

УДК 615.814.1(077)

Клінічні та діагностичні особливості найбільш розповсюджених цефалгій: акцент на мігрень (частина 1)

■ Свиридова Н.К.

д. мед. н., професор, завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Резюме. Проблема головного болю залишається досить актуальною сьогодні, оскільки є досить поширеною складовою при встановленні неврологічного діагнозу як у дослідників, так і практичних лікарів та може бути виявлена приблизно у 85% осіб в загальній популяції. Враховуючи актуальність проблеми діагностики та лікування ГБ, сучасний варіант Міжнародної класифікації головного болю 3-го перегляду (ICHD-3) ґрунтується на нових даних експертів, що базуються тільки з урахуванням доказовості. Відповідно до Міжнародної класифікації розладів, що супроводжуються головним болем (The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2018), ГБ розділяють на первинний головний біль, що не пов'язаний із захворюваннями головного мозку, мозкових судин і інших структур, розташованих в області голови та шиї; та вторинний або симптоматичний головний біль, що обумовлений причинним захворюванням, а також краніальні невралгії і лицьовий біль. Всесвітньою організацією охорони здоров'я мігрень внесена в список 19 захворювань, що найбільшою мірою порушують соціальну адаптацію пацієнтів, оскільки поширеність мігрені коливається від 11 до 22% серед населення. Враховуючи актуальність проблеми, в роботі розглядаються сучасні напрямки діагностики та лікування мігрені.

Ключові слова: біль, головний біль, цефалгії, мігрень, класифікація мігрені, мігренозний стан, діагностика мігрені, лікування мігрені.

Проблема головного болю (ГБ) залишається досить актуальною сьогодні, оскільки є досить поширеним симптомом як у дослідників, так і практичних лікарів та виявляється приблизно у 85% осіб в загальній популяції. Найбільш поширені форми головного болю, які мають нозологічну самостійність, відповідно до МКБ-10, містяться в рубриках G43 («Мігрень») і G44 («Інші синдроми головного болю»). Враховуючи актуальність проблеми діагностики та лікування ГБ, сучасний варіант Міжнародної класифікації головного болю 3-го перегляду (ICHD-3), що був опублікований в журналі *Cephalgia* (2018) через 30 років після першого видання Міжнародної класифікації розладів головного болю (ICHD-I), ґрунтується на нових даних експертів, заснованих тільки з урахуванням доказовості.

За сучасними уявленнями, головним болем, або цефалгією прийнято вважати будь які больові відчуття, або відчуття дискомфорту, що локалізуються у ділянці голови (від брови до потилиці). Численні больові синдроми у ділянці обличчя, які мають низку специфічних рис, прийнято виділяти у окрему рубрику – лицьовий біль.

У загальній практиці найбільш часто зустрічаються чотири типи головного болю (табл. 1), кожний з яких має нейробіологічну основу. Всі ці цефалгії в тій чи іншій мірі викликають дезадаптацію і знижують якість життя пацієнтів. У одного пацієнта може бути кілька типів головного болю, тому снує велика кількість вторинного головного болю, частота яких серед пацієнтів зі скаргами на цефалгії не перевищує 1%.

Відповідно до Міжнародної класифікації розладів, що супроводжуються головним болем (The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2018), ГБ розділяють на:

1) **первинний головний біль** – ГБ не пов'язаний із захворюваннями головного мозку, мозкових

судин і інших структур, розташованих в області голови та шиї,

2) **вторинний або симптоматичний головний біль** – обумовлені причинним захворюванням, а також краніальні невралгії і лицьовий біль.

Діагностичні критерії і терміни Міжнародної класифікації головного болю (The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2018) наведені у табл. 2.

Типи головного болю (2018)

Таблиця 1

Тип головного болю	Характеристика	Особливості
Мігрень	Часто носить характер епізодичний	Виникає у 20% загальної популяції Співвідношення чоловіків і жінок 1 : 3
Головний біль напруги (ГБН)	Часто носить характер епізодичний	Виникає більш ніж у 80% загальної популяції Біль у 10% може бути хронічним
Кластерний головний біль	Часто носить характер інтенсивний та повторювальний, але приступи є короткотривалими	Виникає у 3 з 1000 чоловіків Виникає у 1 з 2000 року жінок
Абузусний головний біль	Синдром хронічної форми щоденного головного болю	Виникає у 3% дорослих Співвідношення жінок і чоловіків 5 : 1 Відноситься до вторинних форм ГБ Виникає як ускладнення попереднього первинного ГБ (мігрень або головний біль напруги)

Таблиця 2

1.	Первинний головний біль	
	1.1	Мігрень
	1.2	Головний біль напруги (ГБН)
	1.3	Кластерний ГБ і інші тригемінальні вегетативні цефалгії (ТВЦ)
	1.4	Інший первинний ГБ
		ГБ, пов'язаний з фізичним сексуальним навантаженням, громоподібний ГБ)
2.	Вторинний головний біль	
	2.1	ГБ, пов'язаний із травмою голови та/або шиї
	2.2	ГБ, пов'язаний із судинними ураженнями черепа і шийного відділу хребта
	2.3	ГБ, пов'язаний із несудинними внутрішньо-черепними ураженнями
	2.4	ГБ, пов'язаний із різними речовинами або їх відміною (лікарсько-індукований (абузусний)
	2.5	ГБ, пов'язаний з інфекціями
	2.6	ГБ, пов'язаний із порушеннями гомеостазу
	2.7	ГБ, пов'язаний з надмірним застосуванням анальгетиків або триптанів
	2.8	ГБ, пов'язаний з дисфункцією скронево-нижньо-щелепного суглоба)
	2.7	Головний і лицьовий біль, пов'язаний із порушенням структур черепа, шиї (цервікогенний), очей (пов'язаний з глаукомою), вух, носової порожнини, пазух (пов'язаний з синуситами), зубів, ротової порожнини або інших структур черепа та обличчя
	2.8	ГБ, пов'язаний із психічними захворюваннями
3.	Больові краніальні невротатії, інші типи головного болю	
	3.1	Больові краніальні невротатії та інші лицьові болі
	3.2	Інший ти головного болю

Обстеження хворого на головний біль

Скарги. Основа правильної діагностики ГБ – ретельне розпитування пацієнта і знання діагностичних критеріїв МКГБ (табл. 2).

