

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет медико-фармацевтичних технологій
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему «**КЛІНІКО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ
БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО
ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ**»

Виконав: здобувач вищої освіти групи КФс16(5,5з)-01а,
спеціальності 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Клінічна фармація
Ірина ПРИЖЕЛУДСЬКА

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної
фармакології та клінічної фармації, к.мед.н., доцент
Ольга ТАРАСЕНКО

Рецензент: доцент кафедри анестезіології, інтенсивної
терапії, трансфузіології і гематології ХМАПО, к.мед.н.
Максим ГОЛЯНИЩЕВ

Харків – 2022 рік

АНОТАЦІЯ

В роботі встановлено асортимент безрецептурних препаратів, які чинять вплив на кислотозалежні стани, що були відпущені провізорами аптек; досліджено об'єм інформаційної підтримки відвідувача аптеки при відпуску препаратів. За результатами розроблені рекомендації з фармацевтичної опіки, для підвищення ефективності та безпеки фармакотерапії антацидними препаратами.

Робота викладена на 44 сторінках тексту, містить 4 таблиці, 3 рисунка, 30 джерел літератури.

Ключові слова: розлади травлення; антацидні препарати; фармацевтична опіка.

SUMMARY

The range of over-the-counter drugs that affect acid-dependent conditions released by pharmacists has been established; the volume of information support of the pharmacy visitor during the dispensing of drugs was investigated. Based on the results, recommendations on pharmaceutical care have been developed to increase the effectiveness and safety of pharmacotherapy with antacids.

The work is presented on 44 pages of text, contains 4 tables, 3 figures, 30 sources of literature.

Key words: digestive disorders; antacids; pharmaceutical care.

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 РОЛЬ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ.....	8
1.1. Функціональна печія у гастроентерологічній практиці.....	8
1.2. Сучасні підходи до лікування печії.....	12
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	18
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ ПРОВЕДЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ПРИ ВІДПУСКУ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАН- НЯ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ.....	22
РОЗДІЛ 4 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІ- ДЖЕННЯ.....	29
ВИСНОВКИ.....	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	41

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ГЕРХ – гастроезофагеальна рефлюксна хвороба
- ІПП – інгібітори протонної помпи
- ЛЗ – лікарський засіб
- НПЗЗ – нестероїдні протизапальні засоби
- ССЗ – серцево-судинні захворювання
- ХСН – хронічна серцева недостатність
- ЦД – цукровий діабет
- ЧСС – частота серцевих скорочень
- ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ВСТУП

Актуальність теми. Результати широких епідеміологічних досліджень свідчать, що 40 % людей постійно (з різною частотою) відчують печію. Найбільш часто печія є основним симптомом гастроезофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ). В Україні поширеність ГЕРХ серед дорослого населення становить 18-46 %, причому у 45-80 % хворих з ГЕРХ виявляють езофагіт. Загалом популяції населення поширеність езофагіту оцінюють у 5-6%, причому у 65-90% хворих відзначається незначно і помірно виражений езофагіт, у 10-35% - важкий езофагіт [5, 2, 4, 6]. Частота виникнення важкого езофагіту у загальній популяції становить 5 випадків на 100000 населення на рік.

Печія, найбільш характерний симптом, що спостерігається у 83 % хворих, виникає внаслідок тривалого контакту вмісту шлунка із слизовою оболонкою. Для цього симптому характерно збільшення його виразності при помилках у дієті, прийомі алкоголю та газованих напоїв, фізичній напрузі, нахилах та в горизонтальному положенні [7].

Лікування пацієнтів з ГЕРХ має бути індивідуалізоване та орієнтоване відповідно з клінічними проявами захворювання та їх виразністю. Мета лікування – усунення симптомів, а при ерозивному езофагіті – загоєння ерозій та попередження ускладнень. У пацієнтів із стравоходом Баррета метою є профілактика прогресування та розвитку дисплазії [19]. Лікування має бути спрямоване на зменшення виразності рефлюксу, зниження агресивних властивостей рефлюктату, покращення стравохідного кліренсу та захист слизової оболонки стравоходу.

Дослідження, проведені у багатьох країнах світу, показали, що більш ніж 80 % пацієнтів, які не отримують адекватного підтримуючого лікування, рецидив розвивається протягом найближчих 26 тижнів, а ймовірність рецидиву протягом року становить 90-98 %. З цього випливає, що необхідно проводити підтримуючу лікування [19]. Патогенетично обґрунтованим терапевтичним способом зменшення «кислотної кишені» та нейтралізації кислоти в

області стравохідно-шлункового переходу у хворих з ГЕРХ є прийом антацидів, які нейтралізують надлишок кислоти та попереджають пошкодженню слизової оболонки стравоходу. Антациди можна застосовувати як монотерапію при печії, яка рідко виникає та не супроводжується розвитком езофагіту, так і в схемах комплексної терапії ГЕРХ, так як вони ефективні в швидкому усуненні симптомів.

Враховуючи широке застосування антацидних препаратів виконання клінічних рекомендацій може сприяти покращенню якості надання медичної допомоги пацієнтам з печією та профілактики ускладнень, зокрема при проведенні самолікування.

Метою дослідження стало підвищення якості фармацевтичної опіки хворих, що застосовують антацидні препарати, при зверненні до аптеки.

Для досягнення мети вирішувались наступні **завдання**:

- Визначити структуру препаратів, які чинять вплив на кислотозалежні стани, що відпускаються провізорами;
- Дослідити інформованість відвідувачів аптеки щодо побічних ефектів антацидів та правил їх раціонального застосування;
- Оцінити рівень фармацевтичної опіки при відпуску антацидних препаратів;
- Визначити шляхи підвищення ефективності та безпеки лікування антацидними препаратами.

Об'єкт дослідження: раціональність використання антацидних препаратів.

Предмет дослідження: якість надання фармацевтичної опіки при відпуску антацидних препаратів.

Методи дослідження. При виконанні дослідницької роботи використовувались наступні методи дослідження: теоретичний (аналіз літературних джерел); соціологічний (анкетування відвідувачів аптеки); логічний (аналіз результатів анкетування); методи математичної статистики обробки результатів.

Наукова новизна. В дослідженні встановлена структура безрецептур-

них ЛЗ для симптоматичного лікування розладів травлення, які найчастіше відпускаються провізорами. За 3 місяці було продано 77 упаковок безрецептурних препаратів, які мають вплив на кислотозалежні стани. Антациди в структурі всіх продаж становили 71,6 %, препарати альгінової кислоти – майже 15 %. 9,5 % було відведено на препарати колоїдного вісмуту, 2,6 % мав пантопразол. Найменшим попитом серед відвідувачів аптеки користувались препарати, які містили магалдрат.

Консультації відвідувача з питань наявності загрозованих симптомів проводять більшість опитаних провізорів (65 %). Всі опитані провізори надавали допомогу клієнтам аптеки у виборі безрецептурного ЛЗ. 65 % провізорів зазначили у відповідях, що часто надають рекомендації з правильного застосування ЛЗ. Просвітницька робота провізорів щодо можливих побічних ефектів безрецептурних ЛЗ проводилась не досить активно: 45 % респондентів взагалі не консультують покупців в приводу цього питання. Ще гірше йде справа з інформування про взаємодію та сумісність з іншими ЛЗ.

Практичне значення отриманих результатів. Розроблені рекомендації з підвищення безпеки та ефективності лікування безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування розладів травлення допоможуть внести корективи у практичну діяльність провізорів та сприятимуть покращанню раціональності використання даної групи ЛЗ.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, огляду літератури, експериментальної частини, висновків, переліку використаних літературних джерел. Робота викладена на 44 сторінках тексту, містить 4 таблиці, 3 рисунки, 30 джерел літератури.

РОЗДІЛ 1

РОЛЬ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ

РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ

1.1 Функціональна печія у гастроентерологічній практиці

XXI століття ознаменувалося істотним підвищенням світового інтересу медичної спільноти до проблеми захворювань стравоходу. В даний час чітко окреслено коло захворювань, які призводять до значного погіршення якості життя хворих, втрати працездатності та навіть інвалідизації [5, 8]. Частота деяких ускладнень стрімко збільшується, вони служать однією з причин смертельних результатів при гастроентерологічних захворюваннях. Клінічну картину захворювань стравоходу визначають головним чином такі симптоми, як дисфагія, біль, печія, відрижка та відрижка. В основі розвитку цих симптомів можуть бути різні патогенетичні механізми [10, 14, 23].

Печія (pyrosis) – одна з найпоширеніших скарг при захворюваннях стравоходу, є досить специфічне відчуття печіння за грудиною, що хвилеподібно посилюється і зменшується, яке поширюється знизу нагору з епігастральної області до шиї [17]. Печія з'являється або посилюється при різких змінах положення тіла з нахилом тулуба вперед (прибирання приміщень, садово-городні роботи та ін.); в положенні лежачи, вночі, коли полегшується попадання рефлюксату в стравохід і майже відсутня слиновиділення, що нейтралізує кислий рефлюкс; напрузі м'язів черевного преса, а також через деякий час після їди, особливо рясні. Нерідко вона виникає під час вагітності. У багатьох хворих на печію викликають солодкі киселі, солодкий чай та інші солодкі продукти, соки цитрусових, свіжоспечений чорний хліб, гарячі пироги, пересмажені жирні продукти, прянощі та гострі страви, вживання алкоголю та ацетилсаліцилової кислоти. Печія зменшується в положенні стоячи, при проковтуванні слини, питво води і, особливо, прийому антацидних чи антисекреторних препаратів [17, 21, 30]. Інтенсивність печії варіює від помірної до значно вираженої.

