

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО БОЛЮ ГОЛОВИ¹

Біль голови є однією з десяти основних скарг, з приводу яких пацієнти звертаються до сімейного лікаря. Розрізняють первинний та вторинний біль голови. Первинний біль голови (мігреневий, за типом напруження та кластерний) не має у своїй основі явного органічного захворювання і лікується симптоматично з метою припинення приступу та запобігання рецидивам. Вторинний біль голови виникає внаслідок певного органічного захворювання (див. табл. 1) і хоча також може потребувати симптоматичного лікування, у фокусі його лікування перебуває первинне захворювання.

Таблиця 1.

Захворювання, які спричинюють гострий вторинний біль голови
(за Headache Classification Committee of the International Headache Society, 1988)

Біль голови, пов'язаний з травмою голови:

- ◆ *Гострий посттравматичний біль голови*

Біль голови, пов'язаний з судинними розладами:

- ◆ *Субарахноїдальний крововилив*
- ◆ *Гостре ішемічне порушення мозкового кровообігу*
- ◆ *Судинна мальформація, яка не розірвалася*
- ◆ *Артеріїт (напр., темпоральний артеріїт)*
- ◆ *Біль, спричинений патологією сонної або вертебральної артерії*
- ◆ *Тромбоз вени*
- ◆ *Артеріальна гіпертензія*

Біль голови, пов'язаний з несудинними внутрішньочерепними розладами:

- ◆ *Доброякісна внутрішньочерепна гіпертензія (pseudotumor cerebri)*
- ◆ *Внутрішньочерепна інфекція*
- ◆ *Низький тиск ліквору (напр., біль голови після люмбальної пункції)*

Біль голови, пов'язаний з вживанням або припиненням прийому певних речовин

Біль голови, пов'язаний з немозковою інфекцією:

- ◆ *Вірусна інфекція*
- ◆ *Бактеріальна інфекція*

Біль голови, пов'язаний з метаболічними розладами:

- ◆ *Гіпоксія*
- ◆ *Гіперкапнія*
- ◆ *Поєднання гіпоксії з гіперкапнією*
- ◆ *Гіпоглікемія*
- ◆ *Діаліз*
- ◆ *Інші метаболічні порушення*

Біль голови або обличчя, пов'язаний з захворюваннями черепа, шиї, очей, вух, носа, синусів, зубів, рота або інших лицевих або краніальних структур

- ◆ *Краніальні невралгії, біль, пов'язаний з нервовими стовбурами, та недиференційований біль*

¹ Див. також статті: *Мігрень: абортивне, знеболююче та профілактичне лікування.* – Медицина світу. – 1996. – Т. I, ч. 1. – С. 25–31 та *Досягнення в боротьбі з болем голови.* – Медицина світу. – 2002. – Т. XIII, ч. 5. – С. 293–297.

Таблиця 2.
Класифікація болю голови

(за Headache Classification Committee of the International Headache Society, 1988)

Діагностичні критерії мігренового болю голови

Щонайменше два з таких симптомів:

- ◆ *одностороння локалізація*
- ◆ *пульсуючий характер*
- ◆ *біль посилюється при рутинній діяльності*
- ◆ *від середньої до вираженої інтенсивності*

Щонайменше один з таких симптомів:

- ◆ *нудота і / або блювання*
- ◆ *фотофобія та фонофобія*

Діагностичні критерії болю голови за типом напруження:

Щонайменше два з таких симптомів:

- ◆ *стискаючого або неппульсуючого характеру*
- ◆ *від малої до середньої інтенсивності*
- ◆ *двостороння локалізація*
- ◆ *не посилюється при рутинній діяльності*

Обидва з таких симптомів:

- ◆ *немає нудоти чи блювання, може бути анорексія (при хронічному варіанті буває нудота або блювання)*
- ◆ *немає поєднання фотофобії з фонофобією (але може бути один з цих симптомів)*

Діагностичні критерії кластерного болю голови:

П'ять приступів, з частотою 1–8 приступів упродовж якогось певного дня

Виражений, майже завжди односторонній біль над орбітою чи у висковій ділянці тривалістю 15–180 хвилин (без лікування), з принаймні одним із таких симптомів на боці болю:

- ◆ *сльозовиділення*
- ◆ *закладення носа*
- ◆ *ринорея*
- ◆ *потовиділення в ділянці чола і / або обличчя*
- ◆ *птоз*
- ◆ *міоз*
- ◆ *набряк повіки*

