

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА В ДОТРИМАНІ РЕКОМЕНДАЦІЙ
ЩОДО СИМПТОМАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ GERX»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи Фм20(3,10д)-01
спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Фармація

Катерина КОЛЕСНИКОВА

Керівник: асистент кафедри клінічної фармакології та
клінічної фармації, PhD

Валентина ПІДГАЙНА

Рецензент: доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної
лабораторної діагностики, к.б.н., доцент

Олена МАТВІЙЧУК

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню обізнаності фармацевтичних працівників аптечних мереж щодо застосування у своїй практичній діяльності протоколів провізорів, які направлені на алгоритм фармацевтичної опіки при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі, про перелік безрецептурних препаратів, що можуть бути рекомендовані для симптоматичної фармакотерапії. В магістерській роботі використано метод анкетування. Результат анкетування продемонстрував, що основні симптоми ігноруються або лікуються самостійно.

Загальний об'єм роботи – 42 сторінки, складається із вступу, 3 розділів, містить 2 таблиць, 15 рисунків, 41 посилання на літературні джерела.

Ключові слова: симптоматичне лікування, анкетування, ГЕРХ, протоколи фармацевта, антацидні засоби

ANNOTATION

The qualification work is devoted to the study of awareness of pharmaceutical workers of pharmacy chains about the application in their practice of pharmacists' protocols, which are aimed at the algorithm of pharmaceutical care in gastroesophageal reflux disease, about the list of over-the-counter drugs that can be recommended for symptomatic pharmacotherapy. The master's thesis uses the questionnaire method. The result of the questionnaire demonstrated that the main symptoms are ignored or treated on their own. The total volume of the work is 42 pages, consists of an introduction, 3 sections, contains 2 table, 15 figures, 47 references to literary sources.

Key words: symptomatic treatment, questionnaire, GERD, pharmacist's protocols, antacids

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ GERX ТА СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ТЕРАПІЮ.....	8
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.....	19
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЩОДО РАЦІОНАЛЬНОГО ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ GERX.....	24
ВИСНОВКИ.....	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	43
ДОДАТКИ.....	48

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АБП	– антибактеріальний препарат
БАД	– біологічно активна добавка
БАР	– біологічно активна речовина
ГЕР	– гастроезофагеальний рефлюкс
ГЕРХ	– гастроезофагеальна рефлюксна хвороба
ІПП	– інгібітори протонної помпи
ШКТ	– шлунково-кишковий тракт

ВСТУП

Актуальність теми. Одним з основних напрямків розвитку охорони здоров'я в усьому світі є спрямування всіх галузей медицини на потреби пацієнта. Водночас, кардинально змінюється і роль фармацевта в системі охорони здоров'я у розробці цієї стратегії. Сьогодні фармацевт в аптеці виконує безліч ролей і функцій. Він повинен не тільки добре знати, грамотно орієнтуватися в широкому спектрі безрецептурних препаратів, але і вміти диференціювати симптоми основних захворювань і, поставивши кілька ключових питань, розуміти, який препарат може бути рекомендований, а в яких випадках самолікування недоцільно і слід переконати пацієнта звернутися до лікаря. При цьому фармацевту необхідно правильно оцінити стан пацієнта, зрозуміти його потреби, грамотно вести діалог і надавати інформацію в зрозумілій формі. Важливо володіти не тільки професійними знаннями, а й комунікативними навичками.

У розвинених країнах набула поширення концепція відповідального самолікування, яка має на увазі розумне використання пацієнтами лікарських засобів, що продаються на загальнодоступному ринку, для профілактики і лікування порушень, які не потребують допомоги лікаря. У ряді своїх резолюцій Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила глобальну стратегію розвитку самолікування, поставивши на перше місце роль і відповідальність пацієнта в турботі про своє здоров'я, на 2-е - суспільство, на 3-е - систему охорони здоров'я.

Актуальною проблемою сучасності є лікування та діагностика хвороб стравоходу. Останні роки відбувається зростання захворюваності на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), яка є хронічним захворюванням, зумовлена первинним порушенням функції стравоходу, послабленням антирефлюксного бар'єра, уповільненням випорожнення шлунка та подразненням і запаленням стравоходу за рахунок зворотного надходження шлункового вмісту [1].

Основним симптомом при GERX є печія, яка супроводжується почуттям печіння за грудиною, відчуттям кислоти, гіркоти в глотці та в роті [2]. Дані симптоми часто ігноруються, або займаються самолікуванням [11]. Фармацевтичні працівники при симптоматичному лікуванні при GERX, не завжди притримуються протоколів фармацевта та рекомендують рецептурні препарати. Протокол фармацевта є інформаційним для відпуску безрецептурних лікарських засобів пацієнтові, що і стало підставою для дослідження алгоритму фармацевтичної опіки при GERX та перелік безрецептурних препаратів, які можуть бути рекомендовані для симптоматичного лікування.

Мета і завдання роботи. *Мета роботи* – оптимізація і удосконалення фармацевтичної опіки для профілактики і раціональної терапії пацієнтів при симптоматичній терапії при GERX.

Для досягнення мети необхідно було вирішити наступні завдання:

- 1) проаналізувати та узагальнити сучасні літературні дані з питань етіології, патогенезу та лікування GERX;
- 2) вивчити асортимент лікарських засобів для лікування GERX на фармацевтичному ринку України;
- 3) сформувані перелік питань для фармацевтичних працівників, які передбачають алгоритм надання фармацевтичної допомоги при симптоматичному лікуванні GERX;
- 4) провести опитування серед фармацевтичних працівників аптек та аптечних мереж м. Харкова (Україна) за розробленим алгоритмом, обробити отримані анкети та зробити відповідні висновки про переваги та недоліки, які виникають у роботі фармацевта у разі відповідального самолікування пацієнта.

Об'єкт дослідження – анкета «Симптоматичне лікування при GERX», асортимент безрецептурних лікарських засобів.

Предмет дослідження – обізнаність фармацевтичними працівниками аптечних мереж протоколів фармацевта щодо симптоматичного лікування при ГЕРХ.

Для вирішення поставлених завдань були використані такі **методи дослідження**: інформаційний, системно-аналітичний – для аналізу асортименту лікарських засобів на фармацевтичному ринку України; соціологічний (анкетування фармацевтичних працівників аптечних мереж). З метою вивчення ведення фармацевтичної опіки при профілактиці і симптоматичному лікуванню при ГЕРХ.

Практичне значення одержаних результатів. Результати анкетування будуть використані для внесення змін та доповнень до протоколів роботи фармацевта та фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні при ГЕРХ.

Елементи наукової новизни. У роботі вперше проведене анкетування фармацевтичних працівників аптечних мереж щодо обізнаності протоколів фармацевта та алгоритм фармацевтичної опіки при ГЕРХ, про перелік безрецептурних препаратів, що можуть бути рекомендовані для симптоматичного лікування при ГЕРХ.

Апробація матеріалів дисертації. Матеріали даної роботи викладалися та обговорювалися у: ХХХ Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання створення нових лікарських засобів», Харків, 17-19 квітня 2024 р.

За результатами роботи опубліковані тези.

Структура та об'єм кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, огляду літератури, матеріалів та методів, розділу з результатами роботи, аналізу та узагальнення результатів, списку використаних літературних джерел. Загальний об'єм роботи – 42 сторінок, складається із вступу, 3 розділів, містить 2 таблиць, 15 рисунків, 41 посилання на літературні джерела з них 20 кирилицею та 21 латиницею.

РОЗДІЛ 1.

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ГЕРХ ТА СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ТЕРАПІЮ

Актуальною проблемою сучасності є лікування та діагностика хвороб стравоходу. Останні роки відбувається зростання захворюваності на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), як у європейських країнах, так і країнах Азії. Як самостійна незалежна одиниця ГЕРХ була затверджена у жовтні 1997 року (м. Генваль, Бельгія). Хоча, рівень захворюваності, мабуть значно вищий, оскільки більшість пацієнтів не звертається за допомогою до спеціалістів або лікуються іншими фахівцями. Поширеність ГЕРХ мало вивчена. За останні роки захворюваність ГЕРХ значно зросла і стала однією з основних клінічних проблем у гастроентерології: у Північній Америці – 28 %, у Європі — 8%, на Близькому Сході — 33% випадків.

ГЕРХ – це хронічне рецидивне захворювання, при якому відбувається порушення моторно-евакуаторної функції органів гастроєзофагеальної зони і характеризується спонтанним або регулярно повторюваним закиданням в стравохід шлункового або дуоденального вмісту, в результаті чого відбувається пошкодження дистального відділу стравоходу та розвивається рефлюкс езофагіт та виникає характерний комплекс симптомів серед яких печія, біль, нудота, метеоризм, відрижка з кислим присмаком, неприємні відчуття при просуванні їжі стравоходом [29,41].

Розвитку захворювання сприяють такі чинники:

Порушення захисних факторів:

- ✓ антирефлюксна функція нижнього стравохідного сфінктера;
- ✓ езофагеальне очищення (кліренс);
- ✓ резистентність слизової оболонки стравоходу внаслідок порушення ендотеліальної регенерації;
- ✓ своєчасне видалення шлункового вмісту.

Функціональні причини:

- ✓ порушення моторики шлунка;
- ✓ зниження тиску та довжини нижнього стравохідного сфінктера; нормальна секреція соляної кислоти в секреті шлунка;
- ✓ сповільнення секреції слини;
- ✓ дуоденогастроезофагеальний рефлюкс жовчі.

Зменшення антирефлюксного бар'єра, первинне зниження тонузу нижньоштравохідного сфінктера, збільшення епізодів його спонтанного розслаблення, повна або часткова деструкція при килі стравохідного отвору діафрагми.

Агресивні фактори шлункового вмісту (соляна кислота, пепсин, жовчні кислоти, панкреатичні ферменти — трипсин, фосфоліпаза А2) на фоні зниження резистентності епітелію стравоходу, порушення холінергічної іннервації стравоходу.

Тютюнопаління, переїдання, напої, що містять кофеїн (кава, чай, какао, кола), соки, апельсини, лимони, грейпфрути, молоко, цибуля, хрін, перець, часник, алкоголь тощо підвищують кислотоутворювальну функцію шлунка і знижують тонузу нижнього замикача стравоходу.

Прийом лікарських препаратів, які чинять пряму пошкоджувальну дію (АСК, НПЗП, солі калію, сульфат заліза, ГК, алендронат).

Прийом лікарських препаратів, які мають опосередковану дію та знімають тиск з нижнього стравохідного сфінктера (теофілін, нітрати, АК, бензотіазепіни, допамінергічні засоби, трициклічні антидепресанти, антихолінергічні препарати) [21].

Переконаливих доказів безпосереднього зв'язку ГЕРХ з інфекцією *H. pylori* немає.

