

ТРИПТАНЫ В ЛЕЧЕНИИ МИГРЕНИ

Мигрень – одно из самых распространенных неврологических заболеваний, которое проявляется тяжелыми приступами головной боли и составляет одну из частых причин нетрудоспособности у лиц молодого и среднего возраста. Практически все пациенты (98%) нуждаются в купировании приступов мигрени. Наиболее часто используются безрецептурные анальгетики, при этом только 9–10% пациентов удовлетворены эффектом терапии. Значительно более высокую эффективность имеют триптановые препараты – противомигренозные средства, которые, к сожалению, редко используются в нашей стране. В статье обсуждаются основные принципы применения триптанов. Отмечается, что элетриптан – один из самых эффективных и хорошо переносимых триптанов в терапии приступов мигрени. Представлены данные клинической эффективности и безопасности элетриптана.

Ключевые слова:

мигрень
лечение
триптанов
элетриптан

Мигрень – распространенное (20,3% больных в России [1]) хроническое заболевание нервной системы, которое рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как одна из двадцати основных причин дезадаптации человека в обществе [2]. Во время приступа мигрени у 3/4 пациентов наблюдаются нарушение трудоспособности и снижение повседневной активности, примерно 1/3 пациентов вынуждены находиться в постели [2]. Экономические затраты, связанные с диагностикой и лечением мигрени, огромны и сопоставимы с таковыми при сердечно-сосудистых заболеваниях [3].

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МИГРЕНИ

В лечении мигрени применяют два основных подхода: предупреждение приступов мигрени (профилактическая терапия) и их купирование [4]. Профилактическая терапия мигрени включает фармакотерапию (антидепрессанты, антиконвульсанты, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ботулотоксин типа А) и нелекарственные методы лечения (когнитивно-поведенческая терапия, биологическая обратная связь, методы релаксации) [5]. Большое значение в предупреждении приступов мигрени имеет изменение образа жизни, направленное на исключение или ослабление факторов, которые провоцируют мигрень [6].

Для лечения приступа мигрени используют препараты с неспецифическим механизмом действия (нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), простые и комбинированные анальгетики) и препараты со специфическим, противомигренозным механизмом действия (триптановые препараты, эрготамин, дигидроэрготамин) [4].

ТЕРАПИЯ ПРИСТУПА МИГРЕНИ: ВЗГЛЯД ПАЦИЕНТОВ

По результатам опроса 70% пациентов с мигренью не удовлетворены применяемым препаратом для терапии приступа мигрени из-за длительного периода ожидания начала действия (87% пациентов), неполного обезболивающего эффекта (84%), непостоянства эффекта (84%), рецидива головной боли (71%) и побочных эффектов (35%) [7]. Среди причин неэффективности терапии приступа мигрени – применение обезболивающих препаратов, обладающих низкой клинической эффективностью; прием недостаточных, неадекватных доз препаратов [8, 9].

Во время приступа мигрени у 3/4 пациентов наблюдаются нарушение трудоспособности и снижение повседневной активности, примерно 1/3 пациентов вынуждены находиться в постели. Экономические затраты, связанные с диагностикой и лечением мигрени, огромны и сопоставимы с таковыми при сердечно-сосудистых заболеваниях

Доказано превосходство триптанов над обезболивающими препаратами других фармакологических групп [9]. Так, эффектом от приема простых и комбинированных анальгетиков удовлетворены 9–10% пациентов, НПВС – 25–27%, эрготаминов – 31–39%, триптанов – 62–66% пациентов [10]. Однако, как показывают результаты статистических исследований и практические наблюдения, пациенты по-прежнему отдают предпочтение безрецептурным анальгетикам, чья эффективность значительно уступает эффективности триптанов в терапии приступа мигрени [9]. По данным международного исследования MAZE, включавшего 5 553 пациента с мигренью из Франции, Германии, Италии, Великобритании и США, от 22 до 54% пациентов используют безрецептурные анальгетики и только 3–13% пациентов – триптановые [10]. По результатам российского популяционного исследования, проводимого в Ростове-на-Дону, лишь 2,5% пациентов

применяют триптаны для лечения мигрени [11]. Среди российских пациентов, обращающихся в специализированные клиники лечения болевых синдромов, опыт применения триптанов наблюдался у 18% пациентов [12]. В России большинство пациентов отдает предпочтение безрецептурным анальгетикам [11, 12], а часть пациентов (15%) используют препараты, вообще не предназначенные для терапии приступа мигрени, – спазмолитики, бета-блокаторы, антидепрессанты, анксиолитики [12].

