**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ΄Я УКРАЇНИ**

**ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра клінічної фармакології, фармації,**

**фармакотерапії і косметології**

**Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О.**

**«Використання лікарських**

**засобів – фармацевтична опіка»**

**Навчально-методичний посібник**

**для студентів 5 курсу фармацевтичного факультету**

**спеціальності «Фармація»**

**модуль І**

**Запоріжжя – 2017**

Розглянуто на засіданні кафедри клінічної фармакології,

фармації фармакотерапії і косметології

(Протокол № від 2017 року)

Затверджено на засіданні циклової методичної

комісії фармацевтичних дисциплін ЗДМУ

(Протокол № , 2017 року)

Посібник затверджено

на засіданні Центральної методичної Ради

Запорізького державного медичного університету

(Протокол № , 2017 р.)

**Рецензенти:**

Проректор з наукової роботи

«Запорізька державна медична академія

Післядипломної освіти МОЗ України»

д. мед. н., професор Фуштей І.М.

Завідувач кафедри внутрішніх хвороб-3

Запорізького державного медичного університету

д.мед.н., професор Доценко С.Я.

**ЗМІСТ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ теми** | **Введення** | **4** |
|  | **Загальні положення фармацевтичної опіки.** | **6** |
|  | **Фармацевтична опіка при відпуску безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування розладів травлення.** | **52** |
|  | **Фармацевтична опіка при симптоматичному лікуванні порушень діяльності нервової системи.** | **116** |
|  | **Фармацевтична опіка при симптоматичному лікуванні уражень шкіри.** | **152** |
|  | **Тестові завдання для підсумкового контролю** | **215** |
|  | **Список літератури** | **272** |

**ВВЕДЕННЯ**

На початку XXI сторіччя стратегічний напрямок розвитку охорони здоров'я в усьому світі Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила трьома словами — «Фокус на пацієнта».

Стратегічним напрямом розвитку охорони здоров'я в усьому світі є спрямування всіх галузей медицини на потреби пацієнта. Це положення закріплене в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і лежить в основі Програми дій з основних лікарських препаратів, затвердженої Європейським регіональним бюро ВООЗ.

За цією стратегією докорінно змінюється роль фармацевта в системі охорони здоров'я. Основною метою його професійної діяльності є не стільки збільшення асортименту і якості лікарських препаратів на ринку, скільки підвищення ефективності та безпеки лікарської терапії конкретного хворого. Для здійснення цієї мети Міжнародна фармацевтична федерація (МФФ) зобов'язує всіх практикуючих фармацевтів забезпечити кожному хворому належну якість фармацевтичної опіки.

Поняття "фармацевтична опіка" означає в першу чергу залучення фармацевта разом з лікарем до активної діяльності для збереження здоров'я і запобігання захворюваності населення. Фармацевт зобов'язаний і на нього покладається обов'язок забезпечити пацієнта не тільки якісними ліками і виробами медичного призначення, але й сприяти їхньому раціональному використанню. Для цього фармацевт повинен надати хворому повну інформацію про ліки, лікарські форми й особливості їх застосування, вплив на фармакодинамічні ефекти препарату віку, статі, захворювань нирок, печінки тощо, взаємодію ліків з іншими лікарськими препаратами та їжею, можливий несприятливий вплив ліків на організм хворого.

Для здійснення належної фармацевтичної опіки необхідно, щоб провізор володів достатнім обсягом медичних знань, що дозволять йому взаємодіяти з лікарем на рівні "рівноправного терапевтичного партнерства", проводити контрольну функцію з виявлення серед відвідувачів аптеки осіб із «загрозливими» симптомами, які потребують обов'язкового відвідування лікаря, надавати консультативну допомогу хворому при під час відпуску безрецептурних препаратів для самолікування.

Теоретичною базою при проведенні консультативної роботи серед лікарів та населення з питань раціональної лікарської терапії й при здійсненні провізорами фармацевтичної опіки пацієнтів є клінічна фармація.

Участь провізора в проведенні лікарської терапії сприяє своєчасному забезпеченню хворого лікарськими засобами оптимальної якості, встановленню максимально раціональних шляхів та режимів введення, запобіганню призначенню несумісних лікарських препаратів, зниженню побічної дії ліків, а також зменшенню поліпрагмазії.

У процесі вивчення курсу на основі теоретичного матеріалу, одержаного на кафедрах фізіології, патологічної фізіології, біохімії, мікробіології, фармакології, поєднуються знання з етіології, патогенезу основних нозологічних одиниць в клініці внутрішніх хвороб, принципів їх лікарської терапії. Під час практичних занять, що проводяться безпосередньо в клініці, студенти мають можливість ознайомитися із структурою вітчизняної охорони здоров'я, основною медичною документацією, оволодіти навичками з медичної етики та деонтології. На основі теоретичних знань студенти оволодівають теоретичними та практичними навичками в галузі клінічної фармакології основних фармакологічних груп лікарських препаратів, вчаться проводити корекцію лікарської терапії та вибір найбільш раціональних лікарських препаратів і їх комбінацій для конкретного хворого.

**ТЕМА 1**

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА.**

Визначення та основні поняття фармацевтичної опіки. Місце фармацевтичної опіки в загальній системі охорони здоров'я населення. Взаємовідносини провізора (фармацевта) з іншими медичними працівниками (лікар, медична сестра та ін.) при здійсненні фармацевтичної опіки. Алгоритм здійснення належної фармацевтичної опіки відвідувачів аптеки/пацієнтів провізором під час відпуску безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування безпечних для життя порушень здоров'я. Алгоритм надання провізором належної інформації про ЛЗ під час здійснення фармацевтичної опіки відвідувачів аптек/пацієнтів.

Практичні функції провізора (фармацевта), які необхідні для здійснення опіки (методика збору лікарського анамнезу, розробка плану моніторингу побічної дії ЛЗ, профілактичні заходи щодо можливого прояву побічної дії та інше).

ОТС-препарати. Критерії, на підставі яких ЛЗ відносять до категорії рецептурних або безрецептурних. Нормативні та законодавчі акти, які стосуються правил відпуску безрецептурних препаратів.

Поняття про генеричну і терапевтичну заміну. Компетентність провізора при виборі безрецептурного ЛЗ для відповідального самолікування та при здійсненні заміни безрецептурних ЛЗ.

Фармацевтична опіка як відповідальність провізора (фармацевта) за ефективність терапії ЛЗ перед конкретним відвідувачем аптеки/пацієнтом. Категорії населення, які потребують особливої уваги під час відповідального самолікування. Підходи до фармацевтичної опіки осіб літнього та похилого віку, підлітків, новонароджених дітей, вагітних жінок та жінок в період лактації. Фізіологічні фактори, які є причиною особливостей фармакокінетики та фармакодинаміки ЛЗ у вагітних. Сучасні дитячі лікарські форми, їх переваги, особливості використання. Можливий вплив ЛЗ на перебіг вагітності, пологів, лактацію.

Категорії проблем, які виникають у пацієнта при прийомі ЛЗ; проблеми, які стосуються компетенції провізора (фармацевта) і лікаря, алгоритм їх визначення.

**Мета навчання**: ознайомитися з основними поняттями фармацевтичної опіки, місцем фармацевтичної опіки в загальній системі охорони здоров'я населення.

**Перелік знань і навичок:**

**Знати:**

1. Основні принципи взаємовідносин провізора (фармацевта) з іншими медичними працівниками (лікар, медична сестра та ін.) при здійсненні фармацевтичної опіки.

2. Об'єктивні причини розвитку концепції самолікування в сучасних умовах, підвищення ролі пацієнтів у збереженні свого здоров'я.

3. Безумовні позитивні та негативні моментами впровадження концепції самолікування в структуру охорони здоров'я.

4. Критерії, на підставі яких лікарські препарати відносять до категорії рецептурних або без рецептурних. Препарати безрецептурного відпуску (ОТС-препарати).

5. Практичні функції провізора, які необхідні для здійснення опіки (методика збору лікарського анамнезу, розробка плану моніторингу побічної дії ЛЗ, профілактичні заходи щодо можливого прояву побічної дії та інше).

6. Брендові та генеричні препарати.

7. Поняття про генеричну і терапевтичну заміну. Компетентність провізора при виборі безрецептурного ЛЗ для відповідального самолікування та при здійсненні заміни безрецептурних ЛЗ.

8. Ризик і наслідки неправильного застосування лікарського препарату,

9. Медичне і соціально-економічне значення безпеки медикаментозної терапії. Фактори, що сприяють розвитку побічних реакцій лікарських препаратів (медико - біологічні та фармацевтичні)

**Вміти:**

1. Здійснювати фармацевтичну опіку пацієнтів у разі лікування ліками безрецептурного та рецептурного відпуску.

2. Застосовувати алгоритм дій провізора при здійснюванні фармацевтичної опіки під час відпустки безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування незначних порушень здоров'я.

3. Уміти, у разі потреби, разом з лікарем замінити один лікарський препарат іншим;

4. Здійснювати разом з лікарем у конкретній клінічній ситуації вибір оптимальних ЛЗ, враховуючи особливості їх фармакодинаміки і фармакокінетики, взаємодію з одночасно призначеними ліками;

5. Здійснювати вибір оптимальної лікарської форми, дози, шляху введення і терміну їх призначення (з урахуванням часу прийому, віку хворого та ін.);

6 Застосовувати методи виявлення побічних реакцій лікарських засобів. Фармакологічний нагляд: визначення, організація діяльності.

7. Інформувати лікарів про особливості фармакодинаміки і фармакокінетики нових ЛЗ, що надходять в аптечну мережу, пропонувати раціональну заміну у випадку відсутності препаратів.

8. Консультувати лікаря і хворого з питань раціонального застосування лікарських препаратів.

**ПИТАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ.**

1. Відповідальна самолікування - важлива складова сучасної системи охорони здоров'я
2. Визначення та основні поняття фармацевтичної опіки.
3. Місце фармацевтичної опіки в загальній системі охорони здоров'я населення.
4. Алгоритм здійснення належної фармацевтичної опіки відвідувачів аптеки/пацієнтів провізором під час відпуску безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування безпечних для життя порушень здоров'я.
5. Практичні функції провізора, які необхідні для здійснення опіки (методика збору лікарського анамнезу, розробка плану моніторингу побічної дії ЛЗ, профілактичні заходи щодо можливого прояву побічної дії та інше).
6. Препарати безрецептурного відпуску (ОТС-препарати).
7. Критерії, на підставі яких ЛЗ відносять до категорії рецептурних або безрецептурних.
8. Брендові та генеричні препарати.
9. Поняття про генеричну і терапевтичну заміну.
10. Компетентність провізора при виборі безрецептурного ЛЗ для відповідального самолікування та при здійсненні заміни безрецептурних ЛЗ.
11. Фармацевтична опіка як відповідальність провізора (фармацевта) за ефективність терапії ЛЗ перед конкретним відвідувачем аптеки/пацієнтом.
12. Медичне і соціально-економічне значення безпеки медикаментозної терапії
13. Фактори, що сприяють розвитку побічних реакцій лікарських препаратів (медико - біологічні та фармацевтичні)
14. Методи виявлення побічних реакцій лікарських засобів.
15. Фармакологічний нагляд: визначення, організація діяльності.
16. Порядок проведення виробником (або його представником) досліджень безпеки лікарських засобів, дозволених до медичного застосування.

На початку XXI сторіччя стратегічний напрямок розвитку охорони здоров'я в усьому світі Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначила трьома словами — «Фокус на пацієнта».

Стратегічним напрямом розвитку охорони здоров'я в усьому світі є спрямування всіх галузей медицини на потреби пацієнта. Це положення закріплене в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і лежить в основі Програми дій з основних лікарських препаратів, затвердженої Європейським регіональним бюро ВООЗ.

За цією стратегією докорінно змінюється роль фармацевта в системі охорони здоров'я. Основною метою його професійної діяльності є не стільки збільшення асортименту і якості лікарських препаратів на ринку, скільки підвищення ефективності та безпеки лікарської терапії конкретного хворого. Для здійснення цієї мети Міжнародна фармацевтична федерація (МФФ) зобов'язує всіх практикуючих фармацевтів забезпечити кожному хворому належну якість фармацевтичної опіки.

Поняття "фармацевтична опіка" означає в першу чергу залучення фармацевта разом з лікарем до активної діяльності для збереження здоров'я і запобігання захворюваності населення. Фармацевт зобов'язаний і на нього покладається обов'язок забезпечити пацієнта не тільки якісними ліками і виробами медичного призначення, але й сприяти їхньому раціональному використанню. Для цього фармацевт повинен надати хворому повну інформацію про ліки, лікарські форми й особливості їх застосування, вплив на фармакодинамічні ефекти препарату віку, статі, захворювань нирок, печінки тощо, взаємодію ліків з іншими лікарськими препаратами та їжею, можливий несприятливий вплив ліків на організм хворого.

Для здійснення належної фармацевтичної опіки необхідно, щоб провізор володів достатнім обсягом медичних знань, що дозволять йому взаємодіяти з лікарем на рівні "рівноправного терапевтичного партнерства", проводити контрольну функцію з виявлення серед відвідувачів аптеки осіб із «загрозливими» симптомами, які потребують обов'язкового відвідування лікаря, надавати консультативну допомогу хворому при під час відпуску безрецептурних препаратів для самолікування.

Теоретичною базою при проведенні консультативної роботи серед лікарів та населення з питань раціональної лікарської терапії й при здійсненні провізорами фармацевтичної опіки пацієнтів є клінічна фармація.

Клінічна фармація — інтегративна прикладна наука, що поєднує фармацевтичні та клінічні аспекти лікознавства, головним завданням якої є формування надійних теоретичних основ і методологічних підходів до раціонального застосування лікарських препаратів.

Участь провізора в проведенні лікарської терапії сприяє своєчасному забезпеченню хворого лікарськими засобами оптимальної якості, встановленню максимально раціональних шляхів та режимів введення, запобіганню призначенню несумісних лікарських препаратів, зниженню побічної дії ліків, а також зменшенню поліпрагмазії.

У процесі вивчення клінічної фармації на основі теоретичного матеріалу, одержаного на кафедрах фізіології, патологічної фізіології, біохімії, мікробіології, фармакології, поєднуються знання з етіології, патогенезу основних нозологічних одиниць в клініці внутрішніх хвороб, принципів їх лікарської терапії. Під час практичних занять, що проводяться безпосередньо в клініці, студенти мають можливість ознайомитися із структурою вітчизняної охорони здоров'я, основною медичною документацією, оволодіти навичками з медичної етики та деонтології. На основі теоретичних знань студенти оволодівають теоретичними та практичними навичками в галузі клінічної фармакології основних фармакологічних груп лікарських препаратів, вчаться проводити корекцію лікарської терапії та вибір найбільш раціональних лікарських препаратів і їх комбінацій для конкретного хворого. Саме клінічна фармація надає провізору необхідні знання та навички для здійснення фармацевтичної опіки.

Актуальність навчально-методичного посібника продиктована зміною програми навчання - переходом викладання дисципліни на кредитно-модульну систему, необхідності створення цілісності підготовчих матеріалів для практичних занять та в відсутності подібного навчального матеріалу.

У світлі стратегії ВООЗ докорінно міняється роль фармацевта в системі охорони здоров'я, фармацевт може відігравати ключову роль у суспільній охороні здоров'я, і особливо в області лікарських засобів. Фармацевти та їх професійні асоціації в усьому світі повинні «надавати інформовану та об'єктивну консультативну допомогу по лікарських засобах і їх використанню населенню». На теперішній час роль фармацевта еволюціонувала, і він перетворився з того, хто виготовляє й продає ліки, на постачальника послуг і інформації. Найголовніше те, що фармацевт надає допомогу пацієнтові, здійснюючи над ним свою професійну опіку. Більше того, завдання фармацевта — гарантувати, що допомога, яку одержує пацієнт, призначена правильно, є найбільш ефективною серед усіх доступних варіантів, найбільш безпечної, а також підходить саме цьому пацієнтові».

У цей час ефективність і безпека лікарської терапії визначають п'ять основних зводів правил, призначених для забезпечення якості, ефективності й безпеки ліків:

1. Належна виробнича практика (Good Manufacturing Practice, GMP);
2. Належна лабораторна практика — (Good Laboratory Practice, GLP);
3. Належна клінічна практика (Good Clinical Practice, GCP);
4. Належна практика оптової реалізації лікарських засобів (Good Distribution Practice, GDP);
5. Належна аптечна практика (Good Pharmaceutical Practice, GPP).

Перші три кодекси професійної діяльності поширюються на доклінічні дослідження, процес виробництва та клінічні випробування ліків, правила GDP стосуються їхнього оптового розподілу, a GPP стосуються розподілу лікарських засобів, у першу чергу, через аптечну мережу.

Глобальні зміни світової системи охорони здоров'я знайшли відображення в системі охорони здоров'я України, зокрема, її фармацевтичному секторі. Відповідно до «Концепції розвитку фармацевтичного сектору в системі охорони здоров'я України на 2011- 2020 рр.», затвердженої наказом МОЗ України №769 від 13.09.2010 г. і з урахуванням положень постанов Всесвітньої організації охорони здоров'я й Міжнародної фармацевтичної федерації «Стандарти якості фармацевтичного обслуговування. Належна аптечна практика (НАП)» (1997 р.), «Розвиток фармацевтичної практики. Фокус на допомозі пацієнтові» ( 2006 р.) на сьогодні в Україні розроблені й впроваджені в аптечну практику стандарти фармацевтичної опіки при відпуску безрецептурних лікарських засобів — «Протоколи провізора (фармацевта)», затверджені наказом МОЗ України №284 від 16.05.2011 г.

***Відповідальне самолікування*** — важлива складова сучасної системи охорони здоров'я

Зміни в професійній діяльності провізора тісно пов'язані з розвитком концепції самолікування. Саме діяльність, пов'язана із самолікуванням, згідно з документами ВООЗ, є основним елементом НАП.

Самолікування — це використання споживачем лікарських препаратів, що перебувають у вільному продажі, для профілактики й лікування порушень самопочуття й симптомів, розпізнаних їм самим. На практиці поняття самолікування включає також лікування членів родини та знайомих, особливо коли справа стосується лікування дітей.

Таке визначення самолікування дане в документах ВООЗ. Ключовою характеристикою самолікування є відповідальність хворого за своє здоров'я, тому в 1994 р. Європейська асоціація виробників безрецептурних препаратів (AESGP) термін ***«самолікування»*** перетворила в «***відповідальне самолікування»***.

Дуже важливо підкреслити, що прийом ліків, що не перебувають у вільному продажі, під власну відповідальність, але без кваліфікованого контролю ( за порадою друзів, із залишкових запасів домашньої аптечки) ні в якій мері не можна вважати самолікуванням і слід розглядати як геть неприпустиме явище, хоча й широко розповсюджене в реальному житті.

Поняття ***«самодопомога»*** має на увазі ті випадки, коли необхідно полегшити свій стан при тих або інших нездужаннях, у момент загострення хронічного захворювання до відвідування лікаря, надати до прибуття лікаря першу медичну допомогу.

***Самопрофілактика*** захворювань полягає в прийнятті населенням заходів щодо зменшення ризику виникнення захворювання, виявленню симптомів захворювання на самій ранній стадії для запобігання розвитку хвороби або для більш легкого її протікання, заходу щодо попередження рецидивів захворювання, поліпшенню якості життя хворої людину.

Самодопомога та самопрофілактика — невід'ємні складові концепції відповідального самолікування. Вони містять у собі також здоровіший спосіб життя, відмова від паління, помірне споживання алкоголю, правильне використання ліків.

У свою чергу, відповідальне самолікування — частина сучасної системи охорони здоров'я, спрямована на виховання в громадянах почуття відповідальності за своє здоров'я, їх освіта в цій сфері й надання медичних і фармацевтичних послуг, що дозволяють їм (громадянам) реалізувати право на самостійну охорону свого здоров'я. Відповідальне самолікування є об'єктивно існуючим первинною ланкою сучасної системи охорони здоров'я й не вимагає створення який - або спеціальної організації.

Об'єктивні причини розвитку концепції самолікування в сучасних умовах

I. Зменшення державної участі в питаннях охорони здоров'я населення у зв'язку зі значним подорожчанням системи охорони здоров'я.

1. Успіхи в профілактиці й лікуванні захворювань приводять до збільшення тривалості життя. Більша частина населення досягає віку, коли превалюють хронічні захворювання. Збільшується частка людей похилого віку, що потребують підтримки, по відношенню до осіб працездатного віку. Люди похилого віку потребують більшого обсягу медичної допомоги. Прогрес в області медичної науки й розвиток медичної техніки значно розширили спектр медичних послуг і вартість їх надання.
2. Зростання загальноосвітнього та загального рівня життя приводить до того, що люди бажають більше використовувати можливості в сфері медичних послуг, а також одержувати їх у найбільш комфортних умовах.
3. Витрати на охорону здоров'я, що покриваються безпосередньо державою й системами соціального забезпечення, не можуть рости швидше, чим валовий національний продукт.
4. У країнах Центральної й Східної Європи до цих причин додаються труднощі перехідного економічного періоду, перебудови економіки на ринкові рейки, зниження загальнонаціонального бюджету.

ІІ. Підвищення ролі пацієнтів у збереженні свого здоров'я.

1. Зростання освітнього рівня підвищує число осіб, схильних до прийняття самостійних ( без допомоги лікаря) рішень відносно свого здоров'я.
2. Поширення активної пропаганди здорового способу життя розглядає поліпшення стану здоров'я не тільки як результат допомоги лікаря й ліків, але також у тісному зв'язку з раціональним харчуванням, заняттям спортом, боротьбою зі шкідливими звичками, екологією й т.п.
3. Значне збільшення номенклатури безрецептурних лікарських препаратів і їх активна реклама в засобах масової інформації підвищує можливості пацієнта лікуватися самостійно.

Фармацевтична наука та виробництво постійне надають у розпорядження лікарів і пацієнтів все нові й нові лікарські препарати. На сьогоднішній день на світовому фармацевтичному ринку представлене більш 350 тис. лікарських препаратів, з яких більш 20 тис. зареєстроване в Україні. Щорічно росте число лікарських препаратів на основі оригінальних субстанцій — від 20 до 30 інноваційних препаратів у рік. На етапі клінічних досліджень сьогодні перебувають більш 700 нових препаратів усіх терапевтичних груп, у тому числі 130 — для лікування ВІЧ, більш 120 — серцево-судинних захворювань, 30 — артритів, 25 — остеопорозу, 20 - цукрового діабету, депресії, астми, хвороби Альцгеймера, шизофренії, 10 - хвороби Паркінсона, епілепсії й неуважного склерозу, більш 300 - для лікування пухлин. Зростання виробництва лікарських препаратів тісно пов'язаний з ростом їх споживання, ілюстрацією чому є стійке зростання обсягу продажів ліків на провідних фармацевтичних ринках миру із прогнозованою тенденцією до 8% щорічно.

Глобальні зміни в сфері економіки, охорони здоров'я, фармації, інформаційних технологій і психології споживача привели до зміни взаємин нерозривно зв'язаних елементів у системі «лікар — хворої — провізор».

З одного боку, лікар, не встигаючи опановувати колосальним обсягом інформації, зв'язаним зі стрімким зростанням номенклатури ліків, проявляє надмірний «змушений» консерватизм у питаннях фармакотерапії. З іншого боку, досить грамотний, вимогливий до свого здоров'я, насичений відомостями про ліки з боку засобів масової інформації, що не має «зайвого» вільний часу пацієнт усе частіше звертається до фармацевта, минаючи лікаря. Ця ситуація докорінно міняє роль фармацевта, який починає займати ключову позицію в системі самолікування.

***Самостійне лікування*** - це реальний спосіб Зменшення тягаря витрат, які несуть органі охорони здоров'я. Заощаджувати засобу, виділювані державою на охорону здоров'я, можна за рахунок помірної витрати засобів на самостійне лікування. У свою чергу, це спонукує уряд приділяти особливої увагу розумному й відповідальному застосуванню безрецептурних лікарських препаратів, що, як наслідок, висуває провізора на перший план національної системи охорони здоров'я.

З погляду органів охорони здоров'я, прийняття концепції самолікування не тільки задовольняє зростаюче бажання населення управляти своїм здоров'ям, але й збігається з необхідністю втримувати суспільні витрати на охорону здоров'я на розумному рівні.

Самолікування ні в якій мері не можна розглядати як альтернативу лікарського лікування. Більше того, воно повинне мати свої межі там, де картина хвороби і її причини не зрозумілі непрофесіоналові, а застосування ліків на свій страх і ризик може завдати шкоди.

Головна характеристика самолікування — відповідальність хворого за своє здоров'я. Основою відповідального підходу до самолікування, це наявність повної інформації. Людині необхідно гранично чітко роз'яснити, коли можна займатися самолікуванням, а коли необхідно звернутися до лікаря. Грань між цими випадками повинна бути чітко зрозуміла хворому. При наявності навіть самих незначних сумнівів краще орієнтувати пацієнта на візит до лікаря.

Зрозуміло, якщо хворому не вдається добитися усунення симптомів порушення здоров'я протягом двох, максимум трьох днів, шляхом самолікування, то звертання до лікаря строго обов'язково. Те ж саме слід зробити у випадку появи певних «загрозливих» симптомів. Інформацію про ці симптоми пацієнт може одержати в провізора в аптеці, здобуваючи ліків для самолікування.

Концепція відповідального самолікування визнає, що в окремих випадках навіть лікареві не завжди легко провести грань між серйозним і несерйозним захворюванням, тим більше що під маскою легких хвороб можуть ховатися важкі патологічні стани. Тому люди, що вибирають самолікування, повинні бути проінформовані, у яких випадках можна займатися самолікуванням, а в яких — звертатися до лікаря. Крім того, хворого необхідно інформувати про ефективні й безпечні безрецептурні засоби, які можуть бути використані для самолікування в тих або інших ситуаціях.

Безумовними позитивними моментами впровадження концепції самолікування в структуру охорони здоров'я є:

* економія часу й засобів пацієнтів;
* зменшення навантаження на лікувально-профілактичні установи й лікарів;
* економія бюджетних коштів;
* затребуваність охороною здоров'я фахівця нового покоління — клінічного провізора;
* активне впровадження в практику аптечних установ фармацевтичної опіки;
* збільшення прибутки аптечних установ;
* активна участь лікарів у формуванні номенклатури ОТС-препаратів.

Разом з тим, як у будь-якого явища, у концепції самолікування існують негативні моменти, а саме: небезпека несвоєчасного звертання до лікаря й, як наслідок, — високий ризик ускладнення захворювань; високий ризик лікарських ускладнень.

***Фармацевтична опіка*** — це комплексна програма взаємодії провізора й пацієнта, провізора й лікаря протягом усього періоду лікарської терапії, починаючи від моменту відпустки ліки до повного закінчення його дії. Вона повинна проводитися провізором у тісному співробітництві з іншими професіоналами охорони здоров'я (лікарями, медичними сестрами) і хворими.

Фармацевтична опіка має на увазі прийняття провізором відповідальності перед конкретним пацієнтом за результат лікування лікарськими препаратами.

У світлі вимог Належної аптечної практики (НАП) термін фармацевтична опіка ствердився як назва ідеології практики, що визначає хворого й суспільство як первинних користувачів діяльності фармацевта. Правомірно сказати, що належна аптечна практика є одним з найбільш ефективних шляхів здійснення фармацевтичної опіки.

Фармацевтична опіка має на увазі залучення провізора (фармацевта) разом з лікарем в активну діяльність по забезпеченню здоров'я й запобігання захворюваності населення. На провізора покладає обов'язок забезпечити хворого не тільки якісними ліками й виробами медичного призначення, але й сприяти їхньому раціональному використанню.

Основою для належної фармацевтичної опіки є професійні знання й досвід провізора, норми професійної фармацевтичної етики, відношення провізора до хворого, своїм обов'язків.

Для здійснення фармацевтичної опіки при відпуску безрецептурних препаратів в аптеці провізор повинен виконати ряд обов'язкових дій, передбачених вимогами GPP.

1. Правильно оцінити проблему пацієнта.

Коли пацієнт звертається за рекомендацією або просить відпустити йому не прописаний препарат, провізор повинен одержати інформацію, що дозволяє належним чином оцінити конкретну проблему зі здоров'ям у даного пацієнта. Для цього необхідно обов'язково з'ясувати, у кого виникла проблема (щоб мати можливість оцінити приналежність пацієнта до групи ризику й використовувати ці відомості при подальшому консультуванні), які симптоми, як давно триває нездужання, чи ухвалювалися які-небудь заходи, інші лікарські препарати.

Провізорові необхідно розв'язати, не чи зв'язані симптоми із серйозним розладом здоров'я; у такому випадку хворого слід направити до лікаря, щоб він негайно одержав його рекомендації.

При менш серйозній проблемі зі здоров'ям слід дати пораду, при цьому рекомендувати використання лікарських засобів необхідно тільки у випадку реальної потреби.

2. Забезпечити пацієнта безрецептурним лікарським засобом (засобами).

Провізор повинен максимально використовувати свої професійні знання й досвід при виборі безрецептурних лікарських засобів, враховуючи їх ефективність, безпека, якість і економічну доцільність.

При відпуску безрецептурного препарату забезпечити повну інформацію про дію препарату, способі його застосування ( як, коли, у яких дозах), тривалості лікування, можливих побічних ефектах, сполучуваності з іншими ліками і їжею.

3. Забезпечити пацієнтові подальше спостереження. Провізорові слід оцінити ефективність препарату за допомогою пацієнта.

Провізорові слід рекомендувати пацієнтові порадитися з лікарем, якщо симптоми не зникають через певний період.

***Алгоритм дій провізора при здійсненні фармацевтичної опіки під час відпустки безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування незначних порушень здоров'я***

Відповідно до правил і рекомендаціями GPP для кожного симптому або нездужання, яке можна лікувати самостійно, існує окремо розроблений алгоритм, з яким в обов'язковому порядку повинен бути знаком провізор, що працює в аптеці. У цілому, дії провізора при здійсненні фармацевтичної опіки пацієнтів під час відпустки безрецептурних лікарських препаратів можуть бути представлені у вигляді наступних алгоритмів.

Встановити, для лікування якого саме симптому здобувається лікарський препарат

Визначити на підставі опитування пацієнта, не чи є даний симптом проявом захворювання, що вимагає обов'язкового втручання лікаря

Визначити фармакологічну (фармакотерапевтичну) групу препаратів для лікування даного симптому

Вибрати серед лікарських препаратів певної групи оптимальний препарат для даного хворого

Надати хворому належну інформацію про обраний препарат

***Практичні функції провізора, які необхідні для здійснення опіки (методика збору лікарського анамнезу, розробка плану моніторингу побічної дії ЛЗ, профілактичні заходи щодо можливого прояву побічної дії та інше***). Немаловажне значення при виборі препарату для конкретного пацієнта має лікарський анамнез — збір відомостей про попередню медикаментозну терапію. Збір лікарського анамнезу необхідний, тому що в ряді випадків лікарські препарати можуть бути причиною хвороби або викликати симптоми, що симулюють захворювання.

Алгоритм надання провізором належної інформації про лікарський препарат при здійсненні фармацевтичної опіки пацієнтів

**ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ПРЕПАРАТ**

|  |
| --- |
| **Дія лікарського препарату.**  Навіщо потрібно цей лікарський препарат?  Які симптоми захворювання зникнуть, а які — ні?  Коли виявиться дія препарату?  Що відбудеться при неправильному прийманні препарату або відмові? |
| **Побічні ефекти**  Які побічні ефекти можуть виникнути?  Як їх розпізнати?  Як довго вони будуть зберігатися?  Наскільки вони серйозні?  Що слід почати? |
| **Умови раціонального приймання препарату**.  Як ухвалювати лікарський препарат?  Коли його ухвалювати?  Як довго продовжувати лікування?  Як зберігати лікарський препарат?  Що робити із залишками препарату? |
| **Попередження**  Коли не можна ухвалювати лікарський препарат?  Яка максимальна доза?  Чому необхідно пройти повний курс лікування?  Чому не слід лікуватися довше обмеженого часу й необхідно проконсультуватися з лікарем? |
| **Контроль інформації**  Запитати пацієнта, чи всі йому зрозуміло?  Попросити пацієнта повторити найбільш важливу інформацію?  Довідатися у пацієнта, залишилися чи в нього які-небудь питання? |

Відміна призначення лікарських препаратів може приводити до загострення захворювання. Дані про попереднє приймання ліків можуть допомогти при наступному їхньому виборі для попередження небажаної побічної дії й найбільш ефективного лікування.

Після вибору безрецептурного препарату фармацевтична опіка включає наступні рекомендації й консультації для пацієнта:

* вибір оптимальної лікарської форми й шляхи введення;
* правила використання різноманітних лікарських форм;
* особливості індивідуального дозування;
* особливості взаємодії даного лікарського препарату з іншими лікарськими засобами;
* особливості взаємодії даного лікарського препарату з їжею, алкоголем і нікотином;
* час доби, оптимальне для приймання даного ліків;
* можливий несприятливий вплив ліків на функції органів і систем людину;
* умови зберігання конкретних ліків.

Для виконання вищевказаного алгоритму здійснення фармацевтичної опіки провізор повинен уміти:

* ініціювати діалог з пацієнтом для одержання достатніх даних про його захворювання;
* ставити ключові запитання для з'ясування стану пацієнта;
* бути підготовленим до розпізнавання специфічних станів, симптомів розповсюджених захворювань;
* протягом короткого часу, задавши 3-4 ключових питання, ухвалити рішення щодо можливості самолікування;
* переконати хворого в необхідності обмеженого строку лікування й консультації лікаря при триваючих несприятливих симптомах;
* переконати хворого при виявленні «загрозливих» симптомів у необхідності відвідування лікаря;
* забезпечувати конфіденційність відомостей про стан пацієнта;
* добре орієнтуватися в номенклатурі ОТС-Препаратів;
* добре знати хімічні, фармацевтичні й фармакологічні властивості ОТС-Препаратів;
* надавати об'єктивну інформацію про ліки й передавати її в доступній для пацієнта формі;
* використовувати додаткові джерела інформації про ліки для задоволення насущних потреб пацієнта;
* допомагати пацієнтам здійснювати відповідальне й адекватне самолікування;
* надавати консультації споживачам для здійснення ними усвідомленої турботи про своє здоров'я.

Для якісної фармацевтичної опіки необхідними є також наступні умови:

* Провізори повинні мати достатню інформацію про схеми лікування й основних препаратах, використовуваних для лікування найпоширеніших захворювань.
* Провізори повинні володіти знаннями по основах внутрішніх хвороб.
* Провізори повинні володіти основами раціонального застосування ліків.
* Провізори повинні володіти правилами проведення консультацій хворим.
* Також необхідний контроль інформації, що надходить до провізора від виробника ліків через їхніх представників і через рекламу.

***Практичні функції провізора, які необхідні для здійснення опіки (методика збору лікарського анамнезу, розробка плану моніторингу побічної дії ЛЗ, профілактичні заходи щодо можливого прояву побічної дії та інше)***

При розвитку концепції самолікування й розширенні показань до застосування безрецептурних лікарських препаратів роль провізора в наданні первинної медичної допомоги суттєво зростає. Володіючи належними знаннями в області клінічної фармації, провізор, виходячи з наявності відповідних симптомів, може давати споживачеві правильні ради по застосуванню лікарських препаратів. Він може пояснити, при яких симптомах можна ухвалювати ліки, призначені для самостійного застосування, а при яких симптомах необхідно обов'язково звернутися до лікаря. При легких формах захворювання провізор може дати настільки ж кваліфікована рада, як і лікар.

Оскільки пацієнт приходить в аптеку без діагнозу лікаря, при самолікуванні вихідним моментом є самодіагноз пацієнта. Звідси випливає, що провізор — грамотний консультант пацієнта, що наміряється приступитися до самолікування. Опираючись на свій утвір, досвід і спеціальні знання, з метою захисту пацієнта, він принципово та професійно зобов'язаний перевіряти доцільність дій пацієнта.

Контрольна функція провізора знаходить своє вираження в спілкуванні, коли через консультаційну бесіду він одержує від самого пацієнта надійну інформацію, необхідну для початку самолікування. При цьому провізор ні в якій мері не є конкурентом лікаря, а навпаки, диференційовано відбирає контингент пацієнтів, що бідують саме в лікарській допомозі.

Крім цього контрольна функція провізора поширюється на:

* профілактику застосування не відповідних до показань ліків;
* вказівки на умови раціонального застосування;
* роз'яснення ризику виникнення небажаних побічних ефектів лікарських засобів;
* обмеження застосування окремих категорій ліків.

***Препарати безрецептурного відпуску ( ОТС-препарати)***

Препарати безрецептурного відпуску ( ОТС-препарати — від англ. over the counter) — велика група ліків, які пацієнт може купити для самолікування безпосередньо в аптеці (а деякі ліки й не тільки в аптеці) без рецепта лікаря.

Безрецептурні препарати є невід'ємною складовою частиною й одночасно необхідною умовою успішного розвитку концепції відповідального самолікування.

ОТС-Препарати представлені різними фармакологічними групами: анальгетики-антипиіретики, антациди, антигістамінні, противокашльові та ін. Серед ОТС-Препаратів існує достатня кількість ліків, здатних виявити виражену побічну дію,особливо при нераціональному застосуванні.

Перелік препаратів, дозволених для самолікування, може суттєво відрізнятися в різних країнах залежно від існуючих систем охорони здоров'я та соціально-економічних умов. Однак критерії відбору таких препаратів повинні бути загальними й ґрунтуватися на достовірних даних, великій терапевтичній широті й вартості.

*Відповідно до положень Директиви Європейського парламенту й Ради ЄС всі препарати доступні для відпустки без рецепта, крім випадків, якщо вони:*

* можуть представляти пряму або непряму небезпеку, навіть при правильному застосуванні, але без спостереження лікаря;
* звичайно виписуються лікарем для парентерального застосування;
* застосовуються часто й у більшості випадків неправильно, у зв'язку із чим можуть становити небезпеку для здоров'я людини;
* містять субстанції або інгредієнти, активність або побічні ефекти яких потребують подальшого вивчення.

Остаточне рішення про прирахування лікарського препарату до рецептурного або безрецептурному розряду ухвалюється компетентними органами кожної держави.

Відповідно до наказу охорони здоров'я України лікарські засоби розділені на дві категорії:

1. лікарські засоби, що підлягають відпуску по рецепту;
2. лікарські засоби, що підлягають відпуску без рецепта.

***Критерії, на підставі яких лікарські препарати відносять до категорії рецептурних або безрецептурних***

1. Критерій перший. Відпуску по рецепту підлягають лікарські препарати, які можуть представляти пряму або непряму погрозу для здоров'я споживача у випадку їх використання без лікарського контролю навіть при їх правильному застосуванні.

Перш ніж ухвалити рішення, чи застосуємо даний критерій до лікарського препарату, слід урахувати наступні фактори.

1.1. Співвідношення «пряма загроза здоров'ю/безпека»:

1. пряма загроза здоров'ю навіть при правильному застосуванні лікарського препарату (відповідно до інструкції із застосування, призначеної для пацієнтів) може бути пов'язана з його токсичністю, взаємодією з іншими речовинами та побічними реакціями. Безрецептурний лікарський препарат повинен мати наступні властивості:

* низкою загальною токсичністю, не виявляти впливу на репродуктивну функцію, не виявляти генотоксичної або канцерогенної дії;
* низьким ступенем ризику виникнення виражених побічних реакцій типу А\* у загальній популяції;
* дуже низьким ступенем ризику виникнення виражених побічних реакцій типу В\*\*;
* відсутністю взаємодії із широко застосовуваними лікарськими препаратами, які можуть привести до виникнення виражених побічних реакцій;

б) оцінюючи можливу загрозу здоров'ю пацієнта, яку може представляти даний препарат, слід ураховувати можливість її запобігання. Наприклад, наявність виражених побічних реакцій типу А припустимо для безрецептурного препарату, якщо відповідну групу ризику можна легко визначити й виключити, навіть не прибігаючи до медичного контролю;в) безпека застосування даного лікарського препарату обов'язково слід порівнювати з такий альтернативних лікарських засобів.

1. Співвідношення «непряма загроза здоров'ю/безпека»:

а) прикладом непрямої загрози здоров'ю, навіть при правильному застосуванні лікарського препарату (при застосуванні згідно з інструкцією), може служити ситуація, коли зменшення виразності симптомів може маскувати саме захворювання, у зв'язку з яким пацієнтові необхідні лікарська допомога й спостереження; застосування лікарського препарату може привести до більш пізньої постановки діагнозу, призначенню відповідної терапії, у результаті чого може бути втрачена можливість для більш успішного лікування; попередження по застосуванню лікарського препарату, зазначені в анотації-вкладиші і/або на етикетці, можуть бути необхідними для того, щоб запобігти «маскуванню» симптомів розвитку серйозного захворювання; у подібних попередженнях повинен бути зазначений максимальний строк, після закінчення якого необхідно звернутися до лікаря, якщо симптоми хвороби як і раніше проявляються; уповноваженим органом застосування безрецептурних лікарських препаратів спочатку слід дозволяти тільки для короткочасного лікування, наприклад, у тих випадках, коли існує ймовірність «маскування» симптомів більш серйозного захворювання;

б) непряма загроза існує також у випадку, якщо часте застосування лікарського препарату підвищує ризик розвитку медикаментозної резистентності, особливо серед широких верств населення, настільки, що користь від застосування цього лікарського препарату може бути сумнівна, або ж у випадку, якщо симптоми, для зменшення виразності яких застосовується лікарський препарат, звичайно є проявом ряду захворювань, які пацієнт не може діагностувати самостійно.

1. Можливість самостійної оцінки:

а) дуже важливо, щоб пацієнт міг об'єктивно оцінити свій стан або симптоми, при яких показаний безрецептурний лікарський препарат для того, щоб застосовувати його без медичного контролю. Це означає, що споживач повинен уміти виключити стани, для лікування яких безрецептурний лікарський препарат не є підходящим, але подібні з тими, при яких застосування даного препарату показане; слід ураховувати наявність відповідних джерел інформації, за допомогою яких споживач зможе розрізнити подібні стани (таких, як друкована продукція, можливість скористатися порадою фармацевта або інших медичних працівників);

б) необхідно, щоб пацієнт міг самостійно правильно оцінити перебіг хвороби, свій стан, тривалість симптомів, їх поновлення й пов'язані із цим наслідку;

в) протипоказання, взаємодія з іншими речовинами, попередження й застереження щодо застосування лікарського препарату повинні бути викладені в доступній для споживача формі.

1.4. Ризик і наслідку неправильного застосування лікарського препарату:

а) велика кількість протипоказань, застережень і попереджень або висока частота застосування населенням лікарських препаратів, взаємодіючих з розглянутим лікарським препаратом, підвищують ризик неправильного застосування даного препарату;

б) дуже важливо, щоб ризик для здоров'я споживачів був незначним, навіть якщо споживач застосовує лікарський препарат не за показниками, використовує його протягом більш тривалого періоду в порівнянні з рекомендованим, перевищує рекомендовану дозу або не враховує застереження й протипоказання. Аналіз наслідків неправильного застосування лікарського препарату є важливої складовій при загальній оцінці безпеки лікарського препарату, що повинне бути відбите в інформації, що втримується на впакуванні й/або в анотації-вкладиші.

1.5. Інструкція для пацієнта:

а) спосіб застосування безрецептурного й аналогічного рецептурного лікарських препаратів відрізняється, навіть якщо показання до їхнього застосування однакові або якщо вони застосовуються в одній і тій же терапевтичній області. Слід ухвалювати в увагу небезпека того, що споживач може вважати, що безрецептурний лікарський препарат менш небезпечний у порівнянні з аналогічним рецептурним;

б) інформація, що втримується в анотації-вкладиші й на впакуванні, повинна сприяти безпечному й ефективному застосуванню лікарського препарату; в інструкції слід пояснити, як правильно застосовувати лікарський препарат; відомості, що втримуються в інструкції, повинні бути викладені в доступній формі, щоб пацієнти могли правильно оцінити можливість застосування даного лікарського препарату; обсяг інформації повинен бути достатнім, щоб лікарський препарат можна було застосовувати без контролю з боку лікаря;

в) в інформаційних матеріалах, що супроводжують лікарський препарат, на додаток до контролю з боку фармацевта (якщо це необхідно), повинні втримуватися відомості, що дозволяють запобігти ризику застосування лікарського препарату у випадку, якщо він протипоказаний або небезпечний; протипоказання, взаємодії з іншими речовинами, попередження й застереження слід викладати в доступній для споживача формі й у такому виді, щоб привернути увагу споживача;

г) щоб звести до мінімуму ризик і максимально побільшати користь від застосування лікарського препарату в прикладеній анотації-вкладиші й на впакуванні необхідно вказати, коли не можна застосовувати лікарський препарат, причому ці відомості повинні бути не менш докладними, чому показання до застосування (див. п. 1.4), і привертати увагу пацієнта; інформація повинна відповідати затвердженій короткій характеристиці лікарського препарату.

Споживачеві необхідно знати, як зробити у випадку, якщо лікарський препарат не виявляє бажаного ефекту або викликає побічну реакцію. Тому в анотації-вкладиші й на впакуванні повинні втримуватися рекомендації про те, які дії слід почати, наприклад, проконсультуватися з лікарем або фармацевтом протягом часу, зазначеного в анотації-вкладиші або на впакуванні лікарського препарату.

1. Критерій другий. Відпуску по рецепту лікаря підлягають лікарські препарати, якщо багато споживачів часто використовують їх неправильно, у результаті чого лікарські препарати можуть представляти пряму або непряму загрозу здоров'ю людину.

При розгляду питання, чи застосуємо даний критерій до препарату, слід ураховувати наступні фактори.

2.1. Є дані про неправильне застосування лікарського препарату.

Наявність даних про неправильне застосування безрецептурного лікарського препарату (наприклад, використання для посилення дії алкоголю) є підставою для обмеження застосування даного лікарського препарату або зміни категорії його відпустки на рецептурну. У цьому випадку лікарський препарат не може бути класифікований як безрецептурний.

3. Критерій третій. Відпуску по рецепту лікаря підлягають лікарські препарати, якщо до їхнього складу входять субстанції, дія й/або побічні ефекти яких вимагають подальшого вивчення.

При розгляді питання, чи застосуємо даний критерій до препарату, слід ураховувати наступні фактори.

3.1. Торговельна ліцензія на лікарський препарат видана нещодавно /досвід застосування лікарського препарату невеликий:

а) подальше вивчення властивостей лікарського препарату може знадобитися в тих випадках, коли торговельна ліцензія на нього видана нещодавно або досвід застосування невеликий, наприклад, у зв'язку з невеликим обсягом реалізації; слід ураховувати й досвід використання лікарського препарату в інших державах ЄС і інших країнах, де зібрана достатня кількість даних про його постліцензійному (постреєстраційному) застосуванні";

б) незважаючи на наявні й обнадійливі результати клінічних досліджень, дуже важливий досвід широкого застосування лікарського препарату після видачі торговельної ліцензії, що дозволяє одержати докази його безпечного застосування в тих групах хворих, які звичайно не беруть участь у клінічних випробуваннях.

3.2. Інша сила дії лікарського засобу, доза, шлях введення, показання, вікові групи, інша комбінація субстанцій:

а) проведення додаткових досліджень необхідно, якщо подана заявка на відпустку без рецепта лікарського препарату з іншою силою дії, з іншим шляхом введення, застосовуваного в іншій дозі, в іншій віковій групі або по новому показанню, особливо по показанню, раніше не затвердженому для безрецептурного лікарського препарату; при використанні лікарського препарату в більш низькій дозі або з меншою силою дії не завжди необхідне проведення досліджень, однак слід підтвердити, що зниження дози не впливає на ефективність цього препарату;

б)незважаючи на те, що характеристики безпеки лікарського препарату, що відпускається по рецепту, мають велике значення, необхідна повторна оцінка співвідношення ризик/користь, однак проведення такої оцінки може бути утруднене у зв'язку з відсутністю досвіду широкого застосування лікарського препарату в новій дозі й за новими показаннями, проте, можна екстраполювати дані по безпеці вже існуючого рецептурного лікарського препарату; метод доцільно використовувати у випадку, якщо зареєстрована незначна кількість побічних реакцій і/або якщо пропоновані дози для безрецептурного лікарського препарату нижче, чим його рецептурного аналога, категорія пацієнтів, які будуть використовувати цей безрецептурний препарат, є підгрупою в групі осіб, що застосовують аналогічний рецептурний лікарський препарат;

в) лікарський препарат, що містить комбінацію двох активних речовин, кожне з яких входить до складу безрецептурних лікарських препаратів, не можна автоматично відносити до категорії препаратів, що відпускаються без рецепта; оцінка комбінованого препарату проводиться відповідно до « Посібника з лікарських препаратів з фіксованою комбінацією активних речовин».

4. Критерій четвертий. Відпуску по рецепту підлягають лікарські препарати, які лікар звичайно призначає для парентерального застосування (наприклад, внутрішньовенно).

При розгляді питання, чи застосуємо даний критерій до препарату, слід ураховувати наступний фактор:

лікарські препарати, призначені для парентерального застосування, звичайно відносять до категорії, що відпускаються по рецепту, оскільки існують додатковий ризик і складність, пов'язані зі шляхом уведення лікарського препарату.

5. Інші критерії. Лікарський препарат, що відповідає критеріям, на підставі яких його слід віднести до рецептурних, може бути класифікований як безрецептурний, якщо максимальна разова доза, максимальна добова доза, сила дії, лікарська форма, певні види пакування та інші умови застосування лікарського препарату дозволяють віднести його до категорії лікарських препаратів, що відпускаються без рецепта.

1. Розмір і форма пакування лікарського препарату:

а) розмір упакування лікарського препарату повинен відповідати передбачуваній тривалості лікування; обмеження відпустки лікарського препарату за рахунок невеликого розміру впакування може перешкодити неправильному використанню лікарського препарату, особливо його передозуванню, і сприяти своєчасному обігу пацієнта до лікаря;

б)конструкція впакування (контейнера) безрецептурних лікарських препаратів повинна виключати ймовірність доступу до них дітей.

1. Максимальна разова доза, максимальна добова доза.

Максимальна разова доза або максимальна добова доза обмежено з метою захистити здоров'я споживача незалежно від того, правильно або неправильно він ухвалює лікарський препарат. Однак необхідно обґрунтувати, що зниження дози лікарського препарату не впливає на його ефективність.

Однак поки ще врегульовані далеко не всі питання 1, про єдині критерії для включення препаратів у категорію ОТС і механізмі такого включення, не здійснюються на практиці чіткі правила продажу рецептурних препаратів ( за винятком сильнодіючих і наркотичних препаратів).

Зараз в Україні препарати, дозволені до відпуску без рецепта, становлять від 20% до 30% усіх зареєстрованих ліків.

У деяких випадках окремі інгредієнти можуть бути ліцензовані і як рецептурні, і як безрецептурні. У цьому випадку головним є саме захворювання й дія препарату на пацієнта. Наприклад, у Великобританії ібупрофен для лікування ревматоїдного артриту ліцензується як рецептурний препарат, а в складі комплексних препаратів для лікування м'язового болю може ліцензуватися як безрецептурний.

ОТС-препарати є засобами симптоматичного лікування, оскільки не впливають на причину й механізм розвитку хвороби. Усі вони розраховані на прийом до короткого проміжку часу й не призначені для тривалого лікування. Безрецептурні препарати використовуються, для лікування неважких станів, що легко піддаються,медикаментозній корекції, та не вимагають втручання лікаря. Основна мета їх застосування:

* швидко й ефективно полегшувати симптоми захворювань, які не вимагають медичної консультації;
* в умовах фінансових і кадрових труднощів у державному секторі охорони здоров'я дати можливість пацієнтові самостійно полегшувати незначні симптоми при поганому самопочутті, що приведе до зменшення навантаження на медичні служби;
* підвищувати доступність лікувальної допомоги населенню, яке проживає у віддалених регіонах, де одержання кваліфікованих медичних консультацій утруднене.

Аналіз досліджень, присвячених самолікуванню, дозволяє виділити більш 10 розповсюджених станів, які лікуються за допомогою безрецептурних препаратів. Це головний біль, застуда (кашель, риніт, болі в горлі, лихоманка), розладу з боку шлунково-кишкового тракту (печія, запори або діарея), розладу з боку центральної нервової системи (підвищена тривожність, емоційна лабільність, безсоння, підвищене стомлюваність), вугровий висип, м'язові й суглобні болі, порізи та садни.

**III. Брендові та генеричні препарати.**

***Поняття про генеричну і терапевтичну заміну. Компетентність провізора при виборі безрецептурного ЛЗ для відповідального самолікування та при здійсненні заміни безрецептурних ЛЗ.***

У щоденній практиці при виборі оптимального лікарського препарату для хворого провізор повинен ураховувати не тільки фармакологічні властивості ліків, але і його вартість. Для розв'язку цього питання провізор повинен мати чітку уяву про характерні риси оригінальних (брендових) та генеричних препаратів.

Оригінальний (інноваційний) лікарський препарат (лат. originalis — первинний, початковий, тобто, справжній, автентичний) — уперше виведений на фармацевтичний ринок лікарський препарат, що містить новий синтезований або отриманий іншим способом активний інгредієнт, що пройшов повний цикл доклінічних та клінічних досліджень, дозволений до медичного використання й захищений патентом на певний строк.

До закінчення терміну дії патенту ніяка інша фармацевтична компанія не має права синтезувати та використовувати цю активну речовину в комерційних і некомерційних цілях. Дуже часте поняття «оригінальний лікарський препарат» ототожнюють із поняттям «лікарський препарат - бренд».

З поняттям «оригінальний лікарський препарат» не слід плутати поняття «оригінальне (торговельне) назва лікарського препарату», яке являє собою патентована назва, зареєстроване з метою захисту права його виняткового використання тільки компанією, що володіє торговельною маркою або патентом на цю назву (а не на активну речовину). За назвою можна ідентифікувати певний лікарський препарат або лікарську форму, яку реалізує його виробник.

На відміну від патенту на активну речовину, власність на який обмежена часом, власність на оригінальне (торговельна) назва зберігається й після закінчення терміну дії патенту на активну речовину. Відповідно до законодавчих положень багатьох країн, виробникам дозволяється зберігати торговельну марку при заміні допоміжних речовин в однокомпонентних лікарських препаратах і навіть активних речовин у комбінованих лікарських препаратах.

