

Лечение мигрени

Скальная Анастасия Анатольевна

ФФМ МГУ, 6 курс

Задачи лечения

- Облегчение течения заболевания
 - Приступов
 - Межприступных периодов
- Улучшение качества жизни
- Предотвращение хронизации

Виды лечения

- Купирование болевых приступов
- Профилактическая терапия
- Поведенческая терапия

Купирование болевых приступов

- Уменьшение интенсивности болевых приступов
- Уменьшение длительности болевых приступов
- Улучшение общего состояния

Migraine treatment overview



Легкая боль	Умеренная боль	Сильная боль	Очень сильная боль (в/в, п/к)
<p>Анальгетики</p> <ul style="list-style-type: none"> • Моно - ≤ 14 дн/мес • Комбо - < 5-9 дн/мес • Нельзя метамизол натрия (анальгин) 	<p>Анальгетики (не наркотические)</p> <ul style="list-style-type: none"> • НПВС • Ацетаминофен 	<p>Агонисты 5HT1-R*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наратриптан • Суматриптан • Золмитриптан • Элетриптан 	<p>Эрготаминсодержащие препараты</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дигидроэрготамин
	<p>Агонисты 5HT1-R</p>	<p>Эрготаминсодержащие препараты</p>	<p>Наркотические анальгетики</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оксикодон • Морфин • (Три) меперидин
	<p>Изометептен Эрготамин</p>	<p>+ Антагонисты допаминовых рецепторов</p>	<p>+ Антагонисты допаминовых рецепторов</p>
	<p>+ Антагонисты допаминовых рецепторов</p>		

Таблица 6а. Анальгетики, обладающие доказанной эффективностью в купировании приступа М

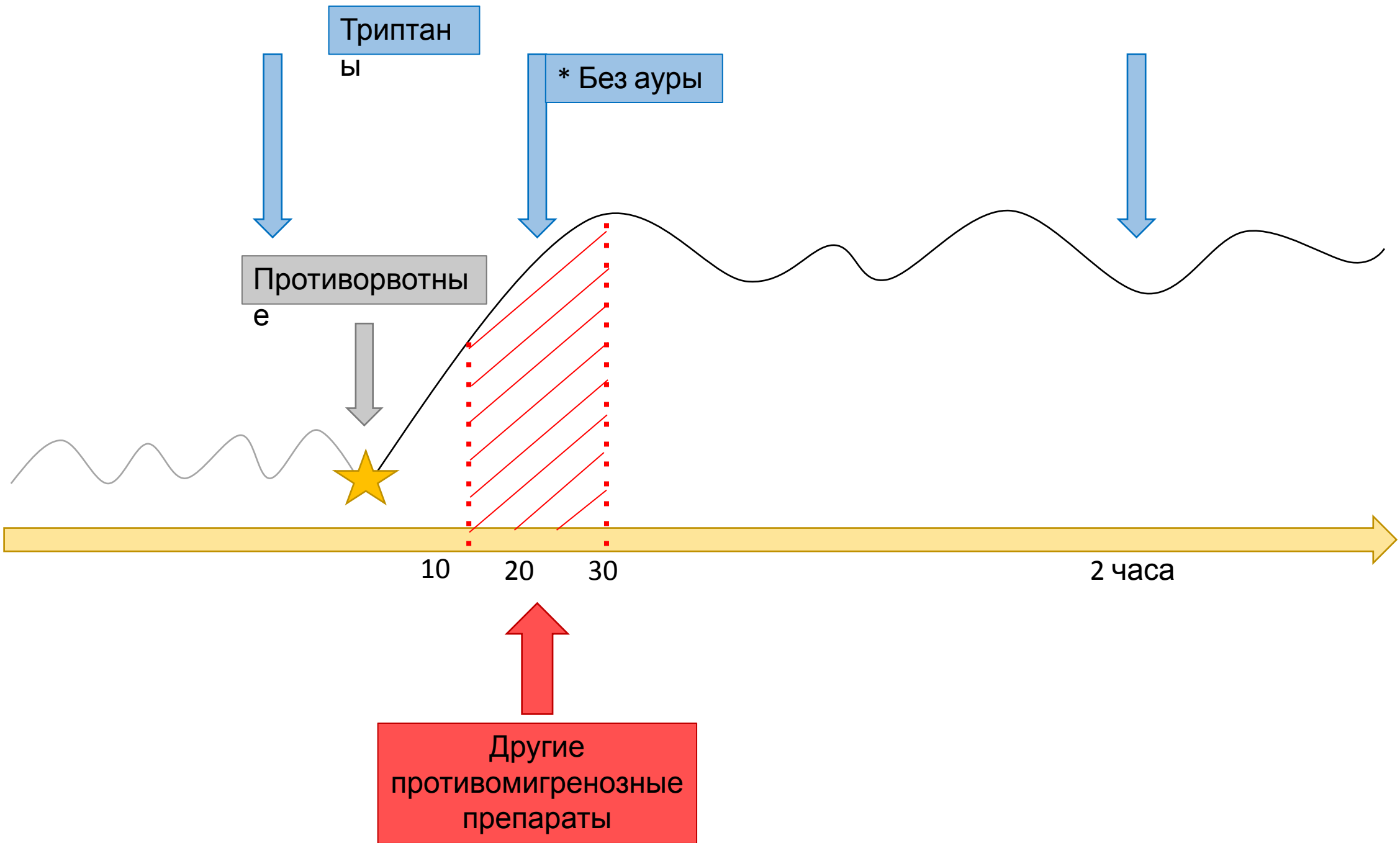
Препарат	Доза, мг	Уровень рекомендаций	Комментарии
Ацетилсалициловая кислота (АСК)	1000 внутрь	A	Гастроэнтерологические побочные эффекты
	1000 внутривенно	A	Риск кровотечения
Ибупрофен	200—800 внутрь	A	Такие же, как и для АСК
Напроксен	500—1000 внутрь	A	То же
Диклофенак	50—100 внутрь	A	Включая диклофенак-К
Парацетамол	1000 внутрь	A	При частом применении может вызывать почечную и печеночную недостаточность
	1000 ректально	A	

