

Дніпровський державний медичний університет
Кафедра фармакології, загальної та клінічної фармації

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
на тему: «АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ АНКЕТУВАННЯ
ПРОВІЗОРІВ/ФАРМАЦЕВТІВ ЩОДО РАЦІОНАЛЬНОГО
ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ
КАШЛЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ»

Виконала: студентка денної форми навчання
 спеціальності 226 «Фармація, промислова фармація»

ІПБ: **ЕЛБІХІ ХАФСА**

Керівник: ІПБ: **КАЙДАШ СВІТЛАНА ПЕТРІВНА**

Рецензент: ПІБ: д.мед.н., проф. **МАКАРЕНКО О.В.**

Рекомендовано до захисту:
 протокол засідання кафедри
 № 17 від 2 червня 2025 р.
 Завідувач кафедри
 к.фарм.н., доц. Антон ІСВИХ

Захищено на засіданні ЕК
 протокол №3 від «16»червня 2025 р.
 Оцінка «добре» /146 / D
 (за національною шкалою/ за
 шкалою ECTS/ бал)
 Голова ЕК
 к.фарм.н., доц. Антон ІСВИХ

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень	3
ВСТУП	4
Актуальність теми	4
Мета і завдання дослідження	4
Об'єкт і предмет дослідження	5
Методи дослідження	5
Практичне значення	5
Структура роботи	5
Анотація	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ	8
1.1. Фізіологія кашлю: механізми виникнення, класифікація	8
1.2. Основні причини та клінічні особливості кашлю різного походження	12
1.3. Сучасні підходи до фармакотерапії кашлю	13
1.4. Лікарські засоби для симптоматичного лікування кашлю	18
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ДУМКИ ПРОВІЗОРІВ/ФАРМАЦЕВТІВ ЩОДО РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛЗ ПРИ КАШЛІ	22
2.1. Мета, завдання та методологія анкетування	22
2.2. Загальна характеристика респондентів	24
2.3. Аналіз результатів анкетування провізорів/фармацевтів стосовно раціонального та безпечного застосування лікарських засобів для лікування кашлю різного генезу	27
2.4. Визначення проблемних аспектів при фармопіції хворих з кашлем на результатах проведеного анкетування провізорів/фармацевтів	38
РОЗДІЛ 3. ОПТИМІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЩОДО РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛЗ ПРИ КАШЛІ	40
3.1. Пропозиції щодо оптимізації фармацевтичного супроводу пацієнтів із кашлем	40
ВИСНОВОК	42
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	43
ДОДАТКИ	45
Анкета для провізорів/фармацевтів	

Перелік умовних позначень

ЛЗ – лікарський засіб

ІВДПІ - інфекції верхніх дихальних шляхів

ІДШ - нижні дихальні шляхи

ГБ - гострий бронхіт

ГЕРХ - гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба

ВСТУП

Актуальність теми

Капель є однією з найпоширеніших скарг, з якою звертаються пацієнти до медичних працівників, зокрема й до провізорів/фармацевтів в аптеках. Він може мати різне походження: вірусне, бактеріальне, алергічне, рефлекторне тощо. Залежно від генезу кашлю призначаються відповідні лікарські засоби — муколітики, протикашльові препарати, відхаркувальні засоби тощо. У зв'язку з широким асортиментом лікарських засобів на фармацевтичному ринку та частими зверненнями пацієнтів за порадою до провізора/фармацевта, особливого значення набуває раціональний підхід до вибору препарату. Саме тому дослідження рівня поінформованості та практичних підходів провізорів/фармацевтів до рекомендації ЛЗ для лікування кашлю є надзвичайно актуальним.

Мета дослідження

Визначити рівень обізнаності та підходи провізорів/фармацевтів до раціонального застосування лікарських засобів для лікування кашлю різного генезу на основі аналізу результатів анкетування, а також розробити рекомендації щодо підвищення ефективності фармацевтичного консультування в даному напрямку.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасні теоретичні підходи до класифікації кашлю та фармакотерапії при різних його формах.
2. Охарактеризувати основні групи лікарських засобів, що застосовуються при кашлі різного генезу.
3. Розробити анкету для опитування провізорів/фармацевтів щодо їхньої практики рекомендації ЛЗ для лікування кашлю.

4. Провести анкетування та систематизувати отримані результати.

5. Визначити ключові проблеми та перешкоди у практиці призначення або рекомендації ЛЗ при кашлі.

6. Запропонувати практичні рекомендації щодо оптимізації фармацевтичного супроводу пацієнтів із кашлем.

Об'єкт і предмет дослідження

Фармацевтична діяльність, пов'язана з рекомендацією лікарських засобів для лікування кашлю. Підходи та рівень обізнаності провізорів/фармацевтів щодо раціонального застосування ЛЗ при кашлі різного генезу.

Методи дослідження

Контент-аналіз наукових джерел, анкетування, статистична обробка даних, порівняльний аналіз.

Практичне значення

Результати дослідження можуть бути використані для підвищення ефективності фармацевтичного консультування, удосконалення навчальних програм для провізорів/фармацевтів, а також для впровадження алгоритмів вибору ЛЗ при кашлі в аптечній практиці.

Структура роботи

Кваліфікаційна робота має 47 сторінок, складається з вступу та 3 розділів, включає висновки, анотацію, перелік умовних скорочень та список використаних джерел. Включає 22 рис., 1 додаток. Кількість використаних джерел – 17.

Анотація

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню підходів фармацевтів до раціонального застосування лікарських засобів (ЛЗ) для лікування кашлю різного генезу. У роботі розглянуто фізіологічні та клінічні аспекти кашлю, охарактеризовано основні групи ЛЗ, що використовуються для його усунення, та наведено сучасні підходи до фармакотерапії відповідно до етіології та типу кашлю.

З метою оцінки обізнаності фармацевтів було проведено анкетування, результати якого дозволили виявити типові практики рекомендацій ЛЗ, частоту використання певних фармакологічних груп, а також поширені помилки при фармацевтичному консультуванні пацієнтів із симптомами кашлю. Аналіз відповідей дав змогу виявити ключові проблеми та окреслити напрями оптимізації фармацевтичної практики.

На основі результатів дослідження сформульовано практичні рекомендації щодо покращення якості фармацевтичного обслуговування, підвищення кваліфікації фармацевтів та впровадження алгоритмів для раціонального вибору ЛЗ при кашлі.

Ключові слова: Гострий бронхіт, гостра респіраторна вірусна інфекція, кашель, муколітик.

Annotation

This qualification thesis is devoted to the study of pharmacists' approaches to the rational use of medicinal products for the treatment of coughs of various origins. The paper presents a review of the physiological and clinical aspects of cough, characterizes the main pharmacological groups of antitussive and expectorant medications, and outlines modern strategies for cough pharmacotherapy based on its etiology and type (dry or productive).

To assess the level of pharmacists' awareness, a survey was conducted. Its results revealed common practices in recommending medicinal products, the frequency of using particular pharmacological groups, and typical errors in patient counseling related to cough treatment. The analysis of survey responses made it possible to identify key challenges and define directions for optimizing pharmaceutical practice.

Based on the findings, practical recommendations were developed to improve the quality of pharmaceutical services, enhance pharmacists' professional competence, and implement decision-making algorithms for the rational selection of medications for different types of cough.

Keywords: Acute bronchitis, acute respiratory viral infection, cough, mucolytic.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ КАШЛЮ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

1.1. Фізіологія кашлю: механізми виникнення, класифікація

Кашель – це рефлекторний акт, спрямований на очищення дихальних шляхів; як правило, відбувається при закритій голосовій щілині та має характерний звук. Кашель виникає при механічному подразненні рецепторів носа, вух, задньої стінки глотки, трахеї, бронхів, плеври, діафрагми, перикарда і стравоходу. Вплив зовнішніх і внутрішніх факторів, таких як коливання температури і вологості повітря, аерополутантів, тютюнового диму, назального слизу, мокротиння, запалення слизових дихальних шляхів та ін., призводить до формування рефлекторної дуги, що закінчується в кашльовому центрі довгастого мозку. У нормі кашель виконує захисну функцію, сприяючи виведенню з дихальних шляхів секрету, сторонніх тіл і подразнюючих речовин[1]. Кашель напряду пов'язаний зі стимуляцією сенсорних нервів у слизовій оболонці глотки, гортані, трахеї та бронхів, і його поява зазвичай пов'язана зі стимуляцією рецепторів такими чинниками, як гіперпродукція мокротиння, термічний/хімічний/механічний вплив та бронхоспазм (дивись рисунок 1.1)[2].

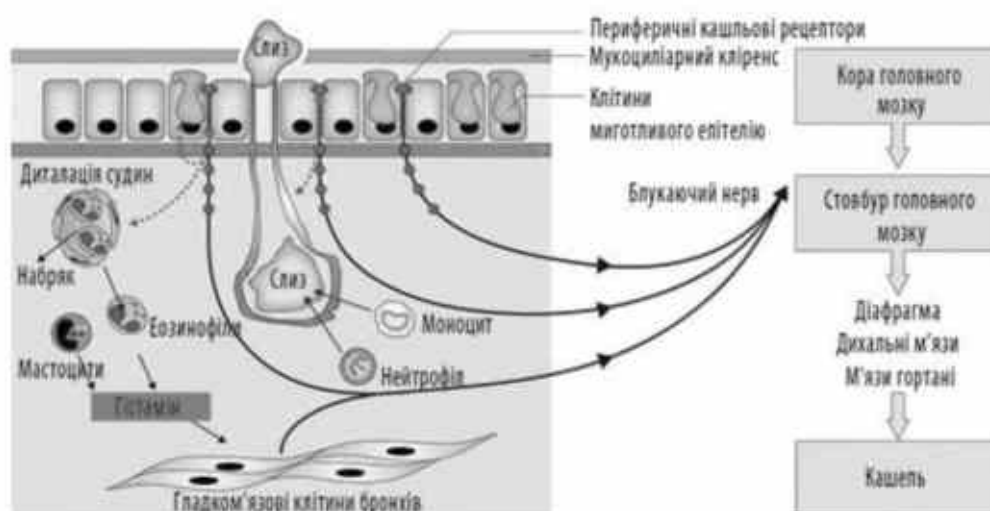


Рис. 1.1 Патогенез кашлю

Капель як захисний рефлекс включає 5 компонентів:

- периферичні кашльові рецептори: ніс, гортань, назухи носа, трахея, слухова труба, бронхи, плевра, плунок, перикард, діафрагма та ін.;
- аферентні нерви;
- кашльовий центр довгастого мозку;
- еферентні нерви;
- ефектори: дихальні м'язи, м'язи гортані та діафрагма[2].

