

**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 ПАЦІЄНТІВ ПРИ
ЗАСТОСУВАННІ ДЕКОНГЕСТАНТІВ ТА ТОПІЧНИХ НАЗАЛЬНИХ
КОРТИКОСТЕРОЇДІВ»**

Виконала: здобувач вищої освіти
6 курс, група 1081Б
Спеціальність 226 «Фармація,
промислова фармація»
Освітня програма «Фармація»
Клименко Олександра Геннадіївна
Керівник: д. мед. н., професор Пінський Л.Л.

Київ 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
ОСНОВНА ЧАСТИНА	7
РОЗДІЛ I. Клініко-фармакологічна характеристика деконгестантів та назальних топічних кортикостероїдів (огляд літератури)	7
1.1. Визначення та поширеність риносинуситів	7
1.2. Клініко-фармакологічна характеристика деконгестантів	9
1.3. Клініко-фармакологічна характеристика назальних топічних кортикостероїдів	16
РОЗДІЛ II. Матеріали та методи досліджень	23
2.1. Характеристика об'єкту та методів досліджень	23
2.2. Методика дослідження	23
РОЗДІЛ III. Результати дослідження фармацевтичної опіки при відпуску деконгестантів та назальних топічних кортикостероїдів	25
3.1. Результати опитування фармацевтичних працівників при відпуску деконгестантів	25
3.2. Результати опитування фармацевтичних працівників при відпуску назальних топічних кортикостероїдів	34
ВИСНОВКИ	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	46
ДОДАТКИ	57

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АГ – артеріальна гіпертензія
АТС анатомо-терапевтично хімічна класифікація –
АФІ – активний фармацевтичний інгредієнт
БПР - безперервний професійний розвиток
ГГН-система – гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова система
ГРВІ – гостра респіраторно вірусна інфекція
ДНК - дезоксирибонуклеїнова кислота
ІФН- α - інтерферон- α
мРНК – матрична або інформаційна РНК
ОЦК – об'єм циркулюючої крові
СІЗЗС - селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну
ТНКС – топічні назальні кортикостероїди
СОМОД - “Controlled Multi-Dose” це спеціальна система флакону для очних крапель, яка дозволяє багаторазове безпечне застосування без консервантів.
ІЛ-1 - інтерлейкін-1
ІЛ-2 – інтерлейкін 2
TNF - фактор некрозу пухлин

ВСТУП

Найчастіші сезонні захворювання включають респіраторні інфекції (грип, застуда, ГРВІ) в осінньо-зимовий період, алергію та кон'юнктивіт навесні і включають прояви: закладеність носу, назальна гіперсекреція, набряк слизової оболонки носу, порушення мукоциліарного транспорту та інші.

Одним із протоколів ведення пацієнтів з захворюваннями респіраторної системи є Європейський погоджувальний документ щодо лікування риносинуситу і поліпів носа (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps, EPOS), який відомий в медичному колі під назвою EPOS 2020. Фармакотерапія захворювань респіраторної системи включає в себе застосування як симптоматичної терапії, що містить деконгестанти так і патогенетичної, що включає прийом топічних кортикостероїдів.

Деконгестанти (від англ. “de” і “congestion” – закупорка, застій) — група лікарських засобів, дія яких направлена на зменшення закладеності носа та покращення носового дихання, а також на купірування ринореї. По АТС класифікації відносяться до групи R (Respiratory system) R01 Засоби, що призначають при захворюваннях порожнини носа.

“Рикошетне” утруднення носового дихання, асоційоване з пролонгованим використанням місцевих деконгестантів, обмеження застосування пероральних деконгестантів стало умовою до застосування топічних кортикостероїдів. Топічні назальні кортикостероїди — це препарати, які застосовуються місцево (у вигляді спреїв або крапель) для лікування запальних захворювань носа [22].

Мета та завдання дослідження

Мета роботи – проаналізувати раціональність використання деконгестантів та топічних назальних кортикостероїдів для фармакологічної терапії захворювань дихальної системи та сформулювати алгоритм дії для якісної та ефективної фармацевтичної опіки

Завдання роботи:

1. Оцінити місце деконгестантів та топічних назальних кортикостероїдів для фармакологічної терапії захворювань дихальної системи
2. Вивчити безпечність деконгестантів та топічних назальних кортикостероїдів для різних груп пацієнтів
3. Проаналізувати фармацевтичну опіку, що здійснюється фармацевтичними працівниками, оцінити та описати можливості її покращення

Об'єкт дослідження: деконгестанти та топічні назальні кортикостероїди як засоби для фармакологічної терапії захворювань дихальної системи

Предмет дослідження: фармацевтична опіка пацієнтів, що застосовують деконгестанти і топічні назальні кортикостероїди.

Методи дослідження: бібліосемантичний (аналіз джерел літератури), опитувальний (анкетне опитування працівників аптек), статистичний (опрацювання отриманих результатів), графічний (відображення отримання результатів).

Наукова новизна

Аналіз анкет та опитування фармацевтів зазначило, що фармацевтична опіка при застосуванні деконгестантів і топічних назальних кортикостероїдів попереджає негативні зміни при комбінації з антигіпертензивними ЛЗ, антидепресантами. Постійна фармацевтична опіка зменшує прояви медикаментозного риніту при застосуванні деконгестантів та перехід полінозу в бронхіальну астму, за умови дотримання дозування та терміну лікування топічними назальними кортикостероїдами.

Практичне значення отриманих результатів

Збільшення безпеки застосування деконгестантів та топічних назальних кортикостероїдів різними групами пацієнтів, шляхом отримання ними якісної, кваліфікованої фармацевтичної опіки, вдосконаленої на основі обробки результатів дослідження.

Апробація результатів дослідження.

Результати було представлено на науково-практичній Internet-конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної фармакології та клінічної фармації» (28.10.2025, м. Харків) та Annual Young Medical Scientific Conference (AYMS Conf 2025) щорічна міжнародна конференція молодих науковців (20-21.11.2025, м. Київ).

Структура роботи.

Кваліфікаційна робота викладена на 67 сторінках машинописного тексту, складається з вступу, 3 розділів (огляд літератури, матеріали та методи, результати дослідження), висновків, списку використаних джерел, додатків та анотації англійською мовою.

ОСНОВНА ЧАСТИНА

РОЗДІЛ II. Матеріали та методи дослідження

2.1. Характеристика об'єкту та методів дослідження

У даному розділі описані основні методи та матеріали, які було використано в дослідженні.

Об'єкт дослідження: деконгестанти (нафазолін, ксилометазолін, оксиметазолін) та топічні назальні кортикостероїди (мометазону фуруат) для лікування риносинуситів

Предмет дослідження: фармацевтична опіка пацієнтів при застосуванні деконгестантів та топічних назальних кортикостероїдів

Матеріалами дослідження були: результати анкетного опитування фармацевтичних працівників, відвідувачів аптек, студентів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Для реалізації поставленої мети та завдань було використано основні методи досліджень: бібліосемантичний, аналітичний, опитувальний, статистичний, графічний.

Бібліосемантичний – для аналізу науково-літературних джерел щодо застосування деконгестантів та кортикостероїдів.

Аналітичний – для опрацювання даних анкетування.

Опитувальний – для анкетування фармацевтичних працівників, студентів НМУ, відвідувачів аптек.

Статистичний – для опрацювання отриманих результатів дослідження. Для статистичної обробки матеріалів використовувався частотний калькулятор пакету статистичних програм Statistica 13 (StatSoft, USA).

Графічний – для представлення статистично опрацьованих результатів дослідження у вигляді діаграм, графіків.

2.2. Методика дослідження

Дослідження включало в себе проведення анонімного анкетування фармацевтичних працівників щодо їх досвіду надання фармацевтичної опіки при відпуску деконгестантів та топічних назальних кортикостероїдів.

Анкета (Додатоки) була розроблена з використанням платформи Google forms та поширена засобами електронної комунікації. Перший блок питань мав на меті статистично узагальнити респондентів за посадою, досвідом роботи. Визначення основних груп пацієнтів за статтю, віком був другий блок питань. Основний блок запитань містить дані про показання до застосування, побічні ефекти та протипоказання до призначення деконгестантів і топічних кортикостероїдів, можливий ризик взаємодії з іншими групами препаратів та застосування даних знань при наданні фармацевтичної опіки відвідувачам.

Анкетування проводилось з серпня по жовтень 2025 року. Респондентам необхідно було вибрати одну або декілька з пропонованих відповідей, або ж відповісти розширено на питання, коли серед запропорованих не було задовільної відповіді. Всього в опитуванні прийняли фармацевтичних працівників, студентів НМУ, відвідувачів аптек. Добровільне анкетування проводилось базуючись на принципі декларації Всесвітньої медичної асоціації (ВМА) «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» [42].

РОЗДІЛ III. Результати дослідження фармацевтичної опіки при відпуску препаратів деконгестантів та топічних кортикостероїдів

3.1. Результати опитування фармацевтичних працівників при відпуску деконгестантів

За період досліджень проведено анкетування як працівників аптек, так і відвідувачів. Відмічено, що основну частку працівників – першостільників становлять асистенти фармацевта (52%), дипломовані фармацевти - 38%. За результатами анкетування було отримано відповіді від 30 працівників аптек: фармацевти – 38%, асистент фармацевта – 52%, завідувачі аптек -10% (Рис.3.1).

