

Мигрень в практике медицинской сестры

В.В. Скворцов, Г.И. Малякин, Н.Д. Матвеев

Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России

E-mail: vskvortsov1@ya.ru

Информация об авторах

1. Скворцов Всеволод Владимирович, д.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, vskvortsov1@ya.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2164-3537>
2. Малякин Георгий Ильич, студент 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, manuljke@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1128-2678>
3. Матвеев Никита Дмитриевич, студент 3 курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО ВолГМУ МЗ РФ, nikita.mat.2012@mail.ru

Резюме

Мигрень – распространенное неврологическое заболевание, которое проявляется пульсирующей головной болью от умеренной до сильной, обычно односторонней, продолжительностью от 4 до 72 часов, сопровождающейся тошнотой, рвотой, непереносимостью света (светобоязнь) и звука (фонофобия). Этим заболеванием страдают 12,6% населения (6% мужчин, 18% женщин), и по данным ВОЗ, оно входит в двадцатку самых тяжелых заболеваний в мире. Описаны модифицируемые факторы риска развития и дифференциальной диагностики хронической мигрени. Представлены принципы лечения мигрени с учетом уровня доказательности основных групп препаратов от мигрени, их возможных побочных эффектов и осложнений [4, 6].

Ключевые слова: мигрень, лечение приступа мигрени, триптаны, суматриптан.

Для цитирования: Скворцов В.В., Малякин Г.И., Матвеев Н.Д. Мигрень в практике медицинской сестры. Медицинская сестра, 2021; 6 (23): 51–55, DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2021-06-15>

Migraine in a nurse's practice

V.V. Skvortsov, G.I. Malyakin, N.D. Matveyev
Volgograd state medical university», Russian Health Ministry

Information about the authors

1. Vsevolod V. Skvortsov, Dr. of Medical sciences, Associate Professor at Propaedeutic of Internal Medicine Department, Volgograd State Medical University, Russian Health Ministry, vskvortsov1@ya.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2164-3537>
2. Georgii I. Malyakin, 5th year student of General Medicine Department, Volgograd State Medical University, Russian Health Ministry manuljke@gmail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1128-2678>
3. Nikita D. Matveyev, student, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Volgograd state medical university, Russian Health Ministry, nikita.mat.2012@mail.ru

Abstract

Migraine is a common neurological disorder that presents with a moderate to severe throbbing headache, usually one-sided, lasting 4 to 72 hours, accompanied by nausea, vomiting, and intolerance to light (photophobia) and sound (phonophobia). This disease affects 12.6% of the population (6% of men, 18% of women), and according to the WHO, it is one of the 20 most severe diseases in the world. Modifiable risk factors for the development and differential diagnosis of chronic migraine are described. The principles of migraine treatment are presented, taking into account the level of evidence of the main groups of drugs for migraine, their possible side effects and complications [4, 6].

Key words: migraine, migraine attack treatment, triptans, sumatriptan.

For citation: Skvortsov V.V., Malyakin G.I., Matveyev N.D. Migraine in a nurse's practice. The Nurse, 2021; 6 (23): 51-55, DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2021-06-15>

Эмоциональный стресс, изменение климата, менструация, голод, физические нагрузки считаются триггерными факторами приступа мигрени. Роль перикраниальных мышц, а именно миогенных триггерных зон, в возникновении приступов мигрени



изучена недостаточно, хотя отдельные исследования показали важность этого механизма для индукции криза [11].

