

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему : РОЗРОБКА ПІДХОДІВ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ
ІНФОРМАЦІЙНО-КОНСУЛЬТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ
ПРИ ВІДПОВІДАЛЬНОМУ САМОЛІКУВАННІ СТРЕСУ
У ВІДВІДУВАЧІВ АПТЕКИ «МЕДСЕРВІС» м. КРЕМЕНЧУК**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи
Фм19(4,6з)мед-01а

спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Фармація

Юлія ГАЛУШКА

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри
клінічної фармакології та клінічної фармації,
к.фарм.н., доцент Вікторія ПРОПІСНОВА

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри
клінічної фармакології ІПКСФ НФаУ, д.мед.н.,
професор Наталія БЕЗДІТКО

Харків – 2024 рік

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота містить огляд літератури сучасних поглядів на етіопатогенез і фармакотерапію стресу; експериментальну частину з власними дослідженнями та клініко-фармацевтичний аналіз лікарських засобів, зареєстрованих в Україні; пропозиції до удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги; викладена на 62 сторінках, включає 4 таблиці, 13 рисунків, 44 джерел літератури та додаток.

Ключові слова: клінічна фармація, фармацевтична опіка, відповідальне самолікування, стрес, стресові розлади, лікарські засоби

ANNOTATION

The qualification work contains a review of the literature of modern views on etiopathogenesis and pharmacotherapy of stress disorders; experimental part with own research and clinical-pharmaceutical analysis of medicinal products registered in Ukraine; suggestions for improving information and consulting assistance; laid out on 62 pages, includes 4 tables, 13 figures, 44 literature sources and appendix.

Key words: clinical pharmacy, pharmaceutical care, responsible self-medication, stress, stress disorders, medications

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	7
1.1. Сучасні концепції етіопатогенезу стресу та стресових розладів	7
1.2. Напрями терапії стресу та стресових розладів	12
Висновки до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЧАСТИНА	21
2.1. Матеріали та методи дослідження	21
2.2. Дослідження прихильності пацієнтів до лікарських засобів для терапії стресу та стресових розладів	24
2.3. Клініко-фармацевтична оцінка лікарських засобів для терапії стресу та стресових розладів, які зареєстровані в Україні	33
Висновки до розділу 2	35
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	46
3.1. Результати дослідження та їх обговорення	46
3.2 Практичні рекомендації до щодо удосконалення інформаційно-консультативної допомоги	50
Висновки до розділу 3	60
ВИСНОВКИ.....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТОК А	69

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТ	—	артеріальний тиск
ГАМК	—	гамма-аміномасляна кислота
ГГН-вісь	—	гіпоталамус-гіпофізарно-надниркова вісь
ІМАО	—	інгібітори моноамінооксидази
МНН	—	міжнародна непатентована назва
ПТСР	—	посттравматичний стресовий розлад
СІЗЗС	—	селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну
СІЗЗСiН	—	селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну і норадреналіну
ТЦА	—	трициклічні антидепресанти
ЦНС	—	центральна нервова система
DCS	—	D-циклосерин (<i>D-cycloserine</i>)
FDA	—	Управління з продовольства і медикаментів (Food and Drug Administration)
NMDA	—	N-метил-D-аспартат (<i>N-methyl-D-aspartate</i>)
NPY	—	нейропептид Y (<i>neuropeptide Y</i>)
PE	—	продовжена експозиція (<i>prolonged exposure</i>)

ВСТУП

Актуальність теми. В сучасному світі люди мають велике навантаження на психіку та нервову систему. Через активний ритм життя, різноманітність інформації, сучасні технології, нестабільність в країні та інші фактори кожна людина відчуває негативний вплив на своє здоров'я. Спираючись на численні дослідження вітчизняних та зарубіжних вчених можна вважати, що в XXI столітті питання стресу, психічного навантаження залишається актуальним і потребує комплексного рішення у сучасних умовах для покращення здоров'я нації [15, 41, 43].

Вчені довели, що постійний стрес викликає психічні та фізичні розлади і саме через емоційний стрес може виникати 70% всіх захворювань. Наприклад, більше 2 млн людей в Європі кожного року помирають через порушення функцій серцево-судинної системи. За словами О. О. Гребенюк (2016) можна сказати, що стрес (від англ. *stress*) це така напруга, що виникає через конфлікти між людьми, проблеми в сім'ї та на роботі, особистісні конфлікти при найбільш тяжких умовах життя в повсякденному житті та при непередбачуваних обставинах [5, 22, 32].

Через повномасштабну російсько-українську війну 88% українців мають високий або дуже високий рівень стресу. В умовах війни найчастішим серед розладів психічного здоров'я людини, який може траплятися практично в кожній безпосередньо чи опосередковано втягнутої до війни особи, є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [1, 3, 4, 33].

Мета дослідження: удосконалення теоретичного і практичного підґрунтя для надання фармацевтом інформаційно-консультаційної допомоги населенню України при відпуску лікарських засобів для терапії стресу та стресових розладів.

Завдання дослідження:

1. Провести огляд літератури щодо сучасної концепції стресу/стресових розладів, підходів до їх раціонального лікування.

2. Оцінити частоту та структуру звернень пацієнтів до аптеки «Медсервіс» № 40 м. Кременчук з приводу симптомів стресу/стресових розладів під час воєнного стану.

3. Провести клініко-фармацевтичний аналіз лікарських засобів для терапії стресу/стресових розладів, зареєстрованих в Україні.

4. Опрацювати інформаційно-наочний матеріал для фармацевта при відпуску та для пацієнта при застосуванні лікарських засобів для терапії стресу/стресових розладів.

Об'єкт дослідження: фармацевтична опіка.

Предмет дослідження: інформаційно-консультаційна складова фармацевтичної опіки при відповідальному самолікуванні стресу.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених завдань та досягнення мети використано наступні методи збору інформації: спостереження, структуроване анкетне веб-опитування, аналіз документації, класифікація, математично-статистичні методи обробки інформації, узагальнення.

Практичне значення отриманих результатів. Результати роботи впроваджені до освітнього процесу кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного фармацевтичного університету і використовуються при викладанні освітніх компонент «Клінічна фармація та фармацевтична опіка», «Клінічна фармакологія». Опрацьовано інформаційно-наочний матеріал для фармацевта при відпуску та для пацієнта при застосуванні лікарських засобів для терапії стресу/стресових розладів.

Апробація результатів дослідження і публікації. Основні положення кваліфікаційної роботи були викладені і обговорені на IV Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Youth pharmacy science» (м. Харків, 6-7 грудня 2023 р.).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, огляду літератури, експериментальної частини, висновків, списку використаних джерел, додатку; викладена на 62 сторінках, включає 4 таблиці, 13 рисунків, 44 джерел літератури та додаток.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Сучасні концепції етіопатогенезу стресу та стресових розладів

Різке поширення стресових розладів в Україні, яке спостерігається за останні три роки, обумовлено двома головними факторами. Першим, є дворічний стан пандемії та карантинних умов протягом 2020-2021 рр., а другим, безумовно, повномасштабна збройна агресія російської федерації проти України. І якщо для інших країн світу після закінчення пандемії, стресові розлади з нею по'язані різко пішли вниз, то для України, навпаки, вони пішли угору.

Результати опитування від соціологічної групи «Рейтинг» свідчать, наскільки істотно війна внесла корективи до емоційного стану українців. За понад півтора місяця від початку опору Індекс емоційного напруження підвищився з 2,7 до 3,5. У спокійному емоційному стані перебували лише 8% опитаних. До війни цей показник складав 22-26%. Найбільш напруженими почуваються старші люди та жінки. Серед чоловіків у стресі перебувають лише 35% респондентів [29].

Відповідно до результатів соціологічного дослідження Gradus Research Company станом на кінець квітня 2022 р. 82% опитаних українців за останні декілька тижнів відчували стрес та знервованість. Серед причин своїх негативних почуттів 77% респондентів зазначили повномасштабну війну, 56% загрозу подальшої ескалації, 40% людей непокоїли бойові дії поруч з місцем їхнього проживання. Додаткові дослідження проведені протягом наступного року виявили певні коливання від 75 до 88% (квітень 2023) у рівні суб'єктивного стресу серед громадян України. Серед емоцій, які переважали у настійного населення, 41% становили втома та 42% напруженість [28, 29].

Також, 92% громадян України відмічали, що протягом 2023 р., стикалися із стресовими ситуаціями, серед яких 76,6% часто, декілька разів на місяць, 15,4% рідко.

Для українців повномасштабна війна стала основною причиною стресу та знервованості при цьому різко зменшивши частку впливу стану власного здоров'я або здоров'я близьких, який посідав перше місце під час пандемії.

Небезпека стресу, як було визначено Інститутом когнітивних процесів та мозку ім. Макса Планка (Німеччина) ще в 2014 р., полягає в його «заразності» незалежно від його походження (пандемія, війна, природні катаклізми), його здатності передаватись від стресованої особи до інших членів родини або оточуючих, як інфекційна хвороба. В таких умовах стрес охоплює широкі верстви населення, і особливо тих, які надають допомогу іншим людям – рятувальників, лікарів, фармацевтів, психологів тощо [2, 37, 38].

Стрес класифікується за тривалістю (гострий, хронічний), за впливом на організм (деструктивний, конструктивний), за об'єктом впливу (психологічний, фізичний) [4, 30].

Кожна людина в житті відчувала вплив стресу на свій організм. У вітчизняній та іншомовній літературі багато пишуть про це та пояснюють суть цього стану.

Вважається, що стрес — це реакція нашого організму на будь який подразнюючий чинник, новий для нас, незвичний у повсякденному житті.

У 1972 р. Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла наступне визначення: стрес — це неспецифічна (тобто одна і та сама на різні подразники) реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу [20].

Американський психолог Уолтер Кенон в 1932 році описав те, як організм реагує на стрес. Цей процес він назвав «реакцією боротьби або втечі», що простими словами означає фізіологічну реакцію на небезпечну подію, яка несе загрозу для життя [20].

Слід розрізняти поняття стрес і стресовий розлад, тому що стрес це природна реакція нашого організму, а стресовий розлад це вже ускладнення, яке виникає внаслідок тривалого стресу, тобто психічне порушення [20].

За словами Синявського В. В. (2007), посилаючись на психологічний довідник, стрес — це стан максимального психічного напруження, що виникає у

людини в процесі діяльності або поведінки під впливом несприятливих, значних за силою і довготривалістю зовнішніх і внутрішніх неспецифічних дій, умов середовища [19].

В книзі «Стрес без дистресу», Ганс Сельє пише, що «Стрес — це не те, що нас вбиває, нас вбиває сама реакція на стрес», і він вважає, що більшість усіх хвороб розвиваються через перенесений стрес, він присутній завжди з людиною, з самого народження [20].

Стрес умовно поділяють, за словами відомого лікаря та біолога, директора Міжнародного інституту стресу в Монреалі Ганс Сельє, на еустрес та дистрес [36]. Виникнення еустресу позитивно впливає на наш організм, оскільки при цьому відбувається викид кортизолу, адреналіну та норадреналіну під час позитивної ситуації, яка викликала велику кількість емоцій. Така реакція тонізує організм та навіть покращує пам'ять [6, 15, 2417].

З іншого боку має місце дистрес, який негативно впливає на людину, а саме її здоров'я і головним чином забирає сили та енергію.

Дистрес — це хвороблива реакція організму, яка буде проявлятися зниженням імунітету, розвитком психосоматичних захворювань, підвищенням збудженості, головними та шлунковими болями, часто люди зляться та дратуються без причин, починають вживати більше солодкого.

Він поділяється на фізіологічний та психологічний (табл. 1.1).

Фізіологічний стрес виникає внаслідок фізичного навантаження. Це можуть бути швидка ходьба, зміна температури, зміна запаху на інших чинників навколишнього середовища, і при цьому в людини буде змінюватися колір шкіри (почервоніння), пітливість, хекання, підвищення артеріального тиску (АТ).

Психологічний може з'явитися коли має місце психологічне навантаження на особистість. Наприклад : складна та тривала робота, занадто велика відповідальність, образи на людей. Люди в такому стані будуть неуважні, ослаблюватимуться функції пам'яті, уповільнюватимуться розумові операції.

**Зміна фізіологічних та психічних параметрів під дією різних форм стресу
[20]**

Еустрес	Дистрес
1. Температурні зміни	
Відчуття тепла або жару	Озноб, холодний піт
2. Рухова активність	
Зростає	Два типи рухових реакцій: • надмірно підвищена рухова активність, що виражається в метушливості, поспіху, непосидючості, жестикуляції; • рухова загальномованість, застигання на одному місці
3. Увага	
Зростає здатність до концентрації, переключення та розподілу уваги	З'являються проблеми в управлінні увагою, навіть зустрічаються випадки гіперфіксації уваги
4. Пам'ять	
Поліпшується запам'ятовування і відтворення великого обсягу матеріалу	Погіршується запам'ятовування і відтворення матеріалу, що часто неможливо подолати волевими зусиллями
5. Мислення	
Включається мислення творчого характеру	Якість мислення погіршується; характерна особливість — вузькість поля зору. Думка обертається по колу, не знаходячи виходу з виниклої проблеми

Велику роль на психічний стан відіграє війна. В Україні всі її громадяни так чи інакше відчули стрес на собі. Факторів багато: втрата близьких людей, небезпечні ситуації, відсутність умов для життя та безпеки, втечі,

переїзди, катування тощо. Все це буде впливати та порушувати нормальну психіку населення як дорослих, так і дітей.

За даними статистичних досліджень, більша половина українців оцінюють свій психоемоційний стан як середньоважкий, понад 70% населення відчують стрес і емоційну напругу. Найголовнішою причиною стресу та знервованості 72% населення вказали повномасштабну вторгнення росії на територію України.

В людей все частіше з'являються ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Посттравматичний стресовий розлад це таке психічне порушення, яке розвивається у людей, які були в бойових умовах, пережили чи були свідками тяжких подій, насильства, терористичних актів, аварій чи природних катастроф [23, 4023].

При такому стані люди відчуватимуть гіперпильність, а саме постійне напруження та підвищену тривожність. Такі люди завжди на «сторожі», навіть коли сплять, в них стан готовності до небезпеки.

Настрій часто негативний: депресивний, не бажають говорити про майбутнє, помітні зміни в пам'яті: забудькуватість, неухважність, в них виникають думки про самогубство та відчують вину, за те що зробили чи не змогли зробити в якійсь ситуації.

Люди не хочуть говорити про пережиті події та намагаються уникати всього, що буде нагадувати про це. Їхня поведінка може мати прояви неадекватної та може бути агресивною.

Спостерігаються проблеми зі сном, зловживанням алкоголю та наркотиків. Такі люди хочуть побути одні, таким чином соціально ізолюються [24].

Механізм розвитку стресу пов'язаний з нейробіологічними змінами. Тобто коли організм відчуває небезпеку то відразу активується гіпоталамус-гіпофізарно-надниркова вісь (ГГН-вісь) і виділяється кортизол, який є гормоном стресу. Він впливає на збільшення серцево-судинних скорочень, підвищення артеріального тиску, збільшення дихання, зниження імунітету та збільшення м'язового напруження .

Таким чином організм сам готується до змін та самозбереження.

1.2. Напрями терапії стресу та стресових розладів

Слід відрізняти допомогу при стресі та стресових розладах, оскільки другі потребують більш тривалого лікування із залученням провідних спеціалістів.

При стресі найкраще допоможуть прогулянка на свіжому повітрі, активний відпочинок і навіть спорт, регулярність та стабільність в діях. міцний сон.

Лікування стресових розладів ґрунтується на доказовій медицині фармакотерапії в комбінації психотерапії.

Застосовують психотропні лікарські засоби: антидепресанти, транквілізатори, бета-блокатори, гіпнотики, нейролептики, в окремих випадках — антиконвульсанти (стабілізатори настрою) та психостимулятори.

Найбільш ефективними при лікування ПТСР вважаються антидепресанти та транквілізатори, які має призначити тільки лікар, враховуючи всі особливості проявів захворювання та індивідуальної чутливості до цих препаратів. З антидепресантів призначають засоби, що містять селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (СИЗС) — сертралін, пароксетин, флуоксетин, есциталопрам. Тривалість прийому має бути не менше 6-8 тижнів і без різкого перериву [10, 14, 27].

Транквілізатори застосовують не довше 10 днів, адже викликають залежність.

Психотерапія ґрунтується на пропрацюванні больових точок пацієнта, із застосуванням психологічних методів. Сеанс включає переосмислення ситуації, дій та емоційних реакцій, які вже відбулася з новими думками в безпечній терапевтичній обстановці. Така терапія може тривати від 6 місяців і до декількох років [26, 39].

