі 4.

Для об'єктивності та оцінки повноти надання фармацевтичного консультування, а також визначення упущень з боку провізорів з метою удосконалення фармацевтичної опіки було проведено ситуаційне дослідження методом «таємний покупець» у 5 аптеках міста.

Ситуаційне завдання: Дівчина 21 р., гастроентерологічні захворювання в анамнезі відсутні. Звернулась до аптеки з метою придбання антацидних препаратів для симптоматичного лікування печії. В ході консультування повідомила, що печія турбує вже близько 3 місяців (1 раз на тиждень), але протягом останнього місяця випадки печії почастишали до 4-5 разів на тиждень; має відрижку; не пов'язує виникнення печії з будь-якими факторами. Попередньо до ЛПЗ не зверталась і не планує, так як не бачить серйозності даного стану та можливості ускладнень.

Підсумування та узагальнення результатів фармацевтичної опіки проводилось згідно нижченаведеного бланку (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Бланк узагальнення результатів ситуаційного дослідження
методом «таємний покупець»**

| | |
|--|--|
| Чи були задані уточнюючі питання покупцю щодо анамнезу захворювання: | |
| <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | |
| Чи були задані питання щодо: | |
| 1 | 2 |
| звернення покупця попередньо до ЛПЗ? | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою |
| наявність будь-яких гастроентерологічних захворювань? | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою |
| частоти/кількості випадків виникнення печії? | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою |

Продовження таблиці 2.3

| 1 | 2 |
|---|--|
| факторів, які можуть викликати печію? | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою |
| додаткових симптомів, які супроводжують печію? | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою |
| Чи були надані пацієнту рекомендації щодо: | |
| способів немедикаментозного усунення печії/ щодо зміни способу життя | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою |
| необхідності звернення до ЛПЗ | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою |
| можливості наявності у покупця захворювання, яке викликає даний стан | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою |
| роз'яснення симптоматики та особливостей перебігу ГЕРХ | <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою |
| Чи отримав покупець відповіді на інші питання, які його цікавили (цінова політика даної грипи препаратів, особливості та спосіб застосування, дозування)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так, недостатньо <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | |

Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою програми Microsoft Excel з визначенням середньої арифметичної вибірки M , середньоквадратичного відхилення σ , помилки репрезентативності $t = \sigma / n$, де n – число об'єктів при вибірці. Також із застосуванням критерію Стьюдента було проведено оцінку достовірності результатів ($p < 0,05$).

Висновки до розділу 2:

1. В ході дослідження проаналізовано фармацевтичний ринок антацидів в Україні, і виявлено, що дана група препаратів представлена монокомпонентними і комбінованими лікарськими засобами різних форм застосування.
2. Нами було складено бланк опитувальної анкети для відвідувачів аптеки, які звернулись з метою симптоматичного лікування печії без звернення до ЛПЗ попередньо.
3. Проведено ситуаційне дослідження методом «таємний покупець» з метою виявлення повноти надання фармацевтичної опіки в аптеках міста. За результатами якого складено відповідну анкету для узагальнення дослідження.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Вибірка даного дослідження становила 50 відвідувачів аптеки, що звернулись за препаратами для симптоматичного лікування печії первинно без попереднього звернення до ЛПЗ. В ході консультування їм були задані наступні питання, результати яких представлені в таблиці 3.1

Таблиця 3.1

Бланк опитувальної анкети покупців антацидних препаратів

| Питання | Варіанти відповідей | Абсолютні показники | Відносні показники |
|---|---|---------------------|--------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Загальна частина | | | |
| Стать | <input type="checkbox"/> чоловік | 26 | 52% |
| | <input type="checkbox"/> жінка | 24 | 48% |
| Вік | <input type="checkbox"/> до 30 років | 26 | 52% |
| | <input type="checkbox"/> 30-50 років | 13 | 26% |
| | <input type="checkbox"/> Старше 50 років | 11 | 22% |
| Чим був зумовлений вибір даного препарату? | <input type="checkbox"/> Рекламою | 6 | 12% |
| | <input type="checkbox"/> Порадою друзів/знайомих | 23 | 46% |
| | <input type="checkbox"/> Рекомендацією фармацевта | 21 | 42% |
| Препарат з якого цінового діапазону є для Вас оптимальним? | <input type="checkbox"/> До 100 грн. | 37 | 74% |
| | <input type="checkbox"/> 200-300 грн. | 8 | 16% |
| | <input type="checkbox"/> Більше 300 грн. | 5 | 10% |
| Чи ознайомлені Ви з можливими гастроентерологічними захворюваннями, що можуть включати печію як один з симптомів? | <input type="checkbox"/> Так | 45 | 90% |
| | <input type="checkbox"/> Ні | 5 | 10% |

| Спеціальна частина | | | |
|---|---|----|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Яка частота виникнення печії (кількість разів на тиждень)? | <input type="checkbox"/> До 3 разів на тиждень (2 бали) | 16 | 32% |
| | <input type="checkbox"/> Більше 3 разів на тиждень (3 бали) | 9 | 18% |
| | <input type="checkbox"/> Епізодично декілька разів місяць (1 бал) | 25 | 50% |
| 5. Яка тривалість даного стану, який супроводжується печією? | <input type="checkbox"/> Декілька днів (1 бал) | 26 | 52% |
| | <input type="checkbox"/> Більше тижня (2 бали) | 15 | 30% |
| | <input type="checkbox"/> Більше місяця (3 бали) | 9 | 18% |
| 6. Чи маєте Ви якісь додаткові симптоми з нижчеперерахованих? | <input type="checkbox"/> Біль та важкість в епігастрії (3 бали) | 6 | 12% |
| | <input type="checkbox"/> Відрижка (2 бал) | 13 | 26% |
| | <input type="checkbox"/> Нудота (2 бал) | 2 | 4% |
| | <input type="checkbox"/> Ні (0 балів) | 29 | 58% |
| 7. Чи пов'язуєте Ви виникнення печії з дією певних факторів? | <input type="checkbox"/> Ні (3 бали) | 14 | 28% |
| | <input type="checkbox"/> Так (1 бал) | 36 | 72% |
| <i>У разі відповідді Так (1 бал) в попередньому питанні виберіть один або декілька пунктів:</i> | <input type="checkbox"/> <i>Їжа</i> | 21 | 75,6% |
| | <input type="checkbox"/> <i>Фізичні навантаження</i> | 1 | 2,8% |
| | <input type="checkbox"/> <i>Положення тіла</i> | 7 | 19,4% |
| | <input type="checkbox"/> <i>Певні лікарські препарати</i> | 0 | 0% |
| | <input type="checkbox"/> <i>Стрес</i> | 3 | 8,3% |
| | <input type="checkbox"/> <i>Інші фактори (куріння, алкоголь, безсоння і т.д.)</i> | 4 | 11,1% |

Згідно опитування 26 (52%) респондентів були чоловіками, решта 24 (48%) – жінки (рис. 3.1). При цьому серед вікових груп переважають саме покупці до 30 років – 26 (52%) (рис. 3.2).

