

Діагностика та лікування мігрені в загальній практиці

Мігрень – це складна хвороба, яка характеризується помірно тяжкими та тяжкими головними болями, що можуть асоціюватися з іншими симптомами на кшталт фотофобії, фонофобії, нудоти, блювання. Головні болі зазвичай є односторонніми та тривають від 4 до 72 год, а між нападами пацієнти переважно асимптоматичні. Тригери нападів мігрені – найчастіше стреси, пропуск прийому їжі чи нестача сну (Kitson J., 2021).

Мігрень можуть виникати з ауру чи без неї. Аура має форму візуальних (поява плям і зигзагів перед очима, скотоми, часткова втрата зору) або сенсорних (відчуття поколювання чи заніміння) фокальних неврологічних симптомів, що можуть передувати головному болю або супроводжувати його. Аура є повністю зворотною і триває 5-60 хв (Kitson J., 2021).

Мігрень – найпоширеніший неврологічний розлад на первинній ланці медичної допомоги. За оцінками Національного інституту удосконалення медичної допомоги Великобританії (NICE), лише в Сполученому Королівстві на мігрень страждають ≈6 млн осіб (Sreiner T.J. et al., 2003). Відповідно до результатів дослідження Global Burden of Disease, мігрень – друга за частотою серед причин непрацездатності, а серед молодих жінок – навіть перша (Stejner T.J. et al., 2020). Хронічна мігрень уражає 2% загальносвітової популяції (Godsby P.J. et al., 2017). Початок хвороби зазвичай спостерігається в підлітковому віці чи на 3-й декаді життя, але пік поширеності – вікова група 30-40 р. Мігрень утрічі частіше уражає жінок, ніж чоловіків (Kitson J., 2021).

Роль сімейного лікаря у веденні пацієнта з мігреньями є дуже важливою. Саме цей фахівець має виключити злоскісні патологічні стани та встановити точний попередній діагноз, що дозволяє зменшити навантаження на неврологів і фахівців із візуалізаційних досліджень.

Ключове значення в установленні діагнозу має збір анамнезу. Насамперед слід з'ясувати наявність червоних прапорців, які можуть свідчити про небезпечну причину головних болів (табл. 1).

Під час збирання анамнезу необхідно розпитати пацієнта про патерн початку болювого нападу, точну локалізацію болю, асоційовані симптоми (ауру, нудоту, блювання, запаморочення), інші неврологічні симптоми (знижений рівень свідомості, заніміння або слабкість у кінцівках), засоби, здатні полегшити біль (препарат, доза, ступінь ефективності), тригерні чинники та час між нападами. Мігрень притаманні продромальні (аура) та постдромальні (втома, низька здатність до концентрації) симптоми, сімейний анамнез схожих болів і зв'язок із менструальним циклом. Патерн симптомів допомагає виключити інші хвороби, що проявляються головним болем (табл. 2) (Kitson J., 2021). Наявність відповідного анамнезу часто полегшує установлення діагнозу, але особи з нечіткими чи атипичними симптомами нерідко потребують фізикального обстеження. Інструментальні дослідження зазвичай потрібні лише тоді, коли анамнез і фізикальне обстеження спричиняють занепокоєння, однак специфічні обстеження для діагностики мігрені відсутні. Пацієнтів з атипичними симптомами або наявністю червоних прапорців (насамперед вогнищевих неврологічних симптомів, судом та ознак інсульту) необхідно

негайно скеровувати до невропатолога. Планового скерування потребують також хворі, які не відповіли на стандартне лікування. Відповідно до позиції Робочої групи з головного болю Іспанського товариства неврології (2020), особи з мігренью потребують консультації невропатолога в разі сумнівів у діагнозі, невдачі попереднього чи профілактичного лікування, атипичної або подовженої аури, при головному болю внаслідок зловживання анальгетиками й хронічній мігрені, а також за очевидної недовіри пацієнта до первинної ланки медичної допомоги.

