

Головная боль –

проблемы и решения

Головная боль – это маленький человечек внутри черепа, сидящий и выбирающийся. Мигрень – это две исполинские руки, которые медленно сдавливают голову до размера мячика для гольфа, усиливая боль сантиметр за сантиметром, пока наконец твой череп не взорвется пламенем, разбрызгивая мозги по комнате.

Луис Карлос Монталван

Э.В. Супрун – д.м.н., профессор
Кафедра общей фармации и безопасности лекарств Института повышения квалификации специалистов фармации, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков

Головная боль является одним из нежелательных, но регулярно возникающих «спутников жизни». Она может настичь вас в любом месте – в офисе, по дороге на работу, дома. Головная боль в домашних условиях может отравить любой отдых и надолго испортить настроение каждому человеку, как молодому, так и пожилому.

Головной болью (ГБ), или цефалгией, называют субъективные неприятные болевые ощущения в области головы, а именно кверху от бровей и до нижней затылочной области, которые вызываются различными причинами – от элементарной перемены погоды до стрессовых ситуаций и переутомления. С ГБ сталкивался каждый хотя бы раз в жизни. Это одна из самых часто предъявляемых жалоб на приемах терапевтов и врачей практически любой специальности. Она отражает признаки проблем не только в самой голове, но и в других органах.

Международное общество по изучению ГБ – International Headache Society (IHS) в 1988 г. предложило международную классификацию ГБ

(цефалгий), в которой все ГБ разделяются на первичные и вторичные. В 2004 г. вышло второе дополненное издание международной классификации ГБ, которая выделяет более 160 разновидностей цефалгий. Первичные ГБ наблюдаются значительно чаще и являются следствием идиопатических расстройств вазомоторной и нервной регуляции при отсутствии анатомических изменений структур черепа. Это самостоятельные нозологические формы, в которых головная боль – это первичная и основная жалоба. Вторичные или симптоматические ГБ, причиной которых являются какие-либо специфические заболевания, возникают вследствие поражения краниальных или черепных структур (черепно-мозговая травма, сосудистая патология мозга, опухоли и инфекции головного мозга). Диагноз вторичной ГБ установ-

ливаются в том случае, если ГБ впервые появляется в тесной связи с другим заболеванием и облегчается при лечении или спонтанной ремиссии этого заболевания. Первичные ГБ в амбулаторной практике составляют 95–98%, в то время как вторичные ГБ отмечаются значительно реже, то есть в 2–5% случаев.

Если с головной болью, которая является симптомом болезни, все достаточно понятно (она проявляется, когда человек болен, и проходит при излечении болезни), то с головной болью как самостоятельным заболеванием все сложнее.

К такой форме болей относят:

- головные боли, возникающие от напряжения;
- приступы мигрени;
- кластерные боли;
- пароксизмальные гемикрании.

Головные боли, возникающие вследствие напряжения, могут проявляться в молодом возрасте. Обычно они формируются ближе к тридцатилетию. Эти боли – умеренные по интенсивности, длятся от нескольких часов до пары суток, не зависят от физических нагрузок.

Боли при этом явлении практически всегда двусторонние, основная их локализация – область затылка, височная или лобная зоны. Боли по характеру сжимающего или сдавливающего характера, нет тошноты и рвоты, однако иногда могут возникать отказ от еды, раздражительность от звука или света. Обычно такие боли усугубляются при тре-

Слово «**мигрень**» французского происхождения («migraine»), а во французский язык оно пришло из греческого. Термин «гемикрания» (от греч. *hemi* в половину, и *kranion* череп – боль, обнаруживающаяся в одной половине головы) впервые был предложен Галеном.

Первая клиническая характеристика мигрени или «гетерокрании» (от греч. *heteros* иной, различный, и *kranion* череп – синоним гемикрании) относится ко II в. нашей эры и принадлежит Aretus из Cappadocia. Мигренозные боли известны человечеству давно, ею страдал Понтий Пилат, но до сих пор с нею не очень эффективно справляются, хотя попыток ее излечения сделано очень много. Уже в папирусах древних египтян были обнаружены описание типичной мигренозной атаки и рецепты лекарственных средств, применяемых для устранения головной боли.

возности и депрессии, проблемах с позвоночником, приеме кофеина, анальгетиков или снотворных.