Лікування ПТСР. Лікують ПТСР за допомогою психотерапії та медикаментів. Ґрунтуючись на сучасних доказових знаннях, фармакотерапія розглядається як важливе доповнення до психотерапії. Результати прямих порівнянь фармакотерапії та психотерапії свідчать про найбільші ефекти від лікування КПТ і ПЕ. Існують докази того, що за наявності вибору більшість пацієнтів виберуть психотерапевтичне лікування симптомів ПТСР, а не ліки. При використанні комбінованого підходу (ліки та психотерапія) важливо мати кілька методів на увазі. Пацієнти повинні бути поінформовані про ризики та переваги різних варіантів лікування [21].

Психофармакотерапія в лікуванні ПТСР. Дослідження показують, що ряд препаратів є корисними в мінімізації симптомів ПТСР. У більшості випадків ліки не повністю усувають симптоми, але забезпечують їх зменшення і більш ефективні при використанні в поєднанні з програмою психотерапевтичної реабілітації. У терапії ПТСР медикаментами використовують практично всі групи психотропних препаратів: антидепресанти, транквілізатори, бета-блокатори, гіпнотики, нейролептики, в окремих випадках — антиконвульсанти (стабілізатори настрою) та психостимулятори. Найчастіше використовують антидепресанти та транквілізатори. Але найбільш ефективні антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС), препарати, що впливають на адренорецептори, та транквілізатори. Транквілізатори слід призначати коротким курсом, не більше 10 днів, через ризик виникнення залежності. Антидепресанти ж, навпаки, є препаратами для тривалого прийому. Антидепресанти зазвичай необхідно приймати щонайменше 6–8 тижнів, щоб вони почали помітно зменшувати симптоми ПТСР. На початку лікування ПТСР антидепресантами самопочуття хворого може погіршуватись, але у процесі лікування симптоми ПТСР значно пом'якшуються і загальний стан хворого покращується. Через те важливо не кидати та не переривати призначене лікування ПТСР антидепресантами. Показане застосування бета-блокаторів, таких як пропранолол, у лікуванні ПТСР для запобігання формуванню пам'яті про травматичні події. До призначення нейролептиків вдаються, як

правило, коли симптоматика резистентна. Віддаючи перевагу тому чи іншому лікарському засобу, лікар повинен керуватися насамперед існуванням доказової бази ефективності та безпеки призначених препаратів. Вибір фармакологічних препаратів і психотерапевтичних методик визначається змістом і особливостями клінічної картини, а також особистісними та фізіологічними особливостями хворого.

СИЗЗС у лікуванні ПТСР. Нейромедіатор серотонін відіграє добре відому роль у модуляції ряду розладів настрою і тривожних розладів. Дефіцит транспорту серотоніну в мигдалині був виявлений в осіб із ПТСР [44]. Рівень цього медіатора у периферичній і центральній нервовій системах можна модулювати за допомогою СИЗЗС, що є єдиними ліками, затвердженими FDA для терапії посттравматичного стресового розладу. Застосування СИЗЗС має сильні емпіричні докази щодо зниження симптомів ПТСР за результатами рандомізованих контрольованих випробувань, і вони є препаратами першого вибору в лікуванні посттравматичного стресового розладу [42]. Виняток можуть становити деякі пацієнти з огляду на їх індивідуальні побічні ефекти, супутні захворювання, відповіді на прийом препаратів та особисті переваги. Прикладом може бути пацієнт із ПТСР та супутнім біполярним розладом. У такого хворого існує ризик виникнення маніакального епізоду, що може бути пом'якшений стабілізаторами настрою (з протиепілептичних ліків) до призначення СИЗЗС. Іншим прикладом може бути наявність інформації про появу нестерпних для пацієнта сексуальної дисфункції, розладів шлунково-кишкового тракту або інших побічних ефектів, що є наслідками збільшення рівня серотоніну в периферичній нервовій системі, у відповідь на призначення СИЗЗС у минулому. Дослідження показали, що максимальна користь від лікування СИЗЗС залежить від адекватних доз і тривалості лікування, тож забезпечення дотримання режиму лікування є ключем до успішної фармакотерапії ПТСР. Наводимо деякі типові діапазони доз для СИЗЗС у лікуванні посттравматичного стресового розладу:

- сертралін від 50 мг до 200 мг на день;

- пароксетин від 20 до 60 мг на день;
- флуоксетин від 20 до 60 мг на день;
- есциталопрам від 10 до 30 мг на день.

Серед усіх СІЗЗС найбільшу доказову базу ефективності при ПТСР мають сертралін і пароксетин (обидва схвалені FDA).

Інші антидепресанти в лікуванні ПТСР. Антидепресанти, що впливають на баланс серотонінергічної і норадренергічної нейротрансмісії або змінюють нейротрансмісію серотоніну через інші механізми дії, також корисні при лікуванні ПТСР. Венлафаксин в низьких дозах діє в першу чергу як інгібітор зворотного захвату серотоніну і як комбінований інгібітор зворотного захвату серотоніну та норадреналіну при більш високих дозах. Тепер він віднесений до препаратів першої лінії лікування ПТСР у переглянutoму VA/DoD Clinical Practice Guideline for PTSD based upon large multi-site RCTs (Клінічне практичне керівництво для лікування ПТСР на основі великих мультицентрових рандомізованих досліджень) [21]. Досліджень ефективності міртазапіну менше, переважно з відкритим дизайном [42]. Міртазапін має унікальний механізм дії, що впливає на трансмісію як серотоніну, так і норадреналіну через блокаду пресинаптичних альфа-2-адренергічних гальмівних авторецепторів для норадреналіну і блокаду постсинаптичних 5-HT₂- і 5-HT₃-рецепторів. Завдяки такому механізму дії сексуальна дисфункція менш виражена, ніж при прийомі СІЗЗС. Міртазапін може бути особливо корисним для лікування безсоння при ПТСР. Тразодон також широко використовується для лікування безсоння в ПТСР, хоча є мало доказових даних щодо його використання. Приклади антидепресантів із новими механізмами дії, деякі типові діапазони доз, встановлені для ПТСР, подані нижче:

- венлафаксин від 75 мг до 300 мг на день;
- міртазапін від 7,5 мг до 45 мг на день;
- тразодон від 50 мг до 150 мг на день.

Всі антидепресанти, описані вище, також ефективні в лікуванні супутнього депресивного розладу, який, за сучасними даними, супроводжує ПТСР

близько п'ятдесяти відсотків часу. Бупропіон, що може використовуватися в лікуванні коморбідного депресивного розладу, в контрольованих випробуваннях не підтвердив своєї ефективності щодо лікування ПТСР [21].

Стабілізатори настрою в лікуванні ПТСР. Ці препарати, відомі також як антиконвульсанти, впливають на баланс між збуджуючим нейротрансмітером глутаматом і гальмівним нейромедіатором гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), діючи на їх рецепторних ділянках нейронів. Топірамат продемонстрував багатообіцяючі результати в рандомізованих контрольованих випробуваннях у цивільних і ветеранів із ПТСР, але з огляду на поточні дослідження топірамат може бути корисним у лікуванні симптомів ПТСР у пацієнтів, які використовують засоби не першої лінії фармакотерапії. Необхідні подальші дослідження про місце топірамату в лікуванні посттравматичного стресового розладу [21]. Топірамат показав ефективність у скороченні споживання алкоголю і може виявитися корисним у пацієнта з ПТСР та подвійним діагнозом (розлади, пов'язані з уживанням алкоголю) [8]. Щодо інших стабілізаторів настрою для ПТСР, невеликі за кількістю учасників дослідження ламотриджину продемонстрували ефективність цього препарату при ПТСР [14, 21]. Є негативні відгуки щодо використання вальпроату в лікуванні посттравматичного стресового розладу [14, 21]. Таким чином, ефективність стабілізаторів настрою при ПТСР потребує уточнення. Стабілізатори настрою, безумовно, рекомендовані для біполярного розладу, коморбідного ПТСР, стабілізації настрою при біполярному розладі й уникнення маніакального епізоду при призначенні СІЗЗС. Вальпроати та карбамазепін вимагають регулярного лабораторного контролю, щоб виявляти побічні ефекти; ламотриджин і топірамат не потребують лабораторного контролю, але їх дозу слід титрувати повільно відповідно до вказівок виробника, щоб уникнути потенційно серйозних побічних ефектів.

Карбамазепін. Потрібен моніторинг лімфоцитів через ризик агранулоцитозу. Збільшує метаболізм інших препаратів, у тому числі оральних контрацептивів.

Вальпроат. Потрібен моніторинг показників функції печінки через ризик гепатотоксичності та рівня тромбоцитів (ризик тромбоцитопенії).

Ламотриджин (Lamictal). Потрібне повільне титрування дози відповідно до інструкції через ризик шкірних висипань.

Топірамат (Topimax). Потрібен клінічний контроль за глаукомою, можливі седативний ефект, запаморочення, атаксія.

Атипові антипсихотичні препарати в лікуванні ПТСР. Антипсихотики (як першого, так і другого покоління) ефективні в лікуванні психотичних симптомів у пацієнтів із ПТСР. Актуальним є питання, наскільки ці ліки корисні для лікування основних симптомів ПТСР, коли симптомів психозу немає. Теоретичне підґрунтя є з огляду на вплив атипових антипсихотиків на баланс між дофамінергічною та серотонінергічною системами нейромедіаторів. Результати досліджень ефективності атипових антипсихотиків як додаткового методу лікування для пацієнтів із ПТСР, які мали погані відповіді на лікування препаратами першої лінії — СІЗЗС або СІЗЗСіН, дозволяють рекомендувати таке:

- атипові нейролептики не рекомендуються як монотерапія для посттравматичного стресового розладу;
- рисперидон (риспердал) протипоказаний для використання як допоміжний агент — потенційна шкода (побічні ефекти) перевищує переваги;
- існує достатньо доказів, щоб рекомендувати який-небудь інший атиповий антипсихотик (крім рисперидону) як додатковий засіб для лікування посттравматичного стресового розладу.

Інші препарати в лікуванні ПТСР. Є ряд інших ліків, які можуть бути корисні для конкретних симптомів ПТСР або які були використані як препарати другої лінії. Трициклічні антидепресанти й інгібітори моноаміноксидази діють на декілька нейромедіаторів, включаючи серотонін і норадреналін. Іміпрамін та амітриптилін, що є більш серотонінергічними, вважалися більш ефективними в лікуванні посттравматичного стресового розладу, ніж вторинні аміни, такі як нортриптилін і дезипрамін, що більше норадренергічні. Проте

вони не є препаратами першої лінії через їх профілі безпеки та побічні ефекти. Так, трициклічні антидепресанти мають хінідинподібний вплив на серце і можуть викликати шлуночкові аритмії через пролонгацію інтервалу QT, особливо при передозуванні. З іншого боку, вони зазвичай не викликають сексуальних побічних ефектів, що спостерігаються при призначенні СИЗС. Празозин може бути використаний для зменшення нічних кошмарів при ПТСР, враховуючи, що він блокує нейромедіатор норадреналін постсинаптичного альфа₁-рецептора. Недавні випробування з використанням у військовослужбовців празозину протягом дня показують значне зниження денних симптомів ПТСР, а не тільки нічних кошмарів. Це дослідження дає можливості для розширення використання празозину в лікуванні ПТСР. Буспірон є агоністом пресинаптичних 5-HT-(1A)-рецепторів серотоніну та частковим агоністом постсинаптичного 5-HT-(1A)-рецептора серотоніну і може зменшувати збудження при ПТСР без седативної дії або ризику розвитку залежності. Є деякі тематичні доповіді (але не рандомізовані дослідження), які підтримують його використання. Бета-блокатори блокують дію адреналіну (епінефрину) на постсинаптичних бета-адренорецепторах, розташованих на таких органах, як серце, потові залози і м'язи. Існує досвід використання бета-блокаторів для запобігання ПТСР, хоча доказових даних сьогодні немає. Бета-блокатори зменшують периферійні прояви надмірного збудження і можуть зменшити агресію, також вони можуть бути використані для лікування коморбідних захворювань, наприклад соціальної фобії.

Бензодіазепіни в лікуванні ПТСР. Бензодіазепіни підвищують активність ГАМК у ГАМК-А-рецепторах, що викликає депресію ЦНС. Це єдина група препаратів з усіх обговорюваних, використання яких потенційно небезпечне через розвиток звикання й залежності. Існуючі дослідження не показали їх ефективності у лікуванні основних симптомів ПТСР. У дослідженні порівняння ефективності РЕ й алпразоламу група прийому алпразоламу показала гірший результат у послабленні симптомів ПТСР, ніж групова психотерапія

РЕ. Через це рекомендується використовувати бензодіазепіни з великою обережністю при ПТСР. Якщо вони призначаються, то короткостроково [17].

Перспективні методи лікування ПТСР. Існує великий інтерес щодо розвитку нових фармакологічних агентів із більш конкретним механізмом дії, ніж доступні в наш час, для спрямованого впливу на симптоми ПТСР, а також зведення до мінімуму можливих побічних ефектів. До кінця патофізіологічний механізм розвитку посттравматичного стресового розладу в нервовій системі не вивчений, але є кілька цікавих гіпотез і шляхів, які можуть сприяти розробці нових лікарських засобів для лікування або профілактики посттравматичного стресового розладу. Є конкуруючі гіпотези про роль глюкокортикоїдів після травми та їх вплив на мозок. Можна було б втручатися на певному рівні по гіпоталамо-гіпофізарно-наднирниковій осі або на рівні глюкокортикоїдних рецепторів у головному мозку, щоб модулювати дію стресу і розвиток ПТСР. Деякі дослідження підтверджують додаткове використання кортизолу для зниження симптомів ПТСР. На додаток до рилізінг-фактора кортикотропіну й адренкортикотропного гормону інші нейропептиди, такі як речовина Р і нейропептид Y (NPY), були задіяні в ПТСР. Було виявлено, що військові в умовах бойового стресу мають більш низькі рівні NPY. Можливо, вплив на рівень цього нейромодулятора може поліпшити опірність мозку до впливу травми. Одна з проблем для введення нейропептидів у головний мозок — це гемато-енцефалічний бар'єр, але дослідники вже додавали нейропептид окситоцин інтраназально у ветеранів із ПТСР і продемонстрували зниження симптомів надмірного збудження. D-циклосерин (DCS) був використаний у лікуванні панічного розладу, фобії й ізольованого соціального тривожного розладу з метою підвищення ефекту терапії експозицією. DCS є частковим агоністом у глутаматергічних рецепторах N-метил-D-аспартату (NMDA). На підставі досліджень на тваринах встановлено, що підтримуючою терапією є використання DCS для полегшення зникнення умовного страху. Передбачається, що використання DCS у поєднанні з психотерапією може зменшити кількість необхід-

них сеансів психотерапії. Недавнє дослідження DCS не продемонструвало значної переваги лікування, якщо додавати цей препарат до PE. Такий напрямок досліджень визнає зміну парадигми з використання фармакотерапії як основного методу лікування для зменшення симптомів ПТСР до допоміжної ролі сприяння навчанню під час психотерапії, особливо у зв'язку з психотерапією тривалої експозиції. Кетамін є анестетиком, що модулює баланс між глутаматергічною активністю NMDA-рецептора і серотонінергічною активністю 5-HT-рецепторів. Цей препарат показує перспективні результати для лікування резистентної депресії в дослідницьких випробуваннях у наш час. Недавнє дослідження показало позитивно дію при ПТСР [33, 35]. Обмеженнями є короткий термін використання (до кількох тижнів), знеболюючий характер препарату і потенційний ризик розвитку наркоманії. Проте це може привести до нового напрямку досліджень нових ліків із механізмами дії, відмінними від серотонінергічних та норадреналінергічних для лікування посттравматичного стресового розладу [21].

Висновки до розділу 1

Стрес є захисною фізіологічною відповіддю організму на несприятливі фактори навколишнього середовища. Хронічний стрес призводить до виснаження адаптивних механізмів та порушенню діяльності організму в цілому. Внаслідок дворічної пандемії COVID-19 та війни в Україні спостерігається різке зростання кількості звернень пацієнтів із скаргами на стрес та стресові розлади. Лікування стресових розладів складне і комплексне завдання, яке включає, в першу чергу, фармакотерапевтичні заходи. Удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги пацієнтам/представникам пацієнтів під час відпуску лікарських засобів, як безрецептурних та і особливо рецептурних є актуальним завданням сучасної медицини і фармації України.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ЧАСТИНА

2.1. Матеріали та методи дослідження

Дослідження досвіду застосування населенням України лікарських засобів для лікування стресу та стресових розладів та визначення структури прихильності українців проведено в м. Еременчук. Дослідження проводилося методом опитування відвідувачів мережі аптек «Медсервіс», які придбали психолептичні та психоаналептичні препарати, які впливають на нервову систему (код N05-N06 за анатомо-терапевтичною класифікацією). Вибір респондентів здійснювали методом випадкової вибірки. Чисельність вибірки склала 54 особи. Збір інформації мав стандартизований характер, що було досягнуто застосуванням спеціально розробленого опитувальника (анкети) (рис. 2.1).

