



Мигрень: управляй и побеждай!

На симпозиуме ведущие российские специалисты проанализировали методы диагностики и лечения мигрени, современные возможности терапевтического контроля рецидивирующих приступов с помощью высокоэффективных средств для купирования мигренозной боли – триптанов.



Профессор
Г.Р. Табеева

Симпозиум открыла д.м.н., профессор кафедры нервных болезней, руководитель отдела неврологии и клинической нейрофизиологии Научно-исследовательского центра Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, президент Российского общества по изучению головной боли Гюзель Рафкатовна ТАБЕЕВА. Она отметила, что мигрень относится к тяжелым заболеваниям в силу хронического течения. Это не может не отражаться на трудоспособности пациентов и качестве их жизни.

Согласно данным масштабного международного исследования с участием специалистов из 188 стран, головная боль – третья ведущая причина дизадаптации в мире. Мигрень в этом перечне занимает шестое место¹. У 80% пациентов имеют место умерен-

Лечение приступа мигрени: работа над ошибками

ные или тяжелые приступы мигрени, у 50% – приступы продолжительностью свыше 24 часов.

Алгоритм лечения мигрени сложен и включает две составляющие: купирование уже развившегося приступа и профилактику последующих приступов. Подобрать адекватное лечение можно только на основании установленного диагноза и определения типа мигренозной боли. Между тем, как показывают результаты клинических и эпидемиологических исследований, уровень диагностики и лечения мигрени невысок. Пациенты с установленным диагнозом мигрени составляют 27%, адекватную профилактику развития приступов мигрени получают 20%, из них только 17% используют триптаны. Как следствие, удовлетворенность лечением отмечают лишь 20% пациентов, страдающих мигренью².

В клинической практике нередко допускаются ошибки, связанные с недооценкой образа жизни пациента с мигренью, выбором препарата и его дозы, схемой лечения (низкие субоптимальные дозы, неприменение адъювантных анальгетиков и комбинированных лекарственных средств), частотой использования анальгетиков, временем приема препаратов.

Одним из факторов риска развития мигренозного приступа является образ жизни. Прежде чем установить диагноз и назначить терапевтические опции, врач должен получить от пациента ответы на вопросы, касающиеся триггеров мигрени, режима сна, бодрствования и приема пищи, физической активности, контроля веса. В выявлении причины мигрени и подборе адекватной схемы лечения огромную роль играет анализ принимаемых лекарственных средств, биологически активных добавок к пище, а также средств контрацепции.

Проблемы выбора фармакологического препарата для купирования мигренозной боли связаны прежде всего с непредсказуемостью эффективности лекарственного средства в каждом конкретном случае. Необходимо учитывать индивидуальный полиморфизм приступов, их качественные и количественные характеристики. Не следует забывать и о таком факторе, как самолечение. Чтобы облегчить боль, пациенты, как правило, используют не одно, а несколько лекарственных средств. Согласно данным наблюдений, при первых симптомах боли в случае развития приступа мигрени 37,6% пациентов не принимают симпто-

¹ Murray C.J., Barber R.M., Foreman K.J. et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition // Lancet. 2015. Vol. 386. № 10009. P. 2145–2191.

² Eyre B.L., Eadie M.J., van Driel M. et al. Triptan use in Australia 1997–2015: a pharmacoepidemiological study // Acta Neurol. Scand. 2017. Vol. 136. № 2. P. 155–159.



Сателлитный симпозиум компании «Оболенское»

матических средств. Повторный прием препарата требуется 56,9% больных, при этом 44% заменяют его другим. В третьем приеме обезболивающих препаратов нуждаются 28,4% больных. Результаты опроса продемонстрировали, что в 33% случаев пациенты с мигренью не удовлетворены эффективностью лечения. 88% больных предпочли испытать новое средство для купирования приступов. Основные требования к препарату – быстрота и длительность действия³.

При выборе стратегии лечения мигрени нужно учитывать частоту и длительность приступа, период от его начала до пика болевых ощущений, время возникновения (одно и то же или разное), связь с менструальным циклом, наличие сопровождающих симптомов (тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь, головокружение и др.). Необходимо также проанализировать влияние всех лекарственных средств, принимаемых пациентом.

Основные критерии выбора препарата для купирования головной боли любой этиологии – эффективность и переносимость. При оценке эффективности препарата учитываются такие параметры, как:

- полное купирование головной боли и сопровождающих ее симптомов через два часа от начала приступа;
- снижение интенсивности головной боли;
- отсутствие повторного приступа головной боли в течение 24 часов;
- отсутствие необходимости повторного обезболивания;
- стабильность эффекта в двух из трех последовательных приступов⁴.

