

Тысячелетняя мигрень

Л.С. Манвелов

Многие выдающиеся люди, внесшие огромный вклад в развитие науки и культуры, политические деятели, чьи имена человечество навеки сохранило в памяти, страдали мигренью: политики и общественные деятели – Гай Юлий Цезарь (у него была также эпилепсия), Жан Кальвин, Карл Маркс; ученые – Карл Линней, Чарльз Роберт Дарвин, Альфред Бернхард Нобель, Зигмунд Фрейд, Блез Паскаль; композиторы – Людвиг ван Бетховен, Петр Ильич Чайковский, Рихард Вагнер, Фредерик Шопен; писатели – Фридрих Ницше, Генрих Гейне, Эдгар Аллан По, Ги де Мопассан и многие другие. Так что же это – расплата за высокий интеллект, активную творческую деятельность, напряженную умственную работу? Конечно же, нет. Мигренью страдают не только миллионы трудолюбивых, но и не меньшее число лентяев и лежебок. Настоящая лекция посвящена истории изучения, механизмам развития, проявлениям, диагностике, лечению и профилактике этой распространенной и тяжелой болезни.

История изучения мигрени

История изучения мигрени насчитывает не одно тысячелетие. Еще за 3000 лет до нашей эры шумерский поэт, имя которого не сохранилось, описал головные боли, сопровождавшиеся возникновением слепоты. Этим заболеванием страдал он сам. Великий врач древности Гиппократ наблюдал и подробно описал случаи мигрени с предшествующими головным болям зрительными нарушениями, а также рвоту во время приступа. Он предлагал лечить таких больных кровопусканием и настоями мочегонных трав. Цельс, трудившийся в I веке до нашей эры, также хорошо знал это заболевание и отмечал, что оно длится всю жизнь, хотя ей и не угрожает. Цельс ошибался, полагая, что приступам мигрени обычно сопутствует лихорадка. Самое подробное по тем временам описание мигрени, появившееся во II веке нашей эры, принадлежит Аретею Каппадокийскому. Его часто и несправедливо называют первооткрывателем мигрени. Аретей пытался составить классификацию различных головных болей, выделив под названием “цефалгия” непродолжительные боли и назвав словом “цефалия” хронические головные боли. Мигрени он присвоил название “гетерокрания”, ошибочно выделив случаи со смертельным исходом, хотя, скорее всего, их можно было бы отнести к субарахноидальным кровоизлияниям.

Лев Сергеевич Манвелов – канд. мед. наук, врач лаборатории эпидемиологии и профилактики заболеваний нервной системы Научного центра неврологии РАМН, Москва.

Во II веке нашей эры Гален заменил название “гетерокрания” используемым до настоящего времени термином “гемикрания”. По его мнению, “гемикрания – это болезненное недомогание, затрагивающее половину головы (как правую, так и левую), при котором боль распространяется вдоль продольного шва”. Современное название “мигрень”, очевидно, является искаженным термином Галена.

Греческий врач Эгинат выделил такие факторы, провоцирующие приступы мигрени, как шум, крики, яркий свет, сильно пахнущие вещества, употребление вина.

В IV веке нашей эры Целий Аврелиан обратил внимание на то, что боль при мигрени может локализоваться в губине глазницы и отдавать в затылок.

Впервые в VI веке нашей эры Александр из Траллеса указал на отличие мигрени (гемикрании) от других головных болей (цефалии). В то же время он полагал, что источником головных болей являются нарушения желудочно-кишечного тракта.

Средневековая медицина в принципе ничем не обогатила сохранившиеся с древних времен знания о мигрени.

Среди врачей эпохи Возрождения следует упомянуть Жана Фернеля, жившего в XIII веке. В обширном сочинении “Universa medicina” он выразил сомнение в том, что мигрень – самостоятельное заболевание, и считал, что она скорее является симптомом различных страданий.

