

Глава 1

Головные и лицевые боли

*А.С. Кадыков,
Н.В. Шапаронова,
Л.С. Манвелов*

Головные боли (ГБ) по своему происхождению могут быть разделены на две основные группы:

- 1) первичные «идиопатические» ГБ, не связанные с какими-либо структурными повреждениями и заболеваниями головного мозга, мозговых оболочек, сосудов, костей черепа и общими заболеваниями;
- 2) вторичные ГБ, возникающие:
 - в результате черепно-мозговой травмы (ЧМТ);
 - при сосудистых заболеваниях головного мозга;
 - при менингитах, энцефалитах, опухолях мозга;
 - индуцированные введением различных веществ;
 - при заболеваниях шейного отдела позвоночника, глаз (острый приступ глаукомы), придаточных пазух носа.

При анализе головной и лицевой боли необходимо учитывать:

- ее характер;
- интенсивность;
- временные параметры (начало, продолжительность, частота рецидивов);
- локализацию;
- сопутствующие симптомы (аура, тошнота, рвота, симптом Горнера и т.д.);
- провоцирующие факторы (стресс, душное помещение, голод, метеофакторы и т.д.);
- связь возникновения боли с различными заболеваниями, травмами, интоксикациями и т.д.;
- наследственную предрасположенность.

Глава 2

Мигрень

*А.С. Кадыков,
Н.В. Шахпаронова,
Л.С. Манвелов*

Мигрень — это первичная ГБ, проявляющаяся в виде приступов пульсирующей боли, обычно захватывающей половину головы (гемикрания) и сопровождающейся тошнотой или рвотой, непереносимостью яркого света (фотофобия) и резких звуков (фонофобия).

Различают два основных вида мигрени: мигрень без ауры (около 80% всех больных мигренью) и мигрень с аурой.

Считается, что в своей жизни один или несколько приступов мигрени переносят не менее 80% людей, однако к мигрени как заболеванию можно отнести те случаи, когда частота приступов ГБ значительно влияет на качество жизни и трудоспособность человека. Во Франции среди взрослого населения (старше 15 лет) типичная мигрень (пункты 1.1, 1.2 Международной классификации ГБ) встречается у 7,9% больных (в 11,2% у женщин, в 4% у мужчин) и мигреноподобные нарушения (пункт 1.7 Международной классификации) у 9,1%, то есть всего у 18%. У 74% больных, по данным французских исследователей, приступ мигрени вызывает временные нарушения их обычной ежедневной жизненной активности.

Больные мигренью значительно различаются по частоте приступов: у одних они возникают реже 1 раза в месяц, у других несколько раз в месяц, что отрицательно влияет на их качество жизни и трудоспособность.

Женщины страдают мигренью чаще мужчин (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 ГБ.

Выделено много факторов, которые могут спровоцировать развитие мигренозного приступа (для каждого больного эти факторы строго индивидуально):

- стресс, сильная эмоция;
- менструация;
- недосыпание или избыток сна (мигрень «выходного дня»);
- физическая нагрузка;
- употребление некоторых пищевых продуктов, особенно богатых тирамином (какао, шоколад, молоко, сыр, копчености, консервы, орехи, яйца, помидоры, сельдерей, цитрусовые);
- употребление алкоголя, особенно красных вин, шампанского и пива;
- голод;
- запор;
- некоторые лекарственные препараты (нитроглицерин);
- яркий свет, сильный шум, неприятный резкий запах;
- длительная поездка в транспорте; сильные вестибулярные раздражения (качка);
- различные заболевания — зубов, придаточных пазух носа, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ);
- изменение погоды (изменение барометрического давления, «магнитные бури»);
- сильный ветер (особенно холодный);
- работа с компьютером, неоновый свет, любой «мелькающий» свет.

МИГРЕНЬ С АУРОЙ

К мигрени с аурой относятся те случаи типичных мигренозных приступов, описанных выше, перед которыми возникает аура. Она длится в среднем 5–20 мин, но иногда до часа, затем возникает типичная мигренозная ГБ. Интервал между аурой и болевым приступом составляет менее 60 мин.

Различают следующие виды мигрени с аурой.

- Офтальмическая: аура в виде скотом, гемианопсии.
- Гемипарестетическая: парестезии (ощущение «ползания мурашек» и онемение половины тела, лица и конечностей с одной стороны).
- Гемипаретическая: слабость в руке и ноге с одной стороны (иногда до степени пlegии).
- Офтальмоплегическая: аура в виде ограничения подвижности глазных яблок.
- Базилярная мигрень (мигрень базилярной артерии): аура в виде выпадения полей зрения, дизартрии, звона в ушах, снижения слуха, неустойчивости, нарушения сознания (2 или более из перечисленных симптомов).

