

ИМИГРАН НАЗАЛЬНЫЙ СПРЕЙ

18 марта 2009 г. в Центральном доме ученых РАН состоялся научный симпозиум «Имигран назальный спрей в терапии мигрени», организованный компанией «ГлаксосмитКляйн». В работе симпозиума приняли участие более 200 врачей Московского региона.



СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К

Среди всех заболеваний, которые в значительной степени снижают трудоспособность пациента, мигрень занимает 19 место, а среди женщин это заболевание стоит уже на 12 месте. Для женщин это актуальнейшая проблема потери трудоспособности, снижение качества жизни, и она опережает такие заболевания, как бронхиальная астма и цереброваскулярные расстройства. Согласно Международной классификации головной боли (МКГБ-2, 2003), выделяют первичные головные боли, которые не связаны с каким-то ор-

ганическим поражением мозга или других систем и органов нашего тела, вторичные головные боли, которые обусловлены опухолями, макрососудистыми деформациями, инфекциями головного мозга – это посттравматические боли, головные боли, связанные с интоксикациями и т.п., а также краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и др.

Первичные головные боли (ГБ) составляют 95-98% всех случаев ГБ. Мигрень занимает первое место среди первичных форм ГБ – 13-22%. Существует «золотое правило» диагностики первичных ГБ вообще и мигрени в частности: диагноз мигрени базируется на данных жалоб, анамнеза и объективного осмотра пациента и не требует проведения дополнительных исследований. Только в том случае, если врач не уверен в первичности головных болей, если что-то настораживает его в клинической картине, тогда такого больного нужно обследовать.

Вторичные боли встречаются очень редко, это не более 2-5% всех случаев ГБ. Вторичную ГБ мы диагностируем в том случае, если есть четкая связь начала головной боли с другим заболеванием, эта ГБ рассматривается как следствие этого заболевания, т.е. как вторичная (симптоматическая) головная боль.

Диагностические критерии мигрени: не менее 5 однотипных атак, которые длятся от 4 до 72 часов, односторонняя локализация, пульсирующий характер, ухудшение от обычной физической нагрузки. Для мигрени типичны такие явления,

как тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь. Причем это чувствительность к обычному дневному свету и обычным звукам.

Основные клинические формы мигрени. Различают простую без ауры (60-72% всех случаев) и ассоциированную мигрень с аурой (8-20% всех случаев).

Для простой мигрени характерно, помимо продромального периода и головной боли, постдромальный период. Ассоциированную мигрень отличает наличие определенного периода, который называется мигренозной аурой, когда после периода продрома, предвестников, у пациента могут появиться различные неврологические проявления, очень кратковременные, как правило, это зрительные расстройства, вспышки света, световые зигзаги, слепое пятно, иногда это может быть онемение конечностей с одной стороны, а затем уже начинается головная боль и постдромальный период. Есть определенные провоцирующие факторы – это эмоциональный стресс, изменение погоды, недостаток или избыток сна, определенные виды алкоголя и пищевых продуктов. Для женщин характерны гормональные изменения, провоцирующие мигрень: менструации, беременность, климакс, контрацептивы, ЗГТ.

Мне хотелось бы остановиться на **симптомах мигрени**. Тошнота, рвота у 70-90% больных. Существуют и более редкие симптомы. К ним относятся головокружение, вегетативные проявления на лице (отек,



В.В. Осипова, д.м.н.
ММА им. И.М. Сеченова

В ТЕРАПИИ МИГРЕНИ

слезотечение, покраснение склеры), симптомы панической атаки, обморочные состояния. И совершенно особые состояния, которые вызываются гастростазом: снижение моторики ЖКТ в приступе и в межприступном периоде (снижение тонуса тела желудка, замедление или отсутствие перистальтики, нарушение опорожнения желудка). В основе гастростаза лежит вегета-

что приступ мигрени – это сужение сосудов, сейчас показано, что природа мигрени – в коре мозга, у пациентов повышается возбудимость коры мозга, именно это создает основу для порождения этого заболевания. Болевой приступ при мигрени – это ответ на возбуждение тригемино-вазкулярной системы. Основной «пептид мигрени» – кальцитонин-ген-связанный

не работоспособности пациента. **Препараты, применяемые для купирования приступов мигрени.** Простейший подход, который, к сожалению, до сих пор широко распространен у наших пациентов, это препараты с неспецифическим механизмом действия: анальгетики, НПВС, комбинированные препараты. Эти препараты всегда под рукой, пациенты принимают их в

ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МИГРЕНИ



тивная дисфункция.