Под нашим наблюдением находится 40 пациентов с мигренью. Для терапии приступов большинство из них (37 пациентов, 92,5%) до последнего времени использовали только комбинированные анальгетики или НПВС, потому что не знали о существовании триптанов, специальных противомигренозных средств. При этом только небольшая часть пациентов (6 человек, 15%) отмечали уменьшение головной боли на фоне приема комбинированных анальгетиков или НПВС. В дальнейшем они стали эффективно купировать приступы мигрени, используя триптаны. Полученные данные отражают низкую информированность пациентов, страдающих мигренью, о возможности применения триптанов в период приступа мигрени.

Становится очевидной необходимость более широкого распространения в России образовательных программ и школ для пациентов с мигренью, а также образовательных программ по лечению и диагностике мигрени для врачей.

Профилактическая терапия мигрени включает фармакотерапию (антидепрессанты, антиконвульсанты, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ботулотоксин типа А) и нелекарственные методы лечения (когнитивно-поведенческая терапия, биологическая обратная связь, методы релаксации)

По мнению пациентов, главные качества, которыми должен обладать препарат для купирования приступа мигрени, – клинически значимый обезболивающий эффект, быстрое его наступление и стойкость (отсутствие рецидива мигрени в течение 24 ч от момента приема препарата) [7, 11]. С точки зрения самих пациентов, триптаны, в частности элетриптан, в высокой степени удовлетворяют данным критериям [11].

ТРИПТАНЫ В ТЕРАПИИ ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ

Триптаны – специфические противомигренозные препараты, обладающие селективным агонистическим действием на серотониновые 5-HT_{1b}-, 1d-, 1f-рецепторы. В стенке сосудов мозговых оболочек находятся 5-HT_{1b}-рецепторы. Воздействие триптанов на данные рецепторы вызывает сужение расширенных во время приступа мигрени сосудов и уменьшает периваскулярное нейрогенное воспаление. На пресинаптических окончаниях волокон тройничного нерва расположены 5-HT_{1d}- и 1f-рецепторы, активация которых препятствует выделению вазоактивных белков, расширяющих сосуды [8, 12].

Триптаны применяются для купирования приступов мигрени и не должны использоваться для терапии других видов головной боли, за исключением кластерной головной боли [13]. На сегодняшний день существует 7 видов триптанов: суматриптан, золмитриптан, наратриптан, ризатриптан, алмотриптан, элетриптан и фроватриптан [13]. Эффективность триптанов была доказана в крупных плацебо-контролируемых исследованиях и имеет самый высокий уровень доказательности для терапии приступа мигрени [13–15]. У 60% пациентов с мигренью, ранее не отвечавших на терапию НПВС, триптаны оказались эффективны [16]. По данным метаанализа 53 рандомизированных исследований, где изучалась эффективность пероральных форм триптанов, самой высокой клинической эффективностью обладают 80 мг элетриптана, 10 мг ризатриптана и 12,5 мг алмотриптана [14]. В нашей стране зарегистрировано 5 триптанов: суматриптан, золмитриптан, наратриптан, элетриптан и фроватриптан.

ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИПТАНОВ

1) Показания к назначению. Триптаны предназначены для купирования приступов мигрени с аурой и без ауры, а также могут применяться для купирования кластерной головной боли [13]. Триптаны рекомендуются для терапии приступов мигрени с умеренной или сильной выраженностью головной боли или при любой выраженности головной боли в случае неэффективности других безрецептурных обезболивающих препаратов [5].

