

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
фармацевтичний факультет
кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУЧАСНИХ
СХЕМ ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи Фс18 (5,5з)-1б
спеціальності: 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Фармація

Діана КЛЕЩЕВНИКОВА

Керівник: асистент кафедри клінічної фармакології
та клінічної фармації, к.фарм.н. Катерина ВСТРОВА

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри
фармакології та фармакотерапії, д.фарм.н., професор
Катерина ЩОКІНА

АНОТАЦІЯ

Робота присвячена визначенню ролі фармацевта в забезпеченні раціонального лікування мігрені. Запропоновано підходи до оптимізації проведення належної фармацевтичної опіки фармацевтами під час відпуску з аптеки препаратів для лікування мігрені та розроблено практичні рекомендації для відвідувачів аптеки з мігренню.

Робота складається зі вступу, огляду літератури, опису матеріалів та методів досліджень, одного розділу власних досліджень, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 46 сторінок друкованого тексту. Робота ілюстрована 3 таблицями, 1 рисунком. Список використаних джерел літератури містить 39 найменувань. Додатків – 1.

Ключові слова: мігрень, антимигренозні засоби, роль фармацевта, фармацевтична опіка

ANNOTATION

The work is devoted to determining the role of the pharmacist in providing rational treatment of migraine attacks. Approaches to optimizing the implementation of proper pharmaceutical care by pharmacists during the dispensing of drugs for the treatment of migraine from the pharmacy have been proposed, and practical recommendations for pharmacy visitors have been developed.

The work consists of an introduction, review of literature, description of materials and methods, one section of own research, conclusions and a list of used sources. The total volume of work makes 46 pages of printed text. The work is illustrated by 3 tables, 1 figure. The list of used literature sources contains 39 titles.

Key words: migraine, antimigraine drugs, the role of the pharmacist, pharmaceutical care

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО МІГРЕНЬ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ (огляд літератури)	10
1.1 Мігрень: етіологія, класифікація та клінічні прояви	10
1.2 Клініко-фармакологічні аспекти фармакотерапії мігрени.....	15
Висновки до розділу 1.....	23
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	25
РОЗДІЛ 3 РОЗРОБКА ПІДХОДІВ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ АБОРТИВНОЇ ТА ПРЕВЕНТИВНОЇ ТЕРАПІЇ МІГРЕНІ: РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА.....	36
3.1 Аналіз проведеного анкетування відвідувачів в аптеці	36
3.2 Аналіз проведеного анкетування фармацевтів	38
3.3 Розробка підходів та практичних рекомендацій щодо раціонального застосування антимігренозних лікарських засобів для лікування мігрени у пацієнтів.....	41
Висновки до розділу 3.....	44
ВИСНОВКИ.....	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	47
ДОДАТКИ.....	52

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ГБ – головний біль;

ЛЗ – лікарський засіб;

ЛП – лікарський препарат;

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я;

НПЗЗ – нестероїдні протизапальні засоби;

ЦНС – центральна нервова система;

ШКТ – шлунково-кишковий тракт;

ТВС – тригеміноваскулярна система;

ДППЗ – доброякісні пароксизмальні запаморочення дитячого віку.

ВСТУП

Актуальність теми. Мігрень – це неврологічний діагноз, який рідко зустрічається у стаціонарі, але, все ж таки, це одна з найпоширеніших проблем у сучасній медицині, значне джерело витрат на лікування та причина втрати працездатності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) мігрень входить до перших 20 захворювань, що викликають значну непрацездатність в цілому в популяції, і до перших 10 захворювань, які викликають значну непрацездатність серед жінок.

За даними дослідження Global Burden of Disease 2019, розлади головного болю посіли 14 місце серед глобальних причин DALY (англ. Disability-adjusted life year – роки життя з поправкою на інвалідність), різного віку, обох статей [33, 34]. Серед жінок розлади головного болю були десятими, нижче гінекологічних захворювань (дев'яте), але вище депресивних розладів (одиннадцяте). Серед молодих дорослих жінок (15-49 років) вони займали друге місце після гінекологічних захворювань. Серед молодих дорослих чоловіків вони були десятими. У світі від мігрени страждає більше 14% людей. У Сполучених Штатах Америки близько 6 % чоловіків та 18 % жінок мають мігрень протягом року, тоді як довічний ризик загрожує близько 18 % та 43 % відповідно [33, 35, 36]. Принаймні 0,48% дорослого населення України мають напади мігрени [33, **Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.**]. Звичайно, ця статистика не дуже достовірна, оскільки часто саме там, де треба писати в карточці «мігрень», часто пишуть вегетосудинна дистонія або дисциркуляторна енцефалопатія.

Мігрень часто виникає у дитинстві або в підлітковому віці. Найвища інцидентність спостерігається у людей від 25 до 34 років (у 90 % осіб, які мають мігрень, перший напад відбувається до 40 років). Приблизно 1,7 % дітей у віці 7 років і 3,9 % у віці від 7 до 15 років стикаються з мігренню, і це поширене більше серед хлопчиків до статевого дозрівання. У підлітковому

віці напади мігрени частішають у жінок і продовжуються упродовж життя, при цьому у жінок похилого віку мігрень трапляється удвічі частіше, ніж у чоловіків. Серед жінок поширеніша мігрень без аури, ніж з аурою, тоді як серед чоловіків обидва стани спостерігаються з однаковою частотою. Під час менопаузи симптоми мігрени часто посилюються перед тим, як починають зменшуватися за інтенсивністю. Хоча симптоми зникають у 2/3 жінок у похилому віці, у 3–10% вони залишаються. У жінок мігрень зустрічається в 2–3 рази частіше, ніж у чоловіків [33, **Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., 39**].

Незважаючи на те, що мігрень – це захворювання, що має лікуватися під строгим контролем лікаря, а препарати для лікування мігрени відносяться до рецептурних, фармацевт відіграє одну з важливих ролей в забезпеченні раціонального лікування. Він першим може виявити загрозливі симптоми у відвідувачів аптеки, своєчасному направити їх до лікаря для уточнення діагнозу та проведення обстеження, а також надати належну консультацію щодо раціонального застосування антимигренозних препаратів.

Мета і завдання досліджень. Метою дослідження став пошук та розробка підходів до удосконалення фармацевтичної опіки відвідувачів аптеки з мігренню, які приймають антимигренозні препарати.

Для досягнення поставленої мети необхідно було вирішити наступні завдання:

1. Провести літературний огляд з проблеми мігрени, а також шляхів її фармакологічної корекції.
2. Провести анкетування відвідувачів аптеки, які звертаються за рецептурними/безрецептурними анальгетиками, антипіретиками, НПЗЗ та антимигренозними препаратами з метою з'ясування доцільності та раціональності їх застосування при лікуванні мігрени.
3. Провести анкетування фармацевтів з метою з'ясування якості проведення ними належної фармацевтичної опіки при відпуску з

аптеки рецептурних/безрецептурних анальгетиків, антипіретиків, НПЗЗ та антимігренозних препаратів для лікування мігрені.

4. Розробити підходи до оптимізації проведення належної фармацевтичної опіки фармацевтами під час відпуску з аптеки анальгетиків, антипіретиків, НПЗЗ та антимігренозних препаратів для пацієнтів.
5. Розробити практичні рекомендації для відвідувачів аптеки з мігренню з метою підвищення раціональності застосування антимігренозних препаратів.

Об'єкт дослідження: мігрень та її корекція анальгетиками, антипіретиками, НПЗЗ та антимігренозними препаратами.

Методи дослідження: Анкетування відвідувачів аптеки; анкетування фармацевтів; статистичні (використано програму «Statistica 6.0», t-критерій Стьюдента).

Практичне значення отриманих результатів. Проведені в роботі дослідження є підставою для подальшого клініко-фармацевтичного вивчення, розробки і впровадження шляхів оптимізації застосування антимігренозних препаратів для лікування хворих з мігренню. Впровадження даних принципів і положень у практичну медицину та фармацію сприятиме підвищенню ефективності та безпеки лікування хворих з мігренню. За результатами розроблено підходи до оптимізації проведення належної фармацевтичної опіки фармацевтами під час відпуску з аптеки препаратів для лікування мігрені, а також практичні рекомендації для відвідувачів аптеки для підвищення раціональності застосування лікарських препаратів для симптоматичного лікування нападів мігрені.

Елементи наукових досліджень. У роботі вперше проведено анкетування фармацевтів з метою з'ясування якості проведення ними належної фармацевтичної опіки при відпуску з аптеки антимігренозних засобів при лікуванні нападів мігрені, а також анкетування відвідувачів

аптеки з питань раціонального застосування антимігренозних препаратів при лікуванні мігрені. Показано, що переважна більшість відвідувачів (48,1 %) не звертаються до лікаря перед придбанням препаратів для купірування нападів мігрені. Частина відвідувачів (43,5 %) самі підбирали собі ЛЗ, а 26,1 % купують ЛЗ за рекомендацією фармацевта. 70,4 % відвідувачів перед прийомом ЛЗ читають інструкцію. Показано, що найчастіше для купірування нападів мігрені використовують знеболювальні засоби – у 70,4 % випадках, а препарати із групи триптанів – у 48,1 % випадках. Більша частина опитаних відвідувачів (63 %) знають, що препарати для лікування мігрені є рецептурними, однак лише 29,6 % купують ЛЗ за рецептом лікаря. Результати опитування фармацевтів показали, що усі фармацевти обов'язково рекомендують звернутися до лікаря для діагностики та визначення оптимального лікування у разі виявлення у відвідувачів аптеки «загрозливих» симптомів. До більшості опитаних фармацевтів (80 %) звертаються за допомогою у придбанні або підборі антимігренозних препаратів. Половина (50 %) аптечних працівників відпускають антимігренозні ЛЗ без рецепта. Переважна більшість фармацевтів (88 %) обов'язково проводять фармацевтичну опіку при відпуску препаратів. 90 % аптечних працівників звертають увагу відвідувачів аптеки з мігренню, що, якщо біль не минає протягом 12 годин, необхідно звернутися до лікаря. До переважної більшості фармацевтів (94 %) відвідувачі аптеки не зверталися з приводу виникнення яких-небудь побічних ефектів під час або після застосування препаратів із групи триптанів.

Апробація результатів дослідження і публікації. Основні положення кваліфікаційної роботи викладені та обговорені на IV Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «YOUTH PHARMACY SCIENCE» (Харків, 06-07.12.2023). За матеріалами роботи опубліковано 1 тези доповіді.

Структура і обсяг кваліфікаційної роботи. Робота викладена на 46

сторінках машинописного тексту, складається зі вступу, огляду літератури, матеріалів та методів дослідження, розділу власних досліджень, висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота ілюстрована 3 таблицями, 1 рисунком. Список використаних джерел містить 39 найменування, з них 14 кирилицею та 25 латиницею.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО МІГРЕНЬ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ФАРМАКОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ (огляд літератури)

1.1 Мігрень: етіологія, класифікація та клінічні прояви

Мігрень – це хронічне захворювання нервової системи, яке проявляється нападами головного болю різної інтенсивності та, зазвичай, одностороннього характеру (гемікранія), переважно в лобно-скроневій ділянці. Біль може супроводжуватися непереносимістю запахів, нудотою, блюванням, фотофобією (підвищена чутливість до яскравого світла) та фонофобією (боязнь звуків різного характеру або підвищеної тональності) [18]. Напад мігрені може тривати від 4-х до 72-х годин. Після таких приступів, людина відчуває себе втомленою та млявою [18, 31, 32].

Відповідно до сучасної міжнародної класифікації головного болю, існує два основних види мігрені [18]: мігрень без аури (страждають близько 80%) та мігрень з аурою, або класична форма (лише у 15% населення). Також існують інші види мігрені, рідкісні, від яких страждають 5% населення. Це очна, або ретинальна, мігрень, базиллярна мігрень, геміплегічна мігрень.

Мігрень без аури.

Найпоширеніший тип мігрені, який зустрічається у 70-80% людей з цим захворюванням. Типовими ознаками мігрені без аури є середньої або тяжкої інтенсивності пульсуючий головний біль, який триває від 4-х до 72-х годин. Часто супроводжується додатковими симптомами, як нудота, блювота і чутливість до світла і звуків [2].

Мігрень без аури вважається найгіршим типом мігрені, на відміну від мігрені з аурою, оскільки саме при ній велика частота нападів і більш високий ступінь порушення адаптації [2].

Класична мігрень, або мігрень з ауурою.

Тип мігрені, що супроводжується ауурою - неврологічні симптоми, які передують напад мігрені. Аура починається поступово та може тривати від декількох хвилин до години перед головним болем. Зазвичай, симптомами аури [18] є:

- Зорові симптоми: чорні точки, хвилясті лінії, спалахи світла, тимчасове порушення зору;
- Чутливі симптоми: оніміння кінцівок, відчуття поколювання та дзвін у вухах;
- Мовні симптоми: порушення мови.

Найпоширнішими симптомами мігрені з ауурою є аура із зоровими симптомами [2].