В XVI веке Шарль Ленуа, сам страдавший мигренью с юных лет, заметил, что колебания погоды оказывают влияние на развитие приступов мигрени. По-видимому, он первым высказал предположение о связи мигрени и эпилепсии. Этот же ученый сообщил о 12-летней девочке, у которой приступам мигрени сопутствовала временная гемиплегия (односторонний паралич руки и ноги). Поэтому его можно считать первооткрывателем гемиплегической формы мигрени.

В XVII веке Шарль Писо скрупулезно описал приступы мигрени, которой страдал сам. В частности, он обратил внимание на то, что приступы иногда завершаются сном, и вслед за Ленуа отметил возникновение приступов при перемене погоды.

В том же столетии швейцарский врач Й. Вепфер высказал предположение о том, что головная боль при мигрени связана с расширением сосудов мозга.

В 1666 г. впервые о связи мигрени с менструацией сообщил Й.-А. Ван-дер-Линден. Одной из его пациенток была супруга маркграфа бранденбургского, при каждой менструации страдавшая головными болями с рвотой. В 1723 г. Фатер описал временную гемианопсию (выпадение половины поля зрения). В XVII веке Дженнер рассматривал неправильное питание как фактор риска, способствующий

щий возникновению приступов мигрени, а спустя столетие Джон Розергилл подчеркнул значение диеты для профилактики этих приступов. Ему удалось выяснить, что их может спровоцировать употребление в пищу шоколада. В том же веке Томас Уиллис – известный клиницист-невролог и один из лучших знатоков мигрени своего времени – выделил две формы головной боли: хроническую и пароксизмальную, соответствующую мигрени. Он представил настолько подробное и тщательное описание болезни одной из своих пациенток (родственницы Уильяма Гарвея, описавшего большой и малый круг кровообращения), что оно не потеряло значения до настоящего времени. Головные боли появились у пациентки на 12-м году жизни и с тех пор периодически мучили ее, поражая обычно одну половину головы – левую или правую, хотя иногда и всю голову. Во время приступа, который, как правило, длился один или два дня, больная не переносила свет, разговор, шум, малейшие движения. Она проводила время, сидя в затемненной комнате, не желая ни с кем говорить и отказываясь от еды. К концу приступа она погружалась в глубокий сон, от которого пробуждалась уже здоровой. Уиллис также указывал на наследственный характер мигрени.

В XVIII столетии появляются обширные монографии, посвященные мигрени, сохранившие актуальность до настоящего времени. В 1758 г. Джон Фордайс опубликовал книгу “De Nemicrania”, в которой обратил внимание на усиленное мочеиспускание после приступа и рекомендовал лечение мигрени валерианой.

В XIX веке происходит дальнейшее расширение и углубление знаний по проблеме мигрени. В книге “Комментарии к развитию заболеваний и их лечению”, изданной в 1802 г. в Лондоне, Геберден дал подробное клиническое описание мигрени с характерными нарушениями зрения. Было рассмотрено влияние на развитие приступов мигрени таких факторов, как нервное напряжение, шум, усталость. Для лечения Геберден рекомендовал использовать частые кровопускания по 6 унций (1 унция = 29,86 г) и пилюли, в состав которых входили алоэ и мирра. Кроме того, он советовал один раз в месяц принимать рвотное средство, так как заметил, что рвота нередко прерывает приступ мигрени. В 1813 г. был опубликован труд Тиссо, оцениваемый как начало разработки современных представлений по проблеме мигрени.

В 1873 г. вышла в свет обширная монография о мигрени, которую написал доктор Эдвард Ливинг – архивариус Королевского медицинского общества. Она считается классическим трудом, лежащим в основе современного изучения мигрени.

Таким образом, верные представления о проявлениях мигрени сложились еще несколько веков назад, и современная наука в этом отношении немного сумела добавить к работам ученых прошлого, отличавшихся блестящей способностью наблюдать и правильно оценивать результаты своих исследований.

