

# Мігрень: сучасне становище проблеми

По итогам научного симпозиума, 2-3 декабря, г. Киев

**Мігрень является второй по частоте причиной головной боли после головной боли напряжения. В некоторых странах от мигрени страдает до 30% населения; общемировой показатель распространенности мигрени составляет около 16%.**

Практически каждый человек хотя бы раз в жизни переносит приступ мигренозной головной боли. В то же время лечение мигрени достаточно хорошо разработано и во многих случаях позволяет не только ослаблять мигренозные атаки, но и предупреждать их. В рамках научного симпозиума неврологов, психиатров и наркологов Украины, который состоялся 2-3 декабря в г. Киеве, с докладом о современных представлениях о механизмах развития мигрени, клинических проявлениях, принципах диагностики и лечения данной патологии выступила **главный специалист МЗ Украины по специальности «Неврология», руководитель отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков), заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Тамара Сергеевна Мищенко.**

— Согласно определению Международного общества по изучению головной боли (International Headache Society — IHS) мигрень — это периодически повторяющиеся приступы интенсивной головной боли пульсирующего характера, чаще односторонней, которая локализуется преимущественно в глазнично-лобно-височной области, сопровождается тошнотой, рвотой, свето- и звукобоязнью, а после приступа — сонливостью и вялостью. Приступы обычно начинаются в молодом возрасте; некоторые авторы считают, что мигрень носит наследственный характер. Чаще мигренью болеют молодые женщины, соотношение женщины/мужчины в структуре заболеваемости составляет в разных странах 3:2-2:1.

По данным специальных исследований, в Украине общий процент больных мигренью в структуре обращаемости к неврологам составляет всего 0,48%, то есть диагноз «мигрень» в нашей стране ставится крайне редко и часто маскируется другими формулировками, хотя речь идет об одной из самых распространенных патологий. Распределение пациентов по возрасту и полу следующее: лица моложе 30 лет — 24,26%; 30-40 лет — 58,66%; старше 40 лет — 17,08%; мужчины — 33,91%; женщины — 66,09%.

В последние годы появилось много новых данных о патогенезе мигрени. В соответствии с современными представлениями выделяют, по крайней мере, 5 механизмов ее развития. Нейрональная гипервозбудимость считается основной прдромой мигренозной атаки, когда пациент ощущает приближение приступа. Распространяющаяся кортикальная депрессия становится причиной симптомов мигренозной ауры. Повышение в ЦНС уровня простагландина E2 вследствие высвобождения нейроактивных пептидов и субстанции P из чувствительных нейронов приводит к расширению сосудов твердой мозговой оболочки, повышению проницаемости их стенок. По механизму сенситизации тройничного нерва и центральной сенситизации (снижение порога восприятия боли структурами ЦНС) развивается такой болевой феномен, как аллодиния, когда любое неболевое раздражение воспринимается как болевое. Периферическое или центральное раздражение ветвей тройничного нерва дополнительно усиливает цефалгию.

Выделяют мигрень с аурой (около 20% случаев) и простую без ауры (остальные 80%). Аурой называется комплекс фокальных неврологических симптомов, которые предшествуют пароксизму боли, реже возникают одновременно с приступом или присоединяются позже, на фоне развернутой мигренозной атаки. При обеих формах мигрени болевой фазе обычно предшествует прдромальная, когда пациент ощущает приближение

приступа и может предсказать время его развития. Между аурой и болевым приступом больной может некоторое время не ощущать никаких симптомов (светлый промежуток). Собственно болевая фаза (фаза гемикрании) характеризуется односторонней интенсивной головной болью, сопровождающейся вегетативными симптомами (покраснением слезистых оболочек, слезотечением на стороне боли), а иногда и менингеальными признаками (при переходе мигренозной атаки в мигренозный статус).

