

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему «Особливості фармацевтичної опіки при використанні
мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом»**

Виконала здобувачка вищої освіти

5 курсу, групи 11801

Спеціальність 226 «Фармація, промислова фармація»

Освітня програма «Фармація»

Козак Анна Володимирівна

Керівник: к.біол.н., доц. Темірова О.А.

Рецензент: к.фарм.н., доц. Костюк І.А.

Київ – 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
ОСНОВНА ЧАСТИНА.....	8
Розділ 1. Клініко–фармакологічна характеристика мометазону фууроату як засобу для лікування atopічного дерматиту у дітей (огляд літератури).....	8
1.1 Визначення, поширеність та етіологія atopічного дерматиту у дітей.....	8
1.2 Сучасні підходи до лікування atopічного дерматиту у дітей.....	13
1.3 Клініко–фармакологічна характеристика мометазону фууроату та його роль у лікуванні atopічного дерматиту.....	15
Розділ 2. Матеріали та методи досліджень.....	20
2.1 Характеристика об’єкту та методів дослідження.....	20
2.2 Методика дослідження.....	21
Розділ 3. Результати дослідження фармацевтичної опіки дітей з atopічним дерматитом при застосуванні мометазону фууроату.....	23
3.1 Результати ретроспективного аналізу застосування мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом.....	23
3.2 Результати аналізу клінічного випадку.....	27
3.3 Результати анкетування фармацевтичних працівників щодо фармацевтичної опіки при застосуванні мометазону фууроату.....	31
ВИСНОВКИ.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	41
SUMMARY.....	45
ДОДАТКИ.....	47

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АД – атопічний дерматит

БА – бронхіальна астма

ГГН – гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь

МФ – мометазону фуроат

СДУГ – синдромом підвищеної уваги і гіперактивності

ТЕА – триетиламін

ТІХ – терапевтичний індекс

ТКС – топічні кортикостероїди

IgE – імуноглобулін E

Th – Т-хелперні лімфоцити

ВСТУП

Актуальність теми. Атопічний дерматит (АД) посідає одне з перших місць у структурі хронічних запальних дерматозів як в Україні, так і у світі. Високий рівень захворюваності, близько 28,5% серед дітей, тенденція до рецидивуючого перебігу та значний вплив на якість життя пацієнтів роблять цю патологію важливою проблемою для системи охорони здоров'я та фармацевтичного забезпечення [1]. Атопічний дерматит маніфестує переважно у ранньому дитячому віці. У 45% пацієнтів перші симптоми з'являються до 6 місяців, у 60% — протягом першого року життя, а до 5-річного віку захворювання діагностується у 85% дітей [2].

Серед численних клінічних проявів АД саме інтенсивний свербіж є провідним патогенетичним фактором, що визначає тяжкість перебігу захворювання у дітей. Хронічний свербіж, який має виснажливий характер, досягає максимальної вираженості в нічний час, що призводить до фрагментації сну, частих пробуджень та дефіциту нічного відпочинку [3]. Наукові дослідження вказують на зв'язок між АД і підвищеним ризиком розвитку синдрому дефіциту уваги (СДУГ), причиною такого зв'язку є хронічне порушення сну, спричинене постійним свербіжем в нічний час, брак повноцінного відпочинку вночі негативно позначається на поведінці, емоційній стабільності та здатності дитини концентрувати увагу [4].

В умовах військового стану в Україні, створився комплекс потужних тригерів: від хронічного психоемоційного стресу, вимушеної зміни місця проживання та побутових умов до обмеженого доступу до спеціалізованої медичної допомоги, це призводить до збільшення частоти та тяжкості загострень, зниження якості життя пацієнтів та їх родин [5]. Основним засобом для швидкого усунення запалення та свербіжу під час загострень, згідно з міжнародними та вітчизняними клінічними настановами, є топічні кортикостероїди (ТКС), зокрема мометазону фуруат (МФ), який є препаратом першої лінії для дітей з атопічним дерматитом [6].

Поширеним бар'єром до ефективного лікування АД є явище «стероїдофобії» — надмірне занепокоєння або недовіра батьків щодо застосування топічних кортикостероїдів. Така позиція може призводити до необґрунтованого обмеження терапії, порушення режиму застосування лікарських засобів або відмови від препаратів першої лінії. У зв'язку з цим особливого значення набуває фармацевтична опіка, спрямована на підвищення прихильності до лікування, формування обґрунтованих очікувань щодо терапії та мінімізацію ризиків, пов'язаних із нераціональним використанням лікарських засобів [7].

Мета та завдання дослідження

Мета роботи – визначити роль фармацевтичної опіки у забезпеченні раціонального використання мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом.

Завдання роботи:

- Дослідити сучасні підходи до застосування мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом та особливості його відпуску в умовах аптечного закладу.
- Встановити основні проблеми та ризики фармакотерапії, пов'язані із застосуванням мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом.
- Оцінити значення фармацевтичної опіки для забезпечення раціонального використання мометазону фууроату та покращення якості життя дітей з atopічним дерматитом.

Об'єкт дослідження: фармакотерапія atopічного дерматиту у дітей.

Предмет дослідження: особливості застосування мометазону фууроату та фармацевтична опіка дітей з atopічним дерматитом.

Методи дослідження: бібліосемантичний (аналіз джерел літератури), аналітичний (оцінка та опис клінічного випадку), опитувальний (анкетне опитування працівників аптек), статистичний (опрацювання отриманих результатів), графічний (відображення отриманих результатів).

Наукова новизна. Встановлено особливості застосування мометазону фууроату у дітей з АД в умовах реальної клінічної практики, зокрема високу поширеність коморбідної патології та поліфармації на тлі недостатнього використання емолієнтів. Визначено основні проблеми фармацевтичної опіки під час відпуску препаратів мометазону фууроату, серед яких — недостатня увага до питань безпеки, низька обізнаність батьків щодо лікування та обмежений час фармацевтичного консультування. Підтверджено високий профіль безпеки та добру переносимість мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом. Оптимізовано алгоритм фармацевтичної опіки при відпуску препаратів мометазону фууроату з урахуванням супутніх захворювань, ризиків лікарських взаємодій та необхідності застосування емолієнтів.

Практичне значення отриманих результатів. Результати дослідження можуть бути використані в практичній діяльності аптечних закладів та закладів охорони здоров'я для удосконалення фармацевтичної опіки дітей з АД. Запропонований алгоритм фармацевтичної опіки сприятиме підвищенню ефективності та безпеки застосування мометазону фууроату, покращенню обізнаності батьків щодо особливостей лікування та підвищенню прихильності до терапії.

Апробація результатів дослідження.

Результати дослідження було представлено на Annual young medical scientific conference 2025 на тему «Роль фармацевтичної опіки у забезпеченні раціонального використання мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом». 21–22 листопада 2025 р., м. Київ отримано диплом учасника (*Додаток 3*), на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю ІППП – 2026: Інтернаціональна платформа інтегративної педіатрії «Міждисциплінарні питання здоров'я та патологій дітей України під час війни», на тему «Роль фармацевтичної опіки у забезпеченні раціонального використання мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом», яка проходила 25 березня 2026 р., м. Київ, отримано сертифікат учасника (*Додаток 4*) та участь у науково практичній конференції з міжнародною

участю «Весняна наукова сесія 2026», на тему «Роль фармацевтичної опіки у забезпеченні раціонального використання мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом» 30–го квітня 2026 р., м. Київ, отримано диплом (*Додаток 5*).

Публікації. Козак А.В. Роль фармацевтичної опіки у забезпеченні раціонального використання мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом. Annual young medical scientific conference 2025. 21– 22 листопада 2025 р., м. Київ. Український науко-медичний молодіжний журнал. 2025, № 4. С. 45.

Козак А.В. Особливості фармацевтичної опіки при використанні мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом «Весняна наукова сесія 2026». 27 квітня – 1 травня 2026 р., м. Київ. Український науко-медичний молодіжний журнал. 2026, № 1 (прийнято до друку).

Структура роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 53 сторінки машинописного тексту, складається з вступу, переліку умовних позначень, 3 розділів (огляд літератури, матеріали та методи, результати дослідження), висновків, списку використаних джерел у кількості 32 (7 джерел українською мовою та 25 англійською), 6 додатків та анотації англійською мовою.

ОСНОВНА ЧАСТИНА

Розділ 1. Клініко-фармакологічна характеристика мометазону фууроату як засобу для лікування atopічного дерматиту у дітей (огляд літератури)

1.1 Визначення, поширеність та етіологія atopічного дерматиту у дітей

Атопічний дерматит є одним із найпоширеніших хронічних запальних захворювань шкіри дитячого віку. В останні десятиліття його поширеність неухильно зростає в багатьох країнах світу, що дозволяє розглядати це захворювання як важливу медико-соціальну проблему. Атопічний дерматит часто є першим проявом алергічних захворювань та може передувати розвитку інших форм atopії. Захворювання суттєво знижує якість життя дітей та їхніх сімей і потребує тривалого комплексного лікування [8].

Повідомляється, що АД має схильність, супроводжується іншими алергічними станами, такими як бронхіальна астма або нежить алергічного походження. Спадкова схильність є одним із провідних факторів ризику розвитку АД. За наявності atopічного захворювання в одного з батьків ризик виникнення АД у дитини підвищується в 1,5 раза. У разі діагностованого АД в одного з батьків цей показник зростає втричі, а в обох батьків — у п'ять разів. [9].

Останнім часом значну роль у розвитку АД відіграють чинники навколишнього середовища, зокрема алергени та поллютанти, які є визнаними тригерами загострень. Сьогодні дедалі більше дослідників зосереджуються на ролі кліматичних умов, які здатні суттєво впливати на появу та тяжкість перебігу АД [10].

Діти з АД нерідко демонструють різноманітні поведінкові труднощі, які до того ж можуть поглиблюватися через порушений сон, що здатен негативно позначитися на їхньому соціальному й інтелектуальному розвитку. Так, аналіз перехресних даних 19 популяційних досліджень, проведених у США,

засвідчив, що в дітей із АД існує більша ймовірність встановлення діагнозу СДУГ. Окрім того, АД також асоціюють зі шкільними пропусками, а через глузування та булінг з боку однолітків, спричинені видимими ураженнями шкіри, діти можуть почуватися соціально відчуженими, що може підірвати їхнє самосприйняття й упевненість у собі. Атопічний дерматит негативно впливає на соціальну адаптацію та самооцінку дітей. За даними міжнародних досліджень, 27 % дітей із захворюванням зазнавали цькування через шкірні прояви, а 36 % відзначали зниження впевненості в собі. Крім того, понад половина батьків повідомляли про випадки уникнення їхніх дітей оточуючими. Це свідчить про можливий ризик стигматизації дітей з видимими проявами захворювання [11].

Оскільки АД є переважно дитячим захворюванням, його наслідки відчуває не лише сама дитина, а й уся родина, насамперед батьки. На плечі окремих осіб та сімей лягає важкий тягар трудомістких лікувальних процедур, а також необхідність змінювати харчові звички й повсякденний побут. Фінансове навантаження, яке несе родина через АД, також може бути вельми відчутним. Не менш значними є й суспільні витрати: за різними підрахунками, вони становлять від менше ніж 100 до понад 2000 доларів США на одного пацієнта щороку. Так, лише у США прямі річні витрати на лікування АД оцінюються майже в 1 мільярд доларів. Для зменшення тягаря АД важливими є навчання батьків і опікунів та забезпечення їх психосоціальної підтримки. Такі заходи сприяють покращенню якості життя дитини та її родини. Це, своєю чергою, може сприяти зменшенню витрат на лікування завдяки досягненню кращих медичних, психологічних і сімейних результатів [12].