В Российской Федерации зарегистрировано несколько групп лекарственных средств для купирования приступов мигрени. Это препараты с неспецифическим механизмом действия – простые и комбинированные анальгетики, в том числе безрецептурные (ацетаминофен, ацетилсалициловая кислота), нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (ибупрофен, напроксен, кетопрофен), адъювантные анальгетики (метоклопрамид, дексаметазон), а также специфические антимигренозные средства: селективные агонисты 5-НТ_{1В/1D}-рецепторов (триптаны), неселективные агонисты 5-НТ₁-рецепторов (эрготамин, дигидроэрготамин).

Триптаны считаются наиболее эффективными средствами, способными в кратчайшие сроки снимать мигренозную боль. Результаты исследований подтверждают эффективность триптанов при мигрени и демонстрируют субъективную удовлетворенность пациентов лечением. На фоне применения триптанов отмечаются полное купирование приступа через два часа, хорошая переносимость, возможность полного купирования боли после однократного приема⁵. Исходя из современных рекомендаций, при умеренных и тяжелых приступах мигрени, а также при любой степени дизадаптации, когда неэффективны другие средства, предпочтение отдается триптанам. Триптаны способны влиять и на сопровождающие мигрень симптомы, такие как тошнота, рвота, фото-, фоно- и осмофобия. Раннее назначение триптанов обеспечивает более полный обезболивающий эффект, меньшую вероятность рецидива, более эффек-

тивное купирование большинства ассоциированных с мигренью симптомов.

Таким образом, принципы оптимизации купирования приступа мигрени подразумевают:

- использование эффективных доз препарата;
- раннее применение лекарственного средства при умеренно интенсивной боли;
- исключение средств с высоким риском злоупотребления (кофеин, комбинации ацетаминофена и аспирина, буталбитала/кофеина/ацетаминофена/аспирина и кодеина, опиатов);
- стратифицированный подход;
- лечение ассоциированных с мигренью симптомов;
- использование предыдущего опыта;
- выбор альтернативных способов применения лекарственных средств;
- учет противопоказаний;
- при необходимости применение комбинаций «триптан + НПВП», «НПВП + метоклопрамид».

В ряде клинических исследований последних лет сравнивали эффективность триптанов второго поколения и суматриптана, первого представителя этого класса препаратов. Исследователи выявили ряд особенностей, обусловленных фармакокинетическими свойствами каждого препарата: скорость достижения обезболивающего эффекта, его длительность, эффективность купирования сопровождающих мигрень симптомов. Так, в сравнительном исследовании с участием 1445 пациентов в течение шести месяцев оценивали эффективность купирования шести последовательных приступов мигрени золмитриптаном (2,5 и 5 мг) и суматриптаном (25 и 50 мг)⁶.

Неврология

³ Malik S.N., Hopkins M., Young W.B., Silberstein S.D. Acute migraine treatment: patterns of use and satisfaction in a clinical population // Headache. 2006. Vol. 46. № 5. P. 773–780.

⁴ Tfelt-Hansen P., Block G., Dahlöf C. et al. Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: second edition // Cephalalgia. 2000. Vol. 20. № 9. P. 765–786.

⁵ Lantéri-Minet M., Massiou H., Romatet S. et al. An instrument to assess patient perceptions of satisfaction with acute migraine treatment (EXPERT Study) // Headache. 2011. Vol. 51. № 4. P. 590–601.

⁶ Callagner R.M., Dennish G., Spierings E.L.H., Chitra R. A comparative trial of zolmitriptan and sumatriptan for the acute oral treatment of migraine // Headache. 2000. Vol. 40. № 2. P. 119–128.

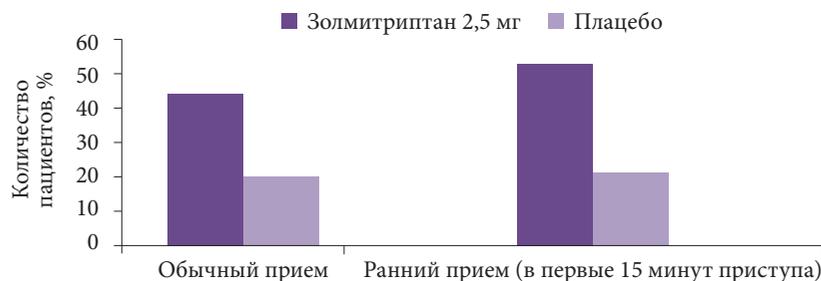


Рис. 1. Эффективность купирования приступа мигрени при раннем назначении золмитриптана (отсутствие боли через два часа)

