



DOI: <https://doi.org/10.11603/2312-0967.2025.1.15170>

УДК 615.2:616-009

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ОСІБ ІЗ МІГРЕННЮ: ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ ТЕРАПІЇ

Т. С. Сахарова¹, І. А. Отрішко², К. В. Ветрова², Н. П. Безугла³, Т. С. Жулай⁴,
В. В. Підгайна², О. О. Костіна²

¹Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова

²Національний фармацевтичний університет (м. Харків)

³ПП ПФФ «Ацинус» (м. Кропивницький)

⁴КНП «Міська клінічна лікарня № 30» Харківської міської ради
innaotrishko@gmail.com

ІНФОРМАЦІЯ

Надійшла до редакції / Received:
04.02.2025

Після доопрацювання / Revised:
21.03.2025

Прийнято до друку / Accepted:
25.03.2025

Ключові слова:

мігрень,
фармацевтична опіка,
безрецептурні та рецептурні
лікарські засоби,
ефективність та безпека терапії.

АНОТАЦІЯ

Мета роботи – виокремити роль пацієнта/відвідувача аптеки, лікаря/фармацевта в реалізації фармацевтичної опіки під час лікування мігрені.

Матеріали і методи. Методологічну основу дослідження становлять принципи об'єктивності і системності. У роботі використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: теоретичний, метод узагальнення, систематизації даних, порівняння, аналізу, анкетування. Проведено анкетне опитування 20 відвідувачів аптеки, які зверталися до аптеки з метою придбання лікарського засобу для лікування мігрені.

Результати й обговорення. У разі нападів легкого та помірного ступенів тяжкості наші респонденти застосовували прості анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби (ібупрофен, парацетамол, напроксен та ацетилсаліцилову кислоту). Вибір лікарського засобу для симптоматичного лікування здійснювався на засадах відповідального самолікування за консультативної участі фармацевта. У разі тяжких нападів застосовували триптани: суматриптан, золмітриптан та ризатриптан, які були призначені лікарем. 15% респондентів застосовували засоби рецептурного відпуску для превентивного лікування мігрені: пропранолол (таблетки, 10 мг); метопролол (таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням, 25 мг) та топірамат (таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 25 мг). Найбільш затребуваними були таблетки і капсули (90% респондентів надавали їм перевагу у виборі лікарської форми і 10% – віддали перевагу спрею назального). Стосовно правил прийому лікарських засобів для лікування/профілактики мігрені: 80% респондентів дотримуються правил прийому і лише 20% не надавали належного значення умовам раціонального застосування лікарських засобів. Серед факторів, що впливають на прихильність до лікування, респондентами було зазначено: зручна форма випуску лікарського засобу, швидкий початок його дії, стійкість ефекту, мінімальна потреба в повторній дозі, можливість самолікування.

Висновки. Фармацевтична опіка (на всіх етапах її реалізації) відіграє важливу роль у підвищенні ефективності та безпеки терапії мігрені. Саме взаємодія

фахівців медицини та фармації і високий ступінь залученості до процесу осіб із мігренню буде сприяти профілактиці нападів, зменшенню частоти та тяжкості перебігу болю голови, підвищенню якості життя. Удосконалення фармацевтичної опіки під час лікування мігрені має відбуватися безперервно з урахуванням новітніх медичних технологій та розвитку знань у неврології.

Вступ. Біль голови входить до п'ятірки перших причин звернень до пунктів невідкладної медичної допомоги та до двадцятки звернень за амбулаторною медичною допомогою. Мігрень є однією з найпоширеніших форм болю голови, що може призводити до значного зниження якості життя. Частота поширеності мігрені становить 16%, при цьому серед жіночої популяції частота значно вища (3:1). Близько 38% осіб із епізодичними нападами мігрені мають позитивний ефект від призначення профілактичної фармакотерапії, однак лише 3–13% з них отримують її постійно [1–4].

Вибір тактики лікування первинного болю голови загалом і мігрені зокрема залежить від безлічі факторів: виду та характеристики болю голови, супутніх станів і коморбідних розладів (а отже, і взаємодії з лікарськими засобами супутньої терапії), наявності або відсутності абuzuсного фактора і т.п. Загалом, принципи лікування болю голови складаються з двох основних напрямів: купірування нападів цефалгії (практично завжди застосовуються лікарські засоби) та профілактики нападів цефалгії (застосовується як лікарська терапія, так і нефармакологічні методи корекції) [5–9].

Мета роботи – виокремити роль пацієнта/відвідувача аптеки, лікаря/фармацевта в реалізації фармацевтичної опіки під час лікування мігрені.

Матеріали і методи. Методологічну основу дослідження становлять принципи об'єктивності і системності. У роботі використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів: теоретичний, метод узагальнення, систематизації даних, порівняння, аналізу, анкетування.