Для проведення клініко-фармацевтичного дослідження були відібрані психолептики та психоаналептики, зареєстровані та представлені на ринку України в період з вересня по листопад 2023 р. В якості інформаційного джерела були використані електронні ресурси мережі Internet, зокрема розміщені на сайті Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України» — Державний реєстр лікарських засобів [9]. Здійснено пошуковий запит згідно з ключовими словами «психолептики» та «психоаналептики», «анксиолітики», «седативні та снодійні засоби» [9]. Відповідно до отриманого переліку був визначений ТОП-10 ЛЗ, які найбільше представлені на фармацевтичному ринку України. Представники окремих фармакологічних груп лікарських засобів були проаналізовані та охарактеризовані за наступною структурою: показання до застосування, протипоказання до застосування, особливості застосування у декретованих груп пацієнтів (діти, вагітні), попередження [16].

Усі результати анкетування оброблялися за допомогою сервісу Google Форми, програми Microsoft Excel та були відображені за допомогою графічного методу [13, 25].

Анкетування

*Шановні відвідувачі аптеки, прошу пройти анонімне анкетування
Це займе декілька хвилин вашого часу.*

Стать:

☐ Чоловіча

☐ Жіноча

Ваш вік:

☐ до 25

☐ 26-35

☐ 36-45

☐ старші 45 років

Чи відчували останнім часом(за останній місяць) такі симптоми :

☐ дратівливість

☐ проблеми зі сном

☐ тривога

☐ гнів

☐ втома

☐ тахікардія

☐ відсутній апетит,

☐ проблеми з травленням

☐ немає мотивації щось робити – навіть те, що раніше приносило задоволення

☐ погіршення пам'яті

З чим ви можете пов'язати виникнення даних симптом?

☐ проблеми на роботі

☐ невдоволення собою

☐ війна

☐ втрата близької людини

☐ перенесені хвороби

☐ зміна температури, голосні звуки

☐ не висипання

Чи зверталися до лікаря з вище вказаними симптомами?

☐ так

☐ планую звернутися

☐ ні

на консультацію

Чи впливають обрані симптоми на складові вашого життя?

☐ соціальна

☐ психічна

☐ духовна

☐ не впливають взагалі

Якими методами покращення при стресі користуєтесь?

- | | |
|--|---|
| ☐ звертаєтесь до лікаря | ☐ гуляєте на свіжому повітрі |
| ☐ ідете на психотерапію | ☐ вживаєте заспокійливі |
| ☐ активно відпочиваєте | ☐ закриваєтеся в собі |

Інше: _____

Чи приймали ви лікарські засоби для покращення вашого стану?

- ☐ так ☐ ні

Які саме?

Хто вплинув на вибір даних ЛЗ?

- ☐ призначив лікар
☐ за рекомендацією фармацевта
☐ за рекомендацією рідних, знайомих
☐ побачили рекламу в інтернеті, телебаченні

Інше: _____

Чи завжди Ви читаєте інструкцію до ЛЗ який будете приймати?

- ☐ так ☐ ні ☐ іноді

Чи відчували прояви побічної дії даних вище вказаних препаратів?

- ☐ диспепсичні розлади
☐ запаморочення
☐ надмірна сонливість
☐ алергічні прояви
☐ головна біль

Інше: _____

Маєте хронічні захворювання, вкажіть які саме?

Чи часто потребуєте інформаційно-консультаційної допомоги фармацевта щодо правильного застосування, дозування, вибору лікарського засобу?

- ☐ завжди консультуюсь ☐ не консультуюсь ☐ іноді консультуюсь

Інше: _____

*Як ви можете оцінити консультаційну допомогу фармацевта ?**

- ☐ відмінно ☐ добре ☐ задовільно ☐ не задовільно

Інше: _____

Рис. 2.1. Анкета відвідувача аптеки № 40 мережі «Медсервіс»
м. Кременчук.

2.2. Дослідження прихильності пацієнтів до лікарських засобів для терапії стресу та стресових розладів

В дослідженні прихильності пацієнтів до лікарських засобів для терапії стресу та стресових розладів прийняли участь 54 респондента — відвідувачі аптеки № 40 мережі «Медсервіс» м. Кременчук.

Результати дослідження представлені на рисунках 2.2 – 2.10.

За гендерною ознакою респонденти були представлені переважно жінками (88,9%). За віковою структурою, опитувані розподілились приблизно рівномірно, хоча вікова категорія «старше 45 років» (33,3%) переважала категорію «26–35» майже в 1,8 рази (рис. 2.2).

Респонденти вказували, що за останній місяць вони відчували зміни в своєму організмі і симптоматика цих змін була різноманітною:

- 38 осіб (70 %) підтвердили, що відчують втому,
- 34 (63%) — дратівливість,
- 24 (44 %) вказали, що не мають мотивації щось робити,
- 22 (41 %) мають проблеми зі сном,
- 16 (30 %) відчують тривогу,
- по 14 осіб (26 %) мають проблеми з травленням та погіршення пам'яті,
- по 6 осіб (11 %) мали гнів, тахікардію, відсутність апетиту (рис. 2.3).

Більшість перелічених симптомів люди пов'язують з війною в Україні (63 %), 28 (52%) осіб вказують, що причина в невисипанні, 18 (33 %) — проблеми на роботі, 14 (26%) — незадоволення собою. Ще 8 осіб зазначили, що такі зміни виникли через втрату близької людини, перенесені хвороби та зміну фізичних факторів навколишнього середовища (температура і голосні звуки) (рис. 2.4).

Тільки 7 % пацієнтів визнали, що зверталися по спеціалізовану допомогу до лікаря. Ще 11 % планують таке звернення. Проте, істотна більшість опитуваних (82 %) до лікаря-фахівця не зверталась (рис. 2.5), що можна визначити, як негативний фактор.

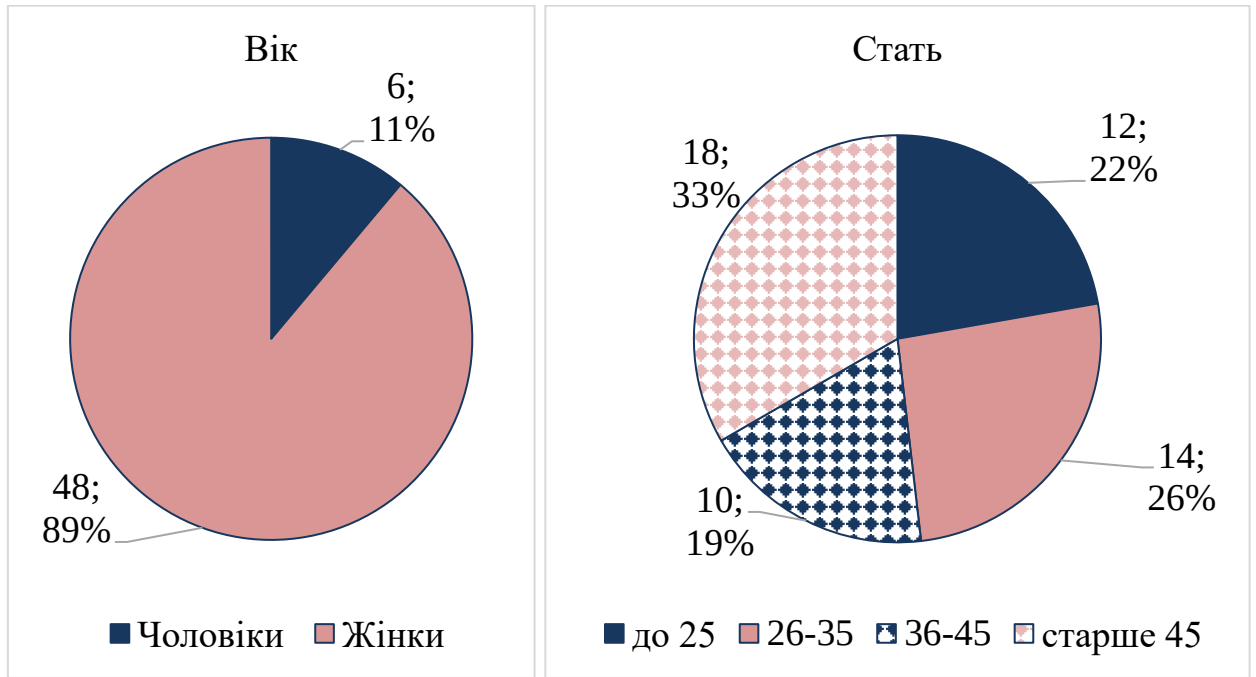


Рис. 2.2. Розподіл відвідувачів за статтю та віком.



Рис. 2.3. Поширеність симптомів стресу за даними опитування.



Рис. 2.4. Причини виникнення симптомів стресу за думкою пацієнтів.

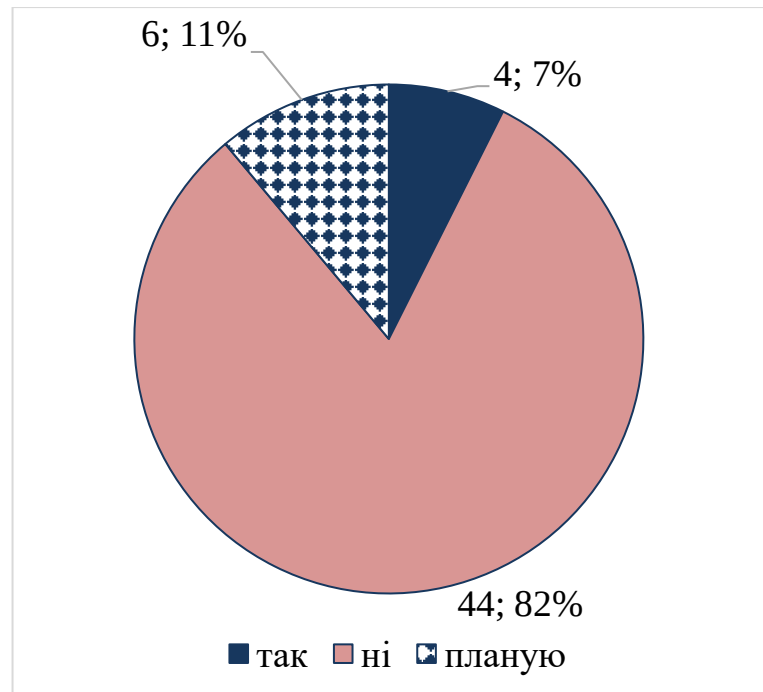


Рис. 2.5. Статистика звернень пацієнтів до лікаря-фахівця.

Респонденти визначали, що найбільше стрес відбивається на психічній (48 %) і духовній (37 %) сфері їх життя. Проте, 22 % опитуваних заперечували такий вплив взагалі (рис. 2.6).

Серед методів, до яких пацієнти аптеки вдаються для покращення свого стану, переважають прогулянки на свіжому повітрі (34 особи, 63 %), активний відпочинок (22 %). Також 41 % пацієнтів визнали, що для покращення стану застосовують заспокійливі лікарські засоби (рис. 2.7).

Частота самостійного прийому лікарських засобів склала 56 % (рис. 2.8), причому серед факторів, які впливають на вибір конкретного лікарського препарату переважає «рекомендація фармацевта» (24 особи, 44 %). Спостерігається також досить високий рівень реакцій на «рекомендацію знайомих» (22 особи, 41 %). Разом з впливом реклами (6 респондентів) та самостійним вибором (10 респондентів) неконтрольований вибір препаратів для усунення симптомів стресу/стресових розладів складає близько 70 % (рис. 2.9).

За пропозицією анкети респонденти зазначали, які саме лікарські засоби для лікування стресу/стресового розладу вони придбали. Результати представлені в таблиці 2.1. Вибір пацієнтів характеризується великим різноманіттям, але 1/5 частина опитуваних надає перевагу препаратам валеріани (22 % випадків). Користуються попитом препарати магнію, комбіновані засоби з лікарської рослинної сировини, застосовуються препарати суто українського походження (Гідазепам ІС, Гліцин), дієтичні добавки (Анантаваті, Магнеквін, Циклосон). Також поодинокими пацієнтами вказані рецептурні лікарські засоби (Біфрен, Гідазепам, Пароксин) і засоби, які є психостимуляторами та ноотропами (Адаптол, Біфрен).

Відповідно до рис. 2.10 значна 2/3 пацієнтів вдаються до ознайомлення з інструкцією для медичного застосування певного лікарського препарату, але зберігається 5%, які взагалі цього не роблять, або тільки іноді (29 %).

Серед побічних ефектів від застосування ЛЗ для лікування стресу та стресових розладів респонденти найчастіше відзначали надмірну сонливість, головний біль, диспепсичні розлади (рис. 2.11).

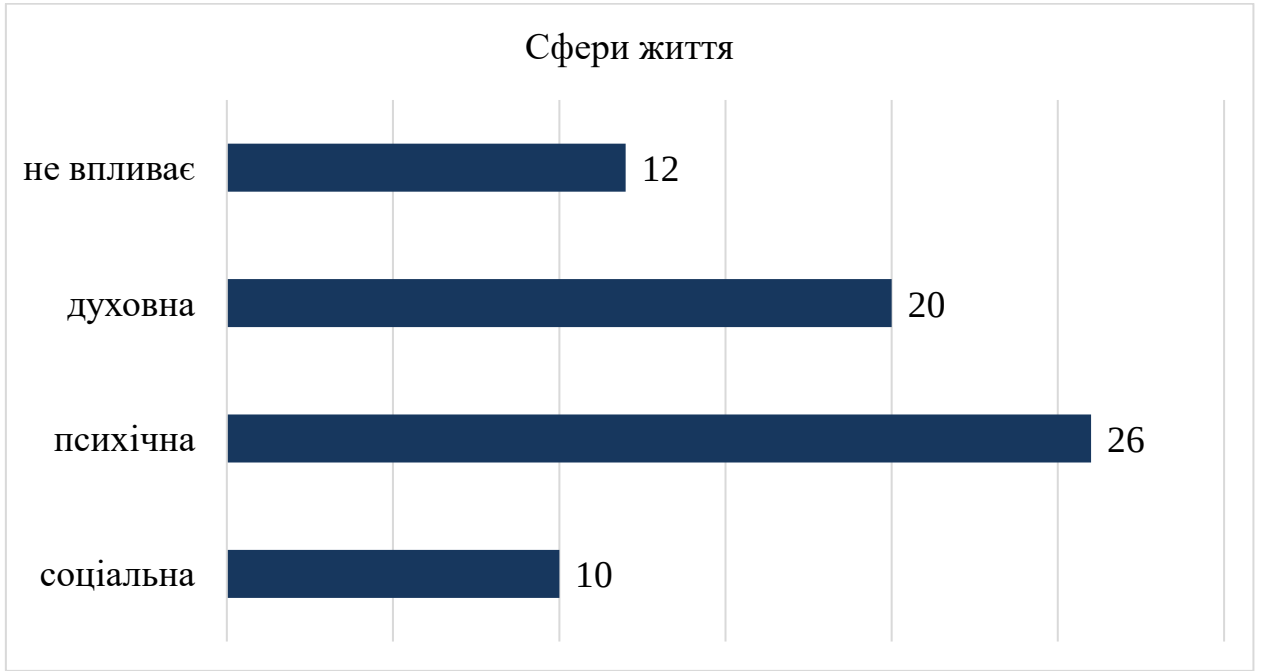


Рис. 2.6. Вплив стресу на певні сфери життя пацієнтів.

