

Неспецифическая терапия мигренозного приступа

К.м.н. И.Г. Подымова, профессор А.Б. Данилов, С.Е. Гак

1 МГМУ имени И.М. Сеченова

Мигрень справедливо считается одним из наиболее распространенных заболеваний, которыми страдает человечество. Данные о ее распространенности в популяции часто значительно разнятся вследствие использования различных диагностических критериев. Тем не менее, Н.С. Wolff, автор первой сосудистой теории патогенеза мигрени, считал, что **70% людей в течение всей жизни переносят один или несколько мигренозных приступов** [6].

В 3/4 случаев начало мигрени отмечается до 30-летнего возраста, а наибольшая частота заболевания приходится на возраст от 25 до 44 лет. Соотношение женщин и мужчин составляет преимущественно 3:1.

Каждый пациент, страдающий мигренью, в год в среднем отсутствует на работе 2,5 рабочих дня, а около 10 дней в году имеет сниженную трудоспособность по причине мигрени. По стоимости прямых и косвенных затрат мигрень стоит на 5 месте после таких неврологических заболеваний, как инсульт, эпилепсия, болезнь Паркинсона и рассеянный склероз [1]. Другими словами, мигрень по-прежнему остается актуальной проблемой, заслуживающей пристального внимания практического врача.

Мигрень – наиболее распространенный вид первичной головной боли (ГБ). Сам термин «мигрень» появился во Франции, он образован от греческого слова «гемикрания», что означает «половина головы». В зависимости от наличия симптомов ауры мигрень делят на две формы: мигрень без ауры (простая мигрень) и мигрень с аурой (классическая, или ассоциированная, мигрень).

В течении приступа мигрени выделяют несколько стадий: продромальный период, аура, собственно головная боль и постдромальный период [2]. Продромальные симптомы развиваются за несколько часов до начала ГБ и проявляются в снижении настроения, раздражительности, усталости, изменении аппетита. Аура наблюдается у 10–15% больных мигренью и проявляется очаговыми неврологическими симптомами. В 90% случаев наблюдается зрительная аура (фотопсии или скотомы). Реже развивается сенсорная (парестезии), двигательная (парезы), вестибулярная (головокружение) аура. Нередко различные варианты ауры могут сочетаться [3]. Собственно мигренозная боль в типичном случае представляет собой одностороннюю пульсирующую ГБ умеренной и высокой интенсивности, локализованную в периорбиталь-

но-височной области, сопровождающуюся тошнотой и/или рвотой, фото- и фонофобией. Общая продолжительность приступа ГБ колеблется от 4 до 72 ч, в среднем – 24 ч. Постдромальная стадия характеризуется ощущением физической и психической усталости, снижением концентрации внимания, общей слабостью. Эти симптомы длятся от нескольких часов до нескольких дней.

Таким образом, на каждой стадии приступа качество жизни пациента оказывается сниженным. При этом самым дезадаптирующим фактором является собственно боль. Поэтому лечение мигренозного приступа требует в первую очередь адекватной обезболивающей терапии, назначенной с учетом формы мигрени и ее патогенетических механизмов.

В настоящее время мигрень рассматривается как заболевание, обусловленное генетически детерминированной дисфункцией неврогенной вазомоторной регуляции [2]. Важное значение в патогенезе боли играет активация нейронов ядра тройничного нерва, образующих тригеминоваскулярную систему. В результате из нервных окончаний в стенке сосудов выделяются биологически активные вещества, вызывающие фокальное нейрогенное воспаление, отек сосудов и прилегающего участка твердой мозговой оболочки. В инициации приступа важное значение имеет активация серотонинергических нейронов ядра шва. Она, возможно, инициирует волну функциональной инактивации нейронов коры (депрессия Лео), которая предположительно лежит в основе ауры. Эта волна движется от затылочной коры кпереди, сопровождаясь вторичным снижением кровотока [3].

Мигрень относится к заболеваниям, при которых важное значение имеют провоцирующие факторы.

К основным триггерам мигренозного приступа относят [4]:

- стресс или период релаксации после стрессового воздействия;
- гормональные изменения – снижение уровня эстрогенов;
- диета – продукты питания, содержащие тирамин (сыр, шоколад, цитрусовые, орехи, яйца, помидоры), и алкоголь, особенно красное вино и пиво;
- гипогликемия, большие перерывы между приемами пищи;
- недостаточный или избыточный сон;
- физические раздражители (яркий свет, шум, езда в транспорте, запахи).

