

Диагностика и современное лечение мигрени: что может врач общей практики?



V. V. Osipova

В. В. Осипова

¹ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения Москвы»

²ООО «Университетская клиника головной боли», Москва

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются основные принципы диагностики и лечения мигрени на этапе первичного звена здравоохранения. Приводятся диагностические критерии мигрени, распространенные ошибки диагностики и настораживающие симптомы, являющиеся показанием для проведения инструментальных исследований. Описываются основные стратегии лечения мигрени: поведенческая терапия, купирование приступа и профилактическая терапия. Отдельное внимание уделяется лечению приступа мигрени в зависимости от его тяжести, в том числе особенностям применения простых анальгетиков и специфических препаратов, обладающих патогенетическим противомигренозным действием – триптанам. Перечислены принципы применения триптанов, обеспечивающие высокий эффект купирования мигренозного приступа. Подчеркиваются преимущества элетриптана как триптана последнего поколения, который обладает высокой эффективностью в купировании приступов мигрени и безопасностью, превосходящей другие препараты этого класса. Среди современных классов препаратов, обладающих доказательной базой в профилактике мигрени, обозначаются те, которые могут успешно применяться врачами общей практики.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: мигрень, диагностика, купирование приступа, триптаны, профилактическая терапия.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Автор является лектором и консультантом «Пфайзер» / «Виатрис».

Diagnostics and modern treatment of migraine: what can general practitioner do?

V. V. Osipova

¹Scientific and Practical Psychoneurological Centre n.a. Z.P. Solovyov, Moscow, Russia

²University Headache Clinic Co., Moscow, Russia

SUMMARY

The article focuses on the basic principles of diagnosis and treatment of migraine at the stage of primary health care. The diagnostic criteria of migraine, common diagnostic errors and alarming symptoms that are indications for instrumental investigations are given. The main treatment strategies of migraine are described: behavioral therapy, attack relief, and preventive therapy. Special attention is being paid to the treatment of a migraine attack, depending on its severity, including the features of the use of simple analgesics and triptans – specific drugs that have a pathogenetic antimigrainous effect. The principles of the use of triptans that provide a high effect of relieving a migraine attack are being listed. The advantages of eletriptan as a last-generation triptan, which is highly effective in relieving migraine attacks and is safer than other drugs in this class, are highlighted. Among the modern classes of drugs that have an evidence base in migraine prevention, those that can be successfully used by general practitioners are indicated.

KEY WORDS: migraine, diagnosis, attack relief, triptans, preventive therapy.

CONFLICT OF INTEREST. The author is a lecturer and consultant at Pfizer / Viatris.

Мигрень – самая частая после головной боли напряжения (ГБН) форма первичной головной боли (ГБ), которая не связана с поражением мозга, мозговых сосудов, других органов, расположенных в области головы и шеи и системными заболеваниями. В Международной классификации расстройств, сопровождающихся головной и лицевой болью (МКГБ-3, 2018), мигрень занимает первый раздел [1]. По данным российского популяционного исследования, распространенность мигрени в РФ за год составила 20,8%, что существенно превышает мировые показатели [2]. Затраты, связанные с мигренью, в Российской Федерации составляют около триллиона рублей в год и в основном определяются непрямыми затратами вследствие снижения производительности труда и временной нетрудоспособностью [3].

Наибольшее клиническое значение имеют три формы мигрени – без ауры, с аурой и хроническая (ХМ), при которой число дней с ГБ составляет 15 и более в месяц

на протяжении не менее 3 месяцев; кроме того, при ХМ из всех дней с ГБ не менее восьми имеют мигренозные черты и купируются триптанами [4, 5]. Основные факторы, приводящие к учащению (хронизации) мигрени, включают стресс, депрессию, избыточное употребление обезболивающих препаратов (лекарственный абзус) и кофеина [5, 6].

Мигрень проявляется повторяющимися интенсивными, чаще односторонними, приступами ГБ, возникающими с частотой от одного эпизода в год до 15 и более в месяц. Мигренозная боль, чаще пульсирующего, распирающего или давящего характера, обычно захватывает половину головы и локализуется в области лба, виска и вокруг глаза; иногда может начинаться в затылочной области; могут отмечаться и двусторонние ГБ. У некоторых пациентов за 5–30 минут до начала болевой фазы может возникать мигренозная аура – комплекс преходящих полностью обратимых неврологических, чаще зрительных симптомов – мигрень с аурой.