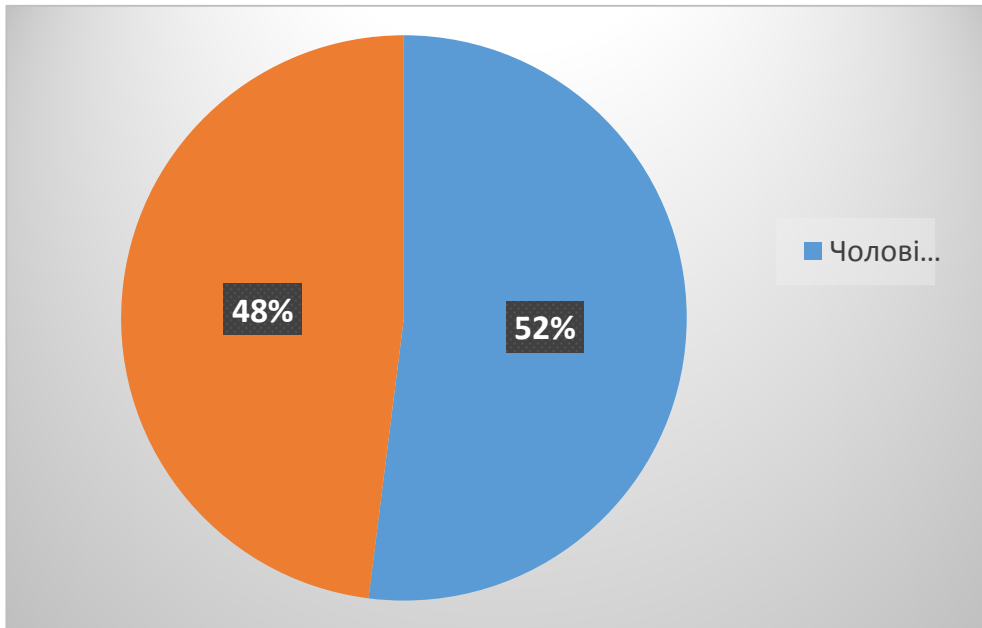


Рис. 3.1. Розподіл покупців за статтю

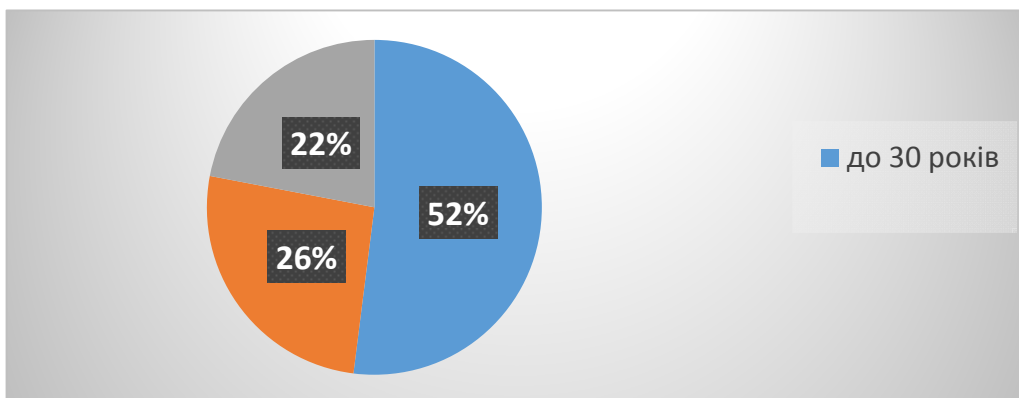


Рис. 3.2. Розподіл пацієнтів за віком

Покупці зазначають, що у виборі препарату віддають перевагу порадам знайомих 23 (46%), а менше – фармацевта 21 (42%) (рис. 3.3). Також ціновий діапазон є суттєвим фактором: більшість обирає дешевші препарати з групи до 100 грн 37 (74%) (рис. 3.4). При цьому 45 (90%) зазначають, що не ознайомлені з можливими гастроентерологічними захворюваннями, що викликають печію (рис. 3.5).

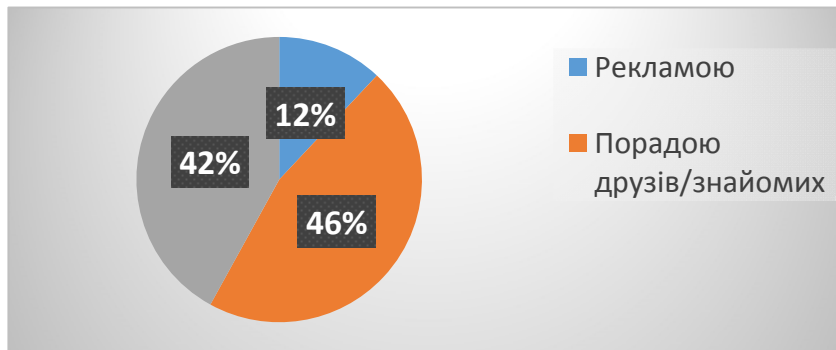


Рис. 3.3. Розподіл пацієнтів за вибором препаратів (рекомендації)

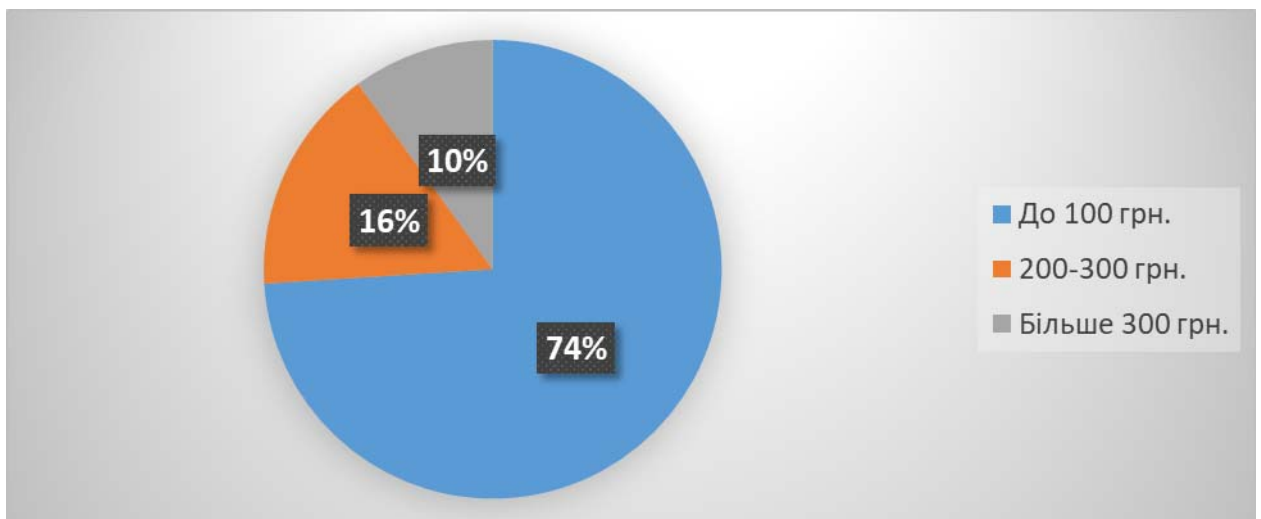


Рис. 3.4. Розподіл пацієнтів за вибором препаратів (ціновий діапазон)

