

И.С. Петухова (Харьков)

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КРИПТОГЕННУЮ ЭПИЛЕПСИЮ И МИГРЕНЬ С АУРОЙ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Описано влияние комплексной терапии для купирования эпилептических припадков и патогенетического воздействия на мигренозную ауру. В ходе наблюдения выявлена положительная динамика у больных с криптогенной эпилепсией и полиморфными (комплексными парциальными и вторично генерализованными) припадками и мигренозной аурой после комплексного патогенетического фармакологического лечения.

Ключевые слова: эпилепсия, мигрень с аурой, лечение.

История эпилепсии и мигрени известна уже более трех тысяч лет, но причины возникновения данных патологических процессов до сих пор не изучены [9].

Эпилептический припадок – это стереотипное нарушение поведения, эмоций, моторных, сенсорных функций, сознания, которое по времени явно неспровоцированное и по клиническим проявлениям соответствует электроэнцефалографическим изменениям [3, 9].

Еще Гиппократ, отец современной медицины, в своих сочинениях уделял много внимания эпилепсии. Он рассматривал эпилепсию как болезнь головного мозга, вызываемую естественными, а не сверхъестественными причинами. Значительно позже Гален разделил эпилепсию на две формы: идиопатическую и симптоматическую [9]. В 1989 г. в Нью-Дели (США) Международная Противоэпилептическая Лига (International League Against Epilepsy – ILAE) приняла принципиально новую классификацию эпилепсии и эпилептических синдромов, вошедшую в Международную классификацию болезней десятого пересмотра (МКБ-10), которая на сегодняшний день принята в Украине [3, 9]. Данная классификация отражает современный уровень знаний об этиологии, патогенезе и клинике этого заболевания [3, 9]. Современное трактование эпилепсии характеризует ее как заболевание, протекающее с повторными (двумя или более) эпилептическими припадками, не спровоцированными какими-либо определенными причинами [3, 9].

Мигрень была впервые описана в I веке нашей эры Ареетем. Римский врач Гален во II веке назвал ее

«гемикрания», что со временем превратилось в гемигрению (односторонняя головная боль), а затем – в мигрень [2, 6].

Согласно II Международной классификации головной боли (МКГБ-II), мигрень – пароксизмальное состояние, которое проявляется приступами, как правило, односторонней головной боли, сопровождающейся тошнотой, рвотой, фото- и/или фонофобией. Выделяют мигрень без ауры и мигрень с аурой (по старой классификации – ассоциированная мигрень). Типичная аура характеризуется фокальными неврологическими симптомами с обратимым характером, которые, как правило, предшествуют головной боли. Аура также может сочетаться с головной болью или возникать без нее [4–8, 10, 11]. Известный невролог XIX ст. сэр Уильям Говерс указал на многочисленные сходства между возникновением приступов мигрени и другими заболеваниями, сопровождавшимися приступами. Особое внимание в развитии приступов он уделил роли гипервентиляции легких и определил мигрень как пограничную зону эпилепсии [9].

Мигрень и эпилепсия являются неврологическими заболеваниями с рядом общих черт: пароксизмальностью возникновения приступов, нормальным неврологическим статусом в межприступном периоде, положительным ответом на прием антиконвульсантов. Более того, мигрень и эпилепсия – коморбидные заболевания. Распространенность головной боли среди больных эпилепсией составляет 59% [1]. Наиболее часто у пациентов, страдающих эпилепсией, отмечают мигренозные или мигренеподобные головные боли

Таблиця

Типи лікування больних всіх груп спостереження

Базова терапія		Додаткова терапія	
препарат	режим прийому	препарат	режим прийому
Топамакс	в дозі 100 мг/сут. в 2 прийоми	Кофетамин	по 1 таблетці вранці (в течение 2 тижнів) з наступним зменшенням дози до 0,5 таблетки вранці (в течение 4 тижнів)
		Ноофен	по 0,25 г 2 рази в день (в течение 4 тижнів) з наступним зменшенням прийому препарату до одного разу в день (тільки вранці) в тій же дозі (в течение 1 місяця)
		Магній В ₆	по 2 таблетки 3 рази в день (300 мг) (в течение 4 тижнів)
		Кортексин	в суточній дозі 10 мг внутрим'язово щодня (в течение 10 днів)
		Сермион	внутривенно крапельно в дозі 4 мг в 100 мл 0,9% розчину натрію хлориду через день (в течение 5 днів)

(8–26%) [1]. Епілепсія підвищує ризик розвитку мігрени в 2,4 рази, а мігрень, в свою чергу, збільшує ризик розвитку епілепсії в 4,1 рази [1].