Таблица 6б. Противорвотные средства, рекомендованные для использования во время мигренозного приступа

Препарат	Доза, мг	Уровень рекомендаций	Комментарии
Метоклопрамид	10—20 внутрь	B	Побочные эффекты: дискинезия; противопоказан детям и беременным; обладает также анальгетическим действием
	20 ректально		
	10, внутримышечно, внутривенно, подкожно		
Домперидон	20—30 внутрь	B	Побочные эффекты менее выражены, чем у метоклопрамида; может использоваться у детей

Особенности триптанов

- Пути введения: перорально, подкожно, внутримышечно, интраназально
- При необходимости возможен повторный прием триптанов через 2 часа (тот же самый!) – максимум 2 дозы в день
- Длительного действия – наратриптан – возможно применение в течение нескольких дней (но желательно не более 3 дней в неделю) для купирования менструальной мигрени
- Оценить эффективность триптана можно только после приема при 3 приступах – если нет, то смена (эффективность и переносимость разная)
- Повышают риск ишемии миокарда, инфарктов и других коронарных или цереброваскулярных нарушений – избегать при назначении при риске ССО (кроме элетриптана – минимальное констрикторное действие на коронарные сосуды)
- Суматриптан и золмитриптан метаболизируются моноаминоксидазой – не назначать пациентам, принимающим ингибиторы MAO-A
- Прием триптанов не более 10 дн/мес в течение 3 месяцев – возможно возникновение абзусной головной боли



Профилактическая терапия

- снижение частоты, тяжести и длительности приступов
- преодоление злоупотребления лекарственными препаратами для купирования ГБ
- лечение коморбидных нарушений
- повышение качества жизни пациентов

Случаи назначения профилактической терапии

- ≥ 3 интенсивных приступа М в течение месяца и ≥ 8 дней в месяц с ГБ при адекватном купировании приступов М (*Более 2 приступов в месяц и длительность (некоторых) приступов более 24 часов*)
- тяжелые и пролонгированные ауры, даже при небольшой частоте приступов М
- неэффективность или плохая переносимость препаратов для купирования приступов
- хроническая М (число дней с ГБ ≥ 15 в месяц)
- выраженные коморбидные нарушения (депрессия, тревожные расстройства, лекарственный абюзус и др.)
- подтипы М, представляющие риск в отношении повреждения мозга (инсульт): мигренозный инфаркт или мигренозный статус в анамнезе, М со стволовой аурой, гемиплегическая М
- пациент сам предпочитает превентивную терапию для облегчения течения М и восстановления качества жизни
- *Снижение трудоспособности на 3 и более дней*

*М – мигрень, ГБ – головная боль

Таблица 7. Лекарственные средства с доказанной эффективностью, рекомендуемые для профилактики М