Конец XIX–начало XX века характеризуется всплеском активности в изучении мигрени. Достаточно сказать, что Флатау в монографии, посвященной мигрени, приводит свыше 470 работ по этой проблеме. Этот труд представляет собой непревзойденный до сих пор образец описания проявлений болезни и глубоких рассуждений о механизмах ее развития. В этот же период наряду со зрительной, или глазной, была описана офтальмоплегическая форма мигрени, первые наблюдения которой в 1860 г. представил Гублер. Наконец, выдающийся французский невролог Шарко сформулировал понятие осложненной мигрени, остающееся актуальным до наших дней.

Современный период изучения мигрени начался оживленной дискуссией о том, какие формы головной боли следует относить к мигрени. Ливинг считал, что это заболевание не всегда проявляется резкой односторонней болью. Он предполагал, и это было подтверждено только в настоящее время, что приступы мигрени могут выражаться и двусторонними головными болями. Того же мнения придерживались ученые с мировой известностью Говерс и Квинке. Так потерял свою актуальность один из считавшихся принципиальными симптомов мигрени – односторонние боли, и для целей диагностики на первый план были выдвинуты другие, ранее считавшиеся вторичными симптомы. Появились подробные описания зрительной ауры, которая хотя и была давно известна, но решающего значения в диагностике ей не придавалось. В 1898 г. Гед высказал мнение, что мигренью следует считать только те головные боли, которые начинаются с характерных зрительных симптомов – слепоты или гемианопсии, и только позднее к этим симптомам присоединяются головная боль и рвота. Эта точка зрения с некоторыми изменениями поддерживается и отдельными современными клиницистами. Однако в 1912 г. она была оспорена Флатау, считавшим, что зрительные симптомы нельзя считать основными для мигрени. Известный немецкий невролог Оппенгейм высказал мнение о том, что самыми важными, а нередко и единственными симптомами мигрени являются периодичность возникновения головной боли и рвота.

В последние десятилетия в связи с появлением современных методов диагностики и синтезом лекарственных средств в борьбе с мигренью появились качественно новые возможности.

Распространенность мигрени

По современным представлениям, мигрень – это одна из наиболее распространенных форм головной боли, обусловленная наследственной предрасположенностью.

Мигренью страдает 10–15% взрослого населения, причем женщины болеют в 1,5–2 раза чаще, чем мужчины. Пик распространенности заболевания у женщин достигается к 40 годам, а у мужчин – к 35 годам. Чаще всего болезнь начинается в подростковом или юношеском возрасте. Во время приступа более чем у 70% больных снижается работоспособность, свыше 30% из них вообще прекраща-

ют работать, а многие вынуждены соблюдать постельный режим.

Причины возникновения и механизм развития

Причина возникновения болезни до настоящего времени окончательно не установлена. Большинство специалистов предполагают большую роль генетических факторов в этиопатогенезе мигрени. Механизм развития мигрени сложен и до конца не выяснен. Однако несомненно, что он реализуется посредством активного взаимодействия сосудистых, нейрогенных и нейрохимических факторов. Одной из первых была разработана сосудистая теория, обоснованная экспериментальными данными. Предполагалось, что основными механизмами развития приступа являются спазм и последующее расширение как внечерепных, так и внутричерепных сосудов. По этой теории приступу головной боли предшествует обусловленная спазмом сосудов локальная ишемия мозга. Сама же боль вызывается расширением артерий с атонией их стенок и последующим отеком тканей, окружающих сосуды.

В течении мигрени выделяют несколько фаз. В **первой фазе** возникает спазм сосудов, ведущий к уменьшению кровоснабжения их стенок, которые становятся особо чувствительными к растяжению.

Во **второй фазе** наблюдается расширение сосудов и увеличиваются пульсовые колебания их стенок.

В **третьей фазе** возникает отек сосудистых стенок и тканей вокруг артерий.

В **четвертой фазе** эти изменения регрессируют.