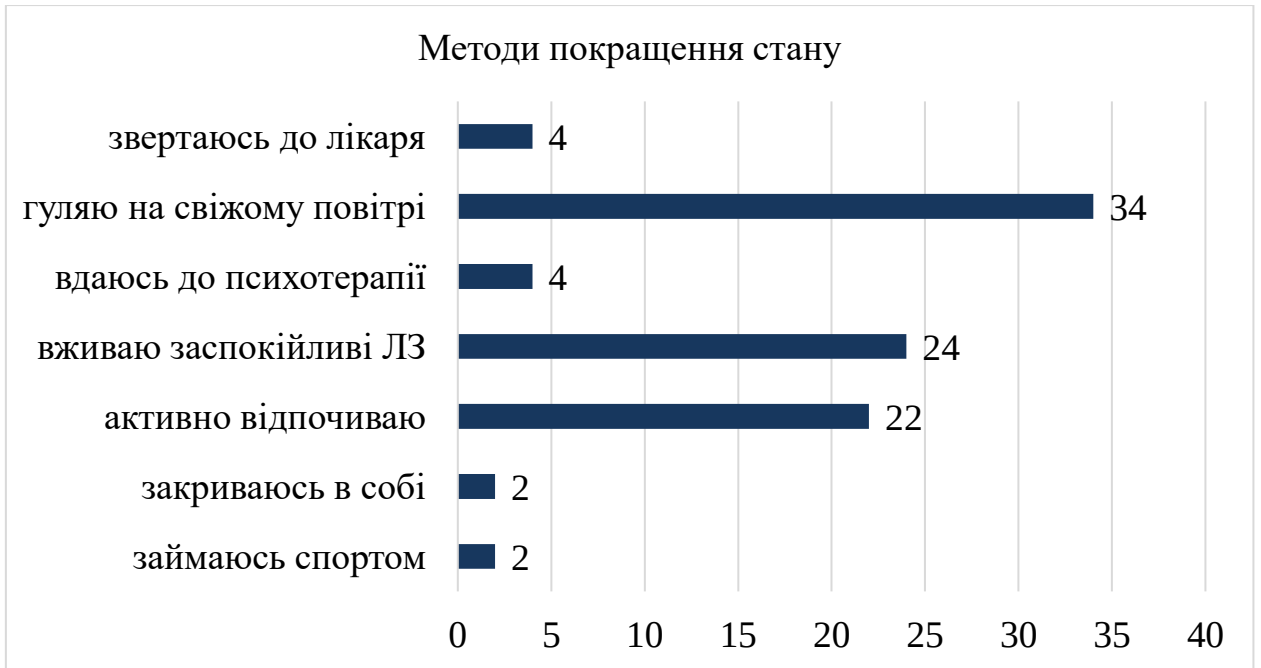


Рис. 2.7. Прихильність пацієнтів до певних методів покращення стану.

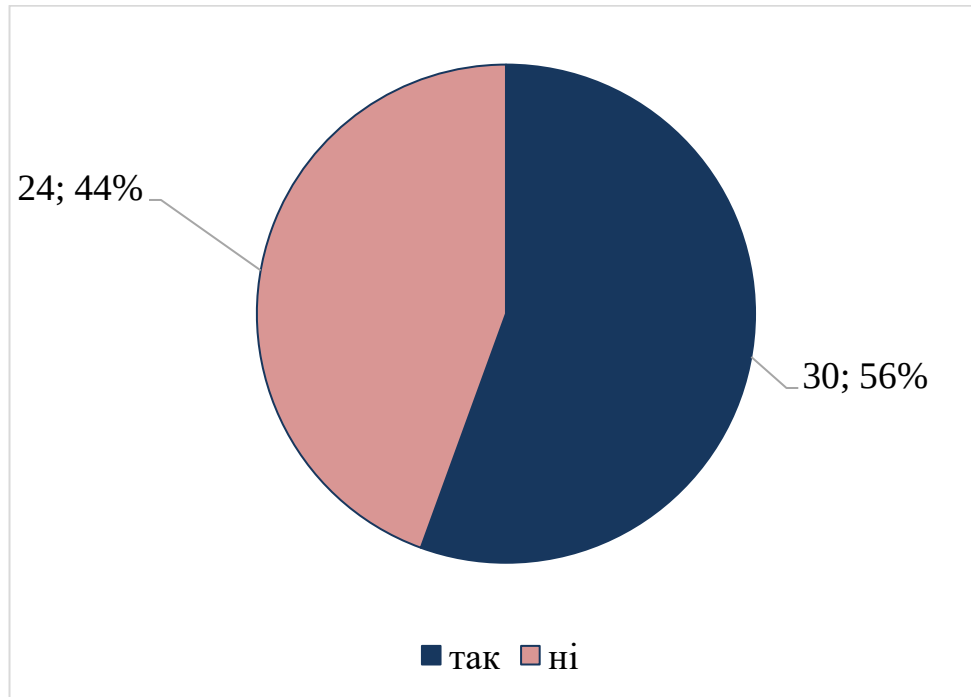


Рис. 2.8. Частота самостійного прийому лікарських засобів для покращення стану.

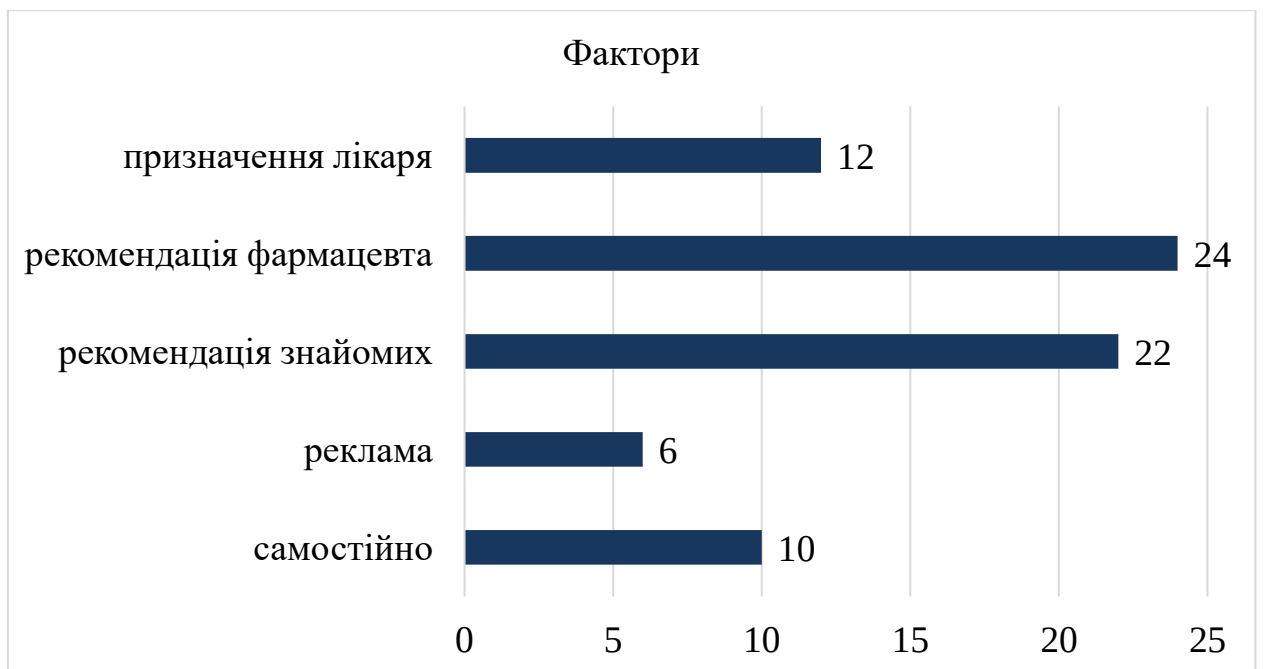


Рис. 2.9. Фактори, які впливали на вибір пацієнтами лікарських засобів.

Оцінка прихильності пацієнтів до певних лікарських засобів

Назва лікарського засобу	Частота вибору, %
Адаптол (темгіколурил, N06BX21)	по 5 % випадків
Анантаваті*	
Барбовал (комбінований, N05CB02)	
Бафазол (фабомотизол, N05BX04)	
Біфрен (фенібут, N06BX22)**	
Віта-мелатонін (мелатонін, N05CH01)**	
Вітаміни, рослинні основи	
Гідазепам 1С (гідазепам, N05BA)** , ***	
Магнеквін*	
Магнікум (комбінований, A11EC)	
Циклосон*	по 10 % випадків
Гліцин (гліцин, N07XX)***	
Карвеліс (комбінований, N05CM)	
Пароксин (пароксетин, N06AB05)**	18 % опитуваних
Магне В6 антистрес (комбінований, A11EC)	
Валер'яна (N05CM09)	22 % опитуваних

Примітки: * — не зареєстрований, як лікарський засіб; ** — відпускається за рецептом, *** — без МНН.

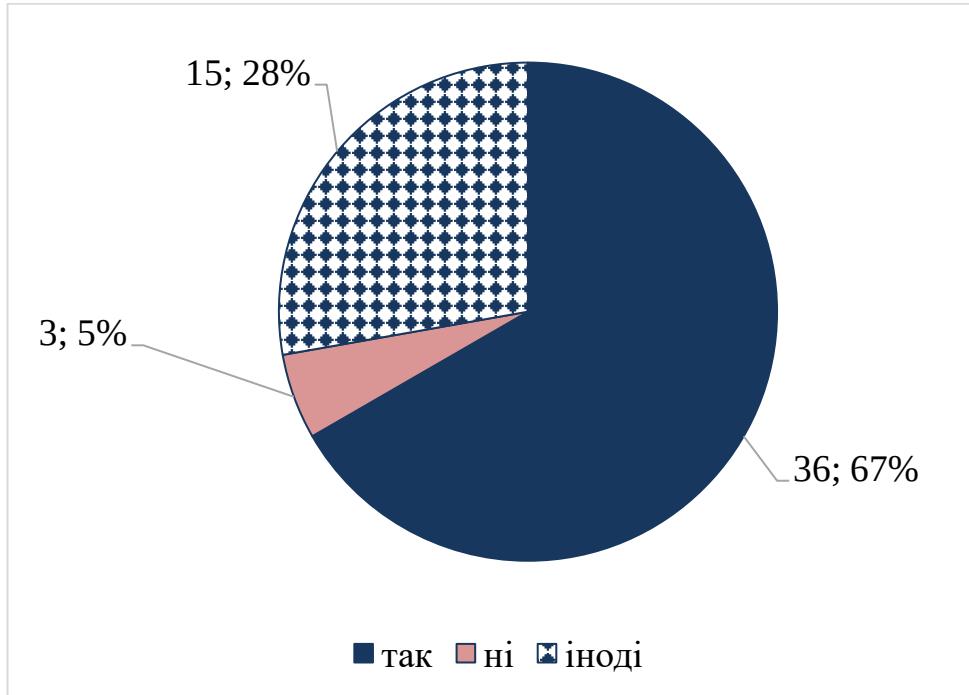


Рис. 2.10. Частота ознайомлення з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу.

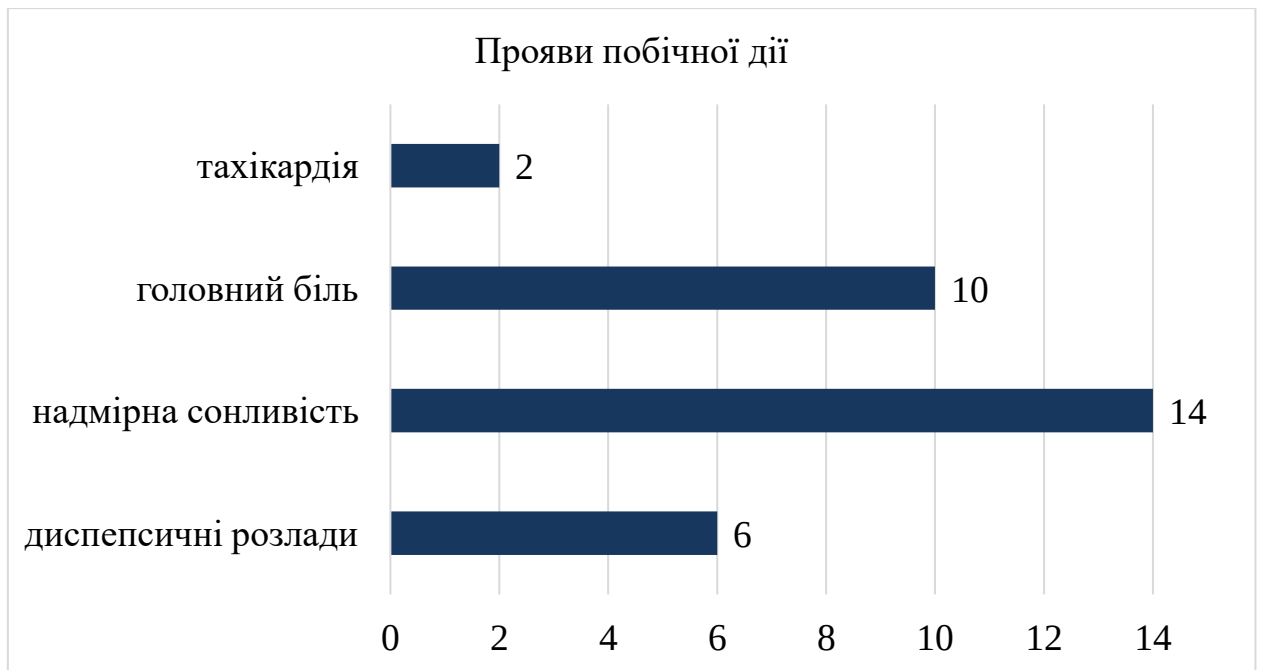


Рис. 2.11. Частота проявів побічної дії за даними опитування.

У проведеному дослідженні не було встановлено істотних кореляцій між стресом/стресовим розладом та наявністю у пацієнтів хронічних захворювань. 52 % респондентів відмітили відсутність у них таких проблем, інші зазначили поодиначні хвороби травної, серцево-судинної та опорно-рухової системи, ендокринні розлади, алергію.

Згідно результатів анкетування визначається високий рівень потреби у інформаційно-консультаційній допомозі фармацевта, оскільки до неї «часто» та «іноді» вдаються 91 % респондентів (рис. 2.12).

В цілому опитувані пацієнти оцінюють рівень інформаційно-консультаційної допомоги фармацевтами в аптеці на «відмінно» (38 %) та «добре» (54 %).

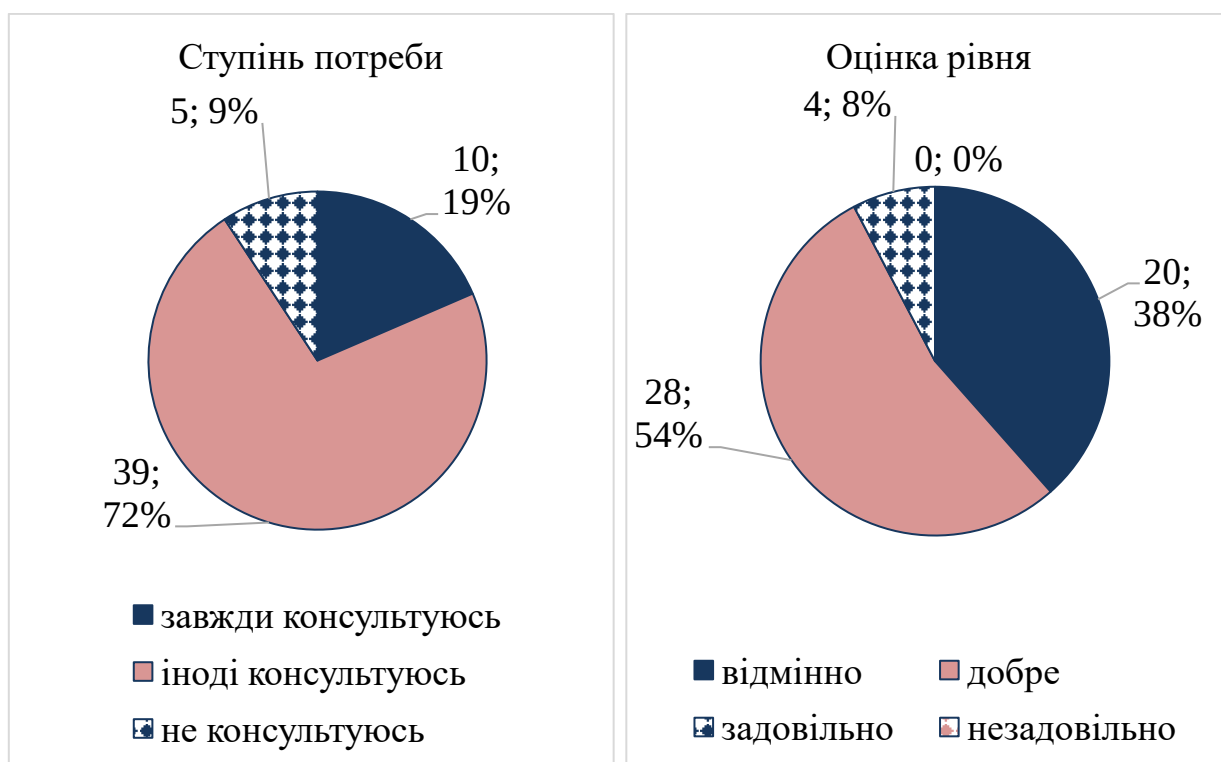


Рис. 2.12. Ступінь потреби та оцінка рівня інформаційно-консультаційної допомоги в аптеці.