Частота та інтенсивність кашлю залежать не тільки від сили подразника і його локалізації в органах дихання, а й від індивідуальної збудливості кашльових рецепторів. Розрізняють фізіологічний і патологічний кашель.

За характером кашель поділяють на:

- **сухий (непродуктивний)** – без виділення мокротиння;
- **вологий (продуктивний)** – супроводжується відхаркуванням слизу.

Утворення бронхіального секрету (мокроти) – одна з обов'язкових умов нормального функціонування бронхіального дерева, є фізіологічним складником, і являє собою суміш слизового секрету дихальних шляхів з виділеннями носа, слюнки і слиною (в нормі утворюється до 100 мл/добу, більша частина - проковтується). Зазвичай в бронхіальному секреті також виявляються легенеий сурфактант та клітинні елементи: альвеолярні макрофаги, лімфоцити. В нормальних умовах мокрота має бактерицидні властивості, містить імуноглобуліни і неспецифічні фактори захисту (лізоцим та ін.). Склад мокротиння: за фізико-хімічною структурою є багатокомпонентним колоїдним розчином, що складається з двох фаз: більш рідкої (золь) і нерозчинної (гель). Золь покриває апікальні поверхні мукоциліарних клітин, містить електроліти, білки, ферменти, біологічно активні компоненти. Гель має фібрилярну структуру, утворюється з глікопротеїнових комплексів муцинів, з'єднаних

дисульфідними містками. Злагоджена дія всіх компонентів «конвеєрного механізму» (війчастого епітелію, секреторних складових та слизу) забезпечує ефективність мукоциліарного транспорту (рис. 2)[1].

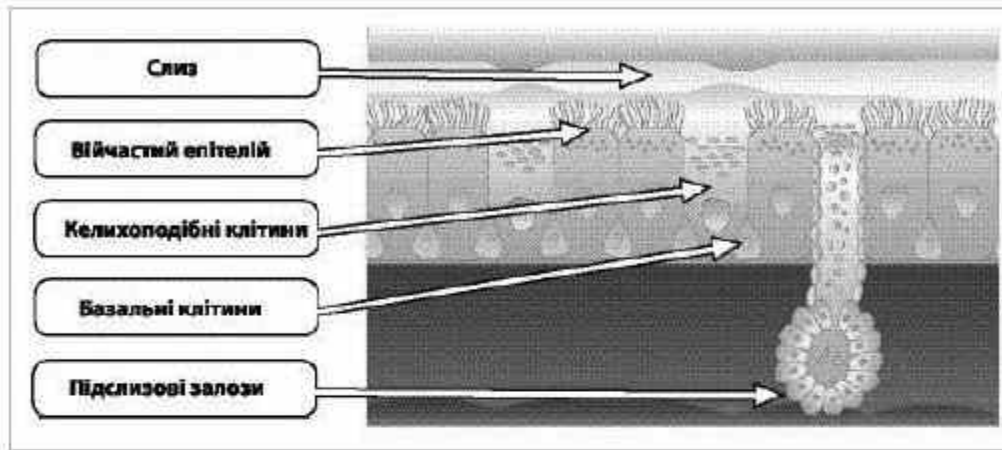


Рис. 1.2 Схема мукоциліарного апарату

Запалення органів дихання, як правило, супроводжується компенсаторним збільшенням слизоутворення. Змінюється і склад трахеобронхіального секрету: зменшується вміст води і підвищується концентрація муцинів, тобто, збільшується в'язкість мокротиння.

Таким чином, надлишок в'язкої мокроти в дихальних шляхах – це:

- джерело подразнення рецепторів - чутливих закінчень (=> відхаркування, відкашлювання, кашель, спазм бронхів);
- фактор підвищеної адгезії (прилипання) патогенних мікроорганізмів до слизових респіраторного тракту, а також оптимальне живильне середовище для бактерій, вірусів, що створює сприятливі умови для їх розмноження;
- фактор, що порушує трофіку слизової, погіршує мукоциліарний кліренс та фактор, що знижує бактерицидні властивості бронхіального секрету за рахунок зменшення в ньому концентрації секреторного IgA.

Такі порушення дренажної функції бронхіального дерева можуть призвести не тільки до вентиляційних порушень, а й до зниження місцевого імунологічного захисту дихальних шляхів, з високим ризиком затяжного перебігу запального процесу і його хронізації[1].

За тривалістю, характером мокротиння та етіологією кашель буває:

гострий (до 3 тижнів):

- продуктивний: гострий бронхіт, пневмонія;
- непродуктивний: гострі респіраторні вірусні захворювання (ГРВІ), алергічний риніт, гострий синусит, зовнішній отит, аспірація стороннього тіла, медикаментозний (наприклад, інгібітори АІФ, ін.) ;

хронічний (понад 8 тижнів):

- продуктивний: хронічний бронхіт, новоутворення бронхів, муковісцидоз, серцева недостатність;
- непродуктивний: бронхіальна астма (кашльовий варіант), хронічні запальні процеси носоглотки, інтерстиціальні хвороби легень, кашлюк, псевдотуберкульоз[2].

Гострий кашель, як правило, є наслідком вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів (ВДШ) та регресує протягом визначеного вище часу. Кашель, спричинений ВДШ, що триває більше 3 тиж, зазвичай називають «поствірусний кашель». Причини кашлю у проміжний період між 3-м та 8-м тижнями визначити важко. Гострий кашель, як правило, спричинений вірусами, тропними до верхніх дихальних шляхів (ВДШ), втім може мати й іншу причину (пневмонія або потрапляння стороннього тіла у дихальні шляхи тощо). Тривалість одного випадку кашлю, викликаного ВДШ, різна, втім рідко перевищує 2 тиж. Гранична тривалість хронічного кашлю впродовж 2 міс є довільною та була визначена на основі даних США та країн Європи[1].

Таким чином, кашель є захисною реакцією дихальної системи, що спрямована на очищення дихальних шляхів від слизу, пилу, сторонніх часток та патогенних мікроорганізмів. Він виникає в результаті подразнення рецепторів кашльового рефлексу, розташованих у дихальних шляхах, плеврі, діафрагмі та шлунку. Однак захисну функцію кашель може виконувати тільки за певних реологічних властивостей мокротиння.

1.2. Основні причини та клінічні особливості кашлю різного генезу

Кожна форма кашлю має свої причини та специфіку перебігу. Сухий (непродуктивний) кашель частіше виникає при запаленні верхніх дихальних шляхів (ВДШ), у патогенезі - набряк слизової оболонки бронхів, бронхоспазм, роздразнювання кашльових рецепторів. Вологий (продуктивний) кашель частіше виникає при запаленні нижніх дихальних шляхів (НДШ), у патогенезі - запалення слизової оболонки бронхів, порушення мукоциліарного кліренсу, ексудат / трансудат бронхіального секрету.

- При вірусних інфекціях на початку переважає сухий кашель (1-3 дні), який пізніше переходить у вологий;
- При алергічних станах, бронхіальній астмі спостерігається спастичний, сухий, нічний кашель або після впливу холоду чи фізичного навантаження, іноді зі скудною, склянодібною мокротою;
- При ГЕРХ (гастроезофагеальній рефлюксній хворобі) – рефлексорний кашель, має зв'язок після прийому їжі;
- При серцевій недостатності – вологий кашель з "пінистим" мокротинням, особливо вночі.
- При прийомі гіпотензивних ЛЗ інгібіторів АІІФ – сухий кашель, покахивання (через фармакодинамічне підвищення рівня брадикініну)- звернутися до лікаря для зміни гіпотензивного ЛЗ.

У більшості випадків кашлю, необхідно звернутися до лікаря для дообстеження та призначення лікування.

Терапія кашлю в першу чергу полягає в усуненні його причини, тобто лікуванні захворювання, що викликало кашель. Найбільш ефективна етіотропна терапія кашлю, яка передбачає або усунення причини кашлю (відміна препаратів, що викликають кашель, усунення контакту з алергеном, відмова від куріння), або ліквідацію патологічного процесу, що став причиною кашлю (антибактеріальна терапія пневмонії та інших респіраторних інфекцій, терапія ГЕРХ, компенсація хронічної серцевої недостатності тощо).

Крім цього, існує симптоматичне лікування, яке полягає або в пригніченні кашльового рефлексу за допомогою протикашльових препаратів при надмірному виснажливому кашлі, або в стимуляції МЦК для кращого відхаркування мокротиння і зменшення запалення в дихальних шляхах[1].

1.3. Сучасні підходи до фармакотерапії кашлю

Найчастіша причина кашлю при зверненні до фармацевта це- гострий бронхіт (ГБ). Термін «гострий бронхіт» зазвичай позначає гостру інфекцію дихальних шляхів, при якій переважно спостерігається кашель з мокротинням або без нього (в деяких випадках - самообмежування бронхіальною гіперреактивністю).

