

**ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра фармакології, загальної та клінічної фармації**

**Кваліфікаційна робота**

**на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»**

**на тему: «Аналіз результатів анкетування фармацевтів щодо раціональної  
фармацевтичної опіки хворих при лікуванні печії»**

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

**Єгорова Наталія Олександрівна**

Керівник: **Кайдаш Світлана Петрівна**

Рецензент: зав. аптеки, провізор вищої категорії

Завадська І.В.

**Рекомендовано до захисту:**  
протокол засідання кафедри  
№ 10 від «13» травня 2026 р.  
Завідувач кафедри  
Лєвих А.Е.

**Захищено на засіданні ЕК №\_1\_**  
протокол №\_1\_від «11» червня 2026  
р.  
Оцінка /\_\_відмінно\_\_ / 197 / \_\_А\_\_  
Голова ЕК  
к.фарм.н., доц. Антон ЛЄВИХ

**Дніпро – 2026**

## ЗМІСТ

Перелік умовних позначень		3
<b>ВСТУП</b>		4
Актуальність теми		4
Мета і завдання дослідження		5
Об'єкт і предмет дослідження		5
Методи дослідження		6
Новизна та значення одержаних результатів		6
Апробація результатів дослідження		6
Структура роботи		6
Анотація (Summary)		7
<b>РОЗДІЛ 1.</b>	<b>ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПЕЧІЇ</b>	8
	1.1. Поняття про печію, її етіопатогенез	8
	1.2. Підходи до немедикаментозної корекції печії	12
	1.3. Симптоматичне лікування печії	12
	1.4. Рекомендації міжнародних та вітчизняних клінічних протоколів щодо лікування печії	16
	1.5. Фармацевтична опіка хворих при лікуванні печії	18
<b>РОЗДІЛ 2.</b>	<b>ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ АНКЕТУВАННЯ ФАРМАЦЕВТІВ</b>	20
	2.1. Мета та методологія анкетування	20
	2.2. Етичні аспекти проведення опитування	20
<b>РОЗДІЛ 3.</b>	<b>АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ АНКЕТУВАННЯ ФАРМАЦЕВТІВ</b>	22
	3.1. Характеристика вибірки фармацевтів за відповідями анкети	22
	3.2. Типові помилки та проблемні аспекти фармакотерапії печії	32
	3.3. Аналіз виявлених проблемних питань у фармацевтичній практиці	36
<b>ВИСНОВКИ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>		39
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>		40
<b>ДОДАТКИ</b>		43

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

<b>БПР</b>	безперервний професійний розвиток
<b>ГЕР</b>	гастроезофагеальний рефлюкс
<b>ГЕРХ</b>	гастроезофагеальна рефлюксна хвороба
<b>ЛЗ</b>	лікарський засіб
<b>НСС</b>	нижній сфінктер стравоходу
<b>ШКТ</b>	шлунково-кишковий тракт

## ВСТУП

**Актуальність теми.** У всьому світі спостерігається стрімке підвищення рівня захворюваності з боку ШКТ, що пов'язано з розвитком урбанізації та зміною способу життя населення (їжа «на ходу», гіподинамія, шкідливі звички, стрес). Поширеним симптомом порушень верхніх відділів ШКТ є печія – печуче відчуття за грудиною, що завдає болю і дискомфорту. Найчастіше печія асоціюється як симптом ГЕРХ, але може бути проявом інших патологій ШКТ: гастриту з підвищеною кислотністю, виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічного холециститу [2]. Особливу небезпеку становить ускладнення ГЕРХ – стравохід Баррета, що оцінюється як передраковий стан [9, 19].

За результатами численних досліджень можна стверджувати, що печія широко розповсюджена. Серед дорослого населення Європи і США її відчувають 20-40%; при цьому щодня – 10%, щотижнево – 30%, хоча б 1 раз на місяць – 50% [7]. Лідерами серед країн Європи є Польща (більше 35%), Румунія, Греція (30-35%). Серед країн Південної Америки частіше відчувають печію мешканці Бразилії, Мексики та Аргентини – 35-50%, 20-40%, 15-23% відповідно. На Близькому Сході найвищі показники у населення Саудівської Аравії – 45,4% та Туреччини – 22,4% . Серед країн Східної Азії найменше скаржаться на печію мешканці Китаю, Північної Кореї – 2-2,5% та Південної Кореї – до 10% . У Японії показники вищі – 15-20% . На печію та ГЕРХ страждає 15-20% населення Південної Азії (Індія, Пакистан). Серед жителів Австралії цей показник становить 10-15% дорослого населення, африканський – майже не досліджувався [1, 14].

В Україні, на жаль, проводилися лише поодинокі дослідження: близько 30% хворих на ГЕРХ (25,1% - у чоловіків, 39,1 % - у жінок); щоденно мають печію 3,3%, 1 раз на тиждень – 17,3%, 1 раз на місяць - 9,4 % населення [1, 7].

Значна частина пацієнтів із скаргами на печію недооцінюють цей клінічний прояв, вважають його фізіологічно допустимим, тому не звертаються до лікаря, а займаються самолікуванням, йдучи за порадою до аптеки [13]. Саме тому роль фармацевта-першостольника у цьому питанні є важливою, враховуючи поширення печії та великий перелік захворювань, симптомом яких вона є.

Якість надання фармацевтичної опіки залежить від рівня поінформованості фармацевта, який повинен провести первинну оцінку стану пацієнта, направити до лікаря у разі виявлення загрозливих симптомів, рекомендувати немедикаментозні способи лікування, раціонально підібрати ЛЗ та надати належну інформацію щодо особливостей застосування (протипоказання, побічні реакції, спосіб прийому) [3]. Саме тому важливо періодично оцінювати знання фармацевтів, виявляти прогалини та проводити інформаційну підтримку. Ці заходи можуть зменшити ризики у самолікуванні пацієнтів (побічні реакції, ускладнення перебігу захворювання) та призупинити поширення хвороб ШКТ, симптомами яких є печія.

**Мета і завдання роботи.** Метою роботи є вивчення поінформованості фармацевтів щодо причин виникнення печії, методів профілактики та ЛЗ, що застосовуються для симптоматичного лікування на основі аналізу результатів анкетування. Поставлена мета обумовила необхідність вирішення наступних завдань:

- провести аналіз наукових та спеціалізованих літературних джерел (у тому числі рекомендовані міжнародні та вітчизняні клінічні протоколи) й узагальнити сучасні дані щодо раціональної фармацевтичної опіки при лікуванні печії;
- сформулювати питання для анкети щодо фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні печії та провести анонімне онлайн-анкетування (Google Forms) серед фармацевтів м. Кременчука (Полтавська область) та м. Дніпра;
- здійснити аналіз результатів анонімного онлайн-анкетування та зробити висновки щодо проблемних аспектів фармакотерапії печії.

**Об'єкт дослідження** – сучасна практика фармацевтичної опіки та реалізації ЛЗ для лікування печії.

**Предмет дослідження** – рівень поінформованості фармацевтів щодо вибору та раціонального застосування ЛЗ пацієнтів із печією згідно даних онлайн-анкетування фармацевтів.

**Методи дослідження.** У процесі роботи були використані такі методи:

- аналітичний (теоретичний) метод – аналіз та огляд наукової літератури, нормативно-правових документів МОЗ, Протоколу фармацевта, клінічних протоколів;
- соціологічний метод (анкетування) – оцінка рівня обізнаності фармацевтів та виявлення типових помилок і проблем у фармацевтичній опіці при зверненні пацієнтів із печією;
- статистичний метод – обробка та аналіз отриманих даних;
- графічний метод – представлення результатів дослідження;
- метод порівняльного аналізу – порівняння отриманих результатів анкетування з вимогами Протоколу фармацевта та міжнародними і вітчизняними рекомендаціями лікування печії;
- метод узагальнення – підбиття висновків щодо проблемних аспектів фармакотерапії печії та вдосконалення роботи фармацевтів.

**Новизна та значення одержаних результатів.** У ході роботи було проведено анкетне опитування фармацевтів щодо обізнаності з принципами фармацевтичної опіки при зверненні пацієнтів з приводу печії; виявлено проблемні аспекти при наданні належної інформації щодо ЛЗ для відповідального самолікування; обґрунтовано ключову роль фармацевта як першостольника.

Практична значимість отриманих результатів дослідження полягає у можливості використання даних для створення та вдосконалення інформаційних матеріалів, тренінгів, БПР для фармацевтів з метою підвищення рівня знань при консультуванні пацієнтів із скаргами на печію, враховуючи стрімке поширення даного симптому.

**Апробація результатів дослідження.** Результати кваліфікаційної роботи представлені у якості тез на XXVI науковій медичній конференції студентів та молодих учених «Новини і перспективи медичної науки», 25 травня 2026, м. Дніпро.

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота викладена на 46 сторінках машинописного тексту та складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку ви-

користаних джерел і додатків. Список використаних джерел містить 25 найменувань. Роботу доповнено 21 рисунком та 1 додатком.

### **АННОТАЦІЯ**

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню рівня поінформованості фармацевтів аптек щодо фармацевтичної опіки при лікуванні печії. У ході дослідження проаналізовано сучасні клінічні протоколи терапії печії та роль фармацевта у забезпеченні раціонального самолікування пацієнтів, а також розроблено анкету та проведено анонімне опитування фармацевтів. На підставі отриманих даних здійснено аналіз типових проблем і недоліків у наданні фармацевтичної допомоги пацієнтам із печією.

Кваліфікаційна робота складається із вступу, 3 розділів, містить 21 рисунок, 1 додаток, 25 посилань на літературні джерела.

Ключові слова: печія, ГЕРХ, антациди, альгінати, ІПП, анкетування, фармацевтична опіка.

## **SUMMARY**

The qualification work is devoted to studying the level of awareness of pharmacy pharmacists regarding pharmaceutical care in the treatment of heartburn. During the study, modern clinical protocols for heartburn therapy and the role of the pharmacist in ensuring rational self-medication of patients were analyzed, as well as a questionnaire was developed and an anonymous survey of pharmacists was conducted. Based on the data obtained, an analysis of typical problems and shortcomings in the provision of pharmaceutical care to patients with heartburn was carried out.

The qualification work consists of an introduction, 3 sections, contains 21 figures, 1 appendix, 25 references to literary sources.

Key words: heartburn, GERD, antacids, alginates, PPIs, questionnaire, pharmaceutical care.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ПЕЧІЇ

### 1.1. Поняття про печію, її етіопатогенез.

У сучасному світі, з урахуванням змін у способі життя, однією із найпоширеніших скарг дорослого населення з боку ШКТ є печія. За Міжнародною статистичною класифікацією хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-10), печія є симптомом, що відноситься до органів травлення та черевної порожнини – R12 [10]. Це відчуття печіння або дискомфорту за грудиною, яке має різну інтенсивність і тривалість дії; поширюється вгору від ділянки шлунку до шиї [1].

Як правило, печія є наслідком гастроєзофагеального рефлюксу (ГЕР) – процесу потрапляння кислого вмісту шлунка до стравоходу, що має лужне середовище та є незахищеним під час дії соляної кислоти й ферментів шлункового соку [2, 5]. Саме тому печія виступає провідним клінічним симптомом ГЕРХ.

Однією із основних причин ГЕР є дисфункція затворного механізму **нижнього сфінктера стравоходу** (НСС) (рис.1.1) – м'язового клапану між стравоходом і шлунком, який відкривається лише для проходження їжі та має захищати стравохід від кислого вмісту шлунка [4].

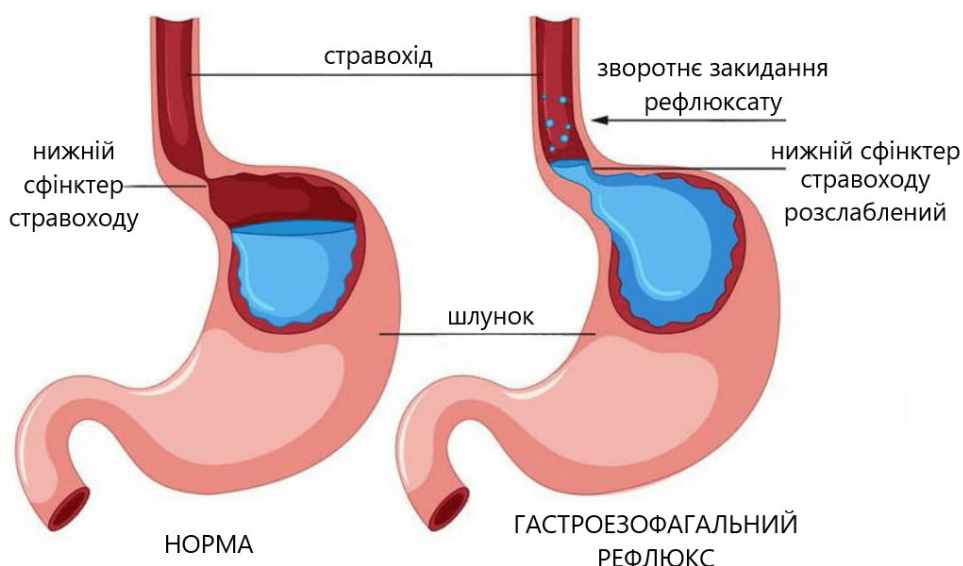


Рис.1.1 Дисфункція затворного механізму НСС. Адаптовано [11]

Роботу НСС може порушити утворення **грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД)** – патологічного випинання частини шлунка з черевної порожнини в грудну через розширений отвір у діафрагмі; можуть бути як вродженими, так і набутими. Розвиток даної патології можуть спровокувати чинники, які підвищують внутрішньочеревний тиск: ожиріння, вагітність, сильний та тривалий кашель, напруження під час дефекації, тісний одяг (тугі ремені, пояси, корсети) тощо. Крім цього причинами грижі є вікова втрата еластичності або слабкість сполучної тканини стравохідного отвору діафрагми та короткий стравохід (вроджена аномалія) [15].