Початковим етапом розвитку захворювання є порушення будови та роботи епідермального бар'єру, що надалі спричиняє порушення балансу імунної відповіді Th, надмірне продукування IgE і порушення складу мікрофлори шкіри. Серед основних лабораторних показників, які мають значення для діагностики та прогнозу перебігу АД, виділяють рівень загального IgE, адже його зростання вказує на наявність IgE – залежної

сенсibilізації та корелює з більшою ймовірністю тяжкого перебігу й частих загострень [13].

В основі розвитку АД лежить слабкість шкірного бар'єру, спричинена нестачею білку філагрину, через що шкіра втрачає вологу та стає вразливою до подразників та мікроорганізмів, зокрема, *Staphylococcus aureus* [11]. Однією з основних функцій шкіри є підтримання бар'єру між організмом і зовнішнім середовищем. При atopічному дерматиті порушення цілісності епідермального бар'єру сприяє колонізації шкіри *Staphylococcus aureus*, зокрема внаслідок зміненого розподілу фібронектину в роговому шарі. У пацієнтів із мутацією гена філагрину зменшується утворення уроканінової та піролідонкарбонової кислот, що підвищує рН шкіри, стимулює ріст бактерій та секрецію бактеріальних білків, які підсилюють адгезію мікроорганізмів. Колонізація шкіри *Staphylococcus aureus* асоціюється з подальшим ушкодженням епідермального бар'єру та посиленням запальної відповіді. Взаємодія дисбіозу шкіри та порушення бар'єрної функції підтримує хронічне запалення і сприяє тривалому рецидивуючому АД. [14]. На *рис. 1.1* схематично зображено, як змінюється мікробіом шкіри та імунна відповідь залежно від стану шкіри [14].

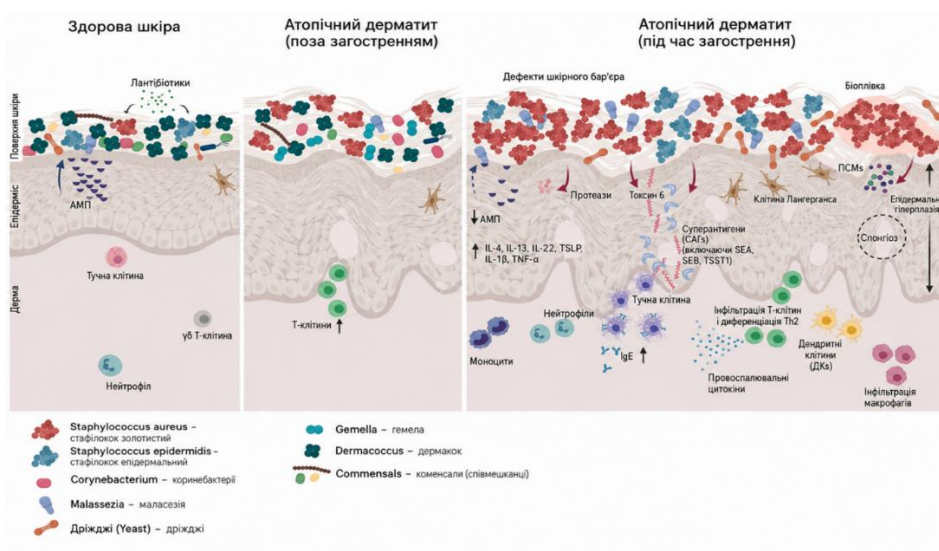


Рис 1.1. Взаємодія шкірного бар'єру та мікробіому в нормі та при atopічному дерматиті [14]

*Примітка: мікробіом шкіри змінюється залежно від її стану: у нормі переважають коменсали, які стимулюють ріст патогенів; при АД пошкоджений бар'єр сприяє колонізації *Staphylococcus aureus*; знижується мікробна різноманітність; запускається Th2-запалення.*

Доведено, що кислотно–лужний баланс шкіри є важливим показником її цілісності та здоров'я. Здорова шкіра має слабокислий рН, який у середньому становить 4,7. Така кислотність виникає завдяки внутрішнім процесам організму, які одночасно регулюють вологість, підтримують бар'єрну функцію та оптимальний рН. Дослідження підтверджують, що саме кисле середовище захищає шкіру при АД: воно підсилює антимікробний захист і зміцнює епідермальний бар'єр. На рівень рН впливають і природні чинники, які неможливо змінити, наприклад, вік. У новонароджених рН ближчий до нейтрального, однак упродовж першого року життя він поступово знижується до слабокислого рівня, завдяки чому захисні властивості шкіри посилюються, а бар'єр функціонує повноцінно [15].

Виділяють два клініко-імунологічні підтипи АД: екзогенний та ендогенний. Для екзогенного підтипу характерне підвищення рівня загального IgE, тоді як для ендогенного — його нормальні значення. Екзогенний варіант трапляється частіше та асоціюється з порушенням бар'єрної функції шкіри. Це зумовлено значною поширеністю мутацій у гені філагрину – білка, який має вирішальне значення для збереження цілісності та повноцінної роботи епідермального захисту. Ендогенний тип АД діагностують приблизно у 20 % пацієнтів. Серед його особливостей відзначають переважання захворювання серед осіб жіночої статі [16].

Симптоматика АД у дітей суттєво відрізняється залежно від віку та етапу розвитку дитини. Клінічна картина АД має вікові особливості. У немовлят і дітей раннього віку висипання переважно локалізуються на щоках, лобі та волосистій частині голови. Захворювання зазвичай починається із сухості шкіри та еритеми, після чого з'являються папульозні елементи.

Прогресування запалення супроводжується посиленням свербіжів та появою розчухів. У місцях травматизації шкіри можуть формуватися екзематозні зміни та кірки. Надалі висипання здатні поширюватися на інші ділянки обличчя. Для дітей дошкільного та шкільного віку характерне зменшення вираженості висипань на обличчі. Основними локалізаціями уражень залишаються ліктьові та підколінні згини. Хронічний свербіж і розчухування шкіри призводять до формування ерозій та геморагічних кірочок. Клінічна картина також може супроводжуватися появою папульозних елементів висипу. Правильне визначення ступеня тяжкості АД має ключове значення для призначення оптимальної терапії. Одним із найдоступніших методів оцінювання є індекс тяжкості, розроблений групою MHLW. Він ґрунтується на аналізі характеру висипань і площі ураженої шкіри. Даний метод представлений в *таблиці 1.1* [17].

Таблиця 1.1

Критерії оцінки ступеня тяжкості atopічного дерматиту за клінічними проявами та площею ураження шкіри

Ступінь тяжкості	Характеристика висипу	Орієнтовна площа ураження
Легкий	Незначне почервоніння, помірна сухість, поодинокі папули, свербіж епізодичний	< 10%
Помірний	Поширені ділянки сухості, почервоніння, папули, свербіж частий, можливі сліди розчісувань	10-30%
Важкий	Виражене запалення, значна гіперемія, ерозії, кірки, інтенсивний свербіж, що порушує сон	30-50%
Дуже важкий	Поширені еритематозно-ексудативні висипання, множинні ерозії, кірки, нестерпний свербіж, утворення біоплівки, ознаки вторинної інфекції	>50%

Примітка: Межі площі ураження наведені як орієнтовні, оскільки в оригінальному джерелі конкретні числові значення відсутні; індекс враховує як характер висипу, так і відносну площу ураження.

Отже, АД є хронічним запальним захворюванням шкіри з віковозалежними клінічними проявами та різним ступенем тяжкості перебігу. Оцінка локалізації висипань, інтенсивності свербіжів, площі ураження шкіри та вираженості запальних змін має важливе значення для вибору тактики лікування, моніторингу ефективності терапії та забезпечення належної фармацевтичної опіки. Наступним етапом розглянемо основні лікарські засоби, рекомендовані при АД.

1.2 Сучасні підходи до лікування atopічного дерматиту у дітей

Основним завданням терапії АД є досягнення такого клінічного статусу пацієнта, за якого симптоми захворювання або повністю відсутні, або є мінімальними і не обмежують звичну щоденну активність. Оптимальний результат терапії — стійкий контроль проявів, що дозволяє відмовитися від постійного застосування лікарського засобу. На сьогодні АД є досить поширеним захворюванням, причому показники демонструють тенденцію до зростання. Так, статистичні дані свідчать про неухильне підвищення частоти випадків АД протягом останніх трьох десятиліть, що перетворює захворювання на значущу медико-соціальну проблему. У реальній клінічній практиці для місцевої терапії першої лінії найчастіше використовують ТКС, вони залишаються препаратами вибору при більш ніж половині звернень до лікаря приблизно 59% випадків. Часте застосування ТКС пояснюється їх здатністю ефективно пригнічувати запальні реакції та усувати свербіж, що забезпечує швидке покращення самопочуття пацієнта [18]. З метою досягнення найкращих результатів терапії, пацієнтам чи їхнім опікунам необхідно роз'яснити, що захворювання має хронічний характер, потребує

постійного виконання відповідних правил догляду за шкірою, а також правильного застосування місцевих лікарських засобів [19]

Терапія АД базується на комплексному підході, що охоплює такі напрямки: пригнічення свербіжів, боротьбу із запаленням, запобігання інфекційним ускладненням та відновлення бар'єрної функції шкіри. При легкому перебігу захворювання основою лікування є регулярне використання емолієнтів. Вони сприяють відновленню цілісності рогового шару, зменшують сухість та інтенсивність свербіння. Систематичне застосування емолієнтів подовжує безрецидивний період, скорочує частоту загострень і має «стероїдозберігаючий» ефект. Згідно з дослідженнями, профілактичне використання пом'якшувальних кремів з перших місяців життя здатне знизити ризик виникнення АД. Для досягнення результату препарат наносять часто, обираючи засоби з мінімальним складом (без ароматизаторів, консервантів, парабенів), бажано з фізіологічними ліпідами (керамідами), що додатково зміцнюють шкірний бар'єр. Якщо емолієнти недостатньо ефективні, до схеми додають протизапальні препарати ТКС, вони особливо дієві у фазу загострення, коли свербіж та висипання стають вираженими. У клінічній практиці найчастіше застосовують ТКС середньої активності, які забезпечують добрий терапевтичний ефект при меншому ризику небажаних реакцій. До таких засобів відносять бекламетазону дипропіонат, бетаметазону дипропіонат, метилпреднізолону ацепонат та МФ [20].

Порушення бар'єрної функції шкіри є одним із провідних патогенетичних механізмів АД та клінічно проявляється сухістю шкіри. У зв'язку з цим базисна терапія спрямована на відновлення цілісності епідермального бар'єру. Вона забезпечує зменшення трансепідермальної втрати води, нормалізацію ліпідного складу шкіри та підтримання її належної гідратації. З цією метою використовують емолієнти та інші місцеві засоби, що містять ліпіди, зволожувальні й захисні компоненти. Важливим елементом є правильне очищення шкіри: слід уникати подразнювальних компонентів та лужного мила. Водночас за вираженого запалення емолієнти можуть не

виявляти клінічного ефекту, тому спочатку призначають протизапальну терапію. Ефективність місцевої терапії значною мірою залежить від достатньої кількості нанесеного препарату. Для оцінки необхідної дози використовують метод «одиниці кінчика пальця» (FTU). Одна FTU становить приблизно 0,5 г препарату та відповідає кількості мазі або крему, нанесеній від кінчика до дистальної складки вказівного пальця дорослого. Місцеві глюкокортикостероїди залишаються основними протизапальними засобами в терапії АД. Вибір конкретного препарату ґрунтується на його силі дії та терапевтичному індексі (ТІХ) [21].

