

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**  
**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ**  
**О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**  
**ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**  
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

**ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**на тему: «Фармацевтична опіка при застосуванні антигістамінних  
препаратів при вагітності»**

Виконала: здобувач вищої освіти

5 курсу, групи 9802

226 Фармація, промислова фармація

Смирнова Вікторія Олександрівна

Керівник: к.мед.н., доцент, Афанасьєва І.О.

Рецензент: к.пед.н., доцент Коновалова Л.В.

Київ – 2024

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП .....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ПРО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ВАГІТНИХ.....	7
1.1 Стан організму вагітних жінок під час алергії.....	8
1.2 Особливості застосування антигістамінних засобів при вагітності. Фармакотетapia при алергії.....	15
Висновки до розділу 1 .....	21
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	23
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ АЛЕРГІЇ У ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ:	
3.1. Результати анкетування вагітних при алергії .....	31
3.2. Результати анкетування аптечних спеціалістів щодо відпуску лікарських засобів при алергії вагітним жінкам. ....	43
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ .....	54
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	566
SUMMARY.....	61
ДОДАТКИ.....	63

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

AAAAI - The American Academy of Allergy, Asthma & Immunology

AЗ – алергічні захворювання

АГП - антигістамінні препарати

АК - алергічний кон'юнктивіт

АР -алергічні риніт

БА - бронхіальна астма

ГКС – глюкокортикостероїди

ІМЗ - інструкції з медичного застосування

КР - криоморфний рубець

FDA -Food and Drug Administration

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Вагітність - це період особливої чутливості для жінок, і будь-який медичний вплив може мати наслідки як для майбутньої матері, так і для її неродженого дитини. Антигістамінні препарати широко використовуються для лікування алергічних реакцій, таких як кропив'янка, риніт, кон'юнктивіт, алергічний дерматит тощо [5]. Однак, їх безпека вагітних жінок викликає певні турботи та потребує додаткових досліджень.

Ця тема є актуальною з кількох причин. По-перше, алергічні захворювання досить поширені серед вагітних жінок. Згідно з дослідженнями, близько 10-20% вагітних стикаються з якоюсь формою алергії протягом вагітності. Це може включати різноманітні прояви, такі як алергічний риніт, кропив'янка, atopічний дерматит та інші алергічні реакції. Оскільки вагітні жінки мають обмежені варіанти лікування через ризик для плоду, оптимальний вибір антигістамінних препаратів стає особливо важливим [16].

По-друге, існує дефіцит даних щодо безпеки антигістамінних препаратів вагітними. Багато з антигістамінних препаратів класифікуються як категорія В за класифікацією FDA, що означає, що створено деякі докази безпеки для вагітних тварин, але немає контрольованих досліджень у вагітних жінок. Це ставить під сумнів безпеку та безпековий профіль цих препаратів під час вагітності, і вимагає подальших досліджень для ретельної оцінки ризиків та користі для майбутніх матерів та їхніх дітей [5, 28].

По-третє, важливо враховувати можливий вплив антигістамінних препаратів на розвиток плода та здоров'я новонародженого. Хоча деякі дослідження не виявили значного ризику при вживанні антигістамінних препаратів під час вагітності, але існують певні докази, що деякі антигістамінні препарати можуть мати вплив на плід, зокрема на центральну нервову систему [5, 20].

По-четверте, консенсус між медичними фахівцями стосовно безпеки та ефективності антигістамінних препаратів вагітним є важливим для надання рекомендацій щодо їх застосування. Це вимагає систематичного огляду

наявних доказів та розробки настанов для медичних працівників щодо найбезпечніших стратегій лікування алергічних реакцій у вагітних жінок [5].

По-п'яте, врахування індивідуальних характеристик пацієток та особливостей їхнього стану важливо для підбору найбезпечніших та ефективних препаратів. Під час вагітності, кожен випадок може мати унікальні аспекти, такі як історія алергічних реакцій, стан здоров'я матері та плоду, інші медичні проблеми тощо [5, 26].

*Метою дослідження є оцінити фармацевтичну опіку при застосуванні антигістамінних препаратів під час вагітності.*

*Завдання дослідження:*

1. Провести дослідження вагітних щодо небажаних явищ антигістамінних препаратів у вагітних жінок.

2. Дослідити аптечних фахівців щодо порад лікарських засобів вагітним з алергією.

3. Проаналізувати сучасний підхід фармацевтів щодо застосування жінкам протиалергічних засобів з урахуванням вагітності.

*Предметом дослідження є фармацевтична опіка.*

*Об'єктом дослідження є антигістамінні препарати при вагітності.*

*Методи дослідження: соціологічний, статистичний, графічний*

*Науковою новизною дослідження є систематичний аналіз наявних даних щодо безпеки та ефективності антигістамінних препаратів у вагітних.*

З'ясували, що небажані реакції серед вагітних зазначалися у жінок сонливість - 60%, 42,5% їх скаржилися на відчуття печіння в очах та відбувалися порушення з боку шлунково-кишкового тракту у 37,5% вагітних.

Встановлено, що одночасний прийом вагітними протиалергічних засобів з антацидами відбувалося у 47,5% жінок, з еритроміцином/азітроміцином – у 12,5% та з теофіліном – у 2,5%, призводять до фармакокінетичної та фармакодинамічної взаємодії.

Більшість вагітних з алергічною реакцією отримували від фармацевтів рекомендації щодо прийому ентеросорбентів (87% жінок), антигістамінних

лікарських засобів другого покоління (94,4% жінок), але протиалергійним препаратам 1 покоління фармацевти надали пораду 44,4% вагітним. Їх не слід застосовувати жінкам при вагітності, оскільки вони сприяють вродженим вадам розвитку у дитини.

Досліджено данні аптечних фахівців що до порад до дозування препаратів проти алергії вагітним.

*Практичне значення отриманих результатів.*

Теоретично – практичною основою роботи є удосконалення фармацевтичної опіки застосуванні антигістамінних лікарських засобів у вагітних жінок.

*Апробація результатів роботи.* Основні результати випускної кваліфікаційної роботи доповіла та опубліковани на науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченої 25-річчю фармацевтичного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця: ФАРМАЦЕВТИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА: СТАН, ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ, 19-20 грудня 2023 року м. Київ, С. 72-73.

*Структура магістерської роботи.* Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (35 найменувань, із них 24 іноземними мовами). Загальний обсяг роботи - 63 сторінки, основний текст викладено на 53 сторінках. Робота містить рисунків – 31, а також висновки англійською мовою.

РОЗДІЛ I  
ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ПРО ЗАСТОСУВАННЯ  
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ВАГІТНИХ

Згідно із даними The American Academy of Allergy, Asthma & Immunology (AAAAI), алергія на сьогоднішній день є третьою за захворюваністю серед інших нозологій. В світі різноманітні форми алергічної патології впливають на 20–40 % населення, що означає, що як мінімум кожен п'ятий житель планети стикається із цією проблемою [1].

Україна, як і багато інших країн, не є винятком у поширенні алергічних захворювань. Захворюваність на алергологічну патологію в країні має тенденцію до зростання і охоплює майже 25–30 % населення [2]. Ця ситуація підкреслює актуальність проблеми алергічних захворювань (АЗ) та необхідність ефективної фармакотерапії в період вагітності.

Алергічні захворювання вагітних є важливим аспектом медично-фармацевтичного дослідження як в Україні, так і в усьому світі. Це обумовлено поширенням алергій, необхідністю системного спостереження, здійснення адекватного лікування, ретельного контролю та визначення ефективності та безпеки антигістамінних препаратів у цьому особливому періоді життя жінки.

Однією з актуальних медико-фармацевтичних проблем є розробка оптимальних стратегій лікування АЗ у вагітних жінок, з урахуванням особливостей фізіології та безпеки вагітності. Провідну роль в цьому процесі відіграє фармацевтична опіка, яка повинна забезпечувати доступність та ефективність лікувальних заходів, спрямованих на полегшення стану вагітних жінок, які стикаються із проблемами алергічних реакцій [23].

## 1.1 Стан організму вагітних жінок під час алергії

Поширеність алергічних захворювань, таких як алергічний риніт, алергічний кон'юнктивіт, різні фенотипи бронхіальної астми, кропив'янка, atopічний дерматит, а також алергії на їжу, медикаменти, укуси комах, анафілаксія та інші, серед вагітних варіює від 5 до 20%, і в окремих випадках може сягати навіть 30% [4]. Вагітність впливає на клінічний перебіг цих захворювань та вимагає специфічних підходів до лікування цієї групи пацієнток.

Важливо враховувати, що під час вагітності відбувається ряд фізіологічних змін у функціонуванні нейроімуноендокринної системи, які можуть впливати на розвиток та клінічний хід алергічних захворювань. Додатково, порушення функціонування імунної системи при алергічних захворюваннях може впливати на перебіг вагітності [4, 23].

Це ставить під сумнів значущі виклики та ускладнення, які можуть виникнути у вагітних жінок із захворюваннями такого спектру. Такі аспекти потребують уваги в контексті фармацевтичної опіки та розробки індивідуальних стратегій лікування, щоб забезпечити оптимальний хід вагітності та безпеку як для матері, так і для плода [4,15].

Фізіологічні зміни в організмі вагітних, що впливають на розвиток АЗ, детально розглядаються в науковій літературі. Ці зрушення є різноманітними і можуть викликати протилежний вплив на перебіг хронічних захворювань, пов'язаних з гормональними та імунологічними перетвореннями.

Гормональні перетворення проявляються у зменшенні виведення ГКС при підвищенні вироблення хоріонічного гонадотропіну і естрогенів, які відзначаються антиалергенною активністю. Крім того, прогестерон, що пригнічує вивільнення гістаміну та підсилює синтез IgE, сприяє зниженню тонуусу гладенької мускулатури і експресії  $\beta$ 2-адренорецепторів [5].

Серед важливих механізмів фізіологічної вагітності важливо відзначити пригнічення цитотоксичних механізмів, зокрема Th1-фенотипу імунної



відповіді. Підвищення рівня проалергічних Th2-цитокінів, загального IgE, еозинофільного катіонного протеїну, простагландинів PgE2 і F2a відзначається у вагітних і сприяє загостренню алергопатології.

Фармакологічне навантаження стає додатковим викликом при лікуванні АЗ у вагітних: близько 80% жінок вживають різноманітні лікарські засоби (середня вагітна жінка приймає таблетки 4-х видів), а у 40-45% виявляється наявність супутніх захворювань внутрішніх органів [5].

Висновуюч, якщо розглядати найчастіші алергічні захворювання у вагітних, то можна виділити наступні:

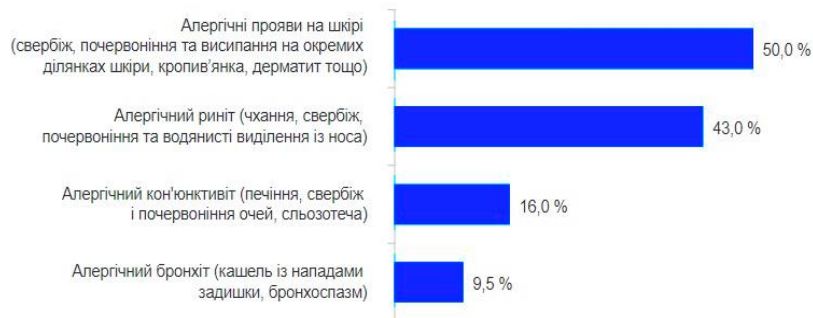


**Рисунок 1.1.** Найчастіші види алергії у вагітних.

Дослідження, проведене Т. Б. Риваком у 2020 році, яке включало опитування 95 респонденток, має важливе значення для розуміння практичних аспектів розподілу алергічних проявів у жінок. Результати цього дослідження, які зображені на рис.1.1, відкривають можливість зробити висновки щодо популярності та розподілу алергічних симптомів серед вивченої групи.

На підставі зазначеного дослідження можна визначити розподіл алергічних проявів у жінок та визначити їхню практичну значущість [9]. Дане

опитування дозволило отримати репрезентативні дані щодо типів алергічних реакцій, частоти та інтенсивності симптомів, а також факторів, які можуть впливати на виникнення алергічних проявів у жінок (рис. 1.2).



**Рисунок 1.2.** Алергічні прояви із зазначеного дослідження.

На підставі аналізу наукової літератури, зокрема джерел [3 - 6], можна виділити три різновиди впливу вагітності на хід клінічних проявів алергічних захворювань. Ця тема викликає значний інтерес у наукових дослідженнях, оскільки вагітність та її вплив на алергічні стани є складним питанням, яке вимагає уваги в галузі алергології та акушерства.

Перший вид впливу, який визначено на основі ретельного аналізу джерел, вказує на те, що наявність вагітності не супроводжується відзначеними змінами у клінічному перебігу алергічних захворювань. Це означає, що стан алергії не погіршується та не полегшується під час вагітності, і алергічні симптоми залишаються стабільними.

Другий сценарій впливу вагітності на алергічні захворювання вказує на те, що на тлі вагітності спостерігається ремісія алергічних станів. Це означає тимчасове полегшення симптомів алергії під час вагітності, що може бути пов'язане зі змінами в імунно-ендокринній системі та гормональним фоном вагітної жінки.

