© Коллектив авторов, 2015

МИГРЕНЬ

В.В. Скворцов, докт. мед. наук, **Е.В. Белякова, М.С. Журавлева, И.Н. Пащенко**
Волгоградский государственный медицинский университет
E-mail: 1vskvortsov@gmail.com

Мигрень – пароксизмальное нарушение функции мозга, сопровождающееся односторонней головной болью и рвотой.

Ключевые слова: *мигрень, патогенез, течение, помощь, профилактика.*

В 1888 г. T. Gowers (английский врач-невропатолог) писал: «Мигрень – это болезнь, характеризующаяся пароксизмальными нервными расстройствами, наиболее постоянным элементом которых является головная боль. Боль может фигурировать как единственный симптом, но в основном она сопровождается тошнотой и рвотой, а нередко предшествует сенсорным нарушениям, особенно это касается зрения. Часто эти симптомы носят односторонний характер».

Польский невролог E. Flatau в 1912 г. так определял мигрень: «Мигренью следует считать те виды функциональных головных болей, при которых в большей или меньшей степени проявляется периодичность и которым, кроме того, сопутствуют желудочно-кишечные нарушения (отсутствие аппетита, тошнота, рвота), а также психические (чувство апатии, снижение трудоспособности, состояние угнетенности и даже полное душевное истощение). Однако по прошествии этих симптомов наступает период облегчения и спокойствия. Мигрень всегда возникает на органическом фоне, но вместе с тем не является самостоятельной нозологической единицей, а представляет собой лишь один из симптомов этого фона».

Согласно современным представлениям, мигрень — генетически обусловленное, очень распространенное нарушение, которое характеризуется периодически возникающими приступами головной боли. Часто приступы возникают в результате воздействия определенных факторов (эмоциональных, климатических, пищевых) либо самопроизвольно. Приступы характеризуются следующими особенностями: боль по преимуществу – односторонняя, нередко ей предшествуют нарушения зрения или иные расстройства; боли сопутствуют разнообразные вегетативные нарушения, особенно рвота; типично положительное действие алкалоидов спорыньи. Имеются данные о том, что приступ связан со спазмом, а затем с расширением сосудов головы. Это явление возникает в результате временных биохимических нарушений. Возможно, мигрень не является заболеванием в нозологическом смысле слова, а представляет собой вариант нормы в сфере реагирования на внешние и внутренние факторы.

Теории патогенеза мигрени

Согласно новейшим взглядам на патогенез мигрени, важная роль в ее развитии принадлежит сосудистым нарушениям, биохимическим изменениям и нестабильности вегетативных центров.

Современное истолкование сосудистого патогенеза мигрени связано с именами Riley (1932), Bassoe (1933), Van Storch (1937—1940) и Pickering (1939). Они первыми провели экспериментальные исследования и получили доказательства того, что боль при мигрени связана с расширением сосудов, тогда как продромальные симптомы – со спазмом сосудов.

Наиболее полное развитие и общее одобрение сосудистая теория получила в экспериментальных работах Wolff и ученых его школы в Нью-Йорке. Эти авторы регистрировали пульсацию височных артерий и обнаружили, что во время приступа она значительно усиливается. После введения эрготамина пульсация уменьшается и одновременно проходит боль. На стадии ауры амплитуда пульсации оказывалась заметно сниженной.

Ученые Нью-Йоркской школы провели ряд исследований, позволивших сформулировать сосудистую теорию патогенеза мигрени, согласно которой, в приступе мигрени можно выделить 3 стадии. На I стадии, которая в клиническом плане соответствует фазе ауры, происходит спазм сосудов в области разветвления сонной артерии. В это время больной еще не испытывает боли, однако недостаточное кровоснабжение соответствующих участков мозга может вызывать зрительную ауру. На II стадии, по мнению Wolff, наступают патологическое расширение крупных сосудов, особенно внемозговых, а также атония их стенок. Удары волн крови в атоничную стенку сосуда вызывают характерную пульсирующую боль. На III стадии, которая не всегда наступает, вследствие нарушений проницаемости развивается отек сосудистой стенки.