Окрім цих двох основних видів мігрені - мігрень без аури та мігрень з ауурою - виділяють інші види мігрені, такі як [18]:

- Ретинальна, або очна, мігрень - рідкісний підтип мігрені, який характеризується зниженням гостроти зору, а також повною або частковою сліпотою на одному оці під час мігренозного нападу [18];
- Періодичні синдроми дитячого віку - є попередниками мігрені, що проявляються диспепсичними розладами, абдомінальною мігренню, циклічною блювотою, запамороченнями і доброякісними пароксизмальними запамороченнями дитячого віку - ДППЗ;
- Базилярна мігрень або, за сучасною класифікацією, мігрень базилярного типу - це один із різновидів мігрені з ауурою, у виникненні якої, ймовірно, задіяна базилярна артерія, одна з основних артерій головного мозку. Характеризується розладами мовлення, шумом у вухах, запамороченням, зниженням або втратою слуху, диплопією (двоїння в очах), порушенням координації рухів та порушенням свідомості. Як і при інших типах мігрені з ауурою, при базилярній мігрені напад аури триває трохи більше однієї години і є повністю

оборотним. Цей тип мігрени частіше зустрічається у молодих людей [18];

- Сімейна геміплегічна мігрень (FHM) - це рідкісний генетичний підтип мігрени, який спостерігається у 2-х і більше членів сім'ї, де аура включає односторонню м'язову слабкість або геміплегію (параліч половини тіла) [18].

Ускладнення мігрени:

- *Хронічна мігрень* - це ускладнення мігрени симптоматично еквівалентне ГБ при мігрени, але характеризується високою частотою нападів: у такому стані пацієнти страждають від головного болю 15 днів на місяць протягом щонайменше трьох місяців [2];
- *Мігренозний інфаркт* - це рідкісний, але серйозний стан, з ознаками ішемічного пошкодження мозку за даними КТ або МРТ, який виникає у зв'язку з мігреничним нападом [2].

Напади мігрени протікають у наступні стадії:

1. Продром (1-2 доби) - близько 60% людей, які страждають на мігрень, починають помічати симптоми за 1-2 дні до ГБ (підвищена чутливість до світла, звуків або запахів, втома, зміна настрою, підвищений апетит або його відсутність, закреп або діарея);
2. Ауру (до години) - проявляється зоровими, чутливими та мовними симптомами аури;
3. Головний біль (4-72 год) - ГБ при мігрени пульсуючого характеру, який супроводжується нудотою, блювотою, фотофобією та фонофобією;
4. Постдром (1-2 доби) - після нападів мігрени відчуття втоми, слабкість, роздратованість, поява чи зникнення апетиту [1].

Що стосується причин, то причини появи мігрени недостатньо вивчені. Вважається, що відбувається зміна в роботі ЦНС, нейромедіаторів (глутамату, серотоніну та кальцитонін-ген-зв'язаного пептиду (Calcitonin-Related Peptide)); трійчастий нерв надмірно активується, і

кровопостачання навколишніх тканин порушується [15, 19].

Мігрень можна розглядати як хронічне нейроваскулярне захворювання з підвищеною спадковою схильністю. Це пов'язано з активацією тригеміноваскулярної системи (ТВС), яка вважається основним анатомофізіологічним субстратом, що спричиняє ноцицептивну передачу і, внаслідок цього, виникає ГБ, характерний для мігрени. Під впливом внутрішніх і зовнішніх факторів, відомих як мігренозні тригери, кора, гіпоталамус та стовбур головного мозку стають більш збудливими, і ТВС активується [9, 14]. Ця активація ТВС включає викид певних прозапальних пептидів, зокрема кальцитонін-ген-спорідненого пептиду (CGRP), нейрокініну А і субстанції Р, які є вазодилаторами [15]. Це призводить до розширення судин (вазодилатації) та розвитку нейрогенного запалення, що, в свою чергу, активує больові рецептори у стінках судин твердої мозкової оболонки. Ці больові сигнали передаються в сенсорну кору головного мозку, спричиняючи відчуття ГБ, характерного для мігрени [15].

Мігренозна аура пов'язана із виникненням і поширенням хвилі деполяризації (збудження) нейронів в різних ділянках головного мозку. Ця деполяризація, відома як кіркова депресія (КДР), рухається від зорової кори до соматосенсорної та лобово-скроневої ділянок головного мозку. Вона порушує іонні градієнти та призводить до змін в церебральній гемодинаміці, зокрема до гіперперфузії (недостатнього кровопостачання) головного мозку [16]. Швидкість та топографія цієї КДР визначають, які симптоми аури виникають і в якій послідовності [17]. Гемодинамічні зміни, які супроводжують КДР, зафіксовані при обстеженні мозку у пацієнтів з мігренню та аурую, але вони відсутні у пацієнтів без аури [16]. Саме КДР може тимчасово відкривати нейрональні канали паннексину-1, що призводить до вивільнення запальних медіаторів, таких як оксид азоту і простагландини, які є дилаторами внутрішньочерепних артерій [15].

На основі останніх досліджень у генетиці було підтверджено зв'язок певних форм мігрени із змінами в генах. Зокрема, мутація гена *CACNA1F*, розташована на 19-ій хромосомі, і *СГМ-2* мутація гена *ATP1A2* на 1-ій хромосомі, були пов'язані із конкретними типами мігрени. Ці гени показали співвідношення з різними клінічними проявами мігрени: тяжкий перебіг мігрени був пов'язаний з хромосомою 18p11, пульсуючий головний біль з хромосомою 5q21, а особливості мігренозної аури з хромосомою 4q21 [20].

Особливий інтерес викликає ген *MTHFR*, що кодує фермент 5,10-метилентетрагідрофолат редуктазу (МТГФР), розташований на 1-ій хромосомі. Цей ген впливає на метаболізм гомоцистеїну. За певних умов гомоцистеїн може спричинити чутливість больових рецепторів мозкової оболонки та підвищену збудливість нейронів мозкової кори. Він також може пошкодити ендотелій стінки судин та спричиняти викид азоту, що впливає на їхній тонус та згортання крові [20].

Також встановлено, що недостатність ферменту МТГФР може призвести до надлишку 5,10-метилентетрагідрофолату, що впливає на синтез певних речовин у організмі, а саме пуринів та піримідину, які взаємодіють з больовими рецепторами та збільшують їхню чутливість до термічних та механічних стимулів [20].

Існують декілька факторів (тригерів), що можуть спровокувати мігрень, і вони можуть варіювати у кожній людині [2, 31, 32]:

1. Їжа: Деякі продукти, такі як шоколад, сир, гостра їжа, алкоголь, та напої з високим вмістом тираміну можуть спричиняти мігренні напади у певних осіб.

2. Споживання кави: Великий вміст кофеїну в напоях або продуктах може бути фактором провокації для мігрени у деяких людей.

3. Нерегулярний графік харчування: Пропускання прийому їжі або нерегулярне харчування може спричиняти мігренні атаки.

4. Стрес та психоемоційні фактори: Сильний стрес, психоемоційне перевантаження, а також депресія і тривожність можуть бути провокуючими факторами.

5. Зміни в атмосферному тиску та погоді: Різкі зміни в атмосферному тиску, вітер, сильний спекотний чи холодний погодні фронт можуть впливати на появу мігрені у деяких людей.

6. Фізичне навантаження: Інтенсивні фізичні вправи, особливо при недостатньому відпочинку, можуть бути провокуючим фактором.

7. Зменшення сну: Недосипання або нерегулярний розпорядок сну може призвести до мігрені.

8. Запахи та світло: Деякі сильні запахи, яскраве світло або блискавки могли бути провокуючими факторами.

9. Гормональні зміни: Зміни в гормональному фоні, такі як менструація, вагітність, чи вживання оральних контрацептивів можуть впливати на появу мігрені.

10. Генетичні фактори: Спадкова схильність також може впливати на ризик розвитку мігрені.

Важливо пам'ятати, що ці фактори можуть варіювати в різних осіб, і кожна людина може мати свої власні провокаційні фактори мігрені. Для кожної людини важливо вести журнал, в якому фіксувати обставини та фактори, які спричиняють мігрені, щоб краще їх уникати і керувати цією хворобою [2].

1.2 Клініко-фармакологічні аспекти фармакотерапії мігрені

Існують 2 напрямки лікування мігрені:

1. Абортивна терапія. Це вид лікування мігрені, спрямований на зупинення або полегшення активного мігренозного нападу. Ця терапія включає в себе застосування ліків, які допомагають знизити симптоми

мігрени та покращити якість життя пацієнта.Abortивна терапія включає таку групу препаратів [18]:

- Препарати на основі триптанів: Такі як суматриптан 50-100 мг, ризатриптан 10-20 мг, золмітриптан 2,5-5 мг, їх часто використовують для лікування мігрени. Вони допомагають звужувати розширені судини головного мозку та зменшувати біль. Під час мігрени без аури рекомендується приймати триптани відразу ж під час початку головного болю. У випадку мігрени з аурою, варто вживати ацетилсаліцилову кислоту під час аури, або, якщо головний біль виникає одночасно з аурою або в кінці її прояву, триптани варто приймати в кінці фази аури або на початку фази головного болю [5];

- Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП): Препарати, такі як ібупрофен 400-800 мг, парацетамол 1000 мг, ацетилсаліцилова кислота до 1000 мг, диклофенак 50 мг, напроксен 550-1100 мг, можуть допомогти в зменшенні болю та запалення, пов'язаних з мігренню [4, 5, 6, 7, 8];

- Антиеметики (протиблювотні засоби): Якщо мігрень супроводжується нудотою та/або блювотою, то такі препарати, як метоклопрамід 10-20 мг, домперидон 20-30 мг, можуть допомогти у зупиненні блювоти. Крім того, вони покращують всмоктування анальгетиків, шляхом зменшення гастростазу [4, 5, 6, 7, 8].

Ефективність abortивної терапії може варіювати в залежності від індивідуальних особливостей кожної людини. Лікарі можуть рекомендувати різні методи лікування, випробовувати різні препарати та дози, щоб знайти найкращий підхід для кожного пацієнта.

2. Превентивна терапія або профілактична терапія. Це лікування, спрямоване на запобігання або зменшення частоти та інтенсивності мігреничних нападів. Вона рекомендується для людей, які мають часті або важкі мігрени, які значно впливають на їхню якість життя. Перш за все, лікар проводить докладне обстеження та класифікацію пацієнта для визначення, чи

потрібна превентивна терапія. Фактори, які розглядаються, включають частоту мігрень (більше 4 нападів ГБ на місяць), інтенсивність болю, тривалість нападів (більше 8 днів ГБ на місяць) та вплив мігрень на щоденне життя. Якщо у пацієнта виявляються специфічні причини мігрень, такі як гормональні зміни, артеріальна гіпертензія або інші медичні стани, лікар спрямовує зусилля на лікування цих основних причин [18].

Існує багато різних препаратів, які можуть бути використані для превентивної терапії мігрень, включаючи антидепресанти (амітриптилін, венлафаксин), антиконвульсанти (топірамат, вальпроєва кислота), бета-блокатори (метопролол, пропранолол), антагоніст рецепторів ангіотензину II (кандесартан) та ботулінічний токсин типу А - гемаглютинін комплекс (тільки для хронічної мігрень) і моноклональні антитіла до пептиду, що кодуються геном кальцитоніну (CGRP) або його рецепторів [21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31]. У травні 2018 року Еренумаб отримав схвалення Управління з контролю за продуктами та ліками (FDA) США для профілактики мігрень. Це моноклональне антитіло, яке блокує передачу болю під час мігрень, пристосовуючись до рецептора пептиду, що пов'язаний з геном кальцитоніну. Його використання передбачає щомісячні підшкірні ін'єкції. Серед найпоширеніших побічних ефектів можуть бути реакція на місці ін'єкції, запор та судоми [21, 22, 24].

Вибір конкретного препарату залежить від індивідуальних потреб пацієнта та можливих побічних ефектів. Препарати приймаються часто, регулярно, майже щодня.

Алгоритм початку превентивної терапії мігрень наведено на рисунку 1.1 [3].

Після встановлення необхідності профілактичного лікування, рекомендується дотримуватися наступних принципів терапії пацієнтів [3, 31]:

- Лікування мігрень слід починати з препарату з найвищим рівнем доказовості (табл. 1.1–1.3);

- При виборі ліків слід враховувати коморбідні стани (супутні захворювання) пацієнта. Обирати препарати, які ефективні при супутніх захворюваннях. Уникати препаратів, протипоказаних при супутніх захворюваннях пацієнта;
- Починати лікування з найнижчої дози і титрувати кожні 2-4 тижні до досягнення терапевтичного ефекту або появи побічних ефектів, спричинених лікуванням;
- Якщо частота нападів ГБ знижується на 50%, або зменшується кількість днів ГБ, або значно скорочується тривалість ГБ та покращуються реакції на невідкладне лікування ГБ, то лікування вважається успішним [11, 12];
- Перші результати лікування з'являються через 4-8 тижнів, але повний терапевтичний ефект може тривати до 6 місяців;
- Пацієнти можуть мати часткову відповідь на призначене лікування, і лікар повинен титрувати дозу препарату; якщо протягом двох місяців терапевтичного ефекту не спостерігається, рекомендується змінити схему лікування;
- Якщо контроль над ГБ триває довше 12 місяців, лікар повинен оцінити потребу в призначеному лікуванні та вирішити, чи варто його продовжувати [3].