Таблица 1
Перечень настораживающих симптомов
(сигналов опасности) у пациентов с ГБ*

ГБ, впервые возникшая после 50 лет, или ГБ, изменившая свое течение
«Громоподобная» ГБ (ГБ, нарастающая до 10 баллов по ВАШ** за 1–2 с)
Строго односторонняя ГБ
Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий
Внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ
Атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и [или] продолжительностью более часа)
Изменения сознания (оглушенность, спутанность, амнезия) или психические нарушения (бред, галлюцинации и др)
Очаговые неврологические знаки, симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность мышц шеи, артралгии, миалгии)
Признаки внутричерепной гипертензии (усиление ГБ при кашле и физическом напряжении), утренние ГБ
Отек диска зрительного нерва
ВИЧ-инфекция, онкологическое, эндокринное и др. системное заболевание или травма головы в анамнезе
Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде
Неэффективность адекватного лечения

Примечание: * – головная боль; ** – визуальная аналоговая шкала боли.

Приступ, как правило, сопровождается тошнотой, повышенной чувствительностью к дневному свету (фотофобией), звукам (фонофобией) и запахам (осмофобией). Боль при мигрени ухудшается от обычной физической активности, например при ходьбе или подъеме по лестнице. Приступы могут вызываться эмоциональным стрессом, изменением погоды, менструацией, духотой, физической нагрузкой, недосыпанием или избыточным сном, голодом, приемом алкоголя и некоторыми пищевыми продуктами (шоколад, цитрусовые, бананы, жирные сыры).

Важно отметить, что у большинства пациентов типичная клиническая картина мигрени развивается не сразу, а спустя несколько лет от появления первых приступов ГБ, что часто затрудняет раннюю диагностику заболевания [7].

Диагностика мигрени

Диагностика мигрени является исключительно клинической и основана на данных анамнеза (раннее начало, аналогичные боли в семье, типичные провокаторы, облегчение во время беременности и др.), тщательном анализе характеристик ГБ и их соответствии диагностическим критериям МКГБ [1, 7, 8, 9].

У пациентов с мигренью, как и при других первичных цефалгиях (ГБН, кластерная ГБ), большинство методов исследования (ЭЭГ, УЗДГ и ДС сосудов головы и шеи, рентгенография черепа, МРТ, КТ головного мозга, исследование глазного дна) неинформативны. При типичном течении, то есть при выполнении всех диагностических критериев мигрени и при отсутствии настораживающих симптомов в неврологическом статусе и в анамнезе пациента, проведение инструментальных

и других исследований нецелесообразно, поскольку ни один из методов не выявляет специфических для мигрени изменений. Выявляемые отклонения, как правило, имеют неспецифический характер, то есть могут отмечаться и при других заболеваниях¹. Поэтому дополнительные исследования и консультации специалистов следует назначать только при подозрении на симптоматический характер ГБ [9–12]. Основными показаниями к направлению пациента на дополнительные исследования являются нетипичное течение мигрени (например, невыполнение двух и более диагностических критериев МКГБ) и наличие одного или более «сигналов опасности» (табл. 1) [9, 10].

Диагноз следует формулировать в соответствии с международной классификацией цефалгий; наряду с формой ГБ он также может включать и значимые коморбидные нарушения, например: «Мигрень без ауры / мигрень с типичной аурой. Шейный мышечно-тонический синдром», «Хроническая мигрень без ауры. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Лекарственно-индуцированная ГБ (комбинированные анальгетики)» [7, 10].

Установление вместо диагноза «мигрень» ложных «органических» диагнозов (дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз шейного отдела позвоночника, вегето-сосудистая дистония с цефалгическим синдромом, гипертензионно-гидроцефальный синдром, ГБ, связанная с артериальной гипертензией и др.) является ошибкой, приводит к выбору неправильной тактики лечения и прогрессированию (хронизации) мигрени [7, 8, 10].

Лечение мигрени

Лечение мигрени складывается из трех основных подходов: поведенческой терапии, купирования приступа и профилактического лечения [7, 9, 16, 7].

Поведенческая терапия

Врач первичного медицинского звена может коротко разъяснить пациенту доброкачественную природу мигрени, разубедить в наличии органической патологии мозга и мозговых сосудов, обсудить факторы, учащающие болевые эпизоды и дать рекомендации по модификации образа жизни (избегание стрессов и других триггеров мигрени, контроль приема обезболивающих препаратов, ограничение приема кофеина [крепкие кофе и чай], фитнес, водные процедуры, хобби, прогулки, релаксация и др.) [7, 17, 19]. Среди самых частых факторов хронизации мигрени можно назвать стресс, депрессию, избыточный прием обезболивающих препаратов (лекарственный абзус) и кофеина [4, 5, 7]. Комфортный образ жизни, физические нагрузки и преодоление или избегание факторов хронизации мигрени будут способствовать снижению числа дней с ГБ и улучшению качества жизни пациентов.