Об'єктивний огляд хворого зі скаргами на головний біль

При первинних типах ГБ органічних зміни в соматичному і неврологічному статусі не виявляється; можуть виявлятися напруга і болючість при пальпації м'язів обличчя, потилиці і шиї (міофасціальний синдром), долонний гіпергідроз, синдром Рейно, ознаки гіпервентіляції і підвищеної тривожності; у пацієнтів з кластерної ГБ під час нападу – психомоторне збудження і типові локальні вегетативні симптоми на стороні болю (сльозотеча, ринорея).

Параклінічні дослідження хворого зі скаргами на головний біль

Інструментальні (МРТ, КТ, ЕЕГ, УЗДГ), лабораторні методи дослідження та консультації фахівців в більшості випадків не мають діагностичної цінності при первинному типі ГБ, оскільки не виявляють специфічних для цих ГБ ознак. Додаткові дослідження показані тільки при підозрі на симптоматичний характер ГБ: а) нетиповий ГБ (наприклад, у пацієнта з мігренню одна і та ж сторона мігренозного болю (без зміни сторін) або тривалість аури > 60 хвилин); б) наявність одного або більше «сигналів небезпеки».

Мігрень. Клінічна характеристика мігрені

Всесвітньою організацією охорони здоров'я мігрень внесена в список 19 захворювань, що найбільшою мірою порушують соціальну адаптацію пацієнтів. Поширеність мігрені коливається від 11 до 22% серед населення. Дебют захворювання у більшості випадків трапляється у віці до 20 років, а в 55–60 років – мігренозні напади, частіше, припиняються. Мігрень – розповсюджена форма первинного головного болю, що проявляється пароксизмами сильного пульсуючого одностороннього головного болю, частіше у лобно-скронево-орбітальній ділянці, і часто супроводжується неврологічними, шлунково-кишковими і вегетативними проявами.

Провідним механізмом розвитку мігренозного нападу виступає активація тригеміно-васкулярної системи (комплекса із трійчастого нерва та мозкових судин, що їм іннервуються) і серотонінергічних нейронів. Спочатку активується спінальне ядро трійчастого нерва і його центральні зв'язки, що збуджує больові рецептори в системі трійчастого нерва. При збудженні нервові закінчення починають виробляти низку медіаторів і пептидів, які передають сигнал клітинам гладеньких м'язів судин. В результаті судини розширюються, збільшені у розмірах артерії ще більше подразнюють нерви, розвивається нейрогенне (асептичне) запалення периваскулярної області. Через кілька годин больовий поріг критично знижується і багато подразни-

ків, що зазвичай не викликають болю (навіть слабка пульсація судин під час роботи серця), спричиняють біль. Провідним гуморальним і нейротрансмітерним чинником у запуску нападу мігрені є серотонін. Він відіграє важливу роль як у невральному, так і судинному компонентах мігренозного головного болю. Значне вивільнення серотоніну спричиняє вазоконстрикцію судин (продромальний період), однак він швидко елімінується і виводиться з крові, що призводить до вазодилатації і розгортання нападу головного болю. У період нападу мігрені різко знижується вміст серотоніну в тромбоцитах (на 30–40%) і у структурах ЦНС, підвищується вміст у сечі продуктів метаболізму серотоніну. Виникнення характерного пульсуючого ГБ співпадає з паретичною дилатацією і збільшенням амплітуди пульсації гілок зовнішньої сонної артерії, насамперед – поверхневої скроневої артерії, і пов'язане з дефіцитом серотоніну в плазмі крові.

Стадії мігренозного нападу:

1 фаза – спазм екстра- або інтракраніальних судин, який викликаний збільшенням рівня серотоніну в крові, супроводжується розвитком аури. Одночасно з початком симптомів аури відмічається зниження регіонального церебрального кровотоку в зоні кори головного мозку, яке починається з задніх відділів і розповсюджується дотеперу;

2 фаза – дилатація артерій, артеріол, вен і венул, артеріовенозних анастомозів з підвищенням амплітуди пульсових коливань стінки судин. Вазодилатація викликає пульсуючі головні болі.

3 фаза – набряк судинних стінок і периартеріальних тканин, що призводить до ригідності судинних стінок. Перивазальний набряк викликає тупі головні болі;

4 фаза – зворотній розвиток вазомоторних розладів.

Класифікація мігрені

1.1. Мігрень без аури

1.2. Мігрень з аурою

1.2.1. Мігрень з типовою аурою

1.2.1.1. Типова аура з ГБ

1.2.1.2. Типичная аура без ГБ

1.2.2. Мігрень зі стовбуровою аурою (мігрень базилярного типу)

1.2.3. Геміплегічна мігрень

1.2.3.1. Сімейна геміплегічна мігрень (СГМ)

1.2.3.1.1 СГМ 1 типу

1.2.3.1.2 СГМ 2 типу

1.2.3.1.3 СГМ 3 типу

1.2.3.1.4 СГМ (з мутаціями в інших локусах)

1.2.3.2. Спорадична геміплегічна мігрень

1.2.4. Ретинальна мігрень

1.3. Хронічна мігрень

1.4. Ускладнення мігрені

1.4.1. Мігренозний статус

- 1.4.2. Персистуюча аура без інфаркту
- 1.4.3. Мігренозний інфаркт
- 1.4.4. Епілептичний напад, викликаний мігренозною аурою

1.5. Можлива мігрень

- 1.5.1. Можлива мігрень без аури
- 1.5.2. Можлива мігрень з аурою

1.6. Епізодичні синдроми, які можуть поєднуватися з мігренню

- 1.6.1. Повторювані шлунково-кишкові порушення
 - 1.6.1.1. Синдром циклічної блювоти
 - 1.6.1.2. Абдомінальна мігрень
- 1.6.2. Доброякісне пароксизмальне головокружіння
- 1.6.3. Доброякісний пароксизмальний тортиколіс

Клінічна характеристика мігрени без аури

(hemisrania simplex) характеризується повторюваними головними болями, які проявляються нападами (атаками) цефалгії тривалістю 4–72 години.

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 5 нападів, що відповідають критеріям В–Д.

