

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет медико - фармацевтичних технологій
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи

КФс16(5,5з) - 01а

спеціальності 226 Фармація

освітньої програми Клінічна фармація

Світлана МАЗУР

Керівник: професор закладу вищої освіти кафедри

клінічної фармакології та клінічної фармації, д. фарм. н.,

професор Тетяна САХАРОВА

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри

фармакології та фармакотерапії, д. фарм. н., професор

Катерина ЩОКІНА

Харків – 2022 рік

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена удосконаленню фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю. Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю в умовах пандемії COVID - 19.

Робота викладена на 48 сторінках, складається зі вступу, огляду літератури, 2 експериментальних розділів, висновків, списку літератури, містить 10 рисунків, 3 таблиці, 52 джерела літератури.

Ключові слова: головний біль, симптоматичне лікування, безпека, COVID - 19 хвороба, фармацевтична опіка.

ANNOTATION

Qualification work is devoted to the improvement of pharmaceutical care in the symptomatic treatment of headache. Improvement of pharmaceutical care in the symptomatic treatment of headache in a pandemic COVID – 19.

The work is presented on 48 pages, consists of an introduction, literature review, 2 experimental sections, conclusions, bibliography, contains 10 figures, 3 tables, 52 sources.

Key words: headache, symptomatic treatment, safety, COVID - 19 disease, pharmaceutical care.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЕТІОПАТОГЕНЕЗ ГОЛОВНОГО БОЛЮ ТА ПІДХОДИ ДО ЙОГО ЛІКУВАННЯ (огляд літератури).....	8
1.1 Епідеміологія, класифікація, етіологічні чинники та патогенез найпоширеніших клінічних варіантів головного болю	8
1.2 Загальна характеристика різновидів болю голови, за яких припустиме відповідальне самолікування. Поняття «загрозливих симптомів» при головному болю	14
1.3 Сучасні лікарські форми ненаркотичних анальгетиків та критерії до їх вибору різним категоріям споживачів.....	18
РОЗДІЛ 2. ВИВЧЕННЯ ПРАКТИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ.....	23
2.1 Характеристика матеріалів та методів дослідження.....	23
2.2 Проведення анкетування споживачів лікарських препаратів для симптоматичного лікування головного болю та аналіз отриманих результатів.....	26
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ПІДХОДІВ ДО РАЦІОНАЛЬНОГО ВИБОРУ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ.....	38
3.1 Удосконалення алгоритму фармацевтичної опіки при відпуску з аптеки лікарських препаратів для симптоматичного лікування головного болю	38
3.2 Створення пам'ятки для пацієнта щодо правил застосування ненаркотичних анальгетиків для симптоматичного лікування головного болю.....	42
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49
ДОДАТКИ.....	55

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АГБ – абузусний головний біль ;

ГБ – головний біль;

ГБН – головний біль напруги;

МКГБ – Міжнародна класифікація головного болю.

МІГБ – медикаментозно-індукований головний біль;

ПГБ – пучковий головний біль;

ТВЦ – тригемінальні вегетативні цефалгії.

ВСТУП

Актуальність теми. Головний біль залишається актуальною проблемою сьогодення та є одною із причин з якою пацієнт звертається в аптеку. Причому 56% українців аналогічна ситуація спостерігається в інших країнах світу (Пакистан) 81,7% не звертаються до лікаря при цьому 84,7% стверджують що такий підхід їх влаштовує.

Аналогічна ситуація склалась і в інших країнах світу за результатом масштабного епідеміологічного дослідження з лікуванням головного болю складається і в інших країнах світу Масштабне епідеміологічне дослідження MAZE, що включило дані щодо Великобританії, Франції, Німеччини, Італії та США, показано, що лише 48% пацієнтів із різновидом головного болю – мігрень – звертаються до лікаря (Пакистан) 81,7% хворих на головний біль не зверталися до лікаря і самі призначали собі лікування, при цьому 84,7% з них стверджували, що такий підхід їх влаштовує [24]. У Північній Кореї менше половини (40,7%) пацієнтів із головним болем консультувалися у лікаря лише 40,7% не отримували [5, 34]. Дослідження, проведене в Республіці Білорусь, показало, що близько 80% населення при головному болю звертається насамперед до аптеки, а не до лікаря. У цьому медичні працівники вважають, що головний біль напруги може лікуватися самостійно [6, 38].

Причини головного болю різноманітні, що зумовлює відповідний вибір ЛЗ. Це необхідно враховувати працівнику аптеки під час надання фармацевтичної допомоги такої категорії пацієнтів, бо в умовах пандемії COVID-19 роль фармацевта значно підвищилась, оскільки він, у більшості випадків, є першою ланкою медичної допомоги хворим із легкою формою корона вірусної хвороби. Він є особою, що володіє знаннями для своєчасної діагностики COVID-19 із можливими супутніми симптомами, одним з яких є головний біль. Тому вважається актуальним удосконалення алгоритму фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю з урахуванням можливості наявності у хворого корона вірусної хвороби.

Мета дослідження. Метою роботи стала оптимізація вибору та призначення ненаркотичних анальгетиків безрецептурного відпуску для симптоматичного лікування головного болю в умовах пандемії COVID-19 на засадах фармацевтичної опіки.

1 Провести огляд літератури з питань етіопатогенезу головного болю та сучасних підходів до його лікування.

2 Розробити анкету – опитувальник для вивчення практики застосування лікарських препаратів для симптоматичного лікування головного болю та аналізувати отримані результати.

3 Провести анкетування відвідувачів аптеки які звертаються зі скаргами на головний біль.

4 Удосконалити алгоритм фармацевтичної опіки при зверненні до аптеки відвідувача зі скаргами на головний біль та розробити практичні рекомендації щодо оптимізації вибору та раціонального застосування ненаркотичних анальгетиків для симптоматичного лікування головного болю в умовах пандемії COVID – 19.

5 Розробити пам'ятку для пацієнта щодо правил застосування ненаркотичних анальгетиків для симптоматичного лікування головного болю.

Об'єкт дослідження. Раціональна симптоматична терапія лікування головного болю в умовах аптеки.

Предмет дослідження. Розробка підходів удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю.

Методи дослідження. У дослідженні використані методи теоретичного аналізу, вербально-комунікаційний метод (анкетування відвідувачів аптеки) та методи математичної статистики.

Практичне значення отриманих результатів роботи полягає у розробці та впровадженні у практику аптеки удосконаленого алгоритму фармацевтичної опіки при відпуску ліків для симптоматичного лікування головного болю в умовах пандемії COVID-19 та розробці Пам'ятки для

пацієнта якому призначені ненаркотичні анальгетики для симптоматичного лікування головного болю.

Розроблені матеріали можуть стати підґрунтям для оптимізації фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю в умовах пандемії COVID – 19.

Апробація результатів дослідження і публікації. Результати роботи оприлюднені на VI Міжнародній науково – практичній конференції «Topical issues of modern science, society and education», 26-28 грудня 2021 р., м. Харків, Україна; II Всеукраїнська науково – практична конференція з міжнародною участю «Youth pharmacy science », 7-8 грудня 2021 р., м. Харків, Україна.

За результатами роботи опубліковано 2 тез доповідей (додаток А).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.

Робота викладена на 48 сторінках, складається зі вступу, трьох розділів (огляду літератури та 2 розділів власних досліджень), висновків, списку використаних джерел , додатків. Робота ілюстрована 10 рисунками та 3 таблицями. Список літературних джерел містить 52 найменування , 35 з яких латиницею, 17 кирилицею.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЕТІОПАТОГЕНЕЗ ГОЛОВНОГО БОЛЮ ТА ПІДХОДИ ДО ЙОГО ЛІКУВАННЯ (огляд літератури)

1.1. Епідеміологія, класифікація, етіологічні чинники та патогенез найпоширеніших клінічних варіантів головного болю

Головні болі (цефалгії) є причиною значної соціально-економічної шкоди для суспільства і входять до десятки найчастіших причин непрацездатності. В даний час у розвинених країнах світу головний біль розглядається як серйозна проблема, яка потребує уваги медичної громадськості та держави. Відображенням зростаючого інтересу до цієї проблеми у світі стало створення та активна протягом понад 15 років діяльність Міжнародного товариства головного болю, Європейської федерації головного болю, Світової кампанії зі зменшення тягаря головного болю, а також громадських організацій, які представляють інтереси пацієнтів із цефалгіями (Світовий альянс головного болю тощо).

За даними епідеміологічних досліджень, проведених у Європі, 78% жінок і 64% чоловіків, як мінімум один раз на рік, відчувають головні болі, а 36% жінок і 19% чоловіків страждають хронічним больовим синдромом даної локалізації [11, 34, 40]. Частота головного болю у популяції, за даними різних авторів, коливається від 5-20% до 71%. За даними авторів, проведених у різний час, вона зустрічалася у 64,8%-85% випадків у загальній популяції [13, 17]. Тільки 15% людей ніколи не відчували головного болю. У той же час 15-20% людей постійно страждають на головний біль.

Головний біль частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків, їхнє співвідношення становить 2-3:1 [13, 17, 41]. Доцільно припустити, що в даний час, коли істотно прискорився темп життя, змінилися екологічні умови і зросли навантаження на психоемоційну сферу кількість людей, які

страждають на головний біль, збільшуватиметься в порівнянні з наведеними даними.

Близько третини осіб страждають на головний біль – це люди віком 25-35 років. Більше 60% хворих із головним болем становлять особи працездатного віку [15, 26]. Частота появи головного болю після 45-річного віку поступово зменшується. Головний біль відзначається переважно у осіб, які виконують інтелектуальну роботу, особливо у тих, хто живе і працює в невеликих закритих приміщеннях, веде малорухливий спосіб життя [21, 35]. Відповідно до МКГБ-2 головні болі поділяються на первинні, коли не вдається виявити органічну причину болю та вторинні (симптоматичні), обумовлені органічними ураженнями головного мозку або інших структур, розташованих у ділянці голови та шийі, а також системними захворюваннями; виділяють також краніальні невралгії та лицьові болі. Численні епідеміологічні дослідження, проведені у більшості країн світу, підтвердили переважання (90-95%) первинних цефалгічних синдромів над вторинними (див. рис. 1.1). Тільки у 2-4% головний біль є симптомом тяжкого захворювання, що загрожує життю

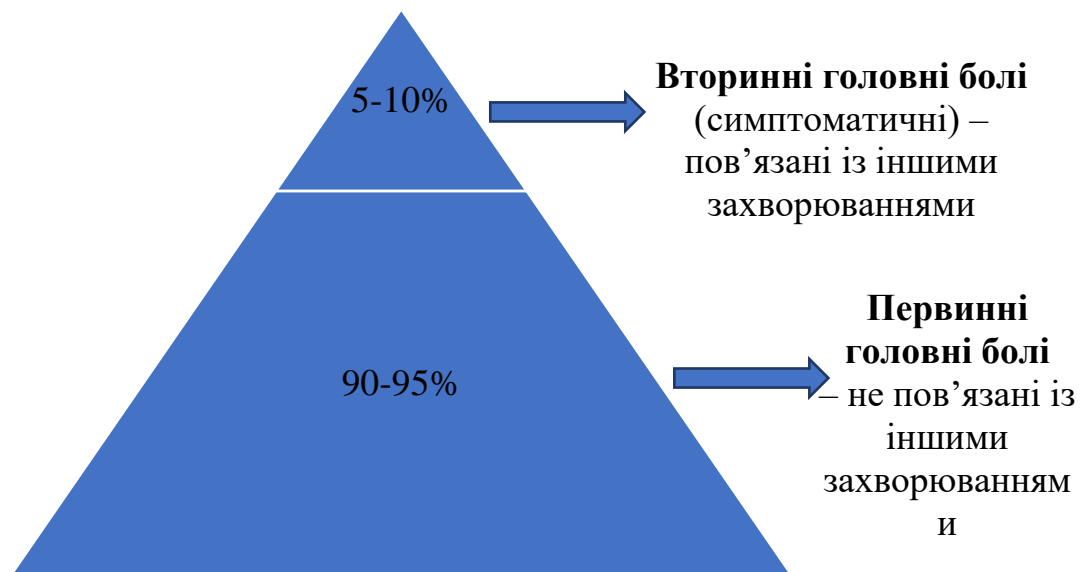


Рис. 1.1. Співвідношення первинних та вторинних головних болів:

Відповідно до Міжнародної класифікації розладів, що супроводжуються головним болем 3-го перегляду (МКГБ-3 бета, 2013) головні болі поділяються на первинні, не пов'язані із захворюваннями головного мозку, мозкових судин та інших структур, розташованих у ділянці голови та шиї, вторинні або симптоматичні, зумовлені причинним захворюванням, а також краніальні невралгії та лицьовий біль. Діагноз, тобто форма головного болю, має бути сформульований строго відповідно до діагностичних критеріїв та термінів МКГБ, інша термінологія неприпустима.

Міжнародна класифікація головного та лицьового болю (3-є видання, бета версія – МКГБ-3 бета, 2013):

1. Частина I. Первинні головні болі

- Мігрень
- Головний біль напруги (ГБН)
- Кластерний головний біль та інші тригемінальні вегетативні цефалгії (ТВЦ)
- Інші первинні головні болі (наприклад, пов'язана з фізичним, сексуальним навантаженням, кашльова ГБ, гіпнічна, громоподібна та ін.)

2. Частина II. Вторинні головні болі

- Головний біль, пов'язаний з травмою голови та/або шиї.
- Головний біль, пов'язаний з судинними ураженнями черепа та шийного відділу хребта.
- Головний біль, пов'язаний з несудинними внутрішньочерепними ураженнями
- Головний біль, пов'язаний з різними речовинами або їх скасуванням (у тому числі лікарсько-індукований (абузусний) головний біль, пов'язаний з надмірним застосуванням анальгетиків або триптанів)
- Головний біль, пов'язаний з інфекціями

- Головний біль, пов'язаний з порушеннями гомеостазу (в тому числі головний біль, пов'язаний з артеріальною гіпертензією)
 - Головні та лицьові болі, пов'язані з порушенням структур черепа, шиї (в тому числі цервікогенна), очей (в тому числі пов'язана з глаукомою), вух, носової порожнини, пазух (в тому числі пов'язана з синуситами), зубів, ротової порожнини або інших структур черепа та обличчя (в тому числі головний біль, пов'язаний з дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба)
 - Головний біль, пов'язаний з психічними захворюваннями
3. Частина III. Больові краніальні невропатії, інші лицьові та головні болі
- Больові краніальні невропатії та інші лицьові болі
 - Інший головний біль [26-28].

У зв'язку з широким поширенням у популяції та величезною соціально-економічною шкодою, найбільше значення для неврологів та лікарів загальної практики мають мігрень, ГБН, ПГБ, а також медикаментозно-індукований (абузусний) головний біль (МІГБ, АГБ). Хоча МІГБ відноситься до вторинних цефалгії, але розвивається у пацієнтів, які початково мали первинні форми – мігрень і ГБН [18, 44].

Етіологія та патогенез мігрени мають комплексний характер. Серед основних механізмів обговорюються генетичні, нейрохімічні та нейрогенні фактори. На сьогоднішній день доведено, що мігрень має нейроваскулярну природу. Найважливішим механізмом, що запускає напад мігрени та зумовлює розвиток та збереження болю, є активація тригеміноваскулярної системи (ТВС), яка розглядається як ключова система реалізації больової фази нападу. Інші компоненти патофізіології болю при мігрени включають нейрогенне запалення з вазодилатацією інтракраніальних судин, в першу чергу судин твердої мозкової оболонки, та екстравазацію – виділення в кров больових

нейропептидів: кальцитонін-ген-спорідненого пептиду (КГРП), оксиду азоту [24, 40].