Порушення моторної функції шлунку також підвищує ризик виникнення ГЕР – їжа повільно перетравлюється, подовжується час її взаємодії із соляною кислотою. Додатковим стимулюючим фактором появи ГЕР є гіперсекреція соляної кислоти [4].

Серед інших причин печії слід також виділити:

- надмірне споживання їжі – стінки шлунку розтягуються, тиск у ньому зростає, НСС мимовільно розслабляється; також збільшується кількість соляної кислоти для перетравлювання великого об'єму їжі [16];

- печія може загострюватися, якщо лягати одразу після прийому їжі або при лежанні на правому боці [13];
- харчові тригери: шоколад, цибуля, жирна їжа розслаблюють НСС; цитрусові, продукти на основі томатів, гостра їжа подразнюють запалену слизову оболонку стравоходу через свою кислотність [13, 16];
- газовані напої сприяють метеоризму, що збільшує тиск у шлунку; кава, чай підвищують кислотність та розслаблюють НСС, особливо натщесерце [16];
- ожиріння: у людей з ІМТ (індекс маси тіла)  $> 30$  частіше трапляються епізоди ГЕР, у порівнянні з тими, у кого ІМТ  $< 25$  [16];
- деякі фізичні вправи: підняття важких предметів, біг, нахили тулуба уперед [8,13];
- куріння: знижується секреція слини, яка нейтралізує рефлюксат, а також нікотин зменшує тонус НСС [8, 13];
- алкоголь пошкоджує слизову оболонку та стимулює секрецію соляної кислоти [13, 16];
- стресові ситуації (тривога, страх, занепокоєння): відбувається розслаблення НСС, змінюється моторика стравоходу, збільшується секреція соляної кислоти; крім того знижується поріг сприйняття ГЕР, тобто людина стає занадто чутливою до дискомфорту та болю під час печії [13, 17];
- вагітність: збільшена матка тисне на шлунок та діафрагму, підвищує внутрішньочеревний тиск, як зазначалося вище, додатково прогестерон розслаблює НСС [15, 18];
- прийом деяких препаратів: ті, що знижують тонус НСС (антагоністи  $\alpha$ -адренорецепторів, агоністи  $\beta$ -адренорецепторів, антихолінергічні ЛЗ, блокатори кальцієвих каналів, нітрати, бензодіазепіни, комбіновані оральні контрацептиви (естроген + прогестерон), теофілін, трициклічні антидепресанти, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну); ті, що подразнюють запалений стравохід (аспірин, інші НПЗЗ, бісфосфонати, солі заліза з аскорбіновою кислотою, хлорид калію, хінідин, тетрациклін/доксидиклін, кліндаміцин, хіміоте-

рапевтичні ЛЗ); блокатори кальцієвих каналів додатково уповільнюють спорожнення стравоходу [13, 18].

Щодо патогенезу, печія виникає внаслідок патологічного ГЕР. У нормі слизова оболонка стравоходу має обмежену стійкість до дії кислого вмісту шлунку, при тривалому і частому ГЕР рефлюксат ушкоджує епітелій, підвищуючи тим самим проникність слизової стравоходу, що полегшує дифузію іонів водню  $H^+$  у глибші шари. Це призводить до активації чутливих хеморецепторів дистального відділу стравоходу. Основними рецептурними структурами, що реагують на присутність  $H^+$  у слизовій оболонці стравоходу є кислоточутливі іонні канали та рецептори. За умов повторних рефлюксів знижується поріг больової чутливості рецепторів. Як результат – мінімальні чи короткочасні рефлюкси викликають виражену печію. [1, 13].

Додатковими факторами патологічного процесу є порушення кліренсу стравоходу, зниження концентрації бікарбонатів у слині, що нейтралізують соляну кислоту, а також склад рефлюксату – наявність у ньому компонентів жовчі значно посилює ушкодження слизової оболонки стравоходу [1, 13].

За статистичними даними печією страждають близько 30-40% дорослого населення планети, що суттєво впливає на якість життя та створює значне навантаження на системи охорони здоров'я. Печія настільки поширена, що багато людей вважають її нормальною частиною життя та не повідомляють про цей симптом своїм лікарям, а шукають полегшення за допомогою безрецептурних ЛЗ. Але варто зауважити, що печія, яка виникає більше, ніж два рази на тиждень, може бути проявом серйозного захворювання [2, 13].

Як вище зазначалось, печія – найчастіше асоціюється з ГЕРХ, та важливо розуміти, що вона є симптомом інших загрозливих патологій ШКТ, наприклад ерозивного езофагіту (запалення слизової стравоходу з утворенням виразок); стриктури стравоходу (звуження просвіту стравоходу за рахунок рубцювання тканин, яке ускладнює ковтання) [11]. Якщо печія виникає переважно вночі або натщесерце – можна підозрювати гастрит з підвищеною кислотністю, виразкову

хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки; додатково присутній біль у правому підребер'ї – ознака хронічного холециститу [2, 5].

Особливу небезпеку становить **стравохід Баррета** – серйозне ускладнення ГЕРХ, що характеризується зміною багатошарового плоского епітелію в нижній частині стравоходу на циліндричний, типовий для слизової інших відділів ШКТ. Трансформація відбувається через постійний вплив агресивних компонентів рефлюксату (соляної кислоти, пепсину, жовчних кислот) та відбувається у декілька етапів: слизова без парієнтальних клітин → формування парієнтальних клітин (типові для шлунку) → слизова, типова для кишківника (критичний стан; оцінюється як передраковий). Згодом можливий розвиток аденокарциноми стравоходу. Фактори ризику стравоходу Баррета: вік (>50 років), чоловіки, біла раса, куріння, надмірне вживання алкоголю, ожиріння. Хвороба вражає близько 2% населення світу, з них у 0,5-1% діагностують аденокарциному стравоходу [9, 19].

Цікавим є той факт, що ступінь ураження стравоходу не залежить від тяжкості печії. Наприклад, пацієнти з сильною та часто виникаючою печією можуть мати нормальний стан стравоходу при ендоскопії, а ті, хто має важкі ураження – навпаки, можуть мати легкі або незначні симптоми [13].

## 1.2. Підходи до немедикаментозної корекції печії.

Профілактика розвитку печії та пов'язаного з нею дискомфорту ефективніша й безпечніша, ніж лікування симптомів, що з'явилися. Дотримання простих, але доведених рекомендацій дозволяє значно знизити ризик ГЕР та покращити якість життя [4]. Розглянемо основні заходи:

- обмеження вживання харчових тригерів: цитрусових, помідорів та продуктів з ними (кетчупи, соуси), гострої, жирної, смаженої їжі, шоколаду, м'яти, кави, чаю, газованих напоїв;

- дотримання режиму харчування: їсти невеликими порціями 4-5 разів на день, уникати пізніх прийомів їжі (не менше, чим за 3 години до сну), не переїдати, не вживати їжу «на ходу», а ретельно пережовувати;

- уникання звички лягати одразу після прийому їжі;
- підняття головного кінця ліжка на 10-15 см зменшить нічні симптоми;
- нормалізація сну;
- зниження маси тіла, що веде до зменшення тиску на шлунок і діафрагму;
- помірні фізичні навантаження;
- відмова від шкідливих звичок: вживання алкоголю та куріння;
- уникання стресових ситуацій (можуть допомогти релаксаційні техніки, медитація);
- відмова від тісного одягу, що стискає живіт (тугі ремені, корсети) [4,8].

### 1.3. Симптоматичне лікування печії.

Якщо зміни харчової поведінки та способу життя не допомагають усунути епізоди печії, то застосовують медикаментозне лікування, спрямоване на нейтралізацію соляної кислоти у шлунковому соці чи зниження її продукції. Основні групи препаратів – антациди, альгірати, ІПП, блокатори H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів.

**Антациди** – група препаратів, які нейтралізують соляну кислоту шлункового соку та не впливають на фізіологічні механізми секреції соляної кислоти. Застосовуються при легких симптомах ГЕР. Поділяються на системні/абсорбуючі та несистемні/неабсорбуючі [20].

**Абсорбуючі антациди** (натрію гідрокарбонат (сода), кальцію карбонат (Ренні – суміш з магнію карбонат), магнію силікат) вступають у пряму хімічну реакцію нейтралізації соляної кислоти в шлунку; працюють швидко, але дія короткочасна. Через швидке зниження рН шлунку можливе повторне рефлекторне збільшення секреції соляної кислоти (синдром «рикошету»). У зв'язку з великою кількістю побічних ефектів, таких як «залужування» крові та сечі, набряки, затримка натрію, ці препарати застосовуються рідко [6, 20]. Також існує загроза утворення каменів в сечовивідних шляхах у пацієнтів із сечокам'яною хворобою при застосуванні антацидів, які містять карбонат кальцію або силікат магнію [3].

**Антациди, що не абсорбуються** (алюмінієво-магнієві антациди (алюмінію та магнію гідроксиди), алюмінію фосфат) працюють за рахунок адсорбції соляної кислоти. Полегшення настає повільніше у порівнянні з системними антацидами, але триває довше (до 3 год). Несистемні антациди додатково захищають слизову оболонку шлунка від впливу жовчі, пепсину, пошкоджуючих речовин (за рахунок адсорбції), володіють цитопротекторною (активація синтезу простагландинів, що відповідають за регенерацію епітелію) та обволікаючою (утворюють захисну плівку на поверхні слизової) діями. Серед побічних ефектів варто виділити діарею (препарати з переважним вмістом солей магнію), закріп (препарати з переважним вмістом гідроксиду алюмінію), а при тривалому застосуванні сполук алюмінію – остеопороз, ниркова недостатність, енцефалопатія [3, 6, 20].

Особливості застосування антацидів: приймати тільки при виникненні печії або через 1-2 год після прийому їжі, можна перед сном; відповідальне самолікування – застосовувати не більше двох тижнів; для уникнення взаємодії (зниження абсорбції інших ЛЗ) – інтервал між прийомами ЛЗ повинен становити не менше 2 год. Якщо печія поєднується із метеоризмом, то необхідно застосовувати антациди у поєднанні із симетиконом. Антациди не можна поєднувати з колоїдним вісмутом (вісмуту субцитрат) та сукральфатом у зв'язку із фармакодинамічною несумісністю [3, 6].

**Альгірати** – група препаратів на основі природних полімерних полісахаридів; часто поєднуються з антацидами (бікарбонат натрію та карбонат кальцію). Механізм дії полягає у взаємодії альгіратів зі шлунковим соком і формуванням гелеподібної «подушки», яка піднімається на поверхню шлункового вмісту за рахунок вуглекислого газу (утворюється при взаємодії бікарбонату натрію із соляною кислотою). Альгіратова «подушка» перешкоджає виходу рефлюксату у стравохід і працює досить тривалий час [21].

Альгірати володіють високим профілем безпеки, не чинять системної дії, тому є оптимальними для прийому вагітними та жінками, які годують грудьми.

Симптоматичне лікування цією групою препаратів не повинне тривати більше 7 днів, в подальшому – тільки після консультації з лікарем [3, 21].

**Блокатори H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів** – клас антисекреторних ЛЗ, що застосовуються для лікування кислотозалежних захворювань ШКТ. Механізм їх дії полягає у конкурентному інгібуванні H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів парієтальних клітин шлунка, що призводить до зменшення продукції соляної кислоти як базальної (у стані спокої, без впливу їжі), так і стимульованої гістаміном, гастрином і меншою мірою ацетилхоліном. Одночасно зі зниженням продукції соляної кислоти та збільшенням рН H<sub>2</sub>-гістаміноблокатори знижують активність пепсину. Що важливо, ці ЛЗ зосереджені на гальмуванні нічної секреції соляної кислоти, а також мають додаткові ефекти: збільшують синтез простагландинів та активують кровообіг у слизовій оболонці шлунка, підвищують секрецію бікарбонатів, репаративно діють на епітелій слизової [5, 6].

За поколіннями препарати класифікують так: циметидин → ранітидин → фамотидин → нізатидин → роксатидин. Циметидин у даний час не застосовується через велику кількість побічних ефектів, таких як андрогенна активність (гінекомастія, імпотенція), неврологічні (проникає через ГЕБ), кардіотоксичні (аритмії, блокади), гематоксичні (тромбоцитопенія та гранулоцитопенія) та інші небажані реакції. Ранітидин є безпечнішим, а препарати наступних поколінь мають ще кращий профіль безпеки. Для усієї групи препаратів характерний «синдром відміни», тож препарати припиняють приймати поступово [6].

H<sub>2</sub>-гістаміноблокатори призначають перорально або парентерально. Препарати слід приймати у рекомендованих дозах, зазвичай 1–2 рази на добу, найбільший терапевтичний ефект – у період з 19 до 22 год (для зниження нічної секреції). При призначенні H<sub>2</sub>-гістаміноблокаторів обов'язково звертати увагу на стан печінки та нирок, при порушеннях рекомендується зменшити дозування на 50-75% або зробити триваліший інтервал між прийомами, приблизно 36-48 год. H<sub>2</sub>-гістаміноблокатори можуть бути кардіотоксичними за рахунок блокування H<sub>2</sub>-рецепторів міокарда та судинної стінки. Група препаратів протипоказана вагітним та жінкам, які годують грудьми, дітям до 12 років [6].