У дослідженні застосовували анкетне опитування, яке проведено з 20 лютого по 17 березня 2023 року серед 20 відвідувачів аптеки у місті Полтава, які зверталися з метою придбання лікарських засобів для лікування мігрені.

Анкета включала 15 запитань: загального характеру (стать; вік) та спеціальних запитань, які були спрямовані на з'ясування тривалості мігрені, симптомів та форм мігрені, генетичних чинників, частоти відвідування невролога, уточнення тригерних факторів та ін. Окремий блок стосувався питань фармацевтичної опіки під час відпуску та вибору лікарських засобів (безрецептурних та рецептурних) для лікування мігрені, переваг респондентів у виборі лікарських форм, дотриманню правил прийому лікарських засобів, а також питань поінформованості респондентів щодо ефективності та безпеки медикаментозної терапії.

Дослідження проведено з дотриманням етичних засад, зокрема, урахування прав та добровільної згоди учасників опитування. Усі отримані результати обробляли статистичними методами. Аналіз

міжгрупових відмінностей у разі обліку результатів в альтернативній формі проводили з використанням кутового перетворення Фішера. Відмінності показників вважали статистично значущими за рівня вірогідності $p < 0,05$ [10].

Результати й обговорення. Серед опитуваних жінки становили 90% (18 респондентів), чоловіки – 10% (2 особи). Переважна група респондентів відповідає віковій категорії 22–53 роки.

У родинному анамнезі мігрень трапляється досить часто. У представленій роботі фактор спадкування оцінений у 55% (11 осіб із 20 зазначили наявність генетичного фактора мігрені у родичів). Літературні дані ілюструють, що ризик розвитку мігрені є полігенним, за рідкісним винятком пов'язаного з мігренню моногенного синдрому, зокрема родинної геміплегічної мігрені.

Проведене опитування серед респондентів дозволило встановити найбільш часті симптоми, які мають особи, що страждають на мігрень (рис. 1).

Так, усі респонденти (20 осіб) зазначили наявність болю голови (частіше одностороннього) під час мігренозної атаки. Мігрень проявляється повторюваними однотипними нападами інтенсивного, частіше однієї боїчного та пульсуючого болю голови, переважно в ділянці скроні, очей і темені, але нерідко досить часто біль може виникати в ділянці потилиці, переходити з одного боку на інший (чергування сторін) або, рідше, мати двобічний характер.

Чутливість до звуків під час нападу відзначають 11 опитаних, що становило 55%; чутливість до світла – 35% (7 осіб).

Мігренозні атаки зазвичай супроводжуються нудотою, блюванням чи діареєю у 3 осіб (відповідно 15%); порушення зору мають 20% респондентів (4 особи) та запаморочення і слабкість зазначили 8 респондентів (40% відповідно).

Відповідно до МКБГ-3 виділяють основні форми мігрені: мігрень без аури і мігрень з аурою.

Основним клінічним проявом мігрені без аури є напад болю голови, у разі мігрені з аурою больовій фазі нападу передують стадія аури.

Фази мігрені без аури:

Продромальна – характеризується пригніченим настроєм, фото- та фонофобією, дратівливістю.

Під час больової фази основними скаргами є переважно одностороння краніологія пульсуючого характеру, що поступово наростає. Як правило, також спостерігається нудота, блювання, нестерпність до світла і звуку.

В основі постдромальної фази – сонливість, апатія, різка загальна слабкість, втрата апетиту, підвищення діурезу.



Рис. 1. Симптоми мігрені у респондентів, %

Під час мігрені з аурую додатково виділяють фазу аури, що розвивається після продромальної. Вона характеризується зоровими та/чи чутливими та/чи мовними розладами, що наростають та регресують протягом однієї години.

У нашому дослідженні 16 респондентів (80%) зазначили наявність мігрені без аури та 4 особи (20%) – мігрень з аурую, що повністю узгоджується з даними літератури про найбільш поширену форму мігрені без аури (рис. 2).

Невід'ємною рисою мігрені є її рецидивуючий характер. Вважається, що напад мігрені може бути спровокований різними екзо- й ендогенними факторами.

Тож одним із питань, включених до анкети, було з'ясування тригерів мігрені у респондентів.

Найбільш частими тригерами мігрені виявилися (рис. 3):

- психологічні чинники: стрес, тривожні або депресивні порушення, перевтома або розслаблення після стресу – 35% (7 респондентів);
- метеозалежність – 20% (4 респонденти);
- гормональні чинники: період менструації, овуляції, прийом замісної гормональної естрогенумісної терапії або комбінованих оральних контрацептивів – 15% (3 респонденти);
- дієтичні фактори: голод, вживання низки харчових продуктів (сиру, шоколаду, горіхів, копченостей, курячої печінки, авокадо, цитрусових або кофеїновмісних продуктів) – 10% (2 респонденти);
- прийом алкоголю (особливо червоного вина) – 10% (2 респонденти);

– інші фактори: нестача або надлишок нічного сну, задуха, фізичне аеробне навантаження, зорові стимули (яскраве або мерехтливе світло), шум, перебування на висоті – 10% (2 респонденти).