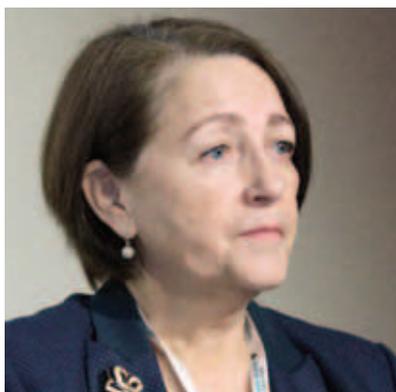
Сравнительный анализ показал преимущества золмитриптана перед суматриптаном в отношении регресса боли через два, четыре и 24 часа.

Установлено, что эффективность триптанов выше, если придерживаться правила наиболее раннего их применения, то есть при первых признаках развивающегося приступа.

В одном из исследований оценивали роль раннего назначения золмитриптана в купировании приступа мигрени. Показано, что максимально раннее назначение золмитриптана (15 минут от начала приступа) обеспечивает полное купирование головной боли через два часа у большинства пациентов (рис. 1). Кроме того, выявлены дополнительные преимущества ран-

него назначения золмитриптана: отсутствие прогрессирования головной боли в течение двух часов, снижение степени нарушения функционирования и использования дополнительного обезболивания⁷.

В заключение профессор Г.Р. Табеева отметила, что на российском фармацевтическом рынке золмитриптан представлен препаратом Мигрепам® (2,5 мг) отечественного производства. Препарат биоэквивалентен оригинальному препарату золмитриптана. Мигрепам® одинаково эффективен в отношении мигрени с аурой, мигрени без ауры и мигрени, ассоциированной с менструацией. Кроме того, отечественный золмитриптан экономически выгоден, поскольку его стоимость значительно ниже стоимости оригинального препарата.



Профессор
Е.Г. Филатова

Свое выступление д.м.н., профессор кафедры нервных болезней ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, врач-невролог Клиники головной боли и вегетативных расстройств им. академика А. Вейна Елена Глебовна ФИЛАТОВА начала с определения мигрени.

Мигрень – наследственное заболевание, проявляющееся приступами

Менструальная мигрень – выявить и обезвредить

пульсирующей, чаще односторонней головной боли продолжительностью от четырех до 72 часов, сопровождающейся повышенной чувствительностью к свету, звуку, тошнотой и рвотой. Мигрень неизлечима в силу наследственного характера, поэтому основной целью ее лечения является поддержание высокого качества жизни пациента. Мигрень – социально значимое заболевание, поскольку поражает преимущественно лиц молодого трудоспособного возраста. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в перечне заболеваний, оказывающих значительное влияние на состояние здоровья, мигрень занимает 12-е место у женщин и 19-е – у мужчин⁸.

В России около 20 млн человек страдают мигренью. Экономические

затраты, связанные с нетрудоспособностью и лечением мигрени, сравнимы с затратами при сердечно-сосудистых заболеваниях, что определяет значимость адекватных терапевтических алгоритмов с использованием современных эффективных средств⁹.

Ее распространенность в популяции в целом достигает 14%. По данным эпидемиологических исследований, женщины репродуктивного возраста страдают мигренью в 2,5–3 раза чаще, чем мужчины. С наступлением климакса, в постменопаузальном периоде, частота приступов мигрени снижается.

Развитие приступа мигрени провоцируют:

- ✓ пищевые факторы (голод, алкоголь, пищевые добавки, определенные продукты);

⁷ Klapper J, Lucas C, Rosjö Ø. et al. Benefits of treating highly disabled migraine patients with zolmitriptan while pain is mild // Cephalalgia. 2004. Vol. 24. № 11. P. 918–924.

⁸ Headache disorders // www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en.

⁹ Филатова Е.Г., Климов М.В. Антиконвульсанты в профилактической терапии мигрени // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. Т. 103. № 10. С. 65–67.



Сателлитный симпозиум компании «Оболенское»

- ✓ эмоциональный стресс и тревога;
- ✓ избыток и дефицит сна;
- ✓ физические факторы (нагрузка, секс, травмы головы);
- ✓ факторы окружающей среды (яркий свет, запах, высота, метеофакторы);
- ✓ гормональные изменения (менструация, беременность, климакс, прием контрацептивов, заместительная гормональная терапия).

Выявление специфических для пациента провоцирующих факторов способно повысить эффективность лечения.

