Глобальные практические рекомендации Международного общества головной боли по лечению приступов мигрени: адаптированная русскоязычная версия

CC BY 4.0

Осипова В.В.[1, 2], Винокуров М.А.[3], Артеменко А.Р.[4], Лебедева Е.Р.[5, 6], Сергеев А.В.[4], Азимова Ю.Э.[1, 7], Амелин А.В.[8], Ахмадеева Л.Р.[9], Доронина О.Б.[10], Екушева Е.В.[11], Карпова М.И.[12], Ковальчук Н.В.[4], Корешкина М.И.[13], Курушина О.В.[14], Латышева Н.В.[4], Наприенко М.В.[4], Скоробогатых К.В.[1], Табеева Г.Р.[4], Филатова Е.Г.[4]

[1]ООО «Университетская клиника головной боли», Москва; [2]ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва; [3]ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва; [4]ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва; [5]ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург; [6]Международный центр лечения головной боли «Европа-Азия», Екатеринбург; [7]ФГБНУ «Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии», Москва; [8]ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург; [9]ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа; [10]Клиника лечения боли и неврологических заболеваний «Сибнейромед», Новосибирск; [11]Академия постдипломного образования ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», Москва; [12]ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск; [13]АО «Медицинский центр РАМИ», Санкт-Петербург; [14]ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград

[1]Россия, 115093, Москва, ул. Люсиновская, 39, стр. 2; [2]Россия, 115419, Москва, ул. Донская, 43; [3]Россия, 127006, Москва, ул. Долгоруковская, 4; [4]Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2; [5]Россия, 620028, Екатеринбург, ул. Репина, 3; [6]Россия, 620144, Екатеринбург, ул. Фурманова, 67; [7]Россия, 125315, Москва, ул. Балтийская, 8; [8]Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8; [9]Россия, 450008, Уфа, ул. Ленина, 3; [10]630004, Новосибирск, ул. Вокзальная магистраль, 5; [11]Россия, 125371, Москва, Волоколамское шоссе, 91; [12]Россия, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64; [13]Россия, 191014, Санкт-Петербург, Кирочная ул., 13, литера А; [14]Россия, 400131, Волгоград, площадь Павших Борцов, 1

Статья подготовлена экспертами Российского общества головной боли (РОИГБ) и представляет собой адаптированную русскоязычную версию Глобальных рекомендаций Международного общества головной боли (МОГБ) по купированию приступов мигрени, разработанных с учетом данных систематических обзоров, метаанализов и консенсусных документов. Рекомендации имеют два уровня: оптимальный – для стран и регионов, где доступно большинство лекарственных средств, и базовый – для регионов с ограниченными возможностями лечения. Представлены алгоритмы терапии с использованием нестероидных противовоспалительных препаратов, триптанов, гепантов и особенности их применения у особых групп пациентов: беременных, пожилых, пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Указаны препараты, не зарегистрированные в Российской Федерации, и доступные альтернативы. Адаптированные рекомендации учитывают российскую специфику доступности препаратов и клинические рекомендации Минздрава России. Соблюдение рекомендаций позволит повысить качество помощи пациентам с мигренью в Российской Федерации.

Ключевые слова: *мигрень; купирование приступов; триптаны; гепанты; НПВП; лекарственно-индуцированная головная боль.*

Контакты: *Вера Валентиновна Осипова;* ***osipova_v@mail.ru***

Для цитирования: *Осипова В.В., Винокуров М.А., Артеменко А.Р., Лебедева Е.Р., Сергеев А.В., Азимова Ю.Э., Амелин А.В., Ахмадеева Л.Р., Доронина О.Б., Екушева Е.В., Карпова М.И., Ковальчук Н.В., Корешкина М.И., Курушина О.В., Латышева Н.В., Наприенко М.В., Скоробогатых К.В., Табеева Г.Р., Филатова Е.Г. Глобальные практические рекомендации Международного общества головной боли по лечению приступов мигрени: адаптированная русскоязычная версия. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2026;18(5):168–177. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2026-5-168-177*

Global practical recommendations from the International Headache Society for the treatment of migraine attacks: an adapted Russian-language version

Osipova V.V.[1,2], Vinokurov M.A.[3], Artemenko A.R.[4], Lebedeva E.R.[5,6], Sergeev A.V.[4], Azimova Yu.E.[1,7], Amelin A.V.[8], Akhmadeeva L.R.[9], Doronina O.B.[10], Ekusheva E.V.[11], Karpova M.I.[12], Kovalchuk N.V.[4], Koreshkina M.I.[13], Kurushina O.V.[14], Latysheva N.V.[4], Naprienko M.V.[4], Skorobogatykh K.V.[4], Tabeeva G.R.[4], Filatova E.G.[4]

[1]LLC "University Headache Clinic", Moscow; [2]Z.P. Solovyev Research and Practical Psychoneurological Center, Moscow Healthcare Department, Moscow; [3]Russian University of Medicine, Ministry of Health of Russia, Moscow; [4]I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow; [5]Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg; [6]International Headache Treatment Center "Europe-Asia", Yekaterinburg; [7]Research Institute of General Pathology and Pathophysiology, Moscow; [8]Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University of Ministry of Health of Russia, St. Petersburg; [9]Bashkir State Medical University, Ministry of Health of Russia, Ufa; [10]Clinic for the Treatment of Pain and Neurological Diseases "Sibneuromed", Novosibirsk; [11]Academy of Postgraduate Education, Federal Scientific and Clinical Center for Specialized Types of Medical Aid and Medical Technologies, FMBA of Russia, Moscow; [12]South Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia, Chelyabinsk; [13]JSC "RAMI Medical Center", St. Petersburg; [14]Volgograd State Medical University, Ministry of Health of Russia, Volgograd

[1]39, Lyusinovskaya St., Build. 2, Moscow 115093, Russia; [2]43, Donskaya St., Moscow 115419, Russia; [3]4, Dolgorukovskaya St., Moscow 127006, Russia; [4]8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119991, Russia; [5]3, Repina St., Yekaterinburg 620028, Russia; [6]67, Furmanova St., Yekaterinburg 620144, Russia; [7]8, Baltiyskaya St., Moscow 125315, Russia; [8]6-8, L'va Tolstogo St., St. Petersburg 197022, Russia; [9]3, Lenina St., Ufa 450008, Russia; [10]5, Vokzalnaya Magistral St., Novosibirsk, 630004, Russia, [11]91, Volokolamskoe Sh., Moscow 125371, Russia; [12]64, Vorovskogo St., Chelyabinsk 454092, Russia; [13]13, Kirochnaya St., lit. A, St. Petersburg 191014, Russia; [14]1, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd 400131, Russia

The article was prepared by experts of the Russian Headache Society (RHS) and represents an adapted Russian-language version of the International Headache Society (IHS) Global practice recommendations for the treatment of migraine attacks, developed taking into account data from systematic reviews, meta-analyses and consensus documents. The recommendations have two levels: optimal – for countries and regions where most medicines are available, and basic – for regions with limited treatment options. Treatment algorithms using non-steroidal anti-inflammatory drugs, triptans, and gepants are presented, along with specific considerations for their use in special patient groups: pregnant women, the elderly, and patients with cardiovascular diseases. Medicines not registered in the Russian Federation and available alternatives are indicated. The adapted recommendations take into account the Russian specifics of drug availability and the clinical recommendations of the Ministry of Health of Russia. Compliance with the recommendations will improve the quality of care for patients with migraine in the Russian Federation.