Під час проведення дослідження нами були надані рекомендації відвідувачам щодо необхідності ведення щоденника болю голови (таблиця), аналіз якого в подальшому дозволить лікарю визначити точний діагноз і оцінити ефективність призначених лікарських засобів, а пацієнту – розпізнати тригери і попереджувачі сигнали перед нападами мігрені. Лише 2 респонденти (10%) знали про необхідність ведення щоденника та регулярно його заповнюють відповідно до рекомендацій лікаря-невролога.

Таблиця

Щоденник (календар) болю голови у разі мігрені

День місяця	
День тижня	
Час початку	
Тривалість (хв/год)	
Інтенсивність (1–10 балів)	
Локалізація болю	
Нудота/блювання (+/-)	
Аура (+/-)	
Фотофобія (+/-)	
Фонофобія (+/-)	
Лікування (назва ЛЗ, доза)	
Менструація (для жінок) (+/-)	
Додаткові нотатки	

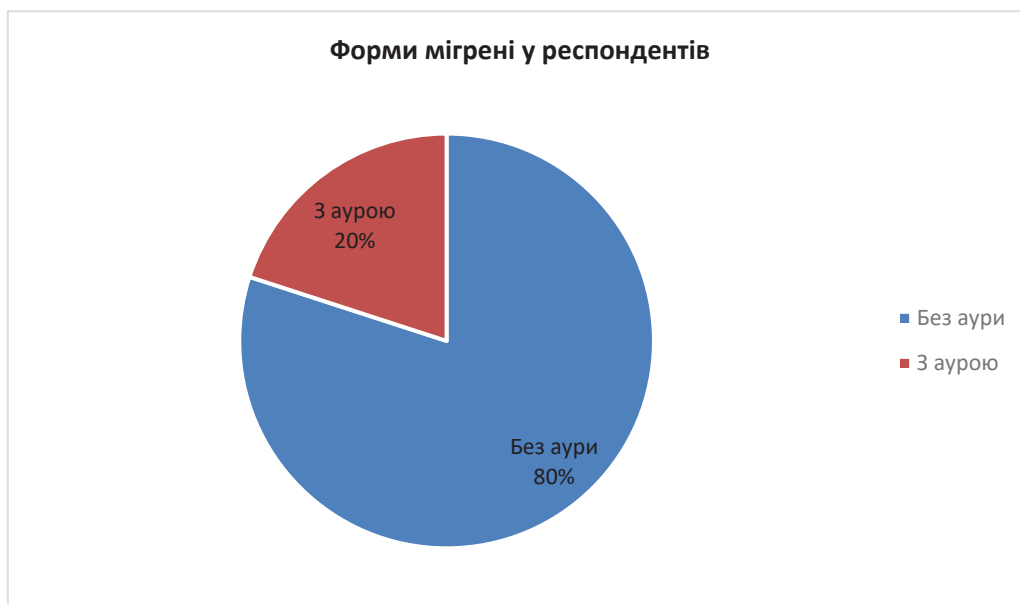


Рис. 2. Розподіл анкетованих за формами мігрені, %

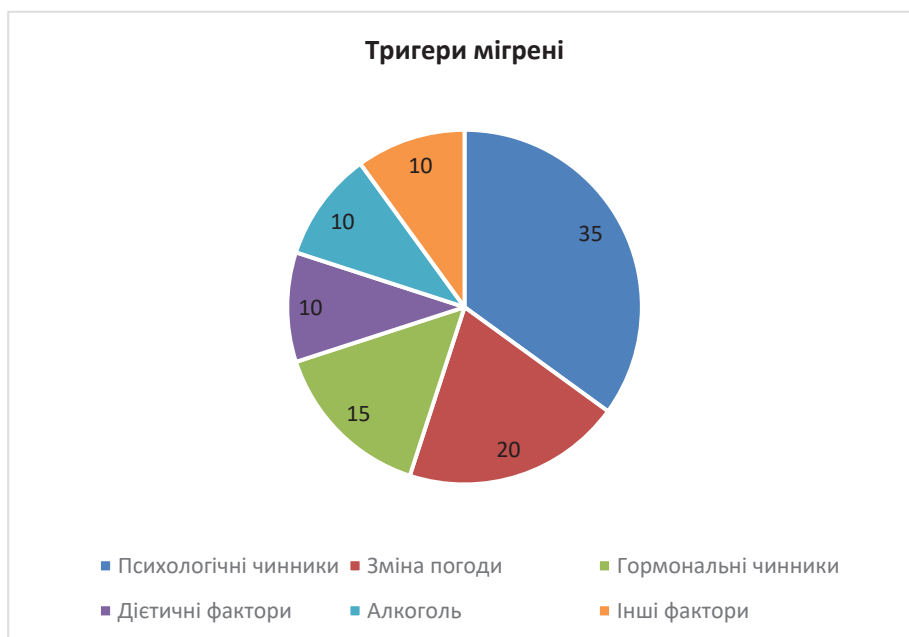


Рис. 3. Розподіл респондентів за частотою тригерних факторів, %

Нами також було проаналізовано, яким лікарським засобом віддавалася перевага нашими респондентами для купірування нападу мігрені та для превентивної терапії.