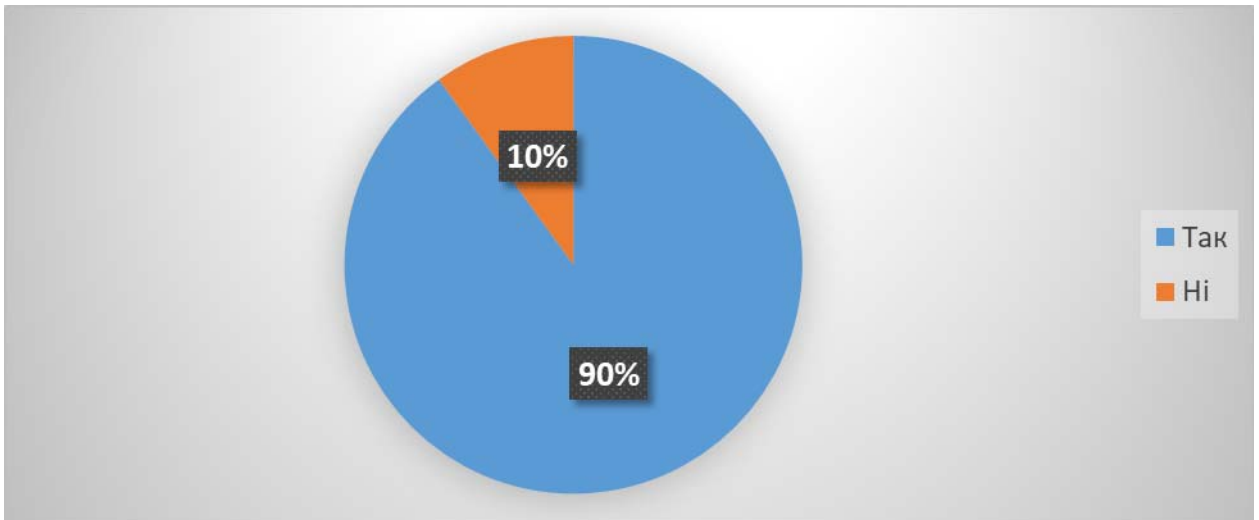


Рис. 3.5. Розподіл пацієнтів згідно з ознайомленістю з можливими гастроентерологічними захворюваннями, що викликають печію

Спеціальна частина опитування включала уточнюючі питання щодо самопочуття покупців. Половина покупців зазначили, що відчувають печію епізодично 25 (50%) (рис. 3.6) та протягом декількох днів 26 (52%) до моменту звернення (рис. 3.7).

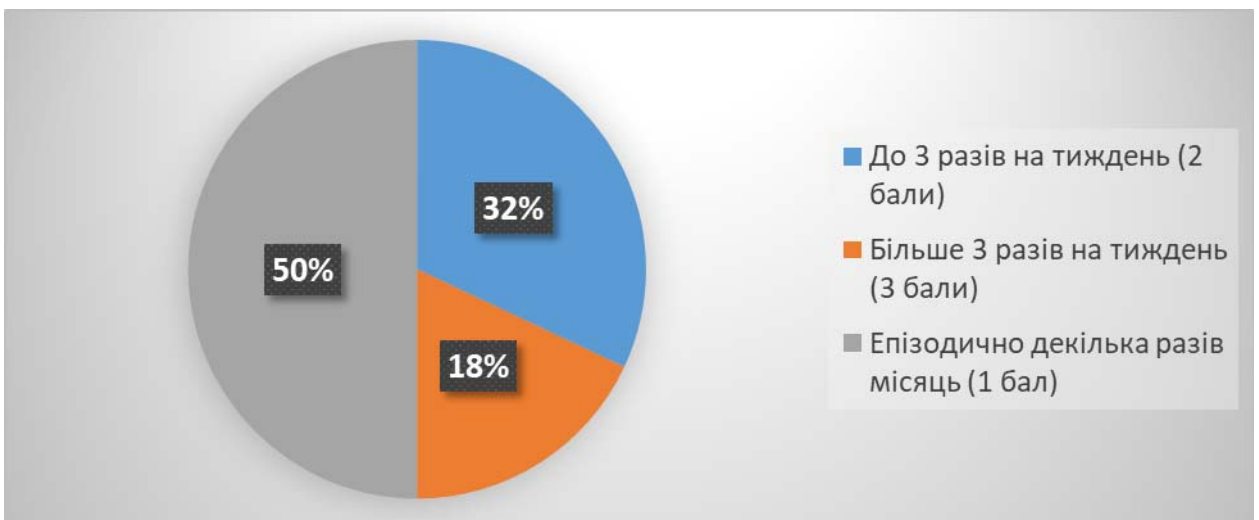


Рис. 3.6. Розподіл пацієнтів за частотою виникнення печії

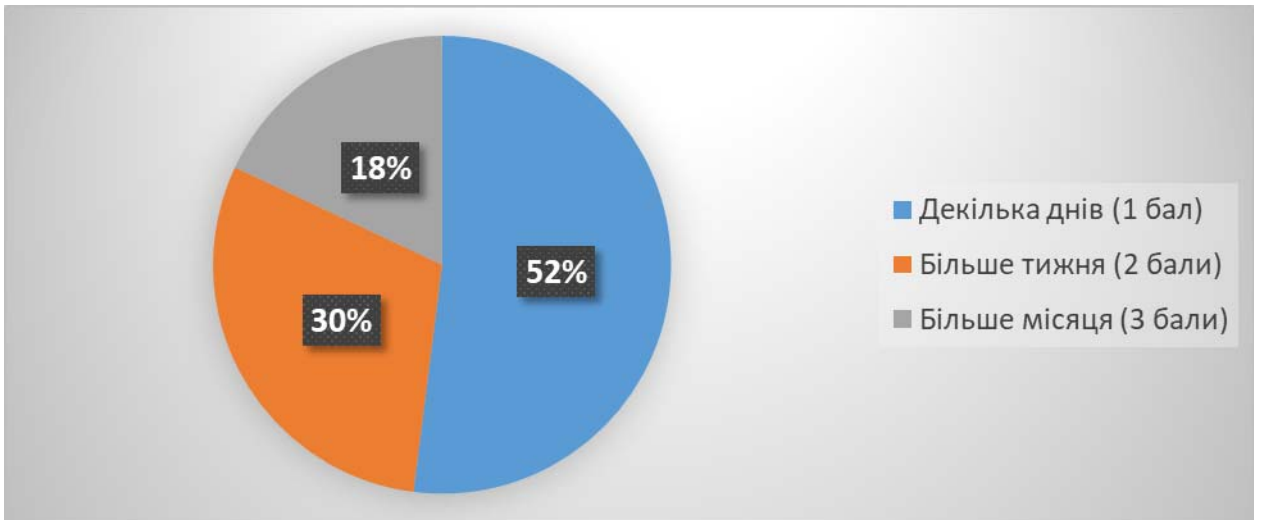


Рис. 3.7. Розподіл пацієнтів за кількістю виникнення печії

При уточненні додаткових симптомів, більшість 29 (58%) не мають додаткових симптомів, а при наявності найбільш частим є відрижка – зустрічається у 13 (26%) покупців (рис. 3.8).