Несколько слов о тошноте. Это наиболее частый симптом мигрени. У меня были пациенты, которые говорили, что их не столько боль терзает, сколько изматывающая тошнота, которая длится несколько часов, а также неоднократная рвота, которая не приносит облегчения. Этот тягостный симптом имеет комплексный механизм. Он может быть периферический – тошнота как проявление гастростаза, и церебральный (нейрогенный, как проявление стволовой вегетативной дисфункции).

Патофизиология мигрени. Мигрень – это невровазкулярное генетически обусловленное заболевание. Если раньше считалось,

пептид (CGRP). Механизм приступа мигрени представлен на рисунке 1. В стратегии **лечения мигрени** существуют старые и новые подходы. В первом случае мы пытались купировать уже развившийся приступ. Второй подход – программа максимум, это профилактика приступов, наша задача сделать приступы менее интенсивными, менее мучительными. Итак, первый подход – это купирование атак. Это чрезвычайно важно для больного: когда появляется боль, он должен быть уверен, что он с этой болью расстанется очень скоро. Мы преследуем следующие цели: устранение головной боли и тяжести сопутствующих симптомов, предотвращение рецидивов головной боли, восстановле-

огромном количестве. У меня есть больная, которая принимает до 184 таблеток в месяц! Естественно, при приеме этих препаратов возникает риск злоупотребления. Поэтому перед врачами стоит задача внедрения препаратов со специфическим механизмом действия: селективные агонисты серотониновых рецепторов – так называемые триптаны. Сегодня это препараты выбора для купирования приступа мигрени. Триптаны воздействуют на причину боли, устраняют основные симптомы мигрени и могут быстро восстановить общее состояние больного. Важный аспект терапии мигрени – это раннее назначение триптанов. Преимущества раннего назначения триптанов: увеличение шансов полного купирования атаки, предотвращение развития аллодинии, снижение количества других обезболивающих препаратов, что ведет к предотвращению злоупотребления. Особенно велико влияние триптанов, в частности суматриптана, на гастростаз. Суматриптан усиливает моторику ЖКТ, увеличивая всасывание самого себя, блокирует «мигренозный каскад», в т.ч. вегетативной дисфункции на церебральном уровне. При гастростазе и тошноте преимущественно обладают пероральные формы (спреи, п/к инъекции, свечи). Так, например, назальный спрей Имигран доказывает эти преимущества: он быстро всасывается и полностью купирует боль и сопутствующие симптомы. Имигран назальный спрей является препаратом выбора у пациентов с гастростазом и рвотой.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ В ТЕРАПИИ МИГРЕНИ



Е.Г. Филатова, д.м.н., профессор

Сейчас в России начинает свою жизнь новая форма препарата Имигран – назальный спрей. И так, требовая, предъявляемые к лекарственному средству для лечения мигрени: быстрое наступление эффекта, облегчение сопутствующих симптомов (тошнота, рвота, свет- и звукобоязнь), значительное улучшение самочувствия и восстановление трудоспособности больного, низкая частота рецидива головной боли после приема препарата, приемлемый профиль переносимости и простота применения.

Сегодня мы говорим об Имигране – это препарат, который наиболее эффективно купирует приступ мигрени. Имигран (суматриптан) является структурным аналогом серотонина. Он имитирует действие серотонина, в особенности на 5-HT_{1B/1D} рецепторы.

В 1991 г. началось клиническое применение инъекционной формы Имиграна. В 1993 г. началось применение таблеток Имиграна по

50 и 100 мг. В 1996-97 гг. в Европе, Канаде и США впервые был использован Имигран назальный спрей. В 2004 г. Имигран назальный спрей впервые зарегистрирован в России для лечения мигрени с аурой и без, а в 2009 г. – для лечения мигрени у детей с 12 лет.