В. Тривалість нападів 4–72 години (без лікування або при неефективному лікуванні).

С. Головний біль має як мінімум дві з наступних характеристик:

- одностороння локалізація
- пульсуючий характер
- інтенсивність болю від середньої до значної
- головний біль посилюється від звичайної фізичної активності або вимагає припинення звичайної фізичної активності (наприклад, ходьба, підйом по сходах)

Д. Головний біль супроводжується, як мінімум, одним з таких симптомів:

- нудота і /або блювота
- фотофобія або фонофобія

Е. Не пов'язана з іншими причинами (порушеннями).

Клінічна характеристика мігрени з аурою

(класична мігрень, асоційована мігрень, офтальмічна, геміпарестетична або афатична мігрень, ускладнена мігрень) характеризується розладом, що виявляється повторюваними епізодами оборотних локальних неврологічних симптомів (аури), зазвичай наростаючих протягом 5–20 хвилин і тривають не більше 60 хвилин. Головний біль мігренозного характеру, як правило, слідує за симптомами аури. Аура – комплекс неврологічних симптомів, які виникають безпосередньо перед або на самому початку мігренозного головного болю.

Існують 3 види аури: візуальні, сенсорні і моторні.

1. Візуальна аура є найбільш поширеною і характеризується проявом «миготливої лампи» чи

зигзагоподібних ліній, які оточують центральну скотому (наприклад, світлі плями).

2. Сенсорна аура – менш поширена аура, яка характеризується парестезіями, онімінням на одній стороні верхньої або нижньої кінцівки.

3. Рухова аура – характеризується слабкістю верхніх і нижніх кінцівок або порушеннями мови.

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 2 напади, що відповідають критерію В.

В. Мігренозна аура, що відповідає критеріям В і С для одного з типів 1.2.1–1.2.6.

С. Не пов'язана з іншими причинами (порушеннями).

Продромальні симптоми можуть виникати за кілька годин або 1–2 дні до нападу мігрени (з аурою або без аури). Продрома включає різні поєднання таких симптомів, як слабкість, труднощі концентрації уваги, напруга в області м'язів шиї, підвищена чутливість до світлових і звукових подразників, нудота, нечіткість зору, позіхання і блідість шкіри. Не слід плутати продромальні симптоми з мігренозною аурою.

Клінічна характеристика мігрени з типовою аурою

До типової аури відносяться зорові та/або чутливі симптоми, та/або мовні порушення з поступовим розвитком симптомів, тривалістю не більше 1 години та повною оборотністю симптоматики, які поєднуються з головним болем і відповідають критеріям «1.1. Мігрени без аури».

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 2 напади, що відповідають критеріям В–Д.

В. Аура включає, щонайменше, один з наступних симптомів і не включає рухову слабкість:

- повністю оборотні зорові симптоми, в тому числі позитивні (мерехтливі плями або смуги) та/або негативні (порушення зору)
- повністю оборотні чутливі симптоми, в тому числі позитивні (відчуття поколювання) та /або негативні (оніміння)
- повністю оборотні порушення мови

С. Щонайменше, два з нижчеперелічених:

- гомонімні зорові порушення та /або односторонні чутливі симптоми
- як мінімум один симптом аури поступово розвивається протягом не менше 5 хвилин і/або різні симптоми аури виникають послідовно протягом не менше 5 хвилин
- кожен симптом має тривалість не менше 5 хвилин, але не більше 60 хвилин

Д. Головний біль починається під час аури або протягом 60 хвилин після її початку.

Е. Не пов'язано з іншими причинами (порушеннями).

Клінічна характеристика типової аури з немігренозним головним болем характеризується випадками, якщо пацієнт має типову ауру, що включає зорові та/або чутливі симптоми, та/або мовні порушення з поступовим розвитком симптомів, тривалістю не більше 1 години та повною оборотністю симптоматики, і поєднується з головним болем, який не відповідає критеріям «1.1. Мігрени без аури».

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 2 напади, що відповідають критеріям В-D.

В. Аура включає, щонайменше, один з наступних симптомів і не включає рухову слабкість:

- повністю оборотні зорові симптоми, в тому числі позитивні (мерехтливі плями або смуги) та/або негативні (порушення зору – зниження або випадіння)
- повністю оборотні чутливі симптоми, в тому числі позитивні (відчуття поколювання) та/або негативні (оніміння)
- повністю оборотні порушення мови

С. Щонайменше, два з нижчеперелічених симптомів:

- гомонімні зорові порушення (додатково можуть виникати нечіткість (розмитість) або втрата центрального зору) та/або односторонні чутливі симптоми
- як мінімум, один симптом аури поступово розвивається протягом не менше 5 хвилин і/або різні симптоми аури виникають послідовно протягом не менше 5 хвилин
- кожен симптом триває не менше 5 хвилин, але не більше 60 хвилин

Д. Головний біль, що не відповідає критеріям В-D для «1.1. Мігрени без аури», починається під час аури або протягом 60 хвилин після її початку.

Е. Не пов'язано з іншими причинами.

Клінічна характеристика типової аури без головного болю характеризується нападами, що супроводжуються типовою аурою, що включає зорові та/або чутливі симптоми, з мовними порушеннями або без них, з поступовим розвитком симптомів, тривалістю не більше 1 години та повною оборотністю неврологічної симптоматики і не поєднуються з головним болем.

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 2 напади, що відповідають критеріям В-D.

В. Аура включає, щонайменше, один з наступних симптомів з мовними порушеннями або без них і без рухової слабкості:

- повністю оборотні зорові симптоми, в тому числі позитивні (мерехтливі плями або смуги) та/або негативні (порушення зору)
- повністю оборотні чутливі симптоми, в тому числі, позитивні (відчуття поколювання) та/або негативні (оніміння)

- повністю оборотні порушення мови

С. Щонайменше, два з нижчеперелічених симптомів:

- гомонімні зорові порушення та/або односторонні чутливі симптоми
- як мінімум, один симптом аури поступово розвивається протягом не менше 5 хвилин і/або різні симптоми аури виникають послідовно протягом 5 хвилин і більше
- кожен симптом триває не менше 5, але не більше 60 хвилин

Д. Ні під час аури, ні протягом 60 хвилин після неї головний біль не виникає.