Відповідно до МКХ-10 розглядають ГЕРХ із езофагітом та без езофагіту. Нова класифікація ГЕРХ виділяє 3 форми, яким відповідає окремий напрям лікування:

- неерозивна ГЕРХ (наявні симптоми ГЕРХ, однак відсутні ерозивні зміни СО стравоходу; спостерігається приблизно у 60% хворих на ГЕРХ);

- ерозивна ГЕРХ (наявні ерозивні зміни стравохідного епітелію різного ступеня вираженості; виявляється у 37% хворих);
- ускладнення ГЕРХ (стравохід Баррета) (визначається у 3% хворих) [15].

Загальні рекомендації щодо лікування захворювання:

- ✓ часте харчування (до 5–6 разів на добу) невеликими порціями з підвищеним вмістом білка та останнім прийомом їжі не пізніше ніж за 3 год до сну;
- ✓ зміна способу життя;
- ✓ їжу приймати стоячи, повільна ходьба після їжі впродовж 30 хв;
- ✓ після прийому їжі запобігати нахилу тулуба вперед і не лягати;
- ✓ уникати надмірного вживання їжі;
- ✓ уникати підняття ваги більше 8–10 кг, перенапруження черевних м'язів і роботи з нахилами тулуба вперед;
- ✓ з раціону харчування виключають продукти, які посилюють гастроєзофагеальний рефлюкс (кава, шоколад, газовані напої, цитрусові, часник, цибуля, жири, перцева м'ята);
- ✓ виключення лікарських препаратів, які знижують тонус нижнього стравохідного сфінктера (ББА, АК, транквілізатори, барбітурати, ГК, холінолітики, альфа-адреноміметики, нітрати, теофілін, прогестерон; міотропні спазмолітики — папаверин; НПЗП — індометацин, диклофенак; наркотичні анальгетики — комбінований препарат, що містить морфіну гідрохлорид, носкапін, папаверину гідрохлорид, кодеїн, тебаїн; тримеперидин; контрацептиви — комбінація левоноргестрелу і етинілестрадіолу, дезогестрел);
- ✓ відмова від тютюнопаління та вживання алкоголю;
- ✓ нормалізація маси тіла;
- ✓ протипоказаний тісний одяг (ремені у чоловіків, грації та корсети у жінок);

✓ хворим бажано спати на ліжках з високим узголів'ям (під ніжки краю ложа, на який хворий лягає головою, підкладають бруски заввишки 10 см) [13,14].

Для зменшення рефлюксу шлункового вмісту хворим рекомендується вживати невеликі порції їжі. Слід дотримуватися режиму харчування: 4–5 прийомів їжі невеликими порціями; не слід вживати занадто холодні чи гарячі страви. Не можна вживати сильні стимулятори шлункової секреції — страви, багаті на екстрактивні речовини [11].

З метою покращення репараційних процесів слизової оболонки стравоходу та профілактики метаплазії в харчуванні пацієнтів із ГЕРХ слід збільшити кількість продуктів з високим вмістом речовин, які зумовлюють сприятливий вплив на слизову оболонку ШКТ (вітамін А, Е, каротиноїди, лецитин, омега-3-ПНЖК) — овочі, фрукти, цільні злаки, морська риба.

Лікування ГЕРХ залежно від стадії її вираженості, препаратами вибору є *ІІІІ*, які є найбільш ефективними препаратами «за потребою», що скорочує кількість щоденного прийому препарату (однак є повідомлення, що *ІІІІ* при тривалому застосуванні збільшують смертність) [6].

Антиангінальні, антирефлюксні препарати:

- ✓ Рабепразол (найбільш сильно купірує печію; загоєння ерозій через 8 тиж спостерігається в 87–100% випадків);
- ✓ Омепразол.
- ✓ Комбінований препарат натрію альгінату та калію бікарбонату;

При різних стадіях ГЕРХ використовують монотерапію (single-agent therapy), схему «терапія, що зростає» (up-down therapy) і схему «терапія, що спадає» (step-down therapy) [5,10].

«Терапія, що зростає» є, мабуть, найбільш прийнятною, оскільки передбачає поступове застосування препаратів однонаправленої дії від менш ефективних до більш ефективних (антациди, блокатори H_2 -гістамінових рецепторів, *ІІІІ*), а також комбіновану терапію: антациди + прокінетики, блокатори H_2 -гістамінових рецепторів + прокінетики тощо. «Терапія, що

спадає» передбачає призначення препаратів з різним ступенем кислотопригнічення та прокінетиків: ІПП + прокінетики; блокатори H₂-гістамінових рецепторів + прокінетики [19].

При жовчному рефлюксі антисекреторні препарати, прокінетики та антациди недостатньо ефективні. Стандартом його лікування є урсодезоксихолева кислота [25].

Таблиця 1.1.

Алгоритм лікування при ГЕРХ		
<i>Оцінка клінічних симптомів</i>		
↓		
ЕГДС (за наявності показань — з біопсією, хромоендоскопією).		
Добовий моніторинг рН в стравоході (за наявності показань).		
↓↓↓		
Неерозивна форма (ГЕРХ), ерозивна форма ГЕРХ (рефлюкс-езофагіт, ступінь А)	Ерозивна форма ГЕРХ (рефлюкс-езофагіт ступеня В, С, D)	Стравохід Барретта
↓↓↓		
ІПП протягом 4–8 тиж: омепразол (20 мг); лансопразол (30 мг); пантопразол (40 мг); рабепразол (20 мг); езомепразол (40 мг). Підтримувальна терапія — терапія «на вимогу» (ІПП, антациди, альгірати) або переривчаста терапія.	ІПП протягом 8–12 тиж 2 рази на добу: омепразол (20 мг); лансопразол (30 мг); пантопразол (40 мг); рабепразол (20 мг); езомепразол (40 мг). Підтримувальна терапія: при помірному ступені ГЕРХ (В) — терапія «на вимогу» або переривчаста терапія; при тяжкій формі ГЕРХ (С, D) — безперервний тривалий прийом ІПП у стандартній, половинній або мінімальній	Тактика ведення хворих залежить від ступеня дисплазії епітелію слизової оболонки стравоходу. дисплазія низького ступеня — лікування ІПП + повторне гістологічне обстеження через 6–12 міс; при підтвердженні дисплазії низького ступеня продовжують лікування з гістологічним контролем через 6–12 міс, надалі 1 раз на рік; дисплазія високого ступеня — лікування

	ефективній дозі	ІПП; хірургічне лікування.
--	-----------------	----------------------------

Найпоширенішим симптомом при ГЕРХ вважається печія. Печія – сприймається як відчуття печіння різної інтенсивності та тривалості, що виникає за грудиною та / або в надчеревній ділянці, яке розповсюджується вгору від мечовидного відростка, часто посилення її відбувається при прийомі газованих напоїв та алкоголю, фізичній нарузі, нахилах та в горизонтальному положенні. Медикаментозна терапія печії при ГЕРХ передбачає застосування таких груп лікарських препаратів: інгібітори протонної помпи (ІПП), антагоністи H₂-гістамінових рецепторів, антациди, стимулятори перистальтики; препарати альгінової кислоти (табл. 1.1) [29].

Таблиця 1.2.

Основні препарати для лікування печії

Лікарський препарат	Стійкий вплив на інтрагастральний рН	Сорбційні властивості	Обволікаюча дія	Анти-рефлюксна дія	Цито-протекторна дія
Антациди	виражений вплив	виражений вплив	виражений вплив	виражений вплив	виражений вплив
Антагоністи H ₂ -гістамінових рецепторів	сильно виражено вплив	немає ефекту	немає ефекту	немає ефекту	немає ефекту
ІПП	дуже сильно виражено вплив	немає ефекту	немає ефекту	немає ефекту	немає ефекту
Альгінати	виражений вплив	виражений вплив	сильно виражений вплив	дуже сильно виражений вплив	сильно виражений вплив

Нажаль в умовах сучасного життя спостерігається тенденція до того, що більшість населення займаються самолікуванням, а отже віддають перевагу симптоматичній терапії.

В аптеку доволі часто звертаються з симптомами при GERX, а отже фармацевт є першим у наданні медичної допомоги та на даному етапі має головну роль у виборі симптоматичної терапії. Фармацевтичному працівнику необхідно з'ясувати симптоми та фактори, які турбують пацієнта, щоб ефективно усунути симптоми при GERX [16,17].

Для рекомендації безрецептурних препаратів без призначення лікаря, фармацевту першочергово необхідно виявити чи не має у відвідувача аптеки загрозливих симптомів, що вказують на розвиток серйозних захворювань. Необхідно визначити, чи не потребує ситуація негайної госпіталізації. Для з'ясування даних симптомів, допоможуть першочергові запитання, які обов'язково ставлять людині зі скаргами при GERX [21,27] (рис.1.1).

Якщо відповіді на дані питання були негативними, то фармацевт має право порекомендувати безрецептурні лікарські засоби. Проте якщо відповіді були позитивні, то пацієнту потрібно одразу рекомендувати звернутися до лікаря, бо це може свідчити про загострення хронічних захворювань ШКТ, про які пацієнту може бути навіть не відомо, оскільки він може і не підозрювати про серйозність ситуації, зменшуючи симптоми та больові відчуття таблетками.

Загрозливими симптомами є : печія, яка супроводжується блюванням кольору “кавовою гуці” або кров'ю, випорожнення чорного (дьогтьоподібного) кольору, постійна печія протягом 3-х діб та більше; печія, що супроводжується задишкою, потовиділенням, утрудненням ковтання; біль в животі; прогресуюча втрата ваги тіла, якщо симптоми пов'язані з прийомом лікарських засобів.