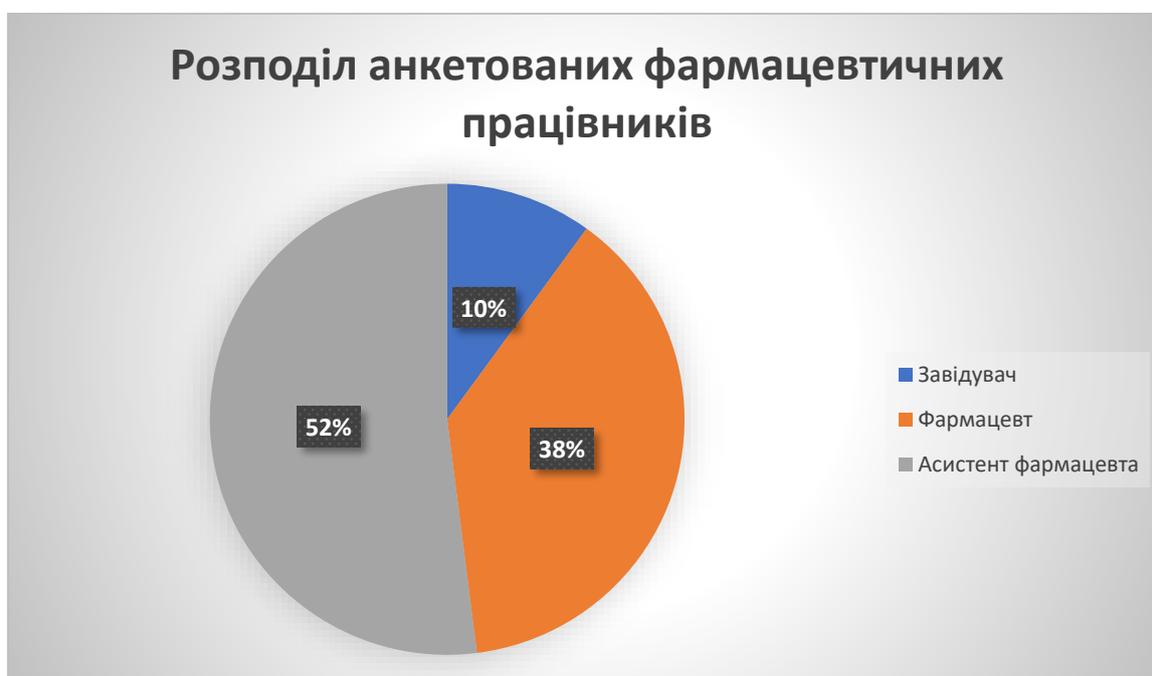


Рис. 3.1. Розподіл анкетованих фармацевтичних працівників

Більшість працівників мають досвід роботи від 1 до 5 років - 63%, від 6-10 років - 29% та досвід роботи в аптечній сфері більше 10 років мають 8% опитуємих. Це ще раз говорить про те, що основний відсоток наших першостільників, це працівники з досвідом до п'яти років і асистенти фармацевтів.

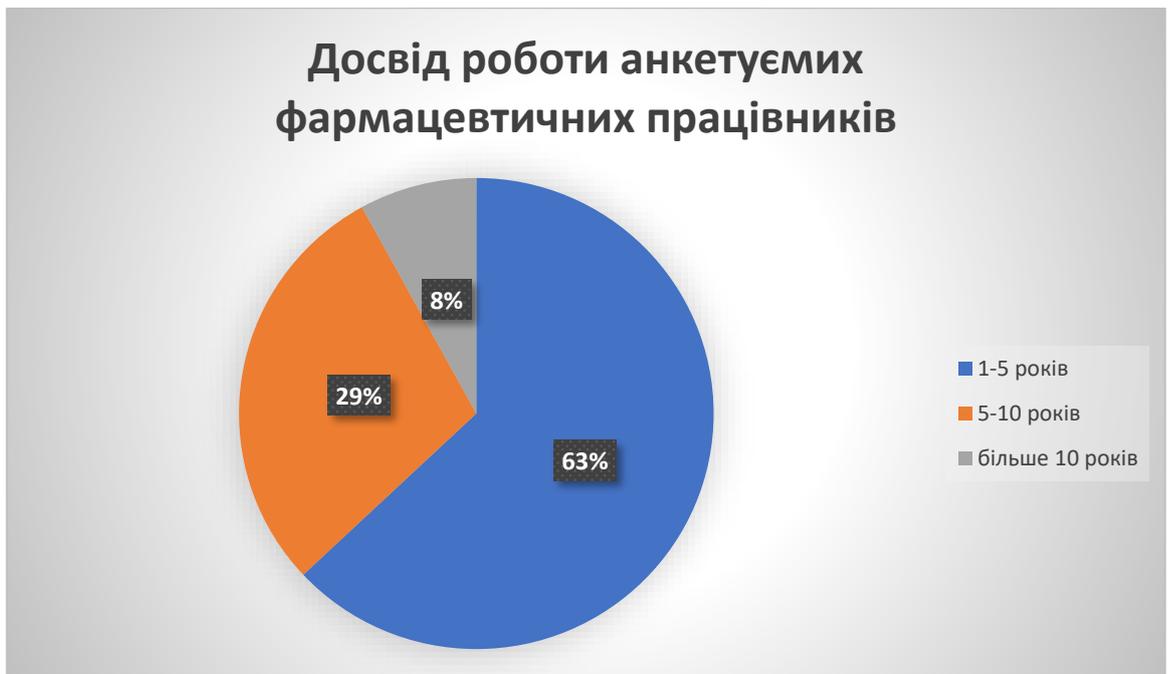


Рис. 3.2. Досвід роботи фармацевтичних працівників

Головна скарга при зверненні відвідувачів в аптеку: закладеність носу, важкість дихання та як результат біль в області фронтальних та гайморових пазух. Дані скарги типові при проявах риносинуситу та риніту при гострих респіраторних вірусних інфекціях (ГРВІ). Згідно «Протокол фармацевта при відпуску лікарських засобів без рецепта «симптоматичне лікування риніту» [8] фармацевт з'ясовує термін виникнення закладеності носу та характер виділень.

Опитування фармацевтів показало, що 88 % з них при виборі деконгестанту проводять збір анамнезу, який включає питання про тривалість закладеності носа, наявність температури, виділень (гнійні чи прозорі), уточнюють вік пацієнта, 23% - звертають увагу на супутні захворювання (гіпертонія, глаукома, гіпертиреоз), 13% - прийом інших лікарських засобів (антигіпертензивних, антидепресантів) (Рис. 3.3).

Деконгестанти та антигіпертензивні засоби взаємодіють через фармакодинамічний антагонізм, що може призвести до підвищення артеріального тиску та зниження ефективності ліків від гіпертензії. Деконгестанти (наприклад, псевдоефедрин, оксиметазолін, ксилометазолін) є

адреноміметиками. Вони стимулюють альфа-адренорецептори, що спричиняє вазоконстрикцію, особливо в слизовій оболонці носа, зменшуючи набряк і закладеність.

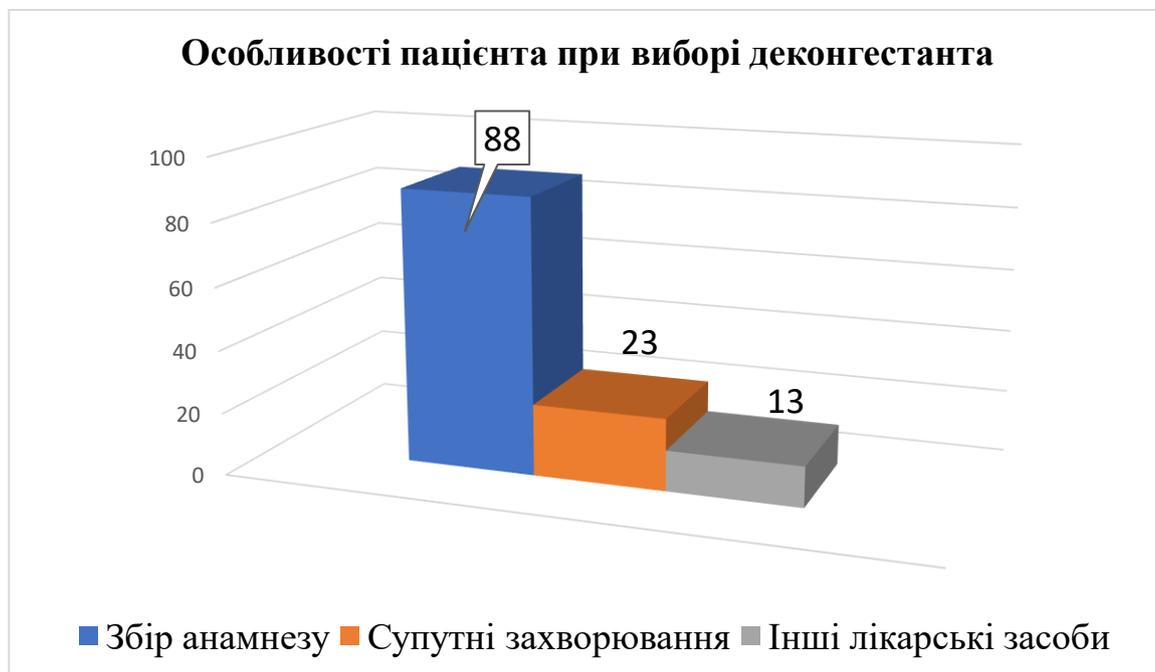


Рис. 3.3. Вибір препарату при врахуванні особливостей пацієнта

При системному всмоктуванні (особливо при пероральному прийомі або зловживанні назальними формами) деконгестанти можуть спричинити генералізовану вазоконстрикцію в усьому організмі. Це призводить до зростання загального периферичного судинного опору та, як наслідок, до підвищення артеріального тиску. Антигіпертензивні засоби діють протилежним чином: вони спрямовані на зниження артеріального тиску шляхом зниження тону судин, зменшення об'єму циркулюючої крові або впливу на регулюючі системи (наприклад, інгібітори АПФ, блокатори кальцієвих каналів, бета-блокатори). При взаємодії деконгестанти протидіють гіпотензивному ефекту антигіпертензивних препаратів. Їхня судинозвужувальна дія може нейтралізувати або значно послабити дію ліків, призначених для контролю тиску, що створює ризик неконтрольованої гіпертензії, гіпертонічного кризу або серцево-судинних ускладнень. Отже,

пацієнтам з артеріальною гіпертензією слід уникати використання системних деконгестантів (таблетки, сиропи від застуди, що містять псевдоефедрин). Назальні деконгестанти (краплі, спреї) вважаються відносно безпечнішими, оскільки системне всмоктування мінімальне, проте їх застосування має бути обмежене в часі (не більше 5-7 днів) і використовуватися з обережністю, особливо у пацієнтів із неконтрольованою гіпертензією.