На фоне гормональных нарушений или под воздействием определенных факторов в предменструальном периоде или первые дни цикла может развиваться так называемая менструальная мигрень. Частота мигренозной головной боли у женщин увеличивается в период от двух дней до начала до третьего дня менструации¹⁰. Менструальная мигрень характеризуется более тяжелыми и длительными (несколько дней) приступами, которые плохо поддаются анальгетической терапии. Менструальную мигрень подразделяют на истинную менструальную мигрень без ауры и мигрень без ауры, связанную с менструацией. Истинная менструальная мигрень характеризуется приступами головной боли, соответствующими критериям мигрени без ауры, а также приступами, возникающими в период от двух дней до начала до третьего дня менструации по меньшей мере в двух из трех менструальных циклов и не развивающимися в другие периоды цикла. При менструально-ассоциированной мигрени приступы головной боли (без ауры) возникают в период от двух дней до начала до третьего дня менструации по меньшей мере в двух из трех менструальных

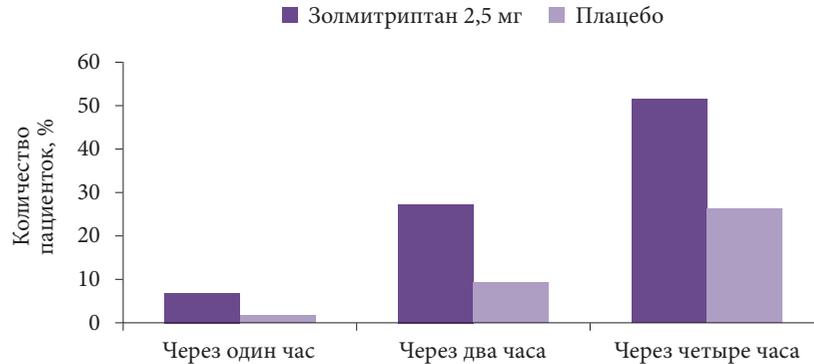


Рис. 2. Эффективность золмитриптана 2,5 мг (Мигрепам®) при острой менструальной мигрени (отсутствие боли через один, два, четыре часа)

циклов, а также в другие периоды цикла¹¹.

В вопросе диагностики неочевидную роль может сыграть ведение пациенткой дневника головной боли. На основании записей можно установить связь между приступами мигрени и днями менструального периода, а также оценить эффективность лечения. Несмотря на высокую распространенность менструальной мигрени, данный вид головной боли недостаточно диагностируется неврологами, гинекологами, врачами общей практики. Это связано с тем, что пациентки не предъявляют жалоб на головную боль, считая ее проявлением предменструального синдрома.

Менструальная мигрень приводит к дизадаптации, снижению работоспособности и качества жизни. Ключевой фактор развития приступа менструальной мигрени – снижение уровня эстрогенов. Терапевтическая тактика при менструальной мигрени предполагает купирование и профилактику приступов. Доказанной эффективностью в купировании приступа менструальной мигрени характеризуются препараты из класса триптанов, такие как суматриптан и золмитриптан (Мигрепам®).

Препараты целесообразно использовать в начале приступа, когда болевые ощущения не достигли пика. В проспективном многоцентровом двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании эффективности золмитриптана при острых приступах истинной менструальной мигрени участвовали 334 женщины. 174 пациентки первой группы принимали золмитриптан 2,5 мг, 160 пациенток второй группы получали плацебо. Исследователи оценивали эффективность золмитриптана в купировании атак средней и высокой интенсивности в перименструальном периоде в течение трех последовательных менструальных циклов. Золмитриптан продемонстрировал преимущество перед плацебо в отношении снижения интенсивности боли через два часа (65,7 и 32,8% соответственно). На фоне применения золмитриптана полное купирование боли через два часа отмечалось в 27,5% случаев. В группе плацебо этот показатель составил 9,2% (рис. 2)¹². Таким образом, золмитриптан высокоэффективен в купировании приступов истинной менструальной мигрени, характеризующейся относительной резистентностью к терапии.

Неврология

¹⁰ Granella F., Sances G., Allais G. et al. Characteristics of menstrual and nonmenstrual attacks in women with menstrually related migraine referred to headache centres // Cephalalgia. 2004. Vol. 24. № 9. P. 707–716.

¹¹ Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. Мигрень у женщин // Лечащий врач. 2010. № 9. С. 47–49.

¹² Sbu Shakra S., Silberstein S.D., Dodick D. et al. Oral zolmitriptan exhibits high efficacy and low recurrence rates in the acute treatment of true menstrual migraine: results of a randomized controlled trial // Headache. 2003. Vol. 43. № 5. P. 512. Abstr. OR8.