Keywords: *migraine; attack relief; triptans; hepants; NSAIDs; medication overuse headache.*
Contact: *Vera Valentinovna Osipova;* ***osipova_v@mail.ru***
For citations: *Osipova VV, Vinokurov MA, Artemenko AR, Lebedeva ER, Sergeev AV, Azimova YuE, Amelin AV, Akhmadeeva LR, Doronina OB, Ekusheva EV, Karpova MI, Kovalchuk NV, Koreshkina MI, Kurushina OV, Latysheva NV, Naprienko MV, Skorobogatykh KV, Tabeeva GR, Filatova EG. Global practical recommendations from the International Headache Society for the treatment of migraine attacks: an adapted Russian-language version. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2026;18(5):168–177. https://doi.org/10.14412/2074-2711-2026-5-168-177*

Настоящая публикация подготовлена экспертами Российского общества головной боли (РОИГБ) в соответствии с рекомендациями Международного общества головной боли (МОГБ; International Headache Society, IHS) с целью повышения качества лечения головной боли (в частности, мигрени) во всем мире [1]. Эти рекомендации основаны на имеющихся руководствах по лечению мигрени [2, 3] и консенсусах экспертов и предназначены для использования в качестве практического документа, применимого во всех странах и любых медицинских учреждениях, включая амбулаторное звено.

Рекомендации МОГБ состоят из двух частей: в первой рассматривается лечение приступа мигрени (так называемая острая терапия), во второй – профилактическое лечение. Настоящая статья посвящена *купированию приступа мигрени*.

Учитывая глобальный характер рекомендаций, они не были адаптированы под требования национальных процедур регистрации препаратов или специфической маркировки, принятой в отдельных странах. *Ничто из указанного в этих рекомендациях не призвано заменить маркировку препаратов, информацию, содержащуюся в инструкции по применению, характерные для конкретной страны или региона, а также не должно заменять местные клинические рекомендации. Главная цель рекомендаций – установить основные эффективные стандарты лечения мигрени как можно в большем числе стран.*

В связи с неодинаковой доступностью лекарственных средств в разных регионах мира рекомендации имеют два уровня: оптимальный и базовый. ***Оптимальный уровень (уровень 1 или А)*** предлагается для стран, где доступно большинство лекарственных средств. ***Базовый (уровень 2 или В)*** – для регионов с недостаточным уровнем медикаментозного обеспечения и ограниченными возможностями лечения, где доступны только средства, перечисленные в перечне основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) – WHO Model List of Essential Medicines [4].

Рекомендации имеют форму «вопрос-ответ», что облегчает понимание принципов и условий эффективности острой терапии. Приводим эти рекомендации.

Вопрос №1. Стоит ли применять триптаны, когда анальгетики и НПВП неэффективны?

A. Рекомендации оптимального уровня: пациентам с мигренью, не отвечающим на терапию* анальгетиками или нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), принимаемыми в адекватном режиме (корректные дозы и ранний прием – в начале приступа), рекомендован переход на триптаны [5–8].

B. Рекомендации базового уровня: пациентам с мигренью, не отвечающим на терапию* анальгетиками или НПВП, принимаемыми в адекватном режиме (корректные дозы и ранний прием – в начале приступа), рекомендован переход на любой доступный триптан.

**Пациент не избавился от боли через 2 ч после приема препарата.*

Вопрос №2. Если триптан эффективен лишь частично, стоит ли увеличить его дозу?

A. Рекомендации оптимального уровня: если триптан, принятый в начале мигренозного приступа, эффективен лишь частично*, при возникновении следующего приступа целесообразно увеличить разовую дозу до максимальной рекомендованной [6, 9]. Если ответ на прием триптана по-прежнему недостаточен, при следующем приступе рекомендован переход на другой способ введения (см. вопрос №3) или на другой триптан. Если три триптана были опробованы в корректной дозе без эффекта, рекомендован переход на другой класс препаратов для купирования острого приступа (см. вопросы №5 и 6).

B. Рекомендации базового уровня: если доступны только таблетки суматриптана в дозе 50 мг для перорального приема и их прием оказывает лишь частичный эффект, при следующем приступе рекомендуется доза 100 мг. Если доступны другие триптаны, нужно следовать приведенным выше рекомендациям первого уровня.

**Частичная эффективность: пациент не достиг облегчения боли через 2 ч после приема препарата.*

Комментарий: не следует принимать два разных триптана в течение одних и тех же суток. Аналогичным образом, триптаны и производные эрготамина не следует принимать вместе на протяжении одних суток.

Вопрос №3. Если у пациента с мигренью первый триптан оказался неэффективным, стоит ли «переключиться» на другой триптан?

A. Рекомендации оптимального уровня: если пациент не отвечает на терапию* первым триптаном, применяемым в корректной форме, дозе, а также в надлежащее время** в двух из трех приступов, рекомендован переход на другой триптан [6, 7]. Эта стратегия может быть применена максимум для трех разных триптанов; в случае неэффективности всех трех триптанов предлагается другой класс препаратов.

B. Рекомендации базового уровня: если в регионе доступны по крайней мере два триптана, следует выполнять рекомендации первого уровня. Если доступен только один триптан, рекомендовано сочетать его с НПВП или противорвотными средствами.

**Не отвечает на терапию: пациент не избавляется от боли через 2 ч после приема препарата.*

***Надлежащее время: триптаны более эффективны, если принимать их как можно раньше (при первом появлении головной боли). В ходе поведенческой терапии следует обучить пациентов раннему применению триптанов.*

Вопрос №4. Если у пациента с мигренью среди прочих симптомов имеется тошнота и/или рвота, стоит ли комбинировать противорвотные препараты с анальгетиками, НПВП или триптанами?

A. Рекомендации оптимального уровня: пациентам с мигренью, у которых приступы сопровождаются тошнотой и/или рвотой и не купируются при своевременном приеме препаратов для лечения приступа, рекомендовано к анальгетикам, НПВП или триптанам добавить противорвотное средство (если нет противопоказаний) [10, 11]. Если есть возможность, можно использовать официально зарегистрированные комбинации анальгетиков, НПВП или триптанов*.

B. Рекомендации базового уровня: пациентам с мигренью, у которых приступы сопровождаются тошнотой и/или рвотой, которые не купировались при своевременном приеме препаратов для лечения острого приступа, рекомендовано к анальгетикам, НПВП или триптанам добавить противорвотное средство, если нет противопоказаний.