Кластерные боли чаще бывают у мужчин, хотя женщина тоже может с ними встретиться. Это мучительная боль в одной зоне, иногда вызывающая желание даже к суициду, локализуется преимущественно вокруг глаз или висках, на лбу, может отдавать в шею или затылок.

Боль возникает резко, приступом и длится от четверти часа до трех часов подряд. Обычно она случается приступами по несколько раз в сутки, особенно по ночам, и длится до месяца. При приступах на стороне боли могут возникать специфичные симптомы – краснота глаз, слезы, заложенность носа с обильным образованием слизи.

Подобно кластерной проявляет себя **пароксизмальная гемикрания**, но она чаще преследует жен-

щин и менее продолжительна, хотя приступы бывают чаще. Кроме того, эта боль купируется приемом противовоспалительных средств.

Мигрень – это хроническое состояние с непредсказуемыми, остро возникающими приступами головной боли. По распространенности мигрень занимает второе место после ГБ напряжения. Мигренозная боль чаще носит пульсирующий и давящий характер, обычно захватывает половину головы и локализуется в области лба и виска, вокруг глаза.

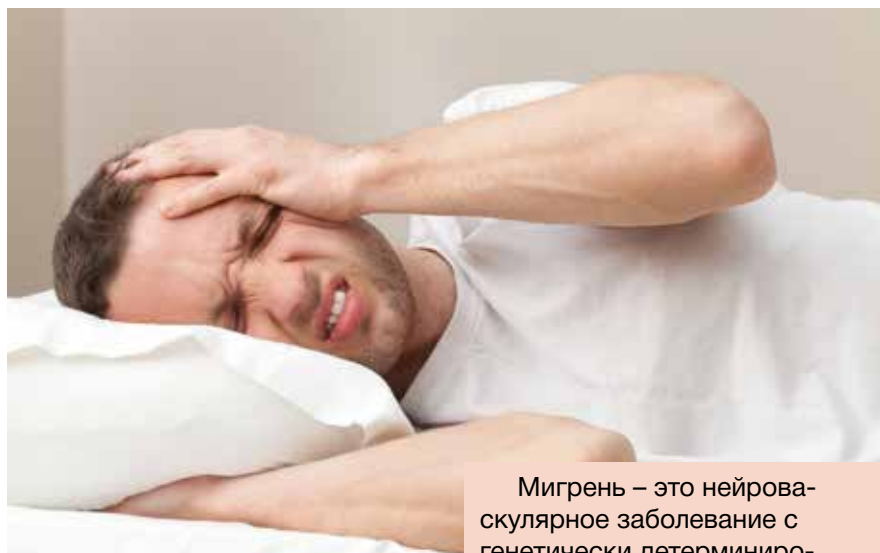
Согласно эпидемиологическим исследованиям, проведенным в различных странах, мигренью страдают от 3 до 16%, а по некоторым данным до 30% населения. При этом мужчины составляют от 2 до 15%, а женщины от 6 до 25% всей популяции. Соотношение мужчин и женщин составляет 1:2,5 или 2:4. Наиболее часто мигрень встречается у людей в возрасте 35–40 лет. Последние эпидемиологические исследования свидетельствуют, что распространенность мигрени среди населения имеет тенденцию к росту. Так, по данным центра Национального здоровья США в период с 1981 по 1989 г. количество людей, страдающих мигренью, выросло на 60% (с 25,8 до 41,0 на 1000,0 населения). Эпидемиологические исследования, проведенные в Великобритании, свидетельствуют о том, что у 34% больных приступ мигрени



бывает реже одного раза в месяц, у 27% больных – один раз в месяц, у 17% больных – 2 раза в месяц, у 12% бывает 3–4 атаки в месяц, у 6% 5–10 приступов в месяц и у 4% больных мигрень бывает чаще 10 раз в месяц. Из-за сильной, продолжительной головной боли и сопутствующих вегетативных симптомов, мигрень затрудняет повседневную жизнь, снижает её качество и часто является причиной нетрудоспособности. В связи с этим государство несёт впечатляющие прямые и косвенные материальные потери.

Начало заболевания чаще отмечается в юношеском возрасте. Приступы мигренозной ГБ обычно впервые проявляется в возрасте от 10 до 20 лет. В возрасте 35–45 лет частота и интенсивность мигренозных приступов достигают максимума, после 55–60 лет у большинства больных мигрень прекращается. У 60–70% больных мигрень имеет наследственный характер. Если приступы мигрени были у матери, то риск заболевания составляет 72%, если у отца – 30%.