Известно множество факторов, которые могут провоцировать мигренозную атаку:

- психоэмоциональный стресс;
- нерегулярное питание, голодание, употребление алкоголя, продуктов, богатых тирамином (какао, шоколад, орехи, цитрусовые, сыр, копчености), курение;
- недосыпание или избыточный сон;
- прием гормональных контрацептивов, нарушение менструального цикла;
- резкое изменение погодных условий у метеочувствительных лиц;
- физическое перенапряжение, особенно в сочетании с психоэмоциональным стрессом;
- сильный шум, неприятные запахи, вестибулярные раздражители.

Международным обществом по изучению головной боли в 1988 г. были приняты и опубликованы диагностические критерии для каждого вида головной боли. Для простой мигрени они следующие:

- односторонняя локализация цефалгии;
- пульсирующий характер;
- значительная интенсивность боли, снижающая повседневную активность больного, усиление боли при монотонной физической работе и ходьбе;
- наличие хотя бы одного из таких симптомов: тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь;
- длительность приступа от 4 до 72 ч;
- наличие в анамнезе не менее 5 приступов, отвечающих перечисленным критериям.

Для диагноза мигрени с аурой необходимо наличие не менее трех из следующих критериев:

- полная обратимость симптомов ауры;
- длительность симптомов ауры не более 60 мин;
- длительность светлого промежутка между аурой и началом цефалгии менее 60 мин;
- соответствие критериям мигрени без ауры.

Различают такие формы мигрени с аурой в зависимости от преобладающих симптомов:

- офтальмическую (дефекты полей зрения, мерцающие скотомы);
- ретинальную (центральная или парacentральная скотома, преходящая слепота на один или оба глаза);
- офтальмоплегическую (преходящие нарушения зрения: птоз, мидриаз, диплопия);
- гемиплегическую или гемипарестетическую (преходящий моно- или гемипарез с гемипарестезией, чаще на противоположной цефалгии стороне);
- афатическую (преходящая частичная или полная моторная или сенсорная афазия, реже дизартрия);
- вестибулярную (преходящие головокружение, нистагм, неустойчивость при ходьбе);
- мозжечковую (преходящие координаторные расстройства).

Отдельно следует упомянуть базилярную форму, при которой аура начинается с расстройств зрения, затем наступает двусторонняя слепота, присоединяются головокружение, атаксия, дизартрия, парестезии с переходом

в синкопальное состояние. Эта форма мигрени с аурой чаще всего наблюдается у девочек 10-15-летнего возраста. В основе ее лежит сужение базилярной артерии или ее ветвей. Еще одна своеобразная форма — мигренозная аура без головной боли.

К осложненным формам мигрени относятся мигренозный статус и мигренозный инфаркт. Мигренозный статус — это серия тяжелых, следующих один за другим приступов с многократной рвотой или один, но очень тяжелый и продолжительный приступ. Мигренозный инфаркт мозга характеризуется развитием очаговых неврологических симптомов, которые регрессируют в течение нескольких дней, обычно до 3-й недели после мигренозного приступа.

Все больше данных свидетельствует о том, что мигрень — это прогрессирующее расстройство с наличием структурных изменений ЦНС. Установлено, что у лиц, длительно (более 15 лет) страдающих мигренью с частотой приступов более 3 в месяц, повышается вероятность обнаружения патологических изменений ЦНС при проведении МРТ-обследования. У больных с высокой частотой приступов отмечается снижение плотности серого вещества в лобной, лимбической и теменной областях головного мозга, снижение плотности белого вещества в лобных долях. У пациентов с большим стажем заболевания обнаруживается снижение анизотропии лобных долей, повышение плотности белого вещества в мозжечке и снижение плотности серого вещества в стволе мозга и чечевицеобразном ядре (M. Denuelle et al., 2008). Заслуживает внимания и связь мигрени с инсультом. Специальный метаанализ показал, что относительный риск развития ишемического инсульта у больных с мигренью составляет в среднем 2,16 (для мигрени с аурой — 2,88; без ауры — 1,56). M.C. Kruit и соавт. (2006) обнаружили увеличение распространенности гиперинтенсивных очагов в мозге у пациентов с мигренью.

Лечение мигрени включает два направления: симптоматическое (облегчение и прерывание развившегося приступа) и профилактическое (предупреждение новых приступов, уменьшение их частоты и длительности).

