

and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women // ANZ. J. Surg. 2001. – Vol. 71. – № 4. – P. 202–206.

33. Jerkeman M., Kaasa S., Kvale S., Cavallin-Stahl E. Health-related quality of life, assessed by the EORTC QLQ-C30 (VI.0), in patients with aggressive lymphomas treated with CHOP or MACOP-B In a multicentre randomized trial by the Nordic lymphoma group // Annals of Oncology, 1998. – Vol. 9, Supplement 4, abstr. 5190.

34. Montazeri A., Vahdaninia M., Harirchi I., et al. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. BMC Cancer, 2008.

35. Parkin D.M., et al. Global Cancer Statistics, 2005.

36. Parker P.A., Youssef A., Walker S., et al. Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer // Ann Surg Oncol. – 2007.

37. Poli-Bigelli S., Rodrigues-Pereira J., Carides A.D., et al. Addition of the neurokinin-1 receptor antagonist aprepitant to standard antiemetic therapy improves control of chemotherapy induced nausea and vomiting: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in Latin America. Cancer 2003;97:3090–8.

38. Rubino C. Figus A., Loretto L., Sechi G. Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes // J. Plast Reconstr Aesthet Surg. – 2007.

39. Sammarco A. Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer // Cancer Nurs. – 2001. – Vol. 24. – № 4. – P. 272–277.

40. Santoro E., DeSoto M., Hong Lee J. (February 2009). «Hormone Therapy and Menopause». – National Research Center for Women & Families.

41. Schmoll H.J., Aapro M.S., Poli-Bigelli S., et al. Comparison of an aprepitant regimen with a multiple-day ondansetron regimen, both with dexamethasone, for antiemetic efficacy in high-dose cisplatin treatment. Ann Oncol 2006;17:1000–6.

42. Sharipo K., Lopez A.M., Schwartz G.E., et al. Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables // J. Clin. Psychol. 2001. – № 57 (4). – P. 501–519.

43. Stanton A.L., Krishnan L, Collins C A. Form or function? Part 1. Subjective cosmetic and functional correlates of quality of life in women treated with breast-conserving surgical procedures and radiotherapy // Cancer. 2001. – Vol. 91. – № 12. – P. 2273–2281.

44. Thienthong S., Pratheepawanit N., Limwattananon C, Maoleekoonpaioj S., et al. Pain and Quality of Life of Cancer Patients: A Multi-Center Study in Thailand // J. Med Assoc Thai 2006; 89 (8): 1120–6.

45. Velanovich V., Szymanski W. Quality of life of breast cancer patients with lymphedema // Am. J. Surg. 1999. – Vol. 177. – № 3. – P. 184–187.

46. Velicova G., Stark D., Selby P. Quality of life instruments in oncology // Eur. J. Cancer. 1999. Vol. 35. – P. 1571–1580.

47. Veronesi U., Cascinelli N., Mariani L., et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer // N. Engl. J. Med. – 2002. – Vol. 347. – P. 1227.

Координаты для связи с авторами: Дьяченко Владимир Гаврилович – д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru; О Анастасия Сосунгиевна – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения, тел. 8-(4212)-30-54-26; Коваленко Виталий Леонидович – д-р мед. наук, главный врач КГБУЗ «ККЦО», тел. 8-(4212)-41-06-47.



УДК 616.857-08:615.7]:[314:330.12](048.8)

Т.Ю. Малыгина, Е.В. Слободенюк

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРИПТАНОВ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье представлен обзор литературных данных, посвященных одному из основных видов первичной головной боли – мигрени. Использование современных скрининговых методов позволяет повысить уровень диагностики пациентов, страдающих от приступов мигрени; оценить влияние мигрени на качество жизни пациентов; оценить изменение уровня качества жизни пациентов на фоне применяемой терапии через 3, 6, 12 месяцев от момента начала терапии. В данном обзоре описаны современные требования к препаратам, которые применяются для купирования приступов мигрени. А также приведен анализ фармацевтического рынка Триптанов в России и за рубежом.

Ключевые слова: мигрень, триптаны, качество жизни.