Чисто сосудистая теория патогенеза мигрени механистична по своей сути и нуждается в дополнении. Необходимо принять во внимание действие дополнительных факторов, которые могут изменять пороговую возбудимость сосудистых болевых рецепторов, усиливать проницаемость сосудов и т. д. В настоящее время наличие этих факторов усматривают в биохимических нарушениях, которые связаны, прежде всего, с так называемыми вазоактивными веществами, в частности, например, с биогенными аминами и некоторыми полипептидами (кинины).

В 1960 г. работы ученых школы Wolff позволили обнаружить в тканевой жидкости, полученной из болевых участков, вещество, вызывающее боль и действующее на сосуды, которое получило название нейрокинина. Многочисленными исследованиями, которые велись в ряде научных центров мира (Флоренция, Лондон, Сидней), выявлены биохимические нарушения, признанные главными в патогенезе приступа мигрени. В настоящее время ведущую роль в нем приписывают серотонину, хотя не исключается возможность действия других веществ, например гистамина, брадикинина, тирамина, простагландина.

Весьма характерен внешний вид больных во время приступа мигрени – бледный цвет лица, глаза обведены синевой, скудная мимика. Настроение у пациентов обычно скверное, способность к концентрации внимания и мышлению нарушается. При тяжелом приступе больной неспособен к работе, беседе, не в состоянии отвлечься. При более легких приступах пациенты, как правило, не прерывают своих обычных занятий, хотя трудоспособность их значительно снижается. Весьма характерно отвращение к яркому свету и плохая переносимость слуховых раздражителей и, особенно, запахов, которые усиливают недомогание. Многие больные стремятся при возможности изолировать себя и лечь. Как правило, они лежат с закрытыми глазами, в затемненной комнате и в полном уединении.

Продолжительность болевой фазы бывает разной. В основном она длится от нескольких часов до полутора десятков часов, реже – 1–2 сут и даже дольше.

Мигрень — заболевание, длящееся долгие годы. **Индивидуальный подход составляет 1-й принцип лечения мигрени.** Другой принцип, вытекающий из 1-го – **терпение**, причем со стороны как врача, так и пациента. Избранного метода лечения нужно придерживаться последовательно и не торопиться с его заменой уже через несколько дней, если он сразу же не окажется действенным. Наконец, 3-й принцип – **признание того, что в лечении мигрени играют роль не только лекарственные препараты, но и соответствующий образ жизни, устранение факторов, провоцирующих приступы, и психотерапия**.

Первый шаг – разъяснение больному сущности его болезни. Нередко больные с мигренью испытывают сильный страх, что их боли являются следствием опухоли мозга или началом другого прогрессирующего заболевания, которое в конечном счете приведет к смерти или инвалидности.

Следующий этап — установление факторов, провоцирующих приступы у данного больного. Эти факторы уже приведены выше. Выявление их имеет огромное значение для достижения положительных результатов в лечении и возможно лишь при терпеливом и направленном сборе анамнеза.

Очень важный элемент — обнаружение заболеваний, сосуществующих у данного пациента с мигренью. Наличие таких болезней может оказаться фактором, способствующим возникновению приступов или непосредственно вызывающим их. Если это возможно, надо лечить такие заболевания. В частности, следует упомянуть хронические синуситы, изменения пародонта, заболевания желудочно-кишечного тракта (желчнокаменная болезнь, колит и т.п.), анемию, дефекты рефракции.

Нельзя забывать о разъяснениях общего характера, относящихся к образу жизни. При мигрени вредны крайности: чрезмерные физические или умственные усилия; чересчур продолжительный отдых и «ничегонеделание»; слишком долгое пребывание на солнце; курение; многочасовое непрерывное чтение или долгое сидение перед телевизором; недосыпание или чересчур продолжительный сон; голодание и переедание. В то же время полезны умеренные занятия спортом, прогулки, отдых в течение дня, интересные занятия в свободное время, поездки за город.