2.3. Клініко-фармацевтична оцінка лікарських засобів для терапії стресу та стресових розладів, які зареєстровані в Україні

На підставі огляду літератури встановлено, що для терапії стресу та стресових розладів рекомендовано призначати психолептики та психоаналептики. За кодом АТС ці групи препаратів позначаються, як N05 та N06. Нами здійснений пошук відповідних препаратів у Державному реєстрі лікарських засобів України. По закінченні пошуку з отриманого переліку було виключено препарати, які належали до категорії психостимуляторів, ноотропів (N06B), засобів для лікування деменції (N06D). Було також встановлено, що в Україні не зареєстровані комбінації психолептиків (антидепресантів амітриптиліну, мелітрацену, флуоксетину) з психоаналептиками (N06C). Остаточний перелік лікарських засобів наведений в таблиці 2.2.

Відповідно до отриманих результатів в Україні зареєстровані представники майже всіх груп АТС-класифікації антипсихотичних засобів, за виключенням антипсихотиків — похідних дифенілбутилпіперидину (N05AG, флупірилен, пімозив, пенфлуридол), анксиолітиків — карбоматів (N05BC, мебробамат, емилкамат, мебутамат) та похідного дибензобіциклооктадину (N05BD, бензокстамін). Монопрепарати групи барбітуратів, які містять фенобарбітал також не потрапили до остаточного переліку, оскільки в Україні вони класифікуються, в першу чергу, як протиепілептичні засоби (N03AA).

109 торгових найменувань (19 %), представлених переважно препаратами валеріани, комбінованими засобами на основі лікарської рослинної сировини (кропиви собачої півонії, пасифлори, меліси), дозволені до безрецептурного відпуску, проте 81 % ЛЗ має відпускатися тільки за призначенням лікаря і наявністю рецепта.

Фармацевтична складова характеристики психолептиків та психоаналептиків представлена на рис. 2.13. Лікарські засоби переважно представлені лікарськими формами для перорального застосування (таблетовані, капсульовані та рідкі) — 522 торгові найменування, що складає 91,4 %.

**Клініко-фармацевтична характеристика психолептиків та
психоаналептиків, зареєстрованих в Україні**

Міжнародне непатентоване найменування	Код АТС	Кіль- кість	Лікарська форма
1	2	3	4
1. Chlorpromazine	N05AA01	5	табл впо; р/ін
2. Levomepromazine	N05AA02	2	табл впо; р/ін
3. Fluphenazine	N05AB02	1	р/ін
4. Prochlorperazine	N05AB04	1	табл
5. Trifluoperazine	N05AB06	2	табл впо; р/ін
6. Thioridazine	N05AC02	2	табл впо
7. Haloperidol	N05AD01	6	табл; р/ін
8. Sertindole	N05AE03	2	табл впо
9. Ziprasidone	N05AE04	3	капс тверді
10. Flupentixol	N05AF01	3	табл впо; р/ін
11. Chlorprothixene	N05AF03	2	табл впо
12. Zuclopenthixol	N05AF05	4	р/ін
13. Loxapine	N05AH01	1	пор д/інг
14. Clozapine	N05AH02	4	табл
15. Olanzapine	N05AH03	34	табл, табл впо; табл во; табл дисп
16. Quetiapine	N05AH04	49	табл впо, табл пролонг
17. Sulpiride	N05AL01	12	табл, капс тв, р/ін
18. Tiapride	N05AL03	2	табл
19. Amisulpride	N05AL05	8	табл, табл впо
20. Lithium	N05AN01	1	капс

Продовження таблиці 2.2

1	2	3	4
Risperidone	N05AX08	37	табл впо, табл дисп; р-н/ор; пор та розчин- ник д/сусп/ін
Aripiprazole	N05AX12	40	табл, табл дисп, р-н/ор
Paliperidone	N05AX13	4	табл прол во; сусп д/ін пролонг
Cariprazine	N05AX15	4	капс тверді
Brexiprazole	N05AX16	6	табл впо
Hydazepam*	N05BA	4	табл
Phenazepam*	N05BA	3	табл
Diazepam	N05BA01	7	табл, р/ін
Lorazepam	N05BA06	4	табл, р/ін
Alprazolam	N05BA12	2	табл
Hydroxyzine	N05BB01	2	табл
Buspirone	N05BE01	4	табл
Etifoxine	N05BX03	2	капс
Fabomotizole	N05BX04	1	табл
Lavandulae aetheroleum	N05BX05	1	капс
Barbiturates in combination with other drugs	N05CB02	18	табл, табл сублінг, краплі ор, капс тв, капс м'які
Levana*	N05CD	3	табл
Midazolam	N05CD08	3	р/ін
Zopiclone	N05CF01	8	табл, табл впо
Zaleplon	N05CF03	1	капс
Melatonin	N05CH01	1	табл

Продовження таблиці 2.2

1	2	3	4
Doxylamine	N05CM	7	табл, табл шип, табл впо, краплі ор
Paeonia**	N05CM	5	настойка
Pasiflora incarnata**	N05CM	2	табл во, сироп
Melissa officinalis**	N05CM	2	трава
Valerianae radix	N05CM09	21	табл впо, табл во, капс, настойка, кореневища з коренями
Dexmedetomidine	N05CM18	9	р/ін, конц-т р-ну д/інф
Leonurus**	N05CM20	14	табл, настойка, трава
Comb drug	N05CX, N05CM	46	табл, табл впо, табл во, краплі ор, капс тв, капс м'які, р-н/ор
Imipramine	N06AA02	1	табл
Clomipramine	N06AA04	1	табл
Opipramol	N06AA05	1	табл
Amitriptyline	N06AA09	6	табл впо, табл во, табл, р/ін
Doxepin	N06AA12	3	капс, капс тверді
Fluoxetine	N06AB03	4	капс, капс тв, табл во
Citalopram	N06AB04	1	табл
Paroxetine	N06AB05	6	табл впо, табл во, табл
Sertraline	N06AB06	16	табл впо, капс
Fluvoxamine	N06AB08	4	табл впо
Escitalopram	N06AB10	51	табл впо, табл во, табл дисп
Hypericine*	N06AX	1	табл впо

Продовження таблиці 2.2

1	2	3	4
Mianserin	N06AX03	3	табл впо
Trazodone	N06AX05	5	табл впо, табл, табл пролонг
Mirtazapine	N06AX11	11	табл впо, табл дисп
Bupropion	N06AX12	1	табл модиф вивільн
Venlafaxine	N06AX16	17	капс пролонг, табл, табл пролонг,
Duloxetine	N06AX21	26	капс кишковорозч тверді, капс гастрорезист
Agomelatine	N06AX22	2	табл впо
Desvenlafaxine	N06AX23	2	табл пролонг
Hyperici herba	N06AX25	2	табл впо, табл во
Vortioxetine	N06AX26	2	табл впо

!D53

Не

місти

ться в

табли

ці

Примітки: * — лікарські засоби, які не занесені до переліку міжнародної АТС-класифікації, без МНН; ** — лікарські засоби з лікарської рослинної сировини, які не занесені до переліку міжнародної АТС-класифікації, без МНН [31]; впо — вкриті плівковою оболонкою; во — вкриті оболонкою; р/ін — розчин для ін'єкцій.

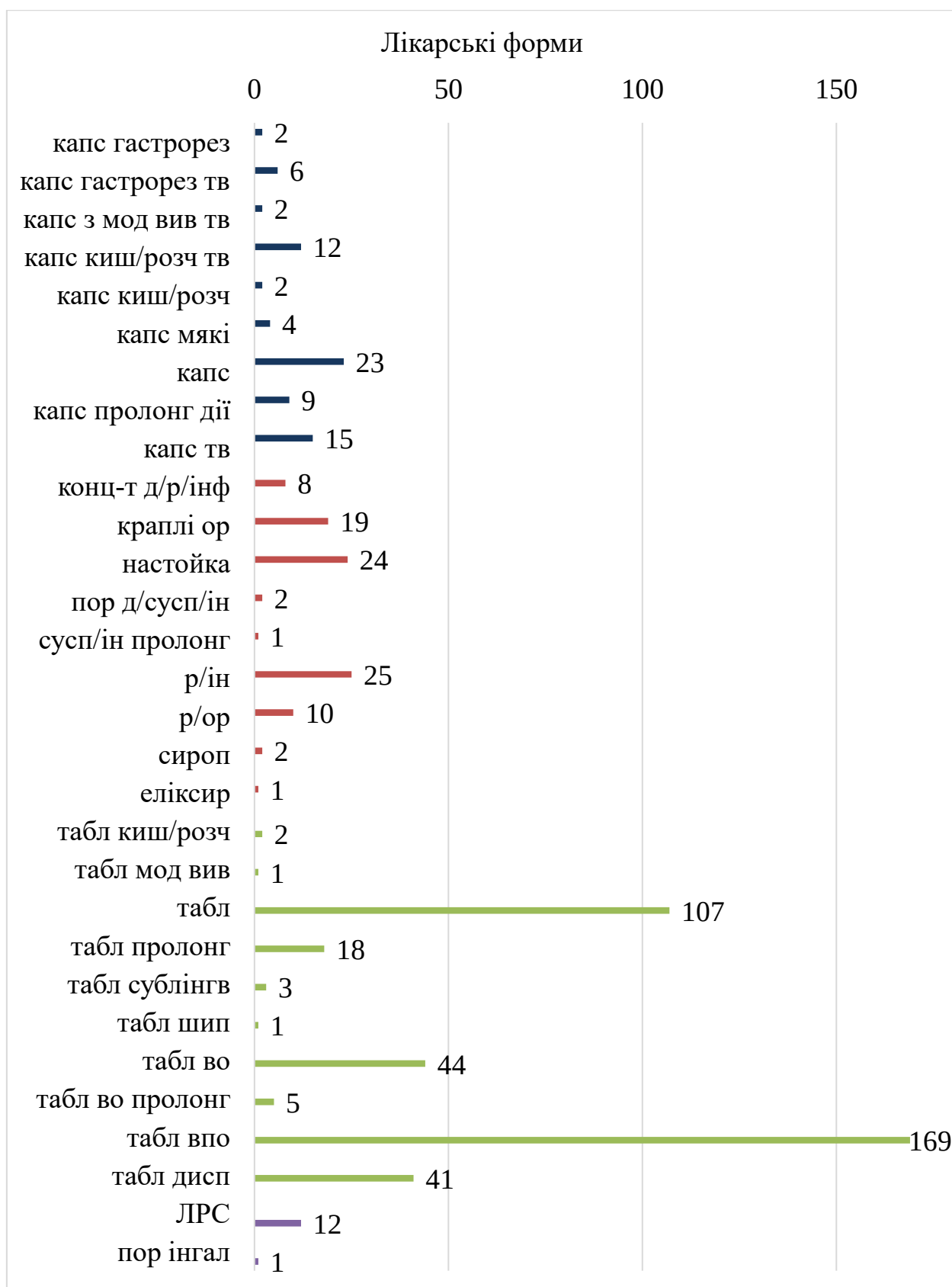


Рис. 2.13. Співвідношення лікарських форм психолептиків та психоаналептиків, які зареєстровані в Україні.

До різниці у 8,6 % належать рідкі засоби для ін'єкційного введення (36 ЛЗ, 6,2 %), лікарська рослинна сировина (збори, трава меліси, кореневища валеріани) та 1 порошок для інгаляцій.

Для ін'єкційного застосування призначені препарати амітриптиліну, хлорпромазину, діазепаму, флупентіксолу, флуфеназину, галоперидолу, левомепромазину, рисперідону, лоразепаму, мідазоламу, паліперидону, сульпіриду, трифлуоперазину та циклопентиксолу. Найбільша кількість ін'єкційних ЛФ зареєстрована для дексметомідину і складає 25 % від їх загальної кількості.

Пероральні засоби представлені групами таблетованих (391; 68,5 %), капсульованих (75; 13,1 %) та рідких лікарських форм (56; 9,8 %) різних підгруп. Серед таблетованих ЛФ переважають таблетки (107; 18,7 %) та таблетки покриті плівковою оболонкою (169; 29,6 %). Також зареєстровані таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині (41; 7,2%). Твердими лікарськими формами представлені засоби

Рідкі лікарські форми характерні для препаратів групи гіпнотичних та седативних ЛЗ та включають краплі (19; 3,3 %) та розчини (10; 1,7%) оральні, настойки (24; 4,2 %).

102 (17,9 %) готових ЛЗ мають рослинне походження, з них 44 є комбінованими. Вони також представляють групу гіпнотиків та седатиків, поєднуючи різні лікарські форми, як рідкі, так і тверді, наприклад, капсульовані.

Наступним кроком, з метою виявлення особливостей застосування досліджуваних груп ЛЗ та ризиків їх побічної дії/неефективності, нами були проаналізовані клініко-фармакологічні характеристики окремих представників психолептиків та психоаналептиків, зареєстрованих в Україні. Результати дослідження представлені в таблиці 2.3.

Можливо зробити висновок, що психолептики та психоаналептики переважно заборонені до застосування у вагітних, в дитячому віці; мають особливі застереження у літніх осіб, пацієнтів з хронічними хворобами.

Таблиця 2.3

**Клініко-фармакологічні особливості окремих рецептурних лікарських засобів для лікування стресових розладів,
зареєстрованих в Україні**

Фармацевтична група	Міжнародна непатентована назва	Показання до застосування	Протипоказання до застосування	Особливості застосування у декретованих груп пацієнтів (діти, вагітні)	Попередження
1	2	3	4	5	6
Антидепресант, селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну	Sertraline	Посттравматичний стресовий розлад, тривожні розлади, великі депресивні епізоди, панічні розлади	Підвищена чутливість до діючої речовини чи допоміжної, протипоказане застосування разом з інгібіторами моноаміноксидази (МАО), та пімозиду	Не застосовувати дітям та підліткам за винятком obsесивно-компульсивного розладу віком 6-17 років. Не застосовувати вагітним оскільки не має добре вивчених контрольованих досліджень	Можливий розвиток синдромів, які небезпечні для життя (СС, ЗНС)

Продовження таблиці 2.3

1	2	3	4	5	6
Антидепресант, селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну	Fluoxetine	Великі депресивні епізоди, розлади, нав'язливі-маніакальні розлади, нервова булімія	Підвищена чутливість до компонентів, тяжка печінкова та ниркова недостатність, епілепсія, суїцидальні думки, глаукома	Вагітним протипоказано, існує підвищений ризик післяпологової кровотечі. Дітям не застосовувати	Можуть бути шкірні алергічні реакції, судоми, серцево-судинні розлади, з особливою увагою застосовувати при цукровому діабеті
Антидепресант, неселективні інгібітори зворотного захоплення моноамінів	Amitriptyline	Великий депресивний розлад, нейропатичний біль, профілактика хронічного головного болю та мігрені	Підвищена чутливість до компонентів, нещодавно перенесений інфаркт міокарда, блокада серця чи порушення його ритму, не застосовувати одночасно з ІМАО	Не рекомендується в період вагітності та годування груддю, а також дітям до 11 років.	Можливий розвиток порушень ритму серця і тяжкої артеріальної гіпотензії. З обережністю застосовувати при гіпертиреозі, тяжкими захворюваннями печінки

Продовження таблиці 2.3

1	2	3	4	5	6
					та людям з судомними розладами
Неселективні інгібітори зворотного захоплення моноамінів	Doxepin	Депресивні та тривожні стани	Підвищена чутливість, маніакальний стан, глаукома, одночасне застосування з MAO	Безпечність та ефективність для дітей не встановлена. Під час вагітності можна тільки тоді коли користь для матері перевищує потенційний ризик для плода	Не застосовувати з іншими серотонінергічними засобами через розвиток серотонінового синдрому
Антипсихотики	Risperidone	Шизофренія, психічні розлади	Гіперчутливість, деменція, хвороба Паркінсона	При розладах соціальної поведінки та агресивних розладах можна дітям від 5 років. При маніакальних станах — від 10	Обережно застосовувати в комбінації з іншими препаратами

Продовження таблиці 2.3

1	2	3	4	5	6
				років. При застосуванні дітям побічна дія може проявлятися в 2 рази частіше ніж в дорослих. Немає даних щодо впливу на статеве дозрівання та ріст. Контрольованих досліджень впливу на вагітність немає, препарат здатний проникати через молоко, тому обережно застосовувати при годуванні груддю	

Продовження таблиці 2.3

1	2	3	4	5	6
	Кветіапін	Шизофренія, біполярні розлади	Підвищена чутливість до компонентів, не застосовувати з азольними протигрибковими, еритроміцином, кларитроміцином	не рекомендовано дітям до 18 років-немає відповідних досліджень. під час вагітності в тому випадку, коли користь виправдовує потенційний ризик	Може розвиватися тардитивна дискінезія, сонливість та запаморочення, ортостатична гіпотензія, судоми
Анксиолітики	Gidazepam	Невротичні, психопатичні астенії, стани, що супроводжуються тривогою, страхом	Підвищена чутливість до компонентів, виражена тяжка міастенія, проблеми з печінкою	Дітям та вагітним не застосовувати	Не застосовувати при відкритокутовій глаукомі, хронічній нирковій та печінковій недостатності, при алкогольних ураженнях печінки

Засоби означених груп мають обмеження або застереження при застосуванні у осіб з важкими формами серцево-судинної, печінкової, ниркової недостатності, метаболічними розладами, зокрема, при цукровому діабеті. Внаслідок свого прямого призначення — впливу на ЦНС, можуть чинити критичні небажані ефекти, у вигляді судом, діскінезії тощо. Для профілактики синдрому відміни рекомендовано поступове зниження дози.

