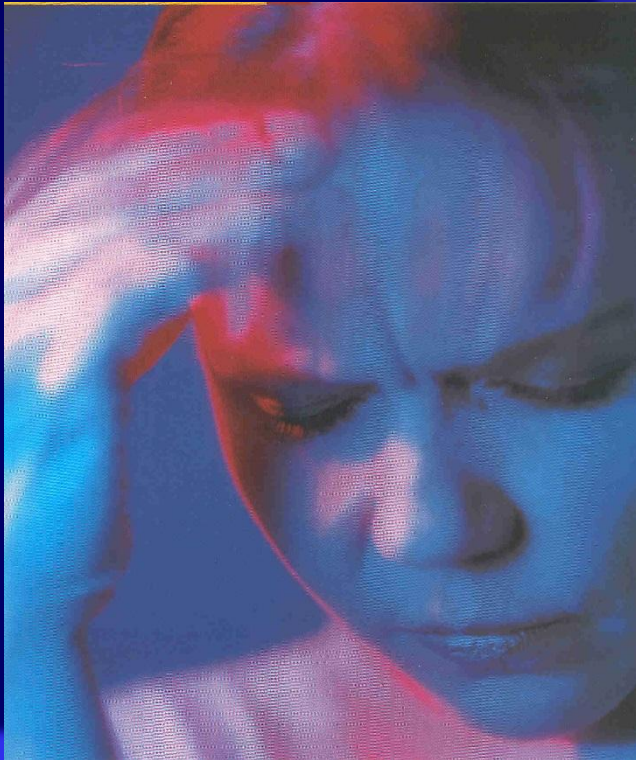




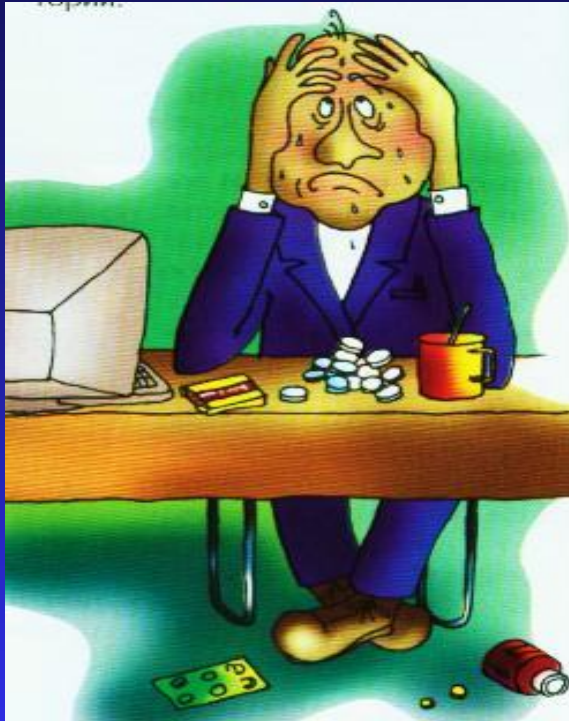
Головные боли

План

- Определение, эпидемиология и классификация головной боли
- Клиническая картина основных форм первичной головной боли
- «Угрожающие» симптомы при головной боли
- ОТС-препараты для симптоматического лечения головной боли
- Основные подходы к лечению мигрени и хронической головной боли напряжения

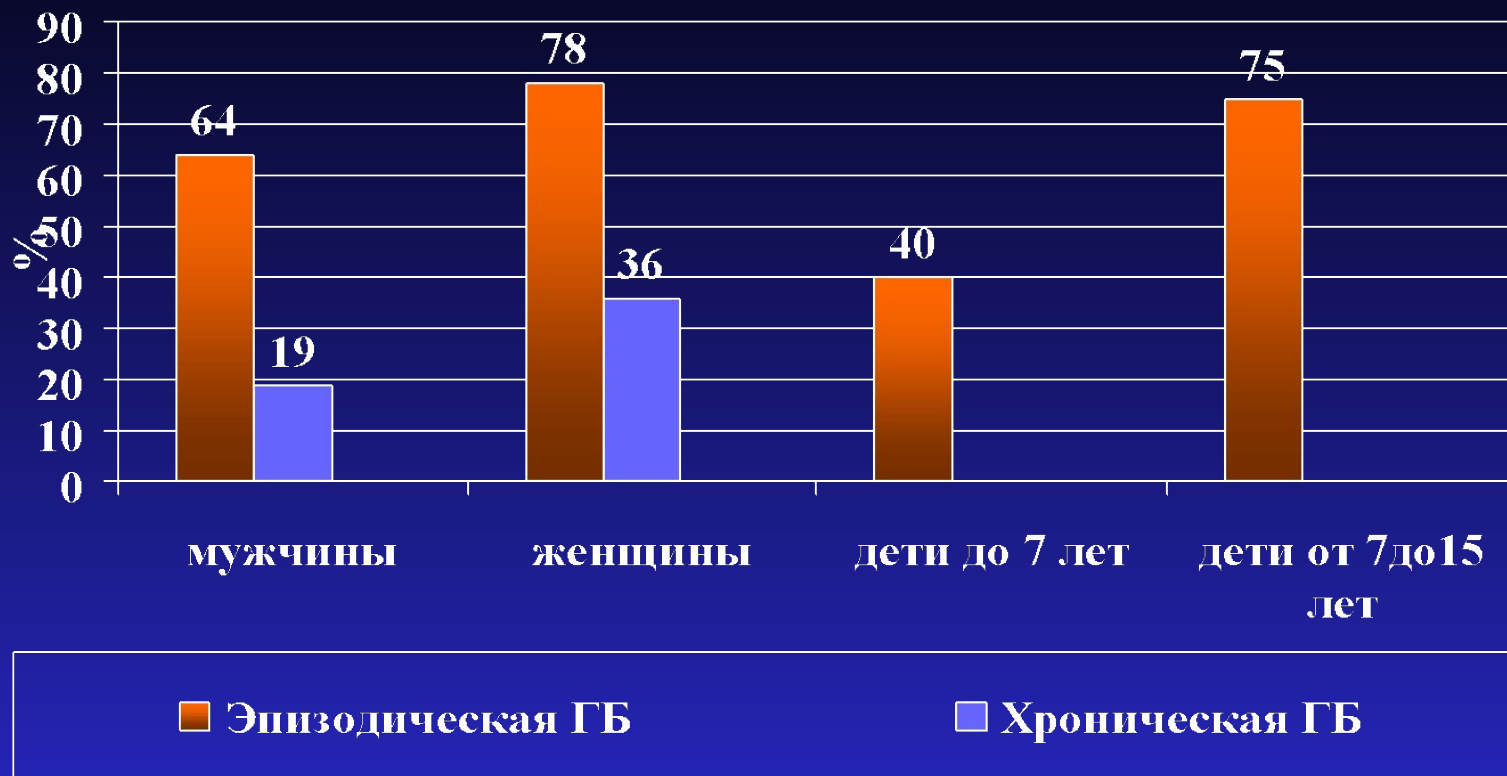
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Головная боль – болезненное или просто неприятное ощущение, возникающее кверху от бровей до шейно-затылочной области.



Головная боль может быть ведущим, а иногда единственным симптомом почти **50** различных заболеваний !

Эпидемиология головной боли

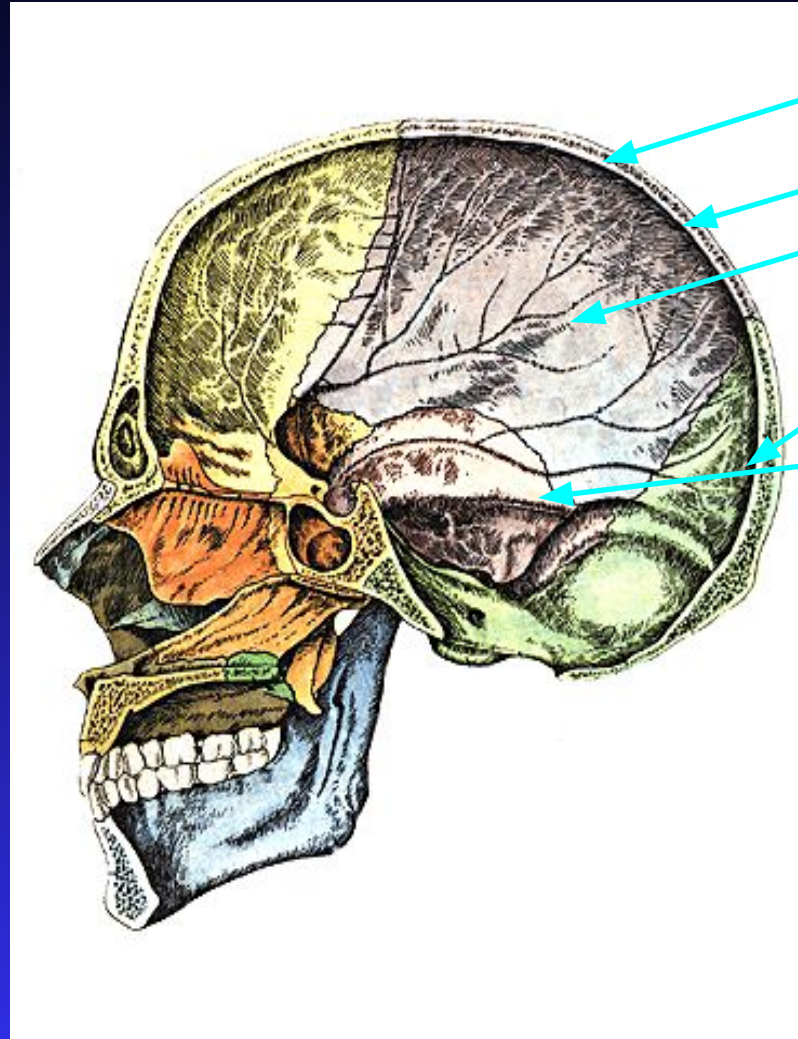


ВВ! Не менее 90% населения периодически испытывают головные боли,
более 50% из них занимаются самолечением