При легкому та помірному перебігу АД терапія також базується на застосуванні пом'якшувальних засобів у комбінації з ТКС різної сили дії. Вибір тактики лікування та конкретного лікарського засобу здійснюється з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Важливими критеріями є прихильність до терапії, ризик розвитку небажаних реакцій і тахіфілаксії, потреба у тривалому контролі захворювання, профілактика супутньої патології та економічні аспекти лікування. Основу догляду за шкірою пацієнтів з АД становлять емолієнти. Вони переважно не містять активних фармакологічних компонентів, сприяють відновленню бар'єрної функції шкіри та є невід'ємною складовою базисної терапії [22].

Таким чином, МФ посідає важливе місце в терапії АД у дітей завдяки доведеним ефективності та безпеці. Особливості його застосування будуть розглянуті в наступному розділі.

1.3 Клініко-фармакологічна характеристика мометазону фууроату та його роль у лікуванні atopічного дерматиту

Мометазону фууроат є представником топічних глюкокортикостероїдів нового покоління. Експериментальні дослідження свідчать про його високу протизапальну активність та триваліший терапевтичний ефект порівняно з бетаметазоном. Додатковою особливістю препарату є наявність у складі гексиленгліколю з антимікробними властивостями. Цей компонент сприятливо

модулює шкірний мікробіом, підвищуючи ефективність лікування АД та подовжуючи міжрецидивний інтервал. Важливо, що профіль безпеки гексиленгліколю дозволяє застосовувати лікарський засіб тривалими курсами у терапії хронічних та рецидивуючих дерматозів [23].

Для отримання МФ розроблено вдосконалений метод, його головна перевага полягає в тому, що ключову хімічну реакцію (етерифікацію) вдалося провести вибірково, не зачіпаючи інші активні частини молекули. Традиційні методи синтезу МФ передбачали використання додаткових стадій для тимчасового захисту окремих функціональних груп молекули. Це ускладнювало технологічний процес та збільшувало витрати на виробництво. Розробка нового методу синтезу дала змогу здійснювати етерифікацію в 17-му положенні без попереднього захисту 11-гідроксильної групи. Висока селективність реакції забезпечила скорочення кількості технологічних етапів і спрощення виробництва препарату [24].

На *рис. 1.3* наведений процес синтезу МФ шляхом етерифікації з 2-фууроїлхлоридом за допомогою триетиламіну (ТЕА) у дихлорметані.

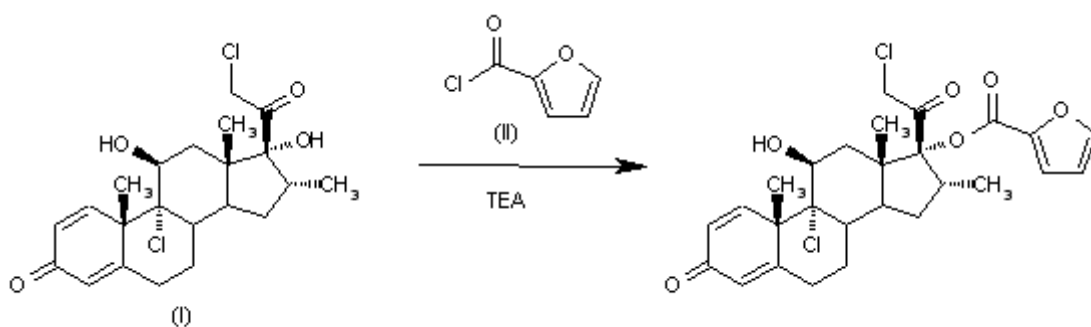


Рис. 1.3 Процес синтезу МФ [25]

За даними досліджень у педіатричній практиці, МФ демонструє щонайменше еквівалентну, а в багатьох випадках і вищу ефективність порівняно з іншими топічними кортикостероїдами. Застосування препарату характеризується доброю переносимістю. Небажані реакції зазвичай є легкими та мають мінущий характер. Висока ліпофільність, низька системна абсорбція через шкіру та швидкий метаболізм у печінці забезпечують

сприятливий профіль безпеки препарату. Завдяки цим властивостям ризик клінічно значущого впливу на гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову систему є мінімальним. Крім того, у шкірних покривах субстанція швидко метаболізується та має меншу афінність до дермальних структур, ніж до епідермальних. Тоді як розвиток реакцій гіперчутливості є рідкісним явищем. Отже, МФ характеризується поєднанням високої клінічної ефективності та доброї переносимості, що обґрунтовує його широке використання в терапії АД [26].

Оскільки ТКС можуть всмоктуватися в системний кровотік, у частини пацієнтів виникає потреба в регулярній перевірці функції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової вісі (ГГН), для цього використовують стимуляційний тест з адренкортикотропного гормону (АКТГ). Так, в одному з досліджень вивчили, як мазь МФ впливає на вісь ГГН. Шість дорослих осіб з псоріазом або АД наносили по 15 грамів препарату двічі на добу протягом тижня. Отримані дані свідчать, що МФ спричиняв лише мінімальне пригнічення вироблення кортикостероїдів наднирниками [27].

При виборі лікарських засобів важливо враховувати фармакокінетичні та фармакодинамічні особливості. Як було зазначено вище, МФ є синтетичним ТКС, що чинить виражену протизапальну а також протисвербіжну дію. Вважається, що ТКС активують продукцію ліпокортинів — білків, здатних пригнічувати фосфоліпазу А₂. Унаслідок цього зменшується вивільнення арахідонової кислоти — спільного попередника простагландинів і лейкотрієнів, що й блокує подальший запальний каскад. Проникнення МФ через шкіру залежить від типу лікарської форми та цілісності епідермального бар'єра. Системна абсорбція МФ через інтактну шкіру є мінімальною та становить близько 0,4 % від нанесеної дози. При порушенні цілісності шкірного бар'єру всмоктування препарату може зростати. Мометазону фураат використовують для лікування запальних дерматозів і призначають дітям віком від 2 років [28].

Мометазону фуруат вирізняється високою ліпофільністю та більшою, ніж у бетаметазону дипропіонату, спорідненістю до епідермальних глюкокортикоїдних рецепторів щурів *in vitro*. Його активність щодо пригнічення УФ-В-еритеми перевищує таку в бетаметазону дипропіонату й валерату, а тривалість дії є довшою. Вплив на гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову систему в клінічних умовах виявився слабким. Антипроліферативний ефект МФ щодо людських фібробластів і кератиноцитів *in vitro* був незначним або помірним порівняно з бетаметазону валератом. Тривале застосування 0,1 % крему МФ не супроводжувалося розвитком клінічних або гістологічних ознак атрофії шкіри. За даними більшості досліджень, препарат характеризується низьким атрофогенним потенціалом. Проте існують поодинокі повідомлення про вищу частоту атрофії шкіри та телеангієктазій порівняно з метилпреднізолону ацепонатом. Системна абсорбція при місцевому застосуванні мінімальна — без оклюзії протягом 8 годин усмоктується близько 0,7% нанесеної дози. При накладанні оклюзійної пов'язки максимальна концентрація в плазмі приблизно 130 нг/л досягалася через 12 годин після аплікації 10 г мазі, після чого швидко знижувалася [29].

Біотрансформація МФ відбувається переважно в печінці шляхом залучення ізоферменту цитохрому P4503A4 (CYP3A4), наслідком чого є формування ряду метаболітів. Серед продуктів цього перетворення визначаються вільний мометазон та 6-бета-гідроксимометазону фуруат [30].

У рандомізованому сліпому двоцентровому дослідженні проведено порівняння ефективності крему МФ 0,1 % (1 раз на добу) та бетаметазону дипропіонату 0,05 % (2 рази на добу) у пацієнтів зі стероїдчутливими дерматозами, зокрема псоріазом. Обидва препарати продемонстрували високу клінічну ефективність без статистично значущих відмінностей між групами. Під час лікування не було виявлено клінічно значущого пригнічення функції надниркових залоз, що підтверджувалося рівнем ранкового кортизолу. Лабораторні дослідження також не виявили патологічних змін. Щодо

небажаних реакцій, МФ продемонстрував їх вищу загальну частоту — 18%, тоді як у бетаметазону цей показник становив 9%. Разом з тим, усі небажані явища на тлі МФ були короткочасними й не вимагали припинення лікування. Важливою перевагою МФ стала менша схильність індукувати шкірну атрофію: зафіксовано лише поодинокі легкі прояви, що виникали у терміни від 4 до 12 тижнів терапії. Отримані результати дозволяють позиціонувати МФ як більш безпечний засіб у контексті ризику небажаних реакцій [31].

Отже, ключовим завданням для підвищення якості лікування та досягнення кращих терапевтичних результатів у пацієнтів з АД є дослідження особливостей фармацевтичної опіки при реалізації лікарських засобів на основі МФ.

Висновки до розділу 1

- Атопічний дерматит є поширеним хронічним захворюванням із багатофакторним патогенезом, що суттєво впливає на якість життя дітей та їхніх сімей.
- Ефективне лікування атопічного дерматиту потребує комплексного підходу, який поєднує базисну терапію, раціональне використання топічних протизапальних засобів та належну фармацевтичну опіку.
- Мометазону фууроат є препаратом першої лінії для лікування атопічного дерматиту у дітей завдяки доведеній ефективності, добрій переносимості та сприятливому профілю безпеки.

Розділ 2. Матеріали та методи досліджень

2.1. Характеристика об'єкту та методів дослідження

Для досягнення поставленої мети та виконання завдань дослідження було використано комплекс взаємодоповнювальних методів, який дав змогу оцінити особливості застосування мометазону фууроату у дітей з АД та визначити роль фармацевтичної опіки в оптимізації фармакотерапії.

Об'єкт дослідження: фармакотерапія atopічного дерматиту у дітей.

Предмет дослідження: особливості застосування мометазону фууроату та фармацевтична опіка дітей з atopічним дерматитом.

Матеріалами дослідження були:

- 10 листків лікарських призначень, що містили клінічні випадки застосування МФ за наявності супутніх захворювань;
- Інформація, отримана шляхом анкетування фармацевтичних фахівців різного рівня (асистентів, фармацевтів, керівників аптек), яка відображає їхній практичний досвід відпуску препаратів МФ.

Для досягнення сформульованої мети й виконання завдань дослідження застосовано комплекс основних методів: бібліосемантичний, аналітичний, опитувальний, статистичний, графічний та кейс-методи.

- *Бібліосемантичний* — аналіз літератури з питань АД та клінічних аспектів фармакотерапії, включно з препаратами МФ.
- *Аналітичний* — опрацювання лікарських призначень пацієнтам для перевірки сумісності лікарських засобів та коректності призначень.
- *Опитувальний* — проведення анкетування серед фармацевтів.
- *Статистичний* — математична обробка одержаних результатів дослідження.
- *Графічний* — наочна візуалізація статистично опрацьованих даних у формі діаграм та графіків для полегшення їх сприйняття.
- *Кейс-метод* — аналіз клінічного випадку, спрямований на формування навичок персоналізованої фармакотерапії.