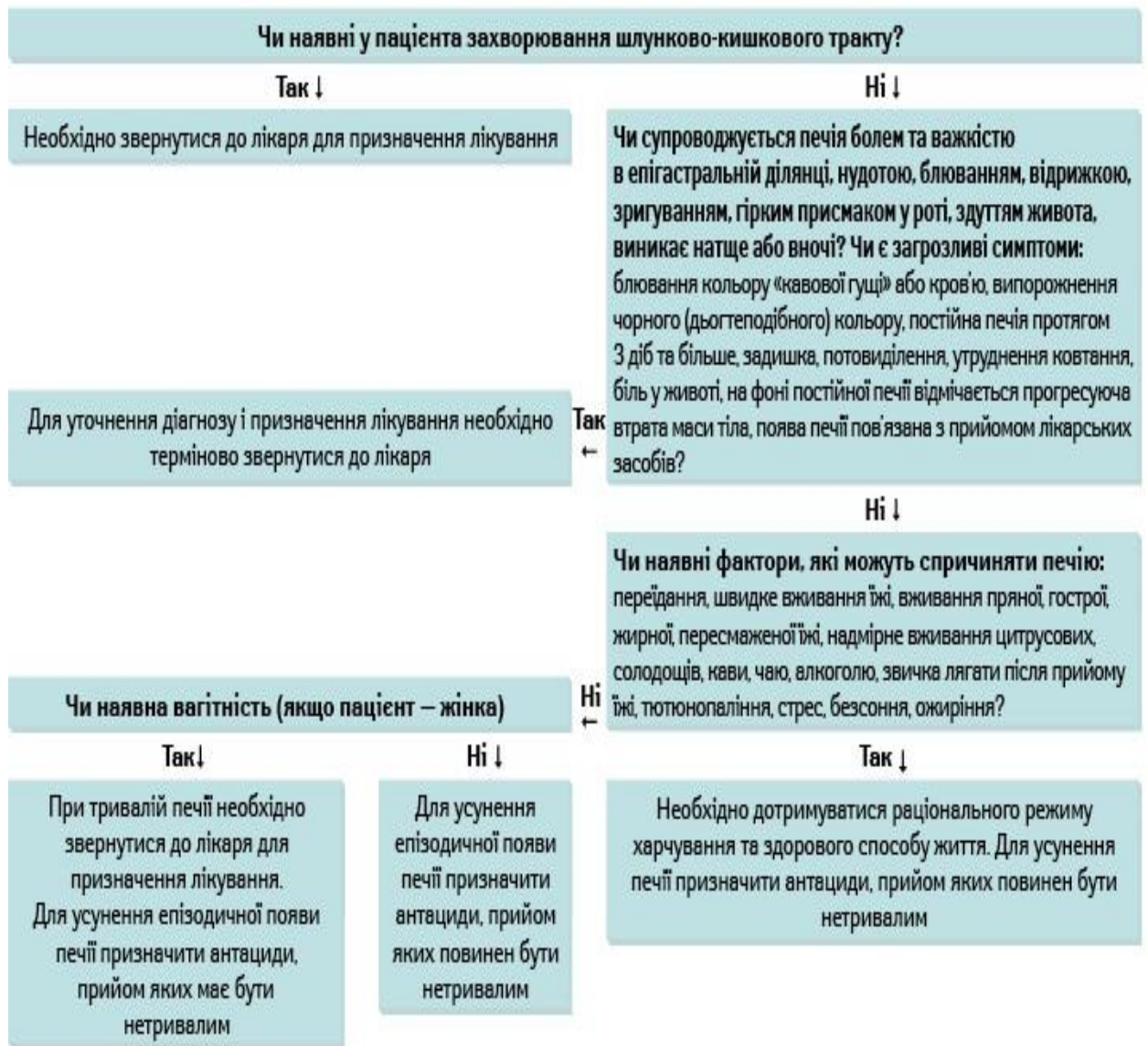


Рис. 1.1 Алгоритм фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні печії

До групи безрецептурних препаратів, що можна рекомендувати при ГЕРХ, відносять антациди, альгінати [26].

Антацидні препарати, які є на фармацевтичному ринку України, поділяють на:

- ✓ препарати алюмінію;
- ✓ комбіновані препарати та комплексні сполуки фосфору та алюмінію, магнію та кальцію;
- ✓ карбонати.

Антацидні препарати покривають слизову оболонку і нейтралізують соляну кислоту гідроксидом алюмінію, магнію, карбонатом кальцію та гідрокарбонатом натрію. В основі цієї дії лежить нейтралізація агресивних кислотних середовищ. Нейтралізація шлункового вмісту призводить до порушення активації ферментів і зниження моторики, порушуючи процес травлення. Іншим серйозним недоліком антацидів є виділення вуглекислого газу, що призводить до вторинної гіперсекреції і повторення симптомів печії. Крім того, через утворення хелатів утруднюється засвоєння вітамінів, послаблюється перистальтика кишечника, ризик виникнення запорів, порушується обмін електролітів, особливо кальцію [7].

Антациди, що містять алюміній, можуть викликати запор, а антациди, які містять сполуки магнію, можуть викликати діарею. Тривалий прийом антацидів може викликати дисбактеріоз [22].

H₂-блокатори також доступні без рецепта для симптоматичного лікування печії. Ці препарати схвалені FDA для короткочасного лікування неускладненої гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, виразки шлунка або дванадцятипалої кишки, гіперсекреції шлунка та легкої, рідкісної печії [23].

Блокатори H₂-гістамінових рецепторів також можуть використовуватися не за призначенням для запобігання стресовим виразкам, езофагіту, гастриту та шлунково-кишковій кровотечі. Антагоністи H₂-рецепторів гістаміну пригнічують секрецію соляної кислоти шляхом оборотного конкурентного зв'язування з рецепторами гістаміну типу II на базолатеральній мембрані парієтальних клітин слизової оболонки шлунка, тим самим пригнічуючи зв'язування та дію ендогенних лігандів гістаміну. Ліки цієї групи не призначені для застосування вагітним і годуючим жінкам і дітям до 12 років. Курс лікування антагоністами H₂-гістамінових рецепторів не повинен перевищувати 2 тижнів [24,40].

Альгінати – безрецептурні препарати, які рекомендовані при неерозивних формах ГЕРХ, як базова підтримуюча терапія, у комбінації з

ІПП при лікуванні пацієнтів з ерозивними формами ГЕРХ та (як підтримуюча терапія) при скасуванні ІПП або зниженні їх добової дози. Дані лікарські засоби є комбінованими препаратами, до складу яких входить карбонат кальцію та гідрокарбонат натрію та калію [3].

Попадання альгінату в кисле середовище шлунка при довільній кількості іонів кальцію здатне утворити міцний пліт-бар'єр, який буде залежати від концентрації альгінатів, іонів кальцію та від кислотності шлунку.

Альгінова кислота має імуностимулюючі властивості, а саме: натрієва, калієва, магнієва, кальцієва. Проведені дослідження довели, що альгінати сприяють зупиненню місцевої кровотечі та прискорюють загоєння виразок слизової оболонки шлунка і кишечника. Механізм дії полягає в нейтралізації альгінатом натрію соляної кислоти шлункового соку. Альгінова кислота в процесі травлення розбухає, обволікає слизову оболонку шлунка, захищаючи її від подальшого впливу соляної кислоти і пепсину, що позитивно впливає на зупинку кровотеч, сприяє ослабленню патологічних рефлексів, в тому числі і больових. Затримання всмоктування води в кишечнику, призводить до нормалізації випорожнення.

Таким чином, альгінати беруть участь в процесі травлення та нейтралізують соляну кислоту [39].

Інгібіторів протонної помпи (ІПП) є обов'язковими в медикаментозній терапії гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, що сприяють кислотосупресії. ІПП сприяють нормалізації в шлунку $\text{pH} > 4$ та сприяють загоєнню виразок в стравоході в 80-90% випадків [34].

Трансмембранне перенесення протонів сприяє секреції соляної кислоти парієтальними клітинами, що опосередковується протонним насосом - $\text{H}^+ + \text{K}^+ \text{-ATPase}$, ІПП викликають необоротне інгібування $\text{H}^+ + \text{K}^+ \text{-ATPase}$.

Всмоктування ІПП відбувається в тонкій кишці, потім з кровотоком проходить через печінку і вибірково накопичуються в зонах з низьким значенням pH - в секреторних каналцях парієтальних клітин та захищені

кислотостійкою оболонкою. Згодом відбувається перетворення молекули ІПП в хімічно активну форму (сульфенамід), яка утворює ковалентний зв'язок з SH-групи цистеїну H + K +-АТФази і необоротно блокує її роботу [33]. Вбудовування в мембрану секреторних каналців нових протонних pomp сприяє відновлення кислотопродукції, тому тривалість антисекреторного ефекту визначається швидкістю оновлення протонних pomp. Таким чином, всі ІПП мають однаковий механізм дії, при цьому кожен ІПП має особливості фармакокінетики, яка визначає їх індивідуальні властивості.

Симптоми у пацієнтів з ГЕРХ у 10-30% можуть частково або повністю зберігатися, також є можливість появи нових симптомів і може спостерігатися негативна динаміка загоєння пошкоджень слизової оболонки при рефлюкс-езофагіті. Пацієнти з ерозивною або неерозивною формами ГЕРХ мають назву "не відповідаючі на терапію ІПП" (PPI non-responders), тобто рефрактерними до проведеної терапії.

Таким чином, існує чітка терапія ГЕРХ при медикаментозному лікуванню хворих, головною ланкою є ефективна кислотна супресія за допомогою інгібіторів протонної помпи, в комбінації з прокінетиками і антацидними засобами, що підвищують ефективність терапії. Результати досліджень доводять, що пацієнти, які мають симптоми ГЕРХ є причиною скорочення тривалості та ефективності праці, що і доводить актуальність подальшого проведення обізнаності фармацевтичних працівників щодо симптоматичної терапії при ГЕРХ.

Висновок до розділу 1

Проведений огляд літератури встановлено, що ГЕРХ є поширеним захворюванням серед населення 40% - 60%. Вивчено причини виникнення, симптоми та методи лікування. Проведений аналіз лікарських препаратів ринку України. Проаналізовано алгоритм терапевтичної та фармацевтичної допомоги при ГЕРХ.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Визначення актуальності теми кваліфікаційної роботи дало можливість обрати загальну методологію та напрямки досліджень. Основні напрямки та загальна методологія та напрямки дослідження відповідали меті, завданням, методом та об'єкту дослідження.

На етапах розв'язання поставлених завдань відповідно до методичного обґрунтування в роботі викладено принципи об'єктивності та системності, використано комплекси медичних та спеціальних методів: теоретичних, інформаційних (методи вивчення літературних джерел, їх аналізу, обговорення, узагальнення та систематизації даних), методи координації, графічні, статистичні. Фармацевти завжди сприймалися аптечними пацієнтами як доступні консультанти та перевірені джерела інформації про фармакотерапію, крім того, аптеки працюють вдень, а іноді і цілодобово, звернення до фармацевта не вимагає попереднього запису, тому аптеки стають громадським пунктом першої допомоги, куди звертаються при хворобливих станах.

У роботі розглянуто основні підходи та принципи фармацевтичної опіки при відпуску безрецептурних препаратів пацієнтам при симптоматичному лікуванні при GERX.

Об'єктом дослідження було анкетування фармацевтичних працівників аптек протоколів фармацевта щодо симптоматичного лікування при GERX. Відповідно до плану роботи були виконані наступні етапи досліджень (рис. 2.1).

Методи статистичного аналізу. Експериментальні дані були оброблені методикою варіаційної статистики за допомогою програми «Microsoft Office Excel 2013» (Microsoft, США) за критерієм t Стьюдента у разі нормального розподілу. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.



Рис.2.1. Дизайн дослідження

Анкетування було проведено за допомогою гугл-форми, яка була розіслана наступним аптечним мережам: 911, «Аптека низьких цін», «Подорожник».

Анкета складалася з наступних запитань:

1. Який рівень фармацевтичної освіти Ви маєте?

- магістр фармації
- спеціаліст фармації
- молодший спеціаліст фармації
- -студент (освіти не маю)

2. Ваш стаж роботи за спеціальністю?