Третій сценарій визначає, що вагітність може викликати загострення алергічних захворювань, а їх клінічний перебіг стає більш ускладненим. Це

може бути пов'язано зі збільшенням рівня проалергічних цитокінів, змінами в роботі імунної системи та іншими фізіологічними зрушеннями, які характерні для вагітності [14].

Важливо визначити, що вагітність і алергічні захворювання можуть взаємодіяти в складний спосіб, враховуючи гормональні, імунологічні та інші фізіологічні аспекти. Дослідження цих взаємозв'язків важливе для розуміння та ефективного лікування алергічних станів у вагітних жінок.

Розглядаючи окремо алергічний риніт у вагітних, можна прийти висновку, що риніт у вагітних спостерігається приблизно у 65% випадків у жінок із астмою і може мати як алергічну, так і неалергічну природу [7]. Клінічні прояви алергічного риніту і алергічного кон'юнктивіту (АК) у вагітних в основному не відрізняються від характеру цих захворювань у невагітних жінок [7, 8, 11]. Зокрема, кон'юнктивіт у вагітних часто поєднується з іншими респіраторними алергічними захворюваннями. Порушення дихальної функції носа при алергічному риніті спричинює різні негативні наслідки, такі як порушення газообміну, розвиток гіпоксії, сухість слизових оболонок, пиріжка в горлі, проблеми зі сном та зниження якості життя.

Розвиток алергічного риніту та його загострень у вагітних пов'язаний із впливом тих самих алергенів, які були виявлені або мали бути виявлені до вагітності. Ці алергени можуть бути різноманітні, включаючи побутові, пилокві, епідермальні, грибкові та інші фактори [8].

Цей контекст підкреслює важливість врахування алергічних факторів при управлінні захворюваннями респіраторної системи у вагітних. Індивідуалізовані підходи до діагностики та лікування, а також управління алергічними тригерами, можуть відігравати ключову роль у підтримці здоров'я вагітних жінок та попередженні негативних впливів АЗ на якість життя матері та плода [33].

При наявності сенсibiliзації до кліщових алергенів у вагітних спостерігаються пароксизми чхання та набрякливості слизової оболонки носа,

які найвиразніше проявляються вранці та вночі. У випадку пилкового алергічного риніту (АР) у вагітних відзначається розвиток усіх характерних ознак сезонних загострень, що суттєво погіршують якість життя. Симптоми, такі як чхання, ринорея, набряк слизової оболонки носа та свербіж, особливо важко переносяться вагітними [35].

Контроль за перебігом АР та алергічного кон'юнктивіту (АК) у вагітних набуває особливого значення у другому і третьому триместрах вагітності у 30–70% випадків іноді виникає необхідність провести диференційну діагностику між алергічним ринітом та закладеністю носа, пов'язаною з впливом прогестерону, відомою як «гормональний, або гестаційний, риніт». Зазвичай симптоми цього риніту проявляються наприкінці вагітності та зникають після пологів, що відрізняється від алергічного риніту [29].

Цей феномен, визначений як «гормональний, або гестаційний, риніт», є результатом впливу прогестерону, гормону, який продукується під час вагітності. Симптоми включають затруднення дихання, набряк слизової оболонки носа та інші неприємності, які спостерігаються в цей період. Однак ці симптоми тимчасові, і після завершення вагітності вони зазвичай зникають.

Уртикарні висипання, набряки і свербіння шкіри при клінічному різновиді уртикарії, відомому як "КР" (кріоморфний рубець), можуть виникати протягом будь-якого терміну вагітності. Ці прояви можуть бути пов'язані як із впливом алергенів чи інших тригерних факторів, так і з невизначеними причинами. Крім того, уртикарія при вагітності може викликати рецидиви під час наступних вагітностей [14].

Патогенез уртикарії при вагітності залишається невідомим, хоча вказується на можливу роль алергічної сенсибілізації до ендогенних гормонів. Елементи висипу при цьому можуть мати різну локалізацію, форму та величину, часто виявляються в області обличчя (губи, ніс), а рідше можуть виникати набряки в ділянці кистей і стоп [17].

Серед найпоширеніших алергенів, які можуть спричиняти розвиток алергічної уртикарії та її загострень при вагітності, виділяються харчові,

медикаментозні, кліщові та інфекційні алергени. Важливо провести диференційну діагностику алергічної уртикарії від інших неалергічних форм, які також можуть виникати чи загострюватися під час вагітності, особливо в останньому її триместрі. Ці форми відрізняються виглядом еритематозних бляшок в області живота, що супроводжуються вираженим свербіжем і виступають над поверхнею шкіри, часто оточені блідим кільцем. Однією з унікальних форм є уртикарія, пов'язана з вагітністю (відома як "уртикарія вагітності"), яка характеризується виникненням уртикарних сверблячих папул та бляшок, які частіше виявляються в останньому триместрі вагітності [9, 11, 31].

Крім того, під час вагітності може виникнути гестаційний сверблячий дерматоз, навіть у жінок, які раніше не мали алергічних захворювань. Механізми патогенезу цього стану ще не повністю з'ясовані, тому в таких випадках необхідно провести диференційну діагностику між гестаційним сверблячим дерматозом та іншими дерматозами, що можуть виникнути під час вагітності. Серед них важливо враховувати автоімунний прогестероновий дерматит вагітності, сверблячі уртикарні папули та бляшки вагітності, пемфігоїдні гестації, пруріго вагітності та холестази вагітності [27].

Взагалі перебіг кріоморфного рубця (КР) під час вагітності значно не відрізняється від його перебігу у невагітних жінок. Також слід відзначити, що клінічний хід КР може полегшуватись або погіршуватись в період вагітності.

Перебіг бронхіальної астми (БА) під час вагітності вивчено досить детально і відображено у відповідних міжнародних та національних рекомендаціях [12]. Визначено, що контроль за станом астми часто зазнає змін під час вагітності. Приблизно у 1/3 жінок симптоми БА погіршуються, у 1/3 поліпшуються, а у 1/3 залишаються без змін. Можливі часті загострення, особливо в другому триместрі. Загострення та недостатній контроль БА вагітних можуть бути обумовлені механічними або гормональними змінами, припиненням прийому лікарських засобів або зменшенням їхньої дози, обумовленими побоюваннями пацієнтки та/або лікаря [13].

Загострення астми під час вагітності виникають у 13-52% випадків і є серйозною клінічною проблемою, пов'язаною з негативними результатами вагітності. Ці загострення асоціюються із збільшеним ризиком артеріальної гіпертензії, кесаревого розтину, низької маси тіла новонародженої дитини та передчасних пологів [18, 21]. Більшість загострень відзначаються у другому, напочатку третього триместру, із зменшенням симптомів, пов'язаних з астмою, протягом останніх тижнів вагітності, рідко спостерігаються під час пологів [13]. Загалом важко передбачити перебіг БА під час вагітності.

На основі аналізу літературних джерел та робіт Уманець Т. Р. [14], можна зробити висновок, що алергічні стани в організмі майбутньої матері, як правило, не призводять до шкоди для здоров'я плоду. Важливо враховувати, що антигени, що виробляються в результаті алергічної реакції, не можуть проникати через плаценту, тому вони не впливають на розвиток плоду в материнському організмі.

Однак, є певні обставини, які можуть становити певний ризик для дитини під час вагітності матері з алергією. Неправильно підібране лікування або неконтрольоване застосування деяких препаратів може мати негативний вплив на розвиток плоду. Особливий небезпеки можуть становити випадки набряку Квінке та анафілактичного шоку, які, через можливість кисневого голодування, можуть призвести до серйозних наслідків для плода.

Таким чином, важливо вести контроль за лікуванням та використовувати безпечні методи управління алергічними станами під час вагітності для забезпечення оптимального здоров'я як матері, так і неродженого дитини.

Узагальнюючи результати аналізу літературних даних та власних спостережень, можна виділити три основні впливи вагітності на клінічний перебіг АЗ. Перший випадок визначається відсутністю вагітністю впливу на хід АЗ, коли наявність чи відсутність вагітності не має впливу на загальний стан алергічних проявів.

Другий сценарій включає в себе випадки, коли на тлі вагітності спостерігається ремісія алергічних захворювань. Це означає, що стани алергії

можуть покращитись, і симптоми можуть стати менш вираженими або навіть відсутніми протягом періоду вагітності.

Третій варіант визначається наявністю загострення АЗ під час вагітності та ускладненням їхнього перебігу. В таких випадках може спостерігатися погіршення симптомів та збільшення інтенсивності алергічних проявів.

Важливо відзначити, що заздалегідь передбачити, як саме буде протікати алергічний процес під час вагітності, є складною задачею. Ключовими факторами, які визначають хід АЗ під час вагітності, є належне лікування та ефективний контроль за станом алергії в цей період.

## 1.2 Особливості застосування антигістамінних засобів при вагітності. Фармакотетapia при алергії.

В сучасному світі здоров'я вагітної жінки та її майбутнього малюка є однією з пріоритетних областей медичного вивчення та догляду. Зокрема, враховуючи поширеність АЗ серед населення, виникає питання про безпеку та ефективність протиалергічних лікарських засобів під час вагітності.

Зараз існує великий арсенал препаратів для лікування алергій, але важливо відзначити, що жоден із цих лікарських засобів не належить до категорії "А" за класифікацією Food and Drug Administration (FDA). Це означає, що немає достатніх даних, щоб визначити їхню безпеку та відсутність негативного впливу на розвиток плоду [15,16].

Здобутки в галузі алергології та імунології надають можливість визначати та класифікувати алергічні реакції, однак безпека застосування протиалергічних засобів у вагітних залишається важливим аспектом медичного підходу.

Серед лікарських засобів, що назначаються під час вагітності, антигістамінні препарати вважаються одними з найбільш поширених. Однак, дискусії та обговорення в медичній громаді відносно їхнього використання є актуальними.

Під час вивчення міжнародного досвіду у сфері вагітності та використання антигістамінних препаратів виявлено, що в першому триместрі цього періоду рекомендується надавати перевагу місцевим формам лікарських засобів. Здобуті дані вказують на те, що застосування системних антигістамінних препаратів у цей період слід уникати, оскільки жоден з них не відзначений Food and Drug Administration (FDA) як безпечний [18]. Це створює особливо актуальне поле для обговорення та пошуку оптимальних стратегій лікування АЗ у жінок, які перебувають у стані вагітності. Наголошено на тому, що врахування певних аспектів, таких як попередній досвід застосування препаратів, важливість лікування та потенційні ризики, є необхідними для прийняття інформованого рішення щодо вибору лікувальних та профілактичних заходів під час цього етапу вагітності.

Важливо враховувати, що антигістамінні препарати першого покоління повинні бути уникнуті в третьому триместрі вагітності, оскільки вони можуть збільшувати ризик виникнення судом у новонароджених. З іншого боку, антигістамінні препарати другого покоління зазвичай застосовуються у другому і третьому триместрах. Проте рекомендується утримуватися від їхнього застосування на ранніх етапах вагітності, особливо в період органогенезу, для зменшення можливих ризиків [18].

У період лактації застосування антигістамінних лікарських засобів можливе лише у випадках, коли важливість їх використання перевищує можливий ризик для дитини. Однак варто відзначити, що на сьогодні відсутні ґрунтовні та достовірні клінічні дослідження, які б підтверджували або спростовували можливість потрапляння антигістамінних засобів у грудне молоко.

Класичні антигістамінні препарати першого покоління рекомендується уникати під час періоду грудного вигодовування, особливо в перші місяці життя дитини, з огляду на можливий ризик дратівливості, седативного ефекту та зменшення виділення молока. Зокрема, Британське товариство алергії та



клінічної імунології рекомендує застосування цетиризину, визнаючи його одним із кращих антигістамінних засобів під час лактації [19].

Згідно з українськими інструкціями з медичного застосування лікарських засобів (ІМЗ), цетиризин повинен бути застосований з обережністю у жінок, які годують груддю, оскільки цей лікарський засіб може потрапляти у грудне молоко. Концентрації цетиризину у грудному молоці можуть становити від 25% до 90% від його концентрації у плазмі крові, залежно від часового проміжку після застосування препарату [20].

Важливо відзначити, що ця інформація базується на вітчизняних джерелах та враховує обмежену кількість наявних даних щодо концентрації цетиризину у грудному молоці. Проте вона свідчить про необхідність обережного підходу при використанні цього антигістамінного засобу в період лактації.

Важливо зазначити, що національні та міжнародні джерела також доповідають про можливість застосування цетиризину у період грудного вигодовування, але за умови обов'язкового консультування лікаря та оцінки потенційних ризиків та користі для матері та дитини.

У ситуаціях, коли вагітні жінки з алергічним ринітом (АР) стикаються з вираженою закладеністю носа, може виникнути потреба в застосуванні назальних деконгестантів для полегшення симптомів. Це особливо актуально в разі, коли інші методи лікування не приносять відчутного полегшення. Важливо зауважити, що вагітність – період, коли обираючи лікарські засоби, слід дотримуватися особливої обережності, оскільки безпека матері і плода має найвищий пріоритет [24].

Місцеві деконгестанти, такі як препарати на основі оксиметазоліну або тетризоліну, можуть бути ефективними для подолання закладеності носа. Використання назальних спреїв цих препаратів рекомендується, однак лише на обмежений проміжок часу, наприклад, тривалість курсу може обмежуватися 3 днями або менше. Такий обмежений період застосування

спрямований на тимчасове полегшення вираженої закладеності носа під час вагітності.

