

Как повысить эффективность лечения острых приступов мигрени

А.Б. Данилов

Кафедра нервных болезней ФПОВ ММА
им. И.М. Сеченова

Пациенты, страдающие головной болью представляют собой сложную проблему для практических врачей. Такие пациенты обычно отнимают много времени (у врача), иногда трудно понять чего они добиваются [1, 9]. Разработаны стандарты терапии мигрени. Однако даже «грамотные назначения» не обеспечивают (гарантируют) благоприятного исхода терапии, если они не учитывают индивидуальные особенности пациента. Это подтверждает статистика. По данным американской ассоциации по изучению головной боли, эффективность правильного лечения мигрени может достигать 95 %, в то же время более 70 % пациентов остаются не удовлетворенными результатами получаемого лечения [10]. Для достижения успеха в индивидуальном лечении пациента врачу необходимо учитывать целый ряд медицинских и психологических аспектов (например, неэффективность применения пероральных средств из-за гастростаза, который часто сопровождает мигрень, предшествующий опыт применения лекарств, установки, убеждения и ожидания пациента по отношению к предлагаемому лечению и др.) [7, 8]. В данной статье мы рассмотрим, как врач может помочь пациенту предотвратить и купировать приступы мигрени.

Предотвращение приступов мигрени

Успех лечения во многом зависит от умения врача научить пациента распознавать триггеры и избегать ситуаций, провоцирующих мигрень. Многие пациенты не подозревают о существовании триггеров мигрени или не умеют их идентифицировать. По данным нашего исследования, при первом рассказе связь наступления головной боли с какими-либо факторами отмечают около 30 % пациентов, обращающихся к врачу. При тщательном расспросе с помощью специальной анкеты, в которой перечислены все возможные триггеры головной боли, частота выявления таких факторов повышается до 85 % [2].

Научив пациента выявлять предвестники, идентифицировать триггеры мигрени и избегать ситуаций, провоцирующих мигрень, можно добиться предотвращения или значительного снижения количества или интенсивности приступов без применения лекарств. В настоящее время предлагается множество приспособлений для того, чтобы уменьшить или избежать влияния провоцирующих факторов мигрени, например, специальные светозащитные очки, лампы дневного света вместо «жёлтых», беруши, маски на глаза, специальные подушки для сна. Также важно уметь расслабляться. Существуют специальные техники, которые помогают расслабиться и предотвратить развитие головной боли в тех случаях, когда не удалось избежать стрессовой ситуации.

Лечение острых приступов мигрени

Подготовка к вероятному приступу мигрени

Ряда триггеров мигрени, таких как изменения погоды, определённые дни менструального цикла, невозможно избежать. В этих случаях важно просто знать о возможной угрозе развития мигрени и подготовиться к наступлению приступа: обучить пациента тому, что следует делать, если развитие головной боли неизбежно.

Прежде всего, необходимо помочь пациенту научиться различать начало мигрени. Многие пациенты (обычно с многолетним стажем мигрени) безошибочно отличают мигрень от других видов головной боли. Для остальных весьма ценными будут пояснения врача об особенностях приступов мигрени (наличие предвестников, ауры, нарушение концентрации внимания, тошнота и др.). Образование пациента в этом случае имеет непосредственное значение и в выборе лекарственных средств для купирования приступа (высокой эффективности в купировании приступа мигрени можно добиться, используя лекарственные препараты из группы триптанов, в то время как триптаны совершенно не эффективны и не показаны для лечения других видов головной боли, например, головной боли напряжения).

В выборе препарата для купирования приступа важно учитывать интенсивность головной боли. Если предполагается развитие головной боли слабой интенсивности или пациент почувствует, что в данном случае у него развивается эпизод головной боли напряжения, то в этой ситуации целесообразно применение обычного анальгетика или препарата из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Если ожидается мигрень умеренной или выраженной интенсивности, то лучшим средством в этой ситуации, скорее всего, будет препарат из группы триптанов (см. стратифицированный подход к лечению мигрени).