2) Время приема. Триптаны можно применять в любой момент приступа мигрени [13]. Однако эффективность терапии триптанами значительно выше при их раннем применении – в течение 30 мин от момента развития головной боли [8]. Клиническая эффективность триптанов достоверно выше при их приеме на стадии слабой головной боли, чем на стадии умеренной и сильной головной боли [2]. Обезболивающий эффект (процент пациентов с полным регрессом головной боли через 2 ч после приема препарата) и его стойкость (процент пациентов с полным регрессом головной боли и отсутствием ее рецидива в течение 24 ч) имеют высокие уровни – 85 и 66% пациентов соответственно при приеме триптанов на стадии слабой головной боли [17]. Вероятности рецидива головной боли и необходимости повторного приема обезболивающих препаратов снижаются более чем на 50% при использовании триптанов на стадии слабой головной боли в сравнении с применением их на стадиях умеренной и сильной головной боли [2]. Результаты ряда рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований показывают, что сам факт приема триптана при низкой интенсивности боли имеет большее значение в эффективности терапии, чем время между появлением головной боли и моментом приема препарата [2]. Данная стратегия – прием триптана на стадии слабой головной боли – позволяет снизить частоту приема повторных доз триптана и дополнительных обезболивающих препаратов, а также количество посещений врача и вызовов скорой помощи, что, несомненно, имеет боль-

шое экономическое значение [2]. С точки зрения безопасности триптаны не следует применять в течение ауры [13]. Это связано с тем, что в фазу мигренозной ауры происходит сужение мозговых сосудов, которое может усиливаться за счет вазоконстрикторного действия триптанов [8]. Однако результаты проведенных исследований продемонстрировали тот факт, что прием триптанов в фазу ауры до развития головной боли безопасен, но не эффективен в терапии мигрени [13, 18, 19].

В России большинство пациентов отдает предпочтение безрецептурным анальгетикам, а часть пациентов (15%) используют препараты, вообще не предназначенные для терапии приступа мигрени, – спазмолитики, бета-блокаторы, антидепрессанты, анксиолитики

3) Использование эффективной терапевтической дозы триптанов. Частая причина отказа пациентов от определенных обезболивающих препаратов, в частности триптанов – это применение неадекватной, недостаточной дозы препарата [2]. Каждый триптан имеет определенные, доказательно эффективные дозы. Так, для пероральных форм препаратов адекватными терапевтическими дозами считаются следующие: 25–100 мг для суматриптана, 2,5–5 мг для золмитриптана, 2,5 мг для наратриптана, 10 мг для ризатриптана, 12,5 для алмотриптана, 20–80 мг для элетриптана и 2,5 мг для фроватриптана [13].

4) Использование оптимального способа приема триптанов. Выраженные тошнота и рвота могут препятствовать пероральному приему препаратов и снижать их всасываемость в кишечнике. В данном случае целесообразно использование особых форм триптанов (растворов для подкожных введений, назальных спреев и ректальных суппозиториях) и противорвотных средств (метоклопрамид, домперидон) [13]. В нашей стране зарегистрирован суматриптан в форме назального спрея и ректальных суппозиториях.

5) Возможность повторного приема триптанов или дополнительных обезболивающих средств. Одна из распространенных проблем в терапии приступа мигрени – его рецидив в течение 24 ч после эффективного купирования [13]. По данным различных исследований, от 15 до 40% пациентов, принимающих триптаны в таблетированной форме, отмечают рецидив мигрени в течение 24 ч после приема препарата [13]. Прием второй дозы триптана оказывается эффективным в большинстве случаев [20]. Вторую дозу триптана рекомендуется применять не ранее чем через 2 ч от приема первой [11]. Считается, что в случае абсолютной неэффективности первой дозы триптана, прием его второй дозы нецелесообразен [13]. Имеются данные об эффективности комбинации триптана с НПВС (суматриптана с напроксеном), которая снижает риск рецидива головной боли [21].

6) Выбор препарата триптанового ряда. Эффективность и безопасность всех триптанов подтверждена

результатами рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований [22]. Важно отметить, что пациенты могут не отвечать на одни триптаны и получать эффект от других триптанов [13, 22, 23]. Предполагают, что различия между эффективностями триптанов связаны с различиями в фармакокинетических свойствах [22]. Важно информировать пациента о необходимости индивидуального подбора триптана, эффективности для терапии его приступов мигрени. На сегодняшний день не разработано каких-либо доказательных стратифицированных подходов в выборе определенных триптанов [22], поэтому индивидуальная клиническая эффективность конкретного триптана определяется только практическим способом.