Оксиметазолін є одним із препаратів вибору для назального застосування у вагітних жінок із симптомами алергічного риніту. Важливо врахувати, що застосування будь-яких лікарських засобів вагітними жінками повинно відбуватися за консультацією з лікарем та дотриманням рекомендацій щодо безпеки вагітності.

Топічні глюкокортикостероїди ГКС мають важливе значення у лікуванні ризиків АЗ і виступають основою фармакотерапії. Особливо ефективні вони у випадках алергічного риніту (АР), де інтраназальні ГКС займають провідні позиції. Серед них, будесонід визначається як ГКС з найбільш вивченими ефектами його використання під час вагітності. Також можна зазначити інші інтраназальні ГКС, такі як мометазон та флутиказон, але їхні наслідки використання при вагітності є менше вивченими [34].

Результати дослідження, проведеного С.В. Зайковим [2], надають важливий внесок у розуміння безпеки інтраназальних ГКС у вагітних жінок. У рамках цього популяційного проспективного когортного дослідження було включено 912 жінок, які отримували різні препарати, зокрема флутиказон у першому триместрі (група з 912 учасницями), мометазон у першому триместрі (група з 1127 учасницями) та тріамцинолон (група з 318 учасницями).

Важливо відзначити, що згідно з отриманими даними, застосування інтраназальних ГКС матерями у період вагітності не призвело до підвищеного ризику виникнення уроджених вад розвитку, спонтанних абортів або низької маси тіла новонароджених. Такі результати вказують на можливу безпеку використання будесоніду, циклесоніду, флутиказону і мометазону для жінок під час вагітності.

Слід відзначити, що використані препарати - будесонід, циклесонід, флутиказон і мометазон - можуть розглядатися як ймовірно безпечні для вагітних жінок, особливо в контексті їх впливу на вагітність та розвиток плода. Ці результати можуть слугувати важливою основою для медичних практик і

рекомендацій щодо призначення інтраназальних ГКС вагітним пацієнткам, сприяючи збереженню здоров'я як матері, так і майбутнього плода.

Але все ж таки важливою є тенденція в останні роки, коли не виявлено суттєвих різниць у безпечності й ефективності використання різних видів інтраназальних ГКС під час вагітності. Це дозволяє пацієнтці продовжувати використовувати той препарат, який ефективно контролював симптоми АР до вагітності. Проте, якщо інтраназальний ГКС призначається вперше вагітній, рекомендується віддати перевагу будесоніду, який відповідає категорії В за класифікацією Food and Drug Administration (FDA) [21].

Антигістамінні препарати (АГП) та інтраназальні ГКС відіграють важливу та активну роль у комплексному лікуванні АЗ, зокрема алергічного риніту (АР) та астми (АК), зокрема вагітних жінок. Враховуючи комплексність цих станів, використання таких препаратів може виявитися необхідним для досягнення оптимального контролю за симптомами та покращення якості життя пацієнтів.

При лікуванні алергічного риніту, який часто є частиною спектру алергічних захворювань, інтраназальні ГКС зазвичай використовуються для зменшення запалення та симптомів, пов'язаних з ринітом. Враховуючи можливість впливу на очні симптоми, які часто спостерігаються у пацієнтів з алергічним ринітом, ці препарати можуть бути ефективними в забезпеченні повного контролю над усіма проявами захворювання.

Щодо астми, де також може бути присутня алергічна компонента, антигістамінні препарати та інтраназальні ГКС можуть виявитися важливими для забезпечення стабільного контролю за захворюванням та запобігання загостренням. Однак, важливо враховувати можливі ризики та користі використання цих препаратів вагітними жінками, оскільки безпека лікування для матері та плода завжди є пріоритетом [25, 30].

У випадках тяжкого перебігу астми вагітним жінкам може бути застосовано ГКС у формі очних крапель, які вважаються в цілому досить безпечними для цієї категорії пацієнтів. Застосування ГКС у такій формі може

бути важливим елементом комплексного лікування астми під час вагітності, особливо в ситуаціях, коли інші методи лікування виявляються менш ефективними.

Щодо доз та схем застосування, важливо відзначити, що вагітність може впливати на фармакокінетику та фармакодинаміку препаратів. Однак, згідно з наявною інформацією, дози ГКС та їх схеми застосування у вагітних жінок можуть залишатися такими ж, як і для інших пацієнтів із захворюваннями алергічного спектру.

Важливо враховувати індивідуальні особливості кожної вагітної жінки та контролювати стан її здоров'я разом з медичним фахівцем. Призначення ГКС у формі очних крапель повинно відбуватися за умови ретельного обговорення з лікарем, з урахуванням потенційних користей для контролю за симптомами та можливих ризиків для матері та плода.

Інгаляційні ГКС є важливим елементом лікування. Вони допомагають попереджати загострення астми під час вагітності. Скасування їх у цей період може збільшити ризик загострення. Крім того, контроль за станом астми у вагітних матері вкрай важливий, оскільки нестабільний стан може не тільки вплинути на здоров'я матері, але й збільшити ризик раннього розвитку астми у новонародженої дитини. Проведення ефективного лікування та підтримка оптимального контролю за симптомами астми у вагітних жінок сприяє зниженню ризиків для обох [24].

Для лікування бронхіальної астми (БА) під час вагітності широко використовуються бронхолітики, зокрема  $\beta_2$ -агоністи короткої та тривалої дії. Найбільш вивченим та ефективним  $\beta_2$ -агоністом короткої дії є альбутерол/сальбутамол, який використовується як препарат швидкої допомоги при БА. Однак результати деяких досліджень підносять питання щодо можливого ризику вад розвитку в контексті впливу  $\beta$ -агоністів.

Аналіз даних Національного дослідження запобігання вродженим вадам розвитку (NBDPS) вказує на можливий зв'язок використання сальбутамолу під час вагітності з підвищеним ризиком виникнення заячої губи та вовчої пащі у

новонароджених. Однак інші дослідження, які аналізували зв'язок між застосуванням бронходилататорів та вродженими вадами розвитку, не виявили конкретних зв'язків [22, 32].

Подібні препарати, як інгаляційні ГКС, є важливою частиною терапії астми у вагітних жінок. Щодо безпеки інгаляційних  $\beta_2$ -агоністів, таких як формотерол і сальметерол, деякі дослідження підтверджують їхню безпеку та відсутність значущих ризиків уроджених вад розвитку при правильному застосуванні.

Отже, застосування альбутеролу/сальбутамолу вважається відносно безпечним під час вагітності, але потребує обережності та індивідуального підходу. Науковці рекомендують зберігати оптимальний рівень контролю астми за допомогою мінімально ефективної дози лікарських засобів [22, 35].

#### Висновки до розділу 1

Результати нашого бібліосемантичного дослідження, проведеного на основі доступних інформаційних потоків, вказують на значимі дані щодо визначеної проблеми

Вагітність суттєво впливає на клінічний перебіг, діагностику та лікування АЗ, вимагаючи особливого контролю та уваги. У вагітних жінок, які стикаються з АЗ, важливо враховувати вплив цього стану на обрані методи діагностики та ефективність лікування. Особливу увагу слід приділяти безпеці та можливим побічним ефектам протиалергічних препаратів.

Один із сучасних препаратів, який вважається ефективним та безпечним для застосування у вагітних, - це цетиризин. Призначення таких лікарських засобів дозволяє, в більшості випадків, контролювати перебіг алергічних реакцій та уникати серйозних побічних ефектів. Важливо зазначити, що наявність АЗ не повинна впливати на рішення вагітних жінок щодо бажання мати дітей, оскільки сучасні методи лікування дозволяють забезпечити ефективний контроль над станом з дотриманням безпеки для матері та плоду.

Також можна сформулювати комплексні висновки з приводу фармакотерапії та її особливості, а саме:

По-перше, щодо антигістамінів, особливо першого покоління, важливо розглядати їх застосування з обережністю під час вагітності та уникати їх у третьому триместрі через можливий ризик для новонароджених. Антигістаміни другого покоління можуть бути безпечнішим вибором.

Подруге, інтраназальні ГКС, зокрема будесонід, циклесонід, флутиказон і мометазон, вважаються потенційно безпечними для вагітних жінок з алергічними захворюваннями, сприяючи збереженню здоров'я матері та майбутнього плода.

По-третє, антигістамінні препарати та інгаляційні ГКС грають важливу роль у лікуванні (АЗ) у вагітних жінок, проте їх використання потребує індивідуального підходу та ретельного обговорення з лікарем.

Загалом, здобуті знання дозволяють зробити висновок, що дотримання обережності та індивідуальний підхід є ключовими принципами вибору та застосування лікарських засобів у вагітних жінок з алергічними захворюваннями.

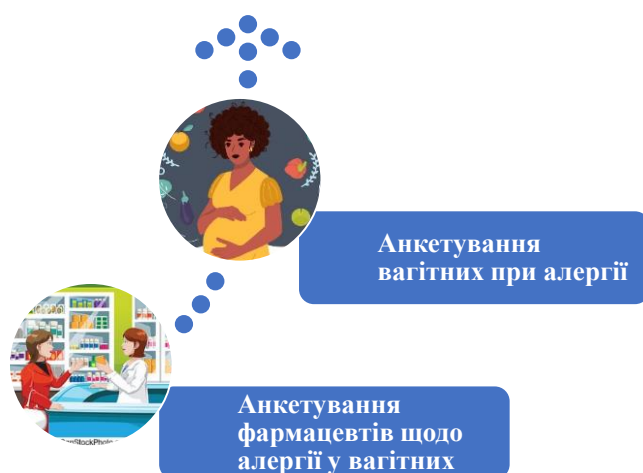
## РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У роботі ми спиралися, що зображено на рисунку 2.3 на протокол фармацевта при відпуску ЛЗ без рецепта «Симптоматичне лікування алергії» [8].



**Рисунок 2.3.** Алгоритм фармацевтичної опіки при алергії при відпуску ЛЗ без рецепта «Симптоматичне лікування алергії».

Виходячи з мети та враховуючи особливий контингент, що підлягає дослідженню, вироблено наступний алгоритм обстеження жінок під час вагітності, у яких відзначалися симптоми алергії (рис. 2.4).



**Рисунок. 2.4.** Алгоритм дослідження вагітних жінок.

Було розроблено анкети для опитування вагітних та аптечних фахівців. Анкетний опитувальник складений на кафедрі клінічної фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету О.О. Богомольця відповідно до методичних рекомендацій «Організація соціологічних опитувань пацієнтів/ їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я» [10] і містив у собі низку питань на які респондент зміг дати одну або кілька відповідей відповідно до примітки. Оцінка результатів відповідей двох анкет проходила обчисленням у відсотках та графічному зображенні. Анкети були розміщені у Google-форми соціальних мережах, а також розіслані за аптеками України.

Для дослідження вагітних жінок створено анкету для дослідження, в якій запропоновано 15 питань щодо лікарських засобів, які їм рекомендували або вони вже приймають. Також опитувальник містив у собі питання про побічну



дію препарату та про рекомендації аптечними співробітниками стосовно фармацевтичної опіки відпуску протиалергійних ЛЗ вагітним жінкам (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Анкетування вагітних при алергії**

1. Ваш вік:	<input type="radio"/> 18-29 <input type="radio"/> 30-39 <input type="radio"/> 40-49 <input type="radio"/> 50 і більше
2. Ваш термін вагітності?	<input type="radio"/> I триместр <input type="radio"/> II триместр <input type="radio"/> III триместр
3. Кількість вагітностей, які закінчилися пологами (включаючи цю)?	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
4. Ви схильні до сезонної алергії?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
5. До вагітності відзначалися у Вас симптоми алергії?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
6. В якій період вагітності у Вас алергія?	<input type="radio"/> I триместр <input type="radio"/> II триместр <input type="radio"/> III триместр <input type="radio"/> Інше
7. Чи знайома Вам причина алергії?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
8. У Вас симптоми алергії з боку?	<input type="radio"/> Шкіри <input type="radio"/> Носа

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Очей</li> <li><input type="radio"/> Легень (кашель)</li> <li><input type="radio"/> Інше</li> </ul>
9. Чи змінилася у Вас із настанням вагітності лікарська форма протиалергійних препаратів, яку Вам рекомендували фармацевти?	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Так</li> <li><input type="radio"/> Ні</li> </ul>
10. Якщо в попередньому питанні Ви відповіли «так», вкажіть які саме:	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Тільки місцеві ЛЗ</li> <li><input type="radio"/> Зміна ЛЗ</li> <li><input type="radio"/> Зменшення кількості ЛЗ</li> <li><input type="radio"/> Відмінити ЛЗ, тільки дієта</li> </ul>
11. Що Ви використовували під час алергії?	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Назальні краплі</li> <li><input type="radio"/> Розчини морської солі</li> <li><input type="radio"/> Очні краплі</li> <li><input type="radio"/> Гормональні мазі</li> <li><input type="radio"/> Гормональні препарати per os</li> <li><input type="radio"/> Інтраназальні ГКС (будесонід)</li> <li><input type="radio"/> Антигістамінні засоби per os</li> <li><input type="radio"/> Антигістамінні засоби на шкіру</li> <li><input type="radio"/> Протиастматичні препарати</li> <li><input type="radio"/> Ентеросорбенти</li> </ul>
12. Вам радили приймати ентеросорбенти?	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Так</li> <li><input type="radio"/> Ні</li> </ul>
13. Що із ентеросорбентів Ви приймали під час вагітності?	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ентеросгель</li> <li><input type="radio"/> Атоксіл</li> <li><input type="radio"/> Біле вугілля</li> <li><input type="radio"/> Інше</li> </ul>