Бренд — специфічне ім'я, символ, дизайн або комбінація з певних складових, які використовуються для виділення конкретного продукту продавця. Бренд є відбиттям індивідуальності. Лікарський препарат ( як оригінальний, так і по суті аналогічний) можна вважати брендом, якщо він має візуальний знак або брендову марку, і була проведена робота зі зміцнення довіри до нього, надійності або його ексклюзивності, доповнення коштовних властивостей препарату (зручність приймання, дозування, різноманітність лікарських форм, швидкість настання ефекту, тривалість дії, можливість приймання різними групами хворих — дітьми, людьми похилого віку й ін.).

Брендові препарати — це найбільш вивчені лікарські засоби, тому що фірма — творець бренда повинна провести цілий ряд досліджень при створенні нового препарату, а надалі зацікавлена в зборі як можна більш повної інформації про його застосування в різних категорій пацієнтів для вдосконалювання свого «дітища». Нові оригінальні лікарські засоби, як правило, є брендами. Вартість цих препаратів висока.

Генеричний лікарський препарат, або препарат - генерик — це лікарський препарат, термін дії патентного захисту на активну речовину якого закінчився, і він (вірніше активна речовина), таким чином, не є виключною власністю фармацевтичної компанії, яка його розробила або володіла першою ліцензією на його реалізацію. Генеричний лікарський препарат може бути під оригінальною (брендовою) або під загальноприйнятою назвою. Загальноприйнята, або міжнародна непатентована назва, на відміну від оригінального (торговельного) назви, може використовувати будь-який виробник після витікання терміну дії патенту на активну речовину. В США загальноприйняті назви втримуються в «Переліку прийнятих назв лікарських препаратів у США» (USAN). Однак слід звернути увагу на те, що перелік генеричних назв може відрізнятися від переліку міжнародних непатентованих назв лікарських препаратів.

В останні роки генеричним препаратам приділяється все більша увага з боку як провізорів, так і лікарів. Інтерес у першу чергу викликаний прагненням урядів усіх промислово розвинених країн знижувати швидко зростаючі витрати на охорону здоров'я, зберігаючи при цьому високий рівень якості лікування.

Однією з переваг широкого використання генеричних препаратів, що дозволяє одержувати негайну економічну вигоду, — можливість забезпечення широких верств населення ліками, рівноцінними по ефективності лікування оригінальним, але із суттєво більш низькою вартістю. Застосування генериків дозволяє також направити зекономлені засоби на фінансування інших насущних потреб охорони здоров'я. Крім того, наявність на ринку конкурентоспроможних генеричних препаратів спонукує фармацевтичні компанії підвищувати якість своїх лікарських препаратів, стимулює пошук нових, більш ефективних лікарських засобів.

Препарат-генерик містить активну лікарську речовину, ідентичну відповідному до активної речовини оригінального препарату, але допоміжні речовини (барвники, смакові добавки й ін.), форма таблеток, технологія виробництва препаратів-генериків можуть відрізнятися від оригінальних.

Генеричний лікарський препарат повинен відповідати наступним вимогам:

* містити та ж активна речовина в тій же дозі й лікарській формі, що й оригінальний лікарський препарат;
* бути ідентичним оригінальному лікарському препарату по силі дії;
* мати ті ж показання до застосування, що оригінальний лікарський препарат;
* бути біоеквівалентним оригінальному препарату.

Якщо препарати нееквівалентні в біологічному змісті через різну технологію виготовлення й/або наявності неоднакових допоміжних інгредієнтів і наповнювачів, то можлива відмінність (нееквівалентність) їх лікувального ефекту. Тому при порівнянні препаратів різних фірм основними у фармакологічній характеристиці є поняття біоеквівалентності, фармацевтичної еквівалентності та альтернативності, терапевтичної еквівалентності.

Фармацевтичноеквівалентні лікарські препарати — препарати в однаковій лікарській формі, які містять ті самі активні субстанції в однаковій кількості, що відповідають вимогам тих самих або подібних стандартів.

У США фармацевтичноеквівалентними вважаються лікарські препарати, які містять однакові активні інгредієнти в однаковій лікарській формі, призначені для одного способу введення і є ідентичними по силі дії або концентрації активних речовин.

***Фармацевтичноальтернативні лікарські препарати*** — препарати, які містять однакову лікарську речовина, але відрізняються за хімічною формою цієї речовини (є різними солями, ефірами або комплексами цих речовин), лікарською формою або силою дії.

Два лікарські препарати вважаються біоеквівалентними, якщо вони фармацевтичноеквівалентні містять ту ж кількість діючої речовини (діючих речовин), у тих же лікарських формах, що відповідають вимогам тих же або порівнянних стандартів, або фармацевтичноальтернативними (містять той же активний компонент, але відрізняються хімічною формою цього компонента (сіль, ефір і т.д.) або лікарською формою, або силою дії) і якщо їх біодоступність після введення в одній і тій же молярній дозі порівнянні настільки, що ефекти цих препаратів по ефективності й безпеки будуть по суті однаковими.

Біоеквівалентність означає, що біоеквівалентними оригіналу препарати-генерики забезпечують однаковий фармакодинамічний ефект, однакову ефективність та безпеку фармакотерапії.

Дослідження біоеквівалентності необхідно для підтвердження якості препаратів-генериків і їх відповідності оригінальному препарату.

***Терапевтично еквівалентні лікарські препарати*** — препарати, які містять однакову активну субстанцію або лікарську речовину й, за результатами клінічних досліджень, мають однакову ефективність і безпекою.

При визначенні терапевтичної еквівалентності досліджуваний препарат рівняється із препаратом, чия ефективність і безпека вже встановлені й загальновизнані.

Терапевтично еквівалентними лікарські препарати можуть уважатися тільки в тому випадку, якщо вони фармацевтичноеквівалентні. У такому випадку можна чекати, що вони будуть мати однаковий клінічний ефект і однакову безпеку при їхнім призначенні пацієнтам.

З поняттям біоеквівалентності тісно зв'язане поняття біодоступність.

Біодоступність - частина препарату, що попадає в системний кровоток при позасудиному шляху введення.

При внутрішньосудинному введенні лікарська речовина повністю попадає в кровоносне русло і його Біодоступність дорівнює 100%. При інших шляхах уведення (навіть при внутрішньом'язовому та підшкірному) біодоступність майже ніколи не досягає 100%, тому що ліки повинні пройти через ряд біологічних мембран кліток ( слизуватої оболонки шлунка, печінки, м'язів і т.д.), і тільки частина його попадає в системний кровоток. Дія препарату багато в чому залежить від того, наскільки велика ця частина.

Фактори, що впливають на біодоступність:

* шлях уведення препарату;
* індивідуальні особливості організму хворого;
* стан шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, печінки, нирок;
* біофармацевтичні фактори (лікарська форма, склад допоміжних речовин, особливості технології виробництва препарату).

Препарати, що містять ті самі лікарські речовини, але, що випускаються різними фармацевтичними фірмами, можуть суттєво різнитися за своєю біодоступністю. Відмінності в біодоступності приводять до відмінностей у терапевтичній ефективності й різній частоті й виразності побічних ефектів.

Оскільки відповідальність за постановку діагнозу й лікування пацієнта, включаючи призначення відповідних ліків, несуть лікарі, вибір препарату, що ставиться до категорії рецептурних, — прерогатива тільки лікаря. Національні медичні асоціації більшості країн проводять активну роботу, спрямовану на строге дотримання правил заміни лікарських препаратів.

***Генерична заміна*** — відпустка ліки, комерційна назва якого відрізняється від виписаного лікарем, а хімічний склад і дозування діючого речовини ідентичні.

Існують три основні системи проведення генеричної заміни.

Система тотальної генеричної заміни — по кожному рецепту, виписаному на оригінальний лікарський препарат (який може бути замінений генериком), відпускають генеричний лікарський препарат. При використанні тотальної генеричної заміни може виникнути ряд проблем, сутність яких зводиться до проблеми відповідальності при виникненні побічних ефектів, пов'язаних із заміною оригінального препарату генериком. Особливо часто небажані ефекти, загострення захворювання можуть виникнути при заміні оригінального препарату генериком з таких клініко-фармакологічних груп, як противоепілептичні засоби, β-адреноблокатори, протисудомні препарати, антагоністи кальцію. Повна обов'язкова генерична заміна може викликати безліч проблем у відносинах усіх зацікавлених осіб, у тому числі завдати істотної шкоди системі охорони здоров'я. Тому повна обов'язкова генерична заміна не одержала широкого поширення.

Система заборонних позначок у рецепті — лікар повинен зробити позначку в рецепті, якщо він заперечує проти заміни будь-якого зазначеного їм у рецепті лікарського препарату. У цьому випадку замінити препарат можна при відсутності позначки, але лікареві надається можливість перешкодити заміні.

Система розв'язних позначок у рецепті — лікар повинен зробити спеціальну позначку, якщо він не заперечує проти заміни зазначеного в рецепті лікарського препарату. У цьому випадку заміна іншим препаратом не обов'язкова, а лікареві надається можливість вирішувати, чи припустима така заміна.

***Терапевтична заміна*** — заміна ліків, виписаного лікарем, на інше, відмінне по хімічному складу. При цьому замінені ліки хоч і належить до того ж фармакологічному й/або фармакотерапевтичного класу, однак по хімічному складу відрізняється від прописаного, а тому може викликати в пацієнта інший ефект. Прикладом терапевтичної заміни може служити заміна антагоніста Н2-рецепторів антацидним препаратом при лікуванні хворих з виразкою шлунка. Однак терапевтична заміна розглядається як порушення взаємин лікаря й хворого. Тому повна терапевтична заміна заборонена у всіх країнах.

Відношення до генеричної заміні неоднаково в різних країнах, що пов'язане з відмінностями в організації систем охорони здоров'я й відмінностями в традиціях надання медичної допомоги. У США й Канаді фармацевтові дозволено проводити генеричну заміну, якщо лікар її не заборонив, що повинне бути зазначене в рецептурному бланку. У Великобританії проведення генеричної заміни фармацевтом заборонене. Генерична заміна дозволена тільки в госпіталях. У Німеччині лікареві необхідно відзначити в рецепті, що він згодний на заміну препарату або ж відразу виписувати рецепт із вказівкою генеричної назви. У Франції лікарям загрожують штрафні санкції, якщо вони перевищують припустимий рівень витрат на, що виписуються пацієнтам рецепти, а величину надбавки до гонорару розраховують на підставі економії витрат при виписуванні рецептів. Незважаючи на це, ринок генериків у Франції ще недостатньо розвинений.

Перед призначенням препарату лікар зобов'язано здійснити вибір ліків, враховуючи індивідуальні особливості пацієнта, а, також беручи до уваги ціни подібних препаратів, щоб найкращим способом задовольнити потреби конкретного пацієнта. Вибір оптимального препарату значно полегшує при консультативній допомозі фахівця-провізора. Після вибору препарату здійснити генеричну заміну не можна без дозволу пацієнта і його лікаря. Здійснювати терапевтичну заміну можна, тільки погодивши її з лікарем. Санкціонуючи таку заміну, лікар повинен мати чітку виставу про особливості фармакодинаміки й фармакокінетики препаратів-аналогів, особливостях лікарської форми, режимах дозування.

При відпуску безрецептурних препаратів у рамках самолікування вибір ліки здійснюється хворим за допомогою провізора, і провізор сам може ухвалювати розв'язок про генеричної заміні того або іншого безрецептурного препарату.

Таким чином, розвиток концепції відповідального самолікування, постійне розширення номенклатури безрецептурних препаратів створюють умови, коли все більше число пацієнтів звертається в аптеку, минаючи лікаря. Провізор стає кваліфікованим співрозмовником споживача-пацієнта.

У цій ситуації перед провізором коштує завдання забезпечення належної якості фармацевтичної опіки кожного хворого.

***Фармацевтична опіка як відповідальність провізора за ефективність терапії ЛЗ перед конкретним відвідувачем аптеки/пацієнтом.***

Фармацевтична опіка — відповідальне надання медикаментозної терапії з метою досягнення певного результату, який поліпшить якість життя пацієнта. Таким результатом може бути:

* лікування захворювання;
* усунення або зменшення проявів симптомів;
* зупинка або гальмування процесу захворювання;
* профілактика захворювання або симптомів.

Фармацевтична опіка включає процес взаємодії провізора з пацієнтом і фахівцями системи охорони здоров'я в плануванні, здійсненні й моніторингу терапевтичного плану, який повинен забезпечити певний терапевтичний результат для пацієнта. Цей процес має 3 основні функції:

1. визначення потенційних і актуальних проблем, пов'язаних із застосуванням ліків;
2. вирішення актуальних проблем, пов'язаних із застосуванням ліків;
3. запобігання потенційних проблем, пов'язаних із застосуванням ліків.

Фармацевтична опіка є необхідним елементом охорони здоров'я й повинна бути інтегрована з іншими елементами. Фармацевтична опіка проводиться, проте, з метою прямої вигоди для пацієнта й провізор несе пряму відповідальність перед пацієнтом за якість її надання. Основною взаємодією у фармацевтичній опіці є взаємовигідний обмін, у процесі якого пацієнт передає повноваження, а провізор ухвалює відповідальність від пацієнта. Ці основні цілі, процеси й взаємини фармацевтичної опіки існують незалежно від існуючих умов фармацевтичної практики й професійних передумов.

З метою поширення зазначеної концепції фармацевтичної опіки й оцінки якості її надання в країнах Європи Комітетом експертів по стандартах якості й безпеки фармацевтичної практики й фармацевтичної опіки (CDP-PH/PC), під координацією Європейського Директорату по якості ліків і охорони здоров'я (EDQM) ( Рада Європи) в 2009 році розроблена робоча програма по оцінці якості фармацевтичної опіки й використанню ліків у Європі і їх впливу на якість життя пацієнтів. Ціль розробленої програми — підтримка законодавчої системи охорони здоров'я й поліпшення професійних стандартів для провізорів і фармацевтів, залучених у надання фармацевтичної допомоги. Беручи до уваги різний ступінь поширеності концепції фармацевтичної опіки в країнах колишнього Радянського блоку, а так само їхні геополітичні й соціальні відмінності із країнами ЄС, в 2009 році в рамках проекту була створена окрема робоча група «Специфічні регіони Європи», у яку ввійшли експерти з України, Молдови, Грузії, Албанії, Латвії.

Бачення Радою Європи концепції фармацевтичної опіки знайшло своє відбиття в ряді нормативних документів і має на увазі безперервне вдосконалення чисте технічних фармацевтичних послуг (таких, як відпустка рецептурних і ОТС-Препаратів, діагностичні послуги — вимір артеріального тиску, рівня глюкози в крові в аптеці і т.д.). Удосконалення включає консультування пацієнтів, навчання пацієнтів, документування взаємодії (наприклад, розв'язків, пов'язаних із застосуванням ліків), відстеження розв'язків, пов'язаних із застосуванням ліків (припинення, продовження або модифікація приймання препарату), міжпрофесійне співробітництво, залучення пацієнтів у процес лікування з урахуванням бажаного якості життя, потреб і очікувань пацієнта. Ця концепція спрощує процес розуміння й впровадження філософії фармацевтичної опіки на практиці.

Щоб впоратися з поставленими завданнями по якісному забезпеченню фармацевтичної опіки фармацевтові необхідно поєднувати у своїй професійній діяльності цілий ряд функцій. Концепція «фармацевт семи зірок» (seven-star pharmacist), запропонована ВООЗ і схвалена МФФ в 2000 р. у рамках її програмного документа по Належній практиці фармацевтичного утвору (Good Pharmacy Education Practice), виділяє 7 основних функціональних обов'язків фармацевта:

* надає допомогу (caregiver) — послуги фармацевтів полягають у наданні допомоги найвищої якості;
* ухвалює рішення (decision-maker) — проводить оцінку й синтез даних і інформації з метою прийняття розв'язків по найбільш прийнятному способу дій;
* контактна особи, комунікатор (communicator) — є сполучною ланкою між пацієнтом і лікарем, а також джерелом інформації для суспільства з питань здоров'я й лікам;
* керуючий (manager) — ефективно розпоряджається ресурсами (людськими, матеріальними або фінансовими), відповідає за поширення інформації про ліки й інших продуктах для медичного застосування, а також за забезпечення їх якості;
* учитель, наставник (teacher) — зобов'язано допомагати в навчанні й підготовці майбутніх поколінь своїх колег;
* вічний учень (life-long-learner) — безупинно навчається, починаючи з етапу базового утвору й продовжуючи протягом усієї професійної кар'єри;
* лідер (leader) — у рамках міждисциплінарного (або командного) надання медичної допомоги, або у випадках нестачі й відсутності фахівців інших медичних напрямків зобов'язано перекласти на себе лідерську місію по забезпеченню благополуччя пацієнта й суспільства. Лідерство припускає також співчуття й доброзичливість, а також здатність до прийняття розв'язків, спілкуванню й ефективному управлінню;
* додаткова функція дослідник (researcher) — повинен уміти ефективно користуватися доказовою базою й може зробити власний внесок у доказову базу з метою поліпшення лікування пацієнтів і одержуваних терапевтичних результатів. Як дослідник може поліпшувати забезпечення достовірною інформацією про ліки як суспільство в цілому, так і інших медичних працівників, зокрема.

**IV. Медичне і соціально-економічне значення безпеки медикаментозної терапії**

Безпека лікарських засобів - це надзвичайно важлива не тільки клінічна, а й соціальна, і економічна проблема. З одного боку, результати великомасштабних клінічних досліджень і постмаркетингового моніторування свідчать про зростання захворюваності, смертності та інвалідності внаслідок нераціонального застосування ліків, що все частіше стає підставою для відкликання препаратів з фармацевтичного ринку або введення строгих обмежень на їх застосування. З іншого боку, розвиток побічних реакцій при застосуванні лікарських засобів є однією з причин підвищення вартості лікування захворювання. Фінансові витрати з боку держави і хворого, супроводжуючі небажані наслідки фармакотерапії, залежать від виду та ступеня тяжкості побічних реакцій. Вони пов'язані із збільшенням тривалості лікування, необхідністю додаткових консультацій фахівців, діагностичних та лікувальних заходів, пов'язаних як з лікуванням основного захворювання, так і з корекцією побічних реакцій ліків та ускладнень фармакотерапії. При цьому лікування деяких відносно рідкісних ускладнень може бути настільки дорогим, що істотно перевищує вартість попередньої терапії відносно дешевим препаратом.

Дня отримання повної картини клінічної нешкідливості лікарських засобів у всьому світі здійснюється збір даних про їх побічні реакції протягом усього життєвого циклу лікарського препарату, як до реєстрації, так і після виходу на фармацевтичний ринок. В умовах постійно зростаючої кількості лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, контроль над безпекою застосування ліків здійснюється шляхом створення, та розвитку діяльності Державної системи фармакологічного нагляду і є однією з актуальних завдань охорони здоров'я. Отримання достовірних відомостей про частоту і ступеня тяжкості побічних реакцій окремих лікарських препаратів - необхідна умова проведення якісного фармакоекономічного аналізу різних медичних технологій.

**Термінологія, що використовується при вивченні безпеки лікарських засобів.**

***Побічна реакція*** - будь-яка небажана негативна реакція, яка виникає при застосуванні лікарських засобів у звичайних дозах, рекомендованих для профілактики, діагностики та лікування захворювань, або з метою модифікації фізіологічних функцій організму.

***Передбачувана побічна реакція*** - побічна реакція, характер або тяжкість якої узгоджується з наявною інформацією про лікарський засіб (наприклад, з брошурою дослідника для незареєстрованого лікарського засобу або з листком-вкладишем інструкцією для медичного застосування зареєстрованого лікарського засобу).

***Непередбачувана побічна реакція*** - побічна реакція, характер або тяжкість якої не узгоджується з наявною інформацією про лікарський засіб (наприклад, з брошурою дослідника для незареєстрованого лікарського засобу або з листком-вкладишем/інструкцією для медичного застосування зареєстрованого лікарського засобу).

***Серйозна побічна реакція*** - будь-який несприятливий клінічний прояв при застосуванні лікарського засобу (незалежно від дозування), яке становить загрозу для життя, призводить до смерті, госпіталізації або збільшення її термінів, до тривалої або значної непрацездатності чи інвалідності, до аномалії розвитку плоду або є вродженою аномалією .

***Несерйозна побічна реакція*** - будь-який несприятливий клінічний прояв при застосуванні лікарського засобу (незалежно від дозування), яке не становить загрози для життя, не призводить до смерті, госпіталізації або збільшення її термінів, до тривалої або значної непрацездатності чи інвалідності, до аномалії розвитку плода або є вродженою аномалією.

***Сигнал*** - це інформація про можливу причинно-наслідкового зв'язку між клінічними проявами побічної реакції та медичним застосуванням лікарського засобу, про який раніше нічого не було відомо або існуючі дані недостатні.

***Підозрюваний лікарський засіб*** - лікарський засіб, при призначенні якого існує причинно-наслідковий зв'язок між клінічними проявами будь-якої побічної реакції та його медичним застосуванням,

Причинно-наслідковий зв'язок між клінічними проявами будь-якої побічної реакції та медичним застосуванням лікарського середовища - зв'язок реакції, яка спостерігається у хворого, із застосуванням лікарського засобу. Цей зв'язок відповідає певним критеріям .

**Фактори, що сприяють розвитку побічних реакцій лікарських препаратів (медико - біологічні та фармацевтичні)**

Основні фактори, що впливають на виникнення побічних реакцій лікарських засобів, можна розділити на такі групи:

1.Фактори, які не пов'язані з дією лікарських препаратів:

* особливості організму хворого (стать, вік, генетичні особливості, шкідливі звички тощо);
* неадекватна клінічна оцінка стану хворих;
* передозування лікарського препарату;
* неадекватний контроль лікування при тривалій терапії;
* вікові зміни фармакокінетики;
* порушення пацієнтом режиму прийому лікарського препарату:
* зовнішні щодо пацієнта фактори (екологічне оточення, умови праці, психологічне оточення та ін.)

2. Фактори, пов'язані з дією лікарських препаратів;

* клініко-фармакологічні особливості лікарського засобу;
* неадекватний вибір лікарського засобу;
* лікарська форма та метод застосування лікарського засобу;
* результат взаємодії ліків при комплексній медикаментозної терапії.

**V. Методи виявлення побічних реакцій лікарських засобів.**

В даний час виділяють наступні методи збору інформації про побічні реакції лікарських засобів при їх медичному застосуванні:

* 1. Збір спонтанних повідомлень. ***Спонтанні повідомлення*** - це сигнальна інформація про підозрюваних побічних реакціях всіх лікарських засобів, дозволених до медичного застосування в країні. Кількість і швидкість надходження сигнальної інформації залежить від активності та кількості медичних і фармацевтичних працівників. Медичні працівники всіх спеціальностей добровільно (наприклад, схема жовтої картки у Великобританії) або відповідно до законодавства (наприклад, карта-повідомлення про побічні реакції лікарських засобів - форма 137/о додаток 1, Наказ МОЗ № 898 від 27.12.2006 р.) інформують контролюючі органи про виявлені побічні реакції лікарських засобів при їх медичному застосуванні. В Україні метод спонтанних повідомлень є одним з важливих методів виявлення побічної дії лікарських препаратів.
  2. ***Активний моніторинг стаціонарів*** - метод, заснований на визначенні всіх лікарських засобів, які призначалися всім хворим стаціонару в певний період часу, всіх побічних реакцій, які при цьому виникали, і, в кінцевому підсумку, визначенні частоти виникнення побічних реакцій.
  3. ***Рецептурний моніторинг*** - метод отримання інформації про побічні реакції лікарських засобів, який заснований на визначенні за встановлений період кількості зареєстрованих побічних реакцій, кількості хворих, що застосовували препарат, і, в кінцевому підсумку, виявленні взаємозв'язку між побічною реакцією і застосуванням лікарського засобу за допомогою обліку виписаних рецептів.
  4. ***Когортні дослідження.***

Характерними особливостями методу є:

* визначення групи пацієнтів, які застосовують певний лікарський препарат;
* визначення групи пацієнтів, які застосовують плацебо або препарат порівняння;
* проведення порівняння безпеки фармакотерапії між зазначеними групами пацієнтів;
* оцінка ризику і частоти виникнення побічних реакцій.
  1. ***Порівняльне вивчення*** (дослідження типу «випадок-контроль»).

Метод базується на відборі пацієнтів, у яких спостерігали певну негативну реакцію при призначенні відповідного лікарського засобу, і пацієнтів, у яких вона була відсутня при призначенні лікарського засобу. Згодом оцінюється частота прийому ліків у кожній з груп, а також вплив різних факторів.

**6. Практичні завдання:**

1. Дати визначення наступним поняттям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування | Визначення | Приклад |
| Самолікування |  |  |
| Безрецептурний препарат |  |  |
| Фармацевтична опіка |  |  |
| Алгоритм спілкування з пацієнтом |  |  |
| Лікарський анамнез |  |  |
| Побічна дія ліків |  |  |
| Біодоступність ліків |  |  |
| Біоеквивалентність ліків |  |  |
| Брендовий препарат |  |  |
| Генеричний препарат |  |  |
| Комплаєнтність пацієнта |  |  |
| Психофармакологічний ефект |  |  |

2. Виконати наступні завдання:

Завдання № 1. Які з нижчеподаних ситуацій самостійного приймання лікарських препаратів можна віднести до самолікування в рамках сучасної концепції.

2.1. Пацієнт Д. звернувся до Вас із проханням відпустити йому гель «Діклофенак». Протягом останніх 2-3 місяців його турбують болі в колінних суглобах. У бесіді зі своїм близьким приятелем С. пацієнт Д. довідався, що в С. також спостерігалися болі в колінних суглобах, із приводу яких він звернувся до лікаря. Лікар призначив пацієнтові С. гель «Діклофенак», що суттєво поліпшило стан С. За порадою друга, пацієнт Д. також розв'язав лікуватися цим препаратом. Тактика провізора.

2.2. До Вас звернулася молода жінка із проханням відпустити жарознижуючий засіб для її 3-х літньої дитину. Під час прогулянки дитина бігала по калюжах і сильно промочив ноги, після чого з'явився нежить, кашель, температура піднялася до 38,2°С. Яка тактика провізора?

2.3. До Вас звернувся молодий чоловік із проханням відпустити йому препарат «Маалокс», тому що його турбують болі в епігастрії. Болі з'явилися вчора ввечері після вживання в ресторані екзотичних блюд з морепродуктів. Тактика провізора.

2.4. До Вас звернувся молодий чоловік із проханням відпустити йому препарат «Ранітидин», тому що його турбують болі в епігастрії. Болі турбують його вже протягом 2-х тижнів. Кілька років назад лікувався в гастроентерології із приводу виразкової хвороби шлунка. У складі комплексної терапії одержував препарат «Ранітидин». Після виписки зі стаціонару не обстежився, до лікаря не звертався. З появою хворій ухвалює «Ранітидин». Яка тактика провізора?

2.5. В аптеку звернулися двоє чоловіків. Учора вони були за містом, жарили шашлики, пили парне молоко. Сьогодні обоє відзначають легку нудоту, болі в області живота, діарею. Один з пацієнтів для полегшення свого стану попросив відпустити йому препарат «Вугілля активоване», другий - «Левоміцетин». Яка тактика провізора?

2.6. До Вас звернувся пацієнт Р. із проханням відпустити йому препарат «Енап». Протягом останніх 5 років він регулярно спостерігається в поліклініці із приводу гіпертонічної хвороби й за рекомендацією лікаря систематично ухвалює антигіпертензивні препарати. У науково-популярному журналі він прочитав статтю про новий високоефективний препарат «Енап», який можна застосовувати хворим з будь-якою формою артеріальної гіпертензії й у будь-якому віці. Яка тактика провізора?

2.7. До Вас звернувся пацієнт М. із проханням відпустити йому препарат «Колдрекс-Хотрем». Після купання в холодній водоймі його турбують кашель, саднення в горлі, головний біль, субфебрильна температура. Яка тактика провізора?

Завдання №2.8.

Складіть алгоритм дій при виявленні ознак побічної дії лікарського засобу в одній з нижче наведених ситуацій. При складанні кожного алгоритму дайте чітку відповідь на наступні питання:

1. Тактика подальшого ведення хворого (продовжити , змінити або припинити лікування )?
2. Хто повинен зареєструвати факт побічної реакції/явища?
3. В якій формі?
4. Куди слід відправити інформацію про наявність / підозрі побічної реакції/явища?
5. В які терміни?
6. Які ще ( окрім інформації про те, що трапилося факті ) дії можна зробити?

Завдання №2.9. Вирішіть ситуаційні задачі:

1. Виникнення передбачуваного несерйозного побічного явища в процесі звичайного клінічного застосування лікарського препарату.

Ваші дії: Виявлення провізором ознак передбачуваного несерйозного побічного явища , пов'язаного з прийомом одного з ОТС- препаратів, у відвідувача аптеки.

Ваші дії:

8. Контроль знань: тестові завдання

Завдання № 12 Вирішіть тестові завдання:

1. До аптеки поступив новий препарат, який належить до групи безрецептурних. Провізор прочитав інформаційний листок щодо препарату й не знайшов характеристики, яка б відповідала належності ЛЗ до ОТС –препаратів. Яка характеристика повинна бути для цієї групи ЛЗ?

А. Мати доказану канцерогенну дію.

B. Мати певну біоеквівалентність до інших препаратів цього класу.

C. Мати низьку токсичність, не взаємодіяти з найбільш поширеними групами ЛЗ та алкоголем.

D. Мати показання до застосування.

E. Мати протипоказання до застосування.

2. Хворий К., 68 років звернувся до аптеки с проханням порадити препарат, який би був трошки дешевшим за той, який він приймає зараз. Провізор порадив генеричний препарат. Яка основна вимога до генеричного препарату в даному випадку?

А. Не мати інших побічних дій щодо бренда.

B. Мати такі ж показники до застосування.

C. Бути в тієї ж фармакологічній формі випуску.

D. Бути ідентичному по силі дії.

E. Таж сама країна-виробник.

3. Хвора М., 65 років звернулася до аптеки з рецептом на декілька ЛЗ, який мав помітки лікаря, які дозволили провізору замінити один з препаратів на генеричний. Яка система заміни мала місце?

А. Тотальна генерична заміна.

B. Заборонена заміна.

C. Дозволяюча заміна.

D. Терапевтична заміна.

E. Жодна з перерахованих.

4. Хвора А., 48 років з приводу застуди звернулась до аптеки. Фармацевт дав необхідні рекомендації щодо прийому жарознижуючого препарату. Які питання треба висвітлити насамперед при продажу цього препарату?

А. Фармакокінетичні особливості.

B. Фірма-виробник.

C. Засіб зберігання.

D. Дозовий режим, тривалість можливого лікування.

E. Фармакодинамічні особливості.

5. Хворий П., 68 р., звернувся до аптеки зі скаргами на погану якість нітрогліцерину, який він купив півроку тому й постійно носить з собою у кишені. Фармацевт пояснив причину втрати ефективності препарату й надав пораду щодо правильного використання.

А. Місце зберігання не має значення, використовувати тільки протягом 1 тижня.

B. Зберігати у темному місці, використовувати протягом місяця.

C. Зберігати тільки у холодильнику, використовувати протягом року.

D. Зберігати на поверхні, використовувати протягом 6 місяців.

E. Місце зберігання не має значення, використовувати протягом місяця.

6. Хворий О., 46 років, скаржиться на головний біль, відчуття жару, біль у горлі, забруднення подиху через ніс, кашель, слабкість які з’явилися після переохолодження. Чи можна рекомендувати ОТС-препарати у цьому випадку?

А. Так, тому що у хворого ознаки застуди.

B. Так, тому що хворий – дорослий чоловік.

C. Так, тому що не підвищена температура.

D. Ні, тому що треба негайно звернутися до лікаря.

E. Ні, тому що ці препарати погіршать встановлення діагнозу.

7. До аптеки звернулася літня жінка з проханням порадити лікарський засіб з приводу больового синдрому. Провізор надав декілька запитань й порадив звернутися до лікаря. Що мало значення для такої поради?

А. Вік хворої.

В. Важкість синдрому.

С. Стать хворого.

D. «Погрозливі» симптоми

Е. Відсутність лікарських засобів.

8. До аптеки звернулась молода жінка з проханням порадити профілактичний засіб від нападів мігрені, який пов’язаний з менструальним циклом. Який з ОТС-препаратів можна рекомендувати?

А. Женьшень.

B. Аспірин.

C. Ехінацея.

D. Полівітаміни.

E. Препарати магнію.

9. До аптеки звернувся літній чоловік, який тривалий час приймав ібупрофен з приводу суглобового болю. Протягом останнього тижня з’явились печія та біль у епігастрію. З чим можуть бути пов’язані ці скарги?

А. Індивідуальні особливості хворого.

B. Обумовлені віком хворого.

C. Проява гастропатії, викликаної прийомом ібупрофену.

D. Скарги не пов’язані з прийомом ібупрофену.

E. Перевищенням дози препарату.

10. Хворий П., 28 р., з приводу загострення хронічного гастриту приймає соду. Звернувся до аптеки з скаргами, що після прийому соди через 1-2 години печія знову повертається й посилюється. Чим можна пояснити це явище?

А. Синдром звикання.

B. Синдром «рикошету».

C. Синдром запирання.

D. Ідіосинкразія.

E. Звичайне явище при прийомі всіх антацидів.

11. Хворий Т., 67 років який страждає на ІХС звернувся до аптеки із скаргами на головний біль, який виникає у нього внаслідок прийому нитратів. Яку пораду можна надати хворому для усунення або зменшення цього ефекту?

А. Приймати разом з каптоприлом.

B. Приймати разом з валідолом.

C. Приймати після їжі.

D. Приймати натщесерце.

E. Приймати разом з асперкамом.

**ТЕМА2.**

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПРИ ВІДПУСКУ БЕЗРЕЦЕПТУРНИХ ЛЗ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ.**

Цілі навчання: засвоїти визначення, мету та завдання фармацевтичної опіки при відпуску безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування розладів травлення, вміти визначати тип побічної дії ЛЗ; фармацевтичні фактори, що визначають терапевтичну ефективність безрецептурних ЛЗ ліків (допоміжні речовини, лікарські форми, шлях уведення ліків, хімічна природа лікарської речовини та ін.), які використовуються для симптоматичного лікування розладів травлення;

Перелік навиків: знати основні симптоми розладів травлення (печія, запор, діарея, метеоризм, дисбактеріоз), які можна лікувати безрецептурними ЛЗ в межах відповідального самолікування. «Загрозливі» симптоми розладів травлення, при яких необхідне втручання лікаря (алгоритм вибору хворих для обов'язкового направлення до лікаря).Напрямки та засоби симптоматичної лікарської терапії печії, запору, діареї, метеоризму, дисбактеріозу. Сучасні лікарські форми для лікування розладів травлення та особливості їх використання. Взаємодія безрецептурних ЛЗ, які застосовуються для симптоматичного лікування розладів травлення, з їжею, алкоголем; особливості їх використання в різні вікові періоди; вимоги до зберігання ЛЗ в домашніх умовах. Критерії ефективності терапії безрецептурними ЛЗ, які використовуються для симптоматичного лікування розладів травлення. Немедикаментозні методи усунення симптомів розладів травлення.

Складати алгоритми:

1. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з печією;
2. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з запором;
3. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з діареєю;
4. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з метеоризмом;
5. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з дизбіозом;
6. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з функціональною диспепсією;
7. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта при порушенні функції печінки та жовчних шляхів
8. надання провізором належної інформації про безрецептурний ЛЗ для лікування розладів травлення під час здійснення фармацевтичної опіки відвідувачів аптек/пацієнтів.
9. **Печія**

***Печія*** — відчуття печіння в епігастральній області та за грудиною, що супроводжується кислим смаком у роті. Поява печії зв'язують із влученням кислого шлункового вмісту і його влученням у нижній стравоходу. Вона може бути як ознакою серйозних захворювань шлунково-кишкового тракту, так і одним із проявів диспепсії або самостійним симптомом.

Найбільш часті причини печії

*Печія у хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту:*

* хронічний хелікобактер-асоційований гастрит типу В);
* виразка шлунка й дванадцятипалої кишки;
* хронічний холецистит;
* шлунково-стравохідний рефлюкс.

*Печія в здорових осіб:*

* нераціональне харчування: переїдання; зловживання здобною й жирною, а також гострою й пряною їжею;
* споживання великої кількості насолод і продуктів, що містять кофеїн (кава, чай, шоколад);
* швидке приймання їжі «на ходу», у стресовій обстановці
* індивідуальна підвищена чутливість до харчових продуктів — цитрусовим, лука, часник продуктам томатів (соки, пасти, соуси);
* перша половина вагітності;
* приймання лікарських препаратів (НПВП, стероїдних гормонів холіноміметиків і деяких інших препаратів).

*Фактори, що сприяють виникненню печії:*

* зловживання алкоголем;
* паління;
* сон або відпочинок лежачи відразу після їжі;
* носіння тісного одягу;
* гіподинамія;
* ожиріння.

*«Загрозливі» симптоми при печії:*

* блювота кольору « кавової гущавини» або кров'ю;
* наявність чорного (дьогтеподібного) стулу;
* постійна печія протягом 3 днів і більш;
* печія, що супроводжується задишкою, потовиділенням, утрудненням ковтання;
* печія сполучається з болями в животі;
* прогресуюча втрата ваги;
* печія пов'язана із прийманням певних лікарських засобів.

Лікування печії ґрунтується на виявленні її причини. При гастритах, пептичній виразці проводиться тривале (4—8 тижнів і більш) лікування під спостереженням лікаря засобами, що знижують шлункову секрецію (блокаторами Н2-гістаминових рецепторів, інгібіторами протонної помпи та ін.). Одночасно проводиться антихелікобактерна терапія, застосовуються засоби гастропротекторної дії (захищаючі слизову шлунка).

При печії, причиною якої є шлуночно-стравохідний рефлюкс, також застосовуються засоби, що знижують шлункову секрецію в комбінації з антацидами та прокінетиками — препаратами, що прискорюють евакуацію шлункового вмісту (метоклопрамид, домперидон). для попередження печії в здорових осіб ( без органічних захворювань шлуночно-кишкового тракту) слід правильно регулярно харчуватися, уникати гострої й жирної їжі, відмовитися від паління, стежити за своєю вагою. Ці заходи будуть сприяти ліквідації проблем, пов'язаних із ЖКТ. Однак у реальному житті дотримуватися всіх зазначених правил важко, а найчастіше навіть неможливо. Тому при печії в цілому ряді випадків доводиться вдаватися до допомоги лікарських препаратів.

Немедикаментозні методи лікування печії:

1) не зловживати продуктами, що стимулюють кислотоутворення в шлунку: гостра, пряна їжа, цитрусові, пасти й соки з томатів, лук, часник;

2) не допускати переїдання, швидкого приймання їжі;

3) виключити або зменшити паління;

4) уникати відпочинку лежачи після їжі;

5) обмежувати споживання продуктів, що містять гази (здобна випічка, суфле, газовані напої);

6) при виникненні печії під час сну, спати з піднятим узголів'ям ліжка;

7) знизити надлишкову масу тіла.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при печії**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Чи наявні у пацієнта захворювання шлунково-кишкового тракту | так | Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування |
| ні | Продовжити опитування |
| 2. | Чи супроводжується печія болем та важкістю в епігастральній ділянці, нудотою, блюванням, відрижкою, зригуванням, гірким смаком в роті, здуттям живота, загрозливими симптомами, виникає натще або вночі | так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно терміново звернутись до лікаря |
| ні | Продовжити опитування |
| 3. | Чи наявні фактори, які можуть спричиняти печію:   * переїдання; * швидке вживання їжі; * вживання пряної, гострої, жирної, пересмаженої їжі; * надмірне вживання цитрусових, солодощів, кави, чаю, алкоголю; * звичка лягати після прийому їжі; * тютюнокуріння; * стрес; * безсоння; * ожиріння. | так | Необхідно дотримуватись раціонального режиму харчування та здорового способу життя  Для усунення печії призначити антациди, прийом яких повинен бути нетривалим |
| ні | Продовжити опитування |
| 4. | Чи наявна вагітність (якщо пацієнт – жінка) | так | При тривалій печії необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування;  Для усунення епізодичної появи печії призначити антациди, приймання яких повинно бути нетривалим |
| ні | Для усунення епізодичної появи печії призначити антациди, прийом яких повинен бути нетривалим |

*Клініко-фармацевтична характеристика основних монокомпонентних антацидних препаратів*

Найпоширенішою групою безрецептурних препаратів, застосовуваних при печії, являються антациди. Антациди — препарати, що зменшують агресивність умісту шлунка й дванадцятипалої кишки за рахунок прямої хімічної взаємодії. На фізіологічні механізми шлункової секреції дана група препаратів не впливає. Більшість антацидних препаратів поступово знижують кислотність шлункового середовища, утворюючи в шлунку рівномірний захисний шар, що не дає шлунковому соку стикатися зі збудженими ділянками стінки шлунка. На сьогоднішній день серед медичного співтовариства немає єдиної думки у відношенні того, чи відносяться солі альгінової кислоти, застосовувані при печії, до антацидів, або вони є самостійною групою ліків. Часто по фармакологічному покажчикові альгінати ставляться до антацидів і адсорбентів, хоча мають різні з антацидами механізмами дії. Механізм дії альгінатів полягає в тому, що при взаємодії альгината із НСI шлункового соку утворюється гелевий «пліт», який запобігає подальшому влученню кислоти й пепсину на слизову оболонку стравоходу. Шляхом формування механічного бар'єра альгінат натрію виявляє антирефлюксний ефект без вибірковості до типу рефлюксу, тобто він перешкоджає закиданню, як кислого шлункового, так і лужного дуоденального вмісту в стравохід. Антирефлюксні механізми дії альгінатів можна позначити як «універсальні» не тільки по ступеню значимості й тимчасовому інтервалу ( до 4 годин), але й по якості відтвореного ефекту. В Україні солі альгінової кислоти представлені препаратом Гавіскон (форте) у суспензії, таблетках і саше.

* 1. **Антациди, що всмоктуються.**

***Натрію гідрокарбонат*** (сода). У шлунку відбувається необоротна однобічна взаємодія із соляною кислотою: NаНСО3 + НСI = NаС1 + Н2О + СО2. Головна дія препарату миттєва нейтралізація соляної кислоти. За цю якість соду образно називають «нітрогліцерином печії». Однак у натрію гідрокарбонату коротка тривалість дії. Через 15-20 хв. виникає різке залужуванню середовища ( до рН 7 і вище), що в комбінації з розтяганням стінок шлунка вуглекислим газом викликає вторинне підвищення секреції (синдром «рикошету»). При наявності виразкового дефекту, що глибоко проникає в стінку шлунка, розтягання стінки вуглекислим газом небезпечно — можлива перфорація. Надлишок ендогенного лугу, а також залишки натрію гідрокарбонату, прийнятої хворим, всмоктуються й збільшують лужний резерв плазми крові, що є причиною системної дії даного антациду. Особливо швидко ці явища можуть виникнути в осіб з порушенням функції нирок. Системний алкалоз супроводжується погіршенням апетиту, нудотою, блювотою, слабістю, болями в животі, спазмами м'язів, іноді судорогами. Екскреція додаткової кількості гідрокарбонату натрію із сечею приводить до її залужуванню, що сприяє утвору фосфатних каменів у сечовивідних шляхах. При тривалому застосуванні натрію гідрокарбонату в організмі відбувається нагромадження іонів натрію, що супроводжується підвищенням артеріального тиску й розвитком набряків.

***Кальцію карбонат.***У шлунку відбувається наступна реакція: СаСО3 + 2НСl= СаСl2 + Н2О + СО2. Зазвичай кальцію карбонату реагує із соляною кислотою досить повільно. Вважається, що кальцію карбонат сильніше, чим усі інші антациди, викликає вторинну секрецію соляної кислоти, що пов'язане із прямою стимулюючою дією кальцію на секрецію гастрину клітками слизової оболонки шлунка. Близько 10% кальцію хлориду всмоктується, що при постійному прийманні кальцію карбонату може привести до гиперкальциемії, особливо при зниженій функції бруньок.

Тривале приймання кальцію карбонату може супроводжуватися розвитком запорів.

**2. Антациди, що не всмоктуються.**

***Алюмінію гідроксид.*** Має обволікаючу та адсорбуючу дію. Здатний зв'язувати пепсин. Ефект розвивається повільно. Навіть надлишок препарату не викликає повної нейтралізації соляної кислоти, що дуже важливо для збереження активності пепсину, що переварює харчові білки. Адсорбує жовчні солі, що зменшує їх ушкоджує дію на слизову шлунка. Підвищує синтез простагландинів у слизовій шлунка, завдяки чому поліпшується кровопостачання слизової та підвищується секреція захисного слизу. Не порушує кислотно-лужної рівноваги в крові. Тривале призначення при нирковій недостатності може приводити до накопичення в тканинах (кістки, м'язи, головний мозок) алюмінію, що приводить до виникнення больових відчуттів у костях і м'язах, энцефалопатії по типу Альцгеймера. Викликає гипофосфатемію (слабість, нездужання, порушення мислення, зниження апетиту), гиперфосфатурию, гиперкальциурию й кальцієвий нефролітіаз. Через зменшення всмоктування кальцію в кишечнику й вимивання кальцію з костей можливий остеопороз. Гальмує моторику ШКТ, сприяє розвитку запорів.

***Алюмінію фосфат***. Володіє буферно-антацидними (знижує підвищену кислотності) до норми, не викликає кислотного «рикошету») і адсорбуючими властивостями: зв'язує бактерії, ендогенні та екзогенні токсичні речовини, а також гази, що утворювалися внаслідок патологічного шумування й гниття в товстому кишечнику. Не викликає запорів, зсуву кислотно-лужної рівноваги, не порушує усмоктування фосфатів.

***Магнію оксид.*** Не викликає вторинної гіперсекреції шлункового соку (феномен «віддачі»). Не порушує кислото - лужного стану. Прискорює перистальтику ЖКТ, завдяки чому виявляє дія, що попускає. Це пов'язане з осмотичною здатністю іонів магнію, з їхньою властивістю підсилювати секрецію холецистокініну кишечнику, що стимулює перистальтику, при нирковій недостатності можливі неврологічні й серцево-судинні порушення.

***Вісмуту нітрат основний***. Виявляє в'язка й протизапальна дія. Не порушує кислотно-лужного стану. При застосуванні препаратів, що містять вісмут, можлива темна (чорна) фарбування калу, що важливо враховувати при діагностиці шлункових кровотеч. В Україні широко представлені комбіновані антацидні засоби, що поєднують позитивну дію й нівелюючі негативні ефекти складових активних речовин.

***Фармацевтична опіка при застосуванні безрецептурних препаратів для симптоматичного лікування печії***

* Усі антациди приймаються тільки перорально — при виникненні печії або через 1 годину після їжі.
* Антациди, що невсмокуються гальмують всмоктування деяких ЛЗ: тетрацикліну, норфлоксацину, серцевих глікозидів, кортикостероїдів.
* Щоб уникнути лікарської взаємодії, антациди слід застосовувати за 2 години до або через 2 години після приймання інших препаратів.
* Антацидні препарати, що містять алюміній, показані при схильності до поносів, що містять магній — при схильності до запорів.
* Усі алюмінійвмісні антациди порушують всмоктування фосфору, утворюючи нерозчинні солі фосфату алюмінію. При тривалому прийманні це проявляється м'язовою слабістю, нездужанням, остеопорозом.
* Підвищення змісту алюмінію в організмі внаслідок надлишкового застосування препаратів може викликати енцефалопатію (порушення мови, м'язові посмикування, судороги), а надалі — слабоумство.
* Надлишок алюмінію при використанні, антацидів що не всмоктуються накопичується в ниркових клубочках, що може привести до розвитку ниркової недостатності. ‚
* Приймання, антацидів що всмоктуються часто супроводжується синдромом «рикошету» — повторним підвищенням секреції соляної кислоти після початкового нейтралізуючого ефекту.
* Антациди, що всмоктуються в більших дозах можуть викликати системні метаболічні реакції — алкалоз і молочнокислий синдром.
* Хворим з гіпертонічною хворобою, серцевою й нирковою недостатністю, цирозом печінки протипоказаний бікарбонат натрію. У результаті хімічної реакції із соляною кислотою він утворює хлористий Натрій, який 4 добре всмоктується й викликає затримку води в організмі.
* Хворим із сечокам'яною хворобою не слід рекомедувати антациди, що містять кремній ( у вигляді трисилікату магнію) — виділяючись із сечею, він сприяє утворі каменів у сечовивідних шляхах.
* При тривалому прийомі антацидів виникає схильність до інфекцій шлунково-кишкового тракту в результаті зниження захисної ролі соляної кислоти.
* Антациди не можна поєднувати з Де-Нолом (фармакодинамічна несумісність).
* Єдиним безрецептурним препаратом пантопрозолу є Текта контрол (пантопрозол у дозі 20 мг), який показаний для лікування рефлюксної хвороби та її симптомів.
* Для симптоматичного лікування печії можуть застосовуватися малі дози блокаторов Н2рецепторів гістамину, наприклад ранітидин в дозі 75 мг (Ранігаст) та фамотидин у дозі 10 мг (Квамател - міні), дозволені в Україні до відпустки без рецепта.
* Антацидну дію за рахунок спеціального механізму виявляють препарати альгінової кислоти — Гавіскон м'ятна суспензія та таблетки, Гавіскон - форте м'ятна суспензія. Препарат виявляє локальну дія без системних ефектів і лікарських взаємодій. Рекомендується застосовувати при вагітності та годуванні грудьми, дітям з 6 років; форма форте - хворим із захворюваннями ССС, нирок.

Для симптоматичного лікування печії використовується препарат безрецептурної відпустки «Пепсан». Вхідний до його складу гвайазулен гальмує секрецію соляної кислоти, проявляє протизапальну та регенерючу дію. Диметикон має адсорбуючий і обволікаючий ефект.

**Запор**

***Запор***  — порушення функції кишечнику, що виражається в збільшенні інтервалів між актами дефекації ( більш ніж на 48 ч) у порівнянні з індивідуальною фізіологічною нормою або в систематично недостатньому спорожнюванні кишечнику.

Найбільш часті причини запорів:

* болісна дефекація (геморой, тріщини заднього проходу);
* захворювання кишечнику (коліт, атонія кишечнику, спазм товстого кишечнику, мегаколон — хвороба Гіршпрунга, хвороба Крона, поліпоз товстої кишки);
* обмінні порушення (зневоднювання, гіпофункція щитовидної залози, гіпофункція надниркової залози);
* особливості харчування: різка зміна раціону, недолік у їжі рослинної клітковини (харчових волокон), надлишок жиру в раціоні, недостатнє споживання рідини, надлишок заліза в їжі, дефіцит фолієвої кислоти;
* застосуванням багатьох лікарських засобів, у тому числі антацидів солі, що містять, алюмінію; антигістамінових препаратів; антидепресантів, нейролептиків і психотропних засобів; опіатів (кодеїну); гіпотензивних засобів (блокаторів кальцийових каналів); препаратів заліза, кальцію.

*Фактори, що сприяють запору:*

* недостатня фізична активність;
* тривале застосування проносних засобів;
* часте застосування клізм.

*«Загрозливі» симптоми, що вимагають втручання лікаря:*

* підвищення температури;
* сліди крові в калі;
* сильні болі в животі різке здуття живота;
* блювота;
* втрата маси тіла.

***Немедикаментозне лікування запору:***

* вживання їжі, багатою харчовою клітковиною, у першу чергу пектином, розчинними харчовими волокнами (буряк, яблука, сливи, вівсяна й інші каші із цільних зерен, а також листових овочів, капусти, хліба з висівками);
* зниження споживання тваринних жирів;
* вживання рідини не менш 8 склянок у день;
* при необхідності приймання препаратів заліза або кальцію віддавати перевагу вітамінно - мінеральним комплексам;
* підвищення фізичного навантаження;
* здійснювати дефекацію не поспішаючи, в спокійній обстановці, що сприяє релаксації;
* лікування геморою або тріщини заднього проходу (гігієна заднього проходу, використання зм'якшуючих засобів і кремів);
* відмова від частого використання очисних клізм і проносних засобів, що стимулюють перистальтику.

Перш ніж рекомендувати лікарський препарат необхідно з'ясувати можливі причини, що сприяють розвитку запору. Нерідке усунення причини приводить до нормалізації стулу.

У хворих, що страждають запорами, нерідко знижений апетит, відзначається відрижка, неприємний смак у роті. Характерні відчуття ваги, переповнення в животі. У зв'язку з постійною інтоксикацією розвивається слабкість, головні болі, знижені настрій і працездатність (у важких випадках — депресія), порушений сон, нерідкі скарги на зниження пам'яті. У більшості хворих страждає шкіра. Характерні блідість із землистим відтінком, сухість, підвищене лущення, явища дерматиту. Шаруються нігті, з'являється лупа, легко випадають і січуться волосся. Порушення моторної функції товстої кишки можливі по гіпертонічному або атонічному типу.

Хронічні запори сприяють розвитку вторинних ентероколітів, геморою, анальних тріщин. Їм звичайно супроводжують дисбактеріоз, порушення імунної системи, розладу обміну речовин. Уповільнене спорожнювання кишечнику приводить до підвищення концентрації в крові й лімфі різних токсинів, у тому числі й канцерогенних речовин. Сильні потуги при запорах можуть спровокувати ускладнення захворювань серцево-судинної системи, особливо в людей похилого віку (інсульти, інфаркти, тромбоемболії). Успіх терапії запорів складається із трьох компонентів:

1. Ступені виявлення й повнота усунення причин, що викликали затримку стулу.

2. Готовності пацієнта до зміни способу життя, харчових звичок, виконанню рекомендацій лікаря й провізора (тобто повна комплайентність).

