Мигрень: больше, чем просто головная боль

Больше всего на свете прокуратор Иудеи Понтий Пилат ненавидел запах розового масла, и теперь все предвещало нехороший день, так как запах начал преследовать прокуратора с рассвета. Прокуратору казалось, что розовый запах источают кипарисы и пальмы в саду, что к запаху кожи и конвоя примешивается проклятая розовая струя.
«О боги, боги, за что вы наказываете меня? Да, нет сомнений! Это она, опять она, непобедимая, ужасная болезнь гемикрания, при которой болит полголовы. От нее нет средств, нет никакого спасения...»

Михаил Булгаков «Мастер и Маргарита»

«Ноющая», «мучительная», «невыносимая», «сжимающая голову как тисками», «жгучая», «кинжальная», «сверлящая», «пульсирующая», «давящая», «раскалывающая надвое» – какими только эпитетами и характеристиками не награждают головную боль люди, страдающие данной патологией. Такие различия обусловлены не только индивидуальными особенностями нервной деятельности пациентов и субъективной оценкой интенсивности болевого синдрома: в настоящее время учеными выделены около 400 разновидностей головной боли, различных по этиологии и патогенезу. Особое место среди многочисленных форм головгая боль занимает мигрень.

А.Б. Данилов

Симптомы данной патологии наблюдались у таких известных людей, как К. Линней, И. Ньютон, К. Маркс, З. Фрейд, А.П. Чехов, П.И. Чайковский, Ф. Шопен, Ф. Ницше, Г. Гейне, Л. Бетховен, Ф.М. Достоевский, Н.В. Гоголь; в настоящее время с этими симптомами знакомы 12% населения мира.

Проблема мигрени стала одной из наиболее обсуждаемых тем в рамках ЯлтаНейроСаммита, состоявшегося 17-19 сентября в г. Ялте (АР Крым) и объединившего ведущих экспертов Украины и стран СНГ, практикующих неврологов и врачей смежных специальностей.

Обменяться представлениями и знаниями в области диагностики и лечения мигрени, поделиться опытом ведения пациентов с этой патологией, ознакомиться с различными подходами к фармакотерапии заболевания и основными принципами ее назначения специалисты смогли во время мастер-класса, проведенного в рамках данного мероприятия под руководством **доцента кафедры нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития РФ, доктора медицинских наук Алексея Борисовича Данилова.**

– Почему мигрень находится под столь пристальным вниманием ученых?

Следует отметить, что данная патология характеризуется рядом особенностей: как правило, встречается у больных трудоспособного возраста; в 3 раза чаще наблюдается у представительниц прекрасной половины человечества; более значимо (в 2 раза по шкале MiDAS) дезадаптирует пациентов и нарушает их повседневную и профессиональную деятельность по сравнению с другими формами головная боль (в том числе и головная боль напряжения); не выявляется в виде изолированного болевого синдрома, а сопровождается «эскортом» симптомов.

В настоящее время существующие методы и средства фармакотерапии позволяют контролировать заболевание в 95% случаев. Тем не менее реальный показатель эффективности терапии, по данным Международной ассоциации головной боли (2002), составляет всего 30%, что свидетельствует о недостаточной информированности как пациентов, так и некоторых врачей об особенностях патогенеза мигрени и существующих стратегиях ее лечения.

Мигрень представляет собой хроническое заболевание, проявляющееся эпизодами (приступами) головной боли и сопровождающееся различными симптомами. В основе развития данной патологии лежит дисфункция различных структур головного мозга, включая корковые структуры, ствол мозга, крупные сосуды и оболочки мозга, систему тройничного нерва. Приступы мигрени обусловлены сенситизацией тригеминоваскулярной системы под влиянием различных раздражителей, что сопровождается активацией каскада биохимических изменений, вследствие чего любое ощущение воспринимается как боль. Нейрогенное воспаление, дисфункция ствола мозга и корковых структур сопровождаются возникновением сопутствующих головной боли симптомов – тошноты, фото-, фоно- и осмофобии.