Несомненны преимущества препарата Имигран назальный спрей. Назальный спрей предпочтителен для пациентов с выраженной тошнотой и рвотой, которые предпочитают не глотать таблетки во время мигренозного приступа. Также назальный спрей предпочтителен для пациентов, отказывающихся делать инъекции. Это может мотивировать пациентов использовать эффективное противомигренозное средство, а не менее эффективный неспецифический анальгетик. Спрей более удобен в применении при лечении, чем свечи и инъекции. При использовании Имиграна назального спрея нежелательные побочные эффекты менее часты. Препарат, введенный в форме спрея, начинает действовать более быстро, чем таблетка. Препарат, введенный в форме спрея, попадает в организм в обход желудочно-кишечного тракта, где во время мигренозной атаки наблюдается выраженный гастростаз.

Для доказательства эффективности Имиграна назального спрея было проведено 5 рандомизированных двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований, в которые было включено 3237 больных с мигренью. В каждом исследовании проводилось сравнение доз 10 мг и 20 мг с плацебо; в двух исследованиях также была включена группа больных, получавшая 5 мг назального спрея суматриптана. При приеме Имиграна назального спрея в дозе 20 мг купирование головной боли через 2 часа достигалось у 64,3% больных.

Влияние Имиграна назального спрея на симптоматику, связанную

с мигренью, представлено на рисунке 1. Через 2 часа после применения препарата у 73% больных полностью прекращалась тошнота, фотофобия исчезла у 56% пациентов.

Обобщенные данные 5 исследований эффективности Имиграна назального спрея говорят о том, что через 2 часа после применения 20 мг препарата приблизительно у 2/3 больных купирована головная боль, а также связанная с мигренью симптоматика: тошнота, фотофобия и фонофобия. Снижение интенсивности головной боли начинается уже через 15 минут после первоначального применения препарата в дозе 20 мг. При многократном применении на протяжении до трех приступов мигрени назальный спрей Имигран продемонстрировал неизменную эффективность при купировании мигренозной боли. Доза 20 мг характеризовалась максимальной частотой эффективного применения.

Необходимо сказать о противопоказаниях, которые имеет Имигран назальный спрей. Конечно, это гиперчувствительность к любому из компонентов препарата. Гемиплегическая, базилярная и офтальмологическая формы мигрени – это



ИМИГРАНА НАЗАЛЬНОГО СПРЕЯ

очень редко встречающиеся формы мигрени. К противопоказаниям также относят ишемическую болезнь сердца (в том числе инфаркт миокарда, постинфарктный кардиосклероз и пр.), а также симптомы, позволяющие предположить наличие ИБС. Как оказалось, пациентов с ИБС, страдающих мигренью, очень мало. Необходимо также помнить о болезни периферических сосудов, инсульте и преходящих ишемических атаках, неконтролируемой артериальной гипертензии, тяжелом нарушении функции печени. Противопоказано применение Имигранна назального спрея одновременно с эрготамином или его производными, а также на фоне приема ингибиторов моноаминоксидазы или ранее, чем через 2 недели после отмены этих препаратов.

И наконец, существует главная особенность применения назального спрея Имигран – при мигренях у детей. Частота мигрени в детском возрасте составляет 4% (у подростков – до 11%). Приступы мигрени короче, чем у взрослых (от 2 до 48 часов). Боль носит двухсторонний характер, приступ мигрени чаще, чем у взрослых, сопровождается тошнотой, выраженной рвотой,

фото- и фонофобией. Использование таблетированных препаратов у детей еще более затруднено, чем у взрослых.

