

Ібупрофен при головному болю різного генезу

Незважаючи на численні спроби синтезувати нові ефективні молекули аналгетиків, за останні десятиліття не вдалося створити знеболювальну субстанцію, що настільки вдало поєднує ефективність і безпеку, як ібупрофен, отриманий ще 1962 року. Цей засіб відрізняється хорошою переносимістю і традиційно вважається золотим стандартом безпеки серед нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Ібупрофен відповідає всім вимогам, що пред'являються до безрецептурного аналгетика: він доступний у різних лікарських формах, які легко абсорбуються в шлунку і кишечнику, швидко створює пікові концентрації в плазмі крові, має відносно короткий період напіввиведення і разом із тим забезпечує тривалу дію. Мінімальний спектр побічних ефектів ібупрофену робить можливим не лише епізодичне, а й курсове застосування цього аналгетика, що особливо важливо в практиці лікування деяких цефалгій.

Ібупрофен як ефективний і безпечний аналгетик залишається препаратом вибору в лікуванні головного болю різного походження: головного болю напруги (ГБН), психогенної цефалгії, головного болю, що супроводжує простудні захворювання, грип і похмільний синдром, мігренозного і цервікогенного головного болю, абзусного (індукованого медикаментами), а також комбінованого (наприклад, при поєднанні мігрені та ГБН) головного болю.

Головний біль напруги

За визначенням Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, ГБН – це головний біль, що виникає у відповідь на психоемоційне перенапруження в результаті гострого або хронічного стресу. Залежно від тривалості больових епізодів розрізняють дві форми ГБН: епізодичний (30-120 хвилин до 15 днів на місяць) і хронічний (понад 15 днів на місяць або 180 днів на рік).

Якісні характеристики власне головного болю близькі для епізодичних і хронічних форм ГБН. Біль зазвичай має монотонний персистуючий характер з коливаннями інтенсивності протягом дня. Часто пацієнти описують його як почуття тиску, напруги або стягування навколо голови на кшталт «каски», набагато рідше – у вигляді власне больових відчуттів. У деяких випадках пацієнти відзначають короткі епізоди гострого одностороннього болю. Близько чверті осіб із ГБН систематично відзначають епізоди різкого посилення болю з елементами пульсації. Помірна і низька інтенсивність болю при ГБН відзначається у 87-99% хворих. Це однаковою мірою стосується як епізодичного, так і хронічного ГБН. Визначити індивідуальні провокуючі чинники в разі ГБН непросто, оскільки більшість атак при епізодичній і хронічній формах є спонтанними.

Важливо пам'ятати, що ГБН може поєднуватися з порушеннями емоційної сфери, астенодепресивними, депресивно-іпохондричними розладами, порушеннями сну, вегетативною дистонією, мігренню (до 10% хворих), міофасціальним больовим синдромом, а також із психосоматичними захворюваннями (патологією серця, виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки, дискінезією жовчовивідних шляхів і кишечнику).

Оскільки для ГБН не існує специфічних параклінічних маркерів, цей діагноз є клінічним і встановлюється за наявності відповідних критеріїв для окремих форм. Диференційну діагностику ГБН слід проводити насамперед із симптоматичним головним болем.

Основним принципом лікування всіх пацієнтів із ГБН є поєднання двох напрямів, а саме: купірування епізоду головного болю і профілактичної терапії. Перший підхід застосовують з метою усунення больових нападів як при епізодичному ГБН, так і в разі його хронічної форми. Профілактична терапія призначається пацієнтам з хронічним ГБН. Для купірування суб'єктивних больових проявів найоптимальнішим визнано використання НПЗП, що відображено у відповідних клінічних рекомендаціях.

Згідно з настановами Британської асоціації з вивчення головного болю, ібупрофен внесено до переліку препаратів вибору для купірування епізодичного ГБН; обґрунтуванням для цього слугують результати низки клінічних досліджень (Schnider P. et al., 1994; Lange R., Lentz R., 1995; Steiner T.J., Lange R., 1998; Steiner T.J. et al., 2003).

В інших роботах ібупрофен продемонстрував перевагу стосовно купірування епізодів ГБН над іншими популярними НПЗП. У подвійному сліпому плацебо-контрольованому дослідженні, виконаному В.Р. Schachtel і співавт. (1996), ібупрофен у дозі 400 мг порівнювали з парацетамолом (1000 мг) у 455 пацієнтів з ГБН. Повної ліквідації больового синдрому було досягнуто в 67% учасників групи ібупрофену; натомість у групах парацетамолу і плацебо частота купірування ГБН становила 34 і 7% відповідно.