7) Оценка эффективности триптанов. К общепринятым критериям оценки клинической эффективности триптанов относятся:

- снижение интенсивности головной боли (от умеренной или сильной до легкой) или ее полное купирование в течение 2 ч;
- стабильная эффективность как минимум в 2 из 3 приступов;
- отсутствие рецидива головной боли или необходимости повторного приема обезболивающих препаратов в течение 24 ч после приема триптана (так называемый стойкий обезболивающий эффект);
- значимое улучшение функциональной активности.

8) Противопоказания к назначению триптанов: неконтролируемая артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, болезнь Рейно, наличие ишемического инсульта в анамнезе, беременность, лактация, тяжелые нарушения функции печени или почек [13].

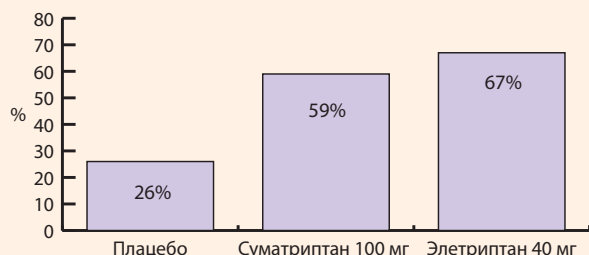
При отсутствии противопоказаний к назначению триптанов прием данной группы препаратов не повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, кардиальная аритмия и ишемический инсульт) [24–26].

В стенке сосудов мозговых оболочек находятся 5-HT_{1B}-рецепторы. Воздействие триптанов на данные рецепторы вызывает сужение расширенных во время приступа мигрени сосудов и уменьшает периваскулярное нейrogenное воспаление

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЭЛЕТРИПТАНА В КУПИРОВАНИИ ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ

Элетриптан – селективный агонист 5-HT(1B/1D)-рецепторов, эффективный и хорошо переносимый триптан, предназначенный для купирования приступов мигрени у взрослых [27]. Элетриптан обладает быстрой скоростью всасывания в кишечнике, относительно высокой биодоступностью – 50% (в сравнении с биодоступностью суматриптана – 14%) и высоким сродством к 5-HT(1B/1D)-рецепторам [28]. Данные свойства объясняют его быстрое начало действия (элетриптан в дозе 40 и 80 мг превос-

Рисунок 1. Количество пациентов (в %), у которых отмечался клинически значимый обезболивающий эффект (снижение интенсивности головной боли от умеренной или сильной до легкой или ее полное купирование) через 2 ч от приема препарата ($p < 0,001$) [5]



ходил плацебо уже через 30 мин от момента его приема), клиническую эффективность в отношении головной боли и сопутствующих ей симптомов, а также стойкость терапевтического эффекта в течение 24 ч [27, 29].

Последний Кохрановский систематический обзор, посвященный терапии мигрени элетриптаном, был опубликован в 2010 г. [30]. Авторы сделали вывод, что элетриптан в дозах 20, 40 и 80 мг эффективен и безопасен в терапии приступов мигрени. Эффективность и переносимость препарата зависят от дозы. При повышении дозы элетриптана отмечается статистически значимое увеличение клинической эффективности по таким параметрам, как полное купирование головной боли через 2 ч и стойкость эффекта в течение 24 ч. Однако при увеличении дозы его переносимость может ухудшаться. Частота малых побочных эффектов (тошнота, общая слабость, ощущение дискомфорта в грудной области) выше при приеме 80 мг элетриптана, чем 40 мг. При этом частота развития малых побочных эффектов при приеме 20 мг элетриптана была сравнима с плацебо, а при приеме 40 мг – лишь незначительно выше плацебо. При терапии приступа мигрени элетриптаном в дозах от 20 до 80 мг не отмечалось возникновения значимых побочных эффектов и серьезных нежелательных явлений.

Проведен ряд рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых сравнительных исследований, результаты которых демонстрируют превосходство элетриптана над другими триптанами в терапии приступа мигрени.