Болевые ощущения отмечаются главным образом во второй (пульсирующие боли) и третьей (тупые боли) фазах приступа. Это подтверждается результатами ангиографического и радиоизотопного методов исследования. Тем не менее дальнейшие исследования показали, что выявляющаяся в начале приступа церебральную ишемию сложно связать со спазмом одной или даже нескольких артерий, а экспериментальное их расширение не всегда сопровождается головной болью. Согласно современным представлениям, для развития мигренозного приступа имеет значение не только расширение, но и переполнение кровью соединений мельчайших артерий (артериол) и вен (венул) – шунтирование крови в обход капиллярного русла.

Активная роль нейрогенных механизмов в развитии мигрени несомненна, поскольку головная боль не может возникнуть без участия нервной системы, а односторонний характер болей трудно объяснить без участия тройничного нерва. Нейрогенные механизмы сложны и включают в себя взаимодействие болевых и противоболевых систем, психологические и другие факторы.

Нейрохимические факторы включают ряд веществ, участвующих в формировании головной боли при мигрени, – это вазоактивные нейропептиды, серотонин, оксид азота, глутамат, аспартат и др. Они вызывают нарушения

проницаемости и расширение сосудов, сопровождающиеся признаками асептического воспаления.

Проявления мигрени

Выделяют несколько стадий заболевания, переходящих одна в другую: продром, аура, собственно головная боль, стадия разрешения от головной боли и постдром.

Симптомы продрома наблюдаются у 40% больных накануне или за несколько часов до начала головной боли: снижение настроения, раздражительность, чрезмерная активность или медлительность движений, необоснованная усталость, повышенная интеллектуальная активность или же, напротив, снижение концентрации внимания и замедленное мышление.

Аура часто сопровождается зрительными нарушениями: характерны мигрирующая скотома, фотопсии, реже – гемианопсия. Иногда выявляются парестезии: ощущения покалывания, жжения, онемения, распространяющиеся от кончиков пальцев на всю руку, лицо, рот, язык. Эти симптомы могут отмечаться в течение 10–30 мин. Аура наблюдается у 10–15% больных мигренью. Она не обязательно предшествует каждому приступу. У некоторых больных бывает только зрительная аура, а последующей головной боли может не наблюдаться или же появляется ощущение легкого дискомфорта в лобной области, которое получило название “обезглавленная мигрень”. Головные боли могут возникать сразу после ауры или же через несколько минут. Очень редко аура и головная боль появляются одновременно. Сначала возникает ощущение дискомфорта, а затем легкая, постепенно усиливающаяся головная боль, длительность которой обычно составляет от 12 до 24 ч. Чаще всего в начале приступа она бывает односторонней, но затем иногда может распространяться на всю голову. В половине случаев головные боли не сопровождаются ощущением пульсации, а если она и беспокоит, то непостоянно, ее может провоцировать движение головы или тела. Во время приступа головной боли отмечаются фотофобия (светобоязнь), фонофобия (звукобоязнь) и осмофобия (непереносимость запахов), у некоторых больных – гаптофобия (непереносимость прикосновения), а многие испытывают страх вибрации. В этой стадии бывают тошнота, реже – рвота, потеря аппетита, повторные опорожнения кишечника. Типичны боль в шее или повышенная чувствительность мышц скальпа, часто сохраняющиеся и после устранения головной боли. Многие больные во время приступа сонливы, но заснуть не всегда удается из-за болей, хотя сон обычно завершает мигренозный приступ. У большинства больных отмечаются вегетативные расстройства: озноб, повышение температуры тела, потливость, сердцебиение, сухость во рту, ощущение удушья, зевота, боли в верхней части живота, понос, учащенное и обильное мочеиспускание. Иногда эти проявления заболевания резко усиливаются и сопровождаются страхом. Такие состояния называются паническими атаками. Во время приступа мигрени больные стараются уединиться в за-

темненной комнате и укрыться одеялом. Они не переносят яркого света и громких звуков.

Для стадии разрешения, или окончания, приступа мигрени наиболее характерен сон, наблюдающийся более чем у 50% больных, особенно у детей; приступ может прекращать рвота.

