

УДК 616.857 – 084

Н.В. Литвиненко, Ю.О. Фісун, С.Ю.Фісун

ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ ТА МІГРЕНЕПОДІБНОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Ключові слова: мігрень, мігренеподобний головний біль, профілактика і лікування

Медичний термін «мігрень» уперше почав застосовуватись у Франції, але має походження від грецького «гемікранія», що значить «половина голови». Історія вивчення мігрені відноситься до сивої давнини, про це захворювання згадують стародавні манускрипти шумерів та етрусків. В наш час мігрень справедливо вважають одним із найбільш розповсюджених захворювань людства. Статистичні данні щодо цього захворювання в популяції часто значно відрізняються через використання різних діагностичних критеріїв. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, у розвинених країнах Європи й Америки від мігрені страждає від 3 до 16% населення, а за деякими даними – й до 30%, серед жінок на мігрень хворіють 18%, серед чоловіків – 6% і серед дітей – 4% [1]. Більшість авторів вважають, що більше 70% людей протягом свого життя перенесли один або декілька нападів мігрені. У випадків початок захворювання відмічається до тридцятирічного віку, а найбільша частота захворювання – у віці від 25 до 45 років. У людей, старших 50 років, мігрень виникає дуже рідко [2].

Доведено, що основними провокуючими факторами нападу мігрені є психоемоційні перенапруження (стрес, фрустрації, депресія, тривожність), вживання харчових продуктів, що містять велику кількість тіраміну (горіхи, тверді сири, шоколад, копчення, цитрусові, червоні вина та ін.), зміна геофізичних погодних умов, вживання оральних контрацептивів, менструація, менопауза, черепно-мозкова травма [3].

Не дивлячись на величезний досвід накопичений лікарями всього світу щодо патогенезу мігрені, не всі механізми, відповідальні за походження нападів головного болю, є достатньо з'ясованими. Більшість сучасних дослідників погоджуються, що в

основі мігрені лежить складний комплекс взаємодій між мозковими судинами і центральною нервовою системою. Виділяють три групи взаємопов'язаних патогенетичних механізмів мігрені: нейрогенний, судинний та ендокринно-гуморальний. Вони характеризуються порушенням взаємодії ноцицептивної і антиноцицептивної систем зі зниженням активності протибольової системи; особливостями функціонального стану ядер трійчастого комплексу і трійчастого нерва, що іннервує судини твердої мозкової оболонки; вегетативною недостатністю і пов'язаною з нею денерваційною гіперчутливістю судин до екзогенних і ендогенних (гормони, простагландини, біогенні аміни та ін.) впливів; недостатністю регуляції метаболізму моноамінів мозку і дисфункцією тромбоцитів. Головним генератором болю є судини твердої мозкової оболонки, великі судини мозку, а перша гілка трійчастого нерва та спинно-мозкові нерви C_I-C_{III} – основними провідниками ноцицептивної інформації до стовбурових структур, таламусу і кори головного мозку [4].

На сучасному рівні, при лікуванні хворих на мігрень, призначення профілактичної терапії є доцільним при наявності двох і більше мігренозних нападів на місяць. Для наших пацієнтів профілактичні препарати були вибрані з групи антидепресантів (Есциталопрам «Ципралекс») та з групи бета-блокаторів (Біспролол «Конкор»). Призначення комбінації бета-блокатора і антидепресанта є досить класичним і не новим, але в своєму дослідженні ми застосували сучасний високоселективний бета-блокатор і сучасний селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну. Хворі отримували есциталопрам у дозі 10 мг та біспролол у дозі 5-10 мг вранці не залежно від прийо-

му їжі. Стан пацієнтів і повсякденна активність оцінювався за шкалою МІДАС (Migraine Disability Assessment), а тяжкість цефалгічних нападів, що виникали у пацієнтів, – в балах Візуальної аналогової шкали (ВАШ – 100 балів).