Summary

The review of literary data is presented in the article and devoted to one of main types of primary headache disorder – migraine. Using of modern screening methods allows to increase the level of diagnostic of the patients suffering from attacks of migraine; to estimate effect of migraine on quality of life of the patients; to estimate change of a level of quality of life of the patients against applied therapy in 3, 6, 12 months from the moment of the beginning of therapy. In this review modern requirements to medications which are applied to stopping the attacks of migraine are described. And also the analyses of pharmaceutical market of Trip-tan's in Russia and abroad are presented.

Key words: migraine, triptan, quality of life.

Мигрень – это хроническое заболевание, проявляющееся приступами тяжелой головной боли, которое начинается в раннем возрасте и сопровождает человека большую часть его жизни. Она рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как одна из двадцати ведущих причин нарушения адаптации человека и требует комплексного подхода к своему лечению [7, 18, 23]. Считается, что каждый человек в мире хотя бы один раз в жизни переносит классический приступ мигрени [1, 2, 4, 10, 14, 15].

На сегодняшний день в арсенале врача есть большой выбор лекарственных препаратов, которые показаны к применению как для облегчения приступа мигрени, так и для профилактической терапии, с целью уменьшения частоты и интенсивности приступов мигрени, а также для уменьшения количества принимаемых препаратов пациентами с мигренью. Антимигренозная и профилактическая терапия, а также немедикаментозные методы, способны значительно улучшить качество жизни пациентов, страдающих от приступов мигрени.

В повседневной практике мигрень плохо выявляется, часто неправильно диагностируется, а пациенты соответственно не получают оптимальной медицинской помощи. Как показывают эпидемиологические исследования, только 20 % больных с мигренью имеют соответствующий диагноз, а большая часть больных не обращается к врачам по поводу головной боли [18]. Мигрень наиболее часто поражает людей трудоспособного возраста. Частота развития приступов мигрени от 1-2 раз в неделю до 1-2 раз в год. Более чем у половины пациентов приступ развивается не реже 1 раза в месяц. Средняя частота приступов среди населения – 24 приступа в год [26, 32].

Патогенез мигрени сложен, недостаточно изучен. Предполагается, что в первой фазе приступа мигрени из тромбоцитов высвобождается серотонин. Повышение уровня серотонина (5-НТ) ведет к вазоконстрикции. Вазоконстрикция способствует снижению кровотока в отдельных участках мозга. При этом возникает гипоксия с уменьшением энергетического баланса мозга, активацией анаэробного гликолиза, образованием значительного количества молочной кислоты, развитием ацидоза, что усугубляет дальнейшие метаболические расстройства [13].

Мигрень, не является фатальным заболеванием, однако значительно снижает качество жизни

пациентов [3]. Под качеством жизни понимают интегральную оценку физического, психического и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии [9]. ВОЗ внесла мигрень в группу наиболее дезадаптирующих хронических заболеваний. Финансово-экономические затраты, связанные с временной нетрудоспособностью, а также с диагностикой и лечением мигрени, огромны и сравнимы с затратами при сердечно-сосудистых заболеваниях [3]. Также нужно учитывать то, что мигрень – это заболевание, диагностика которого в общей медицинской практике низка, одним из актуальных вопросов является использование скрининговых методов ее выявления. Эффективное применение скрининга может существенно повысить уровень диагностики, эффективность клинических консультаций, способствовать адекватному ведению больных с момента первого осмотра, а также повысить комплаентность пациентов с мигренью [18].

Поэтому важно знать, каким образом влияет заболевание на физическое, психологическое и социальное здоровье населения. Оценку качества жизни проводят при помощи специально разработанных и валидизированных опросников-анкет.

Для оценки показателей качества жизни сегодня широко используется общий опросник SF-36. Адаптация и валидация опросника SF-36 на русский язык проводилась в Межнациональном центре исследования качества жизни в г. Санкт-Петербурге. Данный опросник составлен таким образом, что успешно может применяться при оценке качества жизни здорового населения (в популяционных исследованиях), а также для больных с различными заболеваниями. Опросник подходит для самостоятельного заполнения пациентами. Данный опросник дает характеристику патологических изменений за последние 4 недели, этот временной интервал был предложен авторами опросника [20].