**Інгібітори протонної помпи (ІПП)** – антисекреторні ЛЗ, що знижують секрецію соляної кислоти, блокуючи протонні помпи ( $H^+K^+$ -АТФази) в парієнтальних клітинах слизової оболонки шлунка (кінцевий етап синтезу соляної кислоти). До цієї групи ЛЗ належать омепразол, лансопризол, пантопризол, рабепразол, езомепразол [6, 22].

Усі ІПП є проліками, щоб унеможливити передчасну активацію у шлунку випускають таблетки з кишковорозчинними оболонками, желатинові капсули, гранули для оральної суспензії. Також існують форми для парентерального введення і капсули з модифікованим вивільненням (декслансопризол) для збільшення періоду напіввиведення [22].

ІПП всмоктуються у проксимальному відділі тонкого кишечника, потрапляють до кровообігу, транспортуються і накопичуються у секреторних каналцях парієнтальних клітин шлунка. Під впливом соляної кислоти перетворюються на активну форму (сульфенамід), яка незворотно зв'язується з протонною помпою, блокуючи її. Для відновлення секреції соляної кислоти необхідні новосинтезованні протонні помпи [6, 22].

Перевагами ІПП над  $H_2$ -гістаміноблокаторами є відсутність синдрому «рикошету» і кращий клінічний та антисекреторний ефект (у 2-10 разів вищий). Під час прийому ІПП, зокрема омепразолу, протягом 2 тижнів печія зникла у 49% пацієнтів, а протягом 4 тижнів – у 58,6%, у порівнянні з 33,3% та 35% пацієнтів, які приймали ранітидин відповідно [23].

ІПП призначають при ГЕРХ, виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, вони є обов'язковим компонентом антихелікобактерної терапії, сприяють загоюванню виразок, застосовуються для профілактики НПЗЗ-індукованих гастропатій, при синдромі Золлінгера-Еллісона [6, 22].

При призначенні ІПП необхідно враховувати небажану взаємодію, так як ІПП підвищують рН шлункового соку, тому можуть змінювати всмоктуваність деяких ЛЗ, залежних від цього, наприклад: прискорювати біодоступність дігосину, макролідів та тривалість дії діазепаму, протисудомних засобів, навпаки уповільнювати біодоступність ампіциліну, атазанавіру, кетоконазолу, солей

заліза. ІПП не застосовують в період вагітності та годування грудьми, проти-показані дітям до 12 років [3, 6].

При тривалому та безперервному прийомі ІПП у високих дозах може виникнути гіпохлоргідрія та гіпергастринемія, що збільшують ризик кишкових та респіраторних інфекцій, остеопорозу, можуть призвести до В12-дефіцитної та залізодефіцитної анемії, також можливий розвиток гіпомагніємії [6, 22]. Цікавий факт: до останнього часу вважалося, що внаслідок гіпохлоргідрії розвивається рак шлунку. Але останні дослідження, опубліковані у січні 2026 р. спростували це припущення [24].

#### **1.4. Рекомендації міжнародних та вітчизняних клінічних протоколів щодо лікування печії.**

Міжнародні клінічні протоколи рекомендують лікування печії покроково: зміна способу життя, антациди/альгінати та блокатори H<sub>2</sub>-гістамінових рецепторів при епізодичних симптомах та прийом ІПП при регулярних проявах (мінімум 4-8 тижнів). Алгоритм, представлений на рис.1.2. відображає сучасну практику щодо оптимального лікування печії [25].

На рівні самопомоги (при зверненні до аптеки), важлива роль відводиться широкодоступним безрецептурним препаратам, таким як антациди та альгінати, які швидко допомагають і можуть прийматися «за потребою», а також дозволяється прийом H<sub>2</sub>-гістаміноблокаторам та ІПП (в деяких країнах). Якщо печія виникає  $\geq 2$  рази на тиждень або присутні тривожні симптоми, то рекомендовано звернутися до лікаря (див. рис. 1.2).

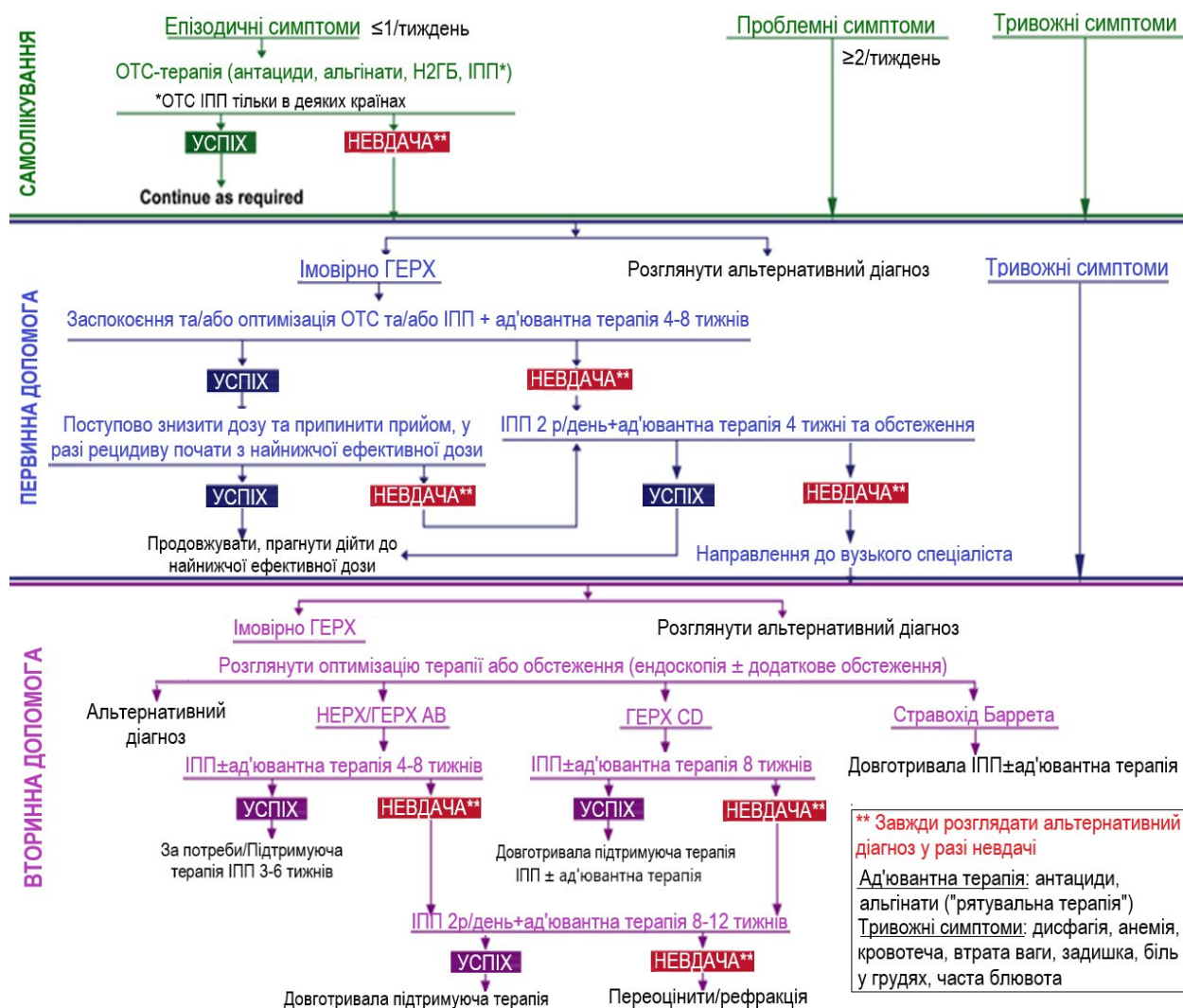


Рис.1.2. Алгоритм лікування рефлюксних розладів [25]

На рівні первинної медичної допомоги сімейним лікарем призначається ІПП у стандартній дозі, можлива комбінація з антацидами чи альгіратами, за відсутності ефекту – збільшення дози ІПП до 2 р/день. Якщо така терапія неефективна – розгляд альтернативного діагнозу та направлення до вузького спеціаліста.

Вторинна (спеціалізована) допомога показана при складних випадках, наприклад при рефрактерній печії, що не піддається лікуванню ІПП. Тактика залежить від форми ураження: неерозивна GERX (НЕРХ), GERX різного ступеня ураження (ступені А–D за Лос-Анджелеською класифікацією), стравохід Баррета. Проводять додаткові обстеження, зокрема ендоскопію, при рефрактерності (від-

сутність відповіді на лікування ІПП) – добовий рН-моніторинг, імпедансометрію [25].

Вітчизняні протоколи лікування печії синхронізовані із міжнародними рекомендаціями. Допомога при скаргах базується на модифікації способу життя та застосуванні ІПП як золотого стандарту лікування, для симптоматичної терапії – антациди та альгінати. Також приділена увага рефрактерній печії. Таким пацієнтам призначають додаткові обстеження (фіброезофагогастроуденоскопія (ФЕГДС), добовий рН-моніторинг, імпедансометрія), при виявленні функціональної печії – індивідуальний підбір терапії, включаючи консультування та лікування психотерапевтом, призначенні транквілізаторів та антидепресантів [1]. Алгоритм представлений на рис.1.3.

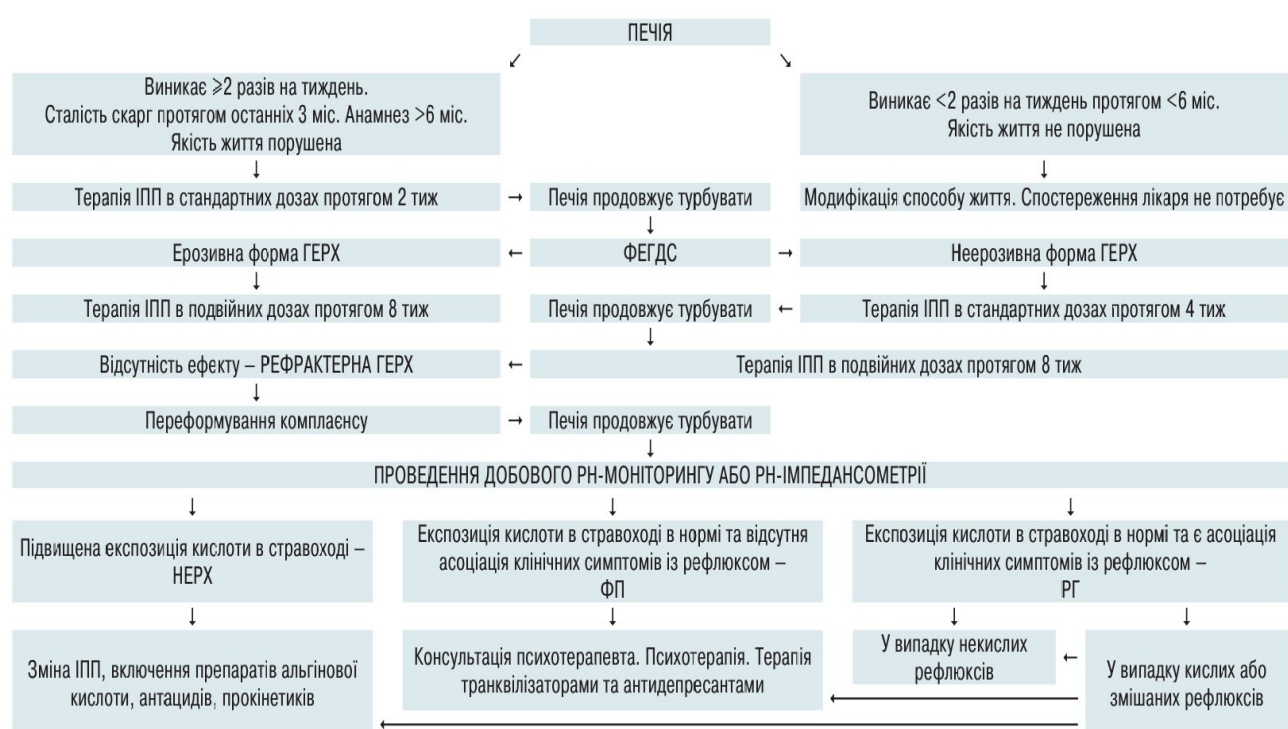


Рис.1.3. Алгоритм ведення пацієнтів з печією [1]

### 1.5. Фармацевтична опіка хворих при лікуванні печії.

Фармацевтична опіка при симптоматичному лікуванні печії регулюється чинним Протоколом фармацевта при відпуску лікарських засобів без рецепта

«Симптоматичне лікування печії», затвердженого Наказом МОЗ України від 05.01.2022 №7 «Про затвердження протоколів фармацевта» [3].

При зверненні пацієнта із скаргами на печію фармацевт повинен провести швидке опитування, щоб виключити загрозливі симптоми, направити до лікаря у разі виявлення таких, запропонувати безрецептурні ЛЗ для полегшення стану, надати рекомендації щодо немедикаментозної корекції печії.

Фармацевт скеровує пацієнта до лікаря у таких загрозливих випадках:

«1) печія супроводжується блюванням кольору “кавовою гущі” або кров’ю; появою випорожнень чорного (дъогтьоподібного) кольору; задишкою, потовиділенням, утрудненням ковтання; болем в животі;

3) прогресуюча втрата маси тіла на фоні постійної печії;

2) печія триває протягом 3-х діб та більше;

4) поява печії пов’язана з прийомом лікарських засобів» [3].

Фармацевт пояснює пацієнту, що печія – це не окреме захворювання, а симптом порушень у роботі ЖКТ, може бути як епізодичним через недосконалість харчування, так і свідчити про більш небезпечні наслідки. Правильна оцінка ситуації та призначення ефективних ЛЗ фармацевтом дозволять усунути скарги і запобігти ускладненням.