14. Чи відзначали Ви побічну дію протиалергійних засобів таку як:	<input type="radio"/> Сонливість <input type="radio"/> Шлунково-кишкові розлади <input type="radio"/> Сухість у роті <input type="radio"/> Легке подразнення горла <input type="radio"/> Легке пощипування або відчуття печіння в очах
15. Чи приймали Ви антигістамінні засоби одночасно з іншими ЛЗ?	<input type="radio"/> Антациди <input type="radio"/> Еритроміцин, азитроміцин <input type="radio"/> Теофілін

Анкетування фармацевтів щодо алергії у вагітних містило в себе 14 питань. Цікавим було отримати від спеціалістів фармації, які проживають в Україні, методом соціального опитування відповіді на питання щодо призначення від лікаря, з'ясування фармацевтів про нозологічну форму, причини та симптоми алергії у вагітних жінок, обізнаності про препарати при алергіях у вагітних і їх побічну дію (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Анкета для аптечних спеціалістів щодо відпуску лікарських засобів при алергії вагітним жінкам**

1. Ваша посада:	<input type="radio"/> Завідувач <input type="radio"/> Фармацевт <input type="radio"/> Асистент фармацевта
2. Ваш стаж роботи за спеціальністю становить:	<input type="radio"/> До 1 року <input type="radio"/> До 5 років <input type="radio"/> 6-10 років <input type="radio"/> Більше 11 років

3. В якій період року Ви найчастіше відпускаєте препарати від алергії вагітним жінкам?	<input type="radio"/> Осінньо-зимовий <input type="radio"/> Весняно-літній <input type="radio"/> Не залежить від періоду року
4. Чи вагітні жінки просять відпустити протиалергійні препарати за призначенням лікаря?	<input type="radio"/> Мають листок призначення <input type="radio"/> Без призначення лікаря
5. Чи Ви з'ясовуєте причину алергії у вагітної?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
6. Коли «Так», то яка причина алергії у вагітної?	<input type="radio"/> Алергія на сонце (фотодерматоз), на холод <input type="radio"/> Домашні тварини <input type="radio"/> Сухий корм для риб <input type="radio"/> Домашня пил <input type="radio"/> Пилок рослин, дерев <input type="radio"/> Укуси комах <input type="radio"/> Харчова алергія <input type="radio"/> Медикаментозна алергія <input type="radio"/> <i>Контакти з хімічними речовинами</i> <input type="radio"/> Алерген невідомий
7. При яких захворюваннях Ви відпускаєте протиалергійні ЛЗ вагітним?	<input type="radio"/> Алергічний риніт <input type="radio"/> Алергічний кон'юнктивіт <input type="radio"/> Поліноз <input type="radio"/> Алергічний бронхіт <input type="radio"/> Бронхіальна астма (алергічна) <input type="radio"/> Алергічні прояви на шкірі <input type="radio"/> Інше

8. Чи з'ясовували Ви наявність у вагітної одного або декілька симптомів алергії?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
9. Чи з'ясовували Ви наявність у вагітної одного або декілька алергічних захворювань?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
10. В якій лікарській формі частіше Ви рекомендуєте протиалергійні ЛЗ вагітним:	<input type="radio"/> Місцеві ЛЗ <input type="radio"/> Пероральні ЛЗ (per os) <input type="radio"/> Парентеральні ЛЗ <input type="radio"/> Місцеві+ пероральні/ парентеральні ЛЗ
11. Які препарати Ви рекомендуєте вагітним щоб лікувати алергію?	<input type="radio"/> Антигістамінні ЛЗ 1 покоління <input type="radio"/> Антигістамінні ЛЗ 2 покоління <input type="radio"/> Симпатоміметики <input type="radio"/> Глюкокортикостероїдні ЛЗ <input type="radio"/> Стабілізатори мембран тучних клітин <input type="radio"/> Ентеросорбенти <input type="radio"/> Інши
12. Які рекомендації Ви надаєте відвідувачам при відпуску протиалергічних ЛЗ?	<input type="radio"/> Щодо до дієти <input type="radio"/> Щодо до дозировки <input type="radio"/> Щодо до кратності прийому <input type="radio"/> Щодо до тривалості прийому <input type="radio"/> Особливостей застосування ЛЗ <input type="radio"/> Взаємодію ЛЗ

13. Чи направляєте Ви вагітну до лікаря для уточнення діагнозу та лікування?	<input type="radio"/> Так <input type="radio"/> Ні
14. З яких джерел Ви використовуєте інформацію щодо препаратів при алергії вагітним?	<input type="radio"/> Інструкції до медичного застосування <input type="radio"/> Наукові статті/підручники <input type="radio"/> Інформацію від медичних представників <input type="radio"/> Знання, отримані в медичному ВНЗ

Обробку одержаних результатів статистики анкетувань проводили за допомогою програм «Microsoft Office Excel 2016», «IBM SPSS Statistics Base version 22.0». Опитування здійснено протягом літа 2023 року.

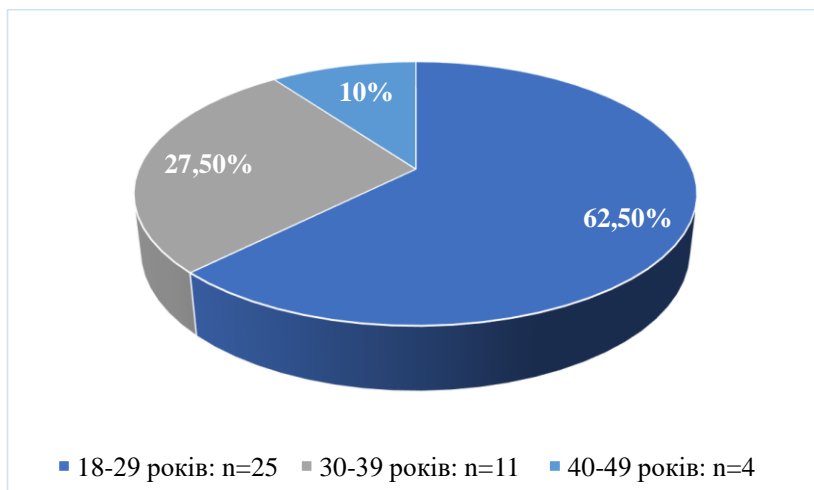
Методи дослідження:

соціологічний,  
статистичний,  
графічний.

РОЗДІЛ 3  
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ  
СИМПТОМАТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ АЛЕРГІЇ У ЖІНОК ПІД ЧАС  
ВАГІТНОСТІ

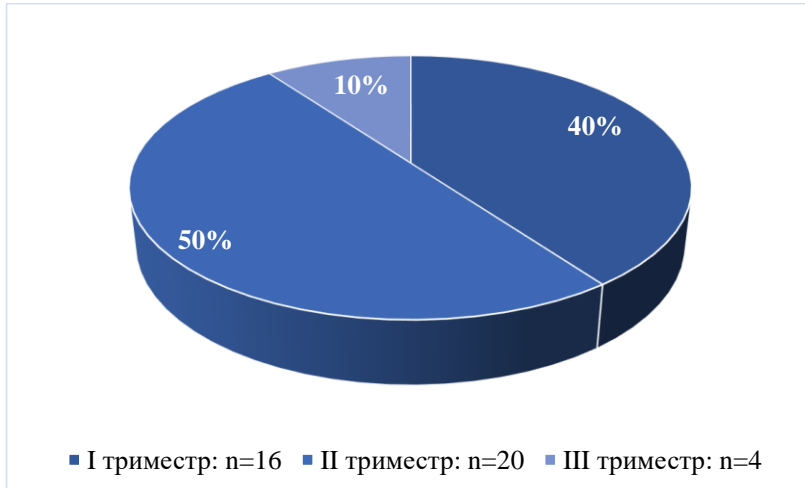
3.1. Результати анкетування вагітних при алергії

Отримано 40 відповідей від 25 (62,5%) вагітних жінок в віці від 18-29 років, від 30 до 39 років – 27,5%, а решта склали вагітні у віці до 49 років (рис. 3.5).



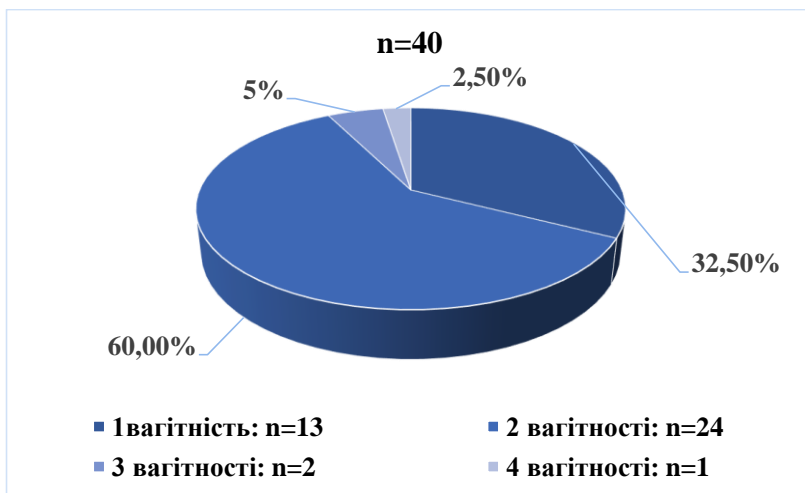
**Рисунок 3.5.** Результати анкетування вагітних при алергії щодо їх віку.

Необхідно зазначити, що 20 жінок з II терміном вагітності склали 50%, 16 вагітних – 40%, а всі інші перебували у I триместрі (рис. 3.6).



**Рисунок 3.6.** Результати анкетування жінок при алергії щодо їх терміну вагітності.

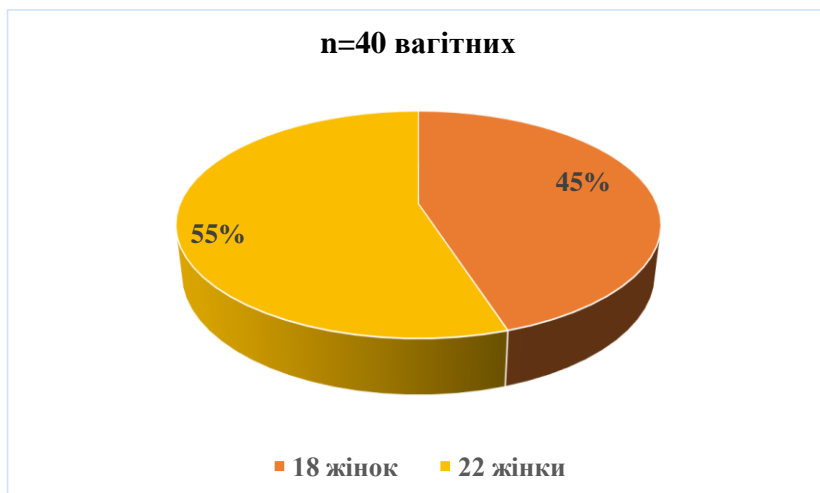
Проводячи результати анкетування, щодо кількості вагітностей, які закінчилися пологами, ми встановили, що переважали жінки які мали дві вагітності включаючи справжню вагітність (рис. 3.7).



**Рисунок 3.7.** Результати анкетування жінок при алергії щодо їх кількостей вагітності.

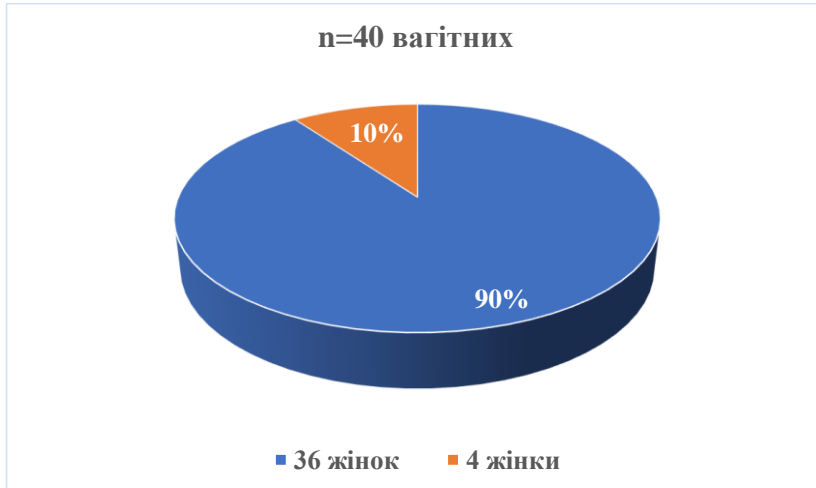


У весняний-літній- осінній період року, коли відбувається цвітіння окремих рослин, серед 40 опитаних вагітних сезонна алергія була у 18 (45%) жінок, а у 55% (22 абс.) респондентів відмічались інші алергени (рис. 3.8).



