

В.В. ОСИПОВА, д.м.н., Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

ПРИНЦИПЫ ЭФФЕКТИВНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТРИПТАНОВ

ПРИ КУПИРОВАНИИ ПРИСТУПА МИГРЕНИ

В статье рассматриваются патогенетические механизмы действия триптанов, принципы их назначения и правила использования при купировании приступов мигрени.

Ключевые слова: мигрень, мигренозные атаки, активация тригемино-васкулярной системы, противомигренозные средства, триптаны

Мигрень относится к первичным формам цефалгий, не связанным с органическим повреждением головного мозга и структур, расположенных в области головы и шеи и в значительной степени нарушает качество жизни молодых трудоспособных людей [4]. Эта форма цефалгии проявляется повторяющимися с различной частотой (от 1 раза в несколько месяцев (лет) до 1–2 десятков эпизодов в месяц) сильными приступами чаще односторонней головной боли, которая усиливается при обычной физической нагрузке и, как правило, сопровождается тошнотой или рвотой, непереносимостью обычного дневного света и окружающих звуков [1, 7].

Несмотря на разнообразие средств лечения мигренозных атак, не все из них позволяют эффективно купировать приступ. В целом эффективным считается средство, купирующее две из трех мигренозных атак в течение 2 ч после приема. Идеальный препарат для борьбы с мигренью должен обладать следующими свойствами [5, 6]:

- быстрое начало действия (улучшение через 30 мин) и простота применения;
- купирование не только головной боли, но и сопутствующих симптомов;
- низкий риск возврата головной боли в течение суток;
- быстрое восстановление общего состояния и пациента;

■ хорошая переносимость (отсутствие выраженных побочных действий).

В настоящее время в соответствии с рекомендациями Европейской федерации головной боли для купирования приступа мигрени используются как неспецифические (простые, в т. ч. НПВС, комбинированные анальгетики и противорвотные препараты), так и специфические противомигренозные средства – триптаны и препараты, содержащие эрготамин (рис. 1) [2].

■ У пациентов с частыми, тяжелыми, интенсивными и дезадаптирующими приступами мигрени простые и комбинированные анальгетики, как правило, не оказывают желаемого эффекта, поэтому средствами выбора для купирования таких приступов являются триптаны и эрготамин-содержащие препараты

Препараты 1-го этапа в основном показаны пациентам с эпизодической мигренью (частота приступов не более 3–5 в месяц), легкой или умеренной интенсивностью боли и незначительным нарушением общего состояния во время приступа. У пациентов с частыми, тяжелыми, интенсивными и дезадаптирующими приступами простые и комбинированные анальгетики чаще всего не оказывают желаемого эффекта, поэтому препаратами выбора для купирования более тяжелых атак являются средства 2-го этапа – триптаны и

Рисунок 1. Международные стандарты купирования мигрени



Международные стандарты купирования приступа мигрени

1 этап: симптоматическая терапия

Простой анальгетик + при необходимости, противорвотное средство

Анальгетики (или или):

- Ацетилсалициловая кислота
- Ибупрофен
- Диклофенак
- Напроксен
- Парацетамол

* В РФ не зарегистрированы

European principles of management of common headache disorders in primary care, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1)

Противорвотные (или или):

- Домперидон
- Метоклопрамид

2-ой этап: специфическая терапия

- Суматриптан
- Элетриптан
- Золмитриптан
- Наратриптан
- Фроватриптан*
- Ризатриптан*
- Эрготамина тартрат

Триптаны

эрготамин-содержащие препараты. Следовательно, выбор терапии определяется тяжестью мигренозного приступа и степенью дезадаптации пациента [1, 6].

Триптаны, специально разработанные для купирования приступа мигрени, обладают патогенетическим действием: снижают активацию тригемино-васкулярной системы, тем самым блокируя выделение болевых нейропептидов и сужая сосуды твердой мозговой оболочки, расширенные во время болевой фазы [3, 8].

Перед назначением триптанов следует разъяснить пациенту правила их использования (рис. 2).