Для усунення епізодичної печії рекомендувати антациди із самостійним прийомом не більше 14 днів чи альгінати, прийом яких допускається не більше 7 днів; надати належну інформацію щодо ЛЗ (особливості прийому, побічна дія, лікарська взаємодія, вплив режиму харчування) та профілактики. При печії, яка виникає більше 2 разів на тиждень – скерувати до лікаря для призначення лікування [3].

Можна зробити висновок, що фармацевт відіграє важливу роль у забезпеченні раціональної фармакотерапії. Його професійні знання, досвід, рівень спілкування та доброзичливе ставлення до пацієнтів підвищують якість фармацевтичної допомоги населенню, допомагають усунути ризики нераціонального використання ЛЗ та попереджають ускладнення хвороб.

## РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ АНКЕТУВАННЯ ФАРМАЦЕВТІВ

### 2.1. Мета та методологія анкетування.

**Метою** проведеного анкетування є об'єктивна оцінка рівня поінформованості фармацевтів щодо основних причин виникнення печії, методів її профілактики, визначення професійної компетентності під час відпуску ЛЗ, призначених для симптоматичного лікування печії, а також виявлення типових помилок, допущених фармацевтами при консультуванні пацієнтів із скаргами на печію.

**Методологія дослідження.** У процесі виконання кваліфікаційної роботи основним методом було **анкетування**. Це один із різновидів соціального дослідження, що ґрунтується на зборі необхідної інформації шляхом отримання відповідей від респондентів на заздалегідь сформовані питання [12].

Інструментом для отримання даних була онлайн-анкета, створена в Google Forms та поширена серед фармацевтів м. Кременчука (Полтавська область) та м. Дніпра. У дослідженні взяв участь 71 фармацевт. Опитування проводилося анонімно, впродовж 1 календарного місяця.

Анкета складається із двох блоків: загальні питання (характеристика респондентів) та основна частина (етіопатогенез печії, загрозливі стани, рекомендовані ЛЗ, принципи фармацевтичної опіки), містить 16 запитань (закритих та напівзакритих), з однією або декількома правильними відповідями (додаток 1).

Отримані відповіді були опрацьовані за допомогою статистичних методів, а результати представлені у вигляді гістограм та кругових діаграм. У ході роботи застосовані також аналітичний та порівняльний методи, що допомогли критично оцінити отримані відповіді. Метод узагальнення дав змогу сформулювати висновки щодо проблем у фармакотерапії печії.

## **2.2. Етичні аспекти проведення опитування.**

Анкетування проводилося анонімно, без вказання електронної пошти, що забезпечило конфіденційність персональних даних фармацевтів та сприяло достовірності отриманих відповідей. Респонденти були ознайомлені з метою дослідження та поінформовані, що отримані дані будуть представлені в узагальненому вигляді й використані виключно для написання кваліфікаційної роботи. Участь була добровільною, респонденти мали право відмовитися від проходження анкети на будь-якому етапі.

В анкеті свідомо не має питань про вік та стать, увага зосереджена на рівні фармацевтичної освіти та стажу роботи за спеціальністю. Це дозволяє оцінити саме професійні навички та практичний досвід респондента, не зважаючи на демографічні характеристики.

## **РОЗДІЛ 3 . АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ АНКЕТУВАННЯ ФАРМАЦЕВТІВ**

### **3.1. Характеристика вибірки фармацевтів за відповідями анкети.**

Як зазначалося вище, в анкетуванні прийняли участь фармацевти м. Кременчука Полтавської області та м. Дніпра у кількості 71 респондент. Анкета містить 16 запитань та розподілена на 2 блоки: 3 загальні питання та 13 питань, що стосуються саме печії та її фармакотерапії.

У блоці «Загальні питання» зроблений фокус на професійній характеристиці респондентів. Демографічні показники (вік та стать) у нашому анкетуванні не мають суттєвого впливу на хід дослідження, тому не враховувалися.

Розглянемо детальніше, які відповіді давали респонденти. Щодо **рівня фармацевтичної освіти** (рис.3.1.), то половина опитаних фармацевтів (50,7%) мають вищу освіту, 33,8% – середню. Анкету заповнили 5,6% інтернів, інші 9,9% респондентів дали свої варіанти відповідей.

## 1. Який у Вас рівень фармацевтичної освіти?

71 відповідь

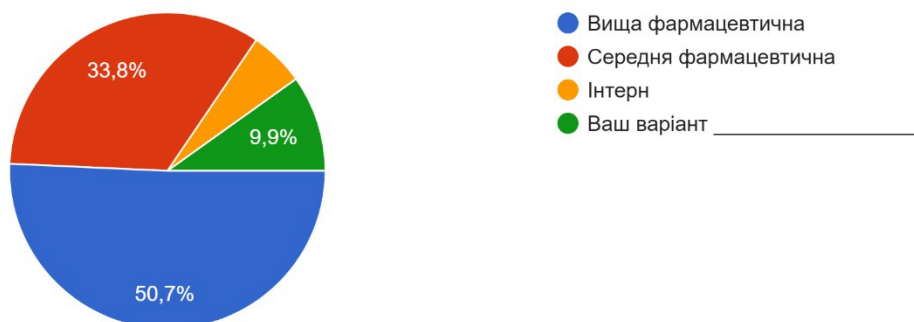


Рис. 3.1. Розподіл респондентів за рівнем фармацевтичної освіти

Стосовно **стажу роботи** (рис.3.2.), то половина респондентів мають відносно невеликий досвід у професії: менше 1-го року – 19,7% фармацевтів і від 1-го до 5-ти років – 31%. Найменшу частку серед опитаних становлять фахівці із тривалим стажем роботи понад 15 років – 8,5% фармацевтів. 21,1% респондентів працюють за фахом від 5-ти до 10-ти років та 19,7% – від 10-ти до 15-ти років.

## 2. Стаж роботи за спеціальністю?

71 відповідь

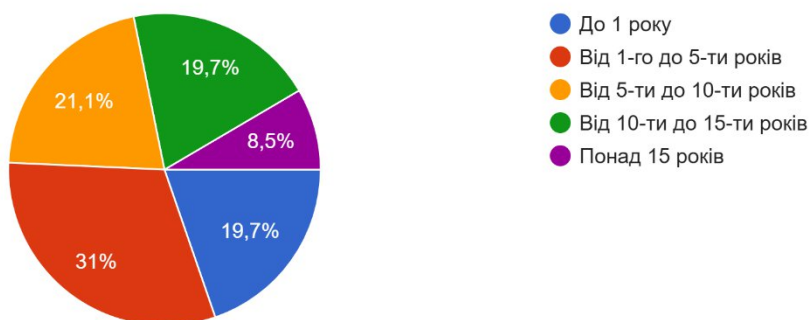


Рис. 3.2. Розподіл респондентів за стажем роботи за професією

Наступне питання стосується **джерел інформації, які використовують фармацевти для поповнення професійних знань** (рис.3.3.). Найбільш інформативною для фармацевтів є участь у конференціях, майстер-класах та вебінарах (80,3%), а найменш популярним джерелом інформації є фармацевтичні періодичні видання («Щотижневик АПТЕКА», «Вісник фармації» тощо) – ними

користуються лише 40,8% фахівців. Значна частка фармацевтів черпає професійну інформацію під час участі в освітніх заходах БПР та від представників фармацевтичних компаній – 64,8% та 62% відповідно. 60,6% опитаних користуються Протоколами фармацевта, а половина опитаних (53,5%) звертаються за професійними порадами до колег.

3. Які джерела інформації Ви використовуєте для поповнення професійних знань?

71 відповідь

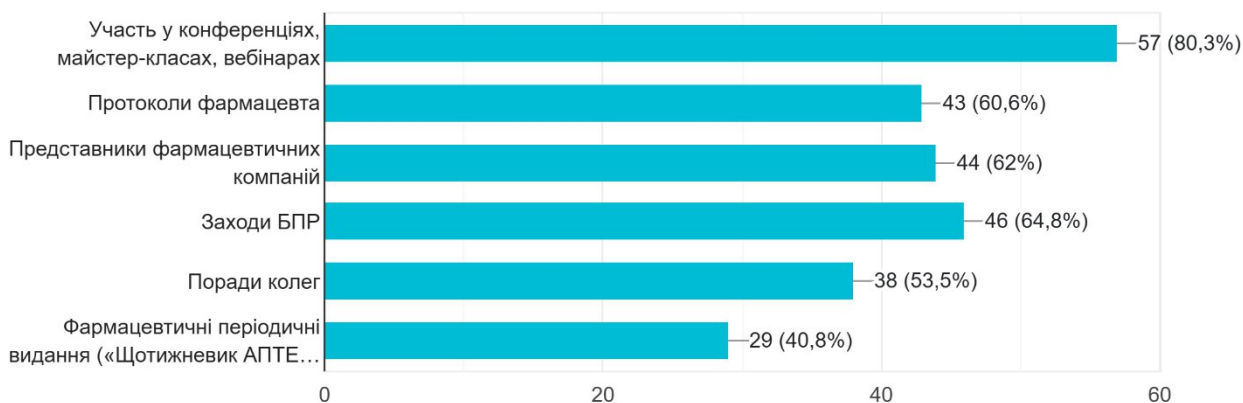


Рис.3.3. Розподіл відповідей щодо джерел інформації для поповнення професійних знань

**Блок «Рациональне та безпечне застосування лікарських препаратів для лікування печії»** містить 13 закритих питань, з однією або декількома правильними відповідями.

На рис. 3.4. вказані відповіді респондентів щодо **етіології печії**. Всі опитані слушно вважають, що неправильне харчування веде до виникнення печії, а більшість з них до списку провокуючих факторів вірно додали: зловживання газованими напоями, ГЕР, гастрит із підвищеною кислотністю – по 90,1%, виразкову хворобу шлунку – 73,2% та прийомом деяких лікарських препаратів (НПЗП, кортикостероїди) – 81,7%. Водночас лише 28,2% фахівців поінформовані, що хронічний холецистит також є чинником, що викликає печію. Частина фармацевтів доречно пов'язують печію із підвищенням внутрішньочеревного тиску (при вагітності, ожирінні) та стресом – 62% та 56,3% відповідно. Знижену кислотність шлунку – нетипову причину печії – помилково обрала п'ята

частина опитаних (19,7%). Частина фармацевтів помилково обрали такі чинники: хронічний ентерит – 8,5%, дисбіоз – 7%, збалансоване харчування – 4,2%.

#### 4. Які найбільш часті причини печії?

4 правильна відповідь із 71

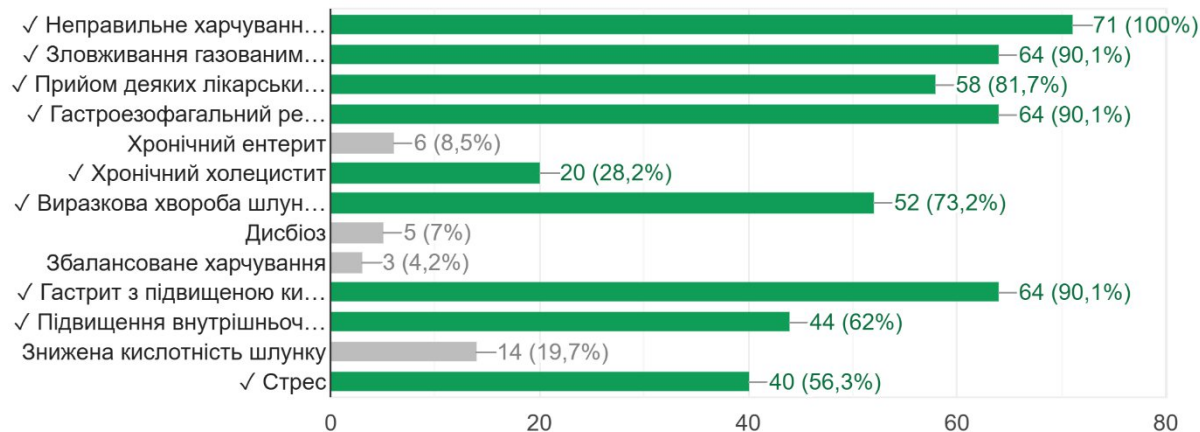


Рис. 3.4. Розподіл відповідей щодо причини печії

Про **загрозливі симптоми** (рис.3.5), при яких необхідно скеровувати пацієнта до лікаря, поінформована більшість респондентів. Фармацевти правильно обрали такі варіанти: печія супроводжується блюванням кольору «кавової гуші» або кров'ю – 100%; втрата ваги без причини – 94,4%, випорожнення чорного (дьюгтьоподібного) кольору та поява задишки, потовиділення, утруднення ковтання, болю у ділянці серця – по 93%, постійна печія протягом 3 днів і більше – 76,1%. Разом з тим 21,1% опитаних помилково вважають печію під час вагітності загрозливим симптомом. Такі некоректні варіанти, як печія після жирної, гострої їжі та після вживання алкоголю, обрали 15,5% та 9,9% відповідно.