**Например, НПВП или парацетамол + кофеин; НПВП + триптан.*

Комментарий: при многократном приеме НПВП может потребоваться гастропротекторная терапия.

Вопрос №5. Если триптан дает лишь частичный обезболивающий эффект, стоит ли использовать его комбинацию с НПВП?

A. Рекомендации оптимального уровня: пациентам с мигренью с частичным ответом* на триптан в виде монотерапии, даже после того как терапия триптанами была оптимизирована (см. вопросы №2 и 3), в качестве первого выбора рекомендована комбинация суматриптана (в дозе 50–100 мг) и напроксена натрия (550 мг) [12]. В качестве альтернативного варианта триптан можно комбинировать с любым пероральным НПВП с быстрым высвобождением**.

B. Рекомендации базового уровня: допустимо комбинировать любой доступный триптан с любыми доступными НПВП***.

**Частичный ответ: пациент не достиг облегчения боли через 2 ч после приема препарата.*

***В России доступны следующие быстродействующие пероральные формы НПВП: ибупрофен, парацетамол, диклофенак, кетопрофен, лорноксикам, а также ацетилсалициловая кислота.*

****Помимо приведенных выше препаратов, возможна комбинация суматриптана с целекоксибом.*

Вопрос №6. Эффективны ли гепанты в купировании мигренозного приступа?

A. Рекомендации оптимального уровня: гепанты* являются альтернативой для купирования приступа мигрени, если монотерапия триптаном или комбинированная терапия (см. вопросы №2, 3 и 5) плохо переносятся, неэффек-

тивны или эффективны лишь частично, а также у лиц, имеющих противопоказания к приему триптанов [13–19].

B. Рекомендации базового уровня: неприменимы.

**Из класса гепантов в России для купирования приступа зарегистрирован римегепант в дозе 75 мг.*

Вопрос №7. Допустимо ли применение производных эрготамина (спорыньи) для купирования мигренозного приступа?

A. Рекомендации оптимального уровня: использование производных эрготамина* для купирования приступов мигрени может быть рассмотрено, если все прочие рекомендованные методы лечения с лучшими профилями безопасности оказались неэффективными [20–22].

B. Рекомендации базового уровня: такие же, как и описанные выше в рекомендациях уровня А.

**В России с показанием «мигрень» зарегистрирован комбинированный препарат, содержащий эрготамин и кофеин.*

Комментарий: пациента необходимо предупредить о потенциальной возможности развития серьезных побочных эффектов, рецидива головной боли и о риске развития головной боли при избыточном применении лекарственных средств (лекарственно-индуцированная головная боль – ЛИГБ). Употребление препаратов спорыньи следует ограничить до одного дня в неделю.

Вопрос №8. Каковы временные рамки приема препаратов для купирования приступа?

A. Рекомендации оптимального уровня: пациентам с мигренью без ауры следует начинать лечение, пока интенсивность головной боли еще не столь выражена (предпочтительно как можно раньше – в начале фазы головной боли) [23]. Пациентам с мигренью с аурой следует начинать лечение, как только начинается фаза головной боли.

B. Рекомендации базового уровня: такие же, как описаны выше в рекомендациях уровня А.

Комментарий 1: чтобы избежать лекарственного абузуса, пациентов с мигренью следует информировать о том, что частый прием обезболивающих препаратов любых классов (НПВП, комбинированные анальгетики, триптаны и комбинация нескольких классов) увеличивает риск хронизации головной боли и формирования ЛИГБ [24–27].

Комментарий 2: в настоящее время нет данных о том, что гепанты могут вызывать развитие ЛИГБ [13].

Вопрос №9. Какие варианты лечения доступны для пациентов с рано возникающей рвотой во время мигренозного приступа?

A. Рекомендации оптимального уровня: пациентам, у которых отмечается ранняя рвота в начале приступа мигрени, рекомендованы препараты в парентеральных формах, таких как подкожные инъекции, интраназальные спреи или суппозитории, в зависимости от доступности того или иного препарата, а также личных предпочтений пациента. Также можно рассмотреть возможность приема таблеток, диспергируемых в полости рта, которые действуют быстрее, чем обычные таблетки. В качестве альтернативы можно предложить комбинацию простых анальгетиков, НПВП или триптанов с противорвотными средствами.

B. Рекомендации базового уровня: такие же, как и описанные выше в рекомендациях уровня А.

Комментарий: при многократном приеме НПВП может потребоваться гастропротекторная терапия.

Вопрос №10. Как можно лечить рецидив головной боли после первоначально успешного купирования приступа мигрени?

A. Рекомендации оптимального уровня: пациентам с рецидивом* головной боли после первоначального успешного купирования мигренозного приступа рекомендовано применение второй дозы того же препарата в пределах рекомендованной дозы. Если такой подход неэффективен, предлагается перейти на другой препарат, возможно, принадлежащий к другому классу. Если в большинстве приступов головной боли происходит ранний возврат боли, рекомендуется переход на другой вариант лечения, например на сочетание триптана с НПВП. Необходимо подождать не менее 2 ч с момента приема первой дозы, прежде чем принимать повторную дозу.

B. Рекомендации базового уровня: пациентам с рецидивом* головной боли после первоначального успешного купирования приступа мигрени рекомендовано применение второй дозы того же препарата в пределах рекомендованной дозы.

**Рецидив (возврат) головной боли определяется как повторный мигренозный приступ любой интенсивности, возникший в течение 48 ч после избавления от боли при предыдущем успешном купировании приступа [28, 29].*

Комментарий: при многократном приеме НПВП может потребоваться гастропротекторная терапия.

Вопрос №11. Как должно проводиться купирование мигренозного статуса – приступа мигрени, длящегося более 72 ч?

A. Рекомендации оптимального уровня: несмотря на отсутствие достоверных данных, пациентам с приступами, длящимися более 72 ч [28, 29], рекомендованы внутримышечная или другие формы введения НПВП, подкожное введение суматриптана* или пероральное/интраназальное введение дигидроэрготамина* (в комбинации с противорвотными средствами) [30, 31].

В условиях отделения неотложной помощи рекомендуются следующие лекарственные препараты (предпочтительно в форме растворов для внутривенного введения): НПВП или ацетилсалициловая кислота, с антидопаминергическими средствами или без них (к примеру, метоклопрамид и хлорпромазин) [32, 33].

Пациентам с мигренозным статусом, не поддающимся лечению указанными препаратами и их комбинациями, могут быть назначены стероиды, внутривенное введение магния сульфата, вальпроата натрия или дигидроэрготамина [34]. Также могут быть выполнены блокады затылочных нервов. В любом случае следует избегать назначения опиоидов.

B. Рекомендации базового уровня: такие же, как для рекомендаций уровня А, с использованием доступных методов лечения и лекарственных форм. Можно рассмотреть возможность внутривенного введения раствора дексаметазона (входит в перечень основных лекарственных средств ВОЗ).