Висновки до розділу 2

Шляхом опитування відвідувачів аптеки підтверджено актуальність проблеми стресу та стресових розладів, визначено, які лікарські речовини люди приймають для покращення свого стану та уточнено як саме вони обирають відповідне лікування. Пацієнти відчують дратівливість, втому, відсутність бажання щось робити тощо, але при цьому дуже мала їх кількість звертається за допомогою до лікарів, тому що вважають ці симптоми не серйозними.

При проведенні клініко-фармацевтичного аналізу психолептичних та психоаналептичних засобів, зареєстрованих в Україні, виявлений великий асортимент безрецептурних та рецептурних препаратів, які належать до фармакологічних груп різного механізму дії, мають різну позитивну та/або негативну фармакодинаміку, різні способи введення, особливості застосування тощо. Велике різноманіття сприяє високому ризику помилок при призначенні (рекомендації) ЛЗ, наданні інформаційно-консультаційної допомоги щодо їх раціонального застосування, правил прийому, ознак небажаної дії та шляхів її профілактики.

З метою удосконалення теоретичного і практичного підґрунтя для надання фармацевтом інформаційно-консультаційної допомоги населенню України при відпуску лікарських засобів для терапії стресу та стресових розладів рекомендовано опрацювання інформаційно-наочного матеріалу при застосуванні лікарських засобів для терапії стресу/стресових розладів.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Результати дослідження та їх обговорення

За результатами дослідження викладеного в розділі 2.2 встановлено, що більшість пацієнтів, які зверталися по допомогу з приводу симптомів стресу/стресових розладів переважали жінки, що може бути пояснено психологічними особливостями жіночої та чоловічої натури: лабільністю нервової системи, більшою схильністю до фантазій, переживань у жінок і, навпаки, намаганням бути міцним, витриманим, частково недовірою до медицини — у чоловіків [20].

Вікове різноманіття, представлене різними віковими шарами населення, можливо пов'язано, що в період війни немає людей, яких би не торкнулась війна в тому чи іншому виразі. Цей вплив може бути реалізованим як через прочитану новину в соціальних мережах, так і через найтяжчу подію — безпосередню втрату близької людини.

Підтвердженням наявності стресу/стресового розладу у пацієнтів є за їх власним визнанням переважання симптомів з боку ЦНС, наростання депресії. Занепокоєння викликає також присутність симптомів з боку інших важливих органів і систем — травлення та серцево-судинної. Повномасштабна війна в Україні, як головний причинний фактор стресу, визнаний опитуваними, спричиняє такі головні симптоми як невисипання, проблеми на роботі/із роботою.

Опитування дозволило виявити серед відвідувачів аптеки негативне явище — високий рівень НЕзвернень по професійну допомогу та самостійного застосування лікарських засобів. Це, в свою чергу значно підвищує ризик неправильного застосування препаратів, ризик їх небезпеки або неефективності.

З іншого боку, пацієнти часто звертаються до фармацевта, високим є рівень довіри рекомендації фармацевта та оцінка задоволеності консультативною допомогою фармацевта.

Таким чином, в умовах поширення симптомів стресу/стресових розладів серед населення, високій схильності населення до самолікування та довірі фармацевту, зростає інформаційно-консультативна роль та відповідальність останнього при наданні фармацевтичної опіки при рекомендації або відпуску лікарських засобів.

Нині відомо дуже багато лікарських речовин, які чинять позитивну дію на організм людини при стресі та стресових розладах, асортимент великий.

Потрібно особливо увагу звертати на побічні дії та особливості взаємодії з іншими речовинами, оскільки при зверненні людина може мати супутні захворювання, патології, тому задача фармацевта допомогти і при цьому не нашкодити.

Клініко-фармацевтичний аналіз лікарських засобів для лікування стресу (психолептиків та психоаналептиків), представлений у розділі 2.3 дозволив виявити досить велику та різноманітну групу препаратів, які зареєстровані в Україні. Відповідно ТОП-10 психолептичних та психоаналептичних ЛЗ, які зареєстровані на фармацевтичному ринку України виглядає наступним чином:

1. Есциталопрам (N06AB10, селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну), 51 торгове найменування
2. Кветіапін (N05AH04, антипсихотики, бензотіазепіни), 49 торгових найменувань
3. Комбіновані ЛЗ (N05CX, N05CM, комбінації снодійних і седативних засобів, за виключенням барбітуратів), 46 торгових найменувань, представлених засобами рослинного походження та похідних ізова-леріанової кислоти
4. Арипіпразол (N05AX12, інші антипсихотичні засоби), 40 торгових найменувань
5. Рисперидон (N05AX08, інші антипсихотичні засоби), 37 торгових найменувань
6. Оланзапін (N05AH03 антипсихотики, бензотіазепіни), 34 торгових найменування
7. Дулоксетин (N06AX21, інші антидепресанти), 26 торгових найменувань

8. Валеріани кореневище (N05CM09, інші снодійні та седативні засоби), 21 торгове найменування
9. Барбітурати в комбінації з препаратами інших груп ЛЗ (N05CB02), 18 торгових найменувань
10. Венлафаксин (N06AX16, інші антидепресанти), 17 торгових найменувань

339 торгових найменування ТОП-10 складають 59,4% від усіх психоптичних та психоаналептичних ЛЗ, зареєстрованих в Україні. Вони представлені селективним інгібітором зворотнього захвату серотоніну, похідними бензотіазепіну, препаратами валеріани, барбітуратами в комбінації з препаратами інших груп та антидепресантами і антипсихотиками інших груп. *На наш погляд, треба звернути особливу увагу фармацевтів, опрацювати забезпечення для інформаційно-консультаційної допомоги, в першу чергу для ЛЗ саме з ТОП-10.*

Лікарські засоби 100% представлені лікарськими формами для перорального застосування. Пероральний спосіб застосування є найпоширенішим, зручним для більшості пацієнтів, але пацієнти із проблемами ковтання, сухістю у ротовій порожнині можуть мати певні проблеми при їх прийомі.

В таких випадках фармацевт зобов'язаний звернути увагу пацієнта на застосування води для запивання з метою полегшення ковтання.

В окремих випадках можлива заміна на ЛЗ в рідкій лікарській формі, наприклад, розчин оральний або краплі або таблетки, що диспергуються у ротовій порожнині.

Серед ТОП-10 тільки рисперидон має парентеральну лікарську форму.

З 2010 р. в Україні затверджено Протоколи фармацевта (провізора) при відпуску безрецептурних препаратів для відповідального самолікування, остання редакція яких вийшла у 2022 р. [18]. Відповідно до Протоколу фармацевта при відпуску лікарських засобів без рецепту «Симптоматичне лікування стресу» для відповідального самолікування пацієнтам рекомендовані препарати (в т.ч. комбіновані) на основі гліцину, звіробою, валеріани, пустирнику

(кропиви собачої), пасифлори. Ці лікарські засоби входять до представленого вище ТОП-10 (позиції 3 та 8) і їх підходи до їх фармацевтичної опіки включені до Протоколу та перегляду, на наш погляд, не потребують.

З іншого боку в фармакотерапії стресу/стресових розладів використовуються ЛЗ, які належать до рецептурної групи і мають чисельні можливі побічні ефекти. Найсерйозніші прояви небажаної дії, які можливі при застосуванні будь-якого антипсихотика, наведені нижче [10, 11, 12, 27]:

- антимускаринові ефекти
- нічне нетримання сечі
- захворювання крові
- проблеми з температурою тіла
- емоційні ефекти
- проблеми з очима
- проблеми з серцем
- порушення роботи печінки
- метаболічний синдром
- злоякісний нейролептичний синдром (ЗНС)
- нервово-м'язові побічні ефекти
- седація (сонливість)
- судоми (припадки)
- сексуальні та гормональні проблеми
- проблеми зі шкірою
- суїцидальні почуття та поведінка
- пізня дискінезія (ПД)
- пізній психоз
- збільшення маси тіла.

З метою удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги нами опрацьована інформація для пацієнта, при зверненні із скаргами на одну з означених проблем (розділ 3.2).

3.2. Практичні рекомендації до щодо удосконалення інформаційно-консультативної допомоги

Фармацевти відіграють велику важливу роль в допомозі людям, які звертаються до них за допомогою при симптомах стресу.

Важливо приділяти увагу кожному потребуючому відвідувачу аптеки фармацевтичну опіку, і на звернення : «Дайте щось від стресу» по можливості встановити контакт з цією людиною та визначити симптоматику, її тривалість, причини, супутні захворювання, лікарські засоби, які вона може приймати в даний час чи вже приймала .І це все для того, щоб допомогти покращенню стану, а не навпаки.

Тобто фармацевт повинен чітко розуміти симптоматику та визначати чи в людини переважає стан збудження чи гальмування нервової системи.

Оскільки неправильно підібравши лікарський засіб можна посилити депресію та призвести до суїциду.

У разі пропущення стресового розладу, донести людині про необхідність звернутися до спеціаліста для вирішення питання.

В разі виявлення незначних порушень сну та поведінки можна запропонувати мелатонін чи препарати з магнієм.

Для заспокоєння- лікарські засоби на рослинній основі з валеріаною лікарською, заспокійливий трав'яний збір.

Обов'язково уточнюємо чи людина водій, оскільки деякі засоби здатні викликати сонливість, і чи жінка вагітна, так як вагітним більшість лікарських засобів протипоказана.

При припущенні загрозливого стану не варто людині пропонувати рецептурні лікарські засоби, бо вони мають серйозний вплив на організм та численні побічні дії.

Фармацевт не має компетенцій у підборі таких засобів. Стресові порушення має визначати та лікувати тільки лікар.

Інформація для пацієнта, який застосовує антипсихотичні лікарські засоби

При прийомі лікарського засобу є ризик розвитку небажаної дії.

При появі симптомів, зазначених нижче, негайно зверніться до фахівця!

1. Антимускаринові ефекти — це побічні ефекти, викликані зміною рівня хімічної речовини ацетилхоліну в організмі. Ці ефекти іноді називають антихолінергічними ефектами. Вони включають:

- затуманений зір
- сплутаність свідомості та збудження
- запор, який може стати небезпечним для життя, якщо його не лікувати
- утруднення сечовипускання
- сонливість
- сухість у роті, яка може спричинити карієс у довгостроковій перспективі
- імпотенція
- галюцинації
- гаряча або суха шкіра та зниження потовиділення
- підвищення тиску в оці
- низький артеріальний тиск (прийняття гарячих ванн підвищує цей ризик)
- нудота (нудота)
- прискорене серцебиття і порушення серцевого ритму.

Антимускаринові ефекти є більш поширеними для нейролептиків, ніж для інших. Зокрема, клозапін може частіше спричиняти сильний запор, ніж інші типи антипсихотичних засобів.

Ці ефекти також можуть виникнути при прийомі інших видів ліків, таких як трициклічні антидепресанти та ліки від хвороби Паркінсона.

2. Нічне нетримання сечі

Побічним ефектом антипсихотичних засобів може бути нічне нетримання сечі.

3. Захворювання крові

Певні захворювання крові можуть бути побічним ефектом антипсихотичних засобів. До них належать:

- агранулоцитоз
- порушення згортання крові
- знижені лейкоцити.

Агранулоцитоз. Захворювання крові, що включає втрату одного типу лейкоцитів. У вас більше шансів бути інфікованим і знижена опірність інфекції. Ознаки неналежної імунної відповіді:

- хворе горло
- виразки в роті
- лихоманка або озноб.

Якщо ви відчуваєте ці симптоми, вам слід негайно звернутися до лікаря.

Ризик агранулоцитозу вищий при застосуванні клозапіну, ніж при застосуванні інших антипсихотичних засобів. Рекомендовано моніторинг показників крові.

Порушення згортання крові (венозна тромбоемболія). До них відносяться тромбоз глибоких вен і легеневий тромбоз (згусток крові в легенях), які можуть бути небезпечними для життя. Рекомендований моніторинг показників зсідання крові.

Лейкопенія. Прийом антипсихотичних засобів може спричинити зниження кількості лейкоцитів. Рекомендований моніторинг кількості лейкоцитів.

4. Проблеми з температурою тіла

Антипсихотики можуть викликати проблеми з регулюванням температури тіла. Вона може стати надто високим або надто низьким, що може погіршити самопочуття.

5. Емоційні ефекти

Антипсихотики іноді можуть викликати у вас наступні відчуття:

- тривогу

- збудливість
- схвильованість
- агресію
- депресію (хоча деякі антипсихотики можуть мати антидепресивний ефект, змушуючи вас почуватися менш депресивним)
- неспокій і нездатність зберігати спокій
- втрату зв'язку з реальністю
- соціальну замкнутість і відірваність від оточуючих.

6. Проблеми з очима

Деякі антипсихотики можуть викликати різні проблеми з очима. До них належать:

- затуманений зір і труднощі з читанням
- накопичення зернистих відкладень на рогівці та кришталику. Зазвичай це не впливає на ваш зір
- дегенерація сітківки, яка є світлочутливою частиною ока. Це може вплинути на ваш зір
- глаукома, яка є серйозним захворюванням очей
- окулогірний криз, який впливає на м'язи, які контролюють рухи очей. Це може призвести до того, що ваші очі раптово повернуться, тому ви не зможете контролювати, куди дивитесь.

Усі антипсихотики також можуть викликати вузькокутову глаукому. Це невідкладна медична допомога. Якщо у вас коли-небудь була глаукома або проблеми з очима, вам слід дуже обережно приймати антипсихотичні препарати. Ви можете повністю уникати певних нейролептиків, особливо тих, які мають антиму斯卡ринову дію.

Якщо вас це турбує, ви можете поговорити зі своїм лікарем або психіатром, щоб дізнатися більше.

7. Проблеми з серцем

Антипсихотики можуть викликати певні проблеми з серцем, наприклад:

- підвищене серцебиття
- прискорене серцебиття, яке раптово стає більш помітним у грудях
- вплив на ваш серцевий ритм. Відомо, що в крайніх випадках це викликає раптову смерть. Ризик цього особливо пов'язаний із прийомом високих доз або прийомом кількох нейролептиків одночасно.

Для корекції дози, зверніться до лікаря.

8. Розлади печінки

Деякі антипсихотики можуть викликати розлади печінки та жовтяницю (жовта шкіра). Рекомендовано моніторинг печінкових проб.

9. Метаболічний синдром

Метаболічний синдром поєднує наступні симптоми:

- збільшення ваги та ожиріння
- високий рівень цукру в крові
- діабет
- гіпертонія
- високий рівень холестерину.

Вам не обов'язково відчувати всі ці симптоми, щоб діагностувати метаболічний синдром.

Прийом антипсихотичних засобів може збільшити ризик розвитку метаболічного синдрому. Якщо у вас метаболічний синдром, це означає, що у вас вищий ризик розвитку діабету, інсульту, хвороб серця.

Ризик цього ще більше зростає, якщо ви ведете нездоровий спосіб життя. Ваші лікарі можуть запропонувати вдатись до більш здорової дієти та достатньої фізичної активності, що може допомогти зменшити цей ризик. рекомендовані регулярні медичні огляди до та під час лікування.

10. Злоякісний нейролептичний синдром (ЗНС)

Є рідкісним, але серйозним неврологічним розладом, що означає, що він впливає на вашу нервову систему. Може виникнути як побічний ефект прийому нейролептиків або як симптом відміни, якщо ви припините прийом нейролептиків. Якщо це трапляється, то зазвичай розвивається швидко протягом 24-72 годин.

Симптоми:

- пітливість або лихоманка з високою температурою
- тремор (тремтіння), ригідність (відчуття жорсткості та неможливості рухати м'язами) або втрата руху
- утруднення мови і ковтання
- прискорене серцебиття, дуже прискорене дихання та зміни артеріального тиску
- зміни свідомості, включаючи сплутаність свідомості та млявість, ступор або кому.

Висока температура і ригідність зазвичай є першими симптомами. Це означає, що ЗНС іноді можна сплутати з інфекцією. Але ЗНС може бути дуже небезпечним, якщо його не виявити та не лікувати. У рідкісних випадках це може бути летальним.