Локализация болевых рецепторов

БОЛЕВЫЕ РЕЦЕПТОРЫ:

кожа головы,
подкожная клетчатка,
сосуды мягких покровов
головы, надкостница черепа,
оболочки мозга,
внутричерепные артерии и
вены



артерии > черепные нервы
(тройничный
языкоглоточный
блуждающий, добавочный,
подъязычный) > твердая
мозговая оболочка и ее
синусы

АНТИНОЦИЦЕПТИВНАЯ СИСТЕМА

Кора

Таламус,
лимбическая
система

Спинной мозг

Рецепторы

БОЛЬ

Серотонин

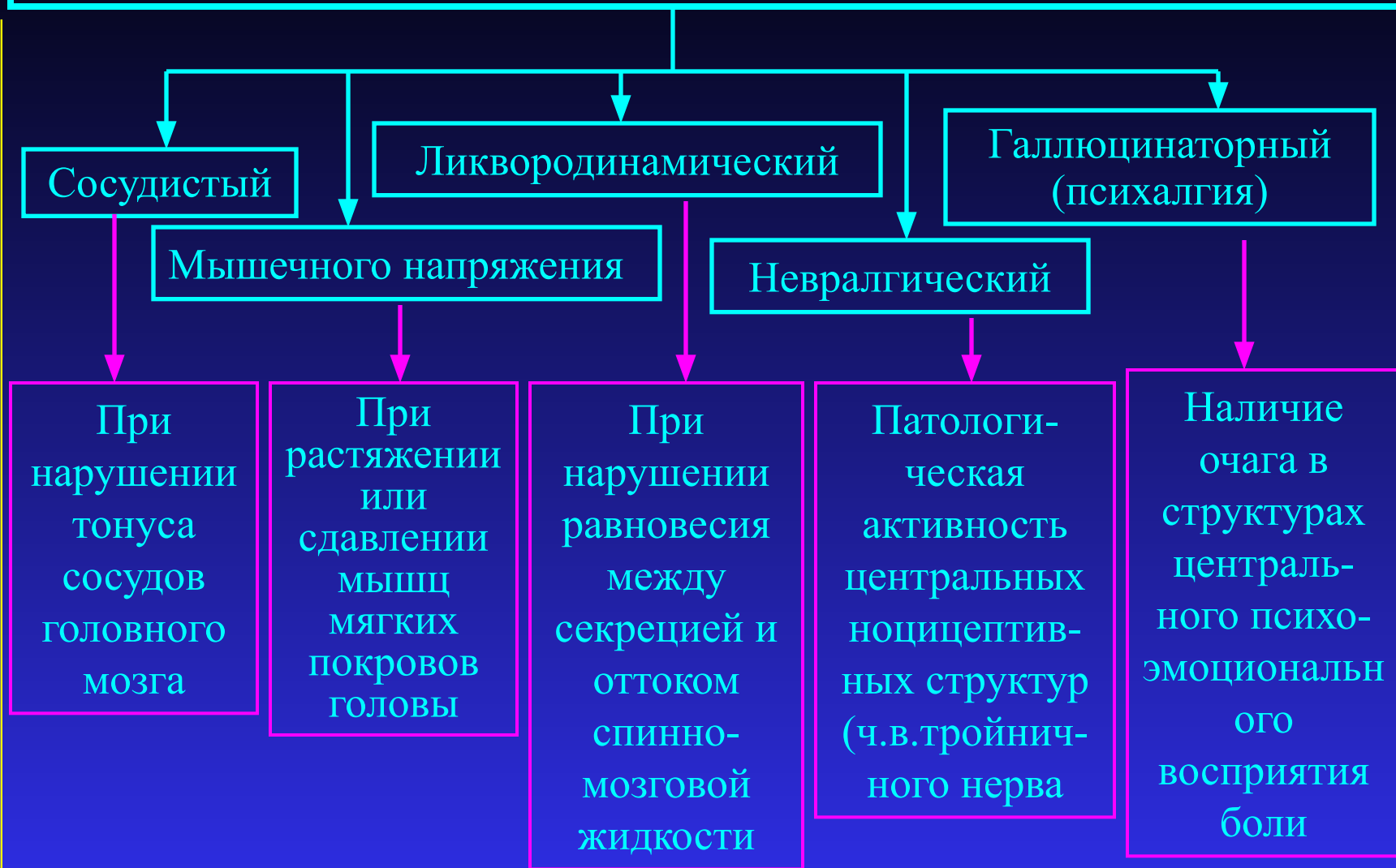
Норадреналин

Энкефалины

Эндорфины

НОЦИЦЕПТИВНАЯ СИСТЕМА

Патогенетические типы головной боли



ВИДЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Пазухи:
болит лоб
или/и
в переносица



Приступы:
боль в
глазу и
вокруг
него



Напряжение:
боль
сдавливает
как
оборучем



Мигрень:
боль с
нарушением
обоняния
и зрения



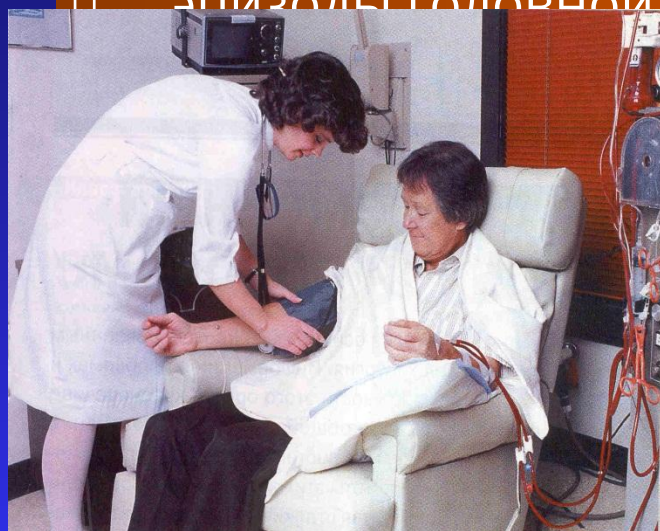
КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

ПЕРВИЧНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ:

Основа клинической картины заболевания

(критерии Международного общества головной боли)

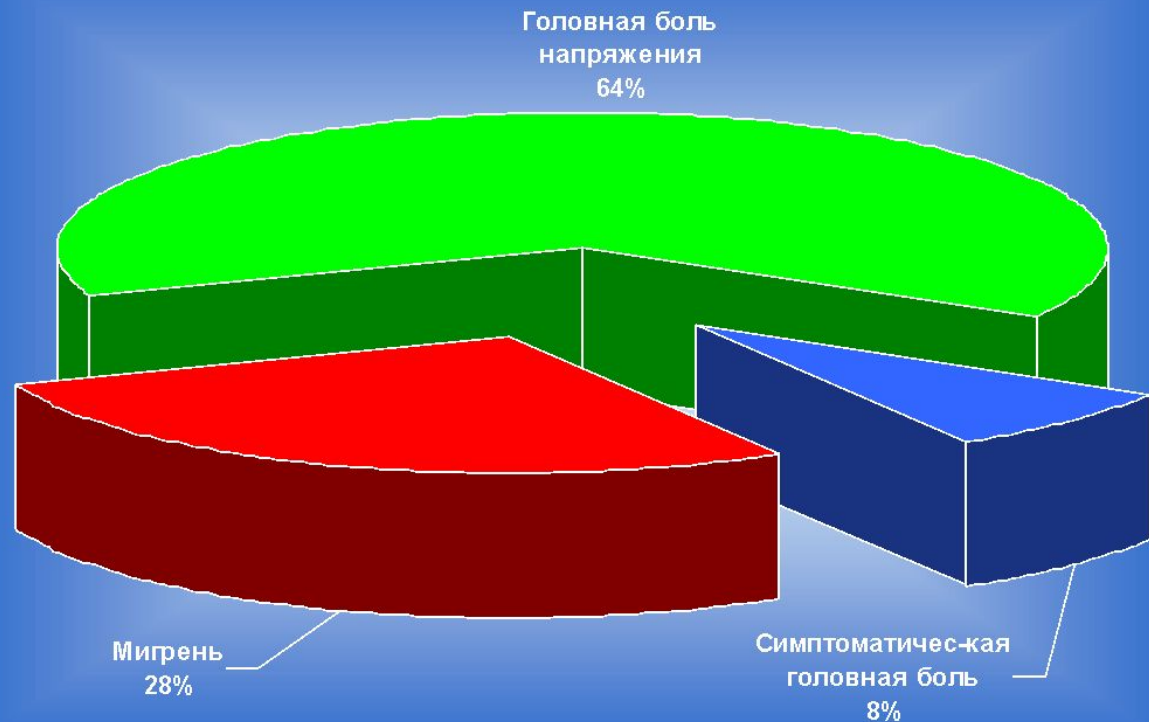
- стереотипность болевого приступа;
- нормальное общее самочувствие, стабильная масса тела;
- эпизоды головной боли наблюдаются более 2-х лет