**В России подкожная форма суматриптана и дигидроэрготамин не зарегистрированы.*

Комментарий: при многократном приеме НПВП может потребоваться гастропротекторная терапия.

Вопрос №12. Каково максимальное число дней в месяц, когда можно применять препараты для купирования приступа мигрени без увеличения риска развития ЛИГБ?

А. Рекомендации оптимального уровня: прием анальгетиков, НПВП не должен превышать 2–3 дней в неделю или 10 дней в месяц; для комбинированных анальгетиков* и триптанов – 2 дней в неделю или не более 8 дней в месяц [24, 25, 28, 29, 35, 36].

В. Рекомендации базового уровня: те же, что для уровня А.

**В европейские и российские рекомендации по купированию приступа мигрени включены комбинированные анальгетики, содержащие парацетамол и кофеин, но не опиоиды, барбитураты и метамизол натрия (анальгин) [2, 37].*

Комментарий 1: тем не менее в России по-прежнему широко применяются комбинированные анальгетики, содержащие метамизол натрия (анальгин), которые имеют высокий потенциал вызывать ЛИГБ и нежелательные побочные эффекты (в частности, изменения в периферической крови вплоть до агранулоцитоза и тромбоцитопении, особенно при регулярном и длительном применении) [38, 39]. ЛИГБ, связанная с применением анальгин-содержащих препаратов, до сих пор широко распространена в российской популяции пациентов с мигренью и головной болью напряжения [26, 27, 40–44].

*Комментарий 2: поскольку прием гепантов** не связан с риском развития ЛИГБ, этот класс препаратов является предпочтительным выбором для пациентов с частыми приступами мигрени [13].*

***В России для купирования приступов мигрени зарегистрирован римегепант в дозе 75 мг.*

Вопрос №13. Какая терапия предпочтительнее во время беременности и в период грудного вскармливания?

А. Рекомендации оптимального уровня: беременным женщинам, у которых приступы не могут быть адекватно купированы немедикаментозными методами, на протяжении всех трех триместров беременности с осторожностью можно применять парацетамол/ацетаминофен и триптаны [45–52]. При необходимости, а также у женщин с недостаточным обезболивающим эффектом от базовых препаратов может быть добавлен метоклопрамид с целью устранения тошноты и/или рвоты.

Во время грудного вскармливания наиболее предпочтительным средством является парацетамол/ацетаминофен. Диклофенак, напроксен, триптаны и гепанты* следует применять с осторожностью; например, рекомендуется прекратить грудное вскармливание на 8–12 ч после приема препарата [48, 50–52].

В. Рекомендации базового уровня: такие же, как описанные выше в рекомендациях уровня А, с использованием доступных методов лечения и лекарственных форм.

**В России для купирования приступов мигрени зарегистрирован римегепант в дозе 75 мг.*

Комментарий: в России, согласно инструкции по применению, использование римегепанта при беременности противопоказано, при грудном вскармливании необходима оценка пользы и риска применения.

Вопрос №14. Какие препараты могут применяться у детей и подростков, страдающих мигренью?

А. Рекомендации оптимального уровня: у детей и подростков для купирования приступов мигрени рекомендован парацетамол/ацетаминофен (в дозе 15 мг/кг, максимально 60 мг/кг в сутки) или ибупрофен (в дозе 10 мг/кг, максимально 30 мг/кг в сутки) [53]. Если вышеуказанные препараты неэффективны, у подростков в качестве терапии второй линии могут быть использованы триптаны. Среди триптанов предпочтительнее всего использовать ризатриптан (в дозе 5 мг для лиц с массой тела <40 кг, в дозе 10 мг при массе тела >40 кг), поскольку они лучше всего изучены у подростков. При наличии тошноты или рвоты, а также при очень тяжелых приступах может быть добавлен метоклопрамид.

В. Рекомендации базового уровня: такие же, как описанные выше в рекомендациях уровня А, с использованием доступных методов лечения и лекарственных форм.

Комментарий: при многократном приеме НПВП может потребоваться гастропротекторная терапия.

Вопрос №15. Какие препараты могут применяться у лиц 65 лет и старше, страдающих мигренью?

А. Рекомендации оптимального уровня: пациентам старше 65 лет с нормальной функцией печени в качестве терапии первой линии рекомендован парацетамол/ацетаминофен [54]. Также можно использовать комбинации парацетамола с кофеином, но с большой осторожностью, чтобы избежать рисков, связанных с чрезмерным употреблением кофеина, включая развитие ЛИГБ и головной боли, связанной с отменой кофеина.

В качестве альтернативного варианта возможно применение ацетилсалициловой кислоты и НПВП с мониторингом возможных побочных эффектов, связанных с желудочно-кишечными кровотечениями, а также почечной и печеночной недостаточностью.

Пациентам без неконтролируемой артериальной гипертензии, или серьезных сердечно-сосудистых заболеваний, или цереброваскулярных заболеваний предлагается использовать триптаны в качестве третьей линии терапии. Гепанты* являются альтернативными препаратами для лиц, у которых прием триптанов неэффективен или противопоказан [13–19].

Также может быть полезна дополнительная терапия противорвотными средствами. Предпочтение следует отдавать препаратам, не имеющим центрального механизма действия, в связи с возможным риском развития седативных и экстрапирамидных побочных эффектов, присущих противорвотным средствам центрального действия.

В. Рекомендации базового уровня: большинство рекомендаций такие же, как описанные выше в рекомендациях уровня А. Единственное отличие касается дополнительной фразы в следующем параграфе: «Пациентам без неконтролируемой артериальной гипертензии, или серьезных сердечно-сосудистых заболеваний, или цереброваскулярных

заболеваний предлагается использовать триптаны в качестве третьей линии терапии. Если монотерапия триптанами неэффективна, можно использовать комбинацию триптана с НПВП».

**В России зарегистрирован римегепант в дозе 75 мг.*

Комментарий: у пациентов старше 65 лет с мигренью без выявленных сопутствующих заболеваний, которые могли бы значительно изменить фармакокинетику препаратов, рекомендации могут соответствовать рекомендациям для более молодых возрастных групп, однако с более тщательным мониторингом побочных эффектов.

Вопрос №16. Какой подход к лечению приступа мигрени предпочтителен у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, с прочими сердечно-сосудистыми заболеваниями и неконтролируемой артериальной гипертензией в анамнезе?

A. Рекомендации оптимального уровня: пациентам с инсультом, сердечно-сосудистыми заболеваниями или неконтролируемой артериальной гипертензией в анамнезе в качестве первой линии острой терапии рекомендуется парацетамол, в качестве второй линии – гепанты* [13–16]. Также возможно использование НПВП, однако их прием следует ограничить при одновременном применении антитромботической терапии. Может быть полезна и терапия противорвотными средствами. Если парацетамол или гепанты* не оказывают положительного эффекта, возможно применение триптанов (с осторожностью и при условии, что вышеуказанные патологические состояния находятся в компенсированном состоянии). В любом случае следует избегать дигидроэрготамина и эрготамина.