2.2 Методика дослідження

Реалізація дослідження передбачала два послідовні етапи. На першому етапі дослідження проведено ретроспективний аналіз листів лікарських призначень дітей з atopічним дерматитом, які отримували медичну допомогу в закладі охорони здоров'я м. Києва. Особливу увагу приділено безпечності фармакотерапії, а саме: виявленню потенційно несприятливих поєднань МФ із іншими лікарськими засобами у дітей з коморбідними станами. Для перевірки сумісності лікарських засобів було використано спеціалізований онлайн-інструмент Drug Interaction Checker [32]. Додатково в межах першого етапу дослідження проведено кейс-аналіз клінічного випадку дитини з АД, що дозволило комплексно оцінити призначену фармакотерапію, потенційні ризики та напрями удосконалення фармацевтичної опіки.

Другий етап роботи полягав у проведенні анонімного опитування серед фармацевтичних кадрів. Анкету розроблено на базі платформи Google Forms і розповсюджено дистанційно через електронні канали зв'язку. Загалом до дослідження долучився 51 респондент. Тривалість збору даних охоплювала проміжок з 4 жовтня по 17 жовтня 2025 року.

Структура анкети мала декілька логічних блоків (додаток 1). Перший із них дозволив окреслити професійний портрет учасників (займана посада, тривалість практичної діяльності у фармації). Подальші запитання конкретизували профіль пацієнтів: частоту звернень батьків із дітьми за препаратами МФ, основні дерматологічні діагнози, що спонукають до призначення (насамперед АД, контактний дерматит, псоріаз), а також тенденції щодо рецептурного чи безрецептурного відпуску.

Ключовий блок анкети було присвячено змісту фармацевтичного супроводу. Досліджували обсяг інформації, яку фахівці надають батькам під час фармацевтичного консультування. Особливу увагу приділяли питанням мети терапії, правил застосування препарату, обмежень щодо його використання, можливих небажаних реакцій та необхідності медичного спостереження. Окремо аналізували, чи наголошують фармацевти на

кортикостероїдній природі мометазону та пов'язаній із цим необхідності обережного застосування, чи адаптують свої поради до віку дитини.

У межах дослідження оцінювали частоту запитів батьків щодо безпеки терапії та випадки повідомлень про небажані реакції. Вивчали також суб'єктивну оцінку фармацевтичними працівниками рівня обізнаності батьків щодо ризиків застосування топічних кортикостероїдів. Окрему увагу приділяли аналізу чинників, що обмежують ефективність фармацевтичного консультування. Учасники мали змогу обирати одну або кілька відповідей із запропонованих, а якщо жодна не відповідала їхній думці — формулювати власну розгорнуту відповідь.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили методами описової статистики. Для характеристики кількісних показників використовували абсолютні значення, середні величини та відсоткові співвідношення. Результати дослідження подано у вигляді таблиць, рисунків та діаграм.

Дослідження виконано з дотриманням основних принципів біоетики та академічної доброчесності. Опитування фармацевтичних працівників проводилося на добровільній основі із забезпеченням анонімності та конфіденційності отриманих даних. Респонденти були поінформовані про мету дослідження та надали згоду на участь шляхом заповнення анкети. Під час ретроспективного аналізу медичної документації використовувалися знеособлені дані пацієнтів без можливості їх ідентифікації. Клінічний випадок представлено з дотриманням вимог щодо захисту персональних даних та конфіденційності медичної інформації.

Розділ 3. Результати дослідження фармацевтичної опіки дітей з атопічним дерматитом при застосуванні мометазону фууроату

3.1 Результати ретроспективного аналізу застосування мометазону фууроату у дітей з атопічним дерматитом

З метою встановлення структури фармакотерапії АД в проаналізованих листках призначень (n=10) було оцінено частоту використання трьох ключових груп препаратів, що становлять основу сучасного лікування: ТКС (МФ), емолієнтів та системних антигістамінних засобів. Отримані дані представлено на *рисунку 3.1*

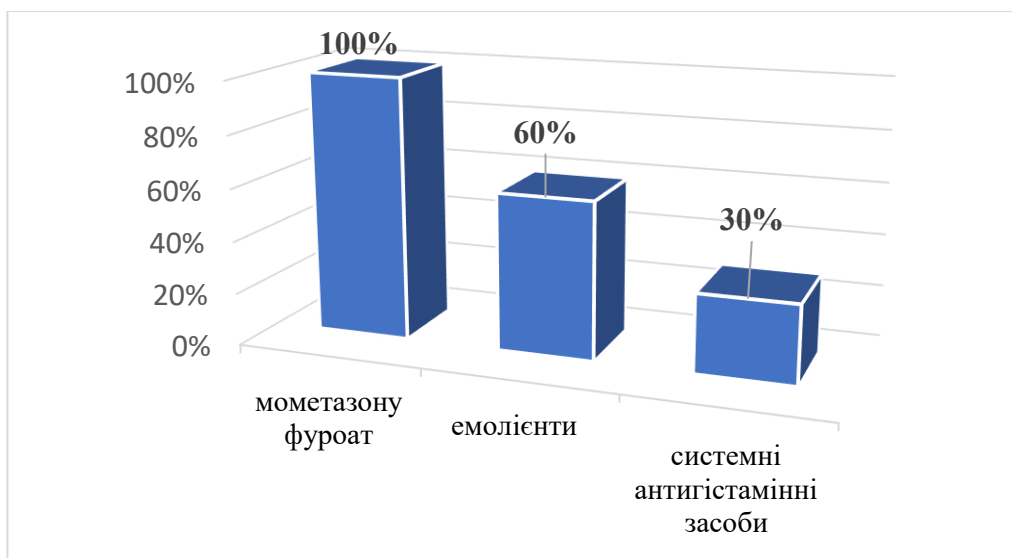


Рис. 3.1 Частота використання ключових груп препаратів у дітей з атопічним дерматитом

Як видно з діаграми, МФ був присутній у 100% листків призначень, що підтверджує його провідну роль у зниженні запального процесу при загостренні АД. Системні антигістамінні засоби застосовувалися в 60% випадків, переважно для контролю свербіжів та супутнього алергічного риніту. Особливої уваги заслуговує те, що емолієнти — базовий компонент щоденного догляду за шкірою при атопічному дерматиті — були призначені лише в 60% випадків. Така низька частота суперечить сучасним клінічним рекомендаціям, згідно з якими емолієнти мають використовуватися в усіх пацієнтів незалежно від стадії захворювання.

Аналіз призначеної терапії дозволив систематизувати основні порушення принципів раціонального застосування лікарських засобів. Кількісна та відносна характеристика цих порушень подана в *таблиці 3.2*

Таблиця 3.2

Характеристика основних проблем фармакотерапії у дітей з атопічним дерматитом

Ознака нераціональної терапії	Кількість випадків	Частка, %
Поліфармація (≥ 6 препаратів)	9	90
Потенційно нераціональні комбінації ЛЗ	7	70
Відсутність базисної терапії (емолієнтів)	4	40
Дублювання інтраназальних ГКС	3	30
Поєднання декількох антигістамінних препаратів	2	20
Призначення бронхолітиків/інгаляційних ГКС без бронхообструкції	5	50

Як видно з даних, найпоширенішою проблемою стала поліфармація (призначення 6 і більше препаратів одночасно) – 9 випадків, що становить 90 %. Високий рівень виявлено для потенційно нераціональних комбінацій лікарських засобів – 7 випадків (70 %). У половині випадків (50 %) зафіксовано призначення бронхолітиків або інгаляційних ГКС без підтвердженої бронхообструкції. Дещо рідше траплялися такі порушення: відсутність базисної терапії (емолієнтів) – 4 випадки (40

‰); дублювання інтраназальних глюкокортикостероїдів – 3 випадки (30 ‰); поєднання декількох антигістамінних препаратів – 2 випадки (20 ‰).

З метою оцінки раціональності призначеної фармакотерапії було проведено аналіз можливих лікарських взаємодій, дублювання фармакологічних ефектів та доцільності одночасного застосування окремих лікарських засобів. Особливу увагу приділяли схемам лікування пацієнтів із коморбідною патологією та ознаками поліфармації. У результаті аналізу було виявлено низку потенційно нераціональних комбінацій лікарських засобів, які можуть потребувати корекції або додаткового моніторингу. Виявлені комбінації та їх характеристика наведені в табл. 3.3.

Таблиця 3.3

Нераціональні комбінації лікарських засобів

Пацієнт (вік,діагноз)	Проблемна комбінація	Обґрунтування
5 р., Алергічний риніт / АД	іпратропію бромід/фенотерол + будесонід без БА чотири емолієнта одночасно	немає показань, ризик небажаних реакцій, не виправдана поліпрагмазія
2 р., АД / Ангіодема	два емолієнти без диференціації	можна замінити одним
7 р., Алергічний риніт / АД	без емолієнта сальбутамол + флутиказону пропіонат без БА	базисна терапія не призначена немає показань
8 р., Алергічний риніт / АД	іпратропію бромід/фенотерол + будесонід без БА	немає показань
15 р., Алергічний риніт/ АД	без емолієнта	базисна терапія відсутня

4 р., Алергічний риніт / АД	без емолієнта	базисна терапія відсутня
3 р., Алергічний риніт / АД	без емолієнта лоратадин + азеластин	базисна терапія відсутня достатньо одного антигістамінного

Отже, в більшості листків призначень мало місце дублювання топічних та інгаляційних/системних глюкокортикостероїдів, що підвищує ризик сумації побічних ефектів, зокрема пригнічення гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, особливо в дітей молодшого віку. У трьох випадках зафіксовано комбінацію іпратропію бромід + фенотерол з інгаляційним будесонідом, яка, згідно з даними літератури, може підвищувати ризик гіпокаліємії. Крім того, в одного пацієнта (5 років) до схеми одночасно входили три глюкокортикостероїди різних форм (крем, назальний спрей, інгаляційний будесонід), що безпосередньо суперечить принципам раціональної фармакотерапії. В окремих листках призначень спостерігалися й інші ознаки нераціональності, зокрема: одночасне застосування двох антигістамінних засобів різних поколінь (лоратадин та азеластин) в 1 випадку; призначення системного преднізолону дитині 2 років із АД та ангіонабрюком, що потребує особливо ретельного контролю.

Лише в одному випадку схема лікування обмежувалася МФ кремом, емолієнтом та лоратадином, що повністю відповідає сучасним рекомендаціям щодо лікування неускладненого загострення. В одному з проаналізованих випадків пацієнту було призначено МІ у формі крему, комбінацію іпратропію броміду з фенотеролом, сольовий розчин для промивання, емолієнт та дезлоратадин. Відсутність одночасного застосування декількох глюкокортикостероїдів дозволяє розцінювати таку схему лікування як відносно раціональну з позицій безпеки та ризику розвитку небажаних реакцій. Таким чином, проведений аналіз засвідчив високу частоту

поліпрагмазії та дублювання глюкокортикостероїдів у дітей із поєднаною алергопатологією (АД, алергічний риніт/астма). Отримані дані вказують на необхідність обов'язкової фармацевтичної оцінки всього листка призначень під час відпуску МФ, аби вчасно виявити ризиковані комбінації, уникнути надмірного стероїдного навантаження та підвищити безпеку фармакотерапії.

Таким чином, МФ був призначений усім пацієнтам, що свідчить про його важливе місце в лікуванні АД. Водночас виявлені випадки поліфармації, потенційно нераціональних комбінацій лікарських засобів та недостатнього використання емолієнтів вказують на необхідність оптимізації фармакотерапії та вдосконалення фармацевтичної опіки.