В даний час печію вважають результатом тривалого контакту шлункового вмісту (частіше кислого з $\text{pH} < 4$) зі слизовою оболонкою (СО) стравоходу. Вона є найбільш типовим проявом ГЕРХ [9, 18]. При великому обсязі кислого регургітату у деяких хворих на ГЕРХ печія може чергуватись із кислотою відрижкою. Об'єктивним дослідженням, що підтверджує наявність шлунково-стравохідного рефлюксу, є 24-годинна рН-метрія стравоходу. Лужний рефлюкс пов'язаний з потраплянням у стравохід жовчі та панкреатичного соку. При цьому у хворих поряд із печією, найчастіше в ранкові години, з'являється відчуття гіркоти, зумовлене регургітацією в стравохід дуоденального вмісту, багатого на жовч.

Суттєве значення у відтворенні цього симптому має розтяг стінок стравоходу, виявляється зв'язок між ненормально тривалим скороченням поздовжніх м'язів стравоходу та появою печії. Крім того, печія може бути проявом вісцеральної гіперчутливості стравоходу, коли рефлюкс, що не перевищує фізіологічних меж, що викликає печію, у цьому випадку мова йдеться про роздратований стравохід [4, 7, 24]. Печія може бути і симптомом психогенного захворювання, що має соматичні прояви.

Це функціональна печія, коли абсолютно немає зв'язку між наявністю шлункового рефлюксу, часом рефлюксу та проявом симптому, відсутні гістологічні ознаки езофагіту та розлади моторики стравоходу, але при цьому спостерігається підвищена тривожність та інші прояви порушень психологічного статусу у пацієнтів [26].

Функціональну печію складно диференціювати з печією, що є проявом соматоформного розладу, – психогенним захворюванням із симптомами, що асоціюються із соматичним захворюванням за відсутності відповідних органічних розладів. Згідно МКБ-10, варіанти соматоформного розладу у хворих із симптомом печії включають соматизований розлад та соматоформну вегетативну дисфункцію верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Функціональну печію чи печію як прояв соматоформного захворювання можна припускати у хворого з численними скаргами. Якщо йдеться про сома-

тоформну вегетативну дисфункцію, скарги варіабельні, вони змінюються, що призводить до багаторазових консультуванням. Такі хворі є «великими скаржниками» і відмовляються приймати висновок про відсутність у них органічної патології за даними об'єктивних методів дослідження. нарешті, прояв печії та інших еквівалентів ГЕРХ у таких хворих поєднується із системними проявами вегетативного дисбалансу [26].

На печію страждають не тільки дорослі, але й діти, які до певного віку не можуть сформулювати свої почуття. Зазвичай лише з 6 років діти можуть описати скарги, що відповідають печії. Незважаючи на невеликий обсяг шлунка, у дітей виробляється не менше соляної кислоти, чим у дорослих.

Незважаючи на те що обсяг шлункового соку і продукція соляної кислоти у дітей менше, ніж у дорослих, при закиданні кислого вмісту зі шлунка в стравохід цього цілком вистачає для того, щоб розвинути реакцію у відповідь з боку слизової оболонки стравоходу і викликати клінічні симптоми [24].

Загалом причини рефлюксу в дітей такі ж самі, як і у дорослих: зниження моторики стравоходу; порушення моторики антрального відділу шлунка; уповільнення випорожнення шлунка від твердої їжі; закидання кислоти, пепсину та жовчних кислот зі шлунка в стравохід; зниження тиску нижнього харчового сфінктера але основними їх у дітей може бути вроджені аномалії або вади розвитку у вигляді пілороспазму, пілоростенозу або мембрани на рівні дванадцятипалої кишки. Через порушення протягом вагітності матері або при родовій травмі у дитини може відбутися порушення іннервації, що призводить до більш вираженого порушення блукаючого нерва та антиперистальтичних хвиль. В результаті у дітей відбувається уповільнення спорожнення шлунка від твердої їжі та закидання кислоти, пепсину і жовчних кислот у стравохіді. Крім того, діти відносно швидко та нерівномірно ростуть, через швидке витягнення з періодичністю 4 роки або 8 років стравохід і шлунков «не встигають» за бурхливим зростанням скелета, і виникає умовно «короткий стравохід». Найчастіше бувають антиперистальтичні хвилі. Саме в цьому віці виникає гастроезофагеальний пролапс і найчастіше формуються

гіперпластичні поліпи кардіального відділу шлунка.

У структурі ураження стравоходу у дітей 37 % припадає на рефлюкс-езофагіт, близько 60% займає на відміну від дорослих, у дітей частіше виникає дуодено-гастральний рефлюкс із закиданням дуоденального вмісту спочатку в шлунок, а потім жовчні кислоти закидаються і стравохід. Внаслідок подразнення дуоденальним вмістом розвивається лужний езофагіт.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба – хронічне рецидивне захворювання, обумовлене порушенням моторноевакуаторної функції органів гастроезофагеальної зони і характеризується регулярно повторюваним закиданням в стравохід вмісту шлунка, а іноді і дванадцятипалої кишки, що призводить до появи клінічних симптомів стравоходу з розвитком у ньому дистрофічних змін неорогівного багатошарового плоского епітелію, катарального або ерозивно-виразкового езофагіту (рефлюкс-езофагіту), а у частини хворих – циліндроклітинної метаплазії [15, 27]. З патофізіологічної точки зору, ГЕРХ є багатофакторним кислотозалежним захворюванням з первинним порушенням рухової функції верхніх відділів травного тракту.

Вперше як самостійне захворювання стравоходу, пов'язане з сирефлюксом кислого вмісту шлунка, було виділено Albert в 1839 році, перший гістологічне опис дано Qunke в 1879 році. Термін «гастроезофагеальна рефлюксна хвороба» введений Rossetti в 1966 році.

ГЕРХ розвивається внаслідок порушення захисних механізмів слизової оболонки стравоходу, що запобігають його ушкодженню. Типовий симптомокомплекс рефлюксу включає печію, відрижку, регургітацію, одиофагію, дисфагію, некардіальний біль у грудній клітці та по ходу стравоходу [28, 13, 29].

Більшість досліджень підтверджують, що зв'язок існує взаємозв'язок із наявністю ожиріння та виникненням ГЕРХ. Виявлено позитивний кореляційний зв'язок між розвитком симптомів рефлюксної хвороби, індексом маси тіла та об'ємом живота у дорослих. У хворих на ГЕРХ вища поширеність метаболічного синдрому. Метаболічний синдром та ожиріння прискорюють

прогресування та уповільнюють регресію симптомів ГЕРХ. У хворих на ГЕРХ з ожирінням вища ймовірність розвитку стравоходу Барретта та аденокарциноми стравоходу [25]. Описано клінічні та морфологічні особливості рефлюксної хвороби у хворих з ожирінням. Зв'язок між індексу маси тіла та розвитком симптомів рефлюксної хвороби найбільш чітко простежується при $ІМТ > 35 \text{ кг/м}^2$. За результатами масштабного дослідження в Канаді, що включало понад 690 тис. дітей віком від 2 до 19 років, було показано, що у дітей віком 6 років і старше при морбідному ожирінні ГЕРХ також виявляється достовірно частіше [25].

1.2 Сучасні підходи до лікування печії

При лікуванні хворих з ГЕРХ рекомендується застосовувати індивідуальний підхід до призначення антисекреторної терапії та вибору препарату, заснований на ретельному аналізі клінічної картини [7, 13, 22, 20].

Лікування ГЕРХ має бути спрямоване на вирішення наступних завдань:

- 1) зменшення агресивності шлункового вмісту;
- 2) підвищення антирефлюксної функції нижній відділів стравоходу;
- 3) зменшення часу контакту слизової оболонки стравоходу зі шлунково-кишковим вмістом (регургітатом);
- 4) захист слизової оболонки стравоходу від ушкодження регургітатом.

Лікувальні заходи при ГЕРХ базуються на трьох основних положеннях:

- 1) комплекс немедикаментозних впливів, головним чином нормалізація способу життя, режиму дня та харчування;
- 2) консервативна терапія;
- 3) хірургічна корекція.

Існує дві тактики фармакотерапії для пацієнтів з ГЕРХ: step down (лікування починають з найефективнішого сильнодіючого засобу і закінчують м'якодіючими антацидами) і step up (терапію починають з м'якодіючих антацидів і при неефективності на кожному наступному ступені призначають сильніше діючі засоби) [18]. Тактика лікування хворих на ГЕРХ передбачає використання інгібіторів протонної помпи (ІПП), H_2 -гістамінових блокаторів,

прокінетиків, антацидів.

ІПП залишаються «золотим стандартом» лікування ГЕРХ. Пригнічуючи секрецію соляної кислоти, ІПП ефективно допомагають при ГЕРХ, але слід враховувати, що рівень рН у шлунку людини (перебуває в діапазоні від 1,5 до 2) необхідний, щоб реалізувалися ентерогастральний протеоліз та антисептичні властивості шлункового соку, що захищають від мікробів і токсинів, які потрапляють у шлунок з контамінованою їжею.

Перша серйозна критика такого терапевтичного підходу прозвучала у 2008 р. з вуст відомого фінського гастроентеролога P. Sipponen, який описав, що в умовах гіпо- та ахлоргідрії виникає ціла низка несприятливих ефектів, пов'язаних з мальабсорбцією мікроелементів, непередбачено змінюється абсорбція низки лікарських препаратів, збільшується ризик розвитку різноманітних інфекцій та появи онкологічних захворювань. Дещо пізніше з'явилися докази, що тривалий прийом ІПП може бути пов'язаний зі збільшенням ризику клостридіальної інфекції, у тому числі тяжких форм псевдомембранозного коліту, і навіть інших інфекцій (сальмонельоз, кампілобактеріоз, кандидоз). В середині 2000-х років було показано, що тривалий прийом ІПП підвищує ризик розвитку пневмонії та переломів шийки стегна. Було встановлено, що воднево-калієва помпа, на яку впливають ІПП, не прив'язана лише до обкладних клітин головних шлункових залоз. У цитоплазмі багатьох клітин людського організму локалізується близький за біохімічною будовою фермент, активність якого може бути пригнічена ІПП. Відповідно, гальмування фагоцитарної активності нейтрофілів може призводити до збільшення ризику розвитку пневмонії, а гальмування дозрівання остеобластів – збільшення ризику розвитку переломів шийки стегна.