При обследовании пациентов с мигренью в неврологической практике и в научных исследованиях рекомендуется использовать адаптированный для использования в русскоязычной среде специфический опросник качества жизни при мигрени QVM как валидный и надежный инструмент для определения влияния мигрени на жизнь пациентов [16].

Для оценки нарушений трудоспособности, бытовой активности и степени дезадаптации у пациентов

с мигренью широко используют опросник MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale) – шкала оценки ограничения жизнедеятельности в связи с мигренью, позволяющая измерять количественно степень влияния повторяющихся приступов мигрени на жизнедеятельность пациента [18, 28, 33]. Данный опросник, в зависимости от результатов, позволяет выбрать тактику лечения. Опросник MIDAS прошел ряд тщательных научных тестов и был признан достоверным и последовательным. Данный опросник и метод оценки ограничения повседневной активности имеют много возможностей для практического применения как средства оценки качества жизни больного и потребности в медикаментозном лечении, средства определения тактики ведения больного, средства, повышения взаимопонимания между врачом и пациентом. Кроме того, с помощью опросника MIDAS врач может оценить эффективность проводимого лечения, в частности, изменение качества жизни на фоне выбранной терапии через 3, 6, 12 месяцев от момента начала терапии.

Эффективное лечение мигрени начинается с установления диагноза и проведения дифференциальной диагностики заболевания. Лечение специфическими антимигренозными средствами должно начинаться только после установления диагноза, в противном случае эти препараты не будут эффективны или даже способны нанести вред здоровью пациента. Так как мигрень является неизлечимым заболеванием, основной целью лечения является поддержание высокого качества жизни у пациента с мигренью путем обучения его быстро, эффективно и безопасно купировать мигренозную головную боль и ознакомления с целым рядом мероприятий, направленных на снижение частоты, интенсивности и длительности приступов [19]. В литературе активно обсуждается вопрос о влиянии скорости нарастания мигренозной боли на эффективность препаратов для ее купирования [17, 22, 24, 25]. Необходимым условием поставленной цели является сотрудничество врача и пациента, а также активное участие последнего в собственном лечении. Пациенту рекомендуется вести «дневник головной боли», где в течение 2-3 месяцев (на период обследования и лечения) необходимо регистрировать частоту, интенсивность, длительность головной боли, используемые лекарственные средства, день менструального цикла, а также желательно отмечать провоцирующие факторы и сопутствующие симптомы. В процессе лечения дневник может наглядно и достоверно демонстрировать его эффективность [19].

Мигрень традиционно рассматривается как прогностически благоприятное заболевание, которое не приводит к тяжелым осложнениям и инвалидизации. Но не стоит забывать, что это хроническое заболевание, которое приводит к тяжелым физическим страданиям, значительно снижает качество жизни, во многих случаях нарушает привычный жизненный стереотип, влияет на работоспособность, семейные отношения [18, 21, 34]. Влияние мигрени на состояние больного варьирует в зависимости от интенсивности сопутствующих симптомов и частоты приступов.

Ведущим фактором является интенсивный болевой синдром, однако мигрень сопровождается еще и сопутствующими симптомами, которые также существенно отражаются на работоспособности. 80 % пациентов испытывают очень сильные и тяжелые боли [29], 75 % – тошноту, фото- и фонофобию [30], более 70 % – нуждаются в постельном режиме [21]. Более 75 % пациентов считают, что их повседневная активность ограничена из-за мигрени.

Большинство людей, испытывающих частые (регулярные) головные боли, не обращаются за помощью к врачам, вместо этого пытаются использовать различные типы и способы самолечения, которые очень часто не приносят облегчения пациентам, так как не обладают терапевтической эффективностью. Те пациенты, которые все-таки обращаются за помощью к врачу – это чаще всего больные с частыми, либо тяжелыми головными болями, с высоким уровнем дезадаптации, и, как правило, это случаи, когда самолечение терпит неудачу и имеется негативный опыт применения симптоматических средств [27]. К сожалению, пациенты во всем мире предпочитают при приступе мигрени использовать симптоматические лекарственные препараты. В соответствии с данными американской ассоциации по изучению головной боли, при правильном подборе медикаментозной помощи при приступе мигрени эффективность лечения достигает 95 % [31].

