

ДІАГНОСТУВАННЯ ТА ЛІКУВАННЯ мігрені: десять послідовних кроків

Мігрень — первинний головний біль, що призводить до інвалідизації та уражає понад мільярд осіб у світі. Нині діагностування та лікування цього неврологічного захворювання лишаються недостатньо ефективними. До вашої уваги представлено огляд статті A.K. Eigenbrodt et al. «Diagnosis and management of migraine in ten steps» видання *Nat Rev Neurol* (2021 Aug; 17 (8): 501–514), де відображено 10-етапний підхід до діагностування та лікування мігрені на основі рекомендацій, схвалених Європейською федерацією фахівців із головного болю та Європейською академією неврології (EHF/EAN, 2021).

Мігрень є первинним головним болем, серед неврологічних розладів вона посідає друге місце у світі за поширеністю (~ 15 % у загальній популяції) та спричиняє інвалідизацію частіше, ніж усі решта неврологічних розладів разом узяті (Ashina, 2020; GBD, 2006). Клінічно мігрень проявляється у вигляді рецидивних нападів головного болю з низкою супутніх симптомів (IHS, 2018).

Приблизно в третини осіб із мігренню головному болю іноді / завжди передують транзиторні неврологічні порушення — мігренозна аура (Rasmussen and Olesen, 1992). У деяких розвивається хронічна мігрень, за якої напади трапляються дуже часто (Natoli et al., 2010). До патогенезу мігрені залучена периферична та центральна активація тригеміноваскулярної судинної системи, а кіркова депресія, що поширюється, є основним нейрофізіологічним субстратом аури при мігрені (Ashina et al., 2019, 2021). Багато в чому патогенні процеси лишаються нез'ясованими, і наразі є лише декілька підходів до лікування, основаних на відомих механізмах розвитку мігрені (Ashina et al., 2021). Лікування мігрені включає невідкладну й профілактичну фармакотерапію та низку немедикаментозних методів (Ashina et al., 2021). Попри наявність цих варіантів терапії та комплексних діагностичних критеріїв, клінічна допомога лишається неоптимальною — помилкова діагностика та недостатнє лікування мігрені є серйозною проблемою для охорони здоров'я (Katsarava et al., 2018; Ashina et al., 2021). Профілактичне лікування мігрені використовують лише 2–14 % осіб, які його потребують — це тривожний висновок (Ashina et al., 2021). Для полегшення діагностування та лікування на підставі доказових даних треба комплексний підхід. Датське товариство фахівців із головного болю розробило 10-етапний підхід до діагностики та лікування мігрені, який схвалений Європейською федерацією спеціалістів із головного болю та Європейською академією неврології (EHF/EAN, 2021). Мета підходу — підтримка у прийнятті клінічних рішень лікарями первинної ланки медичної допомоги, неврологами та спеціалістами з головного болю. На рисунку 1 наведено етапи діагностування мігрені та ведення пацієнтів.

Коли слід запідозрити мігрень

У третьому виданні Міжнародної класифікації розладів головного болю (ICHD-3) зазначено три основні типи мігрені: мігрень без аури, мігрень з аурою та хронічна мігрень. Для встановлення точного діагнозу необхідно враховувати клінічні характеристики пацієнтів.

Мігрень без аури

Мігрень без аури притаманні періодичні напади головного болю, які тривають 4–72 год. Типовими ознаками нападу є одностороння локалізація, пульсація, помірна або сильна інтенсивність болю та її посилення в разі рутинної фізичної активності (IHS, 2018).

Двобічний біль не є рідкістю, ~ 40 % осіб із мігренню повідомляють про нього під час нападів (Rasmussen and Olesen, 1992). Найпоширеніші супутні симптоми — світлобоязнь, фонофобія, нудота та блювання.

Мігрень з аурою

Аура — це тимчасові вогнищеві неврологічні симптоми, які зазвичай передують фазі головного болю, а іноді супроводжують її приблизно у третини осіб із мігренню. У > 90 % пацієнтів аура проявляється візуально, зазвичай у вигляді миготливих скотом (наявність одиничних плям в очах), у ~ 31 % зазвичай відчувається як переважно одностороння парестезія (поколювання та/або оніміння), яка поступово поширюється на обличчя або руку (Russell and Olesen, 1996; IHS, 2018).

Менш поширені симптоми аури — афазія, дизартрія та запаморочення, моторна слабкість (при геміплегічній мігрені) та ретинальні симптоми.

Хронічна мігрень

Хронічна мігрень визначається в разі наявності ≥ 15 днів із головним болем на місяць протягом > 3 місяців і відповідності критеріям ICHD-3 для мігрені ≥ 8 днів на місяць. Епізодична та статична мігрень можуть ретрансформуватися одна в одну (Serrano et al., 2017).

Діагностика

1 Коли слід запідозрити мігрень

- Рецидивний головний біль від середньої до сильної інтенсивності
- Візуальна аура
- Сімейний анамнез мігрені
- Поява симптомів у період статевого дозрівання або наближеного до нього

2 Діагностування мігрені

- Складіть анамнез захворювання
- Застосуйте діагностичні критерії
- Розгляньте варіанти диференціальної діагностики
- Обстежте пацієнта, щоб виключити інші причини
- Використовуйте нейровізуалізацію лише за підозри на вторинний головний біль

3 Зосередженість на пацієнті та освіта

- Заспокойте та підбадьорте пацієнта
- Узгодьте реалістичні цілі
- Визначте чинники схильності та/або тригерні фактори
- Дотримуйтесь стратегії індивідуалізації терапії відповідно до симптомів і потреб пацієнта

Невідкладне та профілактичне лікування

4 Невідкладне лікування

Засоби першої лінії

- НПЗП (ацетилсаліцилова кислота, ібупрофен або диклофенак калію)

Засоби другої лінії

- Триптани
- Якщо триптани не забезпечують достатнього полегшення болю, поєдняйте їх із НПЗП швидкої дії

Засоби третьої лінії

- Дітани
- Гепанти

Додаткові ліки від нудоти та/або блювання

- Прокінетичні протиблювотні засоби (домперидон або метоклопрамід)

5 Профілактичне лікування

- Рекомендоване пацієнтам, у яких наявні симптоми мігрені ≥ 2 дні на місяць, попри оптимізовану невідкладну терапію

Засоби першої лінії

- β -Адреноблокатори (пропранолол, метопролол, атенолол, бисопролол)
- Топірамат
- Кандесартан

Засоби другої лінії

- Флунаризин
- Амітриптилін
- Вальпроат натрію*

Засоби третьої лінії

- Моноклональні антитіла до CGRP

6 Лікування мігрені у представників певних популяцій

Пацієнти старшого віку

- Більш імовірні вторинний головний біль, супутні захворювання та побічні явища
- Слабка доказова база для всіх препаратів щодо цієї вікової групи

Діти та підлітки

- Пам'ятайте, що ознаки мігрені можуть відрізнятися від таких у дорослих
- Батьки та школа відіграють важливу роль у лікуванні дітей молодшого віку
- Іноді достатньо постійного режиму
- Використовуйте ібупрофен для невідкладного лікування та пропранолол, амітриптилін або топірамат для профілактики

Вагітні та жінки, які годують грудьми

- Використовуйте парацетамол для невідкладної терапії
- За можливості слід уникати профілактичного лікування