3.2. Результати аналізу клінічного випадку

З метою поглибленого вивчення особливостей фармакотерапії АД та оцінки можливостей фармацевтичної опіки проведено кейс-аналіз двох клінічних випадків. Аналіз включав оцінку призначеної терапії, її безпечності, раціональності та відповідності сучасним клінічним рекомендаціям.

У таблиці 3.1 представлено кейс 1 щодо стану пацієнтки та призначеного їй лікування.

Таблиця 3.1

Клінічний випадок №1

Вік	5 років
Основний діагноз	Алергічний риніт
Супутні захворювання	Атопічний дерматит
Призначене лікування	1– 4 – емолієнти 5 – пімекролімус крем 6 – мометазону фуроат крем 7 – дезлоратадин 8 – мометазону фуроат назальний 9 – іпратропію бромід+фенотерол 10 – будесонід

Під час аналізу визначали, чи наявні в пацієнтки чинники, здатні впливати на реакцію організму на ліки, а також оцінювали призначені лікарські засоби (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Чинники які здатні впливати на реакцію організму на ліки

№ з/п	МНН	Супутні захворювання	Інші фактори	Заходи профілактики
1	Емолієнт	-	-	Наносити не менше 2-3 разів на день, обов'язково після купання; використовувати засоби без ароматизаторів;
5	Пімекролімус крем	вірусні, бактеріальні, грибкові ураження шкіри;	дитячий вік	Наносити тонким шаром; уникати потрапляння на слизові; під час лікування захищати шкіру від сонця
6	Мометазону фуроат крем	бактеріальні, вірусні, грибкові інфекції шкіри; періоральний дерматит;	дитячий вік	Тривалість не більше 5 днів; наносити 1 раз на добу тонким шаром; не застосовувати під оклюзію; обов'язково поєднувати з емолієнтами
7	Дезлоратадин	тяжка ниркова недостатність; печінкова недостатність	дитячий вік	Дозування за масою тіла; застосовувати тільки форму, дозволена для дітей;
8	Мометазону фуроат назальний спрей	неліковані місцеві інфекції носа; нещодавні операції в носовій порожнині;	дитячий вік	Використовувати дитячу дозу; при тривалому застосуванні контролювати ріст дитини

9	Іпратропію бромід + фенотерол	серцево-судинні захворювання	дитячий вік	Застосовувати тільки через спейсер/небулайзер із правильною маскою; не перевищувати кількість інгаляцій; контроль ЧСС;
10	Будесонід інгаляційно	грибкові інфекції дихальних шляхів; цироз печінки	дитячий вік	Завжди використовувати спейсер; полоскати рот та вмивати обличчя після інгаляції; застосовувати мінімальну ефективну дозу.

У пацієнта віком 5 років ключовим фактором, що впливає на застосування МФ, є дитячий вік, який асоціюється з підвищеною черезшкірною абсорбцією топічних кортикостероїдів. Це обумовлює необхідність дотримання рекомендованої тривалості терапії та контролю її безпеки. Супутніх захворювань і значущих факторів ризику не виявлено. Рациональна терапія передбачає обов'язкове поєднання МФ з емолієнтами. Для оптимізації фармакотерапії та мінімізації ризику розвитку небажаних реакцій у пацієнта віком 5 років з АД проведено аналіз профілю безпеки мометазону фууроату. За результатами аналізу розроблено рекомендації щодо фармацевтичної опіки, яких доцільно дотримуватися під час відпуску препарату в аптечному закладі (таблиця 3.3).

Таблиця 3.3

**Рекомендації з фармацевтичної опіки для пацієнта за результатами
аналізу клінічного випадку № 1**

Можливі небажані реакції	Рекомендації
атрофія шкіри, при застосуванні понад 5-ти днів МФ крему	курс не має перевищувати 5-ти днів
при використанні під пов'язками, можливе пригнічення функції наднирників МФ крему	не використовувати оклюзійні пов'язки. Наносити ТКС лише

	тонким шаром, без втирання та лише на запалені ділянки
при тривалому застосуванні МФ назального можливі носові кровотечі, атрофія слизової носа	додатковов наносити емолієнти, які відновлюють бар'єр шкіри
фоточутливість при тривалому застосуванні пімекролімусу	уникати тригерів, які можуть загострювати захворювання

Для порівняння особливостей фармакотерапії та оцінки ролі фармацевтичної опіки у пацієнтів з різними клінічними характеристиками було проаналізовано другий клінічний випадок. На відміну від попереднього випадку, пацієнт мав супутню алергічну бронхіальну астму, що зумовило призначення більшої кількості лікарських засобів та потребувало додаткової оцінки потенційних ризиків фармакотерапії. В *таблиці 3.4* наведено клінічний випадок, який ілюструє стан пацієнта та призначену медикаментозну терапію

Таблиця 3.4

Клінічний випадок №2

Вік	13 років
Основний діагноз	Астма з переважанням алергічного компоненту
Супутні захворювання	Атопічний дерматит
Призначене лікування	<ol style="list-style-type: none"> 1. Мометазону мазь 2. Дезлоратадин 3. Флутиказон спрей 4. Назофорт спрей 5. Сальбутамол аерозоль 6. Будесонід суспензія 7. Дермокосметика

Під час аналізу клінічного випадку № 2 встановлено, що призначена схема лікування включала три кортикостероїдні препарати для різних шляхів введення (таблиця 3.4) Незважаючи на низький ризик розвитку системних небажаних реакцій при їх одночасному застосуванні, пацієнту рекомендовано дотримуватися встановленої тривалості терапії МФ, яка не повинна перевищувати п'яти днів без повторної консультації лікаря. З метою профілактики місцевих небажаних реакцій після застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів доцільно полоскати ротову порожнину для зниження ризику розвитку кандидозу. Встановлено, що назофорт виконує переважно бар'єрну функцію, тому може розглядатися як допоміжний засіб у комплексній терапії. Важливою складовою лікування є належний догляд за шкірою. Дермокосметичні засоби рекомендовано наносити приблизно через 15 хвилин після застосування МФ для забезпечення його максимальної терапевтичної ефективності. Крім того, пацієнту слід уникати факторів, здатних провокувати загострення АД, а також здійснювати контроль за правильністю застосування лікарських засобів. У разі виникнення будь-яких небажаних реакцій необхідно своєчасно звернутися до лікаря.

Таким чином, результати аналізу клінічних випадків свідчать про доцільність застосування МФ у дітей з АД за умови дотримання рекомендацій щодо його використання. Виявлені особливості фармакотерапії підкреслюють необхідність індивідуалізації лікування та активної участі фармацевта у попередженні потенційних проблем фармакотерапії та забезпеченні належної фармацевтичної опіки.

3.3 Результати анкетування фармацевтичних працівників щодо фармацевтичної опіки при застосуванні мометазону фуорату

Наступним етапом дослідження стало вивчення особливостей фармацевтичної опіки при відпуску препаратів МФ шляхом анкетування фармацевтичних працівників. В анкетному опитуванні взяли участь 51

фармацевтичний працівник: 28 фармацевтів, 12 асистентів фармацевтів та 11 завідувачів аптек (рис. 3.1)

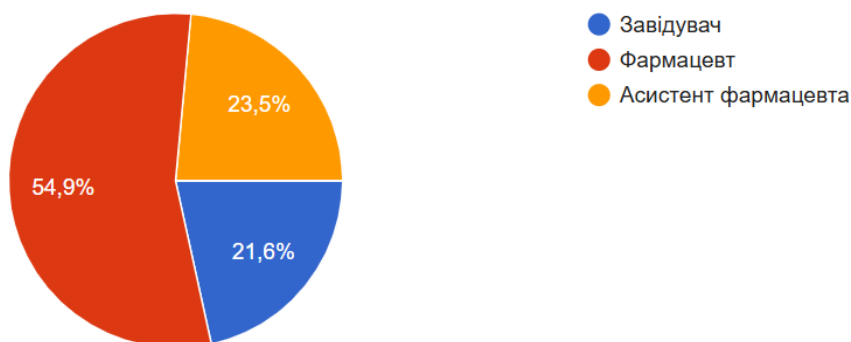


Рис. 3.1 - Розподіл респондентів за зайнятими посадами

Результати опитування свідчать, що найчастішим показанням до застосування МФ в дітей, на думку фармацевтичних працівників, є АД (n=42). Значно рідше респонденти зазначали контактний дерматит (n=23) та псоріаз (n=18). Найменшу кількість відповідей отримало застосування препарату для зменшення набряку слизової оболонки носа (n=1). (рис.3.2)

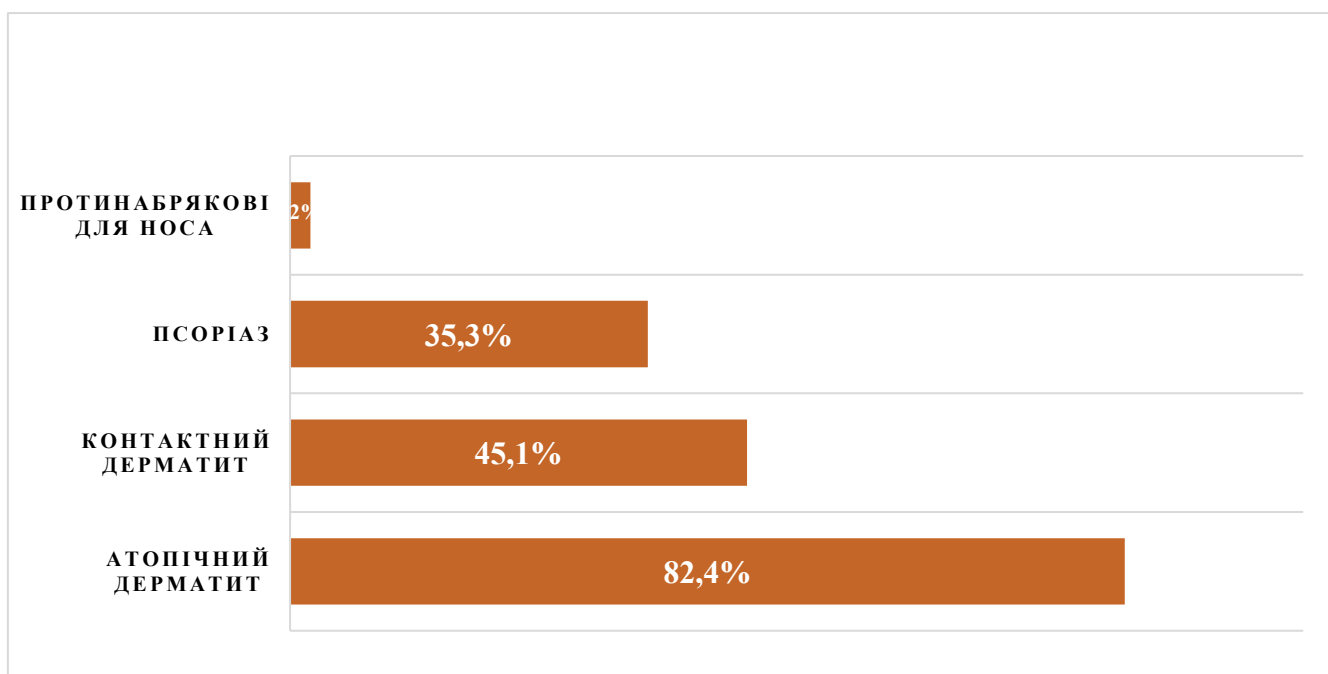


Рис. 3.2 Показання до застосування мометазону фуорату

Аналіз відповідей продемонстрував, що в практиці аптечних закладів МФ не завжди відпускається виключно за рецептом лікаря. Більшість респондентів (n=29) зазначили однакову частоту рецептурного та безрецептурного відпуску препарату, тоді як 14 опитаних повідомили про переважання безрецептурного відпуску. Лише 6 фармацевтичних працівників вказали на обов'язковий рецептурний характер відпуску МФ. Отримані результати можуть свідчити про існування відмінностей у практиці відпуску препарату в аптечних закладах (рис. 3.3).