B. Рекомендации базового уровня: пациентам с инсультом, сердечно-сосудистыми заболеваниями или неконтролируемой артериальной гипертензией в анамнезе в качестве первой линии терапии приступа рекомендуется парацетамол, в качестве второй линии – НПВП. Однако применение НПВП должно быть ограничено при одновременном применении антитромботической терапии. Может быть полезна и терапия противорвотными средствами. Если парацетамол не оказал должного анальгетического эффекта, возможно использование триптанов (с осторожностью и при условии, что вышеуказанные заболевания находятся в компенсированном состоянии). В любом случае следует избегать дигидроэрготамина и эрготамина.

**В России зарегистрирован римегепант в дозе 75 мг.*

Вопрос №17. Какие существуют подходы к лечению приступов менструальной мигрени?

A. Рекомендации оптимального уровня: женщинам, страдающим менструальной мигренью, в качестве препаратов первого выбора рекомендованы НПВП или триптаны [55, 56]. Комбинация триптанов с НПВП или триптанов с противорвотными средствами, а также комбинации НПВП с противорвотными средствами также могут быть использованы при неэффективности монотерапии (использования перечисленных препаратов по отдельности).

В качестве дополнительного варианта лечения можно рассматривать гепанты* [13–19]. Если вышеуказанные варианты терапии не дают должного результата, женщинам с регулярным циклом можно проводить краткосрочную профилактику**, применяя для этого напроксен.

В случае когда все вышеперечисленное неэффективно, при мигрени без ауры возможно рассмотреть назначение гормональных препаратов на постоянной основе, в том числе комбинированных гормональных контрацептивов или контрацептивов, содержащих только прогестерон. Назначение данных препаратов также позволяет достичь снижения числа дней с головной болью, облегчая переход на регулярное профилактическое лечение.

B. Рекомендации базового уровня: женщинам, страдающим менструальной мигренью, в качестве препаратов первого выбора рекомендованы НПВП или триптаны. Комбинации триптанов с НПВП или триптанов с противорвотными средствами, а также комбинации НПВП с противорвотными средствами могут быть использованы при неэффективности монотерапии. Если вышеуказанные варианты терапии не дают должного результата, женщинам с регулярным циклом возможно проведение краткосрочной профилактики* с применением для этого напроксена при его наличии. В случае когда все вышеперечисленное неэффективно, при мигрени без ауры возможно назначение гормональных препаратов на постоянной основе, в том числе комбинированных гормональных контрацептивов или контрацептивов, содержащих только прогестерон (при их наличии). Назначение данных препаратов также позволяет достичь снижения числа дней с головной болью, облегчая переход на регулярное профилактическое лечение.

**В России зарегистрирован римегепант в дозе 75 мг.*

***Краткосрочную профилактику следует начинать за 2–3 дня до первого дня менструации и продолжать в течение всего менструального периода.*

Заключение

Внедрение данных рекомендаций в клиническую практику позволит оптимизировать купирование приступов мигрени, повысить его эффективность и безопасность, а также снизить риск развития ЛИГБ у российских пациентов с мигренью. В заключение приводим дополнительные комментарии и рекомендации РОИГБ по купированию приступа мигрени, информацию о доступности препаратов, их лекарственных форм и доз в Российской Федерации (табл. 1), а также перечень препаратов, форм выпуска и доз, не зарегистрированных в России (табл. 2).

Дополнительные комментарии и рекомендации РОИГБ по купированию приступа мигрени

1. Лечение приступа мигрени следует начинать как можно раньше – в начале фазы головной боли, пока интенсивность боли еще невысока.

2. Быстрорастворимые формы НПВП действуют быстрее по сравнению с соответствующими таблетированными формами.

3. Триптаны являются препаратами выбора у пациентов с мигренью, не отвечающих на терапию анальгетиками или НПВП. В России доступны суматриптан, ризатриптан, золмитриптан и элетриптан в различных лекарственных формах.

Таблица 1. *Формы выпуска и дозы препаратов для купирования приступа мигрени, рекомендованные МОГБ (IHS) и доступные в России*

Table 1. *Dosage forms and doses of medicines for the relief of migraine attacks, as recommended by the IHS and available in Russia*

МНН препарата	Доступные в России формы выпуска и дозы	Рекомендованные IHS формы выпуска и дозы
Нестероидные противовоспалительные препараты		
Ацетилсалициловая кислота	Таблетки 50, 100, 300, 500 мг Таблетки диспергируемые (шипучие) 500 мг	Перорально от 500 до 1000 мг
Диклофенак	Таблетки 25, 50, 100 мг Суппозитории ректальные 50, 100 мг Раствор для инъекций 25 мг/1 мл	Перорально 50, 250 мг
Ибупрофен	Таблетки 200, 400, 800 мг Капсулы 200, 400 мг Суспензия 40 мг/1 мл, 100 мг/5 мл Суппозитории ректальные 60, 125 мг	Перорально от 400 до 600 мг
Кетопрофен	Таблетки 100, 150 мг Капсулы 50 мг Суппозитории ректальные 100, 160 мг Раствор для инъекций 50 мг/1 мл	Перорально от 75 до 150 мг
Декскетопрофен	Таблетки 25 мг Раствор для инъекций 25 мг/1 мл	Перорально 12,5 мг
Напроксен	Таблетки 250, 275, 550 мг	Перорально 250, 550 мг
Целекоксиб	Капсулы 100, 200 мг	Перорально 400 мг
Парацетамол/ацетаминофен	Таблетки 200, 500 мг Таблетки диспергируемые (шипучие) 500 мг Суспензия 120 мг/5 мл Суппозитории ректальные 50, 250, 500 мг	Перорально 1000 мг
Триптаны		
Суматриптан	Таблетки 50, 100 мг	Перорально 50, 100 мг
Ризатриптан	Таблетки 10 мг для приема внутрь Таблетки 10 мг орально диспергируемые	Перорально 10 мг
Золмитриптан	Таблетки 2,5 мг Спрей назальный 2,5 мг/доза	Перорально 2,5 мг Интраназально от 2,5 до 5 мг
Элетриптан	Таблетки 40 мг	Перорально 40 мг
Дигидроэрготамин в составе комбинированного препарата		
Кофеин + эрготамина тартрат	Таблетки 91,5 мг + 1 мг	Перорально 2 таблетки
Противорвотные средства		
Метоклопрамид	Таблетки 10 мг Раствор 5 мг/мл, 10 мг/2 мл	Перорально 10 мг
Домперидон	Таблетки 10 мг Таблетки 10 мг орально диспергируемые Суспензия 1 мг/1 мл	Перорально 10 мг
Гепанты		
Римегепант	Таблетки 75 мг орально диспергируемые	Перорально 75 мг

4. При неэффективности первого триптана рекомендуется переход на другой триптан (стратегия может быть применена максимум для трех разных триптанов).

5. Для более эффективного купирования приступов мигрени без ауры триптаны следует принимать в самом начале приступа головной боли – в первые 30 мин от начала головной боли. При мигрени с аурой триптаны следует принимать в конце фазы ауры или в начале фазы головной боли [57].

6. Комбинация триптана с НПВП (например, суматриптан 50–100 мг + напроксен 550 мг) повышает эффективность терапии у пациентов с частичным ответом на монотерапию.

7. Назальный спрей золмитриптана предпочтителен у пациентов, которые нуждаются в быстром эффекте препарата (начинает действовать через 15 мин), а также при наличии выраженной тошноты и рвоты [44, 58].

8. Таблетка ризатриптана 10 мг, диспергируемая в полости рта и не требующая запивания водой, растворяется на языке, что позволяет использовать ее при наличии тошноты и рвоты, так как жидкость, облегчающая проглатывание обычной таблетки, может усиливать сопутствующие диспепсические проявления приступа мигрени [58].

9. Гепанты представляют собой новый класс таргетной терапии, рекомендованный для купирования и профилактики мигрени. В России для купирования приступа мигрени без ауры и с аурой доступен римегепант в форме таблеток, диспергируемых в полости рта; для купирования приступа рекомендован прием 1 таблетки в дозе 75 мг в начале приступа мигрени; препарат также имеет и второе показание – профилактика эпизодической мигрени [18, 19]. Гепанты как средства купирования приступов мигрени могут быть рекомендованы всем пациентам, в том числе пожилым и лицам с противопоказаниями к триптанам или при их неэффективности [17, 19].

10. При наличии тошноты и рвоты целесообразно добавление противорвотных средств (метоклопрамид, домперидон) или использование не пероральных форм препаратов (назальный спрей, суппозитории).

Таблица 2. *Препараты для купирования приступа мигрени, не зарегистрированные в Российской Федерации*

Table 2. *Medicines for the relief of migraine attacks that are not registered in the Russian Federation*

Класс препаратов	Название препарата
НПВП	Толфенамовая кислота (tolfenamic acid)
Триптаны	Алмотриптан (almotriptan) Наратриптан (naratriptan) Фроватриптан (frovatriptan)
Гепанты	Атогепант (atogepant)* Уброгепант (ubrogepant) Завегепант (zavegepant)

*Препарат зарегистрирован в России только с показанием «Профилактическое лечение мигрени».

11. Мигренозный статус (приступ более 72 ч) требует парентерального введения препаратов в условиях стационара; следует избегать назначения опиоидов.

12. При назначении терапии приступов мигрени следует принимать во внимание возможный риск развития ЛИГБ и строго соблюдать требования к приему обезболивающих препаратов. Прием НПВП не должен превышать 14 дней в месяц, триптанов и комбинированных анальгетиков, содержащих парацетамол и кофеин, – 9 дней в месяц (в идеале допустимое число дней должно составлять 10 и 8 соответственно) [1]. Пациентов необходимо информировать о рисках чрезмерного употребления обезболивающих препаратов и о необходимости вести дневник головной боли для мониторинга частоты приема лекарств. В рандомизированных клинических исследованиях показано, что гепанты не вызывают ЛИГБ [13, 17, 19].

13. Не рекомендуются для купирования приступов мигрени любые препараты, содержащие метамизол натрия, в связи с риском развития агранулоцитоза; опиоидные анальгетики и препараты, содержащие кодеин или барбитураты (в связи с высоким риском лекарственного абузуса и ЛИГБ) [2].

14. Выбор терапии должен учитывать особенности отдельных групп взрослых пациентов: беременных и кормящих женщин (предпочтителен парацетамол), пожилых пациентов и лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями и риском их развития (парацетамол, при необходимости – гепанты).

Благодарность. *РОИГБ выражает благодарность Международному обществу головной боли (International Headache Society, IHS) за разработку и возможность использования Глобальных рекомендаций по купированию приступа мигрени в целях повышения качества помощи пациентам с мигренью во всем мире и в Российской Федерации в частности.*

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Puledda F, Sacco S, Diener HC, et al. International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine. *Cephalalgia*. 2024;44(8):3331024241252666. doi: 10.1177/03331024241252666

2. Азимова ЮЭ, Амелин АВ, Алферова ВВ и др. Клинические рекомендации «Мигрень». *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2022;122(1-3):4-36. doi: 10.17116/jnevro20221220234
Azimova YuE, Amelin AV, Alferova VV, et al. Clinical guidelines "Migraine". *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2022;122(1-3):4-36 (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20221220234

3. Амелин АВ, Соколов АЮ, Ваганова ЮС. Мигрень. От патогенеза до лечения. Москва: МЕДпресс-информ; 2023.
Amelin AV, Sokolov AYu, Vaganova YuS. Migraine. From pathogenesis to treatment. Moscow: MEDpress-inform; 2023 (In Russ.).

4. World Health Organization. World Health Organization Model List of Essential Medicines. 2023. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02

5. Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, et al. Triptans (serotonin, 5-HT1B/1D agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. *Cephalalgia*. 2002;22:633-58. doi: 10.1046/j.1468-2982.2002.00404.x

6. Sacco S, Lampl C, Amin FM, et al. European Headache Federation (EHF) consensus on the definition of effective treatment of a migraine attack and of triptan failure. *J Headache Pain.* 2022;23:133. doi: 10.1186/s10194-022-01502-z

7. Cameron C, Kelly S, Hsieh SC, et al. Triptans in the acute treatment of migraine: a systematic review and network meta-analysis. *Headache*. 2015;55:221-35. doi: 10.1111/head.12601

8. VanderPluym JH, Halker Singh RB, Urtecho M, et al. Acute treatments for episodic migraine in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2021;325:2357-69. doi: 10.1001/jama.2021.7939

9. Loder E. Triptan therapy in migraine. *N Engl J Med.* 2010;363:63-70. doi: 10.1056/NEJMct0910887

10. Kirthi V, Derry S, Moore RA. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013:CD008041. doi: 10.1002/14651858.CD008041.pub3

11. Schulman EA, Dermott KF. Sumatriptan plus metoclopramide in triptan-nonresponsive migraineurs. *Headache*. 2003;43:729-33. doi: 10.1046/j.1526-4610.2003.03133.x

12. Law S, Derry S, Moore RA. Sumatriptan plus naproxen for the treatment of acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4:Cd008541. doi: 10.1002/14651858.CD008541.pub3

13. Li D, Abreu J, Tepper SJ. A brief review of gepants. *Curr Pain Headache Rep.* 2023;27:479-88. doi: 10.1007/s11916-023-01149-8

14. Puledda F, Younis S, Huessler E-M, et al. Efficacy, safety and indirect comparisons of lasmiditan, rimegepant, and ubrogepant for the acute treatment of migraine: A systematic review and network meta-analysis. *Cephalalgia*. 2023;43:3331024231151419. doi: 10.1177/03331024231151419

15. Kuca B, Silberstein SD, Wietecha L, et al. Lasmiditan is an effective acute treatment for migraine: A phase 3 randomized study. *Neurology.* 2018;91:e2222-e2232. doi: 10.1212/WNL.0000000000006641

16. Ashina M, Reuter U, Smith T, et al. Randomized, controlled trial of lasmiditan over four migraine attacks: Findings from the CENTURION study. *Cephalalgia*. 2021;41:294-304. doi: 10.1177/0333102420965505

17. Dodick DW, Lipton RB, Ailani J, et al. Ubrogepant for the treatment of migraine. *N Engl J Med.* 2019;381:2230-41. doi: 10.1056/NEJMoa1813049

18. Lipton RB, Croop R, Stock EG, et al. Rimegepant, an oral calcitonin gene-related peptide receptor antagonist, for migraine. *N Engl J Med*. 2019;381:142-9. doi: 10.1056/NEJMoa1811090

19. Croop R, Goadsby PJ, Stock DA, et al. Efficacy, safety, and tolerability of rimegepant orally disintegrating tablet for the acute treatment of migraine: a randomised, phase 3, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2019;394:737-45. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31606-X

20. Silberstein SD, Kori SH. Dihydroergotamine: a review of formulation approaches for the acute treatment of migraine. *CNS Drugs*. 2013;27:385-94. doi: 10.1007/s40263-013-0061-2

21. Silberstein SD, McCrory DC. *Ergotamine* and dihydroergotamine: history, pharmacology, and efficacy. Headache. 2003;43:144-66. doi: 10.1046/j.1526-4610.2003.03034.x

22. Tfelt-Hansen P, Saxena PR, Dahlof C, et al. Ergotamine in the acute treatment of migraine: A review and European consensus. *Brain*. 2000;123:9-18. doi: 10.1093/brain/123.1.9

23. Табеева ГР, Амелин АВ, Ахмадеева ЛР и др. Оптимизация купирования приступов мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(2):126-33. doi: 10.14412/2074-2711-2023-2-126-133
Tabeeva GR, Amelin AV, Akhmadeeva LR, et al. Optimization of migraine attack treatment. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(2):126-33 (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2023-2-126-133

24. Ashina S, Terwindt GM, Steiner TJ, et al. Medication overuse headache. *Nat Rev Dis Primers*. 2023;9:5. doi: 10.1038/s41572-022-00415-0

25. Diener HC, Dodick D, Evers S, et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. *Lancet Neurol*. 2019;18:891-902. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30146-2

26. Князева ЯА, Лебедева ЕР. Факторы, ассоциированные с развитием лекарственно-индуцированной головной боли: литературный обзор. *Уральский медицинский журнал*. 2025;24(6):63-81. doi: 10.52420/umj.24.6.63
Knyazeva YaA, Lebedeva ER. Factors associated with the development of medication-overuse headache: a literature review. *Ural Medical Journal*. 2025;24(6):63-81 (In Russ.). doi: 10.52420/umj.24.6.63

27. Князева ЯА, Гилёв ДВ, Осипова ВВ, Лебедева ЕР. Демографические и коморбидные факторы, ассоциированные с развитием лекарственно-индуцированной головной боли. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2024;16(1S):12-8. doi: 10.14412/2074-2711-2024-1S-12-18
Knyazeva YaA, Gilev DV, Osipova VV, Lebedeva ER. Demographic and comorbid factors associated with the development of medication-overuse headache. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2024;16(1S):12-8 (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2024-1S-12-18

28. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38:1-211. doi: 10.1177/0333102417738202

29. Международная классификация головной боли. Пер. с англ. А.Ю. Тархова, Е.Л. Колегаевой, Е.Р. Лебедевой и др. 3-е изд. 2018. 206 с. Доступно по ссылке: https://painrussia.ru/upload/pdf/МКГБ-3.pdf
International Classification of Headache Disorders. Transl. from English by A.Yu. Tarkhov, E.L. Kolegaeva, E.R. Lebedeva, et al. 3rd ed. 2018. 206 p. (In Russ.). Available at: https://painrussia.ru/upload/pdf/МКГБ-3.pdf

30. Vecsei L, Szok D, Nyari A, et al. Treating status migrainosus in the emergency setting: what is the best strategy? *Expert Opin Pharmacother*. 2018;19:1523-31. doi: 10.1080/14656566.2018.1516207

31. Iljazi A, Chua A, Rich-Fiondella R, et al. Unrecognized challenges of treating status migrainosus: An observational study. *Cephalalgia*. 2020;40:818-27. doi: 10.1177/0333102420915166

32. Cete Y, Dora B, Ertan C, et al. A randomized prospective placebo-controlled study of intravenous magnesium sulphate vs. metoclopramide in the management of acute migraine attacks in the Emergency Department. *Cephalalgia*. 2005;25:199-204. doi: 10.1111/j.1468-2982.2004.00840.x

33. Robblee J, Zhao XR, Minen MT, et al. The 2023 protocol for update to acute treatment of adults with migraine in the emergency department: The American Headache Society evidence assessment of parenteral pharmacotherapies. *Headache*. 2024;64(7):869-72. doi: 10.1111/head.14744

34. Colman I, Friedman BW, Brown MD, et al. Parenteral dexamethasone for acute severe migraine headache: meta-analysis of randomised controlled trials for preventing recurrence. *BMJ*. 2008;336:1359-61. doi: 10.1136/bmj.39566.806725.BE

35. Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, et al. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology*. 2002;59:1011-4. doi: 10.1212/WNL.59.7.1011

36. Bigal ME, Serrano D, Buse D, et al. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache*. 2008;48:1157-68. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01217.x

37. Ornello R, Caponnetto V, Ahmed F, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of migraine. *Cephalalgia*. 2025;45(4):3331024241305381. doi: 10.1177/03331024241305381

38. Hoffmann F, Bantel C, Jobski K. Agranulocytosis attributed to metamizole: An analysis of spontaneous reports in EudraVigilance 1985–2017. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2020;126(2):116-25. doi: 10.1111/bcpt.13310

39. Curtis BR, Jehle S, Bein G, et al. Significant neutropenia induced by metamizole dependent neutrophil antibodies. *Blood Transfus*. 2024;22(1):86-7. doi: 10.2450/BloodTransfus.428

40. Табеева ГР, Осипова ВВ, Филатова ЕГ и др. Диагностика и лечение лекарственно-индуцированной головной боли: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(1):4-13. doi: 10.14412/2074-2711-2022-1-4-13
Tabeeva GR, Osipova VV, Filatova EG, et al. Diagnosis and treatment of medication-induced headache: recommendations of Russian experts. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(1):4-13 (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2022-1-4-13

41. Артеменко АР, Абрамов ВГ, Боженкина ТВ и др. Ботулинический токсин типа А (Релатокс) в преодолении лекарственного злоупотребления у пациентов с хронической мигренью: подгрупповой анализ результатов многоцентрового простого слепого рандомизированного сравнительного исследования IIIb фазы. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(11):64-74. doi: 10.17116/jnevro202312311164
Artemenko AR, Abramov VG, Bozhenkina TV, et al. Botulinum toxin type A (Relatox) in transition from medication overuse to non-overuse status in patients with chronic migraine: a subgroup analysis of phase IIIb randomized single-blind multicenter active-controlled parallel-group trial. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2023;123(11):64-74 (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro202312311164

42. Сергеев АВ. Лекарственно-индуцированная головная боль: механизмы предиспозиции и развития, генетические и клинико-психофизиологические маркеры, оптимизация терапии и профилактики: Дис. ... д-ра мед. наук. Москва; 2025. 231 с.
Sergeev AV. Medication-induced headache: mechanisms of predisposition and development, genetic and clinical-psychophysiological markers, optimization of therapy and prevention: Dis. ... Dr. Sci. (Med.). Moscow; 2025. 231 p. (In Russ.).