Е. Не пов'язано з іншими причинами.

Клінічна характеристика мігрени зі стовбуровою аурою (мігрень базилярного типу, мігрень базилярної артерії, базилярна мігрень) характеризується симптомами аури, що відбуваються зі стовбура мозку та/або обох півкуль, що не супроводжується моторною слабкістю.

Діагностичні критерії:

А. По меншій мірі, 2 напади, що відповідають критеріям В-D.

В. Аура включає, щонайменше, два з перерахованих нижче повністю оборотних симптомів, виключаючи моторну слабкість:

- дизартрія
- запаморочення
- шум у вухах
- гіпоакузія
- двоїння
- зорові порушення, що виникають одночасно як в скроневих, так і носових полях зору обох очей
- атаксія
- порушення свідомості
- двосторонні парестезії

С. Щонайменше, один з нижчеперелічених ознак:

- як мінімум один симптом аури поступово розвивається протягом не менше 5 хвилин і/або різні симптоми аури виникають послідовно протягом не менше 5 хвилин
- кожен симптом триває не менше 5 хвилин, але не більше 60 хвилин

Д. Головний біль, що відповідає критеріям В-D для мігрени без аури, починається під час аури або протягом 60 хвилин після її початку.

Е. Не пов'язано з іншими причинами.

Напади мігрени базилярного типу частіше виникають у молодих людей. У багатьох пацієнтів поряд з нападами мігрени базилярного типу відзначаються напади з типовою аурою.

Клінічна характеристика геміплетічної мігрени – мігрень з аурою, що включає моторну слабкість.

Діагностичні критерії:

А. По меншій мірі, 2 напади, що відповідають критеріям В і С.

В. Аура, що складається з обох наступних:

- повністю оборотна моторна слабкість
- повністю оборотні візуальні, сенсорні, мовні симптоми

С. Щонайменше, 2 з наступних чотирьох характеристик:

- принаймні, один симптом аури поступово поширюється протягом 5 хв та/або двоє або більше симптомів відбуваються поспіль
- симптоми немоторної аури тривають 5–60 хвилин, а моторні симптоми < 72 годин
- принаймні, один симптом аури односторонній
- головний біль починається під час аури або протягом 60 хвилин після її початку

Д. Не пов'язано з іншими причинами.

Клінічна характеристика сімейної геміплегічної мігрені (Familial hemiplegic migraine) характеризується мігренью з аурою, що включає моторну слабкість, а також наявність, по меншій мірі, одного родича першого чи другого ступеня споріднення з аналогічною аурою, що поєднується з моторною слабкістю.

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 2 напади, що відповідають критеріям В і С.

В. Аура включає повністю оборотну моторну слабкість і, щонайменше, один з перерахованих нижче симптомів:

- повністю оборотні зорові симптоми, в тому числі позитивні (мерехтливі плями або смуги) та/або негативні (порушення зору)
- повністю оборотні чутливі симптоми, в тому числі позитивні (відчуття поколювання) та/або негативні (оніміння)
- повністю оборотні порушення мови

С. Є, щонайменше, 2 з нижчеперелічених ознак:

- як мінімум, один і/або різні симптоми аури поступово або послідовно розвиваються протягом не менше 5 хвилин
- кожен симптом триває не менше 5 але не більше 60 хвилин
- головний біль, відповідно критеріям В–D для мігрені без аури, починається під час аури або протягом 60 хвилин після її початку

Д. Щонайменше, у одного родича першого чи другого ступеня споріднення є напади, які відповідають критеріям А–Е.

Е. Аура не пов'язана з іншими причинами (порушеннями).

Прийступ може супроводжуватися порушенням свідомості (аж до коми), лихоманкою, плеоцитозом ліквору; провокатором нападу може бути

легка травма голови. Приблизно у 50% пацієнтів, незалежно від нападів мігрені, розвивається хронічна прогресуюча церебеллярна атаксія. Симптоми цього типу нерідко помилково приймаються за епілепсію.

Клінічна характеристика спорадичної геміплегічної мігрені характеризується мігренью з аурою, що включає моторну слабкість, проте ні в одного з родичів першого або другого ступеня споріднення немає аналогічної аури, що поєднується з моторною слабкістю.

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 2 напади, що відповідають критеріям В і С.

В. Аура включає повністю оборотну моторну слабкість і, щонайменше, один з перерахованих нижче симптомів:

- повністю оборотні зорові симптоми, в тому числі позитивні (мерехтливі плями або смуги) та/або негативні (порушення зору)
- повністю оборотні чутливі симптоми, в тому числі позитивні (відчуття поколювання) та/або негативні (оніміння)
- повністю оборотні порушення мови

С. Щонайменше, 2 з нижчеперелічених ознак:

- як мінімум один і/або різні симптоми аури поступово розвиваються або послідовно виникають протягом не менше 5 хвилин
- кожен симптом має тривалість не менше 5 але не більше 60 хвилин
- головний біль, відповідно критеріям В–D для мігрені без аури, починається під час аури або протягом 60 хвилин після її початку

Д. У жодного з родичів першого або другого ступеня споріднення немає нападів, відповідних справжнім критеріям А–Е.

Е. Головний біль не пов'язаний з іншими причинами.

Клінічна характеристика ретинальної мігрені характеризується повторюванням нападів монокулярного розлади зору, що включають сцинтиляції (мерехтіння), скотома або сліпоту і поєднуються з мігренозним головним болем.

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 2 напади, що відповідають критеріям В і С.

В. Повністю оборотні зорові симптоми в одному оці (сцинтиляції, скотома або сліпота), підтверджені даними об'єктивного огляду під час нападу або малюнками пацієнта, що зображують зоровий дефект.

С. Головний біль, що відповідає критеріям В–D для мігрені без аури, починається під час зорових симптомів або протягом 60 хвилин після їх початку.

Д. Нормальні результати офтальмологічного дослідження в міжприступному періоді.

Е. Біль не пов'язаний з іншими причинами.

Клінічна характеристика хронічної мігрені характеризується мігренозним головним болем, що виникає 15 або більше днів на місяць протягом більш ніж 3 місяців за відсутності зловживання лікарськими препаратами (лікарський абзус).