Профилактическая фармакотерапия может использоваться у пациенток с менструальной мигренью при длительной боли, резистентной к стандартной терапии. При частых приступах у женщин с регулярным циклом, особенно длительных и резистентных к терапии, не исключено применение краткосрочной (мини) профилактики. Она проводится за два дня до приступа мигрени в течение пяти дней. С этой целью можно использовать лекарственные средства нескольких классов: НПВП (напроксен, ибупрофен, аспирин), триптаны, эстроген (гель/пластырь), комбинированные оральные контрацептивы (КОК). В отсутствие регулярного менструального цикла проводится длительная стандартная профилактика.

Как показывают результаты исследований, триптаны успешно применяются не только для купирования мигренозного приступа, но и в целях мини-профилактики менструальной мигрени. Так, при использовании золмитриптана 2,5 мг два-три раза в сутки за два дня до менструации в течение семи дней риск возникновения приступа менструальной мигрени снижается более чем у 50% пациенток¹³. Вопрос применения КОК у женщин, страдающих менструальной мигренью, остается спорным. В литературных источниках обсуждаются разные точки зрения о влиянии КОК на течение мигрени. По мнению одних авторов, КОК способны увеличивать частоту или усиливать интенсивность приступа головной боли. По мнению других, КОК предотвращают развитие приступов. Между тем ученые сходятся в одном: назначение гормональной терапии требует индивидуального подхода.

Необходимо помнить, что применение КОК и заместительной гормональной терапии при мигрени с ауры повышает риск развития инсульта. Поэтому перед назна-

Исследователи оценивали эффективность золмитриптана в купировании атак средней и высокой интенсивности в перименструальном периоде. Золмитриптан продемонстрировал преимущество перед плацебо в отношении снижения интенсивности боли через два часа (65,7 и 32,8% соответственно). На фоне применения золмитриптана полное купирование боли через два часа отмечалось в 27,5% случаев. В группе плацебо этот показатель составил 9,2%

чением гормональной терапии нужно диагностировать форму мигрени и убедиться в отсутствии иных факторов риска развития инсульта.

Что необходимо знать о лечении мигрени во время беременности? Прежде всего следует отметить, что мигрень не нарушает течение беременности и не влияет на развитие плода. С наступлением беременности приступы мигрени становятся мягкими, редкими или полностью исчезают у 70% пациенток. Улучшение состояния отмечается по окончании первого триместра беременности. Лактация способна отсрочить возобновление приступов мигрени на два-три месяца. Это обусловлено тем, что к началу второго триместра уровень эстрогенов после шестикратного повышения стабилизируется. После родов уровень эстрогенов снижается, и приступы мигрени могут возобновиться в раннем послеродовом периоде. Провоцировать приступы способны и негормональные факторы: стресс, обезвоживание, недостаток сна, нерегулярное питание, усталость. Если беременность запланированная, то к моменту ее наступления важно обеспечить максимальный контроль над количеством приступов. Женщина должна заранее пройти профилактическое лечение для снижения частоты приступов, обу-

читься методам нелекарственного контроля головной боли: отвлечение (прогулка, плавание, музыка), сон, точечный массаж, дыхательная гимнастика и др. При необходимости во время беременности для купирования приступов мигрени используют лекарственные препараты: парацетамол, кофеин и их комбинации. Нежелателен прием аспирина, напроксена и ибупрофена. Эти препараты допускается принимать лишь во втором триместре.

Тяжелое течение мигрени при беременности – показание к использованию триптанов. Их безопасность в период гестации оценивается по регистрам беременности. Максимальный объем информации собран для суматриптана. Однако широкое использование триптанов в период беременности не рекомендовано. Окончательное решение о приеме препарата для купирования тяжелых приступов остается за пациенткой после рекомендации врача. Подводя итог, профессор Е.Г. Филатова отметила, что менструальная мигрень – один из особых и тяжелых типов мигрени. Алгоритм ведения пациенток с менструальной мигренью должен включать эффективные профилактические и терапевтические опции для поддержания высокого качества жизни.

¹³ *Tepper S.J. Tailoring management strategies for the patient with menstrual migraine: focus on prevention and treatment // Headache. 2006. Vol. 46. Suppl. 2. P. S61–S68.*



Сателлитный симпозиум компании «Оболенское»

Точно в цель: правила выбора препаратов для лечения мигрени

По словам д.м.н., старшего научного сотрудника отдела вегетативной патологии Научно-исследовательского центра Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, врача-невролога Клиники головной боли и вегетативных расстройств им. академика А. Вейна Евгении Викторовны ЕКУШЕВОЙ, мигрень – одно из самых известных заболеваний в истории человечества. Несмотря на то что история изучения мигрени насчитывает не одно тысячелетие, интерес к проблеме не снижается. В настоящее время отмечаются рост заболеваемости и тенденция к более тяжелому течению мигрени среди населения. Кроме того, у пациентов с мигренозной болью повышается риск развития цереброваскулярных и сердечно-сосудистых заболеваний.