### 5. При яких загрозливих симптомах печії слід скерувати пацієнта до лікаря?

34 правильна відповідь із 71

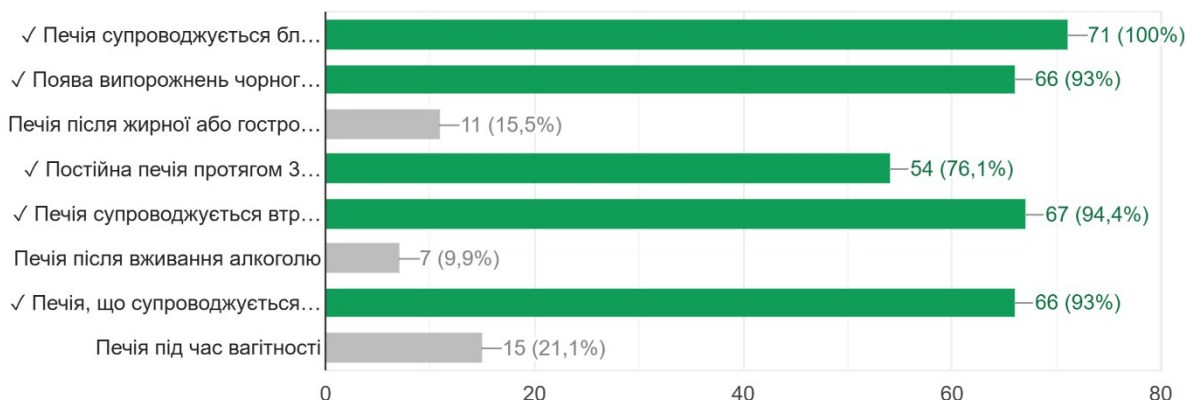


Рис. 3.5. 3 Розподіл відповідей щодо загрозливих симптомів печії

Наступне питання стосувалося рекомендацій щодо **ЛЗ, які допоможуть усунути епізодичну печію** (рис.3.6.). Більшість фармацевтів (97,2%) пропонують антациди, дещо менша кількість – альгінати (67,6%). Водночас частина фахівців некоректно рекомендує трав'яні чаї (23,9%), вісмуту субцитрат (16,9%), панкреатин (12,7%) та пробіотики (4,2%).

### 6. Які препарати слід рекомендувати для усунення епізодичної появи печії?

36 правильна відповідь із 71

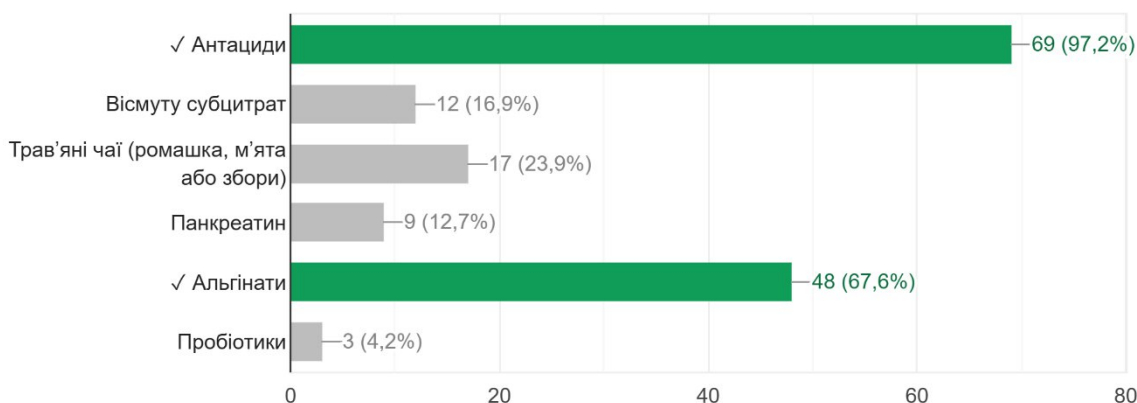


Рис 3.6. Розподіл відповідей щодо препаратів для усунення епізодичної печії

Фармацевтам було запропоновано відповісти на питання про **властивості, які характерні для антацидів** (рис.3.7.). 90,1% мають рацію, що антациди нейтралізують соляну кислоту у шлунку, водночас про інші властивості поінформована менша частина фахівців: утворення захисної плівки на поверхні

слизової оболонки шлунку –70,4%, адсорбція пепсину, жовчних кислот – 46,5%, цитопротекторна дія – лише 33,8%. Водночас 23,9% респондентів помилково вважають, що антациди зменшують секреції соляної кислоти у шлунку.

#### 7. Які властивості характерні для антацидів?

13 правильна відповідь із 71

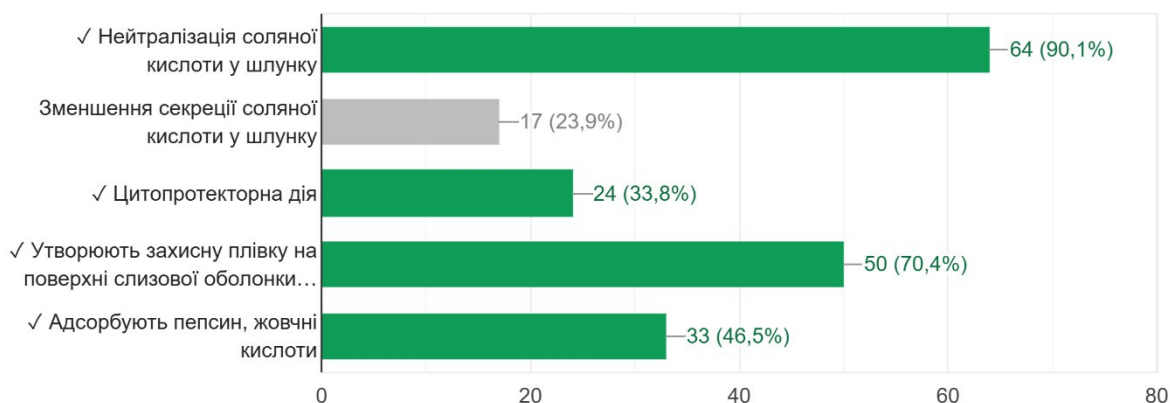


Рис. 3.7. Розподіл відповідей щодо властивостей, характерних для антацидів

Метою наступного питання була оцінка поінформованості фармацевтів щодо **тривалості самостійного прийому антацидів та альгінатів** (рис.3.8.).

#### 8. Про який термін самостійного прийому антацидів та альгінатвмісних препаратів для симптоматичного лікування печії треба попередити хворого?

36 правильна відповідь із 71

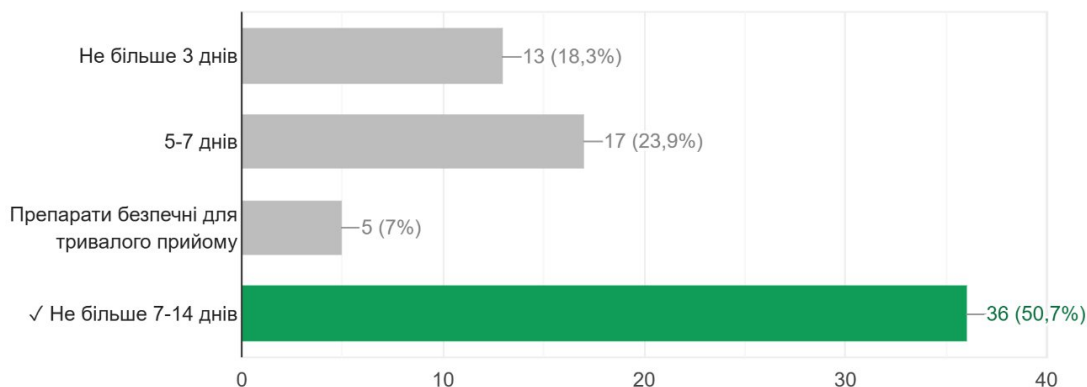


Рис. 3.8. Розподіл відповідей щодо тривалості самостійного прийому антацидів та альгінатів

Лише 50,7% опитаних правильно обрала відповідь – не більше 7-14 днів згідно Протоколів фармацевта [3]. 23,9% вважають, що допустимий термін самостійного прийому антацидів та альгінатів – 5-7 днів, 18,3% – не більше 3 днів та 7% допускають, що препарати безпечні для тривалого прийому.

Наступне питання стосується рекомендацій щодо **прийому антацидів** (рис. 3.9.). Більшість фахівців обрали правильні відповіді, а саме: при виникненні печії – 71,8%, через 1-2 години після прийому їжі – 54,9%, за 2 години до або після прийому інших ЛЗ – 57,7%. Неправильно рекомендувати пацієнтам застосовувати антациди за 1 годину до прийому їжі (так вважає 16,9% фармацевтів) та під час їжі (відповідь 7% опитаних).

#### 9. Як правильно приймати антациди?

20 правильна відповідь із 71

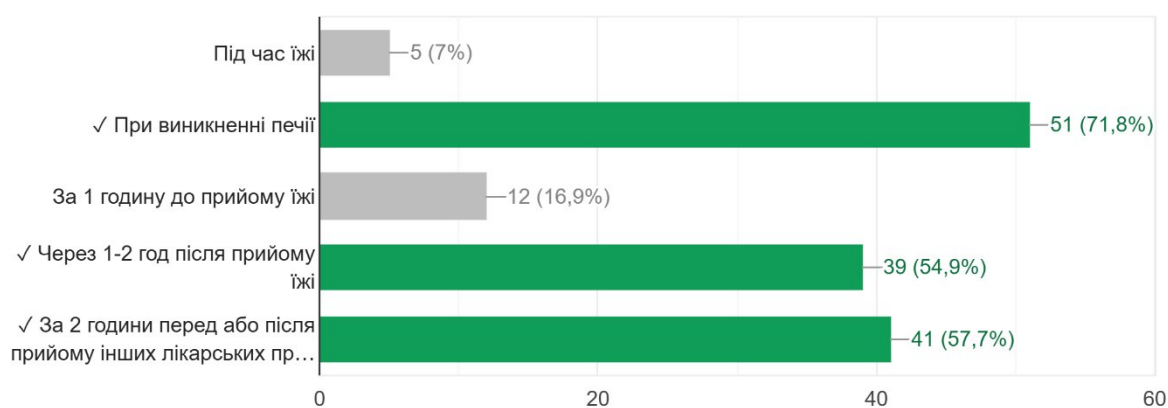


Рис. 3.9. Розподіл відповідей щодо правильного прийому антацидів

На питання про ЛЗ, які викликають повторне рефлекторне збільшення секреції соляної кислоти в шлунку (синдром «рикошету») правильно відповіли 73,2% фармацевтів, обравши антациди з карбонатами кальцію та магнію (рис. 3.10.). Водночас п'ята частина опитаних помилково обрала відповіді: алюмінієво-магнієві антациди (18,3%), антациди з фосфатом алюмінію (5,6%), альгінатвмісні антациди (2,8%).

10. Які препарати викликають повторне рефлекторне збільшення секреції соляної кислоти в шлунку (синдром «рикошету»)?

52 правильна відповідь із 71

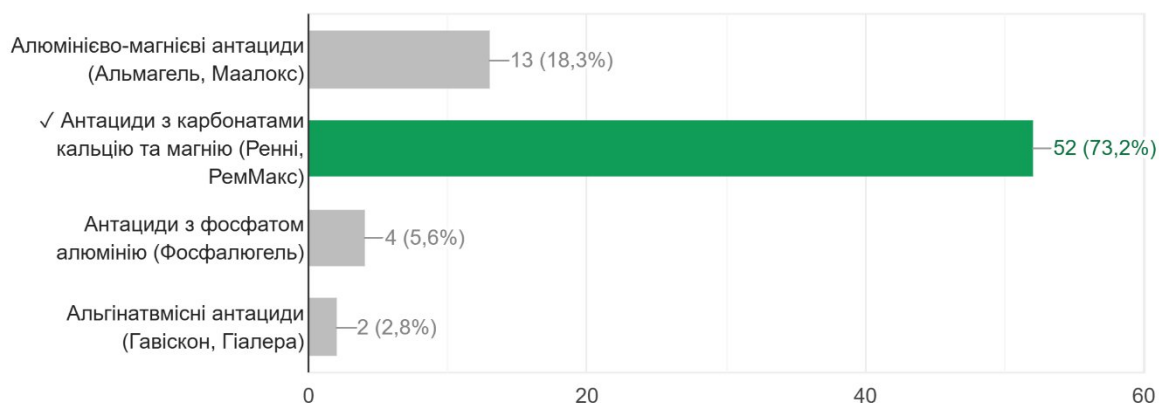


Рис. 3.10. Розподіл відповідей щодо препаратів, які викликають повторне рефлекторне збільшення секреції соляної кислоти в шлунку

Наступні питання дають змогу з'ясувати рівень обізнаності фармацевтів щодо **побічних ефектів антацидів**, оскільки це вкрай важливо при консультуванні щодо фармакотерапії печії.

На питання про найбільш частий побічний ефект, а саме закрєп, під час прийому алюмінійвмісних антацидних засобів 81,7% опитаних відповіли правильно (рис.3.11.). Водночас деякі фармацевти обрали помилкові варіанти: метеоризм – 5,6%, блювання, діарею, нудоту – по 4,2%.

11. Про який найбільш частий побічний ефект необхідно інформувати пацієнтів під час продажу антацидних засобів, що містять сполук...им вмістом у складі комбінованих препаратів?