Для купирования приступов у детей существуют разрешенные и запрещенные препараты. Разрешенным для купирования головной боли у детей препаратом является парацетамол, т.е. противовоспалительный препарат. Его эффективность недостаточна как для взрослых, так и для детей, и поэтому дети часто остаются без помощи при лечении мигрени. Во многих странах Имигран назальный спрей разрешен для использования детьми начиная с 12-летнего возраста, и это показание планируется ввести и в нашей стране. На рисунке 2 показана эффективность Имигранна назального спрея в подростковом возрасте. Уменьшение головной боли через 30 мин. После приема препарата наблюдается у 42% подростков (доза – 20 мг), через 1 час – у 61%, через 2 часа – у 68%. Данные, полученные в ходе исследования и представленные на рисунке, доказывают, что 20 мг назального спрея Имигран более эффективны и через 30 мин., и через 1 час, и через 2 часа по сравнению с 5 мг препарата.

Обобщенные результаты использования Имигранна назального спрея при лечении мигрени у подростков говорят о том, что наиболее эффективной дозой, так же как и у взрослых, является доза в 20 мг, однако начинать можно с 10 мг, а при неэффективности можно переходить на 20 мг. Эффективность назального спрея у подростков сопоставима с эффективностью у взрослых. Наиболее частым нежелательным побочным эффектом в подростковом возрасте, так же как и у взрослых, был неприятный вкус во рту. Возврат головной боли после приема начальной дозы 20 мг составлял не более 7% – меньше, чем у взрослых.

Итак, интраназальная форма суматриптана может особенно хорошо подходить больным с мигренью с аурой и без, которые хотят быстро купировать приступ, или па-

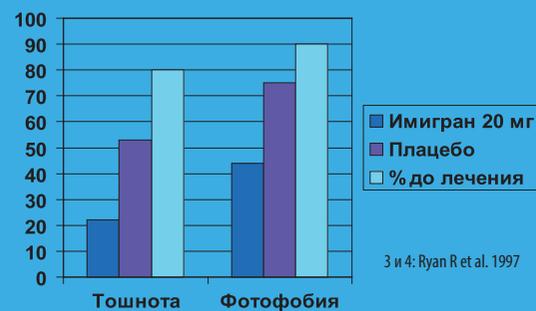


Рисунок 1. Влияние Имигранна назального спрея на симптоматику, связанную с мигренью

Через 2 часа после применения препарата у 73% тошнота прекратилась, в группе плацебо всего 47%.

Через 2 часа после применения препарата фотофобия исчезла у 56%, получавших назальный спрей ИМИГРАН 20 мг, по сравнению с плацебо 25%

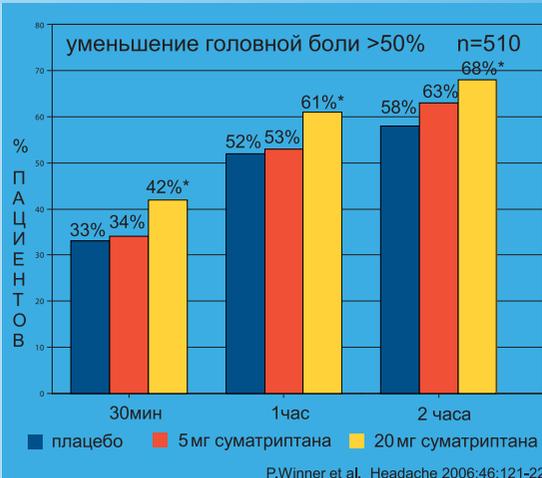


Рисунок 2. Эффективность Имигранна (суматриптана) назального спрея в подростковом возрасте

циентам, у которых связанные с мигренью тошнота и рвота не позволяют применять пероральные лекарственные формы. Применение интраназальной формы может быть особенно удобным дома, на работе и в путешествии. Имигран назальный спрей является эффективным и безопасным средством лечения мигрени у подростков начиная с 12 лет.



ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ



А.Б. Данилов, д.м.н., профессор
ММА им. М.И.Сеченова

Для того, чтобы оптимизировать купирование острых приступов мигрени, необходимо поставить правильный рафинированный диагноз, критично оценить предшествующее лечение, оценить тяжесть мигрени, включить пациента в процесс лечения, подобрать оптимальное лекарственное средство. Итак, прежде всего необходимо **поставить правильный рафинированный диагноз**. Недостаточно просто определить, что это мигрень. Нужно различать мигрень от других видов головной боли, различать мигренозные приступы от других видов ГБ у данного пациента. Поэтому важно обучить пациентов распознавать различные виды головной боли, что несомненно поможет врачу поставить правильный диагноз.