Следует акцентировать внимание на важном факте: при проведении рентгенологического или иных диагностических исследований в межприступном периоде мигрени патологические изменения отсутствуют, тогда как данные проведенной во время приступа магнитно-резонансной или позитронно-эмиссионной томографии свидетельствуют об активации отдельных структур в стволе мозга, что подтверждает наличие дисфункции нервной системы.

Клиника

Клинически выделяют 4 стадии мигрени – продромальную (у 20% пациентов наблюдается появление ауры – тошноты, фото- и фонофобии), клинических проявлений (тупая головная боль, иногда сочетающаяся с миалгией), пика головной боли (односторонняя пульсирующая головная боль с тошнотой, фото-, фоно- и осмофобией), постдромальную (усталость, миалгия, нарушение когнитивных функций; у незначительного количества пациентов по завершении приступа наблюдается эйфория). К триггерным (провоцирующим развитие мигренозного приступа) факторам относятся нарушения сна (недосыпание или нарушение его режима в случае так называемой мигрени выходного дня), пищевого режима (голод, потребление шоколада, красного вина, сыра), стресс, поездки на большие расстояния, смена часовых поясов, климата, резкая перемена погодных условий, интенсивная физическая нагрузка, сильные запахи, яркий или мерцающий свет.

Диагностика

Проведение нейровизуализирующего исследования показано для исключения вторичных причин головной боли при выявлении так называемых красных флагов, с целью установления диагноза мигрени оно не используется.

В качестве «красных флагов» – настораживающих симптомов – выделяют:

- изменения характера головной боли;
- неэффективность применяемых препаратов (повышение дозы, частый прием лекарственных средств);
- возникновение головной боли в возрасте старше 50 лет или младше 12 лет;
- сочетание головной боли с неврологическими симптомами;
- изменения позы и двигательной активности;
- повышение температуры тела.

На базе нашей кафедры разработан алгоритм диагностики мигрени, позволяющий быстро установить диагноз и выбрать метод лечения.

Он включает вопросы, касающиеся длительности головной боли (при отсутствии приема лекарств составляет от 4 ч до 3 дней); ее интенсивности (5-10 см по визуально-аналоговой шкале – ВАШ); локализации и характера боли (чаще односторонняя, пульсирующая); сопутствующей симптоматики (головная боль часто сопровождается тошнотой или рвотой); усиления головной боли при воздействии шума (присутствует); света (присутствует); влияния запахов на самочувствие (сильные запахи, даже приятные, усиливают головную боль); ограничения физической активности (даже нагрузка нормальной интенсивности провоцирует усиление головной боли); наличия зрительных нарушений (вспышек света, светящихся линий и др.); онемения, слабости в верхних конечностях (мигрень с аурой длительностью 5-60 мин наблюдается в 20% случаев; иногда встречается «обезглавленная» аура – предвестники приступа без развития головной боли).

Упрощенный опросник «Идентифицируй мигрень» (ID Migraine) включает 3 вопроса, касающихся наличия некоторых симптомов, сопровождавших головную боль, в течение последних 3 мес.

1. Наблюдались ли у Вас тошнота или рвота?
2. Раздражал ли Вас свет?
3. Нарушала ли головная боль Вашу трудовую деятельность и физическую активность в течение дня или дольше?

Если пациент дает положительный ответ на 2 из 3 вопросов, вероятность мигрени у него составляет 93%. Данная методика оптимальна для самообследования.

Также разработан дневник головной боли для более полной оценки эффективности лечения.

Достоверным дифференциально-диагностическим признаком мигрени и головная боль напряжения является усиление выраженности симптоматики в первом случае при каком-либо экзогенном влиянии (света, звуков, просмотра телевизора, прогулки и др.).

Лечение

Первоочередным в терапии мигрени является информирование пациента о патогенетических механизмах заболевания и эффектах различных классов лекарственных препаратов.

Лечение направлено на предотвращение мигренозных приступов (подразумевает избежание провоцирующих факторов, соблюдение диеты (исключение из рациона сыра, шоколада, цитрусовых, орехов, красного вина, пива), гигиены сна, избегание резких запахов (одеколонов, дезодорантов), использование ламп дневного света, специальных масок, очков, берушей); купирование острых приступов мигрени и профилактику.