ВТОРИЧНАЯ (СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ:

**Головная боль как симптом
других заболеваний и состояний**

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ



American Migrain Study I & American Migrain Study II (1989-1999)

ПРИЧИНЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Первичная головная боль:

1. Мигрень
2. Головная боль напряжения
3. Кластерная головная боль и хроническая пароксизмальная гемикрания
4. Различные формы головной боли, не связанной со структурным поражением



ПРИЧИНЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

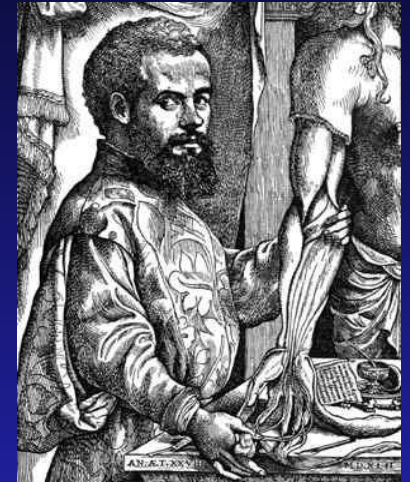
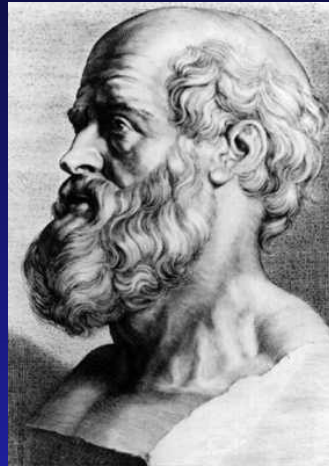
Симптоматическая головная боль:

- ГБ, связанная с травмой головы
- ГБ, связанная с сосудистыми расстройствами
- ГБ, связанная с внесосудистыми внутричерепными расстройствами (опухоли мозга, воспаление)
- ГБ, связанная с употреблением определенных веществ или отказом от их приема (в том числе – **нерациональный прием лекарств!**)
- ГБ, связанная с инфекцией
- ГБ, связанная с метаболическими (гормональными) нарушениями
- Головная боль или лицевая боль, связанная с патологией черепа, шеи, глаз, носа, придаточных пазух, зубов, рта или других лицевых или черепных структур
- Краниальные невралгии, невропатии и деафферентационная боль
- Неклассифицируемая головная боль

МИГРЕНЬ

Мигрень известна человечеству более 5000 лет

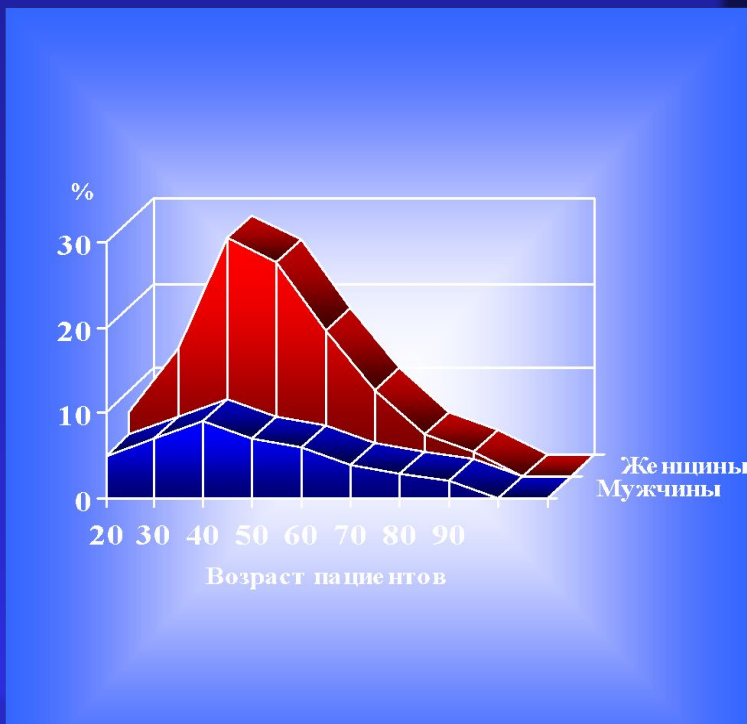
Мигрень – гемикrania



МИГРЕНЬ – это наследственное заболевание, характеризующееся повторяющимися приступами ГБ, чаще односторонней локализации, различными по частоте, интенсивности и продолжительности, сопровождающиеся тошнотой, иногда рвотой, фото- и/или фонофобией (определение Всемирной Федерации неврологов)

МИГРЕНЬ

**Мигрень – 5-30 % населения земного шара
60 % пациентов с мигренью -
самолечение**



**Женщины болеют в 2-3 раза
чаще мужчин**

**Дети: 1:100
5:100**

**В 70% случаев
заболеваемость связана с
наследственностью, если
больны оба родителя - риск
развития у 60-90% детей**

American Migrain Study I & American Migrain Study II (1989-1999)

Классификация мигрени

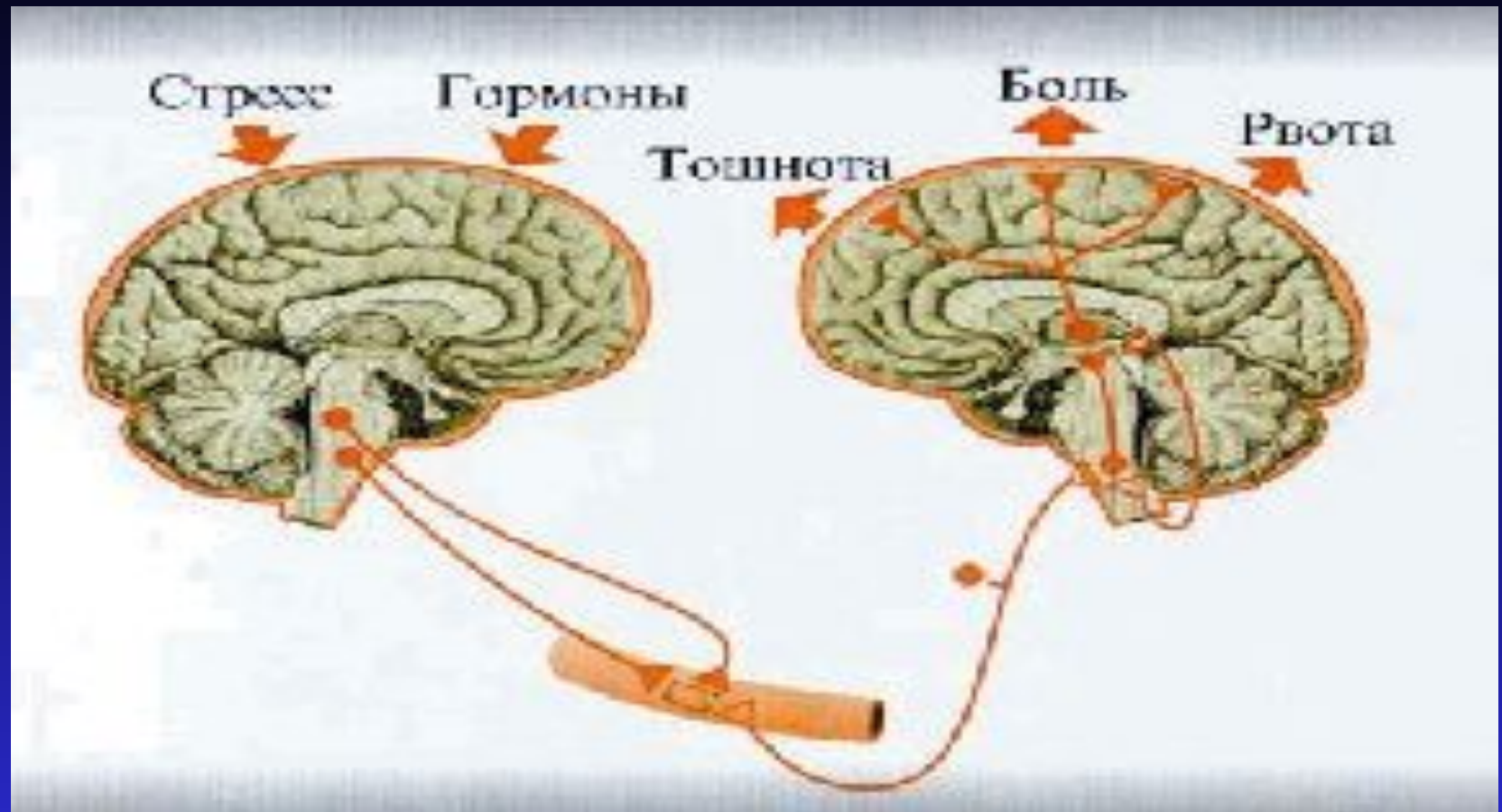
- Мигрень без ауры
- Мигрень с аурой
- Типичная аура с мигренозной ГБ
- Типичная аура без немигренозной ГБ
- Типичная аура без ГБ
- Семейная гемиплегическая мигрень
- Спорадическая гемиплегическая
- Мигрень базилярного типа
- Периодические синдромы детского возраста -предшественники мигрени
- Ретинальная мигрень
- Осложнения мигрени
- Хроническая мигрень
- Мигренозный статус
- Персистирующая аура без инфаркта
- Мигренозный инфаркт
- Мигрень – триггер эпилептического припадка
- Возможная мигрень