Важно заранее подобрать препарат для купирования приступа с учётом предшествующего опыта применения лекарственных средств (эффективность, наличие побочных реакций), предпочтений и ожиданий пациента, тяжести предполагаемого приступа. Тактика «выжидания» на сегодняшний день признана неправильной. Приступы мигрени могут длиться до 72 часов, и чем больше времени проходит с начала появления первых симптомов мигрени, тем хуже ответ на лечение. Если принять лекарство как можно раньше после появления первых признаков мигрени, то часто удаётся полностью предотвратить или существенно уменьшить интенсивность и длительность головной боли и быстрее вернуться к социальной или трудовой активности.

В этом отношении важна также скорость наступления эффекта. Наиболее быстрый эффект отмечается при применении инъекционной формы препарата (при подкожной инъекции суматриптана уменьшение головной боли может наступить уже через 10 минут) [5]. Однако, по данным R.V. Lipton и соавт. [9], применять уколы для купирования приступов мигрени согласны только 2 % пациентов (страх, неудобство применения, если приступ застал в дороге, на работе). К тому же в нашей стране не зарегистрированы лекарственные препараты из группы триптанов в инъекционной форме. Значительно более удобной для применения является лекарственная форма суматриптана в форме назального спрея. Исследования показывают, что эффект отмечается уже спустя 15 минут после применения [12]. В нашей стране зарегистрирован только один препарат для лечения мигрени в виде назального спрея – это Имигран (суматриптан) компании «Глак-

соСмитКляйн». Назальный спрей Имигран выпускается в виде специальной системы для впрыскивания в носовую полость одной дозы препарата (20 мг). Интраназальная форма Имиграна (суматриптан) может особенно хорошо подходить не только больным, которые хотят быстро купировать приступ, но и для пациентов, у которых связанные с мигренью тошнота и рвота не позволяют применять пероральные лекарственные формы. Назальный спрей можно всегда носить с собой и его удобно применять, даже если мигрень застала пациента в дороге, на работе, в общественном месте.

Ступенчатый и стратифицированный подход к лечению мигрени

До недавнего времени в лечении мигрени был принят ступенчатый подход, в соответствии с которым изначально для купирования приступа предлагалось применять простые анальгетики или препараты из группы НПВП. При недостаточном эффекте переходили на комбинированные препараты. В случае если перепробованные средства оказывались неэффективными, предлагалось применять препараты «верхней ступени» – триптаны. Таким образом, триптаны использовали только в резистентных случаях.

Такой подход часто разочаровывал пациентов, которые предпочли бы, чтобы врач сразу назначил им эффективное лекарство. При ступенчатом подходе пациент в среднем успевал перепробовать около 6 препаратов, прежде чем находил оптимальное средство [9]. Следует учитывать, что очередная неудача при приёме нового лекарственного средства серьёзно подрывает веру пациента в возможность успеха терапии, повышает тревожность, способствует развитию депрессии и дезадаптации, что ухудшает прогноз терапии.

По мнению большинства экспертов, основанному на доказательных исследованиях, более удобным для клинического применения является стратифицированный подход лечения мигрени [4, 8]. В основе стратифицированного подхода лежит оценка

влияния мигрени на повседневную активность пациента с помощью шкалы MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale). В зависимости от ответов на пять простых вопросов о потере времени из-за головной боли в трёх основных сферах жизни (учёба и трудовая деятельность, работа по дому и семейная жизнь, спортивная или общественная активность) определяется степень тяжести мигрени. Шкала MIDAS делит пациентов на 4 группы, где группа I соответствует минимальному нарушению повседневной активности и слабой интенсивности головной боли, а группа IV характеризуется тяжёлой степенью дезадаптации и выраженной головной болью [10]. Для каждой группы предлагаются свои лекарственные препараты.

Пациенты с приступами мигрени лёгкой интенсивности редко обращаются к врачу, поскольку им обычно помогают физические способы борьбы с болью (тепло, холод), многочисленные «народные» методы (капустный лист, корка лимона, очищенная от цедры и др.). Из фармакологических средств при редких приступах невыраженной головной боли, как правило, эффективны простые анальгетики, метамизол, парацетамол или препараты из группы НПВП: ибупрофен, напроксен, индометацин, диклофенак и др. Выбор препарата следует делать в зависимости от предпочтений пациента с учётом прошлого опыта использования лекарств и риска желудочно-кишечных осложнений.