Немаловажную роль в оптимизации лечения мигрени имеет **выбор препарата с учетом предшествующего опыта пациента**. Следует учитывать, что неэффективность лекарств была возможна из-за недостаточной дозы, позднего их приема и т.п. Как правило, к нам приходят пациенты, которые перепробовали великое множество лекарств, и для того, чтобы повысить эффективность лечения, нужен скрупулезный анализ приема препарата. Кроме того, необходимо оценить **тяжесть приступов мигрени**. Для этого разработаны специальные тесты, которые позволяют определить, насколько

головная боль мешает полноценной профессиональной, семейной и социальной жизни. Тест MIDAS позволяет выработать стратифицированный подход лечения мигрени (рисунок 1).

Очень важным для успешного лечения является **включение пациента в процесс терапии**. Пациент должен с помощью теста оценить влияние мигрени на его жизнь, постоянно вести дневник для установления динамики заболевания и, наконец, проводить вместе с лечащим врачом совместный выбор лекарственного средства. Многочисленные исследования показывают, что эффективность лечения, в котором участвуют сами пациенты, выгодно отличается от лечения тех, кто устраняется и доверяет себя полностью врачу.

Другой очень важный фактор, который повышает эффективность лечения, это **обучение пациентов**. Если вы объясните пациенту, в чем причина его головной боли и подробно расскажете о препаратах, которые ему назначаются, это повысит эффективность терапии. Существуют различные способы образования пациентов: листовки, брошюры, интернет-сайты, специальные образовательные программы.

Для того, чтобы снизить количество приступов, необходимо научить пациента распознавать триггеры и избегать ситуаций, провоцирующих мигрень. Очень важно, когда не удастся избежать наступающего приступа, быть готовым к нему: научиться различать начало мигрени, носить с собой лекарство для abortивного лечения, обеспечить комфортабельные условия для переживания приступа.

Еще очень важная проблема: некоторые женщины используют мигрень как повод для отказа от интимных отношений с супругом. На самом деле в американском исследовании авторы показывают, что в 42% случаев сексуальная активность купирует приступ.

Фармакотерапия острых приступов мигрени. При слабой и

Выбирая средство для лечения мигрени, необходимо помнить, что самым лучшим будет лечение, которое подобрано в соответствии с индивидуальными потребностями пациента. По данным международной ассоциации по изучению головной боли, современные методы лечения позволяют добиться успехов в 95% случаев.



Рисунок 1. MIDAS и стратифицированный подход лечения мигрени

ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ

умеренной боли пациентам можно назначать анальгетики и НПВП, а также комбинированные препараты. При приступе умеренной и выраженной интенсивности наиболее эффективны триптаны. В 2003 г. было проведено сравнительное исследование эффективности различных классов препаратов для купирования приступов мигрени. Удовлетворенность от применения простых анальгетиков составила 9-10%, от НПВП – 25-27%. Удовлетворенность терапией триптанами достигла 62-66%. К сожалению, в России триптаны применяются недостаточно часто (рисунок 2).

Эффективность препарата может зависеть и от способов его введения. Самыми быстродействующим считается инъекционный путь введения препарата – эффект наступает через 15 минут. Но есть пациенты, которые категорически отвергают уколы. В этом случае интраназальная форма препарата становится самой эффективной.

Необходимо остановиться на противопоказаниях триптанов. Среди них выделяют гиперчувствительность к любому компоненту препарата, гемиплегическую, базилярную и офтальмологическую формы мигрени, ишемическую болезнь сердца, а также наличие симпто-

мов, позволяющих предположить наличие ИБС, окклюзионные заболевания периферических сосудов, инсульт или транзиторная ишемическая атака (в т.ч. в анамнезе), неконтролируемую артериальную гипертензию, прием одновременно с эрготамином или его производными, выраженное нарушение печени или почек, беременность и период лактации.