- до 3-х років
- 3-5 років
- 5-20 років
- більше 20 років

3. Чи підвищуєте Ви свій кваліфікаційний рівень?

- Так
- Ні

4. Якщо так то як саме?

- Звертаюсь до колег
- На професійних сайтах та форумах
- Користуюсь закордонними ресурсами (в спеціалізованих

журналах та сайтах)

- Прохожу курси підвищення кваліфікації
- Відвідаю лекції, вебінари, конференції за спеціальністю

5. Чи знайомі Ви з протоколами фармацевта при відпуску безрецептурних ЛЗ в якості симптоматичного лікування ГЕРХ?

- так
- ні
- частково

6. Як часто до Вас звертаються пацієнти зі скаргами на печію, нудоту:

- декілька разів на зміну
- декілька разів на місяць
- рідко

7. Яку групу препаратів Ви рекомендуєте пацієнтам із ГЕРХ?

- Інгібітори протонної помпи
- Антациди
- Антагоністи H₂-гістамінорецепторів
- Альгінати

8. На Ваш погляд, яку інформацію у пацієнта з ГЕРХ необхідно з'ясувати?

- хто має симптоми (пацієнт, члени сім'ї, знайомі – діти чи дорослі);
- коли виникло нездужання і скільки часу триває
- яких заходів вжито перед зверненням до аптеки
- які ліки вже прийняті для полегшення стану

9. Які симптоми, на Ваш погляд, є загрозливими при печії?

• печія супроводжується блювотинням «кавової» гущі та (дьюгтеподібним) калом

- печія з'явилась вперше у житті
- печія виникла після вживання гострої їжі
- печія у вагітних жінок

10. Чи з'ясуєте Ви у пацієнта наявність захворювань ШКТ?

- так
- ні

11. Чи уточнюєте Ви у пацієнта наявність вагітності?

- так
- ні

12. Які на Ваш погляд лікарські препарати найефективніші та найсучасніші для симптоматичного лікування ГЕРХ?

- Антациди
- Альгінати (Гавіскон)
- Антагоністи H₂-гістамінорецепторів
- Інгібітори протонної помпи

13. Чи попереджаєте Ви пацієнта при призначенні антацидів, що їх варто приймати окремо від інших лікарських препаратів (через 2-год)?

- так
- ні

14. Які на Ваш погляд побічні реакції виникають при довготривалому прийомі антацидів на основі алюмінію (наприклад, препарат Альмагель):

- запор
- діарея
- загроза розвитку ниркової недостатності
- загроза розвитку енцефалопатії
- дисбактеріоз
- утворення каменів у пацієнтів з сечокам'яною хворобою

15. Які на Ваш погляд побічні реакції виникають при довготривалому прийомі препарату Ранітидин:

- синдром «рикошета»
- онкологічні захворювання
- зниження потенції у чоловіків
- дисбактеріоз
- головний біль

16. Які препарати Ви найчастіше рекомендуєте пацієнтам з ГЕРХ (вказіть 3 препарати).

РОЗДІЛ 3.

РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЩОДО РАЦІОНАЛЬНОГО ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ GERX

GERX є хронічним захворюванням, тому лікування повинно бути безперервним та контрольованим над симптомами та профілактики ускладнень. Основними лікарськими засобами є гальмування секреції та нейтралізація соляної кислоти, захист слизової оболонки та прокінетичні лікарські засоби.

Метою лікування є максимально швидка ліквідація клінічних та ендоскопічних проявів хвороби. Усунення наявних ускладнень і зменшення ризику їх виникнення, запобігання рецидивам хвороби, поліпшення якості життя шляхом: запобігання виникнення рефлюксу, зменшення ушкоджуючих властивостей рефлюктата, покращення стравохідного кліренсу та усунення дифузних або вогнищевих патологічних уражень слизової оболонки стравоходу і підвищення її захисних властивостей.

Щоб забезпечити належну фармацевтичну допомогу, фармацевт повинен дотримуватися наступного алгоритму дій:

- встановити основний симптом, для лікування якого пацієнт вирішив придбати даний препарат;
- опитати пацієнта з метою визначення, чи не є цей симптом проявом захворювання, що вимагає обов'язкової медичної допомоги;
- визначити фармакотерапевтичну групу препаратів, які можуть бути запропоновані даному пацієнту;
- підібрати серед препаратів цієї групи оптимальний для пацієнта препарат в кожному конкретному випадку;
- надати пацієнту відповідну інформацію про обраний препарат в доступній для нього формі.

Результати анкетування фармацевтичних працівників представлені в розділі 3. В дослідженні прийняли участь 115 фармацевтичних працівників. Анкети були надіслані наступним аптечним мережам: 911, «Аптека низьких цін», «Подорожник».

Анкета складалася з 16 запитань, результати опитування представлені на рис. 3.1 – 3.15.

- Аналіз даних показав, що більшість працівників є спеціалістами фармації – 36 %, другий рівень вищої освіти - магістри фармації - 21%. Серед опитаних 27 % та 16 % мають, студентами, які в даний момент не отримали диплом про вищу освіту та молодші спеціалісти фармації, які закінчили фармацевтичний коледж відповідно (рис. 3.1). З огляду на те, що серед опитаних майже половина це студенти та молодші спеціалісти, то відповідно більшість респондентів мають стаж роботи до 3-х років – 68 %, стаж від 3 до 5 років мають - 22% від 5 до 20 років – 7% та 3% опитаних мають стаж більше 20 років (рис. 3.2).

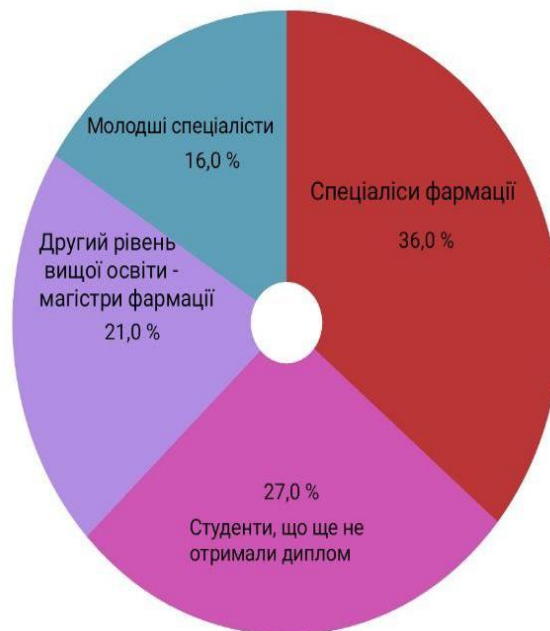


Рис. 3.1 «Який рівень фармацевтичної освіти Ви маєте?»



Рис. 3.2 «Ваш стаж роботи за спеціальністю?»

«Чи підвищуєте Ви свій кваліфікаційний рівень?»

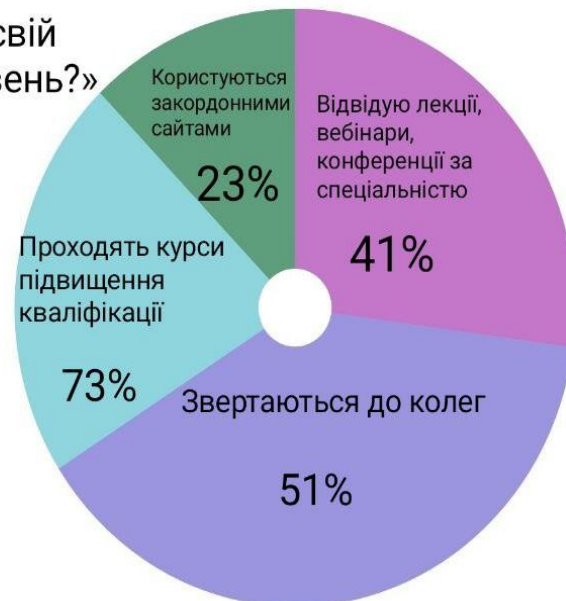


Рис. 3.3 Чи підвищуєте Ви свій кваліфікаційний рівень?

Аналіз відповідей на запитання «Чи підвищуєте Ви свій кваліфікаційний рівень?» (рис. 3.3) показав, що 51% опитаних просять допомоги та поради своїх колег для підвищення рівня знань, на нашу думку це можливо, якщо колега має великий стаж роботи та є гарним спеціалістом, але не завжди колега обізнаний у всіх питаннях.

Також більшість опитаних шукають відповіді на запитання, на професійних сайтах та форумах і відвідують лекції, вебінари, конференції з метою підвищення кваліфікаційного рівня (73%). Це звичайно добре, проте відомо, що на форумах є багато фейкової інформації, а лекції та вебінари, можуть, бути організовані зацікавленою фармацевтичною компанією, де інформація буде спрямована на промоцію певного лікарського засобу.

Пошук інформації на офіційних сайтах державних установ вважається достовірною, перевіреною інформацією від фахівців фармації. Менша частина опитаних 41 % проходять курси підвищення кваліфікації, відповідно до положення про порядок проведення атестації фармацевтів від 17.10.2011 р., в якому зазначено, що кожні 5 років фармацевти зобов'язані проходити курси підвищення кваліфікації [36].

Нажаль, меншість опитаних лише 23% користуються закордонними сайтами. На яких представлена сучасна інформація, протоколи лікування, нові розробки, тощо. Даний результат має логічне пояснення, нажаль в Україні у більшість спеціалістів не мають достатній рівень англійської мови. Тому на нашу думку, спеціалісти фармації повинні підвищувати свій рівень іноземної мови.

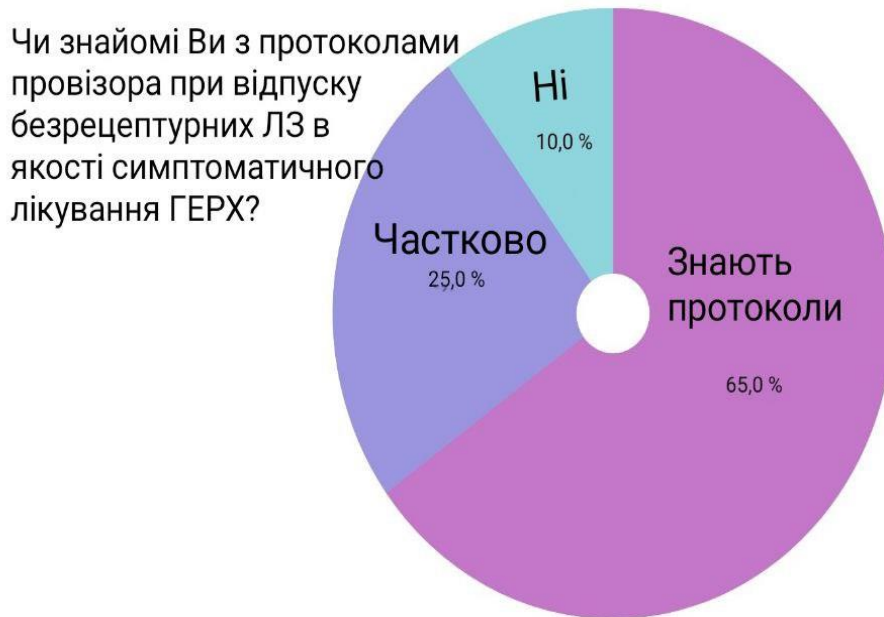


Рис. 3.4 «Чи знайомі Ви з протоколами фармацевта при відпуску безрецептурних ЛЗ в якості симптоматичного лікування GERX?»