Несмотря на то что терапия мигрени хорошо разработана (по данным Американской ассоциации по изучению головной боли, эффективность правильного лечения может достигать 95%), более 70% пациентов не удовлетворены результатом лечения. Отчасти в этом виноваты сами пациенты, которые не обращаются к врачу, занимаются самолечением, игнорируют полученные рекомендации. Однако во многих случаях низкая эффективность терапии является результатом неадекватной медицинской помощи. Некоторые врачи продолжают вести пациентов с мигренью, основываясь на устаревших сведениях, не учитывая возможности современных способов лечения мигрени. Тем не менее, трудность лечения головной боли обусловлена не только «правильностью» выбора лекарственного препарата. Мигрень – это сложное нейробиологическое расстройство с многофакторным патогенезом, поэтому для достижения успеха необходимо учитывать целый ряд аспектов,



как чисто медицинских, так и психологических.

Патогенез мигрени. В прошлом мигрень считалась сосудистым заболеванием. Предполагалось, что при резком расширении сосудов головного мозга происходит раздражение рецепторов и возникает таким образом болевой приступ. Однако последние исследования доказали, что мигрень связана с нарушениями в центральной нервной системе. Эти нарушения вызывают каскад биохимических изменений, который и действует на сосуды, и приводят к симптоматике (в том числе и к болям).

В настоящее время этиология и патогенез мигрени изучены недостаточно, но наиболее известны сосудистая, нейрогенная и биохимическая теории возникновения этого пароксизмального состояния. В генезе мигренозного приступа могут участвовать сосудистый, нервный и эндокринно-гуморальный механизмы. Серотонин, являющийся одним из ключевых нейромедиаторов центральной и периферической нервной системы, предположительно выступает в качестве нейротрансмиттера и нейрогуморального медиатора в неврогенном, сосудистом компонентах механизма мигрени. Биосинтез серотонина и его секреция из нервных окончаний, регулируемая через пресинаптические рецепторы 5-НТ_{1А}-типа, расположенных на телах и дендритах серотониновых нейронов, происходят

Мигрень – это нейроvascularное заболевание с генетически детерминированным снижением порога чувствительности к действию мигренозных триггер-факторов. Существует целая группа факторов, провоцирующих приступ мигрени:

- Некоторые лекарственные препараты и химические вещества.
- Продукты, которые содержат различные добавки и консерванты, алкогольные напитки, особенно пиво и вино, просроченные слишком сладкие или подверженные ферментативной обработке продукты.
- У женщин первый приступ мигрени может быть связан с первой менструацией или с последней (в менопаузе).
- Неправильный образ жизни.
- Неравномерный прием пищи.
- Пересыпание.
- Окружающая атмосфера – дым, запахи, мерцающий свет.

на пресинаптическом уровне. В ходе обратного захвата серотонина осуществляется дезактивация секретированного нейромедиатора, а после выделения серотонина из нейрона в синаптическую щель происходит его обратный захват переносчиком (ген расположен на длинном плече хромосомы 17). Выделенный серотонин оказывает воздействие на различные типы рецепторов, включая 5-НТ_{1А} и 5-НТ_{2А}, на постсинаптическом

уровне. Основной причиной мигрени является дисфункция ЦНС, механизм возникновения которой не вполне ясен. Согласно выдвинутой Sicuteri F. (1977) гипотезе у пациентов с мигренью имеется врожденная недостаточность регуляции метаболизма моноаминов мозга и эндогенной опиоидной системы, на фоне которой формируется центральная дисноцицепция и изменяются биологические ритмы. Эта недостаточность усугубляется под воздействием различных эндо- и экзогенных влияний, приводя к приступам мигрени.

Клинические проявления мигрени подразделяются на 4 фазы, большинство из которых незаметно переходят одна в другую на протяжении всей атаки. Но у пациентов может и не быть всех фаз (только одна или две фазы), причем при каждом приступе течение может быть разным. Но в классических случаях это 4 фазы:

- Продромальная фаза
- Аура
- Фаза головной боли
- Постдромальная фаза

Продромальная фаза может появиться за несколько часов или дней до появления приступа мигрени. Могут появиться следующие симптомы: раздражительность, депрессия, ощущение усталости, общей слабости, частое зевание, бледность кожных покровов, ощущение холода, гиперактивность, нарушение концентрации внимания, частые позывы к мочеиспусканию, нарушения аппетита, запор или понос, повышенная чувствительность к свету звукам.