Ціль роботи – вивчити вплив розробленої медикаментозної корекції у больних криптогенної епілепсії з парціальними приступами і приступної мігренозної аури.

Матеріали і методи

В дослідженні прийняли участь 48 больних з криптогенної епілепсії (29 чоловіків і 19 жінок в віці 25–45 років). Длительність захворювання складала 1–3 роки. Період спостереження за пацієнтами – 2–4 місяці. Всі больні були розподілені на 3 групи: контрольну і дві групи порівняння.

В контрольну групу вошло 16 больних криптогенної епілепсії з парціальними приступами без мігренозної аури (11 чоловіків і 5 жінок).

В першу групу порівняння вошло 18 больних (10 чоловіків і 8 жінок) з комплексними парціальними приступами і мігренозною аурою. Из них у 11 пацієнтів мігренозна аура спостерігалась за півгодини до початку приступу, у 7 – за годину до початку приступу і супроводжувалась тошноту, розмитістю зору в продромальній фазі.

Во другу групу порівняння вошло 14 больних (8 чоловіків і 6 жінок) з вторично генералізованими тоніко-клонічними приступами з мігренозною аурою. Причому у 12 пацієнтів цієї групи мігренозна аура виникла за півгодини до початку епілептичного

припадку, а у 2 – за годину до початку епілептичного припадку і супроводжувалась тошноту, розмитістю зору в продромальній фазі.

Больні контрольної групи для купірування епілептичних припадків отримували тільки базову терапію топамаксом в дозі 100 мг/сут. в 2 прийоми.

Додаткова терапія була проведена наступними препаратами. Кофетамин призначали по 1 таблетці вранці в течение 2 тижнів, з наступним зменшенням дози до 0,5 таблетки вранці в течение 4 тижнів; ноофен – по 0,25 г 2 рази в день в течение 4 тижнів, з наступним зменшенням прийому препарату до одного разу в день (тільки вранці) в тій же дозі – 1 місяць; магній В₆ – по 2 таблетки 3 рази в день (300 мг), в течение 4 тижнів; кортексин – в суточній дозі 10 мг внутрим'язово щодня в течение 10 днів; сермион – внутривенно крапельно в дозі 4 мг в 100 мл 0,9% розчину натрію хлориду, через день в течение 5 днів (табл.).

Больні обох груп порівняння отримували базову терапію, як і особи контрольної групи. Для вивчення течія криптогенної епілепсії у осіб груп порівняння застосовували додаткову терапію порівняно з базовою (табл.).

Дана методика є авторською. Результати проведених досліджень свідчать про позитивний вплив комплексної медикаментозної корекції на процеси купірування епілептичних припадків і патогенетичного впливу на мігренозну ауру, що дозволяє підвищити ефективність протиепілептичного лікування.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного лечения установлено, что количество эпилептических приступов у всех обследованных лиц уменьшилось с 2–3 до 1 припадков в месяц или вообще свелось к 0 в течение 1–4 месяцев.

Топамакс в дозе 100 мг/сут. (2 приема) в качестве базовой терапии в лечении криптогенной эпилепсии с парциальными приступами без мигренозной ауры у всех лиц контрольной группы показал положительный эффект: до лечения частота приступов составляла 2–3 раза в месяц, после лечения – 1 раз в месяц, а также облегчилась тяжесть приступов.

Сочетание базовой и дополнительной терапии в лечении пациентов с комплексными парциальными приступами и мигренозной аурой привело к отсутствию мигрелепсии у всех 18 пациентов этой группы.