¹Примечание. В частности, при проведении стандартной МРТ у пациентов с мигренью (чаще при мигрени с аурой) могут выявляться единичные гиперинтенсивные очаги в белом веществе головного мозга, которые нередко ошибочно трактуются как проявления сосудистого поражения мозга (частый ложный диагноз – «дисциркуляторная энцефалопатия») или демиелинизирующего заболевания. Предполагают, что к формированию этих очагов могут приводить преходящие нарушения перфузии головного мозга, возникающие при повторных приступах М [13–15]. Показано, что данные очаги не имеют клинического значения.

Купирование приступов

Основные цели лечения приступа мигрени включают уменьшение длительности и интенсивности ГБ, тяжести сопутствующих симптомов и восстановление общего состояния пациента. Эти принципы закреплены как в международных, так и российских рекомендациях по лечению мигрени [8, 17, 18–22].

Несмотря на доступность и большое разнообразие обезболивающих препаратов, не все из них позволяют эффективно купировать приступ мигрени. Эффективным считается средство, купирующее две из трех мигренозных атак в течение двух часов после приема. Идеальный препарат для борьбы с приступом мигрени должен обладать следующими свойствами [7, 18, 19]:

- быстрое начало действия (улучшение через 30 минут после начала приступа) и простота применения;
- купирование не только ГБ, но и сопутствующих симптомов;
- низкий риск возврата ГБ (рецидива) в течение суток;
- быстрое восстановление общего состояния и пациента;
- хорошая переносимость (отсутствие нежелательных побочных действий).

В настоящее время в соответствии с международными и российскими рекомендациями купирования приступа мигрени используются как неспецифические обезболивающие препараты, так и специфические противомигренозные средства [8, 17, 18–20]. Для купирования приступов мигрени легкой и средней тяжести рекомендуются простые анальгетики (парацетамол и НПВС) и комбинированные анальгетики, содержащие кофеин (уровень убедительности рекомендаций – А, табл. 2). Препараты, в состав которых входит метамизол натрия (анальгин), не входят ни в международные, ни в российские рекомендации по купированию приступа мигрени в связи с высоким потенциалом вызывать ЛИГБ и риском агранулоцитоза.

Пациентам с выраженной тошнотой и (или) рвотой следует рекомендовать противорвотные средства – антиэметики (уровень убедительности рекомендаций – А, табл. 3). Антиэметики уменьшают гастростаз, обычно сопровождающий приступ мигрени, и улучшают всасывание обезболивающих средств [17, 19, 23].

Для купирования тяжелых приступов мигрени и при неэффективности вышеперечисленных простых анальгетиков и НПВП следует применять специфические препараты, к которым относятся *триптаны* – агонисты серотониновых рецепторов типа 5HT₁ и *эрготамин-содержащие средства* (альфа-адреноблокаторы). Препараты этих групп также имеют высокий уровень убедительности рекомендаций – А. Наибольшей эффективностью и безопасностью обладают *триптаны*, которые могут применяться и для купирования приступов М средней тяжести (табл. 4) [8, 17, 19–21]. Эрготаминовые препараты в последние годы применяются редко в связи с риском развития побочных эффектов.

Этот класс противомигренозных средств был специально разработан для купирования приступа мигрени. Обладая агонистическим действием в отношении постси-

Таблица 2
Простые анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты, рекомендованные для купирования приступа мигрени

Лекарственное средство	Доза, мг	Комментарий
Ацетилсалициловая кислота	1000 внутрь	Гастроэнтерологические побочные эффекты
Ибупрофен	200–800 внутрь	Такие же, как и для ацетилсалициловой кислоты
Напроксен	500–1000 внутрь	
Диклофенак	50–100 внутрь	Включая диклофенак калия
Парацетамол	1000 внутрь	Назначать с осторожностью, так как может вызывать почечную и печеночную недостаточность

Таблица 3
Противорвотные лекарственные средства, рекомендованные для лечения приступа мигрени

Лекарственное средство	Доза, мг	Комментарий
Метоклопрамид	10–20 мг внутрь 20 мг ректально 10 мг внутримышечно, внутривенно, подкожно	Побочные эффекты: дискинезия; обладает также анальгетическим действием
Домперидон	20–30 мг внутрь	Побочные эффекты менее выражены, чем у метоклопрамида

Таблица 4
Триптаны*, рекомендованные для купирования приступов мигрени

Лекарственное средство	Доза
Элетриптан	Таблетки 40 мг
Суматриптан	Таблетки 50 мг, 100 мг
Золмитриптан	Таблетки 2,5 мг

Примечание: * – триптаны, зарегистрированные в РФ.