Більше 90% випадків гострого бронхіту мають небактеріальну причину. Зазвичай причиною є віруси, серед яких виділяються віруси грипу А та В, але також можна виділити: парагрип, коронавірус, риновірус, респіраторно-синцитіальний вірус (РСВ) та метаневмовірус, на що впливають характер епідемії та пора року. У меншості хворих бактерії ідентифікуються як відповідальні за захворювання. Атипові бактерії відіграють важливу роль у виникненні гострого бронхіту, серед яких виділяються *Bordetella pertussis*, *Mycoplasma pneumoniae* та *Chlamydia pneumoniae*. Збудника хвороби вдається виявити лише у 16–40% випадків[4]. Також, існують і неінфекційні причини гострого бронхіту: паління (у тому числі, канабісу), повітряні алергени, поллютанти та ін.

Переважання кашлю та супутніх клінічних ознак, що свідчать про гостру інфекцію верхніх дихальних шляхів, таких як біль у горлі або ринорея, зазвичай використовується для диференціації бронхіту від інших гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів. Перш за все, необхідно виключити пневмонію. Багато пацієнтів, лікарів і фармацевтів вважають, що гнійне мокротиння свідчить про наявність бактеріальної інфекції та є показанням до антибіотикотерапії. Але, слід зазначити, що нагноєння виникає переважно за наявності запальних клітин або відшарування епітеліальних клітин слизової оболонки, і може бути наслідком як вірусної, так і бактеріальної інфекції[3].

Загальні рекомендації по лікуванню кашлю при гострому бронхіті:

- достатня гідратація (1,5-2,0 л фізіологічних об'ємів рідини), для зменшення інтоксикації та полегшення відходження мокротиння;
- часте провітрювання та зволоження повітря у приміщенні (використовувати зволожувач повітря, не використовувати кондиціонер!)
- відмова від паління, у тому числі пасивного
- економний режим, дієта
- гігієна рук
- надайте реалістичні очікування щодо тривалості кашлю у пацієнта (зазвичай триватиме від 10 до 14 днів)
- консультація лікаря (у разі необхідності).

Згідно рекомендацій, **етіотропна фармакотерапія** включає:

Антибіотики

Рутинне застосування антибіотиків не рекомендується при неускладненому гострому бронхіті, незалежно від тривалості кашлю. Їх використання виправдане лише за підозри на коклюшну інфекцію (*Bordetella pertussis*) або паракоклюшну інфекцію (*parapertussis*). Показано лікування

макролідами або, за відсутності такої можливості, триметопримом/сульфаметоксазолом.

Противірусні засоби

У випадках тяжкого варіанту гострого бронхіту, при якому вірус грипу А або В ідентифіковані, важливо розпочати лікування протягом перших 48 годин для підвищення ефективності інгібіторами нейрамінідази: у інгаляційній (запамівір) та пероральній (осельтамівір) формах, що скорочує тривалість симптомів.

До симптоматичної терапії належать:

Бета-2 агоністи

Систематичне застосування не рекомендується при гострому бронхіті. Використання інгаляційних бета-2-адреноміметиків може бути корисним для підгрупи пацієнтів з хронічним обмеженням дихального потоку та хрипами. Також бронходилататори ефективні у пацієнтів з неускладненим гострим бронхітом та наявною бронхіальною гіперреактивністю.

Протикашльові засоби

Використання протикашльових препаратів, таких як кодеїн або декстрометорфан, корисне як короткочасне симптоматичне лікування для полегшення кашлю у пацієнтів із хронічним кашлем (тривалістю >3 тижнів). Гострий або ранній кашель, спричинений застудою чи іншими вірусними інфекціями ВДПІ, здається, не реагує на протикашльові засоби.

Муколітики

Систематичне застосування не рекомендується при гострому бронхіті[3,4].

Відповідно до сучасних даних, актуальною є проблема невідповідного лікування, що викликає поліфармацію, практику призначення препаратів off-

label, призначення одночасно препаратів із протикашльовим та муколітичним механізмами дії, раніше необгрунтовану антибіотикотерапію та нерациональне використання небулайзерної терапії, застосування компресів, гірчичників, розтирань із ароматичними бальзамами, парових інгаляцій. Усе зазначене є помилковим та повинно бути викорінено із сучасної практики[5].

При кашлі алергічної етіології в сезон лікування доцільним є застосування антигістамінних препаратів II покоління та інтраназальних кортикостероїдів або антигістамінних препаратів III покоління з протикашльовими препаратами.

При фармаконагляді хворого з кашлем, фармацевту необхідно:

- з'ясувати інформацію про тривалість кашлю, попереднє лікування,
- надати загальні рекомендації по лікуванню кашлю,
- виключити або виявити загрозливі симптоми (які вимагають негайного звернення до лікаря)
- за відсутності загрозливих симптомів, здійснити відпуск безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування кашлю.

До загрозливих симптомів, які вимагають негайного звернення до лікаря, відносяться:

- 1) кашель триває більше, ніж тиждень та інтенсивність його зростає;
- 2) кашель супроводжується стійким тривалим (протягом 2-х тижнів) підвищенням температури 37.5-38 С°;
- 3) кашель супроводжується високою (вище 38-39 С°) температурою протягом 2-х або більше діб;
- 4) кашель супроводжується задишкою, болем в грудній клітці при диханні;
- 5) кашель супроводжується відділенням густого зеленуватого мокротиння або мокротиння з прожилками крові;

6) кашель супроводжується нападами ядухи, слабкістю, зниженням маси тіла;

7) кашель супроводжується рясним потовиділенням (особливо вночі), пропасницею;

8) раптовий падає сильного кашлю;

9) інтенсивний кашель протягом години без перерви;

10) рясне виділення мокротиння;

11) зміна голосу.

12) самолікування кашлю можливе у випадку гострих респіраторних захворювань, ларингіту, трахеїту, на початкових стадіях гострого бронхіту,

при

вдихання подразнюючих речовин (за умови задовільного загального стану пацієнта)!

13) якщо протягом 2-х діб після проведення симптоматичного лікування кашель зберігається, необхідно обов'язково звернутись до лікаря[6].

Підсумовуючи сучасні міжнародні рекомендації з лікування кашлю, необхідно підкреслити, що першочерговим завданням є визначення причини кашлю і виключення тяжких захворювань. Більшість випадків гострого кашлю пов'язані з респіраторними інфекціями ВДШ, тому, зважаючи на вірусну природу ГРВІ, гострого бронхіту, призначення антибіотиків не рекомендовано; протівірусні препарати можуть бути призначені у випадках важкого варіанту гострого бронхіту (наприклад, при грипі А або В з ідентифікацією вірусу), але важливо розпочати лікування протягом перших 48 годин для підвищення ефективності та скорочення тривалості симптомів. Враховуючи, що у більшості хворих гострий бронхіт минає самостійно, - в деяких випадках потрібно лише симптоматичне лікування кашлю. Не слід рутинно призначати препарати, що пригнічують кашльовий рефлекс, антигістамінні засоби та деконгестанти, оскільки за ефективністю при гострому кашлі вони не відрізняються від плацебо і можуть призводити до побічних ефектів. Специфічні причини кашлю

(бронхіальна астма, круп, пневмонія і т.д.) необхідно лікувати згідно з відповідними керівництвами[7].

1.4. Лікарські засоби для симптоматичного лікування кашлю

Зазвичай в основі вибору симптоматичного лікування лежить характеристика кашлю, а саме – наявність чи відсутність мокротиння (відповідно сухий або продуктивний кашель).

Сухий, нав'язливий, болісний кашель, що порушує сон і знижує якість життя пацієнта, вимагає симптоматичного лікування з призначенням протикашльових лікарських засобів:

1) центральної дії:

- наркотичні: кодеїну фосфат, декстрометорфану гідробромід, морфіну хлорид, етилморфіну гідрохлорид;): **відпускаються за рецептом, тому потребують консультації лікаря!**
- ценыаркотичні: бутамірату цитрат, глауцину гідрохлорид, окселадіну цитрат, пентоксиверин тощо): **відпускаються без рецепта!**

2) периферійної дії:

(преноксдіазин, леводропропізид тощо): **відпускаються без рецепта!**

3) препарати з опосередкованим протикашльовим ефектом

4) комбіновані препарати.

Прийом протикашльових препаратів виправданий у тих випадках, коли кашель обумовлений не стільки порушенням МПЖ, скільки подразненням рефлексогенних зон. При менеджменті пацієнтів із кашлем необхідно пам'ятати, що лікування показано лише у тому разі, коли наявний сухий подразливий кашель, який погіршує самопочуття, впливає на загальний стан і якість життя[8].

Застереження до прийому безрецептурних протикашльових ЛЗ:

- глауцин та бутамірат можуть знижувати АТ;
- бутамірат, окселадин притівають ЦНС (знижують увагу та реакцію), тому їх не призначають водіям та особам інших професій, які потребують підвищеної уваги);
- бутамірат, окселадин не можна поєднувати з алкоголем.

Для полегшення відкашлювання або при вологому кашлі, який супроводжується важко відокремлюваним, в'язким мокротинням, використовують муколітичні засоби. Сучасні препарати мають як мукорегуляторну, так і муколітичну дію, що нерідко визначає універсальні показання до їх застосування при гострих і хронічних захворюваннях верхніх та нижніх дихальних шляхів, **відпускаються без рецепта.**

Муколітики:

1. - прямі тіолові (ацетилцистеїн, карбоцистеїн)

- непрямі тіолові (ердостеїн);

2. стимулятори синтезу сурфактанту (амброксол, бромгексин);

3. Мукокінетики / експекторанти: алтея лікарська, гвайфенезин, листя евкаліпту, подорожник великий, корінь солодки, листя шлоса, трава чебрецю; комбіновані лікарські засоби рослинного походження[6].

