

Алгоритмы диагностики и лечения мигрени

А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова

Головная боль – одна из самых распространенных жалоб среди населения. Почти для 20% населения головные боли становятся серьезной проблемой, снижающей качество жизни. Так, в США по данным специальных опросов обнаружено снижение качества жизни у 18,8 млн. женщин и 2,7 млн. мужчин, страдающих мигренью. Международная классификация головной боли различает первичные головные боли, являющиеся самостоятельными нозологиями, и вторичные, представляющие собой проявления различных неврологических и системных заболеваний. К первичным головным болям относят: мигрень, головные боли напряжения и кластерные головные боли.

Мигрень с давних пор хорошо известна медицине: первые описания встречаются в письменах шумерской цивилизации (3000 лет до н.э.). Ею страдали многие знаменитые люди: писатели (А. Чехов, М. Булгаков, Г. Гейне), композиторы (П. Чайковский, Р. Вагнер), ученые (Ч. Дарвин, Ф. Ницше, И. Ньютон, З. Фрейд, Ж.-М. Шарко), политические деятели (Юлий Цезарь, Наполеон I, К. Маркс). Гален во II веке до нашей эры впервые предложил термин “гемикрания”, тем самым подчеркнув одну из отличительных особенностей заболевания – локализацию боли в одной половине головы.

Согласно Международной классификации головной боли различают следующие виды мигрени:

- 1.1. Мигрень без ауры.
- 1.2. Мигрень с аурой:
 - 1.2.1. Мигрень с типичной аурой;
 - 1.2.2. Мигрень с продолжительной аурой;
 - 1.2.3. Семейная гемиплегическая мигрень;
 - 1.2.4. Базилярная мигрень;
 - 1.2.5. Мигренозная аура без головной боли;
 - 1.2.6. Мигрень с аурой, длящейся менее 5 мин.
- 1.3. Офтальмоплегическая мигрень.
- 1.4. Ретинальная мигрень.
- 1.5. Детские периодические синдромы, которые могут предшествовать мигрени или ассоциироваться с мигренью:
 - 1.5.1. Доброкачественные пароксизмальные головокружения детского возраста;
 - 1.5.2. Альтернирующая гемиплегия детского возраста.
- 1.6. Осложнения мигрени:
 - 1.6.1. Мигренозный статус;
 - 1.6.2. Мигренозный инфаркт.
- 1.7. Мигреноподобные нарушения, не попадающие под критерии пунктов 1.1–1.6.

Частота мигрени в популяции по данным разных авторов колеблется от 0,5 до 30% всего взрослого населения. Так, в США распространенность мигрени среди взрослого населения составляет 17,2% у женщин и 6% у мужчин.

Женщины страдают мигренью чаще, чем мужчины (в соотношении 3 : 1). Обычно мигрень возникает в период полового созревания (в 13–16 лет), у девочек часто совпадая с первыми

месячными. Однако нередки и более ранние (в 5–7 лет), и более поздние (в 20–30 лет) сроки дебюта заболевания. После 50 лет приступы мигрени или полностью прекращаются, или трансформируются в хроническую ежедневную головную боль.

Алгоритм дифференциальной диагностики первичных головных болей

Алгоритм дифференциальной диагностики первичных головных болей представлен в табл. 1.

Алгоритмы лечения мигрени

Исходя из клиники и существующих представлений о патогенезе мигрени выделяют следующие алгоритмы ее лечения:

- 1) купирование мигренозного приступа;
- 2) профилактика возникновения мигренозного приступа.

Лечение мигренозного приступа. В период приступа в связи с кратковременностью вазоконстрикторной фазы препараты целесообразно применять в самом начале, до появления сильной боли. Базовые препараты, влияющие на механизм развития болевой атаки, указаны в табл. 2.

Профилактическая терапия приступов мигрени

Профилактическая терапия приступов мигрени проводится при:

- частых (два и более в месяц) приступах мигрени;
- тяжелых приступах (вызывающих потерю трудоспособности на три дня и более);

Научный центр неврологии РАМН, III сосудистое отделение.

Альберт Серафимович Кадыков – докт. мед. наук, профессор, зав. отделением.

Наталья Владимировна Шахпаронова – канд. мед. наук, вед. науч. сотрудник.