Мігрень

Це одна з найпоширеніших цефалгій, її частка в структурі всіх видів головного болю сягає до 38%. Згідно з визначенням Всесвітньої федерації неврологів, мігрень – спадкове захворювання, що характеризується нападами цефалгії, здебільшого односторонньої локалізації, різними за інтенсивністю, частотою і тривалістю, які супроводжуються нудотою, іноді блюванням, фото- та/або фонофобією, іноді вогнищевими неврологічними симптомами. Щоб припустити наявність мігренозної цефалгії, головний біль має мати принаймні дві з таких ознак: одностороння локалізація, пульсуючий характер, середня або значна інтенсивність, зниження активності пацієнта, посилення болю при фізичному навантаженні. Крім того, цефалгія повинна супроводжуватися хоча б одним із супутніх симптомів, як-от: нудота, блювання, світло- чи звукобоязнь – і тривати від 4 до 72 год (за відсутності медичної допомоги). Щоб встановити діагноз мігрені, таких атак має розвинути як мінімум п'ять; у діагностиці також допомагає наявність спадкового анамнезу. Описана клінічна картина відповідає діагнозу простої мігрені, або мігрені без аури, яка реєструється в 75% випадків мігренозних пароксизмів.

Рідше відзначається мігрень з аурую, що є комплексом вогнищевих неврологічних симптомів тривалістю не більше 1 години, які виникають унаслідок зниження мозкового кровотоку в окремих ділянках мозку. Характер таких неврологічних симптомів, а отже, й варіант аури залежать від залучення до патологічного процесу відповідного судинного басейну. Біль при мігрені з аурую розвивається не пізніше ніж через годину або відразу ж після аури і може тривати від 4 до 72 годин.

У лікуванні мігрені традиційними засобами є НПЗП. Вони застосовувалися для купірування головного болю в разі цього захворювання ще до винайдення специфічних протимігренозних препаратів (ерготаміну і триптанів). При цьому використання ібупрофену для купірування нападу мігренозної цефалгії є досить ефективним порівняно із сучасними протимігренозними засобами і найдоступнішим в аспекті ціни.

Аналіз клінічних ефектів ібупрофену при мігрені дозволяє виокремити дві групи змін. По-перше, вже після його прийому в дозі 400 мг досягається виражений аналгетичний ефект, що проявляється в зниженні інтенсивності та тривалості больових нападів. Крім того, зменшується потреба в додатковому знеболенні. По-друге, після прийому ібупрофену спостерігається зниження вираженості супутніх симптомів мігрені, таких як нудота, блювання, фотопсії, світлобоязнь і тривожність (Табеева Г.Р., 2003).

У клінічних настановах ібупрофен фігурує як аналгетик, який використовується на першому етапі алгоритму купірування нападу мігрені. Британські експерти рекомендують застосовувати ібупрофен у разовій дозі 400 мг до 4 разів на добу (Nevanka-Kannianinen H., 1989; Kloster R. et al., 1992) і лише в разі недостатньої ефективності розпочинати прийом специфічних протимігренозних препаратів.

У рекомендаціях Європейської федерації неврологічних товариств (EFNS) на підставі результатів клінічних досліджень (Nebe J. et al., 1995; Diener H.C. et al., 2004 та ін.) ібупрофен у діапазоні доз 200-800 мг вказаний як препарат вибору для купірування головного болю при мігренозних атаках легкої і середньої тяжкості (рівень рекомендацій А).

В американських рекомендаціях із лікування мігрені зазначено, що оптимальне співвідношення ефективності і переносимості НПЗП робить цей клас препаратів вибору в лікуванні мігренозних атак різної інтенсивності, зокрема тяжких, при яких була раніше відзначена хороша відповідь на прийом НПЗП. Відповідно до американського протоколу найпереконливіша доказова база накопичена для ацетилсаліцилової кислоти, ібупрофену та напроксену.

Абзусний головний біль

У клінічній практиці наразі все більшого значення набуває медикаментозно індукований, або абзусний, головний біль. Клінічний парадокс полягає в тому, що регулярний і частий

прийом деяких аналгетиків, препаратів ерготамінового ряду, ацетилсаліцилової кислоти, барбітуратів, бензодіазепінових засобів й інших сполук, що використовуються для лікування мігрені та ГБН, може погіршувати наявні і спричиняти додаткові цефалгії, які за своїми характеристиками відрізняються від первинного головного болю.

Основним принципом терапії абзусного головного болю є відміна звичного аналгетика з роз'ясненням пацієнтові необхідності такого кроку. Типові симптоми відміни, що спостерігаються в перші 2-10 днів, включають різке посилення головного болю, який супроводжується різноманітними вегетативними порушеннями. Про це хворого також слід попередити. Основною точкою впливу медикаментозної терапії при абзусних цефалгіях є купірування так званого головного болю відміни. Із цією метою найчастіше використовують НПЗП, оскільки представники зазначеного класу самі по собі вкрай рідко здатні зумовлювати абзусний головний біль (Табеева Г.Р., 2003).