Для стадии постдрома типичны резкая слабость, раздражительность, боли в мышцах. Это состояние может длиться от 1 ч до нескольких дней.

Мигрень отличается разнообразием форм. Рассмотрим основные из них.

Мигрень без ауры, или, как раньше ее называли, простая мигрень, является наиболее распространенной формой, составляя более 2/3 случаев заболевания. Диагностируется при наличии в прошлом не менее 5 приступов длительностью (без соответствующего лечения) от 4 до 72 ч. Головные боли при этом односторонние, пульсирующие, средней или тяжелой интенсивности, препятствующие выполнению привычной работы. Они усиливаются при обычной физической нагрузке или ходьбе. Отмечаются тошнота и/или рвота, свето- и звукобоязнь. При этом у больного не должно быть неврологической патологии и заболеваний внутренних органов, которые могут приводить к головной боли.

Мигрень с аурой. Аура проявляется очаговыми неврологическими симптомами, которые постепенно нарастают в течение 5–20 мин и полностью исчезают через 1 ч. Возникновение ауры объясняют преходящей ишемией головного мозга, приводящей к появлению тех или иных симптомов (нарушение движений, чувствительности, координации и др.), ни один из которых не продолжается дольше 1 ч.

Мигрень с типичной аурой. Это самая частая форма мигрени с аурой, которую раньше называли классической. Она составляет около 1/3 всех случаев заболевания. Аура проявляется определенными неврологическими симптомами или их сочетанием: зрительными расстройствами, односторонними парестезиями (ощущения онемения, ползания мурашек, жжения, покалывания и др.), гемипарезом (слабость в конечностях на одной стороне), нарушениями речи. Чаще всего отмечаются зрительные, затем чувствительные и гораздо реже – двигательные и речевые расстройства. У большинства больных зрительные нарушения наблюдаются в виде сверкающих точек, зигзагов, шаров, молниеподобных вспышек. Выраженность этих симптомов нарастает в течение нескольких секунд или минут. Часто сверкающие зрительные расстройства сменяются выпадением участков полей зрения, иногда достигая степени гемианопсии. Встречаются и сочетания зрительных нарушений с онемением половины лица, языка, тела и реже со слабостью в конечностях, нарушением речи. Иногда двигательные, чувствительные и речевые расстройства появляются изолированно, без головной боли, тогда их называют “обезглавленная мигрень”. В тех случаях, когда неврологические расстройства возникают на правой стороне (правосторонние гемианопсия, гемипарез, ге-

мипарез), головная боль беспокоит слева, и наоборот. Только в 10–15% случаев головная боль встречается на той же стороне. У большинства больных аура отличается постоянством.

Зрительные нарушения при мигрени весьма разнообразны, но обладают двумя признаками: вовлечением обоих глаз и преходящим характером. Они продолжаются не больше 20–30 мин. Затем появляется пульсирующая головная боль, нарастающая в течение 0,5–1,5 ч и сопровождающаяся тошнотой, а иногда и рвотой. Продолжительность приступа в среднем составляет 6 ч. Часто отмечаются повторные приступы с последующим длительным светлым промежутком, во время которого сохраняется повышенная чувствительность к яркому свету, громким звукам, резким запахам и острой пище.

Семейная гемиплегическая мигрень – вариант мигрени с типичной аурой, характерным признаком является гемипарез (слабость в конечностях с одной стороны). Во время приступа у больных после зрительных расстройств или без них появляются парестезии в пальцах руки (покалывание, онемение, зябкость и др.), которые медленно распространяются на язык и лицо с той же стороны. В некоторых случаях эти ощущения захватывают и ногу. Затем наблюдается затруднение движений, иногда вплоть до гемиплегии (паралича). Эти нарушения сохраняются от 2 мин до 1 ч. Приступы с гемипарезом у большинства больных сочетаются с более частыми приступами без гемипареза. Заболевание носит семейный характер.