МИГРЕНЬ

Нейро-сосудистая теория



МИГРЕНЬ



Вследствие агрегации тромбоцитов высвобождается
значительное количество серотонина ----- сужение сосудов
истощение депозита серотонина ----- чрезмерная
вазодилатация

МИГРЕНЬ

Критерии диагностики мигрени

(определены Международным обществом по изучению головной боли в 1988 году):

- 1. Приступообразная головная боль длится от 4 до 72 часов;**
- 2. Головная боль имеет две характеристики из следующих:**
 - Преимущественно односторонняя локализация, чередование сторон, реже двусторонняя;
 - Пульсирующий характер;
 - Средняя или значительная интенсивность головной боли (снижает качество жизни, нарушает повседневную деятельность);
 - Усиление при физической нагрузке
- 3. Головная боль сопровождается одним из симптомов:**
 - Тошнота
 - Рвота;
 - Фонофобия;
 - Фотофобия.

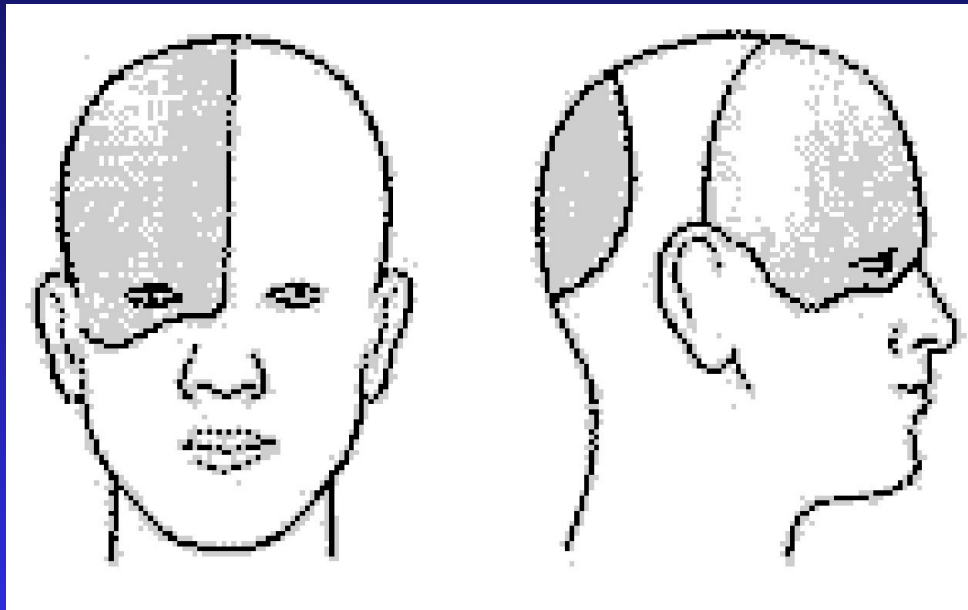
МИГРЕНЬ

ФОРМЫ МИГРЕНИ

МИГРЕНЬ БЕЗ АУРЫ
(ПРОСТАЯ МИГРЕНЬ) – 80%

МИГРЕНЬ С АУРОЙ
(АССОЦИИРОВАННАЯ МИГРЕНЬ) – 20%

ОСЛОЖНЕНИЯ: мигренозный статус
мигренозный инсульт



Клиническая картина

Локализация боли: лоб и висок с одной стороны

Иррадиация: глазница, затылок

Характер боли: сильная пульсирующая

Частота приступов: 1-2 раза в месяц

Продолжительность приступа: 4-72 ч

Начало приступа: внезапно, часто утром

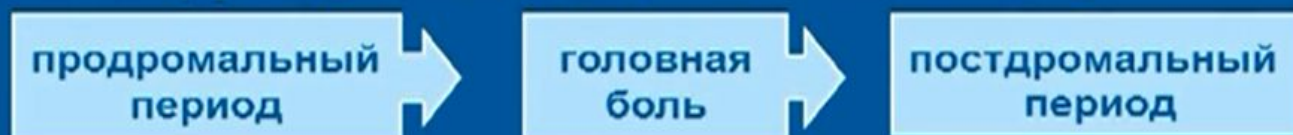
Окончание приступа: самостоятельно, часто после сна

Наличие провоцирующих факторов

Облегчение состояния: после сна, рвоты

Основные клинические формы мигрени

мигрень без ауры (простая форма) наиболее частая, встречается в 80% случаев



мигрень с аурой («ассоциированная мигрень»)

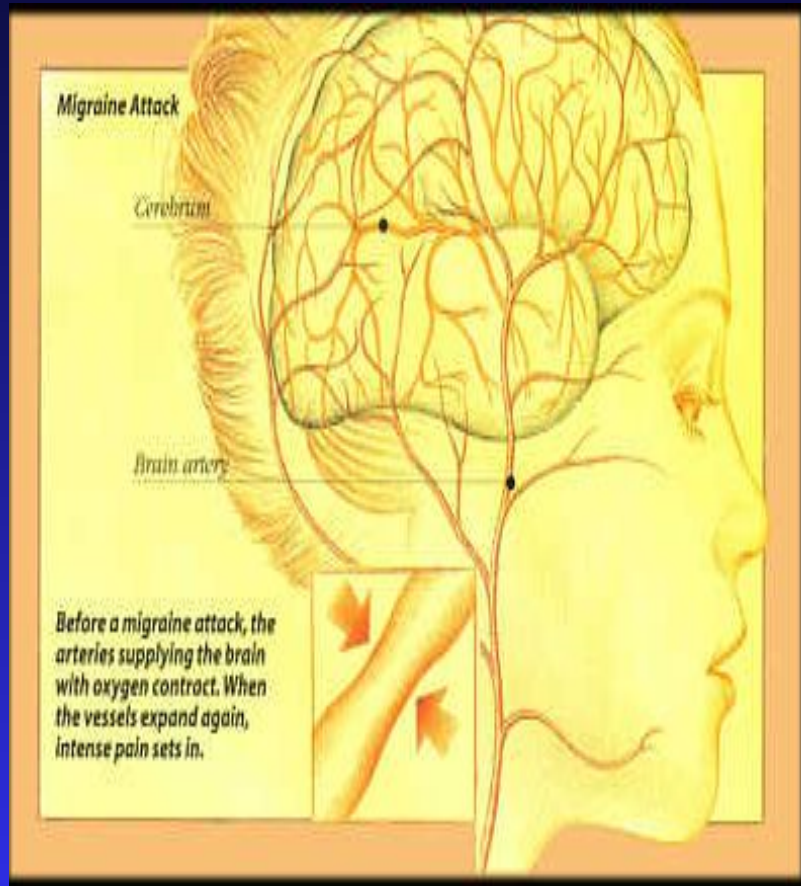


АУРА – комплекс фокальных неврологических знаков, предшествующих или сопровождающих головную боль.

Критерии мигрени с аурой:

- полная обратимость одного или более симптомов ауры, свидетельствующих о фокальной церебральной корковой и (или) стволовой дисфункции;
- Последовательное развитие симптомов ауры;
- ни один из симптомов ауры не длится более 60 минут;
- длительность «светлого промежутка» между аурой и началом ГБ - менее 60 минут.