Медикаментозна терапія нападу мігрені признається залежно від тяжкості нападу і ступеня дезадаптації пацієнта/відвідувача аптеки з урахуванням побічних ефектів лікарських засобів (рис. 4 та рис. 5).

Під час нападів легкого та помірного ступеня тяжкості наші респонденти застосовували прості анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби: ацетилсаліцилову кислоту 1000 мг, ібупрофен 400–800

мг, напроксен 550–1100 мг, диклофенак 50–100 мг, парацетамол 1000 мг. Вибір лікарських засобів для симптоматичного лікування здійснювався на засадах відповідального самолікування за консультативної участі фармацевта. Зазвичай відвідувачі аптеки в таких випадках надавали перевагу так званим «перевіреним» лікарським засобам, які виявляли належний клінічний ефект та добре переносилися ними раніше.

Найбільш затребуваними виявилися:

- ібупрофен – 30% (6 респондентів);
- парацетамол – 30% (6 респондентів);



Рис. 4. Частота застосування респондентами лікарських засобів для купірування нападу мігрені, %



Рис. 5. Застосування триптанів у разі тяжких нападів мігрені, %

– напроксен – 20% (4 респонденти);
– ацетилсаліцилова кислота – 10% (2 респонденти);
– натрію диклофенак – 10% (2 респонденти).

У разі наявності у пацієнтів нудоти та/або блювання призначали антиеметики: метоклопрамід 10–20 мг, домперидон 20–30 мг. Вони також здатні покращити всмоктування анальгетиків шляхом

зменшення гастростазу. Два респонденти надавали перевагу метоклопрамід (10%) і 1 респондент – домперидону (5%).

У разі тяжких нападів застосовували триптани: суматриптан 50–100 мг, золмітриптан 2,5–5 мг, ризатриптан 10–20 мг (рис. 5).

Є деякі особливості застосування лікарських засобів із групи триптанів залежно від форми мігрені.

У разі мігрені без аури триптани слід приймати на самому початку нападу болю голови; у разі мігрені з аурою під час аури слід приймати ацетилсаліцилову кислоту або, якщо біль голови виникає одночасно з аурою або в кінці аури, триптани наприкінці фази аури або на початку фази болю голови.

Всі лікарські засоби із групи триптанів підлягають рецептурному відпуску та застосовувалися нашими респондентами за призначенням лікаря.

Щодо вибору найбільш прийнятної лікарської форми: найбільш затребуваними серед наших респондентів були таблетки і капсули. Більша кількість респондентів (90%) надавала їм перевагу у виборі лікарської форми. Лише 2 респонденти (10%) віддали перевагу спрею назального, а саме використовували Золмігрен® спрей (спрей назальний дозований 2,5 мг/доза флакон 2 мл 20 доз, № 1). Вибір саме цієї лікарської форми був зумовлений неможливістю застосування пероральних лікарських засобів (наявністю вираженої нудоти та блювання під час нападу).

Із 20 респондентів лише 3 отримували превентивне лікування, що становить 15%.

Доведено, що профілактична фармакотерапія знижує частоту, тяжкість нападів мігрені та дистрес, пов'язаний з болем голови, поліпшує якість життя і запобігає прогресуванню хронічної мігрені.

Превентивне лікування рекомендується пацієнтам, у яких спостерігаються:

- три або більше інтенсивних напади болю голови протягом місяця;
- ≥ 8 днів на місяць з болем голови за адекватного купірування нападів мігрені;
- тяжкі та пролонговані аури, навіть за невеликої частоти нападів;
- неефективність або погана переносимість лікарських засобів для купірування нападів мігрені;
- хронічна мігрень;
- лікарсько-індукований біль голови;
- бажання самого пацієнта приймати профілактичну терапію для полегшення перебігу мігрені та поліпшення якості життя;

– наявність мігренозного інфаркту або мігренозного статусу в анамнезі;

– мігрень зі стовбуровою аурою;

– геміплегічна мігрень;

– виражені коморбідні порушення (насамперед психічні).

Профілактичне лікування вважають ефективним, якщо кількість днів із болем голови скорочується через 3 місяці терапії на 50% і більше від вихідного значення.

