

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
факультет подготовки иностранных граждан
кафедра фармакологии и фармакотерапии**

**КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
по теме: «АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТОВ И
СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ О ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И
ПРИНЦИПАХ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ»**

Выполнил: соискатель высшего образования

Фм19(4,10д) и-02

специальности 226 Фармация, промышленная фармация
образовательной программы Фармация

МГИМИМ Бадр Эддин

Руководитель: доцент заведения высшего образования

кафедры фармакологии и фармакотерапии, к.фарм.н., доцент
Андрей ТАРАН

Рецензент: профессор заведения высшего образования

кафедры фармацевтического менеджмента и маркетинга,
д. фарм.н., профессор Оксана ТКАЧОВА

АННОТАЦИЯ

Квалификационная работа посвящена проведению анонимного анкетного опроса среди фармацевтов и студентов старших курсов об их осведомленности по вопросам язвенной болезни желудка и принципах ее лечения.

Нами было проанализировано 60 анкет, которые содержали ответы на 40 вопросов. Анкетирование включало 4 блока вопросов по нормальной физиологии, патологической физиологии, фармакологии, клинической фармации и фармацевтической опеке.

Общий объем работы – 57 страниц, состоит из вступления, 3-х глав, 41 рисунка, 31 ссылок на источники литературы, приложений.

Ключевые слова: пептическая язва, анкетирование, ингибиторы протонной помпы, H₂-гистаминорецепторы, *H. pylori*.

ANNOTATION

The qualifying work is devoted to conducting an anonymous questionnaire survey among pharmacists and senior students about their awareness of gastric ulcers and the principles of its treatment.

We analyzed 60 questionnaires that contained answers to 40 questions. The survey included 4 blocks of questions on normal physiology, pathological physiology, pharmacology and clinical pharmacy and pharmaceutical care. The total volume of the work is 57 pages, consists of an introduction, 3 chapters, 41 figures, 31 references to literature sources, applications.

Key words: peptic ulcer, questionnaire, proton pump inhibitors, H₂-histamine receptors, *H. pylori*.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЯБЖ (обзор литературы)..	8
1.1.Этиопатогенез, клиническая картина язвенной болезни желудка...	8
1.2. Фармакология язвенной болезни желудка.....	9
1.3. Фармакотерапия язвенной болезни желудка.....	13
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	15
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ О ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ОСОБЕННОСТЯХ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	23
3.1. Анализ ответов на блок вопросов по нормальной физиологии.....	23
3.2. Анализ ответов на блок вопросов по патологической физиологии.	30
3.3. Анализ ответов на блок вопросов по фармакологии.....	38
3.4. Анализ ответов на блок вопросов по клинической фармации и фармацевтической опеке.....	47
ВЫВОДЫ.....	56
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ.....	58
ПРИЛОЖЕНИЯ	

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт;

ИПП – ингибиторы протонной помпы;

ЛП – лекарственный препарат;

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты;

H. pylori – *Helicobacter pylori*;

ПЯ – язвенная болезнь желудка;

ЯБЖ – язвенная болезнь желудка.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. В структуре патологий органов пищеварения на долю язвенной болезни желудка (ЯБЖ, пептической язвы) приходится 1,7-16%. Распространенность ЯБЖ среди детского населения Украины составляет 0,4-4,3%. Среди взрослого населения язвенной болезнью желудка болеет 1050000 пациентов. Наследственная предрасположенность в случае ЯБЖ наблюдается у 45-75% больных.

Пептическую язву желудка и пептическую язву 12-перстной кишки в Украине впервые диагностируют у 70 тысяч больных ежегодно [3, 4, 5, 25, 30].

Актуальность данной проблемы обусловлена не только значительным распространением ЯБЖ, но ее последствиями и осложнениями.

Для лечения пептической язвы целесообразно использовать антисекреторные препараты, среди которых наиболее эффективными являются H_2 -гистаминоблокаторы и ингибиторы протонной помпы (ИПП). Препараты данных фармакологических групп занимают центральное место при проведении фармакотерапии пептической язвы [7, 8, 10, 11]. Но препараты представленных фармакологических групп имеют свои фармакологические особенности. Кроме того, для лечения язвенной болезни желудка применяют антацидные, вяжущие, обволакивающие препараты, гастропротекторы, которые свои фармакологические особенности [1, 2, 4, 6, 8, 14, 15, 16, 17, 18].

Во время обострения язвенной болезни желудка очень часто определяется рецидивная язва, ассоциированная с *H. pylori*. Для проведения фармакотерапии такой формы язвы используют антихеликобактерные препараты: кларитромицин, ампициллин, препараты висмута, метронидазол, тинидазол, ИПП [4, 12, 13, 19, 23, 25].

Таким образом, эффективное и безопасное лечение пептической язвы является одной из главных задач системы здравоохранения Украины. Таким образом, очень важным заданием в современных условиях является

приобретение соискателями высшего образования знаний о ЯБЖ и методах ее лечения, а также усовершенствование и должное использование этих знаний фармацевтами в своей профессиональной деятельности.

Такие знания студенты получают при изучении курса нормальной физиологии, патологической физиологии, фармакологии, клинической фармации и фармацевтической опеки, а специалисты - во время повышения квалификации на соответствующих циклах.

Таким образом, учитывая важность данного вопроса и необходимость приобретения качественных знаний об язвенной болезни желудка и методах ее лечения, заинтересованность вызывает исследование осведомленности соискателей высшего образования и специалистов аптек соответственно данного аспекта профессиональных знаний, что и определило направление нашей деятельности.

Цель работы – определение и анализ осведомленности специалистов аптек и студентов старших курсов НФаУ про язвенную болезнь желудка и принципы ее лечения.

Задания исследования:

- 1) проанализировать данные литературы по вопросам этиологии, патогенеза, клиники, методов лечения ЯБЖ;
- 2) разработать анкету и провести анонимный опрос среди студентов старших курсов Национального фармацевтического университета и фармацевтических сотрудников;
- 3) обработка ответов респондентов;
- 4) проанализировать и обобщить результаты анкетирования.

Предмет исследования – осведомленность респондентов про этиологию, патогенез, симптомы, методы лечения ЯБЖ.

Объект исследования – язвенная болезнь желудка и методы ее лечения.

Методы исследования: социологический, системно-аналитический.

Научная новизна. Впервые проведен анкетный опрос с целью определения осведомленности соискателей высшего образования НФаУ и фармацевтов про язвенную болезнь желудка и методы ее лечения.

Практическое значение полученных результатов. В ходе выполнения данного исследования была изучена осведомленность соискателей высшего образования комплекса дисциплин, которые включали приобретение знаний про язвенную болезнь желудка и принципы ее лечения.

Проведенное исследование позволило выявить фрагменты тем, которые требуют дополнительного разъяснения среди студентов и дополнительного внимания с целью повышения качества знаний.

Апробация результатов исследований состоялась на: XXX Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ» (17-19 апреля 2024 г., г. Харьков).

По результатам квалификационной работы опубликованы 1 тезисы.

Структура и размер квалификационной работы. Общий объем работы – 57 страниц, состоит из введения, 3-х глав, 41 рисунка, 31 источника литературы, приложений.

ГЛАВА 1

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ ЯБЖ

(обзор литературы)

1.1. Этиопатогенез, клиническая картина язвенной болезни желудка

Язвенная болезнь желудка (пептическая язва) – рецидивирующее хроническое заболевание, которое имеет циклический характер и склонность к прогрессированию. Такие язвы практически всегда ограничиваются участками ЖКТ, которые подвергаются воздействию пепсина и хлористоводородной кислоты желудочного сока [6, 7, 9, 10, 19].

Ведущими клиническими синдромами пептической язвы желудка являются болевой и диспепсический синдром. Наиболее распространенным является болевой синдром. Болевой синдром сопровождается болью, которая чаще всего локализуется в эпигастральной области. Для пептической язвы характерна ранняя боль, интенсивность которой нарастает постепенно и через 1,5-2 часа постепенно уменьшается по мере эвакуации желудочного содержимого. Для язвы желудка характерно уменьшение или исчезновение боли после рвоты. При хронической форме пептической язвы обострение бывает весной и осенью [6, 7, 22].

В основе заболевания лежит воспалительный процесс слизистой оболочки гастродуоденальной части. В большинстве случаев пептическая язва имеет инфекционный характер и сопровождается формированием локального повреждения слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного канала, как ответа на нарушение эндогенного баланса местных факторов «агрессии» и «защиты» [7, 22, 25, 26, 28].

К защитным факторам относят: резистентность гастродуоденальной системы: защитный слизистый барьер; активная регенерация поверхностного эпителия; оптимальное кровоснабжение; антродуоденальный тормоз; противоульцерогенные алиментарные факторы (уменьшение выделения

бикарбонатов); локальный синтез защитных простагландинов, эндорфинов, энкефалинов [5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 17].

К факторам риска пептической язвы относят гиперпродукцию соляной кислоты и пепсина не только ночью, но и в день; гиперплазия обкладочных клеток; гиперплазия главных клеток; повышение чувствительности желудочных желез к нервной и гуморальной стимуляции; хеликобактерная инфекция; проульцерогенные алиментарные факторы: дуоденогастральный рефлюкс, гастродуоденальная дисмоторика; аутоиммунная агрессия; применение лекарственных препаратов, которые проявляют ульцерогенное действие: глюкокортикостероиды, НПВС, резерпин, антибиотики (тетрациклины, полимиксины), препараты калия, железа, цитостатики (метотрексат), антиаллергические препараты, дигоксин, теофиллин, кофеинсодержащие препараты [5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 17].

1.2. Фармакология язвенной болезни желудка

Для лечения язвенной болезни желудка применяют следующие группы лекарственных препаратов: антисекреторные, антацидные и обволакивающие средства, гастропротекторы, антихеликобактерные, комбинированные препараты [14, 15, 16, 17].

К антисекреторным препаратам относятся ингибиторы H^+ , K^+ -АТФазы, H_2 -гистаминоблокаторы, M_1 -холиноблокаторы.

Ингибиторы H^+ , K^+ -АТФазы или ингибиторы протонной помпы (Омепразол, Лансопразол, Рабепразол, Пантопразол) в кислой среде канальцев париетальных клеток желудка превращаются в активный метаболит, который ингибирует фермент H^+ , K^+ -АТФ-азу. В результате прекращается поступление ионов водорода в полость желудка и угнетается образование соляной кислоты. Препараты этой группы также угнетают *Helicobacter pylori* [17, 18, 23, 25, 26, 27, 28, 31].

H_2 -гистаминоблокаторы (Ранитидин, Фамотидин, Низатидин) конкурентно ингибируют взаимодействие гистамина с H_2 -гистаминовыми

рецепторами париетальных клеток желудка, что приводит к угнетению секреции соляной кислоты [14, 15, 16, 17, 18].

М-холиноблокаторы (Атропина сульфат, Платифиллина гидротартрат) и М₁-холиноблокаторы (Пирензепин, Телензепин) избирательно блокируют М₁-холинорецепторы слизистой оболочки желудка, что способствует угнетению секреции соляной кислоты и пепсиногена железами желудка [14, 15, 16, 17, 18].

Антацидные средства (Алюминия фосфат, Алюмаг, Ренни, Маалокс, Альмагель, Карбальдрат, Гастромакс) вступают в химическую реакцию с хлористоводородной кислотой желудочного сока и нейтрализуют ее. Гастромакс дополнительно содержит небольшую дозу фамотидина, поэтому сочетает антацидное и антисекреторное действие [14, 15, 16, 17, 18].

Обволакивающие средства в ЖКТ образуют пленку из коллоида, защищающую чувствительные нервные окончания слизистой оболочки желудка от действия раздражающих веществ и соляной кислоты.

Препараты висмута и сукральфат связывают тканевые белки с образованием альбуминатов, которые защищают слизистую оболочку желудка. Сукральфат в кислой среде вследствие полимеризации также включает в гастропротекцию простагландины и SH-содержащие вещества [14, 15, 16, 17, 18].

Антихеликобактерные средства (Метронидазол, Тинидазол, Хеликоцин, Препараты висмута действуют бактерицидно на *Helicobacter pylori* [23].

Мизопростол является препаратом простагландина Е, который стабилизирует слизистую оболочку желудка и улучшает микроциркуляцию.

Метилурацил стимулирует процессы регенерации в слизистой оболочке желудка. Гастрофарм, викаир – комбинированные препараты, ликвиритон, плантаглюцид, гастрофит – препараты растительного происхождения, механизм действия которых обусловлен их составом, обеспечивающим противовоспалительное, антиоксидантное, мембраностабилизирующее и гастропротекторное действие [14, 15, 16, 17].

Представленные выше группы лекарственных препаратов применяются при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки с повышенной кислотностью, гиперацидном гастрите, рефлюкс-эзофагите, синдроме Золлингера-Эллисона [6, 13, 17].

Среди характерных побочных эффектов, которые могут проявлять М холиноблокаторы (неселективные), могут быть сухость во рту, нарушение аккомодации, тахикардия, затруднение мочеиспускания, запоры, головокружение, головная боль, бессонница, торможение двигательной активности желчного пузыря, уменьшение объема панкреатической секреции [14, 15, 16, 17].

Развитие побочных эффектов H₂-гистаминоблокаторов связано с тем, что препараты обратимо связываются с рецепторами, что требует поддержки постоянной концентрации препарата в крови. Препараты данной группы блокируют только один из путей активации секреции соляной кислоты. Для препаратов данной группы характерно развитие толерантности и «синдром отмены» [14, 15, 16, 17].

Ингибиторы протонной помпы обладают высокой избирательностью действия – единственный белок, который связывается с замещенными бензимидазолами в секреторных каналах париетальных клеток – альфа-субъединицы H⁺,K⁺-АТФазы. Препараты данной группы необратимо ингибируют H⁺,K⁺-АТФазу. Изменение структуры и положения заместителей в молекуле замещенных бензимидазолов ведет к изменениям скорости их активации в кислой среде [14, 15, 16, 17].

К основным преимуществам ИПП относятся:

- препараты ингибируют секрецию при высокой pH;
- начало действия развивается уже при низких концентрациях соляной кислоты;
- лечебный эффект развивается при пептической язве в обычных терапевтических дозах;
- быстрое действие, начиная с первой дозы;

- постоянный контроль pH на протяжении суток;
- быстрое купирование симптомов;
- предупреждение развития осложнений и рецидивов.