58 правильна відповідь із 71

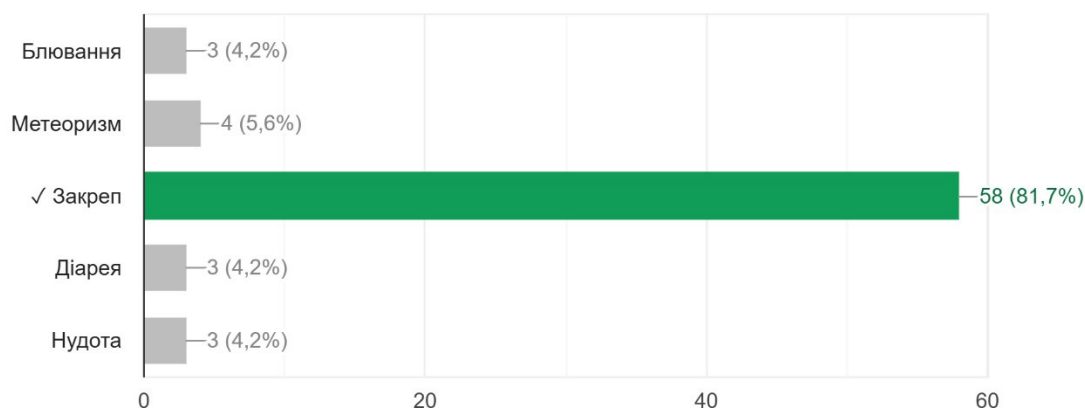


Рис. 3.11. Розподіл відповідей щодо побічних ефектів під час прийому

### алюмінійвмісних антацидних засобів

З приводу найбільш частого побічного ефекту під час прийому магнійвмісних антацидних препаратів (рис. 3.12.), то більшість опитаних – 83,1% – правильно вказали на послаблюючу дію. Разом з тим 9,9% фармацевтів помилово обрали закреп, по 2,8% – блювоту та нефротоксичність, 1,4% – утворення каменів.

12. Про який найбільш частий побічний ефект необхідно інформувати пацієнтів під час продажу антацидних засобів, що містять сполу...им вмістом в складі комбінованих препаратів?  
59 правильна відповідь із 71

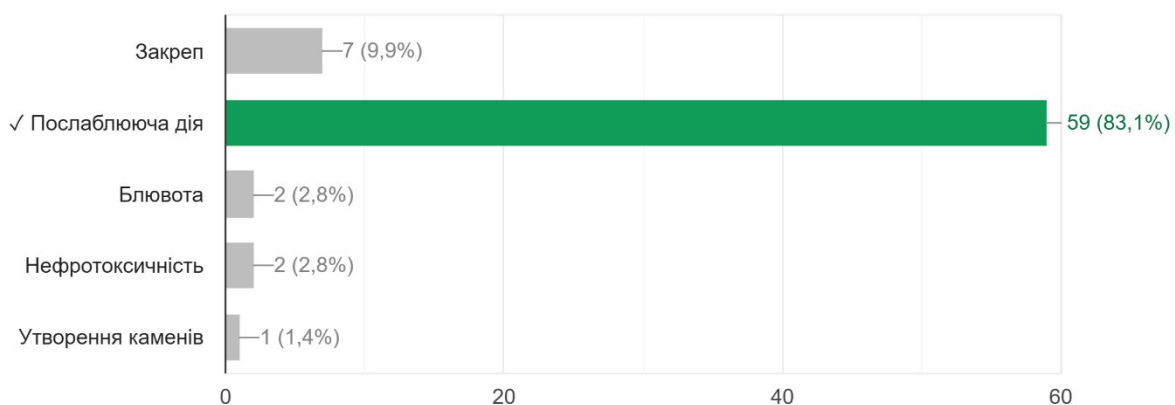


Рис. 3.12. Розподіл відповідей щодо побічних ефектів під час прийому магнійвмісних антацидних засобів

Розглянемо **небезпеку тривалого прийому алюмінійвмісних антацидних засобів** (рис. 3.13.).

13. Про які загрозливі побічні ефекти алюмінійвмісних антацидних засобів (при тривалому прийомі), необхідно інформувати пацієнтів з хворобами нирок під час продажу?

15 правильна відповідь із 71

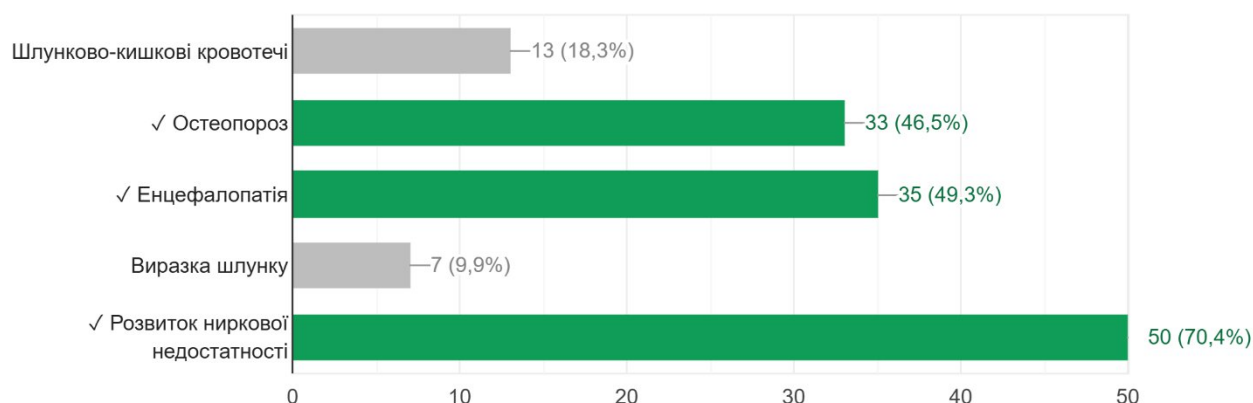


Рис. 3.13. Розподіл відповідей щодо побічних ефектів під час тривалого прийому алюмінійвмісних антацидних засобів

Як бачимо, 70,4% фармацевтів правильно визначили, що може розвинути-ся ниркова недостатність, водночас менша частина фахівців поінформована щодо ризиків остеопорозу та енцефалопатії – 46,5% та 49,3% відповідно. 18,3% опитаних помилково вважають, що прийом антацидів може викликати шлунково-кишкові кровотечі, а виразку шлунку – 9,9%.

У наступному питанні запропоновано обрати ЛЗ, які володіють високим профілем безпеки, тому є **оптимальними для прийому вагітними** (рис. 3.14.). Про те, що альгінатвмісні препарати не зашкодять майбутній дитині, поінформовані лише 63,4% фармацевтів. 18,3% фармацевтів помилково рекомендують для прийому комбінації кальцію та магнію карбонатів, 8,5% – алюмінієво-магнієві антациди та 5,6% – інгібітори протонної помпи.

14. Які лікарські засоби є найбільш безпечними у період вагітності для усунення симптомів печії?

45 правильна відповідь із 71

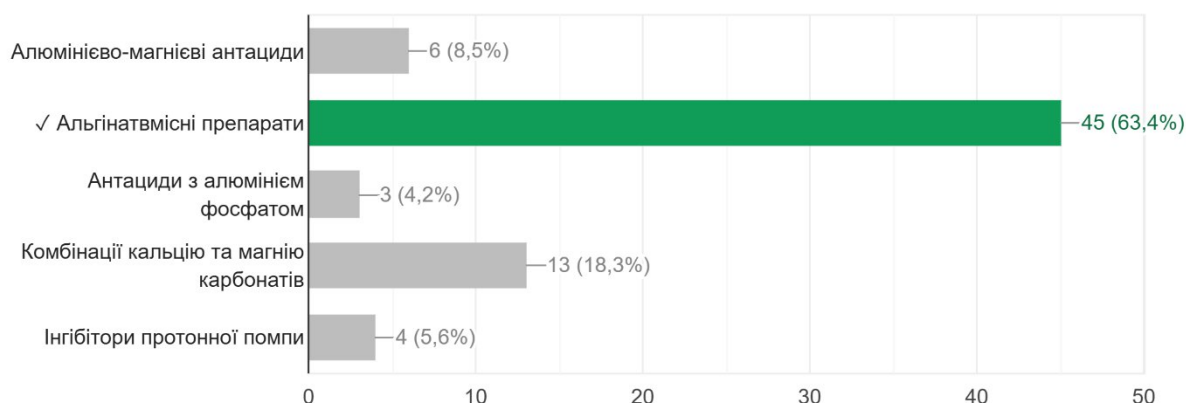


Рис. 3.14. Розподіл відповідей щодо найбільш безпечних ЛЗ для усунення печії під час вагітності

На запитання про **ключову перевагу альгінатвмісних препаратів, яка пов'язана з основним механізмом дії**, а саме антирефлюксну дію, правильно дали відповідь лише 60,6% опитаних (рис. 3.15.). Решта опитаних помилилася, обравши виразну кислото-нейтралізуючу дію – 21,1%, відсутність закрепів – 9,9%, відсутність вікових протипоказань – 5,6%, місцевоанестезуючу дію – 2,8%.

15. Укажіть ключову перевагу альгінатвмісних препаратів, яка пов'язана з основним механізмом їхньої дії:

43 правильна відповідь із 71

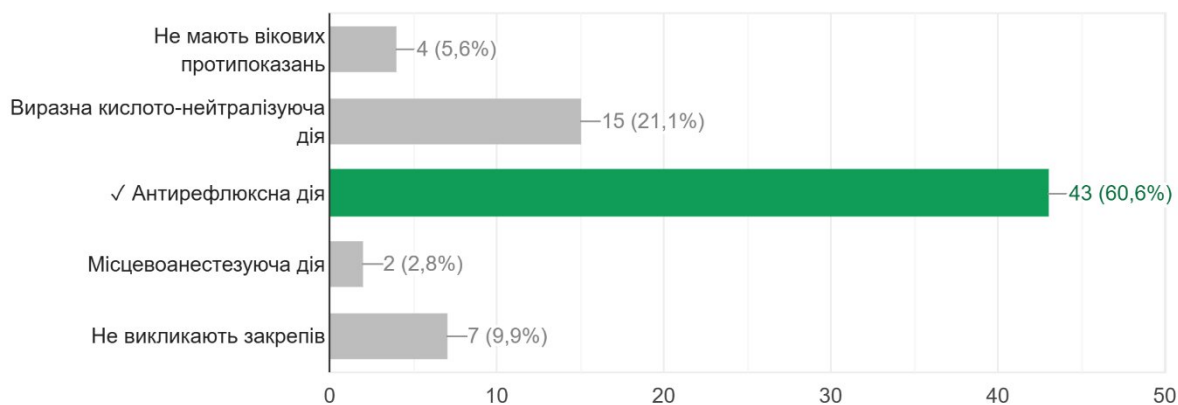


Рис. 3.15. Розподіл відповідей щодо переваги альгінатвмісних препаратів

Останнє запитання стосувалося рекомендацій щодо способу життя та харчування, які обов'язково треба надати пацієнту (рис.3.16.).

16. Які загальні рекомендації щодо способу життя та харчування обов'язково потрібно надати пацієнту з печією?

38 правильна відповідь із 71

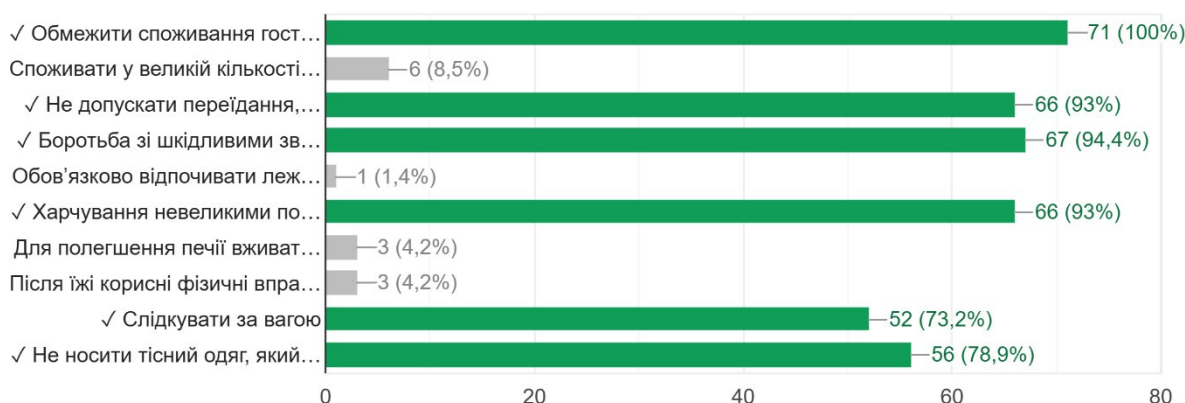


Рис. 3.16. Розподіл відповідей щодо рекомендацій по модифікації способу життя та харчування

Переважна більшість фармацевтів дала правильні відповіді: обмежити споживання гострої, смаженої, пряної їжі (100%), не допускати переїдання та швидкого приймання їжі (93%), боротися із шкідливими звичками: тютюнопалінням та вживанням алкоголю (94,4%), харчуватися невеликими порціями 4-5 разів на день (93%), слідкувати за вагою (73,2%) та обмежити носіння тісного одягу, який стискає живіт (78,9%). Водночас помилково вважають, що корисними порадами є споживання у великій кількості продуктів, що містять кофеїн (8,5%), цитрусових, цибулі, часнику, пасти й соків з томатів (4,2%), фізичні вправи з нахилом уперед (4,2%) та відпочинок лежачи після їжі (1,4%).

### 3.2. Типові помилки та проблемні аспекти фармакотерапії печії.

На підставі отриманих відповідей онлайн-анкети складається чітка картина проблемних аспектів та прогалин у здійсненні фармацевтичної опіки щодо пацієнтів, які звертаються в аптечні заклади з печією.

На рис.3.17. представлені питання, на які відповідають здебільшого помилково.