Із лікарських засобів, які застосовували респонденти для превентивного лікування, були такі:

– Анаприлін-Здоров'я (пропранолол, таблетки 10 мг білістер, № 50);

– Беталок ЗОК (метопролол, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, з уповільненим вивільненням, 25 мг білістер, № 14);

– Топіромас 25 (топірамат, таблетки, вкриті плівковою оболонкою 25 мг білістер, № 30).

Стосовно правил прийому лікарських засобів для лікування/профілактики мігрені, то аналіз анкетування такий (рис. 6): 16 респондентів (80%) відповіли, що дотримуються правил прийому і лише 4 респонденти (20%) не надавали належного значення умовам раціонального застосування лікарських засобів. Слід зазначити, що такий аспект є вкрай важливим, оскільки, наприклад, застосування триптанів рекомендується здійснювати якомога раніше після початку нападу мігрені. Дотримання правил прийому простих анальгетиків та нестероїдних протизапальних лікарських засобів після їжі буде сприяти частковому нівелюванню їх гастротоксичності, а, наприклад, лужні мінеральні води або споживання молока будуть знижувати ефективність ацетилсаліцилової кислоти.

Контрольна функція фармацевта полягає у своєчасному виявленні «загрозливих» симптомів та своєчасному скеруванні відвідувача до лікаря за їх наявності.

Обов'язкове негайне звернення до лікаря необхідне у разі, якщо [11; 12]:



Рис. 6. Розподіл опитуваних щодо дотримання правил прийому лікарських засобів, %

- громоподібний біль голови (інтенсивний, із «вибухоподібним» або раптовим початком), який характерний для субарахноїдального крововиливу;
- наростаючий біль голови, вираженість якого збільшується протягом декількох тижнів і більше;
- раптове виникнення нового, незвичайного для пацієнта болю голови;
- зміни у сфері свідомості (оглушення, сплутаність, втрата пам'яті) або психічні порушення;
- наявність фокальних неврологічних знаків або симптомів системного захворювання (лихоманка, артралгія, міалгія).

На прихильність до лікування впливають зручна для пацієнта форма випуску лікарського засобу, швидкий початок його дії, стійкість ефекту, мінімальна потреба в повторній дозі, можливість оптимального самолікування [11].

Слід зазначити, що клінічною проблемою лікування мігрені є надмірне застосування безрецептурних лікарських засобів з короточасною дією. Нетривалий ефект таких лікарських засобів призводить до виникнення рикошетного болю голови та надмірного застосування знеболювальних засобів, що погіршує ситуацію [1; 2; 11].

Досить часто у осіб із мігренню, які приймали безрецептурні лікарські засоби, може виникати абзусний (медикаментозний) біль голови. Відповідно до критеріїв ICDH III абзусним вважається біль голови, який пов'язаний з надмірним застосуванням знеболювальних лікарських засобів ≥ 15 днів на місяць, прийом триптанів ≥ 10 днів на місяць або біль нез'ясованого генезу. Тому у межах нашого дослідження увагу було акцентовано не лише на симптоматичному, а й на профілактичному лікуванні мігрені.

На завершальному етапі роботи нами запропоновані рекомендації з оптимізації лікування/профілактики мігрені та окреслена роль кожного з учасників процесу (лікаря/фармацевта та пацієнта/відвідувача аптеки) в підвищенні ефективності і безпеки лікування мігрені.

Практичні рекомендації з оптимізації лікування/профілактики мігрені

(виокремлення ролі пацієнта/відвідувача аптеки, лікаря/фармацевта)

Пацієнт/відвідувач аптеки

Сьогодні диктує активну залученість пацієнтів/відвідувачів аптеки до процесу лікування. Так, для особи, що страждає на мігрень, вкрай важливим є виконання всіх фармакологічних та нефармакологічних рекомендацій, зокрема, вести щоденник болю голови із зазначенням дати, часу, тривалості нападу, його характеру, можливих провокуючих факторів, лікарських засобів, що були застосовані, та їх ефекту. Це допоможе виявити можливі тригерні фактори, провести оцінку ефективності та безпеки фармакотерапії.

За можливості необхідно встановити та уникати тригерів, таких як:

- харчові продукти: алкогольні напої, надлишкове вживання продуктів із кофеїном (кава, чорний

чай), штучні підсолоджувачі, продукти з тираміном (зрілі сири, копчені та в'ялені риба і м'ясо), нітрати та нітрити, глутамат натрію;

- фактори навколишнього середовища: медійне перенавантаження (телевізор, комп'ютер, планшет, мобільний телефон), запахи, тютюнопаління;

- медикаменти: естрогеномісні засоби, гістамін, гідралазин, ніфедипін, ранітидин, нітрогліцерин, резерпін, тривале вживання нестероїдних протизапальних лікарських засобів. Жінкам із мігренню не рекомендовано вживання оральних протизаплідних засобів;

- психологічні та фізичні тригери: стрес, роздратування, переживання, депресія, втома, жар, загальні захворювання, порушений режим сну, нерегулярне харчування, голодування (у т. ч. пропуски прийому їжі), гіпоглікемія, дегідратація.