Взаємодія між антидепресантами та деконгестантами є серйозною проблемою і залежить від конкретного типу антидепресанту. Основні механізми взаємодії пов'язані з впливом обох груп препаратів на рівні певних нейромедіаторів, зокрема норадреналіну та серотоніну, що може призвести до небезпечних побічних ефектів, включаючи гіпертонічний криз та серотоніновий синдром.

Беручи до уваги дану особливість зупинимось на механізмах взаємодії за типами антидепресантів. 1. Інгібітори моноаміноксидази: Фенелзин, Траніципромін, Моклобемід та деконгестанти (найнебезпечніша взаємодія). Механізм взаємодії заключається в тому, що деконгестанти, такі як псевдоефедрин або фенілефрин, є непрямими симпатоміметиками, які спричиняють вивільнення накопиченого норадреналіну з нервових закінчень. ІМАО блокують фермент моноаміноксидазу, який відповідає за розщеплення норадреналіну та інших моноамінів у нейронах. В наслідок цього відмічається надмірне накопичення норадреналіну в синапсах та посилення його дії, що викликає гіпертонічний криз, інсульт, тахікардію, головний біль. Виходячи з результатів даної взаємодії, дана комбінація протипоказана. За умови необхідності в застосуванні між припиненням прийому ІМАО та початком використання деконгестантів має пройти щонайменше 14 днів. 2. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗС), та інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (ІЗЗСН). Механізм взаємодії даних груп препаратів базується на тому, що деконгестанти, особливо пероральні форми (наприклад, псевдоефедрин, фенілефрін), мають деякі серотонінергічні властивості та підвищують рівень серотоніну. СІЗС (флуоксетин, сертралін,

праксетин) - блокують зворотне захоплення серотоніну в нейронах, збільшуючи його концентрацію в синаптичній щілині. а ІЗЗСН (венлафаксатин, дулоксетин) також підвищують рівень серотоніну та норадреналіну за рахунок інгібування зворотнього захоплення як серотоніну, так і норадреналіну. В наслідок взаємодії з деконгестантами комбінація призводить до серотонінового синдрому. Даний стан характеризується змінами психічного статусу (сплутаність свідомості, збудження), вегетативною гіперактивністю (прискорене серцебиття, високий кров'яний тиск, лихоманка, діарея) та нервово-м'язовими симптомами (тремор, міоклонус, ригідність м'язів). 3. Трициклічні антидепресанти (ТЦА) та деконгестанти. До групи трициклічних антидепресантів відносяться препарати ранньо синтезованих препаратів (амітриптилін, кломіпрамін), механізм дії яких базується на неселективному блокуванні зворотнього захоплення норадреналіну та серотоніну, а також вплив на інші рецептори (М-холінорецептори, гістамінові, адренергічні). Деконгестанти, маючи адреноміметичний вплив, посилюють норадренергічний ефект ТЦА, тим самим сприяють побічним проявам таким як гіпертензія, порушення серцевого ритму. Місцеві деконгестанти (назальні спреї з оксиметазоліном або ксилометазоліном) мають нижчий ризик системної взаємодії порівняно з пероральними препаратами, але їх використання має бути обмеженим у часі (кілька днів) і узгодженим з лікарем.

Безпечнішими альтернативами для полегшення симптомів ринореї та риносинуситу у пацієнтів з супутніми захворюваннями (великий депресивний розлад, посттравматичний стресовий розлад, хронічний больовий синдром, панічні атаки, булімія) можуть бути сольові розчини для носа, зволожувачі повітря або прості анальгетики/антипіретики (наприклад, парацетамол).

Встановлено, що при проявах ринореї, ГРВІ, риносинуситу пацієнти відразу самостійно застосовують деконгестанти у вигляді спрея системи СОМОД, або у вигляді крапель. Найбільш зручний у використанні та точності в дозуванні лікарського засобу є препарат, що відпускається у вигляді система

COMOD. Це в свою чергу зменшує побічні прояви АФІ. Разом з тим, вагома причина використання лікарських засобів у вигляді крапель це цінова політика (Рис.3.4). Краплі в 2-3 рази дешевше, а ніж спрей. Застосування препаратів у вигляді крапель збільшує ймовірність передозування препарату в розрахунку діючої речовини на один прийом.

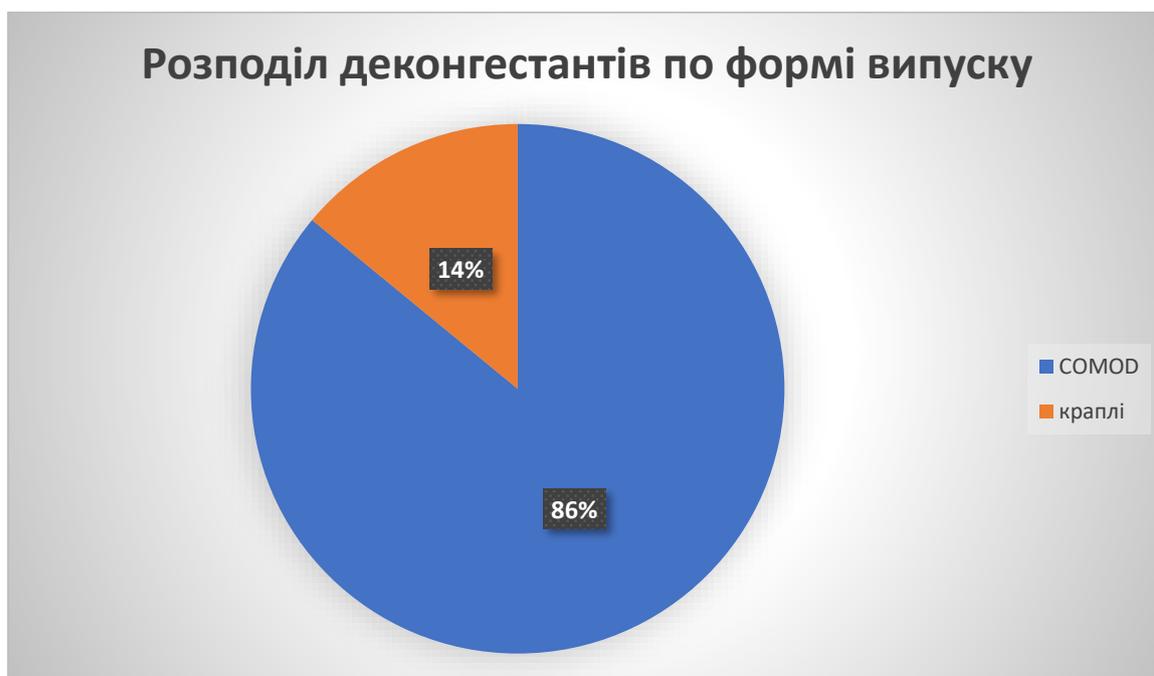


Рис. 3.4. Розподіл деконгестантів по формі випуску

Відмічено, що і неправильне застосування препарату (в лежачому положенні або ж закидання голови назад) призводить до потрапляння в ротоглотку лікарського засобу та викликає системну дію, що проявляється підвищенням артеріального тиску, тахікардією, головним болем, порушенням свідомості. При відпуску препаратів у вигляді крапель фармацевт повинен акцентувати увагу на правильності застосування ЛЗ. При введенні деконгестанта у вигляді крапель, повинна бути голова відхилена трішки назад і повернута в той самий бік, то і носовий хід, в який закачують ліки. Даний алгоритм сприяє максимальному всмоктуванню препарату слизовою оболонкою носа і неможливе потрапляння ЛЗ в ротоглотку, тим самим зменшує прояви небажаних реакцій.

При поясненні способу застосування: 45% фармацевтів рекомендують попередньо проводити очищення носової порожнини (промивання ізотонічними сольовими розчинами / морської солі) перед використанням назального деконгестанта, дотримання дози (в кожную ніздрю по одному розпиленні).

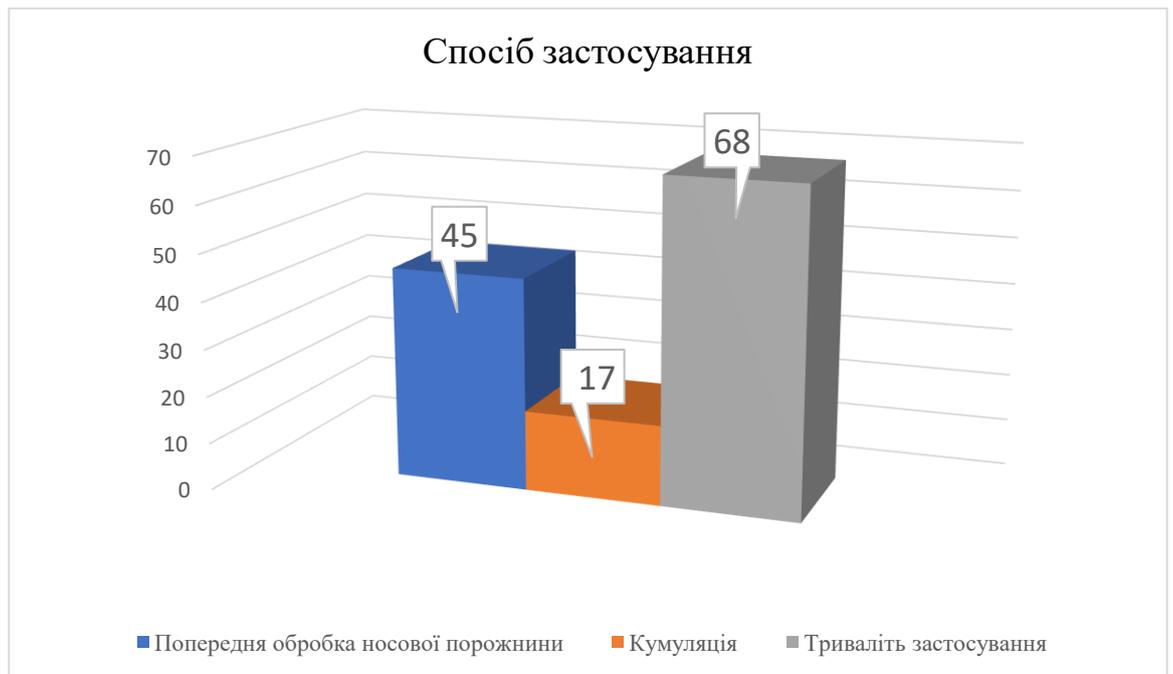


Рис. 3.5. Спосіб застосування деконгестантів

Акцентують увагу (17%) на функціональній кумуляції, що можлива при комбінуванні декількох засобів з однаковою груповою належністю (назальні деконгестанти та комбінований препарат для лікування симптомів грипу та застуди, що містить адреноміметик), 68% - акцентують увагу на тривалість (до 5 днів) застосування лікарського засобу для уникнення медикаментозного риніту (Рис. 3.5).