При выраженной дезадаптации пациентов с умеренной интенсивностью головной боли может быть целесообразным начать терапию с препарата триптанового ряда. Применение триптанов позволяет снизить количество лекарств, принимаемых пациентами для симптоматического лечения мигрени, и предотвратить хронизацию головной боли.

Если приступ умеренной интенсивности не сопровождается выраженной дезадаптацией показаны препараты из группы НПВП. Более эффективными являются комбинированные анальгетики, содержащие кодеин или кофеин. Эти препараты можно приобрести без рецепта. Многие пациенты,

Информация о препарате

ИМИГРАН (ГлаксОСмитКляйн) Суматриптан

Таблетки п.о. 50 мг, 100 мг; Спрей назальный 10 мг, 20 мг

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Противомигренозное средство. Специфический и селективный агонист 5-HT₁-серотониновых рецепторов, локализованных преимущественно в кровеносных сосудах головного мозга, и не действует на др. подтипы 5-HT-серотониновых рецепторов (5-HT₂-7). Вызывает сужение сосудов каротидного артериального ложа, которые снабжают кровью экстракраниальные и интракраниальные ткани (расширение сосудов мозговых оболочек и/или их отёк, является основным механизмом развития мигрени у человека), не оказывая при этом существенного влияния на мозговой кровоток. Подавляет активность рецепторов окончаний афферентных волокон тройничного нерва в твёрдой мозговой оболочке (в результате уменьшается выделение сенсорных нейропептидов). Устраняет ассоциированную с мигренозным приступом тошноту и светобоязнь. В 50–70 % случаев быстро устраняет приступ при приёме внутрь в дозе 25–100 мг. В течение 24 ч в 1/3 случаев может развиваться рецидив, требующий повторного применения. Начало действия – 30 мин после приёма внутрь в дозе 100 мг и через 10–15 мин – после интраназального введения 20 мг.

ПОКАЗАНИЯ

Купирование острых приступов мигрени с аурой или без неё.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Таблетки. Имигран назначают внутрь для купирования острых приступов мигрени взрослым в рекомендуемой дозе 50 мг, в некоторых случаях – 100 мг. Если симптомы мигрени не исчезают и не уменьшаются после введения первой дозы Имиграна, то препарат не следует назна-

чать повторно для купирования продолжающегося приступа. Однако Имигран можно применять для купирования последующих приступов мигрени. Если симптомы уменьшились или прошли, а затем возобновились, можно принять вторую дозу в течение следующих 24 ч при условии, что интервал между дозами составляет не менее 2 ч. В течение любого 24-часового периода максимальная доза Имиграна не должна превышать 300 мг. Таблетки следует проглатывать целиком, запивая водой. Для Имиграна в форме назального спрея для купирования острых приступов мигрени оптимальная доза составляет 20 мг (в одну ноздрию). Следует иметь в виду, что приступы мигрени могут отличаться по силе и симптомам не только у различных пациентов, но и у одного и того же пациента. Кроме того, на силу приступов мигрени и её клинические проявления влияет вариабельность абсорбции суматриптана. Поэтому в ряде случаев у одного и того же пациента может оказаться вполне эффективной доза как 20 мг, так и 10 мг Имиграна в форме назального спрея. Если симптомы не исчезают и не уменьшаются после введения первой дозы Имиграна, то введение второй дозы для купирования продолжающегося приступа назначать не следует. Однако Имигран можно применять для купирования последующих приступов мигрени. Если симптомы уменьшились или прошли, а затем возобновились, вторую дозу назального спрея можно ввести в течение следующих 24 ч при условии, что интервал между дозами составляет не менее 2 ч. В течение любого 24-часового периода можно вводить не более 2 доз по 20 мг интраназально.

Разделы: Побочные действия, Особые указания, Передозировка – см. в инструкции по применению препарата.

к сожалению, излишне увлекаются ими, считая, что необходимо соблюдать осторожность только при применении лекарств, выписанных по рецепту врача. Следует помнить, что безрецептурные лекарственные средства при их избыточном применении могут потерять эффективность, а иногда даже вызвать абузусную головную боль, т. е. головную боль, причиной которой является избыточный приём лекарственного препарата.

При высокой интенсивности головной боли рекомендуется сразу назначать препарат из группы триптанов. Если приступ мигрени сопровождается тошнотой и/или рвотой, наиболее обоснованным будет применение назального спрея с триптаном Имигран. Прежде всего, потому, что применение любых пероральных форм лекарств, в том числе противорвотных, может оказаться неэффективным из-за явления гастростаза, развивающегося при мигрени, клиническим проявлением которого является тошнота и рвота [3]. Интраназальное введение препарата позволяет обойти эту проблему. Кроме того, интраназальный способ введения позволяет добиться уменьшения головной боли и других проявлений мигрени в более быстрые сроки [6].

При приступах головной боли с выраженной тошнотой и рвотой оправдано применение противорвотных средств: метоклопрамид, домперидон, хлорпромазин. Некоторые специалисты рекомендуют применять противорвотное средство за 20 минут до приёма НПВП или триптанового препарата.

Характеристика лекарственных препаратов из группы триптанов

«Золотым стандартом» терапии мигрени является суматриптан. Эффективность и безопасность суматриптана изучались в 300 тыс атак (более 60 тыс пациентов) в клинических испытаниях и в 200 млн атак в клинической практике за 15 лет его применения. Удовлетворённость пациентов данным препаратом составляет 63 % и значительно превышает удовлетворённость препаратами других классов, которые используются для купирования мигрени [11]. В нашу страну оригинальный суматриптан поставляется компанией «ГлаксосмитКляйн» в виде таблеток и в виде назального спрея под торговым названием Имигран.

Наратриптан, золмитриптан, элетриптан относятся ко второму поколению триптанов и обладают большей селективностью действия по сравнению с суматриптаном, что обуславливает меньшее количество побочных эффектов и большую эффективность по некоторым показателям. Применение этих препаратов целесообразно, когда приём суматриптана оказывается неэффективным.

Разработаны следующие рекомендации по применению препаратов из группы триптанов для купирования приступа мигрени. После того как пациент почувствовал, что у него развивается приступ мигрени выраженной или умеренной интенсивности, следует принять 1 таблетку препарата (минимальная доза). Если через 2 часа боль проходит, пациент может возвращаться к обычной деятельности. Если же через 2 часа боль уменьшилась, но не прошла совсем, рекомендуется приём ещё одной дозы (таблетки) препарата. В следующий раз сразу можно принять двойную дозу препарата (2 таблетки).

Если через 2 ч после приёма не было никакого эффекта, препарат признаётся неэффективным. В таком случае следует поставить вопрос о его замене. Некоторые специалисты по головной боли предлагают испробовать препарат 3 раза, прежде чем отказываться от него. Другие врачи считают, что при следующем приступе следует использовать новый препарат. Мы придерживаемся второй

точки зрения, т. е. если препарат был принят своевременно во время правильно распознанной мигренозной атаки, и через 2 часа интенсивность головной боли совершенно не изменилась, то при следующем приступе следует принимать другой препарат (триптан другой группы или другой фирмы изготовителя).

В случае применения интраназальной формы препарата Имигран достаточной будет меньшая доза препарата. Клинические исследования показали, что оптимальной дозой для купирования приступов мигрени является интраназальное введение 20 мг препарата. (Интраназальный спрей Имигран выпускается в дозе 10 мг и 20 мг). В случае если эффект одного всprыскивания препарата оказался недостаточным рекомендуется повторное введение препарата, но не ранее чем через два часа после применения первой дозы и не более 2 доз (40 мг) препарата в течение 24 ч. Скорость наступления эффекта при интраназальном способе введения лекарственного вещества сопоставима со скоростью инъекционного введения. В отличие от инъекционного введения интраназальное применение лекарственного вещества не требует участия врача и специальных условий (может применяться пациентом дома, на работе, в дороге).