Лікування мігрені передбачає уникнення тригерів, які ідентифікував пацієнт. Для сприяння ідентифікації тригерів варто застосовувати щоденник головного болю. Оскільки поширеними тригерами є стрес, недосипання, дегідратація, пропуск прийому їжі, надлишкове вживання кофеїну, менструація, для профілактики нападів мігрені доцільними є застосування когнітивної поведінкової терапії та забезпечення здорового способу життя. Для профілактичного лікування можуть застосовуватися пропранолол, топірамаат та амітриптилін, однак пацієнтів необхідно повідомити про ризик застосування цих засобів. Так, β-блокатори протипоказані за бронхіальною астмою та вагітністю (Kitson J., 2021).

Основною групою препаратів для лікування гострого нападу мігрені є триптани, першу дозу яких призначають одразу в разі початку болю. Другу дозу слід приймати лише у випадку первинного покращення, після якого головний біль знову посилюється чи рецидивує.

Триптани є дуже ефективними в контролі симптомів, що обумовлює їхню роль як препаратів вибору для купірування помірних або тяжких нападів мігрені. Найчастіше призначається пероральний суматриптан, це пояснюється його високою ефективністю, сприятливим профілем безпеки та економічною доступністю (Kitson J., 2021).

Суматриптан використовується в лікуванні мігрені >30 років. Механізм його дії полягає у вазоконстрикції краніальних артерій. Крім того, селективно зв'язуючись з 5-HT₁-рецепторами чутливих нейронів трійчастого нерва, який іннервує судини твердої мозкової оболонки, суматриптан блокує передачу ноцицептивних сигналів трійчастим нервом і протидіє вивільненню вазоактивних нейропептидів (Nonino F. et al., 2020). Оскільки патогенетичним підґрунтям мігренозних болів є дилатація певних краніальних артерій чи артеріовенозних анастомозів, а також нейрогенна екстравазація плазми в твердої мозковий оболонці, суматриптан успішно усуває такий біль (The Subcutaneous Sumatriptan Study Group, 1991).

Спочатку суматриптан призначали в широкому діапазоні доз: від 25 до 300 мг, однак невдовзі було встановлено, що за кривою

«доза – відповідь» високі дози мають зовсім незначні переваги; натомість дози 50 та 100 мг є найоптимальнішими (рис.).

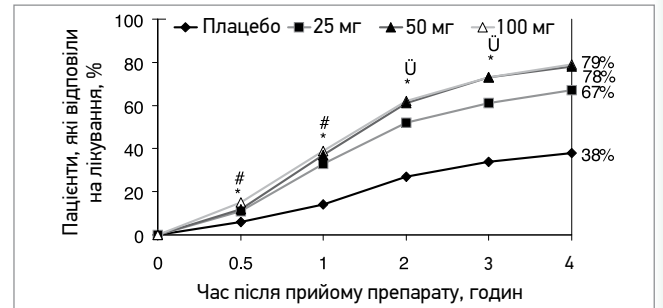


Рис. Ефективність різних доз суматриптану порівняно із плацебо в лікуванні гострих нападів мігрені (Danlof C. et al., 2001)

Суматриптан – єдиний триптан, внесений до переліку життєво необхідних ліків Всесвітньої організації охорони здоров'я (<https://list.essentialmeds.org/>); водночас це найкраще вивчений триптан, властивостям якого були присвячені декілька рандомізованих контрольованих досліджень та їхніх метааналізів.

Порівняно із плацебо, ацетилсаліциловою кислотою (АСК), парацетамолом та іншими пероральними триптанами суматриптан демонструє кращу ефективність щодо найбільш значущих клінічних наслідків. Так, суматриптан у дозі 100 мг має достовірну перевагу над АСК у дозі 900 мг у комбінації з метоклопрамідом 10 мг: через 2 год головний біль було повністю усунуто в 26% учасників групи суматриптану та в 16% осіб із групи АСК. Зафіксовано також перевагу суматриптану над розчинною АСК у дозі 1000 мг. Окрім того, застосування суматриптану асоціювалося з меншою потребою в засобах порятунку порівняно із парацетамолом у дозі 1000 мг у комбінації з метоклопрамідом 10 мг. Відповідно до висновку авторів метааналізу, суматриптан є фармакоеконімічно доцільним ефективним препаратом для лікування мігрені, який не потребує складного моніторингу та може призначатися як перша лінія фармакотерапії більшості пацієнтів із мігренью, в т. ч. вагітним і жінкам, які годують груддю (Nonino F. et al., 2020).