Згідно результатів проведеного анкетування пацієнтів було встановлено, що 82 % респондентів (Рис. 3.6) застосовують деконгестанти самостійно, без призначення лікаря, без попереднього промивання носової порожнини ізотонічним розчином NaCl / морської солі, а це в свою чергу спричиняє меншу ефективність препарату та сприяє частішому

застосуванні засобу для отримання бажаного результату, що призводить до толерантності або проявів передозування.

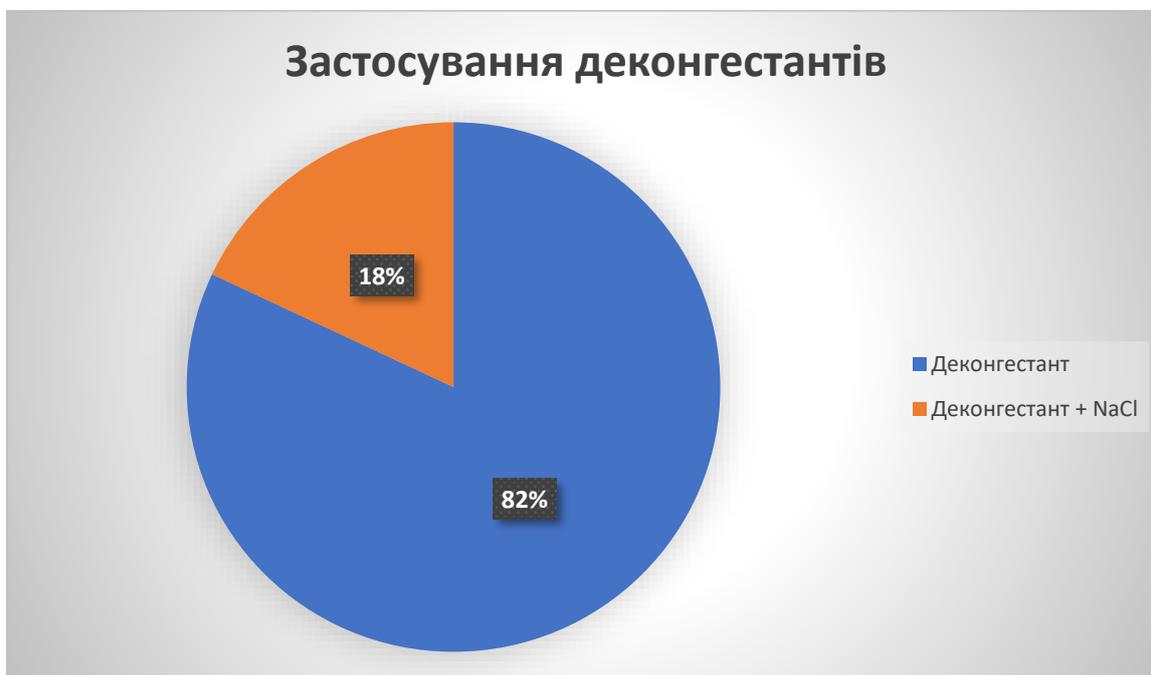


Рис. 3.6. Застосування деконгестантів при самолікуванні пацієнтами

Серед побічних ефектів при тривалому (більше 7 днів) застосуванні назальних деконгестантів відмічено: місцеві зміни - сухість або подразнення слизової оболонки носа – 85%, печіння або поколювання в носі, горлі – 65%, зміни зі сторони ЦНС: головний біль – 57%, порушення процесів засинання – 32%, тривожність, дратливість – 37%, прояви медикаментозного риніту: хронічна закладеність носа – 48%, зниження ефективності препарату – 56% (Рис.3.7). Дані прояви найбільш характерні при самолікуванні, тривалому застосуванні деконгестантів та зміні препаратів при різних торгових назвах, але одному і тому ж АФІ. Механізм розвитку даних побічних ефектів обумовлений сильним і тривалим звуженням кровоносних судин (вазоконстрикцією), так як деконгестанти – це адреноміметики.

Розвиток сухості слизової оболонки носової порожнини реалізується завдяки стимуляції альфа-адренорецепторів, які розташовані на гладком'язових клітинах стінок кровоносних судин слизової оболонки носа, а

це в свою чергу призводить до інтенсивного спазму та звуження артеріол і венул, що зменшує кровоток та трансудацію. В результаті слизова оболонка стає блідою, набряк зменшується (що полегшує дихання), але вона втрачає природне зволоження, стає сухою, може з'являтися печіння, свербіж, а при тривалому застосуванні — атрофія та утворення кірок.

Крім того, при тривалому (більше 5-7 днів) використанні може розвинутися медикаментозний риніт (риніт з відскоком), коли після припинення дії препарату судини надмірно розширюються, спричиняючи ще більший набряк, що спонукає пацієнта використовувати краплі знову і знову, посилюючи проблему сухості та пошкодження слизової оболонки.

Тривожність, нервозність або відчуття "тремтіння" (agitation) при застосуванні деконгестантів, особливо пероральних (таблетки, сиропи, наприклад, псевдоефедрин), обумовлені їхньою системною стимулюючою дією на центральну нервову систему (ЦНС) та серцево-судинну систему. Деконгестанти імітують дію гормонів стресу в організмі (адреналін та норадреналін), активуючи симпатичну нервову систему ("реакція боротьби або втечі"). Механізм розвитку тривожності заключається в стимулючій дії на ЦНС, що можливе за умови високої біодоступності, проникнення через гематоенцефалічний бар'єр (наприклад, псевдоефедрин), стимулюючи рецептори в мозку. Це призводить до підвищення рівня норадреналіну, що спричиняє відчуття збудження, пильності, нервозності та тривоги. Системне звуження судин призводить до підвищення артеріального тиску та тахікардії, відчуття серцебиття. Ці фізичні симптоми часто сприймаються людиною як тривога чи панічна атака.

Пацієнти, які вже мають схильність до тривожних розладів, панічних атак, гіпертонічної хвороби або підвищену чутливість до психостимуляторів (наприклад, кофеїну), більш схильні до розвитку тривожності при застосуванні деконгестантів.

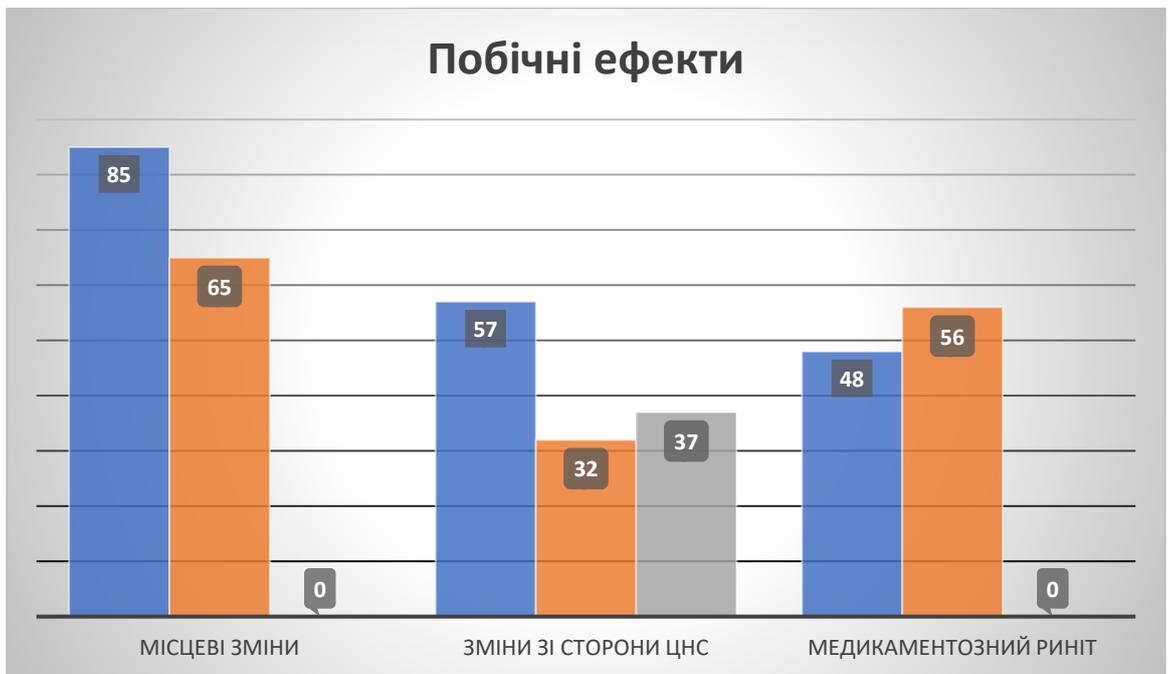


Рис. 3.7. Прояви побічних ефектів при тривалому (більше 7 днів) застосуванні деконгестантів

Небажані ефекти можливо уникнути або суттєво зменшити їх прояв за умови: призначення деконгестантів лікарем, дотримання схеми лікування, обов'язкове попереднє очищення слизової оболонки носової порожнини, застосування деконгестантів не більше 5 -7 днів та проведення фармацевтичної опіки фармацевтом при відпуску ЛЗ в аптеці.

3.2. Результати опитування фармацевтичних працівників при відпуску топічних назальних кортикостероїдів

Для вирішення питання продовження лікування патології дихальної системи, за умови толерантності до деконгестантів, виникнення медикаментозного риніту необхідно застосовувати топічні назальні кортикостероїди.