ІПП не допомагають хворим з функціональною печією, так як у них немає точки для впливу цих препаратів, але їм допомагає психокоригуюча фармакотерапія.

Антациди і алгірати можуть застосовуватися як монотерапії рідкої печії, що не супроводжується розвитком езофагіту, так і в схемах комплексної

терапії ГЕРХ, так як виявляються ефективні в швидкому усуненні симптомів. Антацидні засоби застосовують у лікуванні помірно виражених та нечасто виникаючих симптомів, особливо тих, які пов'язані з недотриманням рекомендованого способу життя.

Доведено фармакологічну сумісність даних засобів з антисекреторними препаратами для лікування ГЕРХ. Антациди та алгінати слід приймати залежно від вираженості симптомів зазвичай після їжі та на ніч до стійкого усунення симптомів захворювання, потім «на вимогу». Даних, що свідчать про можливість їхнього постійного застосування, недостатньо. Альгінати приймають по 10 мл 3-4 рази на день через 30-40 хвилин після їди і 1 раз на ніч до стійкого усунення симптомів захворювання, а потім – в режимі «на вимогу».

Переваги альгінатів полягають у тому, що вони є прикладом терапії природними сполуками, оскільки їх отримують з бурих водоростей [1]. Альгінові кислоти є полісахаридами, молекули яких побудовані з залишків D-маннуронової та L-гулууронової кислот, і при цьому блоки поліманнуронової кислоти надають в'язкість альгінатним розчинам, а гулууронова кислота відповідає за зв'язування двовалентних іонів металу.

Відомо, що альгінова кислота може стимулювати фагоцитоз, сорбувати та інактивувати циркулюючі імунні комплекси, сорбувати надмірну кількість імуноглобуліну типу Е (IgE), стимулювати синтез антитіл місцевого специфічного захисту імуноглобуліну типу А (IgA). Перші роботи з використання альгінатів у дітей були проведені у 1890-х роках. Застосування альгінатів призводило до досить швидкого усунення ерозивних уражень слизової оболонки стравоходу. Єдиним їх недоліком був неприємний гіркий смак, якого позбавлялися, використовуючи різні добавки.

У лікуванні кислотозалежних захворювань у час важливу роль відіграє ефективна протидія кислотному фактору. У комплексній терапії виразкової хвороби знайшли широке застосування лікарські препарати, що мають антацидну дію, тому що вони здатні нейтралізувати соляну кислоту, адсорбувати пепсин, гальмувати ретроцифузію водорозчинних іонів, купірувати спазми

[19].

Згідно з даними раніше проведених досліджень, вітчизняний фармацевтичний ринок налічує понад 40 міжнародних непатентованих найменувань ЛЗ (або близько 230 торгових найменувань), які застосовуються для лікування виразкової хвороби [16].

Традиційно всі антациди ділять на всмоктуються і не всмоктуються. Найбільш переважними сьогодні є антациди, що не всмоктуються (маалокс, фосфалюгель, алмагель і т.д.).

Антациди, що не всмоктуються, мають здатність виявляти певні побічні ефекти. Так, препарати алюмінію викликають уповільнення моторики кишківника, а магнію – прискорення. Тому в сучасних антацидних препаратах часто присутня збалансована комбінація солей магнію і алюмінію. Для сучасних антацидних препаратів характерні не тільки їх вищезгадані властивості, але також здатність адсорбувати жовчні кислоти, лізолецитин; високі буферні властивості, швидкий початок і значна тривалість дії, хороші органолептичні властивості при мінімальній можливості будь-яких побічних ефектів, відсутність газоутворення. Крім того, практично всі вони мають цитопротективний ефект, а також стимулюють процеси клітинної регенерації [12].

Найчастіше препарати антацидної дії застосовують у комбінації з H₂-блокаторами, M-холінолітиками або блокаторами протонного насоса.

Завдяки своїй цитопротекторній дії за допомогою підвищення синтезу простагландинів та стимуляції захисних властивостей слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки ці препарати надають благотворну дію на загоєння виразок та ерозій [22].

Таким чином, медична практика відзначає високу ефективність антацидів у лікуванні кислотозалежних захворювань. У сучасній клінічній практиці за наявності потужних антисекреторних препаратів, таких як блокатори протонного насоса, антацидні засоби не втратили свого значення. Це пояснюється тим, що сучасні антациди мають протективний ефект. Тому антациди будуть займати все більше місця в лікуванні та профілактиці пептичних

пошкоджень слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Одним з найбільш популярних антацидів цієї групи є гідрокарбонат натрію (сода двовуглекисла). Нейтралізуючий ефект від прийому двовуглекислої соди настає досить швидко через 2-3 с. При прийомі препарату настає швидка реакція нейтралізації соляної кислоти шлункового вмісту з утворенням кухонної солі, води та вуглекислого газу. Вуглекислий газ, що утворюється, викликає рефлекторне стимулювання секреції соляної кислоти.

Негативною стороною даного антациду є те, що при частому прийомі його залишаються ненейтралізованими бікарбонати вмісту дванадцятипалої кишки, які у фізіологічних умовах нейтралізуються соляною кислотою шлункового вмісту. Все це може призвести до порушення кислотно-лужної рівноваги у бік алкалозу. Розвиток метаболічного алкалозу може спостерігатися при тривалому пероральному прийомі гідрокарбонату натрію, особливо на тлі молочно-рослинної їжі.

Тривалість протикислотної дії визначається дозою препарату та типологічними особливостями шлункової секреції. Так, у осіб із збудливим типом шлункової секреції антацидний ефект буде коротшим, ніж у осіб із гальмівним типом.

Окис магнію має швидку нейтралізуючу дію по відношенню до соляної кислоти шлункового вмісту. При цьому утворюється хлористий магній, який при виході зі шлунка нейтралізує бікарбонати дуоденального вмісту, і, отже, не призводить до порушення кислотно-лужної рівноваги. Вуглекислий магній, що утворюється в кишечнику, не всмоктується і надає послаблюючу дію.

Побічні дії магнійвмісних антацидів:

1. Дискінезія шлунково-кишкового тракту: велика кількість магнію посилює евакуацію вмісту кишківника.

2. Накопичення в організмі іонів Mg^{2+} при тривалому прийомі антацидів призводить до гіпермагніємії з розвитком брадикардії та ниркової недостатності.

3. Зміна біодоступності лікарських засобів.

При взаємодії карбонату кальцію з соляною кислотою шлункового вмісту настає швидка реакція нейтралізації з утворенням хлористого кальцію, який при переході в кишечник нейтралізує бікарбонати і знову перетворюється на карбонат кальцію, що викликає запор.

Побічні дії кальційвмісних антацидів:

1. Дискінезія шлунково-кишкового тракту: велика кількість кальцію уповільнює евакуацію вмісту кишечника.

2. Накопичення в організмі іонів Ca^{2+} при тривалому прийомі антацидів викликає: гіперкальціємію, молочно-лужний синдром, у хворих з сечокам'яною хворобою посилює камнеутворення.

3. Зміна біодоступності лікарських засобів. Антациди цієї групи дають негайний терапевтичний ефект.

Доцільним є поєднання препаратів цієї групи. Що ж до тривалості їх дії, то вона залежить від дози препарату та типологічних особливостей секреторної активності шлункових залоз. У осіб з гальмівним типом секреції вона найбільша (20-40 хв), у осіб, що мають збудливий тип секреції, - найменша (10-15 хв). Це група антацидів короткої дії, їх доцільно призначати не до їжі («голодні» болі можна усунути харчовими антацидами), а після їжі, точніше до моменту настання «пізніх» болів. Луги у випадках ліквідують патологічну евакуацію, полегшують стан хворого.

Засоби, що надають нейтралізуючу, адсорбуючу та обволікаючу дію – антациди, що не всмоктуються.

Антацидна дія гідроксиду алюмінію пов'язана головним чином з адсорбцією та нейтралізацією соляної кислоти. Солі алюмінію здатні також інактивувати пепсин, гастрин, мають цитопротективну дію. Час протикислотної дії гідроксиду алюмінію не перевищує 30-40 хв.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження було проведено протягом 3 місяців у 5 аптеках м. Полтава. На першому етапі нами було встановлено асортимент безрецептурних ЛЗ, які чинять вплив на кислотозалежні стани (антациди, альгінати, ІПП, магалдрат, вісмуту субцитрат), що були відпущені провізорами аптек за період часу з 01.07.2021 р. по 30.09.2021 р.

На наступному етапі проведено опитування 20 провізорів з 5 аптек м. Полтава з метою встановлення об'єму інформаційної підтримки відвідувача аптеки, якому відпускались препарати для лікування кислотозалежних станів. Опитування провізорів також проводилась за допомогою анкети, яка була розроблена на основі опитувальника Комітету експертів з стандартів якості та безпеки фармацевтичної практики та фармацевтичної допомоги (CD-P-PH/PC) Європейського комітету з фармацевтичних препаратів та фармацевтичної допомоги (EDQM).

Анкета для провізора

1. Вік _____ 2. Стать _____

2. Чи проводите Ви консультування відвідувача з правил застосування ЛЗ:

№ з/п	Інформація, яка надається	Частота надання інформації			
		Ніколи	Рідко	Часто	Завжди
1	Моніторинг загрозливих симптомів				
2	Допомога у виборі безрецептурного ЛЗ				
3	Інформування про правила раціонального застосування ЛЗ				
4	Інформування щодо побічних реакцій				
5	Інформування про заходи реагування при виникненні побічних реакцій				

6	Інформування про сумісність з іншими ЛЗ				
---	---	--	--	--	--

На останньому етапі було проведено анкетування 63 відвідувачів аптеки, які купували безрецептурні препарати для лікування кислотозалежних станів, з метою встановлення їх обізнаності щодо правил раціонального застосування обраного ЛЗ. Опитування проводилось за наступною анкетой:

Анкета для відвідувача аптеки

Вік _____ Стать _____

1. Чи є у Вас якесь захворювання/стан з перелічених нижче?