Диагностика мигрени представляет серьезную проблему. Несмотря на то, что заболевание давно и хорошо описано и известно врачам всех медицинских специальностей, реальное его выявление остается крайне низким. Специальные исследования показывают, что 48–65% больных мигренью при установлении этого диагноза ранее о нем не знали, несмотря на длительный анамнез заболевания [1].

Практический подход к диагностике мигрени – в первую очередь клинический. **В настоящее время Международным обществом головной боли (IHS) разработаны диагностические критерии мигрени, облегчающие постановку диагноза [5]:**

Мигрень без ауры 1.1.

A. Не менее 5 приступов, соответствующих критериям B–D.

B. Длительность приступа от 4 до 72 ч (без лечения или при безуспешном лечении).

C. Головная боль имеет как минимум два из перечисленных ниже признаков:

- 1) односторонняя локализация;
- 2) пульсирующий характер;
- 3) умеренная или высокая интенсивность;
- 4) усиление боли при ходьбе или обычных физических нагрузках.

D. Наличие как минимум одного из сопровождающих симптомов:

- 1) тошнота и/или рвота;
- 2) фото- и фонофобия.

E. Головная боль не связана с другими причинами. Мигрень с аурой 1.2.

A. Не менее двух приступов, соответствующих критерии B.

B. Наличие не менее трех из следующих условий:

1) один или более полностью обратимых симптомов ауры, указывающих на фокальную дисфункцию коры или ствола мозга;

2) по меньшей мере один симптом ауры, развивающийся постепенно более чем за 4 мин., или развитие двух и более симптомов одновременно;

3) никакие симптомы ауры не продолжаются более 60 мин. Если возникает хотя бы еще один признак ауры, то продолжительность периода пропорционально увеличивается;

4) длительность «светлого» промежутка между аурой и ГБ не превышает 60 мин. Однако ГБ может наступать перед или одновременно с аурой.

C. ГБ не связана с другими причинами.

Для постановки диагноза мигрени не требуется проведения дополнительных обследований (диагноз устанавливается на основании жалоб и осмотра пациента). Параклинические методы исследования используются при необходимости исключения вторичных

(симптоматических) ГБ. Дополнительное обследование необходимо проводить во всех случаях обнаружения так называемых red flags («красных флагов») – симптомов, указывающих на вторичный характер ГБ:

- появление мигреноподобных приступов впервые после 50 лет;
- прогрессирующая нарастающая ГБ;
- внезапное возникновение новой, необычной для данного пациента тяжелой ГБ;
- возникновение ГБ (вне приступа) после физического напряжения, сильного потягивания, кашля или сексуальной активности;
- отсутствие смены «болевого стороны», т.е. наличие гемикрании в течение нескольких лет на одной стороне;
- нарастание или появление сопровождающих симптомов в виде тошноты, и особенно рвоты, изменения температуры, стабильной очаговой неврологической симптоматики.

Мигрень относится к пароксизмальным заболеваниям. В межприступный период пациента с мигренью можно охарактеризовать как совершенно здорового человека. И, наоборот, во время приступа качество жизни пациента резко снижается, наблюдается выраженная дезадаптация. По данным ВОЗ (2000), пациент с тяжелыми мигренозными атаками по уровню дезадаптации сопоставим с больным с острым психозом, деменцией и тетраплегией [1]. Поэтому пациент с мигренью при возникновении острой боли нуждается прежде всего в оказании быстрой и квалифицированной помощи.

Целью лечения острого приступа мигрени является устранение ГБ и сопутствующих вегетативных симптомов.

Для abortивной терапии мигрени используются препараты разных фармакологических групп, имеющих различные механизмы действия (табл. 1) [1,3,8].

Выбор лекарственного средства производят с учетом тяжести приступа, индивидуальной чувствительности, противопоказаний и сопутствующих заболеваний.

