
ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

В.И. Кузнецов, Н.В. Стуров, Т.И. Мансур,
Г.Н. Кобыляну, А.Н. Маслова

Кафедра общей врачебной практики
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Макляя, 8, Москва, Россия, 117198

Мигрень является довольно распространенным заболеванием в общей врачебной практике. В статье обсуждаются проблемы патогенеза и диагностики мигрени, в том числе ее тяжелых форм и масок. Кроме того, приводятся данные о современных подходах к лечению острых приступов мигрени и профилактики их развития.

Ключевые слова: мигрень, острые приступы, превентивная терапия.

Согласно эпидемиологическим исследованиям мигрень является вторым, по частоте, видом первичной головной боли (после головной боли напряжения). Мигренозные приступы, которые существенно сказываются на качестве жизни, испытывают 17% женщин, 6% мужчин и 4% детей [1]. В США экономические потери, обусловленные временной потерей трудоспособности из-за мигрени, по некоторым оценкам, достигают 18 млрд долл. в год [2].

Клиническая картина и диагностика мигрени. Для диагностики мигрени используются критерии Международного общества по изучению головной боли ICHD-II [3]. К ключевым признакам мигрени относится односторонняя локализация боли, пульсирующий ее характер, средняя или высокая ее интенсивность и усиление при обычной физической нагрузке (например, при прогулке или подъеме по лестнице).

Мигрень, несмотря на относительную простоту диагностики, остается диагнозом исключения, т.е. следует исключить другие причины развития болевых приступов (в том числе новообразования, аневризмы сосудов, паразитарные инвазии).

Мигрень без ауры (или простая мигрень) встречается наиболее часто — в 80% случаев. Наиболее часто отмечается офтальмическая аура, сопровождающаяся зрительными нарушениями в виде искр, молниеподобных вспышек, зигзагов в правом или левом поле зрения. В случае развития во время приступа гемипареза говорят о *гемиплегической*, при появлении глазодвигательных нарушений — об *офтальмоплегической*, при развитии слепоты на один глаз — о *ретинальной* форме мигрени.

Особенность мигренозной ауры заключается в том, что все составляющие ее симптомы являются кратковременными (от нескольких минут до 1 часа) и полностью обратимыми. В межприступном периоде у больных отсутствуют признаки поражения центральной нервной системы.

Мигрень может протекать атипично, под видом следующих «масок»:

- *«обезглавленная» мигрень* — аура без последующего приступа мигрени;
- *абдоминальные маски* — приступообразные пульсирующие боли в животе, иногда с поносом и чередующиеся с типичными мигренозными болями;

— *приступы головокружения* — внезапно наступающее ощущение вращения окружающих предметов или собственного тела с нарушением координации движений; эти приступы характерны для детей 4—6 лет;

— *«синдром Алисы»* — возникновение зрительных иллюзий: люди и предметы кажутся либо увеличенными, либо уменьшенными в размерах, имеют необычную окраску.

В тяжелых случаях имеется риск развития тяжелых осложнений мигрени, требующих госпитализации. К их числу относится *мигренозный статус* — серия тяжелых, следующих друг за другом приступов, либо один необычайно тяжелый и продолжительный приступ. Другим опасным осложнением мигрени является *мигренозный инсульт*, при котором наблюдается развитие тяжелого приступа мигрени с аурой и очаговыми неврологическими симптомами, имеющими так называемый «мерцающий» характер (возникают, регрессируют и затем появляются вновь).

Лечение острых приступов мигрени. Эффективность и низкая стоимость делают нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) препаратами первой линии для лечения всех приступов мигрени, в том числе тяжелых, но отвечавших на НПВС в прошлом [4, 5]. Конкретный препарат подбирается пациенту эмпирически.

В качестве средств первой линии, а также в случае неэффективности НПВС используют агонисты серотониновых 1B/1D-рецепторов или триптаны (суматриптан, золмитриптан, наратриптан и др.), которые обладают наиболее высокой эффективностью. Препараты этой группы воздействуют на сосуды твердой мозговой оболочки, препятствуя их избыточному расширению во время приступа мигрени. Показано, что в терапевтических дозах триптаны вызывают избирательное сужение именно мозговых артерий. Тем не менее наличие ишемической болезни сердца (ИБС) или тяжелой артериальной гипертензии (АГ) является противопоказанием к их назначению. Триптаны также нельзя использовать для лечения тяжелых форм мигрени (гемиплегической, базилярной, офтальмоплегической, ретинальной).