К условиям рационального применения препаратов для лечения пептической язвы относят следующие рекомендации:

- нежелательно резко отменять H_2 -гистаминоблокаторы из-за опасности рецидива язвенной болезни желудка;
- больным пожилого возраста доза ранитидина и фамотидина должна быть уменьшена в 2 раза. Фамотидин принимают 1 раз в день (перед сном). При появлении признаков анемии во время лечения ранитидином его необходимо комбинировать с препаратами железа;
- Пирензепин не следует применять пациентам с риском развития открытоугольной глаукомы, с осторожностью – при гипертрофии предстательной железы. При длительном его применении следует проводить регулярное измерение внутриглазного давления;
- при лечении Омепразолом проводится специальный подбор доз пациентам пожилого возраста и больным с нарушениями функций печени и почек [14, 15, 16, 17].

Существуют данные о потенциальной опасности развития новообразований и сдвигах бактериальной среды в ЖКТ при длительном применении блокаторов H_2 -гистаминовых рецепторов и ингибиторов H^+ , K^+ -АТФазы.

Применение алюминийсодержащих антацидов при почечной недостаточности способствует повышению уровня алюминия в крови и развитию в результате этого неустойчивого настроения и утомляемости. При длительном применении антацидов необходимо проводить контроль уровня алюминия (и других ионов – в зависимости от состава препарата) в плазме крови [14, 15, 16, 17].

Альмагель не следует запивать жидкостью. При длительном применении алюминия фосфата следует употреблять пищу, богатую фосфором [14, 15, 16, 17].

Применение висмута субцитрата при нарушении функции почек вызывает накопление ионов висмута в крови, что может привести к развитию энцефалопатии. Во избежание нейротоксических явлений висмута субцитрат нельзя назначать в течение длительного времени в больших дозах. Длительный прием висмута субцитрата и сукральфата приводит к рубцовым деформациям желудка и ДПК. При лечении висмута субцитратом и викаиром кал окрашивается в черный цвет. Мизопростол желательно принимать одновременно с противовоспалительными препаратами (для предупреждения их ulcerогенного действия). При одновременном применении мизопростала с магнийсодержащими антацидами усиливается диарея. При заболеваниях почек следует уменьшать дозу мизопростала [14, 15, 16, 17].

1.3. Фармакотерапия язвенной болезни желудка

Язвенная болезнь желудка зависит от ведущего этиологического фактора. Для проведения фармакотерапии используют ИПП, антибактериальные препараты, препараты висмута [6, 12, 13, 17].

Для фармакотерапии ЯБЖ, вызванной применением НПВС рекомендовано использовать ингибиторы протонной помпы и простагландины.

Для фармакотерапии пептической язвы, ассоциированной с гиперсекреторным состоянием (синдром Золлингера-Элисона), применяют ингибиторы протонной помпы [6, 12, 13, 17].

Основная роль в терапии язвенной болезни желудка принадлежит ИПП в стандартных дозах: Эзомепразол – по 40 мг 1 раз в день, Рабепразол – по 20 мг 2 раза в день, Пантопразол – по 40 г 2 раза в день; Омепразол – 20 мг 2 раза в день; Ланзопразол – 30 мг 2 раза в день [1, 2, 6, 12, 13, 17].

Для стартовой терапии ЯБЖ, ассоциированной с *H. Pylori* рекомендовано применять тройную эрадикационную терапию, в состав которой входит один препарат из группы ИПП в стандартной дозировке 2 раза в сутки в комбинации с кларитромицином по 500 г 2 раза на день и амоксициллином по 1000 мг 2 раза в сутки или метронидазолом по 500 мг 2 раза в сутки [1, 2, 6, 12, 13, 17].

Другим вариантом стартовой терапии ЯБЖ является проведение последовательной терапии. В первые 5-7 дней применяют комбинацию ИПП в стандартном дозировании 2 раза в день с амоксициллином по 1000 мг 2 раза в день, а в последующие 5-7 дней комбинация ИПП в стандартном дозировании 2 раза в сутки с кларитромицином по 500 мг 2 раза в день и метронидазолом или тинидазолом 500 мг 2 раза в день [1, 2, 6, 12, 13, 17].

Пациентам, у которых возникла резистентность *H. Pylori* к кларитромицину рекомендована тройная терапия с левофloxацином. Терапия состоит из ИПП в стандартной дозировке 2 раза в день в комбинации с левофloxацином по 500 мг 2 раза в день и с амоксициллином по 1000 мг 2 раза в день на протяжении 10 дней [1, 2, 6, 12, 13, 17].

Если эффекта после проведения тройной терапии или последовательной эрадикационной фармакотерапии нету, рекомендовано применять квадротерапию: комбинация ИПП в стандартном дозировании 2 раза в день с препаратами висмута по 300 мг 4 раза в день, с тетрациклином по 500 мг 4 раза в сутки и метронидазолом 500 мг 4 раза в сутки на протяжении 10 дней.

Вывод к главе 1

В данной главе представлена информация об этиологии, патогенезе, клинической картине язвенной болезни желудка, а также особенности фармакотерапии и фармакологии данного заболевания.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами был проведен систематический обзор научной литературы за последние десять лет по вопросам пептической язвы. Также была проанализирована и собрана информация из различных источников, включая библиографические базы данных и сеть Интернет (MEDLINE, PubMed).

В качестве эмпирического метода исследования нами было выбрано анкетирование. Анкетирование - способ получения информации, при котором респонденты сами заполняют специальные формы, что позволяет собрать данные от большого числа людей в короткие сроки с небольшими затратами. Однако этот метод имеет свои ограничения: низкая репрезентативность из-за высокого процента неопределенных ответов, отсутствие контроля над респондентами.

Для исследования уровня осведомленности фармацевтов и студентов старших курсов НФаУ о язвенной болезни желудка и принципах ее лечения нами была разработана анкета. Анкета была составлена таким образом, что можно получить различные типы ответов: выбор только одного ответа; возможность выбрать несколько вариантов ответа; респондент может ответить на вопрос в произвольной форме. Анкета содержит 4 блока, которые включали 55 вопросов: I блок – вопросы по нормальной физиологии; II блок – патологической физиологии; III блок – фармакологии; IV клинической фармакологии и фармацевтической опеке.

Вывод к главе 2

Анкетирование среди студентов проводилось в форме анонимного опроса с применением онлайн-инструмента Google Forms. Этот метод позволил собрать результаты от участников анкетирования без необходимости раскрытия их личной информации и обеспечил удобство использования как для респондентов, так и для соискателя высшего образования, выполняющего квалификационную работу.

АНКЕТА ДЛЯ СТУДЕНТОВ

«Оценка осведомленности фармацевтов и студентов старших курсов о язвенной болезни (пептической язве) и принципах ее лечения»

Блок вопросов по нормальной физиологии

1. В предложенном перечне укажите органы, которые относятся к пищеварительной системе. Выберите: печень, тонкий кишечник, поджелудочная железа, селезенка, желчный пузырь, толстый кишечник, аппендикс, ротовая полость, носоглотка, пищевод, прямая кишка, трахея, желудок, рвотный центр, не знаю.

2. Какие процессы протекают с участием пищеварительной системы? Выберите: регуляция аппетита, акт рвоты, иммунные процессы, пищеварение, секреция биологически активных веществ, все верно, все неверно, не знаю.

3. Из предложенного перечня выберите функции пищеварительной системы, связанные (А) и непосредственно не связанные (Б) с пищеварением (совместите индексы):

- а. моторная
- б. кроветворная
- в. регуляторная
- г. гидролиз пищи
- д. образование пищеварительных секретов
- е. защитная
- ж. экскреторная
- з. всасывание продуктов гидролиза
- и. терморегуляторная
- к. участие в обмене веществ
- л. не знаю

4. Выберите соответствующие функции для гидролитических ферментов ЖКТ (совместите индексы): 1. Протеазы____ 2. Липазы____ 3. Карбогидразы____ 4. Нуклеазы____

Функции:

А. гидролиз жиров до моноглицеринов и жирных кислот

В. гидролиз белков до аминокислот

С. гидролиз углеводов до моносахаридов

Д. гидролиз ДНК, РНК до нуклеотидов

5. Выберите активаторы желудочной секреции:

А. адреналин

Б. ацетилхолин

В. гастрин

Г. гистамин

Д. блуждающий нерв

Е. глюкагон

Ж. симпатическая иннервация

З. серотонин

И. простагландины Е

К. секретин

6. Выберите ингибиторы желудочной секреции:

А. адреналин

Б. ацетилхолин

В. гастрин

Г. гистамин

Д. блуждающий нерв

Е. глюкагон

Ж. симпатическая иннервация

З. серотонин

И. простагландины Е

К. секретин

7. Выберите рецепторы, активация которых вызывает гиперсекрецию пищеварительных желез:

А. Н-холинорецепторы

Б. М-холинорецепторы

В. альфа-адренорецепторы

Г. бета2-адренорецепторы

Д. бета1-адренорецепторы

8. Выберите рецепторы, угнетение которых вызывает гипосекрецию:

А. Н-холинорецепторы

Б. М-холинорецепторы

В. альфа-адренорецепторы

Г. бета2-адренорецепторы

Д. бета1-адренорецепторы

9. Какие ферментные системы принимают участие в регуляции кислотности желудочного сока? Выберите: не знаю, натрий-калий-АТФаза, H^+/K^+ -АТФаза, амилаза, алкогольдегидрогеназа.

10. Какие типы рецепторов в желудке преимущественно принимают участие в регуляции процессов секреции соляной кислоты? Выберите: гистаминорецепторы, ГАМК-рецепторы, бензодиазепиновые, холинорецепторы, адренорецепторы, все верно, все неверно, не знаю.

11. Какие именно типы гистаминовых рецепторов отвечают в желудке за продукцию соляной кислоты? Выберите: не знаю, H_1 -рецепторы, H_2 -рецепторы, H_3 -рецепторы, H_4 -рецепторы.

Блок вопросов по патологической физиологии

1. Дайте определение понятию «пептическая язва (язвенная болезнь)»

2. В каких отделах желудочно-кишечного тракта развивается дефект слизистой оболочки при язвенной болезни? Выберите: пищевод, желудок, толстый кишечник, двенадцатиперстная кишка, ротовая полость.

3. Назовите основные факторы, которые играют важную роль в развитии пептической язвы _____

4. Назовите основные симптомы пептической язвы: _____

5. Какие типы пептической язвы в зависимости от кислотности Вы знаете? Выберите: не знаю, знаю (приведите примеры)
6. Какие стадии течения язвенной болезни Вам известны? Выберите: не знаю, знаю (приведите примеры)
7. Активация каких рецепторов приводит к повышению выработки соляной кислоты в желудке и способствует развитию пептической язвы? Выберите: не знаю, H1-гистаминорецепторы, H2-гистаминорецепторы, M1-холинорецепторы, M3-холинорецепторы, альфа-адренорецепторы, серотониновые рецепторы.
8. Какой микроорганизм по современным представлениям признан одним из ведущих в этиологии пептической язвы? Выберите: не знаю, знаю (назовите)
9. Влияет ли на течение пептической язвы сезон года? Выберите: да, нет, не знаю.
10. Дисбаланс каких двух групп факторов, влияющих на состояние слизистой оболочки желудка, приводит к возникновению язвенного дефекта (весы Шейя)? Выберите: не знаю, знаю (назовите)
11. Назовите факторы агрессии, которые могут/имеют место в слизистой оболочке желудка: _____
12. Назовите факторы защиты, которые могут/имеют место в слизистой оболочке желудка: _____
13. Какие осложнения язвенной болезни Вы знаете? Выберите: не знаю, знаю (приведите примеры)
14. Какие еще заболевания, которые сопровождаются гиперсекрецией соляной кислоты, Вам известны? Выберите: не известны, известны (приведите примеры)

Блок вопросов по фармакологии

1. Назовите основные группы препаратов для лечения язвенной болезни: _____
2. Можете ли Вы объяснить понятие «антисекреторные средства»? Выберите: нет, да (дайте объяснение)

3. Какие группы антисекреторных препаратов Вам известны? Выберите: не известны, известны (назовите группы препаратов)_____
4. Какие препараты из группы H₂-гистаминоблокаторов Вам известны? Выберите: не знаю, знаю (приведите примеры)_____
5. На сколько поколений делятся H₂-гистаминоблокаторы? Выберите: не знаю, знаю: 2 поколения, 3 поколения, 4 поколения, 5 поколений.
6. Какие препараты из группы ингибиторов протонной помпы Вы знаете? Выберите: не знаю, знаю (приведите примеры: _____).
7. Какие препараты из группы М-холиноблокаторов Вы знаете? Выберите: не знаю, знаю (приведите примеры: _____).
8. Назовите препарат выбора (по селективности) из группы М-холиноблокаторов для лечения язвенной болезни: _____
9. Какие препараты из группы антацидов Вы знаете? Выберите: знаю, не знаю (приведите примеры _____).
10. Какие препараты-гастропротекторы Вы знаете? Выберите: знаю, не знаю (приведите примеры _____).
11. Какие фармакологические эффекты висмута субцитрата Вам известны? Выберите: не знаю, знаю (перечислите эффекты _____).
12. Какие показания к применению антисекреторных препаратов Вы знаете? Выберите: не знаю, знаю (приведите примеры)_____
13. Какие основные побочные эффекты H₂-гистаминоблокаторов, не связанные с желудочно-кишечным трактом, Вам известны? Выберите: не известны, известны (примеры)_____
14. Знаете ли Вы механизм действия ингибиторов протонной помпы. Выберите: не знаю, знаю (напишите механизм)_____
15. Какие противопоказания к применению неселективных М-холиноблокаторов Вам известны? Выберите: не известны, известны (примеры)_____

16. Назовите 3 фармакологические группы лекарств, прием которых может вызвать образование язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка (ульцерогенное действие) _____

Блок вопросов по клинической фармации и фармацевтической опеке

1. Назовите основные симптомы заболеваний, которые сопровождаются гиперсекрецией соляной кислоты _____

2. Какие синдромы характерны для пептической язвы? Выберите: не знаю, знаю (перечислите синдромы) _____

3. Назовите основные стратегии лечения язвенной болезни: _____

4. Назовите методы диагностики пептической язвы _____

5. Какие методы диагностики хеликобактерной инфекции Вам известны? Выберите: не известны, известны (назовите методы) _____

6. Назовите 3 препарата, которые применяются для лечения пептической язвы, ассоциированной с *H. pylori* (антихеликобактерные средства) _____

7. Приведите пример схемы эрадикационной терапии *H. pylori*: _____

8. Что необходимо сделать перед началом применения антисекреторных препаратов? Выберите: не знаю, знаю (объяснения): _____

9. Какие группы препаратов для лечения язвенной болезни могут вызывать синдром отмены? Выберите: не знаю, знаю (приведите примеры) _____

10. Какая группа антацидных препаратов является более безопасной для лечения пептической язвы? Выберите: не знаю, всасывающиеся антациды, не всасывающиеся антациды _____

11. Являются ли понятия «пептическая язва» и «НПВС-гастропатия» синонимами? Выберите: да, нет, не знаю _____

12. Какая группа антисекреторных средств на сегодня считается более эффективной и безопасной для лечения язвенной болезни? Выберите: М-холиноблокаторы, H₂-гистаминоблокаторы, ингибиторы протонной помпы, не знаю. _____

13. Какие критерии эффективности лечения пептической язвы Вам известны?