Для формирования правильного ожидания эффекта от лечения необходимо не только хвалить лекарство, которое вы собираетесь назначить, но и ознакомить пациента с побочными эффектами. Одним из побочных эффектов препарата Имигран назальный спрей является неприятный вкус во рту. Чаще всего это преодолимое побочное действие.

Для успеха лечения и повышения веры и врачей, и пациентов в эффективность лекарства важным является репутация лекарства, репутация фирмы, которая его производит. Если лекарство выпущено в Великобритании или Италии, то для пациента, да и для врача оно кажется более эффективным, чем препарат, выпускаемый, скажем, Щелковским заводом. Кроме этого, вопрос о том, является ли препарат оригинальным или это дженерик,



Рисунок 2. Применение триптанов для купирования приступов мигрени

также имеет значение в выборе лекарственного средства.

В заключение я хотел бы остановиться на том, когда предпочтительнее применение интраназальной формы Имигран. В первую очередь это необходимо, когда пациенту важно быстрое наступление эффекта. В случае, когда приступ мигрени сопровождается тошнотой и рвотой и прием таблеток часто становится невозможным, назальный спрей Имигран просто незаменим.

Завершая выступление, я хочу порекомендовать своим коллегам следующее. Когда к вам обращается пациент с мигренью, не назначайте им препараты, а порекомендуйте, сделайте ваш выбор вместе с пациентом.  



ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ ФАРМАКОАНАЛИТИКА



А.П. Рачин, д.м.н.,
Смоленская медицинская академия

В России страдают мигренью 20 млн человек. Если каждый из этих пациентов испытывает мигренозный приступ головной боли один раз в месяц, то ежегодно в нашей

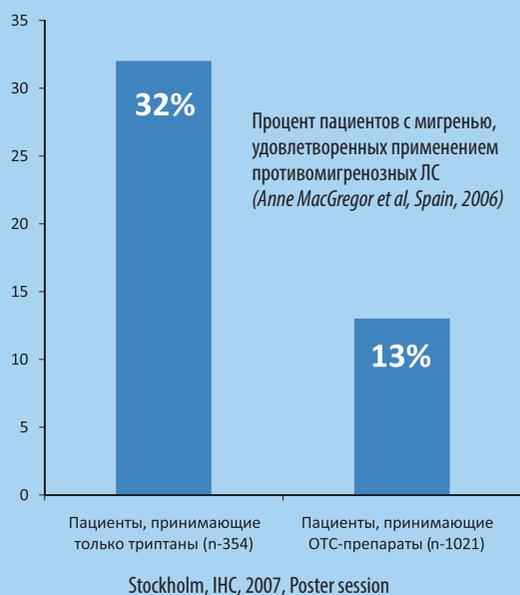


Рисунок 1. Менеджмент мигрени – проблема выбора оптимального ЛС

стране регистрируется 240 млн приступов. Если предположить, что стоимость одного лекарства окажется 1 рубль, то минимальный фармацевтический рынок в России составит 240 млн рублей. Это достаточно большой рынок.

В США около 40% пациентов принимают для лечения мигрени триптаны, а вот в России примерно 60% пациентов принимают комбинированные кофеинсодержащие анальгетики. Примерно 47 лет назад в США мигрень лечили приблизительно так же, как у нас в настоящий момент. Впервые препараты для лечения мигрени – триптаны – появились на рынке в 1973 г., т.е. мы отстаем от ведущих стран мира на 35-36 лет. Сегодня на российском рынке зарегистрировано 4 триптановых препарата из семи.

Несколько лет назад Anne MacGregor представила данные обследования достаточно большой популяции пациентов, страдающих мигренью. Было установлено, что из 2300 пациентов, 354 человека получали исключительно триптаны. 1021 пациент принимал препараты безрецептурного отпуска. Когда провели опрос этих пациентов, то оказалось, что среди принимающих триптаны процент удовлетворенности от применения противомигренозных лекарственных средств составил 32%, а среди тех пациентов, которые для купирования приступа использовали анальгетики – всего лишь 13% (рисунок 1).