Помощь при приступе мигрени

Основное условие – по возможности раннее введение лекарственного препарата, даже на стадии ауры; не следует ждать значительного усиления боли.

Надо начинать с рекомендации принять обычные болеутоляющие средства, например кеторол, ибупрофен, индометацин. Во многих случаях таким путем можно купировать легкие приступы. Некоторые авторы особенно рекомендуют ацетилсалициловую кислоту, в частности в шипучей форме. Считается, что благоприятное действие оказывают сочетание болеутоляющих средств с кофеином, а также кодеин.

Во время приступа мигрени нарушается всасывание лекарственных средств, в частности ацетилсалициловой кислоты (аспирина), чем и может объясняться отсутствие эффекта от его приема внутрь. Рекомендуют также во время приступа мигрени, помимо ацетилсалициловой кислоты, внутримышечно вводить больным 10 мг метоклопрамида, который усиливает перистальтику и всасывание в желудке, причем одновременно оказывает противорвотное действие.

В число других болеутоляющих средств, рекомендуемых во время приступа мигрени, входят мефенаминовая кислота в капсулах по 250 мг (2 капсулы во время приступа), а также парацетамол (лучше – в сочетании с кофеином).

Хорошим методом лечения приступа мигрени считается введение алкалоидов спорыньи. Их действие состоит прежде всего в сужении сосудов, т.е., согласно взглядам еще Wolff и ученых его школы, – в воздействии на самую существенную причину болей. В 1884 г. Thompson использовал вытяжку из спорыньи при лечении мигрени. Следует помнить, что эрготамин не всегда хорошо всасывается и нередко вызывает побочное действие в виде тошноты и болей в животе.

Во время приступа мигрени не только боль является мучительным симптомом. Больные страдают также от тошноты и рвоты, и бороться с ними нужно столь же энергично. Самым простым и действенным средством является прием драмины.

Есть указания на благоприятное действие магния при внутривенном введении; инъекции следует производить очень медленно.

Давно для лечения приступов мигрени рекомендованы кортикостероиды (внутривенная инъекция 30—60 мг преднизолона). Эту методику, однако, следует использовать, скорее, в борьбе с мигренозным статусом и лишь в виде исключения прибегать к ней во время тяжелых приступов.

Лечение мигренозного статуса

Мигренозный статус служит показанием к госпитализации, тем более что лишь в условиях стационара можно провести обследования, необходимые для дифференцирования мигренозного статуса с такими патологическими процессами, как субарахноидальное кровоизлияние, менингит или опухоль мозга. При мигренозном статусе показано введение кортикостероидов, например 50—75 мг преднизолона внутривенно. Рекомендуются также аминазин, дигидроэрготамин в виде капельной инъекции, иногда – капельницы из норадреналина, 40% глюкозы (80 мл), а также мочегонные средства – фуросемид, наконец, люмбальная пункция. Благоприятный эффект наблюдался после введения небольшого количества галоперидола, хлопротиксена.

Профилактика приступов мигрени

Предупреждение приступов мигрени – значительно более трудное дело, чем лечение приступа. Оно должно предусматривать:

- урегулирование образа жизни и исключение факторов, способных спровоцировать у данного пациента приступ;
- лечение сопутствующих видов патологии, например заболеваний носовых пазух, зубов, желчных путей, толстой кишки, гинекологических болезней;
- применение фармакологических методов предупреждения приступов;
- психотерапию;
- физическое лечение (спорт, физиотерапия, бальнеотерапия);
- использование других методов, например акупунктуры или некоторых хирургических операций.

Для профилактики мигрени рекомендуют несколько десятков препаратов. На первом плане – средства, оказывающие противосеротониновое и противоаминное действие, остаются актуальными производные алкалоидов спорыньи; все больше сторонников приобретает лечение препаратами, блокирующими бета-рецепторы, а также маленькими дозами клонидина, антидепрессантами.