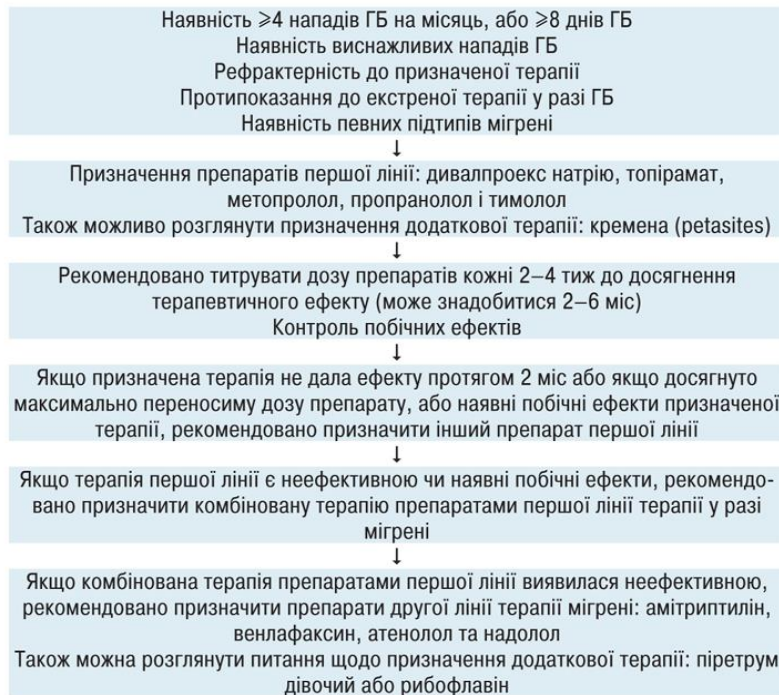


Рис. 1.1 Алгоритм початку превентивної терапії мігрені [3]

Таблиця 1.1

Фармакологічні засоби, рекомендовані для профілактики мігрені [3]

Препарати першої лінії	Препарати другої лінії
Дівалпрокс натрію (Вальпроат натрію)	Амітриптилін
Фроватриптан*	Атенолол
Метопролол	Надолол
Пропранолол	Наратриптан*
Тимолол	Венлафаксин
Топірамат	Золмітриптан*
Лізиноприл	
Небіволол	
Нікардипін	

* Препарати, які рекомендовані для лікування мігрені, пов'язаної з менструацією.

Таблиця 1.2

Клінічні особливості призначення фармакологічних засобів для терапії мігрені [3]

Фармакологічні препарати	Клінічні особливості застосування
Блокатори β -АР	<p>Показані пацієнтам з артеріальною гіпертензією, стенокардією та ішемічною хворобою серця. Належить до найпоширенішої групи препаратів, рекомендованих для терапії мігрені. Побічні ефекти: депресія, брадикардія, еректильна дисфункція, втома, млявість.</p> <p>Рекомендується контролювати артеріальну гіпертензію та брадикардію. Не рекомендується призначати цю групу пацієнтам з бронхіальною астмою, дисфункцією в атріовентрикулярному вузлі, брадикардією та ХОЗЛ. [3]</p> <p>Дозування: рекомендується розпочинати терапію з низьких доз препаратів, з контролем рівня артеріального тиску та частоти серцевих скорочень[3].</p>
Амітриптилін	<p>Показання: Для застосування у пацієнтів із супутньою депресією чи безсонням. Є ефективним препаратом, однак має високий ризик розвитку побічних ефектів. Побічні ефекти: зазвичай є дозозалежними та пов'язані з антихолінергічною дією (наприклад, помутніння зору, обстипація, сухість у роті, тахікардія, затримка сечі), також можливі порушення</p>

Продовження табл.1.2

	серцевої провідності, ортостатична гіпотензія, подовження інтервалу Q–T та збільшення маси тіла [3]. Не рекомендується призначати амітриптилін пацієнтам літнього віку або особам з аденомою передміхурової залози [3].
Венлафаксин	Рекомендується для застосування у пацієнтів із депресією. Побічні ефекти: нудота і блювання. Не рекомендується призначати препарат пацієнтам із неконтрольованою артеріальною гіпертензією, оскільки препарат може підвищувати артеріальний тиск. Дозування: при відміні препарату рекомендовано повільно знижувати дозу у зв'язку з ризиком розвитку абстинентного синдрому.
Дівалпроекс натрію	Рекомендується для застосування у пацієнтів із судомним синдромом або біполярним розладом. Побічні ефекти: розлади з боку ШКТ, нудота/блювання, сонливість. Менш поширеними є тремор та алопеція, які розвиваються пізніше, у процесі терапії препаратом. За рахунок підвищеного ризику розвитку панкреатиту, печінкової недостатності та тромбоцитопенії, на фоні терапії дівалпроексом натрію рекомендовано здійснювати лабораторний моніторинг. Протипоказання: у період вагітності у зв'язку з ризиком виникнення дефектів нервової трубки плода, а також пацієнтам із захворюваннями печінки. Дозування: рекомендовано починати з

Продовження табл.1.2

	доза 250–500 мг/добу.
Топірамат	<p>Рекомендується пацієнтам із судомним розладом. Побічні ефекти: парестезії. До рідкісних побічних ефектів належать біль у животі, втома, порушення пам'яті та концентрації, нудота/блювання, зміна смаку та втрата маси тіла. За рахунок підвищеного ризику гепатотоксичного впливу та розвитку метаболічного ацидозу на фоні прийому препарату рекомендовано здійснювати ретельний лабораторний моніторинг за станом пацієнта. Протипоказання: у період вагітності у зв'язку з ризиком розвитку дефектів ротової порожнини у плода, також не рекомендовано призначати препарат пацієнтам із глаукомою, каменями в нирках або захворюваннями печінки. Дозування: рекомендовано повільно підвищувати дозу препарату (15–25 мг/тиж) до 50–100 мг/тиж.</p>

Додаткова терапія у разі мігрені. Кремена у дозі 50-75 мг двічі на день - ефективна для профілактики головного болю при мігрені. Найпоширенішим побічним ефектом від застосування кремєни є розлади зі сторони ШКТ, рідше - гепатотоксичні ефекти. Інші ефективні допоміжні засоби включають рибофлавін (400 мг/день) і піретрум дівочий. Деякі дослідження свідчать про використання коензиму Q10 (100 мг тричі на день) та цитрату магнію (600 мг на день) для терапії мігрені.

Таблиця 1.3

Препарати для превентивної терапії, добова доза та рівень доказовості

Препарат	Добова доза	Рівень доказовості
Бета-блокатори: <ul style="list-style-type: none"> ● метопролол ● пропранолол ● бісопролол 	50-200 40-240 5-10	A A B
Сартани: <ul style="list-style-type: none"> ● кандесартан 	16	A
Антиконвульсанти: <ul style="list-style-type: none"> ● вальпроєва кислота ● топірамат ● габапентин 	500-1000 25-100 1200-1600	A A C
Ботулінічний токсин типу А	155-195 ОД	A
Антидепресанти: <ul style="list-style-type: none"> ● амітриптилін ● венлафаксин 	50-100 75-150	B B
Інші засоби: <ul style="list-style-type: none"> ● напроксен ● ацетилсаліцилова кислота 	550-1100 300	B C

Висновки до розділу 1

1. Мігрень – це третє за поширеністю захворювання у світі та шосте за рівнем інвалідизації на яку страждають більше 14 % людей. Сильний мігренозний біль може заважати повсякденному життю та роботі, позбавляючи можливостей нормально функціонувати.

2. Мігрень неможливо повністю вилікувати. Основна мета лікування мігрені полягає у зменшенні частоти та інтенсивності ГБ, зменшенні вживання знеболюючих препаратів пацієнтом, запобіганні переходу

захворювання у хронічну форму та покращенні якості життя хворих. Для досягнення цих цілей використовуються два підходи: лікування приступів головного болю та профілактичне лікування, а також застосування немедикаментозних методів лікування.

3. Фармацевт відіграє важливу роль у наданні належної фармацевтичної опіки людям з мігренню. Він може консультувати пацієнтів щодо вибору оптимальних препаратів, надавати поради з використання ліків та допомагати у виборі найефективніших методів зменшення симптомів мігрені. Також фармацевт може бути корисним у роз'ясненні можливих побічних ефектів ліків та способах їх уникнення.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проводилося на базі однієї з аптек мережі «ЛЕДА», м. Харкова. Аптека знаходиться в спальному районі міста, відвідувачами є місцеві мешканці різного віку. Асортимент закладу включає різні групи лікарських засобів, т.к. анальгетики, антипіретики, НПЗЗ та, власно, препарати із групи триптанів. Лікарські препарати різних виробників, мають різне дозування та різні лікарські форми (таблетки, капсули, порошки, ампули тощо).

Анкетування проведено в період з 1 по 30 листопада 2023 року. За період проведення анкетування, за препаратами із групи триптанів звернулося 27 пацієнтів (у середньому 1-2 відвідувача за зміну). Пройти анкетування (за розробленою анкетною) погодилися усі 27 відвідувачів. У подальшому, дані дослідження були оброблені за допомогою використання комп'ютерних програм.

На момент дослідження у асортименті вищезазначеної аптеки були наступні препарати:

Анальгетики та антипіретики:

1. Метамізол натрію (анальгін) - таблетки 10 шт, Дарниця Україна, без рецепта;
2. Парацетамол - таблетки 500 мг 10 шт, Дарниця Україна, без рецепта.

Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ):

1. Ібупрофен - таблетки 200 мг 20 шт, Дарниця Україна, без рецепта;
2. Нурофен - таблетки 200 мг 12 шт, Рекітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед Велика Британія, без рецепта.

Склад: ібупрофен;

3. Нурофен форте - таблетки 400 мг 12 шт, Рекітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед Велика Британія, без рецепта.

Склад: ібупрофен;

4. Мефенамінка - таблетки 500 мг 20 шт, Дарниця Україна, без рецепта.

Склад: мефенамінова кислота;

5. Налгезін - таблетки 275 мг 10/20 шт, КРКА Словенія, без рецепта.

Склад: напроксен;

6. Налгезін форте - таблетки 550 мг 10/20 шт, КРКА Словенія, за рецептом.

Склад: напроксен.

Комбіновані лікарські засоби анальгетики та антипіретики:

1. Цитрамон - таблетки 6/10 шт, Дарниця Україна, без рецепта.

Склад: ацетилсаліцилової кислоти 240 мг, парацетамолу 180 мг, кофеїну 30 мг;

2. Цитрамон форте - таблетки 10 шт, Лубнифарм Україна, без рецепта.

Склад: кислоти ацетилсаліцилової 320 мг, парацетамолу 240 мг, кофеїну 40 мг;

3. Спазмалгон - таблетки 10/20/50 шт, Балканфарма-Дупниця Болгарія, без рецепта.

Склад: метамізолу натрію 500 мг, пітофенону гідрохлориду 5 мг, фенпіверинію броміду 0,1 мг;

4. Темпалгін - таблетки 10/20 шт, Софарма Болгарія, без рецепта.

Склад: метамізолу натрію моногідрату 500 мг, темпідону 20 мг;

5. Нурофен інтенсив - таблетки 6 шт, Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед Велика Британія, без рецепта.

Склад: ібупрофену 200 мг та парацетамолу 500 мг;

6. Фаніган - таблетки 100 шт (10 пластин по 10 табл), Кусум Хелтхкер Пвт Лтд Індія, за рецептом.

Склад: парацетамолу 500 мг, диклофенаку натрію 50 мг;

7. Солпадеїн актив - таблетки шип. 12 шт, ГлаксоСмітКлайн Дангарван Лімітед Ірландія, без рецепта.

Склад: 500 мг парацетамолу, 65 мг кофеїну;

8. Фармадол - таблетки 50 шт, Фармак Україна, без рецепта.

Склад: ацетилсаліцилової кислоти 300 мг, парацетамолу 100 мг, кофеїну 50 мг;

Алкалоїди ріжків:

1. Номігрэн Босналек - таблетки 10 шт, Босналек д.д. Боснія і Герцеговина, за рецептом.

Склад: містить ерготаміну тартрату 0,75 мг, меклоксаміну цитрату 20 мг, камілофіну гідрохлориду 25 мг, кофеїну 80 мг, пропіфеназону 200 мг.

Селективні агоністи 5HT₁-рецепторів серотоніну:

1. Антимігрэн - таблетки 50 або 100 мг 1/3 шт, Здоров'я Україна, за рецептом.