Аура. Фаза ауры появляется за 20–60 минут до приступа мигрени. Аура представляет собой нарушения в органах чувств (зрение, речь, обоняние). Может быть, одно или несколько нарушений органов чувств. Каждый симптом развивается постепенно от 5 минут до часа. Наиболее часто появляются нарушения визуальные (повышенная чувствительность к свету, появление пятен или зигзагообразных линий перед глазами, искрящиеся движущиеся

фигурки или искажение объектов), сенсорные (чувствительность к запахам и звукам; покалывание или онемение в одной части лица или половины тела) и нарушения речи – невозможность нормально разговаривать.

Фаза головной боли начинается с ауры или без нее. Головная боль усиливается при обычной нагрузке (ходьба, подъем по лестнице) Повышенная чувствительность к свету, звуку, запахам или к прикосновениям. Возможно ощущение усталости, раздражительность, головокружение, нарушение, координации движений.

Постдромальная фаза – период восстановления после приступа головной боли. После тяжелого приступа мигрени люди часто чувствуют усталость или ощущение «выжатого лимона», раздражительность и вялость.

Клинические проявления болезни различаются в зависимости от возраста (дети, подростки, взрослые) и имеющейся формы мигрени (классическая, простая и лицевая). Коротко вспомним их основные признаки. **Простая** мигрень: характер ГБ – пульсирующий; локализация боли – одно- или двусторонняя; длительность приступа – 6–48 часов; периодичность – спорадические приступы (до нескольких раз в месяц); сопутствующие симптомы – тошнота, рвота, недомогание, светобоязнь. **Классическая** мигрень: пульсирующий характер ГБ; односторонняя локализация; длительность приступа – 3–12 часов; периодичность – спорадические приступы (до нескольких раз в месяц), сопутствующие симптомы – зрительная аура, тошнота, рвота, недомогание, светобоязнь. **Лицевая** мигрень: характер ГБ – тупая или пульсирующая; локализация – односторонняя, в нижней половине лица; длительность приступа – 6–48 часов; периодичность – спорадические приступы; сопутствующие симптомы – тошнота, рвота.

В целом для мигрени в отличие от других форм ГБ характерны высокая интенсивность боли и нали-

чие множества сопровождающих симптомов, с чем и связано ограничение физического, психического и эмоционального функционирования, как в приступе, так и в межприступный период. Так, 76% пациентов с мигренью беспокоятся, что будут страдать от мигреней всю оставшуюся жизнь, а 37% испытывают постоянное напряжение в ожидании возникновения приступа. Многие из них отказываются из-за этого от развлечений, путешествий и даже не выезжают из дома одни. Только 43% пациентов считают, что они полностью восстанавливаются между приступами. Углубленный анализ жалоб пациентов показывает, что даже во время свободных от головной боли периодов большинство из них испытывают множество субъективных симптомов, которые мешают им чувствовать себя здоровыми. Тревога и ожидание последующей мигренозной атаки заставляют многих пациентов с мигренью принимать противоболевые препараты до появления каких-либо признаков надвигающегося приступа, что в результате ведет к избыточному потреблению лекарственных средств.

К осложнениям мигрени относят мигренозный статус и мигренозный инсульт. Мигренозный статус – это серия тяжелых, следующих друг за другом приступов, сопровождающихся многократной рвотой, со светлыми промежутками, длящимися не более 4 ч., или 1 тяжелый и продолжительный приступ, продолжающийся более 72 ч., несмотря на проводимую терапию. Риск возникновения инсульта у пациентов, страдающих мигренью без ауры, не отличается от такового в популяции, однако при мигрени с аурой мозговой инсульт возникает в 10 раз чаще, чем в популяции. При мигренозном инсульте один или более симптомов ауры не исчезают полностью через 7 дней, а нейрорадиологические методы исследования выявляют картину ишемического инсульта.

В лечении мигрени можно выделить три задачи – предотвращение



Основные признаки мигрени, следующие:

- выраженная боль с одной стороны головы (висок, лоб, область глаза, затылок);
- чередование сторон локализации ГБ;
- типичные сопровождающие симптомы: тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь;
- усиление боли от обычной физической нагрузки;
- пульсирующий характер боли;
- существенное ограничение повседневной активности;
- мигренозная аура (в 20% случаев);
- низкая эффективность простых анальгетиков в отношении ГБ;
- наследственный характер (в 60% случаев).

