



БОЛЬНОЙ – НА ПОЛОВИНУ ГОЛОВЫ

Мигрень – разновидность головной боли, проявляющаяся пульсирующими приступами интенсивностью от умеренных до очень сильных. По статистике мигренью страдает 17-18% взрослого населения. Многие периодически теряют трудоспособность, что дает основание говорить о социальной значимости этой патологии, особенно хронической ее форме, которая требует не только лечения, но и реабилитации пациента.

ЭПИЗОДИЧЕСКАЯ МИГРЕНЬ

Напомним, при мигрени боль обычно охватывает половину головы, отсюда другое название болезни – «гемикрания», от греческого «половина черепа». Заболевание сопровождается тошнотой, иногда рвотой, непереносимостью яркого света, что усиливает выраженность боли (фотофобия), а также громких звуков (фонофобия), иногда – резких неприятных запахов.

Если приступы достаточно редки, а в остальное время человек чувствует себя хорошо, – это так называемая эпизодическая мигрень. Длительность мигренозного приступа без лечения – от 4 до 72 часов. Больной стремится лечь в постель, затемнить комнату и по возможности уснуть.

Патология развивается в период полового созревания. Имеется наследственная предрасположенность, чаще по женской линии, когда недуг был у матери или бабушки.

Различают мигрень с аурой и без ауры. Аурой называют дополнительные симптомы, которые возникают за 20-60 минут

до приступа и с появлением головной боли исчезают. Наиболее часто (до 90% случаев) бывает зрительная аура, когда перед глазами начинают мелькать светящиеся точки, зигзаги, темные пятна. Иногда выпадает целое поле зрения.

Реже встречаются другие виды ауры, среди них – двигательная, слабость в руке и ноге, сенсорная с онемением конечностей и половины тела, афатическая с нарушением речи, базиллярная, при которой больной чувствует головокружение, нарушение равновесия и движения глазных яблок.

Частота приступов различна: у одного – 1-2 раза в год, у другого – несколько раз в неделю. Женщины болеют чаще, и у каждой второй это связано с менструациями: головные мигренозные боли возникают за несколько дней или после месячных и окончательно проходят с наступлением климакса.

ХРОНИЧЕСКАЯ МИГРЕНЬ

В связи с социальной значимостью заболевания выделяют хрониче-

скую мигрень. Для этого вида патологии характерны не только мигренозные приступы, причем не менее 5 раз в месяц, но и не мигренозные, когда тупая боль распространяется на всю голову и бывает более 15 раз в месяц, а то и ежедневно.

Провоцируют развитие мигренозного приступа помимо шума и неприятных запахов резкие изменения погоды, перепады атмосферного давления, магнитные бури, сильный холодный ветер, мелькающий свет, длительная поездка в транспорте и качка в море, прием некоторых лекарств, в частности, нитроглицерина.

Больные, как правило, испытывают различные психоэмоциональные расстройства, в частности, повышенную тревожность, подавленное настроение...

Для терапии хронической мигрени одного медикаментозного лечения недостаточно. Ученые Научного центра неврологии разработали принципы реабилитации при этом заболевании, которые предусматривают начало реабилитационных мероприятий уже на стадии трансформации эпизодической мигрени в хроническую, постоянное их проведение, комплексное лечение патологии и сопутствующих заболеваний, здоровый образ жизни, а также постоянное наблюдение лечащего врача, обычно невролога.

Очень важно, чтобы пациенты проходили весь курс лечения и реабили-

тации, а не бросали, лишь немного полегчает.

Медикаментозная терапия хронической мигрени состоит из трех компонентов:

- лечение приступа мигренозной головной боли;
- профилактика, предупреждение приступов;
- лечение сопутствующих заболеваний.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИСТУПА МИГРЕНОЗНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Умеренный приступ можно снимать анальгетиками (парацетамол, панангин, седальгин), нестероидными противовоспалительными средствами (найз, кеторол), а также препаратами спорыньи в виде таблеток (кофетамин – комбинация кофеина и эрготамин) или спрея (в каждую ноздрю впрыскивают 1 дозу дигидроэрготамин).