Жінки з менструальною мігренню

- Передменструальна профілактична терапія НПЗП тривалої дії або триптаном

Клінічне ведення пацієнтів та подальше спостереження

7 Оцінка відповіді на лікування та корекція терапії в разі неефективності

- Використовуйте календарі головного болю
- Оцінюйте ефективність і побічні ризики
- Якщо результати неоптимальні, перегляньте діагноз, стратегію лікування, дозування та оцініть комплаєнс
- Якщо лікування не дає результатів, повторно оцініть його перед зміною
- Скерування до спеціалізованої допомоги має бути зарезервоване для пацієнтів, стан яких є складним для діагностування, важко піддається лікуванню або ускладнений супутніми захворюваннями

8 Заходи в разі ускладнень

- Не захоочуйте до зловживання ліками, розпізнавайте та припиняйте його, щоб запобігти головному болю, спричиненому надмірним застосуванням препаратів
- За головного болю, спричиненого зловживанням ліків, припиніть надмірне застосування препаратів, бажано швидко
- Пацієнтів із хронічною мігренню рекомендовано скерувати до спеціаліста
- Застосовуйте профілактичне лікування хронічної мігрені: топірамат, онаботулотоксин А або моноклональні антитіла до CGRPb

9 Розпізнавання та лікування супутніх захворювань

- Визначте супутні захворювання
- Підберіть препарат та коригуйте їх застосування відповідно до наявних супутніх захворювань
- За можливості зменшіть супутні ознаки захворювання для поліпшення результатів

10 Планування довгострокового спостереження

- Призначаєте тривале лікування мігрені в закладах первинної ланки медичної допомоги
- Своєчасно виписуйте пацієнтів із закладів спеціалізованої допомоги та складайте комплексний план лікування
- Підтримуйте стабільність ефективного лікування в закладах первинної медичної допомоги та вчасно реагуйте на зміни

Рисунок 1. Десятикроковий підхід до діагностування мігрені та ведення пацієнтів

Примітки: НПЗП — нестероїдні протизапальні препарати; CGRP — ген-кальцитоніновий пептид; * вальпроат натрію категорично протипоказаний жінкам дітородного віку.

Адаптовано згідно з Eigenbrodt A.K. et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. *Nat Rev Neurol*. 2021 Aug. Vol. 17, № 8. P. 501–514.

Сімейний анамнез мігрені

Мігрені притаманний сильний генетичний компонент, а її поширеність вища серед осіб, які мають родичів першого ступеня, що страждають на цю недугу (Ulrich et al., 1999). Сімейний анамнез — важлива складова історії хвороби, хоча пацієнти можуть не повідомляти про це (Russell et al., 1996).

Рекомендації:

- Слід запідозрити мігрень без аури в особи з рецидивним помірним або сильним головним болем, особливо якщо він односторонній і/або пульсуючий і є супутні симптоми (світлобоязнь, фонофобія, нудота чи блювання).
- Варто запідозрити мігрень з аурою в особи з вищезгаданими симптомами та рецидивними короткочасними порушеннями зору та/або гемісенсорними порушеннями.
- Наявність головного болю впродовж ≥ 15 днів на місяць свідчить про хронічну мігрень.
- Підозру на мігрень підтверджує сімейний анамнез цього захворювання та дебют симптомів у період статевого дозрівання або наближеного до нього.

Рекомендації щодо діагностування мігрені

- Складіть історію хвороби за критеріями ICHD-3.
- Використовуйте перевірені діагностичні засоби та інструменти скринінгу (щоденники головного болю, 3-пунктний опитувальник ID-Migraine і 5-пунктний опитувальник Migraine Screen Questionnaire).
- Розгляньте диференціальну діагностику, зокрема інші первинні та вторинні розлади головного болю.
- Застосовуйте нейровізуалізацію лише в разі підозри на вторинний головний біль.

Рекомендації щодо зосередженості на пацієнті та освіті

- Надайте кожному пацієнтові повне пояснення щодо мігрені та принципів її лікування.
- Беріть до уваги чинники схильності та тригерні фактори, оскільки справжні тригерні чинники часто є самоочевидними.
- Дотримуйтеся принципів поетапного лікування для досягнення оптимальної індивідуальної терапії.

Невідкладне лікування

Невідкладну терапію класифікують як лікування першої, другої, третьої лінії та додаткове (таблиця). Слід застосовувати поетапне призначення препаратів за їх ефективністю, переносимістю, безпекою, вартістю і доступністю.

До препаратів із доведеною ефективністю належать НПЗП, які є засобами першої лінії терапії. Профілактичне лікування може бути рекомендоване на будь-якій стадії. Власне, початок профілактичної терапії показаний пацієнтам, які страждають від мігрені ≥ 2 днів на місяць, попри невідкладну терапію, оптимізовану відповідно до поетапного підходу. За потреби додатково призначають протиблювотний засіб.

Якщо ефекту не досягнуто, необхідно призначити препарати другої лінії — триптани, які є найдієвішими, якщо їх приймати на початку нападу, коли головний біль ще слабо виражений (Goadsby, 2008; Lantéri-Minet et al., 2012).

Нині бракує доказових даних щодо підтвердження використання триптанів під час фази аури. За неефективності одного триптану інший може забезпечити полегшення (Färkkilä et al., 2003; Dahlöf, 2006).

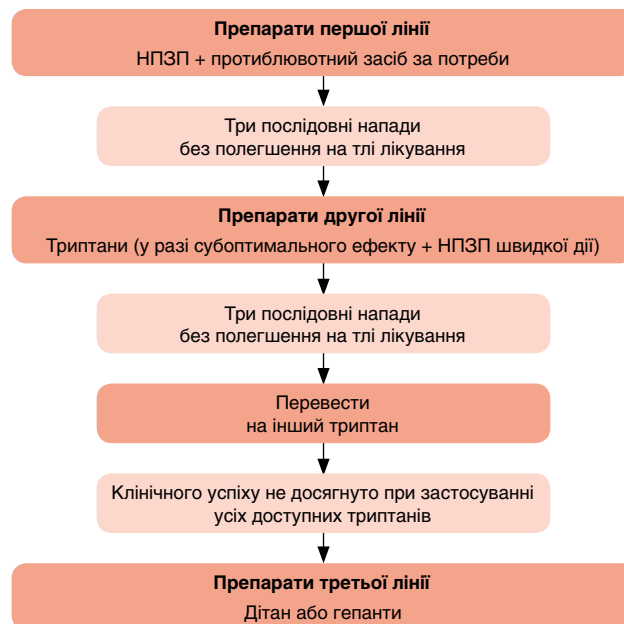


Рисунок 2. Послідовність фармакотерапії при нападах мігрені

Адаптовано згідно з Eigenbrodt A.K. et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. Nat Rev Neurol. 2021 Aug. Vol. 17, № 8. P. 501–514.

У разі субоптимального ефекту до триптану додати НПЗП швидкої дії. За неефективності слід перевести пацієнта на терапію іншим триптаном. Якщо клінічного успіху немає при застосуванні всіх доступних триптанів, призначають засіб третьої лінії — дітан або гепант (рис. 2).