В Україні протягом епідемічного сезону 2025 зареєстровано 4 628 292 випадки захворювань на грип та ГРВІ, показник захворюваності становив 12 846,2 на 100 тис. населення, що на 4% менше аналогічного періоду минулого епідемічного сезону. Протягом сезону по медичну допомогу з приводу

захворювання на респіраторну групу інфекцій звернулось 12,8% населення України. Із загальної кількості захворілих зареєстровано 2 637 562 (57%) дитини віком до 17 років, що характерно для респіраторної групи інфекцій [63]

При проведенні анкетування фармацевтичних працівників було відмічено, що зростання продаж ТНКС в осінньо-зимовий період, а це відповідає зростанню захворюваності. Весняно-літній період продаж відповідає підвищенню захворюваності на поліноз.

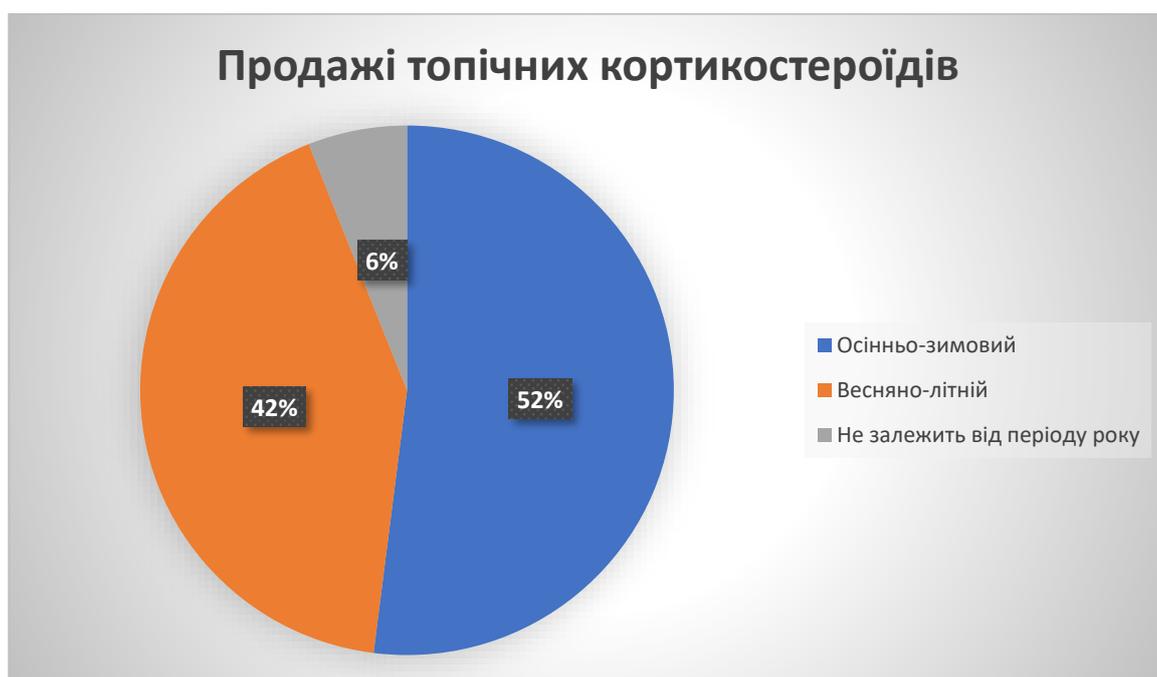


Рис. 3.8. Продаж топічних кортикостероїдів

Скарги з якими звертаються частіше пацієнти: закладеність носу та густий слизовий секрет, або виділення водянистого секрету, порушення сну. Обов'язково необхідно встановити тривалість перебігу симптоматики та додаткових симптомів. В перші дні симптоматики частіше всього застосовують деконгестанти. Дану групу необхідно застосовувати тільки 5-7 днів. При відсутності лікувального ефекту, розвитку толерантності відмічаємо розвиток медикаментозного риніту, а для продовження лікування рекомендуємо ТНКС.

Якщо ж наш пацієнт додатково відмічає сльозотечу, свербіж, набряк кон'юктиви, печіння та світлобоязнь, то все це говорить про алергічний риніт.

Необхідно з перших днів призначити ТНКС, що тим самим зменшить прояви хвороби та призведе до тривалої ремісії.

Серед захворювань, що є показанням для застосування ТНКС, при анкетуванні було встановлено, перше місце займає поліноз (45%), риносинусит (12%), медикаментозний риніт (43%).

Такий несуттєвий розрив між даними нозологічними захворюваннями обумовлений тим, що широке застосування деконгестантів, самолікування та недотримання режиму дозування викликає медикаментозний риніт. Поліноз зумовлений генетичною схильністю, надмірною реакцією імунної системи на контакт із алергенами, що призводить до запалення слизової оболонки носа.

Основними тригерами є вдихання певних речовин, які можуть бути як сезонними (пилки рослин, спори грибів), так і цілорічними (пилові кліщі, шерсть тварин, цвіль). Механізм розвитку даної патології полягає в потраплянні алергену в організм. Імунна система помилково ідентифікує його як загрозу. Це призводить до вироблення антитіл класу IgE, які прикріплюються до тучних клітин. При повторному контакті з алергеном ці клітини вивільняють гістамін та інші хімічні медіатори, що спричиняють запалення та типові симптоми риніту, такі як свербіж, чхання, нежить і закладеність носа.

Препаратами першої лінії для лікування полінозу виступають топічні назальні кортикостероїди (Рис. 3.9). При порушенні алгоритму лікування або відсутності тривалого застосування кортикостероїдів, поліноз часто є першопричиною розвитку бронхіальної астми та сприяє виникненню носових поліпів і частковому порушенню нюху. При анкетуванні фармацевтів, було встановлено, що тільки 10% респондентів акцентують увагу на тривалому застосуванні при даній патології ТНКС.

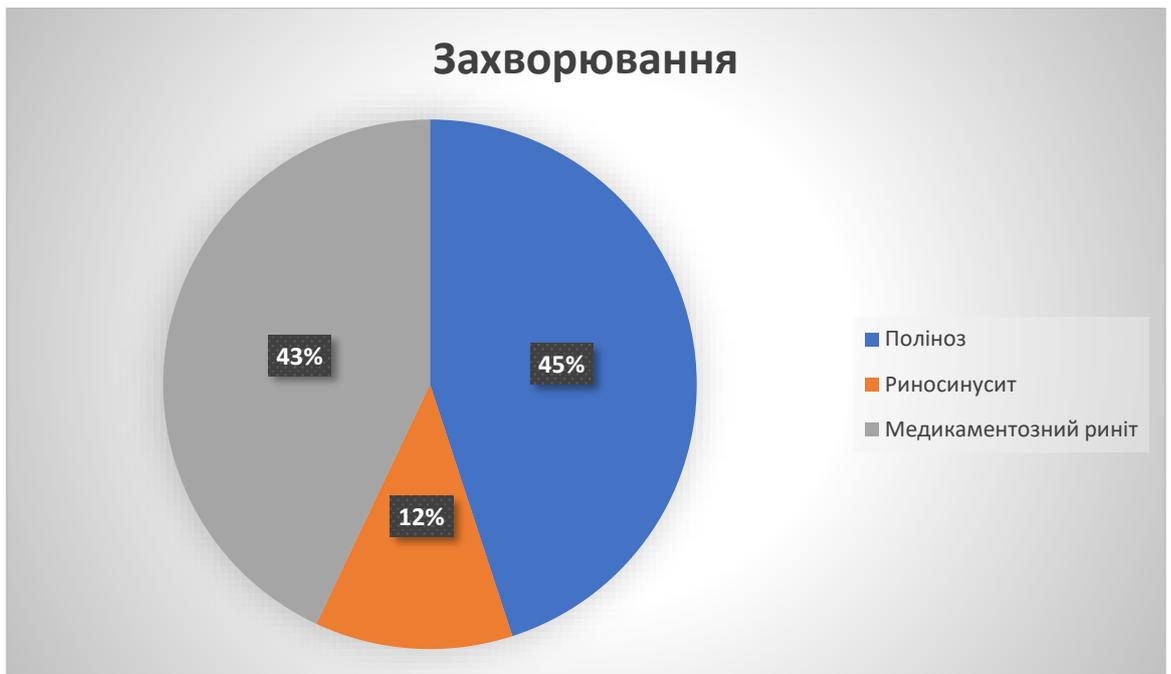


Рис. 3.9. Розподіл нозологічних захворювань для застосування топічних кортикостероїдів.

Candida albicans є умовно-патогенним мікроорганізмом, який присутній у нормальній мікрофлорі людини. Локалізовані інфекції носа та глотки, спричинені грибком *Candida albicans* (також відомі як кандидоз ЛОР-органів або фарингомікоз), є опортуністичними інфекціями, які виникають при порушенні нормальної мікрофлори або зниженні імунітету. Симптоми можуть варіюватися, але зазвичай включають: відчуття болю, печіння або подразнення в горлі та/або носі; поява білого або сіруватого сирнистого нальоту на слизових оболонках глотки, мигдалинах, іноді в носових ходах; дисфагія або біль при ковтанні (особливо характерно для фарингіту та езофагіту); В разі ураження носових пазух (грибковий синусит), може спостерігатися одnobічна закладеність, відчуття розпирання, густі виділення сіро-зеленого кольору.

Механізм виникнення кандидомікозу (кандидозу) при застосуванні кортикостероїдів зумовлений їхньою потужною імуносупресивною та протизапальною дією, що порушує природні захисні механізми організму та сприяє надмірному росту умовно-патогенного грибка *Candida albicans*. Стероїди гальмують активність ключових імунних клітин, таких як лімфоцити, макрофаги та нейтрофіли, які відіграють вирішальну роль у знищенні та

обмеженні поширення грибка; кортикостероїди пригнічують синтез запальних медіаторів, зокрема фактора некрозу пухлин альфа (TNF-альфа), який є важливим для активації імунної відповіді проти *Candida*. При місцевому застосуванні (наприклад, інгаляційні або топічні стероїди) відбувається локальне пригнічення імунних функцій на поверхні слизової оболонки, що полегшує адгезію (прилипання) та інвазію грибка в тканини. Створення сприятливого середовища для росту грибка відбувається за рахунок підвищення рівня глюкози, так як системні, так і іноді інгаляційні кортикостероїди можуть підвищувати рівень глюкози в крові та слині. Оскільки *Candida* активно розмножується в середовищі, багатому на цукор, це стимулює її надмірний ріст. Інгаляційні кортикостероїди спричиняють кандидоз переважно місцево в ротоглотці через безпосереднє осідання препарату на слизових оболонках. Ризик залежить від дози, тривалості застосування та техніки інгаляції.