Выберите: не известны, известны (примеры)_____

14. Какие критерии безопасности лечения пептической язвы Вам известны?

Выберите: не известны, известны (примеры)_____

Даю согласие на обработку и использование (анонимное) в обобщенном виде с научной целью полученных от меня ответов: да / нет

ГЛАВА 3

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ВОПРОСАМ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ О ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ОСОБЕННОСТЯХ ЕЕ ЛЕЧЕНИЯ

Собственные исследования по изучению осведомленности соискателей высшего образования старших курсов о язвенной болезни (пептической язве) и принципах ее рационального лечения, в частности, об анатомо-физиологических особенностях пищеварительной системы и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также регуляции и поддержании их работы; этиологии, патогенезе и симптоматике пептической язвы; фармакологической характеристике препаратов и клинико-фармацевтических аспектах их корректного применения проводили путем обработки ответов респондентов, полученных при анонимном опросе по предварительно разработанной анкете.

Всего были получены ответы на предложенные вопросы анкеты, состоявшей из четырех частей, от 60 респондентов. Анкетирование включало блоки вопросов по нормальной физиологии, патологической физиологии, фармакологии и клинической фармации с фармацевтической опекой.

3.1. Анализ ответов на блок вопросов по нормальной физиологии

Во-первых, был рассмотрен блок вопросов нормальной физиологии, касающихся структуры и функций пищеварительной системы организма и особенностей ЖКТ, механизмов и особенностей регуляции его внешнесекреторной, в частности, кислотопродуцирующей, активности, который содержал 11 вопросов.

При этом установлено, что на первый вопрос анкеты, в котором предлагалось выбрать из предложенного перечня органы, относящиеся к пищеварительной системе, все респонденты дали ответ. Однако, среди ответов не все были правильными. Так, например, с частотой 13%-17%

соискатели высшего образования указывали такие ошибочные варианты ответов, как «селезенка», «трахея», «носоглотка», «рвотный центр».

При этом среди правильных ответов, которые были представлены подавляющим большинством респондентов (90% и более), это «тонкий кишечник», «толстый кишечник», «ротовая полость», «пищевод» и «желудок» (рис. 3.1). Меньшую частоту упоминания (50%-89%) продемонстрировали респонденты относительно таких дистракторов, как «печень», «поджелудочная железа», «желчный пузырь», «аппендикс», «прямая кишка», которые также являются правильными ответами, но были названы меньшим числом студентов.

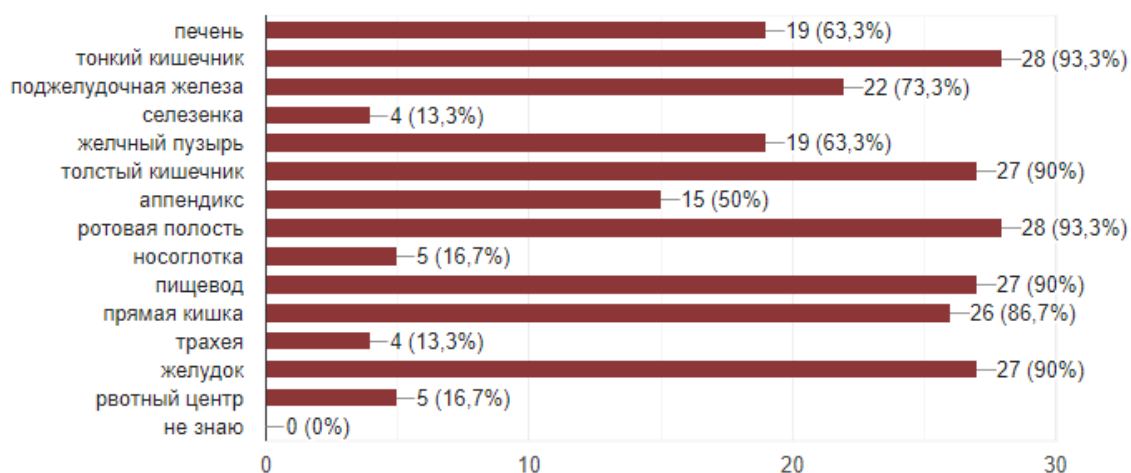


Рис. 3.1. Органы, входящие в пищеварительную систему.

На следующий вопрос анкеты «Какие процессы протекают с участием пищеварительной системы?» (рис. 3.2) все опрошенные также дали ответ.

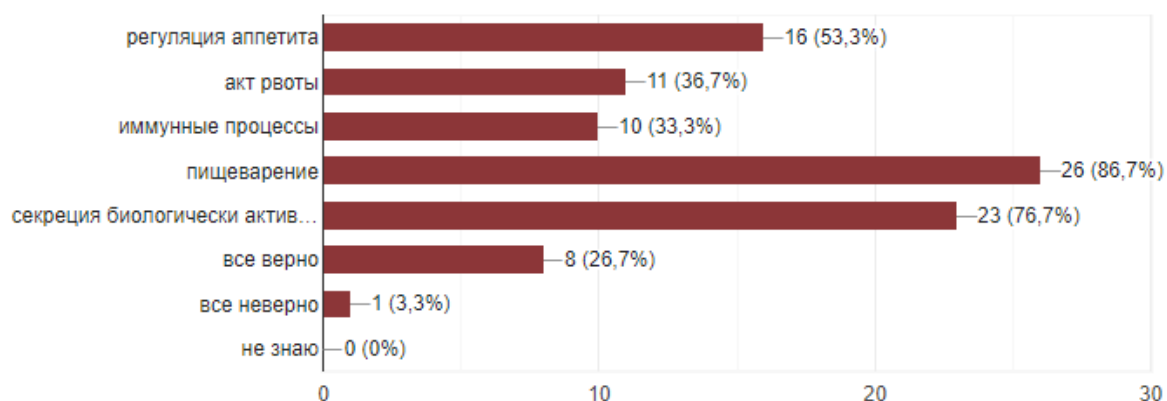


Рис. 3.2. Процессы в пищеварительной системе.

В результате анализа полученных ответов установлено, что только 27% студентов ответили полностью правильно, выбрав вариант «все верно». Посчитали, что все неверно, и дали полностью неправильный ответ лишь 3% участников нашего опроса. Остальные респонденты отвечали частично правильно, выбирая один или несколько правильных вариантов ответа. Чаще всего при этом называли «пищеварение» и «секрецию биологически активных веществ», как процессы, происходящие в пищеварительной системе; реже указывали «регуляцию аппетита», «рвоту», «иммунные процессы».

В следующем вопросе респондентам предлагалось из приведенного перечня выбрать функции пищеварительной системы, связанные и непосредственно не связанные с пищеварением, совместив соответствующие индексы. При этом выяснено, что половина опрошенных студентов дали полный правильный ответ, почти 7% респондентов не ответили на данный вопрос, а остальные 43% дали различные частично правильные ответы.

Продолжило наш опрос задание, в котором участникам нужно было сопоставить функции соответствующих гидролитических ферментов с их названием, где успешно справившихся было 30 человек (50% респондентов), а оставшаяся половина опрошенных разделилась на тех, что неверно ответили (26% студентов) и вообще не ответили (24% студентов).

Участникам опроса далее было предложено назвать вещества (медиаторы, гормоны) или специальные структуры, являющиеся активаторами желудочной секреции (рис. 3.3).

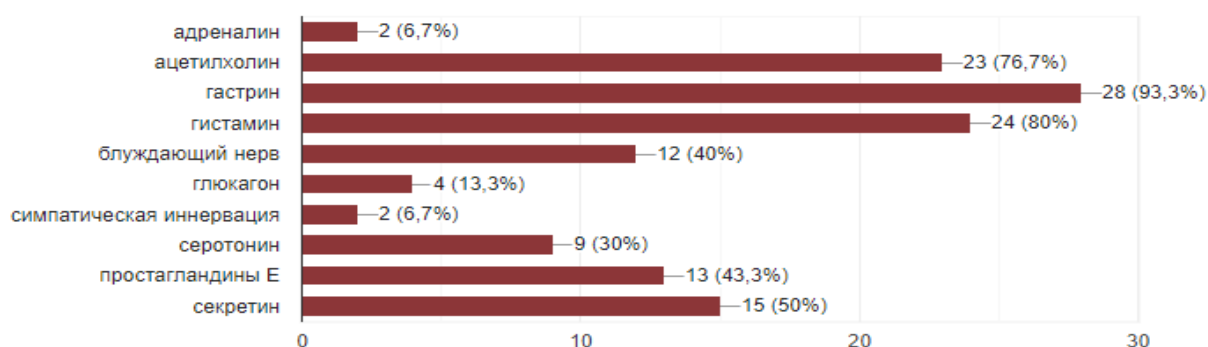


Рис. 3.3. Активаторы желудочной секреции.

В ответ на это респонденты чаще всего называли гастрин (указали 93% студентов), затем гистамин и ацетилхолин (частота 80% и 77%, соответственно), далее был назван также блуждающий нерв (40%). Вместе с тем с довольно большой частотой были выбраны и неправильные варианты: наибольшее число ошибок было допущено с дистракторами «секретин» (50% ответов) и «простагландины E» (43%), а также серотонин (30%). Остальные неверные варианты встречались значительно реже.

В аналогичном вопросе об ингибиторах желудочной секреции были получены следующие результаты (рис. 3.4): среди наиболее частых вариантов правильных ответов прозвучали «адреналин» (67%) и «простагландины E» (63%), а также вариант «симпатическая иннервация» (60% респондентов назвали). Кроме того, встречались с разной частотой и неправильные варианты ответов.

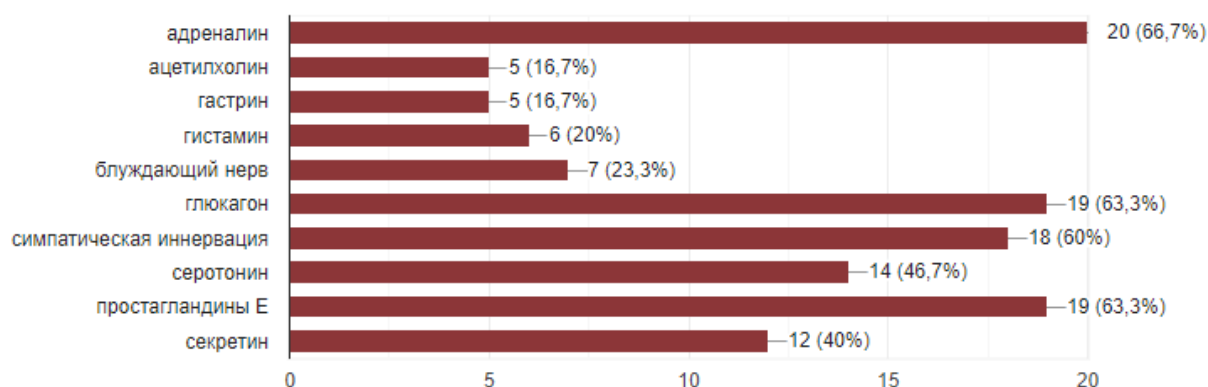


Рис. 3.4. Ингибиторы желудочной секреции.

В следующем вопросе о рецепторах, активация которых приводит к гиперсекреции пищеварительных желез, респонденты чаще всего указывали правильный ответ — «М-холинорецепторы» (80%) (рис. 3.5). Однако, и другие — неверные варианты — также выбирались студентами.

При этом следует отметить, что в следующем, взаимосвязанном с этим, вопросе о рецепторах, при блокировании которых угнетается секреция пищеварительных желез, вновь чаще всего были названы М-холинорецепторы, что является, естественно, правильным ответом. Однако, количество студентов, выбравших этот ответ оказалось значительно меньше (на 33%) по сравнению с предыдущим вопросом и составило 47% (рис. 3.6).

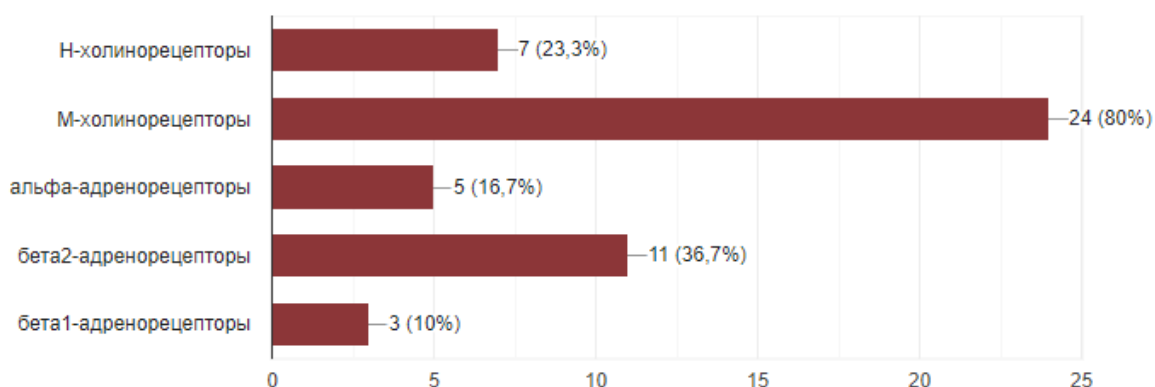


Рис. 3.5. Рецепторы, активирующие секрецию пищеварительных желез при стимуляции.

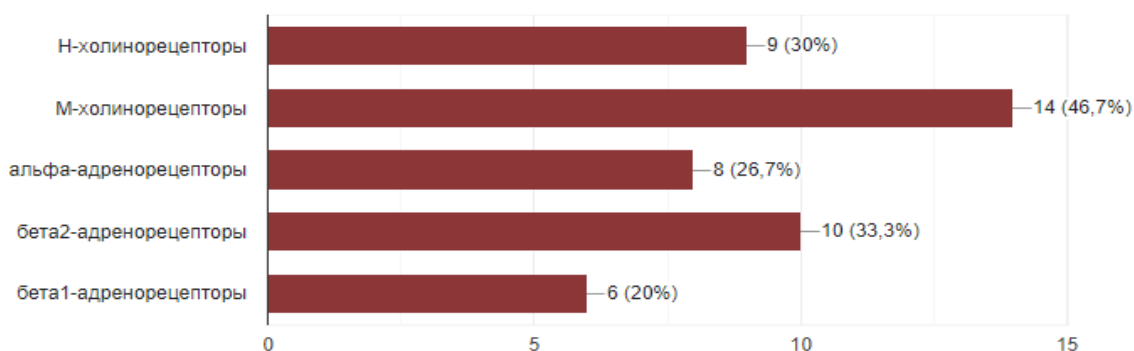


Рис. 3.6. Рецепторы, угнетающие секрецию пищеварительных желез при их блокировании.