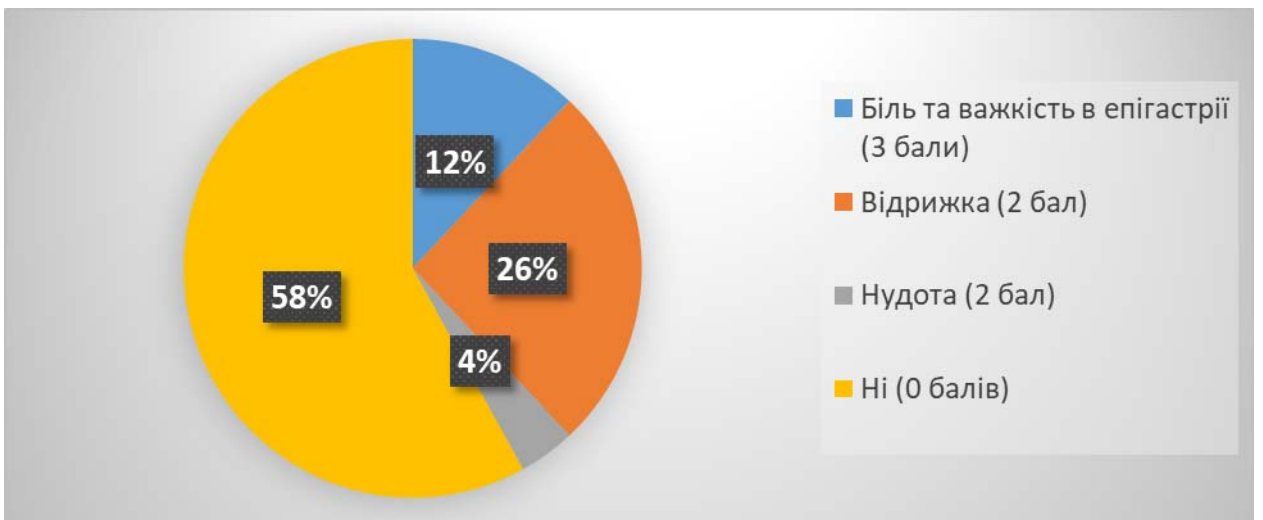


Рис. 3.8. Розподіл пацієнтів за поширеністю додаткових симптомів

Переважає більшість відвідувачів аптеки 36 (72%) зазначили, що пов'язують виникнення печії з певними факторами, найчастішим з яких є їжа – 21 (75,6%), а найменш частим – фізичні навантаження 1 (2,8%) (рис. 3.9).

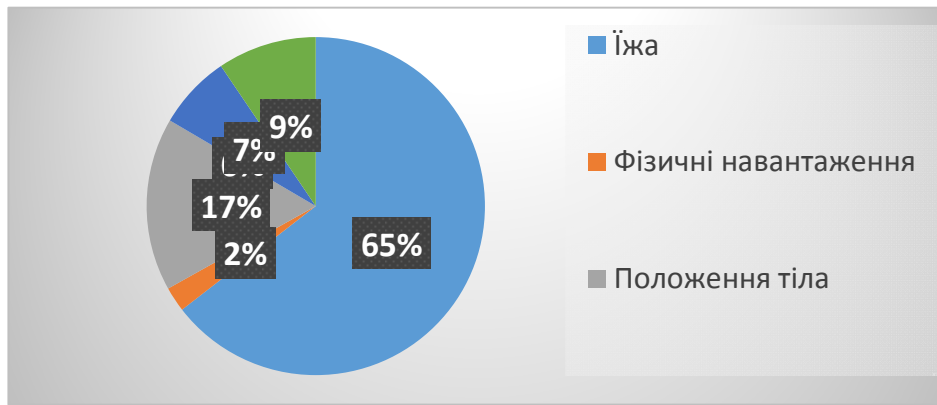


Рис. 3.9. Розподіл пацієнтів факторами, що викликають печію

Для оцінки фармацевтичної опіки було проведено ситуаційне дослідження методом «таємний покупець» в 5 аптеках міста, результати якого представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

**Результати бланку узагальнення ситуаційного дослідження
методом «таємний покупець»**

| Чи були задані уточнюючі питання покупцю щодо анамнезу захворювання: | Абсолютні показники | Відносні показники | |
|--|--|--------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Ні | 1 | 20% | |
| <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | 3 | 60% | |
| <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | 1 | 20% | |
| Чи були задані питання щодо: | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| звернення покупця попередньо до ЛПЗ? | <input type="checkbox"/> Ні | 1 | 20% |
| | <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | 1 | 20% |
| | <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | 3 | 60% |

Продовження таблиці 3.2

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|------|
| наявність будь-яких гастроентерологічних захворювань? | <input type="checkbox"/> Ні | 0 | 0 |
| | <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | 4 | 80% |
| | <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | 1 | 20% |
| частоти/кількості випадків виникнення печії? | <input type="checkbox"/> Ні | 1 | 20% |
| | <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | 4 | 80% |
| | <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | 0 | 0 |
| факторів, які можуть викликати печію? | <input type="checkbox"/> Ні | 4 | 80% |
| | <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | 1 | 20% |
| | <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | 0 | 0 |
| додаткових симптомів, які супроводжують печію? | <input type="checkbox"/> Ні | 1 | 20% |
| | <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | 4 | 80% |
| | <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | 0 | 0 |
| Чи були надані пацієнту рекомендації щодо: | | | |
| способів немедикаментозного усунення печії/ щодо зміни способу життя | <input type="checkbox"/> Ні | 5 | 100% |
| | <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | 0 | 0 |

Продовження таблиці 3.2

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|------|
| | <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | 0 | 0 |
| необхідності звернення до ЛПЗ | <input type="checkbox"/> Ні | 3 | 60% |
| | <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | 2 | 40% |
| | <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | 0 | 0 |
| можливості наявності у покупця захворювання, яке викликає даний стан | <input type="checkbox"/> Ні | 4 | 80% |
| | <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | 1 | 20% |
| | <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | 0 | 0 |
| роз'яснення симптоматики та особливостей перебігу ГЕРХ | <input type="checkbox"/> Ні | 5 | 100% |
| | <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | 0 | 0 |
| | <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | 0 | 0 |
| Чи отримав покупець відповіді на інші питання, які його цікавили (цінова політика даної грипи препаратів, особливості та спосіб застосування, дозування)? | | | |
| <input type="checkbox"/> Ні | | 0 | 0 |
| <input type="checkbox"/> Так, недостатньо | | 4 | 80% |
| <input type="checkbox"/> Так, повною мірою | | 1 | 20% |

Згідно даного дослідження загалом можемо бачити тенденцію, що уточнюючі питання щодо стану покупця були окреслені недостатньо – 3 (60%). Також ми не отримали належних рекомендацій, яких вимагає фармацевтична опіка покупців з печією. Слід звернути увагу, що рекомендації щодо роз'яснення симптоматики та особливостей перебігу GERX не були отримані в жодній аптеці.