Механізм активації ТВС пов'язують із підвищеною збудливістю кори головного мозку, властивою пацієнтам із мігренню. Численні клінічні спостереження та електрофізіологічні дослідження підтверджують концепцію центральної гіперзбудливості як базового патофізіологічного феномену, що передбачає наявність певного «мігренозного порога». Цей поріг може бути подолано під впливом цілого комплексу ендогенних та екзогенних провокуючих факторів, а мігренозні тригери є лише одним із них. Показано також, що у пацієнтів з частими нападами (більше 3 на місяць) і осіб, що довго хворіють, розвивається надмірна чутливість (сенситизація) тригеміноваскулярних волокон та інших больових структур. Феномен центральної сенситизації, що клінічно проявляється симптомами шкірної алодинії і тісно пов'язаний з підвищеною нейрональною збудливістю, лежить в основі хронізації мігрени [36, 39, 42].

Етіологія та патогенез головного болю напруги. У походженні головного болю напруги (ГБН) беруть участь як периферичні, і центральні ноцицептивні механізми; серед останніх – зниження активності антиноцицептивної системи, зокрема недостатність інгібіторних механізмів стовбура мозку [23, 29, 41]. Біль при ГБН пов'язаний з болючим напруженням пери краніальних м'язів (м'язово-тонічним синдромом, МТС). В основі формування МТС лежить механізм «порочного кола», коли напруга, що повторюється, м'язи, що виникає у відповідь на емоційний стрес, призводить до її рефлекторної напруги (спазму). Внаслідок цього підвищується збудливість нонцицептивних нейронів у структурах ЦНС, у тому числі мотонейронів передніх рогів спинного мозку; тривала тонічна напруга призводить до гіпоксії м'яза, її запалення, пізніше формується вторинна гіпералгезія, що підсилює м'язовий спазм і веде до хронізації болю. При розмові з пацієнтом необхідно роз'яснити йому механізм м'язового напруження та його значення для перебігу захворювання. Високі рівні депресії

та тривожності, що виявляються у більшості пацієнтів з ГБН, також полегшують больову трансмісію та сприяють хронізації больового синдрому [28, 39, 43].

Етіологія та патогенез кластерного пучкового головного болю (ПГБ). Патогенез ПГБ остаточно не вивчений. Провідна роль відводиться дисфункції гіпоталамуса та порушення регуляції біологічних ритмів. Передбачається, що за невідомими причинними, периферичні або центрально обумовлені тригери викликають активацію супрахіазмального ядра гіпоталамуса, що відповідає періоду больового пучка. При ПГБ у пацієнтів під час болючого нападу відзначається активація в області сірої речовини гіпоталамуса. Оскільки такий активаційний патерн не спостерігається під час нападу мігрені та інших форм цефалгій, збудження саме цієї галузі гіпоталамуса вважається специфічним патофізіологічним маркером ПГБ [20].

Ритмічна активація супрахіазмального ядра, у свою чергу, призводить до активації тригеміноваскулярної системи, дилатації судин твердої мозкової оболонки, виділення больових нейропептидів (КГРП, субстанція Р) та власне больового нападу (аналогічно нападу М). Виникнення яскравих вегетативних симптомів, що супроводжують біль при ПГБ, пояснюється тісним зв'язком гіпоталамуса з парасимпатичними ядрами та симпатичними нейронами стовбура мозку [15, 37].

Патогенез інших видів первинного головного болю залишається остаточно не вивченим, а лікувальні підходи поки що не обґрунтовані контрольованими клінічними дослідженнями. Найчастіше перелічені форми є первинними (доброякісними); в той же час, симптоми деяких з них можуть нагадувати клінічні прояви вторинних цефалгій, тому при першому поводженні пацієнти з цими формами головного болю повинні бути ретельно обстежені.

Отже, обізнаність клінічного провізора стосовно клінічних варіантів ГБ є підґрунтям для раціонального призначення лікарських препаратів від головного болю.

1.2. Загальна характеристика різновидів болю голови, за яких припустиме відповідальне самолікування. Поняття «загрозливих симптомів» при головному болю

У ряді країн світу затверджується перелік симптомів, за яких допускається самостійний прийом безрецептурних ЛЗ за консультативної допомоги провізора. Одним із таких порушень самопочуття є ГБ [7]. Відповідно до уніфікованих протоколів України [14], низка ЛЗ, що використовуються для лікування ГБ, дозволена до відпустки без рецепта лікаря та базується на принципі відповідального самолікування.

Ухвалене в цілях сталого розвитку суспільства в результаті глобалізації [5] зробило розвиток відповідального самолікування пріоритетним завданням політики в області охорони здоров'я на регіональному, обласному і місцевих рівнях.

При зверненні відвідувача в аптеку з головним болем провізору-фармацевту в першу чергу необхідно диференціювати симптоми, що вимагають негайного звернення до лікаря, та симптоми, за яких можливе самостійне лікування головного болю [19–21].

До загрозливих симптомів при головним болем належать:

- Головний біль, що поєднується з лихоманкою, ригідністю потиличних м'язів, нездатністю притиснути підборіддя до грудей;
- Головний біль, що починається раптово, дуже сильна, що часто супроводжується втратою свідомості;
- Постійний головний біль, що неухильно прогресує;
- Головний біль, що посилюється при чханні, кашлі, нахилах; розпираючого характеру, відчуття «тиску зсередини-назовні»;
- Головний біль, що супроводжується підвищеною чутливістю до гучних звуків, яскравого світла, підвищеною дратівливістю;

- Головний біль, що супроводжується відчуттям стискання, нудотою, потемнінням в очах, «мушками» перед очима;
- Головний біль, що поєднується з почервонінням та хворобливістю очей;
- Головний біль, що поєднується з болями в ділянці серця;
- Головний біль пульсуючого характеру;
- Головний біль, що супроводжується втратою (зниженням) чутливості у кінцівках [22, 23].

Важливо ідентифікувати і випадки головного болю, коли пацієнт жодного разу не відвідував лікаря, а головний біль має регулярний характер та (або) негативну динаміку наростання симптомів. У таких ситуаціях провізор має настійно рекомендувати відвідувачу аптеки звернутися за лікарською допомогою. При загрозливих симптомах для усунення нападу головного болю провізор може реалізувати йому безрецептурні ЛЗ [24].

Головний біль пов'язаний з COVID-19 спочатку характеризується лихоманкою, болем у горлі, кашлем та задишкою, переважно проявами з боку дихальної системи. Однак інші прояви, такі як біль голови, біль у животі, діарея, втрата смаку та запаху, а також ураження шкіри, схожі на обмороження, були додані до клінічного спектру під час наступного спостереження за збільшенням кількості пацієнтів протягом 3 місяців. Неврологи в багатьох місцях разом з іншими лікарями та медичним персоналом беруть участь у війні проти пандемії. В даний час кількість повідомлень про неврологічні дослідження швидко збільшується, і головний біль, здається, посідає перше місце у списку симптомів.

Доступні звіти про симптоми головного болю у пацієнтів з COVID - 19 не містять жодних подробиць щодо характеристик головного болю. Можливі патофізіологічні механізми головного болю включають активацію закінчень периферичного трійчастого нерва SARS-CoV-2 безпосередньо або через

васкулопатію та/або збільшення циркулюючих прозапальних цитокінів та гіпоксію.

Нещодавній мета аналіз (n = 3598 пацієнтів) та кілька звітів показали, що головний біль входить до числа симптомів, пов'язаних із COVID-19. Інше дослідження звертає увагу на неklasичні симптоми у 74 підтверджених випадків COVID-19 із шлунково-кишковими симптомами з 651 пацієнта (11,4%) та показало, що 21,62% з них мали значно вищі показники головного болю порівняно з іншими пацієнтами без шлунково-кишкових симптомів. Вони інтерпретували це відкриття як викликане їх вищою лихоманкою та підвищеним електролітним дисбалансом, але у звіті не було жодних доказів. З медичних працівників (n = 803) з легкими симптомами 90 були позитивними за SARS-CoV-2, і головний біль був одним із перших симптомів, пов'язаних з позитивним результатом у прогностичній статистичній моделі разом з аносмією, міалгією, болем в очах, загальним нездужанням.

Ураження паренхіми головного мозку COVID-19 поки що не досліджується за результатами розтину. Головний біль, пов'язаний із вірусним менінгітом або енцефалітом, слід запідозрити, якщо головний біль пов'язаний з лихоманкою, ригідністю шиї, світлочутливістю та нудотою та/або блювотою відповідно до Міжнародної класифікації розладів головного болю-III (ICHD-III). Хоча ентеровіруси є причиною більшості випадків головного болю, пов'язаного з вірусним менінгітом або енцефалітом, довгий список інших вірусів також може бути відповідальним за виникнення цефалгії. Однак підтверджена вірусна інфекція центральної нервової системи, що супроводжує COVID-19, спостерігається не так часто. Повідомлялося тільки про підозру на гостру геморагічну некротизуючу енцефалопатію у Сполучених Штатах за двосторонніми мезіально-скронеvими та таламічними результатами МРТ, що супроводжувалися головним болем та сплутаністю свідомості. Таким чином, всі зареєстровані пацієнти з симптомом головного болю не були проявом вірусної інфекції ЦНС, оскільки це ускладнення зустрічається рідко.

Головний біль, спричинений системною вірусною інфекцією за відсутності менінгіту чи енцефаліту, клінічно добре відомий і включений до класифікації ICHDIII у окрему категорію, однак основні механізми його виникнення поки не з'ясовані. Цей головний біль здебільшого описувався як дифузний біль помірної або сильної інтенсивності, що також має місце в спостереженнях за пацієнтами із COVID-19. Було відзначено, що у таких пацієнтів головний біль зазвичай супроводжується лихоманкою, але головний біль може виникати і за відсутності лихоманки, що ясно свідчить про те, що за різних обставин біль може мати різні механізми. Лихоманка, екзогенно індукована пірогенами, такими як медіатори запалення, мікроорганізми, комплекси антиген-антитіло, комплєменти, стимульований інтерлейкін (IL)-1, інтерферон (IFN)-альфа та фактор некрозу пухлини (TNF), що стає підставою для призначення таким пацієнтам препаратів НПЗЗ.

Таким чином, серед усіх різновидів ГБ провізор може надавати рекомендації лише у тих випадках коли у пацієнта немає загрозливих симптомів, а головний біль триває менше ніж 3 доби. У випадках коло головний біль пов'язаний із COVID-19 при зверненні осіб зі скаргами з боку респіраторної системи, провізор (фармацевт) має з'ясувати наявність / відсутність характерних симптомів (кашель, лихоманка, утруднене дихання) та поставити питання щодо історії поїздок в країни із місцевою передачею COVID-19 та контактів з інфікованими SARS-CoV-2 людьми. Якщо відповіді негативні (ризик зараження SARS-CoV-2 малоімовірний) пацієнту надається допомога згідно з протоколами провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів. За наявності симптомів (кашель, лихоманка, затруднене дихання) та відсутності історії поїздок в інфіковані регіони та контактів з інфікованими людьми (ризик зараження SARS-CoV-2 малоімовірний) особі надається допомога згідно з протоколами провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів, за необхідності громадяни направляються до лікаря.

1.3. Сучасні лікарські форми ненаркотичних анальгетиків та критерії до їх вибору різним категоріям споживачів

Класифікація ненаркотичних анальгетиків ґрунтується на їх хімічній будові:

1. Похідні саліцилової кислоти (кислота ацетилсаліцилова, аспірин).
2. Похідні піразолону (бутадіон, метемізол натрію).
3. Похідні пара-амінофенолу (парацетамол).
4. Похідні акрилпропінової кислоти (ібупрофен, дексібупрофен).
5. Комбіновані анальгетики

1. Саліцилати, є найстарішими і часто використовуваними неопіоїдними анальгетиками, завдяки їх знеболюючою, жарознижувальною, протизапальною та антиагрегантною дією [18].

Аспірин – це ацетилсаліцилова кислота. Він швидко перетворюється в організмі в саліцилову кислоту, яка відповідає за більшість дій, що надаються препаратом. Інші дії є результатом ацетилювання певних макромолекул, включаючи ЦОГ.

Механізм дії. Аспірин є неселективним інгібітором ЦОГ-1 і ЦОГ-2 в периферичних тканинах і ЦНС. Він необоротно ацетилює і, таким чином, інактивує ЦОГ. Всі інші неопіоїдні анальгетики є оборотними інгібіторами ЦОГ [5, 41].

Фармакокінетика. Після перорального прийому неіонізовані саліцилати пасивно абсорбуються з шлунка і тонкої кишки (розчинення таблеток сприятливо при більш високому рН кишечника). Він проникає через гематоенцефалічний бар'єр і плаценту. Він всмоктується через неушкоджену шкіру (особливо метилсалицилат) і зв'язується з альбумінами в плазмі крові. Аспірин гідролізується в саліцилат і оцтову кислоту через дію естераз в тканинах і крові. Він перетворюється печінкою в водорозчинні кон'югати, які швидко виводяться нирками, що призводить до елімінації препарату, з кінетикою першого порядку і періодом напіврозпаду в сироватці 3,5 години.

Знеболюючий ефект триває 4-6 годин. У протизапальних дозах (> 4 г / день) період напіввиведення аспірину становить 15 годин або більше [18].

Метилсаліцилат і саліциламід входять до складу мазей через високу токсичність (Долгіт, Диклоген плюс, Декспан плюс).

Лікарські форми аспірину: таблетки, шипучі таблетки.

2. *Похідні піразолону*. Метамізол натрію (анальгін). Метамізол натрію є похідним піразолу. Це похідне амидопірина має сильнодіючу і швидкодіючу, знеболювальну, жарознижувальну, але слабку протизапальну дію. Його можна вводити перорально, внутрішньом'язово, а також внутрішньовенно, при подразненні шлунка, проте часто виникає біль в місці ін'єкції. Час початку дії через 20 хвилин після внутрішньом'язової ін'єкції і дії протягом 3-4 годин посилюється антигістамінними препаратами. Показаний при проміжних соматичних болях (головний біль, зубний біль, біль у м'язах, невралгія). [25].

Лікарські форми: таблетки, розчин для ін'єкцій, супозиторії ректальні.

3. *Похідні пара-амінофенолу (парацетамол)*. Це метильований активний метаболіт фенацетину. Парацетамол є хорошим і швидкодіючим жарознижувачим засобом. Ацетамінофен виробляє адекватну аналгезію, яка корисна в полегшенні незначного болю. Парацетамол має незначну протизапальну дію. Це поганий інгібітор синтезу простагландинів в периферичних тканинах, але більш активний щодо ЦОГ в мозку. Надає повільну і тривалу знеболювальну та жарознижувальну дію. Він знижує підвищену температуру тіла шляхом прямого впливу на центри терморегуляції в гіпоталамусі, імовірно що відбуваються через рецептори ЦОГ-3, які в основному виявляються в мозку. На відміну від аспірину, парацетамол не стимулює дихання і не впливає на кислотно-лужний баланс, не посилює клітинний метаболізм [31].

Лікарські форми парацетамолу: таблетки, сиропи, капсули, супозиторії ректальні, розчини для інфузій, таблетки шипучі, суспензії, сиропи.

4. *Похідні акрилпропінової кислоти (ібупрофен, дексібупрофен)*.