приступов, их лечение и профилактика.

1. Предотвращение приступов мигрени. Научив пациента выявлять предвестники, идентифицировать триггеры мигрени и избегать ситуаций, провоцирующих мигрень, можно добиться предотвращения или значительного снижения количества приступов без применения лекарств.

2. Лечение приступов. Многих пациентов, страдающих мигренью, дезадаптирует страх, связанный с ожиданием приступа. В связи с этим очень важно проработать вместе с пациентом тактику лечения при различных сценариях развития мигрени.

3. Профилактическое лечение мигрени. В случае если приступы мигрени частые (более 2 раз в неделю) и/или если поведенческие и фармакологические мероприятия малоэффективны, необходимо поставить вопрос о профилактическом лечении. Показаниями для

профилактического лечения также являются некоторые особые формы мигрени: гемиплегическая мигрень или мигрень с аурой с устойчивым неврологическим дефицитом.

В последнее время также показано, что залогом успешного лечения мигрени являются профилактика и лечение сопутствующих или коморбидных нарушений, что позволяет предотвратить прогрессирование (хронизацию) мигрени и улучшить качество жизни пациентов.

Лекарственная терапия

На сегодняшний день разработано множество методов лечения мигрени, начиная от чая из веток багульника и заканчивая препаратами триптанового ряда. Какое лечение является наилучшим? Наилучшим будет лечение, которое подобрано в соответствии с индивидуальными потребностями конкретного пациента. Важно помнить, что мигрень очень часто не диагностируется и подчас очень тяжело поддается лечению. Иногда требуются месяцы, чтобы подобрать необходимую комбинацию лечебных назначений. Как только удастся подобрать необходимую комбинацию, то симптоматика резко уменьшается.

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. Следует учитывать, что очередная неудача при приеме нового лекарственного средства серьезно подрывает веру пациента в возможность успеха терапии, повышает тревожность, способствует развитию депрессии и дезадаптации, что ухудшает прогноз терапии.

Методов, гарантирующих излечения от мигрени, на сегодняшний день нет. Современные научные исследования помогают лучше понять причины и соответственно предлагают методы лечения этого заболевания. При большой интенсивности боли и значительной продолжительности атак (24–48 часов и более) показана специфическая терапия.

К специфическим средствам лечения приступов мигрени относят производные спорыньи и триптаны. Производные спорыньи (эрготамин и его дериваты) являются старым и хорошо изученным классом антимигренозных средств. В настоящее время их применение существенно ограничено из-за способности вызывать медикаментозно-индуцированные головные боли, многочисленные побочные эффекты, из-за плохой абсорбции и негативного влияния на средства профилактической терапии мигрени.

«Золотым» стандартом специфической терапии, т.е. наиболее действенными средствами, способными уже через 20–30 минут снять мигренозную боль, являются триптаны. Механизм действия триптанов, являющихся селективными агонистами серотониновых рецепторов 5-HT_{1b}/5HT_{1d}-рецепторов, включает нейрогенный и сосудистый компонент. Триптаны подавляют выход из периферических окончаний

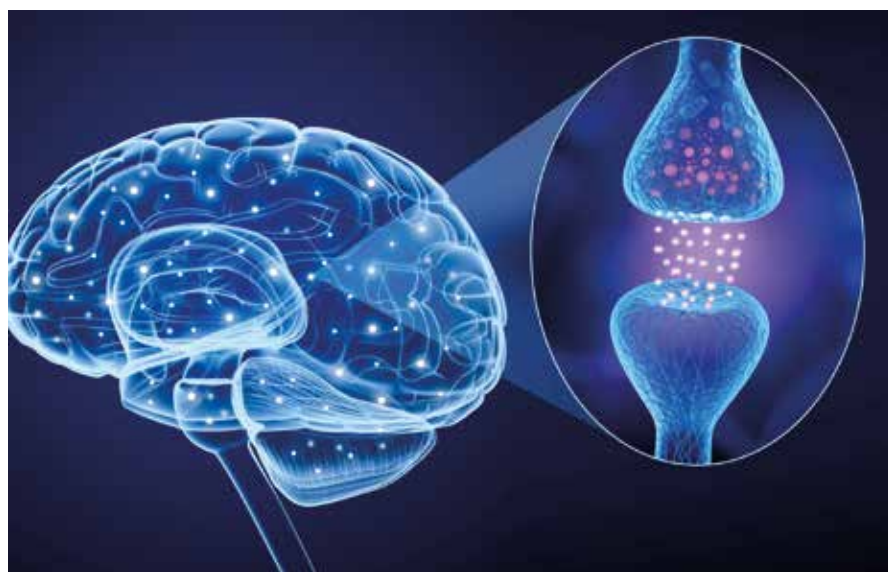
Кальцитонин-ген-связанный пептид (CGRP), выделяющийся в окончаниях тройничного нерва во время мигренозного приступа, попадает в кровоток и может воздействовать на сенсорный эпителий полукружных каналов на стороне боли и вызывать приступ системного головокружения. Подавляя выделение CGRP, триптаны способны прекращать мигренозную боль.