наптических серотониновых 5-HT_{1B}-рецепторов гладкомышечных элементов сосудистой стенки, триптаны подавляют выделение болевых нейропептидов, что сопровождается уменьшением нейрогенного воспаления, нормализацией тонуса сосудов твердой мозговой оболочки и прекращением мигренозной боли [6, 7, 22]. Триптаны обладают и центральным механизмом действия – активируют центральные 5-HT_{1D}-рецепторы, расположенные в стволе головного мозга на чувствительных ядрах тройничного нерва. Эти препараты ингибируют выделение аллогенных нейропептидов из центральных окончаний тройничного нерва (в первую очередь главного медиатора мигрени – кальцитонин-ген-родственного пептида, CGRP), тем самым тормозя проведение боли на уровне чувствительных ядер ствола мозга. Предполагается, что именно центральный механизм действия обуславливает продолжительность действия триптанов-5-HT₁-агонистов, способствует уменьшению рецидивов приступов М и обеспечивает эффективность триптанов в отношении сопутствующих симптомов – тошноты, рвоты, фоно- и фотофобии [6, 17, 21].

Важно знать правила применения триптанов, которые неодинаковы при мигрени без ауры и мигрени с аурой [8, 17, 21, 24–29].

1. Для более эффективного купирования приступа пациенты с мигренью *без ауры* должны *принимать триптан как можно раньше* – в первые 30 минут от начала приступа мигрени [53].
2. При мигрени с аурой триптаны не должны назначаться во время ауры: препарат следует принимать в конце фазы ауры или в начале *болевого фазы* ГБ [54].
3. Сочетанное применение триптана и НПВС (например, суматриптана и напроксена) может быть более эффективным, чем монотерапия [1, 11].
4. Повторное использование триптана возможно через 2 часа после приема первой дозы; не следует применять более двух доз триптанов в сутки.
5. При неэффективности одного триптана следует пробовать другие препараты из этой группы.
6. Триптаны показаны только для купирования мигренозной ГБ и неэффективны при других формах ГБ, например при ГБН; поэтому при наличии у пациента как приступов мигрени, так и эпизодов ГБН важно, чтобы он различал эти виды ГБ.

Пациентов с частыми приступами мигрени (6–8 и более в месяц) необходимо информировать о том, что при приеме триптанов 10 и более дней в месяц на протяжении более 3 месяцев возникает риск развития лекарственно-индуцированной (абузусной) триптановой ГБ и что лекарственный абзус способствует учащению эпизодов ГБ, то есть хронизации мигрени [4–7].

Основные противопоказания для назначения триптанов редко встречаются у больных мигренью и связаны с их незначительным констрикторным действием на коронарные и периферические артерии: ишемическая болезнь сердца (ИБС) (в том числе инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз), инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе, окклюзионные заболевания периферических сосудов. Другие противопоказания включают возраст до 18 лет и старше 65 лет, неконтролируемую артериальную гипертензию, одновременный прием препаратов эрготамина, беременность и период лактации.

Один из наиболее эффективных триптанов последнего поколения – *элетриптан* (Релпакс), который был хорошо изучен в международных клинических исследованиях. Результаты нескольких рандомизированных плацебо-контролируемых и сравнительных исследований указывали на то, что препарат в целом отвечает требованиям к идеальному триптану, перечисленным выше и по ряду

клинических параметров (в первую очередь скорость наступления эффекта и низкий риск рецидива приступа) превосходит по эффективности и безопасности триптаны первого поколения [22–24].

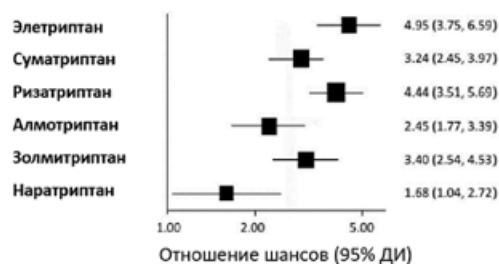
В международном обзоре (Diener *et al.*, 2004) были объединены результаты трех рандомизированных исследований сравнительной эффективности элетриптана и суматриптана; в метаанализ было включено 2906 пациентов с мигренью. Результаты метаанализа показали, что элетриптан (Релпакс) в дозе 40 мг имеет более высокую эффективность, чем суматриптан в дозе 100 мг не только в отношении купирования боли через 1, 2 и 24 часа и уменьшении выраженности основных сопутствующих симптомов мигрени (фоно-, фотофобия, тошнота), но и в отношении восстановления работоспособности) [25].

Клиническая эффективность и безопасность Релпакса в купировании приступов мигрени изучались и в российском многоцентровом открытом исследовании READY (RElpax for the treatment of Acute migraine attacks in Dynamics) у 100 пациентов с мигренью (возраст от 16 до 61 года, средний возраст – 38 лет; длительность мигрени от года до 46 лет, средняя длительность мигрени – 18 лет) (Е. Г. Филатова с соавт., 2006) [29]. Релпакс назначался в дозе 40 мг при первых признаках головной боли. Спустя 4 часа от момента приема препарата 93 % пациентов отметили полное купирование как головной боли, так и сопутствующих симптомов (тошноты, рвоты, фоно- и фотофобии). Подавляющее число пациентов оценили переносимость Релпакса как хорошую и удовлетворительную, лишь у 3 % отмечались некоторые свойственные всем триптанам побочные эффекты. Низкий процент привычных для триптанов побочных эффектов (в первую очередь неприятное для пациентов ощущение спазма в грудной клетке, обусловленное констрикторным действием триптанов на коронарные артерии). С 2016 года элетриптан входит в российские рекомендации по лечению приступа мигрени [17].