Для повышения успеха терапии важно потратить время на то, что бы предупредить пациента о возможных побочных эффектах. В случае применения назального спрея необходимо проинструктировать пациента о способе применения этой формы препарата. Основным побочным эффектом применения назального спрея является неприятный, горький вкус во рту. Назальный спрей Имигран не следует ингалировать по направлению к задней части носа. Лучше всего препарат абсорбируется в передней части носа. Больным следует порекомендовать после применения спрея смотреть вниз на ноги и не вдыхать через нос. Абсорбция препарата происходит непосредственно в слизистую оболочку носа. Если зажать ноздри носа, это поможет предотвратить вытекание препарата. Обязательно предупредите больных не втягивать препарат через нос в глотку! Рядом должен быть платок. Больной должен понимать, что лучше, чтобы препарат вытек из носа, чем чтобы он стёк назад в глотку. Правильное применение назального спрея Имигран сводит к минимуму неприятные вкусовые ощущения. Клинические исследования показали, что применение лимонных капель за 2–3 минуты до использования назального спрея Имигран эффективно маскировало вкус препарата у больных, жаловавшихся на неприятные вкусовые ощущения.

Использование назального спрея Имигран предпочтительно также в случаях, когда может быть затруднено всасывание лекарственного препарата в ЖКТ, что имеет место при мигрени, сопровождающейся тошнотой и/или рвотой.

Необходимо помнить, что имеется выраженная вариабельность эффективности препарата, в том числе внутри триптанового ряда, в зависимости от индивидуальной чувствительности. Важно терпеливо подбирать из имеющегося арсенала то средство и лекарственную форму (таблетка, спрей), которое будет эффективно именно у данного пациента.

Когда эффективный препарат найден, не следует экспериментировать с другими. Рекомендуйте пациенту носить лекарство всегда с собой. Не следует опасаться привыкания, если препарат применяется не чаще двух раз в неделю. Более частый приём триптанов может привести к побочным эффектам, вплоть до триптановой абузусной головной боли (головной боли, вызванной злоупотреблением препаратами для её лечения). Также не сле-

дует превышать максимальные суточные дозы. Имеются противопоказания к применению триптанов, такие как наличие гипертонической болезни и другие сердечно-сосудистые нарушения (полный перечень противопоказаний см. в инструкции по применению). Выбор препарата должен проводиться совместно врачом и пациентом с учётом фармако-химических характеристик, наличия противопоказаний и индивидуальной чувствительности.

Несмотря на то, что в лечении мигрени огромную роль играют достижения в области фармакологии, не меньшее значение имеет искусство врача, и в первую очередь его умение строить диалог с пациентом, привлечь его к выбору лечебных средств с учётом его прошлого опыта применения лекарств, предпочтений и ожиданий. Затраты времени на объяснение возможностей лечения, выбор оптимальной дозы и формы введения лекарственного препарата окупаются высокой приверженностью пациентов лечению и, как результат, более высокими показателями эффективности проводимой терапии.

Статья подготовлена при финансовой поддержке компании ГлаксОСмитКляйн.

Литература

1. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А. и др. Мигрень. М.: 1995; 180.
2. Данилов А.Б. Дисс на соискание ученой степени доктора мед наук «Роль пола и гендера при мигрени и ГБН. М.: 2007.
3. Яковенко Э.П. и др. Рвота и тошнота: патогенез, этиология, диагностика, лечение // Фарматека. 2005; 1.
4. Яхно Н.Н., Алексеев В.В., Полушкина Н.Р. Дифференцированная тактика лечения приступов мигрени // Медицина для всех. 1998; 4: 7–9.
5. Cady R.K., Wendt J.K., Kirchner J.R. et al. Treatment of Acute Migraine with Subcutaneous Sumatriptan // JAMA. 1991; 265: 21: 2831–2835.
6. Carpay J.A., Linssen W.H., Koehler P.J., Arends L.R., Tiedink H.G. Efficacy of sumatriptan nasal spray in recurrent migrainous headache: an open prospective study // Headache. 2003; 43: 395–399.
7. Davies G.M., Santanello N., Lipton R. Determinants of patient satisfaction with migraine therapy // Cephalalgia. 2000; 20: 554–60.
8. Goadsby P.J., Lipton R.B., Ferrari M.D. Migraine – Current understanding and treatment // N Engl J Med. 2002; 346: 257–270. doi: 10.1056/NEJMra010917.
9. Lipton R.B., Stewart W.F. Acute migraine therapy: do doctors understand what migraine patients want from therapy? // Headache. 1999; 39: Suppl 2: S20–S26.
10. Lipton R.B., Stewart W.F., Simon D. Medical consultations for migraine: results from the American migraine study // Headache. 1998; 38: 87–96.
11. Pascual J. et al. Marketed Oral Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review on Efficacy and Tolerability // Headache. 2007; 47: 8: 1152–1168.
12. Peikert A., Becker W.J., Ashford E.A. et al. Sumatriptan nasal spray: a dose-ranging study in the acute treatment of migraine // Eur J Neurol. 1999; 6: 43–49.