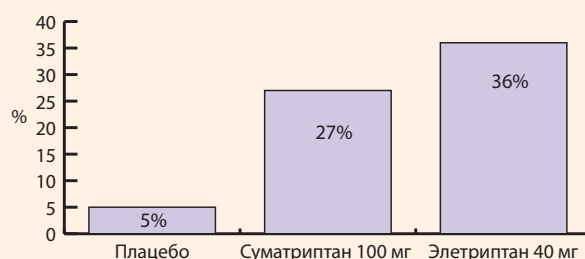
Элетриптан 40 мг достоверно эффективнее суматриптана 100 мг в лечении приступа мигрени по результатам рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, включавшего 2 113 пациентов с мигренью с аурой и без ауры [31]. Методом рандомизации больные были разделены на группы терапии: 40 мг элетриптана, 100 мг суматриптана или плацебо для лечения одного приступа мигрени. Клинически значимое ($\geq 50\%$) уменьшение или полный регресс головной боли через 2 ч от приема препарата наблюдались достоверно чаще в группе элетриптана (67% пациентов), чем в группах суматриптана (59%; $p < 0,001$) и плацебо (26%; $p <$

0,0001) (рис. 1). Полный регресс головной боли через 2 ч от приема препарата достоверно чаще отмечался в группе элетриптана (36%), чем в группах суматриптана (27%; $p < 0,001$) и плацебо (5%; $p < 0,0001$) (рис. 2). Терапия приступа мигрени элетриптаном 40 мг была эффективнее терапии суматриптаном 100 мг по таким клиническим показателям, как клинически значимое уменьшение головной боли через 1 ч после приема препарата, регресс сопутствующих симптомов (тошноты, фото- и фонофобии), повышение функциональной активности, отсутствие необходимости в дополнительном приеме обезболивающего препарата и стойкость противоболевого эффекта ($p < 0,05$). Во всех трех группах частота побочных эффектов была низкой. Единственный побочный эффект – тошнота – встречался у 4,9% пациентов в группе элетриптана, у 4,2% – в группе суматриптана и у 2,8% – в группе плацебо.

Превосходство эффективности элетриптана 40 мг над суматриптаном 100 мг в лечении приступа мигрени было подтверждено результатами метаанализа трех рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований [32]. Метаанализ включал 2 906 пациентов с мигренью с аурой и без ауры. В исследованиях проводилось лечение одного приступа мигрени. Пациенты принимали элетриптан 40 мг ($n = 1\,132$), суматриптан 100 мг ($n = 1\,129$) или плацебо ($n = 645$). В группе элетриптана достоверно чаще, чем в группе суматриптана, наблюдалось клинически значимое уменьшение или полный регресс головной боли через 2 ч после приема препарата (67 пациентов против 57% соответственно; $p < 0,0001$) и через 1 ч после приема препарата (34 пациентов против 26% соответственно; $p < 0,0001$). Элетриптан был эффективнее суматриптана по таким показателям, как полный регресс головной боли через 2 ч от приема препарата (35 против 25% соответственно; $p < 0,0001$), повышение функциональной активности (67 против 58% соответственно; $p < 0,0001$) и стойкость клинического эффекта (42 против 34% соответственно; $p < 0,0001$).

В терапии приступа мигрени 40 мг элетриптана эффективнее, чем 2,5 мг наратриптана, по результатам рандомизированного исследования, включавшего 548 пациентов с мигренью с аурой и без ауры [33]. Клинически значимое уменьшение интенсивности или полный регресс головной

Рисунок 2. Количество пациентов (в %), у которых отмечалось полное купирование головной боли через 2 ч от приема препарата ($p < 0,001$) [5]



боли через 2 и 4 ч после приема препарата отмечались в группе элетриптана у 56 и 80% пациентов соответственно, в группе наратриптана – у 42 и 67% ($p < 0,01$ по двум временным показателям) и в группе плацебо – у 31 и 44% ($p < 0,0001$ в сравнении с двумя активными веществами, по двум временным показателям). Также элетриптан превосходил наратриптан по таким клиническим показателям, как полный регресс головной боли через 2 ч от приема препарата (35 и 18% пациентов соответственно; $p < 0,001$), стойкость клинического эффекта в течение 24 ч (38 и 27% пациентов соответственно; $p < 0,05$). У пациентов, принимающих элетриптан, реже возникала необходимость в дополнительном приеме обезболивающего препарата в течение 24 ч в сравнении с пациентами, принимающими наратриптан (15 и 27% пациентов соответственно; $p < 0,01$). Отмечена хорошая переносимость как элетриптана, так и наратриптана.