Фазы приступа мигрени



- Продромальный
- Аура
- Собственно головная боль
- Разрешение ГБ
- Постдромальный период

Аура — комплекс фокальных неврологических симптомов, предшествующих приступу боли, реже возникающих одновременно или на фоне уже развернувшегося приступа боли

Для мигрени с аурой характерно:

- Полная обратимость симптомов ауры
- Ни один из симптомов не должен длиться более 60 минут
- Длительность светлого промежутка между аурой и головной болью должна быть не более 60 минут

До головной боли

Продромальная фаза

- Возникает в 60 % приступов
- Изменения:
 - настроения (апатия, возбуждение)
 - аппетита, жажада
 - другие
- Начинается в гипоталамусе и фронтальных долях

После головной боли

Постдромальный период

- Возникает у 90% пациентов
- Симптомы могут длиться несколько дней
 - Сонливость
 - Утомление
 - Снижение концентрации
 - Раздражительность
 - Вялость
 - Снижение аппетита
 - Эйфория



Критерии диагностики

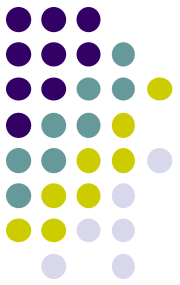


Мигрень с аурой

- *как минимум 2 приступа, соответствующие критериям:*
 - *Аура представлена как минимум одним из перечисленных симптомов:*
 1. Полностью обратимые зрительные нарушения, включая позитивные феномены (мерцающие огни) и негативные симптомы (утрата зрения)
 2. Полностью обратимые чувствительные нарушения, включая позитивные (покалывание) и/или негативные сенсорные расстройства (онемение)
 3. Полностью обратимые дисфазические нарушения речи
 - *Имеются, по меньшей мере, два из перечисленных ниже признаков:*
 1. Гомонимные зрительные нарушения и/или односторонние чувствительные расстройства
 2. Как минимум один из симптомов развивается постепенно в течение ≥ 5 мин и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении ≥ 5 мин.
 3. Каждый симптом длится ≥ 5 и ≤ 60 мин.
 - *Головная боль отвечает критериям мигрени без ауры, начинается одновременно с аурой или вслед за аурой во временной отрезок, не превышающий 60 мин*
- *Отсутствие явных симптомов органического поражения мозга*



Критерии диагностики



Мигрень без ауры

как минимум 5 приступов соответствующих критериям:

- *Головная боль*
длительностью 4 – 72 часа, (2 – 48 ч у детей)
- *Головная боль сопровождается как минимум двумя из следующих четырех характеристик:*
 1. односторонность болей
 2. пульсирующий характер
 3. интенсивность от средней до тяжелой
 4. усиление при обычной физической нагрузке
- *Во время головной боли имеется один из двух симптомов:*
 1. Тошнота и/или рвота
 2. Светобоязнь и звукобоязнь
- *Головная боль не связана с иным заболеванием*

Осложнения мигрени

- - Хроническая мигрень
- - Мигренозный статус
- - Персистирующая аура без инфаркта
- - Мигренозный инфаркт
- - Припадок, вызванный мигренью

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

Головная боль мышечного напряжения возникает при растяжении или сдавлении мышц мягких покровов головы в результате:

повышения тонуса симпатической нервной системы:



- стресс
- невроз
- гормональные сдвиги
- гипертоническая болезнь

патологической болезненной импульсации при местных процессах:

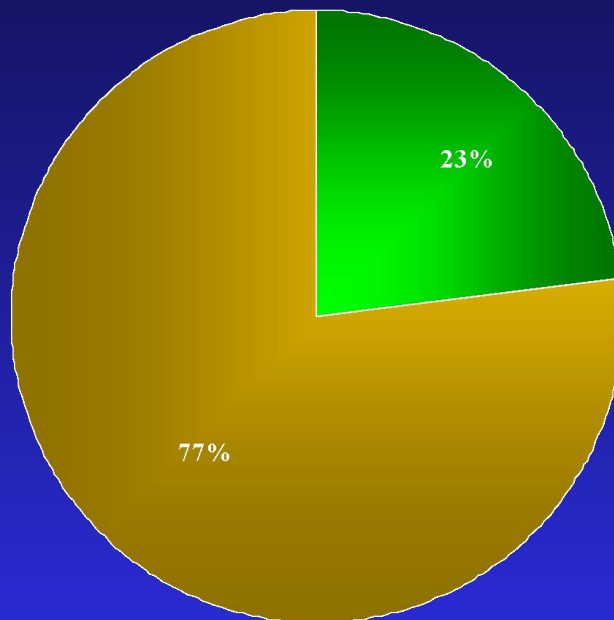
- синусит
- остеохондроз
- заболевания глаз



ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

широко распространенное заболевание, которое значительно ухудшает качество жизни пациентов и может привести к потере трудоспособности.

Распространенность
головной боли в
зависимости от пола



■ Мужчины ■ Женщины

Распространенность
головной боли в
зависимости от рода
деятельности



Чаще всего головная боль возникает от мышечного напряжения или спазма сосудов



ПАТОГЕНЕЗ ГБН

(Вейн А. М., 1994)

Схема 1

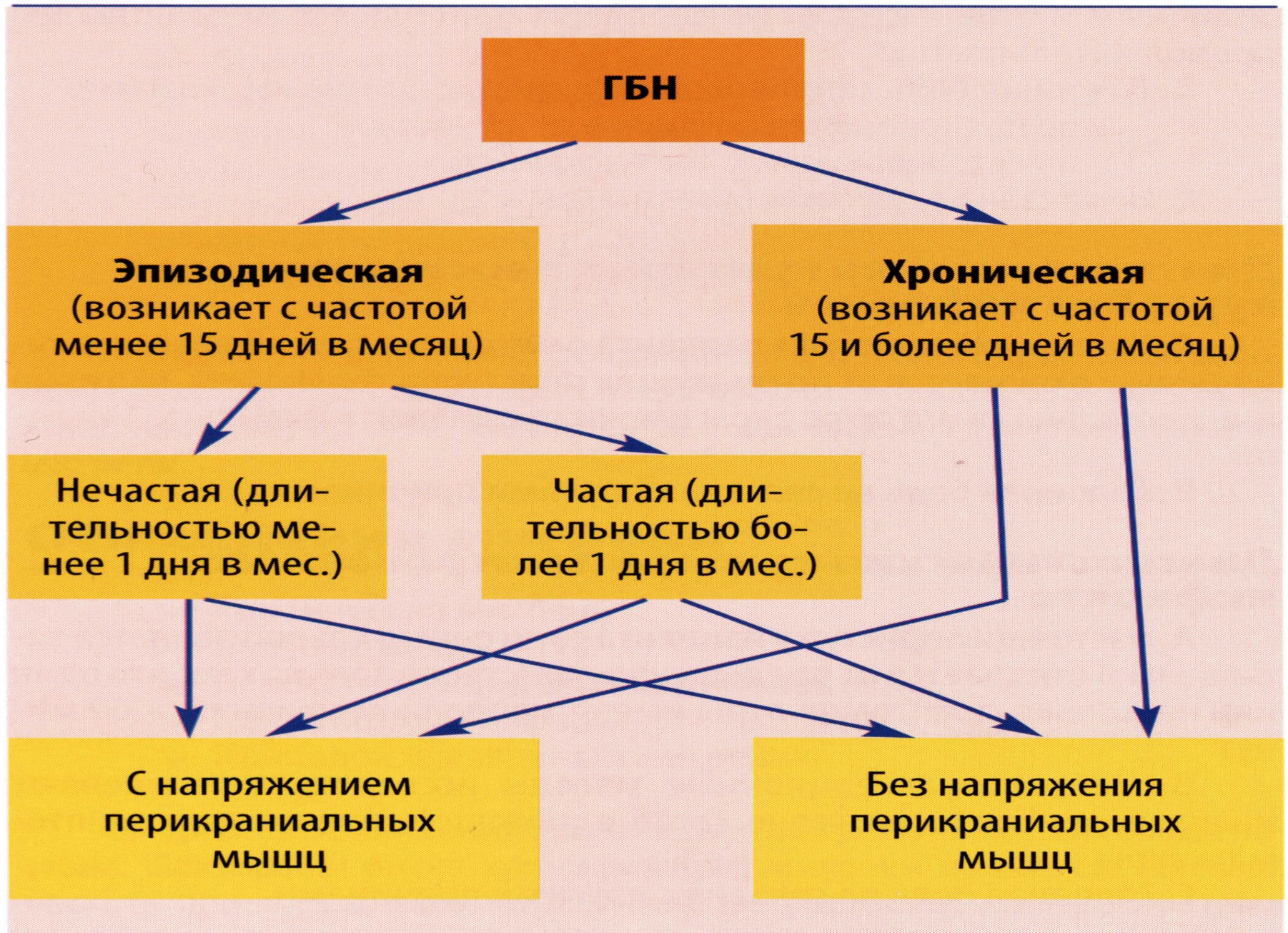


ПАТОГЕНЕЗ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

(Страчунская Е.Я., 1996)



Классификация ГБН



ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

- 1. Локализация боли:** чаще двусторонняя, диффузная, иногда с преобладанием в лобно-теменных, лобно-височных, затылочно-теменных отделах.
- 2. Характер боли:** монотонный, стягивающий по типу «шлема», «обруча».
- 3. Интенсивность боли:** умеренная, реже выраженная, но обычно не меняющаяся при повседневной физической нагрузке.
- 4. Длительность болевых ощущений:** при эпизодической форме – от 30 минут до 7 дней, при этом количество дней с головной болью не превышает 15 в месяц (менее 180 в году); при хронической форме – число эпизодов ГБ более 15 дней или свыше 180 дней в году.
- 5. Сопровождающие симптомы:** тошнота, редко фото-, фонофобия, снижение аппетита, алгические проявления (кардиалгии, абдоминальные боли и др.).
- 6. Нарушения эмоционально-личностной сферы:** повышенная возбудимость, тревога, депрессия, ипохондрический синдром.