Принцип «предупрежден – значит вооружен» особенно актуален для пациентов с мигренью: осведомленность о предвестниках приступа, постоянное наличие средства для абортивного лечения, обеспечение комфортных условий для «переживания» приступа (тишины, темноты, расслабления) позволяет в кратчайшие сроки нормализовать состояние и восстановить трудоспособность.

В рекомендациях для купирования мигренозных приступов, найденных мной в сети Интернет, упоминается множество средств: прикладывание на лобную область мокрого полотенца, листьев лопуха, капусты, самогипноз, акупунктура, ароматерапия, массаж шиацу и др. Мое мнение в отношении данных «чудодейственных» средств можно классифицировать как нейтральное: если подобные методы улучшают состояние пациента, они имеют право на существование.

Тем не менее, как правило, уже сам факт обращения больного за медицинской помощью косвенно подтверждает отсутствие эффективности использованных методов народной медицины. В таких случаях назначается фармакотерапия.

Условно наиболее часто используемые лекарственные средства для терапии мигрени подразделяются на неспецифические (анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и др.) и специфические (триптаны). По данным R. Lipton (2009), в США до момента назначения препарата класса триптанов больной уже испробовал в среднем 6 лекарственных средств. В исследовании, посвященном сравнению эффективности различных классов препаратов для купирования приступов мигрени, было выявлено, что удовлетворенность пациентов при использовании анальгетиков, НПВП и триптанов составила 9-10, 25-27 и 62-66% соответственно (McGregor et al., 2003).

Тактика врача при ведении пациентов с мигренью в первую очередь зависит от интенсивности приступа: показатель 3-5 см по ВАШ, отсутствие терапии в анамнезе свидетельствуют в пользу приема анальгетиков, НПВП в повышенных дозах (аспирин – 1000 мг, ибупрофен – 400-800 мг, диклофенак – 50-100 мг, кетопрофен – 100 мг, напроксен – 500-1000 мг, парацетамол – 500-1000 мг), комбинированных препаратов.

Использование комбинированных препаратов характеризуется более выраженным обезболивающим эффектом, однако сопряжено с повышенным риском абузусной (обусловленной приемом лекарственных средств) головной боли.

Безопасная схема приема препаратов – не более 2 таблеток 2 р/день; в таком случае риск развития абузусной головной боли минимален.

Если интенсивность головной боли по ВАШ достигает 5-10 см и наблюдается значительное снижение трудоспособности пациента, показано назначение триптанов (элетриптан 40 мг, наратриптан 2,5 мг, суматриптан 50 мг, золмитриптан 2,5 мг и др.).

Триптаны являются селективными агонистами 5-HT_1-рецепторов и предположительно оказывают ингибирующий эффект на тригеминоваскулярную систему.

Выбор лекарственной формы

В настоящее время триптаны представлены в форме таблеток, форм для инъекционного введения.

При продолжительных приступах целесообразно назначение таблетированных форм пролонгированного действия.

Следует отметить, что в России и в Украине триптаны являются рецептурными препаратами, тогда как в странах Европы (Германии, Великобритании) процедура приобретения пациентами данных лекарственных средств упрощена. В частности, Имигран можно купить без рецепта при условии информирования фармацевтом больного о показаниях, противопоказаниях и мерах предосторожности относительно его приема.

Для купирования приступа препарат Имигран принимают при появлении головной боли в дозе 50 мг, в отдельных случаях – 100 мг.

Фармакоэкономический аспект: калькулятор стоимости мигрени

Данные анализа поисковой системы FarmExplorer по состоянию на август текущего года свидетельствуют, что стоимость 1 таблетки оригинального суматриптана (50 мг) в Украине составляет 9,69 грн.

На первый взгляд, прием более дорогостоящего препарата ассоциируется с повышением общей стоимости терапии. Тем не менее в отношении мигрени данное утверждение не является столь однозначным: согласно калькулятору стоимости мигрени (количество часов нетрудоспособности, умноженное на стоимость потерянного времени), непрямые затраты на лечение при использовании анальгетиков и НПВП существенно выше таковых при приеме триптанов, что доказано в ряде исследований (G.D. Solomon, 1997).