- Артеріальна гіпертензія (підвищений артеріальний тиск)
- Цукровий діабет
- Серцева недостатність
- Сечокам'яна хвороба
- Хронічний закреп

2. Причина вибору саме цього ЛЗ?

- Призначення лікаря
- Рекомендація провізора
- Рекомендація друзів, знайомих, реклама

3. Чи знаєте Ви характерні побічні ефекти ЛЗ?

- Ні
- Так _____

4. Чи приймаєте Ви інші лікарські засоби?

- Ні
- Так _____

Відповіді респондентів зводились у таблиці та піддавались обробці. За результатами обробки отриманих даних розроблялись рекомендації з проведення фармацевтичної опіки при відпуску ЛЗ, які впливають кислотозалежні стани.

При виконанні дослідницької роботи використовувались наступні методи дослідження:

- теоретичний (аналіз літературних джерел);
- соціологічний (анкетування);
- логічний (аналіз результатів)

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ПРОВЕДЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ПРИ ВІДПУСКУ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ

В даний час світова фармацевтична промисловість випускає достатню кількість антацидних препаратів у формі суспензій, гелів та пігулок. Вони відрізняються як вмістом у них активних речовин, і різних добавок. Аналіз асортименту безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування кислотозалежних станів показав, що переважна більшість препаратів, які реалізовувались у 5 аптеках м. Полтава за 3 місяці, були синтетичного походження (препарати магнію, алюмінію, вісмуту та ін.) та склали в цілому 24 найменування.

Станом на вересень 2021 року в Україні за інформацією Державного реєстру лікарських засобів загальна кількість запропонованих торгових назв препаратів групи А02А «Антациди» налічувало 19. До їх складу входили як однокомпонентні препарати так і комбіновані препарати та комплексні сполуки алюмінію, кальцію і магнію. За отриманими нами результатами з липня по вересень 2021 р. у аптеці були відпущені антациди тільки 8 торгових назв, що становило 36,8 % наявних на ринку препаратів. Всі вони були комплексними сполуками алюмінію, кальцію і магнію (рис. 3.1).

Наступною проаналізованою безрецептурною групою були препарати, які містять альгінову кислоту. У Державному реєстрі лікарських засобів зазначені тільки 4 торгових найменування, тоді як у житті був реалізований тільки один препарат із вмістом альгінової кислоти. Таким чином, препарати альгінової кислоти мали найменшу розповсюдженість асортименту – 25 %.

Стосовно магалдрату, то на ринку був присутнім тільки один препарат з цією діючою речовиною – Ріопан. Згідно наших результатів він також увійшов до складу ЛЗ, які відпускались відвідувачам за звітній період часу.

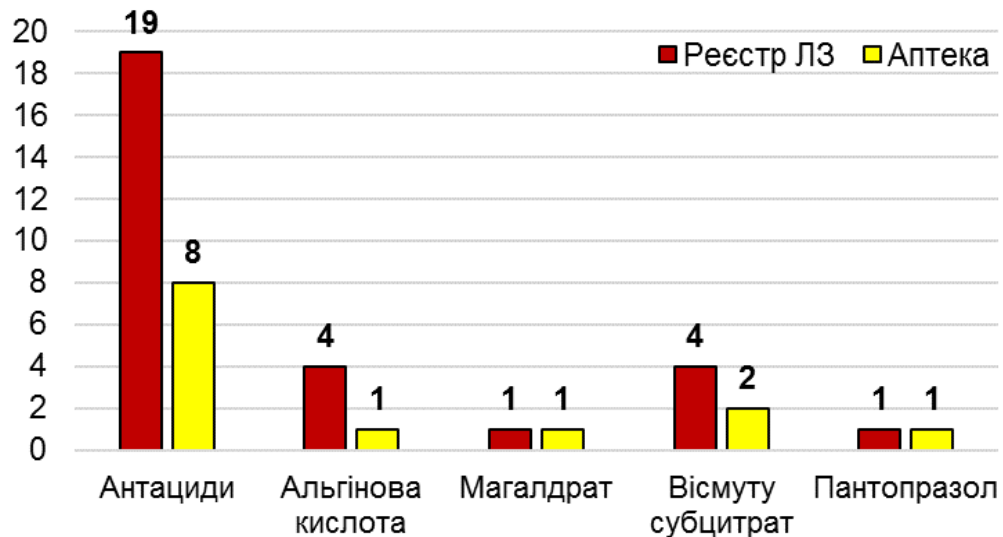


Рис. 3.1. Кількість торгових найменувань досліджуваних груп ЛЗ

Кількість торгових назв препаратів, що містили вісмуту субцитрат, які зареєстровані в нашій країні становила 4. Тільки половина з них реалізовувались за 3 місяці роботи аптек.

Єдиний на фармацевтичному ринку України безрецептурний препарат пантопразолу – Нольпаза Контрол, також знайшов місце у об'ємах продаж.

Детальний опис 8 торгових найменувань антацидів, які були реалізовані в аптеках, надано у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Характеристика та кількість антацидних препаратів,
що були реалізовані за 3 місяці**

Торгова назва	Лікарська форма	Кількість упаковок
Алмагель® А	суспензія оральна	25
Алмагель®	суспензія для перорального застосування	13
Ремакс-КВ	таблетки жувальні	9
Маалокс®	таблетки, суспензія	2
Секрепат форте	таблетки жувальні	2

Гастро-ТЕВА	таблетки для розсмоктування	1
Маалокс [®] Міні	суспензія оральна	1
Алмагель Нео	суспензія для перорального застосування	3

З наведених даних видно, що найбільшим попитом у споживачів користувався Альмагель А – за 3 місяці було куплено 25 упаковок цього ЛЗ. На другому місці опинився Альмагель – 13 упаковок. Третім за популярністю виявився Ремакс-КВ – 9 упаковок. Найменшим попитом користувались препарати Гастро-ТЕВА та Маалокс Міні – всього по одній реалізованій упаковці. Таким чином об'єм ринку антацидних препаратів по 5 аптекам становив 56 упаковок.

При детальному огляді антацидних препаратів, які купувались відвідувачами аптеки, за складом діючих речовин виявлено, що із 8 найменувань 3 (37,5 %) ЛЗ були комбінацією алюмінію гідроксиду та магнію гідроксиду (Алмагель, Маалокс Міні, Маалокс). Слід зазначити, що загалом було продано 16 упаковок цих антацидів, що складає майже третину всіх упаковок антацидних ЛЗ (рис. 3.2).

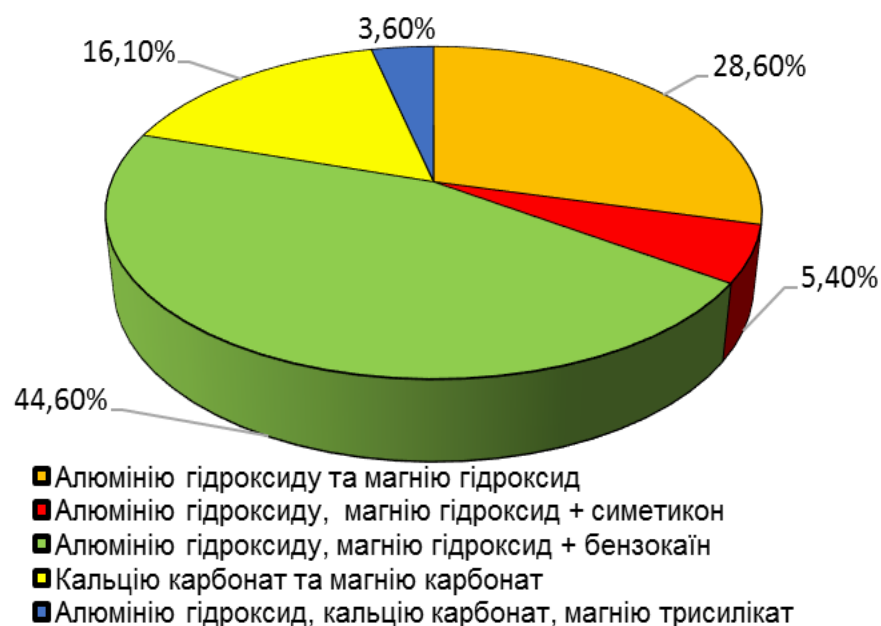


Рис. 3.2. Структура продаж антацидних препаратів за складом діючих

речовин

До комбінацій антацидів з іншими діючими речовинами відносились 2 ЛЗ – Алмагель А та Алмагель Нео. Перши є комбінацією алюмінію гідроксиду та магнію гідроксиду з бензокаїном, другий – з симетиконом. Саме Алмагель А був найбільш популярним ЛЗ – незначно менше половини всіх реалізованих упаковок антацидних засобів. Алмагель Нео опинився на третьому місці за об'ємами продаж.

2 ЛЗ (Ремакс-КВ та Секрепат форте) мали в складі діючих речовин кальцію карбонат, а Секрепат форте ще й додатково магнію трисилікат. В цілому ці препарати мали 19,6 % від загального об'єму продаж антацидів.

Препарати альгінової кислоти були представлені єдиною торговою назвою, але у двох лікарських формах (табл. 3.2)

Таблиця 3.2

**Характеристика та кількість препаратів альгінової кислоти,
що були реалізовані за 3 місяці**

Торгова назва	Лікарська форма	Кількість упаковок
Гавіскон	таблетки жувальні	8
Гавіскон	суспензія	3

Загалом за період дослідження було реалізовано 11 упаковок препарату Гавіскон, при чому покупці більш воліли до жувальних таблеток, ніж до інших лікарських форм.

Препарати колоїдного вісмуту також є безрецептурними препаратами для лікування кислотозалежних станів. Тільки 2 торгових найменування були продані вивідувачам аптеки, при чому препарат Де-нол у 6 разів більше користувався попитом (табл. 3.3). Всього за період спостереження було реалізовано 7 упаковок препаратів колоїдного вісмуту.