Діагностичні критерії:

А. Головний біль (мігренозного типу та/або схожий на головний біль напруги), що виникає з частотою > 15 днів в місяць протягом > 3 місяців і відповідає критеріям В і С.

В. Пацієнт вже мав > 5 атак головного болю, що відповідає критеріям В–D для 1.1 Мігрень без аури і / або критеріям В і С для 1.2 Мігрень з ауурою

С. Головний біль >8 днів в місяць протягом > 3 місяців і відповідає будь-якому з таких критеріїв:

- критерії С і D для 1.1 Мігрень без аури
- критерії В і С для 1.2 Мігрень з ауурою
- головний біль на початку нападу розцінюється пацієнтом як мігрень і полегшується при прийомі триптанів або похідних спорині

Д. Головний біль не відповідає, більшою мірою, іншому діагнозу з МКГБ-3 бета.

Клінічна характеристика ускладнення мігрені

1.4.1. Мігренозний статус

До мігренозну статусу відноситься напад мігрені, що триває більше 72 годин, тобто відрізняється тільки більшою тривалістю і більш вираженою інтенсивністю. Переривання болю на період сну, а також короткочасне полегшення після прийому препаратів не виключають діагноз «мігренозний статус». Нерідко мігренозний статус може викликатися лікарським абзусом.

Клінічна характеристика персистируючої аури без інфаркту

До даного підтипу відносяться симптоми аури, що тривають більше 1 тижня, без нейровізуалізаційних ознак інфаркту мозку/ При цьому справжній напад у пацієнта з мігренню з ауурою є типовим і відрізняється від попередніх нападів тільки тим, що один або кілька симптомів аури тривають більше 1 тижня. Персистуючі симптоми аури хоч і зустрічаються дуже рідко, найчастіше вони є двосторонніми і спостерігаються у пацієнтів епізодично протягом багатьох місяців або років. Для диференціальної діагностики з лейкоенцефалопатією і мігренозним інфарктом необхідно провести МРТ-дослідження.

Клінічна характеристика мігренозного інфаркту

До мігренозну інфаркту слід віднести поєднання одного або більше симптомів мігренозної аури з ішемічним пошкодженням мозку, підтвердженим нейровізуалізаційними методами дослідження. Справжній напад у пацієнта з мігренню з ауурою є типовим і відрізняється від попередніх

нападів тільки тим, що один або кілька симптомів аури мають тривалість більше 60 хвилин. Нейровізуалізаційні методи дослідження виявляють ішемічний інфаркт в зоні, відповідній клінічним симптомам аури.

Клінічна характеристика стану можливої мігрені (мігренозний розлад)

Можлива мігрень без аури

Діагностичні критерії:

А. Напади, що відповідають всім, крім одного, діагностичним критеріям А-D для 1.1. Мігрень без аури.

В. Не пов'язано з іншими причинами.

Можлива мігрень з ауурою

Діагностичні критерії:

А. Напади, що відповідають всім, крім одного, діагностичним критеріям А-D для 1.2. Мігрень з ауурою.

В. Не пов'язано з іншими причинами.

Клінічна характеристика епізодичних синдромів, які можуть поєднуватися з мігренню:

А) **синдром циклічної блювоти** – епізодичний синдром дитячого віку, що чергується з періодами нормального самопочуття. Клінічні прояви при циклічній блювоті нагадують супутні симптоми нападу мігрені. Численні дослідження останніх років припускають, що циклічна блювота і мігрень тісно пов'язані між собою. До даного підтипу належать епізодично повторювані стереотипні для кожного пацієнта напади сильної нудоти і блювоти. Напади, як правило, супроводжуються блідістю шкірних покривів і сонливістю. Між приступами стан пацієнтів не порушений.

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 5 нападів, що відповідають критеріям В і С.

В. Епізодичні стереотипні для кожного пацієнта напади сильної нудоти і блювання, що тривають від 1 години до 5 діб.

С. Напад блювоти виникає, щонайменше, 4 рази на годину протягом, як мінімум, однієї години.

Д. Між приступами стан не порушений.

Е. Приступи нудоти і блювання не пов'язані з іншими причинами.

Б) **абдомінальна мігрень** – періодичний ідіопатичний розлад, що зустрічається переважно у дітей і проявляється приступами болю в животі тривалістю 1-72 години; між нападами стан пацієнтів не порушений. Біль має помірну чи виражену інтенсивність і супроводжується вазомоторними симптомами, нудотою і блювотою. У переважної більшості дітей з абдомінальною мігренню пізніше розвиваються мігренозні головні болі.

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 5 нападів, що відповідають критеріям В-D.

В. Напади абдомінального болю тривалістю 1–72 години (без лікування або при неефективному лікуванні).

С. Абдомінальний біль супроводжується усіма переліченими характеристиками:

- локалізація по середній лінії, навколо пупка або важколокалізуема
- тупий характер
- помірна або виражена інтенсивність

Д. Приступ абдомінального болю супроводжується, щонайменше, двома з нижче перерахованих симптомів:

- анорексія
- нудота
- блювота
- блідість

Е. Біль не пов'язаний з іншими причинами.

В) доброякісне пароксизмальна запаморочення дитячого віку – напади проявляються повторюваними короткочасними епізодами запаморочення, які раптово виникають у дітей і так само раптово проходять.

Діагностичні критерії:

А. Щонайменше, 5 нападів, що відповідають критерію В.

В. Множинні епізоди інтенсивного запаморочення, тривалістю від декількох хвилин до декількох годин, що виникають і проходять раптово.

С. Нормальний неврологічний статус, вестибулярна функція і результати аудіометрії в міжприступном періоді.

Д. Нормальні результати електроенцефалограми.

Доброякісне пароксизмальне запаморочення часто поєднується з ністагмом або блювотою; під час деяких нападів може виникати пульсуючий головний біль.

Г) доброякісний пароксизмальний тортиколіс – періодичні епізоди кривоший, можливо, з невеликими поворотами голови, які спонтанно виникають у немовлят і маленьких дітей і тривають від декількох хвилин до декількох днів.

Діагностичні критерії:

А. Періодичні напади в маленької дитини, що відповідають критеріям В і С

В. Нахили голови в обидві сторони, з незначними поворотами або без, що минають спонтанно.