3. Здатності лікаря й провізора до проведення комплексної, індивідуалізованої терапії, що не ускладнює життя хворого побічними ефектами. Лікарські препарати, які використовуються для симптоматичного лікування запору й умови їх раціонального застосування.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при запорі**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Чи дефекація відсутня більше 48 годин | так | Продовжити опитування |
| ні | Дефекація 1 раз у 2-3 дні не являється запором і вважається фізіологічною;  для нормальної роботи кишечнику необхідно дотримуватись раціонального режиму харчування, пити достатню кількість рідини, підвищити (по можливості) фізичну активність |
| 2. | Чи наявні у пацієнта один або декілька загрозливих симптомів | так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно терміново звернутись до лікаря |
| ні | Продовжити опитування |
| 3. | Чи має місце прийом лікарських засобів:   * антациди, що містять сполуки алюмінію; * антигістамінні засоби; * антидепресанти; * нейролептики та/або психотропні препарати; * антагоністи кальцію; * препарати заліза; * ентеросорбенти; * опіоїди (кодеїн та інш.) | так | Оскільки прийом лікарських засобів може викликати медикаментозний запор, необхідно звернутись до лікаря за консультацією і корекцією лікування |
| ні | Продовжити опитування |
| 4. | Чи мають місце системні захворювання сполучної тканини або інші захворювання, що зумовили знерухомлений стан пацієнта | так | Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування |
| ні | Продовжити опитування |
| 5. | Чи запор у пацієнта виникає постійно | так | Крім вживання проносних засобів необхідно дотримуватись рекомендацій, щодо немедикаментозного лікування запору (раціональне харчування, фізична активність тощо) |
| ні | Лікування запору необхідно розпочинати із немедикаментозних методів;  можливо призначити будь-який проносний лікарський засіб з урахуванням терміну розвитку проносної дії |

В основі дії проносних засобів лежить механічне або хімічне подразнення рецепторів слизуватої оболонки кишечнику. По основній спрямованості дії розрізняють засоби:

* стимулюючі рухову функцію кишечнику;
* препарати, які розм'якшують калові маси;
* що збільшують обсяг вмісту кишечнику.

Саму більшу групу проносних становлять засоби, що стимулюють рухову функцію кишечнику. Значна частина — це препарати рослинного походження, до складу яких входять антраглікозиди. Антрахінові глікозиди (антраноїди) містяться в листах сени, препарати: Ксена, Сенаде, Сенадексин, Сенадексин-Здоров'я, Сеналде, Сеналекс, Сенадекс, Сени листя, Регулакс; жостеру — препарати: Жостеру кора, Жостери сироп; стальніку орному — препарати: Стальнік, Стальніку настійка.

Нецукрова частина цих глікозидів включає емодин, хризофранову кислоту та інші похідні антрахінону, що подразнюють рецептори, відповідальні за розтягання просвіту кишки під тиском, це в свою чергу збуджує перистальтику. Проносні препарати цієї групи діють через 8-12 годин після прийому. Препарати сени та жостір не застосовують при спастичних запорах, оскільки вони можуть викликати біль у товстій кишці. Антрахінові глікозиди проникають до молока матері, тому їх не можна призначати матерям, що годують груддю. Цими препаратами не рекомендується користуватися довгостроково. У більшості хворих, що приймають антрахінони, наростають явища дискінезії, а в третини — формується інертна товста кишка.

До проносних засобів, що стимулюють функції кишечнику та не вміщують антраглікозиди, ставляться бісакодил і натрію пікосульфат.

**Бісакодил** похідне дифенілметану, стимулює чутливі рецептори стінки товстої кишки шляхом безпосереднього контакту. В результаті підвищується секреція слизу в товстій кишці, зменшується всмоктування електролітів і води, прискорюється й підсилюється її перистальтика. Не проникає в грудне молоко, не впливає на тонус матки. При тривалому застосуванні можливий розвиток простатиту у чоловіків. Препарати бісакодилу: Бісакодил, Бісакодил-Дарниця, Бісакодил-Ніжфарм, Стадалакс.

**Натрію пікосульфат**. Препарат активується в товстій кишці під впливом бактеріальних сульфатаз речовина, що утворюється при цьому, стимулює нервові закінчення слизуватої кишки, підсилюючи її моторику. У дітей грудного віку препарат неефективний через незначну кількість бактеріальної флори й відповідно сульфатаз. Одночасне лікування антибіотиками може знизити проносний ефект.

Препарати пікосульфату: Агіолакс піко, Гуталакс, Регулакс, Пікосульфат краплі, Ентеролакс.

**Касторове масло** також відносять до цієї групи. В тонкій кишці воно розщеплюється ліпазою з утвором ріцинолевої кислоти та гліцерину, що подразнюють рецептори кишечнику на всій довжині та посилюють рефлекторно його перистальтику. Ці речовини паралельно пригнічують процеси всмоктування води та електролітів, порушуючи активність поверхневого епітелію кишки, сприяють збільшенню обсягу вмісту кишечнику. Касторове масло, крім вищевказаних ефектів, частково виводиться в незмінному виді й у вигляді гліцерину, розм'якшуючи калові маси, ефект, відзначається через 5 -6 годин.

До засобів, що розм'якшують калові маси, належить рідкий парафін (вазелінове масло).**Вазелінове масло** — мінеральна речовина, не всмоктується в кишечнику й не розщеплюється. Воно механічно полегшує проходження калових мас і викликає їхнє розпушення. Вазелінове масло зменшує всмоктування рідини, прискорюючи просування вмісту й по тонкій кишці. Таким чином, масло діє на всьому протязі кишечнику. При тривалому його застосуванні знижується усмоктування жиророзчинних вітамінів (А и Е) і підвищується ризик утвору злоякісних пухлин у шлунково-кишковому тракті, особливо при виразках шлунка та дванадцятипалої кишки.

Проносні засоби, що розм'якшують, застосовують, в основному, тоді, коли потрібно досягти швидкого ефекту, наприклад при отруєннях, у хворих у післяопераційному періоді, при підготовці до діагностичного дослідження кишечнику.

У більшу групу проносних засобів, що збільшують обсяг кишкового вмісту, входять рослинні волокна й гідрофільні колоїди (осмотичні проносні). Проносний ефект їх зв'язаний зі здатністю високомолекулярних полісахаридів рослинної сировини набухати в шлунково-кишковому тракті за рахунок зв'язування водою й, збільшуючись в обсязі, подразнюючи рецептори слизувої оболонки кишечнику, сприяючи його спорожнюванню.

Збільшують обсяг кишкового вмісту й, тим самим, підсилюють перистальтику препарати з насіння подорожника яйцеподібного — Мукофальк Апельсин, Дефенорм, Транзилан, Файберлекс. Рослинні волокна, що входять і склад препарату мають властивість набухати, багаторазово збільшуючись в обсязі, тому слід випивати за добу не менш 1,5 літра рідини.

Осмотичними проносними засобами є магнію сульфат, лактулоза, макрогол.

**Магнію сульфат** погано всмоктується й створює підвищений ос мотичний тиск на всьому протязі кишечнику, Що перешкоджає зворотному усмоктуванню води. Збільшення обсягу приводить до розтягання й до рефлекторної стимуляції перистальтики, а так само до збільшення кількості вивільнюваного зі слизуватої оболонки тонкої кишки холецистокініну, що також підсилює перистальтику. На фоні прийому проносного спостерігаються атрофічні та запальні зміни слизової оболонки, обумовлені місцевою дратівною дією. Сольові проносні протипоказані при вагітності, тому що підсилена перистальтика може стимулювати скорочувальну активність матки.

**Лактулоза** — синтетичний дисахарид, який після приймання усередину не руйнується дисахарідозою тонкої кишки та не всмоктується. В товстій кишці під впливом кишкової мікрофлори трансформується в низькомолекулярні органічні кислоти (молочна, оцтова). Внаслідок цього відбуваються осмотичні зміни, які стимулюють перистальтику й нормалізують консистенцію калових мас. Лактулоза ефективна при запорах на фоні спайкового процесу в черевній порожнині, в осіб літнього віку, при запорах у жінок після гінекологічних операцій. Спеціальна комісія Американського коледжу гастроентерології за результатами проведення систематичного огляду засобів хронічних запорах, що застосовуються, віднесла лактозу до препаратів з найвищим ступень доведенності (gгаdе А).

Препарати лактулози — *Дуфалак, Біофлоракс, Лактулакс, Нормазе, Нормолакт*. Оригінальним препаратом лактулозы є препарат ***Дуфалак***, що має найбільшу доказову базу в плані ефективності й безпеки. Дуфалак може застосовуватися практично всіма категоріями пацієнтів: дорослі, у т.ч. особи літнього віку, діти з перших днів життя, пацієнти після гемороідектомії, можливе застосування при цукровому діабеті, в період вагітності та лактації, для лікування печінкової ецефалопатії та ін. Є відомості про можливе застосування препарату дуфалак в терапії інфекційних захворювань сечовивідних шляхів, жовчно-кам'яної хвороби, для лікування мікозів кишечнику, піхви; з метою проведення превентивних заходів щодо зниження ризику розвитку раку товстої кишки та ін.

***Макрогол*** завдяки своїй високій молекулярній масі не всмоктується та не метаболізується в шлунково-кишковому тракті. Він викликає збільшення обсягу кишкового вмісту і його розм'якшення за рахунок утворення додаткових водневих зв'язків з молекулами води, її затримкою та нагромадженням у просвіті кишки, підвищуючи внутрішньоклітинний осмотичний тиск. Макрогол може застосовуватися пацієнтами, що страждають цукровим діабетом, вагітними та годуючими, для лікування запорів в осіб літнього віку. Препарати макрогола — *Транзипег, Форлакс*. Для підготовки кишечнику до ендоскопічного дослідження застосовують комплексні препарати на основі макроголу Фортранс і Ендофальк.

Деякі проносні засоби застосовують шляхом безпосереднього введення в пряму кишку, де вони розм'якшують калові маси й ініціюють рефлекс спорожнювання. Ефект виникає досить швидко — до 20 хв, Ці препарати містять докузат натрію: Норгалакс і Нормакол у вигляді клізми, а також гліцеринові супозиторії – амеда.

Проносну дію виявляють комплексні препарати продуктів рослинного походження: Проктолакс, проносний збір №1, Софтовак.

**Фармацевтична опіка при застосуванні препаратів для симптоматичного лікування запорів (проносних засобів)**

* Препаратом вибору серед лактулозовмісних є Дуфалак, враховуючи елементи доказовості його ефективності та безпеки.
* Препарати лактулози та макроголу можна призначати грудним дітям, а також вагітним, годуючим жінкам.
* При тривалому прийомі проносних виникає гіпокаліемія, тому прийом проносних необхідно поєднувати із прийомом препаратів калію.
* Проносні, що містять антраглікозиди, діють через 8-12 годин після приймання, тому їх рекомендується вживати ввечері, перед сном.
* Проносні, що містять антраглікозиди, не застосовують при спастичних запорах, оскільки вони можуть викликати біль у товстому кишечнику.
* Антрахінонові глікозиди потрапляють в грудне молоко, тому препарати, що містять їх, не можна призначати в період лактації.
* Проносними препаратами із групи антраглікозидів не рекомендується користуватися довгостроково.
* Проносні із групи антраглікозидів при кислій реакції сечі можуть офарблювати її в інтенсивний жовтий колір, при лужний — у червоний колір.
* Натрію пікосульфат у дітей грудного віку неефективний.
* При тривалому застосуванні вазелінового масла знижується усмоктування жиророзчинних вітамінів (А, Е), та збільшується ризик утворення злоякісних пухлин у шлунково-кишковому тракті
* Касторове масло виявляє проносний ефект через 5 —6 годин.
* Касторове масло категорично не можна призначати вагітним.
* Касторове масло протипоказане при отруєнні жиророзчинними отрутами.
* Магнію сульфат виявляє проносний ефект через 4- 6 годин.
* Магнію сульфат протипоказаний при вагітності, тому що підсилена перистальтика може стимулювати скорочувальну активність матки.
* При прийманні проносних утримуючих рослинні волокна, слід випивати за добу не менш 1,5 літрів рідини.

1. **Діарея**

**Діарея (пронос)** — прискорене (більше 2–3 раз на добу) вивільнення кишечнику з виділенням рідких або кашкоподібних випорожнень, іноді з появою патологічних домішок (слизу, крові). Але не завжди при діареї випорожнення буває частіше1–2 раз на добу. Іноді щоденне одноразове випорожнення, але рідшої, ніж у нормі,консистенції може бути варіантом діареї. В інших випадках вивільнення кишечнику з частотою 2–3 рази на добу, при якому кал оформлений, не розцінюють як пронос. Важливою ознакою діареї є вищий, ніж у нормі, вміст води в калі. При діареї він збільшується з 60–75 % (у випадках твердого або оформленого калу) до85–95 %. Часто при визначенні діареї вказують також на збільшення маси (об’єму)випорожнень, які виділяються хворим протягом доби. На думку багатьох авторів,про наявність діареї необхідно говорити тільки у випадках, коли маса калу перевищує 200 г/добу. Коли маса калу рідкої консистенції менше 200 г, рекомендують використовувати термін «псевдодіарея».

Діарею вважають гострою, якщо вона триває не більше 2–3 тижнів, хронічною — при її тривалості 4–6 тижнів і більше.170У патогенезі діареї має значення 4 механізми — кишкова гіперсекреція, підвищення осмотичного тиску в порожнині кишечнику, прискорення перистальтики кишечнику та кишкова гіперексудація.

Етіологія гострої діареї:— інфекція (вірусна, бактеріальна, паразитарна, грибкова);— запальні процеси в кишечнику;— застосування лікарських засобів (послаблюючі, антибіотики, серцеві глікозиди, препарати калію, антикоагулянти). Етіологія хронічної діареї:— запальні захворювання кишечнику (неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона);— захворювання печінки та підшлункової залози;— ендокринні захворювання (гіпертиреоз, цукровий діабет);— функціональні порушення кишечнику (синдром подразненої товстої кишки);— вроджена недостатність ферментів (непереносимість молока; непереносимість клітковини). Загрозливі симптоми, які вимагають негайного звернення до лікаря:— загальний важкий стан хворого, викликаний діареєю;— діарея триває більше 48 годин;— діарея супроводжується підвищенням температури тіла;— виділяється багато слизу та/або присутня кров у калі;— часто болючі позиви і болюча дефекація;— діарея супроводжується нудотою і блюванням;— наявні ознаки загального зневоднення: сильна спрага, відчуття сухості в роті, зморщена шкіра, зниження ваги тіла, значне зменшення кількості сечі;— діарея у вагітних;— діарея у дітей віком до 1 року;— наявність діареї одночасно у кількох членів родини.

Увага! До проведення фармакотерапії діареї пацієнт повинен тримати загальні дієтичні рекомендації: виключити вживання гострої, жирної їжі, газованих напоїв, алкоголю та кави; вживати кисломолочні продукти; вживати велику кількість рідини.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при діареї**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Який характер мають випорожнення (відмічається зміна кольору – до чорного і консистенції – «рисового відвару»), мають місце загрозливі симптоми | так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря |
| ні | Призначити лікарські препарати, що пригнічують перистальтику, додаткова терапія призначається після з’ясування причин діареї |
| 2 | Якого режиму харчування дотримується пацієнт, чи має місце переїдання, різка зміна режиму харчування, вживання продуктів, що викликають посилення перистальтики | так | Дотримання звичного раціона харчування  Призначити ферментні препарати |
| 3 | Чи пов’язане нездужання з вживанням в їжу незбираного молока | так | Можливо, діарея пов’язана з нестачею лактози, необхідна консультація лікаря і виключення із раціону незбираного молока |
| 4 | Чи має місце загострення хронічних хвороб шлунково-кишкового тракту (гіпоацидний гастрит, панкреатит, коліт, холецистит тощо) | так | Необхідно звернутись до лікаря для лікування основного захворювання |
| 5 | Чи пов’язане нездужання з переляком або стресом | так | Призначити седативні препарати |
| 6 | Чи пов’язане нездужання з прийманням антимікробних препаратів | так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря |
| 7 | Чи пов’язане нездужання з прийманням лікарських засобів – непрямих антикоагулянтів, нестероїдних протизапальних засобів, антацидних засобів, що містять магній, серцевих глікозидів, препаратів калію, антиаритмічних засобів (хінідин, пропранолол), замінювачів цукру (ксилітол, сорбітол) | так | Необхідно звернутись до лікаря для подальшої корекції лікування |

Для симптоматичного лікування діареї використовують наступні групи безрецептурних препаратів:

1.Протимікробні препарати для лікування кишкових інфекцій (фталілсульфатіазол).

2.Препарати електролітів з вуглеводами, сполуки солей для пероральної регідратації.

3.Антидіарейні мікробні препарати (пробіотики).

4.Ентеросорбенти (вугілля медичне активоване, діосмектит, гідрогель метилкремнієвої кислоти).

5.Засоби, які пригнічують перистальтику (лоперамід).

6.Препарати ферментів (які не містять жовчних кислот).

**При лікуванні діареї використовують основні групи лікарських засобів:**

*І. Антибактеріальні препарати* — при діареї бактеріального походження.

***Інтетрикс*** — 1 капсула містить тиліхінолу 50 мг, тиліхінол-H-додецилсульфату50 мг, тилброхінолу 200 мг. Фармакологічні властивості: протипаразитарний амебіцидний засіб. Терапевтичний ефект при хронічному амебіазі досягається завдяки синергічній дії у просвіті кишечнику трьох антисептичних компонентів, які входять до складу препарату. Ефективний щодо вегетативних форм амеб, має також широкий спектр антимікробної (бактерицидної та бактеріостатичної) дії відносно Streptococcus faеcalis, E. coli, Salmonella enteritidis Danysz, Salmonella paratyphy B,Pseudomonas aeruginosa, Proteus vulgaris, Vibrio cholerae Ogava, Vibrio cholerae Inaba,Serratia marceseens тa ін., протигрибкову дію щодо Сandida albicans.Показання для застосування. Кишковий амебіаз у дорослих: як додатковий засіб до терапії тканинними амебіцидами; як монотерапія при безсимптомному носійстві амебіазу. У комплексному лікуванні дисбіозу кишечнику.

***Фталазол*** — містить фталілсульфатіазол.

Форма випуску: таблетки по 0,5 г.

Фармакологічні властивості. Фталазол є сульфаніламідним препаратом. Виявляє бактеріостатичну дію. Основний механізм дії зумовлений порушенням синтезу в мікроорганізмах їхніх ростових факторів — фолієвої і дигідрофолієвої кислот. Показання: гостра дизентерія, хронічна дизентерія на стадії загострення, коліт,ентероколіт, гастроентерит, для запобігання інфекційним ускладненням при проведенні операцій на кишечнику.

***Ніфуроксазид*** (Ентерофурил) Ніфуроксазид

Форма випуску: таблетки, вкриті оболонкою по 0,1 та 0,2 г. Суспензія для перорального застосування: 100 г (90 мл) суспензії містять 4,0 г ніфуроксазиду (220 мг/5 мл).

***Ентерофурил*** — 1 капсула містить ніфуроксазиду 0,1 мг та 0,2 мг; суспензія 200 мг/мл флакон 90 мл. Фармакологічні властивості: протимікробний засіб групи 5нітрофуранів, належить до кишкових антисептиків. Блокує активність дегідрогеназ, пригнічує процеси клітинного дихання, цикл трикарбонових кислот, а також порушує синтез білка в мікробній клітині. Зменшує продукцію токсинів мікроорганізмами. Препарат виявляє активність щодо грампозитивних мікроорганізмів: Staphylococcusaureus, Streptococcus faecalis і грамнегативних мікроорганізмів: Campylobacter jejuni,Cіtrobacter spp., Enterobacter spp., у тому числі Enterobacter cloacaе, Escherichia сoli, Hafnia spp., Salmonella spp., Shigella spp., Vibrio cholerae, Yersinia enterocolitica.

**ІІ. Препарати для регідратації** (пероральні — Регідрон, Ораліт, Гастроліт; парентеральні розчини — Трисоль, Ацесоль, Хлосоль та ін). Використовують розчини, які містять збалансовану кількість іонів натрію, калію, хлору, гідрокарбонатів,цитрату, а також глюкозу, сахарозу.

***ІІІ. Препарати для лікування дисбіозу кишечнику.*** Нормальна (облігатна)мікрофлора кишечнику представляє найважливіший компонент системи захисту організму в цілому. При нормальному якісному та кількісному співвідношенні її основних представників (лакто, біфідобактерії, кишкова паличка, бактероїди,ентерококи та ін.) забезпечується її пригнічуюча дія на патогенні та умовно патогенні мікроорганізми за рахунок конкуренції з ними за рецептори адгезії та поживні речовини, а також продукції речовин, які володіють бактерицидними властивостями. Суттєвою є участь нормальної мікрофлори в процесах перетравлення їжі, синтезі вітамінів, незамінних амінокислот, метаболізмі жовчних кислот, холестеролу, у знешкодженні екзо- та ендотоксинів. На цьому базується використанняпро та пребіотиків у лікуванні діареї будь якого генезу.

***ІV. Ентеросорбенти.*** Призначення ентеросорбентів сприяє профілактиці та лікуванню синдрому ендогенної інтоксикації. Деякі ентеросорбенти здатні сорбувати на своїй поверхні мікроорганізми і віруси.

***V. Регулятори рухової діяльності кишечнику.*** Призначають майже при будьякому виді діареї. Вони знижують тонус та моторику кишечнику, але практичноне впливають на процеси всмоктування.

**Лоперамід (Імодіум, Лопедіум)**

Форма випуску: капсули по 2 мг; таблетки по 2 мг.

Фармакологічні властивості: синтетичний протипроносний засіб. Зв’язується з опіатними рецепторами кишкової стінки; внаслідок цього пригнічується вивільнення ацетилхоліну та простагландинів, знижуючи у такий спосіб пропульсивну перистальтику та збільшуючи час проходження вмісту по кишках. Збільшує тонус анального сфінктера, знижуючи тим самим нетримання калових мас та позиви додефекації. Знижує секрецію води в просвіт кишечнику. Препарат практично не потрапляє до системного кровотоку. Не проходить через гематоенцефалічний бар’єр. Навіть у дозах у 10 разів більших за терапевтичну не викликає ейфорію, не викликає звикання.

***VІ. Ферментні препарати.*** Використовують при діареї, пов’язаній з порушенням функції травних ферментів. При діареї не використовують ферменти, які містять компоненти жовчі.

***VІІ. Засоби рослинного походження.*** Їх основною властивістю є в’яжуча дія. Речовини, які містяться в рослинах (дубильні речовини, таніни, поліфеноли) мають здатність при взаємодії з білками клітин, тканин, ферментів тканинних рідин утворювати на поверхні клітин альбумінати. Рослинні засоби володіють також у деякій мірі протизапальною, цитопротекторною та антисептичною дією. Всі ці властивості рослинних препаратів дозволяють застосовувати їх при нетяжких формах діареї,а також у складі комплексної терапії. Їх використовують у вигляді відварів, чаїв.

Лікарські рослини — аніс звичайний, безсмертник звичайний, оман високий,материнка, звіробій звичайний, плоди чорниці, ромашка лікарська, солодка гола та ін.

**Метеоризм**

**Метеоризм** — об’єктивне або суб’єктивне відчуття надмірного скопичення газів у шлунку або кишечнику, яке може супроводжуватись болями в животі, відрижкою, урчанням та підвищеним відходженням газів.

Етіологічні фактори метеоризму. Метеоризм може бути наслідком фізіологічних та патологічних факторів.

Фізіологічні причини. Одним з основних джерел надходження в шлунок повітря є його заковтування — аерофагія. Найчастіше це виникає під час вживання їжі та при використанні жувальної резинки, можливе також при жуванні тютюну, смоктанні карамелі, курінні цигарок або люльки. Кожного дня у шлунок заковтується біля 2–3 л повітря (2–3 мл. повітря з кожним ковтком). Час транзиту його по ШКТ — біля 35 хвилин. Значну частину повітря, що заковтується, складає вуглекислий газ.

Основна кількість кишкового газу утворюється в товстій кишці. Кількість його залежить від особливостей харчування та змінюється від 500 до 1500 мл на добу. Джерелом газів є мікробний метаболізм вуглеводів. Тому кількість газу в цьому відділі ШКТ залежить від кількості та якості вуглеводів, що вживаються. Одночасно в процесі життєдіяльності мікроорганізмів у кишечнику та ферментативного розщеплення (бродіння та гниття) залишків харчової клітковини, клітинних оболонок, сполучної тканини утворюється цілий ряд газів: вуглекислий газ,водень, метан, сірковуглець, індол, скатол та ін. Збільшенню кількості газів сприяє харчування в суху, надмірне вживання солодких напоїв, уживання великої кількості клітковини та лактози з фруктозою,які погано резорбуються. Патологічні причини. Метеоризм може бути гострим та хронічним. Гострий метеоризм є наслідком механічної та динамічної кишкової непрохідності. Він може бути раннім симптомом перитоніту як прояву паралітичної непрохідності. Хронічний метеоризм зустрічається досить часто, можливі причини його виникнення вказані в таблиці.

**Основні чинники та механізм розвитку хронічного метеоризму.**

|  |  |
| --- | --- |
| Причини хронічного метеоризму | Механізм розвитку |
| Аерофагія | Невроз  Порушення слиноутворення |
| Підвищенне утворення газів | Надлишок субстрату для мікрофлори: переїдання, мальдигестія, мальабсорбція |
| Надмірний бактеріальний ріст у тонкій кишці | Ілеоасцендоанастомоз, синдром сліпої кишки, стеноз тонкої кишки та ін. |
| Лямбліоз | Зменшення площі всмоктування |
| Дисбіоз товстої кишки | Зниження вживання водню кишковою флорою |
| Недостатньо активний транспорт СО2 | Портальна гіпертензія Правошлуночкова недостатність |
| Порушення моторики | Функціональні Органічні Операції Ендокринопатії |

**«Загрозливі»** симптоми при метеоризмі, які потребують обов’язкової консультації лікаря:

• Інтенсивний біль у животі.

• Нудота і блювання.

• Лихоманка.

• Різке та значне зниження ваги.

• Надмірна маса тіла.

• Здуття живота після вживання лікарських засобів.

• Метеоризм, що супроводжується лихоманкою.

Загальні рекомендації при лікуванні метеоризму

• Відмова від шкідливих звичок (розмова під час їжі, вживання жувальної гумки, паління та ін.).

• Збільшення фізичного навантаження.

• Регулярне вживання їжі малими порціями 4–5 раз на добу.

• Їжа механічно та хімічно щадна.

• Із раціону вилучити погано засвоювані жири, сирі овочі та фрукти. При поганій переносимості молока, цукру, грибів та крохмалю призначають відповідну індивідуальну елімінаційну дієту.

Медикаментозна терапія метеоризму Медикаментозна терапія повинна бути направлена на покращення кишкового травлення, пригнічення патогенної мікрофлори, регулювання моторики та зниження вісцеральної чутливості, вживання препаратів, які безпосередньо зменшують метеоризм. У лікуванні метеоризму використовують наступні групи препаратів:

***І. Ентеросорбенти*** — адсорбують із кишечнику різноманітні токсини, сприяють зменшенню метеоризму та інших диспепсичних розладів.

Ентеросорбенти класифікують:

• За лікарською формою та фізичними властивостями — гранули, порошки,таблетки, пасти, гелі, колоїди, інкапсульовані матеріали, харчові добавки,волокна.

• За хімічною будовою — активоване вугілля, силікагелі, цеоліти, алюмогелі,окисні та інші неорганічні сорбенти, харчові волокна, органомінеральні такомпозиційні сорбенти.

• За механізмом сорбції — адсорбенти, абсорбенти, іонообмінні матеріали,сорбенти з поєднаним механізмом дії.

• За селективністю — неселективні, селективні, бі та поліфункціональні сорбенти.

***Основні правила прийому сорбентів.***

Як правило, прийом призначають за 1,5–2 години до їжі. Для більшості сорбентів добова лікувальна доза складає 0,2–1 г/кг маси тіла, ударна доза — до 2г/кг маси тіла. Добову дозу рівномірно розподіляють на 3–4 прийоми, в проміжках між сніданком, обідом та вечерею. Курс лікування складає 6–8 діб (не більше 14 діб) з поступовим зниженням дози протягом останніх 2–3 діб. При прийомі ентеросорбентів випорожнення повинне бути щоденним, за необхідності призначають послаблюючі препарати. Під час прийому ентеросорбентів рекомендують збільшити питний режим та вживання продуктів харчування з підвищеним вмістом клітковини. Загальні протипоказання для призначення ентеросорбентів: ерозивний гастрит, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, атонія кишечнику, непрохідність кишечнику, зниження перистальтичної активності кишечнику, шлунково-кишкові кровотечі. Побічна дія: закрепи, алергійні реакції на деякі компоненти препаратів (поліфепан). При тривалому застосуванні — гіпокальціємія, гіповітаміноз В, D, Е.Взаємодія з іншими лікарськими засобами: одночасний прийом сорбентів та лікарських препаратів виключається, різниця в прийомі між ними повинна складати 2–3 години (приймають за 1,5–2 години до і не раніше ніж через 2 години після їди або прийому лікарських засобів).

**Основні препарати із групи сорбентів.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Міжнародна назва | Торгова назва. Виробник | Форма випуску |
| **Діосмектит** | Смекта  BeaufourIpsen, Франція | Порошок для виготовлення суспензії для внутрішнього застосування в пакетах 3 г, № 10, № 30 |
| **Атапульгіт** | Атапульгіт-Дарниця Дарниця | Таблетки, покриті оболонкою 0,315 г № 10, в баночці № 20 |
| Каопектат Pfarmacia &Upjohn | Табл. 750 мг, № 20 Суспензія для внутрішнього ви­користання 750 мг/15 мл флакон 236 мл, № 1 |
| **Пектин** | Медетопект,Herbstreith &Fox | Таблетки 550 мг, № 225 |
| **Кислота метил-**  **кремнієва**  **(гідрогелі)** | Ентеросгель «Креома Фарм», Україна | Гель у банках і пакетах — 45 г, 135 г, 225 г, 450 г, 650 г, 900 г |
| Ентеросгель із солодким смаком, Креома-Фарм | Паста для перорального викор., контейнер 135 г, 225 г, 450 г. |
| Сорбогель, Гефест-М | Гель 180 г, 450 г, 900 г пакет |
| Сорбогель, Сорбі | Гель 180 г, 450 г, 900 г пакет |
| **Кремнію діоксид високодисперсний** | Атоксил Орисил Фарм Львівська ФФ | Порошок для приготування суспензії 12 г пляшка |
| Полісорб МП,  Джанкойсько-Сивашський ОЕЗ | Порошок для приготування суспензії 12 г пляшка скляна Порошок для приготування суспензії 24 г пляшка скляна |
| Сілікс, Біофарма | Порошок 12 г пляшка |
| **Кислота альгінова** | Альгісорб, Біотехнологія | Порошок у пакетиках 2,5 г, № 10; 5 г, № 10; 10 г, № 10. |
| Канальгат, ОАО Лубнифарм | Гранули по 2 г в одноразових пакетиках |
| **Поліфепан** | Поліфепан «Экосфера», Росія | Порошок 250 г пакет, № 1 |
| **Вугілля медичне активоване** | Карболонг, Екосорб | Порошок 5 г пакет № 30, 10 г, 100 г, 150 г пакет |
| Таблетки вугілля активованого, Екосорб | Табл. 0,25 г контурна безчарункова уп. № 6, № 10 |
| Вугілля активоване, Стома | Табл. 250 мг контурна чарункова уп., № 10 Табл. 250 мг банка, № 20 |
|  | Вугілля активоване, Дарниця | Табл. 250 мг контурна чарункова уп., № 10, № 50, № 100 |
| Ультрасорб, Фарм-Холдінг | Пор.пакет 0,5 г; пор.пакет 1 г;  пор. пакет 2 г № 1Пор. банка 5 г; пор. банка 10 г |
| **Гранульоване ак­тивоване вугілля** | Sorbex™, «Екосорб» | Капсули, що містять по 300 мг гранульованого активованого вугілля № 20 |

***ІІ. Ферментні препарати.*** При симптоматичному лікуванні метеоризму метою призначення ферментних препаратів є не замісна терапія, а забезпечення функціонального спокою підшлунковій залозі, яка перевантажена надмірним уживанням їжі. Доцільним є використання препаратів, які містять помірну кількість ліполітичних ферментів і достатню кількість протеолітичних, а також у складі яких є піногасники. Ферментні препарати необхідно приймати під час або зразу ж після їди. Таблетки та капсули, які містять ферментні препарати, не треба розжовувати та розламувати.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні ферментативної недостатності підшлункової залози**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Чи наявні скарги на біль у верхній половині живота, переважно ліворуч, що виникає незалежно від складу їжі та супроводжується пожовтінням шкіри і слизових оболонок | так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря |
| ні | Подовжити опитування пацієнта |
| 2 | Чи наявна вагітність (якщо пацієнт – жінка) | так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря |
| ні | Подовжити опитування пацієнта |
| 3 | Чи наявні у пацієнта хронічні захворювання:   * хронічний панкреатит; * цукровий діабет; * хронічні захворювання печінки і жовчних шляхів; * кишечнику (у тому числі дисбактеріоз); * пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки; * хронічний гастрит; * сечокам'яна хвороба; * харчова алергія; * подагра; * атеросклероз. | так | Необхідно звернутись до лікаря для лікування основного захворювання. |
| ні | Подовжити опитування пацієнта |
| 4 | Чи мають місце недотримання правил здорового харчування:   * їжа нашвидкуруч; * переїдання; * часте вживання жирної, смаженої та гострої їжі; * зловживання алкоголем | так | Необхідно по можливості виключити фактори, які сприяють виникненню болю в верхній половині живота, нормалізувати режим харчування, відмовитись від вживання алкоголю;  для тимчасового полегшення стану призначити лікарські засоби, що містять ферменти підшлункової залози |
| ні | Для тимчасового полегшення стану призначити лікарські засоби, що містять ферменти підшлункової залози |

**Ферменти, які містять панкреатин, компоненти жовчі, геміцелюлозу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Назва препарату | Склад препарату | Інші компоненти |
| **Дигестал**  (драже) Galenika | Ліпаза — 6000 ОД, амілаза — 5000 ОД, протеаза — 300 ОД | Жовч — 25 мг, геміцелюлаза — 50 мг |
| **Дигестал форте**  (драже) Galenika | Ліпаза — 12000 ОД, амілаза — 9000 ОД, протеаза — 600 ОД | Жовч — 25 мг, Геміцелюлаза — 50 мг |
| **Інозим**  (таблетки в кишковорозчин- ній оболонці) Neuron | Панкреатин — 192 мг: ліпаза — 6000 ОД , амілаза — 4500 ОД, протеази — 300 ОД | Жовч — 25 мг, Геміцелюлаза — 50 мг |
| **Іпентал**  (табл. в оболонці) Neuron | Панкреатин — 192 мг | Жовч — 25 мг, геміцелюлаза — 50 мг |
| **Панзинорм форте**  (табл. в оболонці) KRKA | Ліпаза - 6000 ОД, амілаза - 7500 ОД, протеаза - 2000 ОД (трипсин 450 Од, хімо-трипсин - 1500 ОД) | Пепсин 50 Од, Холієва кислота — 13,5 мг, Хлористоводнева кислота. Амінокислоти |
| **Фестал**SanofiAventis(драже в оболонці) | Ліпаза — 6000 ОД, амілаза — 4500 ОД, протеаза — 300 ОД | Жовч — 25 мг, геміцелюлаза — 50 мг |
| **Ензистал**  (табл. в оболонці) Torrent | Ліпаза — 6000 ОД, амілаза — 4500 ОД, протеаза — 300 ОД | Жовч — 25 мг, геміцелюлаза — 50 мг |
| **Панкреаль Кіршнера** | Ліпаза — 5500 ОД, амілаза — 5300 ОД, протеаза — 300 ОД | Папаїн — 50 мг,  Грибна целюлоза — 27,3 мг |

Препарати, які містять жовч, використовують при станах, які супроводжуються гіпокінезією жовчовивідних шляхів та порушенням солюбілізації жиру. Ці препарати сприяють підсиленню продукції жовчі та соку підшлункової залози. Вони показані хворим із розладами шлункової секреції (гіпо - та антацидний хронічний гастрит, стан після резекції шлунка).

Ці препарати приймають по 1–3таблетки під час або зразу після прийому їжі, не розжовуючи, 3–4 рази на день курсами до 2-х місяців. Здорові особи можуть приймати їх для зняттядиспепсичних симптомів після надмірного вживання їжі.

Препарати, які містять жовч, необхідно обережно використовувати у хворих на хронічний гепатит або цироз печінки, позаяк жовчні кислоти ентерогепатичним шляхом потрапляють у печінку, де відбувається їх метаболізм, а також при холестатичних захворюваннях, виразковій хворобі, запальних захворюваннях товстої кишки.

**Препарати на основі чистого панкреатину**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Торгова назва | Форма випуску | Склад |
| Креазим 10 000  Технолог | Капсули желатинові тверді кишковорозчинні, що містять гранули № 10, № 20 | Панкреатин — 0,14 г Ліпаза — 10 000 ОД Ph. Eur. Амілаза — 8 000 ОД Ph. EurПротеази — 600 ОД Ph. Eur |
| Креазим 20 000,  Технолог | Капсули желатинові тверді кишковорозчин- ні, що містять гранули № 10, № 20 | Панкреатин — 0,28 г Ліпаза — 20 000 ОД Ph. Eur. Амілаза — 16 000 ОД Ph. EurПротеази — 1200 ОД Ph. Eur |
| Креон 10 000(мікросфери) Solvay Pharmaceuticals | Капсули 150 мг № 20 | Панкреатин — 150 мг |
| Креон 25 000(мікросфери) Solvay Pharmaceuticals | Капсули 300 мг № 20, № 50, №100 | Панкреатин — 300 мг |
| Панкреатин 8000  Технолог | Таблетки кишковорозчинні 0,24 г № 10, № 50 | Панкреатин — 240 мг |
| Панкреатин  ICN Yugoslavia, Leiras | Драже 250 мг, № 50 Таблетки 500 мг, № 20, № 100 | Панкреатин — 250 мг Панкреатин — 500 мг |
| Пангрол 10 000  (міні-таблетки)  Berlin-Chemie (Menarini Group) | Капсула з міні- таблетками № 50 | Панкреатин з активністю ліпази — 10 000 ОД амілази — 9000 ОД, протеази — 500 ОД |
| Пангрол 20 000  Berlin-Chemie (Menarini Group) | Таблетка п/о кишково- розчинна № 20, № 50 | ліпаза — 20 000 ОД амілази — 12 000 ОД, протеази — 900 ОД |
| Пангрол 25 000  (міні-таблетки)  Berlin-Chemie (Menarini Group) | Капсула з міні- таблетками № 50 | Панкреатин з активністю ліпази — 25 000 ОД амілази — 22 500 ОД, протеази — 1 250 ОД |
| Панзинорм Форте-Н  KRKA | Таблетки вкриті оболон­кою №10, № 30 | Ліпаза — 20 000 ОД, амілаза — 12000 оД, протеаза -900 ОД |
| Торгова назва | Форма випуску | Склад |
| Гранули орази  Біостимулятор | По 100 г гранул у скляній банці | Комплекс амілолітичних та протео­літичних ферментів з культури гриба Aspergillus oryzae |
| Орнізим-Д  03 ГНЦЛС | Гранули в пакетику — 0,7 г | Ораза — 0,1 г Нігедаза — 0,1 г Натрію альгінат — 0,015 г Кислота сорбінова — 0,003 г Цукор — 0,485 г |
| Солізим  Вітаміни, Технолог | Таблетки кишково- розчинні, контурна ячейкова упаковка № 10, 20, 50 | Солізим 20 000 ЛО |
| Сомілаза  Вітаміни | Таблетки п/о киш- коворозчинні № 10, № 20 | Ліпаза — 60 000 ЛО Амілаза — 1500 ЛО |
| Ензимтал  Genom Biotech | Драже №100 | Амілаза грибкова (1 : 1200) — 50 мг Папаїн — 30 мг Вугілля активоване - 75 мг Симетикон — 50 мг Нікотинамід — 25 мг |
| Юніензим С МПС  Unichem Laboratories | Таблетки п/цукр. обо­лонкою № 10, № 20 | Діастаза грибкова — 20 мг Папаїн — 30 мг Вугілля активоване — 75 мг Симетикон — 50 мг Нікотинамід — 25 мг |
| Пепзим  Genom Biotech | Сироп у флаконі 100 мл, 200 мл № 1 | Папаїн — 100 мл/10 мл Грибкова діастаза (1:800) — 100 мг/10 мл Ефірна олія кориці — 0,4 мг/ 10 мл Ефірна олія чебрецю — 0,8 мг/ 10 мл Ефірна олія кардамону — 0,8 мг/10 мл |
| Пепфіз  Ranbaxy | Швидкорозчинні шипучі таблетки з апельсиновим смаком № 50 | Папаїн — 60 мг,  Грибкова діастаза (1:2000) — 20 мг Симетикон — 25 мг |
| Дигестин  Pharco  Pharmaceuticals | Сироп флакони 120 мл, № 1 | Папаїн — 80 мг/5 мл пепсин — 40 мг /5 мл санзим — 2000 (мультиензимний комплекс, до складу якого входять протеаза, амілаза, ліпаза, целюлоза, рибонуклеаза та інші ефективні ферменти) |

Позитивними властивостями цієї групи препаратів є стійкість ферментів рослинного та грибкового походження в кислому середовищі шлунка, але активністьїх менша порівняно з ферментами тваринного походження.

***ІІІ. Вітрогонні засоби рослинного походження***. До них відносять препарати кропу (плоди кропу запашного, кропову воду), плоди фенхелю, плоди кмину, квітки ромашки. Використовують частіше у вигляді настоїв та відварів, які зберігають у холодильнику не більше 3 днів. Ефективність фітопрепаратів при метеоризмі зумовлена їх спазмолітичною та м’якою антисептичною дією. Вони покращують травлення, підсилюють виділення шлункового соку та моторну активність кишечнику, попереджають утворення газів та знімають спазми, зумовлені метеоризмом. Настої з плодів кропу, фенхелю та кмину стимулюють утворення молока у жінок, які годують груддю. Плоди кропу протипоказані при вагітності. Можлива підвищена чутливість до препаратів. Випускають спеціальні дитячі лікарські форми для використання в грудному віці.

Плантекс (Sandoz Lek) — містить плоди фенхелю, глюкози та галактозу.

Форма випуску: (розчинний чай) пакетик 5 г, № 1, № 10,№ 50.Ентероплант (Schwabe) — містить 90 мг олії перцевої м’яти, 50 мг олії кмину.

***IV. Кремнійорганічні сполуки (силікони)*** — диметикон та симетикон.

Диметикон — кремнієве масло, яке складається з полімерів диметилсилоксану.

**Симетикон** — активований диметикон, суміш диметикону (полідиметилсилоксану) та дрібнодисперсного діоксиду кремнію, тому перевищує диметикон за ефективністю.Фармакологічні властивості: механізм дії препаратів полягає в зменшенні поверхневого напруження пухирів газу в хімусі та кишечнику, їх розриві і злитті. Газ, що вивільнився, поглинається стінками кишечнику або виводиться за рахунок його перистальтики. Піноутворення зменшується на 84–87 %. При рентгенологічному дослідженні шлунково-кишкового тракту диметикон та симетикон забезпечують рівномірний розподіл контрастної речовини по слизовій оболонці. Ці лікарські засоби повністю інертні — не руйнуються під дією соляної кислоти, ферментів, кишкової мікрофлори, вони не абсорбуються слизовою кишечнику та виводяться в незміненому вигляді. Препарати нетоксичні і можуть призначатись вагітним та жінкам, які годують, дітям. Побічна дія: в рідкісних випадках можлива алергійна реакція (висипка, свербіж,набряк Квінке). На відміну від активованого вугілля можна використовувати тривалий час, оскільки вони не викликають гіповітамінозу, зниження всмоктування речовин, порушення пристінкового травлення, зміни рН шлункового соку, закрепи, мікротравми слизової оболонки та забарвлення калу. Протипоказання: механічна кишкова непрохідність та гіперчутливість до компонентів лікарського засобу.

Прокінетики — покращують моторику кишечнику та сприяють виведенню газів.

Класифікація прокінетиків:

І. Блокатори допамінових рецепторів:

а) неселективні (метоклопрамід)

б) селективні 1го покоління (домперидон)

в) селективні 2го покоління (ітоприд)

ІІ. Агоністи 5НТ4 рецепторів (тегасерод)

ІІІ. Антагоністи 5НТ3рецепторів (ондансетрон, гранісетрон, тропісетрон, алосетрон, силансетрон)

Ця група препаратів відноситься до рецептурних і тому призначається лікарем.

VI. Пробіотики. Препарати цієї групи пригнічують життєдіяльність у кишечнику гнилісних та газоутворюючих мікроорганізмів, що сприяє зникненню метеоризму, нормалізації процесів травлення та всмоктування в травному каналі.

**ІІІ. Дисбіоз**

**Дисбіоз** — це якісні (зміни біологічних властивостей кишкової мікрофлори,зменшення виконання корисних функцій та підвищення токсичності) та кількісні(зниження вмісту корисної мікрофлори та підвищення патогенної мікрофлори)зміни характерної для даного біотипу нормальної флори людини, які призводять до виражених клінічних реакцій макроорганізму або є наслідком різноманітних патологічних процесів в організмі. Головними причинами дисбіозу є антибіотикотерапія, кишкові інфекції та ферментопатії первинного (лактазна, глютенова недостатність) та вторинного (при багатьох гастроентерологічних захворюваннях) характеру. Мікрофлоратравного тракту відноситься до факторів неспецифічного захисту організму.

Класифікація нормальної мікрофлори

І тип — постійна(індигенна, резидентна)

1. Облігатна (головна) — складає 95 % всієї мікрофлори, представлена анаеробними мікроорганізми (біфідо, лактобактерії, пропіоновокислі бактерії).

2. Факультативна (додаткова)— представлена переважно факультативноаеробними бактеріями видів Escherichia coli та Streptococcus faecium (ентерококи). У нормі концентрація цих бактерій не перевищує 5 %. Це умовнопатогенні мікроорганізми,які, незважаючи на значну роль у мікробіотичних процесах, при несприятливих умовах здатні викликати тяжкі інфекційні захворювання.

ІІ тип — транзиторна (залишкова, алохтонна) мікрофлора — представлена умовними патогенами — клостридіями, протеєм, дріжджами, клебсієлами, стафілококами, цитробактером, псевдомонадами (Staphylococcus, Clostridium, Enterobacter,Proteus, Klebsiella, Pseudomonas, Candida).

Основні функції кишкової мікрофлори в нормі:

1. Детоксикаційна (інактивація ентерокінази, лужної фосфатази).

2. Ферментативна (гідроліз продуктів метаболізму білків, ліпідів, вуглеводів).

3. Синтетична (синтез вітамінів, антибіотичних та інших біологічно активнихречовин).

4. Травна (підвищення фізіологічної активності травного тракту).

5. Антианемічна (сприяє всмоктуванню заліза).

6. Антирахітична (сприяє всмоктуванню кальцію та вітаміну D).

7. Імунна (активація імунної системи, синтез імуноглобулінів, інтерферону).

8. Міжмікробний антагонізм.

При зверненні пацієнта за допомогою необхідно з’ясувати:— у кого виникла проблема (пацієнт, члени сім’ї, знайомі — діти чи дорослі);— як давно виникло погіршення стану і скільки часу триває;— яких заходів ужито перед зверненням до аптеки;— які ліки вже приймали для полегшення стану.

Загрозливі симптоми, які вимагають негайного звернення до лікаря:

— порушення дефекації супроводжується підвищенням температури тіла;

— зміна кольору випорожнень, сліди або наявність крові в калі;

— сильний біль у здухвинній ділянці;

— різке здуття живота;

— запаморочення або втрата свідомості, пов’язані з болем у черевній порожнині;— помітне зниження ваги тіла на фоні розладу дефекації;

— у дитини раннього віку спостерігається зригування, блювання, біль у животі, що має нападоподібний характер, супроводжується здуттям і з’являється через 2–3 години після їди; випорожнення рясні, рідкі, з піною і кислуватимабо гнилим запахом; знижуються темпи росту ваги тіла

**Увага! Лікування дисбіозу необхідно починати після бактеріологічного вивчення мікрофлори пацієнта.**

Рекомендації щодо самолікування:

1. Надання рекомендацій щодо режиму дозування лікарського засобу, умов прийому, терміну лікування, правил зберігання.

2. Застереження при застосуванні (особливості прийому, побічні ефекти, вплив режиму харчування тощо).

3. Загальні рекомендації щодо раціональної дієтотерапії:

— харчування повинне бути повноцінним, хімічно, механічно і термічно щадним;

— необхідно вживати нежирні продукти (відварне м’ясо, риба, сир), каші (рисова, вівсяна, гречана), черствий білий хліб, фрукти і овочі у великій кількості;

— при діареї з раціону тимчасово виключають чорний хліб, незбиране молоко,сирі овочі і фрукти (їх необхідно вживати у вареному і запеченому вигляді),жирні і гострі приправи;

— при закрепі необхідно вживати продукти, багаті на харчові волокна, — хліб з висівками, кислі фрукти, сирі овочі, соки, гречану кашу, кисломолочні продукти;— при метеоризмі необхідно обмежити вживання бобових, капусти, продуктів з високим вмістом глюкози

— мед, варення, цукерки, виноград;

— дітям доцільно використовувати традиційні кисломолочні продукти і адаптовані молочні суміші. Медикаментозне лікування диcбіозу кишечнику З метою корекції дисбіозу кишечнику традиційно використовують дієтотерапію та біотерапевтичні засоби, які можна поділити на три групи:

***Пробіотики*** — живі мікроорганізми з родів, які входять до складу нормальної флори кишечнику людини (наприклад, Lactobacillus (L) spp., Bifidobacterim spp.,E. сoli Nissle, Enterococcus faecium, Streptococcus thermophilus). Всередині групи пробіотиків виділяють підгрупу б***іоентеросептиків*** — живі мікроорганізми, які незустрічаються в складі мікробіоти людини, але здатні елімінувати опортуністичні мікроорганізми кишечнику (наприклад, Bacillus subtilis, Saccharomyces boulardii, Saccharomyces cerevisiae). Пребіотики — стимулятори розмноження нормобіоти кишечнику людини (наприклад, лактулоза, рослинна клітковина, пектин, низькомолекулярні органічні кислоти, вітаміни). Синбіотики — комбіновані препарати, до складу яких входять бактеріальні препарати та стимулятори росту. Пробіотики (еубіотики) — ліофільно висушені живі ослаблені штами нормальної мікрофлори кишечнику, які після прийому всередину заселяють кишечник. Фармакологічні властивості: мікроорганізми, які входять до складу пробіотиків, не патогенні, не токсигенні, їх життєдіяльність триває при зберіганні. Використовують в основному мікроорганізми, які є симбіонтами людини (лакто,біфідобактерії, ентерококи та E. coli), позаяк вони адаптовані до внутрішнього середовища людини. У схемах лікування можуть використовуватись і несимбіонти,наприклад, Saccharomyces boulardii, Bacillus subtilis, які є антагоністами по відношенню до патогенної мікрофлори. Переміщуючись по травному тракту, вони оживають і продукують оцтову та молочну кислоти, підкислюючи при цьому середовище; це пригнічує ріст гнилісних та газоутворюючих мікроорганізмів (клостридій,протею, бактероїдів); продукують антибактеріальні речовини, які пригнічують розмноження різноманітних умовнопатогенних бактерій та збудників кишкової інфекції (сальмонели, шигели). Для мікроорганізмів, які використовують перорально, шлунок із соляною кислотою та пепсином не є перешкодою, але вживання їх під час їди підвищує виживання бактерій, оскільки продукти харчування виконують роль буфера і створюють сприятливе середовище для їх існування. Після прийому бактерії виявляються в калі від одного до трьох тижнів. Для того щоб досягти терапевтичного ефекту від використання молочнокислих бактерій, їх необхідно приймати безперервно протягом тривалого часу. Показання: пробіотики призначають не як замісну терапію, а як засіб, що забезпечує умови для відновлення нормальної мікрофлори. Їх використовують як для лікування, так і для профілактики дисбактеріозу, особливо у дітей. Пробіотики можуть бути включені в продукти харчування в якості дієтичних добавок у вигляді ліофілізованих порошків, які містять біфідобактерії, лактобактерії та їх комбінації, що призначені для щоденного використання та здійснюють регулюючу дію на фізіологічні функції та біохімічні реакції організму людини. До продуктів функціонального харчування відносять «Біокефір», «Біфідокефір», «Актимель», «Наріне», «Йогурт», «Активіа». Особливості застосування: всі пробіотики не рекомендують запивати гарячою рідиною та приймати одночасно з алкоголем. Препарати Лактобактерин та Лактобацилус ацидофілус рекомендується запивати молоком. Ефективність «приживлення» облігатної мікрофлори підвищується при одночасному використанні з лактулозою. Всі препарати, окрім Флонівіну БС, можна використовувати дітям та вагітним. З антибіотиками одночасно можна вживати Біфіформ, Лінекс, Лактовітфорте, Йогурт, Ентерол, Хілак та Хілакфорте, Лактулозу.

1. **Функціональна диспепсія**

**Функціональна диспепсія** - наявність одного або більше диспептичних симптомів, які походять з гастродуоденальної зони (відчуття важкості після прийому їжі; почуття раннього насичення; епігастральній біль, відчуття печіння в епігастрії) при відсутності будь-яких органічних змін (за результатами ендоскопії), системних або метаболічних змін , дозволяющих пояснити симптом.

Залежно від переваги тих чи інших клінічних симптомів виділяють 3 варіанти функціональної діспепсіі. При епігастральному больовому синдромі (виразкоподібний варіант) відзначаються нічні та «голодні» болі в надчеревній ділянці, що проходять після прийому їжі.При постпрандіальному дистрес-синдромі (дискінетичному варіанті) спостерігаються тяжкість і відчуття переповнення в підложковій області після їжі, раннє насичення.При змішаному (неспецифічному варіанті) скарги хворого важко однозначно віднести до тієї чи іншої групи.Слід підкреслити, що частіше зустрічається дискінетичний варіант функціональної диспепсії.

Необхідно враховувати, що диспепсія може бути як одним із симптомів іншого захворювання, так і виступати в ролі окремої хвороби (функціональної диспепсії).

Диспепсія розцінюється як функціональна за умови відповідності наступним критеріям:

* наявність постійної або переміжної диспепсії протягом мінімум 12 тижнів у році;
* відсутність органічних захворювань шлунково-кишкового тракту з подібною симптоматикою;
* диспепсія не зменшується після дефекації і не пов'язана зі зміною частоти і характеру стільця (відсутність ознак синдрому «подразненої кишки»).

