

БОТУЛОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ

**Абдукадирова Д.Т.,
Камалова Н.Л.**

Андижанский Государственный медицинский институт
Кафедра Неврологии

АННОТАЦИЯ

Мигрень - это особый вид приступообразной головной боли, который является самостоятельной нозологической формой, мигренью страдает все больше и больше людей, частота встречаемости данного заболевания растет (женщины испытывают мигренозные приступы в 2 — 3 раза чаще, чем мужчины, возраст больных мигренью молодеет (пик заболеваемости приходится на период от 25 до 34 лет). Учитывая клинические проявления, жалобы больного, в 2000 году мигрень была включена в список заболеваний, имеющих глобальное значение и представляющих бремя для человечества, что обусловлено как ее широкой распространенностью, так и значимым влиянием на качество жизни пациента.

Ключевые слова: хроническая мигрень, история, современная терапия, ботокс.

BOTULINUM THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC MIGRAINE

ABSTRACT

Migraine is a special type of paroxysmal headache, which is an independent nosological form, more and more people suffer from migraine, the incidence of this disease is increasing (women experience migraine attacks 2 - 3 times more often than men, the age of migraine patients is younger (the peak incidence falls on the period from 25 to 34 years). Taking into account the clinical manifestations and complaints of the patient, in 2000 migraine was included in the list of diseases of global importance and representing a burden for humanity, due to both its widespread prevalence and significant impact on the patient's quality of life.

Keywords: chronic migraine, history, modern therapy, botox.

ВВЕДЕНИЕ

Головная боль одна из актуальных проблем неврологии. Наиболее сложными для курации являются пациенты с хронической мигренью (ХМ). Распространенность хронической мигрени в мире в среднем составляет 14 %,

она чаще встречается у женщин. В мире ХМ страдают 1,4-2,2% общей популяции.

Для лечения ХМ в отделении Неврологии Клиник АГМИ применяются различные методы с высоким уровнем доказательности: современная медикаментозная терапия, ботулинотерапия, психотерапия (в том числе когнитивно-поведенческая терапия).

В лечении ГБ препарат ботокс используется с 1994 г.. Опыт применения ботокса в Клиниках АГМИ явился отражением тенденции использования препаратов ботулинического токсина типа, А (БГА) в лечении ГБ. В 2000 г. были опубликованы работы W. Binder и соавт. и S. Silberstein и соавт. по лечению мигрени, в 2001 г. - первое российское руководство по ботулинотерапии, которые показали возможность применения метода при различных видах Г.Б.

На сегодняшний день ботокс является уникальным препаратом для профилактики ГБ у взрослых пациентов с ХМ.

Цель исследования — сравнительная оценка эффективности ботокса и стандартного комплекса лечения для профилактического лечения ХМ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2019-2021 гг. в Клиниках АГМИ проведено исследование, в которое были включены 34 женщин (средний возраст $38,1 \pm 11,2$ года, длительность заболевания $12,1 \pm 4,3$ года). Пациентки страдали ХМ без ауры, которая определялась как ГБ, возникающая 15 дней или более в месяц, более чем в 50% случаев она носила мигренозный или вероятно мигренозный характер: не менее 4 различных эпизодов ГБ с продолжительностью каждого 4 ч и более. Пациентам из оновной группы (14 пациентов) дополнительное профилактическое лечение пациенткам не проводилось. Все больные до включения в исследование заполняли информированное согласие и были обследованы для исключения других видов ГБ.

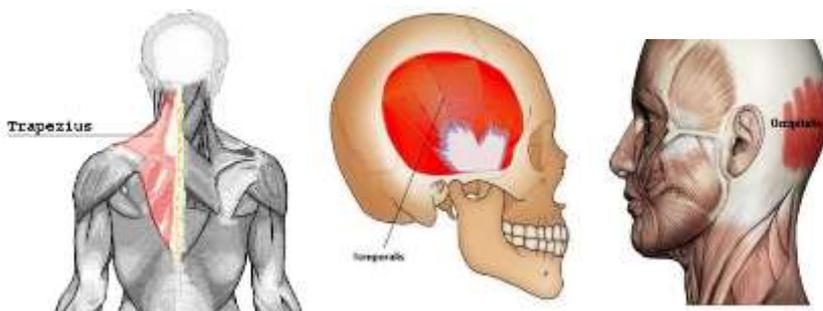
Исследование проводилось в течение 9 мес, состояние пациенток оценивалось до лечения и после повторных инъекций ботокса (каждые 6 мес), который вводился в мышцы головы и шеи методом фиксированных точек. Обследуемые были разделены на две группы: 14 больным 1-й группы вводился ботокс по 100 ЕД, 16 пациенткам 2-й группы — проводилось стандартное лечение.

Эффективность терапии оценивалась по дневникам ГБ пациенток с регистрацией частоты всех приступов ГБ (фоновых и приступообразных), количества принимаемых анальгетических препаратов, нежелательных явлений; анкетам оценки влияния мигрени на повседневную активность и трудоспособность при мигрени (MIDAS) за 6 мес; анкетам субъективной оценки удовлетворенности лечением.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 10.0. Результаты представлены в виде среднего значения и ошибки среднего ($M \pm SD$). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все участники закончили лечение. До лечения все пациентки предъявляли жалобы на практически ежедневные ГБ — фоновые и приступообразные (мигрень). В исследовании оценивали частоту всех видов боли, так как на первом этапе лечения трансформация хронических болей в эпизодические является приоритетна, и пациентки не ставят задачу снижения частоты конкретного вида боли. После 1-го введения БТА достоверно снизилась частота приступов ГБ: в 1-й группе с $19,8 \pm 6,2$ до $13,2 \pm 0,01$ ($p < 0,05$) приступа в месяц, во 2-й — на фоне стандартного лечения - $19,6 \pm 6,7$ до $16,4 \pm 0,6$ ($p < 0,005$), достоверная разница между группами. Максимального снижения частота приступов достигла ко 2-му месяцу в первой группе, к концу 6-го месяца показатели вновь повышались, однако были достоверно ($p < 0,05$) ниже фоновых значений: в 1-й группе $3,4 \pm 0,02$ приступа в месяц, во 2-й группе $12,3 \pm 0,9$.



После 2-го введения препарата частота приступов в первой группе продолжала снижаться: в 1-й группе $9,3 \pm 0,04$ приступа против $13,2 \pm 0,01$ после 1-го введения ($p < 0,05$), во 2-й группе — $9,2 \pm 0,2$ приступа в месяц против $11,4 \pm 0,6$ приступа ($p < 0,05$), достоверная различия между группами.

На заключительном этапе отмечено достоверное ($p < 0,05$) снижение частоты приступов ГБ до $12,1 \pm 0,06$ и $8,6 \pm 0,3$ в 1-й и 2-й группах

соответственно, что свидетельствует о превентивной роли ботокса в отношении частоты приступов ГБ.

Пациентки обеих групп принимали большое количество анальгетиков до начала исследования. Уже после 1-го введения ботокса достоверно ($p < 0,05$) снижалось количество потребляемых анальгетиков вплоть до окончания периода наблюдений.

ВЫВОД

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности повторных введений ботокса и позволяют рекомендовать к использованию в профилактическом лечении ХМ 100 ЕД ботокса как эффективную дозу. Профилактическое лечение должно включать не менее двух повторных циклов и продолжаться до тех пор, пока у пациентки сохраняется польза от введения ботокса и отсутствуют серьезные нежелательных явлений.

REFERENCES

1. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень (патогенез, клиника и лечение). - СПб.: -- Санкт-Петербургское медицинское изд-во, 2001. - 200с.
2. Вейн А.М., Филатова Е.Г. Мигрень. Кафедра неврологии ФППО ММА им. И.М. Сеченова "Сотйшттеёсит". 2014. С.3-4.
3. Биллер Х. Практическая неврология: Т.2. Лечение. -М.: Мет.лит., 2005. – 416 с.
4. Данилов А.Б. Мигрень: рекомендации по диагностике и лечению. Русский медицинский журнал. 2014. С. 2-4.
5. Ядгаров И. С., Абдукадилова Д. Т., Абдукадилов У.Т. Мигрень. 2021г.
6. Ядгаров И. С., Абдукадилова Д. Т., Абдукадилов У. Т. Хроническая мигрень: клиническое наблюдение. Обзор, клиника и лечение. Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. Бухара, 2020 г.
7. W. Binder Ботулотерапия при лечении хронической мигрени. 2000 г.