Склад: суматриптан;

2. Стопмігрэн - таблетки 50 мг 6 шт, Київський вітамінний завод Україна, за рецептом.

Склад: суматриптан;

3. Стопмігрэн - таблетки 100 мг 3 шт, Київський вітамінний завод Україна, за рецептом.

Склад: суматриптан;

4. Золмігрэн - таблетки 2,5 мг 2/10 шт, Фармак Україна, за рецептом.

Склад: золмітриптан;

5. Різоптан - таблетки 10 мг 3/6/9 шт, Фарма Старт Україна, за рецептом.

Склад: ризатриптан.

Анкета для відвідувачів у яких спостерігаються напади мігрені

1. Ваша стать:

А. Чоловік

Б. Жінка

2. Ваш вік:

А. До 20 років

Б. 20-30 років

В. 31-40 років

Г. 41-50 років

Д. 51-60 років

Е. Старше 60 років

3. Як часто у Вас спостерігаються напади мігрені?

А. Раз на тиждень або більше

Б. Декілька раз на місяць

В. Рідко, менше одного разу на місяць

Г. Ніколи

4. Як давно Вас турбує мігрень?

А. Менше року

Б. До 5 років

В. 5-10 років

Г. 10-20 років

Д. Більше 20 років

5. Яка у Вас тривалість нападу мігрені?

А. Кілька годин

Б. Один день

В. Декілька днів

Г. Рідко триває більше двох днів

6. Якими симптомами у Вас супроводжується мігрень? (Виберіть варіанти, що підходять)

А. Головний біль (локалізується переважно в одній половині голови)

Б. Світлочутливість

В. Нудота

Г. Блювота

Д. Зміни в зорі (аура)

Е. Похудання або зневоднення

7. Чи можете Ви передбачити напади мігрені?

А. Так, за певних умов або після певної їжі

Б. Ні

8. Які методи полегшення нападів мігрені Ви використовуєте? (Виберіть варіанти, які підходять)

А. Застосовую ліки від головного болю

Б. Відпочинок у тихому та темному приміщенні

В. Застосовую холод або тепло на голову

Г. Використовую техніки релаксації

Д. (Інше)_____

9. Чи знаєте Ви, що таке аура?

А. Так

Б. Ні

10. Чи спостерігається у Вас аура перед нападом мігрені?

А. Так

Б. Ні

11. Які фактори, на Вашу думку, провокують у Вас напади мігрені? (Виберіть варіанти, що підходять)

- А. Стрес, емоційне напруження
- Б. Зміни в погоді
- В. Після певної їжі
- Г. Через недостачу сну
- Д. Гормональні зміни
- Е. (Інше)_____

12. Як мігрень впливає на Вашу здатність працювати та виконувати повсякденні обов'язки?

- А. Мігрень суттєво обмежує мою здатність працювати
- Б. Ускладнює мою роботу, але я можу витримати
- В. Мігрень майже не впливає на мою здатність працювати
- Г. Я не працюю або не здатний працювати через мігрень

13. Які засоби Ви використовуєте для купірування нападів мігрені? (Вкажіть свій варіант, якщо щось інше)

- А. Препарати із групи триптанів
- Б. Знеболювальні засоби (парацетамол, аспірин, ібупрофен, диклофенак)
- В. (Інше)_____

14. Чи використовуєте Ви знеболювальні засоби при мігрені?

Якщо так, напишіть які.

- А. Так (вказати які)
- Б. Ні, не використовую
- В. (Інше)_____

15. Перед придбанням препаратів для купірування нападів мігрені, чи зверталися Ви до лікаря для обстеження та консультації?

А. Так

Б. Так, але мені нічого не допомагає

В. Ні

16. За чією рекомендацією Ви купляєте препарати для купірування нападів мігрені? (якщо відповідь на попереднє питання «Ні»)

А. Фармацевта

Б. Друзів або знайомих

В. Сам підібрав

Г. Інтернет

Д. (Інше)_____

17. Чи знаєте Ви, що препарати для лікування мігрені відпускаються тільки за

рецептом лікаря?

А. Так

Б. Ні

18. Чи купуєте Ви препарат для лікування мігрені за рецептом лікаря?

А. Так

Б. Ні

19. Чи надає Вам фармацевт консультацію з приводу раціонального застосування препаратів, побічних дій тощо ?

А. Так

Б. Так, але коли сам(а) питаю

В. Ні

20. Чи завжди Ви читаєте інструкції до застосування лікарських засобів?

- А. Так
- Б. Ні

Анкетування фармацевтів: було опитано 50 фармацевтів аптек, опитування проводилося серед фармацевтів 5 аптек у м. Харків, Полтава та Київ (аптека ТОВ «ЛЕДА», аптека ТОВ «ТРИОЛЬ», аптека «Подорожник», аптека «911», «Аптека оптових цін») з 1 по 30 листопада 2023 р.

Анкета для фармацевтів щодо відпуску ЛЗ при нападах мігрені

1. Ваша освіта:

- А. Вища професійна
- Б. Вища незакінчена
- В. Середня професійна

2. Ваш стаж роботи фармацевтом:

- А. До 1 року
- Б. 1-3 роки
- В. 3-5 років
- Г. 5-10 років
- Д. Більше 10 років

3. Як часто протягом місяця до Вас звертаються щодо придбання ЛЗ для лікування або купірування мігрені?

- А. 1-2 рази на місяць
- Б. 3-5 разів на місяць
- В. 6-8 разів на місяць

Г. Більше 10 разів

Д. Не звертаються

4. Чи звертаються до Вас за допомогою у придбанні або підборі антимигренозних препаратів?

А. Так

Б. Іноді

В. Ні

5. Чи знаєте Ви, що антимигренозні препарати рецептурні?

А. Так

Б. Ні

6. Чи відпускаєте Ви антимигренозні препарати без рецепта?

А. Так

Б. Ні

7. Які додаткові поради Ви даєте покупцям з мігренню під час відпуску ліків?

А. Стежити за харчуванням (уникати харчові тригери)

Б. Стежити за режимом сну

В. Регулярна фізична активність

Г. Стрес-менеджмент (медитації, техніки релаксації, йога тощо)

Д. (Інше)_____

8. Які препарати найчастіше купляють при нападах мігрені?

А. Препарати із групи триптанів

Б. НПЗЗ (Нестероїдні протизапальні засоби)

В. Антиеметики (протиблювотні засоби)

Г. (Інше)_____

9. Чи знаєте Ви який механізм дії препаратів із групи триптанів? Якщо так, який?

- А. Селективні антагоністи 5HT₁-серотонінових рецепторів
- Б. Селективні агоністи 5HT₁-серотонінових рецепторів
- В. Неселективні інгібітори 5HT₁-рецепторів серотоніну
- Г. Ні, не знаю

10. Які Ваші дії, коли виявили у відвідувача аптеки «загрозливі симптоми», що потребують негайної консультації лікаря?

- А. Рекомендую обов'язково звернутися до лікаря для отримання діагностики та визначення оптимального лікування
- Б. Я самостійно визначаю лікарський засіб і надаю консультації з оптимального його використання

11. Чи проводите Ви фармацевтичну опіку при відпуску лікарських засобів для лікування мігрені?

- А. Так
- Б. Ні

12. Чи звертаєте увагу відвідувачів аптеки з мігренню, що якщо біль не минає протягом 12 годин, необхідно звернутися до лікаря (виникає загроза порушення мозкового кровообігу)?

- А. Так
- Б. Ні

13. Чи знаєте Ви, що ЛП селективних агоністів 5HT₁-серотонінових рецепторів не застосовують для профілактики нападу мігрені?

- А. Так
- Б. Ні

14. Чи знаєте Ви, що суматриптан не слід поєднувати з препаратами ріжків (може розвинутися виражений периферичний вазоспазм)?

А. Так

Б. Ні

15. Чи знаєте Ви, що за допомогою регулярного опромінення зеленим світлом, можна знизити частоту і інтенсивність головного болю при мігрені ?

А. Так

Б. Ні

16. Чи зверталися до Вас пацієнти зі скаргами на виникнення побічних ефектів під час або після застосування препаратів із групи триптанів? Якщо так, напишіть які.

А. Так

Б. Ні

В. (Інше)_____

17. Чи знаєте Ви які біохімічні процеси відбуваються під час прийому препаратів для лікування мігрені?

А. Регулювання рівня серотоніну та інших нейромедіаторів.

Б. Зменшення вироблення речовин, що спричиняють запалення судин.

В. Зниження чутливості нейронів до болю.

18. Чи знаєте Ви яким чином діють препарати групи триптанів на мігреновий напад?

А. Збільшують судинний тонус, зменшуючи розширення судин у мозку.

Б. Блокують сигнали болю, що передаються до мозку.

В. Знижують вироблення запальних речовин.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ПІДХОДІВ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ АБОРТИВНОЇ ТА ПРЕВЕНТИВНОЇ ТЕРАПІЙ МІГРЕНІ: РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА

3.1 Аналіз проведеного анкетування відвідувачів в аптеці

В анкетуванні брали участь відвідувачі в вищезазначених аптеках, які страждають на мігрень.

Було опитано 27 відвідувачів аптек, серед них 24 жінки (88,9 %) та 3 чоловіка (11,1 %).

Вік опитаних відвідувачів був в інтервалі від 20 до 60 та старше.

У всіх опитаних частота нападів мігрені спостерігалася по різному: у 44,4 % – декілька раз на місяць, у 37 % – рідко, менше одного разу на місяць, а у 18,6 % – часто, раз на тиждень або більше.

29,7 % опитаних (8 відвідувачів) мігрень турбує до 5 років, 25,9 % (7 відвідувачів) турбує від 5 до 10 років, 22,2 % (6 відвідувачів) турбує менше року та стільки ж респондентів страждають на мігрень більше 20 років.

На запитання «Яка у Вас тривалість нападу мігрені?» відповідь була така: у 59,3 % напад триває кілька годин, у 18,5 % напад мігрені триває кілька днів, у 14,8 % один день, тільки у 7,4% напад триває рідко, але більше двох днів.

У більшості опитаних відвідувачів аптеки, мігрень супроводжується головним болем (локалізується переважно в одній половині голови) – 96,3 % (26 відвідувачів), у 59,3 % (16 відвідувачів) мігрень також супроводжується світлочутливістю та нудотою, у 11,1% (3 відвідувачів) присутня блювота, у 25,9 % (7 відвідувачів) проявляються зміни в зорі (аура) та у 3,7 % (1 відвідувача) є похудання або зневоднення.

Переважає більшість респондентів (51,9 %) можуть передбачити напад

мігрени за певних умов або після певної їжі; у 48,1 % відвідувачів напади мігрени починаються спонтанно.

На запитання «Які методи полегшення нападів мігрени Ви використовуєте?» результати були такі: 96,3 % (26 відвідувачів) застосовують ліки від головного болю; 59,3 % (16 відвідувачів) відпочивають у тихому та темному приміщенні; 25,9 % (7 відвідувачів) застосовують холод або тепло на голову; 11,1 % (3 відвідувача) можуть використовувати різні техніки релаксації.

Лише 66,7 % респондентів знали що таке аура, інші 33,3 % не знають що таке аура.

Більшість опитаних, 70,4% (19 відвідувачів), відзначає відсутність аури перед нападом мігрени та тільки у 29,6 % (8 відвідувачів) спостерігається аура перед нападом мігрени.

Серед факторів, що провокують напад мігрени, були такі як стрес та емоційне напруження (81,5 %); зміни в погоді (70,4 %); недостаток сну (48,1 %); гормональні зміни (25,9 %); певна їжа, фізичні навантаження, прийом КОК, запахи (3,7 %).

Переважній більшості опитаних 63 % (17 відвідувачам) напад мігрени ускладнює їх роботу, але вони можуть витримати біль, у 18,5 % (5 відвідувачів) мігрень суттєво обмежує здатність працювати, 14,8 % (4 відвідувача) не працюють або не здатні працювати через мігрень та тільки у 3,7 % (1 відвідувача) мігрень майже не впливає на здатність працювати.

Опитування показало, що для купірування нападів мігрени препарати із групи триптанів використовують у 48,1 % випадків, а знеболювальні засоби (такі як парацетамол, аспірин, ібупрофен, диклофенак) – у 70,4 %.

На запитання «Чи використовуєте Ви знеболювальні засоби при мігрени? Якщо так, напишіть які», результати були такі: 77,8 % (21 відвідувач) дали позитивну відповідь та написали які знеболювальні засоби застосовують, серед них – ібупрофен, спазмалгон, парацетамол, темпалгін,

цитрамон форте, фаніган та ларфікс, а 22,2 % (6 відвідувачів) не використовують знеболювальні засоби при мігрені.

На питання «Чи зверталися Ви до лікаря для обстеження та консультації, перед придбанням препаратів для купірування нападів мігрені?» відповідь була така: 37 % зверталися до лікаря, 14,9 % зверталися, але їм нічого не допомагає серед виписаних ЛЗ, інші 48,1 % не звертаються до лікаря.