Рис 3.3 Структура відповідей на запитання про рецептурний контроль МФ

Результати опитування показали, що найчастіше під час фармацевтичного консультування батьків обговорюються питання тривалості застосування МФ, на що вказали 34 респонденти. Майже так само часто фармацевтичні працівники надають рекомендації щодо правил нанесення препарату (n=32) та особливостей вибору ділянок для його застосування, зокрема необхідності уникати потрапляння на шкіру навколо очей, слизові оболонки та окремі чутливі ділянки шкіри (n=30).

Показання до застосування препарату та мету терапії обговорюють 27 опитаних, тоді як необхідність лікарського контролю підкреслюють 25

респондентів. Найменше уваги приділяється інформуванню батьків про можливі побічні реакції, що зазначили лише 19 учасників дослідження. Водночас один респондент повідомив про відсутність обговорення зазначених питань під час відпуску препарату. Слід зазначити, що респонденти мали можливість обирати декілька варіантів відповіді (рис.3.4).

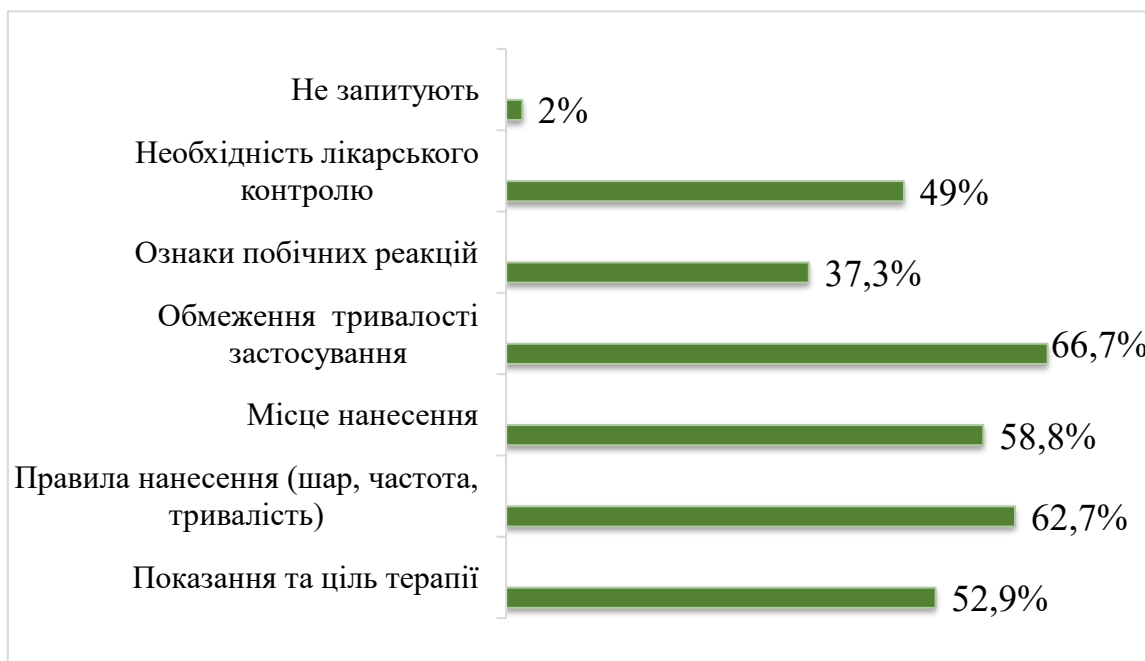


Рис. 3.4 Розподіл респондентів щодо аспектів консультування батьків при відпуску мометазону фууроату

Результати опитування свідчать, що більшість фармацевтичних працівників усвідомлюють важливість інформування батьків щодо особливостей застосування МФ. Переважна частина респондентів (n=36) завжди повідомляє про належність препарату до топічних глюкокортикостероїдів та необхідність дотримання рекомендацій щодо його використання. Водночас 15 опитаних не здійснюють такого консультування на постійній основі, що може негативно впливати на рівень обізнаності батьків та безпеку фармакотерапії (рис. 3.5).

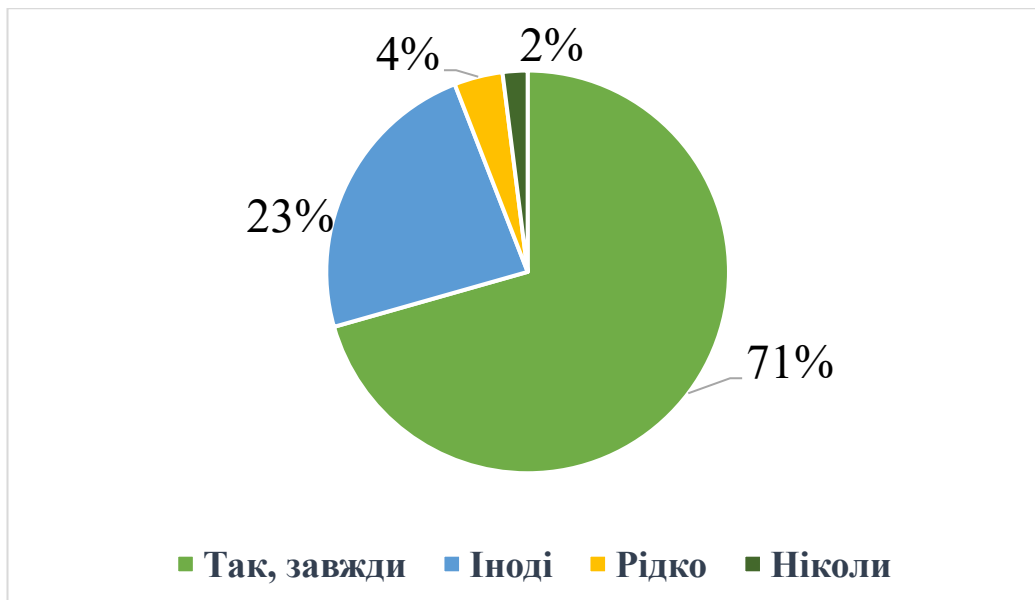


Рис. 3.5 Частота інформування батьків про кортикостероїдну природу мометазону фуорату

Аналіз відповідей показав, що вікові особливості дитини не завжди враховуються під час здійснення фармацевтичної опіки. Лише 7 респондентів постійно індивідуалізують рекомендації залежно від віку пацієнта, тоді як 27 роблять це лише в окремих випадках. Водночас 17 фармацевтичних працівників зазначили, що не адаптують рекомендації відповідно до віку дитини, що може обмежувати ефективність фармацевтичного консультування(рис. 3.6)

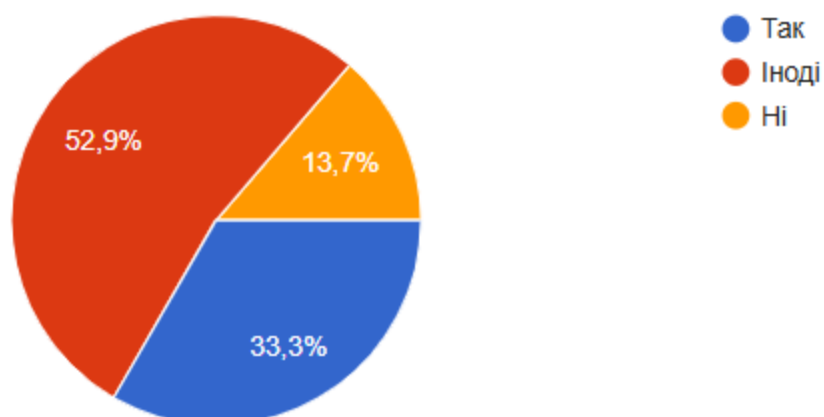


Рис. 3.6 Частота індивідуалізації рекомендацій фармацевтичними працівниками залежно від віку дитини

Із 51 опитаного 21 чув від батьків про небажані реакції неодноразово, 14 — дуже рідко, по 8 — іноді або ніколи (рис.3.7)

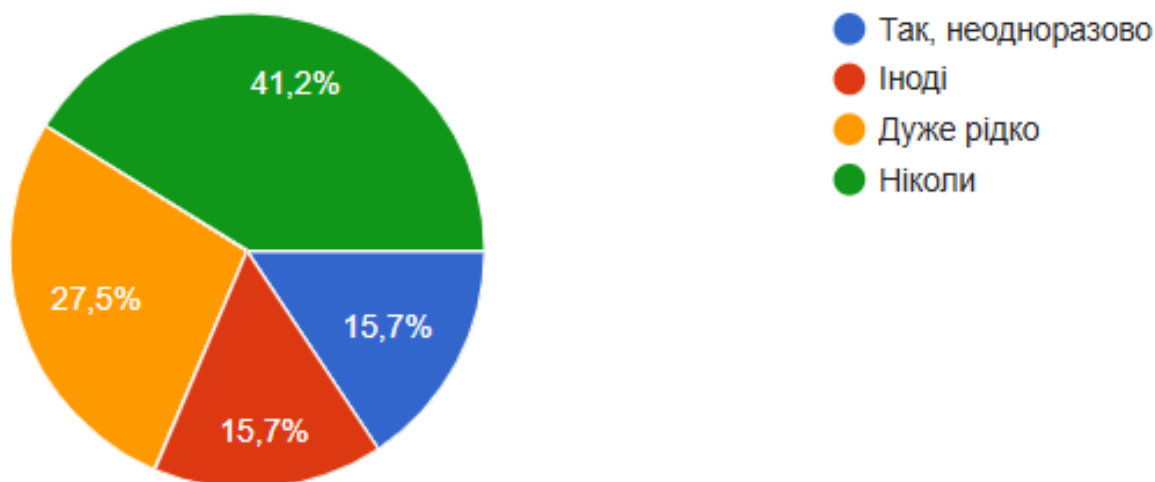


Рис. 3.7 Повідомлення батьків про небажані реакції після застосування МФ

Аналіз відповідей показав, що більшість фармацевтичних працівників оцінює рівень обізнаності батьків щодо ризиків неправильного застосування ТКС як недостатній. Так, 30 із 51 респондента вважають, що батьки лише частково усвідомлюють можливі ризики такої терапії. Водночас 19 опитаних оцінили рівень їхньої обізнаності як достатній. Отримані результати можуть свідчити про необхідність посилення інформаційно-консультативної роботи з батьками під час відпуску препаратів цієї групи (рис. 3.8).