Якщо ви хвилюєтеся, що у вас можуть бути симптоми НМС, вам слід терміново зв'язатися зі своїм лікарем або викликати швидку допомогу.

Якщо ви відчуваєте ЗНС, лікування, швидше за все, передбачатиме госпіталізацію, припинення прийому антипсихотичних препаратів і зниження температури тіла.

Використовуються деякі інші методи лікування, хоча докази їх застосування не такі переконливі. Ці методи можуть включати використання:

- ліки для розслаблення м'язів
- ліки для протидії хімічним ефектам, які, як вважають, викликають ЗНС
- електросудомна терапія.

Симптоми можуть тривати кілька днів або навіть тижнів після припинення прийому антипсихотика, який їх викликає. Багато людей, які одного разу перенесли ЗНС, хворіють на нього знову.

Якщо ви перенесли ЗНС, ви повинні приймати антипсихотики лише тільки, якщо вони необхідні для вашого психічного здоров'я. І ви повинні мати найменшу можливу дозу, яка все ще дає позитивний ефект.

11. Нервово-м'язові побічні ефекти

Антипсихотики впливають на хімічний дофамін у мозку, який важливий для контролю рухів. Тому нейролептики можуть спричинити рухові розлади. Це найбільш характерно для антипсихотичних ЛЗ першого покоління (старішими) і рідше з новими антипсихотичними засобами.

Паркінсонізм. Деякі нервово-м'язові побічні ефекти подібні до ефектів хвороби Паркінсона, яка спричинена втратою дофаміну. Ці ефекти відомі як паркінсонізм і включають наступне:

- м'язи стають жорсткими та слабкими.
- стає складніше робити міміку.
- певні дрібні рухи здаються важкими, наприклад, писати або брати предмети руками.
- розвивається повільний тремор (тремтіння), особливо в руках.
- пальці рухаються так, ніби ви катаєте між ними маленький предмет.
- під час ходьби ви нахиляєтеся вперед, робите дрібні кроки і вам важко почати і зупинитися.
- ваш рот висить відкритий, і капає слина.
- втрата рухливості
- важко рухатися, а м'язи можуть відчувати сильну слабкість.

Відсутність енергії для руху також є симптомом депресії, тому, якщо ви відчуваєте це, ваш лікар або психіатр може запитати, чи не відчуваєте ви депресію.

Акатизія. Це відчуття неспокою, яке може вплинути на ваше тіло та ваші емоції. Наприклад, ви можете:

- відчувати сильний неспокій і нездатність сидіти на місці
- гойдайтеся з ноги на ногу, човгайте ногами, неодноразово схрещуйте або махайте ногами або безперервно крокуйте вгору-вниз

- відчувати емоційну напругу та неспокій.

Лікарі можуть сплутати ці симптоми і подумати, що ви тривожні або схвильовані. Якщо вони не знають, що у вас акатизія, вони можуть запропонувати прийняти вищу дозу антипсихотичних засобів, щоб допомогти вам почуватися спокійніше. Але якщо у вас акатизія, збільшення дози нейролептиків не допоможе. Отже, якщо у вас діагностовано акатизію, ваш лікар або психіатр може запропонувати прийняти інший препарат, щоб зменшити її вплив, а також вплив вашого антипсихотика.

М'язові спазми — це коли м'яз у вашому тілі скорочується проти вашого контролю, і ви не можете розслабити м'яз. Вони можуть бути болючими та мати серйозні наслідки, якщо:

- спазм впливає на м'язи гортані (голосовий апарат), у вас можуть виникнути проблеми з голосом (дисфонія). Вам може бути важко говорити нормально, і людям може бути важко вас зрозуміти.
- спазм впливає на м'язи, які контролюють рухи ваших очей, ваші очі можуть раптово повернутися. Це може означати, що ви не можете контролювати, куди дивитесь. Це називається окулогірною кризою. Це може бути дуже неприємним. Це також може бути небезпечно, наприклад, якщо це станеться, коли ви переходите дорогу або виливаєте окріп з чайника.
- посмикування, спотикання та невиразне мовлення.

Седація (сонливість). Є поширеним побічним ефектом багатьох антипсихотичних засобів. Це частіше зустрічається з певними антипсихотичними засобами, ніж з іншими, такими як хлорпромазин і оланзапін. Седація може виникнути як вдень, так і вночі. Отже, якщо ви відчуваєте це, вам може бути дуже важко вставати вранці. Або може бути важко мотивувати себе бути активними протягом дня.

Судоми. Якщо у вас коли-небудь були напади в минулому, вам слід особливо обережно приймати антипсихотичні препарати.

12. Сексуальні та гормональні проблеми

Сексуальні проблеми є можливим побічним ефектом деяких нейролептиків. Симптоми проявляються по різному і можуть включати:

- акне (стан, що викликає плями та жирну шкіру)
- посилений ріст волосся на обличчі та тілі
- остеопороз (хвороба, при якій ваші кістки стають слабшими та частіше ламаються)
- зниження сексуального бажання, труднощі з збудженням і нездатність до оргазму
- розвиток грудей і вироблення грудного молока
- спонтанна еякуляція або пріапізм (болюча ерекція, яка триває кілька годин). Якщо ви відчуваєте пріапізм, це вимагає термінової медичної допомоги. Зверніться до свого лікаря загальної практики, щоб терміново записатися на прийом, або зверніться до відділення невідкладної допомоги
- сухість піхви, припинення або нерегулярність місячних.

Деякі антипсихотики другого покоління можуть з меншою ймовірністю викликати ці сексуальні побічні ефекти. Ви можете поговорити зі своїм лікарем, психіатром або фармацевтом, якщо вас турбують ці ефекти.

13. Проблеми зі шкірою

Алергічні висипання. Зазвичай вони виникають протягом перших двох місяців після початку лікування. Зазвичай вони зникають після припинення прийому препарату. Якщо у вас з'явився висип, вам слід негайно звернутися до свого лікаря загальної практики, щоб він перевірів його.

Фотосенсибілізація. Підвищена чутливість до сонячного світла, особливо при високих дозах. Якщо ви приймаєте антипсихотичні засоби, можливо, вам потрібно буде особливо уважно захиститися від сонця.

Синьо-сіре забарвлення на деяких типах шкіри.

14. Суїцидальні почуття або поведінка

Деякі люди відчувають суїцидальні думки та поведінку під час прийому нейролептиків. Особливо це може статися на ранніх стадіях прийому цього препарату.

Якщо вас турбує суїцидальний настрій під час прийому антипсихотичних засобів, зверніться до свого лікаря або психіатра.

Якщо ви відчуваєте, що не можете захистити себе, це невідкладна психічна ситуація, яка потребує НЕГАЙНОГО звернення до фахівця!

15. Пізня дискінезія. Включає в себе відчуття раптових, різких або повільних поворотів обличчя або тіла.

16. Пізній психоз. Це нові психотичні симптоми, які виникають після того, як ви протягом деякого часу приймаєте нейролептики. Можуть бути спричинені прийомом ліків, а не поверненням початкової хвороби. Слово «пізній» означає, що це відстрочена дія ліків. Цей ризик розвитку пізнього психозу є однією з причин, чому варто повільно відмовлятися від ліків, якщо ви вирішите припинити їх прийом. Це особливо важливо, якщо ви приймаєте його протягом тривалого часу, оскільки повільна відміна дає вашому мозку час переналаштуватися.

17. Підвищення маси тіла

Збільшення ваги є дуже поширеним побічним ефектом багатьох антипсихотичних препаратів, особливо деяких (новіших) препаратів другого покоління. Це може бути тому, що антипсихотики підвищують апетит, тому ви хочете їсти більше, ніж зазвичай. Вони також можуть призвести до того, що ви станете менш активними, наприклад, якщо вони викликають у вас відчуття сильної втоми.

Якщо ви набираєте велику вагу, це може збільшити ризик розвитку діабету та інших проблем зі здоров'ям.

Якщо ви відчуваєте збільшення ваги, ваш лікар або психіатр може запропонувати перейти на інший антипсихотичний препарат. Вони також можуть запропонувати вам спробувати харчуватися здорово і збільшити рівень фізичної активності.

Висновки до розділу 3

Проаналізовано та узагальнено результати опитування пацієнтів/представників пацієнтів та проведеної клініко-фармацевтичної оцінки зареєстрованих в Україні лікарських засобів, які впливають на нервову систему та застосовуються у фармакотерапії стресу/стресових розладів.

З метою удосконалення інформаційно-консультаційної роботи опрацьовано інформаційно-наочний матеріал для фармацевта при відпуску та для пацієнта при застосуванні лікарських засобів групи психолептиків та психоаналептиків для терапії стресу/стресових розладів.

ВИСНОВКИ

1. Стрес є захисною фізіологічною відповіддю організму на несприятливі фактори навколишнього середовища. Хронічний стрес призводить до виснаження адаптивних механізмів та порушенню діяльності організму в цілому. Внаслідок дворічної пандемії COVID-19 та війни в Україні спостерігається різке зростання кількості звернень пацієнтів із скаргами на стрес та стресові розлади. Лікування стресових розладів складне і комплексне завдання, яке включає, в першу чергу, фармакотерапевтичні заходи. Удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги пацієнтам/представникам пацієнтів під час відпуску лікарських засобів, як безрецептурних та і особливо рецептурних є актуальним завданням сучасної медицини і фармації України.

2. Шляхом опитування відвідувачів аптеки № 40 мережі «Медсервіс» м. Кременчук підтверджено актуальність проблеми стресу та стресових порушень. Визначено, що 63 % респондентів головним фактором стресу вважає повномасштабну війну в Україні, головними симптомами визнають втому (70 %), дратівливість (63 %), відсутність мотивації до дії (44 %), при цьому 82 % не звертається до лікаря-фахівця, але 41 % для покращення стану застосовує лікарські засоби; при самолікуванні перевага надається препаратам валеріани (22 %).

3. Клініко-фармацевтичний аналіз зареєстрованих в Україні лікарських засобів, які впливають на нервову систему та застосовуються у фармакотерапії стресу/стресових розладів дозволив виявити велику групу антипсихотичних препаратів (571 найменування), серед тільки яких 19 % дозволені до відпуску без рецепту. Антипсихотичні засоби представлені переважно твердими лікарськими формами (таблетки, капсули, 91,4 %), що зручно для застосування, але представляє проблему для осіб з утрудненням ковтання. Антипсихотичні засоби суттєво відрізняються за механізмами дії, позитивною та негативною фармакодинамікою, особливостями застосування, в тому числі у декретованих груп пацієнтів.

4. З метою удосконалення інформаційно-консультаційної роботи опрацьовано інформаційно-наочний матеріал для фармацевта при відпуску та для пацієнта при застосуванні лікарських засобів групи психолептиків та психоаналептиків для терапії стресу/стресових розладів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Блінов О. А. Нормативні документи організації та проведення психологічної реабілітації військовослужбовців // Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи : матер. II Міжнар. науково-практ. конф. — Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2017. — С. 36–38.
2. Бучок Ю. С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування // Український вісник психоневрології. — 2014. — № 3 (80). — С. 42–47.
3. Галич М. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика // Юридична психологія. — 2022. — Вип. 1. — С. 22–28.
4. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад // НейроNEWS. — 2021. — № 8 (129). — С. 27–32.
5. Гребенюк О. О. Теоретичні аспекти вивчення особливостей поняття стресу в житті та діяльності людини // Проблеми сучасної психології. — 2016. — № 2. — С. 30–36.
6. Гунько Б. А. Посттравматичний стресовий розлад — в розрізі часу // Вісник Вінницького національного медичного університету. — 2015. — № 1, Т. 19. — С. 216–219.
7. Державний формуляр лікарських засобів. Вип. 15. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.dec.gov.ua/materials/chinnij-vipusk-derzhavnogo-formulyara-likarskih-zasobiv/>. (дата звернення 01.11.2023)
8. Застосування Епілепталу в комплексному лікуванні депресивного розладу у пацієнтів із високим суїцидальним ризиком / В. І. Коростій, А. М. Кожина, О. О. Зеленська, С. Х. Хмаін // Міжнар. неврол. журн. — 2014. — № 5. — С. 66–71.
9. Інструкції до медичного застосування. Державний реєстр лікарських засобів України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.drlz.com.ua/>. (дата звернення 01.11.2023)

10. Клінічна фармакологія : підручник / за ред. О. М. Біловола. — Вінниця : Нова Книга, 2021. — 544 с.
11. Клінічна фармація (фармацевтична опіка) : підруч. для студ. вищ. мед. (фармац.) навч. закл. / І. А. Зупанець, В. П. Черних, Т. С. Сахарова та ін. — Харків : НФаУ : Золоті сторінки, 2011. — 704 с.
12. Клінічна фармація: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. В. П. Черних, І. А. Зупанця, І. Г. Купновської. — Х. : НФаУ : Золоті сторінки, 2013. — 912 с.
13. Козирєва О.В. Статистика: навчальний посібник / О.В. Козирєва, В.О. Федорова. — Харків: Видавництво Іванченка І.С., 2021. — 187 с.
14. Компендіум — лікарські препарати [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <https://compendium.com.ua/uk>. (дата звернення 01.11.2023)
15. Кравцов Д. Р. Поняття стресу та психологічної стійкості в межах різних теоретичних підходів / Кравцов Д. Р. // Габітус. — 2020. — Вип. 18, т. 1. — С. 112–116. — DOI: 10.32843/2663-.5208.2020.18.1.20. (дата звернення 01.11.2023)
16. Ліки контроль [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://likicontrol.com.ua>. (дата звернення 01.11.2023)
17. Найкращі ліки від стресу [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <https://liki24.com/uk/articles/luchshie-lekarstva-ot-stressa/>. (дата звернення 01.11.2023)
18. Протоколи провізора (фармацевта) [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://www.dec.gov.ua/mtd/protokoly-provizora-farmaczevta/>. (дата звернення 01.11.2023)
19. Психологічний словник [Текст] / авт.-уклад. В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова ; ред. Н. А. Побірченко. — Київ : Науковий світ, 2007. — 274 с.
20. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / Уклад. О. Ю. Овчаренко. — К. : Університет «Україна», 2023. — 266 с.

21. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу / В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. За-воротний // Міжнародний неврологічний журнал. — 2015. — № 6 (76). — С. 88–100.
22. Рубінський В. Поняття стресу та стресової ситуації у психологічній науці // Магістерський науковий вісник. — Вип. № 35. — Тернопіль — 2020. — С.146–149.
23. Сіпко Л. О. Подолання бойового стресу та його психологічних наслідків // Наук. вісн. Миколаїв. нац. ун-ту ім. В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. — 2015. — № 2. — С. 129–134 с.
24. Смольська, Л.М. Стресостійкість та життєстійкість: креативна модель формування в сучасних умовах // Наук. вісн. Ужгород. нац. ун-ту. Серія: Психологія, 2022. (4). — 113–117 с.
25. Соціальна медицина, громадське здоров'я. навч. посіб. : у 4 т. / за заг. ред. В.А. Огнєва. — Харків : ХНМУ, 2023. — Т. 1. Біологічна статистика. — 316 с
26. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України 23.02.2016 № 121 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf. (дата звернення 01.11.2023)
27. Фармакологія : підручник / І. С. Чекман, Н. О. Горчакова, І. Ю. Висоцький та ін. ; за ред. І.С. Чекмана. — 4-те вид. — Вінниця : Нова Книга, 2017. — 784 с.
28. <https://gradus.app/en/open-reports/>
29. <https://life.pravda.com.ua/society/2022/05/4/248512/>
30. <https://www.msdmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-related-disorders/acute-stress-disorder-asd>
31. https://www.whooc.no/atc_ddd_index/

32. Aleksandrovsky U. A. Disasters and Mental Health. *Disasters and Mental Health*. 2020. 144 p. doi: 10.33029/9704-5917-1-kat-2020-1-144. (access date 01.11.2023)
33. Bisson J. I., Olff M. Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021. Volume 12(1): 1824381. doi: 10.1080/ 20008198.2020.1824381. (access date 01.11.2023)
34. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019;18:259–269. doi: 10.1002/wps.20656. (access date 01.11.2023)
35. Espinoza R. T., Kellner C. H. Electroconvulsive Therapy. *N Engl J Med*. 2022;386(7):667–672. doi: 10.1056/NEJMra2034954. (access date 01.11.2023)
36. Selye H. *Stress Without Distress*. Philadelphia [Electronic source]. — Access : https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-2238-2_9 (access date 01.11.2023)
37. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys / K. C. Koenen, A. Ratanatharathorn, L. Ng, et al. // *Psychol Med*. 2017;47:2260–2274. doi: 10.1017/S0033291717000708. (access date 01.11.2023)
38. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014 / G. Y. Lim, W. W. Tam, Y. Lu // *Sci Rep*. 2018; 8(1):2861. doi: 10.1038/s41598-018-21243-x. (access date 01.11.2023)
39. Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review / A. Martin, M. Naunton, S. Kosari, et al. // *Journal of Clinical Medicine*. 2021. № 10(18): 4175. doi: 10.3390/jcm10184175. (access date 01.11.2023)
40. Merians AN, Spiller T, Harpaz-Rotem I, Krystal JH, Pietrzak RH. Post-traumatic Stress Disorder. *Med Clin North Am*. 2023 Jan;107(1):85-99. doi: 10.1016/j.mcna.2022.04.003. (access date 01.11.2023)
41. Pengpid S, Peltzer K. Prevalence and correlates of major depressive disorder among a national sample of middle-aged and older adults in India. *Aging*

Ment Health. 2023;27(1):81–86. doi: 10.1080/13607863.2021.2024796. (access date 01.11.2023)

42. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) / D. E. Jonah, K. Cusack, C. A. Fomeris, T. M. Wilkins [et al.] // Comparative Effectiveness Reviews. – 2013. – Vol. 92. – Report No.: 13-EHC011-EF . – 20p. (access date 01.11.2023)

43. Santomauro D, Herrera A, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott D, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet. 2021;398(10312):1700–1712. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7. (access date 01.11.2023)

44. Yin J, Song X, Wang C, Lin X, Miao M. Escitalopram versus other antidepressive agents for major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2023 Nov 24;23(1):876. doi: 10.1186/s12888-023-05382-8. (access date 01.11.2023)

ДОДАТКИ

ЗАТВЕРДЖЕНО

Завідувач кафедри клінічної фармакології
та клінічної фармації Національного
фармацевтичного університету

_____ проф. Ігор КІРЕЄВ

«12» грудня 2023 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для впровадження: удосконалення теоретичного і практичного підґрунтя для надання фармацевтом фармацевтичної опіки при відпуску безрецептурних та рецептурних лікарських препаратів для терапії стресу/стресових розладів.