Всем пациентам следует дать рекомендации общего характера:

- исключить известные провоцирующие факторы или стараться избегать их;
- соблюдать режим питания;
- спать достаточное для отдыха время;
- избегать проявления ярких эмоций;
- пользоваться темными очками при просмотре телевизионных передач;
- во время приступа по возможности экранироваться от раздражителей (света, громких звуков, сильных запахов);
- применять простейшие способы снятия напряжения, например постепенное расслабление мышц в состоянии покоя.

Простые анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) остаются средствами первой линии для купирования приступов мигрени. По результатам клинических исследований определены препараты, которые предпочтительно использовать с целью прерывания мигренозной атаки. Одним из них является классический анальгетик ибупрофен, который в Украине хорошо известен как препарат Имет® производства компании «Берлин Хемі». Благодаря уникальной формуле таблетки Имета уже в течение первой минуты после приема полностью распадается в желудке, что позволяет добиться максимально быстрого высвобождения действующего вещества и развития анальгетического эффекта. Образно говоря, Имет ставит новый рекорд в скорости купирования головной боли. Через 10 мин после приема таблетки Имет 400 мг достигается эффективный уровень концентрации ибупрофена в плазме крови, который сохраняется в течение 5 ч.



Т.С. Мищенко

В зависимости от интенсивности цефалгии препарат рекомендуется принимать по 400-800 мг, запивая большим количеством воды. Максимальная разовая доза составляет 1200 мг, суточная — 2400 мг.

Кроме ибупрофена, хорошие результаты купирования мигренозной головной боли демонстрирует диклофенак натрия в лекарственных формах с немедленным высвобождением. Анальгетический эффект реализуется посредством ингибирования простаглицинового каскада и подавления избыточной активации центральных чувствительных нейронов.

В последние годы для купирования мигренозных атак все шире применяются специфические агонисты серотонина — триптаны. Их прием показан при неэффективности простых анальгетиков и НПВП. Известно 7 таких препаратов: алмотриптан, элетриптан, фроватриптан, наратриптан, ризатриптан, суматриптан и золмитриптан, которые выпускаются в 5 лекарственных формах: таблетках для приема внутрь, таблетках для рассасывания, суппозиториях, в виде назального спрея и раствора для подкожных инъекций. При этом внутри класса триптанов наблюдается большое разнообразие фармакологических свойств начиная от особенностей метаболизма, периода полувыведения и заканчивая профилем взаимодействия с другими лекарственными препаратами. В Украине зарегистрированы два представителя класса — золмитриптан и суматриптан.

Второй подход к лечению мигрени заключается в профилактике мигренозных атак путем постоянного приема определенных препаратов в межприступные периоды. Назначение профилактической терапии показано больным, которые переносят 3 и более приступов в месяц; при тяжелых приступах, значительно снижающих качество жизни или сопровождающихся выраженной очаговой неврологической симптоматикой. Профилактическое лечение следует начинать с минимальных доз препаратов, повышая их по мере необходимости. Базовыми препаратами, которые угнетают механизмы развития болевой атаки, являются ацетилсалициловая кислота и ее производные, препараты спорыньи, средства, влияющие на обмен серотонина (амитриптилин и метисергид), бета-адреноблокаторы (атенолол, метопролол и пропранолол) и блокаторы кальциевых каналов. В некоторых случаях при наличии выраженной тревоги пациента по поводу своего заболевания используются анксиолитики.

Наряду с лекарственной терапией могут применяться и другие методы профилактики мигренозных приступов: игло-рефлексотерапия, лазеротерапия, водолечение, психотерапия, гипноз, аутогенная тренировка, суггестивная терапия.

Успех лечения мигрени во многом зависит от того, как врачу удастся наладить контакт с пациентом. Рекомендовано участие пациента в выборе препарата, способа его введения и анализе эффективности ранее использованных средств терапии. Кроме того, с пациентом необходимо проводить работу, направленную на предотвращение приема большого количества лекарств и развитие медикаментозно обусловленной (абзусной) головной боли.

Подготовил Дмитрий Молчанов