ХАРАКТЕРИСТИКА СУЧАСНИХ МУКОЛІТИКІВ

Ацетилцистеїн (похідне амінокислоти цистеїну, має ацетильну групу) – муколітичний препарат із прямою дією на молекулярну структуру слизу. У молекулі ацетилцистеїну містяться сульфгідрильні групи, які розривають дисульфідні зв'язки кислих мукополісахаридів мокротиння, і це призводить до зменшення в'язкості слизу, воно легше відділяється при кашлі. Ацетилцистеїн

зберігає активність за наявності гнійного мокротиння, руйнує бактеріальні біоплівки. Також сульфгідрильні групи ацетицистеїну можуть інактивувати антибіотики, тому треба інтервал 2 год між прийомом. Виявляє антиоксидантну (підвищує синтез глутатіону) та дезінтоксикаційну дію (є антидотом при передозуванні парацетамолом). Ацетицистеїн може спровокувати бронхоспазм, особливо у хворих з БА, також викликає диспепсію, подразнення слизової оболонки ШКТ. Ацетицистеїн, окрім пероральних форм, часто використовується також інгаляційно або внутрішньовенно.

Карбоцистеїн (також похідне амінокислоти цистеїну, але з карбоксиметильною групою) - має одночасно муколітичний і мукорегулюючий ефекти (тобто не тільки розріджує, але й нормалізує склад мокротиння). Може посилювати бронхоспазм, тому протипоказаний при кашлі з бронхообструктивним компонентом. Малоефективний при аерозольному застосуванні, зазвичай приймається перорально. Карбоцистеїн не має антидотної дії, але краще переноситься шлунково-кишковим трактом, ніж ацетицистеїн.

Ердостеїн - є неактивними проліками, які швидко метаболізуються у печінці. Завдяки відсутності вільних тіолових груп, ердостеїн (на відміну від ацетицистеїну та його комбінацій) не подразнює слизову оболонку шлунка, також відсутній ризик інактивації антибіотика, тому, на відміну від зазначених вище препаратів, не треба робити перерву 2 години. Друга важлива перевага препарату – його протизапальна дія, було доведено, що ердостеїн впливає не лише на бактеріальне, але й на алергічне запалення. Також, ердостеїн потенціює дію антибіотиків, значно збільшує їх концентрацію в мокротинні[5].

Амброксол – є золотим стандартом муколітичної терапії, відноситься до муколітичних препаратів нового покоління, є метаболітом бромгексину і забезпечує більш виражений відхаркувальний ефект, сприяє продукції якісно зміненого секрету. Також має протизапальний ефект, імуномодуючу дію, антиоксидантні властивості, не провокує бронхообструкції. Важливою особливістю амброксолу є його здатність збільшувати вміст сурфактанту в

легенях (при вірусній інфекції посилює утворення сурфактанту в 1,5-1,7 рази, а протеїн А сурфактанту безпосередньо взаємодіє з гематогенним вірусом і нейтралізує його). Також має синергізм з антибіотиками, підвищує їх біодоступність (пеніцилінів, макролідів).

Комбіновані муколітичні засоби представлені широким різноманіттям препаратів. Крім посидиць кількох мукоактивних компонентів, вони можуть містити бронхолітики, деконгестанти, антигістамінні, протикашльові, жарознижувальні, антисептичні компоненти рослинного, мінерального або хімічного походження. Інші засоби, що регулюють бронхіальну секрецію, представлені різноманітними гомеопатичними та фітотерапевтичними препаратами[1].

N.B! Відхаркувальні лікарські засоби не можна поєднувати з препаратами, які гальмують кашльовий рефлекс (протикашльові засоби центральної та периферичної дії) та з антигістамінними лікарськими засобами I покоління, які згупчують мокротиння, також відхаркувальні засоби не призначають одночасно з лікарськими препаратами, які зневоднюють організм пацієнта (сечогінні, проносні тощо)[6].

РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ДУМКИ ПРОВІЗОРІВ/ФАРМАЦЕВТІВ ЩОДО РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛЗ ПРИ КАШЛІ

2.1. Мета, завдання та методологія анкетування

Мета анкетування полягає у виявленні рівня обізнаності, підходів та практичних навичок провізорів/фармацевтів щодо рекомендації лікарських засобів для лікування кашлю залежно від його етіології та характеру, а також визначення основних труднощів, з якими стикаються провізори/фармацевти в аптечній практиці при консультуванні пацієнтів із симптомами кашлю.

Завдання анкетування:

- Зібрати інформацію про знання провізорів/фармацевтів щодо класифікації кашлю;
- Визначити найбільш часто рекомендовані групи лікарських засобів залежно від типу кашлю;
- Встановити рівень дотримання принципів раціональної фармакотерапії;
- Виявити потребу у додатковому навчанні чи методичній підтримці провізорів/фармацевтів.

Методологія дослідження:

- Тип дослідження: кількісне (анкета має переважно закриті запитання), описове, онлайн-опитувальне (використовувалась Google - форма) дослідження.
- Інструмент дослідження: анонімна анкета, розроблена автором на основі аналізу фахової літератури та практичних рекомендацій МОЗ України та ВООЗ.
- Форма проведення: онлайн (через Google - форму).
- Кількість запитань: 20, включаючи як закриті, так і напіввідкриті.

- Цільова аудиторія: провізори та фармацевти, які працюють в аптечних закладах м. Дніпра (державна та приватна форма власності).
- Вибірка: 42 респондента.
- Строк проведення опитування: протягом одного календарного місяця.
- Методи аналізу: описова статистика (визначення частот, середніх значень), побудова діаграм для наочного представлення результатів.

Розроблення анкети для опитування провізорів/фармацевтів та безпосередньо сам процес анкетування – є соціальним методом дослідження. Анкетування проводилось анонімно, тобто, вірогідність правдивих відповідей висока. При отриманні відповідей застосовувався графічний метод демонстрації, який тісно пов'язаний з методами математичної статистики. Також в роботі був використаний аналітичний метод дослідження, який передбачає критичне мислення та оцінку дійсності фактів[9].

Анкета складається з двох частин: загальна частина і питання по раціональному та безпечному застосуванню лікарських засобів для лікування кашлю різного генезу. Повна анкета представлена у Додатку А.

Сучасні підходи та рекомендації до лікування кашлю різного генезу постійно переглядаються лікарями та провізорами та відповідно, змінюються. Лікування кашлю різного генезу звичайно залежить від позологічної етіології виникнення кашлю, що спричинило кашель як симптом, тривалості, виду, характеру мокротиння, коморбідності процесу та ін. Фармакотерапія кашлю може бути етіологічна, патогенетична та симптоматична. Найчастішою причиною кашлю при зверненні до лікаря та провізора/фармацевта є гострий бронхіт при ІРВІ. Якщо хворий з кашлем звернувся до провізора/фармацевта для відпуску безрецептурних препаратів проти кашлю, то при фармацевтичній опіці таких хворих, провізори/фармацевти велику увагу приділяють виявленню загрозливих симптомів у пацієнта для негайного звернення до лікаря. Також,

важливим є визначення потреб пацієнта та проведення провізором/фармацевтом збору інформації за алгоритмом фармопіки для розуміння виду кашлю, тактики та підбору безрецептурних ЛЗ для лікування кашлю. Окрім цього, обов'язково потрібно надати хворим загальні рекомендації по лікуванню кашлю та надати належну інформацію щодо конкретних обраних ЛЗ для відповідального самолікування кашлю, і впевнитись, що хворий зрозумів надану йому інформацію.

2.2. Загальна характеристика респондентів за аналізом анкетних відповідей

В анкеті «Фармацевтична опіка хворих з кашлем різного генезу» прийняли участь 42 фахівця, віком від 18 до 60 років, половина респондентів - у віці до 30 років, 31% - у віці 30-45 років та 19% - 45-60 років (рис. 2.1).

1. Ваш вік

42 ответа

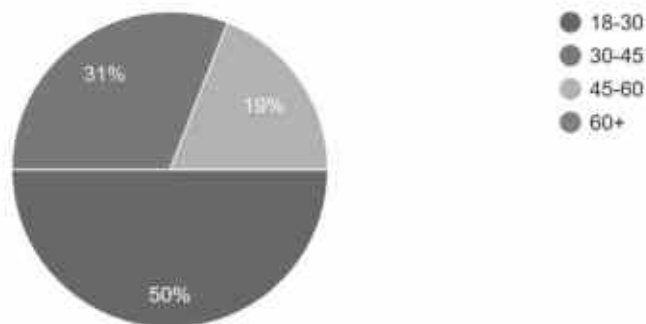


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за віком

За статтю переважали жінки (майже 93%), близько 7% - чоловіки (рис. 2.2).

2. Ваша стать

42 ответа

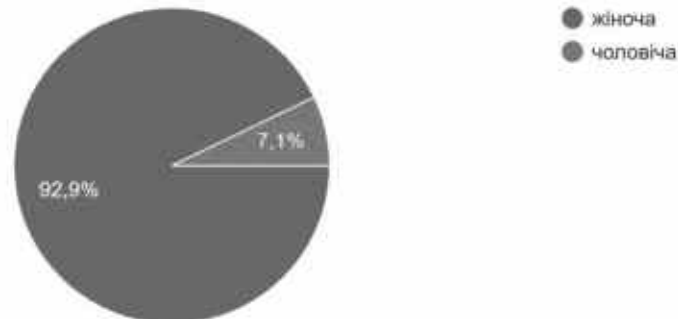


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за статтю

За тривалістю стажу роботи: 40,5% - мали стаж від 1 до 5 років; по 16,7% - 2 групи: до 1 року та від 11 до 20 років; 14,3% - від 6 до 10 років, та 11,9% мали стаж більше 20 років (рис. 2.3).