***Найбільш часті причини функціональної диспепсії:***

В основі функціональної диспепсії лежать патофізіологічні зміни рухової активності шлунково-кишкового тракту.Фізіологічна реакція шлунка при надходження харчової грудки полягає в розслабленні його проксимального відділу.Потім відбувається релаксація дна і тіла шлунка, яка необхідна для прийому відносно великих обсягів їжі без збільшення напруги шлункової стінки.За допомогою скорочень дна шлунка вміст просувається в його дистальну частину для евакуації.Харчові фрагменти евакуюються зі шлунка, коли розмір їх у діаметрі сягає 1 мм або менше.У нормі скорочення різних відділів шлунка строго послідовні і синхронізовані в часі.

Порушення моторики можуть полягати у розладі акомодації шлунку (тобто здатності розслаблятися при вступі харчової грудки в шлунок); порушенні послідовності (синхронності) скорочень різних відділів шлунка; ослабленні моторики з наступним розслабленням і повної «зупинкою» шлунку.

***Фактори, що сприяють розвитку функціональної диспепсії:***

* надмірна реакція на подразнення звичайної інтенсивності (вісцеральна гіперчутливість) ;
* психоемоційний стрес ;
* зниження порогу чутливості механорецепторів стінки шлунка до розтягування;
* індивідуальна непереносимість певних видів їжі ;
* Helicobacter pylori може викликати порушення моторної функції шлунка , однак чіткий зв'язок між цими факторами поки не доведена.

**«Загрожуючими» симптомами** , які дозволяють запідозрити у хворого серйозне стан, що вимагає обов'язкового звернення до лікаря , при диспепсії є:

* розвиток різких болів у верхній (або іншої) частини живота ;
* поступове наростання хворобливості або зміна характеру дискомфорту в області епігастрію ;
* появу печії , яка триває більше трьох днів ;
* виникнення блювоти кольору «кавової гущі » або кров'ю ;
* наявність чорного (дьогтеподібного) стулу;
* прогресуюча втрата маси тіла ;
* симптоми диспепсії пов'язані з прийомом певних лікарських засобів (необхідна консультація лікаря для адекватної заміни препарату).

***Загальні підходи до лікування функціональної диспепсії безрецептурними препаратами***

З урахуванням того, що порушення рухової активності шлунково-кишкового тракту є основою формування хвороби, препаратами вибору в даному випадку є стимулятори перистальтики (прокінетики).За механізмом дії вони є антагоністами дофамінових рецепторів.Гастрокінетичної ефект обумовлений блокадою периферичних дофамінових рецепторів, а також впливом на гіпоталамус і парасимпатичні нерви.Препарати появляють протинудотну та протиблювотну дію, пов'язану як з гастрокінетичної дією, так і з гальмуванням рецепторів тригерної зони стовбура мозку, в результаті чого зменшується чутливість нервів, що передають імпульси від шлунка і дванадцятипалої кишки до блювотного центру.Внаслідок зазначених дій збільшується тривалість перистальтичних скорочень антрального відділу шлунка і дванадцятипалої кишки, підвищується тонус нижнього стравохідного сфінктеру.Прокінетики не впливають на шлункову секрецію.

Препарати: Домперидон - Домідон, Домперидон Гексал, Мотиліум, Мотиліум Лінгвальна, Моторикум, АПО-Домперидон, Гастропом-АПО, Домперидон-Стома.

Застосовується також емпірична терапія спазмолітиками, вітрогонними засобами, поліферментними препаратами, кислотознижуючими препаратами.

**Фармацевтична опіка при застосуванні препаратів для симптоматичного лікування функціональної диспепсії**

* Прокінетики слід приймати за 15-30 хв . до їди. При прийомі після їжі всмоктування препарату дещо сповільнюється .
* При поєднанні в лікарському комплексі домперидону з антацидами або антисекреторними препаратами останні слід приймати після їжі .
* Недоцільно поєднувати прийом домперидону з холінолітиками , які нейтралізують його антидиспептичну дію.
* Домперидон не рекомендується вагітним і в період лактації.
* Домперидон в терапевтичних дозах не впливає на швидкість психомоторних реакцій , тому може застосовуватися водіями транспортних засобів.

1. **Порушення функції печінки та жовчовивідних шляхів**

Печінка - найбільший із внутрішніх органів людини.Її маса в середньому становить 1500 г. Зовні печінка являє собою однорідну тканину, яка при більш глибокому розгляді має набагато більш складну будову.Сотообразний, нескінченно розгалужується лабіринт порожнин, зрошувану з усіх боків кров'ю, становить тривимірну комплексну структуру.Функції печінки різноманітні, проте всі вони знаходяться в тісному взаємозв'язку.Основні з них:

* підтримання постійного рівня глюкози в крові;
* підтримання стабільного вмісту в крові амінокислот і білків, регулюючи їх синтез і катаболізм ;
* нейтралізація кінцевих продуктів азотистого обміну шляхом перетворення аміаку в сечовину;
* регуляція кислотно-лужної рівноваги крові;
* виробництво жовчі, включаючи синтез двох її компонентів - холестерину та жовчних кислот ;
* підтримання постійного рівню холестерину за рахунок катаболізму і виведення його надмірної кількості з жовчю ;
* синтез ліпопротеїдів;
* участь в обміні гормонів , вітамінів , ферментів , регуляція пігментного обміну ;
* участь у метаболізмі ксенобіотиків (чужорідних хімічних речовин, в тому числі лікарських засобів )

Різні захворювання печінки зустрічаються більш ніж у половини пацієнтів гастроентерологічного профілю.Найбільш частими видами патології печінки є її запальні ураження - гепатити (гострі та хронічні), викликані вірусами гепатиту або іншими інфекційними збудниками, простішими, гельмінтами, а також впливом токсичних речовин (в першу чергу алкоголю, токсинів хімічного і рослинного походження, солей важких металів і т. п.). Прогресуючий гепатит переходить у цироз печінки. Патологія жовчного міхура та жовчовивідних шляхів обумовлюється розвитком запального процесу і каменеутворення в них, а також руховими порушеними – дискінезіями (за гіпокінетичним або гіперкінетичномим типом).

Клінічні прояви захворювань печінки та жовчовивідних шляхів у пацієнтів з неважкими проявами патології можна згрупувати в синдроми.

**Синдром малої печінкової недостатності** проявляється скаргами на слабкість, млявість, швидку психічну виснаженість, підвищену дратівливість.Хворі відзначають явне, зовні не мотивоване зниження працездатності.Нерідко турбує частий головний біль, схильність до непритомних станів, пітливість, легке запаморочення, який поєднується з відчуттям тяжкості в надчеревній ділянці та правому підребер'ї, металевим або гірким присмаком у роті.Всі ці явища особливо чітко виявляються після зловживання алкоголем або гострою їжею, а також при недостатньому надходженні або перевитрату вітамінів.Часто відзначаються скарги на підвищену кровоточивість ясен, поява «синців», переважно на гомілках і стегнах, а також на згинальних поверхнях передпліч.

**Синдром портальної гіпертензії** - підвищення тиску крові в системі ворітної вени проявляється здуттям живота, рясним відходженням газів, гемороєм, збільшенням обсягу живота внаслідок асциту, наявністю набряків на ногах.

**Холестатичний синдром** - шкірний свербіж, жовтянична забарвлення шкіри, включаючи «печінкові долоні», темний колір сечі, знебарвлений кал.

**Дискінезії жовчовивідних шляхів** - порушення скоординованої рухової активності жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, що призводить до погіршення процесів травлення і подальшого засвоєння їжі.У першу чергу це відноситься до речовин ліпідної природи.

Нормальна жовч містить 0,15% холестерину, 1% жовчних кислот та їх солей, 0,05% фосфоліпідів і 0,2% білірубіну.Склад жовчі досить постійний і забезпечує розчинний стан холестерину, який практично не розчиняється у воді.Порушення співвідношення компонентів жовчі призводить до її нестабільності, в результаті чого можлива кристалізація вмісту і виникають передумови до розвитку жовчнокам'яної хвороби.

Жовчовивідні шляхи беруть початок від жовчних проток, що утворюють загальний печінковий протік, в який впадає протока жовчного міхура. Загальний жовчний протік відкривається в дванадцятипалу кишку Фатерова соска, отвір якого оточений м'язовим сфінктером Одді.

Жовч виробляється печінкою постійно, але надходження її в дванадцятипалу кишку відбувається неритмічно.В інтервалах між процесами травлення вона накопичується в жовчному міхурі і надходить у дванадцятипалу кишку після стимулюючого впливу прийнятої їжі.Її надходження залежить від таких характеристик жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, як тонус, сили скорочень і їх координації, а також розслаблення сфінктера Одді.

Клінічні прояви рухових порушень (дискінезії) жовчного міхура і жовчовивідних шляхів залежатимуть від їх виду.При атонічних явищах (гипокінетичний тип), уповільненні спорожнення жовчного міхура відзначається почуттям дискомфорту в правому підребер'ї, тупих, ниючих, тривалих болях. При надлишковій руховій активності (гіперкінетичний тип) відзначаються інтенсивні, що носять переймоподібний характер болі, що віддають у спину, праву лопатку, праву надключичній область.Як при першому, так і при другому типі рухових порушень болі можуть супроводжуватися нудотою, відчуттям гіркоти у роті, відрижкою після їжі, почуттям тяжкості і розпирання в правому підребер'ї, метеоризмом, епізодами послаблення стільця.

**Найбільш часті причини захворювань печінки та жовчовивідних шляхів:**

* розвиток запального процесу, викликаного вірусами або іншими інфекційними збудниками, найпростішими (лямблії) або гельмінтами (печінковий сисун);
* вплив на організм значних кількостей токсичних речовин, в першу чергу алкоголю, а також токсинів хімічного і рослинного походження, солей важких металів і т. п.;
* вторинне ураження печінки при цукровому діабеті, захворюваннях легенів і серцево-судинної системи, важких панкреатитах і ентеритах;
* уповільнений рух (стаз) жовчі, пов'язане із змінами її хімічного складу, обумовленого прийомом лікарських засобів (анаболічні стероїди, тіазидові діуретики, естрогени, похідні сульфонілсечовини, тетрациклін, ацетамінофен, індометацин, хлозепид та ін).

**Фактори, що сприяють захворювань печінки та жовчовивідних шляхів:**

* нераціональне харчування (надлишок висококалорійної їжі і брак рослинних волокон);
* порушення іннервації жовчного міхура вегетативною нервовою системою;
* вроджені аномалії жовчного міхура і жовчовивідних шляхів (нефункціональна форма жовчного міхура - дугоподібний, звивистою, подовжений і пр., наявність перетяжок, звуження проток та ін);
* гіподинамія та ожиріння;
* підвищення внутрішньочеревного тиску через вагітність або інтенсивних занять спортом (особливо важка атлетика).

**«Загрозливими» симптомами**, які дозволяють запідозрити у хворого серйозне стан, що вимагає обов'язкового втручання лікаря, при захворюваннях печінки і жовчовивідних шляхів є:

* поява жовтяниці, свербежу;
* симптоми порушень функції жовчного міхура і жовчовивідних шляхів наростають протягом останніх 2-3 доби;
* розвивається напад печінкової кольки з характерними болями в правому підребер'ї;
* на тлі дискомфорту в правому підребер'ї з'являється виражена втома і загальний занепад сил, пожовтіння шкіри та склер, які посилюються з часом;
* відчуття дискомфорту в правому підребер'ї, нудота, розлад стільця турбують більше 2-х тижнів;
* відчуття дискомфорту в правому підребер'ї супроводжується підвищенням температури тіла.

**Загальні підходи до лікування захворювань печінки та жовчовивідних шляхів**

Для нормального функціонування печінки найважливішими умовами є «робочий стан» її паренхіми і повноцінний відтік жовчі.

З метою відновлення паренхіми застосовуються препарати, що володіють гепатопротекторну властивостями.Слід враховувати, що на тлі застосування гепатопротекторів можлива поява відчуття дискомфорту в епігастральній ділянці, нудота, розлад стулу.Перераховані симптоми не завжди є підставою для відміни препарату і можуть бути зведені до мінімуму при прийомі препарату після їжі, Для відновлення порушених функцій печінки раціональним є поєднання гепатопротекторів з вітамінами групи В, аскорбіновою кислотою, мікроелементами.Рекомендується застосування полівітамінних комплексів з мікроелементами.Для усунення диспепсії, метеоризму при захворюваннях печінки можна рекомендувати застосування ферментних препаратів, вітрогінних засобів - проносних або жовчогінних препаратів, так як часто причиною запору є порушення надходження жовчі в травний тракт.

**Жовчогінні засоби**.Це речовини рослинного або синтетичного походження, що підвищують утворення жовчі (холеретики) і сприяють виведенню його в дванадцятипалу кишку (холекінетики).Стимулюють утворення жовчі жовчні кислоти, що входять до складу комбінованих препаратів (холензим, аллохол, фестал), а також різні біологічно активні речовини (флаваноїди, гіркоти, сапоніни, ефірні олії та ін), що містяться в лікарських рослинах (расторопші, плодах шипшини, безсмертника піщаного, деревії, м'яті, чистотілі великому, куркумі та ін.)Холекінетики подразнюють слизову оболонку дванадцятипалої кишки, викликають виділення холецистокініну, який сприяє скороченню жовчного міхура та розслабляє сфінктер Одді (магнію сульфат, ксиліт, сорбіт; лікарські рослини: барбарис і пижма, олія соняшникова, оливкова, обліпихова).Слід враховувати, що лікарські рослини проявляють, як правило, і холеретичний і холекінетичний ефект.Прийом препаратів, що впливають на утворення та секрецію жовчі, протипоказані при обструктивної непрохідності жовчовивідних шляхів, гострих гепатитах, загостреннях хронічних захворювань нирок і сечовивідних шляхів.З урахуванням впливу функціонального стану нервової системи на жовчовиділення слід застосовувати седативні засоби рослинного походження при емоційному збудженні, підвищеної тривожності, дратівливості, неспокої.Жовчогінні препарати слід приймати курсами по 10-20 днів.

**Немедикаментозні методи нормалізації функції печінки і жовчовивідних шляхів**

У осіб з патологією печінки і жовчовивідних шляхів харчування має бути частим (до 5-6 разів на добу), невеликими порціями, в один і той час. Останній прийом їжі не пізніше ніж за 3 години до сну. Якісний склад раціону харчування слід коригувати залежно від фази захворювання. У період між нападами бажано вживання їжі, багатої харчовими волокнами, виключити смажену, гостру, жирну їжу, алкогольні напої. При схильності до утворення жовчних каменів обмежується вживання борошняних виробів, круп, м'яса (свинини, яловичини, баранини), риби, яєць. При загостренні захворювання дієта повинна бути хімічно і механічно щадна, груба рослинна клітковина виключається. Протизапальна дієта передбачає обмеження вживання кухонної солі і збагачення їжі білками.

Оптимальна кількість випивається за день рідини 1,0-1,5 л (основний прийом у першій половині дня).

Для попередження застою жовчі рекомендується після прийому їжі 30-40 хвилин перебувати в горизонтальному положенні.

В домашніх умовах можна проводити тюбаж («сліпе зондування»). Вранці натщесерце пацієнт випиває 500 мл теплої мінеральної води і з грілкою на області печінки лежить в ліжку на правому боці з підкладеним валиком 40-60 хв. Процедуру проводять через 1-2 дні, всього 4-6 процедур.

В комплексне лікування дискінезії жовчовивідних шляхів включають прийом мінеральної води («Боржомі», «Єсентуки», «Поляна квасова» і т. п.). Її п'ють в теплому вигляді (42-45 °) перед їжею по одній склянці три рази на добу. Час прийому визначається секреторною активністю шлунку: при зниженій кислотності - за 10-20 хв., При нормальній - за 40-60 хв., При підвищеній - за 1,5 години до вживання їжі. Курс лікування одним видом води триває в середньому три тижні.

Необхідно стежити за регулярним випорожненням кишківника. При використанні проносних засобів перевагу слід віддавати осмотичним препаратам «наповнювачам».

Хворим з патологією печінки та жовчовивідних протипоказана робота, пов'язана з фізичним напругою, вимушеним положенням тіла, постійної травматизацією надчеревній ділянці, а також тряска їзда.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при порушення функції жовчного міхура і жовчовивідних шляхів**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта**  **/представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Чи наявні у пацієнта хронічні захворювання печінки, жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, діагноз яких встановлено лікарем | так | Необхідно приймати препарати, призначені лікарем, в тому числі жовчогінні лікарські засоби |
| ні | Продовжити опитування |
| 2. | Чи наявні у пацієнта:   * біль в правому підребер’ї (переважно після прийому жирної, смаженої, гострої їжі, алкогольних напоїв); * стійке підвищення температури тіла до 37,2-37,4 С; * озноб; * слабкість, нудота, метеоризм, відчуття сухості та гіркоти в роті. | ні | Продовжити опитування |
| так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно терміново звернутись до лікаря |
| 3. | Чи мали місце наступні симптоми:   * підвищення температури тіла вище 38 С; * сильний біль в правому підребер’ї з іррадіацією в праву половину тіла; * блювання; * зміни кольору сечі; * поява жовтого забарвлення шкіри та видимих слизових оболонок | так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно терміново звернутись до лікаря |
| ні | Продовжити опитування |
| 4. | Чи мають/мали місце такі патологічні стани:   * хронічні ЛОР-захворювання; * хронічні захворювання шлунку, кишечнику; * цукровий діабет; * інфекційні захворювання сечостатевої системи; * алергічні захворювання; * важкі інфекційні захворювання; * травми животу; * хірургічні втручання на органах черевної порожнини | так | Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування основного захворювання. В комплексній терапії доцільне застосування препаратів з холеретичною і холесекреторною дією |
| ні | Продовжити опитування |
| 5. | Чи наявні фактори, які сприяють порушенню функції жовчного міхура і жовчовивідних шляхів:   * вагітність (для жінок); * вживання солоної, гострої, жирної та смаженої їжі; * переїдання або прийом їжі з великими інтервалами; * часті запори; * малорухливий спосіб життя; * вік старше 40 років; * часті стресові ситуації | так | Пацієнту необхідно правильно організувати умови праці та відпочинку, змінити режим харчування, для тимчасового полегшення стану призначити жовчогінні лікарські засоби |
| ні | Продовжити опитування |
| 6. | Чи має місце прийом таких лікарських засобів:   * протимікробні препарати, * гормональні контрацептиви, * анаболічні стероїди, * транквілізатори, * снодійні, * НПЗЗ | так | Необхідно звернутись до лікаря для корекції лікування, оскільки скарги на самопочуття можуть бути пов’язані з прийомом лікарських засобів, для тимчасового полегшення стану призначити жовчогінні лікарські засоби |
| ні | Продовжити опитування |
| 7. | Чи має пацієнт частий/постійний контакт з органічними розчинниками, хлорованими вуглеводнями, солями важких металів (наприклад, на роботі) | так | Пацієнту необхідно змінити умови праці, уникати контакту з токсичними речовинами, для тимчасового полегшення стану призначити жовчогінні лікарські засоби |
| ні | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря, для тимчасового полегшення стану призначити жовчогінні лікарські засоби |

**Фармацевтична опіка при застосуванні препаратівдля симптоматичного лікування захворювань печінки та жовчовивідних шляхів**

* Гепатопротектори слід приймати після їжі.
* Курс лікування гепатопротекторами повинен складати від 1 міс. і більше.
* Застосування гепатопротекторів доцільно поєднувати з вітамінами групи В, аскорбіновою кислотою, мікроелементами.
* Прийом гепатопротекторів може супроводжуватися появою відчуття дискомфорту в епігастральній ділянці, нудотою, розладом стулу. Ці явища можуть бути зменшені при використанні препарату після їжі або прийомом симптоматичних засобів.
* Для усунення диспепсії у хворих, які приймають гепатопротектори, показано використання поліферментних препаратів.
* У зв'язку з тривалим прийомом препаратів слід строго дотримуватися режиму дозування, щоб уникнути розвитку небажаних ефектів.
* Глутаргін здатний підсилювати секрецію інсуліну та гормону росту, що необхідно враховувати хворим з супутньою ендокринною патологією.
* Жовчогінні препарати приймають до або під час їжі, запиваючи невеликою кількістю рідини.
* Курс лікування жовчогінними препаратами повинен становити 10-20 днів.
* Особам, що приймають гепатопротектори та жовчогінні препарати, протипоказано вживання алкогольних напоїв.
* При проведенні курсу лікування гепатопротекторами і жовчогінними засобами слід виключити смажену, гостру, жирну їжу. У раціон харчування повинні входити страви з багатим вмістом харчових волокон, вітамінів.
* Пацієнти, які приймають гепатопротектори та жовчогінні препарати, повинні випивати за день 1,0-1,5 л рідини, причому основний її обсяг в першій половині дня.
* Для оптимального жовчовиділення, па тлі застосування гепатопротекторів та жовчогінних засобів пацієнтам рекомендується після прийому їжі 30-40 хвилин перебувати в горизонтальному положенні.
* Прийом препаратів, що впливають на вироблення і секрецію жовчі, слід припинити при появі утруднення її відтоку (шкірний свербіж, жовтуха).
* Жовчогінні препарати, що містять компоненти жовчі, не рекомендується приймати при схильності до діареї і при синдромі «подразненої товстої кишки».
* При передозуванні рослинних холеретиків можливо послаблення стулу. В такому випадку знижують дозу або відміняють препарат. При необхідності призначають симптоматичне лікування антидіарейні препаратами.
* У період після зникнення симптомів загострення дискінезії жовчовивідних шляхів для поліпшення відтоку жовчі показаний прийом холеретиків.
* Не слід поєднувати прийом жовчогінних засобів і препаратів з відомою гепатотоксичностью (антибіотики, сульфаніламіди, НПЗП та ін), це створює додаткове навантаження на печінку і може посилити її патологію.
* Після закінчення курсу лікування препаратами з відомою гепатотоксичністю показано вживання жовчогінних засобів для поліпшення виведення з організму лікарських метаболітів.
* Слід враховувати, що більшість поліферментних препаратів, що призначаються в комплексній терапії захворювань травної системи, мають у своєму складі компоненти жовчі і надають жовчогінну дію.
* Прийом жовчогінних препаратів доцільно поєднувати з седативними засобами рослинного походження для усунення емоційного збудження, підвищеної тривожності, дратівливості, занепокоєння.
* Екстракт кукурудзяних рилець має здатність збільшувати рівень протромбіну і тим самим підвищувати згортання крові. Він протипоказаний хворим з тромбофлебітом і при станах гіперкоагуляції, а в інших випадках потрібно контроль за згортанням крові.
* Жовчогінні препарати, що містять артишок, мають діуретичний і послаблюючий ефекти.
* Сульфат магнію, застосовуваний з жовчогінною метою, надає послаблюючий ефект. Використання сульфату магнію як проносного засобу протипоказано у перші дні після нападу печінкової кольки.

**Практичне завдання**

1. Заповнити таблицю «Симптоми порушення функції ЖКТ»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування | Коротка характеристика | Причини виникнення |
| Печія |  |  |
| Діарея |  |  |
| Запор |  |  |
| Метеоризм |  |  |
| Функціональна диспепсія |  |  |
| Дисбіоз |  |  |
| Захворювань печінки та жовчовивідних шляхів |  |  |

2. Заповнити таблицю «Загрозливі» симптоми при захворюваннях ШКТ:

|  |  |
| --- | --- |
| Простудні захворювання | «Загрозливі» симптоми |
| Печія |  |
| Діарея |  |
| Запор |  |
| Метеоризм |  |
| Функціональна диспепсія |  |
| Дисбіоз |  |
| Захворювань печінки та жовчовивідних шляхів |  |

3. Заповнити таблицю «Безрецептурні препарати для симптоматичного лікування запорів»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
| Контактні проносні:  препарати, що містять антраглікозиди |  |  |
| препарати – похідні дифенілметану |  |  |
| осмотичні проносні засоби |  |  |
| синтетичні препарати інших груп (натрію пікосульфат) |  |  |
| осмотичні проносні засоби, касторове масло |  |  |
| Засоби - «наповнювачі» |  |  |
| Засоби -, що розм'якшують калові маси. |  |  |

4. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛС для лікування діареї»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
| Препарати для пероральної регідратації |  |  |
| Ентеросорбенти |  |  |
| Антиперистальтичні ЛС |  |  |
| Ферментні препарати |  |  |
| Пробіотики |  |  |
| Засобу рослинного походження |  |  |
| Препарати інших фармакологічних груп (смекта, спазмолітики) |  |  |

5. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛС для лікування метеоризму»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
| Ентеросорбенти |  |  |
| Силікони |  |  |
| Ферментні препарати |  |  |
| Вітрогонні рослинні препарати |  |  |
| Пробіотики |  |  |
| Домперідон |  |  |

6. Заповнити таблицю «Безрецептурні препарати для симптоматичного лікування дисбіозу»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |
|  |
|  |
|  |

7. Заповнити таблицю «Безрецептурні препарати для симптоматичного лікування функціональної диспепсії»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |
|  |
|  |

8. Заповнити таблицю «Безрецептурні препарати для симптоматичного лікування захворювань печінки та жовчовивідних шляхів»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
| Гепатотропні препарати |  |  |
| Комплексні препарати на основі сілімарину |  |  |
| Різні гепатотропні препарати |  |  |
| Жовчогінні засоби |  |  |

1. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурного лікарського препарату для симптоматичного лікування печії, запору, діареї, метеоризму.
2. Виберіть і здійсните відпустку лікарського препарату для усунення запору.

А. Жінці 43 років, бухгалтерові.

Б. Чоловікові 57 років, який страждає гемороєм.

В. Жінці 82 років, яка тривалий час приймає антиангінальні та антигіпертензивні засоби.

Для цього виконаєте такі завдання:

1. Дайте коротке визначення поняттю "запор".

2. Приведіть алгоритм співбесіди провізора із хворим з акцентом на елементах фармацевтичної опіки, використовуючи наведені ключові питання (так/немає):

- Ви завжди страждаєте запором?

- Коли вперше Ви помітили прояви запору?

- Чи помітили Ви, що поряд із запором дефекація стала болючою?

- Які ще симптоми (біль у животі, гурчання, печія) Ви відчуваєте?

- чи вживаєте Ви які-небудь лікарські препарати в цей час?

- Чи е у Вас які-небудь захворювання шлунково-кишкового тракту?

- чи пов'язана Ваша робота із тривалим сидінням?

3. Назвіть лікарські засоби для усунення запору. До яких фармакологічних груп вони належать?

4. Дайте рекомендації хворому щодо умов раціонального застосування вибраного Вами препарату (режим дозування, взаємодія з їжею, алкоголем, іншими ліками).

5. Які фітопрепарати екстемпорального виготовлення слід призначити хворому? Проконсультуйте його щодо технології виготовлення тавикористання вибраного фітопрепарату.

**7. Пример виконання практичного завдання.**

1. Заповнити таблицю «Симптоми порушення функції ЖКТ»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування | Коротка характеристика | Причини виникнення |
| Печія | відчуття печіння в епігастральній області та за грудиною, що супроводжується кислим смаком у роті. | хронічний хелікобактер-асоційований гастрит типу В);  виразка шлунка та/або дванадцятипалої кишки;  хронічний холецистит;  шлунково-стравохідний рефлюкс.  нераціональне харчування: переїдання; зловживання здобною й жирною, а також гострою й пряною їжею;  споживання великої кількості насолод і продуктів, що містять кофеїн (кава, чай, шоколад);  швидке приймання їжі «на ходу», у стресовій обстановці  індивідуальна підвищена чутливість до харчових продуктів цитрусові, лук, часник продукти томатів (соки, пасти, соуси);  перша половина вагітності;  прийом лікарських препаратів (НПВП, стероїдних гормонів холіноміметиків та ін.). |
| Діарея |  |  |
| Запор |  |  |
| Метеоризм |  |  |
| Функціональна диспепсія |  |  |
| Дисбіоз |  |  |
| Захворювань печінки та жовчовивідних шляхів |  |  |

**8. Контроль знань:**

1. Хворий В., 42р., перед проведенням оперативного втручання з приводу видалення жовчного міхура, тривожний, збуджений, відмовляється від буд-якого лікування. З метою корекції психоемоційного стану показана атарактанальгезія. Що є препаратом вибору?

А. Сибазон;

В. Каліпсол.

С. Фентаніл;

D. Тіопентал;

Е. Аміназин

2. Хворий Б., 35 років хворіє на виразкову хворобу асоційовану з Helicobacter pylori. Лікар призначив амоксицилін, омепразол, вентер, маалокс, квамател. Вкажіть який із перерахованих лікарських засобів володіє антимікробною дією?

А. Амоксицилін;

В. Вентер;

С. Маалокс;

D. Омепразол;

Е. Квамател

3. До аптеки звернулася жінка з проханням порадити препарат для усунення здуття й «буркотіння» у животі після їжі. Провізор порадив препарат. Що ще мав зробити провізор у рамках фармацевтичної опіки?

А. Рекомендувати як правильно приймати препарат.

В. Рекомендувати негайно звернутися до лікаря.

С. Запросити навідатися до аптеки наступного дня й розповісти про ефективність засобу.

D. Рекомендувати декілька лікарських засобів.

Е. Вимогти принести амбулаторну картку.

4. У хворого П., 36 років, якій страждає на хронічний панкреатит, після порушення дієти з’явилися скарги, які дозволили лікарю встановити загострення захворювання. Які симптоми дозволили лікарю визначити діагноз?

А. Нудота, проніс та опоясуючий біль в верхній половині живота.

B. Нудота, блювота та біль у правому підребер'ї.

C. Лихоманка 38 С, нудота, закріп.

D. Гіркота у роті вранці, нудота, біль у попереку.

E. Погіршення апетиту, «голодні» болі у епігастрії.

5. Хворий Ж., 68 років звернувся до аптеки з проханням порадити засіб від запору. Провізор з’ясував, що у хворого є ХСН, хронічний геморой. Який препарат доцільно порадити хворому?

А. Норгалакс.

B. Форлакс.

C. Карловарська сіль.

D. Сенаде.

E. Англійська сіль.

6. До Вас в аптеку звернулася жінка із скаргами, що препарат який вона раніше приймала при запорах перестав діяти. Провізор встановив, що жінка вживала препарат протягом півроку майже щодня. Який препарат знижує свій ефект при такому режимі прийому?

А. Препарати сенни.

B. Препарати крушини.

C. Бісакоділ.

D. Гуталакс.

E. Магнія сульфат.

7. До аптеки звернувся хворий, якого турбує метеоризм, діарея, яки виникли внаслідок вживання деяких страв, з проханням пояснити як приймати активоване вугілля. Який режим прийом цього засобу найбільш доцільний?

A. 1-2 г двічі на добу.

B. 2 -4 г 3-4 рази на добу.

C. 2-3 г тричі на добу.

D. 1 г одноразово.

E. 4 г одноразово.

8. До аптеки звернувся молодий чоловік з проханням порадити зручний препарат для лікування електролітної недостатності, яка виникла внаслідок діареї. Який препарат можна рекомендувати відвідувачу?

A. Регидрон.

B. Трисоль.

C. Реополіглюкін.

D. Гемодез.

E. Поліглюкін.

9. У хворої Л., 36 років встановлено виразкову хворобу 12-палої кишки, асоційовану з хелікобактерною інфекцією. Який напрямок фармакотерапії повинен бути здійснений даному випадку?

А. Профілактичний.

B. Замісний.

C. Етіотропний.

D. Патогенетичний.

E. Симптоматичний.

10. Хворій Д., 65 років лікар порадив прийом антациду у зв’язку із загостренням хронічного гастриту. Провізор з’ясував, що хвору турбують запори. Який препарат доцільно рекомендувати цій хворій?

А. Маалокс.

B. Альмагель.

C. Тальцид.

D. Контрацид.

E. Алюмаг.

11. Хворий Т., 67 років який страждає на ІХС та ХСН, внаслідок харчової токсикоінфекції має діарею протягом 3 діб. Лікар не порадив прийом антидіарейних засобів. Хворого почали турбувати болі у ділянці серця й неритмічна його діяльність. З чим можна зв’язати появу цих симптомів?

А. Звичайне явище при харчовій токсикоінфекції.

B. Прогресування ХСН.

C. Нестабільна стенокардія.

D. Розвинення гіпокаліемії внаслідок діареї.

E. Відсутність лікування протидіарейними препаратами.

12 Хворому Т., 33 років з приводу загострення хронічного гастриту призначено ланзопразол. Який механізм дії цього препарату?

А. Інгибиція протонового насосу.

B. Блокада Н1-рецепторів.

C. Блокада Н2-рецепторів.

D. Інгибиція фосфодіестерази.

Е. Пригнічення ЦОГ2.

13 Хворому Б., який раніше завжди приймав антациди при загостренні виразкової хвороби шлунку, призначена комплексна терапія. Лікар попередив хворого, що не можна приймати разом з антацидами деякий препарат, який він призначив, тому що вони несумісні. Який препарат мав на увазі лікар?

A. Альмагель А.

B. Фамотидін.

C. Де-нол.

D. Кларитроміцин.

E. Трихопол.

14. Хворий Р., 42, який страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки із значним больовим синдромом та печією, звернувся до аптеки із проханням порадити препарат, який зменшив би ці симптоми. Який препарат доцільно порадити цьому хворому?

A. Маалокс.

B. Альмагель А.

C. Контрацид.

D. Ренні.

E. Фосфалюгель.

15. Хворій Б., 48 років, яка страждає на хронічний холецистопанкреатіт з вторинним гепатитом, лікар призначив комплексне лікування, до якого залучено гептрал. До якої групи належить цей препарат?

А. Холекінетики.

B. Холеретики.

C. Гепатопротекори.

D. Інгібітори протонового насосу.

E. Ферментні препарати.

16 Хвора Т., звернулася до аптеки з проханням відпустити антацидний препарат для зменшення печії. Провізор узнав з анамнезу, що у хворої цукровий діабет. Який препарат доцільно рекомендувати хворій?

A. Алюмаг.

B. Гастал.

C. Контрацид.

D. Фосфалюгель.

E. Маалокс.

17. Хвора Л., 68 років з приводу печії тривалий час приймає антациди, які містять солі алюмінія. Лікар сказав, що це небезпечно для розвинення побічних реакцій. Що мав на увазі лікар?

A. Прогресування атеросклеротичних процесів.

B. Холестаз.

C. Каменеутворення у нирках.

D. Появу м’язових болей.

E. Розвинення остеопрозу.

18. Хворий Т., 34 років звернувся до аптеки з проханням відпустити препарат Октреотид з приводу діареї. Провізор після опитування хворого відмовив. Яка причина дії провізора?

A. Низька ціна препарату.

B. Препарат може бути призначений тільки лікарем.

C. Багато побічних дій препарату.

D. Вік хворого.

E. Стать хворого.

19. У хворої П., 25 виникли підвищення температури тіла до 37,7-38 С, нудота, блювота, біль у епігастрію, пронос із світлим калом й темний колір сечі, які вона зв’язала з загостренням хронічного холециститу після вживання жирної страви. Хвора звернулася до аптеки з проханням відпустити холензим і фестал, які раніше допомагали. Але провізор після погляду на хвору порадив негайно звернутися до лікаря. Який симптом провізор встановив як погрозливий?

А. Світлий кал та темна сеча.

B. Температура тіла 37,7-38 С.

C. Біль у епігастрію.

D. Блювота.

E. Нудота.

.

**ТЕМА 3.**

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОРУШЕНЬ ДІЯЛЬНОСТІ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.**

Цілі навчання: засвоїти визначення, мету та завдання фармацевтичної опіки при відпуску безрецептурних ЛЗ для симптоматичного лікування порушень діяльності нервової системи, вміти визначати тип побічної дії ЛЗ; фармацевтичні фактори, що визначають терапевтичну ефективність безрецептурних ЛЗ ліків (допоміжні речовини, лікарські форми, шлях уведення ліків, хімічна природа лікарської речовини та ін.), які використовуються для симптоматичного лікування порушень діяльності нервової системи;

Перелік навиків: знати основні симптоми порушень діяльності нервової системи (тривожні стани, астенія, інсомнія), які можна лікувати безрецептурними ЛЗ в межах відповідального самолікування. «Загрозливі» симптоми порушень діяльності нервової системи, при яких необхідне втручання лікаря (алгоритм вибору хворих для обов'язкового направлення до лікаря).

Напрямки та засоби симптоматичної лікарської терапії тривожних станів, астенії, інсомнії.

Сучасні лікарські форми для лікування порушень діяльності нервової системи та особливості їх використання. Взаємодія безрецептурних ЛЗ, які застосовуються для симптоматичного лікування порушень діяльності нервової системи, з їжею, алкоголем; особливості їх використання в різні вікові періоди; вимоги до зберігання ЛЗ в домашніх умовах. Критерії ефективності терапії безрецептурними ЛЗ, які використовуються для симптоматичного лікування порушень діяльності нервової системи.

Немедикаментозні методи усунення симптомів порушень діяльності нервової системи.

Складати алгоритми:

1. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з тривожними станами;
2. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з астенічним синдромом;
3. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта зінсомнією;
4. надання провізором належної інформації про безрецептурний ЛЗ для лікування порушень діяльності нервової системи під час здійснення фармацевтичної опіки відвідувачів аптек/пацієнтів.

**Тривожні стани**

***Неспокій, хвилювання, тривожний стан***- це нав'язливе відчуття очікування чогось Неприємного, невизначеною загрози, що насувається.На відміну від страху тривога не має певного джерела, це «страх невідомо чого».Психологи розрізняють тривогу як стан і тривожність як рису особистості.Тривога як стан властива всім нам.Певний рівень тривоги необхідний для мобілізації емоційних, інтелектуальних і вольових ресурсів людини.Цей оптимум тривоги у кожного свій і залежить від індивідуальних властивостей людини.Зберігающийсятривалий час тривожний стан супроводжується пригніченістю настрою, втратою інтересу до улюбленого роду занять, агресивністю по відношенню до оточуючих.Частим супутником тривожних станів є головний біль, серцебиття, погіршення апетиту, розлад сну, які суттєво впливають на якість життя.Без відповідної медикаментозної та / або немедикаментозної корекції тривожний стан може стати першим передвісником Неврозу, тому слід використовувати всі наявні можливості для його лікування.

**Найбільш поширені причини тривожних станів**

Частіше над усе в основі цих розладів лежать виробничі або побутові проблеми, які викликають тривогу або супроводжуються невизначеністю: стан здоров'я рідних і близьких; неприємності на роботі або в сім'ї, очікування рішення життєво важливих проблем, очікування важливих подій (іспити, зміна сімейного статусу, зміна місця роботи та ін.)

В ряді випадків стан підвищеної тривожності є проявом одного з соматичних захворювань.Серед таких захворювань найчастіше зустрічаються:

* підвищена активність щитовидної залози (тиреотоксикоз);
* стенокардія (порушення кровообігу в коронарних судинах);
* пониження рівня глюкози в крові (гіпоглікемія);
* синдром абстиненції - утримання від нікотину, алкоголю, снодійних препаратів, наркотичних засобів;
* побічна дія лікарських препаратів.

Підвищена тривожність може бути симптомом серйозного психічного захворювання - шизофренії, маніакально-депресивного психозу.

**Найбільш поширені причини тривожних станів у дітей**

У дітей причиною виникнення тривоги майже завжди є внутрішній конфлікт, незгода з самим собою.При цьому підвищена тривожність може проявлятися неспокійним, дратівливим поведінкою, грубістю по відношенню до оточуючих або навпаки - повною апатією, байдужістю, відмовою від будь-яких прагнень.Важливо, щоб тривожність не стала особистісної рисою дитини.Такі люди постійно не впевнені в собі і своїх рішеннях, весь час чекають неприємностей, емоційно нестійкі, недовірливі, недовірливі, капризні і дратівливі.А це вже провісники розвивається неврозу.Розвитку патологічної тривожності у дітей сприяють:

* емоційна холодність з боку близьких;
* завищені вимоги з боку дорослих, що не відповідають можливостям і прагненням дитини;
* суперечливі вимоги до дитини, які виходять від різних осіб (наприклад, мама забороняє те, що дозволяє бабуся).

Хоча практика показує, що у дітей часто цілком можна обійтися без медикаментозної корекції тривожних станів, більшість батьків довіряють лікам.

Лікарські засоби, прийом яких найбільш часто може супроводжуватися підвищеною тривожністю, емоційною збудливістю:

* симпатоміметики (у тому числі препарати для лікування бронхіальної астми, судинозвужувальні препарати для лікування риніту, комплексні засоби для купірування симптомів застуди);
* препарати гормонів щитовидної залози;
* загальнотонізуючі засоби (настоянка женьшеню, лимонника та ін) - при передозуванні;
* препарати, що містять кофеїн, при тривалому застосуванні або прийомі великих доз.

***«Загрозливі»симптоми***при підвищеній тривожності. При виникненні підвищеної тривожності на тлі якої складної життєвої ситуації дуже важливо не пропустити серйозне захворювання, яке може супроводжуватися симптомом тривоги.Ознаками такого захворювання можуть бути:

* біль у грудях, який віддає в руку, шию, щелепу (особливо в ліву половину тіла);
* нерівномірне або прискорене серцебиття;
* задишка, прискорене або утруднене дихання; високий артеріальний тиск;
* тривога супроводжується нудотою, блювотою, розладом, втратою ваги;
* тривога супроводжується відчуттям жару, пітливістю сухістю в роті;
* тривога виникає натщесерце або після фізичного навантаження (нерідко відзначається при цукровому діабеті);
* тривога з'являється на фоні прийому якого лікарського препарату або його скасування;
* тривога супроводжується панічними настроями, страхами.

**Напрямки лікування пацієнтів з синдромом підвищеної тривожності**

Постійна тривожність і пов'язані з нею негативні емоції можуть значною мірою відбиватися на здоров'я.Лікування тривожного симптому поєднує вплив на фізичний, розумовий і емоційний стан.У першу чергу пацієнту слід проаналізувати ситуацію, що склалася і знайти джерело тривоги.Надзвичайно корисно навчання простим методам розслаблення (релаксації), одним з найпростіших є глибоке спокійне дихання, має значення, збалансоване регулярне харчування і повноцінний сон 7-8 годин на добу.

При прояві тривожності у дитини треба підвищувати його самооцінку, хвалити якомога частіше, не скупитися на прояви любові, надати йому повну свободу для ініціативи.

У більшості випадків зазначених заходів в поєднанні із застосуванням безрецептурних препаратів седативного дії виявляється достатньо.

У складніших випадках необхідно звертатися до лікаря.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при стресі**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Чи наявні на фоні стресу загострення хронічних захворювань: бронхіальна астма, хронічний гастрит, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, серцево-судинні захворювання, гіпертонічна хвороба тощо. | так | Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування |
| ні | Продовжити опитування для виявлення симптомів, спричинених стресом і надання рекомендацій |
| 2 | Чи наявні наступні симптоми:   * втома, млявість * роздратованість * зниження концентрації уваги * безсоння * депресія, апатія * агресивність | так | Для призначення симптоматичного лікування необхідно виявити, що спричиняє ці симптоми |
| ні | Необхідно звернутись до лікаря для уточнення діагнозу |
| 3 | Чи з’явились ці симптоми після:   * нервово-емоційного перевантаження (страх, сильне нервове потрясіння, дефіцит часу, складності у взаємовідносинах в сім’ї, на роботі) * фізичного навантаження * недотримання режиму праці і відпочинку (порушення режиму сну, незбалансоване харчування, часта зміна часових поясів тощо) | так | * Необхідно зменшити, по можливості, вплив стресових факторів; * для зменшення проявів наявних симптомів призначити безрецептурні препарати відповідної дії – седативні, снодійні, анксиолітики, антидепресанти (рослинного походження); * надати рекомендації щодо способів подолання стресу |
| ні | Необхідно звернутись до лікаря для уточнення діагнозу |
| 4 | Чи має місце прийом лікарських засобів:   * симпатоміметики (препарати для лікування бронхіальної астми, риніту) * гормони щитовидної залози * препарати, що містять кофеїн   загальнотонізуючі засоби або має місце синдром відміни снодійних, транквілізаторів, нікотину, алкоголю | так | Необхідно звернутись до лікаря, оскільки стан пацієнта може бути пов’язаний з прийманням / відміною лікарських засобів |

**Лікарські препарати, що використовуються при підвищеної тривожності, та умови їх раціонального застосування**

Для симптоматичного лікування підвищеної тривожності широко використовуються рослинні препарати.Багато людей з тривожними станами, підвищеною емоційною збудливістю воліють застосовувати саме їх для лікування.У разі слабо виражених симптомів це може бути цілком виправдане.Існує думка, що комплекс активних речовин рослин, що сформувався в живій клітині, має більшу спорідненість з людським організмом, ніж ізольоване хімічно чисте діюча речовина, легше асимілюється і дає менше побічних ефектів.

Складність застосування фітопрепаратів полягає в тому, що в кожному з рослин міститься цілий ряд біологічно активних речовин, що володіють різносторонньою активністю.У зв'язку з цим досить важливе значення має правильний вибір і застосування, як окремих лікарських рослин, так і спеціальних лікарських зборів, що містять в ряді випадків до 15-20 лікарських рослин.Особливо важливим є суворий облік можливих побічних ефектів, які можуть зустрічатися у рослинних препаратів так само часто, як і при застосуванні синтетичних речовин.

***Валеріана лікарська.***Препарати на її основі (настої, настойки, екстракти, а також мікстури в комбінації з іншими комплексними засобами) зменшують збудливість ЦНС, внаслідок чого їх широко використовують як седативних засобів.Доведено, що препарати валеріани знижують рефлекторну збудливість в центральних відділах нервової системи та посилюють гальмівні процеси в нейронах коркових і підкіркових структур головного мозку.

Заспокійлива дія валеріани особливо виразно виявляється при нервовому збудженні.

Препарати валеріани протипоказані при індивідуальній нестерпності.

***Пустирник.***Препарати пустирника - настої, настоянки і екстракти - використовують при підвищеній збудливості, неврастенії і неврозах, як у дорослих, так і у дітей і підлітків.Препарати пустирника мають заспокійливу дію на центральну нервову систему, уповільнюють ритм серця, збільшують силу серцевих скорочень і знижують артеріальний тиск.Вважається, що седативний ефект настоянки собачої кропиви в 2-3 рази сильніше, ніж настойки валеріани.

Надаючи седативну дію, препарати пустирника у всіх лікарських формах не порушують процесу засвоєння і відтворення інформації, не змінюють адекватної **поведінки,** не викликають зниження м'язового тонусу (міорелаксації) і порушення координації рухів.

Препарати протипоказані при індивідуальній нестерпності.

***Пасифлора.***Діє як заспокійливий засіб, її ефект сильніший впливу бромидов і при цьому не викликає неприємного важкого самопочуття після пробудження.Пассифлора прекрасно знімає нервове збудження, пов'язане зі скасуванням алкоголю і наркотичних препаратів.

Препарати пасифлори протипоказані при стенокардії, вираженому атеросклерозі.

***Півонія.***Надає заспокійливу дію на ЦНС, добре знімає підвищене збудження, відчуття тривоги, наслідки стресу, сприяє відновленню сил під час сну.

Показаний при порушеннях судинного тонусу (вегетосудинної дистонії), безсонні невротичного характеру, клімактеричних неврозах.Протипоказаний при індивідуальній нестерпності.

***М'ята.***М'ята перцева містить ментол, що володіє вираженою здатністю розширювати судини серця і головного мозку (рефлекторна дія), а також діяти заспокійливо при неврозах, безсонні, підвищеній збудливості.Поряд із заспокійливими м'ята перцева володіє також жовчогінні і спазмолітичні властивості.Подібним ефектом володіє також м'ята лимонна (меліса).

М'ята - обов'язковий компонент для виробництва таких препаратів, як Валідол, краплі Зеленіна.

Препарати протипоказані при індивідуальній нестерпності.

***Глід.***Препарати глоду знижують збудливість центральної нервової системи (не надаючи при цьому загального гнітючої дії), тонизиючу впливають на серцевий м'яз, посилюють кровообіг у судинах серця і мозку, зменшують явища тахікардії та аритмії, знімають неприємні відчуття в області серця, покращують сон і загальний стан хворих.Показані при вегетоневрозах з ознаками розладу кровообігу, тахікардії, підвищеному артеріальному тиску, атеросклерозі судин, безсонні, при підвищеній функції щитовидної залози, клімактеричних розладах.

Настоянка з квіток глоду ефективніше, ніж препарати з плодів глоду.

***Хміль звичайний.***Цінність цього трав'янистої багаторічної рослини не обмежується його використанням як сировини для пивоварної промисловості.Нейротропну дію препаратів з шишок хмелю пов'язують з наявністю в них лупуліна, надає заспокійливу дію на ЦІС.У педіатрії він може застосовуватися по 3-15 крапель 3 рази на день (до їжі з невеликою кількістю рідини) залежно від віку та симптомів.

Масло хмелю (поряд з іншими компонентами) входить до складу препаратів Валокордин, Корвалдин.

***Броміди.***Основна дія солей брому (бромідів) пов'язують з посиленням процесів гальмування в корі головного мозку.Ефект бромідів значною мірою залежить від типу нервової системи та її функціонального стану.У людей з сильним типом вищої нервової діяльності для отримання однакового ефекту необхідні великі дози, ніж у людей із слабким типом.Найбільш виразно дію бромідів проявляється при вираженій емоційній лабільності, неврозах.

Солі брому виводяться з організму протягом тривалого часу - зниження вмісту брому в крові на 50% відбувається протягом 12 днів, а сліди брому виявляються в крові через місяць і більше.

У зв'язку з повільним виведенням з організму броміди кумулюються і можуть з'явитися причиною хронічного отруєння - бромізму.Явища бромізму проявляються загальною загальмованістю, апатією, порушенням пам'яті.У зв'язку з подразнюють брому на слизові.Одним з ранніх проявів бромізму можуть бути симптоми, що нагадують простудне захворювання: риніт, кон'юнктивіт, кашель, а також пронос, шкірні висипання.

Солі брому (натрію бромід і калію бромід) входять до складу дуже багатьох комплексних заспокійливих препаратів (Адоніс-бром, Валокормід).

***Гомеопатичні засоби.***В останні роки все більша увага приділяється гомеопатії.З безрецептурних гомеопатичних засобів при підвищеної тривожності, стресах, безсонні, підвищеній дратівливості найчастіше використовують Сноверин-ARN, Нервохеель та ін

Препарати не викликають денної сонливості, порушень координації рухів, звикання.

При використанні гомеопатичних засобів слід пам'ятати, що вони сумісні з іншими лікарськими засобами.Однак застосування фітопрепаратів (особливо м'яти), куріння, прийом алкоголю послаблюють їх терапевтичну дію.

***Транквілізатори.***Транквілізатори, або анксиолітики (діазепам, нітразепам, тазепам тощо), мають більш вираженою дією на ЦНС, ніж рослинні препарати і броміди.Вони зменшують внутрішнє напруження, усувають почуття занепокоєння, тривоги, страху.Зменшуючи емоційну напругу, сприяють настанню сну.

У зв'язку з тим, що до даних препаратів можливе звикання, розвиток психічної залежності, вони призначаються лікарем і відпускаються строго за рецептами, виписаними на спеціальних бланках.

При помірно виражених порушеннях можливе застосування денного транквілізатора мебікар, дозволеного до відпуску без рецепта, який має помірну транквилізуючою активністю.Снодійним ефектом не володіє, але посилює дію снодійних засобів і поліпшує перебіг сну, якщо він порушений.Застосовують Мебікар при неврозах і неврозоподібних станах, що протікають з явищами дратівливості, емоційної збудливості, тривоги, страху.

**Фармацевтична опіка при застосуванні седативних препаратів**

* Застосування спиртовмісних настоянок в ряді випадків (діти раннього віку, вагітні, особи відвикати від алкогольної залежності, тощо) недоцільно спирт може викликати як зміни в ефективності діючих речовин, так і реакції на нього пацієнта
* Всі седативні препарати посилюють дію снодійних і можуть самі надавати снодійний ефект при прийомі великих доз.
* Прийом седативних препаратів перед сном сприяє засипати при безсонні.
* Седативні препарати можуть посилювати дію анальгетиків, особливо у осіб з підвищеною емоційною збудливістю
* Найкращий ефект седативні препарати виявляють при тривалому систематичному застосуванні (2-3 тижні і більше).
* Настій лікарських рослин слід зберігати в темному прохолодному місці.
* Адонісбром починає діяти через 2-4 години. Під час прийому адонісброму слід зменшити споживання кухонної солі.
* Під час прийому адонісброму слід дотримуватися дієти, багату калієм: картопля "в мундирі, курага, родзинки та ін».
* Адонісбром і бромкамфора поряд з седативною дією покращують серцеву діяльність, Тому особливо показані особам із захворюваннями серцево-судинної систем
* Бромкамфору слід приймати після їжі, при прийомі натщесерце вона може викликати болі в шлунку.
* Солі брому повільно виводяться з організму, можуть кумуліровать і викликати явища бромізму
* При перших проявах бромізму прийом препаратів слід негайно припинити! Антидотом є хлорид натрію.
* Препарати валеріани мають жовчогінну дію, стимулюють секрецію залоз шлунково-кишкового тракту.
* При лікуванні дітей раннього віку частіше використовують настої кореня валеріани.
* Дітям призначають рідкі препарати валеріани - стільки крапель на один прийом, скільки років дитині.
* Таблетки екстракту валеріани більш зручні в застосуванні, але настоянка надає більш виражений ефект.
* Екстракт пустирника протипоказаний при вагітності.
* При прийомі Ново-Пасситу, транквілізаторів, снодійних засобів слід утримуватися від видів діяльності, що вимагають концентрації уваги (водіння автомобіля і т. п.).

Рекомендації провізора по симптоматичному лікуванню тривожних станів можуть значно поліпшити самопочуття пацієнтів, підвищити якість їхнього життя.

**ІІІ. Інсомнії**

Безсоння - це розлад сну, яке характеризується нездатністю заснути протягом значного періоду часу. Але порушення сну не вичерпуються лише даною проблемою. Точним визначенням такої патології в цілому є поняття недостатньої тривалості, якості і часу сну, яке призводить до сонливості в денний час, труднощів у концентрації уваги, порушення пам'яті, тривожної напруженості.

У різні вікові періоди людини нормальна тривалість сну різна. Якщо новонароджений може спати 20 годин на добу, а діти 2-4-х років - близько 16, то для 12-річних підлітків тривалість сну становить 10 годин, а для дорослої людини така тривалість варіюється від 6 до 9 годин.