Рекомендації:

- Призначте невідкладну фармакотерапію пацієнтам із нападами мігрені.
- Порадьте препарати на ранніх стадіях нападу, оскільки їх ефективність залежить від своєчасного застосування та правильного дозування.
- Повідомте, що часте повторне застосування препаратів невідкладної дії може спричинити ризик розвитку головного болю, спричиненого зловживанням ліками.
- Використовуйте НПЗП (ацетилсаліцилову кислоту, ібупрофен або диклофенак калію) як препарати першої лінії.
- Використовуйте триптани як засоби другої лінії.
- Розгляньте можливість поєднання триптанів зі швидкодіючими НПЗП, щоб запобігти рецидивам.
- Розгляньте призначення дітану і гепанту як препаратів третьої лінії.
- Використовуйте прокінетичні протиблювотні засоби (домперидон або метоклопрамід) як додаткові пероральні засоби для запобігання нудоті та/або блюванню.
- Уникайте перорального приймання алкалоїдів ріжків, опіоїдів і барбітуратів.

Рекомендації щодо профілактичного лікування

- Розгляньте профілактичне лікування пацієнтам, які страждають від мігрені протягом ≥ 2 днів на місяць, попри оптимізоване лікування за невідкладних станів.
- Використовуйте β -адреноблокатори (атенолол, бісопролол, метопролол або пропранолол), топірамат або кандесартан як препарати першої лінії.

Таблиця. Невідкладне лікування мігрені

Клас	Діюча речовина	Дозування та форма	Протипоказання
Препарати першої лінії			
НПЗП	Ацетилсаліцилова кислота	900–1000 мг перорально	Шлунково-кишкова кровотеча, серцева недостатність
	Ібупрофен	400–600 мг перорально	
	Диклофенак калію	50 мг перорально (розчинний)	
Інші прості анальгетики (якщо НПЗП протипоказано)	Парацетамол	1000 мг перорально	Захворювання печінки, ниркова недостатність
Протиблювотні засоби (за потреби)	Домперидон	10 мг перорально або в формі супозиторіїв	Шлунково-кишкова кровотеча, епілепсія, ниркова недостатність, серцева аритмія
	Метоклопрамід	10 мг перорально	Хвороба Паркінсона, епілепсія, кишкова непрохідність
Препарати другої лінії			
Триптани	Суматриптан	50 або 100 мг перорально або 6 мг підшкірно, або 10/20 мг інтраназально	Серцево-судинні або цереброваскулярні захворювання, неконтрольована гіпертензія, геміплегічна мігрень, мігрень зі стовбуровою ауру
	Золмітриптан	2,5–5 мг перорально або 5 мг інтраназально	
	Альмотриптан	12,5 мг перорально	
	Елетриптан	20/40/80 мг перорально	
	Фроватриптан	2,5 мг перорально	
	Наратриптан	2,5 мг перорально	
	Ризатриптан	10 мг перорально (5 мг при лікуванні пропранололом) або 10 мг у ородиспергованій формі	
Препарати третьої лінії			
Гепанти	Уброгепант	50/100 мг перорально	Одночасне застосування із сильними інгібіторами CYP3A4
	Римегепант	75 мг перорально	Гіперчутливість, порушення функції печінки
Дітани	Ласмідітан	50/100/200 мг перорально	Вагітність, одночасне застосування з препаратами, які є субстратами Р-глікопротеїну

Адаптовано згідно з Eigenbrodt A.K. et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. *Nat Rev Neurol.* 2021 Aug. Vol. 17, № 8. P. 501–514.

- Рекомендуйте флунаризин, амітриптилін або вальпроат натрію (за винятком жінок дітородного віку) як препарати другої лінії.
- Розгляньте моноклональні антитіла до CGRP як препарати третьої лінії.
- Використовуйте нейромодульовальні пристрої, біоповедінкову терапію та акупунктуру як доповнення до невідкладного та профілактичного лікування, якщо фармакотерапія протипоказана.

Рекомендації щодо лікування мігрені у представників окремих популяцій:

- У пацієнтів із явним пізнім початком мігрені слід виявляти її причину.
- В осіб похилого віку необхідно зважати на вищий ризик вторинного головного болю, супутніх захворювань і несприятливих ефектів.
- Дітям і підліткам із мігренню може бути достатньо лише постільного режиму; якщо ні, призначте ібупрофен для невідкладного лікування та пропранолол, амітриптилін або топірамат для профілактики.

- Вагітним або жінкам, які годують грудьми, призначте парацетамол для невідкладного лікування та за можливості уникайте профілактичної терапії.
- Для жінок із менструальною мігренню розгляньте можливість передменструальної профілактичної терапії НПЗЗ тривалої дії або триптаном.

Висновки

Мігрень як поширений хронічний неврологічний розлад спричинює суттєвий тягар для пацієнтів і системи охорони здоров'я.

Наведені рекомендації, що базуються на опублікованих доказових клінічних даних і експертних думках, розроблені спеціалістами з Європи для оптимізації діагностування мігрені та популяризації найкращих клінічних практик.

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.ean.org

Позбався мігрені, живи ЯСКРАВО



РІЗОПТАН®

РИЗАТРИПТАН

- Діє швидше та ефективніше ніж інші триптани*, 4-8
- Доведена біоеквівалентність оригінальному ризатриптану 4
- Один з найдоступніших за ціною ризатриптанів в Україні 5

 **acino**



Дізнатись більше
<http://mozok.ua>

UA-RIZO-PIM-102021-066

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату РІЗОПТАН®

Діюча речовина: ризатриптан. 1 таблетка містить ризатриптану бензоату 14,53 мг у перерахуванні на ризатриптан 10 мг. **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що застосовуються при мігрені. **Селективні агоністи 5-HT₁-рецепторів серотоніну.** Ризатриптан. Код АТХ N02С С04. **Фармакологічні властивості.** Ризатриптан селективно з високою афінністю зв'язується з рецепторами людини 5-HT_{1B} і 5-HT_{1D}. Терапевтична активність ризатриптану при лікуванні мігренового головного болю може бути пояснена його агоністичним впливом на рецептори 5-HT_{1B} та 5-HT_{1D} екстрацеребральних інтракраніальних кровоносних судин, які, як вважається, розширюються під час нападу, і трифазних сенсорних нервів, які іннервують їх. Активізація рецепторів 5-HT_{1B} та 5-HT_{1D} може призвести до звуження інтракраніальних кровоносних судин, які викликають біль, і інгібування вивільнення нейропептиду, що веде до зникнення запалення чутливих тканин і зменшення передачі центрального тригемінального болювого сигналу. **Показання.** Невідкладна терапія фази головного болю при нападах мігрені, з ауриєю або без. **Протипоказання.** Гіперчутливість до ризатриптану або будь-якої допоміжної речовини. Одночасне застосування з інгібіторами моноаміноксидаз (МАО) або застосування протягом двох тижнів з моменту припинення лікування інгібіторами МАО. Тяжка печінкова або тяжка ниркова недостатність. Порушення мозкового кровообігу або транзиторна ішемічна атака в анамнезі. Помірна або тяжка артеріальна гіпертензія, а також нелікована легка артеріальна гіпертензія. Встановлена хвороба коронарних артерій, у тому числі ішемічна хвороба серця (стенокардія, інфаркт міокарда в анамнезі або зафіксована безсимптомна ішемія), ознаки та симптоми ішемічної хвороби серця або стенокардія Принцметала. Захворювання периферичних кровоносних судин. Одночасне застосування ризатриптану і ерготаміну, похідних алкалоїдів ріжків (включаючи метисергід) або інших агоністів рецептора 5-HT_{1B/1D}. **Побічні реакції.** Безсоння, запаморочення, сонливість, парестезія, головний біль, гіпестезія, зниження розумової активності, серцебиття, приливи, дискомфорт у глотці, нудота, сухість у роті, блювання, діарея, диспепсія, почервоніння, відчуття тяжкості, астенія/втома, біль у животі або грудях (розділ скорочено, для детальної інформації див. інструкцію для медичного застосування). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. П. МОЗ України:** №UA/15160/01/01. Наказ МОЗ України від 18.05.2016 № 453. **Виробник:** ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Асіно Україна» та ТОВ «Асіно УКРАЇНА» входять до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

* мається на увазі суматриптан 100 мг, та золмітриптан 2,5 мг.