Опитування показало, що 65 % респодентів знають протоколи фармацевта при симптоматичному лікуванні при GERX, а саме при симптоматичному лікуванні печії, нудоти, болю в животі. Проте, були і відповіді, що працівники взагалі не знайомі з протоколами фармацевта, серед яких 3 спеціаліста, які мають стаж роботи від 5-20 років та 9 працівників студентів, які ще не мають освіти. Частково знають протоколи фармацевта 25 % опитаних. Це може свідчити про те що, фахівці не підвищують свій кваліфікаційний рівень знань на належному рівні. Оскільки, ми бачимо з попереднього питання, що досить часто фахівці звертаються за порадами колег та Google і знаходять там інформацію, не завжди правдиву та достовірну. Протоколи фармацевта затверджені наказом МОЗ України від 05.01.2022 № 7 "Про затвердження протоколів фармацевта", а з опитування ми бачимо, що деякі фармацевти досі не знають про них або ознайомлені з ними частково [37].

Ознайомлення з протоколами фармацевта студентів в університеті відбувається на 4 – 5 курсі на дисципліні «Клінічна фармація та

фармацевтична опіка», тому отримані дані, що до необізнаності їх можна обґрунтувати тим, що можливо вони ще не вивчали дану дисципліну. Проте дана проблема потребує або студенти не можуть працювати в аптечних закладах раніше ніж на 5 курсі або потрібно дану дисципліну викладати на 3 курсі.

Для висвітлення актуальності теми респондентам було поставлено наступне запитання «Як часто до Вас звертаються пацієнти зі скаргами на печію, нудоту?» (рис. 3.5).

Результати опитування, показали, що тема кваліфікованої роботи є актуальною, бо звернення з симптомами печії та нудоти до фармацевтичних працівників відбуваються по декілька разів за зміну - 41 %, 39 % відповіли, що звернення відбуваються декілька разів на тиждень. При аналізі результатів були респонденти, які зазначили, що до них «рідко» зверталися з даними симптомами таких - 20 %.

звертаються пацієнти
зі скаргами на печію,
нудоту



Рис. 3.5 «Як часто до Вас звертаються пацієнти зі скаргами на печію, нудоту?»

На запитання «Яку групу препаратів Ви рекомендуєте пацієнтам із ГЕРХ?» (табл. 3.6). Для анкетування ми обрали групи лікарських засобів, які зазначені в протоколі фармацевта та показаннями знижують кислотність шлунку та позбавляють від симптомів печії: антациди, альгірати («Гавіскон»), антагоністи H_2 -гістамінорецептори, інгібітори протонної помпи. Проте, в протоколі лікування фармацевта не зазначені інгібітори протонної помпи (ІПП) для симптоматичного лікування, адже дана категорія препаратів відпускається за призначенням лікаря і не може бути рекомендована фармацевтами. [32]

В протоколі фармацевта зазначені такі групи, як антациди («Альмагель», «Маалокс», «Ренні»); альгірати («Гавіскон»), антагоністи H_2 -гістамінорецептори («Ранітидин», «Фамотидин», «Циметидин»).

Зазначені у протоколі антагоністи H_2 -гістамінорецептори («Ранітидин», «Фамотидин») можна відпускати лише за призначенням лікаря, дані опитування показали, що 41 % фармацевтів ігнорують протоколи фармацевта та рекомендують ІПП.

«Яку групу препаратів Ви рекомендуєте пацієнтам із ГЕРХ?»



Рис. 3.6 «Яку групу препаратів Ви рекомендуєте пацієнтам із ГЕРХ?»

Однак дослідження показали, що 12 % опитаних продовжують рекомендувати H_2 -гістамінорецептори, потрібно зазначити, що оприлюднена на офіційному сайті FDA інформація від 01.04.2020 інформації про вимоги до виробників лікарських засобів зняти з продажу усі препарати з діючою речовиною *ранітидин* через домішки NDMA, про що стало відомо з незалежних лабораторних досліджень, який є небезпечним канцерогеном для людини. На даний час ще не прийнято остаточне рішення стосовно застосування або заборони лікарських засобів з діючою речовиною [12].

Згідно досліджень в Україні, ранітидин досі є у вільному доступі і фармацевти, як видно з рис. 3.6, радить цей препарат. Антацидні препарати рекомендують 71% опитаних, а саме препарат «Гавіскон».

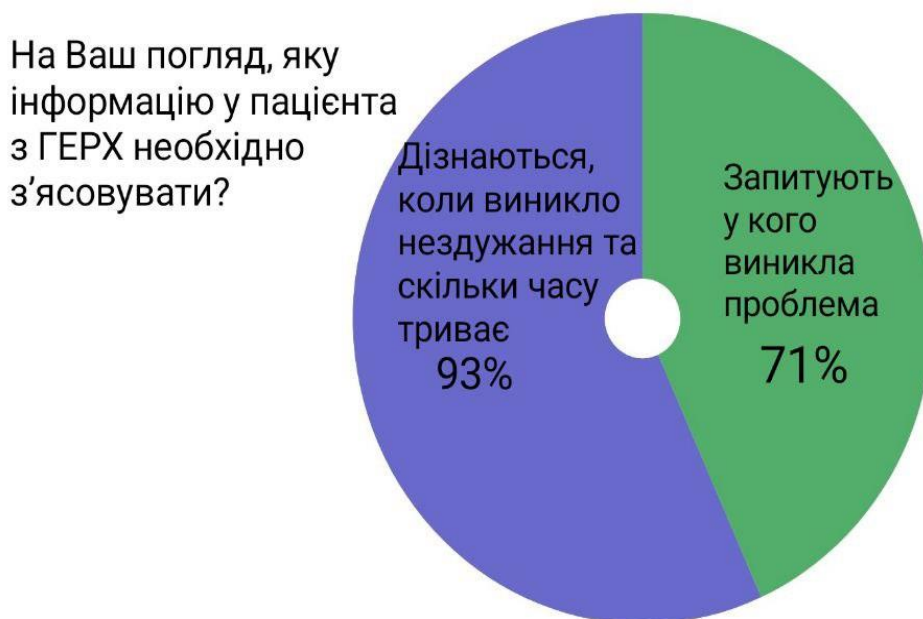


Рис. 3.7 На Ваш погляд, яку інформацію у пацієнта з ГЕРХ необхідно з'ясувати?

Отримані дані показали, що 93 % дізнаються, коли виникло нездужання та скільки часу воно триває, також з'ясовують, які лікарські засоби були прийняті для полегшення стану; 71 % запитують у кого виникла проблема (пацієнт, члени сім'ї, знайомі – діти чи дорослі). Виходячи з отриманих даних можемо говорити про не кваліфіковану допомогу з боку

фармацевтичного працівника, адже встановлення особи у якої є симптоми при GERX є дуже важливою при виборі лікарського засобу. Особлива увагу потрібно приділяти жінкам, які є при надії, оскільки в аптеках обмежений асортимент лікарських засобів, які призначаються під час вагітності. Фармацевтичний працівник може порекомендувати «Гавіскон» (альгінат) та «Ренні», до складу якого входить комбінація двох антацидів: кальцію карбонату та магнію карбонату. [30,31]

В протоколі фармацевта зазначаються загрозові симптоми у пацієнтів, які фармацевтичний працівник повинен з'ясувати серед яких: печія супроводжується задишкою, потовиділенням, утрудненням ковтання; блювотиння кольору “кавовою гушч” або кров'ю; випорожнення чорного (дъогтьоподібного) кольору; постійна печія протягом 3-х діб та більше; печія супроводжується болем в животі; втрата ваги; поява печії пов'язана з прийомом лікарських засобів. Виявлення цих симптомів є одним з важливих етапів проведення фармацевтичної опіки. Саме тому під час створення анкети нам було важливо перевірити знання фармацевтичних працівників щодо загрозових симптомів та включити в перелік запитань дійсно важливі загрозові стани.

Печія — це відчуття печіння або дискомфорту під грудиною під час якого відбувається закидання кислого шлункового вмісту у стравохід. До складу шлункового соку входить соляна кислота, яка і допомагає травленню продуктів, які потрапляють до шлунку, після чого зворотній хід закривається нижнім стравохідним сфінктером, тому саме цей механізм перешкоджає зворотному виходу їжі. Проте частим симптомом під час вагітності є печія, яка виникає через підвищений внутрішньочеревний тиск, при якому сфінктеру складно утримувати в шлунку його вміст, частина якого викидається у стравохід разом із кислотою [20]. Даний стан не рахується загрозовим тому фармацевтичний працівник може провести фармацевтичну опіку та порекомендувати групу препаратів, яка дозволена вагітним згідно протоколу фармацевта, наприклад «Ренні», що відноситься до групи

антацидів або альгінати - препарат «Гавіскон». Серед опитаних респондентів, лише 21% вважають, що печія є небезпечним симптомом у вагітних. На запитання «Чи уточнюєте Ви у пацієнта наявність вагітності?», майже всі опитувані 93% відповіли, що так. Вживання антацидних препаратів, у період вагітності та годування груддю дозволено періодично або короткочасно, але потрібно бути впевненими, що даний лікарський засіб має клінічно підтвердженні дані, про те, що він не впливає на перебіг вагітності та розвиток дитини.

Майже всі фармацевтичні працівники 97,8 % вважають, що блювання кольору “кавовою гущі” або кров’ю є найбільш загрозливим симптомом, який вимагає негайного звернення до лікаря, оскільки даний симптом є ознакою шлункової кровотечі [35] (рис. 3.8).

Найчастішою причиною виникнення печії є вживання гострої або кислої їжі, лише 11 % вважають, що це є загрозливим симптомом. Проте не потрібно відправляти людину до лікаря при першому симптомі печії, необхідно це зробити, якщо даний симптом не проходить більше 3 діб та вживання антацидних засобів не покращує самопочуття пацієнта.

Важливим питанням під час фармацевтичної опіки при печії є у пацієнта захворювання шлунково-кишкового тракту. Якщо відповідь позитивна то фармацевту необхідно порекомендувати звернутися до лікаря для призначення лікування, адже воно повинно бути комплексним та призначеним після клінічних досліджень. На дане запитання лише 2% учасників анкетування відповіли, що не запитують наявність захворювань ШКТ, тим самим порушують протоколом фармацевтичної допомоги. А отже, абсолютна більшість (98 %) розуміють наскільки важливим є дане запитання та з’ясовують про захворювання ШКТ (рис. 3.9).