Кортикостероїди проявляють імуносупресорний фармакологічний ефект, тим самим є протипоказані або їх застосування обережене при грибкових, бактеріальних або системних вірусних захворюваннях. При тривалому застосуванні кортикостероїдів зростає ймовірність Епштейн-Барр вірусної інфекції ротоносоглотки. Зміни в ротоносоглотці спричинені в результаті зменшення секреції IgA, порушення мікробного балансу та бар'єрної функції, тим самим вірус легше проникає та швидше реплікується в епітелії ротоглотки. Тільки 10% респондентів вказують на дану побічну дію при відпуску ЛЗ. Локалізовані інфекції носа та глотки, спричинені *Candida albicans*, виникають внаслідок назального введення кортикостероїдів. При розвитку такої інфекції застосування даної групи препаратів слід припинити та, якщо необхідно, призначити відповідну місцеву або системну терапію. При анкетуванні встановлено, що тільки 15% фармацевтичних працівників при проведенні фармацевтичної опіки, акцентують увагу на даних небажаних ефектах.

Випадки перфорації носової перегородки спостерігалися у пацієнтів після назального застосування кортикостероїдів, включаючи мометазону фуроат, що зумовлено неправильним застосуванням даного препарату. Так тільки 17% респондентів вказали, як необхідно застосовувати спрей кортикостероїдів. Акцентуючи увагу пацієнта на спосіб введення препарату: скерування спрею на латеральну стінку носа, від перегородки носа. Як і при будь-якому довготривалому місцевому лікуванні носової порожнини, пацієнтів, які застосовують топічні кортикостероїди протягом кількох місяців або довше, слід періодично обстежувати на можливі зміни слизової оболонки носа (Рис. 3.10).

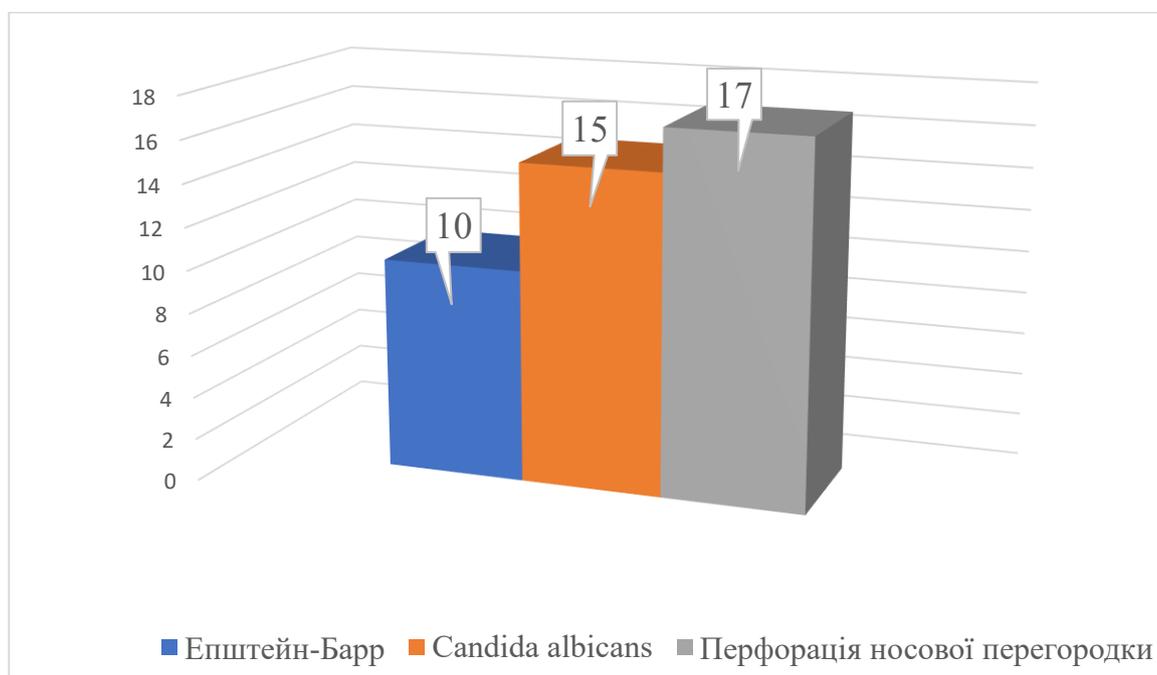


Рис. 3.10. Інформування про імуносупресорну дію кортикостероїдів

Велика робота фармацевта направлена на фармацевтичну опіку, що пов'язана у взаємодії топічних кортикостероїдів та препаратів інших фармакологічних груп. Найбільш часто зустрічаємі комбінації: антигіпертензивні лікарські засоби та кортикостероїди. Антигіпертензивні лікарські засоби викликають стійке зниження артеріального тиску через вплив на тонус судин, об'єм циркулюючої крові та потребують довготривалого

застосування. Кортикостероїди для отримання позитивного лікувального ефекту також потребують тривалого застосування.

Механізм впливу кортикостероїдів на артеріальний тиск є багатофакторним і комплексним. Він здебільшого зумовлений їхньою мінералокортикоїдною активністю та системними ефектами, що призводять до затримки рідини та підвищення судинного тону. Кортикостероїди, особливо ті, що мають значну мінералокортикоїдну активність (наприклад, гідрокортизон, преднізолон), діють на ниркові каналці подібно до альдостерону (природного мінералокортикоїдного гормону). Препарати посилюють реабсорбцію натрію з первинної сечі назад у кров і, як наслідок, збільшують виведення калію. За натрієм пасивно прямує вода, що призводить до збільшення загального об'єму циркулюючої крові (ОЦК), а збільшення ОЦК прямо пропорційно підвищує артеріальний тиск. Кортикостероїди підвищують чутливість гладком'язових клітин стінок судин до дії ендогенних судинозвужувальних агентів, таких як норадреналін та ангіотензин II. Це посилює вазоконстрикцію, збільшуючи периферичний судинний опір, що також призводить до підвищення артеріального тиску.

Механізм розвитку (АГ) під впливом топічних назальних кортикостероїдів (ТНКС) є мінімальним і вкрай рідкісним явищем. Сучасні ТНКС розроблені таким чином, щоб мати дуже низьку системну біодоступність (лише незначна їх кількість потрапляє в загальний кровотік), що суттєво зменшує ризик системних побічних ефектів, які спостерігаються при застосуванні системних кортикостероїдів (наприклад, таблеток преднізолону).

Ризик АГ при використанні ТНКС зростає лише за певних умов: багаторічне щоденне застосування, застосування доз, вищих за рекомендовані лікарем, нанесення на пошкоджену слизову оболонку носа, що посилює системне всмоктування [48].

Пацієнтам з гіпертонією, які приймають кортикостероїди, необхідно проводити корекцію доз антигіпертензивних препаратів або їх комбінацій.

При відпуску топічних кортикостероїдів на дану особливість комбінації антигіпертензивних ЛЗ та кортикостероїдів звертають увагу тільки 13% респондентів, що сприяє підвищенню проявів ускладнень зі сторони серцево-судинної системи та проявляється гіпертонічними кризами, набряками при застосуванні даної комбінації.

У більшості пацієнтів із алергічним ринітом, які не мають інших системних захворювань, використання сучасних ТНКС (таких як мометазон фуроат або флутиказон) не викликає статистично значущого підвищення артеріального тиску при дотриманні інструкцій. Іноді, навпаки, ефективне лікування закладеності носа може покращити дихання та навіть сприяти зниженню артеріального тиску, пов'язаного з нічною гіпоксією або апное сну.

В останні роки збільшення застосування антидепресантів потребує детального розгляду питання взаємодії з лікарськими засобами інших груп та та фармацевтичної опіки. Антидепресанти та кортикостероїди — це два різні класи препаратів: антидепресанти призначають для лікування депресії та тривожних розладів, а кортикостероїди — для зменшення запалення та пригнічення імунітету. Антидепресанти працюють, регулюючи рівень нейромедіаторів у мозку, таких як серотонін, норадреналін та дофамін, блокуючи зворотне захоплення цих речовин, залишаючи їх у синаптичній щілині довше та підвищуючи їх концентрацію, що покращує зв'язок між нейронами і сприяє поліпшенню настрою та зменшенню симптомів депресії. Деякі класи препаратів також можуть безпосередньо взаємодіяти з певними рецепторами або блокувати ферменти, що розщеплюють нейромедіатори [54].

Антидепресанти та топічні назальні кортикостероїди (ТНКС) — це препарати різних фармакологічних груп, які рідко взаємодіють між собою. Проте, існують певні нюанси їхнього сумісного застосування, які важливо враховувати. Існує один важливий аспект, пов'язаний з метаболізмом ліків в організмі. Взаємодія через ферментну систему СYP3A4.