Диагностические критерии ГБН

А). Как минимум 10 эпизодов ГБ в анамнезе, отвечающих пунктам Б-Г:

Б). Длительность головной боли от 30 мин до 7 суток.

В). Как минимум 2 из нижеперечисленных характеристик:
непульсирующий стягивающий характер боли (по типу "каска", "шлема",
"обруча");

слабая или умеренная интенсивность, полностью не нарушающая
обычную деятельность пациента;

двухсторонняя диффузная боль;

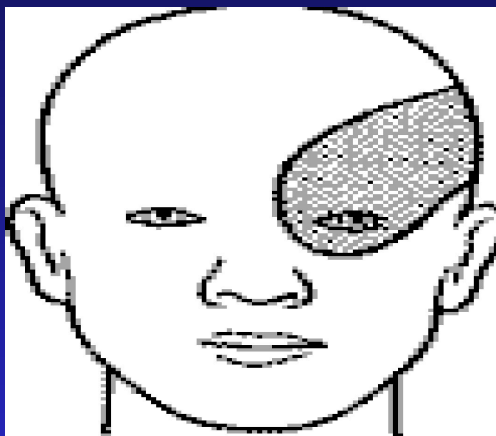
отсутствие ухудшения от обычной физической нагрузки.

Г). Оба из следующих симптомов:
тошнота, снижение аппетита, крайне редко рвота;
фото - или фонофобия.

Д). Как минимум одно из нижеперечисленных обстоятельств:
история заболевания и данные объективного осмотра позволяют
исключить другую форму цефалгии;
история заболевания и данные объективного осмотра позволяют
предположить наличие другой формы головной боли, но она исключена
после детального обследования;
у пациента имеется другая разновидность головной боли, (например,
мигрень), но приступы мигрени являются самостоятельными и не
связаны с ГБН по времени возникновения.

КЛАСТЕРНАЯ (ПУЧКОВАЯ) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Тяжелая односторонняя «жгучая» боль, чаще в области глаза или виска, продолжающаяся без лечения 15-180 минут, сопровождающаяся конъюнктивальными кровоизлияниями, заложенностью носа, ринореей, потливостью лба, лица, миозом, птозом, отеком век.

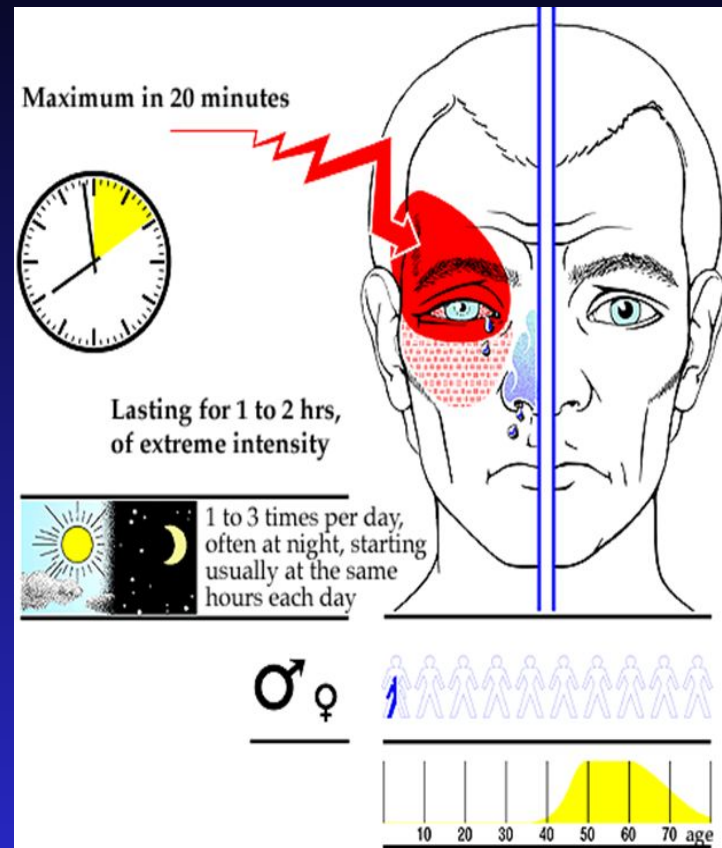


Интенсивная односторонняя боль в орбитальной, надорбитальной или височной области, продолжающаяся без лечения 15-180 мин

ГБ сопровождается конъюнктивальной инъекцией, слезотечением, заложенностью носа или ринореей, отеком века, потливостью лба и лица, миозом или птозом, чувством беспокойства, ажитацией.

Частота приступов 1 – 8 в день

Чаще страдают мужчины (9:1)



Диагностические критерии пучковой (кластерной) ГБ (ПГБ)

- А. Как минимум, 5 приступов, отвечающих критериям В-Э.
- В. Интенсивная или чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и/или височной локализации, продолжительностью 15-180 минут без лечения.
- С. Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:
 - •ипсилатеральное инъектирование конъюнктивы и/или слезотечение
 - •ипсилатеральная заложенность носа и/или ринорея
 - •ипсилатеральная отечность века
 - •ипсилатеральная потливость лба и лица
 - •ипсилатеральный миоз и/или птоз
 - •чувство беспокойства (невозможность находиться в покое) или ажитация
- D. Частота приступов - от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки
- E. Головная боль не связана с другими причинами.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Общие рекомендации пациентам

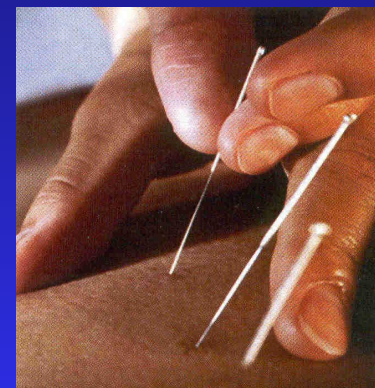
Медикаментозные препараты

1. Анальгетики
2. Средства для лечения мигрени
3. Рецептурные препараты различных групп



Немедикаментозные методы

1. Нормализация режима
2. Массаж
3. Рефлексотерапия



Общие рекомендации пациентам

Причиной кратковременной головной боли в большинстве случаев является ОРВИ

- Измерить температуру
- Принять анальгетик-антипиретик
- Постельный режим

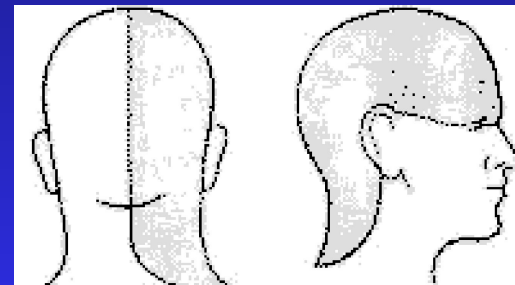
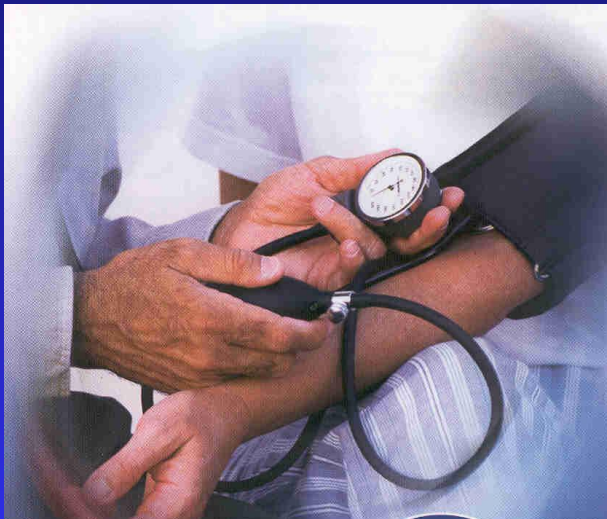
При регулярных ГБ, не имеющих характер мигрени

постараться определить и устранить возможную причину ГБ (связь с характером питания или отдельными видами пищевых продуктов, нарушением режима дня, невысыпанием, курением и т.д.)