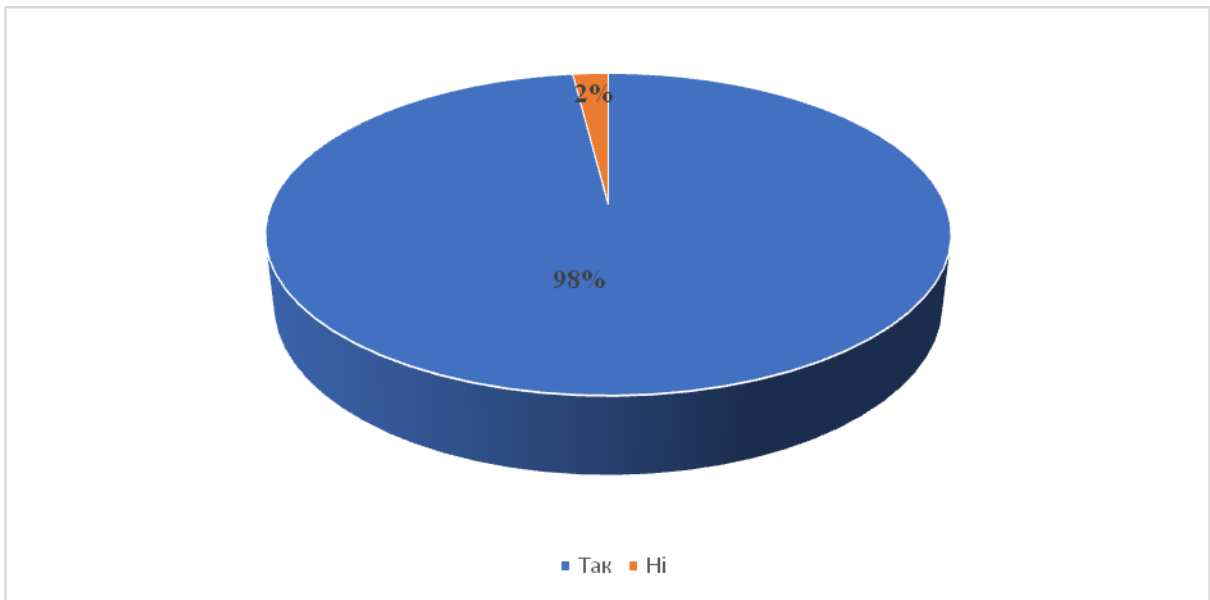


Рис. 3.9 Чи з'ясуєте Ви у пацієнта наявність захворювань ШКТ?

На думку фахівців
найефективніші
препарати для
лікування ГЕРХ

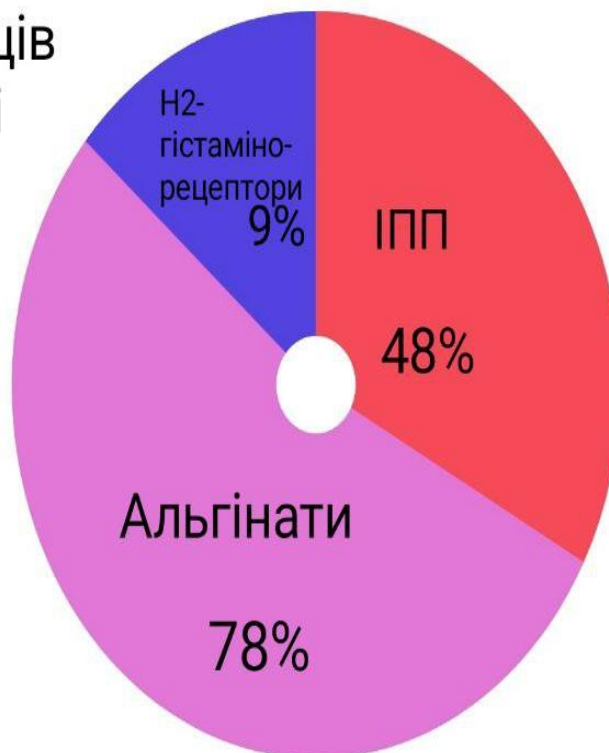


Рис. 3.10 Які на Ваш погляд лікарські препарати найефективніші та найсучасніші для симптоматичного лікування ГЕРХ?

Цілком зрозумілим є результат опитування фармацевтів, про те, що найкраще рекомендувати ІПП – 48%. Адже, дана група препаратів рекомендована для фармакотерапії ГЕРХ, але відпуск ІПП без призначення лікаря не можливий, оскільки дана група відноситься до рецептурних препаратів. Рецептурними дані лікарські засоби є тому що було встановлено взаємозв'язок між прийомом інгібіторів протонної помп та підвищеним ризиком побічних ефектів серед яких деменція, інфаркт міокарда, ниркова недостатність та доведено, що вони провокують передчасне старіння ендотелію судин та порушують їхню функцію.

Пацієнтам з ГЕРХ із кислотними ускладненнями рекомендований короткостроковий курс ІПП для загоєння та тривалий прийом – для контролю симптомів. Із неускладненим ГЕРХ, які реагують на короткостроковий курс ІПП, доцільно згодом припинити їх прийом або зменшити дозу. Пацієнти зі стравоходом Барретта та симптоматичною ГЕРХ повинні проходити тривалі курси терапії ІПП. Пацієнтам із високим ризиком шлункової кровотечі через НПЗП варто приймати ІПП, якщо вони продовжують приймати препарати цієї групи. Проте при довгостроковій терапії дозу ІПП треба періодично переглядати, щоб встановити найнижчу ефективну дозу. Проведені дослідження встановили, що тривале блокування протонної помпи та, як наслідок, зниження секреції соляної кислоти, клінічно реалізується значущим дефіцитом вітаміну В12, магнію та натрію. Крім того, тривале застосування ІПП підвищує ризик розвитку гіперплазії шлунку, остеопорозу, атрофічного гастриту, цирозу печінки. [28]

Отримані результати показують, що 78 % респондентів переконані, що найкращим препаратом для симптоматичного лікування при ГЕРХ - є лікарський засіб з торговою назвою «Гавіскон» – перший альгінат, що є зареєстрованим на ринку України. Який представлений в аптечних закладах у різних лікарських формах (таблетки, суспензія), який запобігає потраплянню кислоти, жовчі й пепсину зі шлунку в стравохід та в комбінації з антацидами перетворюють надлишок кислоти у воду.

Даний препарат можна приймати під час вагітності (Гавіскон® Форте м'ятна суспензія та Гавіскон® м'ятна суспензія), для усунення печії, та не мають токсичного впливу. Механізм дії препарату не залежить від всмоктування в системний кровообіг. [38].

Альгінати – препарати природнього походження на основі червоних чи бурих водоростей, які утворюють захисний бар'єр на поверхні та перешкоджають закидам кислоти у стравохід. Спеціалісти, вважають що вони є найсучаснішими препаратами [4].

Відомо, що при тривалому застосуванні антацидів, найчастішими побічним ефектом є закрепи та діарея на фоні застосування. Також, може виникнути ниркова недостатність, а якщо в анамнезі є порушення функції нирок можливий розвиток енцефалопатії. А комбінація карбонату кальцію та манію силікату підвищує ризик утворення каменів у сечовивідних шляхах в пацієнтів з сечокам'яною хворобою. Отже, при рекомендації антацидних препаратів є гостра необхідність з'ясувати супутні захворювання у пацієнтів.

Результати дослідження показали, що 9 % опитаних вважають, що безпечними та ефективними є антагоністи H_2 -гістамінорецепторів. Такої думки різні фахівці: студенти, ті які мають досвід з 3 – 5 років та більше.

Дане запитання показало, що фармацевтам необхідно підвищувати рівень фармацевтів не 1 раз на 5 років, а безперервно та обов'язково. Для надання високопрофільної допомоги. Також, на нашу думку потрібно при прийомі на роботу студентів, проводити вступні екзамени з фармацевтичної опіки, щоб мати право відпускати та рекомендувати препарати.

На питання «Чи попереджаєте Ви пацієнта при призначенні антацидів, що їх варто приймати окремо від інших лікарських препаратів (через 2-год)?» 15 % анкетованих (рис. 3.11), не проводить фармацевтичну опіку, 55% не завжди попереджає пацієнтів про застосування препаратів та 30 % фармацевтів, завжди правильно проводять фармацевтичну опіку. Адже, одночасне застосування антацидних препаратів з лікарськими засобами

відбувається фармакокінетична несумісність – порушення абсорбції під дією антицидів.

Чи попереджаєте Ви пацієнта при призначенні антацидів, що їх варто приймати окремо від інших лікарських препаратів (через 2-год)?

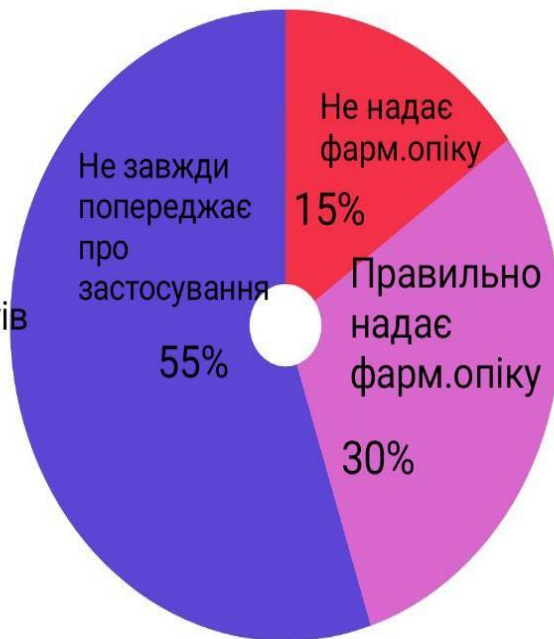


Рис. 3.11 «Чи попереджаєте Ви пацієнта при призначенні антацидів, що їх варто приймати окремо від інших лікарських препаратів (через 2-год)?»

Які на Ваш погляд побічні реакції виникають при довготривалому прийомі антацидів на основі алюмінію (наприклад, препарат Альмагель)?