Механизм развития

Мигрень является нейроваскулярным заболеванием и передается по наследству у 60-70% пациентов. Предрасполагающим фактором является особенно наследственное нарушение регуляции тонуса сосудов головного мозга, в основном сосудов твердой мозговой оболочки (ТМО). Было показано, что у больных мигренью характерно повышенное напряжение нейронов коры головного мозга [8,11]. При воздействии эндогенных и экзогенных триггеров возбудимость коры и некоторых других структур головного мозга увеличивается, активируется чувствительное ядро и волокна тройничного нерва, которые иннервируют сосуды ТМО (сосудистые волокна тройничного нерва). Активация сосудистой системы тройничного нерва сопровождается высвобождением из сосудистых окончаний тройничного нерва болевых провоспалительных пептидов-вазодилататоров (в основном кальцитонин-ген-связанного пептида (КГСП, CGRP), а также нейрокина А и субстанции Р). Болевые импульсы поступают в сенсорную кору головного мозга, что создает ощущение пульсирующей гипертензии.) болевых структур, что способствует учащению приступов и, в конечном итоге, хронической мигрени. [5]

Механизм мигренозной ауры связан с появлением и распространением в направлении от зрительной коры к соматосенсорной и лобно-височной областях волны деполяризации (возбуждения) нейронов (распространение корковой депрессии), скорость и топография которых определяют скорость, характер и последовательность симптома [3].

Провоцирующие факторы [11]

Наиболее распространенные триггеры мигрени: психологические: стресс, тревога, депрессия, усталость, расслабление после стресса; погодные изменения; гормональные: менструация, овуляция, заместительная гормо-

нальная терапия эстрогенами, оральные контрацептивы; диетические: голод, некоторые пищевые продукты (сыр, шоколад, орехи, копчености, куриная печень, авокадо, цитрусы, продукты, содержащие кофеин); алкоголь (особенно красное вино); недостаток или избыток ночного сна; другие: духота, физическая нагрузка, зрительные стимулы (яркий или мерцающий свет), шум, пребывание на высоте.

Классификация и течение болезни [11]

Согласно МКГБ-3 бета (табл. 1) выделяют две основные формы мигрени: наиболее частая - мигрень без ауры, (МБА до 80% случаев) и мигрень с аурой (МА) – до 20% случаев.

Мигрень без ауры – это повторяющаяся головная боль, которая длится от 4 до 72 часов. Характер боли пульсирующий, умеренной интенсивности, которая усугубляется обычной физической активностью, связана с тошнотой, светобоязнью и фонофобией. Продромальный период может длиться от нескольких часов до нескольких дней и характеризуется гиперактивностью, гипофункцией, депрессией, тягой к определенным пищевым продуктам, выраженной чувствительностью к определенным запахам. Общие триггеры включают стресс, голодание, нарушения сна, перемены погоды, алкоголь и продукты, содержащие глутамат натрия, тирамин и нитраты.

Мигрень с аурой – рецидивирующее заболевание, сопровождающееся тяжелыми неврологическими симптомами. Аура развивается за 5–20 минут и длится менее 60 минут. Головная боль сопровождается тошнотой, фонофобией или светобоязнью продолжительностью от 4 до 72 часов.

Диагностика [8, 11]

Рекомендуется клинический диагноз мигрени, который ставится на основании анализа жалоб, анамнеза, исследования неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики, клинического соответствия диагностическим критериям МКГБ-3 бета (табл. 2, 3). Не рекомендуется использовать лабораторные методы исследования для диагностики мигрени.

Фармакотерапия мигрени

Основными препаратами для купирования приступов мигрени являются триптаны. Они показали свою эффективность и безопасность в больших плацебо-контролируемых исследованиях, поэтому являются золотым стандартом фармакотерапии мигрени. [6]

Триптаны могут быть эффективны в любое время приступа мигрени, но чем раньше будет принят триптан, тем он будет более эффек-

Таблица 1.