1. Адаптовано з: Lipton R.B. et al. Neurology, 2003 Aug 12;61(3): 375-82. 2. Miguel J. ALáinez. Rizatriptan in the treatment of migraine. Neuropsychiatr Dis Treat. 2006 Sep; 2(3): 247-259. 3. Becker W.J. Acute Migraine Treatment in Adults. Headache, 2015 Jun;55(6):778-93. 4. Evers S. et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force, European Journal of Neurology 2009,16: 968-981. 5. Інструкція для медичного застосування препарату Різоптан®. Р. П. МОЗ України: №UA/15160/01/01. 6. Bioequivalence Study code RIZ-FS-2015-06. Cln. Report Jun. 2015, Summary 46 p. 7. Тижневик «Аптека», www.apteka.ua. 8. Адаптовано з: Adelman J.U. et al. Comparison of rizatriptan and other triptans on stringent measures of efficacy. Neurology, 2001 Oct 23;57(8):1377-83.

КОМЕНТАРІ СПЕЦІАЛІСТІВ

Мігрень є одним із найпоширеніших неврологічних захворювань у світі, пов'язаних зі значним зниженням якості життя та втратою працездатності. Оптимізація терапії мігрені є надзвичайно важливою, оскільки в умовах хронічного стресу, зокрема зумовленого війною, зростає частота захворюваності на мігрень і тяжкість нападів головного болю. До вашої уваги представлено коментарі спеціалістів, які висвітлюють важливі питання щодо діагностики та лікування пацієнтів із мігренню та актуальності рекомендацій, схвалених Європейською федерацією фахівців із головного болю та Європейською академією неврології (EHF/EAN, 2021).



М.І. Боженко,

лікар-невролог, асистент кафедри неврології Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів

Мігрень — захворювання, від якого страждає понад 1 млрд людей у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ), вона є третьою хворобою у світі за поширеністю та шостою — за рівнем втрати працездатності. Мігрень уражає до 19–25 % жінок і близько 6 % чоловіків. Під час типового мігренозного нападу людина не може продовжувати свою роботу, всі її думки спрямовані на те, щоб пережити напад. Крім того, мігрень настільки погіршує якість життя пацієнтів, що за цим показником вона навіть випереджає артеріальну гіпертензію та цукровий діабет. Попри медичну й соціоекономічну значущість, це захворювання все ще лишається недооціненим лікарями, й таке явище спостерігається в усьому світі. Так, проведене в США дослідження продемонструвало, що < 8 % пацієнтів з епізодичною мігренню і < 2 % пацієнтів із хронічною мігренню пройшли чотири ключові етапи, щоб отримати оптимальне лікування мігрені:

- 1) консультація спеціаліста;
- 2) правильне встановлення діагнозу;
- 3) абортивна терапія в мінімальних адекватних дозах і профілактичне фармакологічне лікування;
- 4) відсутність надмірного споживання ліків.

Щодо ситуації в Україні, то вона, судячи з нашого клінічного досвіду, практично не відрізняється від світових тенденцій. Чому так? Передусім це пов'язано з недостатньою обізнаністю лікарів щодо згаданої проблеми. Часто до нас приходять пацієнти з клінічними ознаками мігрені, які чітко відповідають критеріям встановлення діагнозу, але згідно з їхньою медичною документацією, діагноз звучить зовсім по-іншому.

Якими ж є помилкові діагнози в пацієнтів із мігренозним головним болем? Це вегето-судинна дистонія, дисциркуляторна енцефалопатія, лікворно-гіпертензійний синдром, цервіко-краніалгія, арахноїдит, вертебро-базилярна недостатність та ін. Коли ми розглянули результати опитування відвідувачів ресурсу tozok.ua, то побачили сумну картину. Більшість пацієнтів не зверталися за кваліфікованою допомогою

та лікувалися самостійно. Неправильне встановлення діагнозу та самолікування часто призводять до неадекватного лікування, яке не полегшує стан пацієнта, хронізації патології та виникнення головного болю внаслідок надмірного вживання ліків. Такий невдалий досвід лікування пов'язаний зі зневірою щодо можливостей терапії та погіршенням якості життя цього контингенту пацієнтів.

Насамперед хочу звернутися не до неврологів, а до сімейних лікарів, до яких пацієнт потрапляє найперше. Їхня основна роль полягає в проведенні скринінгу на мігрень. Так, найпростішим і досить ефективним засобом для цього є опитувальник ID Migraine, який містить всього три запитання і з імовірністю 93 % допомагає запідозрити мігрень.

Що необхідно для правильної діагностики головного болю та, зокрема, мігрені? Зокрема, слід пройти такі кроки:

1. Знати діагностичні критерії головного болю згідно з новою редакцією Міжнародної класифікації головного болю (ICHD-3).
2. Ретельно зібрати скарги та анамнез головного болю за принципом «постав пацієнту правильні питання — отримаєш діагноз».
3. Провести фізикальний і неврологічний огляд.
4. Продумати застосування додаткових методів у разі підозри на вторинний головний біль.

Попри те, що сімейний лікар може самостійно впоратися з лікуванням значної частини пацієнтів із мігренню, їх повноцінна первинна консультація має бути досить тривалою, що часто є неможливим в умовах первинної ланки охорони здоров'я через часові обмеження.

Ми вважаємо, що пацієнти з мігренню, як і будь-які особи з хронічними неврологічними захворюваннями, пов'язаними з тривалим вартісним лікуванням, для досягнення оптимального результату терапії, мають бути проконсультовані. Особливо це важливо за невідповідності діагностичним критеріям мігрені, нетипового перебігу захворювання або «червоних прапорців», які є ознаками вторинного головного болю.

Консультація невролога необхідна, якщо призначене лікування неефективне, є підозра на ускладнену мігрень, у разі рефрактерного її типу та за підозри на вторинний головний біль.

Лікар має пам'ятати про «червоні прапорці», тобто сигнали небезпеки, як-от:

1. Головний біль, що вперше виник після 50 років або різко змінив свій характер.
2. «Громоподібний головний біль» (оцінка якого нестримно зростає до 10 балів за візуальною аналоговою шкалою [ВАШ]).
3. Суто односторонній головний біль.
4. Головний біль, інтенсивність якого прогресивно зростає без ремісій.

5. Фокальні неврологічні знаки.
6. Ознаки внутрішньочерепної гіпертензії або системного захворювання.
7. Онкологічні захворювання, ВІЛ-інфекція, імунodefіцитний стан, захворювання ендокринної системи в анамнезі.
8. Неefективність адекватного лікування.

Надзвичайно важливою частиною лікування є обізнаність пацієнтів. Лікар і пацієнт у боротьбі із захворюванням мають взаємодіяти і розуміти одне одного. В інтернеті є безліч платформ і сайтів, які допомагають особам із мігренню краще зрозуміти свою недугу. Зокрема, в українському сегменті такою платформою є сайт mozok.ua. Також можна скористатися розробленою нами книгою «Мігрень. Прості відповіді на складні запитання».