Запитання	Правильні відповіді
4. Які найбільш часті причини печії?	4/71
5. При яких загрозованих симптомах печії слід скерувати пацієнта до лікаря?	34/71
7. Які властивості характерні для антацидів?	13/71
9. Як правильно приймати антациди?	20/71
13. Про які загрозовані побічні ефекти алюмінійвмісних антацидних засобів (при тривалому прийомі), необхідно інформувати пацієнтів з хворобами нирок під час продажу?	15/71

Рис. 3.17. Запитання, на які часто відповідають неправильно

Отримані результати відповідей свідчать, що більшість фармацевтів орієнтується в **основних причинах печії**, водночас лише 4 респонденти (5,6%) позначили усі правильні відповіді, що вказує на обмежене володіння матеріалом. Абсолютно всі опитані пов'язують виникнення печії з неправильним харчуванням, по 90,1% фармацевтів правильно визначили і такі чинники, як зловживання газованими напоями, ГЕР, гастрит із підвищеною кислотністю. Про той факт, що деякі ЛЗ можуть спровокувати печію, поінформовані 81,7% опитаних. Необхідно орієнтуватися у переліку таких ЛЗ, оскільки за таких обставин необхідно відправити пацієнта до лікаря для корекції фармакотерапії супутнього захворювання. Варто зауважити, що зазначені ЛЗ є широкоживаними, наприклад  $\beta$ -адреноміметики, блокатори кальцієвих каналів, нітрати, бензодіазепіни, комбіновані оральні контрацептиви, селективні інгібітори зворотного захопле-

ння серотоніну; аспірин, інші НПЗЗ, солі заліза з аскорбіновою кислотою тощо [13, 18].

Слід зазначити, що деякі опитані не пов'язали печію як можливий супутній симптом виразкової хвороби шлунку. У цьому випадку печія виникає переважно вночі або натщесерце. У той же час лише 28,2% ознайомлені з тим фактом, що хронічний холецистит (тривале запалення жовчного міхура) є чинником печії, при цьому пацієнт додатково може відчувати біль у правому підребер'ї [2, 5]. Такі випадки потребують обов'язкової консультації лікаря.

Аналіз відповідей показав, що частина фармацевтів не ознайомлені з тим фактом, що підвищення внутрішньочеревного тиску (при вагітності, ожирінні) та стрес є провокуючими факторами печії – 62% та 56,3% правильних відповідей відповідно. У першому випадку – тиск на шлунок і діафрагму збільшує число епізодів рефлюксу. Щодо стресових ситуацій, то фармацевтам варто взяти до уваги той факт, що тривога, страх, занепокоєння провокують розслаблення НСС, змінюють моторику стравоходу, збільшують секрецію соляної кислоти, як наслідок – виникає печія. До того ж людина стає надто чутливою до болю та дискомфорту [13, 17].

Варто відмітити, що 19,7% опитаних помилково вважають, що знижена кислотність може викликати печію. Частина фармацевтів пов'язує печію із тривалим запаленням тонкого кишківника (хронічним ентеритом) – 8,5% та дисбіозом – 7%, що може вказувати на прогалини у знаннях фізіології людини. 4,2% обрали збалансоване харчування – скоріш всього причиною такої відповіді є плутанина у термінах.

Результати анкетування щодо **загрозливих симптомів при печії** вказують на те, що половина опитаних, а саме 34 фармацевти (47,9%) можуть розпізнати **всі стани**, при яких необхідно негайно скерувати пацієнта до лікаря. Так, 100% опитаних об'єктивно вважають, що небезпечною є печія, яка супроводжується блюванням кольору «кавової гущі» або кров'ю, оскільки може свідчити про кровотечу із верхніх відділів ШКТ. На такий стан також вказує поява випорожнень чорного (дьюгтьоподібного) кольору, про що ознайомлені 93% фармацевтів.

Більшість респондентів безпомилково визначили такі загрозливі симптоми, як втрата ваги (94,4%) та поява задишки, потовиділення, утруднення ковтання, болю у ділянці серця (93%). Усі перераховані тривожні стани потребують ендоскопічного дослідження верхніх відділів ШКТ [8], а при болю у серці – необхідно виключити напад стенокардії. Дещо менше фармацевтів (76,1%) правильно обрали такий загрозливий симптом як постійна печія протягом 3 днів і більше.

Значна частка фармацевтів помилилась, обравши симптоми, які не викликають тривоги. Хибно припускати, що печія під час вагітності є загрозливим станом, у чому впевнені 21,1% фармацевтів. Печія у вагітних досить поширена, адже на жінку діють як гормональні чинники, так і фізіологічні. Епізодично може виникати печія після жирної, гострої їжі та після вживання алкоголю, що ефективно усувається корекцією способу життя. Такі помилкові відповіді обрали 15,5% та 9,9% відповідно.

**Повною інформацією про властивості, які характерні для антацидів,** володіють 13 фармацевтів (18,3%), що вказує на недостатній рівень знань щодо механізму фармакологічної дії. Переважна більшість правильно визначили, що антациди нейтралізують соляну кислоту у шлунку – 90,1%. Про інші властивості знає дещо менша частка фахівців. Антациди, зокрема несистемні, додатково утворюють захисну плівку на поверхні слизової оболонки шлунку (обрали 70,4%), адсорбують пепсин та жовчні кислоти (46,5%) та володіють цитопротекторною дією за рахунок активації синтезу простагландинів, що відповідають за регенерацію епітелію. Остання властивість відома лише 33,8% фармацевтів.

Не можна ігнорувати той факт, що 23,9% опитаних переконані, що антациди зменшують секрецію соляної кислоти у шлунку, хоча такий механізм дії характерний для ІПП та H<sub>2</sub>-гістаміноблокаторів.

Отримані відповіді на питання щодо **особливостей прийому антацидів** вказують на різний рівень поінформованості фармацевтів. Слід зазначити, що **всі три правильні** відповіді обрали лише 20 фармацевтів, що становить 28,2% від загальної кількості опитаних. Тож 71,8% правильно рекомендує приймати антациди при виникненні печії, 54,9% – через 1-2 години після прийому їжі. Ва-

жливо також попередити пацієнта, що для зниження ймовірності лікарської взаємодії потрібно дотримуватися інтервалу в 2 години між прийомами антацидів та інших ЛЗ. 57,7% фармацевтів обрали цей варіант, інші не враховують той факт, що антациди знижують біодоступність інших ЛЗ. Недоцільно рекомендувати пацієнтам застосовувати антациди за 1 годину до прийому їжі (так припускає 16,9% фармацевтів) та під час їжі (відповідь 7% опитаних), оскільки такий прийом значно зменшує їх ефективність. Доцільно наголосити, що недотримання рекомендацій прийому антацидів призводить як до зниження ефективності самого препарату, так і до підвищення ризиків ускладнень можливих супутніх захворювань.

Недостатньо ознайомлені фармацевти у питанні **побічних ефектів, що є наслідком тривалого прийому алюмінійвмісних антацидів**, особливо у пацієнтів із супутніми хворобами нирок – лише 15 опитаних (21,1%) дали **повні правильні відповіді**. Важливо звертати увагу пацієнта на терміни прийому і побічні ефекти антацидів, адже безконтрольне вживання може призвести до занадто серйозних наслідків. 70,4% фармацевтів правильно визначили, що може розвинутися ниркова недостатність, причиною якої є накопичення алюмінію у ниркових клубочках [3, 6]. У пацієнтів із супутніми хворобами нирок цей процес відбувається набагато швидше через порушення елімінації. Внаслідок підвищеного рівня алюмінію у крові та його кумуляції може розвинутися енцефалопатія та остеопороз. З цим фактом ознайомлені 49,3% та 46,5% фармацевтів відповідно.

18,3% опитаних помилково припускають, що прийом антацидів може викликати шлунково-кишкові кровотечі, а 9,9% – виразку шлунку. Така частка неправильних відповідей свідчить про те, що фармацевти недостатньо інформовані у механізмі дії та побічних ефектах антацидів.

Варто звернути також увагу на питання про **тривалість прийому антацидів та альгінатів**, адже лише половина фармацевтів (50,7%) правильно визначили, що термін самостійного прийому цих препаратів становить 7-14 днів, про що

вказано у Протоколах фармацевта [6]. Необхідно розуміти, що порушення рекомендацій щодо прийому ЛЗ – це ризик виникнення побічних ефектів.

Слід зазначити, що на основі відповідей складається висновок, що **частина фармацевтів із недовірою ставляться до альгінатів**. Лише 67,6% опитаних рекомендують їх при виникненні печії, хоча препарати володіють антирефлюксною дією (60,6% фармацевтів поінформовані про цю перевагу). Лише 63,4% респондентів обирають **альгінати як найбільш безпечні для вагітних**. Зазначені препарати «не впливають на перебіг вагітності, внутрішньоутробний та постнатальний розвиток дитини» [3]. Водночас 18,3% фармацевтів рекомендують для прийому комбінації кальцію та магнію карбонатів, що є припустим тільки за призначенням лікаря, у короткий термін, періодично [3]. Але необхідно враховувати системну дію цих препаратів та можливі побічні ефекти, такі як повторне рефлекторне збільшення секреції соляної кислоти в шлунку, залужування крові та сечі, що є вкрай небезпечним для вагітної. Викликає занепокоєння, що 8,5% фармацевтів рекомендують алюмінієво-магнієві антациди та 5,6% – ІПП, хоча зазначені ЛЗ протипоказані при вагітності.

### **3.3. Аналіз виявлених проблемних питань у фармацевтичній практиці.**

Отримані результати опитування дозволяють сформулювати статистику відповідей, яка представлена на рис.3.18. Максимально можлива кількість балів анкетування – 13. Найвищих показників досягли 4 фармацевти. Мінімальну кількість балів (за 1 правильну відповідь) отримали 3 респондента. Середній бал розподілу становить 6 – саме стільки правильних відповідей надали 10 фармацевтів. Статистика відповідей продемонструвала середній рівень поінформованості опитаних, що становить 6,38 балів із можливих 13, що вказує на фрагментарність знань щодо ключових аспектів фармакотерапії та фармацевтичної опіки при печі та потребу у систематизації подальшого отримання інформації.

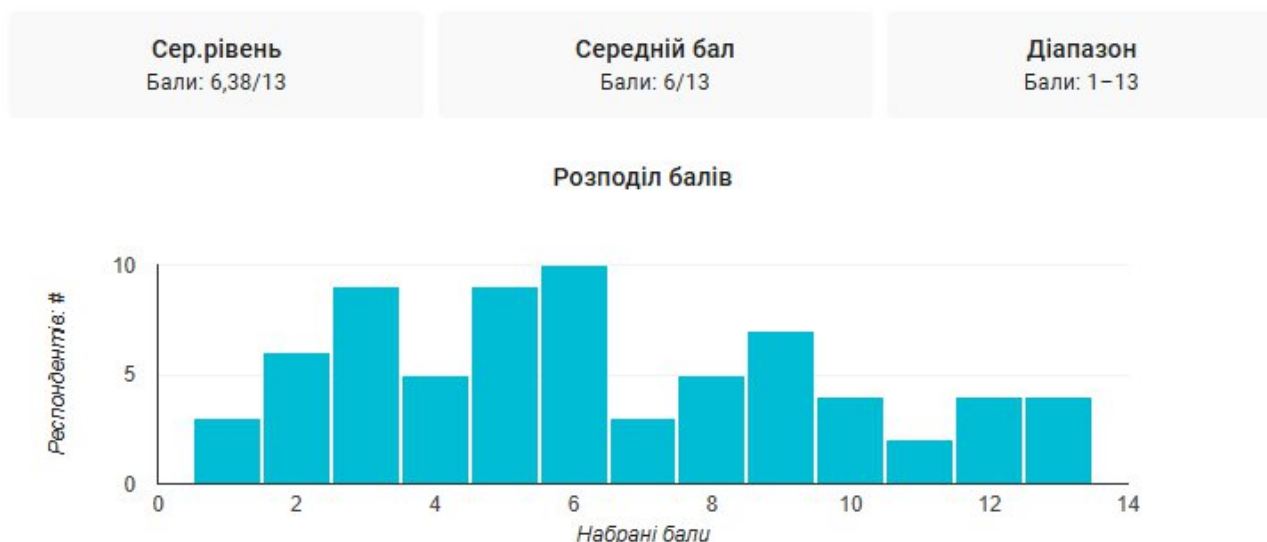


Рис. 3.18. Статистика відповідей

Таким чином, результати аналізу анкетування свідчать про достатній/задовільний рівень поінформованості опитаних щодо ефективних ЛЗ від печії, водночас фармацевти не завжди дотримуються рекомендацій стосовно особливостей та тривалості прийому антацидів та альгінатів, а у деяких виникають труднощі із визначенням механізму дії препаратів. Значна частка фахівців орієнтується в основних побічних ефектах зазначених ЛЗ, проте не всі ознайомлені з тим фактом, що антациди при тривалому прийому у пацієнтів із супутніми хворобами нирок можуть призвести до небезпечних наслідків. Особливу увагу необхідно звернути на проблемні моменти при консультуванні вагітних.

Також варто зазначити, що опитані достатньо володіють інформацією щодо основних чинників печії, але необхідно ґрунтовніше розглянути питання етіології. Аналізуючи відповіді, слушно зауважити, що окремі фармацевти мають труднощі у диференціації загрозливих симптомів від тих, що не викликають тривоги. Разом з тим, переважна більшість може надати слушні рекомендації стосовно модифікації способу життя для зменшення проявів печії.

На основі проведеного аналізу відповідей можна дійти висновку, що основною причиною таких результатів є неналежне використання джерел інформації для поповнення професійних знань. Так, частина фармацевтів зали-

шає поза увагою надану інформацію у Протоколі фармацевта – до нього звертаються лише 60,6% опитаних. Найменш популярними серед опитаних є фармацевтичні періодичні видання, хоча там публікуються сучасні підходи до фармацевтичної опіки та лікування пацієнтів, які звертаються у аптечні заклади.

Виявлені прогалини в теоретичних та практичних знаннях фармацевтів щодо печії та її фармакотерапії рекомендовано усунути шляхом проведення інформаційної підтримки. Актуалізація професійних знань підвищить якість фармацевтичної допомоги населенню.