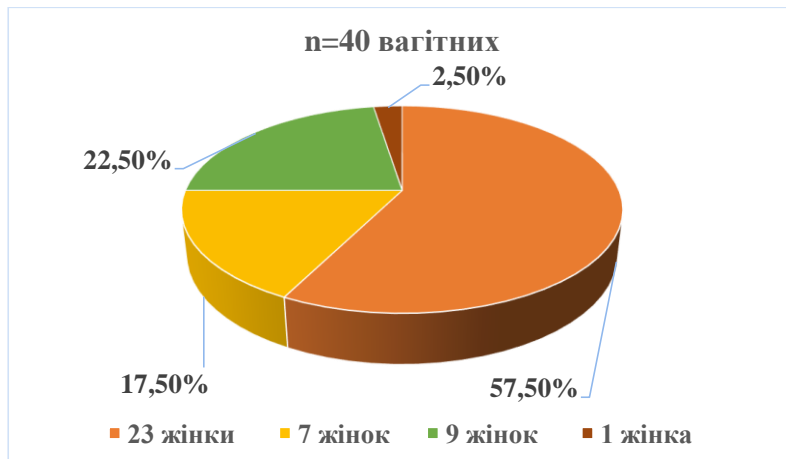
**Рисунок 3.8.** Результати анкетування вагітних щодо їх сезонності алергії.

Поряд із цим із 40 вагітних з різних регіонів України написали в анкеті, що до вагітностей у 36 (90%) жінок відзначалася алергічна реакція при контакті з чужорідною речовиною, а 4 (10%) вагітних алергія була вперше (рис. 3.9).



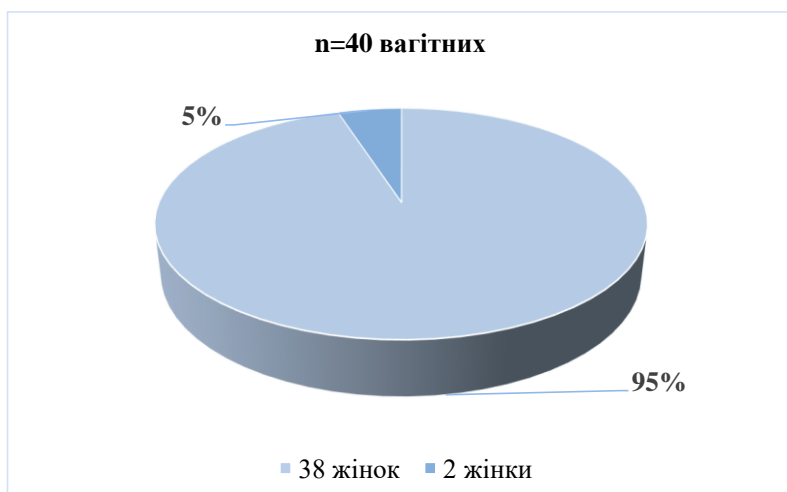
**Рисунок 3.9.** Результати анкетування жінок щодо виникнення алергії дочки після вагітності.

У I триместрі вагітності 9 жінок відмічали алергічні прояви, у II триместрі – 23, у II - III триместрах спостерігався перебіг алергічної реакції у 7 респондентів, а у однієї жінці – на протязі усієї вагітності (рис. 3.10).



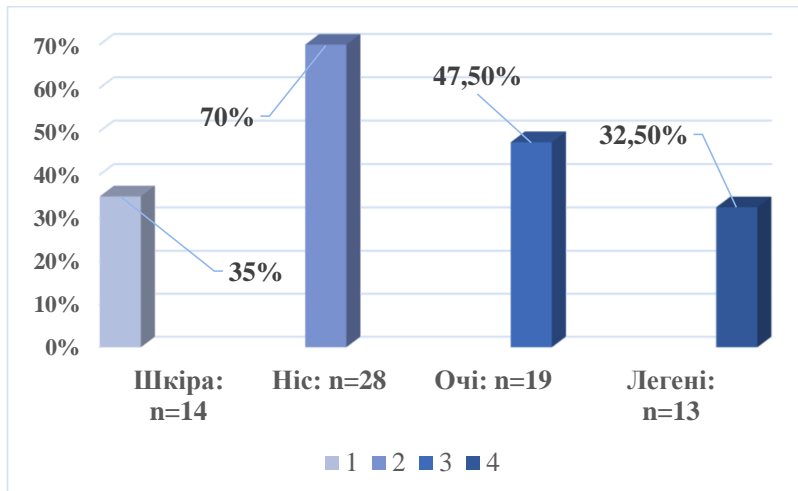
**Рисунок 3.10.** Результати анкетування жінок щодо виникнення алергії в залежності від терміну вагітності.

У анонімно опитаних вагітних (38 жінок), враховуючи тривалий алергологічний анамнез, було вже виявлено на момент зачаття алерген шляхом діагностичних методів дослідження; у двох (5%)– алергічне захворювання вже почалось протягом вагітності (рис.3.11).



**Рисунок 3.11.** Результати анкетування жінок щодо етіології алергії у вагітних.

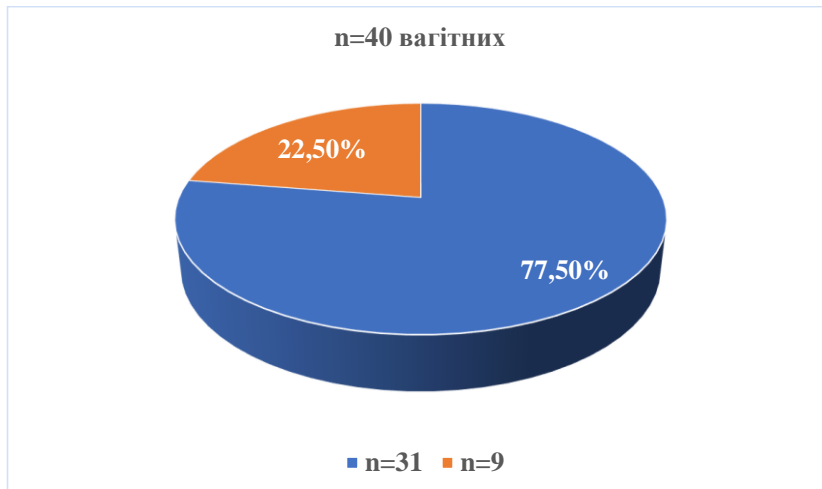
Внаслідок підвищення чутливості або нетипової реакції імунної системи на чужорідний білок, виникають клінічні прояви у респондентів, а саме: шкіряні симптоми алергії були у 14 (35%) вагітних, алергічний риніт (з боку носа) – у 28 (70%) жінок, алергічний кон'юнктивіт (з боку очей) – у 19 (47,5%) та захворювання дихальної системи (бронхіальна астма, алергічний бронхіт) – 13 (32,5%) респондентів (рис. 3.12).



**Рисунок 3.12.** Результати анкетування вагітних щодо органу призначення алергії.

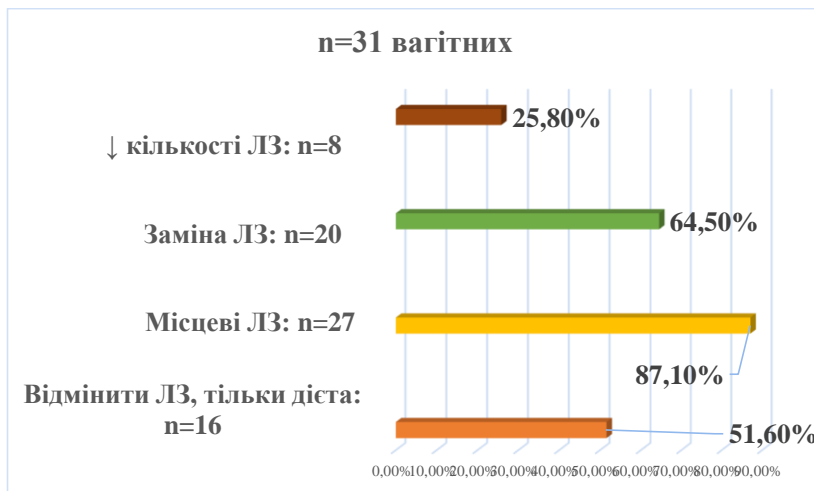
*Примітка.* Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

Відзначимо що з настанням вагітності у разі розвитку алергії, коли не допомогла гіпоалергенна дієта, 31 (77,5%) жінка змінила своє ставлення до самого препарату та його лікарської форми, а 9 (22,5%) вагітних продовжували приймати протиалергійні засоби (рис. 3.13).



**Рисунок 3.13.** Результати анкетування жінок щодо зміни протиалергійних препаратів з приходом вагітності.

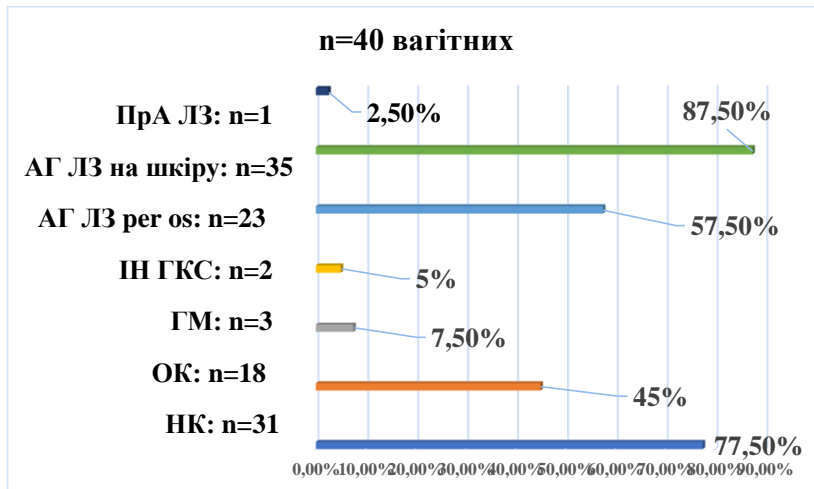
З 31 вагітної 16 (51,6%) скасували лікарські засоби та залишили протягом всієї вагітності гіпоалергенну дієту, зміну лікарської форми – 27 (87,1%) жінок, тобто рекомендацію до використання антигістамінні препарати з місцевою дією, наприклад мазі, креми або гелі. Застосування препарату у період вагітності згідно класифікації FDA для вагітних [23] передбачає заміну препарату на більш безпечні лікарські засоби [24], що зробили 20 (64,5%) жінок (рис. 3.14).



**Рисунок 3.14.** Результати анкетування вагітних щодо змін ЛЗ, які використовують при алергії.

*Примітка.* Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

Жінки під час вагітності використовували для лікування алергічної реакції найбільш частіше очні (18 абс.; 45%) та назальні (31 абс.; 77,5%) краплі, антигістамінні засоби для шкірних покривів (35 абс.; 87,5%) та для перорального прийняття (23 абс.; 57,5%). Тільки три (7,5%) вагітних отримували гормональну мазь, дві (5%) – інтраназальний глюкокортикостероїд (будесонід) і одна (2,5%) протиастматичний засіб: теофілін (рис. 3.15).



**Рисунок 3.15.** Результати анкетування вагітних, які використовують ЛЗ при алергії.

*Примітки:* 1. НК: Назальні краплі

ОК: Очні краплі

ГМ: Гормональні мазі

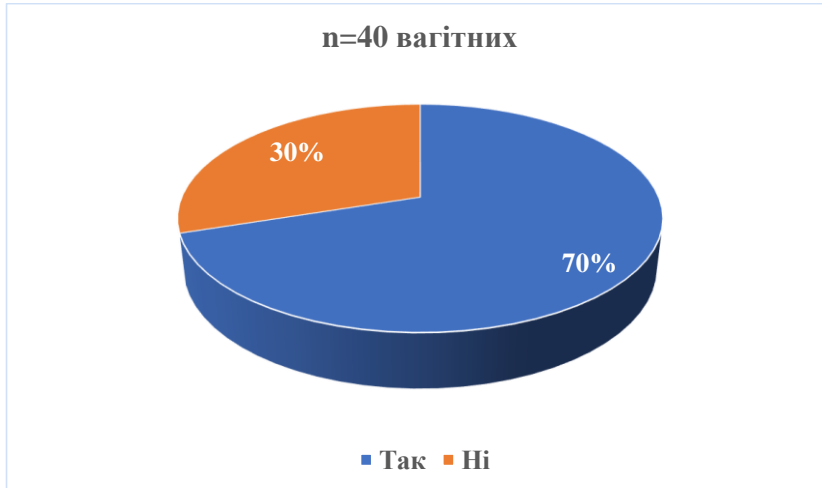
ІН ГКС: Інтраназальні ГКС

АГ ЛЗ: Антигістамінні лікарські засоби

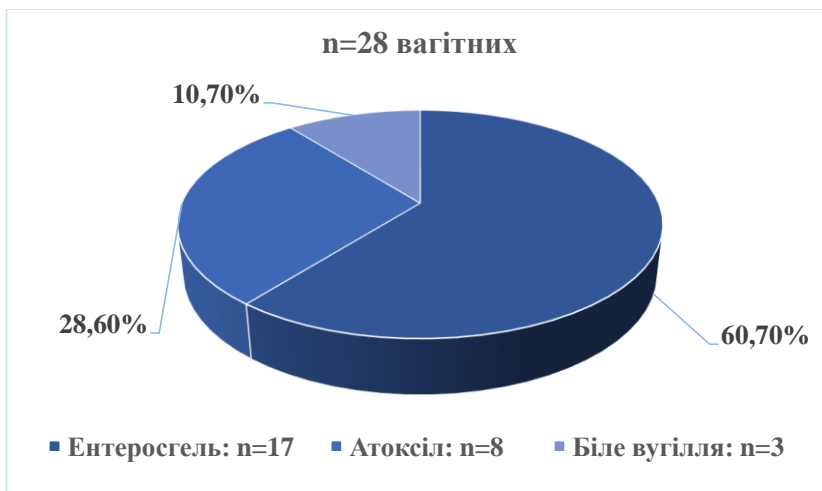
Пра ЛЗ: Протиастматичні лікарські засоби

2. Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

Поряд з прийомом протигістамінних препаратів або глюкокортикостероїдів, або симпатоміметиків 28 (70%) із 40 опитаних вагітних жінок приймали ентеросорбенти (рис. 3.16), найбільш значимо це був ентеросгель (3.17).