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

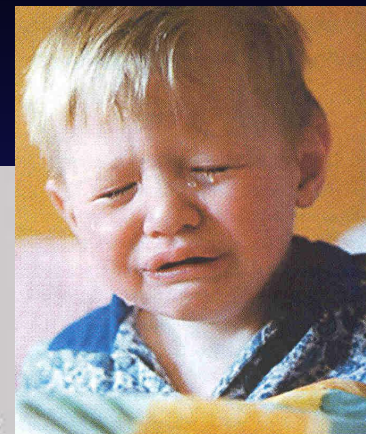
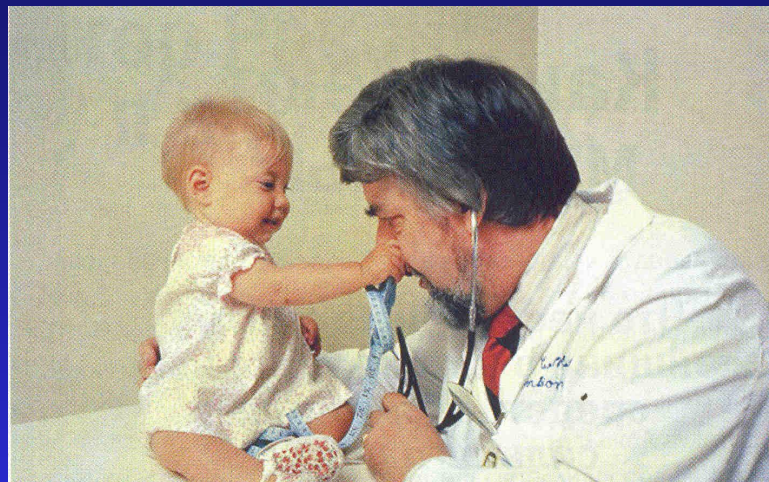
У лиц пожилого возраста частой причиной головной боли может быть:

- шейный остеохондроз
- глаукома
- повышение АД



СОВЕТЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

**Маленькие дети не умеют
жаловаться на головную боль
- они становятся
беспокойными и капризными**



**При регулярных головных
болях у детей обязательно
следует установить их
причину у врача**

СОВЕТЫ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

У школьников чаще всего причина головной боли -
переутомление.



Следует планировать день ребенка так, чтобы
обязательно было время для отдыха !

БЕЗРЕЦЕПТУРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Ненаркотические анальгетики

**Наряду с анальгетическим оказывают
противовоспалительное действие, уменьшают
выраженность нейрогенного воспаления**

Препараты ацетилсалициловой кислоты

Препараты ацетаминофена

Препараты метамизола натрия

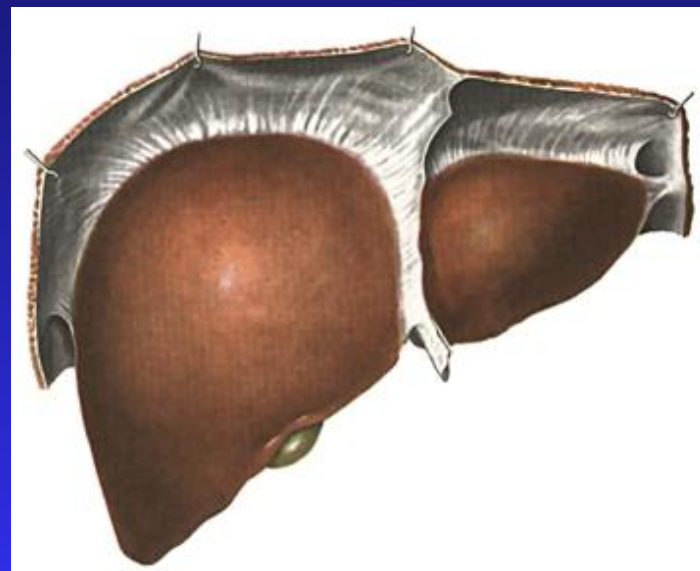
Препараты ибупрофена

**Показаны при легких и
средней интенсивности болях**

ПРЕПАРАТЫ ПАРАЦЕТАМОЛА

Фармацевтическая опека

- С осторожностью назначать лицам с нарушениями функции печени
- Детям назначают после 2-х лет
- При длительном приеме следует контролировать состав периферической крови
- Не сочетать с алкоголем



ПРЕПАРАТЫ АСПИРИНА

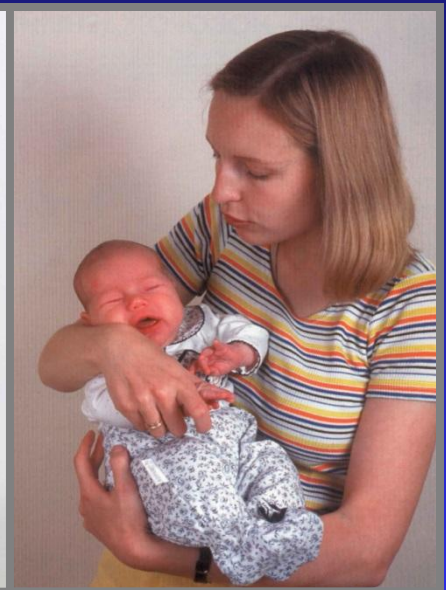
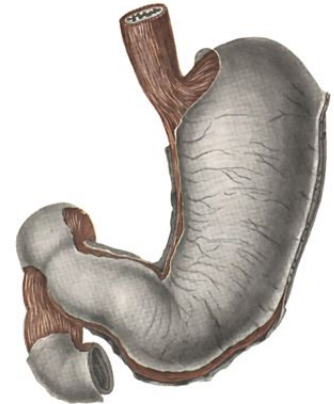


ПРЕПАРАТЫ АСПИРИНА

Фармацевтическая опека



- Не следует назначать лицам с заболеваниями желудка
- Не назначают беременным
- Не рекомендуются детям
- Не сочетать с алкоголем



КОМБИНАЦИИ НПВП + КОФЕИН

Кофеин нормализует тонус сосудов головного мозга
Кофеин повышает проницаемость
гематоэнцефалического барьера

Аскофен

Аскопар

Кофальгин

Мигренол



Новалгин

Панадол-экстра

Цитрамон

Цитропак-Дарница

КОМБИНАЦИИ НПВП + КОФЕИН

- Кофеин может усиливать головную боль напряжения (возникшую в результате переутомления)
- Кофеин не следует сочетать с приемом больших количеств кофе или чая



КОМБИНАЦИИ НПВП + КОДЕИН

**Кодеин выражено потенцирует анальгетический эффект
НПВП**

**По рекомендации ВОЗ в
безрецептурных препаратах
содержание кодеина не должно
превышать 8 мг в 1 табл.**



**Могут вызывать сонливость, запоры. При частом и длительном
применении возможно развитие привыкания. Не рекомендуется
сочетание с др. средствами, угнетающими ЦНС. Учитывать
профессиональную деятельность.**

КОМБИНАЦИИ НПВП + КОДЕИН

UK.

на лицевой стороне упаковки:
МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ЗАВИСИМОСТЬ
даже при использовании
в течение только 3-х дней

Инструкция:

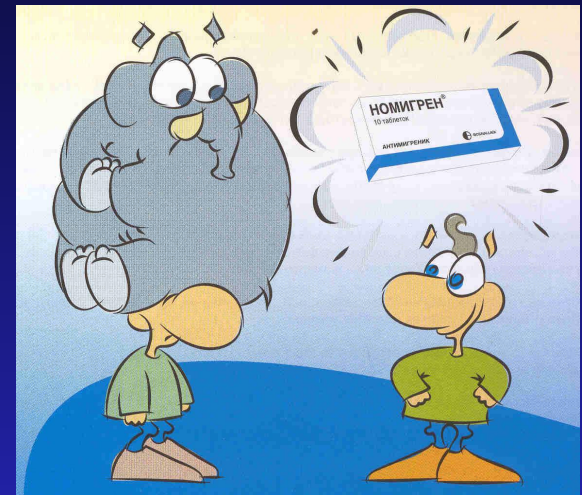
1. Препарат можно использовать для краткосрочного лечения острых умеренных болей, которые не купируются однокомпонентными лекарствами, такими как парацетамол, ибупрофен, аспирин;
2. Симптомы, свидетельствующие о развитии привыкания:
 - а) если после прекращения приема лекарства самочувствие ухудшается, а после возобновления приема – улучшается;
 - б) если лекарство нужно принимать дольше и в более высоких дозах, чем рекомендовано.



КОМБИНАЦИИ НПВП +ПРОПИФЕНАЗОН

Пропифеназон - центральный анальгетик, выраженно потенцирует анальгетический эффект НПВП

Новалгин
Номигрэн



- Редко возможно развитие привыкания

КОМБИНАЦИИ МЕТАМИЗОЛ + СПАЗМОЛИТИК

Снимают спазм сосудов головного мозга,
мускулатуры гладкомышечных органов



- Метамизол обладает достаточным количеством побочных эффектов

ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ

КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА:

- ✓ При легких и средних приступах парацетамол, ацетилсалициловая кислота и ее производные, комбинированные препараты: кофан, седальгин, пенталгин и др.;
- ✓ Эрготаминсодержащие препараты: номигрен, дигидэргот, тамик и др.;
- ✓ Селективные агонисты серотонина: суматриптан, золмитриптан.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД:

- ✓ Эрготаминсодержащие препараты: дигидроэрготамин, номигрен;
- ✓ антисеротониновые препараты: перитол; метисергид; сандомигран;
- ✓ антидепрессанты: амитриптилин;
- ✓ β -блокаторы: пропранол, надолол;
- ✓ нестероидные противовоспалительные средства АСК, напроксен; мефенамовая кислота;
- ✓ антагонисты Са: циннаризин; верапамил; нимодипин;
- ✓ диета, водные процедуры, ИРТ, массаж воротниковой зоны.

СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ- СЕЛЕКТИВНЫЕ АГОНИСТЫ СЕРОТОНИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

**Предотвращают выделение нейропептидов
(субстанции Р) из окончаний тройничного нерва**

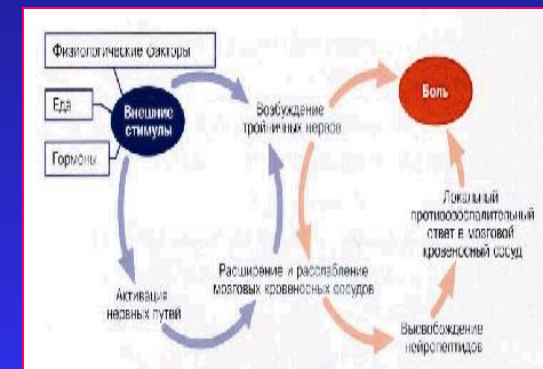
**Суживают патологически расширенные
кровеносные сосуды головного мозга**

**Останавливают процесс возбуждения
чувствительных нервов вокруг сосудов**

Разрывают порочный круг мигренозной боли

Имигран

Антимигран



СЕЛЕКТИВНЫЕ АГОНИСТЫ СЕРОТОНИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ - ТРИПТАНЫ

Препараты II поколения



Суматриптан

- наратриптан
- золмитрептан
- ризотриптан
- элетриптан
- фроватриптан
- адмотриптан

СЕЛЕКТИВНЫЕ АГОНИСТЫ СЕРОТОНИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

- Назначаются только после подтверждения врачом диагноза «мигрень»
- Назначаются при интенсивном болевом синдроме
- Если прием препарата не оказал эффекта, следующий прием возможен только через 3 часа
- Не назначаются для профилактики приступов мигрени



СЕЛЕКТИВНЫЕ АГОНИСТЫ СЕРОТОНИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ

Фармацевтическая опека

- Не рекомендуются при патологии сердечно-сосудистой системы и нарушениях мозгового кровообращения (сужают просвет сосудов на 10-20%)
- Не рекомендуются при заболеваниях печени
- Не сочетаются с препаратами алколоидов спорыньи



АЛКАЛОИДЫ СПОРЫНЬИ

Обладают мощным сосудосуживающим действием, влияя на серотониновые рецепторы сосудистой стенки

Не избирательно влияют на серотониновые рецепторы - возбуждают также альфа-адренорецепторы и дофаминорецепторы

**Дигидергол-
назальный спрей**

Алкалоиды спорыньи - рецептурные препараты !

АЛКАЛОИДЫ СПОРЫНЬИ

NB!

- При применении препаратов эрготамина описаны явления физической зависимости (при приеме более 10 мг в неделю или другой дозы чаще 2 раз в неделю)

АЛКАЛОИДЫ СПОРЫНЬИ

Фармацевтическая опека

- Могут вызывать
 - тошноту или рвоту
 - головокружение
 - выраженную слабость
- Вызывают выраженный спазм сосудов -
противопоказаны при ИБС, артериальной гипертензии, поражении периферических сосудов, патологии печени и почек, тиреотоксикозе

РЕЦЕПТУРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

ПРЕПАРАТЫ	ДОЗА (суточная)
БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ:	
Пропранолол (анаприлин, индерал)	40—160 мг
Пиндолол (вискен)	10—30 мг
Атенолол (тенормин)	50—100 мг
Надолол (коргард)	40—160 мг
АНТИДЕПРЕССАНТЫ ТРИЦИКЛИЧЕСКИЕ	
Амитриптилин (элавил, эндеп)	25—100 мг
Доксепин (синекван)	10—100 мг
Имипрамин (тофранил)	25—150 мг
СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРТОНИНА	
Флуоксетин (прозак)	20 мг (в первой половине дня)
Сертралин (золофт)	50 мг (перед сном)
ИНГИБИТОРЫ МАО	
Фенелзин (нардил)	45 мг
Изокарбоксазид (марглан)	30—40 мг

ПРЕПАРАТЫ	ДОЗА (суточная)
БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ	
Верапамил (изоптин)	80—360 мг
Флунаризин (сибелиум)	10—30 мг
Дилтиазем (кардизем)	60—90 мг
Нимодипин (нимотоп)	90 мг
АНТАГОНИСТЫ СЕРТОНИНА	
Метилсергид (сансерт)	4—8 мг
Пизотифен (сандомигран)	8—16 мг
НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА	
Напроксен	750 мг
Аспирин	500 мг
Ибупрофен	400—600 мг
АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ	
Вальпроат (депакин)	500—1500 мг
Гидантоин (дилантин)	100—300 мг
АГОНИСТЫ АЛЬФА-АДРЕНорецепторов	
Клонидин (катапрес)	0,3—0,6 мг

Фармацевтическая опека при головной боли

- Головная боль может быть симптомом серьезных заболеваний – поэтому следует обратиться к врачу
- Анальгетические препараты не принимать более 2 дней без консультации с врачом
- Анальгетические препараты не следует принимать чаще 2 раз в неделю (возможно снижение порога болевой чувствительности и увеличение частоты и силы приступов головной боли)
- Если боль не проходит в течение 12 часов – обязательно обратиться к врачу (угроза нарушения мозгового кровообращения)
- Растворимые лек. формы обеспечивают более быстрое наступление терапевтического эффекта
- Комбинированные анальгетики-антипиретики, содержащие кофеин, не следует сочетать с приемом кофе или чая

Фармацевтическая опека при мигрени

- **ПРИ МИГРЕНИ РЕКОМЕНДУЮТ ИЗБЕГАТЬ ФАКТОРОВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ ПРИСТУП, ПРИ ПЕРВЫХ ПРЕДВЕСТНИКАХ ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ НПВС**
- **ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ МИГРЕНОЗНОЙ ГБ ПРЕПАРАТЫ СЛЕДУЕТ ПРИНИМАТЬ ПРИ ПЕРВЫХ ПРЕДВЕСТНИКАХ ПРИСТУПА (во время приступа эффект снижается из-за развития желудочного стаза - рекомендовано сочетание с метоклопрамидом)**
- **В ЛЕГКИХ СЛУЧАЯХ НАЗНАЧАЮТ АСПИРИН, 500 МГ ВНУТРЬ ОДНОКРАТНО (в виде раствора) ИЛИ ПАРАЦЕТАМОЛ, 650 МГ ВНУТРЬ ОДНОКРАТНО**
- **В ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ НАЗНАЧАЮТ АСПИРИН 500 МГ - 2 ТАБЛ. С ИНТЕРВАЛОМ 1 ЧАС ИЛИ ПАРАЦЕТАМОЛ по 0,5 – 1 г до 4 раз/сут.**

Фармацевтическая опека при мигрени

- **АЛКАЛОИДЫ СПОРЫНЬИ И ПРЕПАРАТЫ СУМАТРИПТАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ**
- **ДО ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРИСТУПА РЕКОМЕНДУЮТ ЛЕЖАТЬ, ЛУЧШЕ В ТЕМНОЙ, ПРОХЛАДНОЙ, ТИХОЙ КОМНАТЕ**
- **РЕКОМЕНДУЮТ ХОЛОД НА ЛОБ ИЛИ ШЕЮ**
- **ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА НЕЛЬЗЯ ПИТЬ КОФЕ, ЧАЙ, АПЕЛЬСИНОВЫЙ СОК**
- **ЖЕНЩИНАМ, СТРАДАЮЩИМ МИГРЕНЬЮ, НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИНИМАТЬ КОК**

Фармацевтическая опека при мигрени

ПРЕПАРАТЫ СУМАТРИПТАНА НЕ СЛЕДУЕТ СОЧЕТАТЬ С АЛКАЛОИДАМИ СПОРЫНЬИ (из-за развития выраженного вазоспазма)

- **ПОСЛЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ СПОРЫНЬИ, ПРЕПАРАТЫ ГРУППЫ СУМАТРИПТАНА МОЖНО ПРИНИМАТЬ НЕ РАНЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ 24 Ч.**
- **ЕСЛИ ПРИЕМ ОДНОЙ ДОЗЫ ПРЕПАРАТА ГРУППЫ СУМАТРИПТАНА НЕ ОКАЗАЛ ЭФФЕКТА, ПРИЕМ ПОВТОРНОЙ ДОЗЫ ВОЗМОЖЕН НЕ РАНЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ 3 ЧАСА**
- **ПОСЛЕ ПРИЕМА ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ СУМАТРИПТАНА ПРЕПАРАТЫ СПОРЫНЬИ МОЖНО ПРИНИМАТЬ ТОЛЬКО ЧЕРЕЗ 6 И БОЛЕЕ ЧАСОВ**
- **ЛП, СОДЕРЖАЩИЕ СУМАТРИПТАН, НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ССС, ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

Человек, страдающий головной болью, является «медицинским сиротой». Он должен пройти путь от офтальмолога к оториноларингологу, неврологу, терапевту, стоматологу, ортопеду. Ему назначают массу обследований, дают массу лекарств, а в конце концов он остаётся один на один со своей головной болью.

R. Passcard, 1979

*Спасибо за
внимание*

*Крепкого
здоровья*