## **ВИСНОВКИ ТА ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

У процесі написання кваліфікаційної роботи був проведений аналіз наукової літератури та розглянуті міжнародні й вітчизняні протоколи фармакотерапії. На основі отриманої інформації була розроблена анкета, призначена для визначення рівня поінформованості фармацевтів щодо фармацевтичної опіки при лікуванні печії.

Анонімне онлайн-анкетування проводилося серед фармацевтів м. Кременчука Полтавської області та м. Дніпра. Статистика відповідей

продемонструвала задовільний/середній рівень поінформованості опитаних стосовно фармацевтичної опіки при печії. Загалом, респонденти орієнтуються у таких питаннях: загрозливі симптоми печії, ЛЗ для усунення епізодичної появи печії, основні побічні ефекти антацидів, немедикаментозні рекомендації для полегшення та профілактики печії. Водночас виявлені прогалини у питаннях, що стосуються етіології печії, механізмів дії, особливостей та тривалості прийому антацидів й альгінатів, безпечних ЛЗ для вагітних, ЛЗ для коморбідних хворих. Таким чином, доцільно звернути увагу фармацевтів на причини виникнення печії, режим та тривалість прийому антацидів й альгінатів, особливості застосування альгінатів у період вагітності та призначення алюмінійвмісних антацидів коморбідним хворим.

З метою підвищення якості фармацевтичної допомоги пацієнтам із скаргами на печію рекомендовано реалізувати інформаційну підтримку фармацевтів (проведення заходів БПР, тренінгів, семінарів, спільних конференцій із лікарями, створення чи вдосконалення інформаційних матеріалів (буклети, пам'ятки)), акцентувати увагу фармацевтів на дотриманні рекомендацій Протоколу фармацевта, де представлені чіткі алгоритми роботи з пацієнтами, загрозливі симптоми, при яких треба скеровувати до лікаря, та основні рекомендації щодо застосування ЛЗ [3]; впроваджувати міжнародні стандарти фармацевтичної допомоги.

Належний рівень професійних знань та якість фармацевтичної опіки допомагають усунути ризики нераціонального застосування ЛЗ та підвищують безпеку лікування.

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Мосійчук Л. М., Петішко О. П., Васильєва І. О. Диференційна діагностика та лікування печії у практиці сімейного лікаря. Український медичний часопис. №4 (132). Т.1 – VI/VII. 2019. С. 1–5. URL: <https://umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2019/08/4788.pdf>

2. Печія: фармацевтична опіка пацієнтів / І. Зупанець, В. Пропіснова. Фармацевт Практик. 2012. № 2. С. 43-44. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/farmpr\\_2012\\_2\\_23](http://nbuv.gov.ua/UJRN/farmpr_2012_2_23).

3. Про затвердження протоколів фармацевта: Наказ МОЗ України від 05.01.2022р. № 7. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/7/35237-dn\\_7\\_05\\_01\\_2022\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/7/35237-dn_7_05_01_2022_dod.pdf)

4. Печія під контролем. Щотижневик Аптека. 2025. № 44 (1515 ). URL: <https://www.apteka.ua/article/734119>

5. Печія: клінічні прояви та сучасні підходи до фармакотерапії. Щотижневик Аптека. 2017. № 16 (1087). URL: <https://www.apteka.ua/article/408722>

6. Клінічна фармакологія : Підручник для студентів і лікарів / [Абдуєва Ф. М., Бичкова О. Ю., Бондаренко І. О. та ін.]; за загальною редакцією М. І. Яблучанського та В. М. Савченка. – Х. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2011. – 405 с.

7. Адапована клінічна настанова. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба. 2017. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2017\\_akn\\_gerh.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2017_akn_gerh.pdf)

8. Настанова 00170. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3067>

9. Компедіум. Нозологічний довідник лікаря. Стравохід Баррета. URL: <https://compendium.com.ua/uk/handbooks-uk/nozologia-dovidnyk/stravohid-barretta/>

10. Довідник лікаря. МКХ-10 АМ. Міжнародна класифікація хвороб. URL: <https://doctorguides.com.ua/mkxam>

11. Печія: причини, симптоми, діагностика та методи лікування. Медичний центр. Клініка професора Стефана Хміля. URL: <https://khmilclinic.com.ua/pechiya-prychyny-symptomy-diagnostyka-ta-metody-likuvannya/>

12. Шостак І.В. Анкетування: методичні рекомендації щодо організації та проведення соціологічного дослідження. Острого, 2021. 40 с.

13. Mark Feldman; Lawrence S. Friedman; Lawrence J. Brandt. Gastrointestinal and liver disease. Pathophysiology | diagnosis | management. 11th edition 2021. P. 173-175. P.2215

14. Nirwan, J.S., Hasan, S.S., Babar, ZUD. et al. Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): Systematic Review with Meta-analysis. Sci Rep 10, 5814 (2020). URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-62795-1>

15. Puri R, Sharma S. Hiatal Hernia. 2026 Jan 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan–. PMID: 32965871. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562200/>

16. Taraszewska A. Risk factors for gastroesophageal reflux disease symptoms related to lifestyle and diet. Rocz Panstw Zakl Hig. 2021;72(1):21-28. doi: 10.32394/rpzh.2021.0145. PMID: 33882662. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33882662/>

17. Choi JM, Yang JI, Kang SJ, Han YM, Lee J, Lee C, Chung SJ, Yoon DH, Park B, Kim YS. Association Between Anxiety and Depression and Gastroesophageal Reflux Disease: Results From a Large Cross-sectional Study. J Neurogastroenterol Motil 2018;24:593-602. URL: <https://doi.org/10.5056/jnm18069>

18. Mungan Z, Pınarbaşı Şimşek B. Which drugs are risk factors for the development of gastroesophageal reflux disease? Turk J Gastroenterol. 2017 Dec;28(Suppl 1):S38-S43. doi: 10.5152/tjg.2017.11. PMID: 29199166. URL: <https://www.turkjgastroenterol.org/public/pdfs/303/buyuk/S38-S43.pdf>

19. Al Hazzouri, A., Attieh, P., Azizi, T., Kfoury, K., Karam, K., Karam, K., and Fiani, E. (2026) Barrett's Esophagus. Journal of Gastroenterology and Hepatology. Vol. 41, Is.1, P. 1-382. Jan 2026. URL: <https://doi.org/10.1111/jgh.70166>.

20. Garg V, Narang P, Taneja R. Antacids revisited: review on contemporary facts and relevance for self-management. J Int Med Res. 2022 Mar;50(3):3000605221086457. doi: 10.1177/03000605221086457. PMID: 35343261; PMCID: PMC8966100. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35343261/>

21. Ali, R.A.R., Hassan, J. & Egan, L.J. Review of recent evidence on the management of heartburn in pregnant and breastfeeding women. BMC Gastroenterol 22, 219 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02287-w>

22. Strand DS, Kim D, Peura DA. 25 Years of Proton Pump Inhibitors: A Comprehensive Review. Gut and Liver 2017;11:27-37. URL: <https://doi.org/10.5009/gnl15502>

23. Kaplan-Machlis B, Spiegler GE, Zodet MW, Revicki DA. Effectiveness and costs of omeprazole vs ranitidine for treatment of symptomatic gastroesophageal reflux disease in primary care clinics in West Virginia. Arch Fam Med. 2000 Jul;9(7):624-30. doi: 10.1001/archfami.9.7.624. PMID: 10910310. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10910310/>

24. Long term use of proton pump inhibitors and risk of stomach cancer: population based case-control study in five Nordic countries. 21.01.2026. URL: <https://doi.org/10.1136/bmj-2025-086384>

25. Tytgat GN, McColl K, Tack J, Holtmann G, Hunt RH, Malfertheiner P, Hungin AP, Batchelor HK. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther. 2008 Feb 1;27(3):249-56. doi: 10.1111/j.1365-2036.2007.03565.x. Epub 2007 Oct 31. PMID: 17973975. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17973975/>

## ДОДАТКИ

Анкета «Фармацевтична опіка хворих при лікуванні печії»

Блок «Загальні питання»

1. Який у Вас рівень фармацевтичної освіти?

- Вища фармацевтична
- Середня фармацевтична
- Інтерн
- Ваш варіант \_\_\_\_\_

## **2. Стаж роботи за спеціальністю?**

- До 1 року
- Від 1-го до 5-ти років
- Від 5-ти до 10-ти років
- Від 10-ти до 15-ти років
- Понад 15 років

## **3. Які джерела інформації Ви використовуєте для поповнення професійних знань?**

- Участь у конференціях, майстер-класах, вебінарах
- Протоколи фармацевта
- Представники фармацевтичних компаній
- Заходи БПР
- Поради колег
- Фармацевтичні періодичні видання («Щотижневик АПТЕКА», «Вісник фармації» тощо)

## **Блок «Рациональне та безпечне застосування лікарських препаратів для лікування печії»**

### **4. Які найбільш часті причини печії?**

- Неправильне харчування (вживання жирної, смаженої, гострої їжі, нерегулярний прийом їжі)
- Зловживання газованими напоями, алкоголем, кавою, свіжоспеченим хлібом і здобою
- Прийом деяких лікарських препаратів (НПЗП, кортикостероїди)
- Гастроезофагальний рефлюкс
- Хронічний ентерит
- Хронічний холецистит
- Виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки
- Дисбіоз
- Збалансоване харчування
- Гастрит з підвищеною кислотністю
- Підвищення внутрішньочеревного тиску (при вагітності, ожирінні)
- Знижена кислотність шлунку
- Стрес

### **5. При яких загрозованих симптомах печії слід скерувати пацієнта до лікаря?**

- Печія супроводжується блюванням кольору «кавової гущі» або кров'ю.
- Поява випорожнень чорного (дьогтьоподібного) кольору.
- Печія після жирної або гострої їжі
- Постійна печія протягом 3 днів і більш

- Печія супроводжується втратою ваги без причини
- Печія після вживання алкоголю
- Печія, що супроводжується задишкою, потовиділенням, утрудненням ковтання, болем у ділянці серця
- Печія під час вагітності

#### **6. Які препарати слід рекомендувати для усунення епізодичної появи печії?**

- Антациди
- Вісмуту субцитрат
- Трав'яні чаї (ромашка, м'ята або збори)
- Панкреатин
- Альгінати
- Пробіотики

#### **7. Які властивості характерні для антацидів?**

- Нейтралізація соляної кислоти у шлунку
- Зменшення секреції соляної кислоти у шлунку
- Цитопротекторна дія
- Утворюють захисну плівку на поверхні слизової оболонки шлунку
- Адсорбують пепсин, жовчні кислоти

#### **8. Про який термін самостійного прийому антацидів та альгінатвмісних препаратів для симптоматичного лікування печії треба попередити хворого?**

- Не більше 3 днів
- 5-7 днів
- Препарати безпечні для тривалого прийому
- Не більше 7-14 днів

#### **9. Як правильно приймати антациди?**

- Під час їжі
- При виникненні печії
- За 1 годину до прийому їжі
- Через 1-2 год після прийому їжі
- За 2 години перед або після прийому інших лікарських препаратів

#### **10. Які препарати викликають повторне рефлексорне збільшення секреції соляної кислоти в шлунку (синдром «рикошету»)?**

- Алюмінієво-магнієві антациди (Альмагель, Маалокс)
- Антациди з карбонатами кальцію та магнію (Ренні, РемМакс)
- Антациди з фосфатом алюмінію (Фосфалюгель)
- Альгінатвмісні антациди (Гавіскон, Гіалера)

**11. Про який найбільш частий побічний ефект необхідно інформувати пацієнтів під час продажу антацидних засобів, що містять сполуки алюмінію або з їх переважним вмістом у складі комбінованих препаратів?**

- Блювання
- Закреп
- Метеоризм
- Діарея
- Нудота

**12. Про який найбільш частий побічний ефект необхідно інформувати пацієнтів під час продажу антацидних засобів, що містять сполуки магнію або з їх переважним вмістом в складі комбінованих препаратів?**

- Закреп
- Послаблююча дія
- Блювота
- Нефротоксичність
- Утворення каменів

**13. Про які загрозливі побічні ефекти алюмінійвмісних антацидних засобів (при тривалому прийомі), необхідно інформувати пацієнтів з хворобами нирок під час продажу?**

- Шлунково-кишкові кровотечі
- Остеопороз
- Енцефалопатія
- Виразка шлунку
- Розвиток ниркової недостатності

**14. Які лікарські засоби є найбільш безпечними у період вагітності для усунення симптомів печії?**

- Алюмінієво-магнієві антациди
- Альгінатвмісні препарати
- Антациди з алюмінієм фосфатом
- Короточасне застосування комбінації кальцію та магнію карбонатів
- Інгібітори протонної помпи

**15. Укажіть ключову перевагу альгінатвмісних препаратів, яка пов'язана з основним механізмом їхньої дії:**

- Не мають вікових протипоказань
- Антирефлюксна дія
- Виразна кислото-нейтралізуюча дія
- Місцевоанестезуюча дія
- Не викликають закрепів

**16. Які загальні рекомендації щодо способу життя та харчування обов'язково потрібно надати пацієнту з печією?**

- Обмежити споживання гострої, смаженої, пряної їжі
- Споживати у великій кількості продукти, що містять кофеїн: каву, чай, шоколад
- Не допускати переїдання, швидкого приймання їжі
- Боротьба зі шкідливими звичками: тютюнопаління, вживання алкоголю
- Обов'язково відпочивати лежачи після їжі
- Харчування невеликими порціями 4-5 разів на день
- Для полегшення печії вживати цитрусові, цибулю, часник, пасти й соки з томатів
- Після їжі корисні фізичні вправи з нахилом уперед
- Слідкувати за вагою
- Не носити тісний одяг, який стискає живіт (тугі ремені, пояси)