У нашому дослідженні пацієнти хворі на мігрень були поділені на три групи відповідно до сучасної класифікації головного болю. Першу групу склали пацієнти хворі на мігрень (мігрень без аури, проста форма), загалом – 32 особи (25 – жінки віком від 29 до 49 років, та 8 – чоловіки віком від 35 до 40 років). Всіх пацієнтів першої групи було тестовано за шкалою МІДАС, де 5 осіб отримали I-й ступінь (мала інтенсивність болю, відсутність або мінімальне зниження повсякденної активності), 23 особи – II-й ступінь (помірний/виражений біль, незначне обмеження повсякденної активності) і 4 особи – III-й ступінь (сильний біль, виражене обмеження повсякденної роботи). Показники ВАШ при мігренозних нападах у пацієнтів I-го ступеню (за шкалою МІДАС) склали в середньому 23,4 бали, II-го – 39,8 балів, III-го – 67,3 бали.

Другу групу склали пацієнти з класичною мігренню (мігрень з аурою, класична форма), загалом 24 особи (21 – жінки віком від 23 до 50 років та 3 – чоловіки віком від 31 до 45 років). Пацієнтів другої групи було тестовано за шкалою МІДАС, де 3 особи отримали I-й ступінь, 16 осіб – II-й ступінь, 5 осіб – III-й ступінь. Показники ВАШ у пацієнтів I-го ступеню склали в середньому 22,3 бали, II-го – 42,3 бали, III-го – 72,2 бали.

Третю групу склали пацієнти з пароксизмальним головним болем, що за описами нагадував мігрень, але, на нашу думку, не виключався головний біль змішаного характеру та головний біль, що зумовлений іншими захворюваннями, але без структурних уражень нервової системи. В цій групі було 20 осіб (15 – жінки віком від 43 до 55 років та 5 – чоловіки віком від 39 до 62 років). За шкалою МІДАС пацієнти отримали I-й ступінь – 10 осіб, II-й ступінь – 8 осіб, III-й ступінь – 2 особи. Показники ВАШ у пацієнтів I-го ступеню склали в середньому 29,4 бали, II-го – 41,9 бали, III-го – 75,9 бали (таблиця 1).

Таблиця 1

Співвідношення показників шкали МІДАС та балів ВАШ у пацієнтів 3-х груп до та після лікування

	До лікування		Після лікування	
	МІДАС	ВАШ	МІДАС	ВАШ
перша група – мігрень без аури (проста форма)	I-й ступінь – 5 осіб	23,4 бали	I-й ступінь – 15 осіб	23,2 бали
	II-й ступінь – 23 особи	39,8 бали	II-й ступінь – 12 осіб	40,1 балів
	III-й ступінь – 4 особи	67,3 бали	III-й ступінь – 2 особи	66,2 балів
друга група – мігрень з аурою (класична форма)	I-й ступінь – 3 особи	22,3 бали	I-й ступінь – 10 осіб	20,4 бали
	II-й ступінь – 16 осіб	42,3 бали	II-й ступінь – 10 осіб	40,2 бали
	III-й ступінь – 5 осіб	72,2 бали	III-й ступінь – 4 особи	72,4 бали
третья група – мігрене-подібний головний біль	I-й ступінь – 10 осіб	29,4 бали	I-й ступінь – 10 осіб	22,1 бали
	II-й ступінь – 8 осіб	41,9 бали	II-й ступінь – 6 осіб	33,4 бали
	III-й ступінь – 2 особи	75,9 балів	III-й ступінь – 0 осіб	–

Профілактична терапія продовжувалася протягом трьох місяців. У 3-х пацієнтів першої групи профілактичне лікування було не ефективним і потребувало медикаментозної корекції. У 29-ти пацієнтів відмічалось зменшення частоти мігренозних нападів і за шкалою МІДАС хворі розподілялись таким чином: I-й ступінь – 15 осіб, II-й – 12 осіб, III-й – 2 особи. Відповідно і тяжкість цефалгічних нападів (ВАШ) становила: I-й ступінь – 23,2 бали, II-й – 40,1 бали, III-й – 66,2 бали.

Пацієнти другої групи не потребували медикаментозної корекції і по закінченню профілактичного лікування оцінка за шкалою МІДАС показала, що I-й ступінь у 10 осіб (ВАШ – 20,4 бали), II-й ступінь – 10 осіб (ВАШ – 40,2 бали), III-й ступінь – 4 особи (ВАШ – 72,4 бали).