43. Ковальчук НА, Шагбазян АЭ, Табеева ГР и др. Избыточное потребление лекарственных средств для купирования головной боли при мигрени: результаты интернет-опроса. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):845-9. doi: 10.26442/20751753.2021.11.201146
Kovalchuk NA, Shagbazyan AE, Tabeeva GR, et al. Excessive use of medications for headache relief in migraine: results of an internet survey. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):845-9 (In Russ.). doi: 10.26442/20751753.2021.11.201146

44. Dodick D, Brandes J, Elkind A, et al. Speed of onset, efficacy and tolerability of zolmitriptan nasal spray in the acute treatment of migraine: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *CNS Drugs*. 2005;19(2):125-36.

45. Aube M. Migraine in pregnancy. *Neurology*. 1999;53:S26-28. doi: 10.1212/WNL.53.4_Suppl_1.S26

46. Zafeiri A, Edwin Amalraj R, Rod Thomas M, et al. Maternal over-the-counter analgesics use during pregnancy and adverse perinatal outcomes: cohort study of 151,141 singleton pregnancies. *BMJ Open*. 2022;12:e048092. doi: 10.1136/bmjopen-2020-048092

47. Nielsen GL, Sorensen HT, Larsen H, et al. Risk of adverse birth outcome and miscarriage in pregnant users of non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based observational study. *BMJ*. 2001;322:266-70. doi: 10.1136/bmj.322.7281.266

48. Cassina M, Di Gianantonio E, Toldo I, et al. Migraine therapy during pregnancy and lactation. *Expert Opin Drug Saf*. 2010;9:937-48. doi: 10.1517/14740338.2010.511612

49. Nezvalova-Henriksen K, Spigset O, Nordeng H. Triptan safety during pregnancy: a Norwegian population registry study. *Eur J Epidemiol*. 2013;28:759-69. doi: 10.1007/s10654-013-9831-x

50. Amundsen S, Nordeng H, Nezvalova-Henriksen K, et al. Pharmacological treatment of migraine during pregnancy and breastfeeding. *Nat Rev Neurol*. 2015;11:209-19. doi: 10.1038/nrneurol.2015.29

51. Екушева ЕВ. Тактика ведения женщин с приступами мигрени во время беременности. *Акушерство и гинекология*. 2019;(2):158-64. doi: 10.18565/aig.2019.2.158-164
Ekusheva EV. Management of women with migraine attacks during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 2019;(2):158-64 (In Russ.). doi: 10.18565/aig.2019.2.158-164

52. Екушева ЕВ, Дамулин ИВ. Современные подходы к терапии мигрени во время беременности. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;11(115):124-32. doi: 10.17116/jnevro2015115111124-132
Ekusheva EV, Damulin IV. Current approaches to treatment of migraine during pregnancy. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2015;115(11):124-32 (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro2015115111124-132

53. Chatterjee JH, Blume HK. Triptans in the Acute Migraine Management of Children and Adolescents: An Update. *Curr Pain Headache Rep*. 2024;28(7):641-9. doi: 10.1007/s11916-024-01213-x

54. Осипова ВВ. Мигрень в реальной практике: практическое руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2023. 120 с. doi: 10.33029/9704-7800-4-MRP-2023-1-120
Osipova VV. Migraine in real practice: a practical guide. Moscow: GEOTAR-Media; 2023. 120 p. (In Russ.). doi: 10.33029/9704-7800-4-MRP-2023-1-120

55. Nierenburg HdC, Ailani J, Malloy M, et al. Systematic review of preventive and acute treatment of menstrual migraine. *Headache*. 2015;55:1052-71. doi: 10.1111/head.12640

56. Короткова ДГ, Карпова МИ, Долгушина ВФ и др. Особенности выбора препаратов для купирования приступов мигрени и головной боли напряжения женщинами во время беременности. *Российский журнал боли*. 2024;22(3):12-8. doi: 10.17116/pain2024220312
Korotkova DG, Karpova MI, Dolgushina VF, et al. Preferable drugs for relief of migraine attacks and tension type headache in pregnant women. *Russian Journal of Pain*. 2024;22(3):12-8 (In Russ.). doi: 10.17116/pain2024220312

57. Pascual J, Mateos V, Roig C, et al. Marketed oral triptans in the acute treatment of migraine: A systematic review on efficacy and tolerability. *Headache*. 2007;47:1152-68.

58. Cady RK, Martin VT, Geraud G, et al. Rizatriptan 10-mg ODT for early treatment of migraine and impact of migraine education on treatment response. *Headache*. 2009;49(5):687-96.

Поступила / отрецензирована / принята к печати
Received / Reviewed / Accepted
23.06.2026 / 15.06.2026 / 16.09.2026

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Осипова В.В. https://orcid.org/0000-0002-1570-5009
Артеменко А.Р. https://orcid.org/0000-0002-6219-3384
Лебедева Е.Р. https://orcid.org/0000-0003-2463-7113
Сергеев А.В. https://orcid.org/0000-0002-7142-3719
Азимова Ю.Э. http://orcid.org/0000-0002-3713-4884
Амелин А.В. https://orcid.org/0000-0001-6437-232X
Ахмадеева Л.Р. https://orcid.org/0000-0002-1177-6424
Доронина О.Б. https://orcid.org/0000-0002-5136-7430
Екушева Е.В. https://orcid.org/0000-0002-3638-6094
Карпова М.И. https://orcid.org/0000-0001-5848-7235
Корешкина М.И. https://orcid.org/0000-0002-4908-1193
Курушина О.В. https://orcid.org/0000-0003-4364-0123
Латышева Н.В. https://orcid.org/0000-0001-9600-5540
Наприенко М.В. https://orcid.org/0000-0003-4204-2279
Скоробогатых К.В. https://orcid.org/0000-0002-1279-9548
Табеева Г.Р. https://orcid.org/0000-0002-3833-532X
Филатова Е.Г. https://orcid.org/0000-0001-9978-4180