Оскільки більшість популяції пацієнтів із мігренью становлять жінки репродуктивного віку, можливість застосування під час вагітності та лактації або в жінок, котрі можуть завагітніти, є надзвичайно важливою перевагою суматриптану. Дані 16-річного реєстру жінок, які під час вагітності приймали суматриптан, наратриптан або комбінацію суматриптану/напроксену, свідчать, що суматриптан не має тератогенного ефекту та не зумовлює вад плода. Отримані авторами результати відповідають даним обсерваційних досліджень (Ephross S.A., Sinclair S.M., 2014).

Цікаво, що суматриптан став першим препаратом у своєму класі, випробуваним для мініпрофілактики. У відкритому дослідженні нетривалий курс пероральної суматриптану в дозі 25 мг 3 р/добу, який розпочинався за 2-3 дні до початку головного болю та тривав протягом 5 днів, повністю запобігав розвитку болювого нападу в 52,4% випадків, а також знижував інтенсивність головного болю вдвічі й в >42% випадків пов'язаної з менструацією мігрені (Newman L.C. et al., 1998). Така інтермітувальна профілактика може значно покращити якість життя осіб із прогнозованим початком мігрені, зокрема в разі її зв'язку з менструальним циклом.

Отже, мігрень – поширене захворювання, яке різко погіршує якість життя, а також знижує працездатність, уражаючи переважно жінок репродуктивного віку. Типовий патерн мігренозних болів у більшості випадків дозволяє установити діагноз на первинній ланці, не призначаючи консультації вузького спеціаліста. Патогномічні ознаки чи специфічні лабораторні / інструментальні обстеження для діагностики мігрені відсутні, тому додаткові обстеження призначаються здебільшого для виключення інших, а також небезпечніших патологічних станів. Профілактика мігренозних нападів полягає у модифікації способу життя (формування стресостійкості за допомогою психотерапії та технік осмисленості (майндфулнес), дотримання режиму праці й відпочинку, належне харчування і питний режим, достатня тривалість сну), а для їхнього усунення в гострому періоді використовуються триптани (насамперед суматриптан). Суматриптан є добре вивченим у клінічних дослідженнях, а також має високу ефективність саме щодо мігренозних болів, оскільки його специфічний подвійний механізм дії – звуження краніальних артерій та пригнічення болювої імпульсації – дозволяє прицільно впливати на патогенетичне підґрунтя мігрені.

Амігрэн (фармацевтична компанія «Астрафарм», Україна) – вітчизняний препарат суматриптану, представлений у двох дозах: 50 та 100 мг. Амігрэн призначений для швидкого полегшення стану пацієнта при мігрені з ауру чи без неї. Клінічний ефект препарату спостерігається вже через 30 хв після його прийому. Амігрэн рекомендовано застосовувати якнайшвидше після початку нападу мігрені, хоча він однаково ефективний на всіх стадіях мігренозної атаки. Рекомендована доза для дорослих становить 50 мг, але в деяких випадках її можна збільшити до 100 мг. Якщо пацієнт відреагував на першу дозу, але симптоми виникли знову, протягом подальших 24 год можна застосувати другу дозу, але загальна добова доза не має перевищувати 300 мг.




Підготувала Лариса Стрільчук

Симптоми червоних прапорців	Важливі альтернативні діагнози
Атипова аура: рухова слабкість, двоїння в очах, односторонній зір, порушення рівноваги, знижений рівень свідомості	Порушення з боку стовбура мозку чи сітківки; рухові розлади
Головний біль, асоційований з гарячкою	Інфекційний процес (менингіт, енцефаліт, абсцес мозку)
Різкий початок головного болю	Субарахноїдальний крововилив, розшарування артерій, тромбоз венозного синусу мозку
Зміни особистості	Об'ємне утворення: добро- чи злоскісна пухлина
Головний біль, який виникає при кашлі	Внутрішньочерепна гіпертензія
Ортостатичний головний біль	Спонтанне витікання спинномозкової рідини
Болючість скроневих ділянок	Гігантсклітинний артеріїт
Головний біль, асоційований з почервоінням очей і слезотечею, частково розширені зіниці	Гостра закритокутова глаукома