3. Стаж роботи:

42 ответа

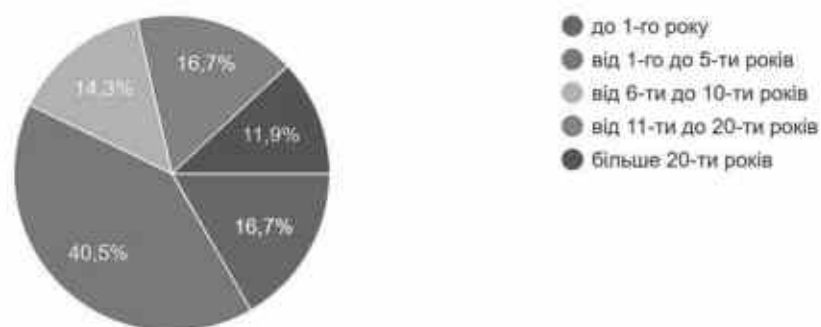


Рис. 2.3. Стаж роботи респондентів

Для надання кваліфікованої фармацевтичної опіки, респонденти використовують такі джерела інформації (декілька варіантів відповіді): переважна більшість (90,5%) – з інструкцій до препарату; 73,8% - залишки знань після навчання в університеті/ коледжі; 61,9% - від медичних представників; по 57,1% - участь у конференціях та поради колег по роботі; 47,6% - рекомендації з

власного досвіду; 45,2% - з курсів підвищення кваліфікації; 35,7% - з компендіуму; та найменше респондентів (33,3%) звертаються до офіційних іноземних джерел інформації (рис. 2.4).

4. Які джерела інформації Ви використовуєте для надання кваліфікованої фармацевтичної опіки:

42 ответа

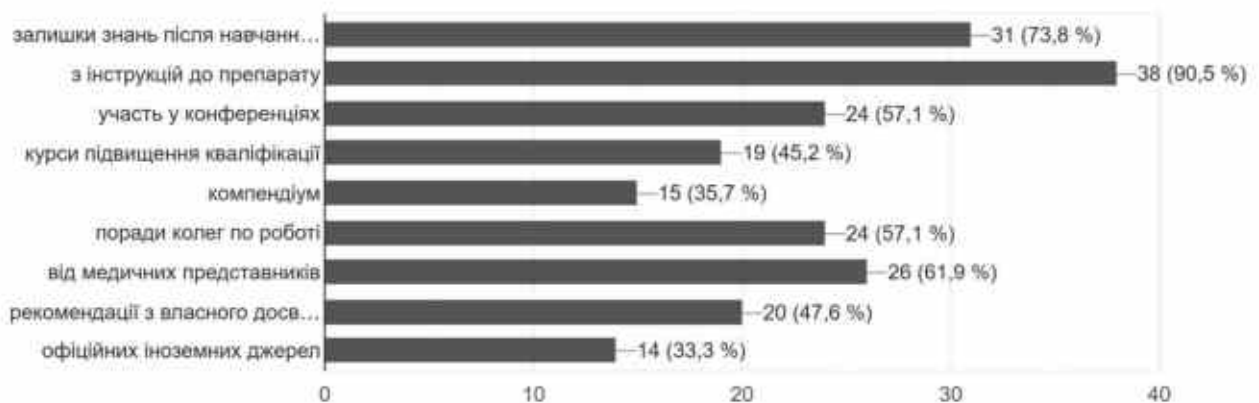


Рис. 2.4. Джерела інформації респондентів для надання кваліфікованої фармацевтичної опіки

Стосовно освіти, респонденти розподілились наступним чином: 69% - мають вищу фармацевтичну освіту; 23,8% - середню медичну освіту; 14,3% - середню фармацевтичну освіту; та по 2,4% - респонденти мали: вищу медичну освіту, вищу біологічну та незакінчену вищу фармацевтичну освіту (рис. 2.5).

5. Ваша освіта:

42 ответа

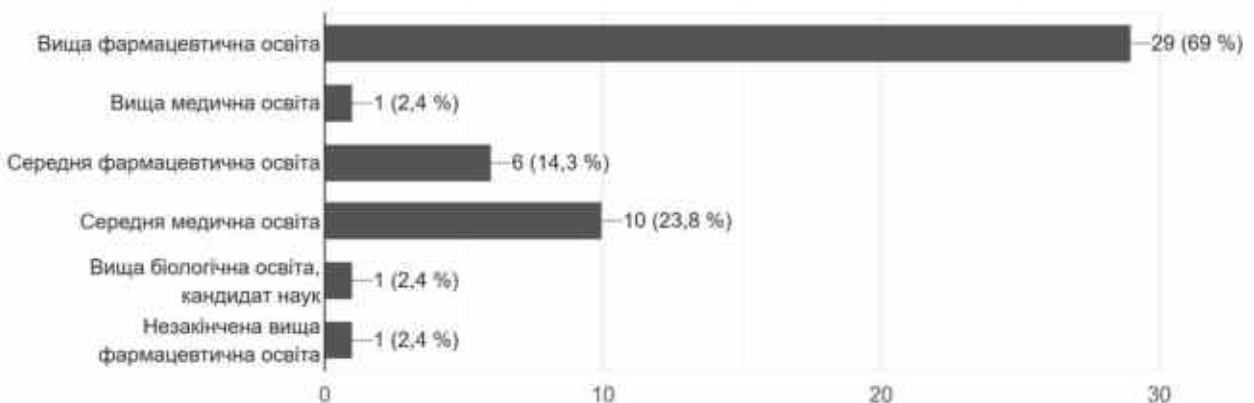


Рис. 2.5. Розподіл респондентів за освітою

Фахівцям було запропоновано оцінити свої знання щодо застосування лікарських засобів при лікуванні кашлю різного генезу, згідно з отриманими даними: 78,6% вважають свої знання добрими, 16,7% - недостатніми, а 4,8% респондентів зазначили свої знання як відмінні (рис. 2.6).

6. Як Ви оцінюєте свої знання щодо застосування лікарських засобів при лікуванні кашлю різного генезу:

42 ответа



Рис. 2.6. Самооцінка рівня знань стосовно використання ЛЗ для лікування кашлю різного генезу

2.3. Аналіз результатів анкетування провізорів/фармацевтів стосовно раціонального та безпечного застосування лікарських засобів для лікування кашлю різного генезу

На питання, стосовно з яким кашлем найчастіше звертаються по допомогу хворі у аптеці, більшість респондентів (47,6%) зазначили, що з непродуктивним (без мокроти) кашлем; 40,5% респондентів мають справу з продуктивним (з мокротою) кашлем; 9,5% - з сухим кашлем на фоні прийому інгібіторів АПФ, і найменша кількість респондентів (2,4%) відповіла, що звертаються по 50% з сухим та вологим кашлем і жодного не було пов'язаного з прийомом інг АПФ

(рис.

2.7).

7. З яким кашлем найчастіше звертаються до Вас по допомогу хворі у аптеці:

42 ответа

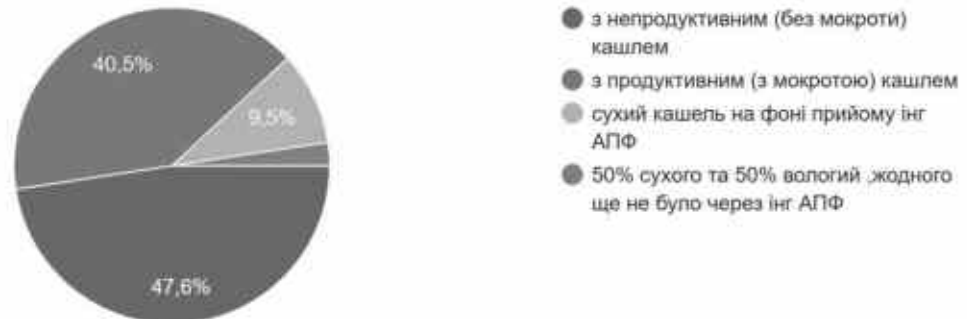


Рис. 2.7. Розподіл частоти звертання пацієнтів у аптеку за видами кашлю

Респондентам було запропоновано відповісти на питання (декілька варіантів відповіді), стосовно знання етіологічних факторів виникнення гострого бронхіту, як найчастішої нозології по зверненню хворих з кашлем. 81% опитуваних відповіли вірно, зазначив, що це - респіраторні віруси (85-95% випадків) та бактерії (5-10% випадків). Невірно відповіли 28,6%, відмітив, що це навпаки, - бактерії (85-95% випадків) та респіраторні віруси (5-10% випадків). Також, 7,1% респондентів вірно відповіли про наявність неінфекційних причин (паління, алергени) виникнення гострого бронхіту (рис.2.8).