1. МІГРЕНЕВИЙ БІЛЬ ГОЛОВИ

Епідеміологія

Мігреновий біль голови становить важливу проблему для системи охорони здоров'я в США, уражаючи понад 28 мільйонів чоловік у країні. Приблизно 25% жінок і 9% чоловіків страждають від мігрень, які спричинюють втрату працездатності. Хворі з мігренню втрачають 4–6 робочих днів щорічно, в масштабах США річний рівень непрацездатності становить 64–150 мільйонів робочих днів. Прямі та непрямі втрати коштів, пов'язані з мігренню, сягають \$17 мільярдів. Незважаючи на поширеність мігрень та наявність численних способів лікування, це захворювання часто залишається недіагностованим та нелікованим. Приблизно половина пацієнтів перестає звертатися за медичною допомогою з приводу мігрень, частина з них — через розчарування в запропонованому лікуванні.

Клініка

У приступі мігрень розрізняють 5 клінічних стадій: продромальну, ауру, біль голови, розв'язку та залишкові явища. *Продромальні явища* можуть виникати за 24–48 год. перед приступом і проявлятися нудотою, підвищеним апетитом, гіперестезією до світла та звуків, змінами настрою та поведінки, напруженням та болем у м'язах, особливо в потиличній та верхній шийній ділянці. Класифікація мігрень базується на клінічних особливостях болю голови, зокрема на наявності або відсутності характерної аури перед приступом болю. *Аура* може набирати різних форм, але, як правило, проявляється візуальними розладами, включаючи скотоми. Протягом *стадії розв'язки* хворий може заснути. *Залишкові явища* можуть проявлятися втомою, загальною слабкістю, виснаженням, розладами ШКК, зниженням концентрації уваги та змінами настрою. Мігрень може бути спричинена гормональними змінами, деякими харчовими продуктами, подразниками органів чуття (наприклад, світлом, запахами), утриманням від їжі або під час реконвалесценції після стресових подій.

Обстеження

При обстеженні пацієнта з мігренню передусім слід зібрати докладний анамнез та провести ретельне фізикальне та неврологічне обстеження.

Американська академія неврології пропонує застосовувати нейровізуалізаційні методи обстеження головного мозку (ЗМОГМ)² лише в пацієнтів з мігренню, в яких виявлено атипові прояви болю голови або неврологічну симптоматику. Консорціум США з болю голови розробив базовані на доказах рекомендації щодо застосування ЗМОГМ у пацієнтів з мігренню: їх треба рекомендувати пацієнтам, які порівняно із загальною популяцією не мають вищого ризику наявності органічної патології або якщо результати дослідження не змінили б лікування болю голови. Симптоми, які підвищують імовірність позитивних результатів дослідження, включають швидкозростаючу частоту приступів болю голови, порушення координації в анамнезі, вогнищеву неврологічну симптоматику та наявність болю голови, від якого пацієнт прокидається. Інші тривожні симптоми включають раптовий початок важкого болю голови, значні зміни в характері болю або тривалий біль після травми голови.

Електроенцефалографія при рутинному обстеженні з приводу болю голови показана лише пацієнтам з супутніми симптомами, які можуть свідчити про

² Включають комп'ютерну томографію, магнітно-ядерний резонанс та позитрон-емісійну томографію. (Прим. перекл.)

Таблиця 3.

Запитання, які варто поставити пацієнтові з болем голови

(за K. L. Moore і S. L. Noble, 1997)

- Як часто буває біль голови?
- У яку пору дня виникає біль голови?
- У жінок: чи виникає біль голови під час менструального циклу?
- Який характер болю: тупий, ниючий, пульсуючий, пронизуючий, стискаючий, нестерпний?
- Якими додатковими симптомами супроводжується біль голови? Нудотою? Блюванням? Запамороченням? Контрактурую м'язів голови/шиї? Чи відзначається вплив на органи чуття (зір, слух, дотик)?
- Де локалізується біль? З одного чи з обох боків голови? У лобній чи потиличній частині голови? Над чи під оком?
- Як довго триває біль голови — години, дні?
- Чи приймаєте ви медикаменти (доступні без рецепта) з приводу болю голови? Чи виписував вам якісь ліки інший лікар? Чи були вони ефективними і протягом якого часу? Чи приймаєте ви якісь природні засоби або трави?
- Де виникає біль голови — удома, в офісі, магазині і т. ін.?
- Чи виникав коли-небудь біль голови під час статевого акту?
- Чи виникає біль голови під час стресової ситуації?
- Під час якої погоди виникає біль? Чи не контактували ви під час виникнення болю голови з якимись запахами (парфумами, хімікатами, димом)?
- Біль виникає після того, як ви нещодавно поїли, чи коли були голодними? Якщо після їди, то які страви та напої ви вживали протягом останньої доби?
- Які особливості вашого сну? Чи прокидалися ви колись від болю голови?
- Чи страждає хтось у вашій сім'ї від болю голови?
- Чи обстежувалися ви колись з приводу болю голови? Якщо так, то якими були результати?

судомні розлади, атиповою мігреневою аурою чи епізодичними втратами свідомості.

Лікування мігрені

Лікування мігрені залежить від тривалості та важкості болю, супутніх симптомів, ступеня втрати працездатності та початкової відповіді на лікування. У хворих з мігреньями частіше трапляються деякі захворювання (інсульт, інфаркт міокарда, епілепсія, афективні та тривожні розлади, деякі захворювання сполучної тканини), при цьому може виникнути можливість лікувати обидва захворювання одним препаратом, але слід також брати до уваги можливу взаємодію між препаратами та протипокази.

Консорціум США з болю голови визначив мету довготермінового лікування мігрені й успішного лікування гострого приступу мігрені (табл. 5 і 6). Завданням цих рекомендацій є також допомогти уникнути “рикошетного” болю голови, спричиненого частим вживанням деяких препаратів проти мігрені (напр., ерготаміну, опіатів, анальгетиків та триптанів). Якщо кількість приступів мігрені в пацієнта бі-

Таблиця 4.
Рекомендації Консорціуму США
з болю голови щодо лікування мігрені (2002)

Довготермінове лікування мігрені має на меті:

- ◆ зменшити частоту та важкість приступів мігрені;
- ◆ зменшити втрату працездатності;
- ◆ поліпшити якість життя;
- ◆ запобігти розвиткові болю голови;
- ◆ уникнути надмірного вживання препаратів проти болю голови;
- ◆ навчити пацієнтів боротися із своєю хворобою

Успішне лікування гострого приступу мігрені має на меті:

- ◆ лікувати приступи мігрені швидко та послідовно, уникаючи рецидивів;
- ◆ відновити працездатність пацієнта;
- ◆ звести до мінімуму застосування препаратів порятунку*;
- ◆ досягти оптимального співвідношення вартість/ефективність;
- ◆ звести до мінімуму або взагалі усунути побічну дію

*Препарати порятунку — медикаменти, які пацієнт вживає вдома при неефективності інших ліків і які дають хворому полегшення без потреби відвідувати кабінет лікаря або відділення невідкладної допомоги.

Таблиця 5.
Схема лікування гострого приступу болю
в пацієнтів з мігреновим болем голови (за D. B. Matchar, 2002)

У разі виникнення приступів легкої чи середньої інтенсивності або важких приступів, які раніше знімали подібними препаратами, слід призначити такі препарати:

- ◆ НСПЗП (оральні);
- ◆ комбінацію анальгетиків з кофеїном;
- ◆ комбінацію з ізометептепом;

У разі виникнення приступів мігрені середньої/важкої інтенсивності або легкої/середньої інтенсивності, які погано піддаються лікуванню НСПЗП, слід призначити:

- ◆ специфічні для лікування мігрені препарати (напр., триптани [наратриптан, ризатриптан, суматриптан, золмітриптан], дигідроерготамін), або
- ◆ комбінацію препаратів (напр., аспірин плюс парацетамол* плюс кофеїн),
або
- ◆ інші препарати, такі як ерготамін

При приступах мігрені з нудотою або блюванням слід обрати неоральний шлях введення препарату

При важких приступах мігрені, які не піддаються іншому лікуванню, пацієнт повинен застосувати препарат порятунку, який він може сам собі ввести

Слід обмежувати та ретельно наглядати за застосуванням опіатів та анальгетиків, які містять бутальбітал.

* Застосування парацетамолу без комбінації з іншими препаратами при мігрені не показано.