Эффективность и безопасность всех триптанов подтверждена результатами рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований. Важно отметить, что пациенты могут не отвечать на одни триптаны и получать эффект от других триптанов

Результаты рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого сравнительного исследования демонстрируют превосходство клинической эффективности элетриптана в дозах 40 и 80 мг над золмитриптаном в дозе 2,5 мг [34]. 1 312 пациентов с мигренью с аурой и без ауры после рандомизации на группы получали терапию одного приступа мигрени элетриптаном 40 мг, элетриптаном 80 мг, золмитриптаном 2,5 мг или плацебо. Через 2 ч после приема препарата клинически значимое уменьшение или полный регресс головной боли отмечался у 74% пациентов, принимавших элетриптан 80 мг, у 64% – принимавших элетриптан 40 мг, у 60% – принимавших золмитриптан ($p < 0,0001$, в сравнении с элетриптаном 80 мг) и у 22% – принимавших плацебо ($p < 0,0001$, в сравнении со всеми активными веществами). Элетриптан в дозе 80 мг продемонстрировал превосходство эффективности над золмитриптаном по всем клиническим показателям, оцениваемым через 1, 2 и 24 ч после приема препарата. Элетриптан в дозе 40 мг имел сходную эффективность с золмитриптаном по клиническим показателям, оцениваемым в первые часы после приема препаратов, однако терапия элетриптаном 40 мг обеспечивала достоверно более низкие показатели рецидивов мигрени и необходимости приема дополнительных обезболивающих препаратов в течение 24 ч в сравнении с терапией золмитриптаном.

Элетриптан в дозе 40 и 80 мг был эффективен в терапии приступа мигрени у пациентов, которые ранее не отмечали эффект от приема суматриптана или плохо его переносили [23]. Об этом свидетельствуют результаты рандомизированного двойного слепого плацебо-контро-

лируемого исследования, включавшего 446 пациентов с аурой и без ауры. У всех пациентов отмечалась неэффективность суматриптана в купировании приступа мигрени или его плохая переносимость. Методом рандомизации пациенты были разделены на группы терапии: элетриптан 40 мг, элетриптан 80 мг или плацебо. В исследовании проводилась терапия до трех приступов мигрени у каждого пациента. Клинически значимое уменьшение или полный регресс головной боли через 2 ч после приема препарата отмечались у 59% пациентов, принявших 40 мг элетриптана, у 70% пациентов, принявших 80 мг элетриптана, и у 30% пациентов из группы плацебо ($p < 0,0001$ для двух доз элетриптана против плацебо; $p < 0,05$ для элетриптана 80 мг против элетриптана 40 мг). Элетриптан 40 мг и элетриптан 80 мг значимо превосходили плацебо в полном купировании головной боли через 2 ч после приема (35, 42 и 7%; $p < 0,0001$). Элетриптан 40 мг и элетриптан 80 мг продемонстрировали значимое превосходство над плацебо в постоянстве ответа (клинически значимое уменьшение или полный регресс головной боли через 2 ч после приема препарата отмечался как минимум в 2 из 3 приступов мигрени) – 66, 72 и 15% случаев соответственно ($p < 0,0001$). Побочные эффекты (тошнота, рвота, общая слабость и ощущение дискомфорта в грудной области) были легкими по своей выраженности и дозозависимыми.

Элетриптан в дозе 40 и 80 мг в сравнении с суматриптаном 100 мг и плацебо в большей степени снижает вероятность рецидива приступа мигрени в течение 24 ч от момента приема препарата в группе пациентов с высоким риском развития рецидива [35]. На это указывают результаты анализа 10 рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований эффективности элетриптана 40 мг, элетриптана 80 мг и суматриптана 100 мг в купировании приступов мигрени. Из 4 312 пациентов, ответивших на терапию приступа мигрени через 2 ч после приема препарата, у 1 232 (29%) пациентов отмечался рецидив мигрени в течение 24 ч. Авторы определили три предиктора рецидива приступа мигрени: женский пол, возраст ≥ 35 лет и исходная высокая интенсивность головной боли. Так, в группе пациентов с высоким риском рецидива приступа мигрени элетриптан 40 мг и элетриптан 80 мг в сравнении с плацебо и суматриптаном 100 мг продемонстрировали значимо большую продолжительность клинического эффекта и поддержания состояния без боли в течение 24 ч после приема препарата ($p < 0,05$).