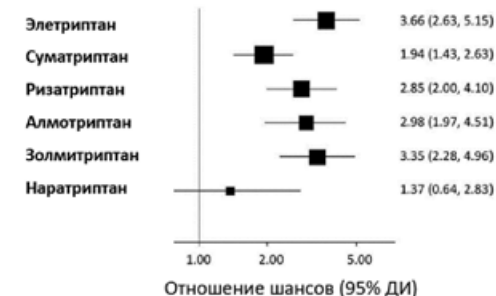
В сравнительных исследованиях было показано, что, по сравнению с сума- и золмитриптаном, элетриптан обладает минимальным констрикторным действием на коронарные и периферические артерии. Поэтому элетриптан имеет наибольшую кардиобезопасность среди всего класса триптанов и может быть препаратом выбора для лечения приступов мигрени у пожилых пациентов с возможным риском развития ИБС или поражения сосудов нижних конечностей [30–33].

Рисунок.
Сравнительная эффективность триптанов по критериям эффективности «скорость купирования головной боли через 2 часа» и «отсутствие боли через 24 часа» после приема одной дозы препарата.

А- купирование боли через 2 часа.



В- отсутствия головной боли через 24 часа



По данным метаанализа 74 рандомизированных исследований, элетриптан превосходил другие триптаны, включая суматриптан и золмитриптан, как в отношении купирования боли через 2 часа после приема препарата, так и по критерию «отсутствие головной боли через 24 часа» (см. рис.) [24].

Таким образом, эффективное и своевременное применение Релпакса и других триптанов позволяет не только купировать болевую фазу, сопутствующие симптомы приступа и быстро восстановить общее состояние пациента, но и предотвратить развитие сенситизации болевых структур, лежащих в основе хронизации мигрени.

Профилактическое лечение

В соответствии с международными и российскими рекомендациями по диагностике и лечению мигрени в качестве профилактических средств рекомендованы несколько классов препаратов, имеющих уровни доказательности А и В: бета-блокаторы, антиконвульсанты, антидепрессанты, кандесартан и ботулотоксин типа А [34–41].

В 2020 году в РФ были зарегистрированы и доступны для пациентов моноклональные антитела (мАТ) к основному болевому медиатору мигрени кальцитонин-родственному пептиду (CGRP) или его рецептору препараты фреманезумаб и эренумаб. За 5 лет применения в клинической практике в США и Европе мАТ продемонстрировали высокую эффективность в отношении снижения числа дней с головной болью вплоть до временной ремиссии и отличную переносимость (табл. 5) [42, 43].

В амбулаторной практике возможна и реальна помощь пациентам, имеющим нечастые приступы мигрени (не более 10 дней с ГБ в месяц) без выраженных коморбидных нарушений и тяжелого лекарственного злоупотребления. Препаратами выбора для этой категории пациентов являются бета-блокаторы, антидепрессанты (амитриптилин и венлафаксин) и кандесартан [38–40, 44]. Возможно применение и препаратов третьей линии (уровень убедительности рекомендаций С) – вазобрала, стугерона или циннаризина, идебенона, препаратов магния [6, 7, 17].

Пациентов с тяжелым течением мигрени и коморбидными нарушениями (депрессией, тревожными расстройствами, лекарственным злоупотреблением, диссомнией, другими болевыми синдромами) следует перенаправить к цефалгологу – специалисту по диагностике и лечению головной боли.

Таким образом, мигрень, которая является нередкой причиной обращения к врачам общей практики, должна своевременно и правильно диагностироваться в соответствии с диагностическими критериями МКГБ на основании клинических данных; дополнительные исследования не имеют в диагностике мигрени приоритетного значения.

Лечение мигрени, включающее поведенческую терапию, купирование приступов и профилактическую терапию, может осуществляться как неврологами, так и врачами общей практики. На этапе первичного звена здравоохранения могут и должны быть рекомендованы наиболее эффективные средства для купирования приступов мигрени – простые анальгетики и триптаны, обладающие патогенетическим действием. Наиболее эффективным препаратом, отве-