Выраженная мигренозная головная боль купируется триптанами: суматриптан (амигренин) в виде таблеток и инъекций, золмитриптан (зомиг) и элетриптан (релпакс) в таблетках.

При сильной тошноте вместе с этими препаратами принимают церукал.

Немного снизить головную боль можно и домашними средствами, особенно, если под рукой нет анальгетиков. Положите на голову холод – грелку со льдом или полотенце, смоченное холодной водой, сделайте горячие ножные ванны, а потом примите успокоительные

и снотворные препараты, например, **валериану, пустырник, корвалол, ново-пассит, афобазол, мелатонин.**

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПРИСТУПОВ

Вопрос о профилактическом лечении встает, когда приступы достаточно тяжелые, бывают не менее 4 раз в месяц (при эпизодической мигрени) и всегда при хронической мигрени. Цель – хотя бы наполовину уменьшить число приступов и снизить их тяжесть.

Средствами выбора являются следующие препараты. Противосудорожное средство – **топирамат**; антидепрессант – **амитриптилин**, а при плохой его переносимости – другие препараты по согласованию с врачом; бета-блокатор – **пропранолол**; блокатор кальциевых каналов – **верапамил**; а также комбинированный лекарственный препарат, улучшающий кровообращение головного мозга, **вазобрал.**

Одна из последних успешных разработок ученых в терапии мигрени – **эренумаб (иринэкс)**, который стимулирует возбудимость волокон тройничного нерва. Препарат вводят подкожно 1 раз в месяц. В этом его преимущество. Из побочных проявлений – иногда запоры. Недостаток – лекарство весьма дорогое, одна инъекция стоит около 20 тысяч рублей.

В специализированных клиниках, таких как Научный центр неврологии, для предупреждения мигренозных приступов используют ботулинотерапию и транскраниальную магнитную стимуляцию.

Ботулинотерапия предполагает периодические, в среднем раз в 3 месяца, инъекции ботокса в определенные точки мышц черепа, лица, шеи, надплечий – всего 30-40 точек. Метод транскраниальной магнитной стимуляции позволяет стимулировать кору головного мозга при помощи коротких магнитных импульсов.

КАК ЖИВЕТСЯ – ТАК И ЛЕЧИТСЯ

Важное место в реабилитации занимает лечение сопутствующих состояний и заболеваний, которые во многом способствуют переходу эпизодической мигрени в хроническую. Это – тревога, депрессия, постоянный прием анальгетиков, приводящий к дополнительной абוזусной головной боли, а также лечение хронических патологий желудочно-кишечного тракта (язвы, гастриты, синдром раздраженного кишечника), зубов, придаточных пазух носа.

Важно знать, что острый приступ мигрени могут провоцировать продукты с высоким содержанием аминокислоты тирамин. Назову основные – какао, шоколад, молоко, сыр, копчености, орехи, яйца, консервы, помидоры, сельдерей, цитрусовые, а также красное вино, шампанское, пиво.

Необходим и строгий режим питания: чувство голода может вызывать острую мигренозную головную боль. Замечу, что и ожирение является

одним из факторов перехода эпизодической мигрени в ее хроническую форму. Поэтому диета – в ряду реабилитационных мероприятий.

Соблюдайте режим труда и отдыха, старайтесь нормализовать сон. Постоянное умственное, физическое, эмоциональное перенапряжение, недосыпание, равно, как и «пересыпание» в выходные дни, тоже могут стать причиной развития хронической мигрени.

Наиболее трудная задача в реабилитации – сложная эмоциональная атмосфера в семье, на работе, в обществе. Здесь многое, если не все, зависит от самого пациента и его окружения. Когда не удастся успокоиться, выйти из круга проблем, наладить отношения с близкими и коллегами, часто становится важным обратиться за советом к мудрым родственникам, друзьям, книгам... Верующим – пойти к священникам, а всем – к психологам.

Альберт КАДЫКОВ, профессор, доктор медицинских наук.