2. Установа, її адреса, виконавці: кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації Національного фармацевтичного університету, 61057, м. Харків, вул. Пушкінська, 53; доцент Пропіснова Вікторія Володимирівна, здобувачка вищої освіти ГАЛУШКА Юлія.

3. Джерела інформації: 1. ГАЛУШКА Ю. «Розробка підходів до удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук»: кваліф. робота. — Харків : НФаУ, 2024. — 62 с.

4. Де впроваджено: в науково-педагогічний процес кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного фармацевтичного університету, дисципліни «Клінічна фармація та фармацевтична опіка», «Клінічна фармакологія», «Фармакотерапія з фармакокінетикою».

5. Результати впровадження: поглиблення знань здобувачів вищої освіти з питань раціональної фармакотерапії стресу/стресових розладів та фармацевтичної опіки хворих під час відпуску безрецептурних та рецептурних лікарських засобів.

6. Термін впровадження: 2023-24 навчальний рік.

7. Зауваження та пропозиції: не вносилися.

Обговорено та затверджено на засіданні кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного фармацевтичного університету, протокол № 21 від 12 грудня 2023 року.

Секретар кафедри

Катерина ТКАЧЕНКО

Національний фармацевтичний університет

Факультет фармацевтичних технологій та менеджменту
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація
Освітня програма Фармація

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
клінічної фармакології
та клінічної фармації

Ігор КІРЕЄВ

«12» вересня 2023 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Юлії ГАЛУШКИ

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Розробка підходів до удосконалення інформаційно-консультативної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук»
керівник кваліфікаційної роботи: Вікторія ПРОПІСНОВА, к.фарм.н., доцент
затверджений наказом НФаУ від «16» жовтня 2023 року № 229.
2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: грудень 2023 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: стрес, стресові розлади, вітчизняні та міжнародні рекомендації до терапії, клініко-фармацевтичний аналіз, раціональне застосування ліків, фармацевтична опіка, інформаційно-консультативна допомога, протокол фармацевта.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): аналіз сучасних даних щодо етіології, патогенезу, особливостей перебігу та ускладнень стресу, поняття стресових розладів; клініко-фармацевтичний аналіз номенклатури та дослідження практичного використання ЛПІ, що застосовуються для терапії стресу/стресових розладів; вивчення прихильності хворих до застосування лікарських засобів для лікування стресу/стресових розладів; розробка підходів до інформаційної та консультативної допомоги при відпуску безрецептурних та рецептурних лікарських засобів для фармакотерапії стресу/стресових розладів.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиць – 4, рисунків – 13.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРИЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
I	Вікторія ПРОПІСНОВА, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.
II	Вікторія ПРОПІСНОВА, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.
III	Вікторія ПРОПІСНОВА, доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.

7. Дата видачі завдання: «12» вересня 2023 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Пошук літературних джерел та їх аналіз.	вересень 2023 р.	виконано
2.	Складання огляду літератури.	вересень-жовтень 2023 р.	виконано
3.	Проведення дослідження: - розробка анкети - опитування відвідувачів аптеки щодо прихильності пацієнтів до терапії стресу та стресових розладів - клініко-фармакологічний аналіз ЛЗ, що застосовуються в терапії стресу та стресових розладів	жовтень-листопад 2023 р.	виконано
4.	Обробка та узагальнення отриманих результатів.	листопад 2023 р.	виконано
5.	Розробка і вдосконалення рекомендацій для працівників охорони здоров'я та пацієнта.	листопад-грудень 2023 р.	виконано
6.	Оформлення роботи.	грудень 2023 р.	виконано

Здобувач вищої освіти

Юлія ГАЛУШКА

Керівник кваліфікаційної роботи

Вікторія ПРОПІСНОВА

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 229
по Національному фармацевтичному університету
від 16 жовтня 2023 року

Про затвердження тем кваліфікаційних робіт

Затвердити теми кваліфікаційних робіт, керівників-консультантів та рецензентів здобувачам вищої освіти 5 курсу, спеціальність – 226 Фармація, промислова фармація, освітня програма – Фармація (для осіб, що мають ОКР «молодший спеціаліст» за напрямом «Медицина»), ступінь вищої освіти – магістр, термін навчання – 4 р. 6 міс., заочна форма здобуття освіти.

Прізвище, ім'я по батькові здобувача вищої освіти	Тема кваліфікаційної роботи (українською мовою)	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Керівник кваліфікаційної роботи	Рецензент кваліфікаційної роботи
Галушка Юлія Володимирівна	Розробка підходів до удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук	Development of approaches to the improvement of information and consultation assistance in responsible self-medication of stress of the pharmacy "Medservis" visitors in Kremenchuk city	доцент ЗВО кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, к. фарм. н., доцент Пропіснова В.В.	професор кафедри клінічної фармакології ПСКФ НФаУ, д.мед.н., професор Бездітко Н.В.

Ректор

Алла КОТВИЦЬКА

Вірно:

Декан факультету фармацевтичних технологій та менеджменту



Наталія ЖИВОРА

ВИСНОВОК

Комісії з академічної доброчесності про проведену експертизу

щодо академічного плагіату у кваліфікаційній роботі

здобувача вищої освіти

№ 125155 від « 29 » грудня 2023 р.

Проаналізувавши випускню кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти заочної форми навчання Галушки Юлії Володимирівни, 5 курсу, _____ групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Розробка підходів до удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук / Development of approaches to the improvement of information and consultation assistance in responsible self-medication of stress of the pharmacy "Medservis" visitors in Kremenchuk city», Комісія з академічної доброчесності дійшла висновку, що робота, представлена до Екзаменаційної комісії для захисту, виконана самостійно і не містить елементів академічного плагіату (копіляції).

**Голова комісії,
професор**



Інна ВЛАДИМИРОВА

17%

18%

ВІДГУК

**наукового керівника на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти
магістр, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація**

Юлії ГАЛУШКИ

**на тему: «Розробка підходів до удосконалення інформаційно-
консультаційної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у
відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук»**

Актуальність теми. Клінічна фармація та фармацевтична опіка є невід’ємними і важливішими складовими в діяльності сучасного фармацевта. Всебічна і якісна інформаційно-консультативна фармацевтична допомога пацієнту/представнику пацієнта при зверненні до аптеки робить свій внесок до вирішення загальної проблеми охорони здоров’я – раціонального застосування лікарських засобів. Важливим в цьому сенсі є надання фармацевтичної опіки при відпуску лікарських препаратів, рецептурних та безрецептурних, пацієнтам/представникам пацієнтів.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Результати роботи — узагальнені дані щодо підходів до застосування лікарських препаратів для терапії стресу/стресових розладів; клініко-фармакологічні особливості активних фармацевтичних інгредієнтів та їх комбінацій у різних лікарських формах — впроваджені до освітнього процесу кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного фармацевтичного університету і використовуються при викладанні дисциплін «Клінічна фармація та фармацевтична опіка», «Клінічна фармакологія», «Фармакотерапія з фармакокінетикою». Опрацьовано інформаційно-наочний матеріал для фармацевта при відпуску та для пацієнта при застосуванні лікарських засобів для терапії стресу/стресових розладів.

Оцінка роботи. У процесі виконання кваліфікаційної роботи здобувач Юлія ГАЛУШКА опанувала навички роботи з науковою літературою, закріпила теоретичні знання та опанувала практичні аспекти первинної діагностики та симптоматичного лікування стресу, практичні аспекти дослідження думки, здійснення фармацевтичної опіки та консультування пацієнтів/представників пацієнтів, навчилася збирати, систематизувати, аналізувати, узагальнювати інформацію, робити висновки та пропонувати рішення проблеми раціонального застосування ліків в межах компетенції фармацевта.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. За актуальністю, структурою, глибиною та обсягом наукових досліджень кваліфікаційна робота здобувачки вищої освіти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація Юлії ГАЛУШКИ «Розробка підходів до удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук» відповідає вимогам, які висуваються до кваліфікаційних робіт, і може бути надана до захисту до Екзаменаційної комісії.

Науковий керівник

_____ Вікторія ПРОПІСНОВА

«08» грудня 2023 р.

РЕЦЕНЗІЯ

**на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти магістр, спеціальності
226 Фармація, промислова фармація**

Юлії ГАЛУШКИ

на тему: «Розробка підходів до удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук»

Актуальність теми. Різке поширення стресових розладів в Україні, яке спостерігається за останні три роки, обумовлено двома головними факторами. Першим, є дворічний стан пандемії та карантинних умов протягом 2020-2021 рр., а другим, безумовно, повномасштабна збройна агресія російської федерації проти України. І якщо для інших країн світу після закінчення пандемії, стресові розлади з нею по'язані різко пішли вниз, то для України, навпаки, вони пішли угору. Надання інформаційно-консультаційної допомоги для своєчасного виявлення проблеми та скерування пацієнта до медичного фахівця, при відпуску рецептурних та безрецептурних ліків для терапії стресу/стресових розладів є важливим функціональним обов'язком сучасного фармацевта в Україні.

Теоретичний рівень роботи. Робота складена відповідно до вимог «Положення про порядок підготовки та захисту кваліфікаційних робіт у Національному фармацевтичному університеті»; містить передбачені розділи; зміст викладено логічно та послідовно; включає ілюстрації, в тому числі таблиці та рисунки; висновки сформульовані відповідно до поставлених завдань, базуються на результатах дослідження; список використаних джерел представлений сучасною науковою і навчальною літературою, в тому числі іноземною мовою.

Пропозиції автора з теми дослідження. Автор кваліфікаційної роботи пропонує конкретні шляхи удосконалення теоретичного і практичного підґрунтя

для надання фармацевтом фармацевтичної опіки населенню з питань раціонального застосування лікарських препаратів для терапії стресу/стресових розладів.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Результати роботи — узагальнені дані щодо підходів до застосування лікарських препаратів для терапії стресу/стресових розладів; клініко-фармакологічні особливості активних фармацевтичних інгредієнтів та їх комбінацій у різних лікарських формах — впроваджені до освітнього процесу кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного фармацевтичного університету і використовуються при викладанні освітніх компонент «Клінічна фармація та фармацевтична опіка», «Клінічна фармакологія», «Фармакотерапія з фармакокінетикою». Опрацьовано інформаційно-наочний матеріал для фармацевта при відпуску та для пацієнта при застосуванні лікарських засобів для терапії стресу/стресових розладів.

Недоліки роботи. В роботі присутні стилістичні та орфографічні помилки, є зауваження до оформлення окремих літературних посилань, що не впливає на зміст та значущість і загальне позитивне враження.

Загальний висновок і оцінка роботи. За актуальністю, структурою, глибиною та обсягом наукових досліджень кваліфікаційна робота здобувачки вищої освіти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація Юлії ГАЛУШКИ «Розробка підходів до удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук» відповідає вимогам, які висуваються до кваліфікаційних робіт, може бути надана до захисту до Екзаменаційної комісії, а автор заслуговує на присвоєння другого (магістерського) рівня вищої освіти.

Рецензент _____

проф. Наталія БЕЗДІТКО

«11» грудня 2023 р.

МОЗ України
Національний фармацевтичний університет

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ №21

Засідання кафедри _____ клінічної фармакології та клінічної фармації

м. Харків

«12» грудня 2023 р.

СЛУХАЛИ: Про представлення до захисту в Екзаменаційній комісії випускної кваліфікаційної роботи на тему: **«Розробка підходів до удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук» / «Development of approaches to the improvement of information and consultation assistance in responsible self-medication of stress of the pharmacy "Medservis" visitors in Kremenchuk city»**

здобувачки вищої освіти 5 курсу, спеціальність – 226 Фармація, промислова фармація, освітня програма – Фармація, (для осіб, що мають ОКР «молодший спеціаліст» за напрямом «Медицина»), ступінь вищої освіти – магістр, термін навчання – 4 р. 6 міс., заочна форма здобуття освіти, НФаУ 2024 року випуску

Галушки Юлії Володимирівни

прізвище, ім'я та по батькові

Керівник: доцент закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, к.фарм.н., доцент Пропіснова В.В.

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології ПІКСФ, д.мед.н., професор Бездітко Н.В.

В обговоренні кваліфікаційної роботи брали участь:

Зав. кафедри, проф. І.В. Кіреєв; проф. К.Г. Щокіна; доц. Н.П. Безутла; доц. В.В. Пропіснова; доц. І.А. Отрішко; доц. К.М. Ткаченко; ас. К.В. Ветрова.

ПОСТАНОВИЛИ: Рекомендувати до захисту в ЕК кваліфікаційну роботу здобувачки вищої освіти

Галушки Юлії Володимирівни

прізвище, ім'я та по батькові

на тему: «Розробка підходів до удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук» / «Development of approaches to the improvement of information and consultation assistance in responsible self-medication of stress of the pharmacy "Medservis" visitors in Kremenchuk city»

Завідувач кафедри



(підпис)

Ігор КІРЕЄВ

Секретар



(підпис)

Катерина ТКАЧЕНКО

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ПОДАННЯ ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Направляється здобувачка вищої освіти Юлія ГАЛУШКА до захисту кваліфікаційної роботи за галуззю знань 22 Охорона здоров'я спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація освітньою програмою Фармація на тему: «Розробка підходів до удосконалення інформаційно-консультаційної допомоги при відповідальному самолікуванні стресу у відвідувачів аптеки «Медсервіс» м. Кременчук».

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Наталія ЖИВОРА /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувачка вищої освіти Юлія ГАЛУШКА виконала кваліфікаційну роботу згідно запланованих термінів та змісту: підготовлено огляд літератури, проаналізовано документацію, яка регламентує надання медичної допомоги пацієнтам із стресом/стресовими розладами; за допомогою анкетування досліджено досвід використання та структуру прихильності населення до засобів для лікування стресом/стресовими розладами; на підставі даних державної реєстрації лікарських засобів здійснено клініко-фармакологічний та клініко-фармацевтичний аналіз ЛП, зареєстрованих в Україні; опрацьовано інформаційно-наочний матеріал для фармацевта при відпуску та для пацієнта при застосуванні лікарських засобів для терапії стресу/стресових розладів. За структурою та змістом кваліфікаційна робота відповідає вимогам та рекомендується до захисту в Екзаменаційній комісії.

Керівник кваліфікаційної роботи _____ Вікторія ПРОПІСНОВА

«08» грудня 2023 р.

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувачка вищої освіти Юлія ГАЛУШКА допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри
клінічної фармакології
та клінічної фармації

_____ Ігор КІРЕЄВ

«12» грудня 2023 року

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

«___» лютого 2024 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

кандидат фармацевтичних наук, доцент

_____ / Олександр СУРІКОВ /