Во-первых, эффективность терапии триптанами гораздо выше при их раннем назначении. Ранний прием (в течение 15–30 мин от начала приступа) позволяет избежать дальнейшего развития приступа, сократить длительность ГБ до 2 ч, предотвратить возврат ГБ и, что наиболее важно, быстро восстановить качество жизни пациентов [3, 9]. Исключение составляют паци-

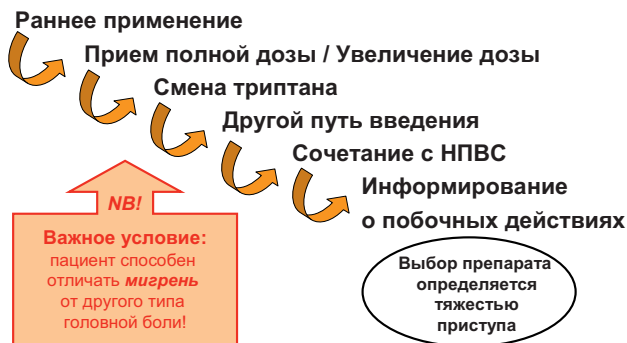
енты с мигренью с аурой. Как известно, в стадии мигренозной ауры (чаще всего в виде зрительных феноменов: светящийся зигзаг, темные или мерцающие пятна, скотома) имеет место сужение некоторых мозговых сосудов (прежде всего в затылочной доле мозга). Поэтому пациенты с мигренью с аурой должны принимать триптаны, обладающие вазоконстрикторным эффектом, не в начале, а в конце мигренозной ауры перед фазой головной боли.

Многие пациенты предпочитают принимать половину таблетки триптана вместо целой. Это – ошибочный подход, поэтому

следует рекомендовать пациентам прием полной дозы. В случае, если приступ не купируется одной рекомендованной дозой, пациент может принять вторую дозу в течение двух часов от начала приступа.

Важный девиз: «У каждого пациента – свой триптан!» Неэффективность одного триптана не означает неэффективность других, поэтому пациент должен пробовать разные препараты этой группы и подобрать для себя оптимальное средство.

Рисунок 2. Принципы эффективного применения триптанов



Триптаны выпускаются в различных формах (таблетки, назальный спрей, ректальные свечи), поэтому при недостаточной эффективности пероральных форм следует рекомендовать пациентам альтернативные формы выпуска. В частности, формами выбора у пациентов с многократной рвотой и гастростазом в приступе мигрени являются назальный спрей и ректальные свечи.

■ Триптаны показаны только для купирования мигренозной головной боли и неэффективны при других цефалгиях (например, при ГБН)

Данные исследований показывают, что эффективность триптанов может повышаться при их сочетанном применении с НПВС (в частности, с напроксеном) [8, 9].

Многие пациенты отказываются от применения триптанов из-за неприятных ощущений, возникающих после приема препаратов этой группы, связанных с незначительным констрикторным

действием на коронарные сосуды («спазм» в грудной клетке и горле). Эти побочные действия создают у пациентов иллюзию сердечного приступа. В связи с этим при назначении триптанов пациентам с мигренью следует разъяснить, что упомянутые побочные действия обусловлены механизмом действия триптанов и не сопряжены с риском сердечных осложнений.

Основные противопоказания к назначению триптанов – ИБС, злокачественная гипертензия и окклюзионные поражения сосудов конечностей – почти не встречаются у больных мигренью. Тем не менее в связи с возможностью развития нежелательных явлений перед началом приема триптана пациент должен внимательно ознакомиться с инструкцией по применению препарата.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что триптаны показаны только для купирования мигренозной головной боли и неэффективны при других цефалгиях (например, при ГБН). Поэтому при наличии у пациента нескольких форм цефалгий чрезвычайно важно, чтобы пациент отличал приступ мигрени от других типов боли.



ЛИТЕРАТУРА

1. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А., Соколов А.Ю. Мигрень (патогенез, клиника, лечение) // М.: МЕДпресс, 2011.
2. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей / Т.Дж. Стайнер и соавт.; пер. с английского Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; науч. ред. В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табесвой. М.: 000 «ОГИ. Рекламная продукция», 2010.
3. Колосова О.А., Осипова В.В., Хомак Е.Б., Бобейко Л.А. Суматриптан в лечении атак пучковой головной боли и мигрени // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1994. №5. С. 12–14.
4. Международная классификация головной боли / пер. с англ. В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской. 2-е изд. Международное общество головной боли, 2003. Изд. АО «Гедон Рихтер».
5. Осипова В.В. Противомигренозные средства // Руководство по рациональному использованию лекарственных средств (формуляр) / под ред. А.Г. Чучалина, Ю.Б. Белоусова, Р.У. Хабриева, Л.Е. Зиганшиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 203–212.
6. Первичные головные боли. Практическое руководство / В.В. Осипова, Г.Р. Табеева. М.: ООО «ПАГРИ-Принт», 2007.
7. Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. Мигрень. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
8. Moskowitz M.A., Buzzi M.G., Sakas D.E., Linnik M.D. Pain mechanisms underlying vascular headaches: Progress Report. 1989 // Rev. Neurol. (Paris). 1989. №145. P. 181–193.
9. Olesen J., Tfelt-Hensen P., Welch KMA (eds). The headaches, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002.