На запитання за чією рекомендацією Ви купуєте препарати для купірування нападів мігрені, результати були такі: 43,5 % самі підібрали препарат; 26,1 % купують ЛЗ за рекомендацією фармацевта; 17,4 % – за рекомендацією родича-лікаря; 8,7 % – за рекомендацією друзів або знайомих; 4,3 % – за рекомендацією мережі Internet.

Переважна більшість опитаних, 63 % (17 відвідувачів), знає, що препарати для лікування мігрені відпускаються тільки за рецептом лікаря, 37 % (10 відвідувачів) – не знали цього.

За рецептом лікаря ЛЗ для лікування мігрені купують тільки 29,6 % респондентів (8 відвідувачів), 70,4 % – без рецепта лікаря (19 відвідувачів).

40,7 % респондентів отримували консультацію фармацевта з приводу раціонального застосування препаратів із групи триптанів/НПЗЗ, побічних ефектів, впливу режиму харчування тощо; 40,7 % респондентів інколи отримували консультацію фармацевта, але коли самі запитували; 18,6 % не отримували консультацію фармацевта щодо раціонального застосування ЛЗ.

70,4 % (19 відвідувачів) завжди читають інструкцію до ЛЗ, інші 29,6 % (8 відвідувачів) не читають.

3.2 Аналіз проведеного анкетування фармацевтів

На момент опитування 38 % аптечних працівників мали вищу фармацевтичну освіту, 50 % – незакінчену вищу фармацевтичну освіту, 12 %

– середню професійну. Серед опитаних фармацевтів 40 % мали досвід роботи менше 1 року, 30 % – досвід роботи від 1 до 3 років, 14 % – досвід роботи від 3 до 5 років, 10 % – досвід роботи від 5 до 10 років, 16 % – досвід роботи більше 10 років. 42 % аптечних працівників зазначили, що протягом місяця до них в аптеку за ЛЗ для лікування або купірування мігрені зверталися 1-2 рази, до 30 % респондентів – 3-5 разів, до 22 % – 6-8 разів, до 2 % – більше 10 разів, а до 4 % – не зверталися взагалі. До 36 % фармацевтів звертаються за допомогою у придбанні або підборі антимігренозних препаратів, до 44 % фармацевтів іноді звертаються, а до 20 % – не зверталися ніколи.

За даними опитування було з'ясовано, що всі фармацевти (100 %) знають, що антимігренозні препарати рецептурні. Однак 50 % аптечних працівників відпускають антимігренозні ЛЗ без рецепта, інші 50 % – за рецептом.

На запитання «Які додаткові поради Ви даєте покупцям з мігренню під час відпуску ліків?», результати були такі: у 78 % випадках – стежити за режимом сну; у 62 % – стрес-менеджмент (медитації, техніки релаксації, йога тощо); у 50 % – регулярна фізична активність; у 46 % – стежити за харчуванням (уникати харчові тригери); у 6 % – звернутися до лікаря за консультацією. На питання які препарати найчастіше купують при нападах мігрені, фармацевти надали такі відповіді: у 72 % випадках – препарати із групи триптанів, у 54 % – нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), а у 6 % – антиеметики (протиблювотні засоби). Більша частина фармацевтів (54 %) знає механізм дії препаратів із групи триптанів – селективні агоністи 5HT₁-серотонінових рецепторів, інші (46 %) – не знають. На запитання «Які Ваші дії, коли виявили у відвідувача аптеки «загрозливі симптоми», що потребують негайної консультації лікаря?» усі (100 %) фармацевтів рекомендують обов'язково звернутися до лікаря для діагностики та визначення оптимального лікування. Серед опитаних фармацевтів (88 %) проводять фармацевтичну опіку при відпуску лікарських засобів для

лікування мігрені, але 12 % цього не роблять. 90 % аптечних працівників звертають увагу відвідувачів аптеки з мігренню, що, якщо біль не минає протягом 12 годин, необхідно звернутися до лікаря, бо виникає загроза порушення мозкового кровообігу, і тільки 10 % не попереджають, адже самі не знали про це. На питання «Чи знаєте Ви, що ЛЗ селективних агоністів 5HT₁-серотонінових рецепторів не застосовують для профілактики нападу мігрені?» 74 % фармацевти дали позитивну відповідь, інші 26 % – не знали. Більша частина (70 %) фармацевтів знають, що суматриптан не слід поєднувати з препаратами ріжків, бо може розвинутися виражений периферичний вазоспазм. На цікавий факт «Чи знаєте Ви, що за допомогою регулярного опромінення зеленим світлом, можна знизити частоту і інтенсивність головного болю при мігрені?» 72 % респондентів дали негативну відповідь та тільки 28 % знали про це.

На питання «Чи зверталися до Вас пацієнти зі скаргами на виникнення побічних ефектів під час або після застосування препаратів із групи триптанів? Якщо так, напишіть які?» 6 % фармацевтів дали позитивну відповідь. До 94 % опитаних фармацевтів відвідувачі аптеки не зверталися з приводу виникнення яких-небудь побічних ефектів під час або після застосування препаратів із групи триптанів. Серед аптечних працівників 64 % знають які біохімічні процеси відбуваються під час прийому препаратів для лікування мігрені – регулювання рівня серотоніну та інших нейромедіаторів. На питання «Чи знаєте Ви яким чином діють препарати групи триптанів на мігренозний напад?» більша частина, 56 % фармацевтів, відповіли правильно – збільшують судинний тонус, зменшуючи розширення судин у мозку.

Враховуючи все вищевикладене, роль фармацевта є важливою та полягає у забезпеченні раціонального лікування пацієнтів, що стикаються з нападами мігрені. Надання відповідної фармацевтичної допомоги при відпуску препаратів із групи триптанів та знеболюючих засобів може

сприяти позитивному результату в фармакотерапії та підвищити ефективність лікування.

3.3 Розробка підходів та практичних рекомендацій щодо раціонального застосування антимігренозних лікарських засобів для лікування мігрені у пацієнтів

При зверненні до аптеки відвідувача з метою придбання лікарського препарату для лікування мігрені, фармацевт має з'ясувати у кого виникла проблема (дорослий чи дитина), як давно виникла, скільки часу триває, які ліки приймали перед зверненням у аптеку та виключити наявність загрозливих симптомів, що потребують негайної консультації лікаря (головний біль супроводжується раптовою появою неврологічних симптомів (порушення мови, рухів, тремтіння кінцівок тощо) або порушенням свідомості, відчуттям тиску «зсередини-назовні», нудотою, запамороченням, потемнінням в очах, «мушками» перед очима, головний біль пов'язаний з травмою голови, особливо, якщо травма голови супроводжувалась втратою свідомості; головний біль виник раптово, його інтенсивність надзвичайно сильна, ніж зазвичай або змінився характер і частота нападів хронічного головного болю; головний біль триває 2-3 дні і посилюється; головний біль, що посилюється при напруженні, кашлі, зміні положення голови; головний біль поєднується з почервонінням очей, зниженням зору; головний біль з'явився після прийому (відміни) лікарського препарату). Фармацевт має обов'язково запитати чи відвідував хворий лікаря для встановлення точного діагнозу (мігрень) та призначення відповідних антимігренозних препаратів, що відпускаються з аптеки лише за рецептом лікаря!

Фармацевт має обов'язково проконсультувати відвідувача аптеки щодо умов раціонального застосування антимігренозних засобів. Лікарські

препарати селективних агоністів 5HT₁-серотонінових рецепторів не застосовують для профілактики нападу мігрені. Лікарські препарати групи селективних агоністів 5HT₁-серотонінових рецепторів не слід застосовувати під час вагітності та лактації, у дітей молодшого віку. Після прийому препаратів, що містять алкалоїди ріжків (дигідроерготамін), препарати групи суматриптану можна приймати не раніше, ніж через 24 години. Після прийому препаратів групи суматриптану препарати, що містять алкалоїди ріжків (дигідроерготамін), можна приймати тільки через 6 годин і більше. Інтервал між прийомом різних препаратів групи суматриптану – не менше 12 годин. Якщо прийом однієї дози препарату групи суматриптану не дав ефекту, застосування повторної дози можливе не раніше, ніж через 3 години. Ризатриптан має кращі загальні показники щодо купірування нападів мігрені, оскільки він дає змогу відчувати полегшення протягом 2 годин і тривало позбавляє болю протягом 24 годин, зменшує вираженість нудоти, фото- та фонофобії. Фармацевт повинен проінформувати відвідувача аптеки, що у разі виникнення будь-якого прояву побічної дії необхідно припинити використання препарату і звернутись до лікаря. Лікарські препарати селективних агоністів 5HT₁-серотонінових рецепторів не слід застосовувати в осіб із захворюваннями серця, судин, при артеріальній гіпертензії. При застосуванні препаратів, що містять суматриптан, можливі запаморочення, слабкість, сонливість, нудота, парестезії. При застосуванні препаратів, що містять золмітриптан, можливі нудота, сухість у роті, міалгія, м'язова слабкість, підвищення артеріального тиску, відчуття тепла. При прийомі ерготаміну можуть спостерігатися такі побічні дії, як звуження периферійних судин, зокрема вінцевих, нудота та блювота, також він скорочує матку та може погано впливати на плід. Препарати, що містять ерготаміну тартрат, протипоказані при підвищеній чутливості до компонентів препарату, стенокардії, порушеннях функції печінки і нирок. Перед відпуском лікарського препарату з аптеки,

фармацевт обов'язково повинен запитати відвідувача чи не приймає він інші лікарські препарати, щоб запобігти небажаним ефектам від лікарської взаємодії. Суматриптан не слід поєднувати з препаратами ріжків (ерготамін) – може розвинутися виражений периферичний вазоспазм. Номігрін (препарат на основі ерготаміну) не можна поєднувати з препаратами, що пригнічують ЦНС, і алкоголем – можливе посилення пригнічувальної дії на ЦНС. При одночасному прийомі ризатриптану та пропранололу, концентрація ризатриптану в плазмі крові може зростати, тому дозу ризатриптану треба зменшити. Контролююча функція фармацевта полягає також у попередженні пацієнта про його дії у випадку неефективності лікування: якщо біль при мігрені не минає протягом 12 годин, необхідно звернутись до лікаря, оскільки виникає загроза порушення мозкового кровообігу!

У межах фармацевтичної опіки фармацевт дає рекомендації з питань модифікації способу життя, харчування та немедикаментозного лікування мігрені у пацієнтів: виключити з раціону продукти-тригери, напої, що містять кофеїн; відмовитися від вживання алкоголю, тютюнопаління; нормалізувати якість сну та кількість відпочинку; мінімізувати стресові ситуації; ходити на різні типи масажу та вести здоровий спосіб життя.

Поради та практичні рекомендації для відвідувачів аптеки:

1. Регулярне харчування, прийом вітамінів групи В, препаратів кальцію та магнію (але тільки після консультації з лікарем);
2. Дотримуватись раціонального режиму сну та відпочинку;
3. Виключити продукти, що містять аміни (рибні продукти, молочні продукти, вино, пиво, томати, продукти, що містять дріжджі);
4. Уникати задушливих, загазованих приміщень;
5. Відвідувати різні типу масажу (акупресура), рефлексотерапію й акупунктуру, гідротерапію та PRP-терапію;
6. Вести здоровий спосіб життя.

Висновки до розділу 3

1. Майже половина відвідувачів аптеки (48,1 %) не звертаються до лікаря перед придбанням препаратів для купірування нападів мігрені. Більшість відвідувачів (43,5 %) самі підібрали собі ЛЗ, а 26,1 % купують ЛЗ за рекомендацією фармацевта.

2. Опитування показало, що найчастіше для купірування нападів мігрені використовують знеболювальні засоби – у 70,4 % випадках, а препарати із групи триптанів – у 48,1 % випадках. Більшість опитаних відвідувачів (63 %) знають, що препарати для лікування мігрені є рецептурними, однак лише 29,6 % купують ЛЗ за рецептом лікаря.

3. До більшості опитаних фармацевтів (80 %) звертаються за допомогою у придбанні або підборі антимигренозних препаратів. Половина (50%) аптечних працівників відпускають антимигренозні ЛЗ без рецепта. Більшість (88 %) обов'язково проводять фармацевтичну опіку при відпуску препаратів.

4. 90 % аптечних працівників звертають увагу відвідувачів аптеки з мігренню, що, якщо біль не минає протягом 12 годин, необхідно звернутися до лікаря.

5. Фармацевтична опіка, яку забезпечують фармацевти під час відпуску препаратів для полегшення нападів мігрені, є ключовим елементом у вдосконаленні фармакотерапії мігрені.