Из алкалоидов спорыньи наиболее эффективен дигидроэрготамин в лекарственной форме для интраназального введения. Наиболее эффективным опиоидным анальгетиком для купирования мигренозного приступа считается буторфанол в виде назального спрея. Сводные сведения о препаратах, которые используют при острых приступах мигрени, приведены в табл. 1 [6, с изм.].

Таблица 1

Средства для купирования острых приступов мигрени

Препарат	Доза	Побочные эффекты и замечания
<i>НПВС, анальгетики-антипиретики</i>		
Ацетилсалициловая кислота	1000 мг внутрь или в/в	гастропатия, гемorragии, повышение тонуса бронхов
Ибупрофен	200—800 мг внутрь	то же
Напроксен	500—1000 мг внутрь	то же
Диклофенак	50—100 мг внутрь	то же

Препарат	Доза	Побочные эффекты и замечания
Метамизол (анальгин)	1000 мг внутрь или в/в	гранулоцитопения, тромбоцитопения, геморрагии, гипотония, интерстициальный нефрит
Парацетамол	1000 мг внутрь или в супп.	использовать с осторожностью при печеночной и почечной недостаточности
Ацетилсалициловая кислота + парацетамол + кофеин (цитрамон)	250/200—250/50 мг соответственно внутрь	см. ацетилсалициловую кислоту и парацетамол
<i>Триптаны</i>		
Суматриптан	25, 50, 100 мг внутрь, 10—20 мг и/н, 6 мг подкожно	не следует использовать при тяжелых формах мигрени (офтальмоплегической, гемиплегической и пр.), а также при тяжелых и/или нелеченных ИБС и АГ
Золмитриптан	2,5—5 мг внутрь или и/н	
Наратриптан	2,5 мг внутрь	
Фроватриптан	2,5 мг внутрь	
<i>Алкалоиды спорыньи</i>		
Дигидроэрготамин	0,5 мг и/н	заложенность носа, приливы крови к коже лица, парестезии, тахикардия
Эрготамин	2 мг под язык или внутрь	повышение АД, побледнение лица
<i>Средства для купирования тошноты и рвоты при мигрени</i>		
Метоклопрамид	10—20 мг внутрь, 10 мг в/м или в/в	паркинсонизм, бессонница
Домперидон	20—30 мг внутрь	побочные эффекты выражено меньше, чем у метоклопрамида

Примечание: в/в — внутривенно, в/м — внутримышечно, и/н — интраназально, супп. — ректальные суппозитории.

Превентивная терапия мигрени. Превентивное лечение требуется при тяжелых формах мигрени (гемиплегическая, офтальмоплегическая, ретинальная и др.), мигренозных статусах или мигренозном инсульте в анамнезе. Превентивная терапия назначается также при неэффективности, противопоказаниях к использованию препаратов для купирования острого приступа (триптанов и пр.), и при необходимости их приема более 2 раз в неделю.

Эффективность превентивной терапии мигрени может достигать 50% и более, однако даже в развитых странах ею пользуются всего 3—5% пациентов [7]. Перечень препаратов, которые используются для профилактики приступов мигрени, довольно широк и делится на средства первого, второго и третьего ряда, в зависимости от эффективности и переносимости (табл. 2) [6, 8].

Из β-адреноблокаторов лучше всего изучена профилактическая активность пропранолола. Высокой профилактической активностью при мигрени обладает блокатор кальциевых каналов флунаризин. В исследованиях была продемонстрирована сравнимая с пропранололом и метопрололом способность препарата препятствовать развитию приступов мигрени. В сравнительных исследованиях показана профилактическая эффективность солей вальпроевой кислоты. Топирамат считается высоко эффективным средством для профилактики мигрени. С целью

минимизации побочных эффектов дозу титруют с 30—50 мг/сут на 25—50 мг/сут каждую неделю до достижения оптимального эффекта. Топирамат следует использовать с осторожностью при мочекаменной болезни.