Головна мета лікаря — допомогти пацієнту, підвищити якість його життя. Обізнаність пацієнта з мігренню може допомогти зменшити кількість днів із головним болем і поліпшити відповідь на abortивну терапію. Додаткові цілі — полегшити супутні ознаки та запобігти зловживанню лікарськими засобами. Надзвичайно важливим етапом є подолання недовіри та негативного досвіду пацієнта в минулому.

Алгоритм роботи з пацієнтом передусім передбачає встановлення правильного діагнозу, зокрема типу мігрені. Далі слід обговорити його з пацієнтом, пояснити на зрозумілому рівні патогенез цього захворювання. Крім того, дуже важливим аспектом є роз'яснення та визначення індивідуальних тригерів.

Наступний крок — виявлення актуальних коморбідних порушень і чинників хронізації. Після цього лікар із пацієнтом мають розглянути та призначити адекватне персоніфіковане лікування (abortивне та превентивне, якщо потрібно).

Лікар також має пояснити, що слід робити пацієнтові, а саме: як уникати тригерів і чинників хронізації головного болю; контролювати приймання знеболювальних засобів; як застосовувати спеціальні техніки для розслаблення, «витіснення» стресу; як використовувати фітнес, масаж, водні процедури; який вплив матиме захоплення (хобі).

Також важливо пояснити, як може допомогти правильно підібране лікування. Пацієнт має знати про перспективи лікування мігрені:

- У світі розроблено ефективні схеми терапії, які доступні і в Україні.
- Ефект досягається лише при лікуванні препаратами, які чинять вплив саме на механізм головного болю.
- «Судинні» лікарські засоби не є ефективними!
- Не варто боятися побічних ефектів, зазначених в інструкції, проте слід розуміти, якою може бути «ціна» полегшення ознак мігрені.
- Перебіг мігрені можна суттєво полегшити за допомогою превентивної терапії.
- Слід поставити реалістичні очікування превентивного лікування — через три місяці кількість днів із головним болем має зменшитися на 50 %.
- Пацієнт має знати, що для досягнення ефекту превентивної терапії необхідне тривале лікування під контролем лікаря (упродовж 4–6–12 і більше місяців).

Очікуваннями пацієнтів щодо ідеального препарату для усунення нападу мігрені є: швидкий початок дії (полегшення через 30 хв); повне купірування нападу, відсутність рецидиву; полегшення не лише болю, а й супутніх симптомів; швидке

відновлення працездатності; хороша переносимість; доступність і простота застосування.

Досягти належного комплаєнсу допоможе динамічне спостереження, контроль лікування. Пацієнту потрібно пояснити, як визначається ефективність призначеного лікування. Зокрема, слід брати до уваги: динаміку кількості днів із головним болем, тяжкості головного болю, якості життя; зниження кількості використовуваних знеболювальних засобів; полегшення коморбідних станів; переносимість лікування, наявність побічних ефектів.

Під час консультування пацієнта слід запланувати повторний візит, що демонструватиме пацієнту серйозне ставлення до його проблем і сприятиме ефективному лікуванню.



Н.Л. Боженко,

лікар-невролог вищої категорії, кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології Львівського державного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів

Мігрень — багатофакторний неврологічний розлад, пов'язаний із генетичними, гормональними, екологічними, дієтичними та психологічними чинниками. Стресові ситуації, що трапляються як на побутовому (конфлікти в родині, транспорті, на роботі тощо), так і на глобальному рівнях (пандемія COVID-19, війна), призводять до стресу. Він може мати форму тривоги, страху, безсоння, дратівливості. Власне, стрес є пусковим механізмом розвитку різних захворювань. Особи, які страждають на мігрень, є особливо чутливими до стресових ситуацій.

Передумовами виникнення головного болю під час війни є постійний стрес та невизначеність майбутнього, страх і переживання за рідних, зміна місця проживання, втрата близьких, житла, роботи, матеріальних цінностей. Серед «фізичних» причин — напруження м'язів шиї, цілодобове читання новин зі смартфона (так звана «текстова шия»), ночівлі в незручному положенні, постійні переїзди, тривале перебування в одній позі, гіпоксія, голод, холод, безсоння, втома тощо.

За нинішніх умов біль набув нових особливостей. Він частіше комбінується з напруженням шийних м'язів, гірше реагує на знеболювальну терапію, часто потребує додаткових немедикаментозних заходів. Симптоми та ознаки головного болю, спричиненого стресом, можуть відрізнятися, але є деякі типові та характерні симптоми, а саме: легкий до помірного біль чи тиск у ділянці чола, у верхній чи боковій частині голови; проблеми зі сном; відчуття постійної втоми; труднощі з концентрацією, чутливість до світла й звуків, м'язовий біль та дискомфорт.

Коморбідність мігрені та тривоги з'ясована як у клінічних, так і в соціальних умовах. Наприклад, продемонстровано більшу поширеність генералізованого тривожного розладу в осіб із мігренню навіть після коригування демографічних змінних і больових станів, зокрема артриту та болю

в спині. Аналіз даних опитування населення Канади продемонстрував, що особи з генералізованим тривожним розладом хворіють на мігрень у 2,5 рази частіше. Так, загальна тривога та соціальна фобія — види тривоги, щодо яких встановлено найсильніший зв'язок із мігренню серед пацієнтів молодого віку.

Знайдено значущі асоціації мігрени та депресії, панікою, фобією та самогубством, навіть після коригування за віком та статтю (Swartz and Pratt, 2000). Пізніше N. Breslau et al. (2003) підтвердили, що коморбідність мігрени та психічних розладів підвищує ймовірність інвалідизації, ускладнює психіатричну та неврологічну допомогу. В іншому нещодавньому систематичному огляді також було підкреслено двосторонній зв'язок мігрени з великою депресією та панічним розладом.

Основні висновки огляду L. Karimi et al. (2020), присвяченого порівнянню мігрени та тривоги, свідчать, що тривога є основною супутньою хворобою мігрени в усьому світі із широким діапазоном поширеності (16–83 %) та виявляється в середньому близько у 43 % пацієнтів, які мають супутні симптоми. При цьому симптоми суб'єктивної тривоги виразніші у пацієнтів чоловічої статі з мігренню, ніж жіночої. Це може бути пов'язане як із екологічними, так і з гормональними та генетичними причинами. Власне, коморбідність мігрени та тривоги може призвести до більшої тривалості лікування, тяжкого економічного та соціального тягаря. Дорослі з мігренню у 2–4 рази частіше страждають від депресії та тривоги порівняно з дорослими в загальній популяції (Antonaci et al., 2011).

Супутні депресія та тривога серед дорослих із мігренню пов'язані з нижчим рівнем якості життя (як фізичного, так і ментального компонентів), а також із вищим рівнем непрацездатності (Lantéri-Minet et al., 2005). Депресія та тривога у дорослих пацієнтів із мігренню пов'язані з вищими витратами на лікування (Bonafede et al., 2017). Попри це депресія та тривога все ще часто лишаються не діагностованими у пацієнтів із мігренню (Hamelsky and Lipton, 2006).

За даними деяких епідеміологічних досліджень, дорослі з мігренню мають підвищений ризик розвитку депресії або тривоги, тобто асоціація мігрени та супутньої депресії та / або тривоги є двоспрямованою; до того ж ці розлади мають спільну генетичну природу (Dresler et al., 2019).

Продемонстровано, що в продромі мігренозного нападу відбувається активація гіпоталамуса, який є важливою ланкою у патогенезі психоемоційних розладів, зокрема тривоги та депресії. Як уже зазначалося, загальна тривога та соціальна фобія мають найсильніший зв'язок із мігренню в осіб молодого віку.

Посттравматичний стресовий розлад може призвести до мігрени у тих, хто генетично схильний до неї (Besky Ughat, 2021). Основними ускладненнями у пацієнтів із мігренню на тлі стресу, зумовленого війною, є: загострення та почастішання нападів; хронізація процесу; виникнення ускладнень — мігренозного статусу, мігренозного інсульту; поєднання мігрени та головного болю напруги.

Так, за даними дослідження особливостей перебігу мігрени у військових ветеранів, ті, хто страждає від посттравматичного стресу, можуть спробувати застосувати методи психологічної терапії, орієнтованої саме на їхні переживання:

- Керовані образи можуть допомогти подумки розслабитися.

- Когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму, може сприяти допомогти виробленню навичок, необхідних для опрацювання травматичних подій.
- Десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання травми) рухом очей може допомогти зменшити інтенсивність переживань, пов'язаних із попереднім травматичним досвідом.
- Управління стресом допомагає зрозуміти, як впоратися зі стресом, що часто є провокувальним чинником, і знизити частоту й тяжкість нападів мігрени та головного болю у довгостроковій перспективі (American Migraine Foundation, 2018).

Для підвищення ефективності терапії при розроблюванні стратегії лікування мігрени треба зважати на багато чинників, які допоможуть досягти успіху. Важливим є виявлення коморбідних порушень, урахування яких може підвищити ефективність терапії. Необхідно також оцінити ступінь адаптації пацієнта, адекватно проаналізувати ефективність терапії та реалістичність очікувань. Крім того, важливу роль відіграють комплаєнтність, розуміння пацієнтом дії препарату та розробка індивідуальної тактики лікування.

Як підтверджує практика, деякі здорові звички допомагають захистити емоційний добробут пацієнта, а також зменшити кількість нападів та інтенсивність головного болю:

1. Залишайтеся на зв'язку з друзями та родиною. Мігрень утруднює соціальні зв'язки, але підтримка інших є ключовою частиною хорошого психічного здоров'я. Дослідження засвідчили, що міцні зв'язки з родиною та друзями знижують ризик як депресії, так і тривоги.
2. Зробіть якість сну пріоритетом. Достатня тривалість сну не тільки допомагає уникнути мігрени, але також має вирішальне значення для вашого емоційного здоров'я. Найкраще дотримуватися режиму сну. Лягайте спати і прокидайтеся в один і той самий час щодня. Дайте собі час відпочити перед сном. І уникайте кофеїну або алкоголю щонайменше за 4 години до сну.
3. Щодня рухайтесь. Фізичні вправи допомагають уникнути головного болю, а також мають позитивний вплив на ваш розумовий світогляд — 30-хвилинна прогулянка може значно підняти настрій. Почати можна з коротких сеансів руху протягом дня.
4. Практикуйте техніки релаксації, щоб зменшити стрес. Це ще одна тактика, яка допоможе контролювати мігрень і поліпшить психічне здоров'я. Спробуйте вправи на уважність, медитацію або практику розуму й тіла, як-от йога або тай-чи.

Усі пацієнти з хронічною мігренню та 40 % з епізодичною можуть отримати користь внаслідок превентивної терапії, але її застосовують тільки 3–13 % осіб із мігренню (Sacco et al., 2019). Рішення про те, які ліки слід застосовувати, насамперед залежить від даних щодо ефективності тих чи інших препаратів, супутніх захворювань, чинників ризику, взаємодії з медикаментозними засобами та власних уподобань пацієнта. Зокрема, для превентивної терапії мігрени використовують лікарські засоби різних класів. Доступні класи препаратів розрізняють залежно від затверджених показань щодо застосування такого лікування у певній країні. Рішення про його початок приймають індивідуально для кожного пацієнта, а не на підставі загальної кількості випадків виникнення головного болю впродовж місяця.

Донедавна більшість засобів для профілактики мігрени спочатку розробляли для застосування за інших показань і були прийняті для лікування мігрени на підставі початкових

спостережень про їх користь, після чого проводили клінічні випробування. Широка категорія профілактичної терапії мігрени залучають неспецифічні та специфічні методи лікування.

Неспецифічні методи лікування: протисудомні препарати, як-от топірамат або вальпроати; антидепресанти (наприклад, амітриптилін / нортриптилін або венлафаксин); антигіпертензивні засоби, як-от β -адреноблокатори або кандесартан; ботулотоксини (ботокс, тільки за хронічної мігрени); блокада потиличного / надорбітального нерва або ін'єкції в тригерні точки. В Україні найчастіше застосовують антиконвульсанти (топіромат) та антидепресанти (амітриптилін).

Специфічні методи лікування мігрени: моноклональні антитіла проти пептидів, пов'язаних із геном кальцитоніну (CGRP); пристрої нейромодуляції. Поведінковий підхід: когнітивно-поведінкова терапія. Можна також застосовувати природні засоби профілактики: препарати магнію, рибофлавін, коензим Q10, мелатонін, імбир та інші.

Важливо пам'ятати, що профілактичне лікування має бути ефективним, зі сприятливим профілем безпеки. Завжди слід брати до уваги можливі побічні дії ліків та зважувати усі «за» і «проти». Наприклад, застосування пропранололу зумовлює побічні реакції значно частіше, ніж плацебо, а специфічні несприятливі ефекти призводять до припинення лікування. Слід також з обережністю застосовувати β -адреноблокатори, особливо, якщо пацієнт страждає на бронхіальну астму. Крім того, пацієнтам, які приймають ризатриптан і пропранолол, потрібно призначати ризатриптан у максимальній дозі 5 мг, оскільки пропранолол підвищує концентрацію ризатриптану в плазмі. Ризатриптан не слід приймати впродовж двох годин після приймання пропранололу (Joint Formulary Committee, 2017). Треба пам'ятати, що більшість пацієнтів із мігренню — молоді жінки, зазвичай із низькими показниками артеріального тиску, тому їм необхідно з обережністю призначати гіпотензивні засоби. Доказова база щодо кандесартану невелика, тож є потреба в подальших випробуваннях щодо його дії.

У пацієнтів із хронічною мігренню топірамат зменшував кількість мігренозних атак, які виникали щомісяця, і частоту супутніх симптомів на 25 % ефективніше порівняно з плацебо. Терапія топіраматом поліпшувала якість життя та сприяла зниженню частоти проявів мігрени, асоційованих із втратою працездатності (Shamliyan et al., 2013).

Проте застосування топірамату в дозі 100 мг/добу асоціювалося з вищою, аніж за приймання плацебо, частотою побічних ефектів, хоча вони були легкими або середньої тяжкості (Guo et al., 2012; Linde et al., 2013). Серед небажаних реакцій фіксували депресію, нудоту, парестезії, анорексію та втрату ваги. Під впливом топірамату в першому триместрі вагітності спостерігали підвищений ризик розвитку хейлосхізісу (відношення ризиків 6,2; 95 % довірчий інтервал [ДИ] 3,13–12,51) (Alsaad et al., 2015).

Перед початком лікування жінок, які можуть завагітніти, обов'язково слід поінформувати їх про ризики, пов'язані з прийманням згаданого препарату, а також про необхідність використання ефективних засобів контрацепції та потребу в подальшій консультації щодо профілактики мігрени в разі планування або настання вагітності. Зокрема, продемонстровано меншу дієвість вальпроату натрію (500 мг), ніж топірамату (400 мг). У дослідженнях, проаналізованих у Кокранівському огляді, несприятливі побічні реакції, про які повідомляли пацієнти (втома, запаморочення, тремор та підвищення маси тіла) мали

легкий характер (Linde et al., 2013). Треба пам'ятати, що терапія вальпроатом натрію пов'язана з підвищеним ризиком розвитку аномалій плода та негативним впливом на когнітивний розвиток у дітей. Для жінок, які можуть завагітніти, вальпроат натрію слід розглядати як засіб профілактичного лікування, коли інші можливості лікування вичерпані, а пацієнтки використовують адекватну контрацепцію.

Ботулінічний токсин А, рекомендований Шотландською міжуніверситетською мережею з розроблення клінічних настанов (SIGN, 2018) як засіб з обмеженим використанням у дорослих пацієнтів лише із хронічною мігренню, у разі надмірного застосування медикаментозних засобів і досягнення належного ефекту при застосуванні ≥ 3 оральних препаратів. Автори настанов наголошують, що введення ботулінічного токсину А має здійснювати спеціально навчений персонал під контролем фахівців клініки головного болю або місцевої служби з неврології. Амітриптилін (100 мг) ефективний порівняно з плацебо (≥ 50 % зниження частоти головного болю), але найбільше у пацієнтів із вищою частотою виникнення нападів (Shamliyan et al., 2013).

Рекомендації щодо лікування мігрени містить низка настанов Європейської федерації головного болю (EHF):

- 2018-й: Клінічні рекомендації із застосування онаботулотоксину А при хронічній мігрени;
- 2019-й: Клінічні настанови із застосування анти-CGRP моноклональних антитіл;
- 2020-й: Консенсус EHF щодо визначення резистентного та рефрактерного головного болю.

У червні 2022 р. EHF опублікувала оновлені рекомендації, згідно з якими анти-CGRP моноклональні антитіла пропонуються використовувати як засоби терапії першої лінії для профілактичного лікування мігрени. У попередній версії настанов анти-CGRP рекомендовано як препарати третьої лінії для профілактики мігрени у разі неадекватної відповіді на засоби принаймні двох категорій або їх недостатньої ефективності / переносимості. Абортивну терапію застосовують для полегшення головного болю і пов'язаних із ним симптомів мігрени, профілактичну — для зменшення кількості нападів. Для лікування пацієнтів із нападами мігрени використовують препарати як із неспецифічним, так і зі специфічним механізмом дії.

Препарати з неспецифічним механізмом дії здатні зменшувати виразність больового синдрому і супутніх симптомів не лише в разі мігрени, але й при інших больових синдромах. Тоді як препарати зі специфічним механізмом — похідні ерготаміну і триптани — ефективні саме за мігренозного болю. Застосовують також комбіновані препарати, що містять як анальгетики неспецифічної дії, кофеїн, так і анальгетики специфічної дії (ерготамін), а також протиблювотні допоміжні засоби.

Одним із часто застосовуваних ефективних засобів є Різоптан® (ризатриптан). У багатоцентровому післяреєстраційному обсерваційному (неінтервенційному) відкритому дослідженні клінічної ефективності та безпечності лікарського засобу Різоптан®, таблетки 10 мг (ТОВ «Фарма Старт», Україна) взяли участь 717 пацієнтів, які отримували лікування з приводу нападів мігрени у 35 дослідницьких центрах України. Пацієнти протягом 60 (± 7) днів отримували Різоптан® (10 мг).

Дані дослідження підтвердили, що препарат є ефективним і безпечним при лікуванні пацієнтів із мігренню з/без аури як із помірними, так і з сильними мігренозними атаками, і може

застосовуватися на етапі надання первинної медичної допомоги. Отримані результати свідчать, що через годину після приймання препарату Різоптан® головний біль зникав у 42,51 % пацієнтів, а в решті учасників його інтенсивність зменшувалася з 6,3 бала за ВАШ до 4,23 бала. Протягом другої години головний біль зникав ще у 30,13 % учасників, а в решті пацієнтів його інтенсивність зменшувалася з 4,23 бала за ВАШ до 3,78 бала.

Такі дані свідчать, що через 2 години після приймання препарату Різоптан® головний біль зникає у трьох із чотирьох пацієнтів, а в тих випадках, коли він утримується, зменшується його інтенсивність. За оцінками дослідників, хороша переносимість спостерігалась у 98,6 % (95 % ДІ 96,7–99,4) пацієнтів. Щодо діючої речовини препарату накопичено значну доказову базу, а її ефективність підтверджена результатами багатьох досліджень, зокрема й згаданого.



В.І. Романенко,
невролог, кандидат
медичних наук, консультант
медичного центру «Віта-Медікал»
(м. Київ), науковий директор
Української асоціації з вивчення
болю

Консенсус щодо визначення резистентного та рефрактерного головного болю (EHF, 2020), створений експертами майже з усіх європейських країн, являє собою узагальнення найактуальнішої інформації з діагностики та менеджменту мігрень, виражене у вигляді десяти кроків. Перші кроки присвячені діагностиці й ставлять за мету допомогти розпізнати мігрень, встановити діагноз та побудувати взаємовідносини з пацієнтом. Чітко також акцентується на важливості детального збору скарг та анамнезу, клінічного обстеження для встановлення діагнозу мігрень за діагностичними критеріями ICHD-3. Крім того, наголошується, що в абсолютній більшості випадків саме детальний збір анамнезу є запорукою правильного діагнозу. Додаткові методи обстеження, як-от магнітно-резонансна (МРТ) і комп'ютерна томографія (КТ), ультразвукове дослідження та інші мають розглядатися тільки у випадках, коли не можна виключити вторинний тип головного болю.

Такі випадки зазвичай можна запідозрити за допомогою «червоних прапорців», які виявляють під час збору анамнезу чи клінічного обстеження. Цей пункт Консенсусу є надважливим, оскільки як в Україні, так і в деяких інших країнах Європи часто спостерігається необгрунтоване гіперобстеження пацієнтів із мігренню.

При скеруванні пацієнта, наприклад, на проведення МРТ, без достатніх на те причин можна отримати спорадичні знахідки (наприклад, менінгіоми чи арахноїдальні кісти), які не матимуть клінічного значення для мігрень, але можуть призвести

до підвищення тривожності пацієнта та застосування інших додаткових непотрібних методів обстеження. Наведений у Консенсусі перелік із 13 «червоних прапорців» можна вважати своєрідною «шпаргалкою» для розпізнавання випадків, коли призначення додаткових методів дослідження буде обгрунтованим і доцільним.

Розділи Консенсусу з абортивного і профілактичного лікування мігрень дають вичерпний і послідовний перелік ліній терапії та препаратів, ефективність яких доведено в численних клінічних дослідженнях. Так, першою лінією абортивної терапії є нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), другою – триптани, третьою – дітани та гепанти. Алгоритм призначення препаратів представлено в простій і зрозумілій покроковій схемі.

Зокрема, для усунення нападу мігрень рекомендовано починати з призначення НПЗП і оцінювати результат упродовж трьох послідовних нападів.