На вопрос «Какие ферментные системы принимают участие в регуляции кислотности желудочного сока?» респонденты ответили так: в 87% ответов соискателей высшего образования содержался правильный вариант («протонная помпа»), 3,3% выбрали вариант «не знаю», а также со значительно меньшей частотой встречались и неправильные ответы (рис. 3.7).

Далее следовал вопрос: «Какие типы рецепторов в желудке преимущественно принимают участие в регуляции процессов секреции соляной кислоты?» (рис. 3.8).

При анализе ответов опрошенных установлено, что правильные варианты ответов выбирали чаще всего — «гистаминорецепторы» и «холинорецепторы», которые называли с частотой 77% и 67%, соответственно. При этом не знали ответа на этот вопрос 3,3% студентов, а также встречались и неправильно указанные варианты ответов (частота до 10%). Необходимо отметить, что приблизительно треть опрошенных (30%) в своих ответах указывали еще, что адренорецепторы тоже принимают участие в регуляции кислотности желудка, что является частично правильным ответом, поскольку здесь респондентов просили указать лишь наиболее значимые типы рецепторов, а роль адренорецепторов в данном случае преобладающей не является.

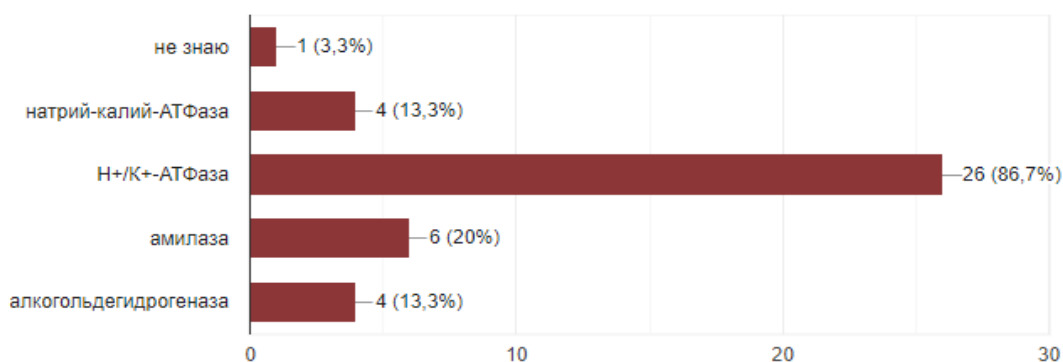


Рис. 3.7. Ферменты-регуляторы желудочной секреции.

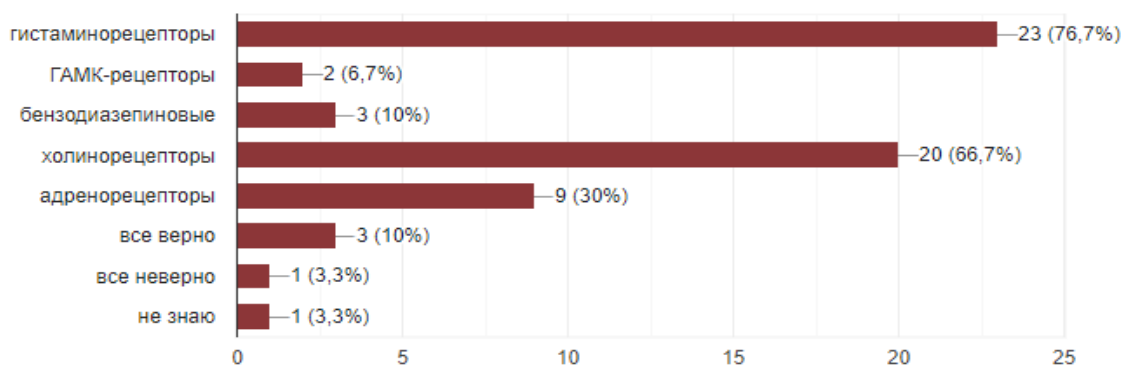


Рис. 3.8. Рецепторы желудка, преимущественно участвующие в регуляции секреции соляной кислоты.

Следующий вопрос заканчивает первый блок нашего опроса и звучит так: «Какие именно типы гистаминовых рецепторов отвечают в желудке за продукцию соляной кислоты?» (рис. 3.9).

На него правильный ответ — «H₂-гистаминорецепторы» — был дан в 77% ответов респондентов. Кроме этого, неправильные версии также указывались, но значительно реже — с частотой менее 17%, включая и вариант без ответа — «не знаю» (3,3%).

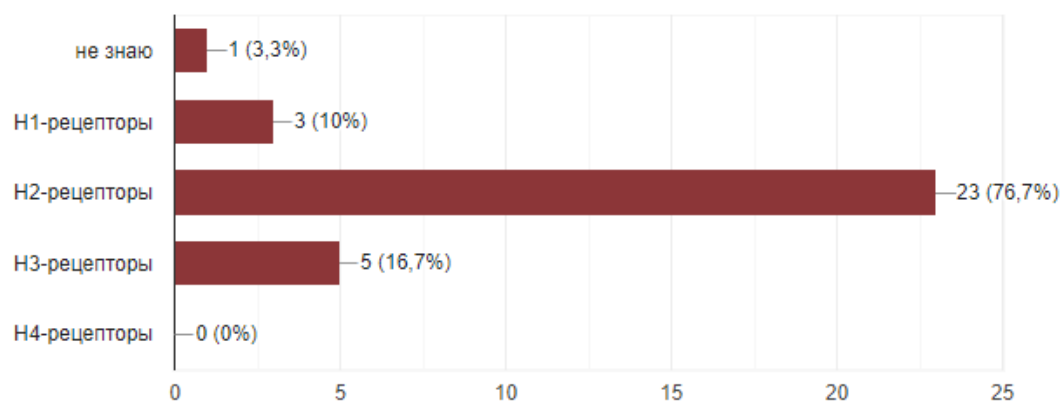


Рис. 3.9. Типы гистаминорецепторов, которые отвечают за продукцию соляной кислоты в желудке.

Подводя итог результатам опроса, полученным в ходе анализа первого блока вопросов анкеты, можно заключить, что в целом в данной теме студенты довольно неплохо ориентируются. Однако, при этом в некоторых вопросах у них были отмечены частичные осложнения, требующие уточнения некоторых аспектов, а именно при определении активаторов и ингибиторов желудочной секреции.

Также заметные сложности у респондентов возникли при ответе на вопросы о физиологических процессах, протекающих в пищеварительной системе (где полный правильный ответ дали только 27% опрошенных), и определении классов и функций гидролитических ферментов в ЖКТ (правильно ответила половина студентов).

3.2. Анализ ответов на блок вопросов по патологической физиологии

Далее наше анкетирование продолжил второй блок, включающий 14 вопросов, касающихся аспектов патологической физиологии.

Первым заданием второй части опроса было дать определение понятию «язвенная болезнь (ЯБ) или пептическая язва (ПЯ)», на которое 44 студента ответили правильно, 16 студентов вообще не дали никакого ответа. Вместе с этим следует отметить, что даже среди респондентов, ответивших правильно,

никто в определении не указал, что язвенная болезнь является рецидивирующим сезонным заболеванием, на что, безусловно, имеет смысл обратить внимание в дальнейшем при изучении данной темы.

Следующим вопросом анкеты был «В каких отделах ЖКТ развивается дефект слизистой оболочки при язвенной болезни?», на который подавляющее большинство респондентов ответили правильно, выбрав варианты «желудок» (90% назвали) и «двенадцатиперстная кишка» (83%) (рис. 3.10). Неправильные ответы в данном вопросе встречались с частотой приблизительно до 7%.

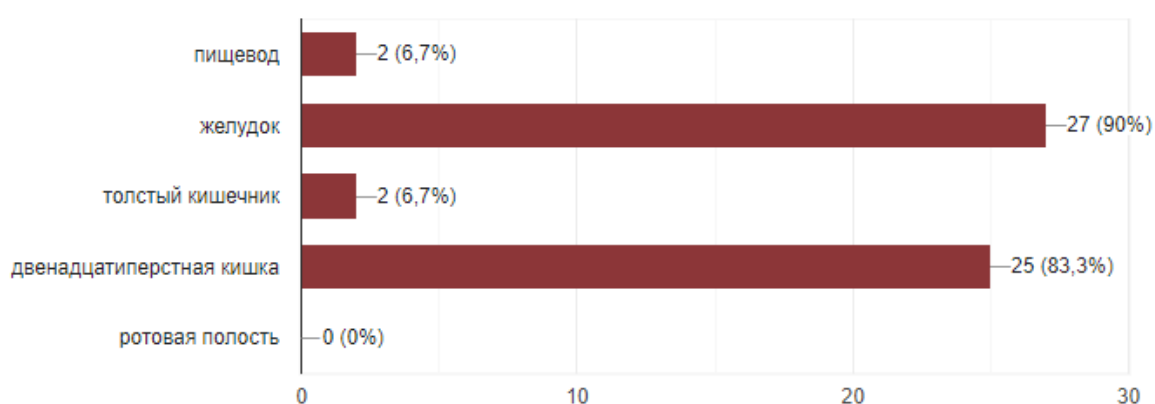


Рис. 3.10. Отделы ЖКТ, страдающие при язвенной болезни.

Продолжил наш комплексный опрос вопрос об основных факторах, способствующих развитию ЯБ. На него полный правильный ответ, перечислив все этиологические факторы, дали 47% респондентов (рис. 3.11), а остальные (53%) представили неполные правильные ответы.

Среди правильных ответов были названы инфекция *Helicobacter pylori*, прием ulcerогенных лекарств (в частности, нестероидных противовоспалительных препаратов), гиперсекреция соляной кислоты, хронический стресс, генетическая предрасположенность, курение и употребление алкоголя, ослабление иммунитета и другие.

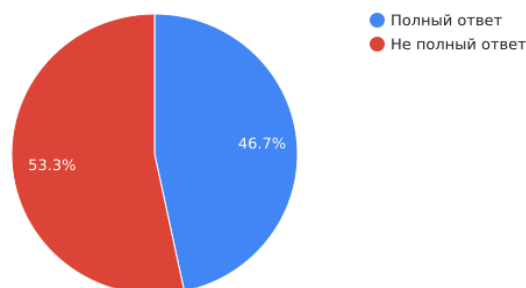


Рис. 3.11. Результаты ответа на вопрос об этиологических факторах язвенной болезни.

На вопрос об основных симптомах пептической язвы ответ дали все 100% респондентов, из них 30% соискателей высшего образования представили полный правильный ответ и 70% - неполный (рис. 3.12). В числе симптомов ЯБ были названы нарушение аппетита, боль в эпигастрии, изжога, тошнота, рвота, отрыжка, вздутие.

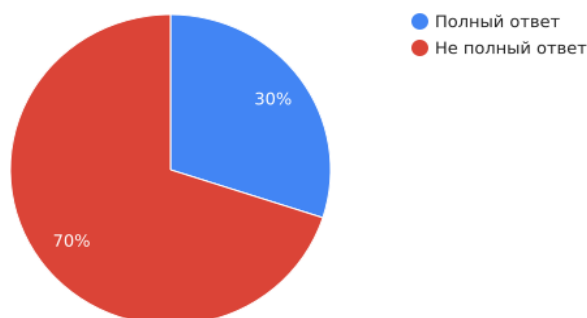


Рис. 3.12. Результаты ответа на вопрос о симптомах язвенной болезни.

Вслед за вопросом о симптоматике пептической язвы шел вопрос «Какие типы пептической язвы в зависимости от кислотности Вы знаете?», на который 30% студентов дали полный правильный ответ, а 70% студентов его вообще не дали, ответив «не знаю» или односложно — «знаю», но не

приведя никаких требуемых примеров и уточнений, что в данном случае оценивалось как отсутствие ответа. Таким образом, в данном вопросе вновь лишь 30% респондентов продемонстрировали хорошие знания.

Далее участников нашего анкетирования попросили назвать стадии течения ЯБ (рис. 3.13). В результате выяснено, что полный правильный ответ и частично правильный ответ представили 20% и 33% респондентов, соответственно; притом, что неосведомленность в данном вопросе показали 47% (!) опрошенных студентов. Полученные данные обуславливают целесообразность акцентирования внимания соискателей высшего образования на данном аспекте во время изучения тем, касающихся язвенной болезни.

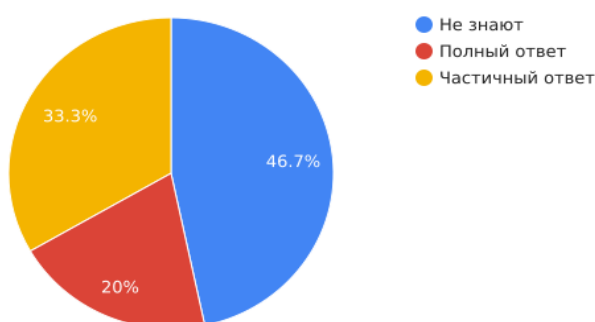


Рис. 3.13. Результаты ответов респондентов о стадиях течения язвенной болезни.

При ответе на вопрос «Активация каких рецепторов приводит к повышению выработки соляной кислоты в желудке и способствует развитию пептической язвы?» были получены такие результаты (рис. 3.14): большинство опрошенных (73%) дали однозначный правильный ответ («H₂-гистаминорецепторы»), почти 7% студентов не ответили на этот вопрос, указав «не знаю», а остальные респонденты ответили неправильно, причем наиболее частым неправильным ответом (10% - половина всех неверных ответов) был вариант «H₁-гистаминорецепторы».

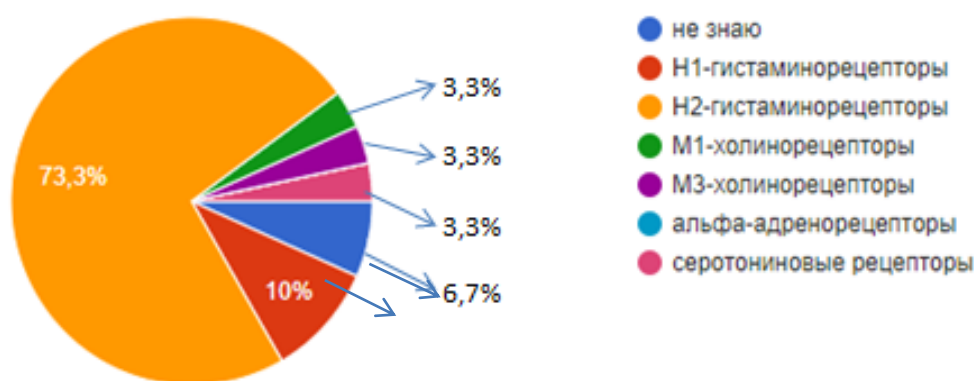


Рис. 3.14. Ответы респондентов на вопрос о типе рецепторов, активирующих выработку соляной кислоты.