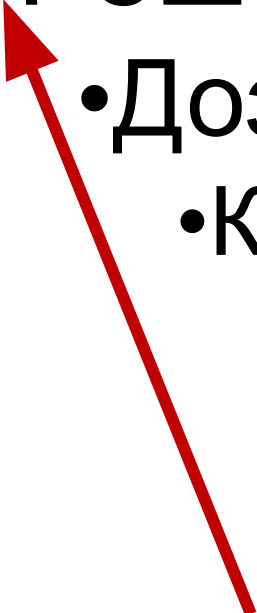
Препарат	Суточная доза, мг	Уровень доказательности
В-блокаторы:		
метопролол	50—200	A
пропранолол	40—240	A
Антагонисты рецепторов ангиотензина II:		
кандесартан	16	A
Противоэпилептические препараты (ПЭП):		
вальпроевая кислота	500—1000	A
топирамат	25—100	A
Ботулинический токсин типа А (Ботокс)	155—195 ЕД	A
(при хронической М)		
Антидепрессанты:		
амитриптилин	50—150	B
венлафаксин	75—150	B
Другие средства:		
напроксен	500—1000	B
препараты белокопытника	150	B
бисопролол	5—10	B
ацетилсалициловая кислота	300	C
габапентин	1200—1600	C
магnezия	24 ммоль	C
ромашка девичья	18,75	C
рибофлавин	400	C
коэнзим Q10 (идебенон)	60—90	C
лизиноприл	20	C
верапамил	320—480	C

Первая линия	Высокая эффективность	Бета-блокаторы (пропранолол, тимолол) Трициклические антидепрессанты Топирамат, вальпроевая кислота (Divalproex)
	Низкая эффективность	Верапамил
Вторая линия	Высокая эффективность	Метисергид <i>(ретроперитонеальный, лёгочный, субэндокардиальный, печёночный фиброз и поражение клапанов сердца)</i> Флунаризин Ингибиторы MAO CGRP ингибиторы (эренумаб) Ботокс
	Низкая эффективность	Ципрогептадин Габапентин

Особенности назначения профилактической терапии

- Длительность:
 - 4-6 мес – при эпизодической форме
 - 12 мес – при хронической форме
- Монотерапия → нет эффекта → смена препарата → нет эффекта → комбинирование 2/3 препаратов (разные фармакологические группы)

Подбор эффективной терапии

- Решение о моно- или комбо-терапии
 - Дозы от min к max постепенно
 - Контроль через 2-3 месяца
 - Есть эффект (снижение количества приступов более, чем в 2 раза)
 - Снижение дозы/отмена после окончания курса
 - Нет эффекта/побочные эффекты
- 

Коморбидное состояние	Группа препаратов
Артериальная гипертензия	Бета-блокаторы
Стенокардия	Бета-блокаторы
Стресс	Бета-блокаторы
Депрессия	Трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы захвата серотонина (СИЗС)
Ожирение	Топирамат, протриптилин
Низкий вес	Трициклические антидепрессанты (нортриптилин, протриптилин)
Эпилепсия	Вальпроевая кислота, топирамат
Мания	Вальпроевая кислота

Немедикаментозная терапия

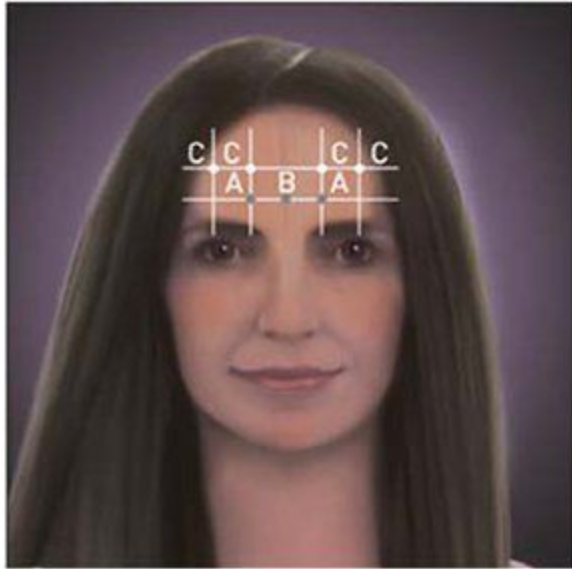
- Биологическая обратная связь и когнитивно-поведенческая терапия
- Расслабляющие процедуры для перикраниальных мышц