8. Етіологія гострого бронхіту це:

42 ответа

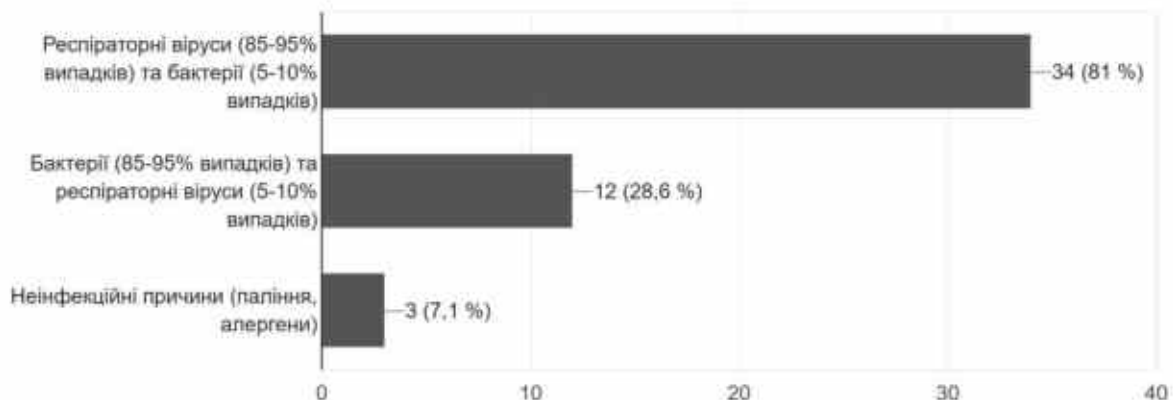


Рис. 2.8. Розподіл обізнаності респондентів стосовно причин виникнення гострого бронхіту

Відповіді на наступне питання дають змогу оцінити які загальні рекомендації по лікуванню гострого бронхіту, що надають респонденти хворим є вірними (були запропоновані декілька відповідей). Абсолютно всі опитуванні (100%) зазначили вірно, що у разі необхідності (тобто, при виявленні загрозливих симптомів у пацієнта), вони пропонують консультацію лікаря; 81% респондентів рекомендують хворим достатню гідратацію (1,5 - 2,0 л рідини), що теж є вірним; 78,6% опитуваних вірно радять хворим з кашлем відмову від паління (активного та пасивного); 19% респондентів пропонують противірусні препарати незалежно від тривалості захворювання, - це є невірним, адже доведено, що противірусну терапію важливо розпочати протягом перших 48 годин для підвищення ефективності та скорочення тривалості симптомів, і починають противірусне лікування у разі важкого варіанту гострого бронхіту (наприклад, при грипі А або В). Також невірною є відповідь 2,4% респондентів пропонувати рутинно антибіотик (особливо дітям) для лікування кашлю при гострому бронхіті, адже відомо, що гострий неускладнений бронхіт у переважній більшості випадків має вірусну етіологію, де антибіотики неефективні, виключенням є підозра на коклюш (Bordetella pertussis) або паракоклюшну інфекцію (parapertussis), коли виправдані призначення макролідів, але, у будь якого випадку, антибіотики відносять до рецептурних ЛЗ, тому для визначення потреби у їх призначенні,

необхідно направити хворого до лікаря (рис. 2.9).

9. Які загальні рекомендації по лікуванню гострого бронхіту Ви надаєте хворим:

42 ответа

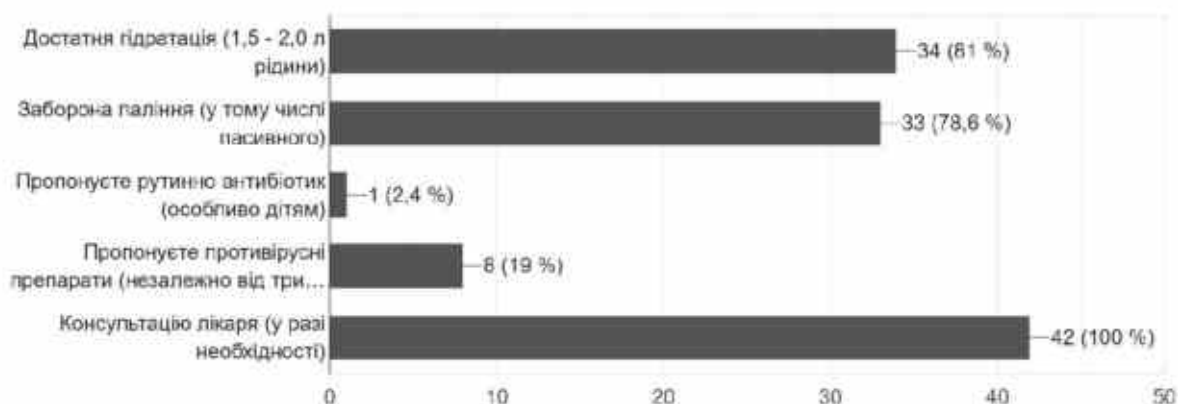


Рис. 2.9. Розподіл відповідей респондентів щодо загальних рекомендацій по лікуванню гострого бронхіту

На питання у респондентів, про необхідні рекомендації відвідувачу аптеки, який скаржиться на сухий кашель, що триває понад тиждень, більшість (73,8%) відповіли вірно, - необхідна консультація лікаря, бо це є загрозливим симптомом. Інші відповіді – невірні: 23,8% респондентів рекомендують прийом протикашльових ЛЗ, а 2,4% респондентів пропонують муколітичні ЛЗ (рис. 2.10).

10. Що необхідно порекомендувати відвідувачу аптеки, який скаржиться на сухий кашель, що триває понад тиждень?

42 ответа

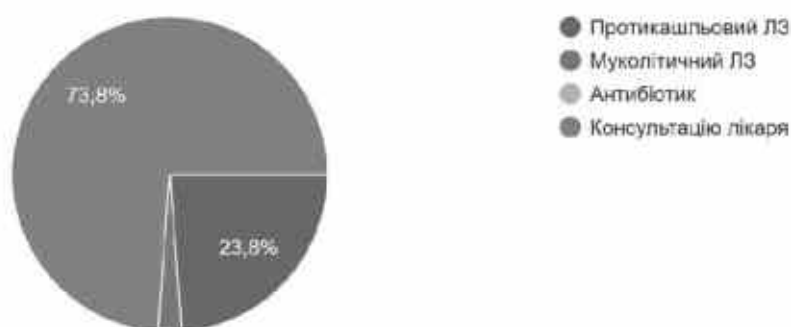


Рис. 2.10. Розподіл відповідей респондентів щодо надання рекомендацій відвідувачу аптеки, який скаржитися на сухий кашель, що триває понад тиждень

На питання про найчастішу помилку, яку допускають пацієнти під час самолікування кашлю при застуді, 52,4% респондентів відповіли вірно - приймання антибактеріальних засобів; інші відповіді були невірними і розподілились наступним чином: 40,5% опитуваних вважають помилкою - застосування лише препаратів, які усувають симптоми застуди (але це не є помилкою, бо, кашель при застуді найчастіше є симптомом гострого бронхіту, а враховуючі, що у більшості хворих гострий неускладнений бронхіт минає самостійно, - в деяких випадках потрібно лише симптоматичне лікування кашлю); 4,8% респондентів вважають помилкою - застосування жарознижувальних препаратів; 2,4% відповідачів зазначили, що помилка - у зверненні до лікаря за наявності загрозливих симптомів (але, навпаки, це є вірною тактикою) (рис.2.11).

11. Яку помилку, на Вашу думку, найчастіше допускають пацієнти під час самолікування кашлю при застуді?

42 ответа



Рис. 2.11. Розподіл відповідей респондентів, щодо найчастішої помилки, яку допускають пацієнти під час самолікування кашлю при застуді

Важливим моментом у фармопіці хворих з кашлем є виявлення виду кашлю, тактики та підбору безрецептурних ЛЗ для лікування кашлю. Так, при скаргах на кашель з утрудненим відходженням мокротиння та при відсутності

загрозливих симптомів, вірним буде рекомендація стосовно відпуску муколітичного ЛЗ і саме таку вірну відповідь надали 73,8% респондентів; 23,8% опитуваних вважають за потрібне консультацію лікаря; 2,4% респондентів відповіли, що рекомендують протикашльовий ЛЗ, що не є вірним (рис.2.12).

12. Що необхідно порекомендувати відвідувачу аптеки, який скаржиться на кашель з утрудненим відходженням мокротиння:

42 ответа

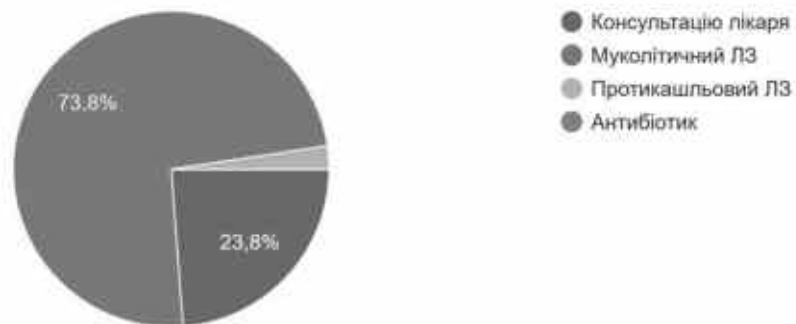


Рис.2.12. Розподіл відповідей респондентів, щодо рекомендацій відвідувачу аптеки, який скаржиться на кашель з утрудненим відходженням мокротиння

Наступне питання було: яку фармакологічну активність виявляє фітопрепарат, що містить подорожника великого листа, алтеї корені, плюща листа, чебрецю траву, переважна більшість респондентів (81%) відповіли вірно – відхаркувальну; 19% опитуваних помилково зазначили, що – протикашльову

(рис.2.13).