Таблица 5
Лекарственные средства, рекомендованные для профилактики мигрени

Лекарственные средства	Суточная доза, мг	Уровень доказательности
Лекарственные средства первого выбора		
Бета-блокаторы Метопролол	50–200, перорально, ежедневно в течение 6–12 месяцев	A
Пропранолол	80–240, перорально, ежедневно в течение 6–12 месяцев	A
Антиконвульсанты Топирамат	500–2000, перорально, ежедневно в течение 6 месяцев	A
Вальпроевая кислота	50–200, перорально, ежедневно в течение 6–12 месяцев	B
Ботулинический токсин типа А-гемагглютинин комплекс Только для лечения хронической мигрени	155–195 ЕД, по протоколу PREEMPT ¹ каждые 12 недель	A
Моноклональные антитела (мАТ) к КГСП или его рецепторам* Фреманезумаб (Адживи)	Подкожно 225 мг раз в месяц или 675 мг раз в 3 месяца	A
Эренумаб (Иринэкс) *при 4 и более днях с мигренью в месяц	Подкожно 70 или 140 мг раз в месяц	A
Лекарственные средства второго выбора		
Бета-блокаторы Атенолол	50–200, перорально, ежедневно в течение 6–12 месяцев	B
Антидепрессанты Амитриптилин	50–150, перорально, ежедневно в течение 6–12 месяцев	B
Венлафаксин	75–225, перорально, ежедневно в течение 6–12 месяцев	B
Антагонисты рецепторов ангиотензина II Кандесартан	16–32, перорально, ежедневно в течение 6–12 месяцев	B

Примечание: ¹PREEMPT – англ. Phase III REsearch Evaluating Migraine Prophylaxis Therapy – клиническая программа исследования по оценке профилактической терапии мигрени III фазы.

чающим требованиям к идеальному триптану, является элетриптан (Релпакс), который в силу механизма своего действия обладает наибольшей кардиобезопасностью, в том числе у пожилых пациентов с мигренью.

Среди профилактических средств, имеющих надежную доказательную базу (уровни А и В), в амбулаторной практике могут быть успешно использованы бета-блокаторы, антидепрессанты, кандесартан, циннаризин и препараты магния.

Сложные пациенты, в том числе имеющие хроническую форму мигрени, коморбидные нарушения (депрессия, тревога) и злоупотребляющие обезболивающими препаратами, должны перенаправляться в специализированные центры (кабинеты) головной боли.