Применение базовой и дополнительной терапии для лечения пациентов второй группы сравнения привело к отсутствию мигрелепсии у 12 больных, страдавших криптогенной эпилепсией с вторично генерализованными тонико-клоническими припадками и мигренозной аурой. Однако у 2 больных (мужчин) этой группы состояние после лечения не улучшилось: мигрелепсия сохранилась. Это могло быть связано с тяжестью и частотой припадков с мигренозной аурой и

длительной (продромальной) фазой, а также коморбидной патологией.

Полученные в результате лечения данные показали, что дополнительная патогенетическая терапия (кофетамин, ноофен, магний-В6, кортексин, сермион) влияла на те или иные общие нейрофизиологические механизмы эпилептогенеза и мигрени и, таким образом, усиливала эффект антиконвульсантов и купировала мигренозную ауру.

Выводы

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о положительном влиянии комплексной терапии на купирование эпилептических припадков и патогенетического воздействия на мигренозную ауру, что позволяет повысить эффективность противоэпилептического лечения с уменьшением доз базового антиконвульсанта, а также улучшить качество жизни больных эпилепсией с полиморфными парциальными припадками и мигренозной аурой.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в последующем динамическом наблюдении за больными с данной патологией для подтверждения наших данных, а также во внедрении комплексной терапии для купирования эпилептических припадков и патогенетического воздействия на мигренозную ауру.

Список литературы

1. Азимова Ю. Э. Мигрень и эпилепсия / Ю. Э. Азимова, Г. Р. Табеева // Эпилепсия. – 2009. – Т. 1, № 1. – С. 21–25.
2. Броун Т. Эпилепсия : клин. рук-во / Т. Броун, Г. Холмс. – М. : Изд-во БИНОМ, 2006. – С. 166–179.
3. Бурд Г. С. Международная классификация эпилепсии и основные направления ее лечения / Г. С. Бурд // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1995. – № 3. – С. 4–12.
4. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы / А. М. Вейн. – М. : Медицина, 1998. – 349 с.
5. Зенков Л. Р. Депакин в лечении эпилепсии / Л. Р. Зенков. – М., 2002. – С. 8.
6. Зенков Л. Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептиологии / Л. Р. Зенков. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – С. 7.
7. Карлов В. А. К проблеме взаимоотношения мигрени и эпилепсии (анализ случая) / В. А. Карлов, О. С. Иноземцева // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – Вып. 2, № 6. – С. 89–91.
8. Осипова В. В. Второй классификационный комитет. Международная классификация головной боли ; Международный общество головной боли / пер. В. В. Осипова, Т. Г. Вознесенская. – 2-е изд. – Изд. А. О. «Гедеон Рихтер», 2003. – 326 с.
9. Эпилепсия / Л. А. Дзяк, Л. Р. Зенков, А. Г. Кириченко. – К. : Книга-плюс, 2001. – 168 с.
10. Samuels M. A. Неврология / А. М. Samuels. – М. : Медицина, 1997. – С. 3–4.
11. Yankovsky A. E. Characteristics of headache associated with intractable partial epilepsy / A. E. Yankovsky, F. Andermann, A. Bernasconi // Epilepsia. – 2005. – Vol. 46. – P. 1241–1245.

Вплив комплексного медикаментозного лікування на криптогенну епілепсію та мігрень з аурою

I. С. Петухова (Київ)

Описано вплив комплексної терапії для купірування епілептичних нападів та патогенетичного впливу на мігренозну ауру. У ході спостереження виявлено позитивну динаміку у хворих із криптогенною епілепсією і поліморфними (комплексними парціальними і повторно генералізованими) випадками і мігренозною аурою після комплексного патогенетичного фармакологічного лікування.

Ключові слова: епілепсія, мігрень з аурою, лікування.

Cryptogenic epilepsy and migraine with aura and their treatment

I.S. Petukhova (Kyiv)

During the research there was found positive dynamics with patients with cryptogenic epilepsy and polymorphic (complex partial and secondarily generalized) seizures and migraine aura after the complex pathogenetic pharmacological treatment.

Key words: epilepsy, migraine with aura, treatment.

Дата поступлення рукопису в редакцію: 01.11.2013 г.