Успех лечения во многом зависит от умения врача научить пациента распознавать триггеры и избегать ситуаций, провоцирующих мигрень. Многие пациенты не подозревают о существовании триггеров и/или не умеют их идентифицировать [5].

В лечении мигрени можно выделить три задачи. 1. *Предотвращение приступов.* Научив пациента выявлять предвестники, идентифицировать триггеры мигрени и избегать ситуаций, провоцирующих мигрень, можно добиться предотвращения или значительного снижения количества приступов без применения лекарств. 2. *Лечение приступов.* Многих пациентов, страдающих мигренью, дезадаптирует страх, связанный с ожиданием приступа. В связи с этим, очень важно проработать вместе с пациентом тактику лечения при различных сценариях развития мигрени. 3. *Профилактическое лечение мигрени.* В случае если приступы мигрени частые (более 2 раз в неделю) и/или, если поведенческие и фармакологические мероприятия малоэффективны, необходимо поставить вопрос о профилактическом лечении [6, 18].

В декабре 2012 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации были утверждены приказы № 1551н от 24.12.2012 г. «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при мигрени (профилактическое лечение)» и приказ № 1703н от 29.12.2012 г. «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при мигрени» [11, 12].

В приказе № 1551н от 24.12.2012 г. «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при мигрени (профилактическое лечение)» прописаны стандарты диагностики и профилактического

лечения для взрослого населения при средней и тяжелой стадии мигрени (3-я и 4-я ступени дезадаптации по шкале MIDAS) в амбулаторных условиях [11].

В приказе № 1703н от 29.12.2012 г. «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при мигрени» прописаны стандарты оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара для детей [12].

Основная цель лечения приступа мигрени состоит не только в устранении головной боли и сопутствующих симптомов, но и в быстром восстановлении дееспособности пациента и повышении качества его жизни. Требования, предъявляемые к лекарственному препарату для купирования приступа мигрени: простота применения и дозировки; эффективность при лечении различных форм мигрени; быстрое начало действия и высокая эффективность; облегчение сопутствующих симптомов (тошнота, рвота, фото- и фонофобия); восстановление или значительное улучшение самочувствия и трудоспособности; низкая частота рецидива головной боли после приема препарата; приемлемый профиль переносимости [19].

Существует два принципа купирования приступа мигрени — поэтапная стратегия лечения (терапию начинают с простой комбинации анальгетиков и при необходимости расширяют до триптанов) и стратифицированный комплексный подход. В основе стратифицированного подхода лежит оценка влияния мигрени на повседневную активность пациента с помощью шкалы MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale). В зависимости от ответов на 5 простых вопросов о потерях времени из-за головной боли в трех основных сферах жизни (учеба и трудовая деятельность, работа по дому и семейная жизнь, спортивная или общественная активность) определяется степень тяжести мигрени [7].

При выборе препарата для купирования приступа важно учитывать интенсивность головной боли. Важно заранее подобрать препарат для купирования приступа с учетом предшествующего опыта применения лекарств (эффективность, наличие побочных реакций), предпочтений и ожиданий пациента, тяжести предполагаемого приступа. Тактика «выживания» на сегодняшний день признана неправильной. Приступы мигрени могут длиться до 72 часов, и чем больше времени проходит с начала появления первых симптомов мигрени, тем хуже ответ на лечение [5].

В настоящее время в мире зарегистрировано 7 Международных непатентованных наименований (МНН) триптанов: алмотриптан, золмитриптан, наратриптан, ризатриптан, суматриптан, фроватриптан, элетриптан. Суматриптан имеет форму выпуска в виде таблеток, назального спрея, раствора для инъекций с периодом полувыведения около 3 часов,

а инъекционная форма имеет самое быстрое начало действия среди всех триптанов. У ризатриптана быстрое начало действия, приблизительно 30 минут, в то время как наратриптан и фроватриптан имеют латентный период более 4 часов, что компенсируется большим периодом полувыведения до 26 часов, а у ризатриптана длительность действия составляет 6 часов. Генерические препараты имеются только у суматриптана и наратриптана. Триптаны относительно безопасны для терапии приступов мигрени и различные исследования продемонстрировали, что они эффективны [23].