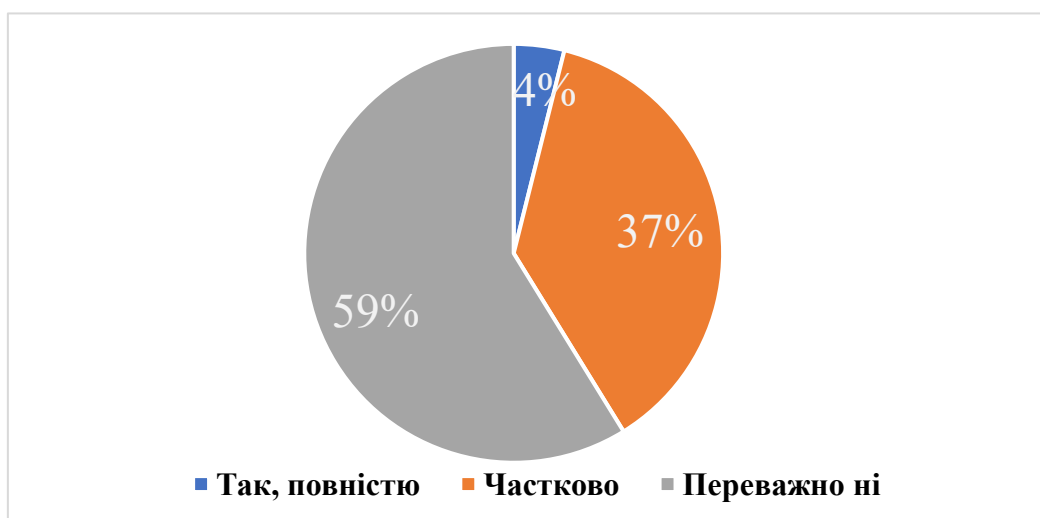


Рис. 3.8 Оцінка фармацевтичними працівниками рівня обізнаності батьків щодо ризиків неправильного застосування топічних глюкокортикостероїдів

Результати опитування дозволили визначити основні труднощі, з якими стикаються фармацевтичні працівники під час консультування батьків щодо застосування МФ в дітей. Найчастіше респонденти вказували на недостатню обізнаність батьків щодо особливостей терапії та можливих ризиків її проведення (n=44). Майже половина опитаних відзначила обмежений час, доступний для проведення повноцінного фармацевтичного консультування (n=26), а 23 респонденти повідомили про недостатній рівень довіри батьків до рекомендацій фармацевтичних працівників. Значно рідше як проблему зазначали недостатню інформативність інструкцій для медичного застосування лікарських засобів (n=7) (рис. 3.11). Оскільки респонденти могли обирати декілька варіантів відповіді, сумарна кількість відповідей перевищує кількість опитаних осіб (рис. 3.9).

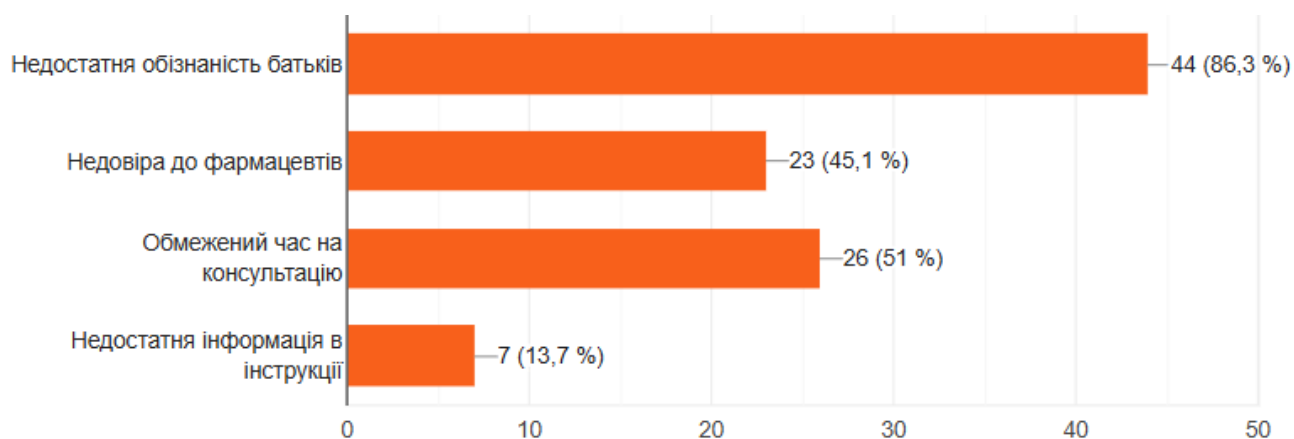


Рис. 3.9 Основні бар'єри фармацевтичної опіки при застосуванні мометазону фууроату у дітей

Отже, результати анкетування 51 фармацевтичного працівника дозволили оцінити особливості здійснення фармацевтичної опіки при відпуску препаратів МФ та виявити чинники, які можуть впливати на безпеку фармакотерапії атопічного дерматиту. Серед респондентів переважали фармацевти (54,9%), а найбільшу частку становили фахівці зі стажем роботи від 1 до 5 років (70,6%), що свідчить про наявність практичного досвіду у більшості опитаних. За результатами опитування встановлено, що батьки дітей

досить часто звертаються до аптечних закладів щодо застосування МФ. Найпоширенішим показанням до його використання респонденти назвали АД, що узгоджується із сучасними клінічними рекомендаціями та провідною роллю препарату в лікуванні загострень цього захворювання.

Водночас отримані дані свідчать про наявність окремих проблем у практиці фармацевтичної опіки. Зокрема, виявлено поширеність безрецептурного відпуску препарату, недостатню індивідуалізацію рекомендацій з урахуванням віку дитини, обмежену увагу до інформування батьків про можливі побічні реакції та наявність комунікаційних бар'єрів між фармацевтичними працівниками і відвідувачами аптек.

Отримані результати обґрунтовують доцільність удосконалення фармацевтичної опіки шляхом впровадження стандартизованого алгоритму консультування під час відпуску МФ пацієнтам з АД. Такий підхід сприятиме підвищенню рівня поінформованості батьків, покращенню прихильності до лікування та забезпеченню раціонального і безпечного застосування препарату. Оптимізований алгоритм фармацевтичної опіки наведено в Додатку 2.

Висновки до розділу 3.

- Ретроспективний аналіз листків лікарських призначень показав, що мометазону фуруат застосовувався у 100% випадків, однак у більшості пацієнтів виявлено поліфармацію та окремі ознаки нераціональної фармакотерапії, зокрема недостатнє використання емолієнтів.
- Аналіз клінічних випадків підтвердив важливість фармацевтичної опіки для забезпечення безпечного застосування мометазону фуруату, своєчасного виявлення потенційних проблем фармакотерапії та підвищення прихильності до лікування.
- За результатами анкетування фармацевтичних працівників встановлено наявність окремих недоліків фармацевтичної опіки, зокрема недостатньої індивідуалізації рекомендацій, обмеженого інформування про

можливі побічні реакції та поширеності безрецептурного відпуску препарату, що обґрунтовує необхідність удосконалення алгоритму фармацевтичного консультування.

ВИСНОВКИ

1. За даними літератури МФ, є препаратом першої лінії для купірування загострень і переважає окремі аналоги за тривалістю дії, завдяки високому профілю безпеки, ретроспективний аналіз, підтверджує провідну роль МФ, який був присутній у 100% проаналізованих листків призначень дітей з АД.

2. У дітей з АД на тлі терапії мометазону фууроатом відзначається висока коморбідність (90%) та поліфармація (в середньому 6 ЛЗ), при цьому у 40% випадків відсутня базисна терапія емолієнтами, що є критичним недоліком і потребує корекції шляхом фармацевтичного консультування.

3. Фармацевтична опіка є неповною: при належній увазі до застосування (63-67%) недостатньо враховуються безпека (37-49%); основні бар'єри - низька обізнаність батьків (86%) і обмежений час фармацевта (~50%). Фармацевтична опіка при відпуску МФ є важливою і потребує вдосконалення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Simpson E.L., Bieber T., Guttman-Yassky E. et al. Two Phase 3 Trials of Lebrikizumab for Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis // *N. Engl. J. Med.* 2023. Vol. 388, No. 12. P. 1080–1091. DOI: 10.1056/NEJMoa2206714. PMID: 36880965. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36880965/>
2. Кабінет Міністрів України. Розширення програми «Доступні ліки»: нові напрями. 2024. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/247098928>
3. Wollenberg A., Christen-Zäch S., Taieb A. et al. ETFAD/EADV Eczema task force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2021. Vol. 35, No. 3. P. 596–614. DOI: 10.1111/jdv.16892. PMID: 34344611. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34344611/>
4. Augustin M., Wollenberg A., Biedermann T. et al. Atopic dermatitis: S2k guideline 2023 // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2024. Vol. 22, Suppl. 1. P. 4–97. DOI: 10.1111/ddg.15211. URL: <https://di.aerzteblatt.de/int/archive/article/230466/>
5. Ковальова О.В., Шостак В.М. Топічні кортикостероїди в лікуванні атопічного дерматиту в дітей: огляд рекомендацій // *Вісник проблем біології і медицини.* 2024. Вип. 18-хв. С. 1–7. URL: <https://vpbim.com.ua/wp-content/uploads/2024/12/18-min.pdf>
6. Дерматологія та венерологія. Топічні кортикостероїди в лікуванні атопічного дерматиту: баланс ефективності і безпеки // *Дерматологія та венерологія.* 2024. № 1(86). С. 19–25. URL: <https://d-l.com.ua/ua/archive/2024/1%2886%29/pages-19-25/topichni-kortikosteroyidi-v-likuvanni-atopichnogo-dermatitu-balans-efektivnosti-i-bezpeki>
7. *Paediatric Cro Journal.* Article on pediatric dermatology. 2024. URL: <https://journal.paedcro.com/index.php/paedcro/article/view/1136?articlesBySimilarityPage=2>
8. Мочульська О. М. Поширеність атопічного дерматиту в дітей, особливості етіології та патогенезу на сучасному етапі / О. М. Мочульська // *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології.* — 2015. — № 1. —

- DOI: <https://doi.org/10.11603/24116-4944.2015.1.4684>. —
- URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/act-pit-pediatr/article/view/4684>
9. ScienceDirect. Article on atopic dermatitis treatment (S0944501323002987). 2023.
- URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0944501323002987?via%3Dihub>
10. Russo F., Zink A., Magnolo N., Scala E., Scala E. Atopic Dermatitis and Climate: Environmental Stressors and Care Strategies [Електронний ресурс] / Filomena Russo, Alexander Zink, Nina Magnolo, Enrico Scala, Emanuele Scala // *Dermatology and Therapy*. — 2025. — Vol. 15, No. 12. — P. 3479–3493. — URL: <https://doi.org/10.1007/s13555-025-01560-6>
11. Springer. *Pediatric Drugs*. Review on mometasone furoate in children. 2022.
- DOI: 10.1007/s40272-022-00499-x.
- URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40272-022-00499-x?fromPaywallRec=true>
12. *Pediatric Dermatology*. Wollenberg A. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema in adults and children: Part II // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2018. Vol. 32, No. 6. P. 850–878. DOI: 10.1111/jdv.14888. [Адаптовано: *Pediatric Dermatology*, 2005, Vol. 22, Issue 3, pp. 22303]. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1470.2005.22303.x>
13. Камуть Н. В., Камуть В. Я., Заремба-Федчишин О. В., Качмарик-Бойсин Л. П., Пишник А. І., Баріляк Н. М. Атопічний дерматит у дітей: мультидисциплінарний підхід до ведення, діагностичні маркери та персоналізована комплексна терапія. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2026. № 1 (100). С. 76–84. URL: <http://doi.org/10.30978/UJDVK2026-1-76>
14. Weidinger S., Novak N. Atopic dermatitis // *Nat. Rev. Dis. Primers*. 2016. Vol. 2. Article 16075. DOI: 10.1038/nrdp.2016.75. URL: <https://www.nature.com/articles/s41572-018-0001-z>

