

І. В. РЕМІНЯК, Ю. К. РЕМІНЯК

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків

Особливості мігрени в осіб похилого віку

Кількість людей похилого віку у світі неухильно зростає. Не будучи хворобою, старіння створює передумови для розвитку вікової патології та зумовлює особливості перебігу хронічних захворювань, які виникають у молодому віці. Відповідно до міжнародної класифікації похилим вважають вік 60—74 роки. Дані деяких епідеміологічних досліджень свідчать про те, що частота головного болю у людей похилого віку зменшується, а характер первинних форм головного болю має особливості. Поширеність мігрени серед осіб похилого віку становить 3—11 % порівняно з 11—22 % серед осіб молодого віку. Співвідношення жінок і чоловіків молодого віку — 3:1, а середнього віку — 2:1.

Мета роботи — вивчити особливості мігрени у пацієнтів похилого віку.

Матеріали і методи. Обстежено 28 хворих на мігрень віком 58—69 років, з них 16 (57 %) жінок та 12 (43 %) чоловіків. 24 (86 %) пацієнти страждали на мігрень без аури, решта — на мігрень з аурою. Початок захворювання припадав на 15—42 роки. Клінічна картина хвороби відповідала діагностичним критеріям мігрени за класифікацією Міжнародного товариства головного болю (2004). Ступінь вираження головного болю під час мігренозного нападу оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Для заперечення вторинного характеру головного болю всім хворим проведено комп'ютерно-томографічне та магнітно-резонансно-томографічне дослідження головного мозку.

Результати. Частота нападів становила 2—4 на місяць. У неврологічному статусі пацієнтів не виявлено вогнищевих порушень. Усі хворі вели щоденники нападів, в яких відзначали інтенсивність та характеристики цефалгії під час нападу. Аналіз анамнестичних даних свідчив про деякі зміни в характері, локалізації та інтенсивності головного болю: головний біль часто починався з однієї половини голови, але завжди ставав дифузним, двобічним, таким що стискає. Інтенсивність болю за шкалою ВАШ становила 4—7 балів і відповідала помірному та сильному головному болю. Нудота, фото- і фонophobia мали місце у 64 % хворих, серцебиття — у 90 %, сухість у роті — у 82 %, відчуття жару або холоду — у 78 %, що свідчить про ширший спектр вегетативних розладів, які супроводжують напад мігрени. Із супутніх захворювань виявлено артеріальну гіпертензію у 61 % хворих, цукровий діабет — у 18 %, захворювання шлунково-кишкового тракту — у 75 %, дисліпідемію — у 77 %. Для виявлення депресивних порушень використовували шкалу Гамільтона для депресій. За результатами тестування у 71 % обстежених хворих виявлені легкі та помірні депресивні порушення.

Висновки. З огляду на особливості мігренозного болю у хворих похилого віку, наявність супутніх захворювань та емоційних порушень можна стверджувати про наявність різних шляхів еволюції мігрени та необхідність як індивідуальної «вікової» терапії мігренозного нападу, так і його профілактики, а також корекції коморбідних порушень та соматичних захворювань.

В. І. РОМАНЕНКО

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

Валідація російськомовної версії опитувальника dn-4 для визначення невропатичного компонента болю в нижній частині спини

Біль у нижній частині спини (БНЧС) — одна з найчастіших скарг, з якою пацієнти звертаються до лікаря. З огляду на поєднання різних механізмів патогенезу БНЧС часто складно підібрати ефективне лікування.

Мета роботи — визначити можливості застосування російськомовної версії опитувальника DN4 для діагностики невропатичного компонента у пацієнтів з болем у нижній частині спини (БНЧС).

Матеріали і методи. Обстежено 67 пацієнтів (27 чоловіків, 40 жінок) з БНЧС тривалістю понад 3 міс та інтенсивністю болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) від 4 до 10. Обстеження передбачало комплексне неврологічне та ортопедичне дослідження з елементами кількісного сенсорного тестування, а також застосування російськомовної версії опитувальника DN-4. Хворих розподілили на три групи: 1-ша — пацієнти без іррадіації в нижню кінцівку, 2-га — пацієнти з іррадіацією болю в нижню кінцівку і без неврологічного дефіциту, 3-тя — пацієнти з ради-

кулярним поширенням болю в нижню кінцівку і неврологічним дефіцитом.

Результати. За даними неврологічного дослідження і сенсорного тестування, невропатичний компонент болю на поперековому рівні виявлено у 35 % пацієнтів 3-ї групи, 22,2 % — 2-ї групи і 10 % — 1-ї групи; на рівні нижньої кінцівки — у 80 % пацієнтів 3-ї групи і 26 % — 2-ї. Ці дані були підтверджені при застосуванні опитувальника DN-4 (4 бали) з чутливістю 80 %, специфічністю 92 % та індексом Йодена 0,72.

Висновки. Вперше було підтверджено можливість застосування російськомовної версії опитувальника DN4 для діагностики невропатичного компонента БНЧС. Хоча прийнято говорити про наявність невропатичного компонента в картині класичної радикулопатії, він був виявлений і при інших типах БНЧС. Важливо встановити співвідношення ноцицептивного та невропатичного компонентів у картині БНЧС і враховувати це при призначенні механізм-орієнтованої терапії.