Всемирный год борьбы против страданий женщин
Реальные женщины, реальная боль

Мигрень у женщин

Что такое мигрень

- Мигрени представляет собой неврологическое расстройство.
- 18% женщин и 6% мужчин страдают мигренозными головными болями.
- Существенную роль в возникновении мигрени у большинства пациентов играет генетическая предрасположенность.
- Около 60% женщин, страдающих мигренью, испытывают головную боль, связанную по времени с менструальным периодом.
- У 15% женщин, страдающих мигренью, мигренозные головные боли связаны только с менструальным циклом.
- Визуальные нарушения, или аура, наблюдаются у 15% пациентов.
- У двух третей женщин мигренозные приступы прекращаются во время беременности.
- Послеродовые вспышки — обычное явление, но они не служат противопоказанием к кормлению грудью.
- У двух третей женщин частота мигренозных приступов головной боли понижается после наступления менопаузы.
- Женщинам, страдающим мигренью с аурой, не следует принимать содержащие эстроген оральные контрацептивы из-за повышенного риска инсультов.
- Женщины, страдающие мигренью с аурой, должны бросить курить из-за повышенного риска инсультов.
- Непрерывный прием оральных контрацептивов в течение нескольких месяцев способен подавить менструальный цикл и минимизировать тяжесть менструальных атак у некоторых женщин.

Факторы, провоцирующие приступы мигрени

Существует множество факторов, провоцирующих мигрени и способных вызвать приступ:

- стресс;
- недостаток или избыток сна;
- изменения в погоде;
- голод;
- шоколад, сыр, алкоголь, бананы, цитрусовые, ферментированные, копченые, вяленые и сушеные продукты;
- чрезмерное употребление кофеина;
- чрезмерное употребление анальгетиков или специфических препаратов от мигрени;
- менструальный цикл;
- перенапряжение;
- сильные раздражители, например яркий свет.

Упрощенные диагностические критерии. Источник: Классификационная комиссия Международного общества головной боли

Повторяющиеся приступы головной боли продолжительностью от 4 до 72 часов, характеризующиеся следующими признаками:

A: Медицинский осмотр дает обычные нормальные данные

B: Отсутствие других разумных причин появления головной боли

C: Наличие по меньшей мере двух из следующих признаков:

односторонняя локализация боли;
пульсирующий характер боли;
усугубление боли при совершении движений;
интенсивность болевых ощущений — от умеренной до сильной боли

D: По меньшей мере один из следующих признаков:

тошнота или рвота;
свето- и звукобоязнь.

Трудности диагностики

Мигрень — это состояние, сильно снижающее работоспособность, которое может резко ухудшить качество жизни. К сожалению, в то время как одни пациентки не имеют доступа к надлежащей медицинской помощи, другие, даже имея такой доступ, не обращаются за лечением, ошибочного полагая, что с этой болезнью, от которой страдали многие поколения

женщин, нельзя ничего поделать. Другие ошибочные предположения состоят в том, что единственные возможные лекарства — это препараты, способные вызвать серьезные побочные эффекты, или что мигрень — это чисто психологическое расстройство.

Исследование мигрени

Мигрень — это мозговое нарушение, сопровождающееся аномалиями в обработке сенсорной информации. Это не нарушение работы кровеносных сосудов, а расстройство функции мозга. Позитронно-эмиссионная томография при острой мигрени показала наличие активных зон в ростральном отделе ствола мозга, которые продолжают сохраняться после успешного купирования приступа, но отсутствуют в периоды между ними. Эти изменения не наблюдаются при других основных видах головной боли, например, при кластерной головной боли. Та же самая зона дорсолатерального пучка активируется при хронических мигренях. Магнитно-резонансная ангиография показала, что изменения в кровотоке, наблюдаемые при мигрени и кластерной головной боли, являются лишь результатом боли в офтальмическом отделе, а не причиной синдрома. Функциональная нейровизуализация продемонстрировала, что изменения, происходящие в дорсолатеральном пучке при мигрени, во время приступа латерализуются. Эти данные позволяют предположить, что дорсолатеральный пучок является осевым моментом фенотипического проявления мигрени.

Суматриптан и другие препараты семейства триптанов, разработанные для активации определенных рецепторов серотонина, совершили революционный прорыв в лечении мигренозных приступов головной боли, принеся многим заметное облегчение страданий. Другой прорыв произошел благодаря осознанию того, что блокирование высвобождения другого нейромедиатора, пептида, связанного с геном кальцитонина (CRGP), также может служить эффективным средством борьбы с мигренью. Лекарственные средства, блокирующие высвобождение CGRP, могут появиться в продаже в ближайшем будущем.

Лечение мигрени

1. Изменения в образе жизни, способные предотвратить мигренозные приступы, включают в себя:
- достаточный по продолжительности сон;
- регулярный прием пищи и воды;
- регулярные физические упражнения;
- ограничение приема больших количеств кофеина.

2. Эффективными могут оказаться биологическая обратная связь и такие стратегии поведения, как релаксация.

3. Триптаны служат очень действенным средством купирования атак.

4. В среднем, благодаря приему профилактических препаратов, две трети пациентов испытывают 50% сокращение частоты появления головной боли. К ним относятся пизотифен, бета-блокаторы (например, пропанолол), трициклические антидепрессанты (например, амитриптилин, нортриптилин) и противосудорожные средства (например, вальпроат натрия, габапентин, топирамат). Эти лекарственные средства могут вызывать побочные эффекты и должны применяться после или наряду с немедикаментозными методами.

5. Для некоторых женщин, страдающих менструальными мигренями, может оказаться эффективным прием магнезии. В связи с тем, что некоторые пациентки не усваивают магнезию перорально, возможно внутривенное или внутримышечное введение 1 грамма сульфата магния перед началом ожидаемой менструальной атаки.

6. Очень эффективным может быть непрерывное предохранение от беременности путем приема оральных контрацептивных таблеток и профилактическое лечение с применением лекарственных средств в течение недели до начала менструации. Можно попробовать использовать в качестве профилактического лечения нестероидные противовоспалительные препараты длительного действия, такие как напроксен или набуметон, а также бета-блокатор, например, атенолол.

7. Для беременных женщин лучше сначала попробовать магнезию, релаксационные техники и другие немедикаментозные методы лечения. Для безопасной комбинированной терапии можно применять сочетание парацетамола (ацетаминофена) с кодеином. Ничего не известно о вредных последствиях приема триптанов, поэтому их следует рассматривать как средство купирования тяжелых и лишающих работоспособности атак. Для предотвращения приступов мигрени у беременных женщин относительно безопасным является применение бета-блокаторов и трициклических антидепрессантов.

8. Минимизировать мигренозные атаки помогает ежедневный прием следующих биологически активных добавок: магнезия 400 мг, пиретрума 100 мг, кофермента Q_{10} 300 мг, альфа-липоевой кислоты 600 мг, экстракт подбела лекарственного 150 мг или 400 мг рибофлавина. Все эти добавки подверглись как минимум одному двойному слепому научному исследованию и продемонстрировали свою эффективность в качестве средства профилактики мигреней у некоторых пациенток.

9. Иглоукалывание также может принести пользу.

Заключение

Наиболее важным фактом, касающимся мигрени, является то, что мы располагаем широким ассортиментом очень эффективных средств для ее лечения, но многие больные не осведомлены о них или не знают, что у них мигрень. Для снижения отрицательного воздействия мигрени рекомендуется сочетать изменения в образе жизни с эффективным фармакологическим лечением.

Copyright © International Association for the Study of Pain, April 2008.
References available at www.iasp-pain.org/GlobalYear.