Також до рекомендацій немедикаментозного лікування належать рекомендації з особливостей харчування, режиму фізичної активності, відмова від шкідливих звичок (у тому числі пасивного куріння), нормалізація режиму сну, праці та відпочинку.

Обов'язковим елементом успішного та безпечного лікування є дотримання всіх рекомендацій лікаря та фармацевта щодо раціонального застосування лікарських засобів для абортного чи превентивного лікування мігрені.

Лікар/фармацевт

Лікування мігрені складається із 2 основних ланок: превентивної та абортної терапії. Превентивна поділяється на медикаментозну та немедикаментозну (зміна способу життя, уникання тригерів, методики психоневрології).

Під час вибору та відпуску лікарських засобів необхідно враховувати коморбідні/поліморбідні стани, що є наявними у пацієнта. Слід вибирати лікарські засоби з урахуванням взаємодії (потенціювання, антагонізм та ін.) з лікарськими засобами для терапії супутніх захворювань, а також беручи до уваги відповідні протипоказання.

Особі, які страждають від мігрені, мають бути обстежені щодо серцево-судинних захворювань, за наявності цієї патології – мають отримувати необхідний медикаментозний супровід. Також пацієнти з мігренню з аурую належать до групи високого ризику щодо розвитку інсульту, особливо курці та ті, хто отримує оральні контрацептиви.

Контрольна функція фармацевта полягає у своєчасному виявленні «загрозливих» симптомів та своєчасному скеруванні відвідувача до лікаря за їх наявності!

За умов відпуску як безрецептурних, так і рецептурних (сумісно з лікарем) антимігренозних лікарських засобів фармацевт має надати всі необхідні рекомендації щодо умов раціонального їх застосування.

Здійснювати терапію мігрені слід лікарськими засобами, які мають найвищий рівень доказовості щодо ефективності та безпеки!

Селективні агоністи серотонінових рецепторів – триптани – призначаються тільки після

підтвердження лікарем діагнозу «мігрень» у разі інтенсивного болювого синдрому. Якщо прийом лікарського засобу не надав ефекту, наступний прийом можливий тільки через 3 години. Не призначаються такі лікарські засоби для профілактики нападів мігрені. Не рекомендуються у разі патології серцево-судинної системи і порушень мозкового кровообігу (звужують просвіт судин на 10–20%), у разі захворювань печінки та не поєднуються з препаратами алкалоїдів ріжків.

Починати лікування слід із мінімальної дози лікарського засобу і титрувати її кожні 2–4 тижні до досягнення терапевтичного ефекту або до появи побічних ефектів від терапії.

Успішне лікування визначається як зниження частоти нападів болю голови на 50% або зменшення кількості днів болю голови, або значне зменшення тривалості нападів болю голови, або покращення відповіді на екстрену терапію болю голови.

Перші очікувані результати лікування мають бути помітними вже через 4–8 тижнів терапії, однак для повного терапевтичного ефекту знадобиться до 6 міс.

Часте вживання нестероїдних протизапальних засобів може призвести до виникнення болю

голови, пов'язаного з надмірним вживанням ліків (абузусного)! Рекомендовано не вживати знеболюючі лікарські засоби частіше двох днів на тиждень.

Таким чином, ефективна взаємодія/співпраця фахівців медицини та фармації і осіб із мігренню, позитивна взаємоналаштованість та цілкова залученість до процесу терапії будуть суттєво покращувати позитивні ефекти лікування та знижувати/нівелювати негативні його наслідки.

Висновки. Фармацевтична опіка (на всіх етапах її реалізації) відіграє важливу роль у підвищенні ефективності та безпеки терапії мігрені. Саме взаємодія фахівців медицини та фармації і високий ступінь залученості до процесу осіб із мігренню буде сприяти профілактиці нападів, зменшенню частоти та тяжкості перебігу болю голови, підвищенню якості життя. Удосконалення фармацевтичної опіки під час лікування мігрені має відбуватися безперервно з урахуванням новітніх медичних технологій та розвитку знань у неврології.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: authors have no conflict of interest to declare.

PHARMACEUTICAL CARE FOR PERSONES WITH MIGRAINE: WAYS TO IMPROVE THE EFFICACY AND SAFETY OF THERAPY

T. S. Sakharova¹, I. A. Otrishko², K. V. Vietrova², N. P. Bezugla³, T. S. Zhulai⁴, V. V. Pidgaina², O. O. Kostina²

¹Odesa I.I. Mechnikov National University

²National University of Pharmacy

³PE Private Manufacturing Company "Acinus"

⁴MNPE "City Clinical Hospital No. 30" of Kharkiv City Council
innaotrishko@gmail.com

The aim of the work – to identify the role of the patient/pharmacy visitor, physician/pharmacist in the implementation of pharmaceutical care in the treatment of migraine.