Все вышеуказанные виды ауры продолжаются менее часа (обычно 5–20 мин) и ассоциируются с последующим приступом мигренозной ГБ.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Мигренозный статус.
- Мигренозный инфаркт мозга (ИМ).

Мигренозный статус

К мигренозному статусу относят приступ мигренозной ГБ, возникающей у больных, страдающих типичной мигренью, и длящийся более 72 ч, несмотря на лечение. Это может быть один приступ или серия тяжелых приступов. Интервалы, свободные от ГБ, не превышают 4 ч, за исключением сна. Часто наблюдаются многократная рвота, резкая общая слабость. Мигренозный статус встречается достаточно редко: не более чем в 1–2% всех случаев мигрени. При нейровизуализационном исследовании могут наблюдаться признаки отека мозга, при анализе ликвора — повышенное давление. Иногда на фоне лечения мигренозного статуса наблюдаются снижение уровня бодрствования, оглушенность.

Мигренозный инфаркт мозга

О мигренозном инсульте говорят, когда один или несколько симптомов мигренозной ауры длятся более 7 дней. Могут наблюдаться изменения на компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резо-

нансной томографии (МРТ) головного мозга, соответствующие ИМ. Очаговые симптомы полностью соответствуют симптомам той ауры, которая ранее наблюдалась у больного, но неврологический дефицит не исчезает полностью за 7 дней. При этом какие-либо другие причины инсульта, кроме мигрени, исключаются. Предполагаемой причиной развития мигренозного инсульта является гиперагрегация тромбоцитов в сочетании с вазоспазмом.

ПАТОГЕНЕЗ

Не существует какой-либо единой теории патогенеза мигрени, которая могла бы с достаточной полнотой и достоверностью объяснить механизмы развития мигренозных приступов, их пароксизмальность и повторяемость. Wolff (1938) объяснял развитие ауры спазмом мозговых сосудов, кровоснабжающих отдельные области мозга (зрительную кору, двигательную кору и т.д.), а развитие болевого приступа — резким расширением сосудов мозга и, прежде всего, богато иннервируемых сосудов мозговых оболочек, что и вызывает болевые ощущения. Установлено, что во время ауры снижается регионарный мозговой кровоток (то есть возникает ишемия отдельных регионов мозга), а во время ГБ — увеличивается, хотя эти изменения не совсем точно коррелируют со временем и локализацией приступа. Особое место занимают *генетические факторы*. При заболевании мигренью обоих родителей риск заболеть мигренью у детей составляет 60–90%, тогда как риск заболеть при здоровых родителях — только 11%. При заболевании матери риск достигает 72%, отца — 39%.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение мигрени включает:

- лечение (купирование) самого мигренозного приступа;
- профилактика возникновения приступов.

Лечение мигренозного приступа

Существуют 3 основные группы препаратов, уменьшающих или полностью снимающих ГБ:

- ацетилсалициловая кислота (Аспирин[®]) и другие нестероидные противовоспалительные средства (НПВС);

- препараты спорыньи (неселективные агонисты 5HT₁-рецепторов);
- селективные агонисты 5HT₁-рецепторов (суматриптан, золмитриптан и др.).

Препараты спорыньи широко применяются для купирования приступов мигрени благодаря вазоконстрикторному действию на краниальные сосуды. Доказано повышение эффективности эрготамина при комбинации его с кофеином: в виде таблеток Кофетамина* (100 мг кофеина и 1 мг эрготамина). Дигидроэрготамин (Дитамин*) более эффективен, чем эрготамин, применяется в таблетках (1 таблетка ретард — 2,5 мг), максимальная доза 10 мг в сутки; в каплях (20 капель — 2 мг); в инъекциях внутримышечных или подкожных (1 мл — 1 мг, по 1–3 мл). Назальный препарат дигидроэрготамина + кофеина — **Дигидергот назальный аэрозоль*** быстро снимает острый приступ мигрени. Побочные явления, возникающие при лечении препаратами спорыньи: тошнота, судорожное сведение мышц ног, отеки ног. При частом и длительном приеме могут возникнуть явления эрготизма (загрудинные боли, парестезии, рвота, понос).