Таблиця 6.
Неспецифічні препарати для abortивного лікування мігренового болю голови (за G. Aukerman, 2002)

Група препаратів	Препарат	Ефективність*	Дозування
Анальгетики/ НСПЗП	1 Аспірин	3	650–1000 мг кожні 4–6 год. Макс. початкова доза: 1 г Макс. добова доза: 4 г
	2 Ібупрофен	3	400–800 мг кожні 6 год. Макс. початкова доза: 800 мг Не вживати більш як 2,4 г на день
	3 Напроксен натрію	3	275–550 мг кожні 2–6 год. Макс. початкова доза: 825 мг Не вживати більш як 1,5 г на день
	4 Кеторолак	3	60 мг в/м кожні 15–30 хв. Макс. доза: 120 мг на день Лікування не повинне тривати більш як 5 днів
Наркотичні анальгетики	5 Меперидин	3	50–150 мг в/м або в/в Повторно вводити 50–150 мг кожні 3–4 год.
	6 Буторфанол	4	Одне впорскування (1 мг) в одну ніздрю При потребі — повторити через 1 год. Макс. добова доза: 4 впорскування Не вживати більш як 2 дні на тиждень
Доповнююча терапія	7 Метоклопрамід	2	10 мг в/в або per os 20–30 хв. перед або одночасно з вживанням звичайного анальгетика, НСПЗП або похідного ерготаміну
	8 Прохлорперазин	4	25 мг per os або в супозиторії Макс. 3 дози на день
	9 Ізометептен, парацетамол, дихлоралфеназон	3	Макс. початкова доза: 2 капсули Повторювати по 1 капс. щогодини (макс. 5 капс. протягом 12 год. і 20 капс. протягом місяця), вживати не частіше 2 днів на тиждень

Примітки: MAO — моноаміноксидаза, Г6ФД — глюкозо-6-фосфатдегідрогеназа.

* — клінічну ефективність оцінювали за 4-бальною шкалою, де 4 бали відповідають максимальній ефективності.

льша, ніж двічі на тиждень, слід розглянути можливість проведення профілактичного лікування.

Якщо пацієнт може розпізнати продромальний період приступу або ауру, йому слід уникати яскравого світла, сильних запахів, алкоголю, стресових ситуацій та тих харчових продуктів, які можуть посилювати біль, не пропускати прийомів їжі, зробити легкі фізичні вправи та розслабитися; також можна прийняти препарат з групи НСПЗП, бажано з метоклопрамідом. При ранньому виявленні приступу мігрені можна припинити за допомогою специфічних або неспецифічних для лікування мігрені препаратів. Під час гострого приступу мігрені знижується перистальтика ШКК, всмоктування медикаментів сповільнюється. При неефективності

Таблиця 6. (Продовження).
Неспецифічні препарати для абортивного лікування мігренового болю голови (за G. Aukerman, 2002)

	Протипокази	Побічна дія
1	Дефіцит ГбФД, порушення згортання крові	Розлади ШКК; супозиторії можуть спричинювати подразнення прямої кишки
2	Астма, викликана аспірином /НСПЗП	Запаморочення, висипка, подразнення ШКК
3	Астма, викликана аспірином/НСПЗП	Запаморочення, висипка, свербіж, подразнення ШКК, закрепи
4	Астма, викликана аспірином / НСПЗП, вагітність, крововилив у мозок	Набряки, сонливість, запаморочення, подразнення ШКК, підвищене потовиділення
5	Вживання інгібіторів MAO в межах 15 днів, вагітність, лактація	Гіпотензія, втома, сонливість, запаморочення, нудота, блювання, закрепи, слабкість м'язів, виділення гістаміну, пригнічення дихання
6	Застосовувати обережно в пацієнтів з нирковою, печінковою або дихальною недостатністю, похилого віку та з пригніченням ЦНС	Сонливість
7	Феохромоцитома, судомний розлад, кровотеча з ШКК, обструкція ШКК	Неспокій, сонливість, діарея, слабкість м'язів, дистонічні реакції
8	Пригнічення ЦНС, вживання адреноблокаторів	Гіпотензія, тахікардія, аритмії, акатизія, псевдопаркінсонізм, повільна дискінезія, дистонія, запаморочення, ксеростомія, закрепи, затримка сечі, порушення зору, пігментна ретинопатія, закладення носа, зниження потовиділення
9	Печінкова чи ниркова недостатність, діабет, гіпертензія, глаукома, алкоголізм, серцеві захворювання, вживання інгібіторів MAO в межах 14 днів	Гіпертензія, запаморочення, висипка

оральних препаратів або неможливості прийому ліків per os через нудоту можна скористатися альтернативними шляхами введення препаратів (ректальним, назальним, підшкірним або внутрішньовенним).