Еще одним в данном блоке был вопрос о названии микроорганизма, персистирование которого по современным представлениям является одним из ведущих факторов в развитии пептической язвы (рис. 3.15). При анализе ответов респондентов было установлено, что большинство (83%) соискателей высшего образования ответили правильно (правильный ответ: «хеликобактер пилори»), а 17% - дали неправильный ответ.

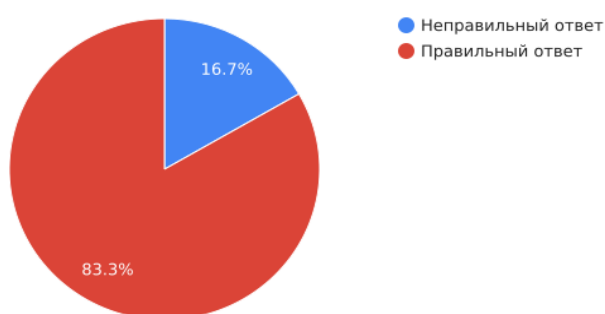


Рис. 3.15. Результаты ответа на вопрос о микроорганизме, который принимает участие в формировании и развитии пептической язвы.

В ходе анализа ответов на вопрос «Влияет ли на течение пептической язвы сезон года?» было установлено, что 83% респондентов осведомлены о сезонном характере данного заболевания, а 13% опрошенных считают, что

сезон года на течение язвенной болезни влияния не оказывает (неправильный ответ). Остальные студенты выбрали вариант «не знаю» (рис. 16).

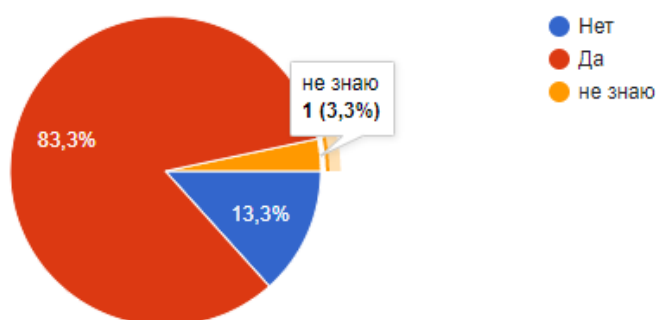


Рис. 3.16. Результаты ответа на вопрос о влиянии сезона года на течение пептической язвы.

Участникам анкетирования также был задан вопрос: «Дисбаланс каких двух групп факторов, влияющих на состояние слизистой оболочки желудка, приводит к возникновению язвенного дефекта (весы Шея)?», который вызвал у респондентов определенные затруднения, поскольку лишь 10% студентов из всех дали полный правильный ответ и еще 23% человек представили неполный ответ, что в сумме составило треть опрошенных. При этом остальные 67% респондентов вообще не ответили на этот вопрос, что позволяет рекомендовать обратить внимание на данный аспект темы при ее дальнейшем изучении.

Логично связанными с предыдущим являются и два следующих вопроса, в которых предлагалось назвать (привести примеры) факторов агрессии и защиты, которые могут иметь место в слизистой оболочке желудка.

На первый из этих вопросов – о факторах агрессии – респонденты (63%) дали полный правильный ответ, приводя такие примеры, как соляная кислота, пепсин, гастрин и другие. При этом еще 17% студентов дали частично правильный ответ, а 20% ответили неправильно (рис. 3.17).

На второй вопрос этого подблока – о факторах защиты – все респонденты (100%) ответили правильно. Однако, лишь 10% из них дали

полный правильный ответ, а остальные привели не полную информацию (рис. 3.18).

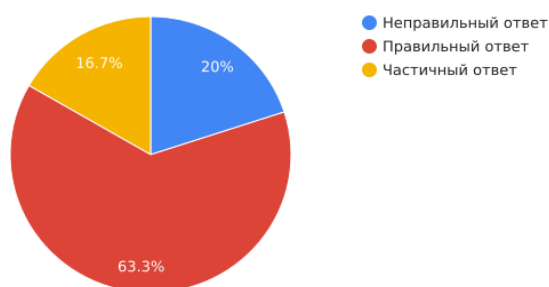


Рис. 3.17. Результаты ответов респондентов о факторах агрессии в слизистой оболочке желудка.

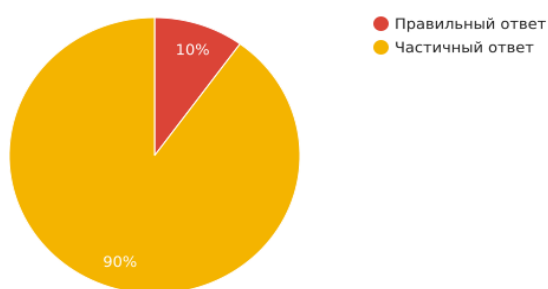


Рис. 3.18. Результаты ответов респондентов о факторах защиты в слизистой оболочке желудка.

Среди наиболее часто упоминаемых в ответах студентов были такие защитные факторы слизистой оболочки желудка, как слизисто-бикарбонатный барьер и цитопротективные простагландины.

Данный блок вопросов также содержал вопрос об осложнениях язвенной болезни, где нужно было привести примеры осложнений. На него совсем не ответили 30% респондентов, а остальные 70% соискателей высшего образования дали полный правильный ответ (рис. 3.19). В ответах в

числе примеров осложнений были названы язвенное кровотечение, перфорация, стеноз и другие.

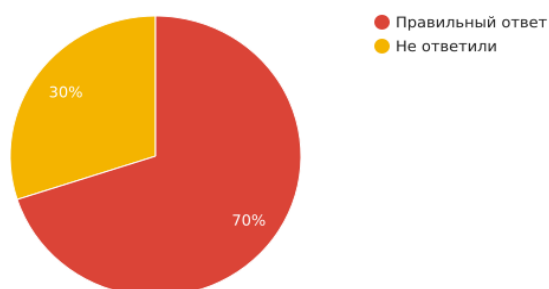


Рис. 3.19. Результаты ответов респондентов на вопрос об осложнениях язвенной болезни.

Завершал блок заданий по патологической физиологии вопрос: «Какие еще заболевания, которые сопровождаются гиперсекрецией соляной кислоты, кроме язвенной болезни, Вам известны?», на который 87% респондентов ответили правильно (привели примеры таких патологических состояний), а остальные опрошенные разделились поровну на две группы: вовсе не ответившие и ответившие неверно (рис. 3.20).

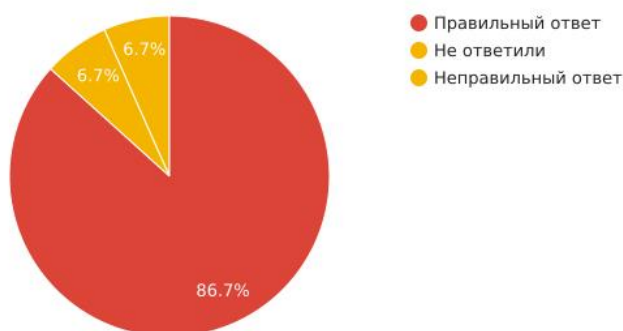


Рис. 3.20. Результаты ответов на вопрос о заболеваниях, сопровождающихся гиперсекрецией.

Таким образом, в ходе анализа ответов соискателей высшего образования, полученных во второй части нашей анкеты, можно сделать вывод, что с большинством заданных вопросов респонденты справились достаточно успешно. Однако, следует отметить, что некоторые аспекты данной темы все же вызвали затруднения. В частности, дополнительных уточнений и разъяснений требуют вопросы, касающиеся определения типов и стадий течения язвенной болезни, а также вопрос о дисбалансе факторов защиты и агрессии (весы Шея) при данном заболевании.

3.3. Анализ ответов на блок вопросов по фармакологии

Далее были обработаны ответы респондентов на третий блок предложенной анкеты, который содержал 16 вопросов по фармакологии.

В начале этого блока студентам предложили назвать основные группы препаратов для лечения ЯБ. В ответ получили такие результаты: правильно ответили 30% респондентов, частично правильно – почти 47%, а 23% вовсе не ответили. В числе правильных ответов чаще всего называли ингибиторы протонного насоса, H_2 -гистаминоблокаторы, антициды и другие.

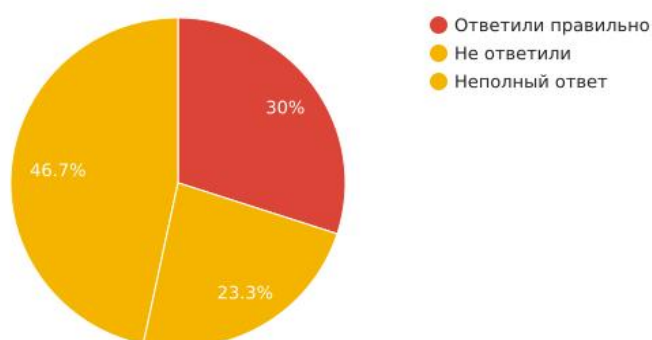


Рис. 3.21. Ответ респондентов об основных группах противоязвенных средств.

Следующим был вопрос «Можете ли Вы объяснить понятие «антисекреторные средства?», на который больше половины (55%) опрошенных ответили правильно, почти 7% дали частично верный ответ, а 38% студентов не ответили, что диктует необходимость обратить внимание на эту деталь при подготовке данной темы к контролю. Кроме того, нужно обратить внимание студентов на номенклатуру фармакологических групп антисекреторных препаратов, поскольку даже среди правильных ответов приводились примеры ингибиторов протонной помпы и H_2 -гистаминоблокаторов, а группа М-холиноблокаторов здесь не упоминалась.

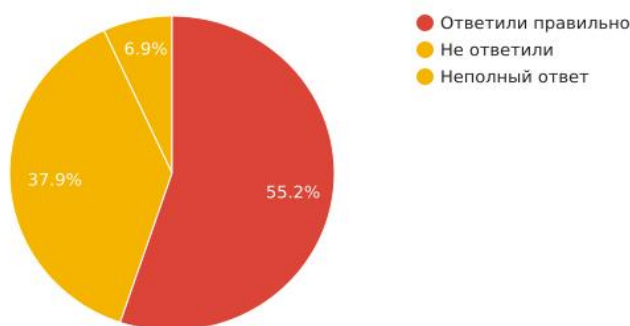


Рис. 3.22. Определение понятия «антисекреторные средства», по мнению респондентов.

В продолжение предыдущего вопроса соискателей высшего образования попросили назвать группы антисекреторных препаратов. В отличие от ответов на предыдущий вопрос, в этом случае респонденты называли все группы антисекреторных средств, включая ингибиторы протонной помпы, H_2 -гистаминоблокаторы и М-холиноблокаторы. В своих ответах они указывали от 1 до 3 групп препаратов. При этом всего половина опрошенных представила ответ (частичный или полный) на этот вопрос, а вторая половина студентов не ответила (варианты «не знаю» или «знаю», но без примеров, что не может быть засчитано).

Далее респондентам предложили назвать препараты-представители группы H_2 -гистаминоблокаторов, на что результативно ответили 70% опрошенных, указав от 1 до 4 препаратов разных поколений, среди которых чаще всего в ответах встречались фамотидин и ранитидин (по 40 ответов), циметидин (26). На этот вопрос не ответили 30% респондентов.

Продолжил обсуждение H_2 -гистаминоблокаторов вопрос о количестве поколений, на которые они делятся. В результате получено, что не знали ответа на этот вопрос вновь 30% респондентов, а остальные разделились на тех, что дали правильный (43%) и неправильный ответ (27%). Таким образом, суммарно более половины студентов не ответили на этот вопрос, что позволяет также отнести его к числу таких, на которые нужно обратить внимание.

Следующий вопрос был посвящен номенклатуре ингибиторов протонной помпы, на который не ответило 26% респондентов, а остальные участники опроса называли от 1 до 3 препаратов этой группы, в числе которых чаще всего упоминались пантопразол, рабепразол и лансопразол.

Аналогичный вопрос был также задан относительно М-холиноблокаторов и в результате установлено, что треть опрошенных (33%) не ответила на этот вопрос, что вновь обращает на себя внимание, а остальные студенты называли разные препараты-представители данной группы с различной частотой (рис. 3.23). Нужно отметить, что чаще всего указывали атропин, хотя в данном случае целесообразно все же выделить, в первую очередь, пирензепин.

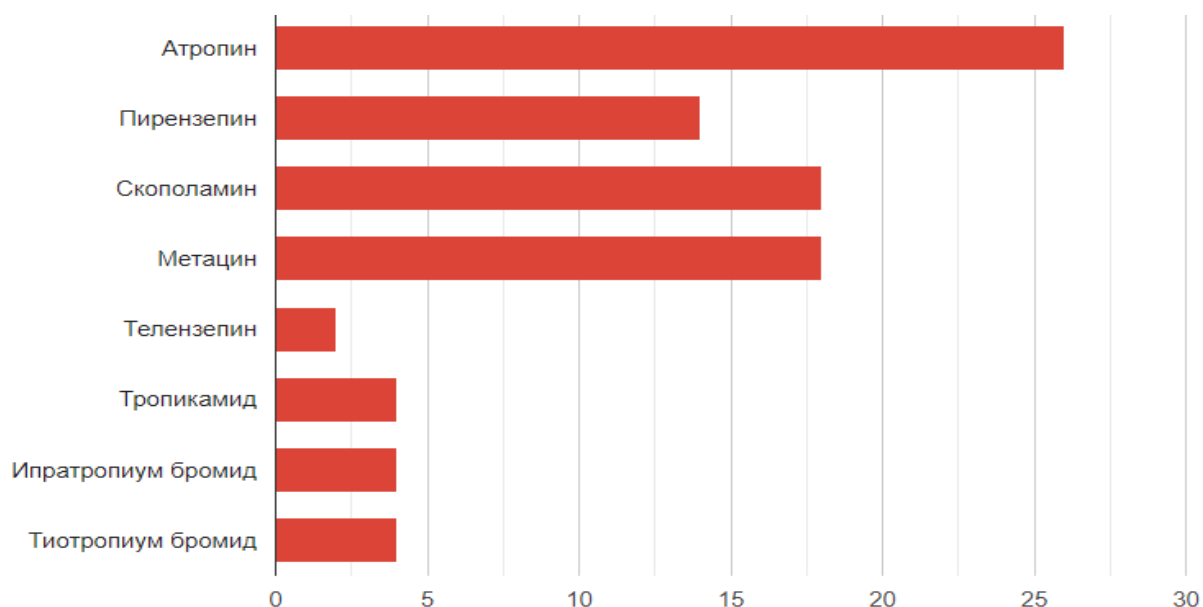


Рис. 3.23. Ответы респондентов о количестве поколений H_2 -гистаминоблокаторов.