Таблица 1. Алгоритм дифференциальной диагностики первичных головных болей

Признак	Мигрень	Головная боль напряжения	Кластерная головная боль
Характер боли	Пульсирующая	Стягивающая (“каска”, “шлем”, “обруч”)	Острая, жгучая, пульсирующая
Локализация	Односторонняя (гемикrania), лобно-глазнично-височная область	Двусторонняя диффузная	Односторонняя, орбитальная, супраорбитальная, височная
Интенсивность	Выраженная, усугубляющаяся при физической работе и ходьбе	Легкая, умеренная, уменьшающаяся при физической работе	Резко выраженная
Длительность	От 4 до 72 ч	От 30 мин до 7 сут	От 15 до 180 мин
Течение	Три фазы (продромальная, возникновение боли, постепенное уменьшение боли)	Постепенно усиливается	Быстрое усиление
Частота приступов	От нескольких в год до нескольких в неделю	От 2 нед в месяц до нескольких месяцев в год	Несколько раз в день; длительность пучка – от нескольких недель до нескольких месяцев
Время возникновения приступа	В любое время дня/ночи	В любое время дня/ночи (редко)	Ночное время
Аура	20%	Нет	Нет
Сопутствующие симптомы	Фотофобии, фонофобии, тошнота, рвота	Фонофобии, фотофобии, нет тошноты и рвоты	Покраснение глаза, слезотечение, заложенность носа, ринорея, повышение потоотделения на коже лица и лба, миоз, птоз, отек века
Условия возникновения	Стресс, менструация, недосыпание или избыток сна, физическая нагрузка, употребление богатых тирамином продуктов, алкоголя, лекарственных препаратов, гипогликемия, свет, изменение погоды	Длительное мышечное напряжение, стресс, изменение погоды, нарушение сна, употребление алкоголя, менструация	Стресс, прием алкоголя
Возраст, лет	18–33	20–50	20–40
Пол	Чаще женщины (3 : 1)	Чаще женщины (2 : 1)	Преимущественно мужчины
Наследственность	При мигрени у родителей – риск заболевания 60–90%	До 50% в случае заболевания у родственников	Нет
Поведение больного	Стремление к покою, уединению, темноте	Разное	Больные возбуждены, беспокойны, мечутся по комнате, часто агрессивны

Таблица 2. Лечение мигренозного приступа

Группы лекарственных препаратов	Дозы	Показания к назначению	Побочное действие	Противопоказания к назначению
Анальгетики парацетамол 0,5 ацетилсалициловая кислота 0,5 комбинированные препараты (пенталгин, седалгин, спазмовералгин, солпадеин и т.д.)	До 4 таблеток До 3 таблеток До 2 таблеток	Легкие и средние приступы	Аллергия, боли в животе, метгемоглобинемия, нарушение функции печени и почек, анемия	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, склонность к кровотечениям, чувствительность к салицилатам, беременность, анемия
Препараты дигидроэрготамина дигидроэрготамин 2,5 мг дигидергот-спрей	До 10 мг По дозе в каждую ноздрю	Средние и тяжелые приступы	Эрготизм, тошнота, судороги в ногах, отеки	Артериальная гипертония, беременность, периферическая ангиопатия, лица старше 60 лет, ИБС
Препараты серотонинового ряда суматриптан (имигран) 100 мг золмитриптан (зомиг) 2,5 мг наратриптан (нарамиг) 2,5 мг	До 300 мг в сутки До 15 мг в сутки До 5 мг в сутки	Тяжелые и средние приступы	Ощущение покалывания в любой части тела, гиперемия лица, сонливость, слабость	Неконтролируемая артериальная гипертония, ИБС, лица старше 60 лет, детский возраст

Таблица 3. Основные группы препаратов, применяемых для лечения мигрени

Группы лекарственных препаратов	Дозы	Побочное действие	Противопоказания к назначению
β-блокаторы пропранолол (обзидан, анаприлин)	120–240 мг	Брадикардия, снижение АД	Брадикардия, гипотония, нарушение внутрисердечной проводимости, бронхиальная астма, обструктивные заболевания дыхательных путей, сахарный диабет
Антагонисты кальция верапамил (изоптин, финоптин) нимодипин (нимотоп)	160–320 мг 60–120 мг	Брадикардия, гипотония, аллергия, гиперемия лица, диспепсия	Гипотония, атриовентрикулярные блокады, брадикардия
Антагонисты серотонина комбинированные: кафетамин (кофеин + + эрготамин тартрат) вазобрал (альфа-дигидро- эргокриптина мезилат + + кофеин) белласпон (эрготамин + + алкалоиды красавки + + фенобарбитал)	До 2 таблеток в день По 2–4 мл дважды в день До 3 таблеток в день	Диспепсия, аллергия Диспепсия, аллергия, снижение АД Аллергия, нарушение менструального цикла	Гиперчувствительность Гиперчувствительность Гиперчувствительность, порфирия, выраженные нарушения функции печени и почек, глаукома, беременность
монопрепараты: перитол (ципрогептадин)	3–12 мг/сут	Сухость во рту, тошнота, головокружение, сонливость	Глаукома, задержка мочи, беременность
пизотифен (сандомигран)	1,5–30 мг/сут	Сонливость, слабость, повышение массы тела	Глаукома, аденома простаты
НПВП ибупрофен	400 мг 3 раза/сут	Диспепсия, желудочно- кишечные кровотечения, тромбоцитопения, аллергия	Гиперчувствительность, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, детский возраст, беременность
мелоксикам (мовалис) нимесулид (найз) целекоксиб (целебрекс)	7,5–15 мг 1 раз/сут 100 мг 1–2 раза/сут 100 мг 3 раза/сут		
Антиконвульсанты карбамазепин (финлепсин, тегретол)	200–600 мг/сут	Головокружение, тошнота, сонливость, атаксия, слабость	Гиперчувствительность, атриовентрикулярная блокада, миелодепрессия, перемежающаяся порфирия
препараты вальпроевой кислоты (депакин)	800–1500 мг/сут	Диспепсия, поражение печени, тромбопения, анемия	Гиперчувствительность, гепатит
Антидепрессанты амитриптилин	25–75 мг/сут	Сонливость, слабость, сухость во рту	Глаукома, аденома простаты, эпилепсия
флуоксетин (прозак, продеп)	20 мг утром	Сухость во рту, снижение аппетита, аллергия	Атония мочевого пузыря, аденома простаты