Старт научно-образовательной программе D-Vision

25 февраля 2009 г. в рамках научно-образовательной программы D-Vision запущен новый онлайн портал – инновационная интерактивная платформа для специалистов в области радиологии.

Теперь по адресу www.d-imaging.ru специалисты-медики могут узнать всё, что касается лучевой диагностики.

Новый портал – первая в России коммуникационная платформа для специалистов узкой области, фактически внутри-профессиональная социальная сеть. Врачи могут зарегистрироваться и мгновенно получать консультации удалённых специалистов из разных городов, даже собирать он-лайн консилиумы. В этом сообществе врачи смогут общаться на различные профессиональные темы, обсуждать новые тенденции и подходы в диагностике различных патологий, обмениваться накопленным опытом.

«Через всю жизнь» – таким должен быть основной принцип современного образования. Уже к 2010 году в нашей стране будет произведён полный переход к новым формам додипломного и последипломного образования и интегрирования отечественного образования в европейское. Именно это подразумевает Болонская декларация, которую подписала Россия. В этот процесс, соответственно, включены и медицинские ВУЗы, чьи студенты по окончании института должны быть знакомы с современными технологиями, распространёнными за рубежом, в частности, с лучевой диагностикой, компьютерной томографией, магнитно-резонансной томографией и т. д. Стоит учесть также, что, в рамках программы поддержки здравоохранения, во многие медицинские учреждения страны уже поступило новейшее высокотехнологическое оборудование, с которым нужно уметь грамотно обращаться. Таким образом, преподавание уже на уровне медицинских институтов умения обращаться с подобными высокоточными приборами становится в настоящее время одной из важнейших задач.

Использование такого оборудования позволит существенно повысить успехи врачей в лечении социально-значимых заболеваний – сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, онкологических болезней. Точность диагностики и время, потраченное на выявление конкретного местонахождения заболевания, иногда может стоить пациентам жизни – промедления, вызванные отсутствием современной аппаратуры, могут довести до черты, за которой болезнь уже неоперабельна.

Сегодня лучевая диагностика становится незаменимым инструментом для своевременной постановки диагноза, определения оптимальной схемы лечения. Неотъемлемой частью этой медицинской дисциплины стали специфические высокоэффективные диагностические препараты. К сожалению, отечественный врачебный корпус не располагает в достаточной мере знаниями об этих средствах.

Компания «Байер» много десятков лет ведёт исследования в области лучевой диагностики. Именно её сотрудник синтезировал в 1930 году препарат Уроселектан – основу, на которой сегодня создаются все контрастные средства, применяемые в лучевой диагностике. К 2010–2012 гг. в концерне планируют создать средство уже для молекулярной визуализации!

Для создания адекватного информационного поля в вопросах радиологии компания «Байер» создала и запустила новый он-лайн портал, призванный решать задачи популяризации диагностических препаратов. Кроме того, на новом сайте, девиз которого «Через видение – к пониманию», размещена масса полезного: обширная профессиональная библиотека; новостная радиологическая лента. Есть возможность получить дистанционное образование и пройти он-лайн тестирование; узнать расписание всех образовательных циклов, интерактивных семинаров и научных конференций по радиологии, которые проводит компания «Байер Шеринг Фарма». Новый сайт – это реальная возможность для профессионального роста специалистов-радиологов всех уровней.