Однако, в следующем вопросе, когда далее студентов спросили, какой М-холиноблокатор, учитывая селективность, является препаратом выбора при ЯБ, большинство респондентов (63%) ответили правильно, указав именно препарат пирензепин. При этом остальные 37% на этот вопрос не ответили (рис. 3.24).

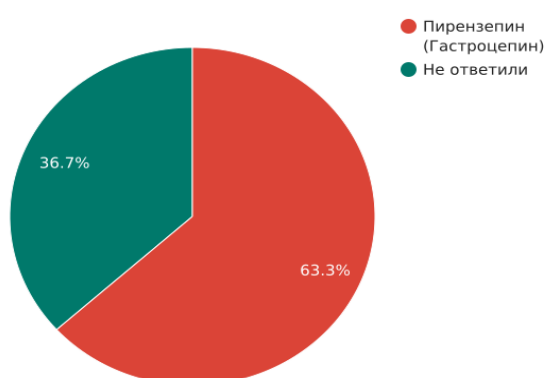


Рис. 3.24. Ответы респондентов о препарате выбора при ЯБ из группы М-холиноблокаторов.

При анализе ответов респондентов на вопрос «Какие препараты из группы антацидов Вы знаете?» выяснено, что 30% участников анкетирования не знали ответа на этот вопрос, почти 2% ответили неверно, а остальные студенты называли разные антацидные препараты, чаще всего упоминая альмагель и маалокс (рис. 3.25).

На вопрос «Какие препараты-гастропротекторы Вы знаете?» не ответило вновь 30% студентов, а остальные дали правильные ответы, которые содержали в основном названия таких препаратов, как сукральфат, висмута субцитрат, препараты простагландинов.

Еще одним вопросом этого блока был таковой о фармакологических эффектах висмута субцитрата. На него не дали ответ 30% респондентов. При этом ответившие правильно студенты называли противовоспалительный, антимикробный, цитопротекторный эффекты, хотя наряду с ними в ряде случаев могли указывать и антисекреторный эффект (неверно!) (рис. 3.26).

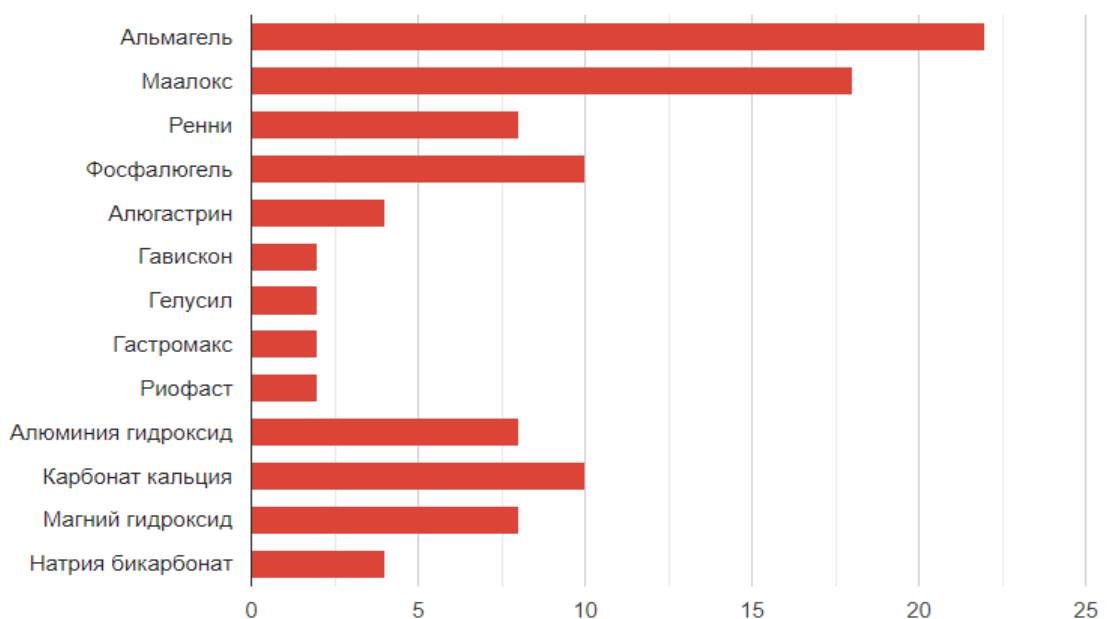


Рис. 3.25. Ответы респондентов на вопрос о номенклатуре антацидных препаратов.

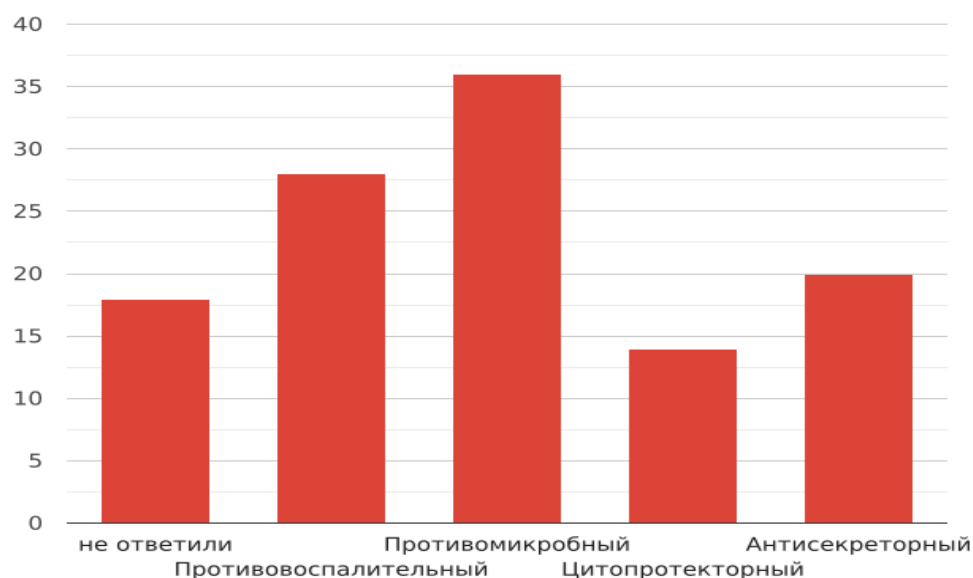


Рис. 3.26. Ответы респондентов об эффектах висмута субцитрата.

Когда респондентов спросили: «Какие показания к применению антисекреторных препаратов Вы знаете?», в ответ получили такие обобщенные данные: треть студентов не ответили на вопрос, а остальные 67% (ответили правильно) в своих ответах указывали преимущественно ЯБ и рефлюкс-эзофагит (рис. 3.27).

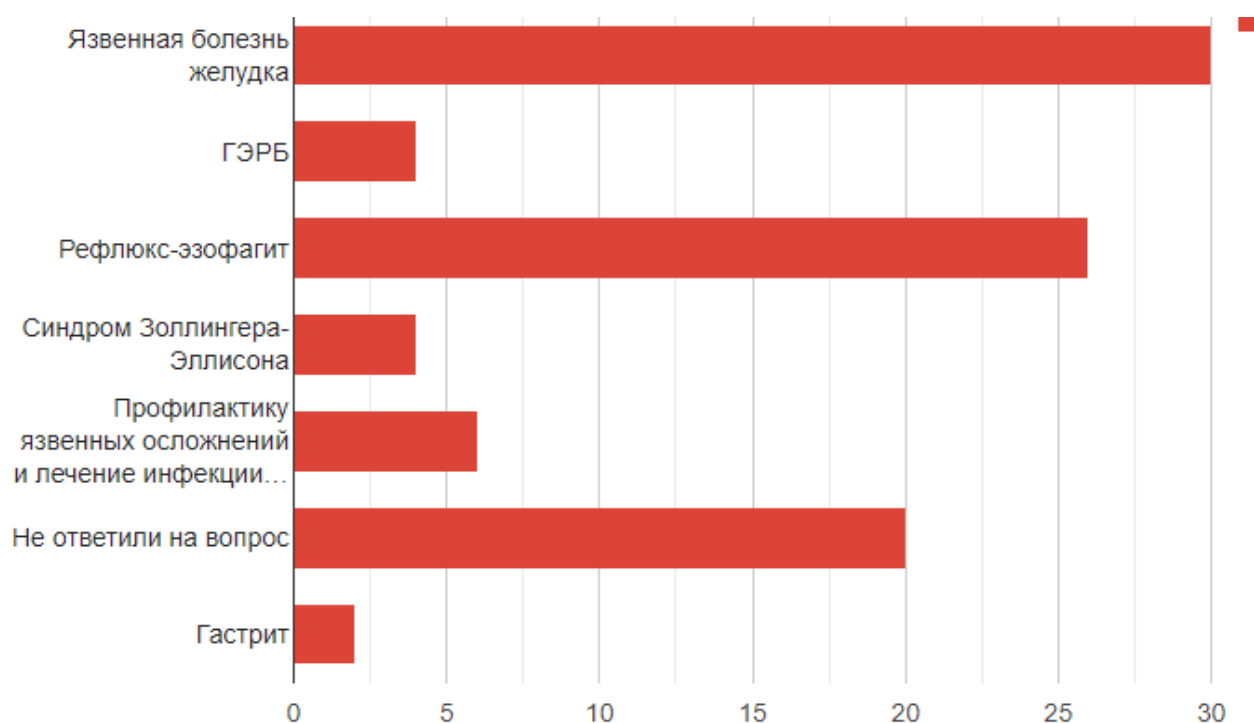


Рис. 3.27. Ответы респондентов о показаниях к применению антисекреторных препаратов.

Наше анкетирование продолжил вопрос «Какие основные побочные эффекты H_2 -гистаминоблокаторов, не связанные с желудочно-кишечным трактом, Вам известны?». При обработке результатов установлено, что на этот вопрос ответа не дали 47% респондентов, а среди вариантов, представленных в ответах остальных участников опроса (53%) наиболее часто было указано «угнетение ферментов печени», «аллергические реакции» и другие (рис. 3.28). При этом необходимо отметить, что среди названных побочных эффектов не было такого известного осложнения, как аритмии.

После этого респондентов попросили объяснить механизм действия ингибиторов протонной помпы, на который не ответило 43% студентов (желательно в дальнейшем акцентировать внимание на этом аспекте). Ответившие студенты разделились на тех, что дали правильный ответ – большинство (54%), и указавших неверный вариант (3%).

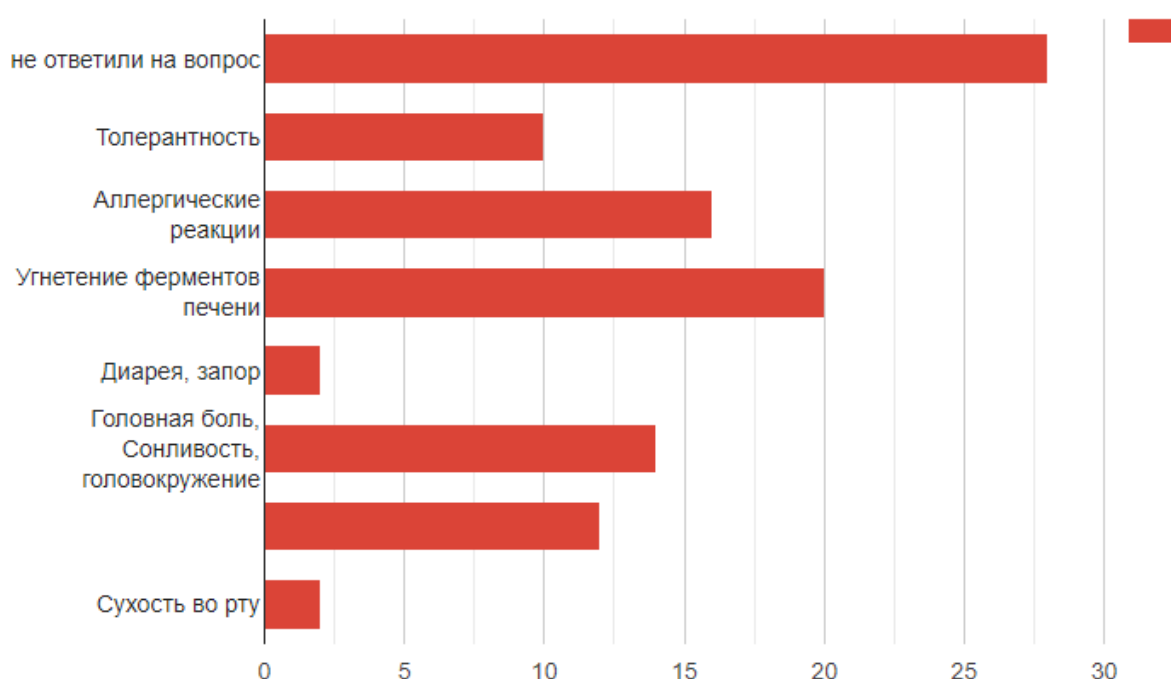


Рис. 3.28. Ответы респондентов на вопрос о побочных эффектах H_2 -гистаминоблокаторов.

Кроме того, участникам анкетирования задали вопрос: «Какие противопоказания к применению неселективных М-холиноблокаторов Вам известны?». При подсчете результатов выяснено, что не знали ответа на этот вопрос 47% (!) респондентов, а остальные 53% чаще всего называли классические противопоказания, например, глаукому, тахикардию и сердечную недостаточность (рис. 3.29).

В завершение третьего блока нашего опроса респондентам был задан вопрос: «Назовите 3 фармакологические группы лекарств, прием которых может вызвать образование язвенного дефекта в слизистой оболочке желудка (ульцерогенное действие)?», на который не смогли ответить 10% анкетированных, а остальные 90% (рис. 3.30) называли, как правило, группы НПВС, глюкокортикостероидов, антикоагулянты и другие.