ВИСНОВКИ

1. Дані літературного огляду свідчать, що мігрень є глобальною проблемою, оскільки це одне з найпоширеніших захворювань на яке страждають більше 14 % людей у світі. За даними дослідження Global Burden of Disease 2019, мігрень займає друге місце серед причин інвалідності у світі та перше місце серед молодих жінок. Це свідчить, що мігрень є серйозною проблемою для багатьох людей.
2. У abortивній терапії мігрені найчастіше використовують селективні агоністи 5HT₁-серотонінових рецепторів (триптани), НПЗЗ й, якщо мігрень супроводжується нудотою та/або блювотою, антиеметики (протиблювотні засоби).
3. Результати анкетування відвідувачів аптеки показали, що переважна більшість відвідувачів (48,1 %) не звертаються до лікаря перед придбанням препаратів для купірування нападів мігрені. Частина відвідувачів (43,5 %) самі підбирали собі ЛЗ, а 26,1 % купують ЛЗ за рекомендацією фармацевта. 70,4 % відвідувачів перед прийомом ЛЗ читають інструкцію. Показано, що найчастіше для купірування нападів мігрені використовують знеболювальні засоби – у 70,4 % випадках, а препарати із групи триптанів – у 48,1 % випадках. Більша частина опитаних відвідувачів (63 %) знають, що препарати для лікування мігрені є рецептурними, однак лише 29,6 % купують ЛЗ за рецептом лікаря.
4. Результати опитування фармацевтів показали, що усі фармацевти обов'язково рекомендують звернутися до лікаря для діагностики та визначення оптимального лікування у разі виявлення у відвідувачів аптеки «загрозливих» симптомів. До більшості опитаних фармацевтів (80 %) звертаються за допомогою у придбанні або підборі антимигренозних препаратів. Половина (50 %) аптечних працівників

відпускають антимигренозні ЛЗ без рецепта. Переважна більшість фармацевтів (88 %) обов'язково проводять фармацевтичну опіку при відпуску препаратів. 90 % аптечних працівників звертають увагу відвідувачів аптеки з мігренню, що, якщо біль не минає протягом 12 годин, необхідно звернутися до лікаря. До переважної більшості фармацевтів (94 %) відвідувачі аптеки не зверталися з приводу виникнення яких-небудь побічних ефектів під час або після застосування препаратів із групи триптанів.

5. Розроблено підходи до оптимізації проведення належної фармацевтичної опіки фармацевтами під час відпуску з аптеки препаратів для лікування мігрені, а також практичні рекомендації для відвідувачів аптеки для підвищення раціональності застосування лікарських препаратів для симптоматичного лікування нападів мігрені.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Летнянчик Ольга. Мігрень: симптоми, лікування, профілактика. URL: <https://apteka-ds.com.ua/blog-item/mihren-symptomy-likuvannia-profilaktyka>
2. Види мігрени. URL: <https://mozok.ua/migren/article/2485-vidi-mgren>
3. Хиць А.Р. Мігрень: сучасна фармакологічна терапія. Український медичний часопис. 2020. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-184579-migren-suchasna-farmakologichna-terapiya>
4. Derry S., Moore R.A. Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2013. № 4. CD008040. doi: 10.1002/14651858.CD008040.pub3
5. Kirthi V., Derry S., Moore R. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2013. № 4. CD008041. doi: 10.1002/14651858.CD008041.pub3
6. Law S., Derry S., Moore R.A. Naproxen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2013. № 10. CD009455. doi: 10.1002/14651858.CD009455.pub2
7. Rabbie R., Derry S., Moore R.A. Ibuprofen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 2013. № 4. CD008039. doi: 10.1002/14651858.CD008039. pub3
8. Suthisisang C.C., Poolsup N., Suksomboon N. et al. Metaanalysis of the efficacy and safety of naproxen sodium in the acute treatment of migraine. Headache. 2010. № 50(5). P. 808-18. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01635.x
9. Дубецко О.,Є., Профілактичне лікування мігрени: учора, сьогодні, завтра / О.Є. Дубенко, ДЯД. Сотников // Міжнародний неврологічний журнал. - 2009. - №5(27) - С.67-72.
10. Dekker F., Neven A.K., Andriessse B. et al. Prophylactic treatment of

- migraine by GPs: a qualitative study. *Br. J. Gen. Pract.* 2012. № 62(597). P. 268-74. doi: 10.3399/bjgp12X636100
11. He A., Song D., Zhang L., Li C. Unveiling the relative efficacy, safety and tolerability of prophylactic medications for migraine: pairwise and network-meta analysis. *J. Headache Pain.* 2017. № 18(1). P. 26. doi: 10.1186/s10194-017-0720-7
 12. Jackson J.L., Cogbill E., Santana-Davila R. et al. Comparative effectiveness meta-analysis of drugs for the prophylaxis of migraine headache. *PLoS One.* 2015. № 10(7). P. e0130733. doi: 10.1371/journal.pone.0130733
 13. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia.* 2007. № 27. P. 394-402
 14. Hansen J.M., Hauge A.W., Olesen J., Ashina M. Calcitonin gene-related peptide triggers migraine-like attacks in patients with migraine with aura. *Cephalalgia.* 2010. № 30. P. 1179-86
 15. GBD (2019) Diseases and injuries collaborators (2020) global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet* 396:1204–1222.
 16. Lipton R. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American migraine study II / R. Lipton, W. Stewart // *Headache.* – 2001. – № 41 (646). – P. 57.
 17. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. *Cephalalgia.* 2018 Jan. № 38(1). P. 1-211. doi: 10.1177/0333102417738202. PMID: 29368949
 18. Da. Curran, H. Hinterberger, J. W. *Lancet* Total plasma serotonin, 5-hydroxyindoleacetic acid and p-hydroxy-m-methoxymandelic acid excretion in normal and migrainous subjects // *Headache: The Journal of Head and Face Pain.* — 1966. — Vol. 6, Issue 3, P. 154—157.

19. О. А. М'яловицька, д-р мед. наук, Ю. П. Дідкова Сучасні аспекти епідеміології, патогенезу та лікування мігрені. Український вісник психоневрології — том 21, вип. 1 (74) — 2013.
20. Ha H., Gonzalez A. Migraine Headache Prophylaxis. *Am. Fam. Physician.* 2019 Jan 1. № 99(1). P. 17-24. PMID: 30600979
21. Goadsby PJ, Reuter U, Hallström Y, Broessner G, Bonner JH, Zhang F, Sapra S, Picard H, Mikol DD, Lenz RA. A Controlled Trial of Erenumab for Episodic Migraine. *N Engl J Med.* 2017 Nov 30;377(22):2123-2132.
22. Herd C.P., Tomlinson C.L., Rick C. et al. Botulinum toxins for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018. № 6. CD011616. doi: 10.1002/14651858.CD011616.pub2
23. Tepper S., Ashina M., Reuter U. et al. Safety and efficacy of erenumab for preventive treatment of chronic migraine: a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 trial. *Lancet Neurol.* 2017. № 16. P. 425-34. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30083-2.
24. Agostoni E.C., Barbanti P., Calabresi P., et al. Italian chronic migraine group. Current and emerging evidence-based treatment options in chronic migraine: a narrative review. *J. Headache Pain.* 2019 Aug 30. № 20(1). P. 92. doi: 10.1186/s10194-019-1038-4. PMID: 31470791. PMCID: PMC6734211
25. Chronicle E.P., Mulleners W.M. Anticonvulsant drugs for migraine prophylaxis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. № 5. CD003226. doi: 10.1002/14651858.CD003226.pub3.
26. Linde M., Mulleners W.M., Chronicle E.P., McCrory D.C. Valproate (valproic acid or sodium valproate or a combination of the two) for the prophylaxis of episodic migraine in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013. № 6. CD010611. doi: 10.1002/14651858. CD010611.
27. Jackson J.L., Cogbill E., Santana-Davila R. et al. Comparative effectiveness meta-analysis of drugs for the prophylaxis of migraine headache. *PLoS One.*

2015. № 10(7). P. e0130733. doi: 10.1371/ journal.pone.0130733.
28. Stovner L.J., Linde M., Gravdahl G.B. et al. A comparative study of candesartan versus propranolol for migraine prophylaxis: A randomised, triple-blind, placebo-controlled, double crossover study. *Cephalalgia*. 2014. № 34(7). P. 523-32. doi: 10.1177/033310241351534.
29. Xu X.M., Yang C., Liu Y. et al. Efficacy and feasibility of antidepressants for the prevention of migraine in adults: a meta-analysis. *Eur. J. Neurol*. 2017. № 24(8). P. 1022-31. doi: 10.1111/ene.13320.
30. Дубецко О., С., Профілактичне лікування мігрені: учора, сьогодні, завтра / О.С. Дубенко, ДЯД. Сотников // Міжнародний неврологічний журнал. - 2009. - №5(27) - С.67-72.
31. Клінічна фармація : підруч. для студ. вищ. навч. закл. / за ред. В.П. Черних, І.А. Зупанця, І.Г. Купновицької. — Х. : НФаУ : Золоті сторінки, 2013. — 912 с.
32. Клінічна фармація (фармацевтична опіка) : підруч. для студ. вищ. мед. (фармац.) навч. закл. / І.А. Зупанець, В.П. Черних, Т.С. Сахарова та ін.; за ред. В.П. Черних, І.А. Зупанця. — Х. : НФаУ : Золоті сторінки, 2011. — 704 с.
33. Боженко, Н. Л. Мігрень : деякі аспекти патогенезу, діагностики та лікування / Н. Л. Боженко // Ліки України. – 2016. – № 4 (200). – С. 52–60
34. GBD (2019) Diseases and injuries collaborators (2020) global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet* 396:1204–1222
35. Lipton R. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American migraine study II / R. Lipton, W. Stewart // *Headache*. – 2001. – № 41 (646). – P. 57.

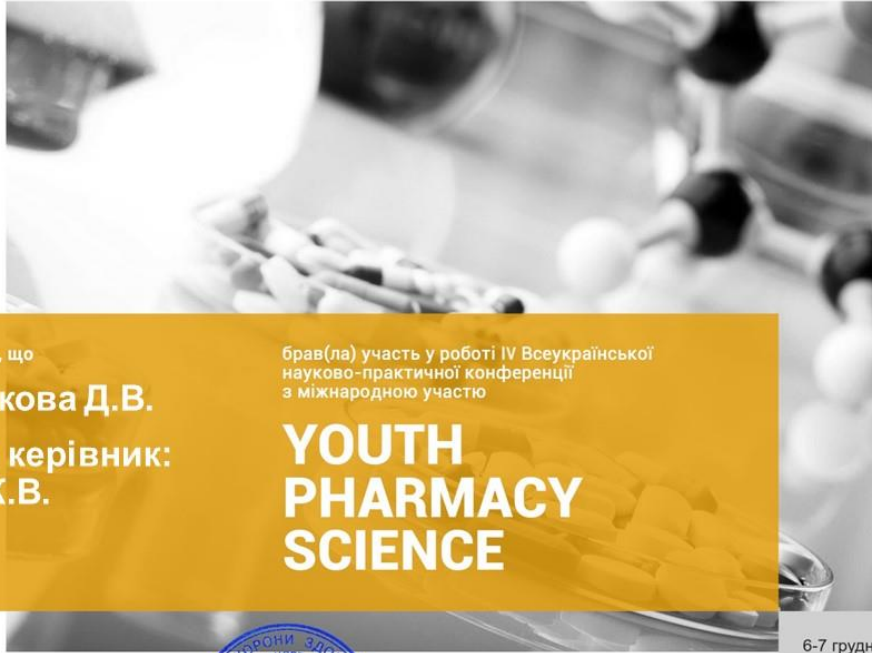
36. Chang C.L., Donaghy M., Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception // Br. Med. J. – 1999. – Vol. 318. – P. 13–18.
37. Ha H., Gonzalez A. Migraine Headache Prophylaxis. Am. Fam. Physician. 2019 Jan 1. № 99(1). P. 17-24. PMID: 30600979
38. Chronicle E.P., Mulleners W.M. Anticonvulsant drugs for migraine prophylaxis. Cochrane Database Syst. Rev. 2016. № 5. CD003226. doi: 10.1002/14651858.CD003226.pub3.
39. Матвієнко Ю.О. Первинні болі голови у практиці загального лікаря. – Львів: Медицина світу, 2012. – С. 90

ДОДАТКИ



Міністерство
охорони здоров'я
України

Національний
фармацевтичний
університет



СЕРТИФІКАТ

Цим засвідчується, що

Клещевнікова Д.В.

**Науковий керівник:
Вєтрова К.В.**

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

**YOUTH
PHARMACY
SCIENCE**

Ректор НФаУ,
д. фарм. н., проф.