Багато топічних кортикостероїдів, зокрема флутиказон та мометазон, метаболізуються в печінці за допомогою печінкового ферменту цитохрому

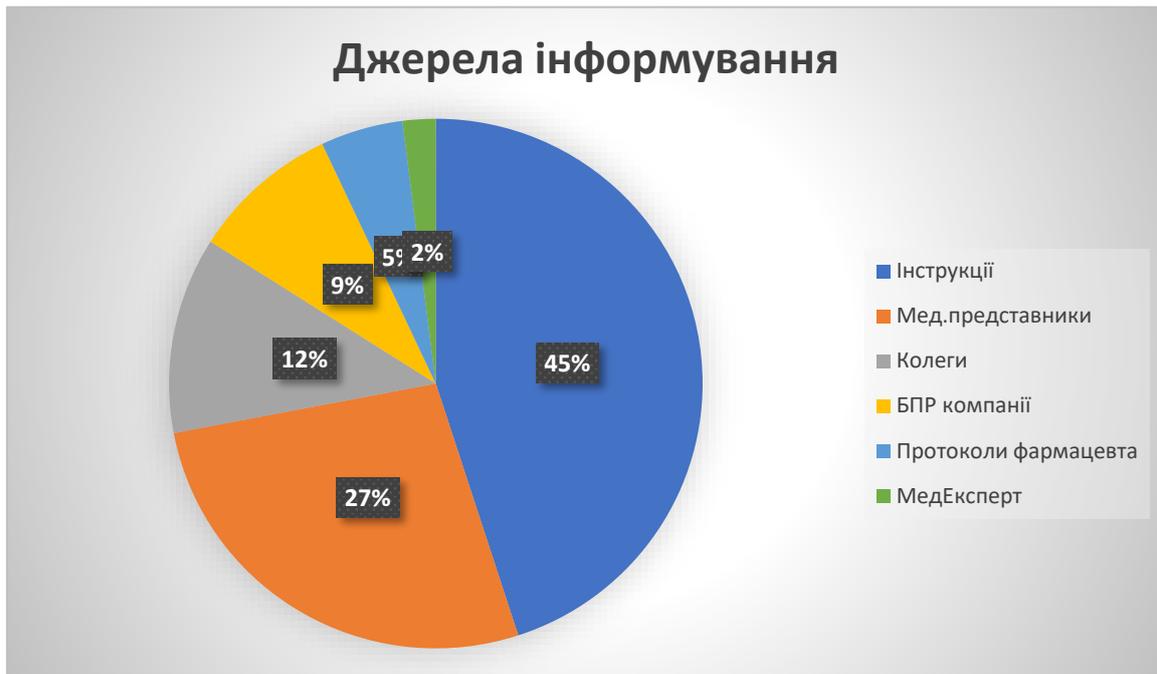
CYP3A4. Антидепресанти, особливо СИЗЗС, інгібують фермент CYP3A4. Як наслідок – одночасне застосування топічних назальних кортикостероїдів та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну призводить до підвищення концентрації кортикостероїду в крові, що в свою чергу збільшує ризик виникнення системних побічних ефектів кортикостероїдів, таких як пригнічення функції надниркових залоз або підвищення артеріального тиску.

Кортикостероїди можуть суттєво впливати на настрій, спричиняючи як позитивні, так і негативні психічні ефекти. Серед поширених змін настрою — ейфорія, перепади настрою, безсоння, дратівливість, тривога та депресія. Дані зміни є побічними ефектами, які можуть проявлятися залежно від дози, тривалості прийому та індивідуальної чутливості пацієнта. Лікарські засоби можуть взаємодіяти: деякі антидепресанти можуть опосередковано знижувати рівень стресового гормону кортизолу, тоді як тривалий прийом кортикостероїдів може впливати на настрій та викликати тривожність або депресивні стани. При проведенні фармацевтичної опіки (збір анамнезу та одночасне застосування препаратів інших груп) при відпуску топічних кортикостероїдів тільки 17% респондентів акцентують особливість даної комбінації. В даний час підвищення застосування антидепресантів в повсякденному житті та топічних кортикостероїдів для лікування медикаментозного риніту, полінозу стає нагальною проблемою обов'язкової уваги на особливостях даної комбінації.

Нелікований поліноз (алергічний риніт) може прогресувати до бронхіальної астми через низку взаємопов'язаних імунологічних та фізіологічних механізмів, об'єднаних концепцією "єдиних дихальних шляхів". Обидва захворювання є проявами одного системного алергічного процесу, який зачіпає різні відділи дихальної системи. При полінозі алергени спричиняють запалення в слизовій оболонці носа. Проте імунна відповідь не є виключно локальною. Активовані імунні клітини (Т-хелпери 2 типу, еозинофіли, базофіли) та медіатори запалення (цитокіни, лейкотрієни,

гістамін) через системний кровотік мігрують до нижніх дихальних шляхів. Постійна присутність цих запальних клітин у бронхах навіть за відсутності явних симптомів астми створює підґрунтя для розвитку гіперреактивності бронхів. Хронічне запалення, спричинене нелікованим полінозом, підвищує чутливість (гіперреактивність) м'язів бронхів до різних тригерів, включаючи алергени, холодне повітря, фізичне навантаження чи інфекції. В результаті навіть мінімальний вплив подразника може спровокувати спазм бронхів та напад ядухи, що є характерним проявом астми. Тривале, неконтрольоване запалення може призвести до незворотних структурних змін у стінках бронхів, включаючи потовщення стінок, гіперплазію слизових залоз та підвищене відкладення колагену. Ці зміни обмежують потік повітря та погіршують функцію легень. При недотриманні терміну та курсу лікування полінозу кортикостероїдами, можливий розвиток бронхіальної астми. На дану особливість лікування вказують 25% респондентів.

Серед джерел, якими користуються фармацевти для інформування про фармакологічні ефекти, побічні дії та небажані реакції препаратів та особливостями комбінацій, позицію лідерства займають інструкції до медичного застосування (45%), інформація від медичних представників (27%), колеги по роботі (12%), БПР в компанії, в аптечній мережі (9%), протоколи фармацевта (5%) та «МедЕксперт» «Безперервний професійний розвиток фармацевта від А до Я» (2%).



3.11. Джерела інформування фармацевтичних працівників для надання фармацевтичної опіки

Для покращення інформування фармацевтичних працівників з питань фармацевтичної опіки застосування лікарських засобів необхідно забезпечити всім працівникам доступ до програм БПР, конференцій та симпозіумів МОЗ України.

ВИСНОВКИ

1. Згідно отриманих результатів деконгестанти належать до препаратів першої лінії для лікування риносинуситів, ГРВІ, проявів вірусної інфекції, а топічні назальні кортикостероїди для лікування полінозів та медикаментозного риніту.
2. Результати опитування свідчать про високу безпечність та добру переносимість деконгестантів для різних груп пацієнтів. Серед побічних ефектів при тривалому (більше 7 днів) застосуванні назальних деконгестантів відмічено: сухість або подразнення слизової оболонки носа – 85%, печіння або поколювання в носі, горлі – 65%, головний біль – 57%, хронічна закладеність носа – 48%, зниження ефективності – 56%, порушення процесів засинання – 32%, тривожність, дратливість – 37%.
3. Запровадити контроль над продажем деконгестантвмісних препаратів. Це в свою чергу зменшить прояви медикаментозного риніту та атрофії слизової оболонки носової порожнини, що покращить перебіг та лікування риносинуситів.
4. Своєчасна та правильно проведена фармацевтична опіка при лікуванні полінозу унеможливорює розвиток бронхіальної астми. Кожен четвертий з опитаних акцентує увагу на даній особливості.
5. При одночасному застосуванні антигіпертензивних лікарських засобів та топічних назальних кортикостероїдів при тривалому застосуванні, адресна фармацевтична опіка зменшує прояви гіпертонії.
6. Серед джерел, якими користуються фармацевти для інформування про фармакологічні ефекти, побічні дії та небажані реакції препаратів та особливостями комбінацій, позицію лідерства займають інструкції до медичного застосування (45%), інформація від медичних представників (27%), колеги по роботі (12%), БПР в компанії, в аптечній мережі (9%), протоколи фармацевта (5%) та «МедЕксперт» «Безперервний професійний розвиток фармацевта від А до Я» (2%).

SUMMARY

Oleksandra Gennadiivna Klymenko

PHARMACEUTICAL CARE OF PATIENTS USING DECONGESTANTS
AND TOPICAL NASAL CORTICOSTEROIDS

Department Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy

Scientific supervisor doctor of medical sciences, professor Leonid Pinskyi

Keywords: decongestants, topical nasal corticosteroids, pharmaceutical care

Introduction. The most common seasonal diseases include respiratory infections (flu, colds, acute respiratory viral infections) in the autumn-winter period, allergies and conjunctivitis in the spring and include manifestations: nasal congestion, nasal hypersecretion, swelling of the nasal mucosa, impaired mucociliary transport, etc. One of the protocols for managing patients with respiratory system diseases is the European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS), which is known in the medical community as EPOS 2020. Pharmacotherapy of respiratory system diseases includes the use of both symptomatic therapy, which contains decongestants, and pathogenetic, which includes the use of topical corticosteroids. Decongestants (from the English “de” and “congestion” – blockage, stagnation) are a group of drugs whose action is aimed at reducing nasal congestion and improving nasal breathing, as well as at stopping rhinorrhea. According to the ATS classification, they belong to group R (Respiratory system) R01 Drugs prescribed for diseases of the nasal cavity. “Ricochet” difficulty in nasal breathing associated with prolonged use of local decongestants, limiting the use of oral decongestants has become a condition for the use of topical corticosteroids. Topical nasal corticosteroids are drugs that are used locally (in the form of sprays or drops) for the treatment of inflammatory diseases of the nose.

Materials and methods. The purpose of the work is to analyze the rationality of using decongestants and topical nasal corticosteroids for pharmacological therapy of respiratory diseases and to formulate an algorithm of action for high-quality and effective pharmaceutical care. The materials of the study were: the results of a

questionnaire survey of pharmaceutical workers, pharmacy visitors, students of the O.O. Bogomolets National Medical University.

To achieve the set goal, the main research methods were used: bibliosemantic, analytical, survey, statistical, graphic. The study included conducting an anonymous survey of pharmaceutical workers regarding their experience of providing pharmaceutical care when dispensing decongestants and topical nasal corticosteroids. The questionnaire was developed using the Google forms platform and distributed among pharmaceutical workers by means of electronic communication.