Базиллярная мигрень. Встречается редко, главным образом у девочек в период полового созревания. Начинаются приступы с двустороннего нарушения зрения, головокружения, шума в ушах, нарушения речи, координации, двусторонних парестезий в руках и ногах, области рта и языка. Длительность такого состояния составляет от нескольких до 20 мин. К этим симптомам присоединяется головная боль продолжительностью в несколько часов. Затем больная засыпает. Очень редко бывают коматозоподобные состояния.

Офтальмоплегическая мигрень – редкая форма, при которой на высоте головной боли или в начале приступа развиваются различные глазодвигательные нарушения: односторонний птоз (опущение верхнего века), страбизм (косоглазие), двоение в глазах, расширение зрачка на стороне боли и др. Эти нарушения объясняются сдавлением глазодвигательного нерва расширенными и отечными сонной артерией и венозным кавернозным синусом или спазмом артерии глазодвигательного нерва, приводящим к его ишемии. Приступы офтальмоплегической мигрени в большинстве случаев чередуются с приступами с типичной аурой.

Ретинальная мигрень. Заболевание встречается также редко и отличается от мигрени с типичной зрительной аурой появлением преходящей скотомы или слепоты на один или оба глаза. Предполагают, что зрительные расстройства возникают из-за спазма центральной артерии

сетчатки. Приступы ретинальной мигрени у большинства больных чередуются с приступами без ауры или с типичной аурой.

Мигренозный статус. Это состояние, проявляющееся сериями тяжелых, следующих друг за другом приступов с интервалом меньше 4 ч, которые сопровождаются многократной рвотой, либо одним очень тяжелым приступом продолжительностью больше 72 ч, который нельзя снять привычными для больного болеутоляющими средствами. Типично постепенное нарастание симптомов. Головная боль вначале локальная и пульсирующая, затем становится диффузной и распирающей. Отмечается многократная рвота, приводящая к обезвоживанию, развиваются общая слабость, адинамия. Могут появляться очаговые неврологические симптомы. Причинами, способствующими возникновению мигренозного статуса, могут быть резкие эмоциональные потрясения, неадекватный прием болеутоляющих препаратов, злоупотребление спиртными и содержащими кофеин напитками, нарушение режима сна и питания, лечение эстрогенами, наследственная предрасположенность.

Мигренозный инсульт. Для этого заболевания характерны стойкие неврологические расстройства, развивающиеся в результате длительной локальной ишемии мозга при тяжелом приступе мигрени. У большинства больных неврологические нарушения проходят полностью в течение 3 нед, хотя изменения в мозге в виде кист остаются навсегда.

Лечение мигрени

Проявления мигрени у больных весьма разнообразны, поэтому в каждом конкретном случае выбор лечения должен быть строго индивидуальным. Часто лекарства, достаточно эффективные у одного больного, не дают результата у другого. Мигрень относится к заболеваниям, которые называют «капризными» из-за трудности предсказания результатов лечения. Основными направлениями терапии больных являются ликвидация приступов, их профилактика и лечение сопутствующих расстройств.

Медикаментозное лечение при приступе мигрени условно разделяют на специфическое (препараты, которые могут приостановить развитие приступа мигрени) и неспецифическое (препараты с обезболивающим действием). К специфическим средствам относятся эрготамин, дигидроэрготамин, суматриптан, наратриптан, золмитриптан, а к неспецифическим – простые и комбинированные анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты.

К ненаркотическим анальгетикам относятся аспирин, парацетамол и др. Чем раньше (т.е. в самом начале приступа) их применяют, тем эффективнее они действуют. Аспирин принимают внутрь по 1–2 таблетки (0,5–1 г), а парацетамол – по 0,5 г в таблетках внутрь или в ректальных свечах. Максимальная суточная доза не должна превышать 4 г. Эффективно сочетание этих средств с кофеином, тонизи-

рующим вены (например, в составе таблеток аскофена). Аналогичное действие оказывают комплексные препараты, такие как седалгин. Дополнительно при необходимости назначают метоклопрамид (церукал, реглан) и домперидон, являющиеся эффективными средствами, ускоряющими выведение пищи из желудка.