Таблиця 3.3

**Характеристика та кількість препаратів вісмуту субцитрату,
що були реалізовані за 3 місяці**

Торгова назва	Лікарська форма	Кількість упаковок
Де-нол	таблетки	6
Гастро-норм	таблетки	1

Препарат магалдрату Ріопан не мав популярності серед споживачів – за 3 місяці було продано тільки 1 упаковку даного ЛЗ.

Єдиним препаратом, з асортименту проданих ЛЗ, який здатен знижувати кислотоутворення у шлунку, був пантопразол. За період проведення дослідження було реалізовано 2 упаковки препарату Нольпаза Контрол.

Таким чином, загалом за 3 місяці було продано 77 упаковок безрецептурних препаратів, які мають вплив на кислотозалежні стани. При дослідженні частки кожної з фармакологічних груп безрецептурних препаратів виявилось, що найбільшу розповсюдженість мали антациди та препарати альгінової кислоти (рис. 3.3).

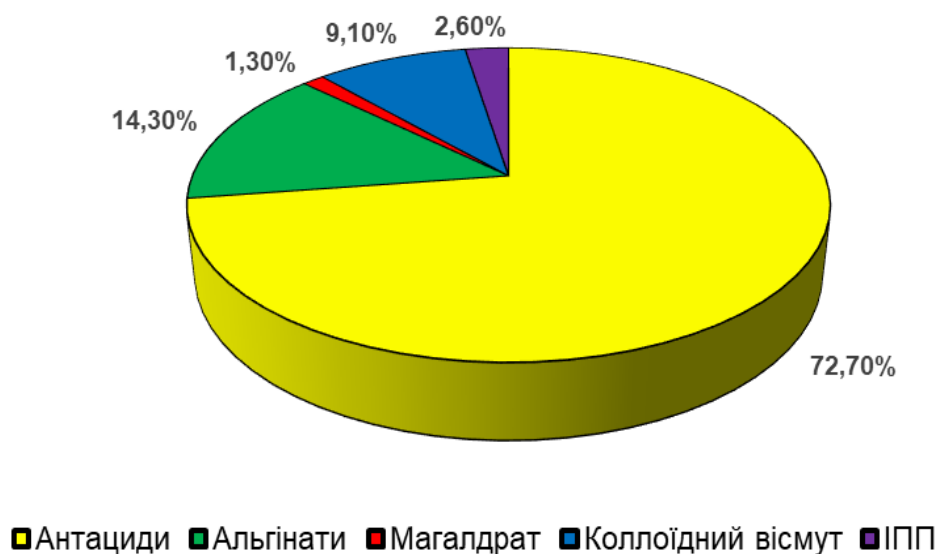


Рис. 3.3. Структура продаж безрецептурних ЛЗ, які впливають на кислотозалежні стани

Антациди в структурі всіх продаж становили 71,6 %, препарати альгінової кислоти – майже 15 %. 9,5 % було відведено на препарати колоїдного вісмуту, 2,6 % мали мав пантопрозол. Найменшим попитом серед відвідувачів аптеки користувались препарати, які містили магалдрат.

В цілому у дослідженні прийняли участь 20 провізорів обох статей віком від 31 до 53 років (у середньому $40,6 \pm 4,2$ роки), серед них було 18 жінок (90 %) та 2 чоловіків (10 %).

З метою встановлення об'єму інформаційної підтримки відвідувача аптеки, якому відпускались безрецептурні препарати для лікування кислотозалежних станів, нами були проаналізовані відповіді провізорів щодо консультування з правил застосування ЛЗ (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Консультування відвідувача з правил застосування
безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування розладів
травлення**

№ з/п	Інформація, яка надається	Частота надання інформації			
		Ніколи	Рідко	Часто	Завжди
1	Моніторинг загрозливих симптомів	7	11	2	
2	Допомога у виборі безрецептурного ЛЗ			2	18
3	Інформування про правила раціонального застосування ЛЗ	1	5	13	1
4	Інформування щодо побічних реакцій	9	2	9	
5	Інформування про заходи реагування при виникненні побічних реакцій	14	5	1	
6	Інформування про сумісність з іншими ЛЗ	10	7	3	

За отриманими результатами анкетування більшість опитаних провізорів (65 %) проводять моніторинг загрозливих симптомів у відвідувача аптеки при підпуску ЛЗ для лікування розладів травлення. Однак 85 % з них роблять це нечасто. 35 % провізорів взагалі не відстежують наявність загрозливих симптомів при підпуску ЛЗ.

Провізор повинен уміти надавати консультативну допомогу з питань відповідального самолікування. Всі опитані провізори надавали допомогу клієнтам аптеки у виборі безрецептурного ЛЗ: 90 % зазначили, що роблять це завжди.

Згідно концепції відповідального самолікування провізор повинен забезпечувати пацієнта необхідною інформацією з питань раціонального застосування ЛЗ. 65 % провізорів зазначили у відповідях, що часто надають рекомендації з правильного застосування ЛЗ. 25 % опитаних роблять це рідко.

На провізорі також лежить відповідальність за інформування про побічні ефекти ЛЗ. Просвітницька робота провізорів, які прийняли участь у дослідженні, щодо можливих побічних ефектів безрецептурних ЛЗ для лікування розладів травлення проводилась не досить активно. 45 % респондентів зазначили, що взагалі не консультують покупців в приводу цього питання. Такий же відсоток провізорів робить це часто.

Ще гірше йде справа з інформування про взаємодію та сумісність з іншими ЛЗ. 50 % провізорів ніколи не надавали таку інформацію при відпуску ЛЗ, 35 % – робили це рідко.

Таким чином, незважаючи на достатньо високий рівень інформування відвідувачів аптеки щодо загрозливих симптомів та правил застосування ЛЗ, покращання потребує питання фармацевтичної допомоги з можливих побічних ефектів та сумісність ЛЗ, які застосовуються одночасно.

Таким чином, в дослідженні проведений аналіз продаж безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування кислотозалежних станів, встановлені препарати, які найбільш часто використовуються для лікування. Аналіз анкет

провізорів виявити рівень надання фармацевтичної опіки відвідувачам аптеки, які купували безрецептурні ЛЗ для лікування кислотозалежних станів. Також визначені основні проблеми в наданні інформаційної допомоги з питань раціонального застосування ЛЗ.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

В даний час у багатьох країнах фахівці охорони здоров'я стурбовані проблемою раціональної фармакотерапії. Це зумовлено цілим комплексом факторів. Насамперед, неухильно та стрімко зростає асортимент ЛЗ. З іншого боку, змінюється структура асортименту, т.к. на зміну застарілим ЛЗ приходять більш сучасні, але й складніші препарати, здатні викликати серйозні побічні ефекти при безконтрольному прийомі. Все це ускладнюється і появою великої кількості поєднаних захворювань, збільшенням частки літнього населення, підвищенням поінформованості та очікувань пацієнтів від призначуваної фармакотерапії та ін. пацієнтів, які отримують фармакотерапію, неправильно приймають призначені ЛПЗ. Нераціональне використання лікарських засобів є серйозною проблемою у всіх країнах. Відповідно до Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), для раціонального використання ЛЗ потрібно, щоб пацієнти отримували лікарське лікування, що відповідає клінічним показанням, у таких дозах, що відповідають їх індивідуальним потребам, протягом достатнього періоду часу та за найменших витрат для них. З цією метою були розроблені 12 основних заходів для сприяння більш раціональному використанню ЛЗ, серед яких окреме місце займають пункти про незалежність медичної інформації та просвітництво населення щодо лікарських засобів. І тут важливим є створення ефективних інформаційних систем, що надають об'єктивну інформацію про ліки не тільки для фахівців охорони здоров'я, але і для населення з метою їх більш правильного використання пацієнтами. Відомо, що розуміння пацієнтами важливості раціонального прийому ЛЗ безпосередньо впливає на наслідки лікування, а значить і на систему охорони здоров'я в цілому.

Питання консультування в аптеці на сьогоднішній день є вкрай актуальними, що обумовлено цілою низкою факторів: розширенням та ускладненням асортименту ЛЗ, небажанням пацієнтів відвідувати поліклініки, нестачею часу у лікаря для пояснення правил прийому призначених препаратів і

т.д. даним вітчизняних досліджень грамотні консультації можуть збільшувати економічні показники аптеки на 10-20% [1, 2, 3]. У зв'язку з цим, важливим є розуміння потреб пацієнтів в області отримання консультацій в аптеках [4].

У сучасній аптеці представлений значний асортимент ЛЗ безрецептурної відпустки, які можуть використовуватися пацієнтами самостійно, без звернення до лікаря, і це зумовлює зростання ролі фармацевтичного працівника у раціональному використанні ЛЗ. За визначенням ВООЗ раціональне використання означає, що «пацієнти отримують належні ЛЗ у правильних дозуваннях, на відповідний період часу і за найнижчою вартістю для них та їх спільноти». У документах ВООЗ підкреслюється, що самолікування – «розумне застосування самим пацієнтом лікарських засобів, що знаходяться у вільному продажу, з метою профілактики або лікування легких розладів здоров'я до надання професійної лікарської допомоги» - може бути використане лише при обмеженій кількості незначних нездужань.

При відпустці лікарських засобів фармацевтичний працівник повинен:

- правильно оцінити проблему пацієнта. Необхідно обов'язково з'ясувати, у кого виникла проблема (щоб мати можливість оцінити вікову категорію і в подальшому вибрати відповідний віком препарат), які симптоми, як давно триває нездужання, чи вживалися будь-які заходи, інші лікарські препарати;
- фармацевтичному фахівцю необхідно вирішити, чи не пов'язані симптоми із серйозним розладом здоров'я. У такому разі хворого слід направити до лікаря, щоб він негайно отримав його рекомендації;
- при менш серйозній проблемі зі здоров'ям слід дати пораду, при цьому рекомендувати використання лікарських засобів слід лише у разі реальної потреби;
- забезпечити пацієнта безрецептурним лікарським препаратом [15].