С. Щонайменше, один з наступних симптомів:

- блідість
- дратівливість
- нездужання
- блювота

- атаксія

Д. Нормальний неврологічний статус між атаками.

Е. Не пов'язано з іншими причинами.

Критерії частоти мігренозних нападів

Часті – більше 4 за місяць

Середньої частоти – 3–4 за місяць

Рідкі – 1–2 і менше за місяць

Провокуючі фактори мігрени

Харчові фактори: голод, алкоголь (червоне вино), харчові добавки, продукти (шоколад, сир, горіхи, цитрусові, кава, чай та ін.)

Гормональні зміни: менструація, овуляція, вагітність, клімакс, прийом контрацептивів / замісна гормональна терапія.

Фактори оточуючого середовища: метеофактори, яскраве світло, запахи, духота, перебування на висоті.

Емоційні фактори: стрес, тривога, депресія.

Фізичні фактори: фізичне навантаження, недостатність або надлишок сну.

Приклади формулювання діагнозів

1. Мігрень без аури з нападами середньої частоти (3–4 за місяць) G43.0

2. Мігрень із зоровою аурую, частими (до 20 за місяць) нападами G43.1

3. Офтальмоплегічна мігрень з рідкими нападами (1 раз за 3 місяці) G43.8

4. Ретинальна мігрень з пароксизмальними порушеннями зору і цефалгічними нападами середньої частоти (до 3 за місяць) G43.8

Лікувальна тактика при розвитку мігрени

Лікування мігрени складається з двох аспектів – лікування мігренозного нападу та профілактичної терапії у міжнападний період. З метою купування мігренозного приступу використовують неспецифічне лікування (анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), комбіновані препарати) та специфічне лікування (селективні агоністи 5HT₁-рецепторів, препарати ерготамінового ряду). Триптани (алмотриптан, елетриптан, фроватриптан, наратриптан, ризатриптан, суматриптан, золмітриптан і дигідроерготамін ефективні (рівень доказовості А) – група лікарських препаратів на основі похідних серотоніну (5-гідрокситриптаніну), які є селективними агоністами 5HT_{1B/D} – рецепторів, використовуються з метою купірування нападів мігрени. Призначають також препарати ерготамінового ряду (ерготамін, дигідроерготамін) (рівень доказовості В).

Ібупрофен є одним з найбільш часто використовуваних НПЗП, оскільки його механізм дії та профіль безпеки добре вивчені, ефективність клінічно доведена, він залишається затребуваним засобом уже протягом тривалого часу. Найбільш

імовірними при застосуванні ібупрофену є гастротоксичні побічні реакції. Важливим кроком у терапії больового синдрому стала поява на світовому фармацевтичному ринку в 1992–1993 рр. дексібупрофену – представника нової генерації НПЗП. Встановлено, що ідентичну фармакологічну ефективність можуть чинити нижчі дози дексібупрофену замість рацемічного ібупрофену, що може розглядатися як спосіб певного нівелювання розвитку побічних реакцій. У рандомізованих неконтрольованих дослідженнях при порівнянні з ібупрофеном або диклофенаком звичайна добова доза дексібупрофену 900–1200 мг була ефективною для лікування остеоартрозу, ревматоїдного артриту, анкілозуючого спондиліту та інших ревматичних захворювань. Ефективність дексібупрофену та ібупрофену була на одному рівні, коли дексібупрофен вводили в половинній дозі [10, 11, 12, 13].

Дослідження з вивчення безпеки дексібупрофену тривали протягом 5 років за участю 4836 пацієнтів [9], довели, що побічні реакції на фоні застосування препарату зафіксовані лише у 3,7 % пацієнтів (178 осіб), причому серйозні побічні ефекти відмічені лише у 0,06% (3 хворих). Згідно з даними досліджень, дексібупрофен виявив порівнянну з диклофенаком, напроксеном та целекоксибом анальгезивну активність, добру переносимість та рекомендований як безпечний та ефективний засіб для лікування больового синдрому у співвідношенні рацемічний ібупрофен/дексібупрофен – 1 : 0,5. Дія дексібупрофену базується на пригніченні синтезу простагландинів, він також виявляє здатність до інгібування продукції лейкотрієнів, зменшення запального набряку за рахунок дії на поліморфноядерні лейкоцити і зменшення продукції оксиду азоту, мітохондріального окиснення жирних кислот [15].

Дексібупрофен швидко і повністю всмоктується в тонкому кишечнику. Максимальна концентрація (C_{max}) у крові досягається через 2 год після прийому 200 мг препарату. Виведення із синовіальної рідини відбувається повільно, завдяки чому підтримується постійна концентрація, яка не залежить від концентрації препарату в плазмі крові. Період напіввиведення (T_{1/2}) становить 1,8–3,5 год, зв'язування з білками плазми крові – близько 99%. При застосуванні дексібупрофену з їжею збільшується час досягнення C_{max} в крові 2,1–2,8 год і знижується C_{max} в плазмі крові з 20,6 до 18,1 мкг/мл, але їжа не впливає на ступінь всмоктування. Метаболізується в печінці, після чого виводиться у вигляді неактивних метаболітів, переважно з сечею (на 90%) та з жовчу. Препарат застосовують у якості симптоматичної терапії при болю слабкої та помірної інтенсивності різного походження: головний, зубний, біль у спині, суглобах, м'язах, ревматичний біль, дисменорея. Побічними реакціями, які найчастіше виникають при терапії препаратом, наступні: з

боку травного тракту – диспепсія, діарея, нудота, блювання, біль у животі, при тривалому прийомі – виразка шлунку і дванадцятипалої кишки, кровотеча з шлунково-кишкового тракту, виразковий стоматит, рідко – шлунково-кишкова перфорація, метеоризм, запор, езофагіт, езофагіальні стриктури; з боку шкіри – висип, кропив'янка, свербіж, пурпура, епідермальний некроліз, алопеція та ін.; можливі також реакції гіперчутливості, зміни з боку нервової системи – запаморочення, стомлюваність, сонливість, безсоння тощо [15, 16]. Порівнюючи фармакокінетичні та фармакодинамічні характеристики дексібупрофену з іншими безрецептурними НПЗП, що широко застосовують у клінічній практиці на сьогодні, слід виділити наступне: при нижчій дозі дексібупрофену (половинній від ібупрофену) вдається досягти порівнянного з ефективною дозою ібупрофену фармакологічного ефекту. Так, показник відносної фармакологічної активності (стосовно парацетамолу) для ібупрофену становить – 2,2–3,3, для дексібупрофену – 3,3–4,4 [17, 18, 19].

