

Боженко Н. Л., Боженко М. І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

Вестибулярна мігрень — загадкова незнайомка?

Актуальність. Мігрень — це поширене захворювання, яке вражає 12—15 % населення нашої планети. Частіше мігрень виникає у жінок, ніж у чоловіків, напади трапляються у 17 % жінок та 6 % чоловіків щороку. Мігрень найчастіше спостерігається у людей віком від 30 до 39 років, поширеність у чоловіків і жінок досягає 7 % і 24 % відповідно. Проте, є рідкісні види мігрени, коли досить важко поставити правильний діагноз. До таких належить вестибулярна мігрень.

Вестибулярну мігрень колись вважали рідкістю, але вона все частіше стає дедалі більш визнаним діагнозом. Цей тип мігрени характеризується головокружінням або запамороченням. Запаморочення, пов'язане з мігренню, вражає 1—3 % загальної популяції, що робить мігрень головною причиною головокружіння і запаморочення у дорослих. Лише близько половини всіх пацієнтів з вестибулярною мігренню відчувають біль під час нападів. Поставити діагноз мігрени, якщо у пацієнта немає болю, може бути досить важко, але точний діагноз є ключем до пошуку правильного лікування.

Критерії Міжнародної класифікації розладів головного болю ICHD-3 для встановлення діагнозу вестибулярної мігрени:

- Поточний або минулий анамнез мігрени (з або без аури)

- Принаймні п'ять епізодів, які відповідають таким двом критеріям:

- вестибулярні симптоми помірної або сильної інтенсивності, що тривають від 5 хвилин до 72 годин, і принаймні половина епізодів пов'язані принаймні з одним із таких трьох критеріїв мігрени:

- головний біль із принаймні двома з наведених нижче характеристик (однобічний, пульсуючий, помірної або сильної інтенсивності, що посилюється під час звичайної фізичної активності);

- фотофобія і фонофобія;

- візуальна аура.

Симптоми запаморочення, пов'язаного з мігренню, охоплюють:

- проблеми з рівновагою: відчуття, що Ваш баланс порушується або виникає відчуття хитання;

- запаморочення при русі голови: відчуття крутіння або запаморочення під час руху головою, яке може виникати з нудотою або без неї;

- запаморочення: помилкове відчуття, що Ваше тіло обертається, крутиться або хитається;

- головокружіння: відчуття, що світ навколо Вас обертається;

- підвищена чутливість до фізичних рухів: особливо непереносимість рухів голови та шиї;

- зміна положення голови спричиняє запаморочення;

- підвищена чутливість до візуальних рухів: дуже чутлива до споглядання рухів, подібно до відчуття морської хвороби після того, як Ви побачите рух;

- захитування: більша ймовірність виникнення захитування — в транспорті;

- нудота та/або блювання: нудота та блювання, спричинені мігренню, пов'язані з запамороченням, пов'язаним з мігренню;

- тиск у вухах: відчуття повноти у вухах.

Зазвичай напад вестибулярної мігрени виникає раптово і може тривати від кількох хвилин до кількох годин і навіть днів. При хронічній формі захворювання розлади рівноваги є постійно.

Дуже важливо чітко визначити причину, що лежить в основі больового синдрому, адже від цього залежить вибір правильного і ефективного лікування. На практиці не завжди це просто зробити. Основними завданнями лікаря є правильне встановлення діагнозу та відповідне лікування. Своєчасний початок терапії покращує перебіг захворювання, прогноз для відновлення і для якості життя, а також прихильність до терапії у пацієнтів.

Мета: провести обстеження, визначити неврологічні особливості хворих з вестибулярною мігренню, виконати аналіз їх характерних клінічних та параклінічних ознак для вдосконалення своєчасної діагностики та адекватної терапії цієї патології.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз клінічних випадків хворих на вестибулярну мігрень, які перебували на амбулаторному обстеженні в «Науково-практичному центрі медицини болю» кафедри неврології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

Результати. Проаналізовано 7 випадків звернень з вестибулярною мігренню. Вік хворих становив від 22 до 63 років. Вестибулярна мігрень частіше спостерігалася у жінок (6), ніж у чоловіків (1). Більшість хворих раніше лікували з діагнозами дисциркуляторна енцефалопатія, вертебрально-базиллярна недостатність, цервікокраніалгія, цефалгічний синдром. Лише у двох пацієнток раніше був встановлений діагноз мігрень. Усі пацієнти відповідали критеріям ICHD-3 діагнозу вестибулярної мігрени. У двох хворих не усі напади запаморочення супроводжувались головним болем. У двох пацієнток головокружіння було симптомом, якому надавалось пріоритетне значення. Тривалість хвороби — від 3 місяців до 25 років. У двох пацієнток на магнітно-резонансній томограмі описані поодинокі невеликі вогнища гліозу як наслідок вазоспазму, без ознак ішемії. За анамнестичними

та клінічними даними, одна пацієнтка мала перший напад до 15-річного віку. У неврологічному статусі виявлено вегетативну дисфункцію (гіпергідроз, гіпервентиляція) у 71,4 % хворих, тривожність, поганий настрій, підвищену дратівливість — у 85,7 % хворих. Вестибулярні порушення проявлялись запамороченням у 71,4 % хворих, головокружінням — у 28,6 %, атаксією — у 28,6 %, підвищеною чутливістю до візуальних рухів — у 57,1 % хворих, ністагмом — у 71,4 % хворих. Фонофобія спостерігалась у 57,1 % пацієнтів. Нудота та/або блювання спостерігались в більш чи менш вираженому вигляді в усіх пацієнтів. Тривалість нападу — від чотирьох до 72 годин. Однак вестибулярні симптоми, що виникають незалежно від нападу мігрені, можуть бути набагато коротшими за тривалістю. У 28,6 % пацієнтів вестибулярні симптоми тривали всього п'ять-десять хвилин, як компонент нападу вестибулярної мігрені.

Щодо лікування: пацієнти отримували триптани (42,9 % хворих), прохлорперазин (42,9 % хворих), арлеверт (42,9 % хворих), антидепресанти (28,6 %

хворих). Хороший ефект дало застосування вестибулярної реабілітаційної терапії.

Висновок. Мігрень — особливий головний біль! Вчасна діагностика та правильне лікування мігрені дадуть шанс контролювати це захворювання та його вплив на життя пацієнта. Вестибулярна мігрень стає діагнозом, якому надають все більше уваги. Проте все ще є небагато клінічних даних щодо лікування вестибулярної мігрені і нові дослідження в цьому напрямку будуть дуже актуальними. Більшість досліджень щодо вестибулярної мігрені — невеликі, але перспективні. Ліки, як-от антидепресанти, антигістамінні препарати та триптани, можна використовувати для лікування вестибулярної мігрені, а також вестибулярна реабілітаційна терапія може бути дієвим доповненням в комплексі лікування. Ознайомлення лікарів загальної практики з діагностичними критеріями цього виду мігрені дасть можливість результативніше виявляти таких хворих. Своєчасна діагностика є запорукою правильного лікування, що покращить якість життя цього контингенту хворих.