Общие принципы терапии мигрени – купирование уже развившегося приступа и профилактика повторных атак известны давно. Сегодня доказана необходимость воздействия на модифицируемые факторы риска хронизации мигрени и проведения терапии коморбидных нарушений.

Неадекватное лечение приводит к дизадаптации пациентов с мигренью. Распространенными ошиб-

ками при купировании приступа мигрени являются частое применение простых и комбинированных анальгетиков, недостаточное использование специфических патогенетических средств, например триптанов. В ряде случаев для профилактики приступов мигрени ошибочно назначают вазоактивные и ноотропные препараты, недооценивают факторы хронизации цефалгии, а также редко назначают специфическую терапию с доказанной эффективностью.

Быстрый регресс болевого синдрома и полное восстановление активности пациента – основные цели при купировании приступов мигрени. Эффективным признается средство, которое в течение двух часов после использования купирует приступ мигрени по крайней мере в двух случаях из трех. Важными показателями эффективности лекарственного средства также считаются быстрое восстановление повседневной активности больного в день приема препарата, отсутствие рецидива головной боли и хорошая переносимость лечения¹⁴.

Оптимальное купирование приступа мигрени подразумевает:

- прием препарата в начале приступа и высокой терапевтической дозе;



Д.м.н.
Е.В. Екушева

- использование лекарственного средства с быстрым всасыванием;
- одновременное применение препаратов разных групп;
- профилактику абюзусного фактора.

Выбор лекарственного средства для купирования мигренозной атаки зависит от тяжести заболевания. В клинической практике количественная оценка тяжести мигренозных приступов осуществляется по шкале MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale), согласно которой группа I соответствует минимальному нарушению повседневной активности и слабой интенсивности цефалгии, а группа IV – тяжелой степени дизадаптации и выраженной головной боли¹⁵.

При головной боли выраженной или умеренной интенсивности и/или выраженной дизадаптации терапию мигренозного приступа целесообразно начинать с препаратов триптанового ряда. Это позволяет снизить количество препаратов, принимаемых для симптоматического лечения мигрени, и предотвратить хронизацию головной боли.

Следует обратить внимание, что до 40% пациентов с мигренью резистентны к терапии триптанами¹⁶. Среди причин неэффективности – позднее начало

Мигрепам® показал безопасность и эффективность в купировании приступов мигрени без ауры. О его эффективности свидетельствовали полное восстановление повседневной активности больных в день приема, практически полное отсутствие рецидива боли, хорошая переносимость лечения и желание пациентов продолжать принимать Мигрепам® для купирования приступов мигрени в дальнейшем

¹⁴ Боль. Практическое руководство для врачей / под ред. Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. М.: Издательство РАМН, 2011.

¹⁵ Lipton R.B., Stewart W.F., Simon D. Medical consultations for migraine: results from the American migraine study // Headache. 1998. Vol. 38. № 2. P. 87–96.

¹⁶ Dodick D.W. Triptan nonresponder studies: implications for clinical practice // Headache. 2005. Vol. 45. № 2. P. 156–162.



Золмитриптан (Мигрепам®) оказывает устойчивый повторный эффект при лечении нескольких приступов мигрени у одного пациента, существенно облегчает сопутствующие головной боли симптомы (тошнота, фото- и фонофобии). Золмитриптан характеризуется высоким профилем безопасности и минимальным побочным действием

лечения или использование недостаточной дозы, а также низкая и непостоянная абсорбция, развитие сенситизации нейронов тригеминальной системы и индивидуальная нечувствительность к конкретному триптану. Анализ опросов показал, что основными причинами отказа респондентов от приема триптанов при мигренозных приступах являются неполный обезболивающий эффект, медленное купирование боли и сопровождающих ее симптомов, непостоянство эффекта и побочное действие¹⁷. В связи с этим сложно переоценить роль поведенческой терапии, включающей обучение пациента адекватному использованию лекарственных средств, исключение триггеров заболевания, изменение образа жизни, ведение дневника головной боли и применение методов немедикаментозной терапии.