Эффективность терапии триптанами гораздо выше при их раннем назначении (в течение часа после начала приступа мигрени). Раннее назначение триптанов позволяет избежать дальнейшего развития приступа, сократить длительность ГБ до двух часов, предотвратить возврат ГБ и, что наиболее важно, быстро восстановить качество жизни пациентов. Эффективность и безопасность суматриптана изучались в 300 000 атаках (более 60 000 пациентов) в клинических испытаниях и в 200 миллионах атак в клинической практике за 15 лет его применения.

100 мг), который отличается высокими стандартами качества, а его стоимость существенно ниже, чем у оригинального суматриптана. Алгоритм назначения Сумамигрена предполагает прием 1 таблетки 50 мг в начале приступа. Если приступ купирован, то при следующем приступе следует принимать 1 таблетку 50 мг. Если же в течение 4 часов приступ не купирован или купирован не полностью, следует принять еще 1 таблетку 50 мг, а при последующих приступах необходимо принимать сразу 2 таблетки 50 мг или 1 таблетку 100 мг. Широко применяются упаковки Сумамигрена с 6 таблетками. Наличие именно 6 таблеток в упаковке основано на том, что примерно у половины пациентов с мигренью приступы возникают чаще, чем 2 раза в месяц, поэтому будет надежнее, если у таких пациентов всегда будет под рукой упаковка Сумамигрена №6.

Клиническая эффективность таблеток суматриптана 50 и 100 мг при приеме внутрь при мигрени исследована во множестве слепых плацебо-контролируемых исследований. Эффективность препарата в дозах 50 и 100 мг была сходной, а число нежелательных реакций меньше при приеме меньшей дозы препарата. В Клинике головной боли и вегетативных расстройств им. Александра Вейна было проведено постмаркетинговое исследование препарата Сумамигрэн (суматриптан), в котором участвовали 14 пациентов. Сумамигрэн использовался для купирования трех приступов, т.е. было проанализировано наличие эффекта препарата в 42 приступах. Действие Сумамигрена начинается быстро: уже через 30 минут после приема препарата достоверное уменьшение болевого синдрома отмечалось у 21,4% пациентов. Через 2 часа у 38% пациентов приступы купировались полностью, у 64% – головная боль уменьшилась наполовину и более. Таким образом, Сумамигрэн служит эффективным средством купирования мигренозных приступов.

Следует помнить о том, что триптаны показаны только для купирования мигренозной ГБ и неэффек-



тройничного нерва вазоактивных веществ, вызывающих вазодилатацию, и стимуляцию болевых рецепторов нервных окончаний тройничного нерва, а также вызывают сокращение расширенных во время приступа сосудов, что препятствует экссудации и раздражению болевых рецепторов альгогенными веществами, проникающими из плазмы крови в периваскулярное простран-

Удовлетворенность пациентов данным препаратом составляет 63% и значительно превышает удовлетворенность препаратами других классов, которые используются для купирования мигрени.

Среди триптанов на фармацевтическом рынке Казахстана особенно следует выделить препарат Сумамигрэн (Polpharma, Польша; таблетки, покрытые оболочкой, по 50 мг и



тивны при других разновидностях цефалгий (например, при ГБ напряжения). Поэтому при наличии у пациента нескольких форм ГБ чрезвычайно важным является его способность отличать приступ мигрени от других типов цефалгии. В целом триптаны хорошо переносятся пациентами, а противопоказания к их назначению (например, ишемическая болезнь сердца, злокачественная артериальная гипертензия и др.) почти не встречаются у больных мигренью. Тем не менее в связи с наличием определенных противопоказаний и побочных эффектов перед началом приема триптанов пациент должен внимательно ознакомиться с инструкцией по применению препарата.