Для правильної оцінки та адекватної корекції порушень сну необхідно визначити основні порушення сну. Їх ділять на такі групи:

* пресомнічні розлади (ускладнення засипання на тлі тривожних розладів і виникаючих страхів не заснути, чутливість до факторів середовища, міоклонії засинання, неможливість знайти зручну позу);
* ітрасомнічні розлади (нічні пробудження, труднощі засипання після них і відчуття недостатньо глибокого сну);
* постсомнічні розлади (раннє пробудження за межами поділу на «сов» і «жайворонків», погане самопочуття безпосередньо після сну і феномен «сонного сп'яніння», коли активне неспання настає повільно, знижується працездатність).

З фізіологічної точки зору нормальний сон складається, з двох, постійно змінюють один одного фаз - так званої фази «повільного сну» (повільнохвильової фази), яка триває від декількох хвилин до півгодини, і коротшою фази «швидкого сну» (швидкохвильової фази). Назви виникли в процесі вивчення електрофізіологічних показників мозку сплячої людини і характеризують частоту генерації імпульсів за даними ЕЕГ. Проблемою медикаментозної корекції сну є нерівномірний збереження обох фаз сну під дією снодійних препаратів. Найчастіше йдеться про недостатню тривалості «швидкого сну», що веде до різкого зниження ефективності відпочинку. Людина не відчуває достатньої релаксації і почуття вдпочинку, зберігається втома минулої доби. А це, в свою чергу, може давати додаткові порушення нервової діяльності, що слід обов'язково враховувати при призначенні таких ліків. Крім того, використання неселективних гіпнотиків пригнічує життєво важливі центри в ЦНС, що може бути основою різних ускладнень медикаментозного лікування діссомніі. В цьому зв'язку при фармацевтичній опіці діссомній особливе значення має усунення чинників (причин), що сприяють появі та розвитку діссомніі.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при безсонні**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Чи наявні у пацієнта один або декілька загрозливих симптомів | так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря |
| ні | Продовжити опитування |
| 2 | Чи має місце прийом деяких лікарських засобів:   * глюкокортикоїди; * тиреоїдині гормони; * симпатоміметики; * антиаритмічні; * гіполіпідемічнімічні; * адаптогени; * седативні; * вітаміни | так | Необхідно звернутись до лікаря для корекції лікування, оскільки безсоння може бути пов’язане з прийомом лікарських засобів |
| ні | Продовжити опитування |
| 3 | Чи наявні у пацієнта хронічні захворювання, при яких може виникати порушення сну:   * травного тракту; * психічні захворювання, особливо такі, що супроводжуються депресивними станами; * дихальної системи; * серцево-судинної системи; * ендокринної системи; * м’язів та суглобів; * інфекційні захворювання; * синдром обструктивних сонних апное; * ураження головного мозку внаслідок травми або енцефаліту; * період менопаузи у жінок; * період вагітності (особливо ІІІ триместр). | так | Для призначення лікування необхідно звернутись до лікаря;  для тимчасового полегшення стану призначити снодійні та седативні засоби |
| ні | Продовжити опитування |
| 4 | Чи мають місце фактори, які можуть сприяти виникненню порушень сну:   * стрес, емоційне перевантаження; * робота у нічну зміну; * швидка зміна часових поясів; * зловживання психоактивними речовинами (алкоголь, кофеїн, нікотин, психостимулятори, наркотики) * порушення гігієни сну (нерегулярний розпорядок сну, незадовільні умови сну, неправильне харчування, гіподинамія тощо) * старечий вік (після 60-70 років) | так | Пацієнту необхідно правильно організувати умови праці та відпочинку, змінити режим харчування, оскільки іноді цих заходів може бути достатньо для усунення порушень сну;  для тимчасового полегшення стану призначити снодійні та седативні засоби |
| ні | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря;  для тимчасового полегшення стану призначити снодійні та седативні засоби |

**Снодійні засоби (гіпнотики)** - це нейротропні препарати, що мають здатність відновлювати засинання, тривалість і глибину сну при його порушеннях.

Найбільш стародавнім засобом відновлення сну вважається алкоголь (етанол), що проявляється певними традиціями його використання у вигляді різного роду напоїв в багатьох культурах. Однак слід пам'ятати, що насправді він не може вважатися снодійним засобом з цілого ряду причин. Серед основних:

* прийом супроводжується раннім пробудженням внаслідок розвитку ефекту відміни при зменшенні концентрації в організмі протягом ночі;
* викликає розвиток алкогольної залежності та «похмільного синдрому»;
* посилює діурез, що саме по собі стимулює інсомнію у деяких пацієнтів;
* індукує мікросомальні ферменти печінки і несумісний з більшістю лікарських препаратів, що робить його використання протипоказаним у цілого ряду пацієнтів різних вікових груп і з супутніми захворюваннями.

Найбільш відомими в історичному плані гіпнотиками є барбітурати, введені в клінічну практику з 1903 року. Згідно видам інсомнії використовують препарати короткої (1-5 годин - гексобарбітал, тіопентал), середньої (5-8 годин - венілбітал, секобарбітал) і тривалої дії (більше 8 годин - амобарбітал, фенобарбітал, циклобарбитал, барбітал). Зараз на практиці використовуються в основному препарати короткої дії при проведенні комбінованого наркозу.

Істотні недоліки використання барбітуратів як снодійних засобів:

* невелика широта терапевтичної дії (збільшення дози в 10 разів веде до коми, смерті),
* змінюють структуру сну за рахунок зменшення в його складі бистроволнового фази,
* викликають часті і виражені постсомнічних порушення,
* характерний розвиток толерантності і залежності,
* при тривалому застосуванні можливий розвиток атаксії, ністагму, алергічних реакцій, дефіциту фолієвої кислоти, розвиток специфічного гепатоза.

**Бромідита бромуреіди** представляють наступну генерацію гіпнотиків. Типовими представниками є бромізовал, ацекарбомал і карбомал. Мають деякі позитивні характеристики (тривалість дії 5-7 годин, можливість застосування у дітей, відсутність впливу на структуру сну). Однак через здатність до кумуляції (Т1 / 2 = 12 днів) і частого розвитку шкірних запальних захворювань, кон'юнктивіту, агранулоцитозу і тромбоцитопенії не рекомендовані до застосування у Великобританії, США і низці інших розвинених країн.

Певну роль як снодійних засобів грали антигістамінні препарати, які використовуються в цій якості з 1946 року (дифенгідрамін, гидроксизин, доксиламін, прометазин). У той же час вони мають ряд серйозних недоліків (пригнічення швидковолнової фази сну, вираженою післядією у вигляді денної сонливості, головних болів) і побічних ефектів (сухість у роті, порушення акомодації, запори, затримка сечовипускання). Слід підкреслити їх несумісність з цілим рядом лікарських препаратів (антикоагулянти, гіпоглікемічнізасоби, стероїди, контрацептиви, трициклічні антидепресанти та ін), а також те, що їх прийом часто викликає залежність по алкогольному типу.

Не знайшли широкого розповсюдження хіназолони, введені в практику з 1958 року (метаквалон). Незважаючи на ряд позитивних моментів клініко-фармакологічної характеристики препаратів (не порушували структуру сну, володіли аналгетичну дію), в даний час вони мало вживані. ВООЗ віднесла метаквалон до сильних токсикоманічних препаратів.

Сумнозвісну популярність придбали піперідіндіони, використовувані на практиці з 1949 року (глютетімід, метіпрілон, талідомід), через широко відомої «талідомідної трагедії» на початку 60-х років XX століття. У той же час представники цієї групи гіпнотиків використовуються до теперішнього часу в складі комбінованих препаратів в психіатричній практиці.

Найбільше клінічне поширення в історичному плані отримали бензодіазепіни, що увійшли в практику з 1960 року. Це обумовило наявність на ринку широкого спектра цих препаратів: короткого (1-5 годин - триазолам, мідазолам, бротизолам), середнього (5-8 годин - темазепам, лорметазепам, лопразолам, флунитразепам) і тривалої дії (більше 8 годин - флуразепам, естазолам, нітразепам, діазепам). До позитивних особливостей цих гіпнотиків ставилося те, що вони в меншій мірі, ніж барбітурати змінювали структуру сну, набагато рідше викликали пристрасть і постсомнічні порушення. У той же час до їх типовим побічних ефектів належать антероградна амнезія, залежність і синдром відміни, а також нерідко відмічувана денна сонливість.

З 1987 року в практику увійшли снодійні засоби нового покоління, які в даний час представлені двома групами. Їх особливістю є вибірковість дії на гіпногенний омега-підтип рецепторів. Це забезпечує відсутність пригнічуючого впливу препаратів на тонус м'язів, що обумовлювало раніше всі найбільш серйозні побічні ефекти, пов'язані з використанням гіпнотиків. Перша з цих груп, циклопіролони (зопіклон), крім цього, покращує якість сну, зберігаючи його нормальну фазову структуру, може поліпшувати функцію дихання. Разом з тим застосування цих препаратів викликало металевий або гіркий присмак у роті, нудоту, підвищувало дратівливість і відчуття пригніченості, частішають алергічні реакції. Значною мірою ці проблеми вдалося вирішити застосуванням імідазопірідинів (зоЛЗідем), які, скорочуючи час засипання, збільшуючи загальний час сну, не змінюючи співвідношення фаз сну, забезпечують оптимальну працездатність. У достатній за тривалістю сні вони навіть збільшують представництво швидкохвильової фази.

**Найбільш часті причини інсомній та шляхи їх усунення:**

* денний сон або надмірно ранній відхід до сну - у багатьох культур було заборонено лягати раніше ніж сяде сонце;
* неправильне уявлення про те, скільки людина повинна спати щоночі - тривалість сну здорової людини може варіюватися залежно від погоди, сезону, ступеня втоми і т. п.
* якщо людина не відчуває себе втомленим протягом дня, то він досить спав напередодні вночі - такий підхід забезпечує найбільшу об'єктивність;
* освітлення та шум - тиша й темрява в приміщенні сприяють більш міцному сну;
* вживання шоколаду, кави, чаю або прохолодних напоїв менш ніж за вісім годин до відходу до сну - необхідно виключити з ужитку такі продукти після 18:00;
* прийом їжі з багатим вмістом вуглеводів перед сном сприяє синтезу серотоніну в мозку, що порушує процес засипання - якщо незручно лягати «на порожній шлунок», то варто з'їсти щось несолодке і в невеликій кількості;
* відсутність «ритуалу» перед відходом до сну - тепла ванна, цікава книга, легка прісна їжа, приємний відпочинок безпосередньо перед відходом до сну роблять позитивний вплив;
* надлишкова маса тіла - люди, що мають зайву вагу, часто погано сплять через періодів апное під час сну. У цьому випадку слід зробити відповідні заходи для схуднення (дієта, заняття спортом і т. п.).

Інсомнію можуть викликати цілий ряд медикаментозних засобів, у тому числі прийнятих у складі комбінованих препаратів. У першу чергу, це препарати-стимулятори ЦНС (бемегрид, нікетамід, сульфокамфокаін, стрихнін, етимізол, цитизін, кофеїн бензоат натрію, амфетаміну сульфат, мезокарб, фепросідінугідрохлорид), глюкокортикоїди (кортизон, гідрокортизон), тиреоїдні препарати (мерказоліл) і деякі інші.

При відсутності явних причин або відсутності можливості їх усунення можливо симптоматичне лікування порушень сну. В такому випадку приступають до наступного етапу опіки - вибору напрямку симптоматичного лікування пацієнта.

**Напрями симптоматичного лікування хворих з порушеннями сну**

**Немедикаментозні методи:**

1. усунення причини безсоння;
2. дотримання правил «гігієни сну»

**Медикаментозне лікування**

Основною групою препаратів безрецептурного відпуску для лікування епізодичній безсоння є седативні засоби, клініко-фармакологічна характеристика яких представлена в розділі «Тривожні стани».

В цей час кількість снодійних препаратів безрецептурного відпуску для лікування епізодичних порушень сну невелика.

**Доксиламін (Донорміл, Сондокс)** - блокатор Н1-рецепторів з вираженим седативним і М-холінолітичною дією. Володіє снодійним ефектом, скорочує час засинання, збільшує тривалість і покращує якість сну, не впливаючи на його фізіологічні фази. Побічні ефекти дуже рідкісні: сухість у роті, порушення акомодації. Сонливість у денний час вимагає зниження дози препарату. Алкоголь посилює седативну дію препарату. Протипоказаний при закритокутовій глаукомі, бронхіальній астмі, хронічної обструктивної хвороби легень, при порушеннях уродинаміки на тлі аденоми передміхурової залози, в осіб до 15 років. З обережністю застосовується при хронічній жовчнокам'яній хворобі.

**Мебікар (Адаптол, Транквілар)** - анксіолітичний засіб. Усуває порушення нічного сну, не проявляючи центральних або периферичних холінолітичних властивостей. Не має міорелаксуючого ефекту, не порушує координацію рухів. Побічними ефектами можуть бути артеріальна гіпотензія, слабкість, запаморочення, диспептичні явища, свербіж шкіри. Протипоказаний в I триместрі вагітності.

**Мелатонін** - нейрогормон шишкоподібної залози, що регулює цикл сон-неспання. Має протисудомну, антидепресивну, антинеопластичну, нейропротекторну, антиоксидантну та гонадотропну дію. В ряді випадків може викликати сонливість, що слід враховувати при роботі з механізмами. Відпускається за рецептом.

**Фармацевтична опіка при медикаментозному і немедикаментному лікуванні інсомній**

* Препарати (таблетки) приймають всередину, запиваючи достатньою кількістю (не менше ½ склянки) кип'яченої води. Таблетки слід приймати цілими, не розжовуючи. Неприпустимо їх розламування з метою поділу дози.
* Препарати необхідно запивати саме водою, оскільки соки, молоко та інші харчові продукти можуть порушувати їх лікарські властивості і істотно змінювати всмоктування, сприяють появі різних побічних ефектів.
* При появі описаних в інструкції з використання препарату побічних ефектів незначної інтенсивності дозу його, якщо не вказано інше, знижують. Якщо інтенсивність більш істотна або вжиті заходи профілактики неефективні, то прийом препарату необхідно припинити і звернутися за порадою до лікаря.
* Снодійні препарати слід приймати за 30-40 хв. до сну.
* Тривалість прийому безрецептурних снодійних препаратів не повинна перевищувати 7-10 днів.

Різні методи без використання ліків також відіграють істотну роль в лікуванні порушень сну. До таких належать наступні поради пацієнтам:

* Прийміть перед сном розслаблюючу ванну (з солями лаванди, хвої, квітів);
* Під час прийняття ванни масажуйте собі стопи, кисті рук, погладжуйте тіло, згадуючи про приємні моменти вашого життя;
* «Змийте» всі турботи поточного дня. Пам'ятайте, що душ тонізує, а тепла ванна розслабляє;
* Щоб відрегулювати сон, не переїдайте перед сном;
* Головні винуватці безсоння - це тютюн, алкоголь, кофеїн. Пам'ятайте, що дія кофеїну може тривати до 7 годин;
* Не вживайте на вечерю продукти, що володіють сечогінною дією (картопля, фрукти, овочі, кава, чай, какао);
* Оптимальна фізичне навантаження сприяє здоровому сну і кращий час для неї з 17:00 до 20:00 годин;
* Перед сном бажана півгодинна прогулянка. Це допомагає зняти накопичилася за день, позбавить від «прокручування» емоційних вражень в ліжку;
* Постарайтеся закінчити день без поспіху, суєти, хвилювань і переживань. Невирішені проблеми відкладіть на завтра. Пам'ятайте, що краще спиться не тільки з порожнім шлунком, але і з «порожньою» головою;
* Забезпечте тишу і спокій. В давнину у народів Азії та Близького Сходу вважалося великим гріхом розбудити людину;
* Подушка для сну повинна бути невелика, а постіль - рівна і жорстка;
* Лягаючи спати, не намагайтеся відразу у що б то не стало заснути. Занепокоєння з приводу безсоння шкодить набагато більше, ніж саме безсоння;
* Засипати потрібно в одному і тому ж положенні, краще на правому боці, зігнувши праву ногу в колінному і тазостегновому суглобі.
* Перед сном, лежачи на спині, розслабте все тіло і намітьте час пробудження, так як такий внутрішній «будильник» є істотним явищем здорового сну. Навчіться ним користуватися;
* Не лежіть у ліжку, якщо вже прокинулися. Якщо ви прокинулися вночі, то працюйте доти, поки не відчуєте сонливість;
* Привчайте до своєчасного сну дітей.

**ІV. Астенія (астенічний синдром)**

Підвищена стомлюваність, слабкість, млявість, апатія, пригнічений настрій є ознаками значного числа гострих і хронічних захворювань, симптоми яких досить виразні і можуть бути діагностовані при відповідному обстеженні лікарем. Нерідко саме ознаки загального нездужання стають першими симптомами захворювання, що розвивається (наприклад, вірусного гепатиту, залізодефіцитної анемії, неврастенії, нейроциркуляторної дистонії та ін.) При довгостроково зберігаються ознаках «безпричинної» втоми, слабкості пацієнт повинен обов'язково пройти обстеження у лікаря.

Водночас у значної кількості людей загальне нездужання (підвищена стомлюваність, слабкість, млявість, апатія) є основною скаргою. При ретельному лікарському обстеженні таких осіб виявити будь-яке захворювання, яке могло б бути причиною розвитку зазначених скарг, не вдається.

Втома, слабкість, зниження настрою і інтересу до навколишнього часто виникають в результаті перевтоми, супроводжують неправильного способу життя. Ці ознаки можуть бути проявами астенічного синдрому при різних захворюваннях, а також одним із проявів неврозу, зокрема однією з його форм - неврастенії.

**Астенія (астенічний синдром)** - симптомокомплекс, що характеризується станом загальної слабкості, підвищеної втомлюваності і вразливістю, нестійкістю настрою і відчуттями неминущого занепокоєння без достатньої мотивації, почуттям втоми і утрудненнями при виконанні навіть звичних видів роботи. Ознаки астенії наростають у міру збільшення тривалості будь-яких видів навантаження (зазвичай до вечора), а відпочинок і сон не приносять відчуття бадьорості і відновлення сил. Причинами астенії можуть бути захворювання нервової системи, порушення кровопостачання головного мозку, хвороби обміну речовин, перенесені інфекційні захворювання, вітамінна недостатність, хронічні захворювання внутрішніх органів, хронічні інтоксикації (в тому числі алкогольна).

**Фактори, що сприяють розвитку астенічного синдрому:**

* надмірні фізичні, психічні чи розумові навантаження;
* неправильне чергування роботи і відпочинку;
* робота в незадовільних (з точки зору гігієни) умовах;
* систематичне недосипання;
* адаптація до нових кліматичних умов;
* різка зміна способу життя (вихід на пенсію, розлучення та ін);
* надмірна вага;
* зловживання алкоголем;
* зловживання кавою, шоколадом;
* надмірно сувора дієта;
* недостатнє споживання рідини;
* тривалий вплив токсичних хімічних речовин;
* побічна дія лікарських препаратів.

**Лікарські засоби, прийом яких найбільш часто може супроводжуватися розвитком астенічного синдрому або депресивного стану**

Прийом цілого ряду лікарських препаратів, що впливають на центральну нервову та ендокринну системи, може сприяти розвитку пригнобленого настрою, сонливості, зниженню уваги, розумової та фізичної працездатності. Чаші всього зазначені явища відзначаються на тлі прийому (або після закінчення курсу лікування) препаратів наступних фармакологічних груп:

* антигіпертензивні засоби центральної дії (резерпін, клонідин, метилдопа);
* β-адреноблокатори;
* снодійні;
* седативні засоби;
* транквілізатори;
* нейролептики;
* антигістамінні препарати;
* глюкокортикостероїди (при системному застосуванні пероральних та/або ін'єкційних форм);
* гормональні оральні контрацептиви.

Симптоми загального нездужання дуже часто спостерігаються на тлі тих чи інших розладів нервової системи та/або внутрішніх органів (серце, судини, печінку та ін.) У всіх випадках, коли має місце поєднання симптомів загального нездужання і скарг з боку будь-яких внутрішніх органів, необхідно обстеження у лікаря для постановки точного діагнозу і з'ясування причини розвитку астенічного синдрому. Дуже важливо не пропустити яке-небудь серйозне захворювання внутрішніх органів, нервової системи або початкову стадію психічного захворювання при виникненні астенічного синдрому на тлі якої складної життєвої ситуації. Особливо важлива консультація фахівця в таких випадках:

* вагітність;
* клімактеричний період;
* несприятлива епідеміологічна обстановка (контакт з інфекційним хворим, підвищена захворюваність у зоні проживання і т. п.);
* втрата апетиту, різке зниження ваги;
* виражені перепади настрою;
* астенічний синдром в поєднанні з підвищеною тривожністю, порушеннями сну;
* розвиток ознак астенії після травми, особливо черепно-мозкових травм;
* довгостроково зберігаються ознаки астенії.

**Напрямки лікування пацієнтів з астенічним синдромом**

У випадку розвитку астенічного синдрому на тлі якого-небудь захворювання при правильній постановці діагнозу відповідне лікування основного захворювання, як правило, призводить до зникнення або істотного послаблення симптомів астенії.

Лікування астенії, викликаної хронічними перевантаженнями, обов'язково поєднує немедикаментозні і медикаментозні засоби.

Необхідною складовою частиною терапії є повноцінне харчування.

Пацієнтам з астенією перш за все слід звернути увагу на те, скільки вони сплять, скільки часу проводять перед телевізором, монітором комп'ютера, за читанням газет, журналів. Раціонально знизити кількість надходить інформації, але це не означає, що треба повністю ізолюватися. Не будуть зайвими помірні заняття спортом: плавання, біг та інші рухливі види спорту, бажано на свіжому повітрі. Якщо немає можливості займатися спортом, дуже корисна тривала ходьба: наприклад, частину шляху на роботу можна проходити пішки.

Якщо підвищена втома і зниження працездатності не супроводжуються головними болями, дратівливістю, безсонням, для подолання власне стомлюваності можна приймати препарати тонізуючого характеру. У рамках самолікування допустимо використання рослинних препаратів з групи адаптогенів (елеутерокок, женьшень, родіола, лимонник, левзея, аралія). При необхідності після обов'язкової консультації лікаря і за його призначенням для продовження медикаментозного лікування астенії можуть призначатися ноотропи (пірацетам, пиритинол, прамірацетам, ГАМК) і антидепресанти (останні - препарати рецептурного відпуску).

Тривалість лікування астенії і хронічної втоми індивідуальна. Після курсу лікування настає одужання, і пацієнт може не тільки повернутися до звичного способу життя, а можливо, навіть поліпшити якість свого життя.

**Лікарські препарати, що використовуються при астенічному синдромі, умови їх раціонального застосування**

Для самостійного симптоматичного лікування астенічного синдрому, підвищеної стомлюваності, зниження працездатності рекомендується використовувати адаптогени. Це речовини, які надають загальну тонізуючу і загальнозміцнюючу дію на організм. Вони мають ряд унікальних властивостей: підвищують стійкість організму до радіоактивного опромінення, холоду, спеки, нестачі кисню, стресових факторів та ін., ерготропну дію (ерготропність - підвищення працездатності) адаптогенні препарати посилюють здатність організму пристосовуватися до підвищених фізичних і емоційних навантажень, інтенсивної розумової роботі. До цієї групи фармакологічних «відновників» відносяться рослинні препарати на основі женьшеню, елеутерококу, левзеї, аралії, китайського лимонника, родіоли і деякі інші.

Прийом адаптогенів в рекомендованих дозах дозволяє ефективно долати астенічні стани та їх наслідки, призводить до відновлення самопочуття, підвищенню працездатності, поліпшенню настрою.

Необхідно знати, що малі дози рослинних адаптогенів здатні надавати прямо протилежний великим дозам ефект на ЦНС. Якщо великі дози посилюють процеси збудження і дають приплив рухової та інтелектуальної активності, легке збудження днем і міцний сон вночі, то малі дози, навпаки, можуть викликати загальмованість, обмеження активності, постійну сонливість і т. д. Наприклад: одноразовий прийом вранці 10 крапель спиртового екстракту елеутерококу викликає сильну загальмованість протягом дня, але прийом того ж елеутерококу в дозі 25 крапель дає виражений активізує ефект. Спиртовий екстракт родіоли рожевої викликає загальмованість в дозі 2-5 крапель і активацію в дозі від 10 крапель і вище. Аралія маньчжурська викликає гальмування в дозах до 6 крапель і різку активацію від 7 крапель і вище.

Слід також пам'ятати, що всі рослинні адаптогени при завищенні їх дози можуть викликати стійку безсоння, збудження нервової системи, серцебиття і т. д., тому до питання про дозування слід підходити дуже обережно, постійно контролюючи самопочуття.

При призначенні рослинних адаптогенів необхідно враховувати динаміку добових біоритмів, і тоді буде можливим посилення (синхронізація) останніх. Водночас неправильний режим призначення цих препаратів може викликати порушення добових біоритмів (десинхронізацію). За орієнтир необхідно приймати добовий ритм екскреції катехоламінів.

Враховуючи, що всі рослинні адаптогени в різного ступеня мають здатність до посилення синтезу катехоламінів, їх потрібно призначати строго 1 раз на день вранці, щоб посилення синтезу катехоламінів, викликане препаратами, «вписалося» в фізіологічний ранковий підйом їх рівня в організмі. Фізіологічне посилення підйому катехоламінів в першій половині дня призводить до такого ж фізіологічного посиленню нічного спаду цих біологічно активних речовин. В результаті у осіб, які беруть рослинні адаптогени з урахуванням біоритмів, спостерігається більш висока працездатність вдень і більш глибокий сон вночі.

Рослинні адаптогени протипоказані при підвищеній нервовій збудливості, безсонні, підвищеному артеріальному тиску, порушеннях серцевої діяльності, гарячкових станах. Необхідна періодична зміна адаптогенів для попередження звикання до них.

**Адаптогени рослинного походження**

**Женьшень.** Корінь женьшеню використовується східною медициною вже кілька тисячоліть. Досвід практичного застосування протягом п'яти тисяч років, а також результати лабораторних досліджень останніх п'ятдесяти років підтвердили наступні фармакологічні властивості женьшеню:

* стимуляція центральної нервової системи, вищої нервової діяльності, особливо функцій пам'яті та мислення;
* стимуляція серцево-судинної системи (у невеликих кількостях трохи підвищує артеріальний тиск, а у великих кількостях знижує його; під впливом препарату збільшується сила і знижується частота серцевих скорочень);
* захист від радіаційного впливу;
* поліпшення клітинного метаболізму і засвоєння кисню клітинами організму;
* стимуляція імунної системи;
* нормалізація і помірна стимуляція функцій ендокринної системи;
* стимуляція статевої функції;
* тонізуючу дію;
* стимуляція кровотворення;
* нормалізація ліпідного обміну і зниження вмісту в крові холестерину, ліпопротеїдів низької і дуже низької щільності.

Наскільки широко лікувальне застосування женьшеню, настільки різноманітні форми і способи його вживання. Корінь женьшеню використовується як тонізуючий, стимулюючий засіб, що надає адаптогенну дію і підвищує загальну опірність організму несприятливих впливів. Женьшень підвищує фізичну і розумову працездатність, поліпшує роботу серцево-судинної системи. Корінь женьшеню містить глікозиди - панаксозіди, які обумовлюють його цукрознижуючу та анаболічну дію. За анаболічною активністю женьшень приблизно дорівнює елеутерококу і, подібно елеутерококу, має здатність потенціювати дію ендогенного інсуліну. Випускається у вигляді настоянки, порошку, в капсулах і таблетках. Спиртову настоянку кореня женьшеню (10%) приймають по 20-25 крапель 2 рази на день до їжі (у першій половині дня), порошок і таблетки - по 0,15 г до їжі 2 рази на день. Курс 10-15 днів.

**Аралія маньчжурська.** Препарати з цієї рослини по своїй дії відносять до групи женьшеню. Використовують як тонізуючий засіб для підвищення фізичної і розумової працездатності в відновні періоди після тренувань, а також для профілактики перевтоми і при астенічних станах. Відмінна риса аралії - здатність викликати досить відчутну гіпоглікемію (зниження цукру в крові). Оскільки гіпоглікемія в цьому випадку супроводжується викидом соматотропного гормону, прийом аралії маньчжурської може викликати значне підвищення апетиту і збільшення маси тіла (анаболічну дію). Випускається у вигляді настойки коренів аралії. Настоянку вживають по 30-40 крапель 2 рази на день, звичайно в першій половині дня. Курс 2-3 тижні.

**Золотий корінь** (родіола рожева). Оптимізує відновні процеси в ЦНС, покращує зір і слух, підвищує адаптивні можливості організму до дії екстремальних чинників, знімає втому і підвищує працездатність. Відмінна особливість золотого кореня - це найбільш сильна дія на м'язову тканину. При використанні родіоли у молодих осіб, що займаються спортом, збільшується м'язова сила і силова витривалість, зростає активність скорочувальних білків актину і міозину. Випускається у вигляді спиртового екстракту. Рекомендується прийом по 5-10 крапель 2 рази на день за 15-30 хв. до їжі протягом 10-15 днів.

**Левзеясафлоровида**(маралів корінь). Містить сполуки, що володіють вираженою анаболічну активність. Введення екстракту левзеї в організм підсилює білок-синтетичні процеси, сприяє накопиченню білку в м'язах, печінці, серці та нирках. Значно підвищується фізична витривалість і розумова працездатність. При тривалому застосуванні левзеї відбувається поступове розширення судинного русла і, як наслідок, поліпшується загальний кровообіг. Сповільнюється частота серцевих скорочень, що пов'язано як з підвищенням тонусу парасиматичної нервової системи, так і з збільшенням потужності серцевого м'яза. Відмінною особливістю левзеї є здатність покращувати склад периферичної крові шляхом посилення мітотичної активності в клітинах кісткового мозку. У крові підвищується вміст еритроцитів, лейкоцитів, гемоглобіну. Підвищується активність імунітету. Левзея випускається у вигляді спиртового екстракту. Рекомендоване дозування спиртового екстракту - по 20-30 крапель 2-3 рази на день.

**Лимонник китайський.** Лимонник надає стимулюючу і тонізуючу дію на центральну нервову систему, посилює позитивні рефлекси, стимулює рефлекторну збудливість, підвищує світлочутливість очей, тонізує діяльність серцево-судинної системи, при гіпотонії підвищує артеріальний тиск, збуджує дихання, сприяє більш швидкому відновленню сил при фізичному і розумовому стомленні, збереженню працездатності, підсилює гостроту зору. Встановлено також, що лимонник збуджує моторну і секреторну функції травного апарату, тонізує діяльність матки і скелетної мускулатури, активізує обмін речовин, регенеративні процеси і підвищує імунобіологічні рефлекси, підвищує стійкість організму до кисневого голодування. Основні фармакологічні ефекти лимоннику обумовлені вмістом кристалічної речовини - схізандріну. Він також містить велику кількість органічних кислот, вітаміни С, Р, Е, ефірні масла, велика кількість мікро- і макроелементів. Характерні риси лимоннику - значне підвищення працездатності, поліпшення настрою, підвищення гостроти зору. Всі ці ефекти обумовлені здатністю лимоннику покращувати нервову провідність, чутливість нервових клітин і посилювати процеси збудження в центральній нервовій системі. Він призначається при фізичній і розумовій перевтомі, зниженій фізичної та розумової працездатності, при астенічному і депресивному стані у психічних і нервових хворих, гіпотонії, сонливості, при загальному занепаді сил у зв'язку з хронічними інфекційними захворюваннями та інтоксикаціями, а також для підвищення працездатності у здорових осіб, для активізації обміну речовин, прискорення відновлення організму при великих фізичних навантаженнях. Відсутність побічних явищ і кумулятивних властивостей дозволяє віднести препарати лимоннику до цінних стимулюючих засобів. Випускається у вигляді спиртової настоянки, порошку, таблеток, відвару сухих плодів. Іноді додають в чай сухі плоди, свіжий сік. Спиртова настоянка приймається по 20-25 крапель 2-3 рази на день протягом 2-4 тижнів. Теплий відвар сухих плодів (20 г на 200 мл води) приймають по 1 столовій ложці 2 рази на день до їди або через 4 години після їжі, порошок або таблетки - по 0,5 г вранці і вдень.

**Стеркуліяплатанолистна.** Подібно елеутерококу та женьшеню стимулює працездатність і анаболічні процеси. Слід врахувати, що анаболічна дія стеркуліі реалізується лише на тлі тренувального впливу, тому застосовувати її потрібно на тлі адекватних фізичних навантажень. Не містить сильнодіючих речовин, тому володіє найбільш м'яким психостимулюючою дією в порівнянні з іншими препаратами групи женьшеню. Приймають при перевтомі, астенії, загальній слабкості, виникненні стану млявості, при головному болю, поганому настрої, зниженні м'язового тонусу і після перенесених інфекційних захворювань. Однак незважаючи на надзвичайно низьку токсичність препарати стеркуліі небажано приймати ввечері, а також протягом тривалого часу. Випускається у вигляді спиртової настоянки. Рекомендоване дозування: 20-30 крапель 2-3 рази на день протягом 3-4 тижнів. Не рекомендується приймати препарат більш тривалий час і на ніч.

**Елеутерокок колючий.** Містить суму глікозидів - елеутерозидів, які підвищують працездатність і посилюють синтез білка. Синтез вуглеводів також зростає, а синтез жирів гальмується. Посилюється окислення жирних кислот при фізичній роботі. Особливість елеутерококу полягає в його здатності поліпшувати кольоровий зір і роботу печінки. Екстракт елеутерококу застосовують за тими ж свідченнями, що і женьшень. Разом з тим елеутерокок володіє сильнішою антитоксичною, антигіпоксичною, антистресорною та радіопротекторною дією, а при променевої хвороби ефективніше, ніж женьшень. Це можна пов'язати з тим, що, на відміну від інших рослин родини аралієвих, елеутерокок вибірково накопичує такі мікроелементи, як мідь, марганець і особливо кобальт, які у вигляді металоорганічних сполук стимулюють еритропоез та імунітет, надають антигіпоксичну, протистресорну, радіопротекторну дію.

У спортивній медицині використовують як тонізуючий і відновлюючий засіб при великих фізичних навантаженнях, перевтомі. Випускається елеутерокок у вигляді спиртового екстракту з кореневищ з корінням. Рекомендоване дозування: індивідуально від 10 крапель до 1 чайної ложки 1 раз на день вранці за 30 хв. до їжі протягом 2-3 тижнів.

**Заманиха висока.** Має тонізуючу і легку анаболічну дію. По ефективності загальнозміцнюючий дії аналогічна женьшеню, по ефективності тонізуючого дії на ЦНС поступається женьшеню і інших препаратів цієї групи. Рекомендується при астенії, при виникненні м'язової втоми, в станах фізичної детренированості в період великих навантажень. Випускають у вигляді спиртової настойки по 50 мл. Рекомендоване дозування: по 30-40 крапель 2-3 рази на день до їди.

**Пантокрин.** Препарат тваринного походження - з пантів оленів - за фармакологічними властивостями близький до рослинних адаптогенів. Надає тонізуючу дію при перевтомі, астенічних і неврастенічних станах, гіпотонії. Застосовується при підвищених фізичних навантаженнях для попередження несприятливих порушень в організмі і прискорення процесів відновлення. Випускається у вигляді спиртового екстракту, в таблетках і в ампулах для ін'єкцій. Рекомендоване дозування: по 25-40 крапель або по 1-2 таблетки за 30 хв. до їди 2 рази на день протягом 2-3 тижнів.

**Бальзами і еліксири**

Особливими лікувальними властивостями володіють спиртоводні екстракти з лікарських рослин у вигляді бальзамів та еліксирів. Вони, як правило, багатокомпонентні і мають широкий спектр лікувальної дії. Бальзами можна використовувати як з лікувальною, так і з профілактичною метою. Вони можуть застосовуватися як самостійно, в чистому вигляді, так і додаватися до складу ранкового чаю або кави.

З огляду на те, що всі бальзами містять етанол, їх не рекомендується застосовувати дітям до 16 років.

**Вітамінні препарати**

Серед фармакологічних засобів для відновлення працездатності при астенічному синдромі, підвищених фізичних навантаженнях особливе місце належить вітамінам. Їх втрати під час роботи або хронічний недолік в продуктах харчування призводять не тільки до зниження працездатності, але і до різних хворобливих станів. Для задоволення потреб організму у вітамінах додатково приймають, крім овочів і фруктів, готові полівітамінні препарати. Перед вибором вітамінного препарату для лікування астенічного синдрому слід проконсультуватися з лікарем.

**Ноотропні препарати і психостимулятори**

Ці препарати можуть використовуватися при астенічному синдромі тільки за призначенням лікаря після ретельного обстеження і встановлення точного діагнозу. Самостійний прийом препаратів цих груп небезпечний великою кількістю серйозних побічних дій.

**Фармацевтична опіка при застосуванні рослинних адаптогенів та препаратів загальнотонізуючої дії**

* Оптимізувати режим праці та відпочинку.
* Займатися спортом.
* Припинити контакт з можливими токсичними хімічними речовинами.
* Оптимізувати раціон харчування і питний режим: рекомендується їжа, багата протеїнами (м'ясо, бобові), яка підвищує активність головного мозку; їжа, багата вуглеводами (легко заповнюються запаси глюкози у випадку «енергетичного голоду» головного мозку); яйця і печінку, багаті вітамінами групи В, покращують пам'ять і підвищують концентрацію уваги; хліб грубого помелу, сир, банани, м'ясо індички - джерела триптофану, який сприяє синтезу серотоніну - біологічно активної речовини, що поліпшує настрій; продукти харчування, багаті вітамінами: чорна смородина, плоди шипшини, обліпихи, чорноплідної горобини, цитрусові, яблука, ківі і полуниця, різноманітні овочеві салати, фруктові соки та вітамінні чаї.
* Загальні симптоми нездужання (зниження розумової та фізичної працездатності, пам'яті, уваги, пригнічення настрою) супроводжують практично будь-яке захворювання у дітей і самостійно ліквідуються за міру одужання. Проведення спеціальних заходів реабілітації необхідно у дітей після перенесених важких інфекцій.
* У першу чергу дітям рекомендуються заходи по нормалізації режиму праці та відпочинку, корекція харчування. Застосування спеціальних лікарських засобів загальнотонізуючої дії у дітей молодшого віку можливе тільки після консультації з лікарем.
* У школярів розвиток астенічного синдрому дуже часто є результатом надмірних фізичних і психічних навантажень. У цієї категорії пацієнтів в першу чергу необхідна корекція режиму праці та відпочинку розумне обмеження навантажень. Без таких заходів лікарська терапія, як правило, виявляється неефективною.
* Відомий ефект адаптогенів розвивається тільки у разі регулярного і тривалого (4-6 тижнів) прийому.
* При нервовому перезбудженні, безсонні, гіпертензії рослинні адаптогени протипоказані.
* Адаптогени не слід приймати при поєднанні симптомів слабкості, підвищеної стомлюваності з вираженою емоційною лабільністю, дратівливістю, порушеннями сну. У таких ситуаціях показані комплексні препарати, що містять поряд з адаптогенами рослинні засоби седативного дії.
* Дітям до 16 років адаптогенні препарати слід застосовувати тільки за призначенням лікаря і під його контролем (можна спровокувати порушення гормонального рівноваги).
* Рослинні адаптогени не слід приймати при підвищеній нервовій збудливості, безсонні, підвищеному артеріальному тиску, порушеннях серцевої діяльності.
* Тривалий прийом адаптогенний препаратів може супроводжуватися розвитком підвищеної емоційної лабільності, дратівливості, безсоння.
* Прийом адаптогенів показаний в осінньо-зимовий період і не рекомендується в жарку пору року.
* Рослинні адаптогени слід приймати вранці (одноразовий прийом протягом доби) або в першій половині дня (при прийомі препарату 2-3 рази на день).
* Дія лікувальних бальзамів та еліксирів проявляється при регулярному прийомі в рекомендованих дозах протягом 3-4 тижнів, не раніше.
* З огляду на те, що всі бальзами містять етанол, їх не рекомендується застосовувати дітям до 16 років.
* Спиртовмісні бальзами не рекомендується застосовувати під час роботи водіям транспортних засобів, людям, професія яких вимагає підвищеної уваги.

**6. Практичні завдання**

1. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛС для лікування тривожних станів»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |

2. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛС для лікування інсомній»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |

3. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛС для лікування астенії»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |

4. Скласти алгоритм бесіди провізора із хворим при виборі без-рецептурного лікарського препарату для симптоматичного лікування інсомнії.

Виконати наступні завдання:

Завдання №1.

Виберіть і здійсните відпуск лікарського препарату для усунення головного болю.

А. Жінці 37, хворій мігренню.

Б. Чоловікові 62 років з гіпертонічною хворобою.

В. Студентові 23 років, який склав важкий іспит.

Для цього виконаєте такі завдання:

1. Дайте коротке визначення патології (захворювання, синдрому).

2. Приведіть алгоритм співбесіди провізора із хворим з акцентом на фармацевтичній опіці, використовуючи наведені ключові питання:

Як часто бувають інсомнії?

Із чим зв'язуєте появу інсомнії?

- Дайте опис інсомнії (характервинекненя, час, тривалість).

- Які супутні симптоми супроводжуютьшнсомію? - Була чи останнім часом травма голови?

Коли останній раз Ви вимірювали артеріальний тиск? Які показники артеріального тиску спостерігалися?

Інсомнія пов'язана з фізичною або психічним навантаженням?

- Ваша робота пов'язана з довгим або незручним положенням, тривалою роботою за комп'ютером, контактом з хімічними речовинами й ін.?

- чи Вживаєте Ви зараз лікарські препарати?

Які?

чи Є, на Вашу думку, зв'язок між появою інсомнії та фазами менструального циклу?

Ви вже пробували вживати який-небудь лікарський препарат?

Це принесло полегшення?

3. На які скарги або симптоми провізор повинен звернути увагу й настійно рекомендувати консультацію лікаря?

4. Назвіть лікарські препарати для лікування інсомній. До яких фармакотерапевтическим групам вони належать?

5. Дайте рекомендації хворому щодо умов раціонального застосування вибраного Вами препарату (режим дозування, взаємодія з їжею, алкоголем, іншими ліками).

Завдання №2. Опишіть симптоми та шляхи профілактики можливої побічної дії

Завдання №3.

Виберіть і здійсните відпуск лікарського препарату для усунення астенічного синдрому.

А. Жінці 56 років, в стані клімаксу.

Б. Чоловікові 42 років водієві з ознаками інсомнії

В. Підлітку 14 років.

**7. Приклад виконання практичного завдання.**

1. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛС для лікування тривожних станів»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
| Лікарські трави. | зменшують збудливість ЦНС, знижують рефлекторну збудливість в центральних відділах нервової системи та посилюють гальмівні процеси в нейронах коркових і підкіркових структур головного мозку. | Валеріана лікарська |

**8. Контроль знань**

1. Хворий В., 42р., перед проведенням оперативного втручання з приводу видалення жовчного міхура, тривожний, збуджений, відмовляється від буд-якого лікування. З метою корекції психоемоційного стану показана атарактанальгезія. Що є препаратом вибору?

А. Сибазон;

В. Каліпсол.

С. Фентаніл;

D. Тіопентал;

Е. Аміназин

2. До аптеки поступив новий препарат, який належить до групи безрецептурних. Провізор прочитав інформаційний листок щодо препарату й не знайшов характеристики, яка б відповідала належності ЛЗ до ОТС –препаратів. Яка характеристика повинна бути для цієї групи ЛЗ?

А. Мати доказану канцерогенну дію.

B. Мати певну біоеквівалентність до інших препаратів цього класу.

C. Мати низьку токсичність, не взаємодіяти з найбільш поширеними групами ЛЗ й алкоголем.

D. Мати показання до застосування.

E. Мати протипоказання до застосування.

3. Больному, страдающемуневрозом с

явлениями тревоги и страха, врач назначил диазепам. Какой фармакологический эффект препарата позволяет применятьего для лечения данного заболевания?

А. Гипотензивный

В. Анксиолитический

С. Антиангинальный

D. Противовоспалительный

Е. Противоаритмический

4. В аптеку обратился больной, который в течение месяца принимал феназепам. Больной настаивал на приобретении ещё двух упаковок этого препарата, объясняяэто тем, что он без феназепама плохо себячувствует. Чтолежит в основепобочногодействияпрепарата, развившегося у больного?

А. Привыкание

В. Лекарственнаязависимость

С. Идиосинкразия

D. Синдром последействия

Е. Кумуляция

**Тема 4.**

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ**

**ЛІКУВАННІ УРАЖЕНЬ ШКІРИ.**

Цілі навчання: засвоїти визначення, мету та завдання фармацевтичної опіки при відпуску безрецептурних ЛП для симптоматичного лікування уражень шкіри, вміти визначати тип побічної дії ЛП; фармацевтичні фактори, що визначають терапевтичну ефективність безрецептурних ЛП ліків (допоміжні речовини, лікарські форми, шлях уведення ліків, хімічна природа лікарської речовини та ін.), які використовуються для симптоматичного лікування уражень шкіри;

Перелік навиків: знати основні види ураження шкірних покровів: мікротравми (порізи, садни, подряпини), термічні та хімічні ушкодження поверхневих шарів шкіри (опіки, обмороження), акне (вугрова висипка), інфекційні ушкодження (герпес губ, мікози, короста, педикульоз), себорея та ін., які можна лікувати безрецептурними ЛП в межах відповідального самолікування. «Загрозливі» симптоми поразок шкіри, які вимагають обов'язкового звертання до лікаря. Безрецептурні ЛП, які застосовуються при ураженнях шкіри.

Складати алгоритми:

1. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з мікротравмами
2. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з термічними пошкодженнями поверхневих шарів шкіри
3. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з хімічними пошкодженнями поверхневих шарів шкіри;
4. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з акне;
5. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з інфекційними ушкодженнями шкіри;
6. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з себореєю та лупою;
7. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з герпетичним ураженнм шкіри;
8. здійснення фармацевтичної опіки відвідувача аптеки/пацієнта з грибкові захворювання шкіри;
9. надання провізором належної інформації про безрецептурний ЛП для лікування уражень шкіри під час здійснення фармацевтичної опіки відвідувачів аптек/пацієнтів.

**І. Герпес губ**

***Герпес***— широко розповсюджене інфекційне захворювання, яке викликається вірусом простого герпесу та характеризується різноманітністю клінічних проявів. За сучасними оцінками, кількість вперше захворілих герпевирусною інфекцією щорічно зростає більш ніж на 10%. За даними ВООЗ, вірусом герпесу інфіковано від 65 до 90% населення.

Герпетичні ураження можуть виникати на різних ділянках тіла. Їхній перебіг і важкість залежать від локалізації, поширеності патологічного процесу, антигенного типу вірусу та імунного статусу організму хворого. Активні прояви герпетичної інфекції відзначаються при ослабленні імунної системи організму. Первинний прояв герпетичної інфекції може бути єдиним епізодом у житті людини, однак у деяких осіб захворювання набуває рецидивуючого, а часом навіть хронічного характеру. В організмі більшості людей вірус герпесу знаходиться в латентному стані і лише періодично викликає загострення захворювання.

Найбільш частим і пізнаваним проявом герпетичної інфекції є поява на губах або в області крил носа пухирців. Герпес губ в 25% дорослих дає регулярні рецидиви 1-2 рази в рік, а в 5-10% дорослих може бути до шести рецидивів на рік.

Чинники, що сприяють загостренню герпетичної інфекції:

* супутні захворювання, що супроводжуються пригніченням імунної системи: онкологічні захворювання, бактеріальні та вірусні інфекції ( Віл-Інфекція, ОРВІ й ін.);
* травма губи або слизової оболонки роту;
* надмірний вплив ультрафіолетового випромінювання;
* переохолодження;
* стрес;
* менструальний період;
* прийом лікарських препаратів з імунодепресивною дією.

*Фази розвитку простого герпесу*

Виділяють наступні фази розвитку герпетичних висипань:

* продромальна — безпосередньо передує видимій симптоматиці, триває звичайно до 6 годин; провісники загострення герпесу відзначаються в 40-60% пацієнтів і проявляються наступними ознаками: відчуття поколювання, свербіж, почуття печіння, невелика хворобливість ділянки ураження;
* еритема — почервоніння ділянок шкіри, де надалі з'являться герпетичні висипання; фаза може тривати до 24 годин;
* везикули — на почервонілій шкірі з'являються групи дрібних пухирців із прозорим вмістом; через 24-72 години вміст везикул каламутніє; у цю фазу, яка може тривати протягом декількох днів, вірус легко передається іншим особам;
* ерозія/виразка/м'який струп — везикули прориваються, утворюючи дефект шкіри, часто дуже хворобливий, з якого сочиться відокремлюване; ризик інфікування залишається високим;
* твердий струп — уражена поверхня висихає до кірки або струпів, які можуть бути надзвичайно сверблячими, однак звичайно не заразні;
* сухе лущення/залишкова припухлість/пігментація.

Множинні ураження, що виникають одночасно, можуть привести до утворення рубцевої тканини. Формування рубця найбільше ймовірно у випадку приєднання вторинної бактеріальної інфекції. В середньому весь період прояву герпевірусної інфекції становить 5-10 днів. Звичайно з віком частота рецидивів герпетичної інфекції зменшується, і вони проходять більш легко.

***«Загрозливі»*** симптоми, що вимагають обов'язкового звернення пацієнта до лікаря:

* ураження висипаннями великих ділянок шкіри, особливо близько до очей; перехід герпесу губ на слизову оболонку рота;
* нагноєння висипань;
* висипання, що асоціюються з вираженою болючістю або порушенням загального стану.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні герпетичного ураження губ**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Чи характерні ознаки захворювання (свербіж, поколювання, печіння, болючість ділянки губ або висипання) з’явились нещодавно. | так | Продовжити опитування. |
| ні | Якщо захворювання триває більше 10 днів, для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря. |
| 2 | Чи наявні один або декілька загрозливих симптомів | так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря |
| ні | Продовжити опитування |
| 3 | Чи був позитивний ефект від лікування противірусними препаратами, зокрема, ацикловіром, якщо пацієнт лікувався ними раніше | так | Призначити противірусні лікарські засоби для місцевого застосування, при необхідності – лікарські засоби з підсушуючою дією |
| ні | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря |
| 4 | Чи має місце прийом таких лікарських засобів:   * глюкокортикоїди; * антинеопластичні засоби; * інші імуносупресанти; * антибактеріальні засоби * противірусні засоби | так | Необхідно звернутись до лікаря за консультацією і корекцією лікування, оскільки стан пацієнта може бути зумовлений лікарською імунодепресією. |
| ні | Призначити противірусні лікарські засоби для місцевого застосування, при необхідності – лікарські засоби з підсушуючою дією;  Рекомендувати пацієнту суворо дотримуватись правил особистої гігієни для запобігання перенесення захворювання на інші частини тіла або зараження членів родини та близьких:   * не торкатись висипань руками, а якщо це сталось – ретельно вимити руки водою з милом; * ні в якому разі не видавлювати пухирці та не зривати скоринки; * користуватися окремим рушником, посудом; * в період висипань утримуватись від поцілунків і орального секса; * особливо суворо дотримуватись правил необхідно при наявності в родині дитини, оскільки діти важко переносять герпетичну інфекцію. |

***Загальні підходи до лікування герпетичної інфекції***

***Неспецифічне лікування.*** Можливе при невеликій кількості висипань на обмеженій ділянці. Рекомендується застосовувати антисептичні (повідон-йод) засоби, що й підсушують (паста Лассара, цинкова паста).

***Специфічне лікування.***Лікування герпесу губ слід починати з появою перших проявів, причому найкращим є застосування місцевих противірусних засобів. Ці препарати впливають безпосередньо на причину захворювання вірус простого герпесу, що є істотною перевагою перед антисептиками, та підсушуючими засобами. Механізм дії противірусних засобів пов'язаний із пригніченням реплікації вірусу простого герпесу.

Місцеве застосування противірусних засобів скорочує період висипань, а також сприяє якнайшвидшому очищенню шкіри від висипу. Для підвищення ефективності лікування препарати рекомендується застосовувати відразу ж після появи перших проявів висипань.

Місцеві противірусні засоби відносяться до безрецептурних препаратів. Доцільність їх застосування обумовлена значною кількістю людей, що страждають герпесом і знаючих свій діагноз, частими рецидивами захворювання, можливістю використання препаратів як на ранніх, так і більш пізніх етапах захворювання.

***Противірусні препарати, що застосовуються***

***для місцевого лікування герпесу губ***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Найменування препарату | Активна речовина | Форма випуску |
| Зовіракс | Ацикловір | Крем 5%, туба 2 г, 5 г, 10 г |
| Ацигерпін | Ацикловір | Крем 5%, туба 5 г |
| Ациклонір-фармак | Ацикловір | Крем 5%, туба 5 г, 10 г |
| Ацик | Ацикловір | Крем 5%, туба 2 г |
| Ацивір | Ацикловір | Крем 5%, туба 5 г |
| Ацикловір | Ацикловір | Мазь 5%, туба 5 г |
| Ациклостад | Ациклонір | Крем 5%, туба 5 г |
| Віролекс | Ациклонір | Крем 5%, туба 5 г;  очна мазь 3%, туба 4,5 г |
| Герпевір | Ацикловір | Мазь 2,5%, туба 5, 15 г |
| Герпетад крем | Ацикловір | Мазь 2,5%, туба 2, 5, 10, 20 г |
| Медовір | Ацикловір | Крем 5%, туба 5 г |
| ФеністилПенцивір | Пенцикловір | Крем 10 мг/г, туба 2 г |

***Увага!***

***Застосування противірусних засобів всередину можливо тільки за призначенням лікаря!!!***

Високоефективними засобами для місцевого лікування герпетичної інфекції є препарати у вигляді мазі або крему, що містять в якості діючої речовини ацикловір або пенцикловір. Противірусні препарати для місцевого застосування наносять 5 раз у день із чотиригодинними інтервалами за винятком нічного часу. Лікування повинне тривати 5-10 днів. Препарати швидко ліквідують гострі прояви при первинних герпетичних ураженнях, знижують можливість інфікування інших людей.

Добре зарекомендував себе препарат Зовіракс (5% крем). Незважаючи на те, що вміст ацикловіру в Зовіраксі та більшості генериків однаковий — 5%, ефективність оригінального препарату значно вище внаслідок спеціально запатентованої кремової основи, що дозволяє досягати більш високої концентрації ацикловіру на уражених вірусом ділянках шкіри.