Солидной доказательной базой в отношении купирования приступов мигрени обладает золмитриптан. Препарат оказывает устойчивый повторный эффект при лечении нескольких приступов мигрени у одного пациента, существенно облегчает сопутствующие головной боли симптомы (тошнота, фото- и фонофобии). Золмитриптан характеризуется

высоким профилем безопасности и минимальным побочным действием¹⁸.

Не менее актуален вопрос оптимизации методов профилактики мигренозных приступов. О необходимости профилактической терапии большинство пациентов с мигренью впервые узнают на приеме у невролога. Причина – недостаточная осведомленность пациентов и врачей общей практики о заболевании, его лечении и профилактике, а также низкая приверженность больных длительной терапии. Как правило, показаниями к профилактическому лечению являются частота и длительность приступа, выраженная дизадаптация и частое использование препаратов. Кроме того, профилактическое лечение мигрени проводится пациентам, которым противопоказан прием препаратов для купирования мигрени, пациентам с гемиплегической, базиллярной мигренью или мигренью с редкими приступами, но устойчивыми очаговыми неврологическими симптомами, высоким риском развития инсульта, пролонгированной аурой.

Основной целью профилактической терапии при мигрени является снижение длительности, частоты и тяжести приступов. При адекватном профилактическом лечении эффективность купирования приступов возрастает. В основе профилактической терапии мигрени лежат выбор препарата исходя из профиля его безопасности, анализа коморбидности и предшествующего опыта использования, применение на старте низких или терапевтических доз, титрование до клинического эффекта, максимальной дозы, развития побочных эффектов. Предпочтительна монотерапия.

Как уже отмечалось, мигрень неизлечима, поэтому основная задача терапии – повышение качества

жизни пациентов, снижение частоты и длительности приступов. При этом не следует забывать, что лечебный эффект может быть не достигнут, если злоупотреблять средствами для купирования боли.

К наиболее популярным средствам профилактического лечения мигрени относят бета-блокаторы, антидепрессанты, антиконвульсанты, блокаторы кальциевых каналов и др.

На базе Клиники головной боли и вегетативных расстройств им. академика А. Вейна было проведено исследование эффективности, переносимости и безопасности препарата Мигрепам® (золмитриптан) в купировании приступов мигрени без ауры. В исследовании участвовали 30 пациентов (22 женщины и восемь мужчин) с эпизодической мигренью без ауры. Диагноз всем больным устанавливался в соответствии с критериями Международной классификации головных болей третьего пересмотра.

Пациентам проводилось клинико-неврологическое исследование, параклинические исследования для исключения вторичного характера головной боли, включая магнитно-резонансную томографию. Для определения степени дизадаптации и тяжести мигренозного приступа применяли шкалу MIDAS, для оценки интенсивности цефалгии – Визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Степень влияния головной боли на повседневную активность определяли с помощью индекса HIT-6. В исследовании предусматривались ведение дневника головной боли (три приступа), субъективная оценка пациента и исследователя предыдущей терапии и применения препарата Мигрепам®.

Критериями включения в исследование были эпизодическая мигрень без ауры, возраст 18–65 лет,

¹⁷ Ifergane G., Wirguin L., Shvartzman P. Triptans – why once? // Headache. 2006. Vol. 46. № 8. P. 1261–1263.

¹⁸ Bird S., Derry S., Moore R.A. Zolmitriptan for acute migraine attacks in adults // Cochrane Database Syst. Rev. 2014. № 5. CD008616.

Современный препарат для купирования приступов мигрени

OFF!

ВЫКЛЮЧИ МИГРЕНЬ!

1

Мигрепам® - единственный в России золмитриптан для снятия приступов мигрени¹



Высокая эффективность золмитриптана в отношении тошноты, свето- и звукобоязни²

2

Мигрепам® - рекомендуемая доза для снятия приступа мигрени - 2,5 мг (1 таблетка)³



реклама



obc pharm

¹<https://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx> ²А.В. Амелин и соавторы «Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия», 3-е издание, глава 7, стр. 130-141, Москва, «МЕДпресс-информ», 2014 ³Инструкция по медицинскому применению лекарственного средства Мигрепам®, максимально допустимая суточная доза – 10 мг (4 таблетки). Информация для медицинских и фармацевтических работников. Регистрационный номер: ЛП-003701.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ У СПЕЦИАЛИСТА