Неспецифічне абортивне лікування

У табл. 6 подано неспецифічні препарати, які можуть бути ефективними в лікуванні приступу мігрені легкої або середньої інтенсивності (абортивне лікування). При приступах мігрені, які не супроводжуються нудотою та блюванням, можна призначити ненаркотичні анальгетики. Ефективність зростає при застосуванні їх на початку приступу. Застосування цих анальгетиків повинне перебувати під

контролем, оскільки надмірне їх вживання може призвести до рикошетного болю голови.

Парацетамол при мігрені ефективний тільки в комбінації з аспірином і кофеїном. *Кеторолак* (парентеральний препарат з групи НСПЗП) має порівняно швидкий початок дії, яка триває приблизно 6 годин. Його резервують для зняття важких приступів мігрені, розвиток рикошетного болю голови мало ймовірний. Іноді для abortивного лікування важких приступів мігрені доводиться застосовувати опіоїдні анальгетики, такі як меперидин і буторфанол. Наркотики не слід використовувати для лікування хронічного щоденного болю голови, оскільки це може призвести до розвитку залежності, рикошетного болю голови та втрати ефективності.

Мета доповнюючої терапії при мігрені полягає в лікуванні супутніх симптомів та забезпеченні синергічної анальгезії. Хоча *метоклопрамід* іноді рекомендують застосовувати в режимі монотерапії для лікування мігренового болю голови, його здебільшого використовують для лікування супутньої нудоти та поліпшення перистальтики шлунка. *Прохлорперазин* може ефективно зменшувати біль голови. Інші супутні заходи для зняття приступу мігрені включають кофеїн та сон.

Комбінація ізометептену, парацетамолу і дихлоралфеназону є ефективна для лікування легких приступів мігренового болю голови. *Седативні препарати*, такі як барбітурати, здавна використовували для індукування сну у хворих з мігренню. Проте після появи ефективних неседативних та специфічних для лікування мігрені препаратів ці медикаменти для лікування мігрені більше не застосовують.

Інші неспецифічні препарати для зняття приступу мігрені включають інтраназальне введення лідокаїну та системні стероїди. Ефективність *лідокаїну* остаточно не доведена. *Стероїди* можуть бути препаратом вибору в пацієнтів з мігренозним статусом (важкий приступ мігрені тривалістю понад тиждень), але доказів щодо їх ефективності для лікування гострого приступу мігрені недостатньо.

Специфічне abortивне лікування

❖ Ерготамін та його похідні

Тривалий час ерготамін — неселективний агоніст 5-гідрокситриптанових рецепторів (5-НТ₁) — вважали стандартним препаратом для зняття приступу мігрені. Його ефективність залежить від прийому відразу після початку приступу. Тепер застосування препарату обмежене через біль голови, який виникає при його надмірному вживанні, інтоксикацію споришем та негативний вплив на дію препаратів для профілактики мігрені.

Наявні оральні препарати, які містять ерготамін та кофеїн, а також ректальні свічки. Дигідроерготамін, напівсинтетичний алкалоїд споришу та неселективний агоніст рецепторів 5-НТ₁, вважається більш придатним для лікування важких приступів мігрені. Він є в парентеральній формі, в капсулах і в назальному спреї³. Як і ерготамін, він має окситоцичні властивості, які виключають його застосування під час вагітності. Через здатність викликати периферичну вазоконстрикцію алкалоїди споришу не можна застосовувати тривалий час.

❖ Триптани

Специфічні агоністи 5-НТ₁-рецепторів ("триптани") належать до ефективного та популярного класу препаратів проти мігрені. Докладно їх застосування подано

³ В Україні дигідроерготамін у капсулах по 3 мг зареєстрований під торговою назвою Тамік (Lab. Larhal), у розчині по 2 мг / мл — під назвою ДГ-Ерготамін (Galena), у формі назального аерозолу по 4 мг/мл — під назвою Дигідергот (Novartis Pharma). (Прим. перекл.)