Висновки до розділу 3:

1. В ході досліджень було проведено анкетування провізорів та відвідувачів аптек, яке показало значний попит на антацидні препарати для симптоматичного лікування печії. При цьому більшість відвідувачів мали додаткові симптоми, які можуть свідчити про наявність інших гастроентерологічних захворювань, зокрема GERX. Дані моменти вимагають від фармацевтів високого рівня обізнаності у інформації, яка допоможе надавати якісну фармацевтичну опіку даному контингенту хворих.
2. Аналіз 50 анкет покупців показав, що третина відвідувачів мали симптоми, характерні для GERX, що в майбутньому може призвести до прогресування захворювання та ускладнень при відсутності звернення до ЛПЗ.
3. Аналіз ситуаційного дослідження провізорів показав, що фармацевтична опіка відвідувачам з печією надається не належним чином.

РОЗДІЛ 4

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

У розвинених країнах близько 40-50% населення відзначає печію 1 раз на місяць, 20% – 1 раз на тиждень і 5% – щодня. Епізодично печія може виникати у цілком здорової людини внаслідок переїдання, вживання гострої та смаженої їжі, газованих напоїв, внаслідок надмірної ваги та ожиріння, куріння.

Більшість людей вважає печію несуттєвим симптомом, який не вимагає особливої уваги та лікування, достатньо правильно харчуватися і все минеться. Тільки менше 10 % звертаються до ЛПЗ з приводу печії, а займаються самолікуванням [45].

Основною задачею провізора, при зверненні покупця для купівлі антацидів з метою симптоматичного лікування печії, є виявлення додаткових симптомів та особливостей перебігу захворювання для своєчасного виявлення симптомів ГЕРХ та направлення покупця для отримання лікарської допомоги. Удосконалення фармацевтичної опіки повинно включати обов'язкове внесення наступних тезисів до фармацевтичного консультування покупця з печією:

Загальні рекомендації при наданні фармацевтичної опіки хворим на ГЕРХ:

- Чи звертався пацієнт попередньо до ЛПЗ для обстеження.
- Як часто виникає печія, яка її тривалість.
- Чи відзначає покупець додаткові симптоми (відрижка, біль в епігастрії, нудота) з обов'язковим пропонуванням варіантів відповідей.
- Чи відзначає покупець прогресування симптомів протягом певного часу.
- Чи пов'язує покупець виникнення симптомів печії з певними факторами. Також обов'язкове пропонування варіантів відповідей.

□ Чи наявні в покупця в анамнезі гастроентерологічні захворювання.

В ході дослідження нами було складено бланк опитувальної анкети, який має практичне значення: використання провізорами в ході фармацевтичної опіки покупця при первинному зверненні з печією. Ситуаційне дослідження методом «таємний покупець» запевнило нас в необхідності оптимізації фармацевтичної опіки. Варіанти відповідей були позначенні певною кількістю балів, що полегшує оцінку ризику наявності у покупця ГЕРХ:

□ *5 і менше балів:* низька ймовірність наявності ГЕРХ. Надання рекомендацій, щодо немедикаментозного усунення печії:

- відновити режим харчування – 4-5 разів на день, невеликими порціями; останній прийом їжі має бути не пізніше ніж за 2 години до сну;
- не їсти занадто швидко;
- зменшити кількість солодкої та випічки, жирної, кави та чаю;
- відмовитися від газованих напоїв, смаженого, гострого, а також від шкідливих звичок (куріння та алкоголю);
- зберігати спокій, не допускати стресових станів.
- усунення/зменшення таких шкідливих звичок, як алкоголь та куріння.

□ *5-10 балів:* середній ризик наявності ГЕРХ. Надання рекомендацій щодо профілактичного звернення до ЛПЗ та можливість наявних ускладнень.

□ *10 балів та більше:* високий ризик наявності ГЕРХ. Надання рекомендацій щодо негайного звернення до ЛПЗ та пояснення ризику та клінічного перебігу ГЕРХ.

Отже вкрай необхідне надання фармацевтичної опіки хворим на печію та інформування населення про способи немедикаментозного усунення печії для хворих з низьким ризиком ГЕРХ, надання рекомендацій щодо звернення до ЛПЗ при високій оцінці ризику ГЕРХ. Фармацевти повинні надавати

пацієнтам інформацію особливості та протипоказання до застосування антацидних препаратів.

Таким чином, фармацевтична опіка є важливим елементом у скринінговому дослідженні пацієнтів з печією на наявність ГЕРХ та збільшення ефективності надання спеціалізованої лікарської допомоги таким пацієнтам, що може допомогти попередити та зменшити ризик ускладнень (стравохід Баретта, неопластичні стани і т.д.).

Висновки до розділу 4:

1. За результатами проведених досліджень було розроблено практичні рекомендації для провізорів щодо оптимізації фармацевтичної опіки пацієнтів, які страждають на печію.
2. Розроблено відповідний алгоритм бесіди фармацевта та відвідувача аптеки зі шкалою для підвищення якості обслуговування даного контингенту хворих та своєчасного направлення до ЛПЗ.
3. Складено перелік рекомендацій для пацієнтів з низьким рівнем наявності ГЕРХ, які потребують тільки симптоматичного лікування печії.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізувавши дані наукових джерел, можемо зазначити, що антациди є поширеними препаратами для симптоматичного лікування печії та користуються значним попитом. Печія – є частим станом, який відзначають у себе близько 50 відсотків населення, та є першим симптомом багатьох гастроентерологічних захворювань, зокрема ГЕРХ. Це показує на доцільність удосконалення фармацевтичної опіки та підходів до раціонального консультування з метою своєчасного направлення покупців до ЛПЗ.
2. Проаналізувавши фармацевтичний ринок в Україні за групою антацидних препаратів, можемо підсумувати що дані лікарські засоби мають різні форми випуску, смакові якості та широкий ціновий діапазон, що може стати вирішальним при виборі необхідного препарату.
3. Виявлено за аналізом анкетування пацієнтів, що попередньо не звертались до ЛПЗ, більшість не ознайомлені з можливими гастроентерологічними захворюваннями. Натомість переважна більшість покупців мають середній ризик наявності в них ГЕРХ. При цьому при ситуаційному дослідженні методом «таємний покупець» було виявлено недостатній рівень фармацевтичного консультування.
4. Розроблено алгоритм удосконалення фармацевтичної опіки при зверненні пацієнтів для симптоматичного лікування печії у вигляді практичного бланку опитувальної анкети з балами для оцінки ризику наявності в покупця ГЕРХ для підвищення ефективності фармацевтичної опіки відвідувачів аптек.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Державний реєстр лікарських засобів України. URL: <http://www.drlz.com.ua> (дата звернення: 11.03.2023).
2. «Протокол фармацевта при відпуску лікарських засобів без рецепта «Симптоматичне лікування печії» : Наказ МОЗ України від 05.01.2022 р. № 7.
3. «Про затвердження тринадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності»: Наказ МОЗ України від 22.04.2021 р. № 792.
4. «Ведення диспепсії у дорослих»: Клін. настанова. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/22_06_2012_kn.pdf (дата звернення: 11.03.2023).
5. «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба»: Настанова № 00170. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3067> (дата звернення: 11.03.2023).
6. «Пептична виразка, інфекція *Helicobacter pylori* та хронічний гастрит»: Настанова № 00187. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3081> (дата звернення: 11.03.2023).
7. «Диспепсія»: Настанова 00186. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3080> (дата звернення: 11.03.2023).
8. Компендіум. URL: <https://compendium.com.ua/info/43836/18971/> (дата звернення: 09.04.2023).
9. Бабак М. О. Клініко-ендоскопічні особливості перебігу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в осіб з надлишковою масою тіла та ожирінням. Суч. Гастроентерологія. 2010. № 1. С. 16-20.
10. Белоусов Ю. В. Гастроентерологія дитячого віку. К.: СПД Коляда О.П., 2007. 440 с.
11. Бичков М. А., Яхницька М. М. Поширеність гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби за даними ендоскопічних досліджень. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2017. № 2. С: 38-43.