Для купирования умеренных и тяжелых приступов мигрени наиболее эффективными являются селективные агонисты серотониновых рецепторов 1-го типа – триптаны. Эффект триптанов связан с их вазоконстрикторным действием на артериолы и артериовенозные анастомозы, расширение которых может играть важную роль в патогенезе мигренозной атаки, а также с их влиянием на тригеминальные нейроны. Ограничением к применению триптанов является их высокая стоимость, которая недоступна для определенной части пациентов. Триптаны противопоказаны при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Таблица 1. Препараты, показанные для купирования приступа мигрени

Препараты с неспецифическим механизмом действия	Препараты со специфическим механизмом действия	Вспомогательные препараты (противорвотные средства)
<ul style="list-style-type: none"> • Простые анальгетики • НПВП • Комбинированные анальгетики 	<ul style="list-style-type: none"> • Неселективные агонисты 5HT₁-рецепторов – эрготамины • Селективные агонисты 5HT₁-рецепторов – триптаны 	<ul style="list-style-type: none"> • Метоклопрамид • Домперидон • Хлорпромазин

Мигренозные приступы легкой и умеренной интенсивности можно купировать с помощью неспецифических анальгетиков, НПВП или комбинированных препаратов. К комбинированным препаратам, которые можно использовать для лечения мигрени, относится **Ревалгин**. Этот комбинированный препарат благодаря своим компонентам оказывает комплексное воздействие: так, метамизол натрия оказывает обезболивающее и противовоспалительное действие, питофенона гидрохлорид расслабляет гладкую мускулатуру внутренних органов и сосудов и фенпивериния бромид обладает холиноблокирующим действием. В результате Ревалгин оказывает 3 эффекта: анальгетический, спазмолитический и холинолитический, которые успешно реализуются при лечении мигренозного приступа [7]. Анальгетический эффект проявляется в купировании острого болевого синдрома. Спазмолитический эффект – устраняется спазм гладкомышечной мускулатуры, что важно при мигрени с аурой, где имеет место локальный вазоспазм сосудов головного мозга. Холинолитический эффект – уменьшается выраженность симптомов вегетативного сопровождения (тошнота, рвота).

Ревалгин выпускается в двух лекарственных формах – таблетки и ампулы для в/м и в/в введения. Парентеральная форма препарата особенно предпочтительна при интенсивном болевом синдроме, сопровождающемся рвотой, когда таблетированные формы неэффективны.

Ревалгин, не обладая вазоконстрикторным действием, выгодно отличается от триптанов отсутствием противопоказаний, характерных для последних: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, атеросклероз периферических сосудов, нарушение мозгового кровообращения, гемиплегическая и базилярная мигрень.

Таким образом, Ревалгин является эффективным и хорошо переносимым анальгетиком, который можно рекомендовать как препарат первой степени в лечении мигренозного приступа, в том числе у пациентов с ишемической болезнью сердца и заболеваниями периферических сосудов, при которых противопоказано применение триптанов.

Литература

1. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Профилактическое лечение мигрени: Практическое руководство для врачей / Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова. Российское общество по изучению головной боли. – М., 2009. – 84 с.
2. Яню Н.Н. Боль. Руководство для врачей и студентов. – М.: Медпресс, 2009. – 304 с.
3. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача, 4-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 944 с.
4. The Practicing Physician's approach to headache /edited by S. Diamond, D. J. Dalessio. / – 5th ed. 1992.
5. The International classification of headache disorders, 2-nd edition // Cephalgia. 2003. Vol. 24. (Suppl. 1.) P. 1–160.
6. Wolff H.G. Headache and other head pain. Oxford Univ. – New York, 1963.
7. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. – М., 2012.
8. Амелин А.В. Современная фармакотерапия приступа мигрени. – СПб, 2005. – 71 с.

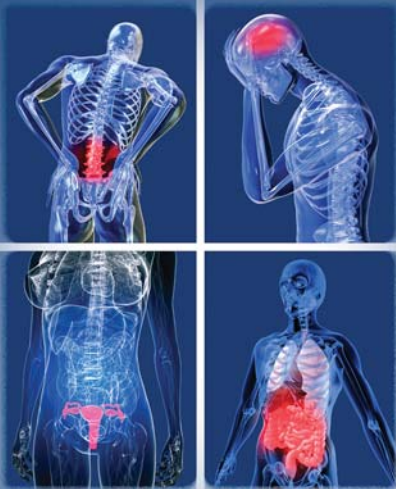
Реклама

РЕВАЛГИН

КОМБИНИРОВАННЫЙ АНАЛЬГЕТИК-СПАЗМОЛИТИК

Быстро и эффективно купирует боль и спазмы при:

- Головной боли и мигрени
- Почечной, желчной коликах, спазмах кишечника
- Менструальных болях
- Болях в суставах, мышцах, невралгии



Таблетки и инъекции

Рег. уд.: П № 014484/02-2002, П № 014484/01-2002



Эффективность, проверенная временем