При відпустці безрецептурного препарату фармацевтичний працівник повинен забезпечити клієнта повною інформацією про дію препарату, спосіб його застосування, тривалість лікування, можливі побічні ефекти, сполучуваності з іншими ЛЗ та їжею.

Враховуючи фактори, що впливають на покупку препарату, фармацевтичний спеціаліст повинен враховувати ефективність, протипоказання лікарського засобу та пропонувати 2-3 препарати різних цінових категорій. Рекомендуючи ЛЗ, необхідно враховувати наявність різних лікарських форм (таблетки для жування, суспензії, таблетки) та індивідуально підійти до переваг клієнта аптеки. Таблетки для розсмоктування і пастилки – тверді лікарські форми, що застосовуються в ротовій порожнині, повільно розчиняються в слинній рідині. До складу цих форм зазвичай входять різні смакові добавки, тому кожен зможе знайти собі підходящий варіант. Також їх зручно застосовувати для дітей, проте слід зберігати в недоступному для дітей місці, щоб уникнути перевищення максимально допустимої кількості. Спреї та аерозолі – лікарські форми, перевагами яких є швидкий терапевтичний ефект, висока фармакологічна активність, зручність, простота застосування. Однак слід пам'ятати, що деякі спреї та аерозолі містять камфору, ментол, ефірні олії, які можуть дратувати слизову оболонку і викликати неприємні відчуття. Цей факт потрібно враховувати при індивідуальному підході до смакових уподобань покупця.

Препаратами симптоматичного лікування ГЕРХ вважаються антациди. У частини пацієнтів вони ефективно усувають прояви ГЕРХ, але відіграють мінімальну роль у лікуванні рефлюкс-езофагіту. Антациди при лікуванні ГЕРХ призначаються з метою зниження кислотнотротеолітичної агресії шлункового соку та кишкового вмісту.

Найбільш поширені такі форми випуску антацидних препаратів: таблетки, таблетки для розсмоктування, суспензія для прийому внутрішньо у фла-

коні, суспензія для прийому внутрішньо в пакетиках, що містять одноразову дозу препарату. Форма випуску має важливе значення для здатності антациду, що нейтралізує, а також для зручності його для використання пацієнтами. Антациди взаємодіють з іонами водню лише у розчиненому стані, тому розчинність є важливим параметром, що впливає ефективність антацидів. Суспензії складаються з дрібніших частинок, ніж таблетки, тому вони мають велику площу поверхні і швидше розчиняються у шлунку. Попередньо розжовані і розсмоктані таблетки мають більш ефективну дію, ніж проковтнуті повністю.

Однак прийом суспензії не завжди зручний для пацієнтів, що веде активний спосіб життя, тому деякі з них приймають суспензію в домашніх умовах, а таблетки – у публічних місцях.

Найбільш зручною фармацевтичною формою для лікування ГЕРХ є гелі (альмагель, маалокс, фосфалюгель та ін.). Доцільно застосовувати антациди, які містять альгінову кислоту. До таких препаратів відносяться гавіскон, які поряд з гідрооксидом алюмінію та карбонатом магнію містять альгінову кислоту. Остання утворює пінну антацидну зависть, що плаває на поверхні шлункового вмісту, яка при попаданні в стравохід надає лікувальну дію. Зазвичай препарати призначають 3 рази на день через 40-60 хв після прийому їжі, коли найчастіше виникають печія та ретростернальні болі, а також на ніч.

Про що треба інформувати клієнта, який вибирає антацид, щоб уникнути небажаних наслідків некоректної фармакотерапії:

1. Дотримання режиму дозування

При передозуванні антацидів можливе порушення кислотно-лужного балансу та розвиток небезпечного стану – метаболічного алкалозу.

2. Обмеження тривалості прийому

Занадто тривалий курс лікування може призвести до гіперкальціємії або гіпермагніємії з розвитком брадикардії та ниркової недостатності, запо-

рів, утворення каменів у нирках. Алюмініймісні антациди утворюють у тонкій кишці нерозчинні солі фосфату алюмінію, отже, зменшується абсорбція фосфатів, що спричиняє пригнічення синтезу вітаміну D3. У той же час як компенсаторна реакція кісткова тканина починає втрачати кальцій і фосфор.

3. Сумісність з іншими препаратами

Лікарські взаємодії в даному випадку зумовлені утворенням нерозчинних комплексних сполук з препаратами, що одночасно приймаються, що заважає їх абсорбції в організмі. Загальне правило таке: між прийомом антацидів та будь-яких інших ЛЗ має пройти не менше 2 годин. Але якщо відвідувачеві потрібні будь-які ЛП з червоного, помаранчевого або жовтого блоку таблиці – рекомендуйте йому обговорити питання застосування того чи іншого антациду з лікарем.

4. На тривалість дії антацидів суттєво впливає швидкість їх евакуації зі шлунка, яка визначається наявністю чи відсутністю у ньому їжі. Антацидний препарат, прийнятий через годину після їди, довше затримується у шлунку та забезпечує більш тривалий ефект.

Препарати солей вісмуту (вісмуту трикалію дицитрат) з успіхом використовуються і входять до сучасних стандартів лікування виразкової хвороби та НПЗЗ-гастропатії. Крім властивостей гастропротективних і в'язучих засобів препарати вісмуту мають бактерицидну дію щодо *H. pylori*. Проте слід пам'ятати, що ці лікарські засоби не можна приймати більше 8 тижнів, при тривалому застосуванні у високих дозах можливий розвиток енцефалопатії, пов'язаної з накопиченням вісмуту у центральній нервовій системі.

Незважаючи на статус важкого металу, вісмут та його сполуки вважаються нетоксичними, на відміну від розташованих поруч у періодичній таблиці миш'яку, сурми, свинцю та олова. Нетоксичність сполук вісмуту пояснюється переважно за рахунок їх нерозчинності в нейтральних водних розчинах та біологічних рідинах та вкрай низькою біодоступністю. Більшість

сполук вісмуту навіть менш токсичними, ніж хлорид натрію.

A. C. Ford та співавт. в рамках метааналізу, проведеного за публікаціями баз MEDLINE та EMBASE, що включає 35 рандомізованих контрольованих досліджень та 4763 пацієнти, дійшли висновку, що терапія виразкової хвороби шлунка з використанням препаратів вісмуту безпечна та добре переноситься. Найпоширенішим побічним ефектом є потемніння стільця за рахунок утворення сульфїду вісмуту.

У дуже невеликій частині хворих може зустрічатися легке короткочасне підвищення рівня трансаміназ, проте воно зникає після закінчення курсу терапії. Високі дози ВТД, що застосовуються тривалий час, теоретично можуть бути причиною розвитку енцефалопатії, проте зафіксовано дуже невелику кількість таких уражень центральної нервової системи.

Окрім призначення препаратів, лікар загальної практики повинен рекомендувати пацієнтові змінити деякі харчові звички: зменшити кількість їжі, що приймається за прийом, не лягати відразу після їжі, спати з піднятим головним кінцем ліжка, не курити, не зловживати алкоголем, не вживати жирну, гостру їжу.

Експерти зазначають, що лікарям загальної практики доцільно використовувати низькодозові форми ІПП та рекомендувати прийом препаратів цієї групи 1 раз на добу. У нових рекомендаціях передбачено можливу тривалість ініціальної терапії – від 4 до 8 тижнів. При необхідності (немає відповіді на терапію, незадоволеність пацієнта результатами лікування, дуже часто вживання препаратів) тільки після закінчення зазначеного терміну медикаментозного лікування можна рекомендувати прийом ІПП у стандартній дозі 2 рази на добу разом або без ад'ювантної терапії протягом 4 тижнів.

В даний час лікарям та пацієнтам доступно 6 різних інгібіторів протонного насоса (ІСН): омепразол, пантопразол, лансопразол, рабепразол, езомепразол та декслансопразол. Вони помітно відрізняються за цілим рядом

фармакокінетичних та фармакодинамічних параметрів: швидкості наступу та тривалості антисекреторної дії, рН-селективності, кратності прийому та іншим характеристикам. Справа в тому, що біохімічна трансформація ІСН відбувається головним чином у печінці за участю ізоформ цитохрому Р450 (СYP2C9, СYP2C19, СYP2D6 та СYP3A4), і ось тут є певні нюанси, що мають практичне значення. Найменший вплив на СYP2C19 має пантопразол, тому йому віддають перевагу при лікуванні хворих, які отримують відразу кілька препаратів. Також пантопразол має найбільший показник АUC (площа під фармакокінетичною кривою, що характеризує кількість діючої речовини, що надходить у кров) після першого прийому.

Антациди, як правило, краще при рідкісних епізодах печії. Якщо ця проблема виникає часто, варто звернути увагу на безрецептурні форми ІПП у низьких (половинних) дозуваннях для «при необхідності». Крім того, в подібних ситуаціях доцільно звертатися до лікаря: можливо, буде потрібно ретельніший підхід до вибору конкретного ЛЗ або навіть їх комбінації. Якщо людина приймає ще й інші ліки, як препарати вибору розглядають моноізомери (езомепразол, декслансопразол) і більш сучасні ЛЗ того ж класу (рабепразол, пантопразол), оскільки у них нижчий ризик небезпечних міжлікарських взаємодій або альтернативні засоби з інших груп. В інших випадках цілком підійдуть омепразол або лансопразол.

В цілому, при тривалому прийомі більшості ІПП після їх скасування не розвивається синдром «рикошету». Водночас датськими вченими виявлено подібні ефекти у деяких ІПП. Вони провели рандомізоване подвійне сліпе плацебо-контрольоване дослідження (що включає 60 добровольців) для вивчення питання можливості розвитку синдрому «рикошета» кислотної гіперсекреції після припинення 8-тижневого курсу ІПП. Для більшої впевненості в тому, що розвиток клінічних симптомів після відміни ІПП пов'язаний із синдромом «рикошету» кислотної гіперсекреції, а не з рецидивом наявного за-

хворювання, як учасників запрошувалися практично здорові добровольці.