Репутация врача – как пазл, который складывается из множества кусочков: энтузиазма и настойчивости в достижении поставленных целей, дара убеждения и вовремя сказанного слова, изобретательности, клинического мышления и стремления к саморазвитию, белоснежного халата и внимательного отношения к пациентам. Точно так же репутацию имеют и лекарственные средства: «случайные» препараты быстро исчезают с фармацевтического рынка, уступая место более эффективным и безопасным молекулам.

С учетом этого особенно впечатляет фармацевтическое долголетие суматриптана – разработанный в 1980-х гг. компанией «ГлаксоСмитКляйн», в настоящее время он является эффективным препаратом при лечении мигрени и обладает наиболее обширной доказательной базой.

Статья публикуется при поддержке ГлаксоСмитКляйн в Украине.

IGRN/10/UA/04.10.2011/5474

Подготовила ***Ольга Радучич***

НОВИНИ МОЗ

Уперше за останні 3 роки вдалося забезпечити потребу в життєво необхідних вакцинах на 95-100%

МОЗ України, зважаючи на важливість імунопрофілактики та проблему недостатнього охоплення вакцинацією населення, насамперед дітей, надає цьому питанню першочергового значення.

Для покращення ситуації, що склалася із забезпеченням вакцинами закладів охорони здоров'я у 2011 р. міністерством ініційовано перегляд номенклатури вакцин, які планувалися до закупівлі. У свою чергу це дало змогу в умовах недостатнього фінансування збільшити кількість закуплених вакцин і довести рівень забезпеченості багатьма з них до 95-100% від потреби.

У 2011 р. уперше за останні 3 роки вдалося забезпечити потребу у вакцинах для профілактики таких найбільш небезпечних інфекцій, як дифтерія, туберкульоз, поліомієліт, до 100% (у попередні роки забезпеченість не перевищувала 60%).

У Державному бюджеті України на 2011 р. на закупівлю вакцин передбачено фінансування у розмірі 236,9 млн грн, що становить 60% від потреби. У червні 2011 р. на звернення МОЗ України додатково Кабінетом Міністрів було виділено 35,2 млн грн. За результатами проведення торгів досягнута економія бюджетних коштів у розмірі близько 22 млн грн, які були спрямовані на додаткову закупівлю необхідних вакцин.

Таким чином, цього року було закуплено вакцин на суму 272 млн грн, що дає змогу забезпечити потребу в життєво необхідних імунобіологічних препаратах на 95-100%.

Медики з наступного року отримуватимуть грошову допомогу на оздоровлення в розмірі окладу

Заробітна плата лікарів залежатиме від складності та якості виконуваної ними роботи і їх освіти. Про це заявила перший заступник міністра охорони здоров'я України Раїса Моісеєнко на III Науково-практичній конференції головних лікарів України «Інноваційна система управління охороною здоров'я: галузь, регіон, лікарня», що відбулася в рамках Міжнародного медичного форуму і Міжнародного форуму фармацевтичної індустрії PHARMComplEX.

«Сьогодні заробітна плата медиків є однією з найнижчих порівняно з працівниками різних галузей економіки, – зазначила Раїса Моісеєнко, – однак у рамках реформування галузі в пілотних регіонах ми починаємо впроваджувати механізми економічного стимулювання медиків через систему показників діяльності. Таким чином, ми зможемо відновити соціальну справедливість в оплаті праці. Усе це, безумовно, сприятиме підвищенню престижу медичної професії».

Також Раїса Моісеєнко наголосила, що з наступного року фармацевтичні працівники державних і комунальних установ будуть отримувати допомогу на оздоровлення в розмірі посадового окладу при наданні щорічної відпустки. На це та на поетапне збільшення зарплати медичних працівників у середньому на 13,5% на рік закладено кошти в проекті Державного бюджету на 2012 р.

За інформацією прес-служби МОЗ України

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476