У клініці неврології ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» проводилося пілотне дослідження для оцінки ефективності і переносимості препарату Зотек для купування нападів ГБН і мігрені. Для купування нападу ГБН всі пацієнти використовували Зотек в дозі 400 мг (при необхідності пацієнти приймали препарат 3 рази на добу, добова доза – 1200 мг), в щоденнику відзначаючи час початку нападу ГБН, час прийому препарату і час настання ефекту. При аналізі даних показників доведено, що пацієнти з нападами мігрені в цілому відзначають достовірно виражену динаміку зниження інтенсивності головного болю. Зотек в дозі 400 мг мав високу ефективність при куруванні нападів ГБН. При цьому пацієнти відзначали значне поліпшення їх загального стану. При аналізі щоденників пацієнтів особлива увага приділялася аналізу побічних явищ. Так, лише у 3 пацієнтів (8,8%) відзначалися біль в животі і печія. Це свідчить про хорошу переносимість дексібупрофену при його високій ефективності. Крім того, за даними щоденників пацієнтів проведено аналіз частоти і виразності нападів ГБН у пацієнтів з ГБН і з мігренню. Так, за 30 днів спостереження частота нападів достовірно зменшилася на 25,4%. Таким чином, продемонстрована висока і помірна ефективність препарату Зотек (дексібупрофен) в дозі 400 мг при купуванні головного болю у пацієнтів з мігренню, головним болем напруги, а за даними інших клінічних досліджень, проведених вітчизняними вченими, доведена ефективність у хворих з головним болем, пов'язаним із травмами, цервікогенним головним болем. [14].

Профілактичне лікування мігрені проводиться за допомогою β-адреноблокаторів, трициклічних антидепресантів, нестероїдних протизапальних препаратів, препаратів серотонінового

ряду, антиепілептичних засобів, ноотропних препаратів.

Немедикаментозні методи лікування – фізіотерапевтичні процедури, гірудотерапія, рефлексотерапія, біологічний зворотний зв'язок, психотерапевтичні засоби.

Список літератури

1. Beliakov V. V. (2002) Novyi vzglyad na mekhanizmy formirovaniya reflektornykh i kompresyonnykh syndromov osteokhondroza pozvonochnyka. [A new look at the mechanisms of the formation of reflex and compression syndromes of the osteochondrosis of the spine] *Manualnaia terapiya*, no 3, pp. 20-25.
2. Bolevye syndromy v nevrolohicheskoi praktyke (1999) [pain syndromes in neurological practice] [Vidp. red. A.M. Veina]. Moscow. pp. 367.
3. Bolezni nervnoi systemy: Rukovodstvo dlia vrachei (2008) [nervous system diseases guide for doctors]: [Vidp. red. N.N.Iakhno, D.R.Shtulmana] (3rd ed.), pp 512.
4. Dovhyi I.L. (2016) Zakhvoriuvannia peryferychnoi nervovoi systemy [diseases of the peripheral nervous system] [Vidp. red. N.K. Svyrydova]. – B. Tserkva: PAT «Bilotserkivska knyzhkova fabryka». T. 1, pp 718.
5. Dovhyi I.L. Zakhvoriuvannia peryferychnoi nervovoi systemy / [Vidp. red. N.K. Svyrydova]. – B. Tserkva: PAT «Bilotserkivska knyzhkova fabryka». – 2016. – T. 2. – 522 s.
6. Dovhyi I.L. Zakhvoriuvannia peryferychnoi nervovoi systemy / [Vidp. red. N.K. Svyrydova]. – B. Tserkva: PAT «Bilotserkivska knyzhkova fabryka». – 2016. – T. 3. – 463 s.
7. Macheret Ye.L., Dovhyi I.L., Korkushko O.O (2006) Osteokhondroz poperekovoho viddilu khrebta, uskladnenyi hryzhamy diskiv. // *Pidruchnyk*. Tom. 1, 2. – K., – 256 s.
8. Svyrydova N.K. (2016) Neiroprotektornye svoistva arhynyna: dokazatelnost 2016 h. [neuroprotective properties of arginine, evidence of 2016] *Skhidno-yevropeyskyi nevrolohichnyi zhurnal*, no 4(10), pp. 70–77.
9. Svyrydova N.K. (2016) Novi mozhlyvosti terapii dorsal'noi, asotsiirovaniy z miazevym spazmom [New possibilities for the treatment of dorsalgia associated with myasthenia spasm]. *Skhidno-yevropeyskyi nevrolohichnyi zhurnal*, no 2 (8), pp. 22–27.
10. Hawel R. et al. Double-blind comparative study of the effectiveness and tolerance of 900 mg dexibuprofen and 150 mg diclofenac sodium in patients with painful gonarthrosis // *Wiener klinische Wochenschrift*. – 1997. – T. 109. – № 2. – С. 53–59.
11. Mayrhofer F. Efficacy and long-term safety of dexibuprofen (S (+) ibuprofen): a short term efficacy study in patients with osteoarthritis of the hip and a 1 year tolerability study in patients with rheumatic disorders // *Clin. Rheumatol*. – 2001. – № 20 (1). – P. S22–S29.
12. Rahlfs V.W. et al. Reevaluation of some double-blind, randomized studies of dexibuprofen (Seractil): a state-of-the-art overview. *Studies in patients with lumbar vertebral column syndrome, rheumatoid arthritis, distortion of the ankle joint, gonarthrosis, ankylosing spondylitis, and activated coxarthrosis*. – *J. Clin. Pharmacol.* – 1996. – Vol. 36 (12). – P. 33S–40S.
13. Gabard B. et al. Comparison of the bioavailability of dexibuprofen administered alone or as part of racemic ibuprofen // *European journal of clinical pharmacology*. – 1995. – T. 48. – № 6. – С. 505–511.
14. Дзяк Л.А., Сук В.М. Эффективность, переносимость и безопасность препарата Зотек у больных с головной болью // *Практикуючий лікар*. – 2012. – № 2. – С. 1–3.
15. Компендиум 2012 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко. – К.: Морион, 2012. – 2320 с.
16. Інструкція для медичного застосування препарату Зотек-200, Зотек-300.
17. Goodman & Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics / L.L. Brunton, J.S. Lazo, K.L. Parker. – New York: McGraw-Hill Medical. – 2006. – 2021 p.
18. The PAIN study (Paracetamol, Aspirin and Ibuprofen New tolerability study): A large-scale randomized clinical trial comparing the tolerability of aspirin, ibuprofen and paracetamol for short-term analgesia / N. Moore, E. Van Ganse, J.-M. Le Parc et al. // *Clin. Drug Invest.* – 1999. – Vol. 18 (2). – P. 89–98.
19. Зупанець І.А. та співавт. Звіт про науково-дослідну роботу «Доклінічне дослідження ефективності та безпеки препарату Зотек». – 2013.
20. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia*. – 2004. – Vol. 24. – С. 1-160.