Таким образом, два основных подхода в лечении мигрени – предупреждение приступов мигрени (профилактическая терапия) и купирование развившегося приступа мигрени. Если профилактическая фармакотерапия необходима только части пациентам с мигренью, то в терапии для купирования приступа мигрени нуждаются практически все (98%) пациенты. Из обезболивающих препаратов для терапии приступа мигрени большинство пациентов предпочитают безрецептурные анальгетики и значимо меньшая часть – триптаны, при этом последние имеют доказательное терапевтическое превосходство над

другими классами безрецептурных обезболивающих препаратов. Лишь 10% пациентов удовлетворены эффективностью безрецептурных анальгетиков. Терапией триптанами удовлетворены 62–66% пациентов. Среди пациентов с мигренью продолжает наблюдаться необоснованное применение препаратов, обладающих недостаточной эффективностью в лечении приступа мигрени. Неэффективное лечение приступов мигрени – одна из распространенных проблем, которая может приводить к развитию у пациентов лекарственно индуцированной (абузусной) головной боли, хронификации мигрени, увеличению количества вызовов скорой помощи, обращений в медицинские учреждения и числа госпитализаций. Все это приводит к значимому возрастанию финансовых затрат со стороны здравоохранения. Подбор препарата, эффективного в терапии приступов мигрени, – одно из ключевых звеньев успешного лечения пациентов и предупреждения хронификации мигрени. Триптаны – препараты первого выбора для терапии приступов мигрени умеренной или высокой интенсивности или любой интенсивности в случае неэффективности других безрецептурных обезболивающих препаратов. Эффективность и безопасность триптанов подтверждена результатами крупных рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследований

и данными метаанализов. Знание основных принципов применения триптанов – залог успешного лечения приступов мигрени. Элетриптан – один из самых эффективных

Неэффективное лечение приступов мигрени – одна из распространенных проблем, которая может приводить к развитию у пациентов лекарственно индуцированной (абузусной) головной боли, хронификации мигрени, увеличению количества вызовов скорой помощи, обращений в медицинские учреждения и числа госпитализаций