**Рисунок 3.16.** Результати анкетування вагітних щодо прийому їх ентеросорбентів.

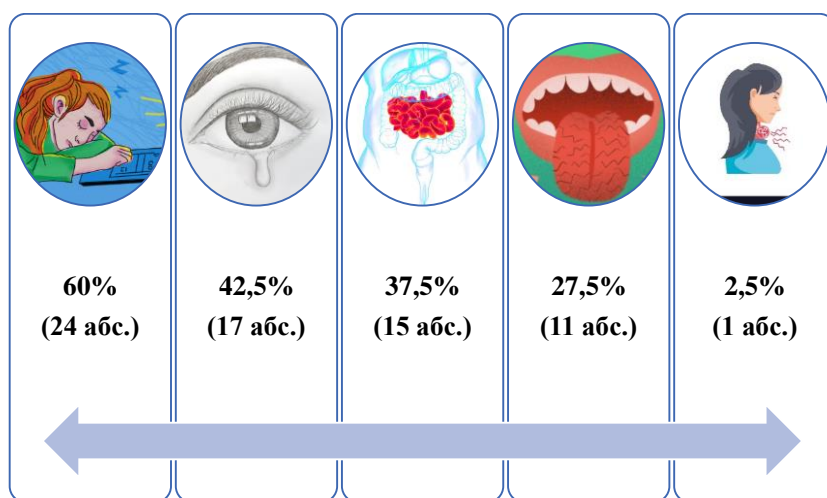


**Рисунок 3.17.** Результати анкетування вагітних щодо прийому різновидів ентеросорбентів.

Вагітні відповідали на запитання в опитувальнику стосовно побічної дії протиалергійних лікарських препаратів, а саме понад ½ частини від 40 жінок



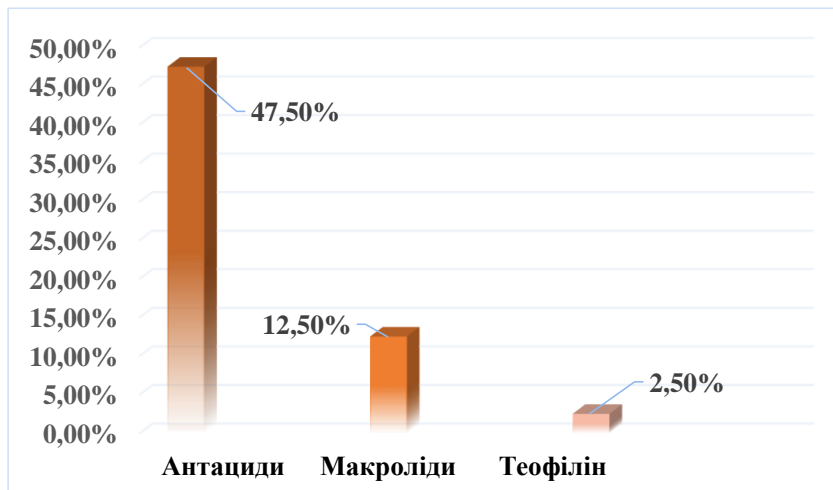
скаржаться на сонливість (24 абс.; 60%), незначну сухість в роті (11 абс.; 27,5%), відбувалися порушення з боку травного тракту (15 абс.; 37,5%), відчуття печіння в очах (17 абс.; 42,5%) та легке подразнення горла (1 абс.; 2,5%). На рисунку 3.18 представлені ці результати.



**Рисунок 3.18.** Результати анкетування 40 вагітних жінки щодо побічних дії протиалергійних засобів.

*Примітка.* Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

Одночасний прийом протиалергічних засобів серед 40 вагітних (рис. 3.19) де застосування с антацидами відбувалося у 47,5% (19 абс.) жінок, з еритроміцином/азітроміцином – у 12,5% (5 абс.) та з теофіліном – у 2,5% (1 абс.).



**Рисунок 3.19.** Результати анкетування 40 вагітних жінок щодо взаємодії протиалергійних засобів з іншими ЛЗ.

*Примітка.* Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

При вагітності взаємодія протиалергійних засобів з препаратами із групи макролідів (еритроміцин або азитроміцин), з групою лужних препаратів, що нейтралізують кислотність шлункового соку (антациди) та теофіліном (метилксантини: бронхорозширювальний препарат) приводить до небажаних наслідків. Так, лоратадин знижує концентрацію еритроміцину в крові на 15 %, що знижує його антибактеріальну дію [25]. При одночасному призначенні цетиризину і теофіліну (особливо якщо дози теофіліну перевищують 400 мг) може спостерігатись підвищення концентрації цетиризину із-за зниження параметру фармакокінетики - кліренсу та його відносне передозування [26]. Відбувається зниження біодоступності протигістамінних препаратів при їх вживанні разом з антацидами, тому не слід забувати о двох годинному перерві в часу між їх застосуванні [27].

3.2. Результати анкетування аптечних спеціалістів щодо відпуску лікарських засобів при алергії вагітним жінкам.

Серед 54 аптечних спеціалістів 57,4% були фармацевти (31 абс.), 33,3% (18 абс.) – асистенти фармацевтів, а решта (5 абс., 9,6%) – завідувачі аптек. Частіше стаж роботи за спеціальністю становило до 5 років (табл. 3.3).

Таблиця 3.3.

**Результати опитування аптечних працівників щодо посади та стажу роботи**

Показник	Кількість, n=54	
	абс.	%
<b>Посада</b>		
Завідувач	5	9,3
Фармацевт	31	57,4
Асистент фармацевта	18	33,3
<b>Стаж</b>		
До 1 року	14	25,9
До 5 років	28	51,9
Від 6 до 10 років	3	5,5
Більше 11 років	9	16,7

Більшість фахівців аптечної мережи відпускали протиалергійні препарати незалежно від пори року (рис. 3.20).



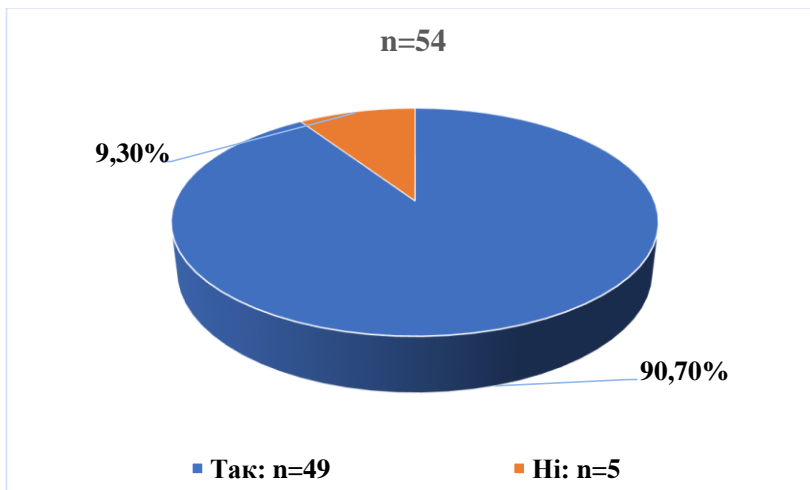
**Рисунок 3.20.** Результати анкетування відпуску протиалергійних засобів аптечних фахівців щодо пори року.

Цікавим стає той фактор, 83,3% вагітних жінок просять відпустити протиалергійні препарати без призначення лікаря, мотивуючи тим, що алергічна реакція у них відзначалася у минулому і вони тоді відвідували лікаря, проводили діагностичні методи дослідження. Відомо внаслідок анкетування аптечних фахівців, лише маленькій відсоток вагітних жінок просять видати засіб проти алергії за листком призначення (рис. 3.21).



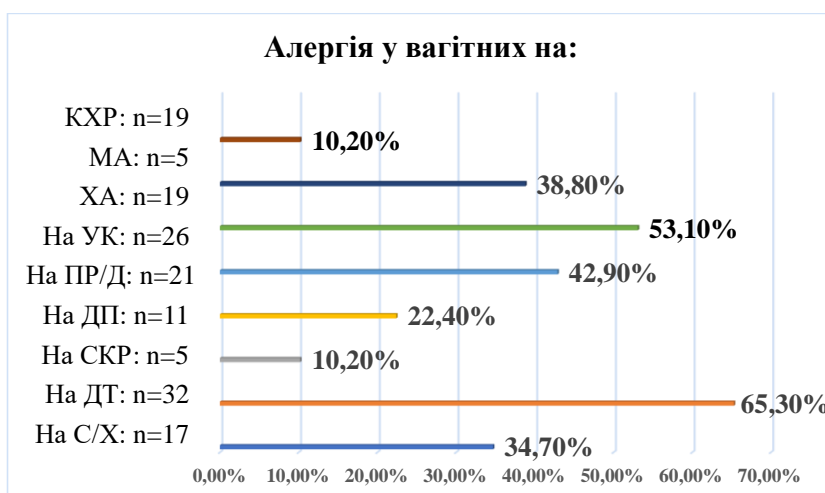
**Рисунок 3.21.** Результати анкетування аптечних фахівців за призначенням лікаря протиалергійних ЛЗ вагітним жінкам.

Фармацевтичні фахівці, відпускаючи протиалергійні засоби вагітним жінкам, з'ясовують причину алергії – 90,7% (рис. 3.22).



**Рисунок 3.22.** Результати анкетування аптечних фахівців щодо з'ясування причин алергії у вагітних жінок.

З 49 аптечних фахівців, які встановлювали етіологію алергії, 32 вагітних (65,3%) мали алергічну реакцію на домашніх тварин, у 5 (10,2%) – на сухій корм для риб, у 17 (34,7%) – відмічалася алергія на холод/на сонце, у 11 (22,4%) – на домашню пил, на укуси комах – у 26 (53,1%), харчова алергія – у 19 (38,8%) вагітних, на медикаменти – 5 (10,2%), при контакті з хімічними речовинами – у 19 (38,8%) вагітних жінок (рис. 3.23).



**Рисунок 3.23.** Результати анкетування 49 аптечних фахівців щодо з'ясування серед причин алергії у вагітних жінок.

*Примітка.* 1. Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

2. На С/Х: на сонце/на холод

На ДТ: на домашніх тварин

На СКР: на сухій корм для риб

На ДП: на домашню пил

На ПР/Д: на пилок рослин, дерев

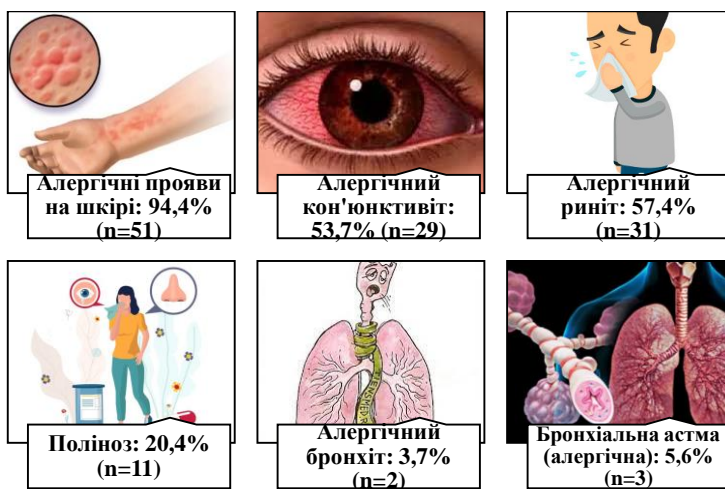
На УК: на укуси комах

ХА: харчова алергія

МА: медикаментозна алергія

*КХР: контакт з хімічними речовинами*

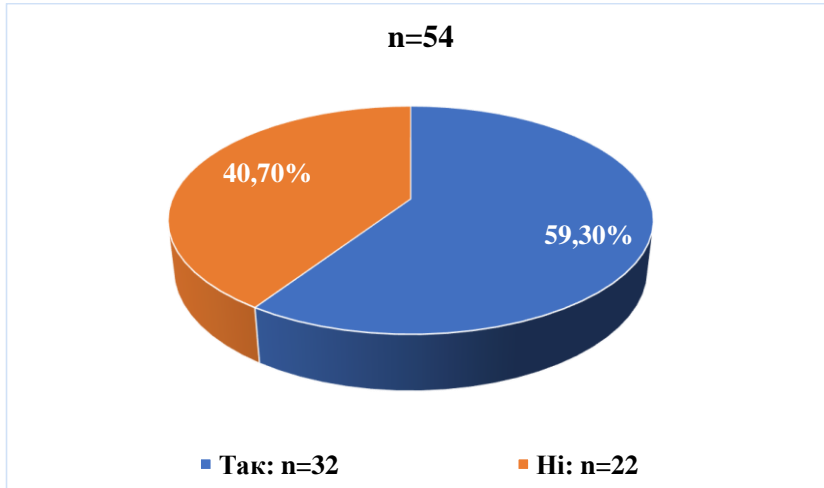
Варто зазначити, що найчастішими проявами алергічної реакції на шкірі у вагітних за результатами опитувальника 54 фармацевтів, є у 94,4% (51 абс.), алергічний риніт спостерігався у 57,4% (31 абс.), алергічний кон'юнктивіт у 53,7% (29 абс.) жінок (3.24).