У разі відсутності ефективності слід переходити до другої лінії терапії – триптанів або комбінації триптанів і НПЗП. Тут варто зазначити, що хоча в цьому Консенсусі поєднання НПЗП з триптанами віднесено до другої лінії терапії, в інших рекомендаціях, наприклад настановах Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великої Британії з лікування мігрень (NICE, 2021), вона представлена як перша лінія терапії. Ці відмінності можна пояснити різницею щодо підходів до створення рекомендацій з точки зору оцінки економічної ефективності, умов реімбурсації, особливостей систем охорони здоров'я та інших чинників.

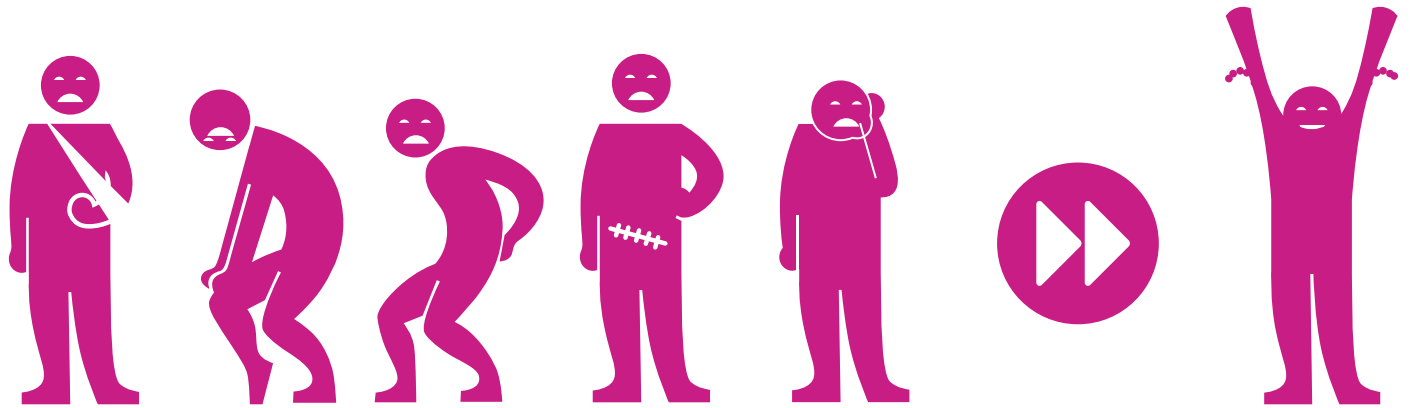
Зважаючи виключно на клінічні критерії, застосування комбінації НПЗП із триптанами як першої лінії терапії виглядає доречним, оскільки може краще запобігати повторним рецидивам. Проте в разі призначення комбінації НПЗП із триптаном слід враховувати брати до уваги уподобання пацієнта, супутні захворювання та ймовірність розвитку несприятливих подій. Власне, за неефективності попередньої терапії протягом трьох послідовних нападів рекомендовано замінити триптан на інший, оскільки нерідко спостерігається індивідуальна несприйнятливість. Якщо ніщо із запропонованого раніше не допомогло, варто переходити до третьої лінії терапії – дітанів і гепантів, які є одними з найсучасніших сьогоденні препаратів.

Вони були розроблені спеціально для лікування гострого нападу мігрень, але також мають і профілактичну дію. Для цих препаратів характерна висока ефективність, порівнянна з дією триптанів, щодо усунення нападу мігрень, але завдяки більш специфічним механізмам дії вони чинять значно меншу кількість побічних ефектів. На жаль, нині ці препарати поки що недоступні у більшості країн світу.

Дослідження останніх років продемонстрували багато нових даних, які вже сьогодні допомагають якісно поліпшити допомогу пацієнтам, що страждають на мігрень, а згаданий Консенсус допомагає лікарям краще зорієнтуватися в сучасних доказових підходах.

Підготувала **Наталія Купко**

Ксефокам лорноксикам



Оригінальний¹ НПЗП європейської якості
для купірування болю і зняття запалення²



UA-XEFO-PM_062021-015

Швидке керування болем³⁻⁵

Коротка інструкція для медичного застосування препарату Ксефокам. Діюча речовина. Lornoxicam. **Лікарська форма.** Ксефокам, порошок для розчину для ін'єкцій по 8 мг; Ксефокам, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; Ксефокам, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг; Ксефокам® Реліф, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг. **Фармакотерапевтична група.** Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Оксиками. Код АТХ M01A C05. **Показання.** Ксефокам, порошок для розчину для ін'єкцій по 8 мг: короточасне лікування гострого болю легкого та помірного ступеня; Ксефокам, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг або по 8 мг: короточасне лікування гострого болю легкого та помірного ступеня, симптоматичне полегшення болю і запалення при остеоартриті, симптоматичне полегшення болю і запалення при ревматоїдному артриті; Ксефокам® Реліф, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг: короточасне лікування гострого болю легкого та помірного ступеня. **Протипоказання.** Гіперчутливість до лорноксикаму або до компонентів препарату, тромбоцитопенія, гіперчутливість до інших нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), включаючи ацетилсаліцилову кислоту, тяжка форма серцевої недостатності, шлунково-кишкові кровотечі, церебрально-судинні або інші кровотечі, шлунково-кишкова кровотеча або перфорація виразки в анамнезі, пов'язані з попередньою терапією НПЗП, активна рецидивна виразка шлунка/кровотеча або рецидивуюча виразка шлунка / кровотеча в анамнезі, тяжка форма печінкової і ниркової недостатності, III триместр вагітності. **Фармакологічні властивості.** Лорноксикам є нестероїдним протизапальним засобом з анальгезивними та протизапальними властивостями, належить до класу оксикамів. Механізм дії лорноксикаму в основному пов'язаний з інгібуванням синтезу простагландинів (інгібування циклооксигенази), що призводить до десенсибілізації периферичних ноцицепторів та інгібування запалення. **Побічні реакції.** Нудота, диспепсія, розлад травлення, біль у животі, блювання, діарея, легкий короточасний головний біль, запаморочення. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Ксефокам, порошок для розчину для ін'єкцій по 8 мг: Такеда Австрія ГмбХ, Австрія. Ксефокам, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг або по 8 мг, Ксефокам® Реліф, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг: Такеда ГмбХ, місце виробництва Оранієнбург, Німеччина. **Р. п. МОЗ України:** №UA/2593/03/01, №UA/2593/02/01, №UA/10245/01/01, №UA/10245/01/02. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників для публікації в спеціалізованих виданнях, що призначені для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

1. Rx index® — Довідник еквівалентності лікарських засобів. Спеціалізоване медичне видання для фахівців / за ред. І.А. Зупанця, В.П. Черниха. 2-е вид. доп. та перероб. — Київ: Фармацевт Практик, 2017. — [848] с. 2. Час досягнення максимальної концентрації після застосування Ксефокаму Реліф становить 30 хв., після в/м застосування лорноксикаму 8 мг. у вигляді порошку для ін'єкцій - 20 хв. (Інструкція для медичного застосування препарату Ксефокам). 3. Norholt S.E. et al. Pain. 1996; 67: 335-43. 4. Arslan M. et al. Agri 2006;18(2):27-33. 5. Yakhno N. et al. Clin Drug Invest. 2006; 26: 266-77.
НПЗП — нестероїдний протизапальний препарат.