

© Литвиненко Н.В., Фисун Ю.О., Фисун С.Ю.
УДК 616.857 – 084

ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ ТА МІГРЕНЕПОДІБНОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ

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

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Несколько тысячелетий мир знает о таком заболевании как мигрень, однако, интерес к этой болезни не только не снижается, но и постоянно возрастает. Это не только старая, но и одна из наиболее распространенных болезней человека наших дней, существенно препятствующая осуществлению жизненных планов и нарушающая качество жизни. В последние годы удалось значительно продвинуться в понимании природы заболевания и выработке эффективных методов ее лечения. Все это вместе взятое хорошо объясняет большой интерес к мигрени и определяет необходимость знания ее диагностических критериев врачами широкого профиля. В этой статье авторы предлагают современную схему профилактического лечения мигрени.

Ключевые слова: мигрень, мигреноподобная головная боль, профилактическое лечение.

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 ¼ 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 гіпер-

чутливістю 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 спинномозкові нерви C_I–C_{III} – основними провідниками ноцицептивної інформації до стовбурових структур, таламусу і кори головного мозку [4, 5].

Матеріали та методи дослідження

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 (Бісопролол «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 бісопролол у дозі 5-10 мг вранці не залежно від прийому їжі. Стан пацієнтів і повсякденна активність оцінювався за шкалою МІДАС (Migraine Disability Assessment) [6], а тяжкість цефалгічних нападів, що виникали у пацієнтів, – в балах Візуальної аналогової шкали (ВАШ – 100 балів) [7].

Результати та їх обговорення

У нашому дослідженні пацієнти хворі на мігрень були поділені на три групи відповідно до сучасної класифікації головного болю. Першу групу складали 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 сту-

пеню (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 аурую, 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 (табл. 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 II-й ступінь – 23 особи III-й ступінь – 4 особи	23,4 бали 39,8 бали 67,3 бали	I-й ступінь – 15 осіб II-й ступінь – 12 осіб III-й ступінь – 2 особи	23,2 бали 40,1 балів 66,2 балів
друга група – мігрень з аурую (класична форма)	I-й ступінь – 3 особи II-й ступінь – 16 осіб III-й ступінь – 5 осіб	22,3 бали 42,3 бали 72,2 бали	I-й ступінь – 10 осіб II-й ступінь – 10 осіб III-й ступінь – 4 особи	20,4 бали 40,2 бали 72,4 бали
третья група – мігреноподібний головний біль	I-й ступінь – 10 осіб II-й ступінь – 8 осіб III-й ступінь – 2 особи	29,4 бали 41,9 бали 75,9 балів	I-й ступінь – 10 осіб II-й ступінь – 6 осіб III-й ступінь – 0 осіб	22,1 бали 33,4 бали –

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 розподілялися 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 мігрени 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 достовірне 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 мігрени: 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 // Санкт-Петербург, Изд. «СОТИС». – 2009. – 326 с.
5. Штульман Д.Р., Левин О.С. Справочник практического врача по неврологии // Москва, Изд. «Советский спорт». – 2007. – 720 с.
6. Амелин А.В. Мигрень: от приступа до профилактики // Санкт-Петербург. – 2005. – 53 с.
7. Вейн А.М., Артеменко А.Р. Амигренин в лечении приступа мигрени // Лечение нервных болезней. – 2003. – №4, С.34-38.

Summary

PREVENTIVE TREATMENT OF MIGRAINE AND MIGRAINE-LIKE HEADACHE

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

Key words: migraine, migraine-like headache, preventive treatment.

Despite the extensive research on migraine treatment, the importance of this problem is constantly increasing. It is one of the oldest and most common human diseases of our time, it significantly impedes the implementation of our plans and disturbs the life quality. In recent years one can observe the considerable progress in understanding the nature of the disease and in developing effective methods of treatment. It all explains the great interest in migraine and identifies the necessity to know its diagnostic criteria by practitioners. The authors of the article offer the modern migraine prophylactic treatment scheme.

Ministry of Public Health of Ukraine

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava.

Матеріал надійшов до редакції 06.09.2010 р.