По данным Государственного Реестра лекарственных средств за 2012 год на территории Российской Федерации зарегистрировано 19 торговых наименований (без учета дозировок и количества таблеток в упаковке) лекарственных препаратов из группы «Триптаны», применяемых для купирования приступов мигрени, которые содержат 5 МНН (золмитриптан, наратриптан, суматриптан, фроватриптан, элетриптан). В инъекционной форме нет ни одного вида триптанов. Для быстрого купирования приступа, который сопровождается тошнотой и рвотой оптимальным препаратом является суматриптан в интраназальной форме. Генерические лекарственные препараты, зарегистрированные в РФ, есть только у суматриптана [8].

При приступе мигрени наиболее быстрого эффекта можно добиться при применении инъекционной формы суматриптана (головная боль начинает уменьшаться уже через 10 минут), но, к сожалению, в РФ не зарегистрировано ни одного торгового наименования суматриптана в лекарственной форме для инъекций. В РФ зарегистрированы торговые наименования суматриптана, которые выпускаются в форме назального спрея (имигран), а также в форме ректальных свечей (тримигрен), которые по данным завода производителя, на сегодняшний день по техническим причинам не производятся. Данные лекарственные формы очень удобны для применения пациентам, когда приступ мигрени сопровождается тошнотой и рвотой.

Выводы

Таким образом, на сегодняшний день, разработаны и активно применяются в работе врачей различные скрининговые методы диагностики пациентов с мигренью, позволяющие подобрать оптимальную схему терапии как в острый период, так для профилактики. Благодаря, тому что, сегодня на фармацевтическом рынке есть генерические препараты суматриптана, медикаментозное купирование приступов мигрени стало доступно для многих пациентов. Поэтому исследования, касающиеся изменения уровня качества жизни и приверженности пациентов к лечению на фоне применения триптанов являются актуальными.