Из нестероидных противовоспалительных препаратов при приступе эффективны напроксен и диклофенак, которые предпочтительно применять в форме ректальных свечей. Кроме того, для лечения и для профилактики приступов возможно применение и других средств этой группы: ибупрофена, индометацина, нурофена, найза.

Специфическим антимигренозным препаратом является эрготамин. Обычно применяют 0,1% раствор гидротарtrate эрготамина по 15–20 капель в 1/2 стакана воды. Возможно введение препарата внутривенно или внутримышечно в начальной дозе 0,5 мг. Эффективен также аэрозоль дигидергот (применяется в виде капель в нос). Однако препараты эрготамина противопоказаны при целом ряде заболеваний – поздней стадии артериальной гипертонии, выраженном атеросклерозе, стенокардии, нарушениях функции печени и почек. В этом и заключается коварство такого лечения, поскольку многие пациенты с определенного момента начинают принимать эрготаминовые производные бесконтрольно. И хотя всем хорошо известно, что нельзя лечиться по собственному назначению, без рекомендации врача, многие не считают нужным соблюдать это простое правило и расплачиваются за свое легкомыслие тяжелыми осложнениями. Недаром еще 2500 лет назад великий древнегреческий мудрец Сократ размышлял: «Почему человек знает, что хорошо, а желает то, что плохо». К сожалению, это изречение философа не потеряло актуальности и в настоящее время.

С начала 1990-х годов для лечения мигрени стали применять триптаны. В России из этой группы наиболее эффективных противомигренозных средств в основном используют суматриптан и золмитриптан (зомиг).

Суматриптан быстро и надежно снимает приступ мигрени у подавляющего большинства больных, особенно при введении его в виде инъекций. Однако примерно у 1/3 пациентов в ближайшие сутки развиваются рецидивы приступа, что требует повторного приема препарата, который можно принимать не раньше, чем через 1 ч. Максимальная суточная доза не должна превышать 12 мг. При введении препарата в инъекциях его действие наступает уже через несколько минут. Суматриптан противопоказан при ишемической болезни сердца, перенесенном в прошлом инфаркте миокарда, неконтролируемой артериальной гипертонии, одновременном приеме препаратов, содержащих эрготамин и его производные, а также ингибиторов моноаминоксидазы в период до 14 дней после их отмены.

Золмитриптан (зомиг) эффективен во время приступа в дозе 2,5 мг, эту дозу препарата можно повторить не раньше, чем через 2 ч. В случае необходимости повторного введения лекарства его дозу для полного снятия приступа

увеличивают до 5 мг, а суточная доза не должна превышать 15 мг.

Состояние страдающего мигренью зависит от частоты и выраженности приступов и сопутствующих симптомов. Тем не менее нередко бывает, что головные боли средней интенсивности могут значительно нарушать качество жизни больного и его социальную адаптацию, а в других случаях, напротив, резкие, но непродолжительные боли почти не сказываются на общем состоянии больного. Поэтому медикаментозное лечение назначается каждому пациенту строго индивидуально. При редких и неинтенсивных приступах бывает достаточно приема простых (анальгин, аспирин) или комбинированных (баралгин, седалгин) анальгетиков либо нестероидных противовоспалительных препаратов (мовалис, найз, ортофен, диклофенак). При резких головных болях применяют специфическое лечение, и в первую очередь триптаны.

Лечение мигренозного статуса. При мигренозном статусе необходимо стационарное лечение. В этих случаях проводят комбинированное лечение с использованием широкого спектра препаратов специфического и неспецифического действия, включая стероидные и седативные препараты, транквилизаторы. Кроме того, рекомендуется внутривенное капельное введение гидрокарбоната натрия, реополиглюкина, солевых растворов.

