

## ВИКОРИСТАННЯ ГАБАПЕНТИНУ В ПРОФІЛАКТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ МІГРЕНІ

Сотніков Д. Д.

Сумський державний університет, кафедра фізіології та патофізіології

**Актуальність.** Мігрень та епілепсія вважаються коморбідними захворюваннями, що пояснюється схожістю патогенетичних механізмів. Останніми роками активно вивчається ефективність протиепілептичних препаратів у превентивному лікуванні мігрені. Препаратом першої лінії є топірамат. У кількох закордонних дослідженнях показана ефективність габапентину в профілактиці нападів мігрені, проте рекомендації щодо використання даного препарату варіюються.

**Мета:** вивчити ефективність габапентину в профілактичному лікуванні мігрені.

**Матеріал та методи.** Групу пацієнтів, яким запропоноване лікування габапентином, становили 35 хворих з головним болем, що відповідає діагностичним критеріям мігрені, з перебігом захворювання, який потребував профілактичного лікування. Переважна більшість представлена жінками – 30 (85,7 %) осіб. Середній вік становив  $37,6 \pm 1,9$  року, давність захворювання –  $14,4 \pm 1,3$  року. Лікування габапентином починалося мінімальною дозою 300 мг, при переносимості препарату відбувалося подальше її титрування протягом 4 тижнів до 1200 мг. Середня добова доза габапентину в групі становила  $864 \pm 46,9$  мг. Більшість отримували 900 мг/добу – 10 (40 %) осіб, 600 мг/добу – 9 (36 %) осіб й 1200 мг/добу – 6 (24 %) осіб. Тривалість лікування становила 3 місяці. Хворі заносили дані щодо нападів головного болю в спеціалізований щоденник, де враховувалися частота, інтенсивність, тривалість, наявність супутніх симптомів. Інтенсивність головного болю оцінювалася за допомогою 10-бальної візуальної аналогової шкали (ВАШ). Для кількісної оцінки тяжкості мігрені та порушення повсякденної активності використовувався спеціальний опитувальник MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire).

**Результати.** Тримісячний курс лікування закінчили 25 (71,4 %) пацієнтів. Через виникнення побічних дій дослідження припинили 8 (22,9 %) осіб, із них у 4 (11,4 %) – запаморочення, у 2 (5,7 %) – сонливість, у 1 (2,9 %) – загальна м'язова слабкість, у 1 (2,9 %) – тремор. Двоє хворих (5,7 %) були виключені за недотримання протоколу дослідження та передчасне припинення лікування. Частота нападів мігрені скорочувалася вдвічі й більше в 14 (56,0 %) випадках, на 25–49 % – у 8 (32,0 %), менше 25 % – у 3 (12,0 %) пацієнтів. При цьому середня частота атак зменшилася з  $8,0 \pm 1,1$  до  $4,6 \pm 0,8$  на місяць – на 42,5 % ( $p < 0,05$ ). У хворих на мігрень з ауруою середня частота виникнення аури скоротилася з  $3,8 \pm 1,0$  до  $2,3 \pm 1,0$  на місяць ( $p > 0,05$ ), при цьому частка нападів з ауруою зменшилася лише на 9,9 %. Середня інтенсивність головного болю за ВАШ знизилася з  $7,9 \pm 0,3$  до  $6,2 \pm 0,3$  бала – на 21,5 % ( $p < 0,05$ ). Наприкінці лікування середня тривалість мігренозного нападу зменшилася на 15,9 години – на 66,3 % ( $p < 0,05$ ). Частка нападів із нудотою та/або блюванням зменшилася на 7,3 %, а з фото- та/або фонофобією – на 6,1 %. З 13 осіб, у яких спостерігалися симптоми алодинії під час нападу, у 9 (76,9 %) кількість атак зменшилася на 50 % й більше. Ступінь повсякденної дезадаптації за шкалою MIDAS зменшився з  $26,4 \pm 1,6$  до  $14,1 \pm 1,4$  бала – на 46,6 % ( $p < 0,05$ ). На тлі загального зменшення частоти нападів, на 21,1% зменшилася кількість атак, що потребували медикаментозного купірування.

**Висновки.** Габапентин продемонстрував свою ефективність у профілактичному лікуванні мігрені. Більшою мірою позитивна динаміка відзначалася в зменшенні тривалості атак (на 66,3 %) і скороченні щомісячної частоти нападів (на 42,5 %), що відобразилось у зменшенні ступеня повсякденної дезадаптації на 46,6 % за шкалою MIDAS.