13. Яку фармакологічну активність виявляє фітопрепарат, що містить подорожника великого листя, алтеї корені, плюща листя, чебрецю траву:

42. ответа

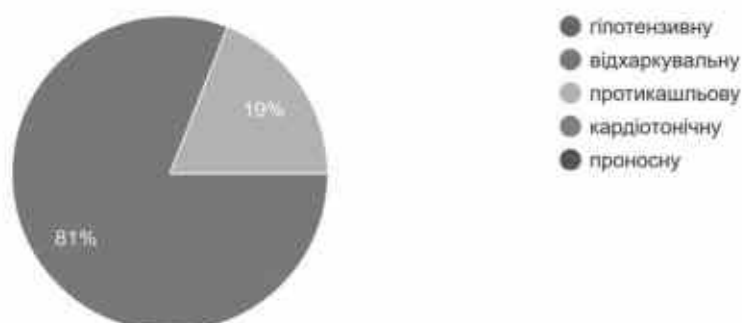


Рис. 2.13. Розподіл відповідей респондентів, стосовно яку фармакологічну активність виявляє фітопрепарат, що містить подорожника великого листя, алтеї корені, плюща листя, чебрецю траву

На питання з препаратами якої фармакологічної групи ЗАБОРОНЕНО поєднувати відхаркувальні засоби, було запропоновано декілька віріантів відповідей: 88,1% респондентів зазначили вірно – з протикашльовими ЛЗ (бо, вони гальмують кашльовий рефлекс та сприяють накопиченню мокроти); також вірно відповіли 23,8% - з антигістамінними 1-го пок (через згущення мокроти); 16,7% - з діуретиками та 7,1% - з проносними (бо ці групи препаратів зневоднюють організм пацієнта). Невірно відповіли 14,3% респондентів – з

деконгестантами; та 4,8% - з антибактеріальними препаратами (рис. 2.14).

14. З препаратами якої фармакологічної групи ЗАБОРОНЕНО поєднувати відхаркувальні засоби:

42 ответа

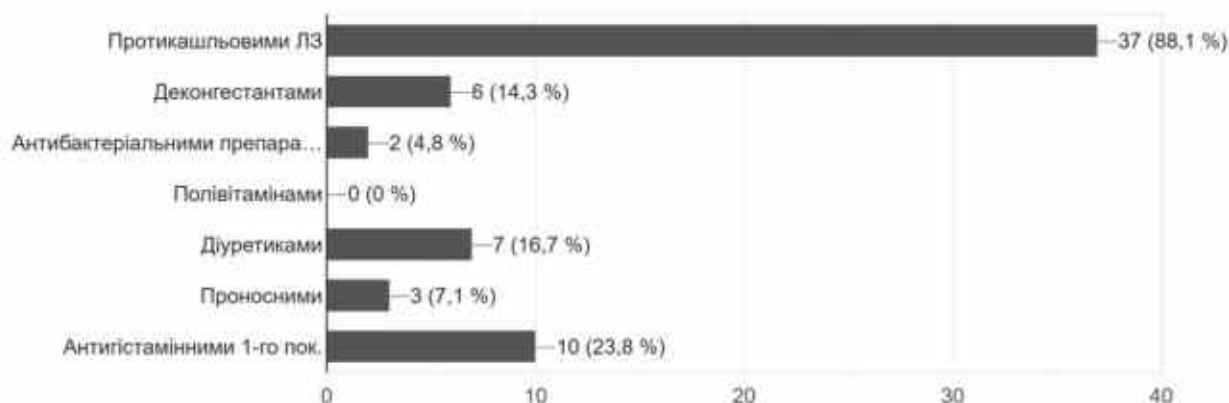


Рис. 2.14. Розподіл відповідей респондентів, стосовно з препаратами якої фармакологічної групи ЗАБОРОНЕНО поєднувати відхаркувальні засоби

На питання стосовно, яким найбільш близьким до дії препаратом можна замінити відсутній в аптеці Ацетилцистеїн (належить до групи муколітиків), переважна більшість (90,5%) респондентів відповіли вірно – Амброксолом (теж є сучасним муколітиком); невірно зазначили 7,1% відповідачів – Глауцином (це група центральних ненаркотичних протикашльових) та 2,4% - Сальбутамолом (бронхолітик) (рис. 2.15).

15. Яким найбільш близьким до дії препаратом можна замінити відсутній в аптеці Ацетилцистеїн:

42 ответа



Рис. 2.15. Розподіл відповідей респондентів, стосовно яким найбільш близьким до дії препаратом можна замінити відсутній в аптеці Ацетилцистеїн

На питання стосовно, який муколітик виявляє синергізм з антибіотиком амоксициліном, більшість (47,6%) респондентів відповіли вірно – з амброксолом; інші відповіді були невірні та розподілились наступним чином: 38,1% відповідачів вважають – з ацетилцистеїном; 7,15 – з глауцином; 4,8% - з декстрометорфаном; 2,4% респондента – з еуфіліном (рис.2.16).

16. Лікар призначив пацієнту амоксицилін для лікування загострення хронічного бронхіту. Який муколітик виявляє синергізм з цим антибіотиком:

42 ответа

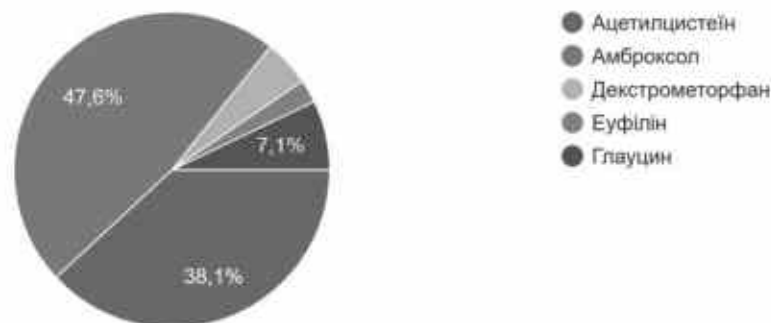


Рис. 2.16. Розподіл відповідей респондентів, стосовно який муколітик виявляє синергізм з антибіотиком амоксициліном

У наступному питанні пропонуємо вибрати муколітик - антидот у разі передозування парацетамолом, переважна більшість 83,3% респондентів відповіла вірно – це ацетилцистеїн; інші відповіді були невірні та розподілились наступним чином: по 4,8% відповідачів зазначили, що це – бромгексін / амброксол / карбоцистеїн; 2,4% респондентів зазначили, що це – трипсін (рис.

2.17).

17. Який із нижченаведених лікарських засобів одночасно є муколітиком та антидотом у разі передозування парацетамолом:

42. ответа



Рис. 2.17. Розподіл відповідей респондентів, стосовно який ЛЗ одночасно є муколітиком та антидотом у разі передозування парацетамолом

На питання, який муколітик порадити хворому, що палить та хворіє хронічним бронхітом, який би сприяв покращенню виведення харкотиння та утворенню сурфактанту, більшість респондентів (59,5%) відповіли вірно, це – амброксол (адже він має здатність збільшувати вміст сурфактанту в легенях); інші відповіді були невірні та розподілились наступним чином: 31% опитуваних зазначили – ацетилцистеїн; 7,1% указали на – препарати термопсису; 2,4% анкетованих відповіли – листя плюща (рис.2.18).

18. Порадьте муколітичний препарат хворому, що палить та хворіє хронічним бронхітом, який би сприяв покращенню виведення харкотиння та утворенню сурфактанту:

42. ответа

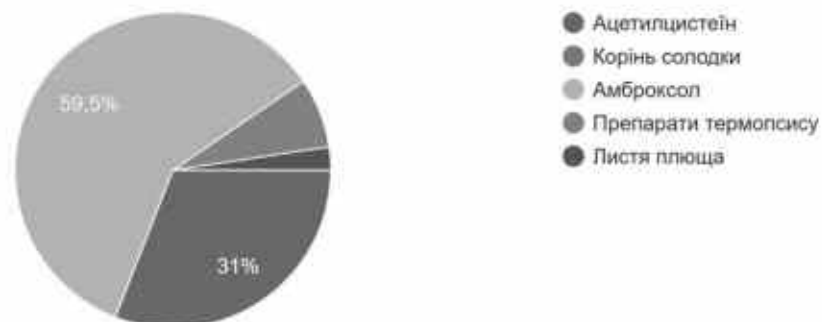


Рис. 2.18. Розподіл відповідей респондентів, на питання, який муколітик порадити хворому, що палить та хворіє хронічним бронхітом, який би сприяв покращенню виведення харкотиння та утворенню сурфактанту

На питання про типовий побічний ефект глауцину гідрохлориду, про який слід застерегти хворого з хронічним бронхітом, 47,6% респондентів відповіли вірно, це - зниження артеріального тиску (це застереження відмічено у листку-вкладишу до ЛЗ); інші відповіді були невірні та розподілились наступним чином: 21,4% анкетованих зазначили, що це - порушення центральної нервової системи (глауцин належить до групи центральних, але ненаркотичних протикашльових, тому, значного впливу на ЦНС не має); 16,7% респондентів відповіли, що це - порушення серцевого ритму; 11,9% анкетованих зазначили, - підвищення внутрішньочного тиску; та 2,4% відповідачів відмітили, що це - алергійні висипання на шкірі (рис.2.19).

19. Про який типовий побічний ефект глауцину гідрохлориду слід застерегти хворого з хронічним бронхітом:
42 ответа

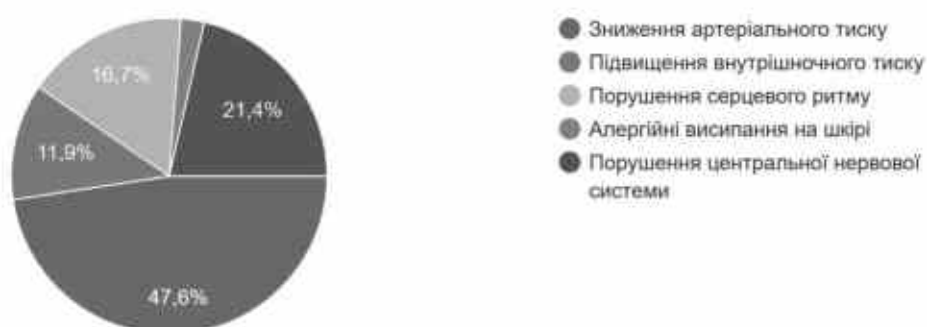


Рис. 2.19. Розподіл відповідей респондентів, на питання, про який типовий побічний ефект глауцину гідрохлориду, слід застерегти хворого з хронічним бронхітом

На питання, що необхідно порекомендувати відвідувачу аптеки, який скаржиться на сухий кашель, який виник після призначення лізіноприлу, переважна більшість респондентів (85,7%) відповіли вірно - спрямувати

відвідувача до лікаря для корекції антигіпертензивної терапії (лізіноприл відноситься до групи інг АПФ, яка є першим вибором лікування Гіпертонічної хвороби, та має побічний ефект у вигляді сухого кашлю через підвищення рівня брадикініну); інші відповіді були невірні та розподілились наступним чином: 11,9% анкетованих пропонують – протикашльові ЛЗ; 2,4% респондентів схильні - здійснити самостійно корекцію дози лізіноприлу в бік зменшення (корекцію дозування та заміну рецептурних ЛЗ потрібно робити лікарю!) (рис.2.20).