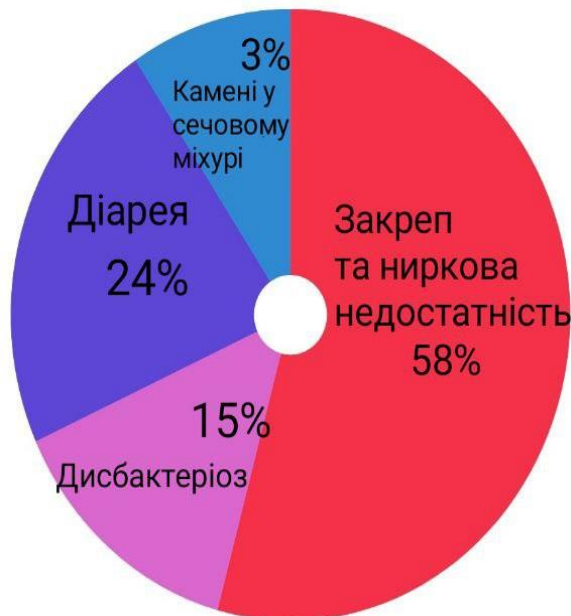


Рис. 3.12 «Які на Ваш погляд побічні реакції виникають при довготривалому прийомі антацидів на основі алюмінію (наприклад, препарат Альмагель)?»

Виходячи з вище сказаного, доцільним було перевірити, чи знайомі фармацевти з протоколами фармацевта.

Як відомо з літературних джерел побічними ефектами при тривалому застосуванні антацидів, які містять у своєму складі сполуки алюмінію є запор, дисбактеріоз та найбільш серйозним є розвиток ниркової недостатності, оскільки алюміній може накопичуватися в нирках.

Результати опитування показали, що 58 % респондентів відповіли вірно на запитання, що препарати, які містять у своєму складі сполуки алюмінію можуть викликати запор та розвиток ниркової недостатності. Проте лише 15% відповіли, що вживання антацидів може викликати дисбактеріоз. Вважають 24% респондентів, що препарати алюмінію можуть викликати діарею, що є неправильним, а отже не знають побічної дії препаратів. Лише 3% мають хибну думку, дані препарати можуть сприяти утворенню утворення каменів у пацієнтів з сечокам'яною хворобою.



Рис. 3.13. «Які на Ваш погляд побічні реакції виникають при довготривалому прийомі препарату «Ранітидин»?»

Ранітидин – противиразковий засіб, який належить до H_2 - гістамінових рецепторів. Згідно інструкції до застосування ранітидин має такі побічні ефекти: нудота, запор, діарея, зниження апетиту, порушення функцій нирок, головний біль, запаморочення, брадикардія, аритмія, бронхоспазм.

Серед опитаних 50 % обізнані, що представник антогоністу може викликати онкологічні захворювання, у зв'язку з чим заборонений з 2019 року у США. Про синдром «рикошета» знають 47% опитаних. Правильно відповіли 53%, що може бути зниження потенції у чоловіків. Про те що одним з побічних ефектів ранітидину є головний біль відповіли 61% та 17% вважають, що може виникнути дисбактеріоз.

Важливим питанням було дослідити які з наявних препаратів фармацевти рекомендують вагітним. Як було уже сказано вище, що правильна фармацевтична опіка для даної категорії пацієнтів є вкрай важливою. Раніше в запитаннях було з'ясовано, що в період вагітності можна рекомендувати альгінати або антацид «Ренні».

Аналіз даних показав, що абсолютна більшість опитаних рекомендують «Гавіскон» (альгінова кислота) 86 % (рис. 3.14). Друге місце за відповідями займає антацид «Ренні», який також пропонують для симптоматичного лікування. рекомендують Лікарський засіб «Алмагель» пропонує 15% респондентів. Також 7% опитаних рекомендують ІПП для симптоматичного лікування печії, що в котрий раз доводить про необхідність підвищення рівня знань фармацевтичних працівників, особливо студентів, які не мають належного досвіду роботи.

Результатами показали, що найбільш рекомендованим лікарським засобом є «Гавіскон» — 93 особи зазначили його в анкеті. Другий популярний препарат «Ренні», який рекомендує 78 осіб з 115 учасників, третім з найбільш популярних препаратів є «Алмагель» — 63 рази його згадали у своїх відповідях респонденти.



Рис. 3.14 «Який на Ваш погляд можна рекомендувати вагітним жінкам?»

Останнім запитанням в анкеті було написати 3 популярні препарати які Ви рекомендуєте пацієнтам. Дані представлені на рис. 3.15.

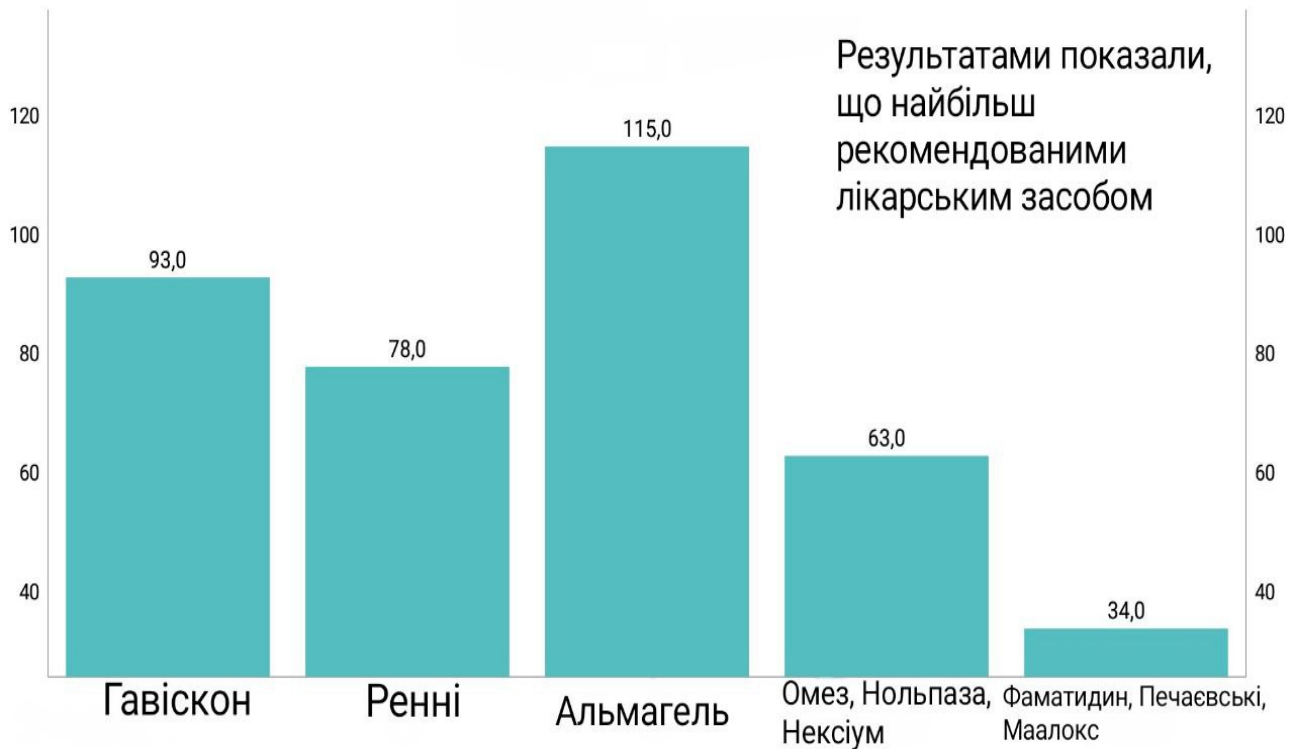


Рис. 3.15 «Напишіть 3 препарати, які Ви найчастіше рекомендуєте пацієнтам з ГЕРХ.»

Слід зазначити, що рекомендують ІПП (до яких відносяться: «Омес», «Нольпаза», «Нексіум», які мають діючі речовини омепразол, пантопразол, лансопразол) — 34 згадування. Також серед відповідей були такі препарати як: «Фаматидин», «Печаївські», «Маалокс».

Проведене дослідження показало, що підвищення кваліфікації фармацевтичних працівників є важливим та повинно проводитися висококваліфікованими спеціалістами. Адже, опитування продемонструвало не завжди правильну фармацевтичну опіку працівниками. Потрібно фармацевтів частіше ознайомлювати з новими науковими дослідженнями та даними щодо фармацевтичної опіки при відпуску ОТС-препаратів, особливо це актуально для фахівців, які мають досвід більше 20 років. Особливу увагу слід звернути на студентів, які мають не достатній рівень знань та можуть рекомендувати лікарські засоби не кваліфіковано, тому потрібно розробити план прийому на роботу такої категорії працівників.

Висновок до розділу 3

В розділі 3 представлені результати анкетування фармацевтичних працівників різних аптечних мереж. Серед опитаних були фармацевтичні працівники з різним освітньо-кваліфікаційного рівнем та стажем роботи. В опитуванні прийняли участь 115 осіб.

Було доведено, що багато опитаних порушують або взагалі не використовують протоколи фармацевта при відпуску безрецептурних препаратів, які є впровадженими на законодавчому рівні та рекомендують для симптоматичного лікування при ГЕРХ лікарські засоби з групи інгібіторів протонної помпи, які мають відпускатися за рецептом.

Отримані дані доводять необхідність безперервного підвищення кваліфікаційного рівня фармацевтичного рівня працівників для правильної фармацевтичної опіки при ГЕРХ.

ВИСНОВКИ

В кваліфікаційній роботі був проведено опитування фармацевтичних працівників, щодо обізнаності фармацевтичних працівників аптечних мереж протоколів фармацевта для симптоматичного лікування при ГЕРХ.

Проведений огляд літератури, показав що рівень захворюваності на ГЕРХ зростає щорічно, що призводить до тимчасової непрацездатності та затратам на госпіталізацію. Вивчено симптоми, причини виникнення та методи лікування.

Правильно проведена фармацевтична опіка, допомагає вирішити проблеми з рекомендацією лікарських засобів та доводить взаємодію фармацевта, лікаря та хворого на протязі всього періоду лікування.

Сформаний перелік запитань для анкетування фармацевтичних працівників щодо знання алгоритму фармацевтичної опіки при ГЕРХ виявив, що більшість опитаних порушують або взагалі не використовують протоколи фармацевта при відпуску безрецептурних препаратів, які є впровадженими на законодавчому рівні та рекомендують для симптоматичного лікування при ГЕРХ лікарські засоби з групи інгібіторів протонної помпи, які мають відпускатися за рецептом.

Отримані результати доводять перспективність подальшої роботи щодо підвищення кваліфікаційного рівня фармацевтичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. A cross-sectional study of gastrointestinal symptoms, depressive symptoms and trait anxiety in young adults / F. Söderquist et al. *BMC Psychiatry*. 2020. Vol. 20. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7661167/> (Date of access: 02.04.2022).
2. A review of medical therapy for proton pump inhibitor nonresponsive gastroesophageal reflux disease / L. Hillman et al. *Dis Esophagus*. 2017. Vol. 30, Iss. 9. P. 1–15.
3. Alginate therapy is effective treatment for GERD symptoms: a systematic review and meta-analysis / D. A. Leiman et al. *Dis Esophagus*. 2017. Vol. 30, Iss. 5. P. 1–9.
4. Alginates: From the ocean to gastroesophageal reflux disease treatment / Bor S. et. al. *Turk J Gastroenterol*. 2019. № 2. P. 109–136. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836317/> (Date of access: 02.04.2021).
5. Alzahrani F., Turki Y. A. Knowledge and practice of family medicine and internal medicine residents toward the management of gastroesophageal reflux disease in Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care*. 2021. Vol. 10, Iss. 8. P. 3005–3012.
6. 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.
7. Cantarero-Prieto D. The effects of gastrointestinal disturbances on the onset of depression and anxiety. *PLoS One*. 2022. Vol. 17, Iss. 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8789191/> (Date of access: 02.04.2022).