В соответствии с современными взглядами, серотонину принадлежит существенная роль в возникновении приступа мигрени и головных болей. Поэтому в профилактике мигрени главная роль принадлежит средствам, действующим антагонистически по отношению к серотонину.

Сосудорасширяющие препараты. Регулярный прием при мигрени средств этого типа обоснован. Для больных с мигренью типична склонность к спазмам периферических артерий, и известно, что на I стадии приступа мигрени такой спазм дей-

ствительно происходит. Заслуживают упоминания, в частности, попытки применения но-шпы, никотиновой кислоты.

Хирургическое лечение. Практикуются периартериальные неврэктомии, шейная симпатэктомия, перевязка артерий, денервация синуса внутренней сонной артерии, операции на сенсорных путях, т.е. трактотомии.

Физиотерапия и бальнеология. Следует поощрять у больных с мигренью желание заниматься спортом – плавать, делать гимнастику, ходить в пешие турпоходы, совершать ежедневные прогулки на свежем воздухе. В некоторых случаях дает благоприятные результаты курортное лечение (души, углекислые ванны, гимнастика, прогулки).

Психотерапия имеет большое значение для лечения мигрени, особенно если учесть роль эмоциональных факторов в возникновении приступов.

Аутотренинг заключается в отработке умения снимать напряжение путем расслабления мышц. На последующих этапах аутотренинг направлен на то, чтобы научиться управлять некоторыми вегетативными функциями. Во время сеансов пациент, находящийся в положении лежа или сидя, внушает себе, повторяя соответствующие фразы, необходимость полного расслабления тех или иных групп мышц. Достижение этого эффекта проявляется, в частности, ощущением тяжести в конечностях и приятного покоя. Далее пациент внушает себе необходимость расширения сосудов, усиленного кровоснабжения определенных участков тела, замедления пульса или дыхания и т.п. Дополняет аутотренинг использование биологической обратной связи. В этом случае автоматически регистрируются вегетативные функции, на которые пациент намерен воздействовать, и результаты сразу же видны ему на экране монитора, что позволяет пациенту контролировать эффективность самовнушения.

Рекомендуемая литература

Алексеев В.В., Яхно А.А. Мигрень // Клиническая фармакология и терапия. – 1997; 3: 82–86.

Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень (патогенез, клиника, лечение). – СПб., 2001. – С. 199.

Вейн А.М. Головная боль // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1996; 36 (3): 5–7.

Карлов В.А. Терапия нервных болезней. Руководство для врачей. – М., 1996.

Колосова О.А. Сравнительные результаты фармакотерапии мигрени // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997; 97 (11): 19–21.

Моисеев С.В. Суматриптан (имигран) при мигрени // Клин. фармакология и терапия. – 1997; 3: 86–88.

Осипова В.В. Мигрень: клинико-психофизиологический анализ, качество жизни, коморбидность, терапевтические подходы. Дисс ... д.м.н. – М., 2003. – 250 с.

Diamond S. Migraine Headache . In: Diamond and Dalessio's The practicing physician's approach to headache. – 6th ed. – 1999. – P. 46–71.

Diener H–C., Limmroth V. Prevention migraine: beta–blockers and amine agonists: efficacy. In: Preventive pharmacotherapy of headache disorders. – Oxford University Press, 2004. – P. 59–67.

Silberstein S.D., Saper J.R., Freitag F.G Migraine: diagnosis and treatment. In: Wolf's Headache and Other Head Pain. 7th ed. – Oxford University Press, 2001. – P. 121–238.

MIGRAINE

V.V. Skvortsov, MD; E.V. Belyakova; M.S. Zhuravleva; I.N. Pashchenko

Volgograd State Medical University

The paper gives information on migraine, a paroxysmal cerebral dysfunction accompanied by headache on one side of the head and vomiting.

Key words: migraine, pathogenesis, course, care, prevention.