Согласно рекомендациям Американского консорциума по головной боли, триптаны назначаются в ситуациях, когда головная боль достигает степени умеренной или интенсивной, а также в тех случаях, когда головная боль слабая, но неспецифические анальгетики оказываются неэффективными. Некоторыми исследователями также поддерживается точка зрения о преимуществах раннего назначения триптанов. Так, M. Halpern и соавт. было установлено, что при раннем назначении суматриптана

отмечается достоверно меньшая продолжительность головной боли, у большего числа пациентов цефалгия регрессирует в течение 4 ч. без ее возврата, происходит меньшее количество вызовов бригады скорой медицинской помощи по поводу некупирующейся головной боли. J. Scholpp и соавт. при раннем назначении суматриптана были выявлены меньшая продолжительность головной боли и отмечен больший процент пациентов с регрессом головной боли в течение 2 ч. По данным R. Kanieski, при раннем назначении триптанов отмечается меньший процент их побочных эффектов. Также была показана и фармакоэкономическая выгода раннего назначения суматриптана.

Проведенные исследования позволили сделать выводы, что Сумамигрен быстро и эффективно купирует как мигренозную головную боль, так и сопутствующие симптомы (тошноту, рвоту, фото и фонофобию). Он безопасен для больных, большинство из которых оценивают эффективность и безопасность

терапии как хорошую и отличную. Эффективность Сумамигрена выше при его назначении в раннем периоде развития мигренозного приступа, когда интенсивность головной боли слабая или умеренная (менее 7 баллов по ВАШ). При раннем назначении Сумамигрена отмечался достоверно больший регресс интенсивности головной боли через 1 и 2 ч. после приема, меньшая продолжительность сопутствующих симптомов, меньший процент случаев возврата головной боли, лучшее качество жизни в течение суток, когда возник приступ.

Таким образом, лечение мигрени – это сложная комплексная задача, требующая от специалистов медицины и фармации широкой эрудиции, внимательного отношения к пациенту и терпения. Для пациентов в возрасте старше 18 лет большую роль в купировании острых мигренозных приступов играют медикаментозные препараты (в частности, суматриптан). Стоит порекомендовать пациенту носить лекарство всегда с собой.

Список литературы

1. Goadsby P.J., Zagami A.S., Donnan G.A., Symington G., Anthony M., Bladin P.F., Lance J.W. Oral sumatriptan in acute migraine. *Lancet*. – 1991; 338: 782–83.
2. Martins I.P., Gouveia R.G. More on water and migraine. // *Cephalalgia*. – 2007. – Vol. 27. – P. 372–374.
3. Pfaffenrath V., Cunin G., Sjonell G., Prendergast S. Efficacy and safety of sumatriptan tablets (25 mg, 50 mg, 100 mg) in acute treatment of migraine: defining the optimum doses of oral sumatriptan. *Headache*. – 1998; 38: 184–90.
4. Sargent J., Kircher J.R., Davis R., Kirkhart B. Oral Sumatriptan is effective and well tolerated for acute treatment of migraine: results of multicenter study. *Neurology*. – 1995; 45: 10–4.
5. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень (патогенез, клиника и лечение). – СПб. – СПб. мед. изд-во. – 2001. – 200 с.
6. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень (патогенез, клиника и лечение). Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2001. – 199 с.
7. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев И.А. и др. Мигрень. – М., 1995. – 186 с.
8. Есин О.Р., Наприенко М.В., Есин Р.Г. Мигрень: основные принципы лечения и профилактики // *Клиницист*. – 2011. – №4. – С. 10–17.
9. Пак Л.А., Смирнов И.Е., Студеникин В.М., Горюнова А.В. и др. Патогенетические механизмы первичной головной боли. // *Вопр. совр. педиатрии*. – 2006. – Том 5. – №2. – С. 31–36.
10. Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В. Мигрень и ее лечение // *Русский медицинский журнал*. – 2009. – Т. 17. – №20. – С. 1305–1307.
11. Кандыба Д.В. Головные и лицевые боли в амбулаторной практике. Учебное пособие. – СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012. – 103 с.
12. Стайнер Т.Дж. и соавт. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей / Пер. с англ. Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой. – М., 2010. – 37 с.
13. Цыганков К.Н., Екушева Е.В., Филатова Е.Г. Опыт применения сумамигрена в Клинике головной боли им. акад. Александра Вейна. *Лечение нервных болезней*. – 2007; 3 (22): 35–8.