8. Clinical trial: acupuncture vs. doubling the proton pump inhibitor dose in refractory heartburn / R. Dickman et al. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007. Vol. 26, Iss. 10. P. 1333-1344.
9. Clinical, but not oesophageal pH-impedance, profiles predict response to proton pump inhibitors in gastroesophageal reflux disease / F. Zerbib et. al. *Gut.* 2012. Vol. 61, Iss. 4. P. 501-506.
10. Comparing omeprazole with fluoxetine for treatment of patients with heartburn and normal endoscopy who failed once daily proton pump inhibitors: double-blind placebocontrolled trial / M. R. Ostovaneh et al. *Neurogastroenterol Motil.* 2014. № 26. P. 670-678.
11. Effectiveness of the use of complex of alginate and hyaluronic acid in the composition of the complex therapy in patients with gastroesophageal reflux disease and spinal injuries of degenerative-dystrophic and inflammatory genesis / Є. С. Сірчак та ін. *Achievements of Clinical and Experimental Medicine.* № 1. С. 140–147.
12. FDA Requests Removal of All Ranitidine Products (Zantac) from the Market. Food and Drug Administration. URL: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-requests-removal-all-ranitidine-products-zantac-market> (Date of access: 10.11.2021).
13. Functional esophageal disorders / J. P. Gelmiche et. al. *Gastroenterology.* 2006. Vol. 130. Iss. 5. P.1459-1465.
14. Inconsistency in the diagnosis of functional heartburn: usefulness of prolonged wireless pH monitoring in patients with proton pump inhibitor refractory gastroesophageal reflux disease / R. Penagini et al. *J Neurogastroenterol.* 2015. Vol. 21, Iss. 2. P. 265-272.
15. Jason Abdallah et al. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019. Vol. 17, Iss. 6. P. 1073–1080.
16. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus / C. P. Gyawali et. al. *Gut.* 2018. Vol. 67, Iss. 7. P. 1351-1362.

17. Most Patients With Gastroesophageal Reflux Disease Who Failed Proton Pump Inhibitor Therapy Also Have Functional Esophageal Disorders.
18. moz-ukraini-vid-05012022--7-pro-zatverdzhennja-protokoliv-farmacevta (дата звернення: 25.04.2023).
19. The Rome IV versus Rome III criteria for heartburn diagnosis: a comparative study / M. Zhang et al. *United European Gastroenterol J*. 2018. Vol. 6, Iss. 3. P. 358-366.
20. Vazquez J. C. Heartburn in pregnancy. *BMJ Clin Evid*. 2015. Vol. 57. P. 1411. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562453/> (Date of access: 10.11.2021)
21. Yamasaki T., Fass R. Reflux hypersensitivity: a new functional esophageal disorder. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017. Vol. 23, Iss. 4. P. 495-503.
22. Аптека. ua. : фіційний сайт. Антациди в сучасній терапії кислотозалежних захворювань. URL: <https://www.apteka.ua/article/15001> (дата звернення: 08.04.2022).
23. Вивчення впливу альгінатів на стан постпрандіальних рефлюксів у пацієнтів із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою / І. Г Палій та ін. 2017. *Український медичний часопис*. 2017. № 5 (121). С. 2-6.
24. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба та вагітність. URL: <http://utis.in.ua/gastroesophageal-reflux-disease-and-pregnancy/> (дата звернення: 08.04.2022).
25. Досвід використання пантопрозолу (Улсепан) та комбінованого синбіотика (Опедера) у комплексній терапії дітей з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою та гастродуоденітом. *Оригінальні дослідження, клінічні випадки*. 2017. № 9-10. С. 215–216. URL: <http://lu-journal.com.ua/article/view/222477> (дата звернення: 08.04.2022).
26. Досягнення львівської гастроентерологічної школи у діагностиці та лікуванні гелікобактерної інфекції: від консенсусу Маастрихт-1 до Маастрихт5 / В. І. Вдовиченко та ін. *Сучасна гастроентерологія*. 2017. № 2.

С. 133-137. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/SGastro_2017_2_20 (дата звернення: 03.09.2022).

27. Ефективність застосування мінеральних вод у комплексній терапії хворих на гастроєзофагенальну рефлюксну хворобу / Н. В. Драгомирецька та ін. *Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія*. 2018. № 3. С. 75-80.

28. Жарікова Ю. В. Інгібітори протонної помпи: раціональне застосуванн. *Український медичний часопис*. 2022. С. 2555. URL: www.umj.com.ua/uk/novyna-227715-ingibitori-protonnoyi-pompi-ratsionalne-zastosuvannya (дата звернення: 10.11.2023).

29. Журавльова Л. В., Філоненко М. В. ГЕРХ в осіб з метаболічним синдромом: особливості перебігу та сучасні підходи до лікування. *Сучасна гастроентерологія*. 2018. № 4 (102). С. 90–95.

30. Інструкція до лікарського препарату «Гавіскон». URL: <https://compendium.com.ua/dec/271936/?drugs=92256> (дата звернення: 10.11.2021)

31. Інструкція до лікарського препарату «Ренні». URL: <https://compendium.com.ua/dec/272963/> (дата звернення: 10.11.2021).

32. Інструкція до лікувального препарату «Омепразол». URL: <https://compendium.com.ua/uk/akt/79/1404/omeprazolom/> (дата звернення: 10.11.2021).

33. Клініко-фармакологічна характеристика блокаторів протонної помпи та їх місце у фармакотерапії кислотозалежних захворювань / Л. В. Каньовська та ін. *Молодий вчений*. 2016. № 1(3). С. 51-56. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2016_1%283%29__12 (дата звернення 03.09.2022).

34. Макарчук В. В., Пилипенко С. В., Коваль А. А. Вплив тривалого застосування блокаторів протонної помпи на мікрофлору шлунка та товстої кишки у щурів. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2019. Т. 4, № 2. С. 278-283.

35. Перша долікарська допомога : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / І. В. Кіреєв та ін. Харків : НФаУ. 2016. 208 с.
36. Положення про порядок проведення атестації фармацевтів : Наказ МОЗ України від 17.10.2011 № 568. 2011. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1368-06> (дата звернення: 10.11.2021).
37. Про затвердження протоколів фармацевта : Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 7. 2022. URL: [__https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-](https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-)
38. Ріхтер Дж. Е. Печія, нудота, блювання під час вагітності. Вагітність та шлунково–кишкові розлади. *Аптека 9-1-1*. URL: <https://apteka911.ua/ua/shop/gaviskon-m-yatn-susp-fl-150ml-p3676> (дата звернення: 10.11.2021).
39. Романуха В. В. Сучасні тенденції менеджменту герх: роль альгінатів у комплексному лікуванні. *Health & Education*. 2023. Вип. 4. С. 58–62.
40. Сучасний підхід до фармакотерапії гастроезофагеальної рефлюксної хвороби у вагітних / Драгомирецька Н. В. та ін. *Український медичний часопис*. 2019. № 1(1). С. 65-67. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2019_1\(1\)__16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2019_1(1)__16) (дата звернення: 08.04.2022).
41. Фадєєнко Г. Д., Нікіфорова Я. В. Маастрихт VI/Флорентійський консенсус щодо лікування інфекції *Helicobacter pylori*: оновлені рекомендації щодо можливостей канцеропревенції. *Сучасна гастроентерологія*. 2023. № 2. URL: <http://sgastro.com.ua/article/view/277977> (дата звернення: 03.09.2022).

ДОДАТКИ

**СУЧАСНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ
ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБИ**

Колесникова К.О.

Науковий керівник: ас. Підгайна В.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

valentina.pidgaina@gmail.com

Вступ. Актуальність проблеми гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) набуває поширення серед населення. При даній патології, відбувається закидання кислого вмісту шлунка догори, у стравохід (шлунково-стравохідний рефлюкс). Як наслідок, слизова оболонка стравоходу подразнюється, розвивається рефлюкс-езофагіт і виникає характерний комплекс симптомів (печія, біль, нудота).

Розповсюдженість ГЕРХ серед дорослого населення складає до 40%. Широкі епідеміологічні дослідження в країнах Західної Європи та США свідчать про те, що 40% осіб постійно (з різною частотою) страждають на печію – основний симптом ГЕРХ. Захворювання докучає, виснажує, якщо його ігнорувати або неправильно лікувати – набуває хронічного характеру й може призводити до серйозних наслідків.

Мета дослідження. Метою нашої роботи є проаналізувати анкетування фармацевтичних працівників аптек та з'ясувати, що рекомендують в першу чергу наші фармацевти та, чи обізнані вони в питанні сучасної фармакоterapiї при ГЕРХ.

Матеріали та методи. Проведене анкетування показало, що перш за все пацієнти з симптомами ГЕРХ звертаються за допомогою в аптеку, де фармацевтичний працівник рекомендує та відпускає лікарський засіб, у якого є широкий вибір серед яких: інгібітори протонної помпи, антациди, H₂ – гістамінові рецептори. Проте перед цим фармацевт має з'ясувати з чим пов'язані печія, нудота та біль, як часто вони виникають та які супутні захворювання має пацієнт.

Обов'язково потрібно виключити загрозові симптоми такі, як: блювота кольору «кавової гуші», постійна печія більше 3 діб, задихка, потовиділення, гострий біль в животі,

330

**XXX Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених та студентів
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»**

зменшення маси тіла, чи не пов'язані дані симптоми з прийомом лікарських засобів. Адже, фармацевт повинен рекомендувати препарат з доказовою ефективністю.

Результати дослідження. Найпоширеніший спосіб лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби – застосування антацидів. Люди активно користуються таблетками та сиропами, після яких приходить полегшення. Але причина захворювання не усувається, патологія невдовзі повертається та прогресує. Повноцінне лікування ГЕРХ передбачає: інгібітори протонної помпи, антациди, прокінетики, засоби, що обволакують слизову та захищають від контакту з агресивною кислотою. Завдяки правильно складеному курсу терапії, прояви ГЕРХ зникають уже з перших днів від початку лікування.

Висновки. Проведене анкетування продемонструвало гостру необхідність в ознайомленні, навчанні фармацевтичних працівників фармацевтичної опіки при відпуску ОТС-препаратів. Виявлено, що більшість опитаних працівників аптек не використовують у своїй повсякденній роботі протоколи фармацевта при відпуску безрецептурних препаратів, принаймні для лікування.