Подводя итог анализу ответов участников опроса на вопросы блока анкеты по фармакологии, можно сказать, что в большинстве случаев приблизительно треть респондентов испытывала затруднения с ответами. Наиболее сложными для опрошенных оказались вопросы о противопоказаниях к применению М-холиноблокаторов, механизме действия ингибиторов протонного насоса, особенностях препарата пирензепин, побочных эффектах H_2 -гистаминоблокаторов, определении и номенклатуре групп антисекреторных средств (при этом возможно предположить, что подобная ситуация, особенно относительно последних двух названных вопросов, может быть связана со сложностями изложения материала на иностранном языке, поскольку среди респондентов было немало иностранных соискателей высшего образования).

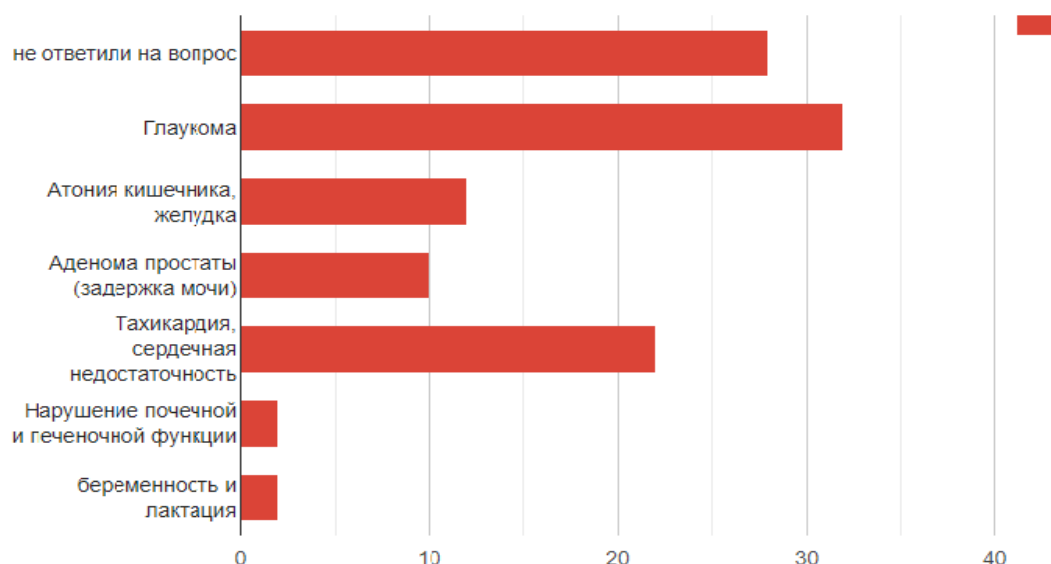


Рис. 3.29. Ответы респондентов о противопоказаниях неселективных М-холиноблокаторов.



Рис. 3.30. Ответы респондентов на вопрос о группах ulcerогенных лекарств.

Однако, несмотря на это, полученные результаты обосновывают целесообразность дополнительного акцентирования внимания студентов на указанных аспектах тем, касающихся фармакологии противоязвенных препаратов, при подготовке к итоговой аттестации и лицензионному экзамену.

3.4. Анализ ответов на блок вопросов по клинической фармации и фармацевтической опеке

Еще одна группа заданий анкеты – четвертый блок вопросов – касался знаний по клинической фармации и фармацевтической опеке и включал 14 вопросов.

Начинал эту часть опроса вопрос: «Назовите основные симптомы заболеваний, которые сопровождаются гиперсекрецией соляной кислоты?», на который ответили все респонденты. Однако, полный правильный ответ дали 73% соискателей высшего образования, а частично правильный – 27% (рис. 3.31). Среди симптомов пептической язвы и других гиперсекреторных заболеваний наиболее часто студенты указывали боль в эпигастрии, изжогу, отрыжку, диспепсические расстройства и другие.

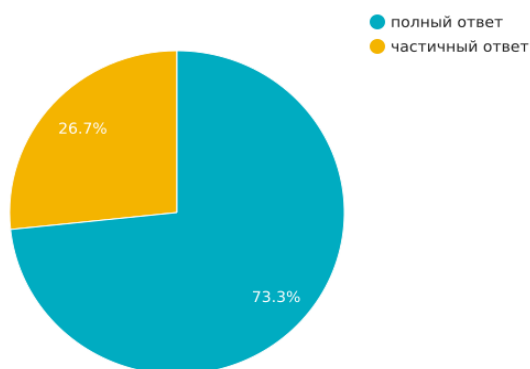


Рис. 3.31. Ответы студентов о симптомах заболеваний, которые сопровождаются гиперсекрецией соляной кислоты.

Далее был задан вопрос о синдромах, характерных для пептической язвы. Правильно ответили на него 33% респондентов и еще почти 7% - дали неполный правильный ответ. Не смогли ответить на данный вопрос 40% участников опроса, а 20% студентов ответили неверно.

Когда респондентов попросили назвать основные стратегии лечения ЯБ, все опрошенные дали ответы на этот вопрос: почти 27% ответили

полностью правильно, а 73% - представили неполный правильный ответ (рис. 3.32). В своих ответах респонденты в основном указывали такие стратегии, как снижение кислотности и факторов агрессии в желудке, повышение факторов защиты слизистой оболочки желудка и эрадикацию хеликобактерной инфекции.



Рис. 3.32. Ответы респондентов на вопрос о стратегиях лечения ЯБ.

Далее респондентов попросили назвать методы диагностики ЯБ, на который 33% соискателей высшего образования дали полный правильный ответ, 57% - неполный ответ, а 10% студентов вовсе не ответили на этот вопрос (рис. 3.33).

Продолжил анкетирование вопрос: «Какие методы диагностики хеликобактерной инфекции Вам известны?», на который 40% респондентов не ответили, а среди остальных ответивших правильно полный развернутый ответ дали почти 7% студентов и неполный ответ представили 53% студентов, соответственно.

Когда респондентов попросили назвать по 3 препарата, которые применяются для лечения пептической язвы, ассоциированной с *H. pylori* (антихеликобактерные средства), в результате выяснили, что большинство –

93% - соискателей высшего образования ответили на этот вопрос (хотя не все ответы были полными), а остальные 7% студентов не дали ответа (рис. 3.34).



Рис. 3.33. Ответы респондентов на вопрос о методах лечения ЯБ.

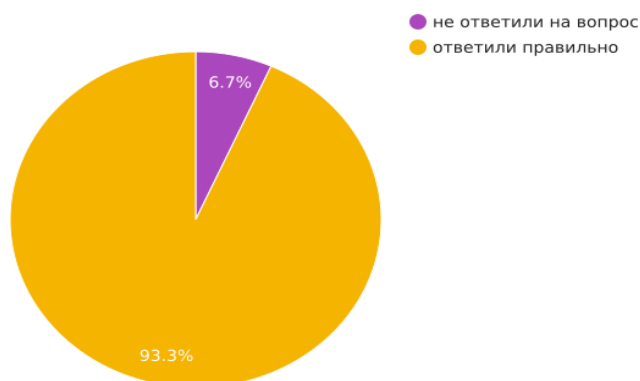


Рис. 3.34. Ответы респондентов об антихеликобактерных средствах.

В числе примеров препаратов, применяемых с целью антихеликобактерной терапии пептической язвы, чаще всего называли антибиотики (амоксциллин и кларитромицин) и антипротозойный препарат метронидазол.

Затем участникам опроса предложили привести пример схемы эрадикационной терапии хеликобактера. В результате вариант полной правильной схемы терапии привели 57% респондентов, 23% - дали неполный ответ, назвав типы схем терапии без конкретизации препаратов; а 20% студентов вообще не ответили на этот вопрос (рис. 3.35).

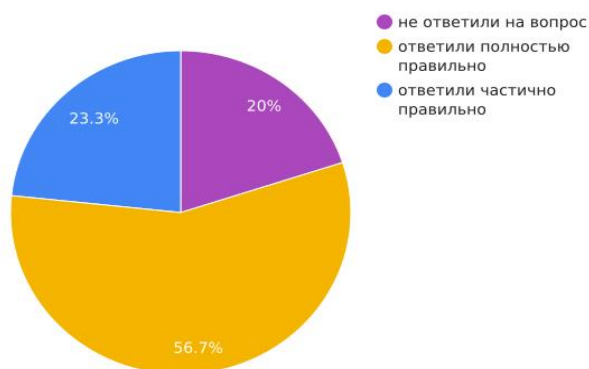


Рис. 3.35. Ответы респондентов о схемах эрадикационной терапии.

После этого респондентов спросили: «Что необходимо сделать перед началом применения антисекреторных препаратов?», на что половина студентов не дала ответа, а ответы вторых 50% опрошенных распределились поровну (по 16,7%) на три категории и были такими: представлен полный ответ, неполный ответ и совсем короткий ответ без объяснений – «необходима консультация врача» (рис. 3.36).

Среди названных вариантов действий перед началом лечения антисекреторными средствами более всего респонденты указывали на необходимость консультации с врачом, которая должна включать проведение диагностики и оценки состояния пациента, исключение и/или изучение других причин и симптомов болезни, оценка лекарственной и аллергической истории, изучение возможных побочных эффектов и противопоказаний

назначаемых и/или используемых препаратов, установление правильной дозировки и режима приема антисекреторных средств.

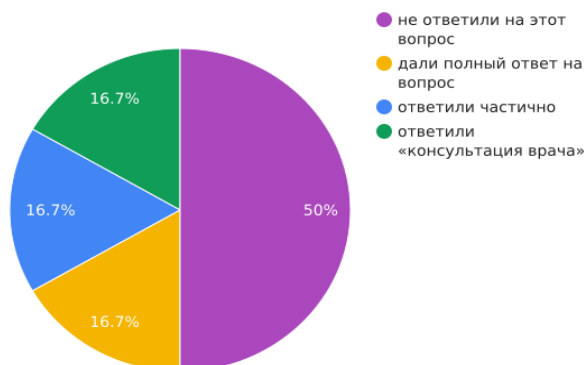


Рис. 3.36. Ответы респондентов о мероприятиях перед началом применения антисекреторных средств.

На вопрос: «Какие группы препаратов для лечения язвенной болезни могут вызывать синдром отмены?», 16,7% соискателей высшего образования дали полный ответ, 50% - неполный правильный ответ, а 33,3% студентов не ответили на этот вопрос (рис. 3.37). Чаще всего в ответах респондентов звучали такие названия групп противоязвенных препаратов, как H_2 -гистаминоблокаторы и ингибиторы протонного насоса.

Следующим вопросом анкеты был таковой об антацидных средствах и формулировался так: «Какая группа антацидных препаратов является более безопасной для лечения пептической язвы?», на который (рис. 3.38) 70% респондентов ответили правильно, назвав вариант «невсасывающиеся антациды». Остальные 30% ответов распределились между 17% студентов, давшими неправильный ответ, и 13% - не ответивших участников опроса.



Рис. 3.37. Ответы респондентов на вопрос о синдроме отмены при лечении антисекреторными средствами.

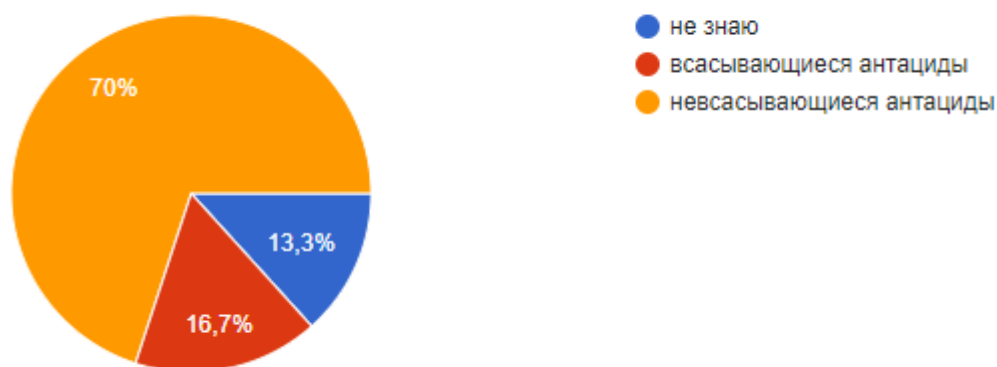


Рис. 3.38. Ответы респондентов на вопрос о более безопасной группе антицидных препаратов.

При обработке ответов соискателей высшего образования на вопрос «Являются ли понятия «пептическая язва» и «НПВС-гастропатия» синонимами?» установлено (рис. 3.39), что вариант «не знаю» в данном случае не выбрал никто. При этом среди представленных ответов было 83%

правильных и 17% неправильных, поскольку понятия «пептическая язва» и «НПВС-гастропатия» синонимами не являются.

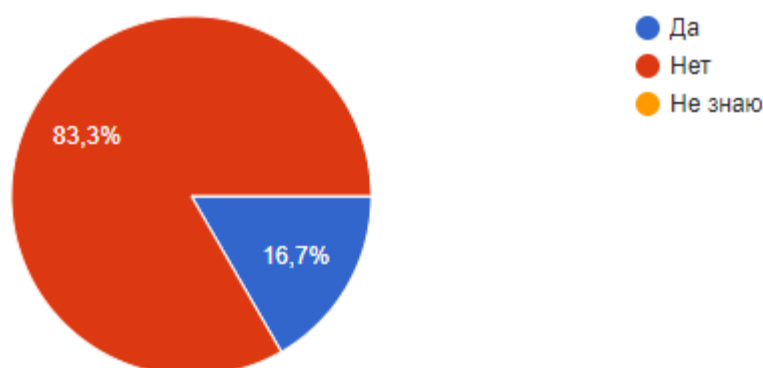


Рис. 3.39. Ответы респондентов на вопрос о понятиях «пептическая язва» и «НПВС-гастропатия».

Мнения респондентов при ответе на вопрос «Какая группа антисекреторных средств на сегодня считается более эффективной и безопасной для лечения язвенной болезни?» разделились следующим образом: 80% опрошенных выбрали вариант «ингибиторы протонной помпы» (правильный ответ!), варианты «H₂-гистаминоблокаторы» и «М-холиноблокаторы» назвали 13% и 3% респондентов, соответственно, а еще 3% студентов вовсе не ответили на этот вопрос, указав вариант «не знаю» (рис. 3.40).