Алла КОТВИЦЬКА

6-7 грудня 2023 р.
м. Харків,
Україна

Продовження додатку А

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

YOUTH PHARMACY SCIENCE

МАТЕРІАЛИ
IV ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

6-7 грудня 2023 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2023

Продовження додатку А

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

Безугла Н.П., Жулай Т.С., Жидулов М.А.; Н. к.: Отрішко І.А.	439
Галушка Ю.В.; Н. к.: Пропіснова В.В.	441
Головка К.Д.; Н. к.: Пропіснова В.В.	442
Горюнова І.О.; Н. к.: Коваль А.О.	443
Денисюк І.В.; Н. к.: Степанова С.І.	444
Дубовик А.А.; Н. к.: Попов О.С.	445
Звозіль Ю.П.; Н. к.: Місюрьова С.В.	446
Зубкова М.О., Тарасенко О.О., Пропіснова В.В.; Н. к.: Жулай Т.С.	448
Клещевнікова Д.В.; Н. к.: Ветрова К.В.	449
Козачок А.; Н. к.: Кошова О.Ю.	451
Лук'янець Д.В., Безугла Н.П., Жулай Т.С.; Н. к.: Тарасенко О.О.	453
Мала О.Д.; Н. к.: Ветрова К.В.	455
Мірошніченко О.О.; Н. к.: Безугла Н.П.	455
Могильна Т.Ю.; Н. к.: Бутко Я.О.	457
Моспаненко І.П., Місюрьова С.В.; Н. к.: Ветрова К.В.	458
Музика В.В.; Н. к.: Ветрова К.В.	460
Омельченко Н.І., Отрішко І.А., Ткаченко К.М.; Н. к.: Жулай Т.С.	462
Орлов Д.І.; Н. к.: Ветрова К.В.	463
Осіпенко Н.Б., Отрішко І.А., Безугла Н.П.; Н. к.: Ткаченко К.М.	465
Отрішко І.А., Юрків Т.Б.; Н. к.: Безугла Н.П.	466
Палій К.О., Безугла Н.П., Жулай Т.С.; Н. к.: Тарасенко О.О.	468
Пламінська К.В., Жулай Т.С., Андрєєва О.О.; Н. к.: Ткаченко К.М.	469
Стаматова А.В., Отрішко І.А.; Н. к.: Ветрова К.В.	470
Ткаченко К.М., Жулай Т.С., Шелест К.О.; Н. к.: Отрішко І.А.	471
Черніченко В.В.; Н. к.: Попов О.С.	473
Щаровка М.Ю., Ветрова К.В.; Н. к.: Місюрьова С.В.	474
Шебеко С.К., Андрєєва О.О., Лазарева К.Є.; Н. к.: Отрішко І.А.	475
Шумська О.В.; Н. к.: Жаботинська Н.В.	477
Hamoud D., Otrishko I., Bezugla N.; S. s.: Zhulai T.	478
Yaroshenko A.A., Tkachenko K.M., Andrieva O.O.; S. s.: Zhulai T.S.	479

СЕКЦІЯ 13. СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ У ФАРМАЦІЇ
SOCIO-ECONOMIC RESEARCH IN PHARMACY

Баранова Д., Корж Ю.В.; Н. к.: Терещенко Л.В.	481
Куровська Я. А.; Н. к.: Гавриш Н.Б.	482
Литвинова Д.В., Романенко М.М.; Н. к.: Болдарь Г.Є.	483
Лопатка О. О.; Н. к.: Гавриш Н.Б.	484
Неліпа Б.В.; Н. к.: Баранова І.І.	485
Ремжик А.Д.; Н. к.: Овакімян О.С.	486
Сурікова І.О., Пилюга Л.В., Ямпольць А.В.	487
Химінчук Я.С.; Н. к.: Баранова І.І.	488
Яхно Т.А.; Н. к.: Волкова А.В.	490
Karnaukh D.V.; S. s.: Surikova I.O.	492

Продовження додатку А

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

доведено шляхом проведення дослідження *in vitro* – тест на розчинення) та Вестібо (індекс еквівалентності В1: лікарський засіб, взаємозамінність якого доведена шляхом проведення дослідження *in vivo* – біоеквівалентності), Медогестін, Бетагістин-Тева, Бетасерк (оригінальний препарат), Бетагіс, Макгістин. Зареєстрований єдиний лікарський засіб бетагестину у вигляді розчину для орального застосування у дозі 8 мг/мл – Аверо. Показанням до призначення бетагестину є лікування пацієнтів із хворобою і синдромом Мен'єра, які характеризуються трьома основними симптомами – запамороченням, що іноді супроводжується нудотою і блюванням; флюктуючий слух (туговухістю); шумом у вухах. Також може бути призначений для симптоматичного лікування вестибулярного запаморочення різного походження. Проте багатьом пацієнтам призначають бетагістин для лікування ідіопатичного суб'єктивного шуму у вухах і запаморочення, навіть якщо ці симптоми не пов'язані з хворобою Мен'єра. Рекомендована добова доза бетагестину становить від 24 мг до 48 мг на добу, розділених на дві або три разові дози. Хоча шлунково-кишкові побічні ефекти цитуються в багатьох документах, в порівняльних дослідженнях частота несприятливих ефектів у пацієнтів, які приймають бетагістин, незначно відрізняється від пацієнтів, які приймають плацебо. Бетагістин є слабким агоністом рецепторів гістаміну H₁ і потужним антагоністом рецепторів гістаміну H₃. Максимальний вестибулярний терапевтичний ефект триватиме приблизно три-чотири години. Різноманітні ефекти бетагестину досліджувалися в контрольованих експериментах на тваринах, демонструючи вплив на кохлеарний кровотік і швидкість збудження вестибулярного нерва. Попри велику кількість наукових праць, присвячених дослідженню ефективності бетагестину, мало відомо про його механізм дії. Одним із передбачуваних механізмів є зниження ендолімфатичного тиску.

Висновки. Таким чином, виходячи з поточних знань, можна припустити, що бетагістин, швидше за все, ефективний у випадках, коли неспецифічний шум у вухах пов'язаний із порушеннями слуху (або запамороченням). Вибір дози та тривалості лікування залежить від того, чи є шум у вухах гострим (менш як три місяці) чи хронічним (три місяці або більше). Це може відображати переконання, що тривалість шуму у вухах є модифікатором успіху лікування. Однак не існує Кокранівського огляду бетагестину для лікування шуму у вухах як основного результату без супутніх захворювань, таких як запаморочення та втрата слуху.

РОЛЬ ФАРМАЦЕВТА В ЗАБЕЗПЕЧЕННІ РАЦІОНАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З МІГРЕННЮ

Клещевнікова Д.В.

Науковий керівник: Ветрова К.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
diama.kleshchevnikova@gmail.com

Вступ. Мігрень – це одне з найпоширеніших захворювань, яким страждає більше 14 % людей у світі. Мігрень призводить до болю, дискомфорту, порушення сну та зниження продуктивності, що негативно впливає на якість життя людини. Сучасна тактика лікування мігрени, зазвичай, включає в себе використання селективних агоністів 5HT₁-серотонінових рецепторів (триптанів), алкалоїдів ріжків (ерготамін). Проведення фармацевтами належної фармацевтичної опіки при відпуску антимігренозних препаратів є важливим аспектом оптимізації фармакотерапії мігрени.

Продовження додатку А

Секція 12
«КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ»

Мета дослідження. Визначення ролі фармацевта в забезпеченні раціонального лікування пацієнтів з мігренню.

Матеріали та методи. Аналіз та узагальнення даних наукової літератури.

Результати дослідження. При зверненні до аптеки відвідувача з метою придбання лікарського препарату для лікування мігрені, фармацевт має з'ясувати у кого виникла проблема (дорослий чи дитина), як давно виникла, скільки часу триває, які ліки приймали перед зверненням у аптеку та виключити наявність загрозливих симптомів, що потребують негайної консультації лікаря (головний біль супроводжується раптовою появою неврологічних симптомів (порушення мови, рухів, тремтіння кінцівок тощо) або порушенням свідомості, відчуттям тиску «зсередини-назовні», нудотою, запамороченням, потемнінням в очах, «мушками» перед очима, головний біль пов'язаний з травмою голови, особливо, якщо травма голови супроводжувалась втратою свідомості; головний біль виник раптово, його інтенсивність надзвичайно сильна, ніж зазвичай або змінився характер і частота нападів хронічного головного болу; головний біль триває 2-3 дні і посилюється; головний біль, що посилюється при напруженні, кашлі, зміні положення голови; головний біль поєднується з почервонінням очей, зниженням зору; головний біль з'явився після прийому (відміни) лікарського препарату).

Фармацевт має обов'язково запитати чи відвідував хворий лікаря для встановлення точного діагнозу (мігрень) та призначення відповідних антимигренозних препаратів, що відпускаються з аптеки лише за рецептом лікаря!

Фармацевт має обов'язково проконсультувати відвідувача аптеки щодо умов раціонального застосування антимигренозних засобів. Лікарські препарати селективних агоністів 5HT₁-серотонінових рецепторів не застосовують для профілактики нападу мігрені. Лікарські препарати групи селективних агоністів 5HT₁-серотонінових рецепторів не слід застосовувати під час вагітності та лактації, у дітей молодшого віку. Після прийому препаратів, що містять алкалоїди ріжків (дигідроерготамін), препарати групи суматриптану можна приймати не раніше, ніж через 24 години. Після прийому препаратів групи суматриптану препарати, що містять алкалоїди ріжків (дигідроерготамін), можна приймати тільки через 6 годин і більше. Інтервал між прийомом різних препаратів групи суматриптану – не менше 12 годин. Якщо прийом однієї дози препарату групи суматриптану не дав ефекту, застосування повторної дози можливе не раніше, ніж через 3 години. Ризатриптан має кращі загальні показники щодо купірування нападів мігрені, оскільки він дає змогу відчутти полегшення протягом 2 годин і тривало позбавляє болу протягом 24 годин, зменшує вираженість нудоти, фото- та фонофобії.

Фармацевт повинен проінформувати відвідувача аптеки, що у разі виникнення будь-якого прояву побічної дії необхідно припинити використання препарату і звернутись до лікаря. Лікарські препарати селективних агоністів 5HT₁-серотонінових рецепторів не слід застосовувати в осіб із захворюваннями серця, судин, при артеріальній гіпертензії. При застосуванні препаратів, що містять суматриптан, можливі запаморочення, слабкість, сонливість, нудота, парестезії. При застосуванні препаратів, що містять золмітриптан, можливі нудота, сухість у роті, міалгія, м'язова слабкість, підвищення артеріального тиску, відчуття тепла. При прийомі ерготаміну можуть спостерігатися такі побічні дії, як звуження периферійних судин, зокрема вінцевих, нудота та блювота, також він скорочує матку та може погано впливати на плід. Препарати, що містять ерготаміну тартрат, протипоказані при підвищеній чутливості до компонентів препарату, стенокардії, порушеннях функції печінки і нирок.

Перед відпуском лікарського препарату з аптеки, фармацевт обов'язково повинен запитати відвідувача чи не приймає він інші лікарські препарати, щоб запобігти небажаним ефектам від лікарської взаємодії. Суматриптан не слід поєднувати з препаратами ріжків

Продовження додатку А

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

(ерготамін) – може розвинутися виражений периферичний вазоспазм. Номігрен (препарат на основі ерготаміну) не можна поєднувати з препаратами, що пригнічують ЦНС, і алкоголем – можливе посилення пригнічувальної дії на ЦНС. При одночасному прийомі ризатриптану та пропранололу, концентрація ризатриптану в плазмі крові може зростати, тому дозу ризатриптану треба зменшити.

Контролююча функція фармацевта полягає також у попередженні пацієнта про його дії у випадку неефективності лікування: якщо біль при мігрені не минає протягом 12 годин, необхідно звернутись до лікаря, оскільки виникає загроза порушення мозкового кровообігу!

У межах фармацевтичної опіки фармацевт дає рекомендації з питань модифікації способу життя, харчування та немедикаментозного лікування мігрені у пацієнтів: виключити з раціону продукти-тригери, напої, що містять кофеїн; відмовитися від вживання алкоголю, тютюнопаління; нормалізувати якість сну та кількість відпочинку; мінімізувати стресові ситуації; ходити на різні типи масажу та вести здоровий спосіб життя.

Висновки. Роль фармацевта в наданні належної фармацевтичної допомоги пацієнтам з мігренню є дуже важливою. Фармацевт може бути першим, хто вчасно виявить небезпечні симптоми, що потребують негайного звернення до лікаря. Також він консулює відвідувачів аптеки щодо раціонального застосування антимігренозних препаратів, їх можливих побічних ефектів тощо, що може значно поліпшити ефективність лікування мігрені, а також якість життя пацієнтів.

МЕДИЧНИЙ ПРАЦІВНИК І ВІЛ-ІНФІКОВАНИЙ: ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМВІДНОСИН

Козачок А.

Науковий керівник: Кошова О.Ю.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
arina.kozachok@gmail.com

Вступ. Взаємовідносини лікаря і пацієнта – центральна проблема медичної біоетики. Основою цих взаємин є відданість лікаря інтересам хворого, професійна чесність, абсолютна ввічливість, доброзичливість, уважність, індивідуальний підхід, що враховує психологічні особливості хворого, клінічне та деонтологічне обґрунтування методів діагностики і лікування. Не менш важливими є конфіденційність (збереження медичної таємниці) і профілактика ятрогенії, що відіграє важливу роль у веденні ВІЛ-позитивних хворих.