Список литературы / References

1. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). *Cephalalgia*. 2018; 38 (1): 1–211.
2. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A., Chernysh M., Osipova V., Tabeeva G., Yakhno N., Steiner T. J. The prevalence of primary headache disorders in Russia: A countrywide survey. *Cephalalgia*. 2012; 32 (5): 373–381. DOI: 10.1177/0333102412438977
3. Глембоцкая Г.Т., Козуб О.В. Фармако-экономическая оценка «бремени» мигрени в РФ. *Клиническая фармакология и терапия*. 2013; 22 (2): 83–86. Glembotskaya G.T., Kozub O.V. Pharmacoeconomic evaluation of the 'burden' of migraine in the Russian Federation. *Clinical pharmacology and therapy*. 2013; 22 (2): 83–86. (In Russ.)
4. Katsarava Z., Buse D.C., Manack A.N., Lipton R.B. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. *Current Pain and Headache Reports*. 2012; 16 (1): 86–92. DOI: 10.1007/s11916-011-0233-z
5. Артеменко А.Р., Куренков А.А., Беломестова К.В. Принципы опроса в постановке диагноза хронической мигрени. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014; 9: 81–87.
6. Artemenko A.R., Kurenkov A.A., Belomestova K.V. Principles of interviewing in the diagnosis of chronic migraine. *Journal of Neurology and Psychiatry n.a. S.S. Korsakov*. 2014; 9: 81–87. (In Russ.)
7. Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. Мигрень. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 622 с. Tabeeva G.R., Yakhno N.N. *Migraine*. M.: GEOTAR-Media, 2011; 622 p.
8. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия: Практическое руководство. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014; 336 с. Osipova V.V., Tabeeva G.R. *Primary headaches: diagnostics, clinic, therapy: A Practical Guide*. M.: Publisher Medical News Agency, 2014. 336 p. (In Russ.)
9. Осипова В.В. Мигрень и головная боль напряжения. В: *Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия*. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 424 с. (72–81 и 133–157с).
10. Osipova V.V. Migraine and tension-type headache. In: *Clinical guidelines. Neurology and Neurosurgery* / eds. E.I. Gusev, A.N. Kononov. 2nd ed., Revised. and ext. M.: GEOTAR Media, 2015. 424p. (In Russ.)
11. Steiner T.J., MacGregor E.A., Davies P.T.G. Guidelines for all healthcare professionals in the diagnosis and management of migraine, tension-type, cluster and medication overuse headache. *British Association for the Study of Headache*, 3rd edn. 2007: 1–523.
12. Осипова В.В., Азимов Ю.Э., Табеева Г.Р., Тарасова С.А., Амелин А.В., Куцмелов И.Б., Молдовану И.В., Одобеску С.С., Наумова Г.И. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Аннлы клинической и экспериментальной неврологии*. 2012; 6 (2): 16–21. Osipova V.V., Azimov Y.E., Tabeeva G.R., Tarasova S.V., Amelin A.V., Kutsemelov I.B., Moldovanu I.V., Odolescu S.S., Naumova G.I. Diagnosing headaches in Russia and countries of the former Soviet Union: state of the problem and its solutions. *Annals of clinical and experimental neurology*. 2012; 6 (2): 16–21. (In Russ.)
13. Mitskostas D., Ashina M., Craven A. et al. EHF committee. European headache federation consensus on technical investigation for primary headache disorders. *J. Headache Pain*. 2015; 17: 5.
14. American Academy of Neurology. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurological examinations. *Neurology*. 1994; 44: 1353–1354.
15. Sarchielli P., Pedini M., Coppola F. et al. 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 (6): 754–762.
16. Kruit M.C., van Buchem M.A., Laurer L.J., Terwindt G.M., Ferrari M.D. Migraine is associated with an increased risk of deep white matter lesions, subclinical posterior circulation infarcts and brain iron accumulation: The population-based MRI CAMERA study. *Cephalalgia*. 2010; 30: 129–136. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2009.01904.x
17. Корешкина М.И., Халиков А.Д., Назинкина Ю.В., Осипова В.В., Амелин А.В., Космачева Е.А. Исследование мозгового кровотока с помощью высокочастотной МРТ-перфузии во время приступа мигрени с ауры. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2012; 4 (4): 12–17. Koreshkina M.I., Chalkov A.D., Nazinkina Y.V., Osipova V.V., Amelin A.V., Kosmacheva E.A. The study of cerebral blood flow using the high field MRI perfusion during an attack of migraine with aura. *Epilepsy and paroxysmal states*. 2012; 4 (4): 12–17. (In Russ.)
18. Bendtsen L., Birk S., Kasch H., Aegisdottir K., Sørensen P.S., Thomsen L.L., Poulsen L., Rasmussen M.-J., Kruse C., Jensen R. Reference programme: Diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. *Danish Headache Society, 2nd Edition*. 2012. The Journal of Headache and Pain. 2012; 13 (S1): 1–29. DOI: 10.1007/s10194-011-0402-9
19. Осипова В.В., Филатова Е.Г., Артеменко А.Р. с соавт. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова* 2017; 2: 28–42. Osipova V.V., Filatova E.G., Artemenko A.R. et al. *Diagnostics and treatment of migraine: recommendations of Russian experts*. *Journal of Neurology and Psychiatry n.a. Korsakov* 2017; 2: 28–42.
20. Kindelan-Calvo P., Gil-Martínez A., Paris-Alemany A. et al. Effectiveness of therapeutic patient education for adults with migraine. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Med*. 2014; 15 (9): 1619–1636.
21. Mett A., Tfelt-Hansen P. Acute migraine therapy: recent evidence from randomized comparative trials. *Curr. Opin. Neurol.* 2008; 21 (3): 331–337.
22. Orr S.L., Aube '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.
23. Cameron C., Kelly S., Hsieh S.C. et al. Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Headache*. 2015; 55 (Suppl 4): 221–235.