Таблица 2

Основные препараты для превентивной терапии мигрени

Препарат	Суточная доза	Побочные эффекты и замечания
Препараты I ряда — наиболее эффективные средства с хорошей переносимостью, должны использоваться у большинства пациентов		
<i>β-адреноблокаторы</i>		
Пропранолол	40—240 мг в 3—4 приема	повышен риск развития бронхоспазма и редукции мышечного кровотока
Тимолол	10—15 мг в 2 приема	то же
Метопролол	50—200 мг в 2 приема	кардиоселективный β ₁ -адреноблокатор, внесердечные осложнения встречаются реже
<i>Блокаторы кальциевых каналов</i>		
Флунаризин	5—10 мг в 1 р/сут	сонливость, увеличение массы тела, экстрапирамидные расстройства
<i>Противоэпилептические препараты</i>		
Топирамат (Топсавер)	50—100 мг в 2 приема (титровать дозу с 15—25 мг за прием)	тошнота, парестезия, утомляемость
Вальпроевая кислота	500—1800 мг в 2 приема	гепатотоксичность, седация, тошнота, увеличение массы тела, тремор, токсичность
Препараты II ряда — менее эффективные средства; назначаются при невозможности использования препаратов I ряда		
Амитриптилин	50—150 мг	увеличение массы тела, сухость во рту, седация, снотворное действие
Напроксен	500—1000 мг в 2 приема	гастропатия, геморрагии, повышение тонуса бронхов
Экстракт белокочытника (петасин, изопетасин, неопетасин)	150 мг в 2 приема	диспепсия, сонливость, кожный зуд, нарушение окраски кожи и глаз
Бисопролол	5—10 мг	см. метопролол

Мигрень при передозировке обезболивающих средств. При потреблении чрезмерного количества любых препаратов для купирования приступов мигрени (см. табл. 1) довольно часто наблюдается обратный эффект — учащение и утяжеление приступов головной боли [9]. Пациенты испытывают головную боль практически каждый день или через день, приступы начинают развиваться по утрам, боль теряет типичную локализацию. При возникновении подобной ситуации следует названные препараты отменить и назначить средства для профилактики приступов.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Silberstein S.D., Lipton R.B., Goadsby P.J. Headache in Clinical Practice / 2nd ed. — Oxford, England: Martin Dunitz, 2002. — 200 p.
- [2] Lipton R.B., Stewart W.F., Diamond S. et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II // Headache. — 2001. — Vol. 41. — P. 646—657.

- [3] International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition // *Cephalalgia*. — 2004. — Vol. 24. — P. 1—160.
- [4] Johnson E.S., Ratcliffe D.M., Wilkinson M. Naproxen sodium in the treatment of migraine // *Cephalalgia*. — 1985. — N 5. — P. 5—10.
- [5] Lipton R.B., Stewart W.F., Ryan R.E. Jr. et al. Efficacy and safety of acetaminophen, aspirin, and caffeine in alleviating migraine headache pain: three double-blind, randomized, placebo-controlled trials // *Arch Neurol*. — 1998. — Vol. 55. — P. 210—217.
- [6] Members of the task force, Evers S., Afra J. et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine — report of an EFNS task force // *Eur J Neurol*. — 2006. — Vol. 13. — N 6. — P. 560—572.
- [7] Stewart W.F., Shechter A., Rasmussen R.K. Migraine prevalence. A review of population based studies // *Neurology*. — 1994. — Vol. 44. — N 6. — P. 17—23.
- [8] Modi S., Lowder D.M. Medications for Migraine Prophylaxis // *Am Fam Physician*. — 2006. — N 1. — P. 72—78.
- [9] Tepper S.J., Tepper D.E. Breaking the cycle of medication overuse headache // *Cleve Clin J Med*. — 2010. — Vol. 77. — N 4. — P. 236—242.

TREATMENT OF MIGRAINE IN GENERAL PRACTICE

**V.I. Kuznetsov, N.V. Sturov, T.I. Mansur,
G.N. Kobylyanu, A.N. Maslova**

Department of general practice
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

Migraine is a rather common disorder in general practice. The article discusses the problems of pathogenesis and diagnosis of migraine, including the severe forms of the disease and its' different masks. The paper contains the data on the current approach to curing acute attacks and preventive treatment of migraine in general practice.

Key words: migraine, attacks, prophylaxis.