Materials and Methods. The methodological framework of the study relies on the principles of objectivity and systematicity. The study used a set of general scientific and special methods: theoretical, generalization, data systematization, comparison, analysis, and questionnaire. A questionnaire survey was conducted among 20 pharmacy visitors who attended the pharmacy to purchase a drug for the treatment of migraine.

Results and Discussion. For mild to moderate attacks, our respondents used simple analgesics and NSAIDs (ibuprofen, paracetamol, naproxen, and acetylsalicylic acid). The choice of medications for symptomatic treatment was based on the principles of responsible self-medication with the advisory participation of a pharmacist. For severe seizures, triptans were used: sumatriptan, zolmitriptan, and risatriptan, which were prescribed by a doctor. Out of 20 respondents, only 3 received preventive treatment, which is 15%. The medications used by respondents for preventive treatment were: propranolol (10 mg tablets); metoprolol (25 mg film-coated slow-release tablets) and topiramate (25 mg film-coated tablets). As for dosage forms, the most popular were tablets and capsules. The majority of respondents (90%) preferred them when choosing a dosage form. Only 2 respondents (10%) preferred nasal spray. Regarding the rules for taking medications for migraine treatment/prevention: 16 respondents (80%) adhere to the rules of taking medications, and only 4 respondents (20%) did not regard the conditions of rational use of medications. Among the factors influencing treatment adherence, the respondents mentioned: convenient dosage form, rapid onset of action, effect duration, minimal need for repeat dose, and the option of self-medication.

Conclusions. Pharmaceutical care (at all stages of its implementation) plays an important role in improving the efficacy and safety of migraine therapy. It is the interaction of medical and pharmaceutical professionals and a high degree of involvement of persons with migraine in the process that will help prevent attacks, reduce the frequency and severity of headaches, and improve quality of life. Improvement of pharmaceutical care in the treatment of migraine should be continuous, taking into account the latest medical technologies and the development of knowledge in neurology.

Keywords: migraine, pharmaceutical care, nonprescription and prescription medicines, efficacy and safety of the therapy.

Перелік бібліографічних посилань

1. Pescador Ruschel M.A., De Jesus O. Migraine Headache. 2024 Jul 5. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
2. Amiri P., Kazeminasab S., Nejadghaderi SA., Mohammadinasab R., Pourfathi H., Araj-Khodaei M., Sullman M.J.M., Kolahi A.A., Safiri S. Migraine: A Review on Its History, Global Epidemiology, Risk Factors, and Comorbidities. *Front Neurol*. 2022. Vol. 23, Iss. 12. e800605.
3. Mungoven T.J., Henderson L.A., Meylakh N. Chronic Migraine Pathophysiology and Treatment: A Review of Current Perspectives. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2021. Vol. 25, Iss. 2. e705276.
4. Steiner T.J., Stovner L.J., Jensen R., Uluduz D., Katsarava Z. Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. *J Headache Pain*. 2020. Vol. 21, Iss. 1. e137.
5. Tzankova V., Becker W.J., Chan T.L.H. Diagnosis and acute management of migraine. *CMAJ*. 2023. Vol. 195, Iss. 4. E153–E158.
6. Jenkins B. Migraine management. *Aust Prescr*. 2020. Vol. 43, Iss. 5. P. 148–151.
7. Eller M., Cheng S. Migraine management: an update for the 2020s. *Intern Med J*. 2022. Vol. 52, Iss. 7. P. 1123–1128.
8. Athavale A., Athavale T., Roberts D.M. Antiemetic drugs: what to prescribe and when. *Aust Prescr*. 2020. Vol. 43, Iss. 2. P. 49–56.
9. Компендіум. Лікарські препарати. URL: <https://compendium.com.ua/uk/>.
10. Indrayan A., Malhotra K. R. Medical biostatistics. 4 th ed. Boca Raton : CRC Press, 2018. 685 p.
11. Протоколи фармацевта: Наказ No 7 МОЗ України від 05.01.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0007282-22#Text> (дата звернення: 15.02.2025).
12. Редькін Р., Орловецька Н., Данькевич О. Раціональний вибір лікування та профілактики мігрені. *Фармацевт Практик*. 2020. № 1. С. 25–27.