Ібупрофен. Аналгетична, жарознижувальна і протизапальна ефективність оцінюється трохи нижче, ніж висока доза аспірину. Інгібування агрегації тромбоцитів з ібупрофеном є короточасним. Він був визнаний найбезпечнішим ліками по спонтанній лікарській реакції. Він добре всмоктується перорально, добре зв'язується з білками плазми (90-99%), але взаємодії зміщення не є клінічно значущими. Всі похідні пропіонової кислоти потрапляють в мозок, синовіальну рідину і плаценту. Вони метаболізуються в печінці шляхом гідроксилування і кон'югації з глюкононом, а неактивні метаболіти виводяться із сечею і жовчю [39].

Лікарські форми ібупрофену: таблетки,капсули,суспензії.

Одним з перспективних сучасних напрямків створення нових ліків, в тому числі НПЗП, є синтез оптично чистих фармацевтичних продуктів [20, 28, 30, 36]. До таких продуктів належить дексібупрофен – лікарський препарат, діючою речовиною якого є один з стереоізомерів ібупрофену.

Дексібупрофен – інноваційний варіант ібупрофену – з'явився на фармацевтичному ринку України в 2011 році і представлений торговою маркою Зотек (Компанія Органосін Лтд, Індія). Незважаючи на доведену клінічну ефективність і безпеку, а також наявний ряд клінічних переваг перед іншими НПЗП, дексібупрофен все ще мало відомий широкому колу лікарів [24, 50]. Протягом більш ніж 50 років в якості діючої речовини в лікарських препаратах різних виробників використовувався ібупрофен, який з точки зору хімічної будови є рацемічною сумішшю, яка містить рівні кількості лівообертального ізомеру R(-)-ібупрофену і правообертального ізомеру S(+)-ібупрофену [44, 45] Метамізол (анальгін). Метамізол є похідним піразолу. Це похідне амидопірина є сильнодіючим і швидкодіючим знеболювальну, жарознижувальну, але слабку протизапальну і не урикозуричною препаратом. Його можна вводити перорально, внутрішньом'язово, а також внутрішньовенно, при подразненні шлунка, проте часто виникає біль в місці ін'єкції. Час початку дії через 20 хв. після внутрішньом'язової ін'єкції і дії протягом 3-4 годин посилюється антигістамінними препаратами. Показаний

при проміжних соматичних болях (головний біль, зубний біль, біль у м'язах, невралгія) [25].

Лікарські форми дексібупрофену: таблетки, розчини для ін'єкцій.

5. Комбіновані анальгетики

Для лікування головного болю різної етіології певний інтерес представляють комбіновані препарати на основі парацетамолу: парацетамол + диклофенак, парацетамол + дицикловерин, парацетамол + ібупрофен, парацетамол + ібупрофен + кофеїн, парацетамол + кислота аскорбінова, парацетамол + кофеїн, парацетамол + кофеїн + пропіфеназон.

Комбіновані препарати на основі кислоти ацетилсаліцилової : кислота ацетилсаліцилова + кислота амінооцтова*, кислота ацетилсаліцилова + парацетамол + кофеїн, кислота ацетилсаліцилова + парацетамол + кофеїн + кислота лимонна.

Комбіновані препарати на основі метамізолу натрію: метамізол натрію + бендазол + папаверин, метамізол натрію + кофеїн, метамізол натрію + кофеїн + тіамін, метамізол натрію + пітофенон + фенпівериній, метамізол натрію + темпідон, метамізол натрію + пітофенон + фенпівериній.

Також існують препарати для лікування мігрені та кластерного головного болю серед яких є без рецептурні .

Комбіновані препарати на основі ібупрофену : ібупрофен+ бензофенон + фенілацетамід, кислота мекфенамінова, напроксен.

Ерготамін – сімейство алкалоїдів, структурно та біохімічно близьких з ерголіном, міститься в ріжку. Вперше виділений Артуром Штоллем зі склероцій ріжків у лабораторії фірми Sandoz у 1918 році. Молекула має структурну подібність до нейротрансмітерів, таких як серотонін, дофамін і адреналін, і, таким чином, може зв'язуватися з декількома рецепторами, що діють як агоніст. Ефект проти мігрені обумовлений звуженням внутрішньочерепних екстрацеребральних кровоносних судин через рецептор 5-HT_{1B} та інгібуванням нейротрансмісії трійчастого нерва рецепторами 5-HT_{1D}. Ерготамін також впливає на дофамінові та норепінефрінові рецептори.

Згідно з Протоколами провізора (фармацевта) для зняття нападу мігрені дозволено застосування безрецептурного лікарського препарату комбінованого складу, який містить ерготамін, НПЗП і кофеїн дві крапки

Отже, на фармацевтичному ринку України представлено різноманітні моно компонентні та комбіновані знеболювальні лікарські препарати вибір яких має здійснювати фармацевт у кожному конкретному випадку, дотримуючись засад належної фармацевтичної опіки.

РОЗДІЛ 2

ВИВЧЕННЯ ПРАКТИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ

2.1. Характеристика матеріалів та методів дослідження

Дослідження проведене на базі аптеки № 1 м. Харків у період з 01.09.2021 – 31.12.2021 р.

Дослідження проведене на базі аптеки № 1 м. Харків у період з 01.09.2021 – 31.12.2021 р.

При написанні кваліфікаційної роботи нами були використані наступні методи наукового дослідження:

- методи теоретичного дослідження (теоретичного аналізу, індуктивний і дедуктивний методи, вивчення літератури)
- соціологічні методи опитування та анкетування;
- математичні та статистичні методи дослідження.

Методи теоретичного дослідження. Теоретичний аналіз і узагальнення наукової і методичної літератури проводилося в процесі вивчення стану питання, постановки цілей і завдань роботи, вибору методів дослідження, обговорення отриманих результатів.

Соціологічні методи. Найбільш поширеним методом проведення досліджень думки споживчої аудиторії та експертів в сфері медицини та фармації (лікарів, провізорів, фармацевтів) є анкетування. Анкетування – це опитування співробітників або відвідувачів аптек, за допомогою спеціального бланка з питаннями або ж анкети.

Для проведення анкетування нами була розроблена анкета-опитувальник. Зразок анкети-опитувальника наведено у таблиці. 2.1, яка включала такі структурні частини:

1. Паспортна частина (стать, вік пацієнта).
2. Основна частина, у якій наведено перелік питань стосовно практики споживання препаратів для лікування головного болю відвідувачами аптеки, зокрема:

- з визначення мотивації до придбання препаратів;
- із встановлення показань та протипоказань до застосування препаратів;
- із з'ясування поінформованості пацієнта щодо обґрунтованих критеріїв вибору та умов раціонального застосування препаратів.

Таблиця 2.1

Бланк опитувальної анкети відвідувачів аптеки, які звертаються за знеболювальним лікарським препаратом

Питання	
Стать	
	чоловік
	жінка
Вік	
	До 30 років
	Від 31 до 40 років
	Від 41 до 50 років
	Старше 51 років
Чим Ви керуєтеся при виборі препаратів?	
	Радою лікаря
	Рекламою
	Радою фармацевта
	Власним досвідом
	Радами друзів або знайомих

Як часто у вас виникають напади головного болю?
1-2 рази на місяць
3-5 разів на місяць
2-3 рази на тиждень
Частіше ніж 2 рази на тиждень
Чи є у вас перелічені симптоми (можете обрати декілька відповідей)?
Лихоманка
Нежить
Кашель
Біль у суглобах та м'язах
Утруднене дихання
Якщо так, скільки днів ви відчуваєте нездужання?
Перший день
1-3 дні
Більше 3 днів
Як ви вважаєте, що провокує у вас напади головного болю (можете обрати декілька відповідей)?
Застуда
Стрес
Важкі фізичні навантаження
Емоційна напруга
Різкі звуки чи запахи
Не можу визначити – біль виникає раптово
Яка характеристика препаратів для лікування головного болю є вирішальною для Вас?
Ефективність зняття больового симптому
Зручність використання
Відсутність серйозних побічних ефектів

Чи знаєте лі Ви про ризик виникнення побічних ефектів препаратів для лікування головного болю?	
	Так
	Ні
Яка лікарська форма препаратів для лікування головного болю є найбільш зручною для вас?	
	Таблетки
	Капсули
	Розчини
	Інший варіант
Надавав Вам співробітник аптеки консультативну допомогу при виборі лікарського препарату?	
	Так, за своєю ініціативою
	Так, після мого прохання
	Ні, мені не потрібна консультація
	Ні, моє запитання було проігноровано

Статистична обробка даних. У кожній групі для оцінки показників склалися варіаційні ряди з подальшою їх обробкою програмою Microsoft Excel, при цьому визначалася середня арифметична вибірки M , середньоквадратичне відхилення σ , помилка репрезентативності $t = \sigma / n$, де n – число об'єктів при вибірці. Оцінка достовірності результатів проводилася із застосуванням критерію Стьюдента. Відповідність за достовірність відмінностей досліджуваних параметрів брали $p < 0,05$.

2.2. Проведення анкетування споживачів лікарських препаратів для симптоматичного лікування головного болю та аналіз отриманих результатів

Нами було проведене анкетування 88 респондентів аптеки №1 у м. Харків. Отримані результати наведені у таблиці 2.2 нижче:

Таблиця 2.2.

Результати проведеного анкетування

Питання	Кількість відповідей	
	Абсолютна	Відносна
Стать		
чоловік	42	47,7%
жінка	46	52,3%
Вік		
До 30 років	22	25,0%
Від 31 до 40 років	34	38,6%
Від 41 до 50 років	21	23,9%
Старше 51 років	11	12,5%
Чим Ви керуєтеся при виборі препаратів?		
Радою лікаря	12	13,6%
Рекламою	15	17,0%
Радою фармацевта	29	33,0%
Власним досвідом	21	23,9%
Радами друзів або знайомих	11	12,5%
Як часто у вас виникають напади головного болю?		
1-2 рази на місяць	41	46,6%
3-5 разів на місяць	24	27,3%
2-3 рази на тиждень	19	21,6%
Частіше ніж 2 рази на тиждень	4	4,5%
Чи є у вас перелічені симптоми (можете обрати декілька відповідей)?		

Лихоманка	16	20,3%
Нежить	24	30,4%
Кашель	11	13,9%
Біль у суглобах та м'язах	27	34,2%
Утруднене дихання	1	1,3%
Якщо так, скільки днів ви відчуваєте нездужання?		
Перший день	39	44,3%
1-3 дні	42	47,7%
Більше 3 днів	7	8,0%
Як ви вважаєте, що провокує у вас напади головного болю (можете обрати декілька відповідей)?		
Застуда	35	23,6%
Стрес	42	28,4%
Важкі фізичні навантаження	24	16,2%
Емоційна напруга	20	13,5%
Різкі звуки чи запахи	16	10,8%
Не можу визначити – біль виникає раптово	11	7,4%
Яка характеристика препаратів для лікування головного болю є вирішальною для Вас?		
Ефективність зняття больового симптому	57	64,8%
Зручність використання	12	13,6%
Відсутність серйозних побічних ефектів	19	21,6%
Чи знаєте лі Ви про ризик виникнення побічних ефектів препаратів для лікування головного болю?		
Так	24	27,3%
Ні	64	72,7%

Яка лікарська форма препаратів для лікування головного болю є найбільш зручною для вас?		
Таблетки	25	28,4%
Капсули	36	40,9%
Розчини	14	15,9%
Інший варіант	13	14,8%
Надавав Вам співробітник аптеки консультативну допомогу при виборі лікарського препарату?		
Так, за своєю ініціативою	27	30,7%
Так, після мого прохання	36	40,9%
Ні, мені не потрібна консультація	21	23,9%
Ні, моє запитання було проігноровано	4	4,5%

Серед опитаних покупців знеболювальних препаратів переважають жінки (52,3%). Велика частина опитаних були в віці від 31 до 40 років – 38,6% (рис. 2.1). Це вельми очікувані результати, оскільки саме жінки відповідальніше ставляться до питань здоров'я, а частина населення в віці від 31 до 40 років найчастіше відчуває вплив стресових факторів, які можуть провокувати напади головного болю, більш схильна до захворювань, пов'язаних зі зниженням імунного статусу.

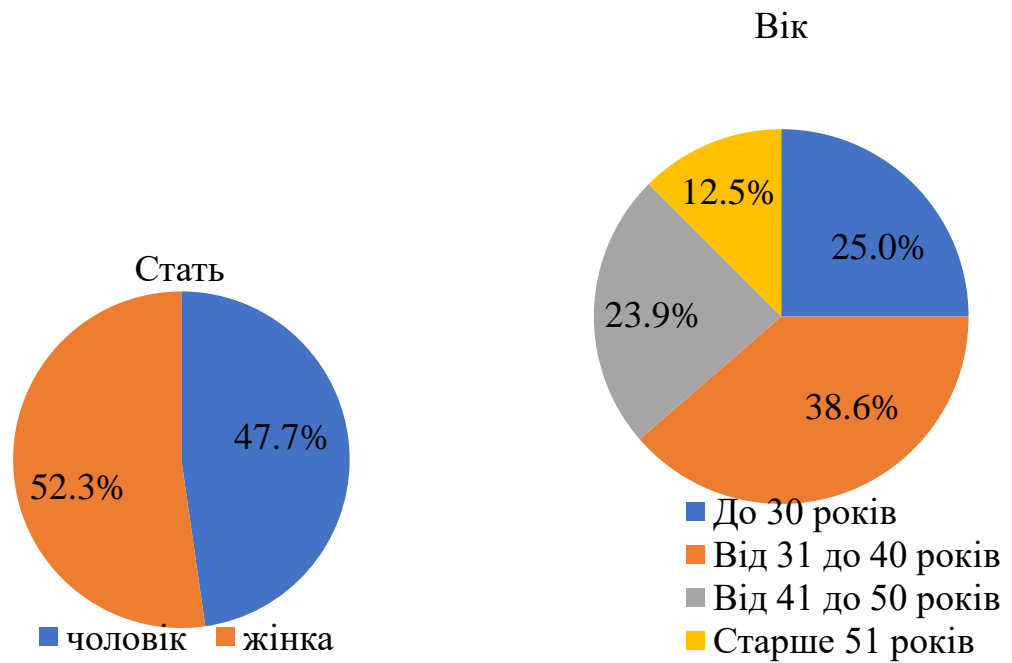


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за віком і статтю.

Важливим є питання головної мети придбання знеболювальних препаратів. Проаналізувавши анкети, на предмет мотивації покупця при виборі препаратів для симптоматичного лікування неускладнених форм COVID-19 можна зробити висновок, що найчастіше купуються лікарські препарати за порадою лікаря (13,6%), або фармацевта аптеки (33,0%): в сумі до 46,6% в залежності від вікової категорії, що дозволяє зробити висновок про низький відсоток довіри населення до лікарських рекомендацій.