Мета дослідження. Дослідити та проаналізувати важливість зв'язку між лікарем та пацієнтом.

Матеріали та методи. Данні з наукових статей, державних центрів громадського здоров'я. Використанні методи: аналітичний.

Результати дослідження. Застосування стратегії ефективного підтримуючого лікування позитивно впливає на якість життя людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та на формування суспільної толерантної поведінки щодо хворих. Проте, міфи та стереотипи щодо захворювання продовжують негативно впливати на загальне сприйняття ВІЛ-інфекції. Саме стигма та дискримінація, пов'язана з ВІЛ-інфекцією є найбільшим бар'єром для здійснення ефективної профілактики, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ(ЛЖВ).

Національний фармацевтичний університет

Факультет фармацевтичний
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації
Ступінь вищої освіти другий магістерський
Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація
Освітня програма Фармація

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
клінічної фармакології
та клінічної фармації

Ігор КІРЕЄВ

«12» вересня 2023 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Діани КЛЕЩЕВНІКОВОЇ

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Клініко-фармакологічний аналіз сучасних схем лікування мігрені», керівник кваліфікаційної роботи: Катерина ВСТРОВА, к.фарм.н., асистент,
затверджений наказом НФаУ від “23” жовтня 2023 року № 233
2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи: грудень 2023 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: розробка анкет для опитування відвідувачів аптеки та фармацевтів з метою підвищення раціонального застосування лікарських препаратів для симптоматичного лікування нападів мігрені.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): огляд літератури щодо проблеми лікування нападів мігрені у пацієнтів; проведення опитування відвідувачів аптеки та фармацевтів; обробка отриманих даних; розробка підходів до оптимізації проведення фармацевтичної опіки фармацевтами під час відпуску з аптеки антимигренозних препаратів та практичних рекомендацій для відвідувачів аптеки з метою підвищення раціональності застосування препаратів для купірування нападів мігрені у пацієнтів.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): таблиць – 3, рисунків – 1

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Катерина ВЕТРОВА, асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.
2.	Катерина ВЕТРОВА, асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.
3.	Катерина ВЕТРОВА, асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.

7. Дата видачі завдання: 12.09.2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1.	Аналіз сучасного стану проблеми лікування мігрені у пацієнтів	Вересень 2023 р.	виконано
2.	Розробка анкети для опитування відвідувачів аптеки та фармацевтів	Жовтень 2023 р.	виконано
3.	Проведення опитування відвідувачів аптеки та фармацевтів	Листопад 2023 р.	виконано
4.	Обробка отриманих даних	Листопад 2023 р.	виконано
5.	Розробка практичних рекомендацій для фармацевтів та відвідувачів	Грудень 2023 р.	виконано
6.	Оформлення магістерської роботи	Грудень 2023 р.	виконано

Здобувачка вищої освіти _____

Діана КЛЕЩЕВНИКОВА

Керівник кваліфікаційної роботи _____

Катерина ВЕТРОВА

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 233
по Національному фармацевтичному університету
від 23 жовтня 2023 року

Затвердити тему, керівника та рецензента кваліфікаційної роботи здобувачу вищої освіти заочної форми навчання фармацевтичного факультету НФаУ 2024 року випуску:

з/п	Прізвище, ім'я по батькові здобувача вищої освіти	Тема кваліфікаційної роботи (українською мовою)	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Керівник кваліфікаційної роботи	Рецензент кваліфікаційної роботи
1.	Клещевнікова Діана Віталіївна	Клініко-фармакологічний аналіз сучасних схем лікування мігрені	Clinical and pharmacological analysis of current migraine treatment regimens	ас. Ветрова К. В.	проф. Щокіна К. Г.

ПІДСТАВА: службова записка завідувача кафедри про затвердження теми кваліфікаційної роботи, керівника та рецензента.

Вірно: пров. фахівець деканату



Н. В. Фоменко

ВИСНОВОК

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

№ 123404 від « 15 » грудня 2023 р.

Проаналізувавши випускню кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти заочної форми навчання Клещевнікової Діани Віталіївни, _____ курсу, _____ групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Клініко-фармакологічний аналіз сучасних схем лікування мігрені / Clinical and pharmacological analysis of current migraine treatment regimens», Комісія з академічної доброчесності дійшла висновку, що робота, представлена до Екзаменаційної комісії для захисту, виконана самостійно і не містить елементів академічного плагіату (компіляції).

**Голова комісії,
професор**



Інна ВЛАДИМИРОВА

4%

14%

ВІДГУК

наукового керівника на кваліфікаційну роботу другого (магістерського) ступеня вищої освіти спеціальності 226 Фармація, промислова фармація Діани КЛЕЩЕВНІКОВОЇ на тему: «Клініко-фармакологічний аналіз сучасних схем лікування мігрені»

Актуальність теми. Мігрень це одна з найпоширеніших проблем у сучасній медицині. Існують декілька факторів, що можуть спровокувати мігрень: їжа, сильний стрес, зміни в погоді, запахи, світло, гормональні зміни тощо. У abortивній терапії мігрені найчастіше використовують селективні агоністи 5HT₁-серотонінових рецепторів (триптани) та НПЗЗ. Фармацевт відіграє одну з провідних ролей в забезпеченні раціонального застосування антимигренозних препаратів при лікуванні мігрені.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Практична значущість роботи полягає в з'ясуванні якості проведення належної фармацевтичної опіки при відпуску з аптеки препаратів для лікування та купірування нападів мігрені. Здобувачкою вищої освіти запропоновані рекомендації для відвідувачів аптеки щодо підвищення раціональності застосування препаратів для симптоматичного лікування нападів мігрені та підходи до оптимізації проведення належної фармацевтичної опіки фармацевтами.

Оцінка роботи. В процесі виконання роботи здобувачка вищої освіти проявила себе здібним працівником при роботі з науковою літературою, навчилася планувати та проводити експериментальні дослідження, систематизувати їх результати та робити висновки. Робота викладена на 46 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 3 таблицями та 1 рисунком, список використаних джерел літератури містить 39 найменувань.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. Робота здобувачки вищої освіти Діани КЛЕЩЕВНІКОВОЇ на тему: «Клініко-фармакологічний аналіз сучасних схем лікування мігрені» є закінченою науковою працею, повністю відповідає вимогам, що висуваються до кваліфікаційних робіт другого (магістерського) ступеня та рекомендована до захисту в Екзаменаційній комісії.

Науковий керівник _____

Катерина ВСТРОВА

«07» грудня 2023 року

РЕЦЕНЗІЯ

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

Діани КЛЕЩЕВНІКОВОЇ

на тему: «Клініко-фармакологічний аналіз сучасних схем лікування мігрені»

Актуальність теми. Мігрень є глобальною проблемою, оскільки це одне з найпоширеніших захворювань на яке страждають більше 14 % людей у світі. За даними дослідження Global Burden of Disease 2019, мігрень займає друге місце серед причин інвалідності у світі та перше місце серед молодих жінок. Це свідчить, що мігрень є серйозною проблемою для багатьох людей. У абортивній терапії мігрені найчастіше використовують селективні агоністи 5HT₁-серотонінових рецепторів (триптани), НПЗЗ й, якщо мігрень супроводжується нудотою та/або блювотою, антиеметики (протиблювотні засоби). Фармацевт відіграє одну з важливих ролей в забезпеченні раціонального лікування. Він першим може виявити загрозливі симптоми у відвідувачів аптеки, своєчасному направити їх до лікаря для уточнення діагнозу та проведення обстеження, а також надати належну консультацію щодо раціонального застосування антимігренозних препаратів.

Теоретичний рівень роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів (огляду літератури, опису матеріалів та методів досліджень та одного розділу власних досліджень), висновків та списку використаних джерел. Перший розділ роботи присвячений огляду літератури з сучасного стану проблеми лікування пацієнтів з мігренню. У другому розділі представлені матеріали та методи дослідження. У третьому розділі описані результати анкетування відвідувачів аптеки та фармацевтів, проведений аналіз результатів та представлені пропозиції здобувача вищої освіти по темі дослідження. Робота викладена на 46 сторінках друкованого тексту, ілюстрована 3 таблицями та 1 рисунком, список використаних джерел літератури містить 39 найменувань.

Пропозиції автора з теми дослідження. За результатами проведених досліджень автором роботи запропоновано підходи до оптимізації проведення належної фармацевтичної опіки фармацевтами під час відпуску з аптеки лікарських препаратів для лікування та купірування нападів мігрені з метою підвищення ефективності та раціоналізації їх застосування, а також розроблені практичні рекомендації для відвідувачів аптеки щодо підвищення раціонального застосування лікарських препаратів для лікування мігрені.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Висновки та практичні рекомендації, запропоновані автором, базуються на достатній кількості даних, отриманих в ході проведених досліджень, ретельному їх аналізі та узагальненні результатів. Проведені в роботі дослідження є підставою для подальшого клініко-фармацевтичного вивчення, розробки і впровадження шляхів оптимізації лікування хворих на мігрень антимігренозними препаратами. Впровадження даних принципів і положень у практичну медицину та фармацію сприятиме підвищенню раціонального застосування лікарських препаратів для симптоматичного лікування мігрені.

Недоліки роботи. Істотних недоліків у роботі не виявлено, однак можна зазначити: окремі граматичні, стилістичні, технічні помилки, великі таблиці, що можна було б розмістити у додатках. Ці недоліки принципово не змінюють оцінку роботи та не зменшують її наукової та практичної значущості.

Загальний висновок і оцінка роботи. Робота являє собою закінчену, послідовну та логічно побудовану наукову працю. В цілому, за актуальністю, методичним рівнем, обсягом проведених досліджень, науковою та практичною цінністю робота Діани КЛЕЩЕВНИКОВОЇ на тему: «Клініко-фармакологічний аналіз сучасних схем лікування мігрені» відповідає вимогам, що висуваються до кваліфікаційних робіт другого (магістерського) ступіня та рекомендована до захисту в Екзаменаційній комісії.

Рецензент _____

проф. Катерина ЩОКІНА

«12» грудня 2023 року

МОЗ України
Національний фармацевтичний університет

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ №22

Засідання кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації

м. Харків

«13» грудня 2023 р.

СЛУХАЛИ: Про представлення до захисту в Екзаменаційній комісії випускної кваліфікаційної роботи на тему: «Клініко-фармакологічний аналіз сучасних схем лікування мігрені» / «Clinical and pharmacological analysis of current migraine treatment regimens»

здобувачки вищої освіти 6 курсу, спеціальність – 226 Фармація, промислова фармація, освітня програма – Фармація, ступінь вищої освіти – магістр, термін навчання – 5 р. 6 міс., заочна форма здобуття освіти, НФаУ 2024 року випуску

Клещевнікової Діани Віталіївни

прізвище, ім'я та по батькові

Керівник: асистент кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, к.фарм.н., Ветрова К.В.

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри фармакології та фармакотерапії, д.фарм.н., професор Щокіна К.Г.

В обговоренні кваліфікаційної роботи брали участь:

Зав. кафедри, проф. І.В. Кіресев; доц. Н.П. Безугла; доц. В.В. Пропіснова; доц. І.А. Отришко; доц. К.М. Ткаченко; ас. К.В. Ветрова; ас. К.В. Цеменко; доц. Н.В. Жаботинська.

ПОСТАНОВИЛИ: Рекомендувати до захисту в ЕК кваліфікаційну роботу здобувачки вищої освіти

Клещевнікової Діани Віталіївни

прізвище, ім'я та по батькові

на тему: «Клініко-фармакологічний аналіз сучасних схем лікування мігрені» / «Clinical and pharmacological analysis of current migraine treatment regimens»

Завідувач кафедри



Ігор КІРЕСВ

(підпис)

Секретар



Катерина ТКАЧЕНКО

(підпис)

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ПОДАННЯ
ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ
ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ**

Направляється здобувачка вищої освіти Діана КЛЕЩЕВНИКОВА до захисту кваліфікаційної роботи за галуззю знань 22 Охорона здоров'я спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація освітньою програмою Фармація на тему: «Клініко-фармакологічний аналіз сучасних схем лікування мігрені»

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Микола ГОЛІК

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувачка вищої освіти Діана КЛЕЩЕВНИКОВА виконала усі необхідні експериментальні дослідження, власне підготувала огляд літератури та написала роботу за консультативної участі керівника. Здобувачка є добре підготовленим фахівцем. Робота написана з дотриманням усіх необхідних вимог та може бути рекомендована до захисту в Екзаменаційній комісії.

Керівник кваліфікаційної роботи

Катерина ВСТРОВА

«07» грудня 2023 року

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

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

Завідувач кафедри
клінічної фармакології та
клінічної фармації

Ігор КІРЕЄВ

«13» грудня 2023 року

Кваліфікаційну роботу захищено
у Екзаменаційній комісії

«6» лютого 2024 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

доктор фармацевтичних наук, професор

_____ / Марія ЗАРІЧКОВА/