Классификация мигрени (МКГБ-3 бета)

1.1. Мигрень без ауры
1.2. Мигрень с аурой
1.2.1. Мигрень с типичной аурой
1.2.1.1. Типичная аура с ГБ
1.2.1.2. Типичная аура без ГБ
1.2.2. Мигрень со стволовой аурой
1.2.3. Гемиплегическая мигрень
1.2.3.1. Семейная гемиплегическая мигрень (СГМ)
1.2.3.1.1 СГМ 1 типа
1.2.3.1.2 СГМ 2 типа
1.2.3.1.3 СГМ 3 типа
1.2.3.1.4 СГМ (с мутациями в других локусах)
1.2.3.2. Спорадическая гемиплегическая мигрень
1.2.4. Ретинальная мигрень
1.3. Хроническая мигрень
1.4. Осложнения мигрени
1.4.1. Мигренозный статус
1.4.2. Персистирующая аура без инфаркта
1.4.3. Мигренозный инфаркт
1.4.4. Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой
1.5. Возможная мигрень
1.5.1. Возможная мигрень без ауры
1.5.2. Возможная мигрень с аурой
1.6. Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью
1.6.1. Повторяющиеся желудочно-кишечные нарушения
1.6.1.1. Синдром циклических рвот
1.6.1.2. Абдоминальная мигрень
1.6.2. Доброкачественное пароксизмальное головокружение
1.6.3. Доброкачественный пароксизмальный тортиколис

тивным. Триптаны обычно используются для лечения умеренных и тяжелых приступов мигрени или любых приступов, которые не отвечают на анальгетики и НПВП. [10]

Триптаны рекомендуются в качестве терапии первой линии для пациентов с острой мигренью [1].

В исследованиях Табеевой Г.Р., Азимовой Ю.Э. изучалось влияние препарата для купирования приступа в раннем и позднем периодах развития мигренозного приступа. Анализ данных показал, что достоверное уменьшение головной боли и связанных с ней симптомов (тошнота, фотофобия, фонофобия) было зарегистрировано уже через 1 час после приема препарата. У пациентов

Таблица 2.

Диагностические критерии МБА (МКГБ-3 бета)

А. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В-Д.
В. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении)
С. ГБ имеет как минимум 2 из следующих характеристик:
1. односторонняя локализация
2. пульсирующий характер
3. интенсивность боли от средней до тяжелой
4. ГБ ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба, подъем по лестнице)
Д. ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:
1. тошнота и/или рвота
2. фотофобия и фонофобия
Е. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

Таблица 3.

Обобщенные диагностические критерии МА (МКГБ-3 бета)

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающих критериям В и С
В. Один или более из следующих полностью обратимых симптомов ауры:
1. зрительные
2. сенсорные
3. речевые и/или связанные с языком
4. двигательные
5. стволовые
6. ретинальные
С. Две или более из следующих характеристик:
1. один или более симптомов ауры постепенно развиваются в течение 5 и более минут, и/или 2 и более симптомов возникают последовательно
2. каждый симптом ауры продолжается 5 -60 минут
3. один и более симптомов ауры является односторонним
4. аура сопровождается головной болью или головная боль возникает в течение 60 минут после ауры.
Д. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

с назначением препарата в начальный период развития приступа мигрени, когда интенсивность головной боли легкая или умеренная, наблюдался более выраженный и достоверный регресс головной боли по сравнению с больными, которым препарат назначали позже. При раннем назначении препарата головная боль также возвращалась достоверно реже. Препарат более эффективен у пациентов с медленным нарастанием интенсивности головной боли, что, по-видимому, связано с более медленным развитием центральной сенсibilизации [9].

Агонисты рецепторов 5-HT₁ используются только при мигрени и не используются для лечения других головных болей, за исключением кластерных болей. Терапевтический эффект суматриптана обусловлен двумя механизмами: препарат возбуждает серотониновые 5-HT₁ рецепторы в гладкой мускулатуре сонной артериальной системы и вызывает ее сужение. Сонные артерии снабжают кровью ткани головы, включая мозговые оболочки; при увеличении мозговых оболочек (это связано с частотой приступов мигрени). Кроме того, суматриптан активирует рецепторы на концах афферентных нервных волокон тройничного нерва в твердой мозговой оболочке, что приводит к снижению высвобождения сенсорных нейропептидов. [4]

Триптаны обычно хорошо переносятся. Противопоказания к их применению включают ранее перенесенные ишемические сосудистые состояния, наличие зарегистрированной ишемической болезни сердца, неконтролируемую гипертензию или другие сердечно-сосудистые заболевания. Триптаны также противопоказаны пациентам, принимающим ингибиторы моноаминоксидазы. Комбинация триптанов с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина нежелательна, поскольку может привести к развитию серотонинового синдрома, хотя истинная частота таких пациентов неизвестна [10].