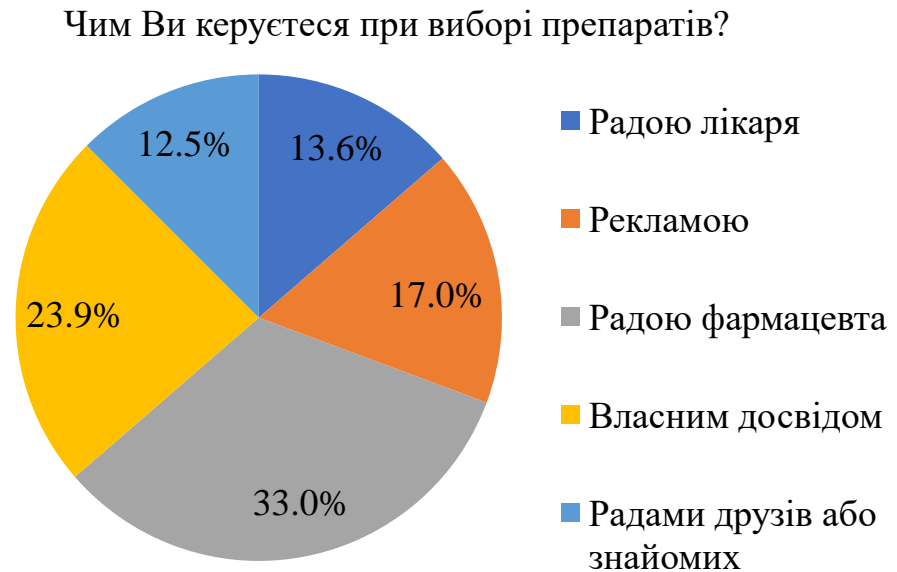


Рис. 2.2. Мотивація придбання знеболювальних препаратів для симптоматичного лікування головного болю

Варто зазначити, що вікові особливості щодо свого здоров'я дуже помітні. Так люди більш молодого віку (до 30 років) самостійно шукають інформацію про можливі застосування препаратів, а відвідувачі старшого віку дотримуються рекомендацій лікаря в разі захворювання. Найбільш відповідально до свого здоров'я серед відвідувачів аптек відносяться люди старшого віку (старше 50 років), а так само молоді люди до 30 років, що звертають уваги на своє самопочуття і мають доступ до Інтернет-ресурсів для пошуку інформації про використання препаратів. Так само саме ця вікова група, частіше за інших груп покупців препаратів для симптоматичного лікування головного болю, при виборі лікарського препарату спирається на свій власний досвід лікування захворювання. Такі мотивуючі чинники як «рада знайомих» і «власний досвід» знаходяться на останньому місці і займають рівну частку всіх опитаних відвідувачів аптек (12,5% та 23,9% відповідно). Варто згадати, що найбільше користуються радою знайомих при придбанні фармацевтичної продукції особи старшої вікової категорії (16,6%).

Наступним пунктом було з'ясування частоти нападів головного болю, результати представлено на рисунку нижче (див. рис. 2.3).

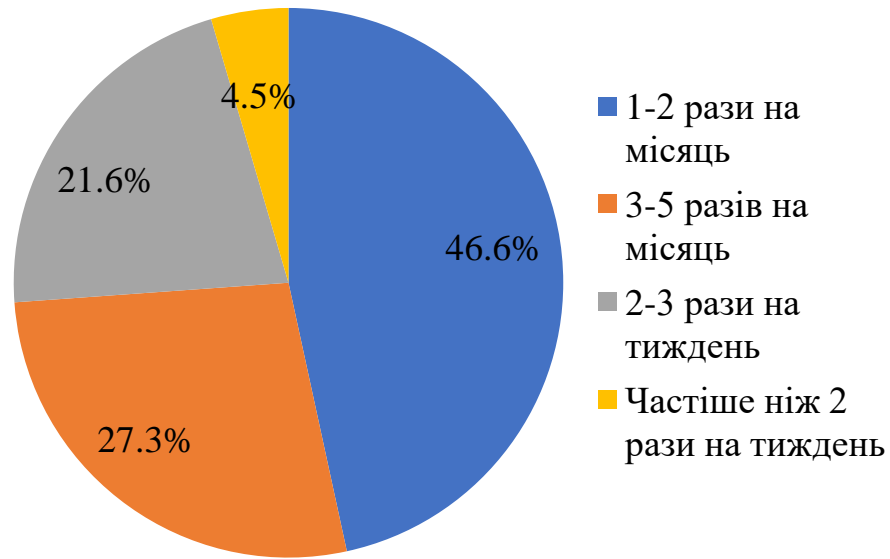


Рис. 2.3. Частота виникнення нападів головного болю

Частота виникнення головного болю 1-2 рази на місяць знаходиться на першому місці, а 3-5 разів на місяць та 2-3 рази на тиждень становить лише 27,3 та 21,6 відсотків відповідно. Найбільш занепокоїливою є група пацієнтів, що відповіли про настільки часті нападі головного болю, що відбуваються частіше ніж 2 рази на тиждень. Ця категорія покупців повинна отримати нараду про необхідність лікарської консультації.

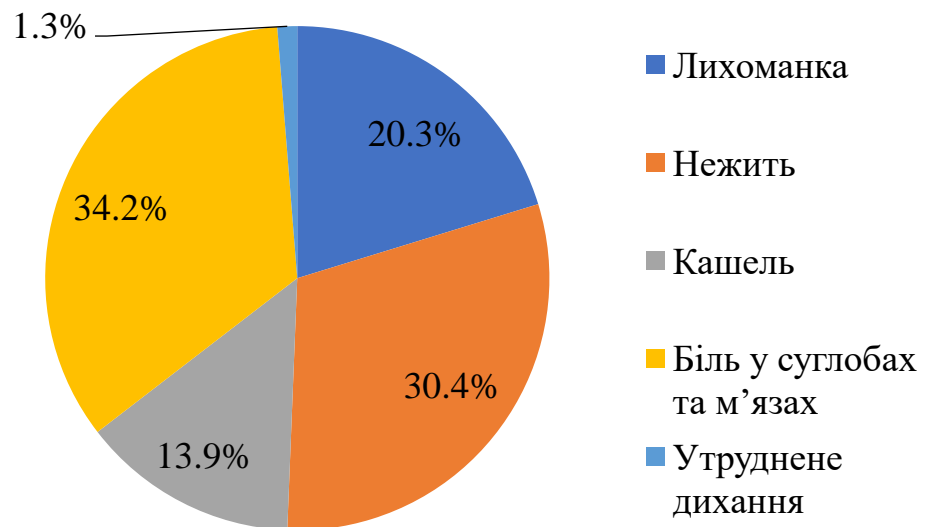


Рис. 2.4. Наявність супутніх симптомів

Через існуючий стан епідеміологічної ситуації, та наявності у мережі Інтернет інформації щодо ефективності тих чи інших знеболювальних препаратів, багато людей самостійно придбають їх навіть за наявності додаткових симптомів. Ця тенденція доволі поширена, що знайшло місце і у нашій роботі (див. рис. 2.4). Опитування покупців знеболювальних препаратів показало, що основними супутніми симптомами покупців є: лихоманка – 20,3% осіб, нежить – 30,4% всіх опитаних категорій громадян. Також покупці знеболювальних препаратів придбають їх для лікування болю у суглобах та м'язах – 34,2% відповідей. Найменшими виявилися симптоми кашлю – 13,9% всіх опитаних та утруднене дихання – 1,3%. Також 10,2% опитаних громадян відмітили відсутність якихось інших симптомів окрім головного болю.

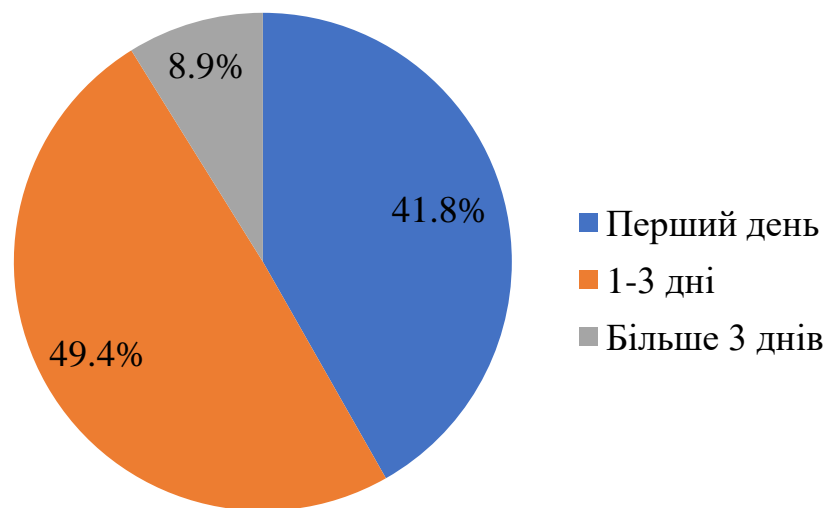


Рис. 2.5. Тривалість ознак захворювання

При аналізі питання «Якщо так, скільки днів ви відчуваєте нездужання?», слід також відмітити, що більшість хворіють 1-3 дні, тобто вони звернулися про допомогу лише через деяких час (див. рис. 2.5). 41,8% опитаних відмітили, що вони хворіють лише перший день та 8,9% вказали наявність симптомів захворювання більше ніж 3 дні, що безумовно повинно бути враховано фармацевтом при наданні консультативної допомоги покупцеві.

Також було з'ясовано, який провокуючий чинник є найбільш вагомим у виникненні нападу головного болю, тому респонденти відповіли на запитання стосовно цього. Результати наведені на рисунку нижче:

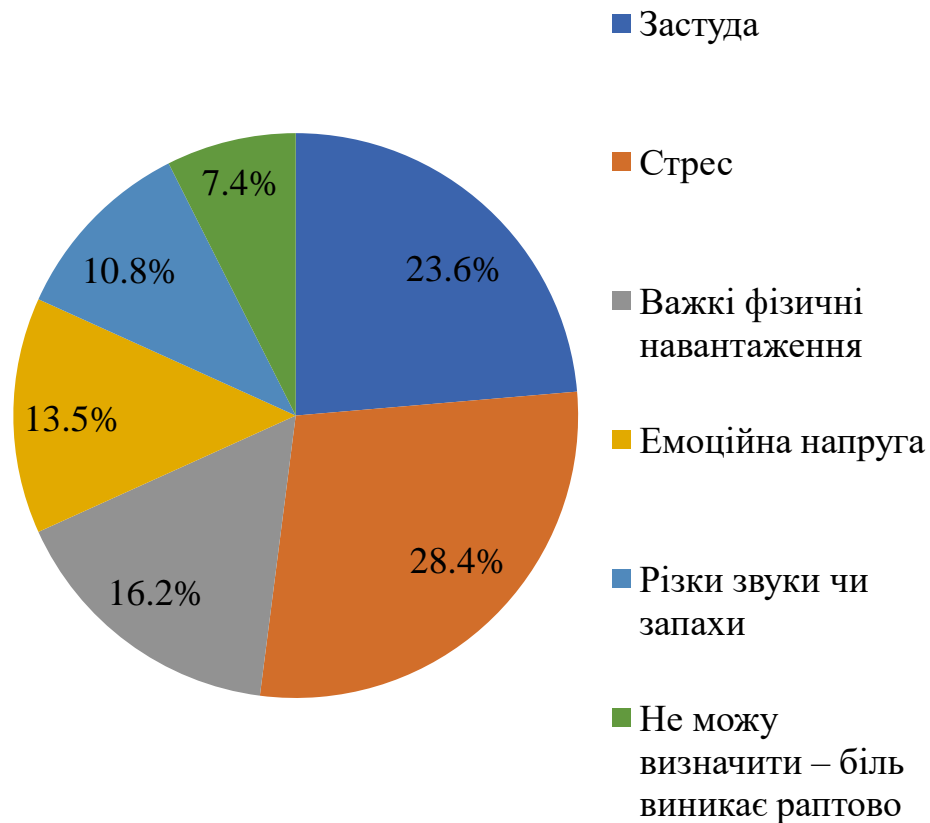


Рис. 2.6. Аналіз провокуючих чинників виникнення головного болю

Як видно з рисунку 2.6 застуда та стрес є найбільш важливими факторами виникнення головного болю – їх обрали 23,6% та 28,4% усіх опитаних. Трохи менше – 16,2% вважають що важкі фізичні навантаження є факторами виникнення у них головного болю. Приблизно однакову кількість відповідей набрали емоційна напруга та різкі роз дратівники 13,5 та 10,8 відсотків відповідно. Та 7,4% людей не змогли визначитися із фактором, який провокує у них напад головного болю.

Наступним блоком оцінювання було з'ясування прихильності до лікарської форми знеболювальних препаратів та їхньої найбільш значущої

характеристики (див. рис. 2.7 нижче). Так лідерами стали знеболювальні препарати у вигляді капсул (40,9% опитаних), через свою зручність використання та сучасний вигляд. Другими у рейтингу йдуть таблетовані форми знеболювальних препаратів – 28,4% опитаних обрали саме їх. Розчини обирають 15,9 % споживачів, а препарати у вигляді порошків, супозиторіїв тощо обирає найменша кількість респондентів 14,8%.

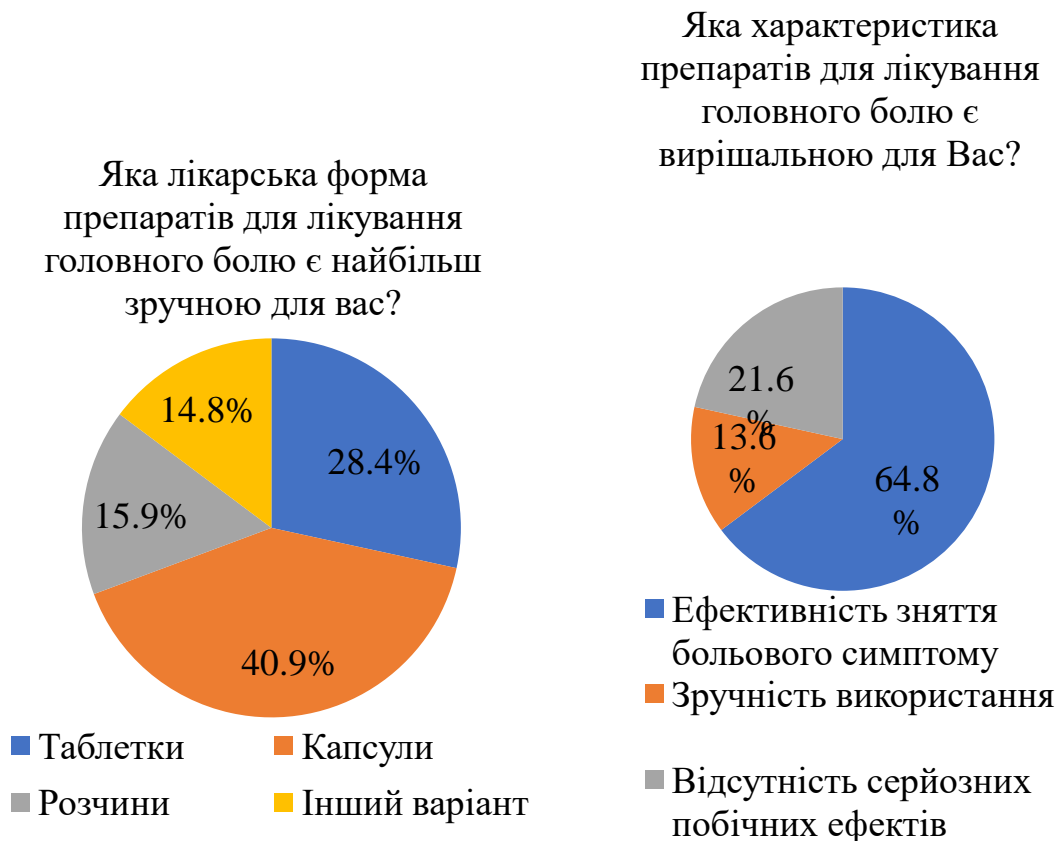


Рис. 2.7. Аналіз відповідей прихильності до лікарської форми знеболювальних препаратів та їхньої найбільш значущої характеристики

Найбільш вагомою характеристикою знеболювальних препаратів є їхня ефективність зняття больового симптому. Цей показник обрала переважна кількість людей – 64,8% усіх опитаних. Відсутність серйозних побічних ефектів обрали 21,6% споживачів. Що є не поганим показником інформованості людей про наявність у знеболювальних препаратів можливості виникнення побічних ефектів. Найменша кількість відповідей припадає на «зручність використання» – лише 13,6% усіх опитаних

На питання «Чи знаєте Ви про ризик виникнення побічних ефектів препаратів для лікування головного болю?» ми отримали наступний розподіл відповідей (див. рис. 2.8). Як видно з наведеної діаграми переважна більшість респондентів не має інформації про небажані реакції при самостійному прийомі лікарських препаратів – 72,7% усіх опитаних, що безумовно повинно бути враховане при продажу знеболювальних препаратів для лікування головного болю.