20. Що необхідно порекомендувати відвідувачу аптеки, який скаржиться на сухий кашель, який виник після призначення лізіноприлу:

42 ответа



Рис. 2.20. Розподіл відповідей респондентів, на питання, що необхідно порекомендувати відвідувачу аптеки, який скаржиться на сухий кашель, який виник після призначення лізіноприлу

2.4. Визначення проблемних аспектів при фармопідці хворих з кашлем на результатах проведеного анкетування провізорів/фармацевтів

Проведений аналіз результатів анкетування провізорів/фармацевтів щодо раціонального та безпечного застосування лікарських засобів для лікування кашлю різного генезу, показав, що фахівці у більшості розуміються в питаннях щодо причин виникнення кашлю як симптому, тактиці підбору безрецептурних ЛЗ в залежності від видів кашлю; показаннях до застосування основних груп ЛЗ для лікування кашлю різного генезу, препаратів цих груп та їх основних властивостей, також більшість знають загальні рекомендації по веденню хворих

з кашлем, тактику виявлення деяких загрозливих симптомів, але все ж необхідно поглиблювати їх знання з певних аспектів. Зокрема, виникли труднощі у фахівців щодо: взаємодії ЛЗ між собою при одночасному їх застосуванні; недостатні знання при наданні належної інформації щодо ЛЗ для відповідального самолікування, тактики своєчасного скерування до лікаря. Ці питання потребують додаткової уваги та поглиблення знань матеріалу.

РОЗДІЛ 3. ОПТИМІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЩОДО РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛЗ ПРИ КАШЛІ

3.1. Пропозиції щодо оптимізації фармацевтичного супроводу пацієнтів із кашлем

З метою підвищення ефективності належної фармацевтичної опіки та клінічної фармації, пропонуємо практичні рекомендації щодо оптимізації фармацевтичного супроводу пацієнтів із кашлем- виведення алгоритмів вибору ЛЗ при кашлі в аптечній практиці:

1. Провести первинну фармацевтичну оцінку пацієнта (мета — диференціювати випадки, що потребують лікарського втручання).

Провести збір анамнезу:

- тривалість кашлю (гострий <3 тиж, підгострий 3–8 тиж, хронічний >8 тиж)
- характер кашлю (сухий/вологий, продуктивний/непродуктивний)
- час виникнення (вдень/вночі)
- супутні симптоми: лихоманка, біль у грудях, задишка, кровохаркання, тривалий або нічний кашель
- оцінити можливі причини кашлю: ГРВІ, алергія, ГЕРХ, астма, побічна дія ліків (наприклад, інгібітори АІІФ)
- виявлення "загрозливих симптомів", які потребують негайного звернення до лікаря: кровохаркання, висока температура >3 днів, задишка або біль у грудях, тривалий (>2–3 тижнів) або кашель, що посилюється.

2. Надати консультацію з урахуванням типу кашлю:

При сухому кашлю:

- призначення протикашльових засобів центральної (бутамірат, декстрометорфан) або периферичної дії (пеноксидіазин)

- зволоження повітря, рясне пиття
- тимчасове уникнення подразників (дим, пил, холодне повітря)

При вологому (продуктивному) кашлю:

- муколітики (амброксол, ацетилцистеїн, карбоцистеїн)
- відхаркувальні препарати (рослинні: плющ, первоцвіт, термоніс)
- рясне пиття
- фізична активність (за можливості)
- важливо: не поєднувати протикашльові та муколітичні ЛЗ одночасно!

3. Здійснити належний фармаконагляд та уникати поліпрагмації:

- оцінка взаємодій з іншими ліками, які приймає пацієнт (перевірка на взаємодії)
- уникати необгрунтованого призначення більше 2х ЛЗ із подібним механізмом дії
- моніторинг побічних реакцій (особливо у дітей та літніх хворих)
- за потреби — повідомлення про побічні реакції у фармаконаглядову систему

4. Приділити увагу освіті пацієнта:

- чітко пояснити спосіб, дозування, тривалість прийому ЛЗ
- надати поради щодо профілактики ГРВІ, дотримання питного режиму, вентиляції приміщень
- необхідність звернутися до лікаря при погіршенні чи відсутності ефекту ЛЗ

- зазначити, що тривалість курсу ЛЗ для самолікування не більше 5–7 днів без консультації лікаря
- пояснення про небажане використання антибіотиків без потреби

5. Ведення картки фармацевтичного супроводу (за можливості)

- фіксація звернень пацієнтів із повторними епізодами
- надання пацієнтам друкованих або електронних інформаційних матеріалів.

Також, одним з шляхів вирішення проблемних аспектів при фармопіді хворих з кашлем, є розроблення та застосування додаткових кейсів у освітню програму для провізорів/фармацевтів, наприклад, з рольового моделювання ситуативних випадків при фармопіді хворих з кашлем у аптеці, може допомогти підвищити якість фармацевтичної опіки при застосуванні безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування поширених порушень стану здоров'я.

ВИСНОВОК

Отже, нами була розроблена анкета та проведене анкетування провізорів/фармацевтів, потім проаналізовані відповіді респондентів, та з урахуванням виявлених проблемних аспектів, запропоновані рекомендації для фармацевтів, які ґрунтуються на засадах належної фармацевтичної опіки до раціонального та безпечного використання ЛЗ для лікування кашлю різного генезу. Дані рекомендації спрямовані на оптимізацію фармацевтичної опіки та покращення якості самолікування пацієнтів з кашлем різного генезу. Також, запропоновано розроблення та застосування додаткових кейсів з рольового моделювання ситуативних випадків при фармопіді хворих з кашлем у аптеці у освітню програму для провізорів/фармацевтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Л.В. Хіміон, О.Б. Яценко, С.В. Данилок та ін. Симптоматичне лікування кашлю у дорослих. Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 1 (374), січень 2016 р. С. 3-5 <https://health-ua.com/article/6305-simptomatichne-lkuvannya-kashlyu-u-doroslih>
2. Електронний ресурс: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-208458-problema-kashlyu-v-alergologichnogo-patsiventa
3. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of uncomplicated acute bronchitis: Background Gonzales, Ralph et al. Annals of Emergency Medicine, Volume 37, Issue 6, 720 - 727 DOI: 10.1067/S0196-0644(01)70091-1
4. Martínez Meñaca A, Agüero Balbín R, Mora Cuesta VM, Ciorba C, Espinoza Pérez JA. Protocolo diagnóstico y tratamiento empírico de la bronquitis aguda [Protocol diagnosis and empirical treatment of acute bronchitis]. Medicine (Madr). 2014 Nov;11(66):3963-3965. Spanish. doi: 10.1016/S0304-5412(14)70868-6. Epub 2014 Nov 15. PMID: 32287900; PMCID: PMC7143710.
5. О.О. Речкіна. Кашель у дитини: просто про складне. «Педіатрія» № 3 (64)-4 (65) 2022 р. С. 11-13 <https://health-ua.com/pediatrics/xvorobi-organiv-dixannia/70709-kashel-uditini-prosto-proskladne>
6. Наказ МОЗ № 7 від 05.01.2022 р. «Про затвердження протоколів провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів». https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/2022_7_pf.pdf
7. Електронний ресурс: <https://health-ua.com/article/5404-dagnostika--lkuvannya-kashlyu-u-dtej--mzhnarodn-rekomendatc>
8. Ojoo J.C., Everett C.F., Mulrennan S.A. et al. (2013) Management of patients with chronic cough using a clinical protocol: a prospective observational study. Cough; 9(1): 2. doi: 10.1186/1745-9974-9-2.
9. Прокопенко ЛІ Метод анкетування у соціологічних дослідженнях бібліотек України/ЛІ Прокопенко//Культура і мистецтво у сучасному світі.-2015.-Вип. 16.-С. 45-50.-Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kmss_2015_16_8.
10. Електронний ресурс: <https://empendium.com/ua/chapter/B27.I.1.23>.
11. Національний фармацевтичний формуляр України. — Київ: МОЗ України, 2023. — 656 с.
12. British National Formulary (BNF) 84. — London: BMJ Group and Pharmaceutical Press, 2022.
13. Global Initiative for Asthma (GINA) 2024. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. — [Електронний ресурс]: <https://ginasthma.org>
14. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) 2024. — [Електронний ресурс]: <https://goldcopd.org>
15. Піняжко О.Р., Гаврилюк О.М. Рациональная фармакотерапия в практике семейного врача. — Львів: Видавництво ЛНМУ, 2022. — 348 с.

- 16.Kozlovsky I., Dmytrukha T., Shapoval O. Rational use of medicines in pharmacy practice: pharmacist's view. // Pharmacom. — 2023. — №2. — С. 32–38.
- 17.Khan F.A. et al. Pharmacological treatment of cough: current and future perspectives. // Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. — 2023. — Vol. 48(1). — P. 3–14.