и безопасных триптанов. Для купирования приступа мигрени применяют 20, 40 или 80 мг элетриптана. Эффективность и переносимость зависят от дозы, однако возможные побочные эффекты выражены незначительно, а частота их возникновения (при приеме 40 мг элетриптана) составляет менее 5%. Элетриптан демонстрирует высокую эффективность в предупреждении рецидивов мигрени в течение 24 ч после приема препарата, при этом отсутствует необходимость повторного приема обезболивающих препаратов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ayzenberg, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G, Yakho N, Steiner TJ. The prevalence of primary headache disorders in Russia: A countrywide survey. *Cephalalgia*, 2012, 32(5): 373–381.
2. Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. Мигрень. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 624 с.
3. Филатова Е.Г. Современные подходы к лечению мигрени. *РМЖ*, 2009, 17(4).
4. Табеева Г.Р. Практический подход к ведению больных с мигренью. *РМЖ*, 2008;16(17):1129–1133.
5. Silberstein SD. 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, 55:754–762.
6. Данилов А.Б. Современные подходы к лечению мигрени. *Лечащий врач*, 2008, 8.
7. Lipton RB, Stewart WF. Acute migraine therapy: do doctors understand what patients with migraine want from therapy? *Headache*, 1999, 39: 30–48.
8. Осипова В.В. Принципы эффективного применения триптанов при купировании приступа мигрени. *Медицинский совет*, 2013, 4: 33–35.
9. Табеева Г.Р. Принципы лечения мигрени. *РМЖ*, 2007, 10.
10. MacGregor EA, Brandes J, Eikermann A. Migraine prevalence and treatment patterns: the global migraine and zolmitriptan evaluation survey. *Headache*, 2003, 43(1): 19–26.
11. Nett RB, Tiseo PJ, Almas M et al. Patient satisfaction with eletriptan in acute treatment of migraine in primary care. *Int J Clin Pract*, 2007, 61(10): 1677–1685.
12. Филатова Е.Г. READY – первое российское мультицентровое исследование эффективности препарата Релпакс (элетриптан) при лечении приступов мигрени. *Лечение нервных болезней*, 2006, 2(19).
13. Evers S, A' fra J, Frese A et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*, 2009, 16: 968–981.
14. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB et al. Oral triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D}) agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet*, 1991, 358: 1668–1675.
15. Goadsby PB, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine: current understanding and management. *N Engl J Med*, 2002, 346: 257–270.
16. Diamond M, Hettiarachchi J, Hilliard B et al. Effectiveness of eletriptan in acute migraine: primary care for Exedrin nonresponders. *Headache*, 2004, 44: 209–216.
17. Ferrari M.D. Should we advise patients to treat migraine attacks early? *Cephalalgia*, 2004, 24: 915–917.
18. Bates D, Ashford E, Dawson R et al. Subcutaneous sumatriptan during the migraine aura. *Neurology*, 1994, 44: 1587–1592.
19. Olesen J, Diener HC, Schoenen J et al. No effect of eletriptan administration during the aura phase of migraine. *Eur J Neurol*, 2004, 11: 671–677.
20. Ferrari MD, James MH, Bates D et al. Oral sumatriptan: effect of a second dose, and treatment of headache recurrences. *Cephalalgia*, 1994, 14: 330–338.
21. Brandes JL, Kudrow D, Stark SR et al. Sumatriptan-naproxen for acute treatment of migraine: a randomized trial. *JAMA*, 2007, 297: 1443–1454.
22. Gilmore B, Michael M. Treatment of acute migraine headache. *Am. Fam. Physician*, 2011, 83(3): 271–280.
23. Farkkila M, Olesen J, Dahlof C. Eletriptan for the treatment of migraine in patients with previous poor response or tolerance to oral sumatriptan. *Cephalalgia*, 2003, 23(6): 463–471.
24. Velentgas P, Cole JA, Mo J et al. Severe vascular events in migraine patients. *Headache*, 2004, 44: 642–651.
25. Hall G, Brown M, Mo J et al. Triptans in migraine: the risks of stroke, cardiovascular disease, and death in practice. *Neurology*, 2004, 62: 563–568.
26. Табеева Г.Р. Кардиобезопасность триптанов в лечении приступов мигрени. *Медицинский совет*, 2014, 5: 16–20.
27. McCormack PL, Keating GM. Spotlight on eletriptan in migraine. *CNS Drugs*, 2006, 20(11): 961–964.
28. Gawel MJ, Grujich NN. Eletriptan. *Expert Opin Investig Drugs*, 2001, 10(10): 1869–1874.
29. Mathew NT, Hettiarachchi J, Alderman J. Tolerability and safety of eletriptan in treatment of migraine: a comprehensive review. *Headache*, 2003, 43(9): 962–974.
30. Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Eletriptan for acute migraine headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, 2010(4).
31. Mathew NT, Schoenen J, Winner P et al. Comparative efficacy of eletriptan 40 mg versus sumatriptan 100 mg. *Headache*, 2003, 43(2): 214–222.
32. Diener HC, Ryan R, Sun W et al. The 40-mg dose of eletriptan: comparative efficacy and tolerability versus sumatriptan 100 mg. *Eur J Neurol*, 2004, 11(2): 125–134.
33. Garcia-Ramos G, MacGregor EA, Hilliard B et al. Comparative efficacy of eletriptan vs. naratriptan in the acute treatment of migraine. *Cephalalgia*, 2003, 23(9): 869–876.
34. Steiner TJ, Diener HC, MacGregor EA et al. Comparative efficacy of eletriptan and zolmitriptan in acute treatment of migraine. *Cephalalgia*, 2003, 23(10): 942–952.
35. Dodick DW, Lipton RB, Goadsby PJ et al. Predictor of migraine headache recurrence: a pooled analysis from the eletriptan database. *Headache*, 2008, 48(2): 184–193.