**Рисунок 3.24.** Результати анкетування 49 аптечних фахівців щодо з'ясування серед причин алергії у вагітних жінок.

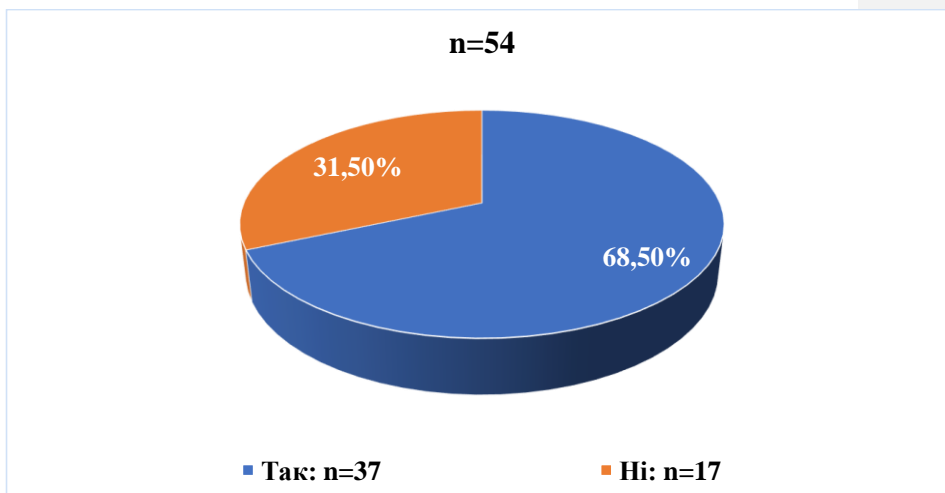
*Примітка.* Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

Фармацевтичні фахівці (32 абс.; 59,3%) перед тим як відпустити протиалергічні ЛЗ питали у вагітних на наявність у них одного або кількох симптомів алергічної реакції (рис. 3.25).



**Рисунок 3.25.** Результати анкетування аптечних фахівців щодо з'ясування кількості симптомів алергії.

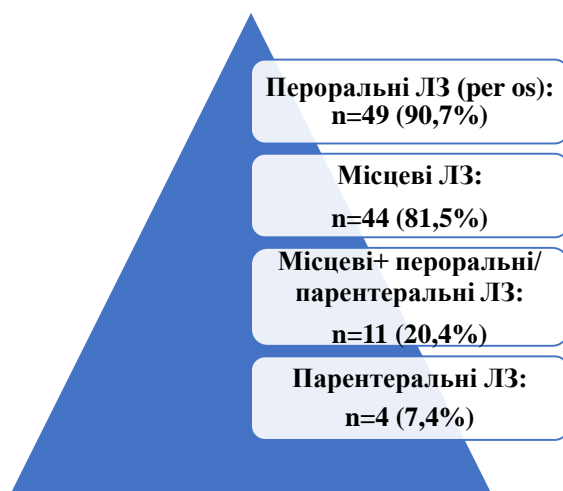
Поряд із тим аптечні фахівці, проводячи висновки щодо їх опитування, 68,5% (37 абс.) опитаних наголосили, що вони з'ясовують у вагітної наявність одного або декілька алергічних захворювань (рис. 3.26).



**Рисунок 3.26.** Результати анкетування аптечних фахівців щодо з'ясування кількості алергічних захворювань.



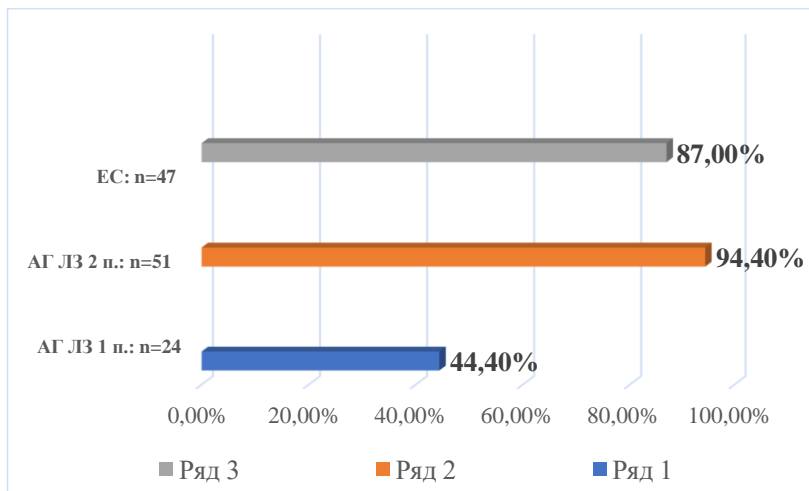
При цьому у вагітної фармацевтичні фахівці рекомендували найчастіше місцеві (44 абс.; 81,5%) та пероральні (49 абс.; 90,7%) протиалергійні лікарські засоби (рис. 3.27).



**Рисунок 3.27.** Результати анкетування 54 аптечних фахівців щодо рекомендацій лікарської форми протиалергійних ЛЗ вагітним.

*Примітка.* Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

Перевага в рекомендаціях, які здійснили аптечні фахівці вагітним з алергією, належать ентеросорбентам (87% жінок), антигістамінні препарати 2 покоління (94,4% жінок), а антигістамінним ЛЗ 1 покоління фармацевти дали пораду 24 (44,4%) вагітним жінкам (рис. 3.28).



**Рисунок 3.28.** Результати анкетування 54 аптечних фахівців щодо рекомендацій протиалергійних ЛЗ вагітним.

*Примітка.* Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

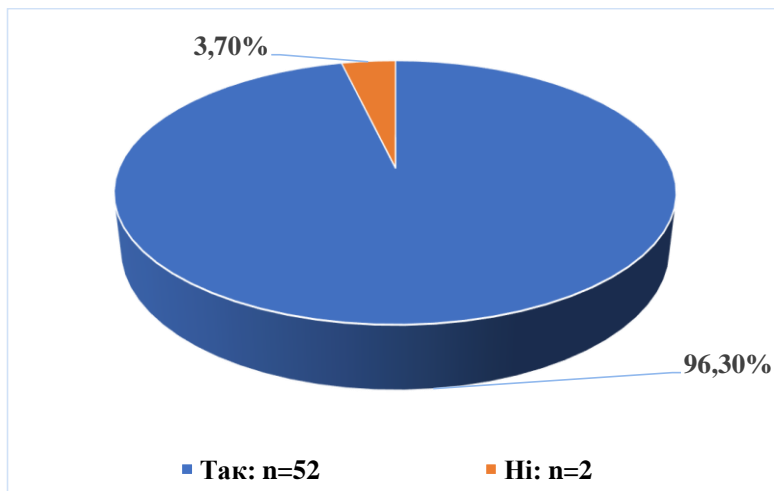
При відпуску протиалергічних ЛЗ аптечні фахівці надають рекомендації щодо кратності прийому - 48 (88,9%) вагітним, дозировки препарату - 42 (77,8%), а щодо дієти (14,8%), взаємодії препаратів та особливостей їх застосування відмічається маленька частота порад (11,1% та 16,7%) жінкам (рис. 3.29).



**Рисунок 3.29.** Результати анкетування 54 аптечних фахівців щодо рекомендацій прийому протиалергійних ЛЗ вагітним.

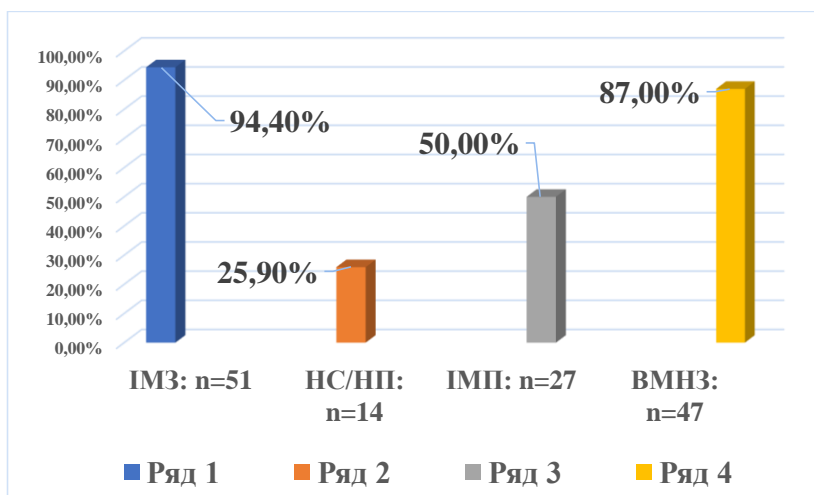
*Примітка.* Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

Важливо відзначити, що аптечні спеціалісти рекомендували вагітним для уточнення діагнозу та лікування пройти відвідування лікаря 96,3% жінок (рис. 3.30).



**Рисунок 3.30.** Результати анкетування 54 аптечних фахівців щодо направлення до спеціаліста вагітним жінкам, які мають алергію.

За результатами анкетування фармацевтичних спеціалістів з'ясували, що в більшості випадків джерелом інформації для них служить інструкція до медичного застосування (94,4%) та знання, які вони отримали в вищому медичному навчальному закладу (87,0%). Представлені результати опитувальника фармацевтів на рисунку 3.31.



**Рисунок 3.31.** Результати анкетування 54 аптечних фахівців щодо джерел інформації о вагітних жінках з алергією.

*Примітка.* 1. Частка відповідей не становить 100%, оскільки респонденти зазначали декілька відповідей.

2. ІМЗ: Інструкції до медичного застосування

НС/НП: Наукові статті/підручники

ІМП: Інформацію від медичних представників

ВМНЗ: Знання, отримані в медичному ВНЗ

Однак, треба зазначити з відповідей фармацевтів що вони знають і користуються протоколом про відпустку ОТС-препаратів безрецептурних лікарських засобів.

## ВИСНОВКИ

У рамках цієї магістерської роботи було встановлено:

1. Виявлено в результаті проведеного анкетного дослідження вагітних що домінуючими побічними ефектами протигістамінних препаратів, з'явилося у 60% жінок – сонливість, а майже 43% вагітних турбувало печіння в очах при місцевому застосуванні цих лікарських засобів.

2. Встановлено, що перевага в рекомендаціях, які здійснювали аптечні фахівці вагітним з алергією, належить ентеросорбентам (87%) та антигістамінним препаратам 2 покоління (94,4%) за призначенням лікаря.

3. Виявлено, що при відпуску протиалергійних лікарських засобів аптечні фахівці надають пораду щодо кратності прийому - 88,9% вагітним, дозировки препарату - 77,8%, а щодо взаємодії препаратів та особливостей їх застосування відмічається маленька частота порад (11,1% та 16,7% жінкам).