Большинство специализированных клиник, занимающихся проблемой головной боли, склоняются к тому, что в зависимости от тяжести приступа целесообразно использовать те или иные группы лекарственных препаратов.

На одном из последних конгрессов, посвященных мигрени, в 2007 г. было представлено исследование, посвященное выбору идеального противомигренозного средства. Выяснилось, что пациенты считают идеальным лекарственное средство, обладающее следующими достоинствами: полное прекращение головной боли – 87%, отсутствие рецидива – 86%, быстрое действие

ЛС – 83%, отсутствие побочных эффектов – 79%, удобство приема – 56% и стоимость ЛС – всего лишь 19%.

Какой лекарственный препарат является оптимальным для лечения конкретного пациента? В последние годы появился ряд лекарственных препаратов, которые называются модуляторами качества жизни. Это специфические препараты, нормализующие эмоциональное состояние. Назальный спрей Имигран можно оценивать как препарат, который относится к группе модуляторов качества жизни у пациентов, страдающих мигренью.

На сайте «Справочная аптек Москвы» можно узнать стоимость препарата Имигран. Он продается по цене от 494 до 623 рублей (разница – 127 рублей). Этими данными может воспользоваться каждый потребитель. Руководители крупных аптечных складов и лечебно-профилактических учреждений проводят анализ по оптовым аптечным складам и выбирают те из них, где наиболее эффективна и предпочтительна данная стоимость. Далее специалисты проводят анализ минимизации стоимости при сравнении аналогичных форм применения. В частности если сравнивать инъекционную форму Имигранна с назальным спреем и таблетками, то Имигран назальный спрей будет продолжать достаточно дозированный спектр эффективности, занимая промежуточное положение между таблетками и инъекционной формой.

Впервые Имигран назальный спрей был зарегистрирован в 2004 г. Если проанализировать цены по продажам Имигранна различных форм в 2004 и в 2008 гг., то станет ясно, что Имигран спрей 20 мг в 2008 г. реализовался на 1 млн 655 тыс. руб., а в 2008 г. его продажи увеличились практически в 4 раза (5 млн 908 тыс. руб.) несмотря на то, что в России кризис и препарат не позиционировался (рисунок 2). Это говорит о том, что люди сами оценивают, что предпочтительнее, что лучше. Отсюда формируется уже и рынок продаж тех или иных лекарственных

ИМИГРАНА НАЗАЛЬНОГО СПРЕЯ

ных средств.

Второй анализ – это анализ «стоимость-эффективность» и здесь, безусловно, важную роль играют данные проведенных химических исследований, которые позволяют отследить эффективность лекарственных средств, имеющих различную клиническую эффективность. Еще раз акцентирую ваше внимание на том, что стратегия выбора идеального противомигренозного лекарственного средства должна идти через обсуждение с пациентом, потому что он является конечным потребителем медицинской услуги. Это и оценка эффективности, и безопасности, и качества, и стоимости.

Хочу обратить ваше внимание на заключение авторов системного обзора, который называется «Пероральный суматриптан для лечения острого приступа мигрени». В рамках этого обзора были проверены результаты всех рандомизированных клинических исследований, начиная с 1966 по 2001 год. В общей сложности – 25 клинических исследований, в которые было вовлечено более 16 тыс. пациентов. Карта системного обзора показывает, что сравнение анализа суматриптана, ризотриптана и элетриптана доказало достоверное уменьшение головной боли через 2 часа. Несколько лучше элетриптана выглядит Имигран – без развития нежелательных лекарственных реакций. Поэтому сейчас обсуждается вопрос о том, что препарат Имигран более эффективен, чем другие триптаны.