Литература

1. Амелин, А.В. Мигрень (патогенез, клиника, фармакотерапия): методическое пособие для врачей. – СПб., 2000. – 55 с.
2. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень: патогенез, клиника, лечение. – СПб., 2001. – 240 с.
3. Артеменко А.Р. Хроническая мигрень: клиника, патогенез, лечение: автореферат, дис. докт. мед. наук. – М., 2010. – 47 с.
4. Вейн А.М., Данилов А.Б., Рябус М.В. Тактика ведения пациентов с мигренью // Лечащий врач. – 2001. – № 9. – С. 44–48.
5. Данилов А.Б. Как повысить эффективность лечения острых приступов мигрени // Трудный пациент. – 2009. – № 3. – С. 25–28.
6. Данилов А.Б. Современные подходы к лечению мигрени // Лечащий врач. – 2008. – № 8. – С. 31–37. – Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2008/08/5614756/> (дата обращения 10.05.2013).
7. Данилов А.Б., Глембоцкая Г.Т., Козуб О.В. Фармакоэкономические аспекты мигрени // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – № 4. – С. 79–81.
8. Малыгина Т.Ю., Слободенюк Е.В., Щербаносова Т.А. Анализ фармацевтического рынка триптанов, применяемых для купирования приступов мигрени, в Хабаровском крае // Депрессивные и болевые расстройства в общемедицинской практике: сборник материалов (тезисы докладов) XX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – М., 2013. – С. 261–262. – Режим доступа: <http://www.medlife.ru/book/literatura/Tesvs/publication.pdf> (дата обращения 10.05.2013).
9. Новик А.А., Ионова Т.Н. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: Элби, 1999. – 139 с.
10. Осипова В.В. Современные подходы к диагностике и лечению мигрени // Вестник семейной медицины. – 2010. – № 2. – С. 19–24.
11. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 1551н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при мигрени (профилактическое лечение)». – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/standards/projects/221> (дата обращения 20.05.2013).
12. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 г. № 1703н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при мигрени». – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/standards/projects/784> (дата обращения 20.05.2013).
13. Садоха К.А. Дифференцированная межприступная терапия мигрени // Медицинская панорама. – 2004. – № 4. – С. 41–44.
14. Садоха К.А. Перспективное предупреждение осложненной мигрени // Медицинские новости. – 2012. – № 5. – С. 30–32.
15. Соков Е.Л., Корнилова Л.Е. Мигрень: клиника, диагностика, лечение // Лечащий врач. – 2007. – № 5. – С. 8–11.
16. Старикова Н.Л. Клинические особенности и патогенетические механизмы регуляции состояния тригеминальной ноцицептивной системы при мигрени: автореферат, дис. докт. мед. наук. – Пермь, 2011. – 23 с.
17. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Эффективность сумамигрена при его назначении в раннем и позднем периодах развития мигренозного приступа // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – № 8. – С. 29–33.
18. Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. Мигрень. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2011. – 624 с.
19. Филатова Е.Г. Современные подходы к лечению мигрени // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – Том. 17. – С. 256–260.
20. Хелимская И.В. Значение анкетирования в современных медицинских исследованиях // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С. 134–137.
21. Clarke C.E., Mac Millan L., Sondhi S. Economic and social impact of migraine // Q. J. Med. – 1996. – № 89. – P. 77–84.
22. Ferrari M.D. Should we advise patients to treat migraine attacks early: method-ologic issues // Eur. Neurol. – 2005. – № 53. – Т. 1. – С. 17–21.
23. Huma U. Sheikh, Paul G. Mathewa. Acute and preventive treatment of migraine headache // Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. – 2012. – Vol. 16. – № 1. – P. 19–24.
24. Landy S.H., McGinnis J.E., McDonald S.A. Classification of developing and established clinical allodynia and painfree outcomes // Headache. – 2007. – № 47. – С. 247–255.
25. Lanteri M.M. What do patients want from their acute migraine therapy? // Eur. Neurol. – 2005. – № 53. – Т. 1. – С. 3–9.
26. Launer L.J., Terwindt G.M., Ferrari M.D. The prevalence and characteristics of migraine in a population-based cohort. The GEM Study // Neurology. – 1999. – № 53. – P. 537–542.
27. Link A.S., Kuris A., Edvinsson L. Treatment of migraine attacks based on interaction with trigemino-cerebrovascular system // J Headache Pain. – 2008. – № 9. – P. 5–12.
28. Lipton R.B., Stewart W.F., Sawyer J., Edmeads J.G. Clinical utility of an instrument assessing migraine disability: The Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire // Headache. – 2001. – № 41. – P. 854–861.
29. Lipton R.B., Stewart W.F., Simon D. Medical consultations for migraine: results from American Migraine Study // Headache. – 1998. – № 38. – P. 87–96.
30. Lipton R.B., Diamond S., Reed M., et al. Migraine diagnosis and treatment; results from American Migraine Study II // Headache. – 2001. – № 7. – P. 63–645.

31. Lipton R.B., Stewart W.F., Diamond S., et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II // Headache. – 2001. – № 7. – P. 646–657.

32. Steiner T.J. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity // Cephalgia. – 2003. – № 23. – P. 519–527.

33. Stewart W.F., Lipton R.B., Dowson A.J. Developing and testing of Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache – related disability // Neurology. – 2001. – № 56. – P. 20–28.

34. Stovner L.J., Hagen K., Jensen R., et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide // Cephalgia. – 2007. – № 3. – P. 193–210.

Координаты для связи с авторами: Малыгина Татьяна Юрьевна – аспирант кафедры фармакологии и клинической фармакологии ДВГМУ, тел. +7-924-303-66-33, e-mail: mtu81@list.ru; Слободенюк Елена Владимировна – д-р биол. наук, зав. кафедрой фармакологии и клинической фармакологии ДВГМУ, тел. +7-914-547-74-33.