Таблиця 7.
 Препарати, специфічні для лікування мігрені (за G. Aukerman, 2002)

Група препаратів	Препарат	Ефективність ¹	Дозування
Похідні ерготаміну	1 Ерготамін	3	1–2 мг per os щогодини, максимально — 3 дози за 24 години. Слід застосовувати мінімально ефективну дозу. Свічки: по 1 мг, макс. доза — 2–3 рази на день, 12 свічок на місяць
	2 Кофеїн з ерготаміном (Кафергот)	3	2 табл. (у таблетці 100 мг кофеїну і 1 мг ерготаміну) на початку приступу, потім по 1 табл. кожні 30 хв. (до 6 табл. на один приступ, 10 табл. — на тиждень) 1 свічка (у свічці 100 мг кофеїну і 2 мг ерготаміну) на початку приступу, ще одна — через годину в разі потреби (макс. доза — 2 свічки на один приступ)
	3 Дигідроерготамін ²	4	1 мг в/м, п/ш Макс. початк. доза: 0,5–1,0 мг, її можна повторювати щогодини до досягнення макс. дози 3 мг в/м або 2 мг в/в на день або 6 мг на тиждень Інтраназально: одне впорскування в кожную ніздрю (0,5 мг), через 15 хв. — ще одне в кожную ніздрю; макс. доза: 4 впорскування (2 мг) на день
Триптани	4 Суматриптан ⁴	4	6 мг п/ш, повторити через 1 год, макс. добова доза: 12 мг 25–100 мг per os кожні 2 год., макс. добова доза: 200 мг макс. початк. доза: 100 мг Інтраназально: 5–10 мг (1–2 впорскування) в одну ніздрю, дозу можна повторити через 2 год. до макс. добової дози 40 мг
	5 Наратриптан	3	1,0–2,5 мг per os кожні 4 год. до макс. добової дози 5 мг
	6 Ризатриптан ⁵	4	5–20 мг per os кожні 2 год. до макс. добової дози 30 мг
	7 Золмітриптан ⁶	4	2,5–5,0 мг per os кожні 2 год. до макс. добової дози 10 мг

¹ — клінічну ефективність оцінювали за 4-бальною шкалою, де 4 бали відповідають максимальній ефективності.

² — слід уникати постійного застосування через ризик периферичної вазоконстрикції.
 Скорочення: СІЗЗС — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну.

⁴ В Україні суматриптан у таблетках по 50 і 100 мг зареєстрований під торговою назвою Імігран (Glaxo Wellcome). (Прим. перекл.)

⁵ В Україні ризатриптан у таблетках по 5 і 10 мг зареєстрований під торговою назвою Максалт, а в облатках по 5 і 10 мг — під назвою Максалт РПД (Merck Sharp & Dohme). (Прим. перекл.)

⁶ В Україні золмітриптан у таблетках по 2,5 мг зареєстрований під торговою назвою Зоміг (IPR Pharmaceuticals). (Прим. перекл.)

Таблиця 7. (Продовження).
Препарати, специфічні для лікування мігрені (за G. Aukerman, 2002)

	Протипокази	Побічна дія
1	Вживання триптанів, вагітність, лактація	Підвищена частота мігреней, щоденного болю голови, інтоксикації споришем, тахікардія, брадикардія, артеріальний спазм, локалізований набряк, оніміння та поколювання в кінцівках, нудота, блювання, діарея, ксеростомія
2	Застосування триптанів	Важкі реакції: інфаркт міокарда, фіброз міокарда або плеври та легень, вазоспастична ішемія Часті реакції: запаморочення, висипка
3	Триптани, β-блокатори, антигіпертензивні, метисергід, СІЗЗС, допамін, макроліди, нітрати, стенокардія, ІХС, кларитроміцин, гіпертензія, інфаркт міокарда, захворювання периферичних артерій, вагітність, ниркова недостатність, сепсис, лактація, гіперчутливість до алкалоїдів споришу	Інтоксикація споришем, коронарний вазоспазм, серцеві події, включаючи стенокардію, інфаркт міокарда, шлуночкову тахікардію або фібриляцію шлуночків, гіпертензія, побічні захворювання, пов'язані з судинами мозку, локалізований набряк, свербіж, синусова тахікардія або брадикардія, слабкість у ногах, блювання, діарея, сонливість, ксеростомія, реакції в місці ін'єкції, оніміння
4	Ерготамін, інгібітори MAO, протягом 24 год. після вживання іншого триптану, геміплегічна або базиллярна мігрень, вагітність, печінкова недостатність, як профілактичне лікування, ІХС	Нудота, гарячі припливи, блювання, запаморочення, нездужання, реакції в місці ін'єкції, відчуття тиску та важкості у грудній клітці
5	Препарати типу ерготаміну, СІЗЗС, оральні контрацептиви, куріння, ІХС	Запаморочення, сонливість, нудота, блювання, слабкість, парестезії
6	Препарати типу ерготаміну, СІЗЗС, інші триптани, інгібітори MAO, анаприлін, циметидин, ІХС	Тахікардія, брадикардія, спазм м'язів глотки
7	–	–