References

1. Pescador Ruschel MA, De Jesus O. Migraine headache. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Updated 2024 Jul 5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809622/>
2. Amiri P, Kazeminasab S, Nejadghaderi SA, Mohammadinasab R, Pourfathi H, Araj-Khodaei M, Sullman MJM, Kolahi AA, Safiri S. Migraine: a review on its history, global epidemiology, risk factors, and comorbidities. *Front Neurol*. 2022;12:800605. doi: 10.3389/fneur.2021.800605
3. Mungoven TJ, Henderson LA, Meylakh N. Chronic migraine pathophysiology and treatment: a review of current perspectives. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2021;2:705276. doi: 10.3389/fpain.2021.705276
4. Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, Uluduz D, Katsarava Z. Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. *J Headache Pain*. 2020;21(1):137. doi: 10.1186/s10194-020-01208-0
5. Tzankova V, Becker WJ, Chan TLH. Diagnosis and acute management of migraine. *CMAJ*. 2023;195(4):E153-8. doi: 10.1503/cmaj.211969
6. Jenkins B. Migraine management. *Aust Prescr*. 2020;43(5):148-51. doi: 10.18773/austprescr.2020.047
7. Eller M, Cheng S. Migraine management: an update for the 2020s. *Intern Med J*. 2022;52(7):1123-8. doi: 10.1111/imj.15843
8. Athavale A, Athavale T, Roberts DM. Antiemetic drugs: what to prescribe and when. *Aust Prescr*. 2020;43(2):49-56. doi: 10.18773/austprescr.2020.011
9. Kompendium. Likars'ki preparaty [Internet]. Kyiv: Morion LLC; c1999-2024. Available from: <https://compendium.com.ua/uk/>
10. Indrayan A, Malhotra KR. Medical biostatistics. 4th ed. Boca Raton: CRC Press; 2018. 685 p. doi: 10.4324/9781315100265
11. Ministry of Health of Ukraine. Pharmacist protocols: Order No. 7 of 05.01.2022 [Internet]. Kyiv: Verkhovna Rada of Ukraine; 2022 Jan 5 [cited 2025 Feb 15]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0007282-22#Text>. Ukrainian.
12. Redkin R, Orlovetska N, Dankevych O. Rational choice of migraine treatment and prevention. *Farmatsevt Praktik*. 2020;(1):25-7. Ukrainian. Available from: <https://fp.com.ua/magazine/farmatsevt-praktik-1-2020/>

Відомості про авторів

Сахарова Т. С. – доктор фармацевтичних наук, професор кафедри загальної та клінічної фармації, Одеський національний університет ім. І.І. Мечникова, Одеса, Україна. E-mail: ssts20122010@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-6815-1695

Отрішко І. А. – кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри фармакології та клінічної фармації, Національний фармацевтичний університет МОЗ України, Харків, Україна. E-mail: innaotrishko@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9089-8576

Ветрова К. В. – кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри фармакології та клінічної фармації, Національний фармацевтичний університет МОЗ України, Харків, Україна. E-mail: vk_v_katya@ukr.net, ORCID ID: 0000-0002-6436-9152

Безугла Н. П. – кандидат медичних наук, доцент, лікар, ПП ПФФ «Ацинус», Кропивницький, Україна. E-mail: prbezugla@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-6420-2547

Жулай Т. С. – кандидат медичних наук, доцент, лікар КНП «Міська клінічна лікарня № 30» Харківської міської ради, Харків, Україна. E-mail: tszhulay2910@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-6190-3137

Підгайна В. В. – доктор філософії, асистент кафедри фармакології та клінічної фармації, Національний фармацевтичний університет МОЗ України, Харків, Україна. E-mail: valentinapidgaina@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-3919-3092

Костіна О. О. – магістр фармації, фармацевт. E-mail: alyonakostina.com@gmail.com

Information about the authors

Sakharova T. S. – DSc (Pharmacy), Professor at the Department of General and Clinical Pharmacy, Odesa I.I. Mechnikov National University, Odesa, Ukraine. E-mail: ssts20122010@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-6815-1695

Otrishko I. A. – PhD (Pharmacy), Associate Professor at the Department of Pharmacology and Clinical Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine. E-mail: innaotrishko@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9089-8576

Vietrova K. V. – PhD (Pharmacy), Associate Professor at the Department of Pharmacology and Clinical Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine. E-mail: vkv_katya@ukr.net, ORCID ID: 0000-0002-6436-9152

Bezugla N. P. – PhD (Medicine), Associate Professor, doctor, PE Private Manufacturing Company “Acinus”, Kropyvnytskyi, Ukraine. E-mail: npbezugla@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-6420-2547

Zhulai T. S. – PhD (Medicine), Associate Professor, doctor, MNPE “City Clinical Hospital No. 30” of Kharkiv City Council, Kharkiv, Ukraine. E-mail: tszhulay2910@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-6190-3137

Pidgaina V. V. – PhD (Pharmacy), Assistant at the Department of Pharmacology and Clinical Pharmacy, National University of Pharmacy of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine. E-mail: valentinapidgaina@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-3919-3092

Kostina O. O. – Master of Pharmacy, pharmacist. E-mail: alyonakostina.com@gmail.com