12. Вдовиченко В. І., Острогляд А. В. Рефрактерна гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: стан проблеми. Сучасна гастроентерологія. 2017. № 3. С. 70-77.
13. Діагностика та лікування захворювань травного каналу з позицій доказової медицини / під ред. чл.-кор. АМНУ, д.м.н., професора Ю.О.Філіппова; Т.В. Майкова, Л.М. Мосійчук, Т.Й. Бойко, М. Ю.Зак, О.П. Петішко. Дніпропетровськ, 2008. 187 с.
14. Курик О. Г., Соловійова Г. А., Яковенко В. О. Морфологія гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Сучасна гастроентерологія. 2010. № 2.. С. 27-32.
15. Острогляд А. В. Перший досвід вивчення епідеміології гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби в Україні. Суч. Гастроентерологія. 2006. № 1. С: 30-32.
16. Осьодло, Г. В., Щукін Ю. А. Епідеміологічні та клінічні аспекти гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у різних категорій військовослужбовців. Проблеми військової охорони здоров'я. 2010. С: 170-176.
17. Палій І. Г., Заїка С. В. Деякі аспекти лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби. Укр. тер. журн. 2005. №4. С. 71-75.
18. Фармацевтична опіка: практичний посібник / І. Зупанець, В. Черних, С. Попов та ін.; за ред. І. Зупанця та В. Черниха. Фармацевт Практик, Київ, 2018. 224 с.
19. Симптоми та синдроми в практичній фармації. Принципи терапії: навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. – 2-ге вид., доп. / І.А. Зупанець, С.Б. Попов, Ю.С. Рудик та ін.; за ред. І.А. Зупанця, В.П. Черних. Харків: Золоті сторінки, 2021. 120 с.
20. Чернобровий В. М., Мелашенко С. Г., Ксенчин О. О. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба: функціональна діагностика, вибір інгібіторів протонної помпи та оцінка ефективності їх кислотосупресивної дії. Сучасна гастроентерологія. 2015. № 3 (83). С: 23-31.

21. Черних В. П., Купновицька І. Г. Клінічна фармація: підруч. для студ. вищ. навч. закл./Нфау. Х. : Золоті сторінки, 2013. 181 с.
22. Шадрін О. Г., Ігнатко Л. В., Герасим'юк С. І. Ефективність застосування інгібіторів протонної помпи для ерадикаційної терапії у дітей з гастроезофагеальною рефлюксною хворобою. Сучасна гастроентерологія. 2010. №1 (51). С. 81-84.
23. Ahmed A. M., Karawi M. A., Shariq S., Mohamed A. E. Frequency of gastroesophageal reflux in patients with liver cirrhosis. *Hepatogastroenterology*. 1993. № 40. P 478-480.
24. Aljarallah B. M. Management of Diabetic Gastroparesis. *Saudi J Gastroenterol*. 2011. Vol. 17(2). P. 97–104.
25. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease / P. J. Kahrilas et al. *Gastroenterology*. 2008. Vol. 135 P. 1383.
26. A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel / Juurlink D.N., Gomes T., Ko D.T. et al. *CMAJ*. 2009. Vol. 180 (7). P: 713-718.
27. Ohlsson B., Melander O. Thorsson Oesophageal dysmotility, delayed gastric emptying and autonomic neuropathy correlate to disturbed glucose homeostasis. *Diabetologia*. 2006. Vol. 49. № 9. P. 2010-2014.
28. Bielefeldt K. Gastroparesis: Concepts, Controversies, and Challenges. *Scientifica*. 2012. Vol. 1. Article ID 424802. P. 19.
29. British National Formulary 80 (BNF), September 2020 - March 2021
30. Camilleri M., Bharucha E., Farrugia G. Epidemiology, Mechanisms and Management of Diabetic Gastroparesis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2011. Vol. 9(1). P. 5-7.
31. Cognitive impact after short-term exposure to different proton pump inhibitors: assessment using CANTAB software / Akter S., Hassan Md. R., Shahriar M. et al. *Alzheimer's Research & Therapy*. 2015. Vol. 7. P: 79-86.

32. Deleterious effect of proton pump inhibitors on the disease course of cirrhosis / Tamasa J., Borbely T., Brigittac T. et al.. *European J. of Gastroenterology & Hepatology*. 2020. Vol. 32. P: 257-264.
33. Differential effects of omeprazole and pantoprazole on the pharmacodynamics and pharmacokinetics of clopidogrel in healthy subjects: randomized, placebo-controlled, crossover comparison studies / Angiolillo D. J., Gibson C. M., Cheng S. et al. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2011. Vol; 89 (1). P: 65-74.
34. Does diabetic neuropathy influence the clinical manifestations of reflux esophagitis? / C. Antwi, B. Kranulec, L. Michalko et al. *Bratisl Lek Listy*. 2003. Vol. 104 (4-5). P. 139-142.
35. Dovec E., Urbandt J. E. Gagne D. J. Laparoscopic revision of vertical banded gastroplasty to Roux-en-Y gastric bypass: outcomes of 105 patients // *Surg. Obes. Relat. Dis.* 2011. Vol. 7. P. 493-499.
36. Early dinner reduces nocturnal gastric acidity / Duroux P., Bauerfeind P., Emde C. et al. *Gut*. 1989. Vol. 30. P. 1063-1067.
37. Freedberg D. E., Kim L. S., Yang Yu-Xiao. The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice From the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology*. 2017. Vol. 152 (4). P: 706-715.
38. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030 / S. Wild, G. Roglic, A. Green et al. *Diabetes care*. 2004. Vol. 27, N 5. P. 1047-1053.
39. Gastro-oesophageal reflux disease in type 2 diabetics: symptom load and pathophysiologic aspects - a retro-pro study / R. Promberger, J. Lenglinger, O. Riedl et al. *BMC Gastroenterology*. 2013. Vol. 13. P. 132.
40. Gastroesophageal reflux in cirrhotic patients without esophageal varices / Zhang J., Cui P. L., Lv D. et al. *World J. Gastroenterol.* 2011. №17. P. 1753-1758.