Добавлено примечание (I11):

Добавлено примечание (I2R1):

**Практичні рекомендації:**

Освіченні фахівці аптек, здійснюючи фармацевтичну опіку, повинні від вагітної жінки з алергією отримувати листок призначення лікаря, щоб уникнути побічних явищ та взаємодії лікарських засобів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Громова А.М., Бережна В.А., Ляховська Т.Ю., Кетова О.М., Шафарчук В.М. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЛАЦЕНТИ У ЖІНОК З ЗАТРИМКОЮ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОСТУ ПЛОДА // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2021. №3 (75). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osoblivosti-perebigu-vagitnosti-pologiv-ta-morfofunktsionalnogo-stanu-platsenti-u-zhinok-z-zatrimkoju-vnutrishnoutrobnogo-rostu> (дата обращения: 01.04.2024).
2. Державний реєстр лікарських засобів України. Доступно : <http://www.drlz.com.ua/>
3. Зайков СВ., Гришило П.В., Гришило А.П. Можливості використання антигістамінних препаратів під час вагітності: безпечність цетиризину Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2020. - № 2 (123). - С. 12-17.
4. Зайков С., Богомолів А., Грицова Н., Грушо А. (2022). Ведення хворих на алергічні захворювання під час вагітності: лекція. Інфузія та хіміотерапія, (3), 42-53. <https://doi.org/10.32902/2663-0338-2022-3-42-53>
5. Непийвода О.М. ПРОГРАМА МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ БЕЗПЕКИ ВАГІТНИХ (дисертація). Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 2023. С. 200. [https://nauka.meduniv.lviv.ua/wp-content/uploads/dysertatsiya-nepujvoda-16.01.24\\_ost-201stor.pdf](https://nauka.meduniv.lviv.ua/wp-content/uploads/dysertatsiya-nepujvoda-16.01.24_ost-201stor.pdf)
6. Нормативно-директивні документи МОЗ України <https://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=5734>
7. Нормативно-директивні документи МОЗ України <https://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=21890>
8. ПРОТОКОЛ ФАРМАЦЕВТА ПРИ ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ БЕЗ РЕЦЕПТА «СИМПТОМАТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЇ» [https://moz.gov.ua/uploads/7/35237-dn\\_7\\_05\\_01\\_2022\\_dod.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/7/35237-dn_7_05_01_2022_dod.pdf)



9. Ривак ТБ, Непийвода ОМ, Коваль АЯ. Фармацевтична опіка при симптомах алергії під час вагітності та лактації: раціональний вибір і застосування антигістамінних лікарських засобів. *Запорізький медичний журнал*. 2020;22(2):192-199. DOI: 10.14739/2310-1210.2020.2.200594
10. Хобзей М.К. Організація соціологічних опитувань пацієнтів / їх представників і медичного персоналу у закладах охорони здоров'я (методичні рекомендації) // [Семейная медицина](#). - 2016. - № 5. - С. 118-125
11. Фармацевтична опіка при симптомах алергії під час вагітності та лактації: раціональний вибір і застосування антигістамінних лікарських засобів Т. Б. Ривак, О. М. Непийвода А. Я. Коваль Режим доступу: <http://zmj.zsmu.edu.ua/article/view/200594/201023>
12. Abdullah, K., Zhu, J., Gershon, A., Dell, S., & To, T. (2020). Effect of asthma exacerbation during pregnancy in women with asthma: a population-based cohort study. *The European respiratory journal*, 55(2), 1901335. <https://doi.org/10.1183/13993003.01335-2019>
13. Adineh, P., Amini, S., Abolnezhadian, F. *et al.* Nuts, vegetables, fruits, and protein dietary pattern during pregnancy is inversely associated with risk of childhood allergies: a case-control study. *Sci Rep* **14**, 842 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-51488-8>
14. Andersson NW, Torp-Pedersen C, Andersen JT. Association Between Fexofenadine Use During Pregnancy and Fetal Outcomes. *JAMA Pediatr*. 2020;174(8):e201316. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1316
15. Baïz, Nour, et al. "Maternal diet before and during pregnancy and risk of asthma and allergic rhinitis in children." *Allergy, Asthma & Clinical Immunology* 15 (2019): 1-10.
16. Danielewicz, H., Dębińska, A., Myszczyzyn, G. *et al.* Sensitisation patterns and allergy outcomes in pregnant women living in the urban area. *Allergy Asthma Clin Immunol* **17**, 46 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13223-021-00547-0>

17. Feshchenko Yu.I., Boyko D.M., Gavrysiuk V.K. ta in. Bronkhialna astma. Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh. K.: Natsionalna akademiia medychnykh nauk Ukrainy. 2019. 114 p.

18. Griffin BL, Stone RH, El-Ibiary SY, Westberg S, Shealy K, Forinash A, Yancey A, Vest K, Karaoui LR, Rafie S, Horlen C, Lodise N, Cieri-Hutcherson N, McBane S, Simonyan A. Guide for Drug Selection During Pregnancy and Lactation: What Pharmacists Need to Know for Current Practice. *Ann Pharmacother.* 2019

19. Gupta, Keshav Kumar, and Shahram Anari. "Medical management of rhinitis in pregnancy." *Auris Nasus Larynx* 49.6 (2022): 905-911.

20. Kayiran MA, Akdeniz N. Diagnosis and treatment of urticaria in primary care. *North Clin Istanb.* 2019;6(1):93-99. Published 2019 Feb 14. doi:10.14744/nci.2018.75010

21. Kocatürk, E., Al-Ahmad, M., Krause, K., Gimenez-Arnau, A. M., Thomsen, S. F., Conlon, N., Marsland, A., Savk, E., Criado, R. F., Danilycheva, I., Fomina, D., Godse, K., Khoshkhui, M., Gelincik, A., Degirmentepe, E. N., Demir, S., Ensina, L. F., Kasperska-Zajac, A., Rudenko, M., Valle, S., ... Maurer, M. (2021). Effects of pregnancy on chronic urticaria: Results of the PREG-CU UCARE study. *Allergy*, 76(10), 3133–3144. <https://doi.org/10.1111/all.14950>

22. Kocatürk, E., Podder, I., Zenclussen, A. C., Kasperska Zajac, A., Elieh-Ali-Komi, D., Church, M. K., & Maurer, M. (2022). Urticaria in Pregnancy and Lactation. *Frontiers in allergy*, 3, 892673. <https://doi.org/10.3389/falgy.2022.892673>

23. Liao, S. L., Yu, M., Zhao, Z. T., & Maurer, M. (2021). Case Report: Omalizumab for Chronic Spontaneous Urticaria in Pregnancy. *Frontiers in immunology*, 12, 652973. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.652973>

24. Lopez-Leon S, Geldhof A, Scotto J, et al. Drug Utilization Studies in Pregnant Women for Newly Licensed Medicinal Products: A Contribution from IMI ConcePTION. *J Pregnancy.* 2024;2024:8862801. Published 2024 Jan 11. doi:10.1155/2024/8862801

25. Louchet, M., Collier, M., Beeker, N., Mandelbrot, L., Sibiude, J., Chouchana, L., & Treluyer, J. M. (2024). Trends in harmful drug exposure during pregnancy in France between 2013 and 2019: A nationwide cohort study. *PLoS one*, *19*(1), e0295897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295897>
26. L Ramos, C., & Namazy, J. (2023). Monoclonal Antibodies (Biologics) for Allergic Rhinitis, Asthma, and Atopic Dermatitis During Pregnancy and Lactation. *Immunology and allergy clinics of North America*, *43*(1), 187–197. <https://doi.org/10.1016/j.iac.2022.07.001>
27. Pfaller, B., Bendien, S., Ditisheim, A., & Eiwegger, T. (2022). Management of allergic diseases in pregnancy. *Allergy*, *77*(3), 798–811. <https://doi.org/10.1111/all.15063>
28. Pfaller, B., José Yepes-Nuñez, J., Agache, I., Akdis, C. A., Alsalamah, M., Bavbek, S., Bossios, A., Boyman, O., Chaker, A., Chan, S., Chatzipetrou, A., du Toit, G., Jutel, M., Kauppi, P., Kolios, A., Li, C., Matucci, A., Marson, A., Bendien, S., Palomares, O., ... Eiwegger, T. (2021). Biologicals in atopic disease in pregnancy: An EAACI position paper. *Allergy*, *76*(1), 71–89. <https://doi.org/10.1111/all.14282>
29. Pope EM, Laageide L, Beck LA. Management of Allergic Skin Disorders in Pregnancy. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2023;43(1):117-132. doi:10.1016/j.iac.2022.05.012
30. Qun, G., He, S., Bo, S. *et al.* Investigations on incidence and relevant factors of allergies in 5725 urban pregnant women: a cohort study in China. *BMC Public Health* **23**, 126 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14355-7>
31. Robijn AL, Brew BK, Jensen ME, et al. Effect of maternal asthma exacerbations on perinatal outcomes: a population-based study. *ERJ Open Res*. 2020;6(4):00295-2020. Published 2020 Dec 21. doi:10.1183/23120541.00295-2020
32. Saito, J., Yakuwa, N., Sandaiji, N., Yagishita, S., Kawasaki, H., Suzuki, T., Ozawa, K., Kamura, S., Yamatani, A., Wada, S., Sago, H., & Murashima, A. (2020). Ebastine during pregnancy and lactation in a patient with chronic urticaria: ebastine and carebastine levels in maternal serum, cord blood, breast milk and the

infant's serum. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* : *JEADV*, 34(9), e496–e497. <https://doi.org/10.1111/jdv.16415>

33. Schatz M, MD, MS SECTION EDITOR Lockwood C, MD, MHCM DEPUTY EDITOR Feldweg A, MD Recognition and management of allergic disease during pregnancy. Literature review current through: Aug 2023. This topic last updated: Jan 12, 2022.

34. Shichkin VP, Kurchenko OV, Okhotnikova EN, Chopyak VV, Delfino DV. Enterosorbents in complex therapy of food allergies: a focus on digestive disorders and systemic toxicity in children. *Front Immunol*. 2023;14:1210481. Published 2023 Oct 13. doi:10.3389/fimmu.2023.1210481

35. Venter C, Agostoni C, Arshad SH, et al. Dietary factors during pregnancy and atopic outcomes in childhood: A systematic review from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020;31(8):889-912. doi:10.1111/pai.13303

## SUMMARY

**Smirnova V.**

PHARMACEUTICAL CARE WHEN USING ANTIHISTAMINES  
DURING PREGNANCY

**Department of Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy**

**Scientific supervisor:** Afanasyeva I.O.

**Keywords:** pharmaceutical care, pregnant, antihistamine drugs

**Introduction.** This qualifying work is devoted to the study of pharmaceutical care during the use of antihistamines during such a period. The main goal arises in the study and analysis of factors that affect the safety and effectiveness of the use of these drugs in pregnant women. The purpose of the study is to evaluate pharmaceutical burn when using antihistamines during pregnancy

**Materials and methods.** For the study of 40 pregnant women, a questionnaire was created for the study, in which 15 questions were asked about the medicines that were recommended to them or that they were already taking. Also, the questionnaire contained questions about the side effects of the drug and recommendations by pharmacy employees regarding the pharmaceutical care of dispensing antiallergic drugs to pregnant women.

The survey of 54 pharmacists regarding allergies in pregnant women included 14 questions. It was interesting to get answers from pharmacy specialists who live in Ukraine, using a social survey method, to questions about the doctor's prescription, clarification of pharmacists about the nosological form, causes and symptoms of allergies in pregnant women, awareness of drugs for allergies in pregnant women and their side effects.

Research methods: sociological, statistical, graphic.

**Results.** It was found that unwanted reactions among pregnant women were sleepiness in women - 60%, 42.5% of them complained of a burning sensation in the eyes, and 37.5% of pregnant women had disturbances from the gastrointestinal tract.

It was established that the simultaneous use of antiallergic drugs with antacids by pregnant women occurred in 47.5% of women, with erythromycin/azithromycin - in 12.5% and with theophylline - in 2.5%, leading to pharmacokinetic and pharmacodynamic interaction. The majority of pregnant women with an allergic reaction received recommendations from pharmacists to take enterosorbents (87% of women), antihistamine drugs of the second generation (94.4% of women), but pharmacists advised 1st generation antiallergic drugs to 44.4% of pregnant women. They should not be used by women during pregnancy, as they contribute to congenital malformations in the child.

The data of pharmacy specialists regarding advice on the dosage of anti-allergy drugs for pregnant women were studied.

#### **Conclusions.**

1. As a result of a questionnaire survey of pregnant women, it was found that the dominant side effects of antihistamine drugs were drowsiness in 60% of women, and burning in the eyes was bothering almost 43% of pregnant women when these drugs were used locally.

2. It was found that enterosorbents (87%) and antihistamines of the 2nd generation (94.4%) as prescribed by a doctor predominate in the recommendations made by pharmacy specialists to pregnant women with allergies.

3. It was found that when dispensing anti-allergic drugs, pharmacy specialists give advice on frequency of administration - 88.9% to pregnant women, drug dosage - 77.8%, and regarding the interaction of drugs and features of their use, a small frequency of advice is noted (11.1% and 16.7% to women).

#### **Practical recommendations:**

Educated pharmacy specialists, carrying out pharmaceutical care, should receive a doctor's prescription from a pregnant woman with allergies in order to avoid side effects and drug interactions.

## ДОДАТКИ



НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

**СЕРТИФІКАТ** № 2023-1101- 5508998-100034

ЦИМ ПОСВІДЧУЄТЬСЯ, ЩО

**СМИРНОВА В.О.**

БРАВ(ЛА) УЧАСТЬ У НАУКОВО-ПРАКТИЧНІЙ КОНФЕРЕНЦІЇ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ, ПРИСВЯЧЕНІЙ 25-РІЧЧЮ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ОСВІТА, НАУКА ТА ПРАКТИКА:  
СТАН, ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ**

Форма участі: доповідач

ТРИВАЛІСТЮ 15 ГОДИН (0,5 КРЕДИТА ЄКТС)

ГОЛОВА ОРГАНІЗАЦІЙНОГО КОМІТЕТУ,  
РЕКТОР НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО  
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ  
ОСВІТИ НМУ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ,  
ЧЛЕН-КОРЕСПОНДЕНТ НАМН УКРАЇНИ,  
Д.МЕД.Н., ПРОФЕСОР



ЮРІЙ КУЧИН

ЦІЛЬОВА АУДИТОРІЯ: АНАЛІТИЧНО-КОНТРОЛЬНА ФАРМАЦІЯ, ЗАГАЛЬНА ФАРМАЦІЯ, КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ, ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕЮ, ОРГАНІЗАЦІЯ І УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я, ФАРМАЦЕВТИЧНА КОСМЕТОЛОГІЯ, ФАРМАЦЕВТИЧНА ТОКСИКОЛОГІЯ

19-20 грудня 2023 року