У пацієнтів третьої групи профілактичне лікування було не ефективним у 4 чоловік і потребувало зміни препаратів. Після оцінки за шкалою МІДАС I-ий ступінь склали 10 осіб (ВАШ – 23,1 бали), II-ий – 6 осіб (ВАШ – 33,4 бали).

Отримані результати свідчать, що у пацієнтів, хворих на мігрень без аури, профілактичне лікування було ефективним у 31,2% осіб. Вибули з дослідження два пацієнти, що мали III-й ступінь зниження повсякденної активності за шкалою МІДАС та один пацієнт, що мав II-й ступінь за шкалою МІДАС. Обмеження повсякденної активності у 10-ти пацієнтів за шкалою МІДАС стало відповідати першому ступеню. Слід відмітити, що за даними Візуальної аналогової шкали цефалгічні пароксизми у пацієнтів першої групи практично не змінили своєї інтенсивності.

Обговорення результатів лікування пацієнтів другої групи (мігрень з аурую) дозволило констатувати, що корекції та зміни лікування не потребував жоден з пацієнтів. Лікування було ефективним у 33,3% пацієнтів, що підтверджено даними оцінювання за шкалою МІДАС, відповідно з якими 7-м пацієнтів, які мали II-й ступінь зменшення повсякденної активності, перейшли на I-й ступінь, а один пацієнт з III-го ступеню на II-й ступінь. За даними ВАШ інтенсивність нападів мігрені у пацієнтів практично не змінилася.

Оцінка результатів профілактичного лікування пацієнтів з мігреноподібним головним болем свідчить про зменшення інтенсивності головного болю за даними ВАШ у 80% чоловік. У 20% пацієнтів лікування було не ефективним і потребувало

зміни препаратів, це були два пацієнти III-го ступеню і два пацієнти II-го ступеню за шкалою МІДАС. У інших пацієнтів достовірно збільшення повсякденної активності не спостерігалось.

Висновки

1. Профілактичне лікування хворих на мігрень (проста і класична форми) комбінацією селективного антидепресанта (есциталопрам «Ципралекс») у дозі 10 мг на добу і селективного бета-блокатора (бісопролол «Конкор») у дозі 5–10 мг на добу є найбільш ефективним у пацієнтів, що мають I-й і II-й ступінь зменшення повсякденної активності за шкалою МІДАС.

2. Застосування комбінації препаратів есциталопрам і бісопролол у хворих на мігреноподібний головний біль ефективно зменшує інтенсивність болю, але не впливає на частоту мігреноподібних нападів.

Література

1. Дубенко О.Є., Сотников Д.Д. Профілактичне лікування мігрені: учора, сьогодні, завтра // Міжнародний неврологічний журнал. – 2009. – №5(27). – С.67-72.
2. Dodic D.W., Silberstein S.D. Migraine prevention // Practical Neurologi. – 2007. – Vol. 7. – P. 383-393.
3. Silberstein S.D. Preventive treatment of migraine // Rev. Neurol. Dis. – 2005. – Vol. 2. – P. 167-175.
4. Скоромец А.А. Справочник врача-невролога // Изд. «СОТИС». – 2009. – 326 с.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ И МИГРЕНЕПОДОБНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Н.В. Литвиненко, Ю.О. Фисун, С.Ю. Фисун

Мигрень распространенная нейрососудистая патология. Большому количеству больных мигренью и мигреноподобной головной болью необходима профилактика и лечение. В этой статье авторы предлагают современную схему профилактики и лечения мигрени.

Ключевые слова: мигрень, мигреноподобная головная боль, профилактика и лечение

PROPHYLAXIS AND MEDICAL TREATMENT OF MIGRAINE AND MEGRIM HEADACHE

N.V.Lytvynenko, Yu.O.Fisyn, S.Yu.Fisyn

Migraine is widely spread neurovascular pathology. Large numbers of people suffering from migraine and megrim headache need prophylaxis and treatment. In this article the authors propose a modern scheme of prophylaxis and treatment of migraine.

Keywords: migraine, megrim headache, prophylaxis and treatment