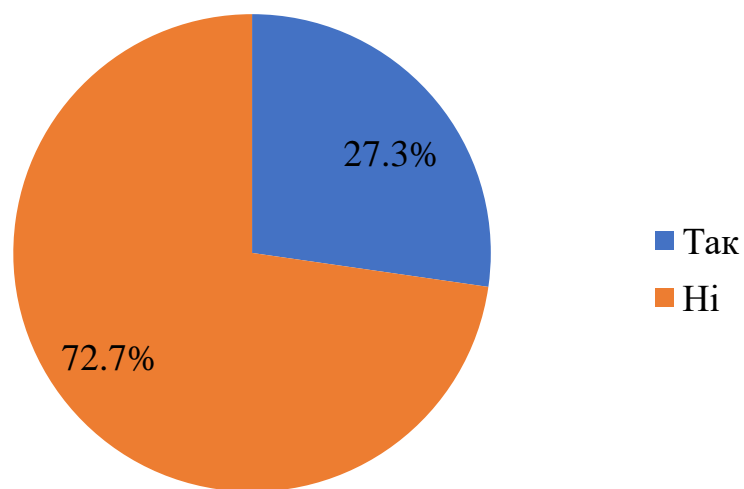


Рис. 2.8. Аналіз інформованості покупців про ризик виникнення побічних ефектів препаратів для лікування головного болю

Тепер слід звернути уваги на такий важливий показник, як готовність співробітника аптек надати консультативну допомогу. На думку опитаних покупців можна відзначити позитивний факт про готовність і схильності співробітника аптеки надати необхідну інформацію (див. рис. 2.9).

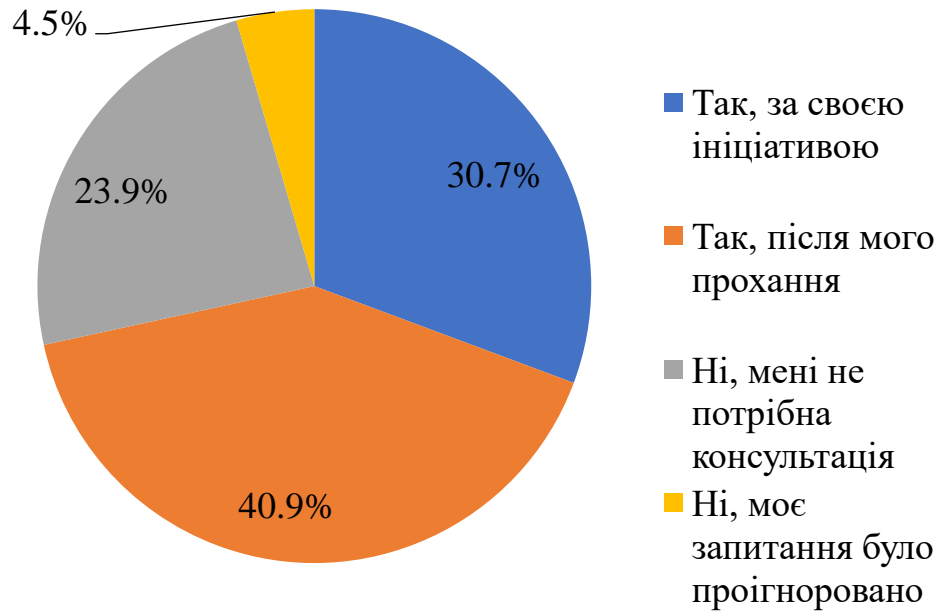


Рис. 2.9. Готовність співробітника аптек надати консультативну допомогу

Все це свідчить про необхідність застосування належних протоколів фармацевтичної опіки для продажу препаратів для симптоматичного лікування головного болю.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ПІДХОДІВ ДО РАЦІОНАЛЬНОГО ВИБОРУ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ

3.1. Удосконалення алгоритму фармацевтичної опіки при відпуску з аптеки лікарських препаратів для симптоматичного лікування головного болю

Провізор (фармацевт) має з'ясувати наявність / відсутність характерних симптомів (кашель, лихоманка, утруднене дихання) та поставити питання щодо історії поїздок в країни із місцевою передачею COVID-19 та контактів з інфікованими SARS-CoV-2 людьми. Якщо відповіді негативні (ризик зараження SARS-CoV-2 малоімовірний) пацієнту надається допомога згідно з протоколами провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів. За наявності симптомів (кашель, лихоманка, утруднене дихання) та відсутності історії поїздок в інфіковані регіони та контактів з інфікованими людьми (ризик зараження SARS-CoV-2 малоімовірний) особі надається допомога згідно з протоколами провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів, за необхідності громадяни направляються до лікаря.

Алгоритм фармацевтичної опіки при призначенні препаратів для симптоматичного лікування головного болю наведено у таблиці 3.1 :

Таблиця 3.1

Алгоритм фармацевтичної опіки при продажі препаратів для симптоматичного лікування головного болю

№ з/п	Питання провізора (фармацевта) до пацієнта/представника пацієнта	Відповіді пацієнта/представника пацієнта	Рекомендації

1.	Чи наявні у пацієнта один або декілька загрозливих симптомів	так	Для уточнення діагнозу і призначення лікування необхідно звернутись до лікаря
		ні	Продовжити опитування
2.	Чи наявна у пацієнта схильність до підвищення (зниження) артеріального тиску (при можливості виміряти артеріальний тиск в аптеці)	так	Для призначення лікування необхідно звернутись до лікаря
		ні	Продовжити опитування
3.	Чи має місце прийом деяких лікарських засобів: - нітрати; - антагоністи H ₂ -рецепторів; - антигіпертензивні засоби (антагоністи кальцію, метилдопа, резерпін); - диліпідазол; - інгібітори MAO; - транквілізатори; - пероральні контрацептиви; - симпатоміметики; - теофілін або припинення прийому: - алкалоїди ріжків; - анальгетики; - НПЗЗ; - кофеїн.	так	Необхідно звернутись до лікаря для корекції лікування, оскільки головний біль може бути пов'язаний з прийомом (відміною) ліків
		ні	Продовжити опитування
4.	Чи був контакт з людиною хворою на COVID-19?	так	Для призначення лікування необхідно звернутись до лікаря
		ні	Продовжити опитування
5.	Чи мають місце фактори, які можуть сприяти виникненню болю?	так	Пацієнту необхідно правильно організувати умови праці та відпочинку, змінити режим

			харчування, оскільки іноді цих заходів може бути достатньо для усунення болю; для тимчасового полегшення стану призначити безрецептурні ненаркотичні анальгетики .
		ні	Для полегшення стану призначити анальгетики або нестероїдні протизапальні засоби, з урахуванням характеру болю, віку та наявних хронічних захворювань пацієнта; препаратом вибору є парацетамол
6.	Чи виникали побічні явища після застосування ненаркотичних анальгетиків на даний час або в минулому?	Так	Пацієнту можна зарекомендувати замінити ненаркотичні анальгетики на інші.
		Ні	Продовжити опитування
7.	Чи наявні у пацієнта хронічні захворювання, при яких може виникати біль?	Так	Для призначення лікування необхідно звернутись до лікаря; для тимчасового полегшення без рецептурні ненаркотичні анальгетики .
		Ні	Продовжити опитування

У разі відсутності загрозливих симптомів та протипоказань до застосування ненаркотичних анальгетиків провізор обирає оптимальний препарат з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та надає інформацію

щодо їх раціонального застосування: всі анальгетики антипіретики, особливо кислоту ацетилсаліцилову, необхідно приймати після їжі. Препарати, що містять ацетилсаліцилову кислоту, не можна приймати разом з антикоагулянтами, антиагрегантами, при вагітності і в період годування грудьми. Не можна поєднувати прийом анальгетиків антипіретиків з алкоголем (різко підвищується ульцерогенна — особливо у ацетилсаліцилової кислоти і гепатотоксична дія — особливо у парацетамолу).

Ацетилсаліцилова кислота знижує сечогінний ефект петльових діуретинів. Ацетилсаліцилова кислота протипоказана пацієнтам з виразковою хворобою шлунка і 12-палої кишки, геморагічним діатезом, бронхіальною астмою. Метамізол натрію протипоказаний при вагітності, бронхоспастичних станах, з обережністю застосовують у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, при інфаркті міокарду, захворюваннях нирок, алкоголізмі.

Під час тривалого застосування метамізолу натрію необхідно контролювати склад периферичної крові, при перших ознаках агранулоцитозу припинити прийом препарату. Важлива властивість препаратів, що містять парацетамол, — невелика широта терапевтичної дії (токсична доза перевищує максимальну терапевтичну всього в 2-3 рази), тому необхідно дотримуватись призначеного дозування. Препарати, що містять парацетамол, з обережністю призначають при порушенні функції печінки.

Ібупрофен може викликати запаморочення, тому його не призначають особам, діяльність яких вимагає високої концентрації уваги та швидкості психомоторних реакцій. Лікарські форми з уповільненим вивільненням дозволяють підвищити безпечність та ефективність застосування нестероїдних протизапальних засобів.

Комбіновані лікарські засоби мають такі ж особливості при застосуванні, як і анальгетики та антипіретики, що входять до їх складу. Не можна застосовувати одночасно з іншими лікарськими засобами, які містять в своєму складі такі ж анальгетики і антипіретики; необхідно дотримуватись призначених доз для запобігання токсичної дії внаслідок передозування.

Комбіновані лікарські засоби, які містять кофеїн, не призначають при підвищеному артеріальному тиску, їх не можна поєднувати з прийманням великої кількості кави або чаю, щоб запобігти передозуванню кофеїну.

3.2. Створення Пам'ятки для пацієнта щодо правил застосування ненаркотичних анальгетиків для симптоматичного лікування головного болю

Проведений нами огляд сучасних літературних джерел показав, що для симптоматичного лікування головного болю фармацевтична промисловість пропонує значну кількість препаратів безрецептурного відпуску із групи анальгетиків-антипіретиків, у тому числі з препаратів групи N02B A01 Кислота ацетилсаліцилова – 30 препаратів, з них комбінованих препаратів без психолептиків – 19 найменувань; з групи N02B B Піразолони – 35 препаратів, з них комбінованих препаратів метамізолу натрію без психолептиків – 8 найменувань; з групи N02B E Аніліди – 149 препаратів, з них комбінованих препаратів парацетамолу без психолептиків – 11 найменувань; з групи N02B G Інші анальгетики та антипіретики (Нефопам та Флупіртин) – 5 препаратів.

Традиційні рекомендації, стосовно фармацевтичної опіки при застосуванні препаратів для симптоматичного лікування болю наступні:

- Головний біль може бути симптомом серйозних захворювань, тому обов'язково слід звернутися до лікаря для виключення небезпечних для життя і здоров'я станів.
- Комбіновані препарати з групи анальгетиків-антипіретиків, що містять кофеїн, не слід поєднувати з прийомом кави або чаю у великих кількостях щоб уникнути передозування.
- Препарати, що містять парацетамол, слід з обережністю призначати особам з важкими порушеннями функції печінки.
- Препарати, що містять парацетамол, не можна приймати разом з алкоголем .

- При тривалому прийомі препаратів, що містять парацетамол, слід здавати клінічний аналіз крові.
- Препарати, що містять ацетилсаліцилову кислоту, рекомендується приймати після їди.
- Препарати, що містять ацетилсаліцилову кислоту, не слід приймати разом з препаратами, які розріджують кров.
- Препарати, що містять ацетилсаліцилову кислоту, не слід поєднувати з алкоголем це підвищує ризик утворення виразки шлунку.
- При тривалому прийомі препаратів, які містять ацетилсаліцилову кислоту, рекомендується дослідження калу на приховану кров.
- Препарати, що містять ацетилсаліцилову кислоту, не слід приймати під час вагітності та лактації.
- Лікарські препарати, що містять суматриптан, можна застосовувати тільки після постановки діагнозу мігрені лікарем.
- Лікарські препарати, що містять суматриптан, не слід застосовувати хворим із захворюваннями серця, судин, при гіпертонічній хворобі.
- Лікарські препарати, що містять суматриптан, не застосовують для профілактики нападу мігрені.
- Всі НПЗП, особливо препарати ацетилсаліцилової кислоти (Аспірин), з особливою обережністю слід призначати хворим на бронхіальну астму, ерозивно-виразкові ураження шлунково-кишкового тракту, схильністю до кровотеч, із захворюваннями печінки, порушенням функції нирок.
- Всі НПЗП, особливо препарати ацетилсаліцилової кислоти, слід приймати після їди.
- Ацетилсаліцилова кислота, диклофенак, індометацин, сургам, напроксен, теноксикам, кетопрофен здатні знижувати агрегацію

тромбоцитів і згортання крові, можуть сприяти розвитку підшкірних крововиливів.

- Виведення нестероїдних протизапальних засобів з організму істотно збільшується при лужної реакції сечі – це призводить до зниження ефективності препаратів і коротшого часу їх дії.
- При одночасному призначенні ненаркотичних анальгетиків і антацидів знижується всмоктування і збільшується виведення НПЗП з організму.
- Під час вагітності забороняється використовувати аспірин, анальгін, індометацин, ібупрофен, напроксен, кетопрофен.
- Не рекомендується застосовувати дітям: аспірин, кеторолак, кетопрофен, індометацин, теноксикам (до 14 років), ібупрофен (до 6 років), матамізол натрію (до 12 років), парацетамол (до 3 років).

Згідно з наказом МОЗ від 13 березня 2020 року № 663 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення та поширення на території України випадків COVID-19» затверджено стандарти медичної та фармацевтичної допомоги COVID-19. У наказі зазначається, що при зверненні осіб зі скаргами з боку респіраторної системи, провізор (фармацевт) має з'ясувати наявність / відсутність характерних симптомів (кашель, лихоманка, утруднене дихання) та поставити питання щодо історії поїздок в країни із місцевою передачею COVID-19 та контактів з інфікованими SARS-CoV-2 людьми. Якщо відповіді негативні (ризик зараження SARS-CoV-2 малоімовірний) пацієнту надається допомога згідно з протоколами провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів. За наявності симптомів (кашель, лихоманка, утруднене дихання) та відсутності історії поїздок в інфіковані регіони та контактів з інфікованими людьми (ризик зараження SARS-CoV-2 малоімовірний) особі надається допомога згідно з протоколами провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів, за необхідності громадяни направляються до лікаря.

Тому узагальнюючи поради щодо продажу знеболювальних препаратів, можна винести наступні положення:

1. Якщо до провізора звернувся пацієнт зі скаргами на біль, необхідно виключити загрозливі симптоми, коли біль має ряд додаткових характеристик.