в табл. 7. Триптани резервують для пацієнтів з приступами мігрені середньої/важкої інтенсивності або легкої/середньої інтенсивності в тому випадку, якщо мігрень рефрактерна до дії анальгетиків або НСПЗП. Триптани рекомендують як препарати першого вибору в пацієнтів, у яких протягом попередніх 3 місяців було понад 10 днів з втратою працездатності щонайменше на 50%.

Триптани, як звичайно, добре переносяться. Протипокази включають судинні розлади, які супроводжуються ішемією, вазоспастичну форму ІХС, неконтрольовану гіпертензію або інші серйозні серцево-судинні захворювання. Основна різниця

між представниками класу триптанів полягає в періоді напіввиведення та часі досягнення пікової концентрації у крові.

Суматриптан при п/ш введенні досягає пікової концентрації у крові швидше, ніж інші специфічні для лікування мігрені препарати (приблизно через 15 хв.), він виявився ефективним у 70–82% пацієнтів. Оральна форма ризатриптану досягає пікової концентрації через 60–90 хв. порівняно з 2–3 год. для більшості інших триптанів. Найдовший період півіснування має наратриптан. Якщо під час застосування триптанів виникає рецидив мігрені, це переважно трапляється в межах 8–12 год., такий рецидив можна зняти другою дозою препарату.

Деякі триптани завдяки неоральним шляхам введення мають переваги: суматриптан наявний в п/ш та інтраназальній формі, а ризатриптан (Максалт РПД) — у формі облаток, які абсорбуються. При вираженій нудоті і / або блюванні ці шляхи введення мають важливе значення для пацієнта. Фроватриптан (Фрова) та алмотриптан (Аксерт) — оральні триптани, застосування яких схвалене Адміністрацією з контролю за продуктами та медикаментами США; ці препарати й елетриптан (перебуває у фазі дослідження) є більш ефективними, мають менше побічних реакцій та швидший початок дії порівняно з суматриптаном.

На основі клінічних досліджень препаратів, специфічних для лікування мігрені, сформульовано кілька принципів лікування цього захворювання: по-перше, пацієнтам слід приймати препарат протягом 2–3 епізодів мігрені, перед тим як вирішити відмовитися від нього; по-друге, якщо один представник класу триптанів виявився неефективним, слід спробувати інший; по-третє, при виборі препарату слід враховувати характеристики препарату відповідно до потреб пацієнта та тривалості болю голови.

До лікування мігрені є кілька підходів. При “поетапному” підході пацієнти з гострими приступами мігрені спочатку отримують найбільш безпечні та найдешевші препарати і переходять до препаратів, специфічних для лікування мігрені, однак лише при неефективності початкового лікування. Навпаки, при “індивідуальному” підході вибір медикаменту базується на важкості втрати працездатності, спричиненої мігренню. При цьому неспецифічні препарати призначають хворим з неважкими приступами мігрені і помірною втратою працездатності, а специфічні — пацієнтам з середньою або вираженою втратою працездатності. Під час недавнього дослідження (Lipton R. B. et al., 2000) останній підхід виявився більш ефективним.

Нефармакологічне альтернативне лікування мігрені

Згідно з даними Консорціуму США з лікування мігрені, тренінги з релаксації і поведінкова терапія можуть бути ефективними для запобігання мігрені. Інші заходи, такі як акупунктура, гіпноз, черезшкірна електростимуляція нервів, масаж шиї, гіпербарична оксигенація, під час проведених досліджень мали неоднозначні результати, але вони є методами вибору в пацієнтів, які лише насамкінець погоджуються приймати ліки.

Закінчення в наступному числі журналу