Фармацевтична опіка при застосуванні препаратів для лікування герпесу губ

Хворому слід знати, що крім ризику заразити контактуючих з ним людей, він зазнає небезпеки перенести захворювання на інші частини тіла. Щоб запобігти цьому ускладненню, слід дотримуватися наступні правил:

* не доторкатися до висипань на обличчі;
* намагатися не торкатись очей — герпетичне ураження роговиці протікає важко й може привести до серйозних ускладнень;
* якщо все-таки прийшлося доторкнутися до висипань, потрібно відразу ж вимити руки теплою водою з милом;
* не слід давати нікому свій рушник або користуватися чужим (це правило стосується і губної помади);
* користуватися окремим посудом;
* у період висипань необхідно втриматися від поцілунків і орального сексу - вірус здатний вражати полові органі;
* не видавлювати пухирці та не зривати скоринки це не призведе до якнайшвидшого видужання, але може викликати додаткове інфікування ураженої шкіри мікробами або герпетичне ураження вірусом пальців рук;
* жінки повинні бути максимально обережні при нанесенні та знятті макіяжу, щоб не перенести вірус на здорові ділянки шкіри;
* хворі із частими рецидивами можуть бути джерелом інфекції у період без помітних проявів хвороби.

Раціонально також:

* уникати зайвого сонячного опромінення;
* перебуваючи на сонці, морозі або вітрі захищати губи кремом або гігієнічною помадою з сонцезахисним фактором;
* при перших проявах висипання (відчуття сверблячки, поколювання) використовувати противірусні засоби для місцевого застосування.

Діти особливо важко переносять герпетичну інфекцію, тому при загостренні в дорослого члена родини слід особливо строго дотримуватися правил гігієни.

Хворим з локалізацією типового висипу біля очей, на повіках і в ротовій порожнині, а також тем, у кого сип існує більш 10-14 днів, необхідно обов'язково звернутися до лікаря.

Препаратом вибору для лікування герпетичної інфекції є ацикловір для зовнішнього застосування.

Звичайні рецидиви герпесу губ або особи добре піддаються зовнішньому лікуванню препаратами у формі кремів, що містять ацикловір і пенцикловір.

Важкі або дуже часто рецедивуючі форми захворювання слід лікувати рецептурними препаратами під контролем лікаря — за допомогою таблеток або ін'єкцій препарату Зовіракс, а також за допомогою таблеток Фамвір (активна речовина фамцикловір) або Вальтрекс (активна речовина валацикловір). Чим раніше почате лікування герпесу губ противірусним препаратом, тем ефективніше воно буде. Якщо захворювання вдається «застати» на стадії провісників (сверблячка, печіння, відчуття натягнутості шкіри), то повні прояви хвороби можуть не розвитися, а видужання настане в найкоротший термін. Якщо ж крем почати використовувати при висипаннях, загоєння настає значно швидше, чим при лікуванні іншими методами (побутовими засобами, неспецифічними методами лікування).

Препарати для місцевого застосування, що містять ацикловір, наносять 5 раз у день із чотиригодинними інтервалами за винятком нічного часу. Лікування повинне тривати 5-10 днів.

До та після нанесення кремів, що містять ацикловір і пенцикловір, необхідно вимити руки. При використанні крему може з'явитись відчуття печіння, яке швидко проходить. Іноді буває лущення або тимчасове почервоніння оброблених ділянок.

**ІІ. Мікротравми шкіри (порізи, садна, подряпини).**

Життя повне такими маленькими неприємними "сюрпризами", як порізи, дрібні травми, падіння, що супроводжуються ударами, подряпинами і синцями. Чітко знаючи, що слід зробити в кожній конкретній ситуації, можна запобігти серйозні наслідки при пораненнях і порізах. Як правило, з приводу незначних пошкоджень немає необхідності звертатися за допомогою до лікаря. Дрібні порізи і подряпини цілком можна лікувати самостійно, за допомогою ліків з домашньої аптечки. Завдання провізора полягає в тому, щоб дати грамотну консультацію людині, що звернулася в аптеку, порекомендувати необхідні препарати, а іноді й надати першу долікарську допомогу.

Провізор повинен визначити, наскільки серйозне пошкодження і в разі необхідності порекомендувати відвідувачу аптеки звернутися до лікаря.

Поріз - наскрізне пошкодження всіх шарів шкіри, яке в ряді випадків може супроводжуватися ушкодженням розташованих глибше тканин.

Подряпина - пошкодження епідермісу (поверхневого шару шкіри), обмежене за площею і має, як правило, лінійну форму.

Садно - більш значний за площею дефект поверхневих шарів шкіри.

***Причини порізів, саден і подряпин***

Найбільш частою причиною порізів, саден і подряпин є неуважне поводження з ріжучими або колючими предметами в побуті та під час роботи. Крім того, порізи можуть виникати в результаті травми, проявів агресії.

Подряпини можуть бути наслідком неакуратного поводження з домашніми тваринами, виникати в результаті мацерацій. Іноді поранення відбувається в результаті падінь на бите скло або розщеплене дерево. У таких випадках в рані може залишитися шматочок чужорідного матеріалу (скло, дерево або камінь). Якщо не можна легко витягти сторонній предмет з рани, слід звернутися до лікаря. Для виявлення стороннього предмета та прийняття рішення про доцільність його видалення може знадобитися рентгенівський знімок. Якщо рана довго не заживає, а навколо неї з'явилася почервоніння, спостерігаються біль і виділення рідини, цілком імовірно, що в ній може перебувати чужорідне тіло - тріска або осколок.

Порізи, садна й подряпини - невід'ємна частина здорового допитливого дитинства. Навіть самі уважні батьки або вихователі не можуть дати гарантії, що опікуваний ними дитина виросте без падінь, ударів і пошкоджень. Тому слід подбати про те, щоб грамотну допомогу вміли надавати всі, хто залишається з дитиною.

Особливе місце займають травми обличчя у дітей. Це може бути синець, садно, подряпина, прямий лінійний розрив на лобі, рвана рана на підборідді або глибокий розрив нижньої губи. Можуть бути й інші поранення. Оскільки шрами після поранень в області обличчя часто залишаються на все життя, важливо, щоб діти з будь-якими глибокими ранами були своєчасно оглянуті лікарем для проведення відповідної обробки. При травмах обличчя від того, чи правильного накладена пов'язка і грамотно оброблено рану залежить, чи залишиться шрам після порізу на обличчі помітним або мінімальним.

***«Загрозливі»*** симптоми при порізах, що вимагають обов'язкового втручання лікаря.

У разі поранень обов'язково прийняти заходи першої допомоги. Однак не завжди цього достатньо. Певні ситуації вимагають обов'язкового звернення до лікаря. Це необхідно, якщо:

* кровотеча яскраво-червоного кольору та пульсуюча - можливо, пошкоджена артерія;
* сильна кровотеча, що супроводжується великою втратою крові;
* поріз або подряпина на обличчі або будь-якому іншому місці, де бажано звести можливість утворення шраму до мінімуму;
* поріз на кисті або зап'ястях - є небезпека пошкодження нервів і сухожиль;
* ознаки запалення - червоні смужки, почервоніння, що розповсюджується більш ніж на палець навколо рани; припухлість навколо рани, температура;
* рана супроводжується підвищенням температури;
* рана глибока, можна «заглянути глибоко всередину» - у цьому випадку слід накласти шви;
* забруднена рана у пацієнта, прищепленого проти правця більше 5 років тому;
* в рану потрапила земля з домішкою гною - висока ймовірність зараження правцем;
* рану неможливо як слід очистити, вимити з неї забруднення;
* рана з рясним виділенням відокремлюваного довго не заживає - можливо, в рані залишився шматочок чужорідного матеріалу;
* рана супроводжується нудотою і блювотою, особливо при травмах голови у дітей.

***Заходи першої допомоги при ранах, порізах і саднах***

Загальноприйнятими методами першої допомоги (самодопомоги) при порізах і саднах є:

* промивання рани;
* зупинка кровотечі;
* накладання стерильної пов'язки (при кровотечі - давлючої);
* застосування антисептика.

При необхідності можливе накладення джгута, зашивання рани хірургом, введення протиправцевої сироватки; призначення антибіотиків.

**Промивання рани.** Найкраще лікування для невеликих порізів і подряпин - промивання чистою водою з милом за допомогою ватного або марлевого тампона, шматочка чистої тканини. Ретельне промивання - ключ до запобігання інфекції. Добре змийте мило водою. Промивання слід повторювати раз на день до тих пір, поки поріз повністю не затягнеться.

Сильно забруднена рана добре промивається перекисом водню.

Подряпини можна промити як водою, так і антисептичним лосьйоном.

**Накладення стерильної пов'язки.** Після висушування порізу чистим ватяним або марлевим тампоном слід накласти суху стерильну пов'язку, щоб до повного загоєння поріз залишався чистим. Перед накладенням пов'язки необхідно переконатися, що краї порізу чисті, рівні і легко сходяться, після чого краї порізу звести разом, накласти пов'язку або заклеїти поріз спеціальним пластиром. При глибоких ранах при накладенні пов'язки або пластиру не слід занадто щільно зводити краю, так як це може створити умови для розвитку анаеробних збудників.

Якщо у маленької дитини поріз біля рота, його краще не закривати пов'язкою або лейкопластиром, так як на краях пов'язки (лейкопластиру) буде збиратися слина і їжа.

Рана краще заживає і ймовірність попадання інфекції менше, якщо її перебинтовувати якомога рідше. Якщо пов'язка розслабилася або забруднилася, можна накладе новий шар бинтів поверх старого.

Садно заживе краще всього, якщо його залишити відкритим. Однак якщо пошкоджена шкіра на значній ділянці, можна накласти пов'язку. Промийте рану і залиште її відкритою, поки не утвориться скоринка. Якщо ви забинтуєте її відразу, бинт прилипне і, знімаючи його, ви здерете засохлу корочку.

Хоча відкрите садно заживає швидше, але якщо дитина збирається грати на дитячому майданчику, закрийте будь-яку відкриту рану (навіть садно або подряпину) легкою пов'язкою. Коли дитина повернеться додому, зніміть пов'язку.

Перев'язувати подряпину потрібно тільки в тому випадку, коли необхідно зупинити кровотечу - відкрита подряпина заживає зазвичай швидше.

**Зупинка кровотечі.** Якнайшвидший спосіб зупинити кров - безпосередньо затиснути. Слід щільно притиснути до рани пов'язку і як слід натиснути па неї рукою, а якщо потрібно - тримати її протягом 15 хвилин. Це зупинить будь-яку кровотечу, крім артеріального. Щоб зменшити кровотечу, доцільно підняти пошкоджену частину тіла.

Оскільки на голові є величезна кількість кровоносних судин, при порізах голови - навіть невеликих - кровотеча зазвичай буває рясним і може потребувати лікарської допомоги.

Якщо кров просочилася через першу пов'язку, необхідно накласти ще, більш тугий шар. Додавати нові шари пов'язки треба поверх старих, тому що, якщо прибрати пов'язку, можна пошкодити згусток.

Коли кровотеча припинилася або сповільнилася, необхідно туго зав'язати рану тканиною або еластичним бинтом так, щоб на неї чинився тиск, але при цьому повністю не порушувалася циркуляція. Бинти повинні зручно облягати поранену частина тіла.

Не слід приклеювати пластир навколо руки або ноги (щоб вийшло кільце), тому що це може перешкоджати нормальній циркуляції крові. Якщо поріз на руці або нозі, необхідно перевірити циркуляцію крові, притиснувши ніготь на руці або нозі: ніготь побіліє, а коли ви його відпустите, він зновупорожевіє. В разі необхідності треба послабити пов'язку.

При незначних пораненнях джгутом не користуються. Для буденних порізів і подряпин розроблено багато способів надання першої допомоги. Джгут - міра крайня і небезпечна, оскільки може привести до вираженого порушення кровопостачання пошкодженої кінцівки і в підсумку принести більше шкоди, ніж користі.

Якщо через 15 хвилин кровотеча не припинилося, необхідно звернутися до лікаря.

**Застосування антисептиків**. Для профілактики інфікування застосовуються антисептичні препарати. Багато хто з них, крім антисептичної дії, володіють протизапальним ефектом, а також сприяють процесам загоєння.

Антисептичні препарати застосовуються в різних лікарських формах. Це можуть бути водні, спиртові розчини або мазі.

Водні розчини використовуються для промивання ран, просочування ватних і марлевих тампонів при накладенні на ранову поверхню. Вони не володіють дратівливою дією, не викликають відчуття печіння, тому переважні для застосування у дітей.

Розчини, що містять етиловий спирт, при попаданні всередину рани можуть викликати некроз тканин, перешкоджаючи подальшому загоєнню. Спиртовими розчинами обробляють шкіру навколо рани, краї рани, а також поверхневі мікротравми. При обробці поверхні рани спиртовими розчинами можливо місцевоподразнюючу дію, що проявляється вираженим почуттям печіння, почервонінням шкіри.

Мазі наносяться або безпосередньо на поверхню ушкодженої шкіри, або ними просочуються пов'язки. При мокли мікротравмах мазі можуть перешкоджати загоєнню. При тривалому нанесенні товстого шару під пов'язкою можливий розвиток мацерації країв рани.

**Фармацевтична опіка при лікуванні порізів, саден і подряпин**

* Загальноприйнятими методами лікування мікротравм є промивання рани, застосування антисептиків, накладання стерильної пов'язки.
* При глибоких і забруднених порізах особам, щепленим проти правця більше 5 років тому, слід звернутися травмпункт.
* Якщо глибокий поріз у дитини, краще звернутися до лікаря.
* Не слід торкатися рани (і заборонити це робити дитині) - в іншому випадку існує небезпека інфікування або ще більшого пошкодження тканин.
* Будь поріз на обличчі дитини заслуговує уваги лікаря.
* За винятком дуже невеликих ран порізи в області голови у дітей вимагають звернення до лікаря.
* Будь поріз довшим 2 см заслуговує уваги лікаря - можливо, буде потрібно накласти шви.
* Поріз, краї якого широко розходяться при рухах (на суглобах тощо), заслуговує на увагу лікаря.
* У маленьких дітей часто зустрічаються порізи на внутрішній стороні губи або в роті. Якщо травма розташована на задній стінці глотки або на м'якому небі, якщо рана нанесена гострим предметом (олівцем), або якщо кровотеча не припиняється протягом 10-15 хвилин, терміново зверніться до лікаря.
* При порізах на обличчі, навіть невеликих, краще звернутися до лікаря (шрами на обличчі дуже помітні).
* При порізах на руках і зап'ястях краще звернутися до лікаря (є небезпека пошкодження нервів і сухожиль).
* Якщо кровотеча не припиняється через 15 хвилин, краї рани рвані або їх неможливо звести разом, слід звернутися до лікаря
* При глибоких ранах при накладенні пов'язки або пластиру не слід занадто щільно зводити краю, так як це може створити умови для розвитку анаеробних збудників.
* Якщо поріз вимагає накладення шва, не слід відкладати візит до лікаря. Якщо чекати більше восьми годин, доктор не зможе зашити рану, тому що в рану вже могли потрапити бактерії та її закриття може сприяти розвитку інфекції.
* Якщо дитину подряпала тварина або причина подряпини - забруднене предмет (іржавий цвях, садові лопата і т. п.), слід обов'язково перевірити, коли дитині робили протиправцеві щеплення. Від подряпин рідко виникає правець, але вжити заходів обережності необхідно.
* При глибоких і забруднених порізів та проколів необхідно терміново звернутися до травмпункту.
* При проколах і порізах з незначною кровотечею не слід його зупиняти, оскільки воно допомагає очищенню рани.
* При загоюються необхідно збагатити раціон вітамінами С, групи В і особливо А та Е.
* При застосуванні препаратів йоду можливий розвиток алергічної реакції.
* Особам із захворюваннями щитовидної залози препарати йоду можна застосовувати тільки під контролем лікаря.
* Не слід великі ділянки шкіри обробляти розчином кислоти борної - можлива абсорбція через пошкоджену шкіру і системну токсичну дію. Всмоктування борної кислоти через шкіру і слизові поверхні особливо велике у дітей - можливо гостре або хронічне отруєння (нудота, блювота, діарея, шкірні висипання, порушення функції нирок).
* При обробці ран спиртові розчини антисептиків слід наносити на шкіру, уникаючи попадання всередину рани, особливо при глибокому порізі.
* Всі спиртові розчини антисептиків мають місцевоподразнюючу дію за рахунок етилового спирту, тому їх нанесення на шкіру супроводжується відчуттям печіння.
* У дітей переважно використання водних розчинів антисептичних речовин.
* Розчин перекису водню не слід вводити в глибокі рани - можлива емболія бульбашками повітря.

**ІІІ. ВУГРОВА ХВОРОБА (АКНЕ)**

Звичайні вугрі (акне) зустрічаються у 80% населення на другому і третьому десятилітті життя і більш чому 90% підлітків. Клінічно значущі і вимагають лікування вугри вражають приблизно 20-25% населення у віці від 12 до 25 років. Для вікової групи 17-річних частота вугрів особи складає 86,1%. Важкі кістозні вугри зустрічаються у 5 осіб на 1000 населення у віці від 18 до 31 року. У хлопців вугри зустрічаються частіше і протікають важче, ніж у дівчат. Переважання важких ступенів вугрової хвороби у осіб чоловічої статі в порівнянні з жіночим збільшується з віком.

Хоча акне не становлять серйозної загрози життю або працездатності хворого, косметичний дефект робить на багатьох людей, особливо підлітків, пригнічуючий вплив, сприяє розвитку депресивних станів, погіршує якість життя.

При наявності вугрів більшість пацієнтів лікуються або починають лікування самостійно, що робить особливо актуальною фармацевтичну опіку при використанні лікарських препаратів для лікування вугрів.

Звичайні вугри - хронічне запальне захворювання сальних залоз і волосяних фолікулів, найбільш часто зустрічається у осіб підліткового та активного репродуктивного віку.

Останнім часом замість терміна «звичайні вугри» введено термін «вугрова хвороба», що підкреслює той факт, що поява вугрових висипаннь відображає зміну всього організму, а не є локальним дефектом шкіри.

Основні фактори, що мають значення у виникненні та розвитку вугрової хвороби:

* генетична схильність - кількість, розмір сальних залоз і їх чутливість до рівня андрогенів (чоловічих статевих гормонів);
* підвищена секреція андрогенів в період статевого дозрівання, що сприяє гіперпродукції секрету сальними залозами;
* активація діяльності сапрофітної флори сально-волосяних фолікулів (Propionibacteriumacnes);
* розвиток запальної реакції в області волосяного фолікула на тлі гідролізу шкірного сала і розмноження в ньому Р. acnes;
* фолікулярний гіперкератоз (надмірне розвиток епітеліальних клітин в області волосяного фолікула, що призводить до закупорки протоки сальної залози роговими лусочками епітеліальних клітин).

Фактори, що сприяють утворенню вугрів:

* гормональні зміни в організмі в період статевого дозрівання (підвищення рівня чоловічих статевих гормонів);
* гормональні зміни в організмі жінок в передменструальний період (іноді - під час вагітності);
* механічні фактори: звичка підпирати підборіддя рукою, притримувати підборіддям телефонну трубку, носіння тісних головних уборів і сорочок з туго застебнутими комірцями, що призводить до підвищеної пітливості;
* грубе видавлювання гнійників або «чорних крапок» (сприяє загостренню вугрової хвороби, формуванню акне-кіст і до подальшого утворення рубців на поверхні шкіри);
* робота в умовах підвищеної вологості і температури (на кухні або в приміщенні з парою) - стимулюється потовиділення (відбувається повна закупорка і запалення протоків сальних залоз);
* застосування галогенвмісних (йод, фтор, бром) продуктів або засобів;
* застосування косметичних засобів з високим вмістом ланоліну, парафіну, мінеральних олій (жирні креми, зволожуючі лосьйони, креми від загару та ін.);
* прийом ряду лікарських препаратів, зокрема, контрацептивів з високим вмістом прогестинів, глюкокортикостероїдів, препаратів літію, протисудомних засобів.

**Варіанти вугрового сипу**

Найчастіше вугри з'являються на шкірі обличчя, спини і грудей і характеризуються різноманітними варіантами шкірних висипань. Виділяють такі види вугрового сипу:

* відкриті комедони - множинні чорні точки і розширених устях сальних залоз (*чорний колір обумовлений не зовнішнім забрудненням, а пігментом меланіном*);
* закриті комедони - множинні білі просоподібні підшкірні вузлики;
* папули - поверхневі опуклі елементи червоного кольору;
* пустули - гнійнички;
* папуло-пустули - папули з гнійників на вершині;
* вузли - великі глибокі підшкірні запалені елементи;
* кісти - порожнини під шкірою, наповнені гноєм або слизом;
* рубці - бувають вдавлені (атрофічні) і опуклі (гіпертрофічні і келоїдні).

Вибір раціональної лікувальної тактики при вугрової хвороби залежить від типу ураження (виду вугрового сипу) і ступеня тяжкості вугрової хвороби. Важливе значення при виборі методів лікування мають також супутні захворювання та ефективність попередньої терапії.

Ступені тяжкості вугрової хвороби:

* легкий ступінь тяжкості - комедони, поодинокі папули;
* середній ступінь тяжкості - комедони, папули, поодинокі пустули, виражене запалення;
* важкий ступінь - безліч папул, пустул, вузли, можливе утворення кіст, рубців.

***«Загрозливими»*** симптомами при вугрової хвороби, які вимагають обов'язкового звернення пацієнта до лікаря, є:

* ураження вугровим висипом великих ділянок шкіри;
* одночасне виникнення великої кількості вугрів, що супроводжується підвищенням температури;
* великі (завбільшки з вишню) та / або хворобливі вугрі;
* вугрі, що поєднуються з болючестюрегіонарних лімфатичних вузлів (шийних, підщелепних, вушних та ін);
* вугрі, які залишають рубці;
* депресивний стан пацієнта, викликаний вугрями.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при вугровій хворобі**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Чи наявні один або декілька загрозливих симптомів | так | Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря |
| ні | Продовжити опитування |
| 2 | Чи наявні у пацієнта хронічні захворювання ендокринної системи або шлунково-кишкового тракту | так | Необхідно звернутись до лікаря для уточнення діагнозу і призначення лікування |
| ні | Продовжити опитування |
| 3 | Чи має місце важка фізична праця або наявні несприятливі фактори навколишнього середовища:   * підвищена запиленість або загазованість; * підвищена температура та/або вологість повітря; * контакт з оліями, нафтою, хімічними речовинами тощо | так | Необхідно більш ретельно виконувати гігієнічні процедури, уникати контакту з речовинами, що подразнюють шкіру;  якщо висипання незначні, призначити лікарські засоби для лікування вугрів і розацеа для місцевого застосування,  при наявності середнього і важкого ступеню вугрів необхідно звернутись до лікаря |
| ні | Продовжити опитування |
| 3 | Чи має місце прийом лікарських засобів:   * препарати фтору, брому, йоду; * препарати дьогтю * статеві гормони; * анаболічні стероїди; * протисудомні засоби; * пероральні контрацептиви. | так | Необхідно звернутись до лікаря за консультацією і корекцією лікування |
| ні | Продовжити опитування |
| 4 | Чи має місце застосування косметичних засобів з високим вмістом ланоліну, парафіну, мінеральних олій (жирні креми, зволожуючі лосьйони, креми проти загару тощо) | так | Необхідно припинити застосування косметичних засобів з високим вмістом жирів;  для полегшення стану пацієнта призначити лікарські засоби для лікування вугрів і розацеа для місцевого застосування |
| ні | Рекомендувати дотримуватись загальних правил, які сприяють профілактиці вугрів, призначити лікарські засоби для лікування вугрів і розацеа для місцевого застосування |

***Загальні підходи до лікування вугрів***

Залежно від тяжкості вугрової хвороби використовується місцеве або системне лікування. Місцеве лікування проводиться при легких початкових проявах захворювання, а також входить в схему комбінованого лікування при середнього та важкого ступеня вугрової висипки. Використовуються препарати, що володіють кератолітичними, антимікробними і стимулюючими мітози епітеліальних клітин властивостями.

Для лікування більш важких випадків вугрів, що супроводжуються запаленням і кістозними ушкодженнями, проводиться системне лікування. Таке лікування включає застосування деяких груп рецептурних лікарських препаратів (антибіотиків, системних ретиноїдів та/або гормональних засобів), а також безрецептурних препаратів сорбційно-детоксикаційної дії і проводиться тільки за призначенням лікаря.

***Кератолітичні засоби.*** Ці препарати розм'якшують роговий шар шкіри, сприяють її швидкому відшаруванню разом з роговими пробками, що закупорюють устя залоз. Більшість препаратів цієї групи має також антибактеріальну активність, що сприяє підвищенню клінічної ефективності при лікуванні вугрів.

***Антимікробні засоби.*** Антибактеріальні препарати використовуються для зміни мікрофлори шкіри. Використання місцевих антимікробних засобів при лікуванні вугрів засноване на визнанні ролі в патогенезі вугрової хвороби пропіонобактеріі - Р. acnes. Пероральні антимікробні препарати можуть призначатися тільки лікарем.

***Препарати сорбційно-детоксикаційної дії.*** Виводять токсичні проміжні продукти обміну речовин і токсини бактерій, сприяють нормалізації функції печінки, сальних і потових залоз шкіри

***Фармацевтична опіка***

***при застосуванні препаратів для лікування вугрів***

* Вугрова хвороба потребує лікування вже на стадії висипання комедонів. Вчасно і правильно розпочате лікування дозволить запобігти перетворення комедонів в запальні елементи - папули, пустули і т. п.
* При появі акне у підлітка батькам слід заспокоїти дитину, пояснити йому, що вугри - виліковне захворювання, а лікування тим ефективніше, чим раніше воно розпочато.
* Слід налаштувати підлітка, що лікувальні заходи вимагають наполегливості і терпіння і триватимуть не менше 2-4 місяців.
* При лікуванні вугрів необхідно уникати надмірного впливу сонячних променів. Штучне ультрафіолетове опромінення, яке раніше рекомендувалося для лікування вугрів, в даний час не рекомендується через можливість стимулювання старіння шкіри, розвитку ракових пухлин.
* Усі лікувальні засоби і декоративна косметика повинні бути Некомедогенний і не мати жирної консистенції.
* При лікуванні вугрів ні в якому разі не можна видавлювати елементи вугрової висипки.
* Раціонально регулярно (але не частіше двох разів на день) користуватися антибактеріальними гелями для вмивання, що знижує накопичення жиру на поверхні шкіри і таким чином забезпечує симптоматичне полегшення стану.
* Угри, що супроводжуються загрозливими симптомами (див. вище), вимагають обов'язкового звернення до лікаря і лікування рецептурними препаратами.
* При лікуванні препаратами для зовнішнього застосування (насамперед кератолітиками - бензоїл пероксидом, третиноїном та ін.) у всіх випадках виникає період «уявного» первинного погіршення, що характеризується посиленням висипань, про який потрібно заздалегідь попередити пацієнта. «Уявне погіршення» може спостерігатися протягом перших двох тижнів лікування вугрів. Не рекомендується в цей період переривати або змінювати призначене лікування.
* На час «уявного погіршення» необхідно вжити заходів для зведення до мінімуму ризику розвитку подразнення шкіри. Ці заходи включають в себе: уникнення впливу сонячного світла після нанесення препаратів, миття гарячою водою безпосередньо перед нанесенням препарату, надмірного нанесення препарату, особливо на вологу шкіру. Препарати слід наносити на суху шкіру, щоб і запобігти відчуттю печії.
* При застосуванні препаратів бензоїл пероксиду, азелаінової кислоти та ретинолу може виникнути відчуття поколювання, при тривалому застосуванні - почервоніння або лущення шкіри. Дані прояви не є алергічною реакцією, а свідчать про дію препарату. Якщо реакція надмірна, слід зменшити частоту застосування препарату.
* При попаданні розчину бензоїл-пероксиду на одяг його слід відразу прополоскати щоб уникнути знебарвлення тканини.
* Третиноїн покращує ефект бензоїл-пероксиду при комбінованому чергується використанні третіноіна вранці, а бензоїл-пероксиду - ввечері.
* Під час лікування третиноїном, бензоїл-пероксидом і азелаїновою кислотою слід уникати перебування па сонце, так як ці препарати збільшують чутливість шкіри до ультрафіолетового опромінення.
* При лікуванні третиноїном часте умивання посилює місцевоподразнювальну дію препарату на шкіру.
* Курс лікування азелаїновою кислотою триває не менше 4-6 місяців.
* Місцеве застосування препаратів саліцилової кислоти не слід поєднувати з пероральним прийомом препаратів, що містять ацетилсаліцилову кислоту, та інших НПЗЗ.
* При тривалому застосуванні саліцилової кислоти можливо її всмоктування в загальний кровообіг і розвиток характерних для саліцилатів побічних ефектів: шум у вухах, запаморочення, болі в епігастрії, нудота.
* Резорцин може викликати знебарвлення шкіри у пацієнтів зі смаглявою шкірою.
* Калію гідрохінолін може викликати виражену сухість шкіри.
* Після застосування будь-яких препаратів для лікування вугрів слід ретельно вимити руки.
* Слід уникати потрапляння препаратів для лікування вугрів в очі.
* Загальні рекомендації:
* Утримувати шкіру в чистоті, але не зловживати частим миттям шкіри з милом (не частіше двох разів на день).
* Уникати надмірного впливу ультрафіолетових променів (не проводити багато часу на сонці).
* Правильно складати раціон харчування - включати достатню кількість вітаміну А і вітамінів групи В.
* Знизити споживання йодовмісних продуктів («дари моря», йодована сіль).
* Не видавлювати прищі і «чорні точки» самостійно - існує висока ймовірність вдавлення вмісту глибоко в шкіру, а не на поверхню, що призводить до нагноєння глибших тканин і утворення рубців.
* Не використовувати жирні креми, лосьйони, користуватися некомедогенною декоративною косметикою.

**IV. Опіки.**

Опіками називають ушкодження тканин, що виникають унаслідок дії термічних, фізичних і хімічних агентів.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при опіках**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Чи проводились заходи самодопомоги | ні | При термічних опіках необхідно після припинення дії термічного агента охолодити уражену ділянку (холодною водою, снігом тощо), вжити заходів для запобігання забруднення опікової поверхні і захисту її від інфікування;  При хімічних опіках уражену шкіру і слизові необхідно промити великою кількістю холодної води, а потім провести хімічну нейтралізацію відповідно до хімічних властивостей агента |
| так | Якщо опіки поверхневі і займають невеликі ділянки тіла, рекомендувати провести первинну обробку місця ураження і призначити лікарські засоби для симптоматичного лікування опіків.  Необхідно звернутись до лікаря, якщо опіки глибокі і займають значні ділянки тіла |
| 2 | Чи отриманий термічний або сонячний опік впродовж доби | так | При легкому ступені опіку після проведення первинних запобіжних заходів необхідно обробити уражену ділянку антисептичними засобами і нанести лікарські засоби ранозагоювальної і антибактеріальної дії для топічного застосування |
| ні | При легкому ступені опіку призначити лікарські засоби ранозагоювальної дії для топічного застосування; при ознаках погіршення стану (наявності гною, почервоніння і набряку прилеглих ділянок шкіри, підвищення температури тіла тощо) терміново звернутися до лікаря |
| 3 | Чи опік викликаний хімічним агентом | так | Необхідно звернутися до лікаря для надання допомоги і призначення лікування;  якщо неможливо звернутися до лікаря негайно, вжити заходи по усуненню і нейтралізації хімічного агента, що викликав опік |

**Класифікація опіків**

Розрізняють термічні, хімічні і радіаційні опіки, а також опіки електрострумом.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Термічні | Хімічні | Променеві | Електричні |
| Пара | Кислоти | Іонізуюче, | Електричний струм |
| Окріп | Солі металів | ультрафіолетове |  |
| Розплавлений метал | Луги | випромінювання |  |
| Полум'я |  |  |  |
| Розжарені предмети |  |  |  |

Термічні опіки виникають по-різному, в залежності від джерела тепла:

1) конвекція — дія гарячої пари або газу;

2) проведення — при прямому контакті з нагрітими предметами або гарячою рідиною;

3) радіація — дія теплового випромінювання, в основному інфрачервоною частиною спектра.

Так, при моментальній дії навіть дуже високих температур глибина ураження може бути невеликою. В той же час довготривалий контакт з відносно низькотемпературними агентами (гаряча вода, пара] нерідко супроводжується змертвінням не тільки шкіри, але й глибинних анатомічних структур. Інфрачервоні промені проникають у тканини на глибину до 5 мм, прогріваючи їх до 50-60 °С.

Згортання білка наступає при 60-70 °С. Епідермальні клітини гинуть при 44 °С протягом 6 год.

Морфологічні зміни тканин залежать від рівня їх прогрівання. Якщо воно не перевищує 60 °С, наступає вологий (колікваційний) некроз. При інтенсивнішому прогріванні тканин високотемпературними агентами тканини висушуються і розвивається сухий (коагуляційний) некроз.

Згубна дія електричного струму при його проходженні через тканини проявляєть­ся в електрохімічному і механічному ефектах. Ураження шкіри в місцях входу і виходу струму різні за формою й розміром залежно від характеру контакту із струмонесучими провідниками: від точкових «міток» струму до повного обвуглювання цілої кінцівки.

При проходженні електричного струму через тканини відбувається переміщення іонів у клітинах, настає коагуляція білків, утворюються гази і пара.

Хімічними опіками слід вважати тільки ураження речовинами, здатними за відносно короткий час призводити до змертвіння тканин. Таку здатність мають концентровані неорганічні кислоти, луги, солі важких металів.

Характеристика найбільш поширених опіків шкіри

При дії кислот настає коагуляція білків внаслідок іонізації карбоксильних груп, порушення пептидних зв'язків білкових молекул і розрив пептидних ланцюгів. Луги взаємодіють із жирами, омилюють їх.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Діючий агент | Площа ураження | Глибина ураження шкіри | Характеристика опіків |
| Полум'я, розжарені предмети | Обмежена | Глибокі опіки | Опіки носять нерівномір­ний і плямистий характер Утворюється сухий некроз |
| Окріп (гаряча пара) | Значна | Поверхневі опіки | Опіки носять рівномірний характер. Утворюється вологий некроз |
| Кислоти | Обмежена | Поверхневі опіки | Опіки носять рівномірний характер. Утворюється сухий струп |
| Луги | Обмежена | Глибокі опіки | Опіки носять рівномірний характер. Утворюється вологий струп |
| Електричний струм | Обмежені | Глибокі опіки | Міра і характер ураження залежать від кількості струму |

На цей час у нашій країні використовують чотириступеневу класифікацію опіків, прийняту на ХХVІІ Всесоюзному з'їзді хірургів у 1960 р.:

І ступінь — гіперемія шкіри;

ІІ ступінь — утворення пухирів;

ІІІ А ступінь — омертвіння поверхневих шарів шкіри;

ІІІ Б ступінь — омертвіння глибоких шарів шкіри;

ІV ступінь — омертвіння тканин, розміщених під шкірою.

І ступінь опіку — це омертвіння тільки епідермісу, характеризується почервонінням і набряком шкіри. Цю форму опіку зазвичай викликає ошпарювання кип'ятком або дія сонячних променів.

ІІ ступінь опіку — ураження епідермісу і частково коріуму, характеризується почервонінням шкіри, набряком її і утворенням невеликих пухирів, наповнених серозною рідиною; якщо пухир зняти, то будемо бачити вологий блискучий рожевий або червоний шар, високочутливий до зміни температури, руху повітря і легкого дотику.

При опіку ІІІ А ступеня частіше спостерігаються великі, напружені або розкриті пухирі. Вміст пухиря рідинний або желеподібний насичено-жовтого кольору. При руйнуванні пухиря бачимо дно опікової рани рожевого кольору, вологе, больо­ва чутливість при подразненні голкою збережена або дещо знижена. Цей ступінь може розвинутись при ураженні струмом. Уражене місце на вигляд біло-воскового, світло-жовтого або коричневого кольору.

Уражена шкіра при цьому досить м'яка і еластична. Поверхня опіку хоч і чутлива до надавлювання, але малочутлива до легкого дотику або поколювання.

Опік ІІІ Б ступеня характеризується наявністю пухирів з явно геморагічним вмістом. Якщо пухир розкритий, то дно його сухе, мутне, крапчате, з окремими білими плямами або повністю біле, іноді з мармуровим малюнком.

Больова чутливість різко знижена або повністю відсутня. Якщо є опіковий струм, то він більш темний, жовтого, сірого або всіх відтінків коричневого кольору.

При опіку ІV ступеня наявний коричневий або чорний різної товщини і щільності опіковий струп, крізь який можуть проглядати тромбовані кровоносні судини. При такому ступені опіку щільний некротичний струп, особливо розміщений циркулярно на кінцівках або грудній клітці, часто призводить до здавлення глибинних набряклих тканин.

В оцінці важкості ушкодження, крім глибини опіку, важливе значення має ви­значення його площі, яка виражається в процентах до загальної поверхні тіла. З цією метою використовують правило дев'яток, згідно з яким площа голови і шиї і кожної верхньої кінцівки рівна 9 %, передня, задня поверхня тулуба і кожна нижня кінцівка — 18 %, промежина — 1 %. Площа долоні у дорослої людини складає приблизно 1 % від загальної поверхні тіла, тому для швидкого визначення площі опіку використовують паперовий шаблон, який відповідає кисті хворого.

Для документації і підрахунку площі опіку найчастіше використовують схему Вілявіна. На зображенні силуету людини контури опіку наносяться на схему різнокольоровими олівцями.

І ступінь позначують жовтим кольором, ІІ ступінь — червоним, ІІІ А ступінь — синіми смужками, ІІІ Б ступінь - повністю синім, ІV ступінь — чорним.

При обмежених опіках загальна реакція на травму мало виражена, тоді як глибокі і великі опіки шкіри, а також слизових оболонок органів дихання викликають цілий ряд патологічних змін в організмі і проявляються картиною опікової хвороби. По класифікації, прийнятій в нашій країні, розрізняють 4 періоди перебігу опікової хвороби.

1. період — опіковий шок. Виникає при наявності глибоких опіків на площі 15­20 % поверхні тіла, особливо при одночасному опіку органів дихання. Тривалість його до 2 діб.
2. період — гостра опікова токсемія, триває 8-12 діб.
3. період — септикотоксемія, залежить від важкості опіку, ускладнень, які приєдналися, і характеру лікувальних заходів, може тривати від 2-3 тижнів до 2-3 місяців. При недостатньому активному і адекватному лікуванні в цей період може розвиватися опікове виснаження, яке потребує максимум зусиль для його корекції.
4. період — реконвалесценція.

При наданні першої допомоги потерпілим важливе значення має якомога швидша нейтралізація дії теплового агента.

Винести хворого з вогню, погасити палаючий одяг ковдрою або водою, швидко зрізати залишки одягу. Якщо є можливість, підшкірно ввести знеболювальні (промедол). В перші 15-20 хв. для зняття болю і охолодження опікової поверхні ефективніший холод (сніг, лід, струмінь холодної води, рушник або простирадло, змочені холодною водою). Але при опіках понад 15-20 % надмірне охолодження небезпечне з огляду на можливість фібриляції шлуночків серця.

При термохімічних опіках (гарячий бітум) змиваємо бензином або керосином. На хімічний опік кислотою накладають примочку із розчину лугу (питна сода).

Постраждалого потрібно напоїти соляно-лужною сумішшю (на 1 л води 1 ч.л. солі + % ч.л. соди). Хворі з опіками до 10 %, при задовільному стані і можливості пересуватися самостійно, направляються у травмпункт або поліклініку.

Показаннями до стаціонарного лікування є:

* + - 1. опіки І—II ступенів більше 10 % тіла, а також глибокі опіки;
      2. опіки органів дихання, обличчя і шиї;
      3. опіки кисті, стопи, великих суглобів, промежини;
      4. опіки, які поєднуються з іншими видами пошкоджень, а також які виникають на фоні супутніх захворювань серцево-судинної, дихальної та ін.

Розрізняють три ступені опікового шоку:

* + - * 1. ступінь — легкий опіковий шок.
        2. ступінь — важкий.
        3. ступінь — вкрай важкий.

Легкий опіковий шок розвивається у дорослих при загальній площі опіку не більше 20 % поверхні тіла, із них глибоких опіків не більше 10 %. У дітей залежно від віку, легкий ступінь може розвинутися при меншій площі опіку.

Загальний стан хворих середньої важкості, свідомість ясна, хворі спокійні. Шкіра бліда, може бути м'язовий тремор, іноді трясовиця. Пульс доброго наповнення, 90-100 за хв., ритмічний, АТ нормальний. Температура тіла нормальна або субфебрильна.

Тяжкий опіковий шок виникає при загальній площі опіку до 40 %, із них глибокі опіки до 20 %. Стан хворих важкий. Свідомість збережена, скарги на біль в місці опіку. Протягом 1-2 годин відзначається збудження, тривога, яка потім змінюється загальмованістю. Температура тіла нормальна або понижена. Відзначається озноб, посмикування м'язів. Хворі відчувають спрагу. Здорова шкіра бліда, суха, холодна. Характерна синюшність губ, вушних раковин, периферичних відділів кінцівок. Пульс частий 100-120 за хв., АТ знижується. Дихання прискорене. Буває нудота, блювота. Порушується функція нирок. На 20-30 % знижується ОЦК. Ознаки порушення обмінних процесів у міокарді. Зростає питома вага сечі, відзначаються гематурія, альбумінурія.

Вкрай тяжкий опіковий шок розвивається при загальній площі опіку 60 % і наявності глибокого опіку більше 40 %. Загальний стан хворих вкрай важкий. Свідомість сплутана, різко пригнічені функції всіх органів і систем. Шкіра холодна, бліда, мармурова. Пульс частий, слабкого наповнення, іноді не прощупується. АТ падає. Температура тіла нормальна або понижена. Виражена задишка і ціа­ноз. Гемоглобін крові 200-240 г/л, гематокрит 60-70 %, еритроцити 7-7,5-1012/л. Виражена спрага, часта блювота, парез кишечнику. Виражений ацидоз.

Протишокову терапію починають із введення обезболюючих засобів у поєднанні з антигістамінними (1 мл 2 % промедолу + 1 мл 1 % димедролу). В умовах стаціонару хворому вводиться три постійні катетери — один у сечовий міхур для контролю діурезу, інший — в одну із центральних вен для інфузійної терапії та контролю ЦВТ, і третій — через ніс для подачі зволоженого кисню.

Для боротьби з гіповолемією використовують препарати крові (плазма, альбумін, протеїн), а також синтетичні колоїди. Для корекції водно-сольового обміну призначають розчин Рінгера - Локка.

Розрахунок інфузії кристалоїдів і колоїдів — 2 мл кристалоїдів і 1 мл колоїдів на 1 % опіків і 1 кг маси тіла. Адекватність проведеної терапії визначають за діурезом та ЦВТ, а також за рівнем натрію в крові. Після відновлення об'єму циркулюючої крові призначають осмотичні діуретики(манітол, сечовину).

Хворим дають пити гарячий міцний чай, каву, рекомендується вживати соляно - лужну суміш. Для профілактики набряку легень вводять внутрішньовенно 2,0 % р-н еуфіліну; 0,5 мл 0,06 % р-ну корглікону, 10 мл 10 % р-ну кальцію хлориду.

Із гормональних препаратів призначають по 50-100 мг гідрокортизону 2-3 рази в день.

Період опікового шоку у тяжкохворих триває 2-3 доби. І настає період опікової токсемії, через всмоктування із зони опіку токсичних речовин. Триває період токсемії від 2-4 діб до 10-15. Кінець цього періоду співпадає із вираженим нагноєн­ням опікових ран. Характерна для періоду токсемії лихоманка 38-39 °С без ранкових ремісій. Тривалість лихоманки залежить від глибини ураження.

У хворих із опіками ІІІ Б — ІV ступеня відзначається і третій період опікової хвороби — септикотоксемія. Оскільки ці періоди опікової хвороби характеризуються анемією, втратою організмом білка та циркуляцією в крові великої кількості токсинів, лікування направлене на ліквідацію цих ускладнень.

Переливання крові проводять 2-3 рази на тиждень по 500 мл, а також переливають плазму, розчини альбуміну, протеїну, неогемодезу, серотрансфузин, білкові гідролізати. Призначається також антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламідні препарати).

Після виведення хворого з шоку, під знеболенням наркотичними анальгетика­ми або загальним наркозом приступають до обробки опікових ран. Тампонами, змоченими антисептичними розчинами, обмивають від забруднення шкіру навколо опіку, очищену шкіру обробляють спиртом. З опікової поверхні видаляють сторонні тіла і відшаровують епідерміс. Напружені великі пухирі надрізають і випускають їх вміст. Дуже забрудненні ділянки опіку очищають марлевими шариками із 3 % розчином перекису водню або орошають розчинами антисептиків. Надалі лікування визначається динамікою загоєння опікової рани, закритим або відкритим методом.

Місцеве лікування опіків ІІІ А ступеня перші 7-8 днів потребує накладення волого-висихаючих пов'язок із розчинами антисептиків (0,02 % фурациліну, 0,1 % риванолу, 3-5 % борної кислоти). Після очищення рани від змертвілих тканин переходять до мазевих пов'язок. Якщо епітелізація затягується, назначають стимулятори регенеративних процесів (алое, склоподібне тіло, вітаміни, протеолітичні ферменти, фізпроцедури. Зрідка виникає необхідність оперативного відновлення шкірних покривів.

При глибоких опіках ІІІ Б — ІV ступеня всі дії направлені на найшвидше відшарування некротичних тканин і підготовку рани до оперативного відновлення шкірних покривів.

Оперативне лікування глибоких опіків має на меті швидке загоєння рани, а також ставить косметичну і реконструктивну мету. Найдоцільніша наступна класифікація методів шкірної пластики.

Вільна пересадка шкіри:

пластика розщепленим шкірним трансплантатом;

пластика повношаровими шкірними трансплантатами;

Невільна пересадка шкіри:

пластика шкірно-жировими клаптями, викроєними у безпосередньо біля рани;

пластика шкірно-жировими клаптями, викроєними щонайдалі від рани.

Дерматомнааутопластика широко застосовується для відновлення шкіри при глибоких опіках будь якої локалізації. Вільні шкірні аутотрансплантати приживлюють на будь-яке ложе, дно і краї якого представляє життєздатна тканина, в тому числі й кісткова.

***«Загрозливі»*** симптоми при опіках, що вимагають обов'язкового втручання лікаря

При термічному або хімічному опіках:

* Опіки III А, III Б, IV ступеня.
* Утворення пухирів більше 5 см у діаметрі на великій ділянці шкіри.
* Поверхневі опіки більше 10 % поверхні тіла.
* Ознаки опікового шоку — озноб, нудота, блювання, зміна АТ.
* Будь-які опіки у дітей.
* Хімічний опік глотки, гортані, стравоходу, очей

**Засоби для нейтралізації хімічного агента, що викликав опік**

|  |  |
| --- | --- |
| Хімічний агент | Нейтралізуючий засіб і спосіб його застосування |
| Азотна,хлористоводнева, фтористоводнева кислоти | Примочки з 3 % розчином натрію гідрокарбонату |
| Карболова кислота | Пов'язки з вапняним молоком або гліцерином |
| Луги | Пов'язки і/або примочки зі слабкими кислотами (1-3 % розчин оцтової або лимонної кислоти) |
| Вапно | Примочки з 20 % розчином глюкози (цукру) |
| Фосфор | Пов'язка з 5 % розчином міді сульфату (мідного купоросу) |
| Алюмінійорганічні сполуки | Видаляти тампоном, змоченим бензином або спиртом. При промиванні водою можливий спалах! |
| Солі важких металів | Пов'язки з 3-5 % розчином натрію гідрокарбонату |

***При сонячному опіку:***

* Порушення свідомості.
* Сухість у роті, зниження або відсутність сечовиділення.
* Підвищення температури тіла вище 39,0 °С.
* Утворення міхурів більше 5 см в діаметрі на великих ділянках шкіри.
* Сильний біль у місці опіку.

Фармацевтична опіка при лікуванні термічних опіків

* Будь-які опіки у дітей до 1 року вимагають консультації лікаря.
* Недопустимо самостійно розкривати міхурі, оскільки підвищується ризик приєднання інфекції і відбувається гальмування регенерації.
* При сонячних опіках необхідне рясне пиття.
* При лікуванні опіків по можливості не слід користуватися лікарськими препаратами, що містять місцеві анестетики, оскільки вони можуть гальмувати загоєння і викликати алергічну реакцію.
* Обпалену ділянку необхідно оберігати від дії високої температури, сонця.
* При лікуванні опіків перевагу віддають препаратам, що містять декспантенол. При застосуванні актовегіну, солкосерилу можуть спостерігатися локальні больові відчуття, які не вимагають відміни препарату.
* В окремих випадках при застосуванні декспантенолу можуть спостерігатися шкірно-алергійні реакції.
* Засоби для нейтралізації хімічного агента, що викликав опік
* При застосуванні метилурацилової мазі, мазіетонію можуть спостерігаються шкірно-алергійні реакції.

**Фармацевтична опіка при лікуванні хімічних опіків**

* Промивання опікової поверхні водою слід проводити не менше 10-15 хвилин, а якщо допомогу розпочато із запізненням — не менше 1 години.
* При хімічних опіках категорично протипоказане накладення жирових пов'язок або мазей на жировій основі — агресивна речовина може виявитися жиророзчинною, що прискорить і підсилить її дію і може спричинити системне токсичне ураження.
* Якщо опік викликаний органічними сполуками алюмінію, слід промивати уражену ділянку етиловим спиртом або бензином — при змиванні водою можливе займання.
* Якщо опік викликаний сірчаною кислотою, промивати водою не можна — при взаємодії з водою виділяється тепло і посилюється опік.
* При опіках фосфором його остаточне видалення з ураженої поверхні слід проводити в темному приміщенні, оскільки на світлі частинок фосфору не видно.

1. **Відмороження**

Відмороження — це місцеве ушкодження тканин, викликане дією на них низьких температур. Місцеві та загальні зміни в організмі при відмороженнях зумовлені спазмом периферичних судин, що є компенсаторною реакцією, спрямованою на зменшення теплової віддачі та підтримання оптимальної температури тіла. При тривалій дії холодового агента цей механізм компенсації швидко виснажується, що супроводжується формуванням внутрішньосудинного тромбозу, нервово-трофічним та обмінними порушеннями в тканинах і в кінцевому результаті — розвитком у них некротичних змін.

Залежно від умов, при яких виникає вражаюча дія холоду, відмороження поділяють на 3 види:

* 1. Відмороження, які виникають при температурі нижче 0°, що характеризується переважним ураженням пальців кінцівок, носа, щік, підборіддя, носа.
  2. Відмороження, які виникають при температурі вище 0° в результаті тривалої дії низької температури в поєднанні з високою вологістю.
  3. Відмороження контактного характеру, які виникають при притисненні до сильно охолоджених металевих предметів.

Залежно від глибини ураження тканин виділяють 4 ступені відмороження:

* + 1. ступінь — уражується тільки поверхневий шар епідермісу з оборотними по­рушеннями кровообігу. Виникає при нетривалій дії холоду. Спостерігається блідість шкіри, зниження чутливості на невеликий біль. При подальшому охолоджен­ні шкіра повністю втрачає чутливість. Після відігрівання уражені ділянки шкіри червоніють і відзначається припухлість, з'являються пекучий біль та свербіж.
    2. ступінь — уражується як епідерміс, так і розташовані під ним шари шкіри - різко бліда шкіра при відігріванні стає багряно-синюшною, на ділянках відмороження та біля нього виникають набряк та пухирі, заповнені світлою або кров'янистою рідиною. Біля пухирів шкіра темно-синюшна з багряними або фіолетовими плямами.
    3. ступінь — некроз шкіри на всю її глибину. При цьому спостерігається виражений набряк оточуючих тканин, темно-багряні пухирі, які містять геморагічну рідину; в тканинах утворюються кристали льоду. Це спостерігається при тривалому охолодженні та низьких температурах.
    4. ступінь — спостерігається така ж картина відмороження, що і при третьому ступені, але проходить відмороження не тільки м'яких тканин, але й кісток. Закінчується відторгненням ураженої частини тіла.

**«Загрозливі»** симптоми при відмороженнях, які потребують обов'язкового втручання лікаря

* Біль, який не зменшується при відігріванні.
* Набряклість відморожених частин тіла.
* Поколювання або печіння шкіри.
* Ціанотичний колір шкіри (після зміни від білого до червоного).
* Утворення пухирів.
* Загальні розлади: тремтіння, невиразна мова, втрата пам'яті.

Лікування

При відмороженнях лікування полягає в максимально швидкому відігріванні уражених холодом ділянок шкіри з метою відновлення кровообігу в цих зонах.

Кращим методом зігрівання тканин при відмороженнях є занурення уражених частин тіла в воду при температурі 0...+4 °С до парестезій (відновлення чутливості), а далі підвищувати температуру води на 1-2 градуси кожні 15-20 хвилин до 35-36 градусів. Після цього відморожену частину тіла слід акуратно висушити, накласти асептичну пов'язку та покрити теплим одягом. Під час зігрівання уражених ділянок може з'явитися сильний біль. У цьому випадку можна прийняти анальгетики (парацетамол, аспірин).

Замерзання спостерігається при тривалому перебуванні людини при температурі нижче 14 градусів у стані порушеної терморегуляції (алкогольне сп'яніння, отруєння). Розрізняють 4 стадії загального охолодження:

* 1. ступінь — свідомість дещо сплутана, хворий збуджений, скаржиться на озноб, біль у кінчиках пальців.
  2. ступінь — хворий апатичний, свідомість пригнічена (сопор), рефлекси послаблені, відзначається ригідність м'язів.
  3. ступінь — свідомість відсутня, зіниці розширені, реакція їх на світло в'яла, пульс ниткоподібний, частота дихання та серцебиття різко знижені, шкіра стає синюшною.
  4. ступінь — зіниці широкі, на світло не реагують, пульс визначається тільки на сонній артерії.

Невідкладна допомога при переохолодженні:

* помістити в тепле приміщення, укрити, обкласти теплими грілками, напоїти
* гарячим чаєм.
* ушкоджені кінцівки занурити у воду при температурі 0...+4 °С до парестезій, а далі підвищувати температуру на 1-2 градуси кожні 15-20 хвилин до температури 35-36 градусів;
* при III та IV стадіях — терміново у стаціонар.