41. Esophageal motility in cirrhotics with and without esophageal varices / Passaretti S., Mazzotti G., de Franchis R. et al. *Scand. J. Gastroenterol.* 1989, № 24. P. 334-338.
42. Huertas-Ceballos A. A., Logan S., Bennett C., Macarthur C. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood / Hamilton J. W., Boisen R. J., Yamamoto D. T. et al. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2009. P. 234.
43. Hasler W. L. Gastroparesis — current concepts and considerations. *Medscape J. Med.* 2008. Vol. 10, N 1. P. 16.
44. High prevalence of gastroesophageal reflux symptoms in type 2 diabetics with hypoadiponectinemia and metabolic syndrome / A. Hirata, K. Kishida, H. Nakatsuji et al. *Nutrition & Metabolism.* 2012. Vol. 9. P. 4.
45. Faraj J., Melander O., Olsson R. Oesophageal dysmotility, delayed gastric emptying and gastrointestinal symptoms in patients with diabetes mellitus. *Diabet. Med.* 2007. Vol. 24, N 11. P. 1235-1239.
46. Lo E. A., Wilby K. J., Ensom M. H. Use of proton pump inhibitors in the management of gastroesophageal varices: a systematic review. *Ann Pharmacother.* 2015. № 49. P. 207-219.
47. Li B., Zhang B., Ma J.W. et al. High prevalence of reflux esophagitis among upper endoscopies in Chinese patients with chronic liver diseases. *BMC Gastroenterol.* 2010. № 10 P. 54-62.
48. Miura K.I., Tanaka A., Yamamoto T. et al. Proton pump inhibitor use is associated with spontaneous bacterial peritonitis in patients with liver cirrhosis. *Intern Med.* 2014. № 53 (10). P. 1037-1042.
49. O'Connor H., Sebastian S. The burden of *Helicobacter pylori* infection in Europe. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2003. Vol. 18 (3). P. 38-44.
50. Proton pump inhibitors and histamine-2 receptor antagonists on the risk of pancreatic cancer: a systematic review and meta-analysis / Laoveeravat P., Thavaraputta S., Vutthikraivit W. et al. *QJM: An International J. of Medicine.* 2020. Vol.113 (2). P. 100-107.

51. PPIs are not associated with a lower incidence of portal-hypertension-related bleeding in cirrhosis / Garcia-Saenz-de-Sicilia M., Sanchez-Avila F., Chavez-Tapia N-C. et al. *World J. Gastroenterol.* 2010. № 16. P: 5869-5873.
52. Proton pump inhibitors and the risk of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies / Ma T., Wu M., Jia S. et al. *Int J Colorectal Dis.* 2020. Vol. 35. P. 2157-2169.
53. Reilly J. J., Schade R. R., Van Thiel D. S. Esophageal function after injection sclerotherapy: pathogenesis of esophageal stricture. *Am. J. Surg.* 1984. № 147. P: 85-88.
54. S. Abid, A. Rizvi, F. Jahan. Poor glycaemic control is the major factor associated with increased frequency of gastrointestinal symptoms in patients with diabetes mellitus. *J. Pak. Med. Assoc.* 2007. Vol. 57. P. 345-349.
55. Short-Term Proton Pump Inhibitor Use and Hepatic Encephalopathy Risk in Patients with Decompensated Cirrhosis / Kuan Y. C., Huang K. W., Lin C. L. et al. *J. Clin. Med.* 2019. № 8 P. 1108-1116.
56. Spugnini E.P., Fais S. Drug repurposing for anticancer therapies. A lesson from proton pump inhibitors. *Expert Opinion on Therapeutic Patents.* 2020. Vol. 30. P: 15-25.
57. Shin J. M., Sachs G. Pharmacology of proton pump inhibitors. *Curr Gastroenterol Rep.* 2008. №10. P. 528-534.
58. Sleeping on a wedge diminishes exposure of the esophagus to refluxed acid. *Dig. Dis. Sci.* 1988. Vol. 33. P. 518-522.
59. Weight loss has an independent beneficial effect on symptoms of gastro-oesophageal reflux in patients who are overweight / Fraser-Moodie C. A., Norton B., Gornall C. et al. *Scand. J. Gastroenterol.* 1999. Vol. 34. P. 337-340.
60. Щербинина М.Б. Длительная кислотосупрессия желудка ингибиторами протонной помпы: возможные риски, выбор оптимального препарата. *Сучасна гастроентерологія.* 2017. № 1 (93). С. 59-68.

Національний фармацевтичний університет

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

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

Тетяна САХАРОВА

“02” вересня 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Поліни АРТЕМЕНКО

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Клініко-фармацевтичні підходи до оптимізації фармацевтичної опіки хворих із ГЕРХ», керівник кваліфікаційної роботи: Сергій ШЕБЕКО, д.фарм.н., професор, затверджений наказом НФаУ від “06” березня 2023 року № 61
2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: квітень 2023 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: ГЕРХ, раціональне лікування, анкетування, фармацевтична опіка, оптимізація.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): провести літературний пошук з питань раціонального лікування ГЕРХ; дослідити клінічні протоколи про лікування ГЕРХ в Україні та інших країнах; здійснити опитування відвідувачів аптеки щодо перебігу захворювання та провести ситуаційне дослідження методом «таємний покупець»; провести аналіз 50 анкет покупців та 5 опитувань провізорів; розробити раціональні принципи фармацевтичної опіки при лікуванні симптоматичної печії.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслень): таблиць – 5 , рисунків – 11

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

| Розділ | Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта | Підпис, дата | |
|--------|--|----------------|------------------|
| | | завдання видав | завдання прийняв |
| 1 | Сергій ШЕБЕКО, професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ | 02.09.2022 р. | 02.09.2022 р. |
| 2 | Сергій ШЕБЕКО, професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ | 02.09.2022 р. | 02.09.2022 р. |
| 3 | Сергій ШЕБЕКО, професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ | 02.09.2022 р. | 02.09.2022 р. |
| 4 | Сергій ШЕБЕКО, професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ | 02.09.2022 р. | 02.09.2022 р. |

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

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи | Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи | Примітка |
|-------|--|--|-----------------|
| 1 | Здійснення аналізу літератури та інтернет-джерел з проблеми належного лікування GERX, зокрема печії | вересень-листопад 2022 р. | виконано |
| 2 | Дослідження клінічних протоколів про лікування GERX в Україні та інших країнах | грудень 2022 р. | виконано |
| 3 | Анкетування відвідувачів аптеки щодо перебігу захворювання та провести ситуаційне дослідження методом «таємний покупець» | січень 2023 р. | виконано |
| 4 | Проведення аналізу 50 анкет покупців та 5 опитувань фармацевтів | лютий 2023 р. | виконано |
| 5 | Розробка раціональних принципів фармацевтичної опіки при лікуванні симптоматичної печії | березень 2023 р. | виконано |
| 6 | Оформлення роботи та супровідних документів, подача до Екзаменаційної комісії НФаУ | квітень 2023 р. | виконано |

Здобувач вищої освіти _____

Поліна АРТЕМЕНКО

Керівник кваліфікаційної роботи _____

Сергій ШЕБЕКО

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 61
по Національному фармацевтичному університету
від 06 березня 2023 року

Затвердити тему, керівника та рецензента кваліфікаційної роботи здобувачу вищої освіти денної форми здобуття освіти 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 |
|-------|---|--|--|---------------------------------|----------------------------------|
| 6. | Артеменко Поліна Юріївна | Клініко-фармацевтичні підходи до оптимізації фармацевтичної опіки хворих із ГЕРХ | Clinical and pharmaceutical approaches to the optimization of pharmaceutical care in GERD patients | проф. Шебеко С. К. | доц. Должикова О. 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**

№ 112803 від « 1 » травня 2023 р.