З метою підвищення ефективності процесу лікування кислотозалежних станів, нами розроблено рекомендації з фармацевтичної опіки клієнтів аптеки, які звернулися за допомогою при виборі препарату. Застосування даного алгоритму покликане полегшити вибір ЛЗ даної групи, підвищити ефективність лікування, знизити кількість побічних ефектів, випадки хронізації процесу.

РЕКОМЕНДАЦІЇ З ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ ПРИ ВІДПУСКУ АНТАЦИДІВ

1. Всі антациди приймаються тільки перорально – при виникненні печії або через 1 годину після їжі.
2. Антациди гальмують всмоктування деяких лікарських препаратів. Щоб уникнути лікарської взаємодії, антациди слід застосовувати за 2 години до або через 2 години після прийому інших препаратів.
3. Антацидні препарати, що містять алюміній, показані при схильності до проносів, що містять магній – при схильності до запорів.
4. Всі алюмінійвмісні антациди порушують всмоктування фосфору, утворюючи нерозчинні солі фосфату алюмінію. При тривалому прийомі це проявляється м'язовою слабкістю, нездужанням, остеопорозом.
5. Підвищення вмісту алюмінію в організмі внаслідок тривалого застосування препаратів може викликати енцефалопатію (порушення мови, м'язові посмикування, судоми), а в подальшому – недоумство. Надлишок алюмінію, при використанні антацидів, що всмоктуються, накопичується в ниркових клубочках, що може призвести до розвитку ниркової недостатності.
6. Хворим на гіпертонічну хворобу, серцеву і ниркову недостатність, цироз печінки протипоказаний гідрокарбонат натрію. В результаті хімічної реакції з соляною кислотою він утворює хлористий натрій, який добре всмоктується і викликає затримку води в організмі.
7. Хворим на сечокам'яну хворобу не слід приймати антациди, що містять кремній (у вигляді трисилікату магнію) – виділяючись з сечею, він сприяє утворенню каменів у сечовивідних шляхах.
8. Антациди не можна поєднувати з Де-нолом і сукральфатом (фармакодинамічна несумісність).
9. Бажано розпочинати лікування із препаратів природного походження (альгінатні антирефлюксні препарати), оскільки пацієнти нерідко побоюються приймати препарати, отримані шляхом хімічного синтезу. Препарати на

основі природних сполук мають ряд переваг: їх можна використовувати починаючи з раннього дитинства і навіть вагітним жінкам; вони не всмоктуються; механізм їх дії має фізичну природу, а саме, формування міцного в'язкого бар'єру, який запобігає рефлюкс кислоти, але при цьому зберігає нормальну кислотну продукцію в шлунку. Альгінати мають швидкий ефект і не мають суттєвих небажаних реакцій.

10. Обмеження прийому лікарських засобів: уникати прийому лікарських засобів, що викликають рефлюкс: нітрати, антихолінергічні, спазмолітики, седативні, снодійні, транквілізатори, антагоністи кальцію, бета-блокатори, теофілін, а також препаратів, що ушкоджують стравохід – аспірин.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз продаж безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування кислотозалежних станів показав, що за 3 місяці були реалізовані 24 найменування препаратів цієї групи.
2. З 19 наявних на фармацевтичному ринку торгових назв антацидів були відпущені ЛЗ тільки 8 торгових назв, що становило 36,8 %. З 4 існуючих торгових найменувань альгінової кислоти був реалізований тільки один препарат і, таким чином, мали найменшу розповсюдженість асортименту. Стосовно магалдрату, то на ринку був присутнім тільки один препарат з цією діючою речовиною, він також увійшов до складу ЛЗ, які відпускались відвідувачам за звітній період часу. Кількість торгових назв препаратів, що містили вісмуту субцитрат, становило 50 % від зареєстрованих. Єдиний на фармацевтичному ринку України безрецептурний препарат пантопразолу, також знайшов місце у об'ємах продаж.
3. За результатами нашого дослідження антациди в структурі всіх продаж становили 71,6 %, препарати альгінової кислоти – майже 15 %. 9,5 % було відведено на препарати колоїдного вісмуту, 2,6 % мали мав пантопразол. Найменшим попитом серед відвідувачів аптеки користувались препарати, які містили магалдрат.
4. Серед антацидів 44,6 % препаратів мали в складі діючих речовин поєднання алюмінію гідроксиду, магнію гідроксиду з бензокаїном. 26,8 % об'єму продаж приходилось на сполуки алюмінію гідроксиду та магнію гідроксиду.
5. Більшість опитаних провізорів (65 %) проводять моніторинг загрозливих симптомів у відвідувача аптеки при підпуску ЛЗ для лікування розладів травлення.
6. В нашому дослідженні всі опитані провізори надавали допомогу клієнтам аптеки у виборі безрецептурного ЛЗ: 90 % зазначили, що роблять це завжди. 65 % провізорів зазначили у відповідях, що часто надають рекомендації.

дації з правильного застосування ЛЗ. 25 % опитаних роблять це рідко.

7. Інформування покупців щодо проявів негативної дії ЛЗ проводилась не досить активно. 45 % респондентів зазначили, що взагалі не консультують покупців в приводу цього питання. Такий же відсоток провізорів робить це часто.
8. Незважаючи на достатньо високий рівень інформування відвідувачів аптеки щодо загрозливих симптомів та правил застосування ЛЗ, покращання потребує питання фармацевтичної допомоги з можливих побічних ефектів та сумісність ЛЗ, які застосовуються одночасно.
9. За результатами анкетування були розроблені рекомендації з фармацевтичної опіки при відпуску безрецептурних ЛЗ, що чинять вплив на кислото-залежні стани.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Восстановление качества жизни устранением и предотвращением изжоги альгинатом: результаты многоцентрового исследования «виА АПиА» / Л. Б. Лазебник, Д. С. Бордин, А. А. Машарова и др. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2010. № 6. С. 70–76.
2. Галлингер Ю. И., Годжелло Э. А. Оперативная эндоскопия пищевода. М.; 1999. 273 с.
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) у детей / В. Ф. Приворотский, Н. Е. Луппова, Т. А. Герасимова и др. *Экспер. и клин. гастроэнтерол.* 2011. № 1. С. 14–21.
4. Дронова О. Б., Каган И. И., Третьяков А. А., Мищенко А. Н. Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Оренбург; 2008. 90 с.
5. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Трухманов А. С. Пищевод Баррета. М.: Шико; 2011. 125 с.
6. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Эволюция представлений о роли нарушений двигательной функции пищевода в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. *Рос. Журн. Гастроэнтерол. гепатол. колопроктол.* 2010. № 20(2). С. 13–9.
7. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов и др. *Рос. Журн. Гастроэнтерол. гепатол. колопроктол.* 2017. № 27(4). С. 75–95.
8. Маев И. В. Болезни пищевода: И. В. Маев, Г. А. Бусарова, Д. Н. Андреев. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 648 с.
9. Трухманов А. С., Джахая Н. Л., Кайбышева В. О., Сторонова О. А. Новые аспекты рекомендаций по лечению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. *Гастроэнтерол гепатол: новости, мнения, обучение.* 2013. № 1. С. 2–9.
10. Ягудина Р. И. Информация о лекарствах. Все ли так просто? *Ка-*

трен Стиль журнал для сотрудников аптечных учреждений. 2013. №4 (117). С.16–22.

11. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease / P. O. Katz, K. B. Dunbar, F. H. Schnoll-Sussman et al. *Am J Gastroenterol.* 2022. № 117(1).P. 27–56. doi:10.14309/ajg.0000000000001538.

12. Basu P. Hempole H. Krishnaswamy N. The effect of melatonin in functional heartburn: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Op J Gastroenterol.* 2014. № 14. P. 56–61.

13. CACG clinical guidelines: Clinical use of esophageal physiologic testing / P. Gyawali, D. A. Carlson, J. W. Chen et al. *Am J Gastroenterol.* 2020. № 115(9). P. 1412–1428.

14. Clinical presentation of gastroesophageal reflux disease: a prospective study on symptom diversity and modification of questionnaire application / Broderick R. Fuchs K.H. Breithaupt W. et al. *Dig Dis.* 2019. № 7. P. 1–8.

15. Effect of bed head elevation during sleep in symptomatic patients of nocturnal gastroesophageal reflux / B. A. Khan, J. S. Sodhi, S. A. Zargar et al. *J Gastroenterol Hepatol.* 2012. № 27(6). P. 1078–1082.

16. Gyawali C.P. Fass R. Management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2018. № 154. P. 302–318.

17. Juice test for identification of nonerosive reflux disease in heartburn patients / M. R. Fernandes, M. De Oliveira, S. M. Callegari-Jacques et al. *J Neurogastroenterol Motil.* 2018. № 24. P. 233–240.

18. Katzka D. A., Pandolfino J. E., Kahrilas P. J. Phenotypes of gastroesophageal reflux disease: where Rome, Lyon, and Montreal meet. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020. № 18. P. 767–776.

19. Lifestyle intervention in gastroesophageal reflux disease / Ness-Jensen E., Hveem K., El-Serag H. et al. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016. № 14(2). P. 175–182.

20. Many patients continue using proton pump inhibitors after negative

results from tests for reflux disease / A. J. Gawron, J. Rothe, A. J. Fought et al. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012. № 10(6). P. 620–625.

21. Modern diagnosis of GERD: The Lyon consensus / C. P. Gyawali, P. J. Kahrilas, E. Savarino et al. *Gut*. 2018. № 67(7). P. 1351–1362.

22. Most patients with gastroesophageal reflux disease who failed proton pump inhibitor therapy also have functional esophageal disorders / J. Abdallah, N. George, T. Yamasaki et al. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019. № 17. P. 1073–1080.