Заключение

Таким образом, головные боли, особенно связанные с мигренью, чрезвычайно распространены и могут быть вызваны несколькими причинами. Учитывая, что пациенты с головными болями обращаются за медицинской помощью практически ежедневно, правильная диагностика приступов мигрени, выбор тактики лечения остается очень сложной задачей. Трудности купирования связаны с некоторыми особенностями мигренозной боли, которая характеризуется выраженной клинической неоднородностью, что необходимо учитывать при выборе лекарственного средства. Основным классом пре-

паратов, отвечающих современным требованиям для эффективного лечения приступов мигрени, являются триптаны, доказавшие свою эффективность при ряде клинических вариантов мигрени. Это делает их использования приоритетным для купирования мигренозных приступов.

На данный момент, благодаря изученности клинических эффектов, суматриптан является «золотым стандартом» для специфического лечения приступов мигрени [10]

Поскольку препарат быстро и эффективно купирует не только мигрень, но и сопутствующие симптомы (тошноту, рвоту, светобоязнь, фонофобию), а также очень эффективен при различных типах приступов, темпах нарастания боли и сопутствующих симптомов, его можно рекомендовать для самого широкого круга пациентов с мигренью [10].

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья не имеет спонсорской поддержки.

The authors declare no conflict of interest.

The article is not sponsored.

Литература

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Pharmacological management of migraine. Edinburgh: SIGN; 2018. (SIGN publication no. 155). [February 2018].
2. Roberta Giroladini, Lucia Magnano, Anna Maria Marata, Francesco Nonino, Elisabetta Pasi, Maria Chiara Silvani, Elisa Baldin, Maria Chiara Bassi. Review of the Available Evidence on oral Sumatriptan in Adults and Children for the Treatment of Acute Migraine Attacks and Proposal for Inclusion WHO Model List Application, December, 2018
3. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А., Соколов А.Ю. Мигрень (патогенез, клиника, лечение). — М.: МЕДпресс, 2011. — 265 с.
4. Есин О.Р., Наприенко М.В., Есин Р.Г. Мигрень: основные принципы лечения и профилактики / Клиницист №4 2011 С. 10-16.
5. Осипова В.В. Эффективное купирование приступов мигрени / Фарматека №13 – 2015 С. 79-83.
6. Свиридова Н.К. Особенности диагностики и лечения головной боли, связанной с приступами мигрени / East European journal of neurology 01(01) январь-февраль 2015 С. 8-12.
7. Сергеев А.В., Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Центральная нейрональная гипервозбудимость - предрасположенность к мигрени. Российский журнал боли. 2010;2 (27):3-11.
8. Студеникин В.М., Пак Л.А., Турсунжуева С.Ш. [и др.] Мигрень и современные подходы к ее лечению. / Медицинский совет. – 2010. – №9-10. – С. 80-83.
9. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Эффективность суматриптана при его назначении в раннем и позднем периодах развития мигренозного приступа / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2007. – Т.107. – № 8. – С. 29-34.
10. Табеева Г.Р. Анализ стратегий фармакотерапии приступов мигрени / Справочник поликлинического врача. – 2014. – № 2. – С. 34-39.
11. Филатова Е.Г., Осипова В.В., Табеева Г.Р. [и др.] Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов / Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020. – Т. 12. – № 4. – С.4–14.