24. Ferrari M.D., Goadsby P.J., Roon K.I., Lipton R.B. Triptans (serotonin, 5-HT1B/1D agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. *Cephalalgia*. 2002; 22: 633–658.
25. Colman I., Brown M.D., Innes G.D. et al. Parenteral metoclopramide for acute migraine: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2004; 329 (7479): 1369–1373.
26. Thorlund K., Mills E.J., Wu P., Ramos E., Chatterjee A., Druyts E., Goadsby P.J. Comparative efficacy of triptans for the abortive treatment of migraine: a multiple treatment comparison meta-analysis. *Cephalalgia*. 2014 Apr; 34 (4): 258–67. DOI: 10.1177/0333102413508661. Epub 2013 Oct 9. PMID: 24108308.
27. Diener H.C. The 40-mg dose of eletriptan: comparative efficacy and tolerability versus sumatriptan 100 mg. *European Journal of Neurology* 2004; 11: 125–13.
28. Филатова Е.Г. Терапия приступов мигрени. *Русский медицинский журнал*. 2013; 21 (16): 862–865.
29. Filatova E.G. Treatment of migraine attacks. *Russian Medical Journal*. 2013; 21 (16): 862–865. (In Russ.)
30. Амелин А.В. НПВП и триптаны при мигрени: раздельно или вместе? *РМЖ. Неврология*; Т. 19, № 2, 2011; 3–7 с. Amelin A.V. NSAIDs and triptans for migraine: separately or together? *Breast cancer. Neurology*; Т. 19, No. 2, 2011; 3–7 p.
31. Scholp J., Shellenberg R., Moeckesch B., et al. Early treatment of a migraine attack while pain is still mild increases the efficacy of sumatriptan. *Cephalalgia*. 2004. V. 24. P. 918–924.
32. Филатова Е.Г., Амелин А.В., Табеева Г.Р. с соавт. Ready – первое российское мультицентровое исследование эффективности препарата релпакс (элетриптан) при лечении мигрени. *Лечение нервных болезней*. 2006; 2: 19–22. Filatova E.G., Amelin A.V., Tabeeva G.R. Ready – the first Russian multicenter study of the efficacy of the drug relpaks (eletriptan) for the treatment of migraine. *Treatment of Nervous Diseases*. 2006; 2: 19–22. (In Russ.)
33. Olesen J., Diener H.C., Schoenen J., Hettiarachchi J. No effect of eletriptan administration during the aura phase of migraine. 2004; 11: 671–677.
34. Sheffell F., Ryan R., Pitman V.; Eletriptan Steering Committee. Efficacy, safety, and tolerability of oral eletriptan for treatment of acute migraine: a multicenter, double-blind, placebo-controlled study conducted in the United States. *Headache*. 2003; 43: 202–213.
35. Mathew NT, Schoenen J, Winner P, Muirhead N, Sikes CR. Comparative efficacy of eletriptan 40 mg versus sumatriptan 100 mg. *Headache*. 2003; 43: 214–222.
36. Steiner TJ, Diener H-C, MacGregor EA, et al. Comparative efficacy of eletriptan and zolmitriptan in the acute treatment of migraine. *Cephalalgia*. 2003; 23: 942–952.
37. Canadian Headache Society Guideline for Migraine Prophylaxis. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2012; 39 (S2): i-63. DOI: 10.1017/s0317167100015109.
38. Jackson J.L., Cogbill E., Santana-Davila R. et al. Comparative effectiveness meta-analysis of drugs for the prophylaxis of migraine headache. *PLoS One*. 2015; 10 (7): e0130733.
39. He A., Song D., Zhang L., Li C. Unveiling the relative efficacy, safety and tolerability of prophylactic medications for migraine: pairwise and network-meta analysis. *J. Headache Pain*. 2017; 18 (1): 26.
40. Kangasniemi P., Hedman C. Metoprolol and propranolol in the prophylactic treatment of classical and common migraine. A double-blind study. *Cephalalgia*. 1984; 4: 91–96.
41. Chronicle E.P., Mulleners W.M. Anticonvulsant drugs for migraine prophylaxis. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2016; 5: CD003226.
42. Jackson J.L., Shimeall W., Sessums L., et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010; 341: c5222.
43. Negro A., Curto M., Lionetto L., Martelletti P. A two years open-label prospective study of OnabotulinumtoxinA 195 U in medication overuse headache: a real-world experience. *J Headache Pain*. 2015; 17: 1.
44. Cady R.K., Schreiber C.P., Porter J.A. et al. A multi-center double-blind pilot comparison of onabotulinumtoxinA and topiramate for the prophylactic treatment of chronic migraine. *Headache*. 2011; 51 (1): 21–32.
45. Dodick D.W., Ashina M., Brandes J.L. et al. ARISE: a phase 3 randomized trial of erenumab for episodic migraine. *Cephalalgia*. 2018; 38: 1026–1037.
46. Dodick DW et al. Effect of Frenamizumab Compared With Placebo for Prevention of Episodic Migraine A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018; 319 (19): 1999–2008.
47. Dekker F., Neven A.K., Andriess B. et al. Prophylactic treatment of migraine by GPs: a qualitative study. *Br. J. Gen. Pract*. 2012; 62 (597): 268–274.

Статья поступила / Received 22.04.21

Получена после рецензирования / Revised 29.04.21

Принята к публикации / Accepted 30.04.21

Сведения об авторе

Осипова Вера Валентиновна, д.м.н., ведущий научный сотрудник.
ORCID: 0000-0002-1570-5009

¹ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр имени
З.П. Соловьева Департамента здравоохранения Москвы»
²ООО «Университетская клиника головной боли», Москва

Для переписки: e-mail: osipova_v@mail.ru

Для цитирования: Осипова В.В. Диагностика и современное лечение мигрени: что может врач общей практики? *Медицинский алфавит*. 2021; (14): 13–18. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-14-13-18>.

About author

Osipova Vera V., PhD Med, leading researcher.
ORCID: 0000-0002-1570-5009

¹Scientific and Practical Psychoneurological Centre n.a. Z.P. Solovyov, Moscow, Russia
²University Headache Clinic Co., Moscow, Russia

For correspondence: e-mail: osipova_v@mail.ru

For citation: Osipova V.V. Diagnostics and modern treatment of migraine: what can a general practitioner do? *Medical alphabet*. 2021; (14): 13–18. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-14-13-18>