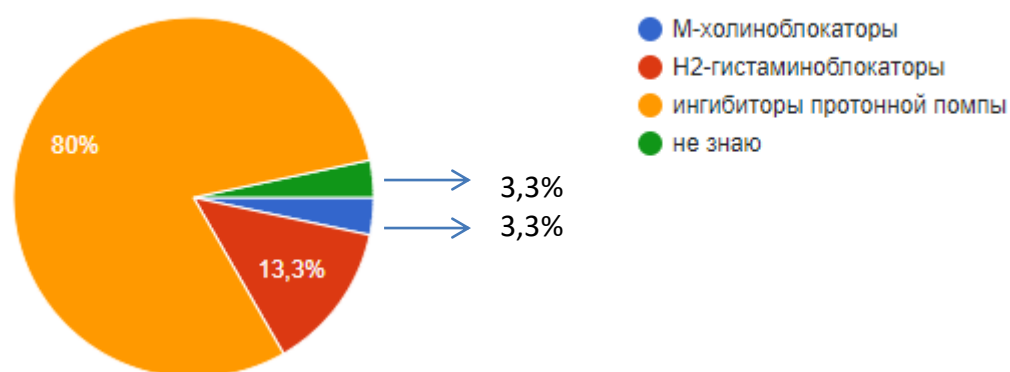


Рис. 3.40. Ответы респондентов об эффективной и безопасной группе противоязвенных средств.

Далее шла пара вопросов о критериях эффективности и безопасности противоязвенных препаратов при лечении пептической язвы.

Так, в вопросе о критериях эффективности лечения ЯБ (рис. 3.41) установлено, что, к сожалению, более половины (53%) респондентов не ответили на этот вопрос. При этом полный правильный ответ дали почти 27%, а неполный ответ, указав лишь один критерий «снижение кислотности», дали 20% опрошенных студентов.



Рис. 3.41. Ответы респондентов на вопрос о критериях эффективности лечения пептической язвы.

Продолжил обсуждение критериев эффективности и безопасности лечения, завершая наше анкетирование, вопрос о критериях безопасности противоязвенной терапии, на который 40% респондентов не ответили, а остальные 60% студентов дали правильный ответ, в основном указав такие критерии безопасности, как отсутствие серьезных побочных эффектов, отсутствие толерантности, сохранение функции печени и почек, учет индивидуальных факторов риска и другие.

Анализируя результаты ответов респондентов на четвертый блок вопросов, можно сделать вывод, что, как и в случаях с предыдущими

блоками анкеты, в целом соискатели высшего образования продемонстрировали осведомленность относительно особенностей и принципов рациональной терапии ЯБ. Однако, в ряде вопросов вновь возникали затруднения, а наиболее сложными для студентов оказались вопросы о синдромах пептической язвы, методах диагностики хеликобактерной инфекции, необходимых мерах перед началом лечения антисекреторными препаратами, критериях эффективности и безопасности лечения язвенной болезни.

Вывод к главе 3

Резюмируя вышеизложенное и подводя итог проведенному анонимному анкетированию, можно заключить, что соискатели высшего образования старших курсов, принявшие в нем участие, в целом по всем предложенным блокам вопросов показали достаточную осведомленность по изучаемой теме, а именно продемонстрировали знания анатомо-физиологических аспектов строения и функционирования пищеварительной системы и ЖКТ, в особенности, желудка и регуляции секреторной активности в нем; этиопатогенетических факторов развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ее симптоматики; а также лечения и принципов рационального использования противоязвенных лекарственных средств.

ВЫВОДЫ

1. В общем участники анкетирования ответили на 55 вопросов, которые были поделены на 4 логических блока согласно образовательным дисциплинам, которые изучались на разных курсах в течение предыдущих четырех лет обучения и были взаимосвязаны между собой по содержанию, логически перетекая и продолжая друг друга. Такими учебными компонентами, вопросы по которым вошли в нашу анкету, были нормальная физиология (первая часть анкеты), патологическая физиология (вторая часть), фармакология (третья часть) и клиническая фармация с фармацевтической опекой (четвертая часть).

2. При анализе и обработке ответов респондентов на вопросы разных частей анкеты установлено, что опрошенные студенты в основном проявляют интерес и ответственность относительно предложенной тематики, но степень их осведомленности и подготовки по некоторым вопросам, приведенным в разных частях анкеты, варьирует.

3. В частности, обобщение результатов анкетирования показало, что наибольшее количество вопросов, где наблюдались сложности с ответами или сравнительно невысокий процент правильных ответов, было в блоке по фармакологии. Возможно, это может быть объяснено тем, что данный блок вопросов был самым многочисленным в сравнении с другими. Учитывая, данный факт, следует сделать вывод, что рекомендация актуализовать знания о вызвавших затруднения аспектах на протяжении изучения клинической фармации с фармацевтической опекой (взаимосвязанная дисциплина на четвертом курсе) в контексте овладения соответствующими темами, а также во время подготовки к комплексной итоговой аттестации является оправданной.

4. Естественно, в других частях анкеты (для каждого блока отдельно) также были обнаружены так называемые «сложные вопросы», то есть те, что содержали больше ошибок, неточностей или ответов «не знаю», что

должно обратить на себя внимание и обосновывает необходимость коррекции знаний студентов (повторение, разъяснение и т.п.) по некоторым аспектам изучаемой тематики.

5. Таким образом, в ходе проведения данного исследования была изучена осведомленность соискателей высшего образования относительно ЯБ (ПЯ), причин и особенностей ее возникновения и развития, специфики лечения. Вышеизложенное дает основания считать, что по некоторым отдельным вопросам повышение осведомленности студентов по данной комплексной теме является целесообразным и будет способствовать улучшению итоговых результатов обучения, а также повышению профессионализма практикующих специалистов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Державний Експертний Центр МОЗ України. Державний формуляр лікарських засобів. URL: <https://dec.gov.ua/materials/chinnij-vipusk-derzhavnogo-formulyara-likarskih-zasobiv/> (дата звернення: 10.12.2023).
2. Державний реєстр лікарських засобів України. URL: <http://www.drlz.com.ua/> (дата звернення: 16.12.2023).
3. Дудченко М. А., Третяк Н. Г., Дудченко М. А. Виразки шлунка та дванадцятипалої кишки у практиці сімейного лікаря. *Сімейна медицина*. 2016. № 5. С. 106–110.
4. Звягінцева Т. Д., Шаргород І. І. Фармакотерапія кислотозалежних захворювань. *Ліки України*. 2012. № 10(166). С. 66–72.
5. Кізлова Н. М., Комар О. М., Трилевич О. Д. Особливості захворюваності, поширеності виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки серед різних верств населення з аналізом основних показників наданої медичної допомоги у Вінницькій області та Україні. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2017. Т. 21, № 2. С. 524–529.
6. Клінічна фармація : підручник / І. А. Зупанець та ін. Харків : НФаУ : Золоті сторінки, 2013. 912 с.
7. Кислотозалежні захворювання : навч. посіб. / Т. Д. Звягінцева та ін. Харків, 2005. 150 с.
8. Компендіум. Лікарські препарати України. URL: <https://compendium.com.ua/handbooks/compendium/> (дата звернення: 10.12.2023).
9. Нормальна фізіологія / за ред. В. І. Філімонова. Київ : Здоров'я, 1994. 608 с.
10. Посібник з нормальної фізіології / за ред. В.Г. Шевчука, Д. Г. Наливайка. Київ : Здоров'я, 1995. 234 с.
11. Про затвердження протоколів фармацевта : наказ МОЗ України від 05.01.2022 р. № 7. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/2022_7_nakaz_pf. (дата звернення: 10.12.2023).

12. Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених для застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек та їх структурних підрозділів : наказ МОЗ України від 18.04.2019 р. № 876. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0509-19> (дата звернення: 10.12.2023).
13. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної медичної допомоги пептичної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки. URL: https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2023/08/ukpmd_1514_25082023 (дата звернення: 10.12.2023).
14. Фармакологія – наочно (Фармакологія в схемах та малюнках) : навч. посіб. / С. М. Дроговоз та ін. Харків : Титул, 2015. 204 с.
15. Фармакологія за Рангом і Дейлом : у 2 т. / Джеймс М. Ріттер та ін. 9–е вид. Київ : Медицина, 2021. Т. 1. 600 с.
16. Фармакологія за Рангом і Дейлом : у 2 т. / Джеймс М. Ріттер та ін. 9–е вид. Київ : Медицина, 2022. Т. 2. 352 с.
17. Фармацевтична опіка : практ. посіб. / І. А. Зупанець та ін. 3–тє вид., перероб. та допов. Київ : Фармацевт Практик, 2018. 224 с.
18. Фармацевтична енциклопедія / за ред. В. П. Черних. 3–тє вид., допов. Київ : Моріон, 2016. 1592 с.
19. Фізіологія / за ред. В. Г. Шевчука. Вінниця : Нова Книга, 2012. 448 с.
20. Acute right ventricular myocardial infarction / A. Albulushi et al. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2018. Vol. 16(7). P. 455–464.
21. Walker Eds Roger, Whittlesea Cate. *Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 5th ed. London : Churchill Livingstone, 2012. 998 p.
22. Lanas A., Chan F. K. L. Peptic ulcer disease. *Lancet.* 2017. Vol. 390(10094). P. 613–624.
23. European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V / P. Malfertheiner et al. *Florence Consensus Report. Gut.* 2017. Vol. 66(1). P. 6–30.
24. Randomised clinical trial: efficacy and safety of vonoprazan vs. lansoprazole in patients with gastric or duodenal ulcers-results from two phase 3, non-inferiority

- randomised controlled trials / H. Miwa et al. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017. Vol. 45. P. 240–52.
25. Vonoprazan prevents ulcer recurrence during long-term NSAID therapy: randomised, lansoprazole-controlled non-inferiority and single-blind extension study / Y. Mizokami et al. *Gut.* 2018. Vol. 67. P. 1042–51.
26. Narayanan M., Reddy K. M., Marsicano E. Peptic Ulcer Disease and Helicobacter pylori infection. *Mo Med.* 2018. Vol. 115(3). P. 219–224.
27. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials / B. Scally et al. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018. Vol. 3. P. 231–41.
28. Transcatheter arterial embolization versus surgery for refractory non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis / A. Arasconi et al. *World J. Emerg Surg.* 2019. Vol. 14. P. 3.
29. Acute calculous cholecystitis: Review of current best practices / C. A. Gomes et al. *World J. Gastrointest Surg.* 2017. Vol. 9(5). P. 118–126.
30. Granger D., Holm L., Kvietys P. The gastrointestinal circulation: physiology and pathophysiology. *Comprehensive Physiology.* 2015. Vol. 78. P. 406–434.
31. Effects of the short-term application of pantoprazole combined with aspirin and clopidogrel in the treatment of acute STEMI / P. Wei et al. *Exp Ther Med.* 2016. Vol. 12. P. 2861–4.

ПРИЛОЖЕНИЯ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ
НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

МАТЕРІАЛИ
XXX МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

17-19 квітня 2024 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2024

**АНАЛІЗ НАЯВНОСТІ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ
У МЕДИКО-ТЕХНОЛОГІЧНИХ ДОКУМЕНТАХ, ЩО
РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЮ ПЕПТИЧНОЇ
ВИРАЗКИ**

Мгімім Бадр Еддін

Науковий керівник: доц. Таран А.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

avtaran17@ukr.net

Вступ. Поширеність виразкової хвороби шлунку (пептичної виразки) є однією з найбільших як серед хвороб шлунково-кишкового тракту, так і серед патологій інших органів та систем організму. Зокрема, в Україні на пептичну виразку шлунку та пептичну виразку дванадцятипалої кишки хворіють приблизно 1 050 000 пацієнтів. Проблема лікування кислотозалежних хвороб є однією з найважливіших у гастроентерології. Фармакотерапія кислотозалежних захворювань заснована, в першу чергу, на призначенні анти секреторних лікарських засобів. Інгібітори протонної помпи (ІПП) є лікарськими препаратами, що найсильніше пригнічують секрецію соляної кислоти обкладочними клітинами слизової оболонки шлунку. Вони утворюють ковалентний зв'язок з мембранним ферментним білком - Na^+/K^+ -АТФазою (протонною помпою), який виділяє іони водню в шлунковий сік, використовуючи енергію гідролізу АТФ. В Україні доступні такі препарати як езомепразол, лансопразол, омепразол, пантопразол і рабепразол. Основними показаннями до застосування ІПП є виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, ерадикація *H. Pylori*, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, недіагностована диспепсія без симптомів «червоних прапорців» у осіб віком ≤ 45 років, синдром Золлінгера-Еллісона, профілактика виразок шлунку та дванадцятипалої кишки пов'язаних із застосуванням НПЗП, профілактика рецидивів кровотечі з виразки після ендоскопічного лікування. ІПП зазвичай застосовується 1 раз на день (вранці, перед прийомом їжі), за винятком ерадикаційного лікування і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби зі значною інтенсивністю симптомів (2 рази на день) ІПП рідко викликають побічні реакції такі як головний біль, біль у животі, діарея або закреп. Після більш тривалого застосування описуються випадках інфікування *C. difficile*, дефіцит вітаміну В12, а також зменшення концентрації магнію в крові. Тривале лікування ІПП у хворих з нелікованою інфекцією *H. Pylori* може призвести до атрофічного гастриту тіла шлунку.

Мета дослідження – проведення формального VEN-аналіз ІПП для лікування пептичної виразки шлунку, представлених на фармацевтичному ринку.

Матеріали та методи. В роботі був використаний системно-аналітичний метод дослідження.

Результати дослідження. Отримані результати формального «формального» VEN- аналізу показали, що до чинного 15 випуску Державного формуляра лікарських засобів увійшли такі МНН інгібіторів протонної помпи як Омепразол, Пантопразол, Лансопразол, Рабепразол, Езомепразол, Декслансопразол. До Національного переліку основних лікарських засобів України увійшов лише 1 препарат Омепразол, який є у державних програмах з реімбурсації. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги хворим на пептичну виразку шлунку та дванадцятипалої кишки (2023 р.) та уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (2013 р.), включає в себе такі інгібітори протонної помпи як Омепразол, Пантопразол, Лансопразол, Рабепразол, Езомепразол, Декслансопразол, що становить приблизно 70% від загальної кількості.

Висновки. Проаналізувавши BNF було встановлено, що в цей документ включено

10 міжнародних назв лікарських засобів із 12 досліджених, що становить 83,3% від загальної кількості досліджених лікарських засобів і більша кількість препаратів, це інгібітори протонної помпи. Отже, після проведення VEN-аналізу наявних препаратів для лікування пептичної виразки та гастроезофагальної хвороби у чотирьох медико-технологічних документах було виявлено, що дуже мала кількість (в середньому 25 %) ЛЗ входить до Національних медико-технологічних документах, на відміну від Британського національного формуляру (83, 3%). Така ситуація свідчить про те, що деякі документи застарілі та потребують оновлення. Також, для забезпечення ефективного лікування хотілося би додати, що уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної медичної допомоги пептичної виразки шлунку та дванадцятипалої кишки вже оновлений в поточному році (2024 р.). Це свідчить про поступове оновлення нормативної бази в Україні.