Фармацевтична опіка при лікуванні відморожень

* У жодному випадку не слід розтирати відморожену ділянку снігом — дрібні кристали льоду травмують шкіру, а бруд, що міститься в снігу, сприяє інфікуванню.
* Не слід занурювати відморожені ділянки тіла в холодну воду.
* При зігріванні слід стежити, щоб відморожена тканина не була пошкоджена додатково.
* Якщо відмороження відбулося у дитини, слід обов'язково показати її лікареві.

**VI. Грибкові захворювання шкіри**

Мікози загальна назва групи інфекційних захворювань шкіри, в етіології яких вирішальне значення має різноманітна грибкова флора. Не менше 30% працездатного населення України мають грибкові захворювання, в деяких соціальних групах (військовослужбовці, спортсмени, шахтарі) мікози стоп виявляється З частотою від 20 до 50%. На сучасному етапі відзначається тенденція до зростання захворюваності грибковою інфекцією, відбуваються значні зміни в клінічній картині і перебігу хвороб, видовому складі збудників, розвивається стійкість до раніше ефективним засобам терапії.

Частота грибкових інфекцій підвищується з ряду причин:

* широке застосування антибактеріальних препаратів широкого спектру дії імунодепресантів та інших засобів, що знижують здатність сапрофітної флори людини перешкоджати надмірного росту патогенних грибів;
* збільшення кількості хворих з імунодефіцитними станами, зумовленими вродженими чи набутими порушеннями імунітету на тлі екологічних та інших екзогенних впливів;
* еволюція патогенних і умовно-патогенних грибів;
* міграція великих груп населення;
* недостатність медичної допомоги, особливо епідеміологічного контролю.

Ураження грибками має загальнотоксичний і сенсибілізуючий вплив на організм, призводить до розвитку алергічних захворювань, погіршує перебіг хронічних процесів. Тривало існуючі мікози стоп сприяють підвищенню в 2-3 рази частоти екзематозних ускладнень, лікарської непереносимості, бактеріальних ускладнень, включаючи бешихоподібне запалення з його тяжкими наслідками. Мікотична інфекція є маркером різних імунодефіцитних станів, у тому числі ВІЛ-інфекції, цукрового діабету, пухлинної патології та інш.

Основну роль в етіології грибкових захворювань шкіри грають три групи збудників:

* дерматофіти (гриби пологів Trichophyton - T. mentagrophytes, T. rubrum, T. violaceum, та ін, Microsporum - M. cam's, M. ferrugineum і інш., Epidermophyton - E. floccosum, E. inguinale);
* дріжджоподібні гриби роду Сапdida (С. albicans, С. tropicalis і т. д.);
* цвілі (гриби пологів Fusarium, Aspergillius, Alternaria і т. п.).

Джерела зараження: хвора людина, тварина (зазвичай кошенята, цуценята) або грунт.

Шляхи передачі збудника: прямий і непрямий контакт з хворими і різними предметами, інфікованими грибками.

Ендогенні та екзогенні фактори, що сприяють виникненню мікозів:

* вік;
* механічне пошкодження шкіри і слизових оболонок;
* деякі анатомічні дефекти: порушення периферичного кровообігу, обміну речовин і гормонального статусу;
* загальні важкі захворювання;
* дисбактеріоз;
* підвищена пітливість;
* лікування кортикостероїдами, цитостатиками, антибіотиками;
* носіння закритого взуття;
* підвищена вологість і температура;
* контакт з джерелами інфекції під час роботи.

Найбільш частими є мікози, обумовлені дерматофітами (дерматофітії або дерматомікози), рідше зустрічаються мікози, що викликаються дріжджоподібними (кандидози) і пліснявими грибами (чорна пьедра, чорний лишай та ін.)

Дерматофітії залежно від переважного ураження шкіри, волосся або нігтів підрозділяють на епідермомікози, трихомікози і оніхомікози.

До епідермомікозів належать такі грибкові ураження шкіри:

* дерматофітія обличчя - ушкоджується шкіра обличчя у вигляді плями або бляшки рожевого або червоного кольору, будь-якого розміру з чіткими межами, піднятими краями, дозволом в центрі і слабо вираженим лущенням;
* дерматофітія тулуба - дрібні або великі еритематозні бляшки, які лущаться, з пухирцями і гнойничками по периферії розташовуються на будь-якій ділянці шкіри (за винятком стоп, кистей і пахової області). Периферичний зростання елементів і дозвіл висипань в центрі призводять до утворення дуг і концентричних кілець;
* пахова дерматофітія характеризується наявністю великих червонуватих або буруватих бляшок, які лущаться, дугоподібної, поліциклічної форми, які захоплюють внутрішні поверхні шкіри стегон, лобкову та пахову області. Краї бляшок чіткі і підняті, з вузликами і гнойничками;
* дерматофітія стоп має кілька клінічних різновидів. Запальний процес може локалізуватися між пальцями стоп, шкіра мацерована, утворюються болючі тріщини, ерозії. У разі поширення процесу на шкіру зводу стопи на еритематозно-набряковому тлі формуються поверхневі або достатньо глибоко розташовані пухирці (ізольовані або багатокамерні), що містять прозору рідину. Після розтину везикул або пустул утворюються ерозії з нерівними краями. При підошовній дерматофітії на шкірі підошви або бічних поверхонь стопи виникає еритема з чіткими межами і дрібними вузликами по краях, на поверхні - муковиднее лущення, зроговіння;
* дерматофітія кистей часто поєднується з дерматофітіях стоп, пахової дерматофітіях і супроводжується сверблячкою. Нерідко буває уражена тільки одна рука. На долонній поверхні кисті виникають вузлики, пухирці, які розкриваються з утворенням ерозій або розвивається рівномірний зроговіння долонь з помітним лущенням в складках.

Трихомікози залежно від локалізації поділяють на дерматофітію волосистої частини голови, дерматофітію бороди та вусів.

Дерматофітію волосистої частини голови викликають дві групи збудників: гриби-ектотрікси, що вражають зовнішню частину волосся (Microsporumspp.) і гриби-ендотрікси, що вражають мозкову і кіркова речовину стрижня волосся (Trichophytonspp). При ураженні волосся грибами-ектотріксами на волосистій частині голови з'являються місця облисіння, покриті лусочками і схожі па сірі плями. Волосся стає крихкими і обламуються трохи вище рівня шкіри. Дрібні вогнища зливаються в більші, запальна реакція шкіри у вогнищах виражена незначно. При тріхомікозах, що викликаються грибами-ендотріксами, розрізняють кілька клінічних форм. При чорнокрапковійдерматофітії на волосистій частині голови з'являються вогнища, що не мають чітких меж і тенденції до злиття. Шкіра вогнищ злегка гіперемована та набрякла, покрита лусочками сірувато-білого кольору. Пошкоджене волосся обламується на рівні 2-3 мм від поверхні шкіри або у самого кореня (має вигляд чорних крапок). У випадку керіону розвиваються болючі вузли або бляшки, м'які на дотик, з отворів волосяних фолікулів, з яких, виділяється гній. Уражене волосся не ламається, а розхитується та випадає. Після загоєння виникає рубцева алопеція. При фавусі виникають скутули - товсті, спаяні з шкірою жовті кірки блюдцеподібної форми, з яких стирчить решта волосся. Характерний неприємний «мишачий» запах. У результаті процесу - атрофія шкіри, рубцева алопеція.

При дерматофітії бороди та вусів з'являються запалені вузлики або гнійнички навколо устя волосяних фолікулів, які можуть зливатися з утворенням бляшок. Уражені волосся розхитані, легко видаляються пінцетом чи обламуються на рівні шкіри.

**Оніхомікоз** - ураження нігтів кистей і стоп, викликають не тільки дерматофіти, але й дріжджові і цвілеві гриби. Нігті на ногах страждають набагато частіше, ніж на руках, «улюблена» локалізація - великі пальці і мізинці стоп. Розрізняють декілька варіантів оніхомікозу залежно від місця проникнення збудника.

При дистально-латеральному оніхомікозі біляста пляма з чіткими межами примикає до вільного або бічному краю нігтьової пластинки. З часом пляма набуває жовтий, коричневий або чорний відтінок, ніготь втрачає прозорість, потовщується і підводиться або відділяється від нігтьового ложа, тріскається, кришиться.

Білий поверхневий оніхомікоз представлений молочно-білою плямою в проксимальної частини нігтьової пластинки, яке росте і може привести до руйнування нігтя. При проксимальному піднігтьові оніхомікозі біла пляма з'являється з-під нігтьового валика, поступово заповнює луночку і рухається в дистальному напрямку, захоплюючи майже всю внутрішню поверхню нігтьової пластинки.

***Кандидоз***- захворювання шкіри, слизових оболонок, нігтів і внутрішніх органів, обумовлене грибами роду Саndida, що відносяться до умовно-патогенних мікроорганізмів. Найчастіше зустрічаються поверхневі форми кандидозу шкіри та слизових оболонок порожнини рота і статевих органів (ураження великих складок і міжпальцьових проміжків, оніхії та пароніхії, кандидоз ротової порожнини, кандидоз кутів ротової порожнини, зовнішніх статевих органів - вульво-вагініт у жінок, баланіт і баланопостит у чоловіків).

Кандидоз складок починається з появи дрібних пухирців з тонкою покришкою, незабаром після їх розтину утворюються ерозії, швидко збільшуються в розмірах. Ерозивні ділянки малинового кольору з фіолетовим відтінком, їх волога поверхня має лакований блиск. Ерозія та мацерація обмежуються, як правило, поверхнями складок, що стикаються одна з іншою. На прилеглій, до основних вогнищ, шкірі майже завжди можна виявити в тому чи іншому кількості «відсіви» у вигляді дрібних пухирців, гнійників. Найчастіше вражаються міжпальцьові складки кистей, зазвичай на правій руці. У жінок кандидозмежсідничної та пахово-стегнової складок часто поєднується з ураженням геніталій, супроводжується болісною сверблячкою.

Кандидоз нігтів починається з кандидозноїпароніхії, частіше кистей. Нігтьові валики стають болючими, набряклими, гіперемованими. З часом нігтьова пластинка втрачає прозорість, стає білою, жовтою або чорною, на ній з'являються поперечні борозни.

***Різнобарвний лишай*** (малосезіоз шкіри) - поверхневе, хронічно рецидивуюче захворювання шкіри та її придатків, обумовлене дріжджоподібними грибами роду Malassezia. (M. furfur)

Клінічні прояви маласезіоза шкіри різноманітні і залежать не стільки від виду гриба, стільки від реакції організму хворого. «Улюбленими» місцями локалізації висипань є шкіра верхньої частини грудей і спини, рідше - шиї, плечей та живота. Часто прояви мікозу визначаються на волосистій частині голови, особливо у дітей, але волосся при цьому не уражаються. Розвиток типової форми різнобарвного лишаю починається з появи на шкірі незапальних, різко обмежених, круглої і неправильної форми плям, розміром з шпилькову головку, їх колір варіює від жовтувато-рожевого до світло-і темно-коричневого. На поверхні висипань визначається дрібне, мучнисте лущення, легко викликається пошкрябуванням. Поступово плями збільшуються в розмірах, зливаються, утворюють фестончаті вогнища розміром до 2 см і більше в діаметрі.

Захворювання може тривати роками, нерідко рецидивує після лікування. Суб'єктивні відчуття зазвичай відсутні. Після сонячної засмаги висипання швидко зникають, шкіра на їх місцях не пігментує, на ній з'являються білі плями.

Вирішальне значення в діагностиці мікозів, викликаних дерматофітами та дріжджоподібними грибами, мають мікроскопічне або культуральне дослідження збудників з вогнищ ураження, при необхідності використовуються люмінесцентний і гістологічний методи.

**«Загрозливими»** симптомами, які вимагають обов'язкового звернення пацієнта до лікаря, при мікозах є:

* поява пухирців на шкірі стоп з гнійним вмістом, лимфангоіту та лімфаденіту, підвищення температури тіла;
* поява вогнищ облисіння на волосистій частині
* голови, особливо у дітей;
* поява свербежу, висипань (плям, пухирців, вузликів) на шкірі як у безпосередній близькості від вогнища, так і віддалених від нього;
* поразка нігтьових пластин кистей або стоп.

Загальні рекомендації для пацієнтів з грибковими інфекціями шкіри

Зважаючи на контагіозність захворювань грибкової етіології, при появі змін на гладкій шкірі, волосистій частині голови, нігтях, слід застосовувати заходи, які знижують ймовірність передачі інфекції:

* відмовитися від відвідування громадських лазень, сауни, плавального басейну, спортивного залу, перукарні;
* при наявності в сім'ї хворого мікозом не слід користуватися загальним взуттям;
* у ванній кімнаті доцільно користуватися гумовим килимком, який слід дезінфікувати після кожного миття;
* необхідно провести дезінфекцію взуття хворого
* мікозів стоп і оніхомікозів.

**Загальні підходи до лікування грибкової інфекції**

Лікування має бути комплексним і включати використання етіотропних засобів: фунгістатичних (пригнічують життєдіяльність грибків) і фунгіцидних (знищують грибки); усунення факторів, що сприяють розвитку мікозів або виникають у процесі перебігу хвороби (патогенетична терапія), а також препаратів, що впливають на об'єктивні і суб'єктивні симптоми захворювання (симптоматична терапія). Лікування проводиться тільки після лабораторного підтвердження діагнозу і за призначенням лікаря.

Протигрибкові засоби використовуються для загального і зовнішнього лікування мікозів. Показаннями для призначення системних антимікотиків є Тріхомікози , оніхомікози, епідермомікози при великому ураженні, значною запальної реакції, неефективності засобів зовнішньої терапії.

Протигрибкові препарати для зовнішнього застосування рекомендуються тільки при ураженні гладкої шкіри, деякі з них застосовуються для лікування оніхомікозу (лак, набір для нігтів). До переваг зовнішньої терапії відносяться безпосередній вплив на область поразки, мінімізація побічних ефектів, а також можливість застосування у пацієнтів, яким протипоказана системна терапія.

**Фармацевтична опіка при застосуванні протигрибкових препаратів місцевої дії**

* Лікування навіть безрецептурними зовнішніми засобами протигрибкової дії можливо тільки після встановлення діагнозу лікарем і під його наглядом.
* Найбільш часто для лікування використовують азольні сполуки. Застосовувати препарати необхідно в точній відповідності з інструкцією. Препарати наносять на вогнище ураження і навколишнє шкіру (захоплюючи не менше 2 см), застосовують зазвичай 1-2 рази на добу протягом 2-4 тижнів. Після зникнення симптомів лікування продовжують ще протягом 1 тижня.
* Після закінчення протигрибкової терапії необхідно проводити протирецидивне лікування, яке полягає в обтиранні шкіри протягом 1 місяця 2% саліциловим спиртом і припорошуванні 10% борної пудрою, пудроютолміцетіна, батрафен.
* При вираженої запальної реакції шкіри у вогнищах ураження слід віддавати перевагу препаратам протигрибкової дії в комбінації з кортикостероїдами, при приєднанні, піококової інфекції - в комбінації з антибіотиками.
* Ефективність зовнішнього лікування мікозів стоп залежить не тільки від вибору лікарського препарату, а й від правильного послідовного застосування різних лікарських форм відповідно до характеру запальної реакції.
* При використанні препаратів цієї групи можливі шкірні реакції (свербіж, почервоніння шкіри, лущення), які зазвичай самостійно проходять. При стійких зміни шкіри слід звернутися до лікаря, так як це може свідчити про непереносимість активного або допоміжних компонентів препарату.
* Лікарські засоби для зовнішнього лікування призначаються вагітним і годуючим жінкам за суворими показаннями.
* Препарати антимікотичної дії для зовнішнього лікування практично не володіють системною дією.
* Раціон харчування хворого мікозом повинен містити достатню кількість вітамінів С, А, групи В.

**VII. Себорея та лупа**

Себорея - патологічний стан, пов'язаний з дисфункцією сальних залоз і зміною хімічного складу їх секрету (шкірного сала). Себорея та асоційовані з нею захворювання шкіри, волосся є однією з актуальних проблем у зв'язку з широкою поширеністю в популяції (4-7% населення), високою питомою вагою серед дерматозів (10-12%), складністю механізму розвитку і недостатньою ефективністю терапії.

Секрет сальних залоз (тригліцериди, фосфоліпіди, холестерол, сквален та ін), змішуючись з ліпідами епідермісу, є частиною водно-ліпідної мантії, яка оберігає шкіру від висихання, шкідливого впливу навколишнього середовища, інфекції, забезпечує еластичність шкіри.

Перші ознаки себореї можуть з'явитися в ранньому дитинстві у вигляді себорейного дерматиту, однак найчастіше вони виникають в період статевого дозрівання при гіперсекреції сальних залоз на тлі вікової гормональної перебудови організму в результаті порушення фізіологічної рівноваги між естрогенами та андрогенами при збільшенні чоловічих статевих гормонів. У похилому і старечому віці сальна секреція значно зменшується.

При себореї відбуваються такі процеси:

* гіперплазія сальних залоз і гіперпродукція шкірного сала, посилене зроговіння вивідних проток;
* зміна складу шкірного сала в основному за рахунок збільшення вмісту в ньому вільних жирних кислот, що мають подразнюючу та комедогенну дію;
* зниження бактерицидних властивостей шкірного сала створює умови для розмноження мікрофлори і трансформації сапрофітних мікроорганізмів в патогенні.

**Себорея є причинним фактором або фоном для розвитку:**

* лупи;
* вугрової хвороби;
* себорейного дерматиту;
* деяких форм випадіння волосся;
* розацеа (рожеві вугри).
* Факторами, що сприяють розвитку себореї, є:
* генетична схильність;
* стать і вік (частіше хворіють чоловіки 14-25 років);
* розлади функціональної активності ендокринних залоз гіпоталамуса, гіпофіза, надниркових залоз, щитовидної і статевих залоз;
* стреси та перевтома, захворювання нервової системи (епідемічний вірусний енцефаліт, токсичні ураження головного мозку і т. ін);
* патологія шлунково-кишкового тракту (гастрит, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічний гепатит, холецистит, дискінезія жовчовивідних шляхів, коліт, дисбактеріоз);
* інфекційні агенти (активація симбіотичної мікрфлори усть сальних залоз Malasseziafurfur, стафілококи білий і золотистий, коринебактерії акне);
* вогнища хронічної інфекції (хронічний тонзиліт, аднексит, гайморит, карієс і т. ін.);
* гіповітаміноз (особливо В6, А), нестача цинку в організмі, незбалансоване харчування.

Клінічні прояви себореї розвиваються в зонах, найбільш багатих сальними залозами - волосиста частина голови, Т-подібна зона обличчя, груди, спина. Відповідно до клінічної картини і перебігом виділяють себорею жирну (густу та рідку), суху і змішану.

Перші ознаки *жирної себореї* проявляються різким посиленням екскреції сальних залоз на шкірі обличчя, грудей, волосистої частини голови. Шкіра жирна, блискуча, вивідні протоки сальних залоз розширені, на волосистій частині голови безліч жовтувато-білих лусочок. Густа форма жирної себореї характеризується ущільненням, зниженням еластичності шкіри, буро-сіруватою забарвленням, виникненням комедоноів (чорні вугрі), міліумів (білі вугрі), вузликових і гнійничкових висипань, атером. При густий формі жирної себореї волосся густе, грубі, жорсткі, у жінок часто виникає гірсутизм. При рідкій формі жирної себореї шкіра носа, щік, складок між ними нагадує апельсинову кірку, лисніє, з розширених проток сальних залоз в надлишку виділяється шкірне сало, утворюються «чорні крапки» (псевдокомедони). Волосся на голові блищить, має вигляд змазаних маслом, склеюються в пасма, безліч жовтуватих лусочок розташовується на шкірі волосистої частини голови, можливий розвиток облисіння. У частини хворих рідкої себореєю виникають звичайні вугри переважно по краю обличчя, при тяжкому перебігу - на шкірі грудей і спини.

*Суха себор*ея розвивається під впливом різних причин: неправильний догляд за шкірою обличчя (часті вмивання гарячою водою з милом), вікові особливості, вплив атмосферних факторів та інше. При сухій себореї екскреція сала знижена, рогові сірувато-білі або жовтувато-сірі лусочки (лупа) майже суцільно покривають шкіру голови, легко відокремлюються і забруднюють волосся. Лущення розвивається, як правило, в потилично-тім'яної області або по всій поверхні голови. Волосся зазвичай сухі, тонкі, ламкі, з розщепленими кінцями. При цій формі себореї на шкірі розгинальних поверхонь кінцівок і бічних поверхнях тулуба може виникати фолікулярний кератоз, плями рожевого або червоного кольору, вкриті дрібними лусочками.

*Змішана себорея* є комбінованою формою, при якій симптоми жирної себореї спостерігаються в області шкіри обличчя, а сухої себореї - в області волосистої частини голови (лупа).

Найчастіше лупа є супутницею себореї, різнобарвного лишаю, себорейного дерматиту, але може також супроводжувати порушення обмінних процесів в організмі, функцій шлунково-кишкового тракту, стреси, неповноцінне харчування, неправильний догляд за волоссям (використання лужних шампунів, часта укладка волосся феном). За останніми науковими даними, провідну роль у патогенезі лупи грає дріжджоподібних грибок Pitysporumovale (Malasseziafurfur). Він використовує виділення сальних залоз в якості джерела живлення і чудово адаптується для життя на поверхні волосистої частини голови. Pitysporumovale розщеплює шкірне сало, вивільняючи жирні кислоти з тригліцеридів. Проникнення модифікованих сальних секретів в епідерміс призводить до запалення, подразнення і лущення шкіри - типових симптомів себореї та лупи. З підвищенням активності сальних залоз в пубертатному періоді існуюча невелика популяція грибків Pitysporumovale на волосистій частині голови, володіючи ліпазною активністю, отримує джерело живлення і розмножується, при цьому часто виникають свербіж і лущення. У нормі мікрофлора волосистої частини голови містить 46% Pitysporumovale (Malasseziafurfur), при лупи - 84%, себорейному дерматиті - 83%, що є яскравим підтвердженням етіологічної ролі грибка Pitysporumovale при лупи.

Патогенез лупи обумовлений патологічним прискоренням природного процесу відновлення клітин шкіри голови. Цикл оновлення клітин в цьому випадку становить приблизно 7 днів (в нормі 25-30 днів). У підсумку нові клітини шкіри проходять шлях від базального до рогового шару епідермісу набагато швидше і не встигають повністю ороговіти, окремі клітини склеюються і злущуються у вигляді білувато-жовтих пластівців. Під впливом грибків Pitysporumovale процес оновлення клітин епідермісу різко прискорюється, що супроводжується появою безлічі сріблясто-білих або жовтих лусочок на шкірі волосистої частини голови (лупа). Якщо лупа виникає па тлі жирної себореї, лусочки насичуються секретом сальних залоз, стають шаруватими, жовтуватими, смуги стають жирними, лисніють, з'являється свербіж. Дрібні висівкоподібний лусочки при сухій себореї розташовуються по всій поверхні волосистої частини голови або переважно в лобовій і тім'яній областях. Виділення сала знижено, турбує свербіння. Поступово волосся стає сухим, ламким і посилено випадає.

**«Загрозливими»** симптомами, які потребують обов'язкового звернення пацієнта до лікаря, при себореї є:

* поява червоності й ущільнення шкіри волосистої частини голови;
* прогресуюче випадання волосся;
* торпідний перебіг вугрової хвороби, поєднання з надмірним зростанням довгого волосся за чоловічим типом;
* випадання або обламування волосся, поява висипань (пухирців, вузликів) на шкірі волосистої частини голови;
* поява пухирців, які довго не загоюються ерозій на «себорейних» ділянках шкіри.

Загальні рекомендації для пацієнтів з себореєю

Беручи до уваги безліч можливих причин і факторів розвитку захворювання, слід застосовувати заходи, що сприяють нормалізації виділення шкірного сала і перешкоджають прогресуванню себореї:

* поява «загрозливих» симптомів при себорея лупи вимагає спеціального медичного дослідження;
* дотримання дієти з виключенням тваринних жирів, обмеженням вуглеводів, повареної солі, кави, прянощів;
* хворим з наявністю вогнищ локальної інфекції необхідно провести їх санацію, стежити за функцією кишечнику;
* пам'ятати, що надмірне використання спиртових розчинів більше 2-3 разів на день призводить до пересушування шкіри;
* раціонально доглядати за волоссям: при жирній себореї голову слід мити не частіше 1 разу на 4-5 днів, при сухій себореї - 1 раз в 7-8 днів, використовуючи лікувальні шампуні. З урахуванням типу себореї можна додатково застосовувати шампуні або кондиціонери з біоактивними добавками, рослинними оліями.

**Загальні підходи до лікування себореї та лупи**

Місцеве лікування себореї полягає у використанні лікувальних шампунів, так як застосування «класичних» лікарських форм (мазь або крем) на волосистій частині голови недоцільно. Використання такої лікарської форми як шампуні виявилося ефективним і естетично зручним рішенням проблеми.

До складу лікувальних шампунів, призначаються для лікування себореї і лупи, зазвичай входить один або кілька активних компонентів:

* похідні імідазолу (кетоконазол);
* похідні цинку (піритіон цинку);
* похідні гідропірідона (ціклопірокс);
* похідні селену (дисульфід селену).

Необхідно, щоб активна речовина мала протигрибковий єфект, що призводить до зменшення популяції Pitysporumovale. Найбільш широке поширення в терапії лупи і себорейного дерматиту отримав кетоконазол (Нізорал), що володіє більш високою пітіроспоростатичною та пітіроспороцидною активністю, ніж цинку піритіонат і дисульфід селену. Після використання Нізоралу значно рідше виникають рецидиви в порівнянні з шампунем, що містить 2,5% дисульфіду селену, що пояснюється високою спорідненістю кетоконазолу до кератину волосся. Важливою особливістю шампуню Нізорал є здатність пригнічувати надлишкове утворення шкірного сала (антиандрогенний вплив) і відсутність побічних дій.

Медичні шампуні можуть відрізнятися за змістом алергенних і подразнюючих речовин (барвників, ароматизаторів, консервантів) і очищувальних компонентів.

При себореї слід забезпечити регулярний і правильний догляд за шкірою відповідно до її стану. Правильний догляд полягає в усуненні сухості або жирності шкіри, ознак запалення, відновлення структури епідермісу і його бар'єрної функції. При жирній себореї шкіру знежирюють і дезінфікують, полегшуючи саловідділення. Очищення шкіри проводять водою з гелями для вмивання (OXY-гель, Клерасил, гель Hyfac та ін.). Бажано використовувати при догляді креми або гелі з маркуванням для жирної шкіри (некомедогенні). При догляді за шкірою з сухою себореєю обов'язково очищення рідкими кремами і тоніком, що не містять спирт (пінистий крем Uriage, гель з екстрактом вівса РеальбаDucray і т. ін.). Після очищення використовують креми, що містять 5% вітаміну Б в комплексі з вітамінами А і Е, зволожуючі креми з церамідамі, поліненасиченими жирними кислотами. Рекомендується робити 1-2 рази в тиждень пілінг процедури з ензимами, м'якими скрабами, що містять абразивні речовини або кератолітікі (саліцилову, молочну, α-гідрокси кислоти та ін.) При змішаній себореї призначають комбіноване лікування.

Терапія себореї повинна бути комплексною та індивідуальною. Важливе значення в лікуванні себореї мають вітаміни (ретинол, нікотинова кислота, піридоксин), їх можна поєднувати з прийомом мікроелементів (препарати сірки, заліза, фосфору та ін.). В якості тонізуючих засобів використовуються адаптогени (пантокрин, настойка женьшеню, елеутерококу). Хворим себореєю нормалізують функцію шлунково-кишкового тракту (про- і пребіотики, гепатопротектори, ентеросорбенти). При важкому перебігу себореї під наглядом дерматолога рекомендуються ретиноїди (изотретиноін), ендокринолога - препарати жіночих статевих гормонів, антіандрогени.

**Фармацевтична опіка при застосуванні препаратів місцевої дії для лікування себореї і лупи**

* Лікування себореї треба починати з застосування лікувальних шампунів.
* Лікувальні шампуні необхідно застосовувати в точній відповідності з анотацією (зазвичай 2 рази на тиждень протягом 4-8 тижнів).
* Перевагу слід віддавати лікувальним шампуням з протигрибковою і антипроліферативною дією (що містять кетоконазол). При вираженій запальній реакції шкіри в місцях ураження лікування зовнішніми засобами доцільно починати з встановлення діагнозу лікарем.
* Ефективність зовнішнього лікування себореї залежить не тільки від вибору фармакологічного препарату, але від правильного застосування різних лікарських форм і відповідно з характером процесу.
* При використанні лікувальних шампунів можливі шкірні реакції (свербіж, почервоніння шкіри), у пацієнтів з сивим волоссям або волоссям, пошкодженими хімічною обробкою, - легка зміна кольору волосся. При використанні шампуню слід уникати його потрапляння в очі, у разі попадання - очі промити водою.
* Лікарські засоби для зовнішнього лікування себореї і лупи можуть призначатися вагітним і годуючим жінкам, так як вони практично не адсорбуються в системний кровотік.
* Раціон харчування хворого себореєю повинен містити достатню кількість вітамінів С, А, групи В. Хворим рекомендуються відварне м'ясо, нежирні сорти риби, сир, кефір, овочі, фрукти, чорний хліб. Їжа повинна бути багатою клітковиною, вітамінами, кисломолочними продуктами.

**Алгоритм фармацевтичної опіки при поверхневих відкритих ранах**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Чи були вжиті заходи першої допомоги після травмування | ні | Невеликі подряпини і порізи необхідно промити водними розчинами антисептиків або, при їх відсутності, чистою водою з милом і накласти стерильну пов’язку з антисептиком;  якщо наявна кровотеча, її необхідно спинити шляхом накладання пов’язки або джгута;  у випадку серйозного травмування необхідно звернутись до лікаря |
| так | Якщо обробка рани проведена належним чином, призначити, при необхідності, лікарські засоби для прискорення загоєння рани:   * антисептичні і дезінфікуючі засоби * антибактеріальні засоби для топічного застосування * ранозагоювальні засоби для топічного застосування |
| 2 | Чи нормально, без ускладнень, проходить загоєння рани після надання першої допомоги (якщо травмування мало місце деякий час тому) | так | Для прискорення процесу загоєння рани можна призначити ранозагоювальні засоби для топічного застосування |
| ні | Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування |

**Алгоритм фармацевтичної опіки при поверхневих закритих травмах**

| **№**  **з/п** | **Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта** | **Відповіді пацієнта/**  **представника пацієнта** | **Рекомендації** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | Чи травмування мало місце нещодавно | так | Якщо ушкодження незначне, необхідно протягом перших 24-48 годин забезпечити спокій і холод на місце ушкодження,  при необхідності призначити лікарських засобів симптоматичної дії для місцевого застосування, для зняття сильного болю призначити анальгетики |
| ні | Якщо ушкодження незначне, для прискорення процесу одужання призначити лікарські засоби симптоматичної дії для місцевого застосування;  якщо мають місце загрозливі симптоми, необхідно звернутись до лікаря |
| **2** | Чи нормально, без ускладнень, проходить процес загоєння травмованої ділянки тіла після надання першої допомоги (у випадку травмування більше 2 діб тому) | так | Для прискорення процесу одужання продовжити терапію лікарськими засобами, які мають протизапальну і анальгетичну дію |
| ні | Необхідно звернутись до лікаря для призначення лікування при ознаках погіршення стану (наявності гною, почервоніння і набряку прилеглих ділянок шкіри, підвищення температури тіла тощо) |

**6. Практична робота**

1. Заповнити таблицю «Симптоми ураження шкіри»:

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування | Характеристика |
| Герпес |  |
| Опіки |  |
| Акне |  |
| Відмороження |  |
| Грибкові захворювання |  |
| Себорея та лупа |  |

2. Заповнити таблицю «Загрозливі» симптоми при ураженнях шкіри:

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування | Характеристика |
| Герпес |  |
| Опіки |  |
| Акне |  |
| Відмороження |  |
| Грибкові захворювання |  |
| Себорея та лупа |  |

3. Заповнити таблицю «Безрецептурні препарати для симптоматичного лікування гепесу»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |
|  |  |  |

4. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛП для лікування опіків»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |
|  |  |  |

5. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛП для лікування вугрової хвороби»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |
|  |  |  |

6. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛП для лікування відморожень»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

7. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛП для лікування грибкових захворювань»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

8. Заповнити таблицю «Безрецептурні ЛП для лікування себореї та лупи»:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фармакологічні групи | Механізм дії й показання | Лікарські препарати |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування герпесу.
2. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування опіків.
3. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування акне.
4. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування відмороження.
5. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування грибкових захворювань.
6. Скласти алгоритми бесіди провізора із хворим при виборі безрецептурних лікарських препаратів для симптоматичного лікування себорея та лупи.

**7. Приклад виконання практичного завдання.**

Заповнити таблицю «Симптоми ураження шкіри»:

|  |  |
| --- | --- |
| Найменування | Характеристика |
| Герпес | Широко розповсюджене інфекційне захворювання, яке викликається вірусом простого герпесу та характеризується різноманітністю клінічних проявів, найбільш частим і пізнаваним проявом герпетичної інфекції є поява на губах або в області крил носа пухирців. |
| Опіки |  |
| Акне |  |
| Відмороження |  |
| Грибкові захворювання |  |
| Себорея та лупа |  |

**8. Контроль знань** Вирішіть тестові завдання:

1. Виберіть препарат для корекції гіпертрофічних рубців:

A. Дермовайт

B. Контратубекс

C. Хроностим

D. Вуденхил

E. Всі перечисленні препарати

1. Який препарат використовують для лікування вугрової хвороби:

A. Цинкова мазь

B. Зінерит

C. Куріозин

D. Ерифлюїд

E. Всі перечисленні препарати

1. Який із перерахованих препаратів містить в своєму складі бензоїл пероксид:

A. Экларан

B. Базирон

C. Десквам

D. Бензакне

E. Всі перечисленні препарати

1. Мазь бензилбензоата застосовується в косметології:

A. Для покращення трофіки шкіри

B. Протипаразитна дія

C. Як депігментуючий засіб

D. Як сонцезахистний засіб

E. З ціллю профілактики розвитку куперозу

5. Який компонент косметичних препаратів, що використовують має камедоногенний ефект:

A. Ізопропилланолат

B. Лаурил сульфат натрію

C. Ізостеариновий спирт

D. Кісточкове персикове масло

E. Всі перечисленні компоненти

6. Назвіть препарат третиноїна:

A. Акне-міцин

B. Атредерм

C. Локацид

D. Айрол

E. Всі перечисленні препарати

7. Вкажіть препарат для зовнішньої корекції рожевих вугрів:

A. Метрогіл-гель

B. Розамет

C. Зінерит

D. Ерифлюїд

E. Всі перечисленні препарати

8. Який антибіотик входить в склад препарату «Зінерит» для лікування хвороб сальних залоз:

А. Пеніцилін

В. Еритроміцин

С. Тетрациклін

D. Оксицилін

Е. Всі перечисленні антибіотики

9. Термін «мацерація» -це:

A. Вивільнення вивідних протоків сальних та потових залоз від секрету

B. Видалення захисної поверхневої мантії шкіри

C. Розмокання шкіри

D. Жирність шкіри

E. Всі перечисленні косметичні прийоми

10. Вугрова хвороба характеризується:

А. дебютом у перші дні життя

В. появою пухирів з тонкою покришкою

С. значним поширенням у підлітків

D. процес може поширюватися на слизову оболонку порожнини рота

Е. на поверхні вогнищ виражене лущення

11. Жирна шкіра схильна

А. до зневоднення

В. до акне

С. до лущення

D. витончення

Е. всі перераховані

12. Найбільш частий вік появи вульгарних вугрів

А. 5-10років

В. 10-12років

С. 12-18років

D. 18-25 років

Е. 25-30 років

13. Як змінюються сальні залози у період статевого дозрівання?

А. розміри й активність сальних залоз різко зменшується

В. розмір збільшується, активність зменшується

С. розмір не змінюється, активність збільшується

D. розміри й активність сальних залоз різко збільшуються

Е. не змінюються

1. Себорея - це:
2. Спадкове захворювання
3. Захворювання, обумовлене розладом утворення шкірного сала
4. Вогнищева алопеція
5. Результат життєдіяльності Pityrosporumorbiculare
6. Різновид піодермії
7. При себореї змінюються :
8. Процеси ороговіння
9. Функція потових залоз
10. Хімічний склад шкірного сала
11. Будова нігтів
12. Секреторна функція сальних залоз
13. Причинами виникнення себореї можуть бути :
14. Генетична схильність
15. Порушення рівноваги між андрогенами та естрогенами
16. Вегетативні розлади
17. Захворювання ШКТ
18. Грибкова інфекція
19. Виділяють такі клінічні форми себореї:
20. Жирна
21. Гіперкератична
22. Суха
23. Змішана
24. А,С,D
25. Типовими клінічними проявами сухої себореї є:
26. Локалізація на себорейний ділянках
27. Виражена мацерація
28. Свербіж
29. Відсутність первинних морфологічних елементів
30. Лущення шкіри (лупа)
31. Типовими клінічними проявами жирної себореї є:
32. Висівкоподібному лущення шкіри
33. Сальний блиск шкіри
34. Жирні , злиплі волосся
35. Атрофія шкіри
36. В,С
37. Себорея може бути причиною виникнення:
38. Алопеції
39. Себорейної екземи
40. Юнацьких вугрів
41. Атером
42. Піодермії
43. Для лікування себореї використовують:
44. Спиртову настоянку йоду
45. Мазі з кортикостероїдами
46. Мазі з кетоназолом
47. Розчин фурациліну
48. Примочки з резорцином
49. Провідним етіологічним фактором акне є :
50. Гіперандрогенемії
51. Порушення азотистого обміну
52. Зміни амінокислотного складу крові
53. Виражений імунодефіцит
54. Синдром мальабсорбції
55. У патогенезі акне велику роль відіграють :
56. порушення ороговіння
57. психоемоційні стреси
58. гіперфункція сальних залоз
59. фотосенсибілізація
60. діяльність бактерій
61. До поверхневих формам акне відносяться:
62. комедони
63. флегмонозні вугри
64. папульозніacne
65. конглобатні вугри
66. пустульозні acne
67. Вульгарні вугри локалізуються на :
68. нижніх кінцівках
69. обличчі
70. животі
71. спині
72. сідницях
73. Лікування акне проводиться з урахуванням
74. Антибіотикограми
75. Загального аналізу крові
76. Рівня андрогенів в крові
77. Ревмотестів
78. Рівня глюкози в крові
79. Для зовнішньої терапії акне використовують:
80. Спиртові розчини антибіотиків
81. Спиртові розчини саліцилової кислоти
82. Зовнішні ретиноїди ( ретин - А , локацід , айрол )
83. Препарати азелаїнової кислоти ( Скінорен )
84. Препарати Бензоілпероксід ( бензакне , OXY-10 )
85. Загальна терапія акне включає:
86. ароматичні ретиноїди
87. антигістамінні препарати
88. антиандрогени
89. цитостатики
90. антибіотики
91. Висипання при рожевих вуграх локалізуються на :
92. Обличчі, спині, грудях
93. Шиї, верхніх кінцівках.
94. Грудях, спині
95. Спині
96. Плечовому поясі, животі

