

Евдокимова Е.М.,
Табеева Г.Р.

Кафедра нервных болезней
и нейрохирургии
ГБОУ ВПО «Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова»,
Москва, Россия

ИНСОМНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ

Введение. Мигрень не является изолированным заболеванием и часто сопровождается коморбидными расстройствами, что также обуславливает социальную дезадаптацию пациентов и нарушает качество жизни в целом [1]. В этом широком круге расстройств особое значение приобретает сон и его нарушения, оказывающие существенное влияние на клиническое симптомообразование, течение и исходы лечения мигрени. Bigal M.E. и Lipton R.B. [2] высказали предположение, что неудовлетворённость ночным сном является одним из факторов, отвечающих за трансформацию эпизодической мигрени в хроническую. Нарушение привычного паттерна сна может спровоцировать приступы головной боли, а с другой стороны, сон может облегчить или прервать развившийся приступ мигрени. По некоторым данным избыточный сон в дневное время также ассоциирован с мигренью, особенно с ее хронической формой [3].

Цель исследования – выявление роли инсомнии и хронобиологических закономерностей течения приступов головной боли в формировании клинических особенностей и в выработке стратегий профилактического лечения мигрени.

Материал и методы исследования. Обследовано 33 пациента с мигренью в возрасте от 20 до 65 лет. Выделены две группы: I – 18 человек с мигренью, сочетающейся с инсомнией (МсИн), средний возраст которых составил $39,8 \pm 10$ лет, и II группа – мигрень без инсомнии (МБИн), в которую вошло 15 пациентов, средний возраст составил $33,4 \pm 7,9$ лет. Диагноз эпизодической и хронической мигрени, с аурой и без ауры устанавливался в соответствии с критериями МКГБ 3-го пересмотра (2013). Критерии исключения из исследования: грубая соматическая или психиатрическая патология. Всем пациентам проводилось клинико-неврологическое обследование. Интенсивность головной боли определялась с помощью десятибалльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), длительность и частота головной боли регистрировались пациентами в дневниках головной боли. Анализировалась шкала оценки качества сна по данным Питтсбургского опросника (PSQI), выраженность сонливости оценивалась шкалой Эпфорта (ESS). Кроме того, изучались показатели: степень влияния головной боли на общее состояние и качество жизни (НПТ-6), уровень зависимости от анальгетиков (Лидский опросник зависимости – LDQ), степень влияния мигрени на по-

вседневную активность (MIDAS). Оценка уровня депрессии проводилась при помощи шкалы Бека. Анализ реактивной и личностной тревожности осуществлялась по шкале Спилбергера-Ханина.

Результаты исследования. Нозологический анализ показал, что в МсИн доля мигренозных приступов без ауры составило 55,5%, с аурой – 44,5%; в группе МБИн доля мигренозных приступов с аурой составила 20%, без ауры – 80%. Пациентов с хронической мигренью достоверно было выше в первой группе (МсИн) и превышало значения во второй группе (МБИн) и составило 22,2%. При рассмотрении клинических особенностей структуры сна в группе МсИн было установлено, что в подавляющем большинстве случаев пациенты испытывали недостаточность продолжительности сна (<7 ч) – 50%, а также низкое качество сна (21,4%), 33,3% указывали на чрезмерную дневную сонливость, длительность засыпания (>30 мин) составила 29,3% респондентов, у 37% пациентов наблюдалось увеличение количества ночных или ранних пробуждений. При изучении структуры распределения чрезмерной дневной сонливости наибольшее ее проявление наблюдалось при чтении книг – 67% обследованных и после обеденного времени при отдыхе – у 61% пациентов.

Заключение. Полученные результаты позволили уточнить клинико-психологические отличия между течением мигрени, сочетающейся с проявлениями инсомнии или без нее. Согласно данным нашего исследования установлено, что продолжительные мигренозные головные боли чаще были ассоциированы с нарушениями качества сна преимущественно за счёт недостаточности продолжительности сна, неудовлетворенности сном ввиду его низкой эффективности и сопровождаемой чрезмерной дневной сонливостью. Чрезмерная дневная сонливость значительно дезадаптировала пациентов, влияя на качество жизни в целом, провоцируя эпизоды сна в послеобеденное время, при чтении литературы. Интенсивность ГБ по ВАШ и временной характер приступа мигрени также были выше в группе МсИн. Детальное изучение нейропсихологических показателей позволило выявить достоверно более высокий уровень реактивной и личностной тревожности, депрессивных расстройств у пациентов с астено-ипохондрическим типом личности, страдающих мигренозными головными болями и длительными нарушениями сна. Тяжесть боле-