Results and conclusions. According to the results obtained, decongestants are first-line drugs for the treatment of rhinosinusitis, acute respiratory viral infections, and topical nasal corticosteroids for the treatment of hay fever and rhinitis medicamentosa. The results of the survey indicate high safety and good tolerability of decongestants for different groups of patients. Among the side effects with prolonged (more than 7 days) use of nasal decongestants, the following were noted: dryness or irritation of the nasal mucosa - 85%, burning or tingling in the nose, throat - 65%, headache - 57%, chronic nasal congestion - 48%, decreased efficiency - 56%, sleep disorders - 32%, anxiety, irritability - 37%. Introduce control over the sale of decongestant-containing drugs. This, in turn, will reduce the manifestations of drug-induced rhinitis and atrophy of the nasal mucosa, which will improve the course and treatment of rhinosinusitis. Timely and correctly conducted pharmaceutical care in the treatment of hay fever prevents the development of bronchial asthma. Every fourth of the respondents emphasizes this feature. With the simultaneous use of antihypertensive drugs and topical nasal corticosteroids with long-term use, targeted pharmaceutical care reduces the manifestations of hypertension.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Анкета для фармацевтичних працівників при застосуванні деконгестантів

№ п/п	Питання	Варіанти відповідей
1.	Ваша посада	<ul style="list-style-type: none">• Завідувач аптеки• Фармацевт (провізор)• Асистент фармацевта
2.	Ваш досвід роботи	<ul style="list-style-type: none">• До року• До 5 років• Більше 5 років
3.	В який період року Ви найчастіше відпускаєте препарати деконгестанти?	<ul style="list-style-type: none">• Осінньо-зимовий• Весняно-літній• Не залежить від періоду року
4.	Відвідувачі аптеки просять відпустити деконгестанти за прописом лікаря?	<ul style="list-style-type: none">• Мають призначення• Не мають призначення
5.	Ви рекомендуєте топічні деконгестанти разом з попереднім промиванням носової порожнини?	<ul style="list-style-type: none">• Так, рекомендую• Ні, не рекомендую
6.	При яких захворюваннях Ви найчастіше відпускаєте деконгестанти?	<ul style="list-style-type: none">• ГРВІ• Риносинусит• Алергічний риніт• Медикаментозний риніт• Не цікавився
7.	В якій формі випуску Ви рекомендуєте деконгестанти?	<ul style="list-style-type: none">• СОМОD система• Краплі• Комбіновані препарати (містять деконгестант)
8.	Чи надаєте Ви рекомендації щодо безпеки деконгестантів?	<ul style="list-style-type: none">• Так• Ні

9.	Перед вибором деконгестанта проведення збору анамнезу (тривалість днів закладеності носа, наявність температури, виділень, вік пацієнта)	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні • Частково (неповний збір)
10.	Перед вибором деконгестанта уточнення супутніх захворювань (гіпертонія, глаукома, гіпертиреоз)	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
11.	Перед вибором деконгестанта уточнення в прийомі антигіпертензивних ЛЗ, антидепресантів.	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
12.	При риносинуситі рекомендуєте антигістамінні препарати для синергізму з деконгестантами	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
13.	Перед вибором деконгестанта акцентуємо увагу на не допуск комбінацій топічних та системних деконгестантів	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
14.	При рекомендації до терміну застосування, проводимо акцентування уваги на тривалості прийому деконгестанта (не більше 5 днів)	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
15.	При зборі анамнезу стикаються з проявами медикаментозного риніту	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
16.	З яких джерел Ви використовуєте інформацію щодо деконгестантів?	<ul style="list-style-type: none"> • Інструкції до медичного застосування • Наукові статті/підручники • Інформація від медичних представників • Колеги по роботі • Протоколи фармацевта • «МедЕксперт» • «Безперервний професійний розвиток

		фармацевта від А до Я» <ul style="list-style-type: none">• БПР в компанії, аптечній мережі
--	--	---

**Анкета для фармацевтичних працівників при застосуванні
топічних кортикостероїдів**

№ п/п	Питання	Варіанти відповідей
1.	Ваша посада	<ul style="list-style-type: none"> • Завідувач аптеки • Фармацевт (провізор) • Асистент фармацевта
2.	Ваш досвід роботи	<ul style="list-style-type: none"> • До року • До 5 років • Більше 5 років
3.	В який період року Ви найчастіше відпускаєте топічні кортикостероїди?	<ul style="list-style-type: none"> • Осінньо-зимовий • Весняно-літній • Не залежить від періоду року
4.	Відвідувачі аптеки просять відпустити топічні кортикостероїди за прописом лікаря?	<ul style="list-style-type: none"> • Мають призначення • Не мають призначення
5.	Ви рекомендуєте топічні кортикостероїди разом з попереднім промиванням носової порожнини?	<ul style="list-style-type: none"> • Так, рекомендую • Ні, не рекомендую
6.	В якій формі випуску Ви рекомендуєте топічні кортикостероїди?	<ul style="list-style-type: none"> • СОМОД система • Краплі
7.	При яких захворюваннях Ви найчастіше відпускаєте топічні кортикостероїди?	<ul style="list-style-type: none"> • Медикаментозний риніт • Риносинусит • Поліноз
8.	При відпуску топічних кортикостероїдів акцентуєте увагу на тривалі застосування при полінозі, так як це є тригер бронхіальної астми?	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
9.	Чи надаєте Ви рекомендації щодо безпеки топічних кортикостероїдів?	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні

10.	Перед вибором топічного кортикостероїду проведення збору анамнезу.	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні • Частково (неповний збір)
11.	Перед вибором топічних кортикостероїдів уточнення в прийомі антигіпертензивних ЛЗ, антидепресантів.	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
12.	Перед вибором топічних кортикостероїдів акцентуємо увагу, що при тривалому застосуванні на розвиток вірусної інфекції Епштейн-Барр вірусної інфекції ротоносоглотки	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
13.	З яких джерел Ви використовуєте інформацію щодо топічних кортикостероїдів?	<ul style="list-style-type: none"> • Інструкції до медичного застосування • Наукові статті/підручники • Інформація від медичних представників • Колеги по роботі • Протоколи фармацевта • «МедЕксперт» «Безперервний професійний розвиток фармацевта від А до Я» • БПР в компанії, аптечній мережі

**Анкета для відвідувача (пацієнта) щодо застосування
деконгестанта**

№ п/п	Питання	Варіанти відповідей
1.	Ваш вік	<ul style="list-style-type: none"> • 15-18 • 19-25 • 26-45 • Більше 45
2.	При яких захворюваннях, станах Ви застосовуєте деконгестанти	<ul style="list-style-type: none"> • Риносинусит • Риніт • ГРВІ • Закладеність носу
3.	Ви застосовуєте деконгестанти по припису лікаря	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
4.	Які Ви застосовуєте форми випуску деконгестантів?	<ul style="list-style-type: none"> • COMOD • Краплі
5.	Перед придбанням деконгестанта Ви консультуєтесь з фармацевтом про форму випуску, АФІ речовиною	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
6.	Ви застосовуєте одночасно назальні форми деконгестантів і складні порошки, що містять деконгестант?	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні • Не цікавлюсь складом комбінованих порошоків для ГРВІ
7.	Ви проводите попереднє очищення носової порожнини (промивання сольовим розчином) перед застосуванням деконгестанта	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
8.	При тривалому (≥ 7 днів) застосуванні деконгестанта відчуваю:	<ul style="list-style-type: none"> • Сухість та подразнення слизової оболонки носа • Печіння, поколювання в носі, горлі • Головний біль • Хронічна

		закладеність носу • Тривожність, дратливість • Порушення засинання
--	--	--

Анкета для відвідувача (пацієнта) щодо застосування топічних кортикостероїдів

№ п/п	Питання	Варіанти відповідей
1.	Ваш вік	<ul style="list-style-type: none"> • 15-18 • 19-25 • 26-45 • Більше 45
2.	При яких захворюваннях, станах Ви застосовуєте топічні кортикостероїди?	<ul style="list-style-type: none"> • Медикаментозний риніт • Риносинусит • Поліноз
3.	Ви застосовуєте топічні кортикостероїди по припису лікар?	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
4.	Які Ви застосовуєте форми випуску топічні кортикостероїди?	<ul style="list-style-type: none"> • COMOD • Краплі
5.	Перед придбанням топічні кортикостероїди Ви консультуєтесь з фармацевтом про форму випуску, АФІ речовину	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
6.	Ви застосовуєте одночасно назальні форми топічних кортикостероїдів і складні порошки, що містять деконгестант?	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні • Не цікавлюсь складом комбінованих порошків рекомендованих при ГРВІ
7.	Ви проводите попереднє очищення носової порожнини (промивання сольовим розчином) перед застосуванням топічні кортикостероїди.	<ul style="list-style-type: none"> • Так • Ні
8.	При тривалому застосуванні топічних кортикостероїдів відчуваю:	<ul style="list-style-type: none"> • Сухість та подразнення слизової оболонки носа

		<ul style="list-style-type: none">• Печіння, поколювання в носі, горлі• Перепади артеріального тиску• Головний біль• Тривожність, дратливість• Порушення засинання
--	--	--



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІНСТИТУТ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ

Науково-практична Internet-конференція з міжнародною участю
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАЦІЇ
TOPICAL ISSUES OF CLINICAL PHARMACOLOGY AND CLINICAL PHARMACY

СЕРТИФІКАТ № 148

Даний сертифікат засвідчує, що

Олександра КЛИМЕНКО

28 жовтня 2025 року брав (ла) участь у науково-практичній Internet-конференції за
програмою тривалістю 8 годин / 0,27 кредити ЄКТС

Досягнуті програмні результати навчання:

- ✓ здійснювати аналіз та оцінку інформації про ефективність та безпеку застосування лікарських засобів;
- ✓ використовувати сучасні підходи забезпечення раціонального застосування лікарських засобів.

В.о. ректора НФаУ,
доктор фармацевтичних наук,
професор



Олександр КУХТЕНКО

м. Харків



CERTIFICATE

№241015
IS AWARDED TO

OLEKSANDRA KLYMENKO

**SCIENTIFIC SUPERVISOR:
LEONID PINSKYI**

for presentation of student's scientific work in the section of

**CLINICAL PHARMACOLOGY AND CLINICAL
PHARMACY**

Kobyliak N.
Vice-rector for research and
innovations, professor, MD. DSC

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'N. Kobyliak'.

Kostiuk I.
Associate professor, CPSC
Head of SYSS

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'I. Kostiuk'.

Syrvatka R.
Head of Kysil SSS

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'R. Syrvatka'.