Лечение рефрактерных форм мигрени

Нейромодуляция – влияние на нейрональную гипервозбудимость (транскраниальная прямая электрическая стимуляция и транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) (уровень В); стимуляция затылочного, надглазничного, реже блуждающего нервов (уровень С)

Лечение хронической мигрени

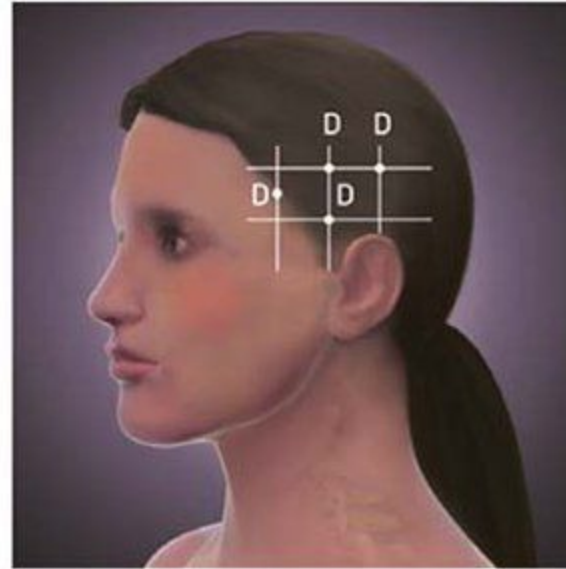
- В специализированных центрах головной боли
- Длительность не менее года
- Уровень А:
 - топирамат (курс 12 месяцев с титрованием дозы по 25 мг в неделю, начиная с 25 мг до 100 мг в сутки)
 - препарат ботулинического токсина типа А (БТА) Ботокс



A. Corrugator
5 U each side

B. Procerus
5 U (one site)

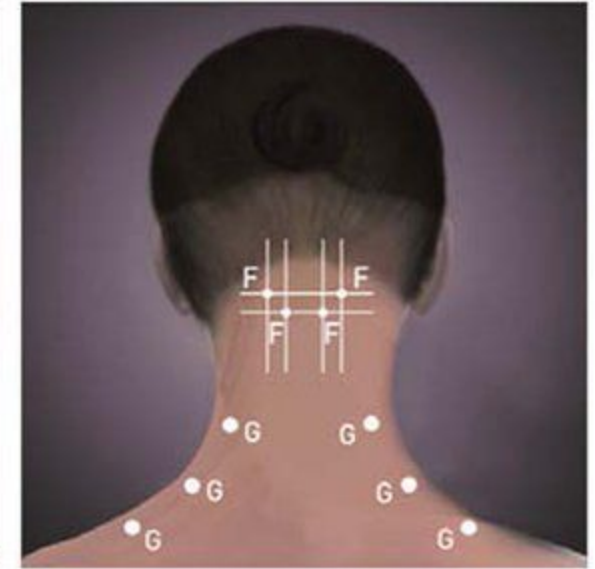
C. Frontalis
10 U each side



D. Temporalis
20 U each side



E. Occipitalis
15 U each side



F. Cervical paraspinal
10 U each side

G. Trapezius
15 U each side

Лечение абзусной головной боли

- Поведенческая терапия
- Отмена препаратов на 1-1.5 месяца (иногда под прикрытием дексаматазон/преднизолон, amitриптилин, регидратация)
- Подбор альтернативного обезболивающего средства из другой фармакологической группы:
 - триптановый или эрготаминовый абзус - короткие курсы НПВС длительного действия (напроксен или флупиртина в течение не более 4 нед)
 - избыточное применение анальгетиков - триптаны или препараты эрготамина не более 8 дней в месяц
- Профилактическая терапия
- Как лечение ХМ: топирамат и Ботокс (УД А), amitриптилин (УД В), бензодиазепины и нейролептики (УД С и ниже)

Поведенческая терапия

Проводится во время беседы с пациентом:

- разъяснение доброкачественной природы и механизмов М
- разубеждение в наличии органической причины ГБ и нецелесообразности дополнительных исследований
- обсуждение роли провокаторов приступов и необходимости их избегать, факторов риска хронизации М (лекарственного злоупотребления, стресса, психических и других коморбидных нарушений)
- краткое обоснование выбора тактики лечения (механизмов действия назначенных профилактических средств)

Дальнейшее наблюдение

- Длительность наблюдения - 4-12 месяцев (в зависимости от формы)
- Оценка эффективности терапии 1 раз в 2-3 месяца
- Хроническая форма, особенно в сочетании с абюзусной головной болью требует наблюдения больше года

Спасибо за внимание!