15. ScienceDirect. Article on atopic dermatitis burden (S1323893021001404). 2021.
URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1323893021001404?via%3Dihub>
16. Frontiers in Immunology. Advances in atopic dermatitis pathogenesis. 2024.
DOI: 10.3389/fimmu.2024.1361005.
URL: <https://www.frontiersin.org/journals/immunology/articles/10.3389/fimmu.2024.1361005/full>
17. PubMed. Article on atopic dermatitis and sleep. 2021. PMID: 34344611.
URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34344611/>
18. Journal of Dermatology. Mometasone furoate efficacy and safety in children. 2024.
DOI: 10.1111/1346-8138.17544.
URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1346-8138.17544>
19. Alenazi S. D. Atopic dermatitis: a brief review of recent advances in its management // Dermatology Reports. 2023. Vol. 15, no. 3. P. 9678. DOI: 10.4081/dr.2023.9678. PMID: 37860723. PMCID: PMC10582657.
URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37860723/>
20. PubMed. Article on topical corticosteroids in children. 2020. PMID: 33170543.
URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33170543/>
21. International Journal of Molecular Sciences. The role of epidermal barrier in atopic dermatitis. 2021. Vol. 22, No. 19, Article 10381. DOI: 10.3390/ijms221910381. URL: <https://www.mdpi.com/1422-0067/22/19/10381>
22. Deutsches Ärzteblatt International. Atopic dermatitis guidelines update. 2023.
URL: <https://di.aerzteblatt.de/int/archive/article/230466>
23. PMC. Silverberg J.I. et al. Patient burden and quality of life in atopic dermatitis. 2013. PMCID: PMC3582923.
URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3582923/>
24. Патент України UA60333C2. Мометазону фуроат та спосіб його одержання.
URL: <https://patents.google.com/patent/UA60333C2>
25. DrugFuture. Mometasone furoate: synthesis data sheet.
URL: <https://www.drugfuture.com/synth/syndata.aspx?ID=129983>

26. Australasian Journal of Dermatology. Lee J.H. et al. Mometasone furoate in pediatric atopic dermatitis. 2018. DOI: 10.1111/ajd.12762. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajd.12762>
27. Мометасон Фуроат Оінтмент FDA Label [Електронний ресурс] : NDC 0713-0635. — Електрон. текстові дані. — [Б. м.] : NDC List, 2026. — Оновлено 27 берез. 2026.
28. Міністерство охорони здоров'я України. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу (Мометазон). URL: <https://mozdocs.kiev.ua/likiview.php?id=20977>
29. Drugs. Mometasone furoate: a review of its pharmacology and therapeutic use. 1998. Vol. 55, No. 1. P. 45–67. DOI: 10.2165/00003495-199855010-00009. URL: <https://link.springer.com/article/10.2165/00003495-199855010-00009>
30. DrugBank. Mometasone furoate. DB14512. URL: <https://go.drugbank.com/drugs/DB14512>
31. Australasian Journal of Dermatology. Griffiths C.E.M. et al. A double-blind randomized trial of mometasone furoate vs. hydrocortisone. 1991. Vol. 32, No. 1. P. 45–52. DOI: 10.1111/j.1440-0960.1991.tb00071.x. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-0960.1991.tb00071.x?sid=nlm%3Apubmed>
32. Drug Interaction Checker - <https://go.drugbank.com/drug-interaction-checker>

SUMMARY

Kozak Anna

PHARMACEUTICAL CARE WHEN USING MOMETASONE FUROATE
IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS

**Department of Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy Scientific
supervisor: candidate of biological sciences, Associate Professor Temirova
Olena**

Keywords: mometasone furoate, atopic dermatitis, pharmaceutical care

Introduction. Atopic dermatitis is considered a hereditary disease that is accompanied by other allergic conditions, such as bronchial asthma or rhinitis of allergic origin. Scientific studies indicate a link between AD and an increased risk of developing ADHD, the cause of this connection is chronic sleep disturbance caused by constant itching at night, the lack of proper rest at night negatively affects the child's behavior, emotional stability and ability to concentrate.

According to pediatric studies, MF demonstrates at least equivalent, and often higher, efficacy compared to other TCSs. It is important that its use is accompanied by satisfactory tolerability, and potential side effects are mostly mild and quickly disappear. The unique combination of pharmacokinetic properties - high lipophilicity, poor penetration through the skin barrier, and accelerated metabolism in the liver - practically eliminates any significant effect on the hypothalamic-pituitary-adrenal system.

Materials and methods. An anonymous survey of pharmaceutical workers was conducted regarding their experience of providing pharmaceutical care when dispensing mometasone furoate. The survey was conducted from October 4 to 17, 2025. As a result, 51 qualitatively completed questionnaires were received.

Results and conclusions. According to the literature, MF is a first-line drug for relieving exacerbations and outperforms some analogues in terms of duration of action, due to its high safety profile. A retrospective analysis confirms the leading role of MF, which was present in 100% of the analyzed prescription lists for children with AD. Children with AD on the background of mometasone furoate therapy have

high comorbidity (90%) and polypharmacy (on average 6 drugs), while in 40% of cases there is no basic therapy with emollients, which is a critical deficiency and requires correction through pharmaceutical counseling. Pharmaceutical care is incomplete: with due attention to use (63-67%), safety is not sufficiently taken into account (37-49%); the main barriers are low parental awareness (86%) and limited pharmacist time (~50%). Pharmaceutical care at the time of dispensing MF is important and needs improvement.

ДОДАТОК 1

Анкета для фармацевтичних працівників

Запит	Результат
1. Ваша посада:	<ul style="list-style-type: none">- Завідувач- Фармацевт- Асистент фармацевта- Інше (вписати)
2. Стаж роботи у сфері фармації:	<ul style="list-style-type: none">- < 1 року- 1–5 років- 6–10 років- > 10 років
3. Як часто до вас звертаються батьки за препаратами мометазону фууроату для дітей?	<ul style="list-style-type: none">- Дуже часто- Іноді- Рідко- Ніколи
4. Найчастіші показання для призначення мометазону у дітей (оберіть усі, що застосовуються):	<ul style="list-style-type: none">- Атопічний дерматит- Контактний дерматит- Псоріаз- Інші (вписати)
5. Чи завжди мометазону фууроату відпускається за рецептом лікаря?	<ul style="list-style-type: none">- Так- Часто — без рецепта- Приблизно порівну- Важко відповісти
6. Які аспекти ви обговорюєте з батьками при відпуску мометазону дитині? (можна кілька):	<ul style="list-style-type: none">- Показання та ціль терапії- Правила нанесення (шар, частота, тривалість)- Місце нанесення (уникати обличчя, складок тощо)- Обмеження тривалості застосування- Ознаки побічних реакцій- Необхідність лікарського контролю- Інше (вписати)
7. Чи пояснюєте ви батькам, що мометазон належить до кортикостероїдів і вимагає обережності?	<ul style="list-style-type: none">- Так, завжди- Іноді- Рідко- Ніколи
8. Чи проводите ви індивідуалізацію рекомендацій залежно від віку дитини?	<ul style="list-style-type: none">- Так- Іноді- Ні

<p>9. Як часто батьки запитують про побічні ефекти мометазону?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Часто - Іноді - Рідко - Ніколи
<p>10. Чи повідомляли вам батьки про небажані реакції у дитини після застосування мометазону?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Так, неодноразово - Іноді - Дуже рідко - Ніколи
<p>11. На вашу думку, чи розуміють батьки ризику неправильного застосування топічних ГКС?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Так, повністю - Частково - Переважно ні - Важко відповісти
<p>12. Які основні труднощі виникають при консультуванні щодо мометазону у дітей? (оберіть усі, що підходять):</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Недостатня обізнаність батьків - Недовіра до фармацевтів - Обмежений час на консультацію - Недостатня інформація в інструкції - Інше (вписати)

ДОДАТОК 2

Алгоритм фармацевтичної опіки при відпуску перепаратів мометазону фураату



ДОДАТОК 3

Сертифікат учасника Щорічної міжнародної конференції молодих науковців 2025



CERTIFICATE

№241016

IS AWARDED TO

ANNA KOZAK

SCIENTIFIC SUPERVISOR:

OLENA TEMIROVA

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

Kostiuk I.
Associate professor, CPSC
Head of SYSS

Syrvatka R.
Head of Kysil SSS

ДОДАТОК 5

Диплом III ступеня «Весняна наукова сесія 2026»



ДОДАТОК 6

Теза на тему «Роль фармацевтичної опіки у забезпеченні раціонального використання мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом» в журналі Ukrainian Scientific Medical Youth Journal

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ МОМЕТАЗОНУ ФУУРОАТУ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ

Козак А. В

Науковий керівник: к.біол.н., доцент Темірова О. А.

Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Хайтович М. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця м. Київ, Україна

Актуальність: у наш час відзначається стабільно висока поширеність atopічного дерматиту, особливо серед дитячого населення. Захворювання суттєво знижує якість життя пацієнтів, зумовлюючи не лише фізичний дискомфорт, а й виражені психоемоційні порушення. Терапія мометазону фууроатом належить до найбільш безпечних методів лікування із застосуванням топічних глюкокортикостероїдів, характеризується мінімальним ризиком розвитку небажаних реакцій, що зумовлює важливість його раціонального призначення та контролю застосування.

Мета роботи: визначити роль фармацевтичної опіки у забезпеченні раціонального використання мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом на основі оцінки знань, практики та рекомендацій фармацевтів.

Методи дослідження: було проведено онлайн-опитування через Google-форму, за участі 50 фармацевтів. Анкетування стосувалося частоти призначення мометазону фууроату та досвіду застосування при atopічному дерматиті у дітей.

Результати: опитування засвідчило, що переважна більшість респондентів мають професійний стаж у сфері фармації від одного до п'яти років. Згідно з отриманими даними, вони зазначили, що більшість батьків періодично звертаються до аптечних закладів із метою придбання мометазону фууроату для застосування у дітей. Найчастіше мометазону фууроат призначають при atopічному дерматиті (82%) та інколи при контактному дерматиті (44%).

Встановлено, що більшість фармацевтів (58 %) здійснюють відпуск мометазону фууроату приблизно однаково як за рецептом, так і без нього. При цьому респонденти приділяють найбільшу увагу тривалості застосування препарату (66 %) та правилам його нанесення (62 %). Частіше обговорюються також місце нанесення (58 %) та показання і ціль терапії (54 %). Водночас питання необхідності лікарського контролю (50 %) та ознак небажаних реакцій (36 %) у більшості випадків залишаються поза увагою фармацевтів.

Виявлено, що більша частина респондентів (70%) пояснюють батькам, що мометазону фууроат належить до кортикостероїдів та вимагає обережності. Окрім того, іноді респонденти (52%) проводять індивідуалізацію лікування за віком пацієнта. Лише 14 % респондентів неодноразово отримували інформацію щодо небажаних реакцій після застосування мометазону фууроату, 16 % – отримували її інколи, тоді як 42 % респондентів ніколи не стикалися з такою інформацією. Опитування показало, що основними проблемами у застосуванні мометазону фууроату у дітей є недостатній рівень обізнаності батьків (86 %) та обмежений час фармацевта на проведення детальної консультації при відпуску препарату (50 %).

Висновки: фармацевтична опіка сприяє раціональному застосуванню мометазону фууроату у дітей з atopічним дерматитом. Основними бар'єрами є недостатня обізнаність батьків та обмежений час фармацевта для консультації. Підвищення професійної підготовки фармацевтів і систематичне інформування батьків підвищує безпечність і ефективність терапії.

Ключові слова: atopічний дерматит, мометазону фууроат, фармацевтична опіка.