Клинические и диагностические особенности наиболее распространенных цефалгий: акцент на мигрень (часть 1)

Свиридова Н.К.

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии и рефлексотерапии НМАПО имени П.Л. Шупика

Резюме

Проблема головной боли остается актуальной сегодня, поскольку является одной из распространенных форм при установке неврологического диагноза как у исследователей, так и практических врачей и может встречаться примерно у 85% лиц в общей популяции. Учитывая актуальность проблемы, диагностика и лечение ГБ, согласно Международной классификации головной боли 3-го пересмотра (ICHD-3), основывается на новых данных экспертов с учетом доказательности. Согласно Международной классификации нарушений, сопровождающихся головной болью (The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2018), ГБ разделяют на первичную, не связанную с заболеваниями головного мозга, мозговых сосудов и других структур, расположенных в области головы и шеи; и вторичную или симптоматическую головную боль, обусловленную причинным заболеванием, куда относят также краниальные невралгии и лицевую боль. Сегодня Всемирная организация здравоохранения внесла мигрень в список 19 заболеваний, которые в наибольшей степени нарушают социальную адаптацию пациентов, поскольку распространенность мигрени колеблется от 11 до 22% среди населения. Учитывая актуальность этой проблемы, в работе рассматриваются современные направления диагностики и лечения мигрени.

Ключевые слова: боль, головная боль, цефалгии, мигрень, классификация мигрени, мигренозное состояние, диагностика мигрени, лечение мигрени.

Clinical and diagnostic features of the most common cephalalgia: emphasis on migraine (part 1)

Svyrydova N.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Resume

The problem of headache remains quite relevant today, as it is a fairly widespread component in establishing neurological diagnosis both by researchers and practitioners and can be detected in about 85% of people in the general population. Taking into account the urgency of the problem of diagnosis and treatment of GB, the modern version of the International Classification of Headache of the 3rd Revision (ICHD-3) is based on new expert data, based only on evidence of evidence. According to the International Classification of Headache Disorders (3rd edition, 2018), GB is divided into primary headaches that are not related to diseases of the brain, brain vessels and other structures located in the region head and neck; and secondary or symptomatic headache due to causative diseases, as well as cranial neuralgia and facial pain. The World Health Organization has listed migraine in the list of 19 diseases that are most violated by the social adaptation of patients, as the incidence of migraine ranges from 11 to 22% among the population. Taking into account the urgency of the problem, modern directions of diagnosis and treatment of migraines are considered in the work.

Key words: pain, headache, cephalalgia, migraine, migraine classification, migraine condition, migraine diagnosis, migraine treatment.

ЗОТЕК®

НА ЗМІНУ ІБУПРОФЕНУ ПРИЙШОВ
ДЕКСІБУПРОФЕН



**БОЛЬОВІ СИНДРОМИ
В НЕВРОЛОГІЇ**

**ЗАПАЛЬНІ ПРОЦЕСИ
В ГІНЕКОЛОГІЇ**

**АНТИПІРЕТИК
ПРИ ЗАСТУДІ
ТА ЗАПАЛЕННІ**

Склад діючих речовин: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить дексібупрофену 200 мг/300 мг/400 мг. Показання. Симптоматична терапія болю слабкої та помірної інтенсивності різного походження: зубного болю, болю у спині, суглобах, м'язах, ревматичного болю, дисменореї. Особливості застосування. Побічні реакції, які виникають при застосуванні дексібупрофену, можна зменшити шляхом застосування мінімальної ефективної дози, потрібної для лікування симптомів протягом найкоротшого періоду часу. При тривалому застосуванні дексібупрофену пацієнтам слід здійснювати регулярний моніторинг функцій нирок, печінки та гематологічних функцій. Період годування груддю. Дексібупрофен проникає у грудне молоко у дуже низькій концентрації. Застосування у період годування груддю можливе лише у низьких дозах протягом короткого періоду часу. Спосіб застосування та дози. Режим дозування встановлює лікар індивідуально з урахуванням інтенсивності больового синдрому. Дорослим зазвичай слід призначати по 1-2 таблетки (200-400 мг дексібупрофену) 3 рази на добу після їди. Рекомендована початкова доза становить 200 мг дексібупрофену. Рекомендована добова доза – 600-900 мг дексібупрофену, розподілена на 3 прийоми. Вища добова доза – 1200 мг, вища разова доза – 400 мг. При дисменореї вища разова доза – 300 мг, вища добова – 900 мг. Бажано приймати під час їди. Виробник: Оптімус Джерерікс Лімітед, Індія. Умови відпуску: за рецептом. Реєстраційне посвідчення: UA/11501/01/01 Наказ МОЗ №872 від 19.08.2016, UA/11501/01/02 Наказ МОЗ №872 від 19.08.2016, UA/11501/01/03 Наказ МОЗ №872 від 19.08.2016. Термін дії реєстраційних посвідчень: з 01.02.2016 по 01.02.2021

Інформація для розповсюдження серед медичних та фармацевтичних працівників на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики та для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції про застосування. Не є рекламою.