	Мігрень	Головний біль напруги	Кластерний головний біль	Головний біль унаслідок зловживання медикаментами
Аура	Так	Ні	Так	Ні
Тривалість головного болю	4-72 год	30 хв - 7 днів	15 хв - 3 год	Деякі години чи весь день
Частота головних болів	Мінлива. Мігрень вважається епізодичною, якщо напади тривають <15 днів/міс, і хронічною, якщо вони спостерігаються >15 днів	1-15 днів/міс	Зазвичай 1-8 р/день протягом 4-12 тиж, згодом зменшується. Може виникати в той самий час року, наприклад, навесні чи восени	Щодня, >15 днів/міс. Асоціюється зі зловживанням знеболювальних медикаментів протягом >3 міс
Односторонність болю	Односторонній	Двобічний	Односторонній	Односторонній або двобічний
Нудота ± блювання	Так	Ні	Так	Ні
Фото/фонофобія	Так	Ні	Так	Ні
Виразеність болю	Помірний/сильний	Незначний/помірний	Сильний/дуже сильний	Незначний/помірний/сильний
Вплив щоденної активності	Щоденна активність може посилювати біль	Щоденна активність не посилює болю	Наявні неспокій, збудження	Щоденна активність не посилює болю




АМІГРЕН - і напад мігрені позаду


-  Золотий стандарт у лікуванні мігрені¹.
-  Найбільш ефективний в порівнянні з АСК та НПЗП².
-  Економічно вигідний.


1. Acute Treatment of Migraine. Published online 2013 Aug 1. Vesile ÖZTÜRK

2. Placebo-controlled comparison of effervescent acetylsalicylic acid, sumatriptan and ibuprofen in the treatment of migraine attacks. 2004 Nov;24(11):947-54. H C Diener 1, G Bussone, H de Liano, A Eikermann, R Englert, T Floeter, V Gallai, H Göbel, E Hartung, M D Jimenez, R Lange, G C Manzoni, G Mueller-Schwefe, G Nappi, L Pinessi, J Prat, F M Puca, F Titus, M Voelker, EMSASI Study Group



 www.astrapharm.ua

 Україна, 08132, Київська обл., м. Вишневе, вул. Київська, 6

 +380 (44) 500 00 99, +380 (44) 225 19 19

Склад: 1 капсула містить суматриптану 50 мг або 100 мг. **Лікарська форма.** Капсули. **Фармакотерапевтична група.** Селективний агоніст 5HT₁-рецепторів серотоніну. Препарати, що застосовуються для лікування мігрені. Код АТХ N02C C01. **Показання.** Для швидкого полегшення стану при нападах мігрені, з аурую чи без неї. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компонента препарату; інфаркт міокарда, ішемічна хвороба серця, стенокардія Принцметала, інсульт, тяжка печінкова недостатність, та інше. **Спосіб застосування.** Рекомендована доза Амігрєну для дорослих – 50 мг (1 таблетка) дозу можна підвищити до 100 мг (2 капсули). Амігрєн можна застосовувати при нових нападах мігрєні, але якщо перша доза препарату виявиться неефективною, не слід застосовувати препарат повторно під час цього ж нападу, загальна добова доза не повинна перевищувати 300 мг. **Побічні реакції.** Реакції гіперчутливості, запаморочення; сонливість; судороги, збудження, транзиторне підвищення артеріального тиску, брадикардія, тахікардія, транзиторні ішемічні зміни, стенокардія, інфаркт міокарда, задишка, нудота та блювання, мерехтіння, диплопія, зниження гостроти зору. **Термін придатності.** 2 роки. **Умови зберігання.** Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С. Зберігати в недоступному для дітей місці. **Упаковка.** По 1 капсулі у блистері; по 1 або по 3 блистери в коробці. По 10 капсул у блистері; по 1 блистеру в коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** ТОВ «АСТРАФАРМ», Україна. **Місцезнаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності.** 08132, Київська обл., Києво-Святошинський р-н, м. Вишневе, вул. Київська, 6. Повна інформація про лікарський засіб знаходиться в інструкції для медичного застосування.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Для розповсюдження на симпозиумах, конференціях, спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів.