

*Боженко М.І., Боженко Н.Л.**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів***ЧИ НАСПРАВДІ ДЕЯКІ ВИДИ МІГРЕНІ Є РІДКІСНИМИ?**

Мігрень - це поширене захворювання, яке вражає 12–15 % населення нашої планети. Частіше мігрень виникає у жінок, ніж у чоловіків, при цьому напади трапляються у 17 % жінок та 6 % чоловіків щороку. Мігрень без аури є найпоширенішим типом, на яку припадає приблизно 75% випадків. Це відповідає нашій клінічній практиці. Серед пацієнтів, яких нам довелося оглядати протягом останніх років, більшість людей з мігренню - приблизно 70% - 75% - хворіють на мігрень без аури. Мігрень найчастіше зустрічається у людей у віці від 30 до 39 років, при чому поширеність у чоловіків і жінок досягає 7% і 24% відповідно. Проте, володіючи інформацією про те, що мігрень у більшості випадків розпочинається в підлітковому віці, ми спостерігаємо, що діагноз мігрени вдається встановити в більш ранньому віці. Також характерною є картина, що більшість хворих на мігрень у віці понад 40 років звертаються за допомогою, маючи в анамнезі такі діагнози, як вегето-судинна дистонія, дисциркуляторна енцефалопатія та інші, які насправді є масками мігрени, що призводить до того, що дана група хворих на мігрень роками не отримує якісного лікування. Мігрень – сімейна хвороба, тому сімейний анамнез теж необхідно враховувати для раннього її виявлення. Постановка діагнозу мігрени без аури базується в першу чергу на типових характеристиках болю в поєднанні з супутніми симптомами.

Мігрень без аури - це клінічний синдром, постановка діагнозу якого, вимагає мінімум 5 нападів, які відповідають наступним критеріям B-D (ICHD-3 1.1):

В) Головний біль, який триває від 4 до 72 годин (без успішного лікування).

С) Має принаймні 2 з наступних характеристик:

1. одностороння локалізація,
2. пульсуючий характер,
3. помірної чи високої інтенсивності,
4. посилюється при рутинній фізичній активності або спричиняє її уникнення.

Д) Як мінімум 1 з цих симптомів:

1. нудота і/або блювання
2. або обидва: фотофобія і фонофобія під час атаки.

Мігрень з аурою спостерігається у 25%-30% пацієнтів. Постановка діагнозу мігрень з аурою в першу чергу базується на характеристиках аури. Типова аура при мігрени характеризується поступовим розвитком, тривалістю не більше однієї години, поєднанням позитивних і негативних симптомів та повною оборотністю. Традиційне вчення полягає в тому, що аура мігрени, зазвичай, передуює головному болю. Однак проспективні дані свідчать про те, що більшість пацієнтів з мігренню відчують головний біль уже під час фази аури.

Мігрень з аурою - це клінічний синдром, постановка діагнозу якого, вимагає мінімум 2 напади, які відповідають наступним критеріям В і С (ICHD-3 1.2):

В) Один або більше з цих зворотніх симптомів:

1. зорові,
2. сенсорні,
3. мовні.
4. моторні,
5. стовбурові,
6. ретинальні.

С) Хоча б 3 з цих 6 характеристик:

1. хоча б 1 симптом аури, який розвивається поступово протягом хоча б 5 хвилин,
2. два або більше симптоми, які наступають поступово,
3. кожен індивідуальний симптом триває від 5 до 60 хвилин,
4. хоча б 1 симптом є унілатеральним,
5. хоча б 1 симптом є позитивним,
6. головний біль супроводжує, або настає через 60 хвилин після аури .

Найчастішим видом аури, який зустрічається в клінічній практиці є зорова аура. Зорова аура класично починається як невелика ділянка втрати зору, часто просто збоку від візуальної фіксації. Вона може проявлятися як світла пляма або різноманітні фігури та зигзаги. Серед мігрень з аурою виділяють види мігрень, які вважаються рідкісними. Це, зокрема, геміплегічна мігрень, мігрень з стовбуровою аурою та вестибулярна мігрень. Також можна виділити такий епізодичний синдром пов'язаний з мігренню, як абдомінальна мігрень. Попри те, що ці види мігрень вважаються рідкісними, в нашій клінічній практиці вони зустрічаються не так уже й рідко.