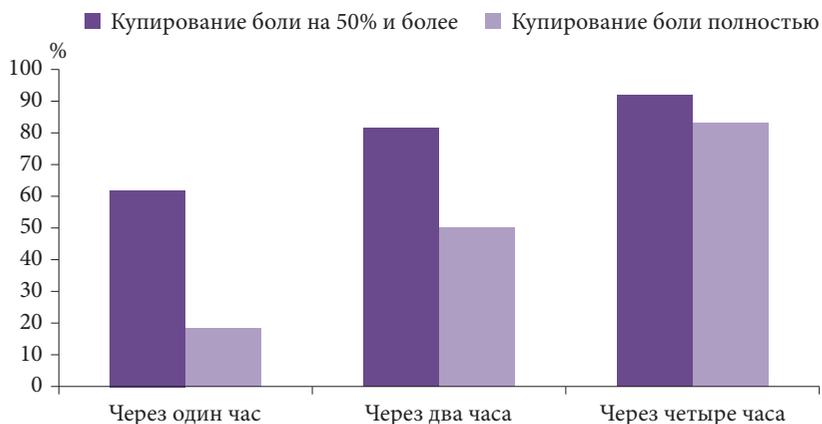


Рис. 3. Эффективность препарата Мигрепам® в купировании приступов мигрени без ауры (отсутствие боли через один, два, четыре часа)

прием препарата Мигрепам® для купирования приступов мигрени, отсутствие профилактической терапии, прекращение приема других противоболевых препаратов. Критерии исключения: симптоматические формы мигрени, любые заболевания и состояния, при которых препараты группы триптанов противопоказаны. Выявлены клинические особенности мигренозных приступов: умеренная (7–8 баллов по ВАШ) или сильная интенсивность (9–10 баллов по ВАШ), тошнота (100%), фотофобия (83,3%), фонофобия (79,2%) и рвота (16,7%).

В течение первого часа развития приступа мигрени пациентам назначался препарат Мигрепам® 2,5 мг. При недостаточной эффективности или возобновлении головной боли через два часа предусматривался повторный прием таблетки Мигрепама 2,5 мг.

Как показали результаты исследования, препарат Мигрепам® начинал действовать в течение первого часа от начала приступа. Через час в 62,5% случаев отмечалось достоверное уменьшение болевого синдрома, через два часа приступ был полностью купирован в 54,2% случаев, интенсивность некупирующей цефалгии

не превышала трех баллов. Через четыре часа цефалгия была полностью купирована в 91,7% случаев, интенсивность боли в двух не купированных полностью приступах оценивалась в один балл, общее состояние больных соответствовало норме (рис. 3)¹⁹. Препарат положительно влиял на выраженность симптомов

Заключение

Триптаны признаны наиболее эффективными средствами для быстрого купирования мигренозной боли. Мигрепам® («Оболенское», Россия) – единственный в России золмитриптан для купирования приступов мигрени²⁰. Мигрепам® эффективен в отношении мигрени с аурой, мигрени без ауры и мигрени, ассоциированной с менструацией.

Эффективность золмитриптана в отношении головной боли и других симптомов мигрени, таких как тошнота, фото- и фонофобия, подтверждена в клинических исследованиях. Быстрый и стойкий терапевтический эффект и отсутствие серьезных нежелательных явлений на фоне применения пре-

тошноты, фото- и фонофобии: уже через час после приема выраженность симптомов снижалась более чем в два раза. После повторного приема препарата Мигрепам®, который через два часа потребовался 16,7% больных, приступ мигрени был успешно купирован. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, и случаев отказа от приема препарата Мигрепам® не зарегистрировано.

Таким образом, препарат Мигрепам® показал безопасность, высокую клиническую эффективность в купировании приступов мигрени без ауры. Об эффективности препарата свидетельствовали полное восстановление повседневной активности больных в день приема Мигрепама, практически полное отсутствие рецидива боли, хорошая переносимость лечения и желание пациентов продолжать его прием для купирования приступов мигрени в дальнейшем.

парата Мигрепам® обуславливают высокую приверженность пациентов терапии. Рекомендуемая доза препарата для снятия приступа мигрени – 2,5 мг (одна таблетка). Препарат целесообразно принимать в ранние сроки развития приступа мигрени. Но это не означает, что он не эффективен при приеме в более поздние сроки после начала приступа. Одно из преимуществ препарата Мигрепам® заключается в том, что его фармакокинетика не изменяется у лиц пожилого возраста.

Применение препарата Мигрепам® обеспечивает эффективное и своевременное купирование приступов мигрени, значительно облегчает течение заболевания, улучшает качество жизни пациентов. *

¹⁹ Екушева Е.В., Филатова Е.Г., Алексеева А.Ю. Влияние коморбидных заболеваний на течение мигрени и подходы к терапии // РМЖ. 2017. Т. 25. № 24. С. 1790–1795.

²⁰ www.grls.rosminzdrav.ru.

Неврология