Цервікогенний головний біль

Є певні відмінні клінічні характеристики цефалгій, зумовлених патологічними змінами шийного відділу хребта і м'язів шиї: біль виникає пароксизмально, але напади тривають довше, ніж при типовому мігренозному пароксизмі. Цефалгія є пекучою і пульсуючою; може супроводжуватися нудотою, фото- і фонофобією, дзвоном і шумом у вухах, тимчасовими порушеннями слуху, запамороченням; часто іррадіює в орбіту, скроневу, потиличну ділянку, надпліччя і руку; провокуючими факторами можуть бути різкі рухи головою, незручна поза, тривале ізометричне напруження м'язів шиї. Для цервікогенного болю характерна латералізація (Ярошевський А.А., 2005).

Щоб виключити або підтвердити наявність у пацієнта вертеброгенного та міофасціального субстрату головного болю, можливе проведення мануального дослідження, візуальної діагностики (визначаються викривлення і деформації хребта, кривошия, порушення рухів у шийному відділі), рентгенографії шийного відділу хребта і черепа, магнітно-резонансної томографії.

Власне больовий синдром при цервікогенних цефалгіях може маніфестувати у вигляді як гострого, так і відносно постійного або рецидивуючого болю. У його купіруванні суттєву роль відіграють НПЗП, зокрема ібупрофен, який за необхідності може застосовуватися у великих дозах.

Поєднаний головний біль

В аспекті еволюційних форм головного болю вкрай складними є взаємини ГБН, медикаментозно індукованого головного болю та мігрені. Доволі давно встановлено можливість співіснування мігрені і ГБН в одного хворого. У популяційних дослідженнях показано більш часту поширеність мігрені в пацієнтів із ГБН і навпаки. У таких випадках головний біль розглядається як змішаний. Крім того, коли епізодична мігрень трансформується в хронічну форму, поряд з кількісними (підвищення частоти атак) відбуваються і якісні зміни: знижується інтенсивність мігрень-асоційованих симптомів – нудоти, фото- і фонофобії. У цих випадках мігренозний головний біль стає таким, що його фенотипічно неможливо відрізнити від ГБН. Це є передумовою для обговорення можливої спільності біологічних механізмів формування зазначених найпоширеніших форм первинного головного болю, а також для пошуку респічних підходів до медикаментозної терапії (Табеева Г.Р., 2007).

Таким чином, традиційний і добре вивчений НПЗП ібупрофен залишається в переліку аналгетиків першої лінії для купірування головного болю різного генезу, що відображено у відповідних погоджувальних документах з ведення пацієнтів із ГБН, мігренню й іншими больовими синдромами.

На українському фармацевтичному ринку ібупрофен у дозі 400 мг представлений препаратом Імет® компанії «Берлін-Хемі» (Німеччина). Завдяки використанню сучасних технологій особлива таблетка Імет® розпадається вже за 2 хвилини, що створює умови для швидкого вивільнення діючої речовини. Оптимальна терапевтична концентрація ібупрофену в плазмі крові після прийому таблетки Імету досягається вже через 10 хвилин, що гарантує високу швидкість розвитку знеболювального ефекту. Таким чином, Імет® відповідає основним вимогам, що пред'являються до сучасних препаратів для купірування нападу головного болю. Поєднуючи високу ефективність і безпеку, Імет® забезпечує швидкий знеболювальний ефект, що вкрай важливо для пацієнтів з головним болем.

Підготував **Олександр Гладкий**



ГОЛОВНИЙ БІЛЬ?



ІМЕТ®

ібупрофен 400 мг



СИЛА та ШВИДКІСТЬ проти болю!



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Реклама безрецептурного лікарського засобу. Р.П. № UA/4029/01/01. Лікарська форма. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. Показання. Симптоматичне лікування головного болю, в тому числі при мігрені, зубного болю, дисменореї, невралгії, болю у спині, суглобах, м'язах, при ревматичних болях, а також при ознаках застуди і грипу. Зберігати в місцях, недоступних для дітей. Протипоказання. Підвищена чутливість до ібупрофену та інше. Спосіб застосування. Дорослі та діти старше 12 років по 1 таблетці кожні 4 години. Перед застосуванням обов'язково ознайомтеся з інструкцією для медичного застосування Імет® та проконсультуйтеся з лікарем. За детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування Імет® наказ МОЗ України № 915 від 29.12.2015 р. Виробник — Берлін Хемі АГ. Представництво «Берлін Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ». Адреса: м. Київ, вул. Березняківська, 29, 7-й поверх. Тел.: +38 (044) 494-33-85, факс: +38 (044) 494-33-89. UA_IME-06-2017_V1_Visual. Затв. до друку 29.08.2017.

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ
ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я