- использовании медикаментов, прерывающих приступ, более двух раз в неделю;
- редких приступах головных болей, вызывающих преходящие неврологические расстройства.

Основные группы препаратов, применяемых в настоящее время, представлены в табл. 3. Необходимо начинать прием медикаментов с малых доз препарата. В этот период важно соблюдать режим питания, исключив из рациона тираминсодержащие продукты: шоколад, орехи, какао, томаты, сыры, красное вино, шампан-

ское, пиво. Курс лечения препаратами составляет 4–6 мес.

При недостаточной профилактической эффективности одного из препаратов возможно их комбинированное применение. Рекомендуются следующие комбинации:

- антидепрессантов с вазоактивными препаратами (β-блокаторами, блокаторами кальциевых каналов);
- антидепрессантов с препаратами вальпроевой кислоты.

При выборе профилактического средства следует учитывать возраст больного, тип мигрени, сопутствующ-

щие симптомы и заболевания. Так, средствами выбора являются:

- при склонности к артериальной гипотонии и ортостатических обмороках – препараты спорыньи;
- у молодых людей с пониженным питанием – сандомигран;
- у больных с тенденцией к повышению артериального давления – вазоактивные средства (β-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов);
- при депрессии, сочетании мигрени с головной болью напряжения, ночных мигренозных атаках – антидепрессанты;

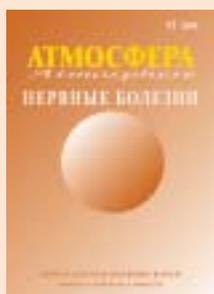
- при пароксизмальной активности на ЭЭГ – антиконвульсанты;
- при менструальной мигрени – НПВП (например, напроксен), гормональная терапия (по согласованию с эндокринологом).

Для профилактической терапии помимо медикаментозных средств широко используются немедикаментозные методы, такие как психотерапия, биологическая обратная связь, гимнастика, массаж воротниковой зоны, водные процедуры, иглорефлексотерапия, постизометрическая ре-

лаксация, транскраниальная электро-стимуляция.

Список литературы

1. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. Вейна А.М. М., 1999.
2. Вейн А.М., Колосова О.А. Головная боль. М., 1994.
3. Колосова О.А. // Лечение нервных болезней. 2000. № 2. С. 15.
4. Осипова В.В. // Лечение нервных болезней. 2003. № 4. С. 3.
5. Осипова В.В. // Журн. неврол. и психиатрии. 1996. № 3. С. 100.
6. Пузин М.Н., Решковский В.М. Кластерная цефалгия // Вегетативные лицевые боли / Под ред. Пузина М.Н.М., 1999. С. 66–71.
7. Соловьева А.Д. и др. // Журн. неврол. и психиатрии. 1999. № 2. С. 21.
8. Феоктистов А.П. и др. // Журн. неврол. и психиатрии. 1999. Т. 99. № 12. С. 58.
9. Филатова Е.Г. // Лечение нервных болезней. 2000. № 2. С. 3.
10. Филатова Е.Г. Лицевые боли // Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. Вейна А.М. М., 2001. С. 169–216.
11. Bahra A. et al. // Neurology. 2000. V. 54. P. 1832.
12. Diener H.C. // Cephalgia. 1993. Suppl. 12. P. 68.
13. May A. // Br. Med. Bull. 2003. V. 65. P. 223.
14. Zed P.J., Robinson G. // Ann. Pharmacother. 1999. V. 33. № 1. P. 6. ●



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Нервные болезни”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.
Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 80 руб., на один номер – 40 руб.

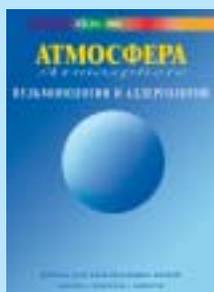
Подписной индекс 81610.



Продолжается подписка на журнал “Лечебное дело” – периодическое учебное издание РГМУ

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.
Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 60 руб., на один номер – 30 руб.

Подписной индекс 20832.



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.
Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 100 руб., на один номер – 50 руб.

Подписной индекс 81166.