Основною ознакою, яка відрізняє геміплегічну мігрень від інших типів мігрень з аурою, є наявність рухової слабкості, як прояву аури, хоча б при деяких нападах. На додаток до рухової слабкості під час фази аури, яка зазвичай є односторонньою, прояви нападів геміплегічної мігрень можуть включати сильний головний біль, мерехтливу скотому, дефект поля зору, оніміння, парестезію, афазію, лихоманку, летаргію та судоми. Ця однобічна слабкість дуже схожа на те, що відбувається під час інсульту. Ця подібність може ускладнити діагностику. Якщо ці типи мігрень протікають у родині, вони називаються сімейною геміплегічною мігренню, і вони викликані мутованим геном (на сьогодні визначені такі основні гени асоційовані з цим видом мігрень *CACNA1A*, *ATP1A2*, *SCN1A*). Оскільки ці типи сімейної геміплегічної мігрень передаються за аутосомно-домінантним типом, дитина одного з батьків із сімейною геміплегічною мігренню має 50-відсотковий шанс успадкувати мутацію, хоча пенетрантність цих мутацій різна. Якщо це поодинокий випадок - це спорадична геміплегічна мігрень.

Найчастіше геміплегічна мігрень починається у дитинстві. Її симптоми включають симптоми мігрень та ауру, що проявляється двома наступними характеристиками:

1. повністю оборотна моторна слабкість,
2. повністю оборотні візуальні, сенсорні і/або мовні симптоми.

Здавалося б, є чіткі критерії діагностики та поставити діагноз не важко. Та для цього потрібне головне - щоб лікар знав ці критерії ,а також міг

віддиференціювати від інших захворювань, які можуть мати схожу симптоматику, наприклад, ТІА, інсультів, аневризм та інших. Зокрема, серед наших пацієнтів є 6 хворих, яким ми діагностували геміплегічну мігрень, з них - 5 - спорадичних, одна - сімейна форма. Усі ці пацієнти мали в анамнезі діагнози - ВСД (3), ГПМК (2), хоча підтвердження на МРТ не було, а це вело до стигматизації пацієнтів, які є молодими жінками. Відповідно, адекватного лікування дані хворі не отримували. На жаль, у однієї з пацієнток, якій понад 10 років виставляли діагноз ВСД такий розвинувся ішемічний інсульт, як ускладнення мігрені, тобто, мігренозний інсульт.

Ще один з цікавих видів мігрені - мігрень з стовбуровою аурую. Лікарі звикли називати цю мігрень базиллярною, тому що вважали, що вона викликана звуженням або спазмом базиллярної артерії мозку. Зустрічається частіше у жінок, ніж у чоловіків. Початок, зазвичай, у віці від 7 до 20 років. Аура складається з певної комбінації запаморочення, дизартрії, шуму у вухах, двоїння, атаксії, зниження рівня свідомості та гіпакузії. Напади майже завжди включають два або більше симптомів аури, пов'язаних зі стовбуром мозку. З віком напади можуть перерости в поширеніші форми мігрені. Симптоми мігрені з аурую стовбура мозку дуже подібні до симптомів геміплегічної мігрені але без м'язової слабкості. Вони, зазвичай, з'являються повільно, а потім виникає біль голови.

Критерії діагностики:

Напади, що відповідають критеріям 1.2 Мігрень з аурую та критерію В.

Аура з обома наступними характеристиками:

принаймні два з наступних повністю оборотних симптомів стовбура мозку:

А) дизартрія,

Б) запаморочення,

В) шум у вухах,

Г) гіпоакузія,

Д) диплопія,

Ж) атаксія, що не пояснюється сенсорним дефіцитом,

З) зниження рівня свідомості ($GCS \leq 13$),

відсутність моторних або ретинальних симптомів.

Ця рідкісна форма мігрені може імітувати інші стани, такі як транзиторні ішемічні напади (ТІА), інсульт, судоми та запаморочення, тому при появі тривожних симптомів необхідно провести ґрунтовне обстеження. Серед наших пацієнтів протягом останніх 2 років було 3 з мігренню з стовбуровою аурую.

