



NANOS

Patient

Brochure

Migraine

Copyright © 2015. North American Neuro-Ophthalmology Society. All rights reserved. These brochures are produced and made available "as is" without warranty and for informational and educational purposes only and do not constitute, and should not be used as a substitute for, medical advice, diagnosis, or treatment. Patients and other members of the general public should always seek the advice of a physician or other qualified healthcare professional regarding personal health or medical conditions.

Мигрень

Ваш врач полагает, что у вас мигрень. Классические приступы мигрени начинаются со зрительных симптомов (часто зигзагообразные цветные огни или вспышки света, расширяющиеся с одной стороны, что длится более 10-30 минут) с последующей сильной односторонней пульсирующей головной болью, тошнотой, рвотой и повышенной чувствительностью к свету. Обычная мигрень также может вызвать лишь двустороннюю головную боль. Мигрень очень распространена и встречается у 15-20% населения и, возможно, у 50% женщин. В своей общей форме мигрень ответственна за большинство головных болей, которые, возможно, были ранее отнесены к “перенапряженности”, “стрессу”, или “синуситу”. В анамнезе пациента зачастую присутствуют эпизоды головной боли с тошнотой или морская болезнь (укачивание в транспорте). Возможно также наличие так называемого «мигренозного варианта» («обезглавленная» мигрень), при которых зрительные расстройства возникают без головной боли.

Физиология

Мигрень известна еще со времен греческой цивилизации (уже более 2500 лет), но мы начали понимать механизм ее возникновения совсем недавно. Мы считаем, что основная проблема заключается в нарушении секреции нейромедиатора серотонина. Это важное химическое вещество, используемое клетками мозга для передачи информации. Во время приступа мигрени нарушение выработки этого химического вещества приводит к локальной дисфункции части мозга и к изменениям в стенках кровеносных сосудов, вызывая их спазм. Сужение кровеносных сосудов может снизить функциональную активность мозга из-за кислородного голодания. Если такое состояние будет длиться слишком долго, возможен инсульт. К счастью, это очень редкое явление. Изменения в кровоснабжении поверхностного слоя головного мозга приводят к головным болям, характерных для мигрени.

Существуют различные продукты, которые могут спровоцировать приступ мигрени. Они включают в себя сыры (особенно выдержанные), нитраты (часто встречаются в колбасных изделиях и используются в хот-догах и других переработанных продуктах), шоколад, красное вино и глутамат натрия (усилитель вкуса, часто встречаемый в китайской еде). Кофеин, аспартам (подсластитель) и алкоголь могут также привести к мигрени у предрасположенных лиц. Гормональные изменения часто влияют на течение мигрени. Особенно это касается беременности, применения оральных контрацептивов, периода менструации или менопаузы. Пациенты часто связывают свои мигрени со “стрессом”. В то время как стресс, вероятно, не вызывает предрасположенности к мигрени, он может

повлиять на частоту приступов. Однако интересно отметить, что большинство приступов мигрени, вероятно, происходят уже после перенесенного стресса, часто в начале выходных или отпуска.

Симптомы

Как уже говорилось, наиболее распространенным симптомом мигрени является головная боль. Как правило, боль односторонняя и пульсирующая, но может быть с обеих сторон и монотонной. Она часто сопровождается тошнотой и рвотой, а также повышенной световой и звуковой чувствительностью. Головная боль может длиться от нескольких часов до нескольких дней.

Мигрень может сопровождаться зрительными симптомами. Как правило, в обоих глазах, но иногда только в одном. Возникает размытое пятно, расширяющееся в одну сторону в течение 10 - 30 минут.

Расширяющиеся границы часто описывают как “мерцающие” или напоминающие “зигзагообразные линии”, “горячие волны” или “бенгальские огни”. В то время как основной симптом, то есть головная боль, может отсутствовать (“мигренозный вариант или эквивалент”). Редко возникает потеря зрения на одном глазу. Поле зрения может выпадать целиком или только верхняя или нижняя половины. В очень редких случаях поле зрения может не восстановиться полностью. Это может быть связано с инсультом, возникшим на фоне мигрени.

Другие патологии зрительной системы включает в себя необычные эпизоды двоения в глазах, изменение положения верхнего века (птоз) или изменение размера зрачка (как сужение, так и расширение). Такие проявления довольно редки и при их появлении следует убедиться, что они не вызваны другой патологией.

Приступы мигрени могут повлиять и на другие части мозга и спровоцировать возникновение слабости в одной руке, ноге или в боку, онемения или даже проблемы с речью. Это должно пройти в течение часа. Если этого не произошло, возможно, следует пройти дополнительное обследование.