2. При відсутності загрозованих симптомів можливі кілька причин виникнення болю в м'язах і, відповідно, необхідні різні підходи до симптоматичного лікування.

3. При опитуванні хворого слід уточнити, чи приймає він постійно якісь ЛЗ, особливо з групи діуретиків, антигіпертензивних ЛЗ, гормональних ЛЗ, препарати кальцію, комплекси вітамінів (що містять вітамін D) і ін. Так як виникнення м'язових болів може бути пов'язано з прийомом ряду препаратів, ця інформація необхідна для корекції терапії.

4. При зверненні пацієнта в аптеку провізор може рекомендувати для симптоматичного лікування тільки безрецептурні моно та комбіновані препарати з груп антипіретиків (що містять парацетамол і ін.), Нестероїдні протизапальні засоби (ібупрофен, диклофенак, напроксен і ін.), Препарати для місцевого застосування (що містять екстракт перцю стручкового, бджолина отрута та інші лікарські речовини, що володіють дратівливою дією на рецептори шкіри).

5. Провізор повинен роз'яснити хворому необхідність суворого дотримання інструкції по застосуванню препаратів, зокрема зазначених у листівці вкладиші правил дозування препаратів, термінів лікування, особливостей прийому (зв'язок з прийомом їжі, несумісність ряду препаратів з алкоголем, особливості взаємодії з лікарськими засобами інших груп), протипоказань (наприклад, при вагітності і годуванні грудьми і т. д.).

6. На закінчення провізор повинен перевірити, наскільки точно пацієнт засвоїв інформацію, так як тільки повне дотримання правил прийому препарату може забезпечити очікуваний результат лікування.

Отже, впровадження удосконаленого алгоритму фармацевтичної опіки при лікуванні головного болю дозволить стандартизувати рутину практичну

діяльність фармацевта в умовах пандемії COVID-19. Причини головного болю різноманітні, що зумовлює відповідний вибір ЛЗ. Це необхідно враховувати працівнику аптеки під час надання фармацевтичної допомоги такої категорії пацієнтів, бо в умовах пандемії COVID-19 роль фармацевта значно підвищилась, оскільки він, у більшості випадків, є першою ланкою медичної допомоги хворим із легкою формою корона вірусної хвороби. Він є особою, що володіє знаннями для своєчасної діагностики COVID-19 із можливими супутніми симптомами, одним з яких є головний біль. Тому вважається актуальним удосконалення алгоритму фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю з урахуванням можливості наявності у хворого корона вірусної хвороби.

При раціональному використанні препарату, а також при строгому контролі стану хворого в процесі лікування перераховані ефекти виникати не повинні. Фармацевт повинен пам'ятати, що пацієнта завжди потрібно попереджати про важливість суворого дотримання доз і термінів лікування при симптоматичному прийомі препаратів для лікування больового синдрому. При необхідності тривалого лікування даними препаратами слід рекомендувати звернутися до лікаря для проведення періодичного контролю результатів фармакотерапії.

ВИСНОВКИ

1. За результатами огляду та аналізу сучасних літературних джерел визначено, що понад 50 % осіб, які страждають на біль голови віддають перевагу самостійному лікуванню, обираючи для цього безрецептурні знеболюючі препарати. На підставі даних літератури виокремлено стани та захворювання, що супроводжуються головним болем та вимагають обов'язкового звернення до лікаря, серед яких на сьогодні особлива увага приділяється захворюванню на COVID-19 та постковідному синдрому.

2. За допомогою самостійно розробленої анкети-опитувальника проведено вивчення практики використання ненаркотичних анальгетиків відвідувачами аптеки, що дозволило визначити напрямки удосконалення та оптимізації фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю в умовах пандемії коронавірусної хвороби.

3. За результатами анкетування встановлено, що основним мотивом для придбання ненаркотичних анальгетиків у 52 % опитаних були за мотивом застуди та стресу. Серед відвідувачів, які мали ознаки застуди, у т.ч. головний біль, 23,6 % підтверджували контакт з хворим на COVID-19, а 20 % пов'язували хворобливі відчуття з перенесеною (підтвердженою лабораторно) коронавірусною хворобою. Більшість респондентів (40,9 %) при виборі анальгетика віддавали перевагу парацетамолу у формі капсул. Стосовно протипоказань та побічної дії ненаркотичних анальгетиків були поінформовані лише третина опитаних.

4. Удосконалення алгоритму фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю полягає у включенні до переліку загрозливих станів коронавірусної хвороби та постковідного синдрому відповідно до чинного стандарту фармацевтичної допомоги, а також розробці практичних рекомендацій для фармацевта стосовно вибору оптимального анальгетичного препарату відповідно до індивідуальних особливостей пацієнта.

5. Запропонована інформаційна Пам'ятка для відвідувачів аптеки, яким призначений ненаркотичний анальгетик, містить корисну інформацію, яка сприятиме підвищенню його поінформованості щодо правил прийому обраного лікарського препарату, можливої побічної дії, поєднання з іншими ліками чи їжею, умов зберігання, тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Беляков В.А., Соловьев И.К. Ненаркотические анальгетики нейропептиды, адренергические анальгетики, анальгетики – антипиретики, нестероидные противовоспалительные препараты и другие. Нижний Новгород.: Изд-во «Нижегородская ярмарка», 2011.
2. Білай І.М. Аналгетична активність похідних 1, 2, 4-тріазолу на етапі первинного фармакологічного скринінгу. Фармакологія та лікарська токсикологія. 2016. №. 1. С. 48.
3. Біль: механізми розвитку, принципи діагностики та лікування Д.В. Дмитрієв, П.Г. Прудіус, Л.А. Залецька. Медицина болю. 2019. Т. 4, № 2. С. 4 33.
4. Безшейко В.Г. Новые подходы к терапии при болевом синдроме: лорноксикам с позиций доказательной медицины В.Г. Безшейко .Укр. мед. часопис. 2013. № 1.11. – С. 81–84.
5. Бобирьов В.М. Внутрішні хвороби. Фармакотерапія болювого синдрому В.М. Бобирьов, Т.А. Петрова, Г.Ю. Островська. – Полтава: Верстка, 2003. 240 с.
6. Бурчинський С.Г. Біль і депресія: нові можливості фармакотерапії хронічних болювих синдромів Міжнародний неврологічний журнал . 2019. №. 8.110. С. 36-42.
7. Головач І.Ю. Клінічні, фармакологічні та економічні переваги напроксену в лікуванні гострих і хронічних болювих синдромів Український вісник психоневрології. 2018. №. 26, вип. 3. С. 77-82.
8. Державний реєстр лікарських засобів України [Електронний ресурс] Режим доступу до ресурсу: <http://www.drlz.com.ua/>.(дата звернення: 09.10.2021) . Назва з екрану.
9. Есин О, Есин Р , Наприенко М., Врач. 2011. № 7. С. 43–45. Боль: лечение и профилактика

10. Копчак О. О. Головний біль напруження й цервікогенний головний біль: особливості клінічної картини, діагностики й лікувальної тактики *International neurological Journal*. 2019. №. 3.105. С. 52-57.

11. Матюха Л.Ф. Больовий синдром, його вплив на організм і підходи до ефективного знеболення у практиці сімейного лікаря *Український медичний часопис*. 2015. №. 4. С. 32-36.

12. Настанова 00791. Головний біль напруги *Настанови на засадах доказової медицини*. Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. Адаптовані для України групою експертів МОЗ України. 2017. guidelines.moz.gov.ua.

13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року №1 «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення» (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 січня 2013 року № 56), зареєстрований у Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 686.12560.

14. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2019 року № 1126 «Про затвердження Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними вірусними інфекціями, заходів з готовності в між епідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 07 червня 2019 року за № 595.33566.

15. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661.20974

16. Нефьодов О.О. Механізми розвитку та загальні принципи фармакотерапії болю є величезною глобальною проблемою охорони здоров'я

О.О. Нефьодов, В.Й. Мамчур . Рациональна фармакотерапія. 2011. № 2 (19). С. 38-42.

17. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі. Київ: Міністерство охорони здоров'я України, 2012. 38 с.

18. Bendtsen L., Fumal A., Schoenen J. Tension-type headache: mechanisms *Handb. Clin. Neurol.* 2010. 97. P. 359-66. DOI: 10.1016/S0072-9752(10)97029-2.

19. Beran R.G. Headache. *Neurology for General Practitioners.* Sydney: Elsevier, 2021. P. 45-55.

20. Bezov D., Ashina S., Jensen R., Bendtsen L. Pain perception studies intension-type headache . *Headache.* 2021. 51(2). P. 262-71. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01768.x.

21. Bolay H, Gül A, Baykan B. COVID-19 is a Real Headache! *Headache.* 2020 Jul;60(7):1415-1421. doi: 10.1111/head.13856. Epub 2020 May 27. PMID: 32412101; PMCID: PMC7272895.

22. Country & Technical Guidance - Coronavirus disease (COVID-19) [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance> (дата звернення: 10 .10.2021). Назва з екрану.

23. Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected Interim guidance 13 March 2020 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:[https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acuterespiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acuterespiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected) (дата звернення: 15.10.2021). Назва з екрану.

24. Davtyan L.L., Tarasenko V.O. Клінічна фармакологія болю. *Український журнал боли.* 2017. Т. 1. №. 1. С. 19-25.

25. Fernández-de-Las-Peñas C., Cuadrado M.L., Arendt-Nielsen L. et al. Increased pericranial tenderness, decreased pressure pain threshold, and headache clinical parameters in chronic tension-type headache patients . *Clin. J. Pain.* 2017. 23. P. 346-352. DOI: 10.1097/AJP.0b013e31803b3770.

26. Global Surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-19) Interim guidance 27 February 2020, [Электронный ресурс]. Режим доступа:[https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)). (дата звернення: 30.11.2021)

Назва з екрану.

27. Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts Interim guidance 17 March 2020, [Электронный ресурс]. Режим доступа: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts). (дата звернення: 30.11.2021).

Назва з екрану.

28. Filler L, Akhter M, Nimlos P. Evaluation and Management of the Emergency Department Headache. *Semin Neurol.* 2019 Feb;39(1):20-26. doi: 10.1055/s-0038-1677023. Epub 2019 Feb 11. PMID: 30743289.

29. Giamberardino MA, Affaitati G, Costantini R, Guglielmetti M, Martelletti P. Acute headache management in emergency department. A narrative review. *Intern Emerg Med.* 2020 Jan;15(1):109-117. doi: 10.1007/s11739-019-02266-2. Epub 2020 Jan 1. PMID: 31893348.

30. GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: asystematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol.* 2017. № 16. P. 877-897.

31. Hadidchi S, Surento W, Lerner A, Liu CJ, Gibbs WN, Kim PE, Shiroishi MS. Headache and Brain Tumor. *Neuroimaging Clin N Am.* 2019 May;29(2):291-300. doi: 10.1016/j.nic.2019.01.008. Epub 2019 Feb 20. PMID: 30926118.

32. Hanna M., Moon J. Y. A review of dexketoprofen trometamol in acute pain .*Current medical research and opinion.* 2019. Т. 35. №. 2. С. 189-202.

33. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia.* 2013. 339. P. 629-808. DOI: 10.1177/0333102413485658.

34. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition .Cephalgia. 2018. 38(1). P. 1-211. doi: 10.11770333102417738202.

35. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders. Cephalgia. 2004. 24 (Suppl. 1). P. 1-160.

36. Kaniecki RG, Levin AD. Headache in the elderly. Handb Clin Neurol. 2019;167:511-528. doi: 10.1016/B978-0-12-804766-8.00028-5. PMID: 31753152.

37. Kaur N, Gupta I, Singh H, Karia R, Ashraf A, Habib A, etc. Epidemiological and clinical characteristics of 6635 patients with COVID-19. SN Compr Clin Med. (2020) 2: 1048-52.

38. Ko H.C., Son B.C. Chronic Unilateral Temporo-Occipital Headache Attributed to Unilateral C3 Radiculopathy. Asian J. Neurosurg. 2018. 13(4). P. 1229-1232. doi: 10.4103ajns.AJNS_197_17.

39. Kwon OK. Headache and Aneurysm. Neuroimaging Clin N Am. 2019 May;29(2):255-260. doi: 10.1016/j.nic.2019.01.004. Epub 2019 Feb 20. PMID: 30926115.

40. Martin P.R. Stress and Primary Headache: Review of the Research and Clinical Management . Curr. Pain Headache Rep. 2016. 20(7). P. 45. DOI: 10.1007/s11916-016-0576-6.

41. Madsen B.K., Sjøgaard K., Andersen L. et al. Neckshoulder function in tension-type headache patients and the effect of strength training. Journal of Pain Research. 2018. 11. P. 445-454. doi: 10.2147JPR.S146050

42. Novel Coronavirus (2019-nCoV) v2 Operational Support & Logistics Disease Commodity Packages [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse.dcp-ncov.pdf?sfvrsnf5fe62346&download=true>.(дата звернення:30.11.2021). Назва з екрану.

43. Register-Mihalik J.K., Vander Vegt C.B., Cools M., Carnerio K. Factors Associated with Sport-Related Post-concussion Hea-dache and Opportunities for

Treatment . *Curr. Pain Headache Rep.* 2018.10. 22(11). P. 75. doi: 10.1007/s11916-018-0724-2.

44. Shah J.P., Thaker N., Heimur J. et al. Myofascial Trigger Points Then and Now: A Historical and Scientific Perspective . *PMRJ.* 2015. 7. P. 746-761. doi: 10.1016/j.pmrj.2015.01.024.

45. Steiner T.J, Stovner L.J., Katsarava Z. The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *J. Headache Pain.* 2014. 15. P. 31. doi: 10.1186/1129-2377-15-31.

46. Stovner L.J., Hagen K., Jensen R. et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia.* 2007. 27. P. 193-210. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x.

47. Upadhyaya P, Nandyala A, Ailani J. Primary Exercise Headache. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2020 Apr 15;20(5):9. doi: 10.1007/s11910-020-01028-4. PMID: 32296942; PMCID: PMC7160088.

48. Varrassi G. et al. Multimodal analgesia in moderate-to-severe pain: a role for a new fixed combination of dexketoprofen and tramadol . *Current medical research and opinion.* 2017. T. 33. №. 6. C. 1165-1173.

49. Vuralli D, Wattiez AS, Russo AF, Bolay H. Behavioral and cognitive animal models in headache research. *J Headache Pain.* 2019 Jan 31;20(1):11. doi: 10.1186/s10194-019-0963-6. PMID: 30704400; PMCID: PMC6734244.

50. Wakerley BR. Medication-overuse headache. *Pract Neurol.* 2019 Oct;19(5):399-403. doi: 10.1136/practneurol-2018-002048. Epub 2019 Jul 4. PMID: 31273078.

51. White P.F. What are the advantages of non-opioid analgesic techniques in the management of acute and chronic pain?. *Expert opinion on pharmacotherapy.* 2017. T. 18. №. 4. C. 329-333.

52. Yang B. et al. The efficacy of dexketoprofen for migraine attack: A meta-analysis of randomized controlled studies . *Medicine.* 2019. T. 98. №. 46.

ДОДАТКИ

Додаток А

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

YOUTH PHARMACY SCIENCE

МАТЕРІАЛИ
II ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

7-8 грудня 2021 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2021

Додаток А

Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю
«YOUTH PHARMACY SCIENCE»

Лещенко С. А.; Н. к.:Шебеко С. К.	515
Ляшенко К. О.; Н. к.:Сахарова Т. С.	517
Мазур С. І.; Н. к.:Сахарова Т. С.	519
Мелюс О. О.; Н. к.:Безугла Н. П.	521
Михайліченко І. Ю., Андрєєва О. О., Ткаченко К. М.; Н. к.:Давишня Н. В.	522
Оробченко І. А.; Н. к.:Пропіснова В. В.	523
Пазюра Я. О.; Н. к.:Мороз В. А.	524
Перов Д. В., Отришко І. А., Андрєєва О. О.; Н. к.:Ткаченко К. М.	525
Полякова К. В., Колодезна Т. Ю.; Н. к.:Попов О. С.	527
Приймак О. С., Ткаченко К. М., Андрєєва О. О.; Н. к.:Отришко І. А.	528
Пустовар А. А.; Н. к.:Тарасенко О. О.	529
Савич С. А., Давишня Н. В.; Н. к.:Зупанець К. О.	531
Тесля О. О.; Н. к.:Андрєєва О. О.	532
Тюленєва М. С.; Н. к.:Пропіснова В. В.	533
Чорна А. М., Давишня Н. В.; Н. к.:Вєтрова К. В.	534
Шека А. О.; Н. к.:Сахарова Т. С.,	536
Andriieva O. O., Kushnir Y. G., Zimin S. M.; S.s.:Zhulai T. S.	538
Bondarenko V. V., Popov O. S., Kolodeznaya T. Yu.; S.s.:Dobrova V. E.	539
Helena Hamich; S.s.:Zupanets K. O.	540
Kozina A. S., Kolodyezna T. Yu., Davishnia N. V.;S.s.: Dobrova V. Ye.	541
Mona Malik; S.s.:Zupanets K. O.	542
Naumenko Ye. D.; S.s.:Dobrova V. E.	544
Otrishko I. A., Kondratieva A. O., Shebeko S. K.; S.s.:Zhulai T. S.	545
Purykina N. Y.; S.s.:Sacharova T. S.	546
Radchenko A. V., Kolodyezna T. Yu., Davishnia N. V.; S.s.:Dobrova V. Ye.	547
Rashevskaya A. I.; S.s.:Dobrova V. E.	548
Shishkina S. O., Kolodyezna T. Yu., Popov O. S.; S.s.:Dobrova V. E.	550
Tarassenko O. O., Tsekhmistro V. Y., Tkachenko K. M.; S.s.:Zhulai T. S.	551
Troyan D. S.; S.s.:Dobrova V. E.	552
Tsavaluiuk A. V., Otrishko I. A., Zhulai T. S.; S.s.:Tkachenko K. M.	554

Додаток А

РОЗРОБКА ПІДХОДІВ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ ВИБОРУ НЕНАРКОТИЧНИХ АНАЛЬГЕТИКІВ ДЛЯ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОЛОВНОГО БОЛЮ В УМОВАХ АПТЕКИ

Мазур С. І.

Науковий керівник: Сахарова Т. С.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Zakunsvitlana161095@gmail.com

Вступ. Больовий синдром посідає лідируючу позицію серед причин, які спонукають пацієнта звертатись до аптеки. За епідеміологічними даними найпоширенішим проявом больового синдрому є головний біль, який зустрічається у 76% відвідувачів аптеки. В умовах існуючої пандемії COVID-19 кількість звернень до аптеки зі скаргами на головний біль суттєво зросла, причому у половині випадків відвідувачі приходять в аптеку без відвідування лікаря та будь-якого рецепту від нього. Оскільки препарати знеболюючої дії (ненаркотичні анальгетики) належать до категорії безрецептурних, споживачі ліків досить часто звертаються за порадою з їхнього вибору до фармацевтичного працівника. За таких обставин особливого значення набувають фахові компетентності клінічного провізора, який не лише володіє

519

поглибленими знаннями з клінічної фармакології, але й добре обізнаний з питань клінічної медицини та медичної діагностики.

Мета дослідження. Удосконалення підходів до проведення симптоматичної терапії головного болю пацієнтів в умовах аптеки на засадах фармацевтичної опіки.

Матеріали та методи. У дослідженні використані методи теоретичного аналізу, вербально-комунікаційний метод (анкетування відвідувачів аптеки) та методи математичної статистики. Дослідження проведене на базі аптеки №1 м. Харків.

Результати дослідження. У опитуванні взяли участь 76 респондентів, які звертались до аптеки з проханням відпуску знеболюючих засобів та скаргами на головний біль, серед них 65% жінки та 35% чоловіки, розподіл за віком був наступний: 9% опитаних були віком до 25 років, 29% від 25 до 35 років, 30% від 36-45 років, 24% віком від 46-55 років та 8% були старші за 55 років. За результатами опитування у більшості з відвідувачів напади болю виникають епізодично 1-2 рази на місяць (49% усіх опитаних), головний біль, що виникає 3-5 разів на місяць відмітили 33% опитаних, 14% відвідувачів поскаржилися на біль, що виникає до 15 разів на місяць, з хронічним болем (понад 15 днів на місяць і 180 днів на рік) не було жодного з опитаних.

З отриманих даних анкетування на інформацію з реклами щодо можливості використання тих чи інших ліків для лікування головного болю спираються майже третина опитаних. Серед споживачів ненаркотичних анальгетиків 65% респондентів відзначили рекламу засобами масової інформації, як основне джерело їхньої мотивації до купівлі знеболювальних засобів. Порада друзів або знайомих є спонукаючим фактором для 26% опитаних, а рекомендації лікаря є найменш істотним джерелом інформації, на неї припадає не більше 10% відповідей. Для оцінки поінформованості покупців про побічні ефекти препаратів для лікування головного болю були отримані наступні відповіді: лідирує відповідь «відсутність серйозних побічних ефектів» (78% усіх опитаних), далі йде ефективність препарату та зручність його використання (59% та 33% відповідно). Варто згадати, що для 22,5% опитаних одним із ключових критеріїв вибору стала можливість придбання препаратів без рецепта лікаря. Низька ціна обраного товару посідає останнє місце серед мотивуючих факторів (3%). Найбільш затребуваними є лікарські засоби у ціновому діапазоні від 50 до 150 грн. за упакування.

У анкету було включено блок питань, що стосуються вивчення переваг пацієнтів у виборі виду лікарської форми, найбільш зручної у застосуванні. Якщо розглянути відсоткове співвідношення відповідей покупців на питання про бажану лікарську форму, то ми побачимо наступні переваги: більшість респондентів віддають перевагу таблетованим формам, їх обрали 45% опитаних, що може бути пов'язане зі зручністю застосування цих форм препаратів. Капсули обирають 20% покупців. На третьому місці опинилися розчини – 9%. Найменший попит у покупців мають сиропи для внутрішнього застосування – лише 6 % відповідей.

Висновки. За даними нашого дослідження думку фармацевта щодо доцільності/недоцільності застосування ненаркотичних анальгетиків за наявності головного болю, а також його рекомендації з раціонального вибору препарату враховують майже 80% усіх опитаних. Тому представляється доцільним розробка практичних рекомендацій, які оптимізуватимуть роботу провізора в умовах підвищеного попиту відвідувачів аптеки на безрецептурні ліки від головного болю в умовах пандемії COVID-19.

Додаток А



Міністерство
охорони здоров'я
України

Національний
фармацевтичний
університет

СЕРТИФІКАТ



Цим засвідчується, що

Мазур С. І.

Науковий керівник:

Сахарова Т. С.

брав(ла) участь у роботі II Всеукраїнської
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

YOUTH PHARMACY SCIENCE



Ректор НФаУ,
д. фарм. н., проф.

Алла КОТВИЦЬКА

7-8 грудня 2021 р.
м. Харків
Україна

Додаток А

**TOPICAL ISSUES OF MODERN
SCIENCE, SOCIETY AND
EDUCATION**

Proceedings of VI International Scientific and Practical Conference
Kharkiv, Ukraine
26-28 December 2021

Kharkiv, Ukraine

2021

2

Додаток А

49. *Бобро С. Г., Таргоня Я. В., Мірзосва З. Г., Кулик Є. А., Гльницька А. Ю.* 240
РОЗРОБКА АЛГОРИТМУ ОПТИМАЛЬНОГО ПОЄДНАННЯ ГЕТЕРОПРОТЕКТОРНИХ МЕТОДИК ОМОЛОДЖЕННЯ ШКІРИ ОБЛИЧЧЯ
50. *Маслов О. Ю., Колісник О. В., Колісник С. В., Вітченко Г. О.* 244
ВИЗНАЧЕННЯ СУМИ ФЕНОЛЬНИХ СПОЛУК У ДІЄТИЧНОЇ ДОБАВЦІ З БРУСНИЦЕЮ
51. *Маслов О. Ю., Колісник О. В., Колісник С. В., Камінська А. П.* 246
ВИЗНАЧЕННЯ СУМИ ФЛАВОНОЇДІВ У СВІЖИХ ПЛОДАХ МАКЛЮРИ ПОМАРАНЧЕВОЇ
52. *Ромащенко В. В.* 249
ТРУДНОЩІ АДАПТАЦІЇ МОЛОДИХ СПЕЦІАЛІСТІВ В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ І ЗАХОДИ ПО ЇХ ПОДОЛАННЮ
53. *Сайко І. В., Кухтенко Г. П., Соловійова С. М., Чорноморець А. О.* 254
АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗРОБКИ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ІЗ ВМІСТОМ ФІТОКОМПЛЕКСУ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ
54. *Сахарова Т. С., Ляшенко К. О.* 258
АНТИКОАГУЛЯНТНА ТЕРАПІЯ У РЕАЛЬНІЙ КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ У ПАЦІЄНТІВ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ
55. *Сахарова Т. С., Мазур С. І.* 261
ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ПРОВІЗОРА В УМОВАХ ПІДВИЩЕНОГО ПОПИТУ НА БЕЗРЕЦЕПТУРНІ ЛІКИ ВІД ГОЛОВНОГО БОЛЮ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19
56. *Сахарова Т. С., Шека А. О.* 264
МІСЦЕ ТА ЗНАЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ У ПЕРВИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ, СПРИЧИНЕНИХ КРОПИВНИЦЕЮ У ДОРΟΣЛИХ
57. *Свірська С. П., Заліська В. Л.* 267
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗРОБКИ ЕМУЛЬСІЙНОГО КРЕМУ ДЛЯ РУК З ЕКСТРАКТОМ КАЛЕНДУЛИ
58. *Сметаніна К., Сільман М., Балецька І., Марчевська А., Дудар Д., Солодуха А.* 270
ВПЛИВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ НА РІВЕНЬ РОЗВИТКУ ТА ФОРМУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ У МАЙБУТНЬОГО СПЕЦІАЛІСТА ФАРМАЦІЇ
59. *Таран А. В., Вандяєва А. О.* 275
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ДІУРЕТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ
60. *Ткачова О., Коваленко Л.* 277
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ СЕЛЕКТИВНИХ ІНГІБІТОРІВ ЗВОРОТНОГО НЕЙРОНАЛЬНОГО ЗАХВАТУ СЕРОТОНІНУ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

ДОДАТОК А

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РОБОТИ ПРОВІЗОРА В УМОВАХ ПІДВИЩЕНОГО ПОПИТУ НА БЕЗРЕЦЕПТУРНІ ЛІКИ ВІД ГОЛОВНОГО БОЛЮ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Сахарова Тетяна Семенівна,

д. фарм. наук, професор

Мазур Світлана Ігорівна,

студент

Національний фармацевтичний університет,

м. Харків, Україна

Вступ./Introduction. Препарати з групи ненаркотичних анальгетиків, які належать до категорії безрецептурних, найчастіше придбаються відвідувачами аптеки без лікарського призначення, через що основним консультантом з їхнього вибору та умов застосування виступає провізор «першого столу». Тривала пандемія COVID-19 обумовила суттєве зростання попиту населення України на ліки для симптоматичного лікування проявів гострої вірусної інфекції, зокрема, анальгетики-антипіретики, тому представляється доцільним розробка практичних рекомендацій, які оптимізуватимуть роботу провізора під час здійснення рутинної професійної діяльності в умовах сьогодення .

Мета роботи./Aim. Оптимізація вибору та призначення ненаркотичних анальгетиків безрецептурного відпуску для симптоматичного лікування головного болю в умовах пандемії COVID-19 на засадах належної фармацевтичної опіки.

Матеріали та методи./Materials and methods. У дослідженні використані методи теоретичного аналізу, вербально-комунікаційний метод (анкетування відвідувачів аптеки) та методи математичної статистики. Дослідження проведене на базі аптеки №1 м. Харків, Україна.

Результати та обговорення./Results and discussion. Проведений нами огляд сучасних літературних джерел показав, що для симптоматичного лікування головного болю фармацевтична промисловість пропонує значну

ДОДАТОК А

кількість анальгетиків-антипіретиків безрецептурного відпуску, у тому числі з групи (за АТС-класифікацією) N02B A01 Кислота ацетилсаліцилова – 30 найменувань, з них комбінованих препаратів без психолептиків – 19; з групи N02B B Піразолони – 35 найменувань, з них комбінованих препаратів метамізолу натрію без психолептиків – 8; з групи N02B E Аніліди – 149 найменувань, з них комбінованих препаратів парацетамолу без психолептиків – 11; з групи N02B G Інші анальгетики та антипіретики (Нефопам та Флупіртин) – 5 найменувань.

Для з'ясування критеріїв вибору споживачами певних анальгетиків-антипіретиків та їх поінформованості щодо умов раціонального застосування обраних ліків, нами проведене письмове опитування відвідувачів аптеки за допомогою розробленої авторської анкети протягом вересня - жовтня 2021 р.

Проведене анкетування показало, що серед загальної кількості опитаних (n=88) 70% респондентів поряд зі скаргами на головний біль відзначали інші ознаки застуди (підвищення температури, нежить та кашель), 30 % запитували анальгетик через інші нездужання (зубний біль, біль у суглобах, перенесений стрес, внаслідок прийому ліків тощо). У 27% відвідувачів аптеки головний біль з іншими ознаками ГРВІ відзначались протягом першої доби, 18% хворіли 2-3 доби і 11% – понад 3 доби, інші 44% респондентів не мали ознак ГРВІ. Згідно з наказом МОЗ від 13 березня 2020 року № 663 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення та поширення на території України випадків COVID-19» затверджено стандарти медичної та фармацевтичної допомоги COVID-19. У наказі зазначається, що при зверненні осіб зі скаргами з боку респіраторної системи, провізор (фармацевт) має з'ясувати наявність / відсутність характерних симптомів (кашель, лихоманка, утруднене дихання) та поставити питання щодо історії поїздок в країни із місцевою передачею COVID-19 та контактів з інфікованими SARS-CoV-2 людьми. Якщо відповіді негативні (ризик зараження SARS-CoV-2 малоімовірний) пацієнту надається допомога згідно з протоколами провізора (фармацевта) при відпуску безрецептурних лікарських засобів. У наших дослідженнях встановлено, що більшість опитаних

ДОДАТОК А

враховують думку провізора щодо доцільності/недоцільності застосування анальгетиків-антипіретиків в залежності від тяжкості проявів та тривалості нездужання та дослухаються до рекомендацій щодо умов раціонального застосування обраних ліків.

Висновки./Conclusions. В умовах пандемії COVID-19 роль фармацевта значно підвищилась, бо він, у більшості випадків, є першою ланкою медичної/лікарської допомоги та володіє достатніми знаннями для своєчасної первинної діагностики COVID-19. Тому вважається актуальним удосконалення алгоритму фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю з урахуванням ймовірної наявності у хворого коронавірусної хвороби.