Профилактика приступов и лечение сопутствующих расстройств. Если у больного отмечаются два и более приступов мигрени в месяц, то рекомендуется подобрать индивидуальное профилактическое лечение. Важное значение имеют соблюдение режима труда и отдыха, достаточный, но не избыточный сон. Учитывая роль стрессовых и конфликтных ситуаций в развитии приступов мигрени, в случаях, когда не удается устранить способствующие им обстоятельства, необходима консультация психолога и применение специальных методов лечения, таких как аутогенная тренировка, биологическая обратная связь и др. Они особенно необходимы при появлении тревожности, снижении настроения.

Известно, что у некоторых женщин прием пероральных контрацептивов учащает или даже вызывает впервые приступы мигрени, в связи с чем рекомендуют другие способы контрацепции. Однако наблюдались и случаи, когда, напротив, применение пероральных контрацептивов снижало частоту и интенсивность приступов мигрени.

Некоторые виды пищи и напитков могут провоцировать приступ: жирная пища, какао, шоколад, сыр, молоко, орехи,

яйца, помидоры, сельдерей, цитрусовые, алкоголь, особенно пиво и красное вино. В этих случаях следует либо отказаться, либо сократить потребление таких “провокаторов”.

При частых (2 в месяц и более) и тяжелых приступах рекомендуют проводить профилактическое лекарственное лечение с использованием различных препаратов: β -адреноблокаторов, антиконвульсантов, блокаторов кальциевых каналов, нестероидных противовоспалительных средств, трициклических антидепрессантов.

Широко применяются немедикаментозные методы физической терапии, назначаемые в зависимости от формы заболевания. Используют электрофорез сульфата магния или чередование его с электрофорезом новокаина на воротниковую зону и область шеи, а также назальный электрофорез новокаина, папаверина, димедрола. В физиотерапевтическом лечении используют индуктотермию, ножные ванны. Рекомендуется ультрафиолетовое облучение воротниковой зоны, диадинамические и синусоидальные модулированные токи, воздействие магнитным полем, ультразвуком. Положительное влияние оказывают грязевые аппликации на воротниковую зону в сочетании с радоновыми или сульфидными ваннами. С успехом используется рефлексотерапия (иглоукальвание, лазеротерапия, прижигание). Важное значение для профилактики обострений болезни имеют прогулки, пребывание на свежем воздухе, лечебная физкультура, массаж воротниковой зоны и головы. Эффективны веерный и циркулярный душ, углекислые и жемчужные ванны.

Больным показано санаторно-курортное лечение, оказывающее общеукрепляющее действие, благотворно влияющее на нервную и сердечно-сосудистую систему. Предпочтительнее пребывание на местных курортах, чтобы не проходить акклиматизацию и избежать возможного обострения болезни. Лечение на южных курортах возможно в нежаркое время года.

В заключение следует подчеркнуть, что на эффективность лечения больных мигренью влияет целый ряд факторов: возраст, длительность и форма заболевания, сопутствующие страдания, эмоциональные расстройства, вредные привычки, несоблюдение режима дня и питания. Нельзя рассчитывать на благоприятные результаты лечения, если больной злоупотребляет алкоголем, курит, испытывает тяжелые стрессовые ситуации. Современные методы диагностики, лечения и профилактики мигрени позволяют сохранить здоровье и значительно улучшить качество жизни пациентов. ●



Читайте журнал “Нервы” – журнал популярных образовательных программ в неврологии

Выпускается издательством “Атмосфера” при научной поддержке НЦ неврологии РАМН и 1-го МГМУ им. И.М. Сеченова

(гл. ред. – проф. С.Н. Иллариошкин, зам. гл. ред. – проф. В.А. Парфенов).

Издание предназначено для врачей, проводящих занятия в школах для пациентов с неврологическими и кардионеврологическими расстройствами, среднего медицинского персонала, членов общественных организаций пациентов и их родственников, слушателей школ по гипертонии, инсульту, а также для всех, кто интересуется новыми возможностями диагностики, лечения, профилактики и реабилитации в неврологии.