**Тестові завдання**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Оптимальна тактика попередження пошкоджуючого впливу нестероїдних протизапальних засобів на слизову ШКТ при тривалому застосуванні полягає в:  ♦Одночасному застосуванні мізопростолу  Їх комбінації з антацидами  Їх комбінації з антисекреторними ЛЗ  Застосуванні переривчастих курсів лікування  Періодичній зміні препаратів |
|  | Хворому 30 років у районній поліклініці з приводу виразкової хвороби був призначений циметидин по 0,2 х 4 р/д. Через місяць звернувся зі скаргами на ниючі болі та припухлості в ділянках грудних залоз. Що Ви запропонуєте?  ♦Відмінити циметидин і, при потребі, призначити інший ЛЗ  Додати препарат із групи НПЗЗ  Додати препарат із групи глюкокортикоїдів  Провести роз’яснювальну бесіду  Не потрібно жодної корекції схеми лікування |
|  | З метою попередження розвитку кишкового дисбактеріозу внаслідок антибіотикотерапії доцільно призначити:  ♦Протигрибкові препарати одночасно з антибіотиком, опісля – живі культури “корисних” бактерій  Протигрибкові препарати одночасно з антибіотиком  Живі культури “корисних” бактерій одночасно з антибіотиком  Живі культури “корисних” бактерій після антибіотикотерапії  Відповідну дієту |
|  | У хворої Г., 54 років на фоні ревматоїдного артриту розвинулась виразка 12-палої кишки. Який нестероїдний протизапальний препарат рекомендовано призначити для лікування основного захворювання?  ♦Німесулід  Диклофенак натрію  Аспірин  Сургам  Індометацин |
|  | При приеме отхаркивающих препаратов следует рекомендовать больному  ♦увеличить потребление жидкости  увеличить потребление поваренной соли  увеличить потребление растительной пищи  увеличить потребление белковой пищи  увеличить потребление витаминов |
|  | При передозировке отхаркивающих препаратов рефлекторного действия возможно возникновение у больного  ♦рвоты  диареи  насморка  кожной сыпи  осиплости голоса |
|  | Самым частым осложнением при приеме нестероидных противовоспалительных средств является  ♦повреждение слизистой ЖКТ  повреждение печени  нарушение кроветворения  повышение АД  угнетение ЦНС |
|  | Ринит у маленьких детей, сопровождающийся односторонними слизисто-гнойными выделениями из носа, позволяет заподозрить  ♦инородное тело в носовом ходе  вирусный ринит  аллергический ринит  синусит (воспаление придаточных пазух носа)  аденоиды (разрастание носоглоточной миндалины) |
|  | При повышении температуры у ребенка 2-х лет препаратом выбора является  ♦"Панадол" (парацетамол)  Новандол"(аспирин)  "Метиндол" (индометацин)  "Анальгин" (метамизол)  "Солпафлекс" (ибупрофен) |
|  | У больного язвенной болезнью после месяца комплексного медикаментозного лечения развились признаки гинекомастии. Данное явление может быть вызвано приемом  ♦циметидина  маалокса  омепразола  де-нола  гастроцепина |
|  | Из группы нестероидных препаратов противовоспалительного действия при беременности разрешено применение  ♦парацетамола  аспирина  индометацина  анальгина  ибупрофена |
|  | Признаки гипофосфатемии (слабость, недомогание, нарушение мышления, снижение аппетита) могут вызывать антацидные препараты, содержащие  ♦алюминия гидроокись  магния окись  натрия гидрокарбонат  кальция карбонат  висмута нитрат основной |
|  | Для симптоматического лечения запоров у беременных противопоказаны  ♦растительные слабительные, содержащие антрагликозиды (сенаде, глаксена)  ферментные препараты  препараты, содержащие лактулозу (дуфулак)  препараты, содержащие натрия пикосульфат (гутталакс)  препараты, содержащие семя подорожника (мукофальк) |
|  | При совместном применении нестероидных противовоспалительных средств и алкоголя возрастает риск и степень выраженности  ♦ульцерогенного действия  нефротоксического действия  бронхоспазма  аллергической реакции  гипогликемии |
|  | Тошнота, рвота, горечь во рту, нарушение аппетита характерные признаки синдрома:  ♦диспепсии  холестаза  портальной гипертензии  нарушения внешней секреции поджелудочной железы  цитолиза |
|  | Из нижеприведенных выберите препарат, обладающий наиболее выраженным антисекреторным эффектом:  ♦Омепразол  Гастроцепин  Маалокс  Сукральфат  Фамотидин |
|  | При лечении язвенной болезни препараты, снижающие кислотность желудочного сока, целесообразно назначать:  ♦За 15-30 минут до еды  Во время еды  Сразу после еды  Через 1 час после еды  Независимо от приема пищи каждые три часа |
|  | При длительном применении не развивается привыкание к следующим слабительным:  ♦Гутталакс  Лактулоза  Фенолфталеин  Сенаде  Крушина |
|  | Какие препараты можете рекомендовать для лечения гиперхромных анемий:  ♦Цианокобаламин  Пиридоксина гидрохлорид  Метилурацил  Аскорбиновую кислоту  Тиамина бромид |
|  | Какие из нижеперечисленных групп препаратов могут вызывать гиперфункцию щитовидной железы:  ♦Отхаркивающие препараты, содержащие йодиды  Седативные препараты, содержащие бромиды  Тиазидные диуретики  Антацидные препараты, содержащие алюминий  Антиагреганты |
|  | Назначение какого препарата нежелательно ввиду возможности прогрессирования эмфиземы и дыхательной недостаточности у больного с обострением ХОБ, эмфиземой легких, дыхательной недостаточностью?  ♦Ингаляции трипсина  Антибиотики цефалоспоринового ряда  Ацетилцистеин внутрь  Бромгексин  Ингаляции атровента |
|  | Какое лекарственное средство не обладает ульцерогенным действием?  ♦Пропранолол  Индометацин  Резерпин  Преднизолон  Ацетилсалициловая кислота |
|  | Какой из имеющихся антигипертензивных препаратов не следует рекомендовать для начального лечения больного артериальной гипертонией, страдающего подагрическим артритом.  ♦Дихлотиазид  Пропранолол  Триампур  Верапамил  Амлодипин |
|  | При лечении эналаприлом возможны следующие побочные эффекты:  ♦Кашель  Слюнотечение  Гипокалиемия  Запоры  Отеки голеней |
|  | У больного К. 50 лет при приеме препарата финоптин в таблетках в дозе 80 мг 4 раза в день появляется чувство жара; покраснение лица, беспокойство. Как следует оценивать эти явления?  ♦Как побочное действие препарата, связанное с его фармакодинамикою и не требующее коррекции  Как признаки передозировки препарата и уменьшить дозу  Как проявление лекарственной аллергии или индивидуальной непереносимости и назначить антигистаминный препарат  Как нежелательное побочное действие, характерное для данного препарата, и немедленно его отменить  Как психологическую реакцию больного на прием препарата и провести с больным соответствующую беседу |
|  | Під час епідемії грипу з метою профілактики захворювання практично здоровій людині доцільно рекомендувати для застосування:  ♦Інтерферон лейкоцитарний людський сухий  Метилурацил  Тималін  Левамізол  Гістаглобулін сухий |
|  | Хворий, що страждає на гіперацидний гастрит і для профілактики загострення приймає Н2 – гістаміноблокатор ранітидин захворів на гостру пневмонію. З метою лікування пневмонії був призначений ампіцилін у звичайній терапевтичній дозі, усередину. Ефективність антибіотикотерапії у перші дні лікування була низькою. Лише на 2-й день після відмини ранітидину основні симптоми пневмонії почали зникати. Яка причина позитивних змін в лікуванні?  ♦Зниження рН шлункового соку і підсилення всмоктування ампіциліну  Підвищення рН шлункового соку і підсилене всмоктування ампіциліну.  Зменшення руйнування ампіциліну у печінці.  Зменшення виведення ампіциліну нирками.  Зменшення надходження ампіциліну до легенів. |
|  | Хворому з тромбозом глибоких вен гомілки, який отримує непрямі антикоагулянти призначили фенобарбітал. Через тиждень від початку прийому фенобарбіталу основні прояви тромбозу з’явились знову. У чому причина неефективності лікування непрямими антикоагулянтами на фоні фенобарбіталу?  ♦Підсилене руйнування непрямих антикоагулянтів у печінці внаслідок індукції ферментів.  Антагонізм з чинниками антизгортаючої систем крові  Синергізм з чинниками згортаночої системи крові.  Підсилене вивільнення іонів кальцію з тканин і надходження у кров.  Активація синтезу протромбіну у печінці. |
|  | Хворий з хронічним бронхітом самолікуючись протягом 2 тижнів приймав бісептол у дозі більшій ніж звичайна терапевтична. Звернувся до лікаря з проявами гіповітамінозу А. Чим можна пояснити симптоми А –вітамінної недостатності?  ♦Одним з проявів дисбактеріозу  Антагонізмом білептолу з вітаміном А.  Токсичною дію бісептолу.  Одним з проявів алергічної реакції на бісептол.  Прискореною елімінацію вітаміну А. |
|  | Рішення про доцільність клінічних випробовувань нових ліків виноситься на підставі:  ♦Ретельного аналізу доклінічних даних  Заяви авторів лікарського засобу  Даних про токсичність лікарського засобу  Визначення параметрів фармакокінетики  Наказу міністра охорони здоров’я УкраЇни |
|  | Глоссит, атрофический гастрит, извращение вкуса, ломкость волос и ногтей характерны для  ♦мегалобластной анемии  гемолитической анемии  железодефицитной анемии  гипопластической анемии  всех видов анемии |
|  | При інформуванні лікарів про наявність в аптеці жовчогінних засобів, відмітьте, якому з препаратів властива холекінетична дія?  ♦Магнію сульфат  Дехолін  Нікодін  Натрію саліцилат  Холагол |
|  | При інформуванні хворого про наявність в аптеці жовчогінних засобів, відмітьте, якому з препаратів властива холеретична дія?  ♦Холензим  Сорбіт  Магнію сульфат  Холецистокінін  Еуфілін |
|  | Хворий з діагнозом “гострий панкреатит” госпіталізований у стаціонар. Вибір якого препарату є патогенетично обгрунтованим ?  Кислота амінокапронова  Актелізе  Трентал  ♦Контрикал |
|  | Хвора 62 років із зниженою екскреторною функцією підшлункової залози тривалий час приймає панкреатин. В зв”язку з відсутністю препарату в аптеці вона звернулася до провізора з проханням порекомендувати лікарський засіб з подібними властивостями. Яку заміну можна запропонувати хворій?  ♦Креон  Карсил  Контрикал  Холосас  Ацидин-пепсин |
|  | В аптеку звернулася вагітна жінка з лихоманкою. Порекомендуйте найбільш безпечний препарат.  ♦Парацетамол  Диклофенак  Ацетилсаліцилова кислота  Ібупрофен  Індометацин |
|  | В аптеку звернулася молода жінка з приводу мігрені. Який препарат Ви порекомендуєте для переривання приступу?  ♦Суматриптан  Пірацетам  Амітриптілін  Фуросемід  Феназепам |
|  | У хворого В., 52 років, який хворіє протягом 10 років атопічною бронхіальною астмою розвинувся напад ядухи. З яким переважним ефектом повинні бути призначені хворому препарати?  ♦Бронходилятуючим  Метаболічним  Судинорозширюючим  Бронхоспастичним  Седативним |
|  | За призначення чергового лікаря хворому 25 років з метою купування нападу стенокардії був введений внутрішньом’язово розчин 50% анальгіну 2 мл, після чого у хворого розвинувся анафілактичний шок, в результаті чого хворий помер. Що повинен був зробити лікар для профілактики побічної дії препарату?  ♦Зібрати лікарський (алергологічний) анамнез  Провести огляд хворого  Розпитати про супутні захворювання  Конкретизувати скарги хворого  Виміряти артеріальний тиск |
|  | Вагітна жінка (III триместр), яка захворіла грипом протягом 3 діб з метою зменшення температури приймала ацетилсаліцилову кислоту по 0,5 двічі на день. Яку побічну дію може спричинити ацетилсаліцилова кислота на плід?  ♦Тератогенну  Порушення білкового обміну  Ембріотоксичну  Порушення вуглеводного обміну  Порушення жирового обміну |
|  | Хворому С ., з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки для ерадикації хелікобактерної їінфекції була призначена комбінована терапія (омепразол, кларитроміцин, метронідазол). Яка побічна дія може виникнути у хворого?  ♦Дисбактеріоз  Кишкова кровотеча  Зниження артеріального тиску  Бронхоспазм  Підвищення секреції соляної кислоти |
|  | Хворий Р., 35 років, на виразкову хворобу шлунку в період загострення, приймав альмагель, де-нол та фамотидин. Останнім часом з’явилося безсоння, для лікування якого лікар призначив феноборбітал в дозі 0,05 г/добу, але снодійного його ефекту не спостерігалося. Чим можна пояснити цю обставину?  ♦Фармакокінетична взаємодія альмагелю та фенобарбіталу на етапі всмоктування  Фармакодинамічна взаємодія  Фармацевтична взаємодія  Фармакокінетична взаємодія альмагелю та фенобарбіталу на етапі виведення  Фармакокінетична взаємодія альмагелю та фенобарбіталу на етапі біотрансформації |
|  | Пацієнту з захворюванням шлунково-кишкового тракту лікар прописав жовчогінні препарати та панкреатин – фермент підшлункової залози. Для підвищення ефективності дії лікарських препаратів їх слід приймати:  ♦Перед прийомом їжі  За годину до прийому їжі  Під час прийому їжі  Після прийому їжі  Запиваючи водою |
|  | Хворий з хронічними гастроентероколітом та гепатохолециститом звернувся до провізора з проханням порекомендувати йому препарат для покращання процесів травлення. Який з названих засобів найбільш ефективний?  ♦Фестал  Пепсин  Панкреатин  Сік шлунковий натуральний  Кислота хлористоводнева |
|  | Хворому з ознаками атеросклерозу судин було призначено один з гіполіпідемічних засобів, який знижує синтез холестерину за рахунок блокування ферменту 3-гідрокси-3-метилглютарил-КоА редуктази. Вкажіть цей засіб.  Холестирамін  Нікотинова кислота  ♦Ловастатин  Клофібрат  Пробукол |
|  | В аптеку звернувся хворий, якому з приводу виразкової хвороби лікар призначив омепразол. Який механізм лежить в основі дії даного препарату?  ♦Пригнічення активності Н+,К+-АТФ-ази  Блокада Н2-гістамінових рецепторів  Блокада М1-холінорецепторів  Блокада Н1-гістамінових рецепторів  Блокада Н-холінорецепторів симпатичних гангліїв |
|  | Больному, страдающему язвенной болезнью желудка, был назначен противоязвенный препарат, обладающий способностью одновременно понижать секрецию соляной кислоты и угнетать микроорганизм хеликобактер пилори. Назовите этот препарат.  ♦Омепразол  Гастроцепин  Маалокс  Фамотидин  Альмагель |
|  | Ответьте на вопрос провизора-интерна: какой слабительный препарат повышает тонус матки.  ♦Касторовое масло  Вазелиновое масло  Оливковое масло  Глицерин  Подсолнечное масло |
|  | Ответьте на вопрос врача-интерна: широта терапевтического действия – это диапазон доз:  ♦От минимальной терапевтической до минимальной токсической  От средней терапевтической до минимальной токсической  От разовой до курсовой  От минимальной терапевтической до максимальной токсической  От разовой до суточной |
|  | Для гастрита типа В характерно все, кроме:  ♦понижения секреторной функции желудка  инфицирования Helicobacter pylori  повышения секреторной функции желудка  голодных болей в эпигастрии  повышенной раздражительности, утомляемости |
|  | Для эрадикации Helicobacter pylori в комбинированную терапию хронического гастрита целесообразно включить:  ♦кларитромицин  гастроцепин  альмагель  цефтриаксон  фуросемид |
|  | У хвoрого хронічний гастрит типу А зі зниженою секреторною функцією, перніціозна анемія. Який з препаратів показаний хворому?  ♦Ціанокобаламін  Адреналін  Дифенгідрамін (димедрол)  Вікалін  Дротаверин (но-шпа) |
|  | Хвору 53 років після фізичного навантаження почав турбувати біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку. Який препарат слід призначити для переривання больового приступу?  ♦Нітрогліцерин  Ізосорбіду 5-мононітрат  Ніфедипін  Метопролол  Дилтіазем |
|  | До Вас в аптеку звернувся хворий на виразкову хворобу шлунку з помірними клінічними проявами. З анамнезу відомо, що в нього виявлено Helicobacter рylori. Яка група ЛЗ має бути основою лікування ?  ♦Антимікробні ЛЗ  Антациди  Антисекреторні ЛЗ  Коректори моторної функції  Седативні ЛЗ |
|  | Пацієнт скаржиться на помірні болі в животі, які виникли раптово після фізичного навантаження, нудоту, блювоту “кавовою гущею”, запаморочення, різку слабість. Не обстежувався, не лікувався. Хворий блідий, покритий холодним липким потом. Що могло стати причиною описаного стану ?  ♦Шлунково-кишкова кровотеча  Гострий інфаркт міокарда  Гострий пієлонефрит  Гострий холецистит  Пневмонія |
|  | В аптеку звернувся хворий з рецептами на омепразол 20 мг х 1 раз/д, кларитроміцин 0,5 х 2 рази/д. Така схема терапії, найімовірніше, була призначена з приводу:  Хронічного гепатиту  Хронічного гастриту типу А  ♦Хронічного гастриту типу В  Хронічного панкреатиту  Хронічного холециститу |
|  | До Вас звернулася хвора на хронічний панкреатит з вираженими проявами недостатності зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози. Який з наведених ЛЗ найдоцільніше призначати в даному випадку?  ♦Панкреатин  Дротаверин (но-шпа)  Де-нол  Омепразол  Ацидин-пепсин |
|  | Хвора М., 33 роки, хворіє на ревматоїдний поліартрит, в анамнезі виразкова хвороба 12-палої кишки. Який нестероїдний протизапальний препарат можна порекомендувати хворій ?  ♦Німесулід  Диклофенак натрію  Піроксикам  Напроксен  Індометацин |
|  | У хворої О., 43 років, на 6-й день після початку лікування диклофенаком-натрію (100 мг/д) виникли свербіж та пухирчаті висипання на шкірі тулуба та верхніх кінцівок. Запропонуйте раціональну фармакотерапевтичну корекцію.  ♦Відмінити диклофенак натрію та призначити антигістамінні засоби  Підвищити дозу диклофенаку натрію  Відмінити диклофенак натрію та застосувати місцевоанестезуючі засоби  Знизити дозу диклофенаку натрія  Призначити глюкокортикоїди |
|  | Хворому з інфеційно-алергічною формою бронхіальної астми з частими і вираженими приступами бронхоспазму було призначено комплексне лікування. Який з наведених ЛЗ протипоказаний в даному випадку?  ♦Ацетилсаліцилова кислота  Флунісолід  Амброксол  Кетотифен  Теофіллін |
|  | Хворому з гастритом в анамнезі при ревматоїдному артриті був призначений препарат із групи селективних інгібіторів циклооксигенази-2. Вкажіть препарат:  ♦Німесулід  Індометацин  Диклофенак-натрій  Напроксен  Ібупрофен |
|  | Пациент К., страдающий язвенной болезнью 12-перстной кишки, обратился к провизору с вопросом о наиболее оптимальном времени приема маалокса.  ♦В межпищеварительный период  Перед едой  Во время еды  После еды  Вне зависимости от приема пищи |
|  | Наиболее эффективным препаратом в профилактике эрозивного гастродуоденита, провоцируемого НПВС, является  ♦Мизопростол  Коллоидный субцитрат висмута  Фосфалюгель  Метронидазол  Ранитидин |
|  | При длительном приеме антацидов, содержащих алюминий, отмечается:  Снижение слуха  Полиурия  Слюнотечение  Гиперхолестеринемия  ♦Поражение костной ткани |
|  | В аптеку звернувся хворий 28 років, який страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки; секреторна функція шлунку різко підвищена. Який з наведених препаратів бажано призначати в даному випадку?  ♦Омепразол  Атропіна сульфат  Смекта  Метоклопрамід  Маалокс |
|  | Хвору, яка отримує поліхіміотерапію з приводу гострого лейкозу, турбують анорексія, нудота та блювота. Водночас є всі підстави для продовження цитостатичного лікування. Запропонуйте оптимальний шлях корекції даного ускладнення.  ♦Додати протиблювотний засіб  Знизити дози хіміопрепаратів  Відмінити один із хіміопрепаратів  Тимчасово припинити хіміотерапію  Підвищити дози хіміопрепаратів |
|  | Хворий звернувся з проханням відпустити йому безрецептурний препарат з метою полегшення болю в горлі. В анамнезі – алергія на місцеві анестетики. Котрий з наведених лікарських засобів йому протипоказаний?  ♦Колдрекс Ларі Плюс  Стрепсилс  Фарингосепт  Нео-ангін  Септефрил |
|  | Хворому К, 54 років, який кілька років страждає хронічним гиперацидним гастритом, призначений альмагель. Які ускладнення фармакотерапії з боку органів травлення можуть виникнути перш за все?  ♦Закреп  Нудота  Анорексія  Блювота  Діарея |
|  | При отпуске безрецептурного препарата для симптоматического лечения боли в горле в лекарственной форме аэрозоля, провизор обязан обратить внимание пациента, что данный препарат:  ♦следует распылять в полости рта синхронно с глубоким вдохом  следует распылять в полости рта при задержке дыхания  следует распылять в полости рта синхронно с глубоким выдохом  следует распылять на расстоянии 10-15 см от полости рта  следует распылять в полости рта непосредственно перед едой и/или питьем |
|  | При выделениях из одной половинки носа у ребенка дошкольного возраста следует рекомендовать обратиться к врачу, так как данный симптом является “угрожающим” и требует исключить:  ♦инородное тело в носовом ходу  острый аллергический ринит  острое респираторное заболевание  синусит  аденоиды |
|  | У больного с повышенной бронхиальной секрецией и обильным отделением мокроты противокашлевые препараты:  ♦не назначаются  являются обязательным компонентом лечения  назначаются только на ночь  не назначаются лицам с сопутствующей патологией печени  не назначаются детям до 3 лет |
|  | Нежелательная реакция, которая обусловлена фармакологическими свойствами лекарственного средства и наблюдается исключительно при применении в дозах, рекомендованных для медицинского применения лекарственного средства, называется:  ♦побочное действие  токсическое действие  аллергическая реакция  идиосинкразия  синдром отмены |
|  | Запоры - побочное действие, развитие которого нередко наблюдается при курсовом лечении антигипертензивными препаратами из группы:  ♦блокаторов кальциевых каналов  диуретиков  ингибиторов АПФ  альфа-адреноблокаторов  блокаторов ангиотензиновых рецепторов |
|  | Для профилактики остеопороза женщинам в возрасте после 40 лет следует рекомендовать поливитаминные препараты с повышенным содержанием:  калия  железа  магния  ♦кальция  цинка |
|  | У хворого 49 років – загострення виразкової хвороби 12-палої кишки з супутнім антральним гастритом. Доведена наявність хелікобактерної інфекції. Під час комплексної фармакотерапії хворий поскаржився на появу калу чорного кольору. Який із призначених препаратів змінив колір калових мас?  ♦Де-нол  Метронідазол  Амоксицилін  Тетрациклін  Фуразолідон |
|  | До провізора в аптеці звернулась жінка з проханням відпустити жарознижуючий засіб для дитини 8 місяців. Який препарат Ви порадите?  ♦Парацетамол  Ацетилсаліцилова кіслота  Індометацин  Діклофенак натрію  Піроксикам |
|  | Хвора 56 років із хронічним панкреатитом та зниженою секреторною функцією підшлункової залози тривалий час приймає мезим. Яку заміну можливо запропонувати хворій в аптеці при відсутності препарату?  ♦Панцитрат  Контрикал  Холосас  Карсил  Ацидин-пепсин |
|  | Для покращення відходження мокроти, дренажної функції бронхів, хворій 52 років з бронхіальною астмою призначено лікарський засіб. Через деякий час у хворої з’явились сльозотеча, рінорея, лоскіт в горлі. Який засіб отримувала хвора?  ♦Йодид калію  Мукалтін  Бронхолітін  Амброксол  Бромгексін |
|  | При огляді хворого виявлено збільшений живіт, випинання пупка, наявність на шкірі живота судинних зірочок та розширення судин у вигляді „голови медузи”. Для якого захворювання характерні такі симптоми?  ♦Цироз печінки  Ожиріння  Вірусний гепатит  Хронічний панкреатит  Хронічний холецистит |
|  | В аптеку звернувся хворий, якому з приводу захворювання на виразкову хворобу 12-палої кишки призначено де-нол, з проханням розказати, як правильно вживати препарат?  ♦За 30 хвилин до прийому їжі та перед сном  Безпосередньо перед кожним прийомом їжі  Безпосередньо після кожного прийому їжі  Під час прийому їжі  На протязі дня при болі в шлунку та перед сном |
|  | В аптеку звернулася мама 4-х місячної дитини з проханням видати жарознижувальний препарат. Який препарат Ви порекомендуєте для дитини?  ♦Панадол  Колдрекс  Солпадеїн  Німесулід  Діклофенак натрію |
|  | Отпуская из аптеки препарат железа для приёма внутрь – ферроплекс, следует предупредить больного, что этот препарат нельзя запивать молоком и употреблять вместе с ним молочные продукты, потому что при этом:  ♦Образуются плохо растворимые хелатные комплексы  Пролонгируется действие препаратов железа  Усиливается активность препарата  Быстро всасывается препарат  Ускоряется выведение препарата |
|  | В аптеку обратился больной с сильным сухим кашлем. Какое лекарственное средство Вы порекомендуете принять больному с целью угнетения непродуктивного кашлевого рефлекса:  ♦Либексин  Калия йодид  Трипсин  Ацетилцистеин  Натрия гидрокарбонат |
|  | К провизору обратился пациент, которому рекомендовали приём ацетилсалициловой кислоты в качестве антиагреганта. Какую суточную дозу следует рекомендовать для постоянного приёма?  ♦0,1 – 0,3  0,5 – 1,0  1,0 – 2,0  2,0 – 3,0  Больше 4, |
|  | У больного пожилого возраста диагностирована госпитальная пневмония. Лечится гентамицином. Какое побочное действие наиболее часто встречается при использовании антибиотиков этой группы?  ♦Ототоксическое действие  Псевдомембранозный колит  Гематотоксическое  Поражение печени  Тромбофлебит |
|  | Выберите из перечисленных заболеваний те, которые могут лечиться при помощи ОТС-препаратов при консультативной помощи провизора.  ♦ОРЗ  Рак лёгких  Экссудативный плеврит  Бронхиальная астма  Острая пневмония |
|  | Понятие «комплайенс» означает:  ♦Готовность пациента выполнять все рекомендации врача, фармацевта, провизора  Самолечение  Заниматься самопрофилактикой  Самопомощь  Все ответы правильные |
|  | В аптеку обратилась беременная женщина с лихорадкой. Порекомендуйте наиболее безопасный препарат.  ♦Парацетамол  Ибупрофен  Диклофенак  Ацетилсалициловая кислота  Индометацин |
|  | Симпатомиметики для лечения ринита назначают с осторожностью при:  ♦Артериальной гипертензии  Микседеме  Поносе  Гастрите  Гипотонии |
|  | Больному С. с язвенной болезнью 12-перстной кишки для эрадикации хеликобактерной инфекции была назначена комбинированная терапия (омепразол, кларитромицин, метронидазол). Какое побочное действие может возникнуть у больного?  ♦Дисбактериоз  Повышение секреции соляной кислоты  Кишечное кровотечение  Снижение артериального давления  Бронхоспазм |
|  | Больной 32 года поступил на лечение с диагнозом язвенная болезнь 12-перстной кишки. Врач назначил в комплексной терапии омепразол. Каким лекарственным средством можно заменить этот препарат?  ♦Лансопразол  Атропина сульфат  Метронидазол  Тетрациклин  Де-нол |
|  | Больная П., 38 лет, ревматоидным полиартритом в комплексной терапии принимала диклофенак натрия по 0,1 г в сутки. Оценка эффективности использования нестероидных противовоспалительных средств происходит по всем нижеприведенным критериям, кроме:  ♦Возникновение агранулоцитоза  Лабораторные тесты  Индекс отёчности участка сустава  Сила сжатия ладони  Функциональные тесты, которые оценивают объём движений в суставе |
|  | Больная ревматоидным полиартритом по назначению врача принимала нестероидный противовоспалительный препарат индометацин. Через некоторое время его применения у больной возникло обострение сопутствующего заболевания, что вынудило отменить препарат. Какое сопутствующее заболевание могло привести к отмене препарата?  ♦Язвенная болезнь  Сахарный диабет  Ишемическая болезнь сердца  Гипертоническая болезнь  Бронхиальная астма |
|  | Больному, страдающему атеросклерозом сосудов головного мозга, был назначен препарат, относящийся к группе блокаторов кальциевых каналов. Назовите этот препарат.  ♦Циннаризин  Пирацетам  Кавинтон  Пентоксифиллин  Ксантинола никотинат |
|  | Беременной женщине с железодефицитной анемией следует рекомендовать:  ♦Принимать пероральные препараты железа до родов и весь период кормления грудью  Принимать пероральные препараты железа в течение 1-2 недель до родов  Перелить перед родами эритроцитарную массу  Сделать 5 внутривенных инъекций препаратов железа  Ограничиться включением в диету продуктов, содержащих железо |
|  | Всасываемость лекарственных веществ при нанесении на кожные покровы у ребёнка первого года жизни:  ♦Выше, чем у взрослого  Ниже, чем у взрослого  Не отличается от подростков до 17 лет  Не отличается от взрослого  Не имеет отличий от детей первых 10 лет жизни |
|  | Больная М., 33 года, страдает ревматоидным полиартритом, в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки. Какой нестероидный противовоспалительный препарат можно порекомендовать больной?  ♦Нимесулид  Индометацин  Диклофенак натрия  Пироксикам  Напроксен |
|  | Наиболее эффективным препаратом в профилактике эрозивного гастродуоденита, провоцируемого НПВС, является:  ♦Мизопростол  Коллоидный субцитрат висмута  Фосфалюгель  Метронидазол  Ранитидин |
|  | При длительном приёме антацидов, содержащих алюминий, отмечается:  ♦Поражение костной ткани  Полиурия  Снижение слуха  Слюнотечение  Гиперхолестеринемия |
|  | У больного Р., принимающего дигоксин в суточной дозе 0,25 мг, развилась экстрасистолия. Что необходимо предпринять?  ♦Прекратить приём дигоксина  Уменьшить дозу дигоксина  Увеличить дозу дигоксина  Не отменять дигоксин, назначить новокаинамид  Не отменять дигоксин, назначить лидокаин |
|  | Провизор при отпуске больному нитроглицерина предупредил о наиболее часто встречающемся побочном эффекте данного препарата:  ♦Головная боль  Сухость во рту  Гипертензия  Дизурия  Гипергликемия |
|  | При отпуске безрецептурного препарата для симптоматического лечения боли в горле в лекарственной форме аэрозоля, провизор обязан обратить внимание пациента, что данный препарат:  ♦Следует распылять в полости рта синхронно с глубоким вдохом  Следует распылять на расстоянии 10-15 см от полости рта  Следует распылять в полости рта синхронно с глубоким выдохом  Следует распылять в полости рта при задержке дыхания  Следует распылять в полости рта непосредственно перед едой или питьём |
|  | При выделениях из одной половинки носа у ребёнка дошкольного возраста следует рекомендовать обратиться к врачу, так как данный симптом является «угрожающим» и требует исключить:  ♦Инородное тело в носовом ходу  Синусит  Острый аллергический ринит  Острое респираторное заболевание  Аденоиды |
|  | У больного с повышенной бронхиальной секрецией и обильным отделением мокроты противокашлевые препараты:  ♦Не назначаются  Являются обязательным компонентом лечения  Назначаются только на ночь  Не назначаются лицам с сопутствующей патологией печени  Не назначаются детям до 3 лет |
|  | Запоры – побочное действие, развитие которого нередко наблюдается при курсовом лечении антигипертензивными препаратами из группы:  ♦Блокаторов кальциевых каналов  Блокаторов ангиотензивных рецепторов  Диуретиков  Ингибиторов АПФ  Альфа-адреноблокаторов |
|  | Для профилактики остеопороза женщинам в возрасте после 40 лет следует рекомендовать поливитаминные препараты с повышенным содержанием:  ♦Кальция  Железа  Калия  Магния  Цинка |
|  | Какой из названных антибиотиков чаще всего вызывает поражение печени?  ♦Тетрациклин  Ровамицин  Цефазолин  Эритромицин  Феноксиметилпенициллин |
|  | Больному, который страдает хронической постгеморрагической анемией вследствие обострения язвенной болезни, назначено комплексное лечение: реланиум, но-шпа, гастроцепин, тардиферон. Через несколько дней появились определенные жалобы. Какая из них могла быть связана с тардифероном?  ♦Темный кал  Сухость ротовой полости  Нарушения аккомодации  Мышечная слабость |
|  | Проконсультируйте врача-психиатра, какой побочный эффект не характерен для аминазина?  ♦Повышение АД  Экстрапирамидные расстройства  Понижение АД  Контактный дерматит  Нарушение функции печени, холестаз |
|  | Больному, страдающему гиперацидным гастритом, терапевт назначил препарат висмута. Назовите препарат.  ♦Де-нол  Цианокобаламин  Альмагель  Апоморфина гидрохлорид  Дихлотиазид |
|  | Для эрадикации Helicobacter pylori в комбинированную терапию хронического гастрита целесообразно включить:  ♦Клaритромицин  Альмагель  Фуросемид  Цефтриаксон  Гастроцепин |
|  | Больному, страдающему язвенной болезнью желудка, был назначен противоязвенный препарат, обладающий способностью одновременно понижать секрецию соляной кислоты и угнетать микроорганизм Helicobacter pylori. Назовите этот препарат:  ♦Омепразол  Фамотидин  Гастроцепин  Маалокс  Альмагель |
|  | Ответьте на вопрос провизора-интерна: какой слабительный препарат повышает тонус матки?  ♦Касторовое масло  Глицерин  Подсолнечное масло  Оливковое масло  Вазелиновое масло |
|  | В аптеку обратился больной с язвенной болезнью желудка, которому врач назначил ранитидин. Укажите механизм действия данного препарата?  ♦Блокада Н2-гистаминовых рецепторов  Блокада М-холинорецепторов  Угнетение активности Н+К+АТФ-азы  Блокада Н1-гистаминовых рецепторов  Блокада Н-холинорецепторов симпатических ганглиев |
|  | Какой из приведенных антисептиков необходимо выдать из аптеки медицинской сестре, работающей в акушерском отделении, для профилактики бленнореи новорожденных?  ♦Серебра нитрат  Перекись водорода  Хлорамин Б  Фурацилин  Калия перманганат |
|  | У больного после операции возникла атония кишечника. Проконсультируйте врача, какой препарат необходимо назначить.  ♦Прозерин  Лобелии  Атропин  Армин  Платифиллин |
|  | Вы провизор-информатор. Из препаратов, которые получила центральная районная аптека, выберите противовирусное средство для профилактики и лечения гриппа.  ♦Ремантадин  Ацикловир  Идоксуридин  Азидотимедин  Сульфален |
|  | Больному, страдающему язвенной болезнью желудка, назначили омепразол. Какой механизм действия этого препарата?  ♦Угнетение Н+ К+-АТФ-азы  Блокада гистаминовых Н2-рецепторов  Стимуляция образования слизи  Нейтрализация НСI  Блокада М-холинорецепторов |
|  | Больному, страдающему атеросклерозом сосудов головного мозга, был назначен препарат, относящийся к группе блокаторов кальциевых каналов. Назовите этот препарат.  ♦Циннаризин  Кавинтон  Пирацетам  Пентоксифиллин  Ксантинола никотинат |
|  | К Вам, провизору больничной аптеки, обратился врач с просьбой порекомендовать местный анестетик для проведения инфильтрационной анестезии пациенту с нарушением сердечного ритма. Какой препарат Вы выберете?  ♦Лидокаин  Ультракаин  Новокаин  Анестезин  Кокаин |
|  | Объясните больному, в чем состоит опасность применения при повышенной кислотности желудочного сока такого антацидного средства как натрия гидрокарбонат.  ♦Вызывает повторное повышение кислотности  Проявляет значительный латентный период  Возникает толерантность  Проявляет низкую активность  Проявляет тенденцию к накоплению |
|  | Хвора 62 років із зниженою екскреторною функцією підшлункової залози тривалий час приймає панкреатин. В зв'язку з відсутністю препарату в аптеці вона звернулася до провізора з проханням порекомендувати лікарський засіб з подібними властивостями. Яку заміну можна запропонувати хворій?  ♦Креон  Карсил  Контрикал  Холосас  Ацидин-пепсин |
|  | У пацієнта 46 років із загостренням ревматоїдного артриту, який лікувався нестероїдним протизапальним засобом, виявлено лейкопенію. Який лікарський засіб міг викликати даний ефект із найбільшою вірогідністю?  ♦Бутадіон  ибупрофен  Мелоксикам  Целекоксиб  Диклофенак натрію |
|  | Мікроорганізм Helicobacter Pylori є головним етіологічним чинником:  Хронічного гастриту типу А  Неспецифічного виразкового коліту  ♦Хронічного гастриту типу В  Хронічного пієлонефриту  Бронхіальної астми |
|  | Хворого протягом тривалого часу турбують болі в епігастральній ділянці, які виникають через 1,5-2 год. після їжі, а нерідко – й уночі; стан погіршується навесні та восени. Така клінічна картина характерна для:  ♦Виразкової хвороби дванадцятипалої кишки  Виразкової хвороби шлунку  Хронічного гастриту  Хронічного холециститу  Хронічного панкреатиту |
|  | У больного В. после антибиотикотерапии появились признаки дискомфорта со стороны ЖКТ (вздутие живота, послабление стула, урчание, болезненность при пальпации живота). Какой наиболее рациональный препарат необходимо рекомендовать данному больному?  ♦Линекс  активированный уголь  эспумизан  мезим  дротаверина гидрохлорид |
|  | Какой слабительный препарат из перечисленных противопоказан больному со спастическими запорами?  ♦сенаде  гутталакс  лактулоза  форлакс  касторовое масло |
|  | К направлениям симптоматического лечения больных с жалобами на боль в горле являются все перечисленные, кроме:  ♦системное применение антибиотиков  полоскание горла вяжущими средствами  полоскание горла антисептическими средствами  применение антисептических пастилок, леденцов  применение аэрозолей с антисептиками, эфирными маслами |
|  | Какой наиболее рациональный препарат можно порекомендовать для лечения ринита при ОРВИ для ребенка в возрасте 7 месяцев?  ♦0,9 % раствор поваренной соли в теплой воде  нафтизин  галазолин  пиносол  Мазь “Бороментол” |
|  | Какой препарат можно порекомендовать для симптоматического лечения мышечной боли у ребенка 5 лет?  ♦парацетамол  ацетилсалициловая кислота  диклофенак натрия  индометацин  целекоксиб |
|  | Хворому К., 45 років, з діагнозом ревматоїдний артрит та пептична виразка шлунка, необхідно призначити НПЗЗ. Який препарат є найбільш доцільним?  ♦Целєкоксиб  Діклофенак натрію  Ацетилсаліцилова кислота  Індометацин  Піроксикам |
|  | У пацієнтки 40 років, яка з приводу позашпитальної пневмонії приймала ампіцилін протягом 10 днів, виникли загальна слабість, здуття живота, періодичні проноси, які змінюються закрепами. Який з наведених засобів слід рекомендувати для нормалізації даного стану?  ♦Лінекс  Церукал  Лоперамід  Гуталакс  Де-нол |
|  | Больному К., с диагнозом: желчекаменная болезнь, для растворения холестериновых желчных камней показано применение препарата:  ацетисалициловая кислота  гамма-аминомасляная кислота  лимонная кислота  ♦урсодезоксихолиевая кислота  мефенамовая кислота |
|  | Какой средний срок проведения эрадикационной терапии инфекции Helicobacter pylori при пептической язве желудка и двенадцатиперстной кишки?  ♦7-10 дней  1-2 дня  3-5 дней  11- 14 дней  15-20 дней |
|  | Из нижеприведенных противоязвенных средств выберите препараты, которые входят в схемы эрадикации Helicobaсter pylori:  ♦Кларитромицин  Сукральфат  Мизопростол  Гастроцепин  Альмагель |
|  | Для лечения пациента с пептической язвой желудка показано применение препарата с гастроцитопротекторной активностью. Выберите этот препарат:  ♦Сукральфат  Альмагель  Ранитидин  Метоклопрамид  Дротаверина гидрохлорид |
|  | Больному с гипертоническим кризом был введен ганглиоблокатор - бензогексоний. Проявления какого побочного эффекта следует опасаться после введения препарата?  ♦Ортостатической гипотензии  Синдрома отмены  Угнетающего действия на центральную нервную систему  Нарушения вкусовых ощущений  Диареи |
|  | Больному П., 56 лет с диагнозом хронический гастрит типа А показана патогенетическая терапия:  ♦Полная заместительная терапия (витамины, соляная кислота, ферменты)  Антибактериальная терапия, направленная против хеликобактер пилори и купирование воспаления  Применение средств, снижающих кислотность, ингибиторов ферментов  Антиоксидантная терапия  Противовоспалительная терапия |
|  | Укажите болевой синдром, наиболее характерный для пептической язвы 12-перстной кишки:  ♦Боли в левом подреберье  Ранние” боли в эпигастрии  Опоясывающие” боли  Боли в правом подреберье  Голодные” боли в эпигастрии |
|  | Під час відпуску в аптеці антибактеріальних препаратів для лікування позагоспітальної пневмонії, дайте додаткові рекомендації хворому з приводу профілактики у нього можливого кишкового дисбактеріозу.  ♦Лінекс  Тавегіл  Амброксол  Карсил  Ко-тримоксазол |
|  | Відповідаючи на запитання лікаря-хірурга про можливість тривалого консервативного лікування та розсмоктування холестеринових каменів в жовчному міхурі, зазначьте рекомендований лікарський засіб:  ♦Урсодеоксихолієва кислота  Хофітол  Алохол  Ліобіл  Легалон |
|  | При наданні допомоги хворій К., 49 років, з гострим калькульозним холециститом, зазначьте холекінетик протипоказаний при даному стані:  ♦Сорбіт  Алохол  Холензим  Легалон  Хофітол |
|  | Хворому з гострою кишковою непрохідністю перед оперативним втручанням необхідно очистити кишківник. З цією метою призначено:  ♦Форлакс  Бісакодил  Касторове масло  Гуталакс  Регулакс |
|  | Вагітна жінка ( III триместр) захворіла ГРВЗ з підвищенням температури тіла до 39 С. Який ЛЗ Ви зможете їй запропонувати?  ♦Парацетамол  Целєкоксиб  Індометацин  Ацетилсаліцилова кислота  Диклофенак |
|  | В аптеку звернулась жінка похилого віку з проханням відпустити їй лікарський засіб для зняття болю в суглобах, в анамнезі - пептична виразка шлунка. Який з наведених ЛЗ найбільш безпечний в даному випадку?  ♦Целєкоксиб  Ацетилсаліцилова кислота  Індометацин  Диклофенак натрію  Піроксикам |
|  | К антисекреторным препаратам относятся все, кроме:  ♦маалокса  пирензепина  ранитидина  омепразола  фамотидина |
|  | Какой из перечисленных препаратов может маскировать признаки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (окрашивать стул в черный цвет)?  ♦висмута субцитрат коллоидный  пирензепин  фамотидин  сукральфат  альмагель |
|  | Дайте определение понятию “салицилизм”:  ♦развитие побочных эффектов при лечении салицилатами (шум в ушах, тошнота, рвота, лихорадка)  развитие побочных эффектов при лечении салицилатами (кровотечение из ЖКТ, боли в эпигастрии, рвота)  непереносимость салицилатов  привыкание к салицилатам  развитие зависисмости от салицилатов |
|  | К препаратам, способствующим развитию диареи относятся все, кроме:  ♦алюминийсодержащие антациды  антибактериальные средства  магнийсодержащие антациды  препараты калия  антикоагулянты |
|  | В состав препаратов для симптоматического лечения боли в горле (таблетки, пастилки, леденцы) могут входить все перечисленные компоненты, кроме:  ♦антибактериальные средства  аскорбиновая кислота  слабые антисептики  местные анестетики  эфирные масла |
|  | Какие побочные эффекты характерны при применении симпатомиметиков при лечении ринита?  ♦все перечисленные  повышенная раздражительность  нарушение сна  повышение АД  головная боль |
|  | Препараты, содержащие ацикловир, для местной терапии герпеса губ, наносятся:  ♦каждые 4 часа  2 раза в день  3 раза в день  каждые 60 минут  8-10 раз в день |
|  | К направлениям симптоматического лечения диареи относятся все, кроме:  ♦применения антибактериальных препаратов  применения энтеросорбентов  применения антиперистальтических препаратов  применения препаратов для пероральной регидратации  применения пре- и пробиотиков |
|  | Слабительный эффект при применении препаратов, содержащих антрагликозиды, развивается через:  ♦8-12 часов после приема  20-24 часа после приема  2-4 часа после приема  15-30 мин после приема  24-36 часов после приема |
|  | Укажите слабительный препарат с осмотическим типом действия:  ♦форлакс  гутталакс  касторовое масло  вазелиновое масло  бисакодил |
|  | Під час епідемії грипу необхідно провести профілактику. Які методи екстреної профілактики застосовуються для цього?  ♦Ремантадин  Оксолінова мазь  Живі вакцини  Аспірин  Ацикловір |
|  | Хвора 46 років скаржиться на інтенсивний біль у правому підребер’ї, нудоту, блювоту, гіркоту в роті. В анамнезі – жовчнокам’яна хвороба. При пальпації живота – болісність в проекції жовчного міхура. На догоспітальному етапі необхідно призначити:  ♦Но-шпа  Індометацин  Карсіл  Магнію сульфат  Холестирамін |
|  | Хворий С. 47 років приймає преднізолон у дозі 30 мг на добу для лікування бронхіальної астми. Раптово біль в епігастральній ділянці. Яке ускладнення гормонотерапії найбільш ймовірно виникло?  ♦Пептична виразка шлунка  Гострий панкреатит.  Гострий коліт.  Інфаркт міокарда.  Гострий холецистит |
|  | Хворому Л. 70 років, встановлено діагноз: гіперацидний гастрит та супутній цукровий діабет 2 типу. Порекомендуйте лікарю антацидний лікарський засіб для даного хворого.  ♦Альмагель  Гастал.  Вікалін.  Ріволокс.  Гастерін. |
|  | Вагітна жінка 26 років (III триместр вагітності) скаржиться на підвищення температури тіла до 390С. Який жарознижуючий лікарський засіб можна запропонувати в даній ситуації?  ♦Панадол.  Анальгін.  Аспірин.  Диклофенак.  Індометацин |
|  | У хворого на виразкову хворобу під час комбінованої фармакотерапії випорожнення набули чорного забарвлення. Назвіть препарат, який міг спричинити таку зміну:  ♦Де-нол  Омепразол;  Актовегін;  Метронідазол;  Ранітидин |
|  | Хворому М., який місяць тому переніс гострий інфаркт міокарда, для профілактики тромбоутворення призначено ацетилсаліцилову кислоту. В якій дозі слід рекомендувати даний лікарський засіб у такій клінічній ситуації?  ♦100-300мг;  500мг;  3000мг;  1000мг;  750мг. |
|  | Хвора А., протягом 7 днів отримувала антибіотикотерапію, яка ускладнилась розвитком дисбактеріозу кишечника. Яку із груп лікарських засобів слід використати для лікування даного ускладнення?  ♦Пробіотики  Жовчогінні;  Спазмолітики;  Антациди;  Адаптогени. |
|  | У хворої П, яка приймала петльовий діуретик з’явились м’язова слабкість, судоми м’язів нижніх кінцівок, відчуття перебоїв у роботі серця. Назвіть лікарські засоби для корекції даного ускладнення.  ♦Аспаркам;  Маалокс;  Десферал;  Глобірон;  Магне-В-6. |
|  | Вагітна жінка 26 років (III триместр вагітності) скаржиться на підвищення температури тіла до 390С. Який жарознижуючий лікарський засіб можна запропонувати в даній ситуації?  ♦Панадол  Анальгін.  Аспірин.  Диклофенак.  Індометацин |
|  | У хворого на виразкову хворобу під час комбінованої фармакотерапії випорожнення набули чорного забарвлення. Назвіть препарат, який міг спричинити таку зміну:  ♦Де-нол  Омепразол;  Актовегін;  Метронідазол;  Ранітидин |
|  | Хвора А., протягом 7 днів отримувала антибіотикотерапію, яка ускладнилась розвитком дисбактеріозу кишечника. Яку із груп лікарських засобів слід використати для лікування даного ускладнення?  ♦Пробіотики  Жовчогінні;  Спазмолітики;  Антациди;  Адаптогени. |
|  | У хворої П, яка приймала петльовий діуретик з’явились м’язова слабкість, судоми м’язів нижніх кінцівок, відчуття перебоїв у роботі серця. Назвіть лікарські засоби для корекції даного ускладнення.  ♦Аспаркам;  Маалокс;  Десферал;  Глобірон;  Магне-В-6. |
|  | Хворій, 57 років, встановлено діагноз ревматоїдного артриту, в анамнезі виразкова хвороба. Який препарат із групи НПЗП можна рекомендувати даній хворій?  ♦Целекоксиб;  Диклофенак;  Аспірин;  Індометацин;  Мефенамова кислота |
|  | Больная 25-ти лет в течение 7-ми дней принимала антибиотикотерапию, которая осложнилась развитием дисбактериоза кишечника. Препарат из какой группы лекарственных средств следует использовать для лечения данного осложнения?  ♦Пробиотики  Адаптогены  Антациды  Желчегонные  Спазмолитики |
|  | Больному, страдающему язвенной болезнью желудка, был назначен противоязвенный препарат, обладающий способностью одновременно понижать секрецию соляной кислоты и угнетать микроорганизм хеликобактер пилори. Назовите этот препарат:  Альмагель  ♦Омепразол  Гастроцепин  Фамотидин  Маалокс |
|  | Больной 57-ми лет установлен диагноз ревматоидного артрита, в анамнезе язвенная болезнь. Что из группы нестероидных противовоспалительных препаратов можно рекомендовать данной больной?  Индометацин  ♦Целекоксиб  Мефенахмовая кислота  Диклофенак натрия  Аспирин |
|  | В аптеку звернулася мама 2-х місячної дитини з проханням видати жарознижувальний препарат. Який препарат Ви порекомендуєте для дитини?  ♦Парацетамол  Німесулід  Ацетилсаліцилову кислоту  Індометацин  Діклофенак натрію |
|  | Ответьте на вопрос провизора-интерна: какой слабительный препарат повышает тонус матки.  ♦Касторовое масло  Вазелиновое масло  Оливковое масло  Глицерин  Подсолнечное масло |
|  | До Вас звернулася хвора на хронічний панкреатит з вираженими проявами недостатності зовнішньо-секреторної функції підшлункової залози. Який з наведених ЛЗ найдоцільніше призначати в даному випадку?  ♦Панкреатин  Дротаверин  Де-нол  Омепразол  Ацидин-пепсин |
|  | Хворому К, 54 років, який кілька років страждає хронічним гиперацидним гастритом, призначений альмагель. Які ускладнення фармакотерапії з боку органів травлення можуть виникнути перш за все?  ♦Закреп  Нудота  Анорексія  Блювота  Діарея |
|  | До провізора в аптеці звернулась жінка з проханням відпустити жарознижуючий засіб для дитини 8 місяців. Який препарат Ви порадите?  ♦Парацетамол  Ацетилсаліцилова кіслота  Індометацин  Діклофенак натрію  Піроксикам |
|  | Какой наиболее рациональный препарат можно порекомендовать для лечения  ринита при ОРВИ для ребенка в возрасте 7 месяцев?  ♦0,9 % раствор поваренной соли в теплой воде  нафтизин  галазолин  пиносол  Мазь “Бороментол” |
|  | Какой препарат можно порекомендовать для симптоматического лечения мышечной боли у ребенка 5 лет?  ♦парацетамол  ацетилсалициловая кислота  диклофенак натрия  индометацин  целекоксиб |
|  | Хворому К., 45 років, з діагнозом ревматоїдний артрит та пептична виразка шлунка, необхідно призначити НПЗЗ. Який препарат є найбільш доцільним?  ♦Целекоксиб  Діклофенак натрію  Ацетилсаліцилова кислота  Індометацин  Піроксикам |
|  | Больному К., с диагнозом: желчекаменная болезнь, для растворения холестериновых желчных камней показано применение препарата:  ♦урсодезоксихолиевая кислота  гамма-аминомасляная кислота  ацетисалициловая кислота  лимонная кислота  мефенамовая кислота |
|  | Відповідаючи на запитання лікаря-хірурга про можливість тривалого консервативного лікування та розсмоктування холестеринових каменів в жовчному міхурі, зазначте рекомендований лікарський засіб:  ♦Урсодеоксихолієва кислота  Хофітол  Алохол  Ліобіл  Легалон |
|  | Вагітна жінка ( III триместр) захворіла ГРВЗ з підвищенням температури тіла до 39 С. Який ЛЗ Ви зможете їй запропонувати?  ♦Парацетамол  Целєкоксиб  Індометацин  Ацетилсаліцилова кислота  Диклофенак натрію |
|  | Вагітна жінка 26-ти років (III триместр вагітності) скаржиться на підвищення температури тіла до 39?С. Який жарознижуючий лікарський засіб можна запропонувати в даній ситуації?  ♦Парацетамол.  Аспірин.  Диклофенак.  Анальгін.  Індометацин. |
|  | У хворого на виразкову хворобу під час комбінованої фармакотерапії випорожнення набули чорного забарвлення. Назвіть препарат, який міг спричинити таку зміну:  ♦Вісмуту субцитрат;  Омепразол;  Актовегін;  Метронідазол;  Ранітидин. |
|  | Хвора 25-ти років протягом 7 днів отримувала антибіотикотерапію, яка ускладнилась розвитком дисбактеріозу кишечника. Яку із груп лікарських засобів слід використати для лікування даного ускладнення?  ♦Пробіотики  Спазмолітики  Жовчогінні  Антациди  Адаптогени |
|  | Хворій 57-ми років встановлено діагноз ревматоїдного артриту, в анамнезі виразкова хвороба. Який препарат із групи НПЗП можна рекомендувати даній хворій?  ♦Целекоксиб;  Диклофенак;  Аспірин;  Індометацин;  Мефенамова кислота. |
|  | У больного 55-ти лет на 4-й день лечения индометацином возникло желудочное кровотечение вследствие образования язвы слизистой оболочки желудка. Ульцерогенное действие препарата связано с уменьшением активности такого фермента:  Циклооксигеназа-2 (ЦОГ-2)  Липооксигеназа (ЛОГ)  Простациклинсинтетаза  Тромбоксансинтетаза  ♦Циклооксигеназа-1 (ЦОГ-1) |
|  | При отпуске доксициклина провизор посоветовал пациенту воздержаться от употребления молочных продуктов. Провизор дал ему такую рекомендацию, поскольку молочные продукты:  ♦Замедляют всасывание антибиотика  Не усваиваются при приёме антибиотика  Ухудшают процесс переваривания пищи  Увеличивают токсичность антибиотика  Увеличивают риск дисбактериоза |
|  | Какой слабительный препарат повышает тонус матки?  ♦Касторовое масло  Подсолнечное масло  Глицерин  Оливковое масло  Вазелиновое масло |
|  | Какой ненаркотический противокашлевой препарат центрального действия можно использовать при сухом кашле?  ♦Глауцин  Кодеин  Ацетилцистеин  Мукалтин  Амброксол |
|  | У больного отмечается сухость слизистых оболочек и нарушение сумеречного зрения. Недостаточность какого витамина приводит к возникновению таких симптомов?  Е  D  С  ♦А  Р |
|  | После подъёма груза у больного возникла резкая боль в пояснице, которая усиливается при движениях, иррадиирует в левую ногу. Диагностирован пояснично-крестцовый радикулит. Какое средство можно порекомендовать больному?  Платифиллин  ♦Диклофенак-натрий  Дротаверин  Тиамина бромид  Цианокобаламин |
|  | В аптеке больному хроническим бронхитом отпускают глауцина гидрохлорид. О каком типичном побочном эффекте препарата следует предостеречь больного?  Повышение внутриглазного давления  Аллергические высыпания на коже  Нарушение сердечного ритма  Возбуждение центральной нервной системы  ♦Снижение артериального давления |
|  | В аптеку обратилась женщина 35-ти лет с целью приобретения препарата для профилактики гриппа. Какое из перечисленных лекарственных средств можно ей порекомендовать?  Ганцикловир  Ацикловир  Рибавирин  Ламивудин  ♦Ремантадин |
|  | К провизору в аптеке обратилась женщина с просьбой отпустить жаропонижающее средство для ребёнка 8-ми месяцев. Какой препарат следует посоветовать?  Диклофенак-натрий  ♦Парацетамол  Ацетилсалициловая кислота  Индометацин  Пироксикам |
|  | Какой препарат можно порекомендовать для симптоматического лечения мышечной  боли у ребенка 5 лет?  ♦парацетамол  ацетилсалициловая кислота  диклофенак натрия  индометацин  целекоксиб |
|  | При виникненні симптомів інтоксикації парацетамолом, як антидот, слід використовувати:  ♦Ацетилцистеїн  Глюкозу  Хлористий натрій  Фуросемід  Реополіглюкін |
|  | Гастродуоденопатії є одними з найчастіших ускладнень фармакотерапії нестероїдними  протизапальними лікарськими засобами. Яке з вказаних нижче тверджень, що пояснює  причину їх виникнення є вірним?  ♦Гальмування синтезу простагландинів у слизовій оболонці  Гальмування перекисного окислення ліпідів  Гальмування агрегації нейтрофілів  Порушення проведення больового імпульсу  Гальмування адгезії і агрегації тромбоцитів |
|  | Ответьте на вопрос провизора-интерна: какой слабительный препарат повышает тонус матки.  ♦Касторовое масло  Вазелиновое масло  Оливковое масло  Глицерин  Подсолнечное масло |
|  | Хворому К, 54 років, який кілька років страждає хронічним гиперацидним гастритом, призначений альмагель. Які ускладнення фармакотерапії з боку органів травлення можуть виникнути перш за все?  ♦Закреп  Нудота  Анорексія  Блювота  Діарея |
|  | До провізора в аптеці звернулась жінка з проханням відпустити жарознижуючий засіб для дитини 8 місяців. Який препарат Ви порадите?  ♦Парацетамол  Ацетилсаліцилова кіслота  Індометацин  Діклофенак натрію  Піроксикам |
|  | Какой препарат можно порекомендовать для симптоматического лечения мышечной боли у ребенка 5 лет?  ♦парацетамол  ацетилсалициловая кислота  диклофенак натрия  индометацин  целекоксиб |
|  | Вагітна жінка (III триместр) захворіла ГРВЗ з підвищенням температури тіла до 39oС. Який ЛЗ Ви зможете їй запропонувати?  ♦Парацетамол  Целєкоксиб  Індометацин  Ацетилсаліцилова кислота  Диклофенак натрію |
|  | Хворий 46-ти років хворий на хронічний бронхіт звернувся в аптеку. Який лікарський засіб можна придбати в аптеці для полегшення відходження густого та в'язкого харкотиння?  ♦Амброксол  Фалімінт  Лібексин  Глаувент  Сальбутамол |
|  | Вагітна жінка 26-ти років (III триместр вагітності) скаржиться на підвищення температури тіла до 39oС. Який жарознижуючий лікарський засіб можна запропонувати в даній ситуації?  ♦Парацетамол  Аспірин.  Диклофенак.  Анальгін.  Індометацин. |
|  | Хворій, яка страждає на бронхіальну астму встановлено діагноз гіпертонічної хвороби.  Який гіпотензивний препарат протипоказаний даній пацієнтці?  ♦Анаприлін;  Каптоприл;  Амлодипін;  Гіпотіазид;  Верапаміл. |
|  | Хворій 57-ми років встановлено діагноз ревматоїдного артриту, в анамнезі виразкова хвороба. Який препарат із групи НПЗП можна рекомендувати даній хворій?  ♦Целекоксиб;  Диклофенак;  Аспірин;  Індометацин;  Мефенамова кислота. |
|  | Після підйому вантажу у хворого виник різкий біль в попереку, який посилюється при рухах, ірадіює в ліву ногу. У пацієнта діагностовано попереково-крижовий радикуліт. Який засіб можна порекомендувати хворому?  ♦Диклофенак-натрію  Дротаверин  Платифілін  Тіаміну бромід  Цінокобаламін |
|  | Гастродуоденопатії є одними з найчастіших ускладнень фармакотерапії нестероїдними протизапальними лікарськими засобами. Яке з вказаних нижче тверджень, що пояснює причину їх виникнення є вірним?  ♦Гальмування синтезу простагландинів у слизовій оболонці  Гальмування перекисного окислення ліпідів  Гальмування агрегації нейтрофілів  Порушення проведення больового імпульсу  Гальмування адгезії і агрегації тромбоцитів |
|  | При одночасному застосуванні парацетамолу та ацетилцистеїну відбувається:  ♦Зниження гепатотоксичної дії парацетамолу  Зменшення протизапальної дії парацетамолу  Гальмування всмоктування парацетамолу  Збільшення муколітичної дії ацетилцистеїну  Збільшення нефротоксичності парацетамолу |
|  | Хворому 44 років з ревматоїдним поліартритом встановлено загострення пептичної виразки шлунка. Який з перерахованих засобів необхідно виключити з комплексної терапії?  ♦Індометацин  Димедрол  Уродан  Анаприлін  Атропін |
|  | Виберiть лiкарський засiб, щоселективно iнгiбує ЦОГ-2:  ♦Целекоксиб  Диклофенак натрiю  Ацетилсалiцилова кислота  Парацетамол  Iндометацин |
|  | Хворий отримує фармакотерапiю з приводу пептичної виразки шлунка. Призначення якого лiкар-ського засобу зумовлює забарв-лення стiльця в чорний колiр?  ♦Вiсмуту субцитрат  Омепразол  Маалокс  Фамотидин  Панкреатин |
|  | Про який найбiльш частий по-бiчний ефект необхiдно iнформувати пацiєнтiв при вiдпуску анта-цидних засобiв на основi сполук алюмiнiю?  ♦Закреп  Дiарея  Печiя  Дисбактерiоз  Утруднення сечовидiлення |
|  | Хвора 36-ти рокiв, з метоюсимптоматичного лiкування гiпер-термiї на фонi застудного захворювання, протягом доби прийняла 7 таблеток парацетамолу. Який лi-карський засiб слiд застосувати в даному випадку як антидот?  ♦Ацетилцистеїн  Бемегрид  Метиловий спирт  Протамiну сульфат  Етиловий спирт |

**література.**

1. Безопасность лекарств. Руководство по фармаконадзору / Под ред. А.П. Вікторова, В.И. Мальцева, Ю.Б. Белоусова. – К.: МОРИОН, 2007. – 240 с.
2. Взаимодействие лекарств и эффективность фармакотерапии /Л.В. Дериведмедь, И.М. Перцев, Е.В. Шуванова, И.А. Зупанец, В.Н. Хоменко; под ред.. проф.. И.М. Перцева – Х.: Изд-во «Мегаполіс», 2011. – 784 с.
3. Дроговоз С.М., Страшний В.В. Фармакологія на допомогу лікарю, провізору та студенту// Харьков.: Изд-во ХАИ.- 2014.- 450с
4. Зозуляк В.І. Фтизіатрія: Навч. посібник.- Івано-Франківськ, 2011 – 100с.
5. Ківера О. Клінічна оториноларингологія.- Львів, 2006.- 531 с.
6. Клінічна фармакологія: підручник / Кол. авторів; за ред.. О.Я. Бібка, О.М. Біловола, І.С. Чекмана. – К.: Медицина, 2008. – 768 с.
7. Клиническая фармакология: Учеб. для студ. высш. учеб. завед.: В 2 т. Т. 1 /С.В. Налетов, И.А. Зупанец, Т.Д. Бахтеева и др.; Под ред. И.А. Зупанца, С.В. Налетова, А.П. Викторова. – Харьков: Узд-во НФаУ: Золотые страницы, 2012.– 448с.
8. Клиническая фармакология: Учеб. для студ. высш. учеб. завед.: В 2 т. Т. 2 /С.В. Налетов, И.А. Зупанец, Т.Д. Бахтеева и др.; Под ред. И.А. Зупанца, С.В. Налетова, А.П. Викторова. – Харьков: Узд-во НФаУ: Золотые страницы, 2012.– 400с.
9. Клиническая фармакология в кардиологии. Руководство для врачей, провизоров, студентов медицинских вузов – под общ. ред. Крайдашенко О.В., Налетова С.В., Свинтозельского А.А. - Запорожье, ООО «Издательско-полиграфическое объединение «Запоріжжя», 2009 г. – 216 с.
10. Клиническая фармакология. Национальное руководство / под. ред. Ю.Б. Белоусова, В.Г. Кукеса, В.К. Лепахина, В.И. Петрова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 976 с.
11. Клиническая эндокринология: руководство (3-е изд). Под редакцией Н.Т. Старковой, СПб. 2012. - 576 с.
12. Клинические рекомендации + фармакологический справочник/ под ред. Денисова И.Н., Шевченко Ю.Л. .- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012.- 1147 с.
13. Клиническая фармакология: учебник. / под ред. В.Г. Кукеса. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 1056 с.
14. Компендиум 2011 - лекарственные препараты / Под ред. Коваленко В.Н, Викторова А.П.. - К.: Морион, 2011. - 2320 с.
15. Купновицкая И.Г. Клиническая фармация / учебник.- Ивано-Франковск, б.и., 2007.- 232 с.
16. Михайлов И.Б., Маркова И.В. Лекарственные средства в педиатрии.- С.-Петерб. мед.изд., 2011.- 313 с.
17. Невідкладна медична допомога / за ред.. Ф.С.Глумчера, В.Ф.Москаленка – К.: Медицина,2006.- 632 с.
18. Невідкладні стани : Підручник/ за ред.. М.С.Регеди,- Львів, 2014.-844с.
19. Нейко Є.М. Лікування основних захворювань внутрішніх органів.- Івано-Франківськ.- 2011.- 318 с.
20. Нейко Є.М. Виразкова хвороба: клініко-патогенетичні аспекти діагностики і лікування / Нейко Є.М., Бабенко О.І., Матковська Н.Р. й інші.- Івано-Франківськ, 2008 – 158 с.
21. Нейко Є.М., Соломчак Д.Б., Шевчук А.Г. Хронічний пієлонефрит: клініко-патогенетичні аспекти діагностики і лікування.–Івано-Франківськ, 2012 – 143с.
22. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 4. Диагностика болезней системы крови: - М.: Мед. лит., 2013. - 512 с.
23. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 5. Диагностика болезней системы крови. Диагностика болезней почек: - М.: Мед. лит., 2012.-512 с.
24. Основы клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии: Рук. для практикующих врачей /Под общ. ред. Ю.Б. Белоусова, М.В. Леоновой. – М.: Бионика, 2012. – 368 с.
25. Пропедевтика внутрішніх хвороб/ За ред. Децика Ю.І.- К.: Здоровיя, 2011.-504 с.
26. Ревматология. Национальное руководство/ под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-720 с
27. Регеда М.С. Запальні захворювання легенів та бронхів.- Львів, 2009.- 206с.
28. Сахарный диабет. Острые и хронические осложнения. Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. Монография, Москва, 2011.-477 с
29. Середюк Н.М. Внутрішня медицина.- К: Медицина.-2009.-1102 с.
30. Сімейна медицина/ за ред.. В.Б.Гощинського, Є.М.Стародуба,- Тернопіль, ТДМУ «Укрмедкнига», 2011.-808 с.
31. Середюк Н.М. Внутрішня медицина і терапія.- К: Медицина, 2007 – 686 с.
32. Фармакотерапія: підручник для студентів фарм. факультетів / Під ред.. О.В. Крайдашенка, І.Г. Купновицької, І.М. Кліща, В.Г. Лизогуба. – Вінниця: Нова книга, 2014. – 644 с.
33. Фармацевтична опіка: практичний посібник / І. Зупанець, В Черних, С. Попов, та ін..; [редакцією І. Зупанця та В. Черниха].- Київ: Фармацевт Практик, 2016.-[208] c.
34. Фармацевтическая опека: Практ. руководство для провизоров и семейных врачей/ И.А. Зупанец, В.П. Черных, В.Ф. Москаленко и др.; Под ред. В.П. Черных, И.А. Зупанца, В.А. Усенко– Х.: Золотые страницы, 2012. – 264 с.
35. Фармацевтическая опека: Курс лекций для провизоров и семейных врачей / И.А. Зупанец, В.П. Черных, С.Б. Попов и др.; Под ред. В.П. Черных, И.А. Зупанца, В.А. Усенко–Х.: Мегаполис, 2014. – 608 с.
36. http://www.moz.gov.ua/Наказ МОЗ України від 11.10.2013 № 875 "Про затвердження протоколів провізора ( фармацевта)".