23. Multiple functional gastrointestinal disorders linked to gastroesophageal reflux and somatization: a population-based study / R. S. Choung, L. Richard, G. Schleck et al. *Neurogastroenterol Motil*. 2017 № 29. P. 41–53.

24. Neuromodulators for functional gastrointestinal disorders (disorders of gut-brain interaction): a Rome Foundation working team report / D. A. Drossman, J. Tack, A. C. Ford et al. *Gastroenterology*. 2018. № 154. P. 1140–1171.

25. Obesity and gastroesophageal reflux: quantifying the association between body mass index, esophageal acid exposure, and lower esophageal sphincter status in a large series of patients with reflux symptoms / S. Ayazi, J. A. Hagen Chan L.S. et al. *J Gastrointest Surg*. 2009 № 13. P. 1440–1447.

26. Oesophageal symptoms are common and associated with other functional gastrointestinal disorders (FGIDs) in an English-speaking Western population / A. Josefsson, O. Palsson, M. Simren et al. *United European Gastroenterol J*. 2018. № 6. P. 1461–1469.

27. Prevalence of extreme obesity in a multiethnic cohort of children and adolescents / C. Koebnick, N. Smith, K. J. Coleman et al. 2010. Vol. 157, № 1. P. 26–31.

28. Significance and degree of reflux in patients with primary extraesophageal symptoms. K. C. Fletcher, M. Goutte, J. C. Slaughter et al. *Laryngoscope*. 2011. № 121. P. 2561–2565.

29. Sleep disturbance due to heartburn and regurgitation is common in patients with functional dyspepsia / N. Vakil, B. Wernersson, J. Wissmar et al. *Unit-*

ed European Gastroenterol J. 2016. № 4. P. 191–198.

30. Yamasaki T., Fass R. Reflux hypersensitivity: a new functional esophageal disorder. *J Neurogastroenterol Motil.* 2017. № 23. P. 495–503.

Національний фармацевтичний університет

Факультет _____ фармацевтичний факультет
 Кафедра _____ клінічної фармакології та клінічної фармації
 Ступінь вищої освіти _____ другий магістерський
 Спеціальність _____ 226 Фармація, промислова фармація
 Освітня програма _____ Клінічна фармація

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувачка кафедри
клінічної фармакології
та клінічної фармації

Катерина ЗУПАНЕЦЬ

«13» вересня 2021 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Ірини ПРИЖЕЛУДСЬКОЇ

1. Тема кваліфікаційної роботи «Клініко-фармацевтичні аспекти застосування безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування розладів травлення», керівник кваліфікаційної роботи Ольга ТАРАСЕНКО, к.мед.н., доцент затверджений наказом НФаУ від «01» листопада 2021 року № 544
2. Строк подання здобувачем вищої освіти випускної кваліфікаційної роботи: грудень 2021 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: розлади травлення; антацидні препарати; фармацевтична опіка.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): визначити структуру препаратів, які чинять вплив на кислотозалежні стани, що відпускаються провізорами; дослідити інформованість відвідувачів аптеки щодо побічних ефектів антацидів та правил їх раціонального застосування; оцінити рівень фармацевтичної опіки при відпуску антацидних препаратів; визначити шляхи підвищення ефективності та безпеки лікування антацидними препаратами.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): 4 таблиць, 3 рисунок.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Розділ 1	Ольга ТАРАСЕНКО, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ	Вересень 2021 р.	Вересень 2021 р.
Розділ 2	Ольга ТАРАСЕНКО, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ	Вересень 2021 р.	Вересень 2021 р.
Розділ 3	Ольга ТАРАСЕНКО, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ	Жовтень 2021 р.	Жовтень 2021 р.
Розділ 4	Ольга ТАРАСЕНКО, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ	Листопад 2021 р.	Листопад 2021 р.

7. Дата видачі завдання: «13» вересня 2021 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1	Аналіз літературних джерел	Вересень 2021 р.	виконано
2	Розробка анкети та проведення дослідження	Вересень 2021 р.	виконано
3	Статистична обробка отриманих даних	Жовтень – листопад 2021р.	виконано
4	Розробка практичних рекомендацій з фармацевтичної опіки для фахівців фармації та пацієнтів	Листопад 2021 р.	виконано
5	Остаточне оформлення роботи та подання її до захисту	Грудень 2021 р.	виконано

Здобувач вищої освіти _____
 Керівник кваліфікаційної роботи _____

Ірина ПРИЖЕЛУДСЬКА
 Ольга ТАРАСЕНКО

ВІДГУК

наукового керівника на кваліфікаційну роботу другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація Ірини ПРИЖЕЛУДСЬКОЇ на тему: «Клініко-фармацевтичні аспекти застосування безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування розладів травлення»

Актуальність теми. Кислотозалежні захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту відносяться до поширених хвороб та зустрічаються в людей різних вікових категорій. Центральне місце в лікуванні хворих на кислотозалежні захворювання займають антисекреторні препарати та антациди. У зв'язку з цим значну роль щодо забезпечення належного рівня раціональності використання безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування кислотозалежних станів відіграє фармацевтична опіка пацієнта при відпуску препарату в аптеці. Враховуючи вищезазначене робота була присвячена проблемам фармацевтичної опіки хворих кислотозалежними станами.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Висновки та рекомендації, що сформульовані в кваліфікаційній роботі відповідають поставленим задачам дослідження. Отримані висновки мають практичну цінність для провізорів щодо алгоритму надання фармацевтичної опіки хворим з кислотозалежними станами.

Оцінка роботи. За актуальністю, структурою, сучасними методологічними підходами, науковим рівнем, об'ємом проведених досліджень кваліфікаційна робота Ірини ПРИЖЕЛУДСЬКОЇ відповідає вимогам, що висуваються до кваліфікаційних робіт.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. Кваліфікаційна робота може бути представлена до захисту в Екзаменаційній комісії Національного фармацевтичного університету.

Науковий керівник
«10» грудня 2021 р.

_____ Ольга ТАРАСЕНКО

РЕЦЕНЗІЯ

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

Ірини ПРИЖЕЛУДСЬКОЇ

на тему: «Клініко-фармацевтичні аспекти застосування безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування розладів травлення»

Актуальність теми. Раціональне використання лікарських засобів на сьогоднішній день є однією з найбільш актуальних проблем охорони здоров'я, що вимагає рішення цілого ряду законодавчих, організаційних, методологічних і інших питань. Рішення цієї проблеми буде сприяти збереженню здоров'я нації, збільшенню тривалості життя населення й поліпшенню якості життя хворих.

Істотна роль у підвищенні ефективності й безпеки лікарської терапії приділяється фармацевтичній опіці – комплексній програмі взаємодії провізора, лікаря й пацієнта протягом усього періоду лікарської терапії, починаючи від моменту відпуски ліків до повного закінчення його дії. У рамках цієї програми основною метою професійної діяльності провізора стає не стільки підвищення кількості і якості лікарських препаратів на ринку, скільки підвищення ефективності й безпеки лікарської терапії конкретного хворого. Вищезазначені питання опрацьовані магістрантом кафедри Іриною ПРИЖЕЛУДСЬКОЮ в кваліфікаційній роботі.

Теоретичний рівень роботи. В представленій на рецензію роботі автором опрацьовано великий обсяг наукових джерел з відповідної тематики. Вперше встановлені частота відпуску безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування розладів травлення та їх структура. Проведено аналіз якості надання фармацевтичної опіки при відпуску безрецептурних препаратів, які впливають на кислотозалежні стани. Висновки, зроблені автором, та положення кваліфікаційної роботи ґрунтуються на достатній кількості спостережень.

Пропозиції автора по темі дослідження. Автором на основі отриманих результатів рекомендації з фармацевтичної опіки для відвідувача, що сприятимуть підвищенню якості та безпеки терапії безрецептурними препаратами для симптоматичного лікування кислотозалежних станів.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. За результатами проведеного дослідження магістрантом були рекомендації з фармацевтичної опіки при застосуванні безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування кислотозалежних станів. Використання провізорами у повсякденній діяльності рекомендацій з фармацевтичної опіки допоможе підвищити ефективність лікування кислотозалежних станів.

Недоліки роботи. В роботі присутні стилістичні та орфографічні помилки, є зауваження до оформлення окремих літературних посилань, що не впливає на значущість і загальний позитивний відгук.

Загальний висновок і оцінка роботи. Представлена робота Ірини ПРИЖЕ-ЛУДСЬКОЇ за актуальністю, глибиною та об'ємом проведених досліджень повністю відповідає вимогам, що пред'являються до кваліфікаційних робіт, заслуговує позитивної оцінки та може бути представлена до захисту в Екзаменаційну комісію Національного фармацевтичного університету, а автор заслуговує на присвоєння другого (магістерського) рівня вищої освіти.

Рецензент _____

доц. Максим ГОЛЯНИЦЕВ

«16» грудня 2021 р.

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**ПОДАННЯ
ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ
ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ**

Направляється здобувач вищої освіти Ірина ПРИЖЕЛУДСЬКА до захисту кваліфікаційної роботи за галуззю знань 22 Охорона здоров'я спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація освітньою програмою Клінічна фармація на тему: «Клініко-фармацевтичні аспекти застосування безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування розладів травлення»

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Ольга НАБОКА /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Ірина ПРИЖЕЛУДСЬКА виконав весь обсяг робіт у повному обсязі. Робота може бути рекомендована до подачі в ЕК НФаУ для подальшого захисту кваліфікаційної роботи.

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ Ольга ТАРАСЕНКО

«10» грудня 2021 року

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

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

Завідувачка кафедри
клінічної фармакології та клінічної фармації

_____ Катерина ЗУПАНЕЦЬ

«___» грудня 2021 року

Кваліфікаційну роботу захищено
у Екзаменаційній комісії

« ____ » _____ 2022 р.

з оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,
доктор медичних наук, професор

_____ /Наталія БЕЗДІТКО/