

АЛГОРИТМ неотложного лечения мигрени у взрослых



Терапия острого приступа мигрени варьирует от использования простых анальгетиков, таких как нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) или парацетамол, до триптанов, противорвотных средств или реже используемого дигидроэрготамина. Подобное лечение обычно более эффективно, если оно проводится на ранней стадии. При этом большая разовая доза имеет тенденцию работать лучше, чем повторяющиеся малые дозы. Многие пероральные препараты неэффективны из-за плохой абсорбции, вторичной по отношению к желудочному застою, вызванному мигренью.

Общие рекомендации по лечению острой мигрени включают следующее:

- * Информирование страдающих мигренью об их состоянии, о методах лечения и поощрение их к участию в самостоятельном купировании приступов по согласованной с врачом схеме.
- * Использование специфических средств против мигрени (например, триптанов или дигидроэрготамина) у пациентов с более тяжелой мигренью и у тех, у кого приступ не купируется НПВП или комбинированными анальгетиками.
- * Выбор парентерального пути введения для пациентов, у которых мигрень проявляется на ранней стадии значительной тошнотой или рвотой.
- * Регулярно напоминать пациенту об абузусном варианте головной боли, связанном со злоупотреблением анальгетиками. Лекарства должны применяться строго по показаниям в предписанных дозах.
- * В том случае, если не удастся справиться силами врача первичного звена, в обязательном порядке привлекать к ведению таких пациентов невролога.

Как можно более раннее использование специфических препаратов против мигрени при тяжелых приступах обеспечило наилучшие результаты в рандомизированных контролируемых исследованиях. Фармакологический подход к лечению острых приступов мигрени определяется главным образом тяжестью клинической картины, наличием сопутствующей тошноты и рвоты, условиями лечения (амбулаторное или стационарное) и специфическими для пациента нюансами, такими как наличие сосудистых факторов риска и медикаментозные предпочтения.



При приступах мигрени легкой и средней степени тяжести, не связанных с рвотой или сильной тошнотой, препаратами выбора являются простые анальгетики (НПВП, парацетамол) или комбинированные анальгетики, поскольку они эффективны, дешевы и с меньшей вероятностью вызовут побочные эффекты, чем специфические препараты.

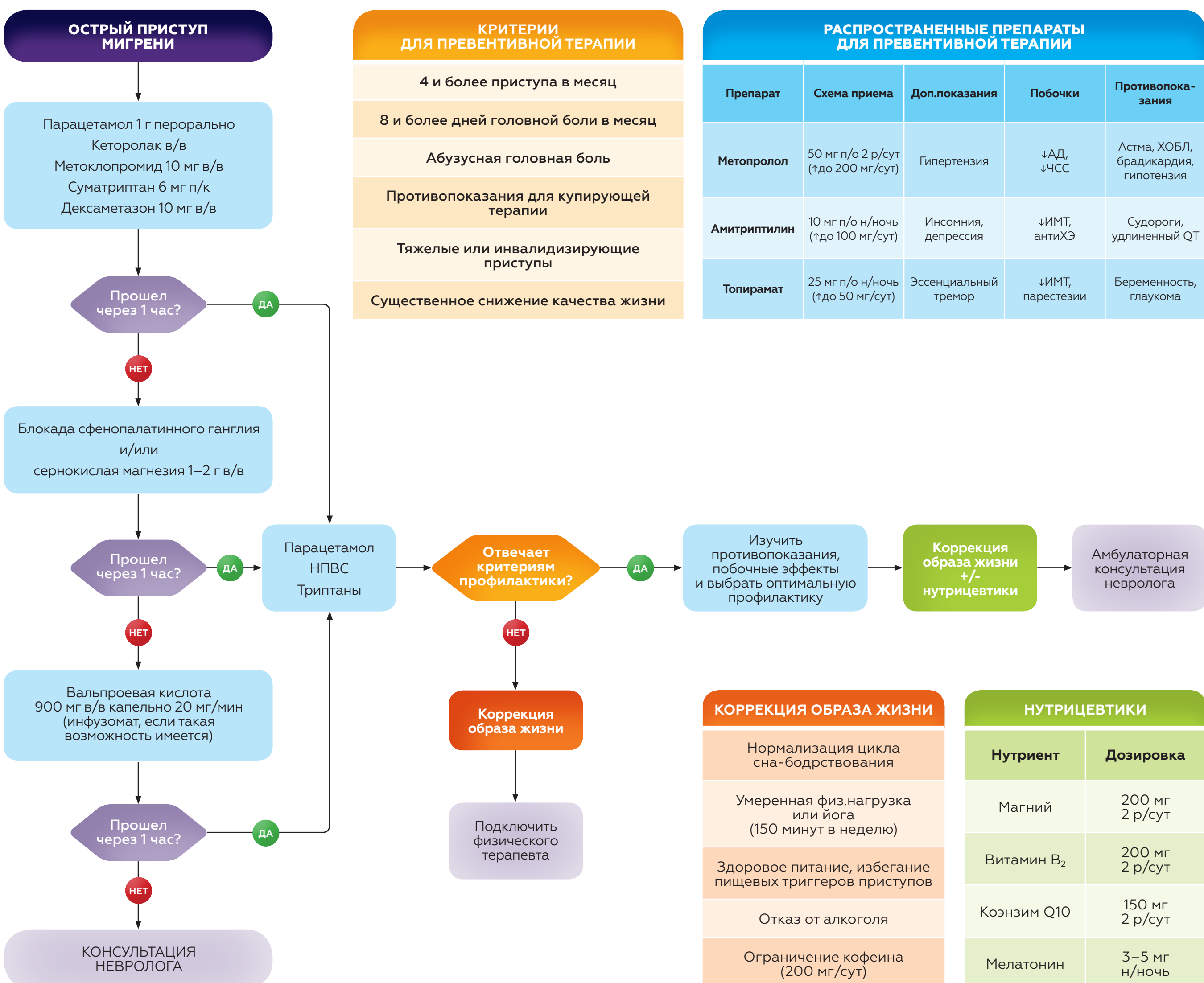


При приступах мигрени от умеренных до тяжелых, не связанных с рвотой или сильной тошнотой, пероральные препараты, специфичные для мигрени, являются препаратами выбора, включая пероральные триптаны и комбинацию суматриптан-напроксен.



Тяжелые приступы мигрени, осложненные рвотой или сильной тошнотой, можно лечить с помощью парентеральных препаратов, специфичных для мигрени, включая подкожный суматриптан, назальный суматриптан и золмитриптан, парентеральные противорвотные средства и дигидроэрготамин.

Алгоритм амбулаторного терапевтического подхода к пациенту с острым приступом мигрени в первичном звене



1. Becker W.J. Acute Migraine Treatment in Adults // Headache 2015; 55:778. 2. Derry S, Rabbie R, Moore R.A. Diclofenac with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults // Cochrane Database Syst Rev 2013; CD008783. 3. Friedman BW, Garber L, Yoon A, et al. Randomized trial of IV valproate vs metoclopramide vs ketorolac for acute migraine // Neurology 2014; 82:976. 4. Kelley NE, Tepper DE. Rescue therapy for acute migraine, part 1: triptans, dihydroergotamine, and magnesium // Headache 2012; 52:114. 5. Kelley NE, Tepper DE. Rescue therapy for acute migraine, part 2: neuroleptics, antihistamines, and others // Headache 2012; 52:292. 6. Kelley NE, Tepper DE. Rescue therapy for acute migraine, part 3: opioids, NSAIDs, steroids, and post-discharge medications // Headache 2012; 52:467. 7. Kirsh V, Derry S, Moore R.A. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults // Cochrane Database Syst Rev 2013; CD008041. 8. Law S, Dery S, Moore R.A. Naproxen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults // Cochrane Database Syst Rev 2013; CD009455. 9. Lipton R.B, Stewart W.F, Stone A.H, et al. Stratified care vs step care strategies for migraine: the Disability in Strategies of Care (DISC) Study: A randomized trial // JAMA 2000; 284:2559. 10. Loder E, Weisenbaum E, Frisberg B, et al. Choosing wisely in headache medicine: the American Headache Society's list of five things physicians and patients should question // Headache 2013; 53:1651. 11. MacGregor E.A. In the clinic: Migraine // Ann Intern Med 2013; 159:ITC5. 12. Mamura M.J, Silberstein S.D, Schwedt T.J. The acute treatment of migraine in adults: the american headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies // Headache 2015; 55:3. 13. McCarthy L.H, Cowan R.P. Comparison of parenteral treatments of acute primary headache in a large academic emergency department cohort // Cephalalgia 2015; 35:807. 14. Orr S.L, Aubé M, Becker W.J, et al. Canadian Headache Society systematic review and recommendations on the treatment of migraine pain in emergency settings // Cephalalgia 2015; 35:271. 15. Rabbie R, Dery S, Moore R.A. Ibuprofen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults // Cochrane Database Syst Rev 2013; CD008039. 16. Rizzi B. Acute and preventive treatment of migraine // Continuum (Pharmacol Ther) 2012; 18:764. 17. Silberstein S.D, Rosenberg J. Multispecialty consensus on diagnosis and treatment of headache // Neurology 2000; 54:1553. 18. Silberstein S.D. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology // Neurology 2000; 55:754. 19. Taylor F.R, Karnecki R.G. Symptomatic treatment of migraine: when to use NSAIDs, triptans, or opiates // Curr Treat Options Neurol 2011; 13:15.