Ще один з рідкісних видів - черевна мігрень. Хоча будь-яка людина може захворіти на абдомінальну мігрень, вона переважно вражає дітей віком 5-9 років. Більшість дітей виростають з них до 16 років. Зазвичай, відчувається біль прямо за пупком, що часто супроводжується багаторазовим блюванням. Це може відчуватися як легка хворобливість, а може бути серйозним нападом. Поряд з болями в животі відчувається нудота і блювання. Одна з наших пацієнток з 10 років лікувалася у гастроентерологів, а на біль голови ніхто не звертав уваги. Лише в 27 років їй поставили діагноз мігрень та пов'язали перенесені в дитинстві напади з цим захворюванням. Часто шкіра також може виглядати блідішою, ніж зазвичай. Напад черевної мігрені може тривати від 2 до 72 годин.

Критерії діагностики:

Принаймні п'ять нападів болю в животі, що відповідають критеріям Б – Д.

Б) Біль має принаймні дві з наступних трьох характеристик:

- 1) розташування по середній лінії, навколо пупка або погано локалізовані,
- 2) тупий характер болю,
- 3) помірної або вираженої інтенсивності.

В) Принаймні два з наступних чотирьох супутніх симптомів або ознак:

- 1) анорексія,
- 2) нудота,
- 3) блювота,
- 4) блідість.

Г) Напади тривають 2-72 години, якщо їх не лікувати або невдало лікувати.

Д) Повна відсутність симптомів між нападами.

Висновки: Мігрень – особливий головний біль! Вчасна діагностика та правильне лікування мігрені дадуть шанс контролювати це захворювання та його вплив на життя пацієнта. Також це важливо для профілактики інсульту та інших серйозних ускладнень. Рідкісні форми мігрені зустрічаються у реальній практиці не так уже й зрідка. Ознайомлення з діагностичними критеріями даних видів мігрені лікарів різних спеціальностей дасть можливість швидше виявляти даних хворих. Своєчасна діагностика є запорукою правильного лікування, що покращить якість життя даного контингенту хворих.

***Буцька В.Є., Тимченко О.Г., Кузнєцова О.В., Макачук О.О.,
Коханов І.В., Загорій В.А., Семенюк О.А.***

Національний університет охорони здоров'я України ім.П.Л.Шупика, м. Київ

ПОРІВНЯННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ДІЇ МЕТАБОЛІТОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ СТРЕСАХ

При застосуванні метаболітотропних препаратів багатовекторної дії можна очікувати проявів антиоксидантної дії, органопroteкції, наявності властивостей імуностимуляторів і актопротекторів, ефекту стресрезистентності. Вивчали окремо вплив профілактичного курсу протягом 10 днів армадину (Ар, таблетки, «Мікрохім») та карбонату (Кр, капсули, «Сперко Україна» при внутрішньошлунковому введенні в умовнотерапевтичних дозах щурам лінії Вістар одного віку масою 200-250 г перед моделюванням холодового стресу (ХС) та іммобілізаційного стресу (ІС) згідно методичних вказівок Державного фармакологічного центру. В міокарді та в тканинах печінки контрольних та дослідних шурів визначали: 1) показники перекисного окислення ліпідів (ПОЛ): вміст дієнових кон'югатів (ДК) та малонового діальдегіду (МДА); 2) показники антиоксидантного захисту: активність супероксиддисмутази (СОД), каталази (КТ), вміст церулоплазміну (ЦП) та вільних токоферолів (ВТ)). Встановлено, що за ІС через 30 хвилин знижується вміст показників ПОЛ, проте через 2 години їх вміст суттєво зростає. При ХС через 30 хвилин (меншою мірою), а через 2 години більш суттєво, спостерігається вірогідне зниження показників ПОЛ. Паралельно пригнічується активність СОД, КТ та зменшується вміст ЦП, ВТ при всіх експозиціях і стресових моделях. Ці зміни біохімічних показників були більш вираженими в міокарді, ніж в тканинах печінки. У всіх тварин з метою функціонального контролю визначали ЕКГ і тривалість гексеналового сну.