Селективные агонисты 5HT₁-рецепторов — триптаны. Одним из первых селективных агонистов 5HT₁-рецепторов (триптанов) был **суматриптан (Имигран*)** — препарат быстрого действия, который можно применять как в начале болевого приступа, так и в его разгаре. При подкожном введении 6 мг суматриптана в течение 10 мин значительно уменьшается выраженность ГБ. В течение одного часа более чем у 70% больных ГБ полностью проходит. При пероральном приеме 1 таблетки суматриптана (100 мг) улучшение наступает через полчаса; полностью проходит ГБ в течение 3–4 ч у 70% больных. Противопоказания к приему суматриптана те же, что и к приему препаратов спорыньи. **Золмитриптан (Зомиг*)** применяется перорально (1 таблетка — 2,5 мг) во время приступа мигрени независимо от приема пищи. Почти у 80% больных в течение часа значительно уменьшается или полностью исчезает ГБ.

В случае необходимости через 2 ч можно принять вторую таблетку золмитриптана. При лечении препаратом наряду с уменьшением (или полным прекращением) ГБ значительно уменьшаются тошнота, фотофобия, фонофобия. Противопоказания и побочные явления (но менее выраженные) — те же, что и у суматриптана.

Уменьшению ГБ могут способствовать такие простые «домашние» приемы, как холод на голову (грелка со льдом или полотенце, смо-

ченное холодной водой), ножная горячая ванна, изоляция от шума и яркого света, попытка заснуть с помощью транквилизаторов [диазепам + циклобарбитал (Реладорм[▲]), бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (Феназепам[▲])] или снотворных [зопиклон (Имован[▲]), золпидем (Ивадал[▲])], или седативных [валерианы корневищ экстракт + Melissa лекарственной травы экстракт + мяты экстракт (Персен[▲]), боярышника плодов экстракт + бузины черной цветков экстракт + валерианы лекарственной корневищ с корнями экстракт + зверобоя продырявленного травы экстракт (Ново-Пассит[▲])] средств.

Профилактика приступов мигрени

Профилактическое лечение проводится лишь при относительно частых и тяжелых приступах мигрени. Не существует какого-либо одного универсального профилактического средства, поэтому выбор препарата, его дозы и длительность курса определяются на строго индивидуальной основе.

Для профилактики приступов мигрени в настоящее время используются следующие основные группы препаратов.

- **Вазоактивные средства:** β -блокатор пропранолол (Обзидан[▲], Анаприлин[▲]) в дозе 120–240 мг в сутки и верапамил до 320 мг в сутки.
- **Препараты спорыньи:** эрготамин + кофеин (Кофетамин[▲]), дигидроэргокриптин + кофеин (Вазобрал[▲]), Белласпон[▲], белладонны алкалоиды + фенобарбитал + эрготамин (Беллатаминал[▲]).
- **НПВС:** ибупрофен в дозе 400 мг трижды в день или индометацин ретард[®] 75 мг 1–2 раза в день (наиболее эффективен при менструальной мигрени).
- **Антидепрессанты:** амитриптилин или флуоксетин (Прозак[▲], Продеп[▲], Профлузак[▲]).
- **Антиконвульсанты:** вальпроевая кислота (Депакин[▲]), карбамазепин, клоназепам.

Как оценивать результаты профилактического лечения мигрени? А.В. Амелин с соавт. (2001) полагают, что при снижении частоты мигренозных приступов на 50% и более профилактическое лечение следует считать эффективным, а отсутствие положительного эффекта в течение 3 мес дает основание к отмене препарата. Несомненно, что неоправданно низкие дозы препарата могут дискредитировать лечение. Снижать дозу можно только постепенно и только при достижении терапевтического эффекта.

ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНОЗНОГО СТАТУСА

При развитии мигренозного статуса желательно госпитализировать больного. Наряду с препаратами, рекомендованными в разделе, посвященном лечению мигренозного приступа, которые желателно вводить в инъекциях, используют следующие средства:

- транквилизаторы: диазепам (Седуксен[★], Реланиум[★]) 0,5% 2–4 мл с 20 мл 40% раствора декстрозы (Глюкозы[★]) внутривенно (вводить медленно);
- фуросемид (Лазикс[★]) 2 мл внутримышечно — как противоотечное средство;
- аминофиллин (Эуфиллин[★]) (легкое противоотечное и нормализующее церебральный венозный кровоток средство) 2,4% — 10 мл с декстрозой (Глюкозой[★]) (40% — 10,0) внутривенно медленно;
- при неукротимой рвоте назначают дифенгидрамин (Димедрол[★]), или прометазин (Пипольфен[★]), или галоперидол (0,5% — 1–2 мл), или трифлуперидол[®] (триседил[®]), или метоклопрамид в свечах.

При недостаточной эффективности этих мероприятий к лечению добавляют капельное вливание декстрана (ср. мол. масса 35000–45000) (Реополиглюкина[★]) (400 мл) и преднизолон (50–75 мг).