Проаналізувавши випускну кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти денної форми навчання Артеменко Поліни Юріївни, 5 курсу, КФс18(5.0д)-01 групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Клініко-фармацевтичні підходи до оптимізації фармацевтичної опіки хворих із ГЕРХ / Clinical and pharmaceutical approaches to the optimization of pharmaceutical care in GERD patients», 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

1%

22%

ВІДГУК

наукового керівника на кваліфікаційну роботу другого (магістерського) ступеня вищої освіти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація

Поліни АРТЕМЕНКО

на тему: «Клініко-фармацевтичні підходи до оптимізації фармацевтичної опіки хворих із GERX»

Актуальність теми. В умовах сьогодення, печія, яка є симптомом багатьох гастроентерологічних захворювань, є однією з найчастіших скарг з якою звертаються покупці з метою симптоматичного лікування. Саме на провізора покладається відповідальність запідозрити інші симптоми GERX у пацієнта з печією та своєчасно направити до лікувально-профілактичного закладу з метою призначення відповідного лікування. Виходячи з цього, постає важливість у знанні та виконанні чинного протоколу про фармацевтичну опіку пацієнтів з печією.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Випускна кваліфікаційна робота присвячена оптимізації принципів фармацевтичної опіки у покупців з печією. Проведено аналіз якості надання фармацевтичної опіки у аптеках, здійснено анкетування споживачів фармацевтичних послуг, визначено оцінку ризику GERX у пацієнтів з печією та удосконалено загальний алгоритм фармацевтичної опіки.

Оцінка роботи. Робота виконана на достатньому науково-методичному рівні з використанням необхідної кількості первинного матеріалу. Здобувач опрацював достатню кількість наукової літератури щодо забезпечення якісного надання фармацевтичної допомоги. Робота є актуальною, несе практичну та наукову цінність.

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 Екзаменаційну комісію з метою подальшого захисту.

Науковий керівник

Сергій ШЕБЕКО

"11" квітня 2023 р.

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну роботу другого (магістерського) ступеня вищої освіти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація

Поліни АРТЕМЕНКО

на тему: «Клініко-фармацевтичні підходи до оптимізації фармацевтичної опіки хворих із GERX»

Актуальність теми. Раціональні та комплексні підходи до лікування печії як прояву гастроентерологічних захворювань, в тому числі GERX, є однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я. Фармацевти відіграють незамінну роль у проведенні фармацевтичної опіки у ході лікування печії та попередженні можливих ускладнень у пацієнтів. Значний науковий і практичний інтерес викликає дослідження проблеми надання якісної фармацевтичної опіки у вітчизняних аптечних закладах.

Теоретичний рівень роботи. Літературний огляд, проведений за тематикою дослідження, висвітлює питання щодо значення фармацевтичної опіки для раціонального прийому антацидних препаратів при печії, надання фармацевтичної опіки в аптечних закладах та окреслює необхідні напрямки подальших досліджень. Здобувачем грамотно визначена мета, завдання, об'єкт та предмет дослідження.

Пропозиції автора по темі дослідження. Випускна кваліфікаційна робота присвячена розгляду теоретичних та практичних аспектів розгляду печії як можливого первинного прояву GERX. На підставі даних, які були отримані при проведенні анкетувань відвідувачів аптеки, ситуаційного дослідження провізорів та аналізу бланків відповідей, були розроблені раціональні принципи до фармацевтичної опіки при зверненні покупців з печією. Дані підходи включають проведення належної фармацевтичної опіки, алгоритми оцінки ризику GERX, а також надання загальних рекомендацій щодо нефармакологічного лікування печії, та носять прикладне значення для сучасної аптечної практики.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Отримані результати дозволили розробити раціональні підходи до фармацевтичної опіки пацієнтів, що страждають на печію, а також відповідний алгоритм бесіди фармацевта та відвідувача аптеки для підвищення якості обслуговування даного контингенту хворих.

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 _____

доц. Олена ДОЛЖИКОВА

"15" квітня 2023 р.

МОЗ України
Національний фармацевтичний університет

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ №10

Засідання кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації

Національний фармацевтичний університет

м. Харків

«19» квітня 2023 р.

СЛУХАЛИ: Про представлення до захисту в Екзаменаційній комісії випускної кваліфікаційної роботи на тему: **«Клініко-фармацевтичні підходи до оптимізації фармацевтичної опіки хворих із GERX» / «Clinical and pharmaceutical approaches to the optimization of pharmaceutical care in GERD patients»**

здобувача вищої освіти 5 курсу, спеціальності – 226 Фармація, промислова фармація, освітньої програми – Клінічна фармація, ступінь вищої освіти – магістр, термін навчання – 4 р. 10 міс., очна (денна) форма здобуття освіти, НФаУ 2023 року випуску

Артеменко Поліни Юріївни

прізвище, ім'я та по батькові

Керівник: професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, д.фарм.н., професор Шебеко С.К.

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної лабораторної діагностики, д.фарм.н., доцент Должикова О.В.

В обговоренні кваліфікаційної роботи брали участь:

В.о. зав. кафедри, професор Т.С. Сахарова; професор В.А. Мороз; професор 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; доцент 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

Артеменко Поліни Юріївни

прізвище, ім'я та по батькові

На тему: **«Клініко-фармацевтичні підходи до оптимізації фармацевтичної опіки хворих із GERX» / «Clinical and pharmaceutical approaches to the optimization of pharmaceutical care in GERD patients»**

В.о. завідувачки кафедри _____

(підпис)

Тетяна САХАРОВА

Секретар _____

(підпис)

Катерина ТКАЧЕНКО

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ПОДАННЯ ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Направляється здобувач вищої освіти Поліна АРТЕМЕНКО до захисту кваліфікаційної роботи за галуззю знань 22 Охорона здоров'я спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація освітньою програмою Клінічна фармація на тему: «Клініко-фармацевтичні підходи до оптимізації фармацевтичної опіки хворих із GERX»

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Ольга НАБОКА /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Поліна АРТЕМЕНКО виконала весь обсяг робіт. Кваліфікаційна робота може бути рекомендована до подачі в Екзаменаційну комісію НФаУ для подальшого її захисту.

Керівник кваліфікаційної роботи

Сергій ШЕБЕКО

“11” квітня 2023 року

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

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

В.о. завідувачки кафедри
клінічної фармакології та клінічної фармації

Тетяна САХАРОВА

“19” квітня 2023 року

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

« ____ » _____ 2023 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

доктор медичних наук, професор

_____ /Наталія БЕЗДІТКО/