Отдельно следует остановиться на применении назального спрея Имигран у детей. В литературе представлен ряд исследований, в которых проанализировано клиническое применение Триптана у 1575 детей в возрасте от 12 лет. Была показана эффективность того, что именно назальный спрей Имигран является одним из препаратов выбора купирования мигренозной головной боли. Именно поэтому в рекомендациях Европейского комплаенса в качестве одного из средств рекомендуется Имигран

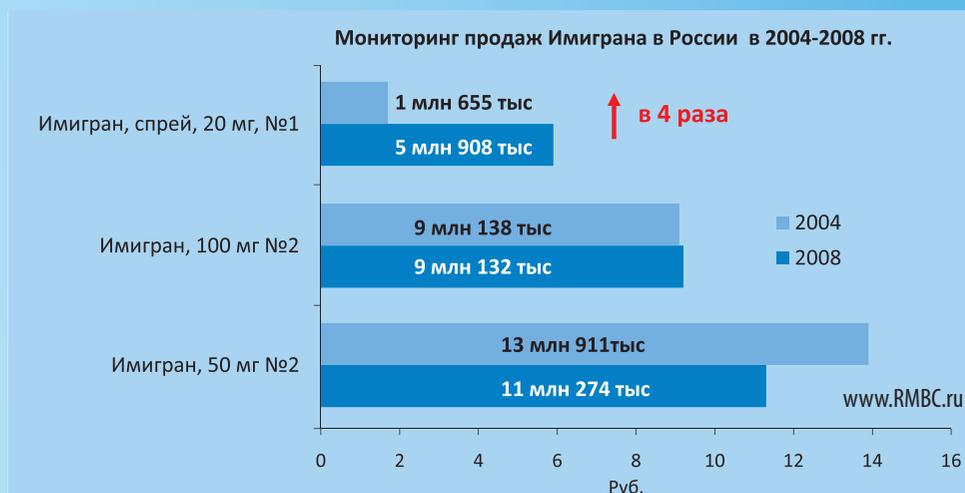


Рисунок 2. Анализ минимизации стоимости (Cost-minimization Analysis) 17 марта 2009 года

назальный спрей 20 мг для детей. В Великобритании, Швеции и в некоторых других странах данный препарат зарегистрирован для купирования мигренозной головной боли у детей.

Мы провели фармакокинетический анализ всех триптановых лекарственных средств и обнаружили некоторые отличия в представленной литературе. В России инъекционная форма Имигран не зарегистрирована. Поэтому Имигран назальный спрей имеет максимальную концентрацию в пределах часа. Однако не надо считать, что и другие лекарственные формы из группы триптанов имеют схожую фармакокинетику. Сейчас обсуждается целесообразность использования фроватриптана. Не до конца понятно: с одной стороны – это, вроде бы, тот лекарственный препарат, который будет предотвращать дальнейшие рецидивы развития повторной

головной боли; с другой – наличие длительного периода полного выведения увеличивает возможность частоты развития нежелательных лекарственных реакций. Сейчас эти данные обрабатываются. Мы хорошо знаем, что эту группу лекарственных средств не рекомендуется использовать с ингибиторами МАО и с некоторыми трициклическими антидепрессантами. В одной из последних монографий Альберто Корзини представлена полная схема лекарственных взаимодействий всех противоболевых средств (таблица 1).

Итак, преимущества применения назального спрея Имигран: инновационное лечение мигрени, удобство применения – эту форму препарата не нужно запивать водой, быстрота действия. Это препарат первой линии при тошноте и рвоте, имеющий высокий профиль безопасности.

Таблица 1. Оценка лекарственных взаимодействий

| | Флуканозол | Циметидин* | Пропранолол† | Макролиды | Л-дофа | Блокаторы Ca ⁺⁺ | Сибутрамин |
|--------------|------------|------------|--------------|-----------|--------|----------------------------|------------|
| Алмотриптан | | | | | | | + |
| Элетриптан‡ | + | | | + | | + | + |
| Фровотриптан | | | | | + | | + |
| Наратриптан | | | | | | | + |
| Ризатриптан | | | + | | | | + |
| Суматриптан | | | | | | | + |
| Золмитриптан | | + | | + | | | + |

* The half-life and AUC of zolmitriptan and its active metabolites are approximately doubled following administration of cimetidine.

† Rizatriptan 5 mg should be used in patients taking propranolol, as propranolol has been shown to increase the plasma concentrations of rizatriptan by 70%.

‡ Reported thus far in eletriptan clinical studies.