вого синдрома и психоэмоциональные расстройства на фоне неудовлетворенности сном приводили у пациентов в группе с МсИн к снижению качества жизни и высокому влиянию ГБ на повседневную активность (данные индексов HIT-6 и MIDAS). Анализ исследования хронотипических особенностей у пациентов в группе МсИн показал, что значительная часть пациентов принадлежала к слабо выраженному вечернему типу. По данным литературы, биологический анализ подобного хронотипа подразумевает три пика рабочей активности (с 13.00 до 14.00, 18.00 до 20.00 и последний пик 23.00 до 01.00).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Zaubler T., Katon W. Panic disorder and medical comorbidity: a review of the medical and psychiatric literature. // Bulletin of the Menninger Clinic. 1996; 60(2): Suppl A, A12–A38.

Это обосновывает предположение, что поздний отход ко сну провоцирует нарушение инициации сна, уменьшение продолжительности и неудовлетворенность сном, что, возможно, приводит к учащению мигренозных приступов. С учётом полученных результатов исследования в настоящее время нами разрабатывается алгоритм образовательной программы для пациентов с мигренью с учётом их хронобиологических закономерностей и оценкой биологических ритмов, направленный на оптимизацию профилактического лечения и качества жизни пациентов.

2. Bigal M.E., Lipton R.B. What predicts the change from episodic to chronic migraine? *Curr Opin Neurol.* 2009; 22: 269–276.

3. Seidel S., Hartl T., Weber M. et al. Quality of sleep, fatigue and daytime sleepiness in migraine—a controlled study. *Cephalalgia.* 2009; 29 (6): 662–669.

*Красников А.В.,
Шведков В.В.,
Абаимов Д.А.,
Сариев А.К.,
Пантюхова Е.Ю.,
Носкова Т.Ю.*

*ФГБНУ Научный центр
неврологии, Москва, Россия*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА ТОПИРАМАТА ПРИ МИГРЕНИ

Цель работы. Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью поиска дополнительных методов для объективизации картины профилактического лечения мигрени. Поэтому целью данной работы была оценка роли и возможностей метода терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ). Для исследования был выбран топирамат, который нашел широкое применение в профилактическом лечении мигрени.

Материал и методы. В исследование было включено 20 пациентов с ранее диагностированной мигренью, средний возраст – 36 ± 13 лет. Мигрень была представлена тремя формами (согласно критериям международной классификации головной боли, 2013): мигрень с аурой (15%), мигрень без ауры (55%) и хроническая мигрень (30%). Включенные в исследование пациенты изначально имели довольно тяжелое течение мигрени, о чем свидетельствуют следующие параметры: частота головной боли 9 [4;17] дней в месяц, интенсивность боли по ВАШ – $8 \pm 0,7$ балла, средний анамнез головной боли – 12 [10;20] лет. Все пациенты принимали топирамат со стандартным титрованием дозировки от 25 до 100 мг в сутки. По протоколу исследования ТЛМ топирамата

проводили на трех визитах: на дозировке 50 мг/сутки (в 2 приема), а также на дозировке 100 мг/сутки в начале лечения и на той же дозировке спустя 4 месяца. Отбор крови для ТЛМ производили у каждого пациента двукратно по принципу «пик-спад»: первый отбор крови производился утром натощак, до приема препаратов, что соответствовало минимальной концентрации в крови (C_{min}). Второй отбор осуществляли через 3 ч после приема препарата, что соответствовало максимальной концентрации (C_{max}). Соответственно, на третьем визите определялась концентрация в стационарном состоянии C_{ssmin} и C_{ssmax} . Исследование проводили на жидкостном tandemном хромато-масс-спектрометре LCQ Fleet производства фирмы Thermo Fisher Scientific (США) с помощью оригинального авторского масс-спектрометрического метода количественного определения топирамата.

Результаты. С учетом ранее представленных характеристик головной боли у включенных в исследование пациентов можно говорить о высокой эффективности топирамата в профилактическом лечении мигрени. Стойкий положительный терапевтический эффект в отношении головной