CERTIFICATE

is awarded to

Mazur Svitlana

for being an active participant in

VI International Scientific and Practical Conference

**“TOPICAL ISSUES OF MODERN SCIENCE,
SOCIETY AND EDUCATION”**

24 Hours of Participation

(0,8 ECTS credits)



KHARKIV

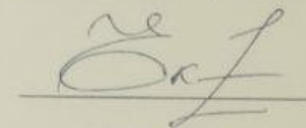
26-28 December 2021

sci-conf.com.ua

Ф А2.2.1-32-366

Національний фармацевтичний університет
Факультет медико – фармацевтичних технологій
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації
Ступінь вищої освіти другий магістерський
Спеціальність 226 фармація
Освітня програма Клінічна фармація

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувачка
кафедри клінічної
фармакології та
клінічної фармації



Катерина ЗУПАНЕЦЬ

« 13 » вересня 2021 року

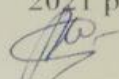

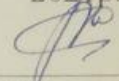

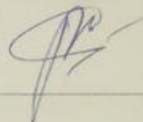
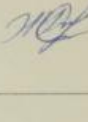
ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Світлани МАЗУР

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю»
керівник кваліфікаційної роботи: Тетяна САХАРОВА, професор кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ,
докт.фарм.наук, професор
затверджений наказом НФаУ від « 01 » листопада 2021 року №544
2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: грудень 2021 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: головний біль, симптоматичне лікування, безпека, COVID - 19 хвороба, фармацевтична опіка.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): Огляд літератури з питань етіопатогенезу головного болю та сучасних підходів до його лікування, розробка анкети для проведення опитування відвідувачів аптеки стосовно лікарських препаратів для симптоматичного лікування головного болю та аналіз отриманих результатів, розробка практичних рекомендацій.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиць – 3, рисунків – 10.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Тетяна САХАРОВА, професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ, д. фарм. н., професор	13 вересня 2021 р. 	13 вересня 2021р. 
2	Тетяна САХАРОВА, професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ, д. фарм. н., професор	13 вересня 2021р. 	13 вересня 2021 р. 
3	Тетяна САХАРОВА, професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ, д. фарм. н., професор	13 вересня 2021р. 	13 вересня 2021р. 

7. Дата видачі завдання: «13» вересня 2021 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1	Пошук літератури	Вересень 2021 р.	Виконано
2	Огляд літератури	Вересень 2021р.	Виконано
3	Розробка анкети для вивчення практики застосування лікарських препаратів для симптоматичного лікування головного болю та проведення опитування	Вересень-жовтень 2021р.	Виконано
4	Аналіз результатів проведеного	Листопад 2021 р.	Виконано

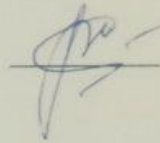
	анкетування, розробка підходів до раціонального вибору та застосування лікарських препаратів для симптоматичного лікування головного болю.		
5	Підготовка презентації та доповіді	Грудень 2021р.	Виконано
6	Остаточне оформлення роботи та представлення до ЕК	Грудень 2021 р.	Виконано

Здобувач вищої освіти



Світлана МАЗУР

Керівник кваліфікаційної роботи



Тетяна САХАРОВА

**Витяг з наказу № 544
по Національному Фармацевтичному Університету
факультету медико-фармацевтичних технологій
від «01» листопада 2021 року**

Затвердити тему та керівника кваліфікаційної роботи студентці **6 курсу** заочної форми навчання факультету медико-фармацевтичних технологій НФаУ:

Прізвище, ім'я, по батькові	Тема кваліфікаційної роботи	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Вчене звання, ім'я, по батькові керівника	Рецензент кваліфікаційної роботи
Мазур Світлана Ігорівна	Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю	Improvement of pharmaceutical care in the symptomatic treatment of headache	проф. Сахарова Т.С.	проф. Щокіна К.І.

Підстава: службове подання кафедри

Вірно: провідний спеціаліст _____

Разумейко Я.С.



Ф А2.8-03-110

ВИСНОВОК
Комісії з академічної доброчесності про проведену експертизу
щодо академічного плагіату у кваліфікаційній роботі
здобувача вищої освіти

№ 100932 від «24» листопада 2021 р.

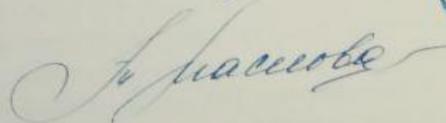
Проаналізувавши випускну кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти заочної форми навчання Мазур Світлани Ігорівни, _____ курсу, _____ групи, спеціальності 226 «Фармація, промислова фармація» за освітньою програмою «Клінічна фармація» на тему: «Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю /Improvement of pharmaceutical care in the symptomatic treatment of headache», Комісія з академічної доброчесності дійшла висновку, що робота, представлена до Екзаменаційної комісії для захисту, виконана самостійно і не містить елементів академічного плагіату (копіляції).

Голова комісії,
професор




Інна ВЛАДИМИРОВА

Секретар



Тетяна МАСЛОВА

Ф А 2.2.1-32-353

ВІДГУК

наукового керівника на кваліфікаційну роботу другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація
Світлани МАЗУР
на тему: «Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю»

Актуальність теми. За статистикою головний біль (ГБ) відзначається у понад 80% населення розвинутих країн та є однією з найчастіших скарг пацієнтів у практиці аптеки. Близько 50 % осіб із ГБ займаються самолікуванням, що призводить до зловживання лікарськими препаратами та розвитку абзусного ГБ, який посідає перше місце серед усіх причин вторинного ГБ, досягаючи в низці країн 1% у популяції. Варто зауважити, що ці хворобливі відчуття нерідко виступають проявом серйозних захворювань, отже, вимагають оперативної допомоги професіоналів. В умовах сьогодення до переліку таких серйозних захворювань увійшла коронавірусна хвороба, серед проявів якої та віддалених наслідків лідируюче місце посідає головний біль. Під час тривалої пандемії COVID-19 актуалізується питання щодо удосконалення алгоритму фармацевтичної опіки у разі звернення до аптеки пацієнта зі скаргами на головний біль, оскільки саме фармацевт виступає першою ланкою професійної долікарської допомоги та кваліфікованим консультантом з питань раціональної лікарської терапії.

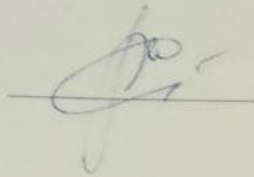
Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість.

Отримані результати стали підґрунтям удосконалення алгоритму фармацевтичної опіки щодо взаємодії провізора з пацієнтом / представником пацієнта у разі звернення зі скаргою на нездужання (головний біль), а також складання інформаційного повідомлення у формі Пам'ятки для пацієнта з питань раціонального застосування ненаркотичних анальгетиків безрецептурного відпуску та немедикаментозних заходів усунення головного болю. Впровадження запропонованого алгоритму фармацевтичної опіки дозволить виокремити категорію пацієнтів з ймовірним захворюванням на COVID-19, що надалі сприятиме їх своєчасному лікуванню. Поширення інформаційно-просвітницьких матеріалів серед споживачів ліків в аптеці сприятиме оптимізації та підвищенню безпеки симптоматичної лікарської терапії головного болю.

Оцінка роботи. Кваліфікаційна робота Світлани МАЗУР є актуальною, своєчасною та безперечно має практичне значення. Автором самостійно проведений огляд сучасної літератури за темою роботи, виконане експериментальне дослідження, проаналізовані результати, сформульовані висновки. На підставі отриманих результатів надано конкретні пропозиції, які мають прикладне значення. Зміст та оформлення роботи відповідають вимогам, які висуваються до кваліфікаційних робіт відповідного рівня.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. Кваліфікаційна робота Світлани МАЗУР на тему «Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю» цілком відповідає вимогам, які висуваються до кваліфікаційних робіт другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація та може бути представлена до захисту в Екзаменаційній комісії Національного фармацевтичного університету.

Науковий керівник



Тетяна САХАРОВА

" 10 " грудня 2021 р.

РЕЦЕНЗІЯ

на кваліфікаційну роботу другого (магістерського) ступеня вищої освіти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація

Світлани МАЗУР

на тему: «Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю».

Актуальність теми. Головний біль залишається актуальною проблемою сьогодення та є однією із найчастіших причин звернення пацієнтів до аптеки. Поширеності самолікування болю голови сприяють несвідоме ставлення до серйозності наслідків цього нездужання, отже, уникання візиту до лікаря; можливість придбання знеболюючих лікарських засобів без рецепту. У реаліях сьогодення головний біль, який поєднується з болем у горлі, м'язах, лихоманкою, слабкістю тощо, може свідчити про захворювання на COVID-19 чи бути проявом постковідного синдрому, рання діагностика та своєчасне лікування яких мають суттєве значення для сприятливого клінічного прогнозу. За таких умов суттєво підвищується роль провізора / клінічного провізора, який виступає першою ланкою у системі надання медичної (лікарської) допомоги та, володіючи здобутими професійними компетентностями, здатен здійснювати належну фармацевтичну опіку, дотримуючись стандартизованого алгоритмічного підходу.

Теоретичний рівень роботи. Робота складена відповідно до вимог «Положення про порядок підготовки та захисту кваліфікаційних робіт у Національному фармацевтичному університеті», містить передбачені розділи: вступ, огляд літератури два розділи власних досліджень, висновки, список використаних джерел, додатки. Робота викладена на 48 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 3 таблицями та 10 рисунками. Зміст розділів викладено логічно та послідовно: перший розділ роботи присвячений огляду літератури з сучасного стану проблеми головного болю та підходів до його лікування; у другому розділі представлені матеріали та методи дослідження, запропонована авторська анкета, на підставі якої проведено експериментальне дослідження та, за результатами якого, визначені напрямки удосконалення фармацевтичної опіки; третій розділ висвітлює практичні рекомендації провізору та пацієнтові у вигляді алгоритму їх дій у разі виникнення відповідного нездужання. Висновки сформульовані відповідно до поставлених завдань та ґрунтуються на результатах дослідження. Список використаних джерел містить 53 найменування, з них 17 кирилицею, 36 латиницею, з яких більшість (52 %) за останні п'ять років. За результатами досліджень опубліковано 2 тез у збірках матеріалів науково-практичних заходів різного рівня.

Пропозиції автора з теми дослідження. Розроблені та запропоновані інформаційні матеріали для відвідувачів, які звертаються до аптеки зі

скаргами на головний біль, а також представлено удосконалений алгоритм фармацевтичної опіки при відпуску ненаркотичних анальгетиків для симптоматичного лікування головного болю в умовах пандемії COVID-19.


Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість.

Розроблені практичні рекомендації можуть стати підґрунтям для оптимізації фармацевтичної опіки для симптоматичного лікування головного болю в умовах пандемії COVID-19 та актуалізації відповідного алгоритму фармацевтичної опіки.

Недоліки роботи. У роботі зустрічаються окремі граматичні помилки, стилістичні недоліки, певні невідповідності щодо оформлення літературних джерел, які не мають принципового характеру та не знижують загальне позитивне враження від роботи.

Загальний висновок і оцінка роботи. За актуальністю, структурою, обсягом проведених досліджень кваліфікаційна робота здобувачки вищої освіти 6 курсу спеціальності 226 Фармація, промислова фармація освітньої програми Клінічна фармація Світлани МАЗУР на тему «Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю» відповідає вимогам, що висуваються до кваліфікаційних робіт другого магістерського рівня вищої освіти та може бути представлена до захисту в Екзаменаційну комісію Національного фармацевтичного університету.

Рецензент



проф. Катерина ЩОКІНА

« 15 » грудня 2021 р.

МОЗ України
Національний фармацевтичний університет

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ №7

Засідання кафедри _____ клінічної фармакології та клінічної фармації _____

Національний фармацевтичний університет

м. Харків

«24» грудня 2021 р.

СЛУХАЛИ: Про представлення до захисту в Екзаменаційній комісії
 випускної кваліфікаційної роботи (магістерської роботи) на тему: «Удосконалення
 фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю» /
 «Improvement of pharmaceutical care in the symptomatic treatment of headache»
 студентки 6 курсу спеціальності – 226 Фармація, промислова фармація, освітньої
 програми – Клінічна фармація, заочної форми навчання, НФаУ 2022 року випуску

Мазур Світлани Ігорівни

прізвище, ім'я та по батькові

Керівник: доктор фармацевтичних наук, професор кафедри клінічної
 фармакології та клінічної фармації, професор Сахарова Т.С.

Рецензент: доктор фармацевтичних наук, професор кафедри
 фармакології та фармакотерапії, професор Щокіна К.Г.

В обговоренні магістерської роботи брали участь:

професор К.О. Зупанець; професор Т.С. Сахарова; професор В.А. Мороз;
 професор В.Є. Добрава; професор С.К. Шебеко; доцент В.В. Протіснава;
 доцент Н.П. Безугла; доцент С.В. Місюрьова; доцент О.О. Андреева;
 доцент І.А. Огрішко; доцент О.О. Тарасенко; доцент К.М. Ткаченко;
 доцент С.М. Зімін; доцент Т.С. Жулай; доцент А.М. Семенов;
 асистент О.С. Попов; асистент Н.В. Давішня; асистент Т.Ю. Колодезна;
 асистент К.В. Ветрова; асистент Ю.В. Тимченко

ПОСТАНОВИЛИ: Рекомендувати до захисту в ЕК магістерську роботу студентки

Мазур Світлани Ігорівни

прізвище, ім'я та по батькові

На тему: «Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні
 головного болю» / «Improvement of pharmaceutical care in the symptomatic treatment of
 headache»

Завідувачка кафедри _____

Секретар _____



(підпис)

Катерина ЗУПАНЕЦЬ

(підпис)

Катерина ТКАЧЕНКО

Підпис

завідуючо: _____

Зупанець і Катерини Ткаченко

Ф А2.2.1-32-0

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ПОДАННЯ ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Направляється здобувач вищої освіти Світлани МАЗУР до захисту кваліфікаційної роботи.
за галузю знань 22 Охорона здоров'я
спеціальністю 226 Фармація
освітньою програмою Клінічна фармація
на тему: «Удосконалення фармацевтичної опіки при симптоматичному лікуванні головного болю».

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету

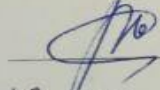


Ольга НАБОКА

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувачка вищої освіти Світлана МАЗУР виконала усі необхідні експериментальні дослідження, власне підготувала огляд літератури та написала роботу за консультативною участі наукового керівника. Студентка є добре підготовленим фахівцем, готовим до самостійного виконання наукової роботи. Робота написана грамотно з дотриманням усіх необхідних вимог та може бути рекомендована до захисту в ЕК.


Керівник кваліфікаційної роботи




«10» 12 2021 р.



Тетяна САХАРОВА

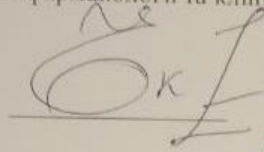
Підпис Тетяни Сахарової завідувачкою:
Гарамальник ВК  Орина Ярмич

Підпис Ольги Набоки завідувачкою:
Гарамальник ВК  Орина Ярмич

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувачка вищої освіти Світлана МАЗУР допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

Завідувачка кафедри
клінічної фармакології та клінічної фармації




Марина ЗУПАНЕЦЬ

« 24 » грудня 2021 року

Підпис Катерини Зупанець засвідчую :
Головний ВК А Орина Присяга

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

« ____ » _____ 2022 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

Доктор медичних наук, професор

_____ Наталія БЕЗДІТКО