Диагноз

В большинстве случаев анамнеза достаточно, чтобы поставить диагноз. В особенности это касается тех случаев, когда есть наследственная предрасположенность и если приступы “стереотипные”. Когда они атипичные и имеется стойкая потеря зрения или слабость, то проведение

МРТ может снизить вероятность наличия другой сосудистой патологии. Случаи развития мигрени у пожилых людей без предшествующих эпизодов мигренозных болей в анамнезе очень редки, хотя порой встречаются.

Лечение

Лечение мигрени может быть разделено на основное лечение (при продолжающихся приступах) и профилактическое лечение, предназначенное для снижения частоты и тяжести приступов. Самый простой профилактикой является исключение факторов, вызывающих приступ мигрени. К этим факторам могут относиться продукты питания, факторы внешней среды, например, парфюмерия, а так же лекарства, такие как противозачаточные таблетки. Профилактические препараты следует принимать регулярно, поэтому они назначаются только в случае, если приступы мигрени сильные или частые. Одна таблетка аспирина в день может оказать некоторое влияние на частоту приступов мигрени.

Наиболее часто используемые профилактические группы препаратов - трициклические антидепрессанты, бета-блокаторы, блокаторы кальциевых каналов и некоторые противосудорожные препараты. Amitriptyline (антидепрессант) может быть эффективен против приступов мигрени. Чтобы уменьшить его седативный побочный эффект, он обычно назначается на ночь. Он также может вызывать сухость во рту и запор. Бета-блокаторы, такие как пропранолол и надолол, также полезны. Они назначаются от 2-х до 4-х раз в день, но так же можно назначать препараты более длительного действия, если они помогают. Бета-блокаторы могут замедлить сердечный ритм и вызвать усталость, сонливость и половую дисфункцию. Их не стоит принимать пациентам с бронхиальной астмой или сердечной недостаточностью, а также они могут изменять уровень сахара в крови у диабетиков. Блокаторы кальциевых каналов, такие как верапамил и нифедипин, особенно полезны для пациентов с осложненными приступами мигрени. Они могут снижать артериальное давление и поэтому должны использоваться с осторожностью у пациентов с сердечными заболеваниями. Валпроат (Депакот) и габапентин (Нейронтин) обычно используются у больных с припадками, но могут быть эффективны и для лечения пациентов с мигренью, которым не помогли другие препараты. Иногда для достижения адекватного контроля приходится использовать несколько препаратов.

Лечение острых приступов мигрени направлено на уменьшение симптомов головной боли. Лечение вряд ли повлияет на неврологические проявления. Противовоспалительные препараты (такие как аспирин, ибупрофен и др.), которые доступны без рецепта, могут уменьшить тяжесть острого приступа. Совсем недавно стали доступны препараты, оказывающие

действие непосредственно на предполагаемый химический дисбаланс. Имитрекс, прототип группы, первоначально выпускался в инъекциях. Теперь можно назначать его и другие препараты этой группы (Amerge, Maxalt, Zomig) орально, под язык или в виде спрея для носа. Старые препараты, которые могут по-прежнему быть эффективными, включают в себя препараты, которые сужают кровеносные сосуды. Они включают в себя кофеин и эрготамин. Их не следует использовать больным с осложненной мигренью. Дигидроэрготамин, как правило, влияет на венозную систему и, таким образом, может использоваться при осложненной мигрени. Наконец, для облегчения симптомов могут потребоваться седативные средства, средства от тошноты и даже наркотические обезболивающие препараты. Оптимальный лекарственный режим требует взаимосвязи между страдающим мигренью и врачом. Зачастую изменение дозировки может благоприятно сказываться на уменьшении симптомов.

Часто задаваемые вопросы

Как у меня может быть мигрень, если у меня нет головной боли?

В то время как головная боль является наиболее распространенным симптомом, зрительные симптомы и даже неврологические дисфункции могут случаться без головной боли. Важной особенностью являются часто повторяющиеся симптомы и, самое главное, их временный характер без признаков остаточных нарушений. И хотя мигрень может привести к инсульту, это случается редко. Такие больные нуждаются в дообследовании, чтобы исключить другую патологию.

Нужно ли мне принимать эти лекарства?

Нет. Лекарства предназначены либо для облегчения симптомов во время приступа, либо для уменьшения частоты атак. Если симптомы не беспокоят, эпизоды встречаются не часто или они прекращаются после приема обычных обезболивающих препаратов, не стоит принимать что-то еще.