

краніальних м'язів у 13 (22,2 %) пацієнтів (крім того, відзначалися скарги на зниження настрою у 12 пацієнтів, тривога — у 6 пацієнтів).

Відповідно до критеріїв хронічного ГБН, він був діагностований у 5 пацієнтів у РВП інсульту і у 12 пацієнтів у ПВП інсульту. Даний вид ГБ у РВП був асоційований з напруженням перикраніальних м'язів у всіх пацієнтів (крім того, відзначалися скарги на зниження настрою у 5 пацієнтів, тривога — у 3 пацієнтів, дратівливість — у 4 пацієнтів).

ГБ, що відповідав критеріям можливої тригемінальної вегетативної цефалгії, діагностований в 1 пацієнта в РВП інсульту.

Було проведено аналіз наявності зв'язку ГБ із гіпертензією. Відповідно до критеріїв ГБ, пов'язаного з гіпертонічним кризом без гіпертонічної енцефалопатії, він був діагностований у 15 (25,9 %) пацієнтів у РВП інсульту і у 8 (17,8 %) пацієнтів у ПВП інсульту.

Було встановлено групу пацієнтів, які не підпадали під діагностичні критерії, — 8 (16,0%) пацієнтів у РВП інсульту і 3 (6,8 %) пацієнти у ПВП інсульту.

Незалежно від давності інсульту у пацієнтів із ГБ відзначалися також біль, скутість у м'язах голови і шийного відділу хребта. Були виявлені активні тригерні точки у верхніх пучках трапецієподібного м'яза, у верхній частині латеральної головки грудино-ключично-соскоподібного м'яза, у верхньому кінці медіальної головки грудино-ключично-соскоподібного м'яза та в скроневому м'язі з характерною локалізацією відбитого болю.

При лікуванні ГБ у пацієнтів, які перенесли інсульт, керувалися сучасними положеннями доказової медицини [7–9], на основі яких сформували власний алгоритм лікування. Основними препаратами для лікування гострого нападу ГБН були ненаркотичні анальгетики (прості або комбіновані) і нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ). У своєму дослідженні ми використовували лорноксикам, що має виражену анальгетичну та протизапальну дію, а також низький ризик виникнення ускладнень. Це пояснюється особливостями фармакокінетики та фармакодинаміки лорноксикаму (препарат Ксефокам). На відміну від інших НПЗЗ, Ксефокам не чинить інгібуючого впливу на активність ферменту 5-ліпоксигенази і, таким чином, не пригнічує синтез лейкотрієнів, шунтуючи метаболізм арахідонової кислоти на 5-ліпоксигеназний шлях; арахідонова кислота та її ліпоксигеназні метаболіти можуть діяти як ретроградні медіатори, стимулюючи переробку больових імпульсів у спинному мозку [3]. Крім того, Ксефокам має більш короткий період напіввиведення (3–4 год), ніж інші оксиками. Особливо ефективно при ГБН зарекомендував себе Ксефокам Рапід, що діє швидко і вже в перші години після прийому полегшує біль у пацієнтів. Це пояснюється тим, що максимальні концентрації лорноксикаму в плазмі досягаються через 30 хвилин

після прийому всередину препарату Ксефокам Рапід. C_{max} препарату Ксефокам Рапід вища, ніж C_{max} препарату Ксефокам таблетки та еквівалентна C_{max} для лікарських форм лорноксикаму, призначених для парентерального введення. Абсолютна біодоступність препарату Ксефокам Рапід таблетки, вкриті плівковою оболонкою, становить 90–100 % та еквівалентна біодоступності препарату Ксефокам таблетки. При лікуванні хронічної ГБН препаратами вибору були трициклічні антидепресанти, зокрема амітриптилін, і селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (сертралін). Участь у патогенезі хронічної ГБН тривалого напруження перикраніальної мускулатури стала підставою для застосування в лікуванні цієї форми ГБ анальгетиків центральної дії з міорелаксуючим ефектом (тизанідин, флупіртин). При лікуванні можливої тригемінальної вегетативної цефалгії використовувалися протиепілептичні засоби (карбамазепін, прегабалін).

Ефективність лікування була оцінена як повне усунення ГБ у 72 (78,2 %) пацієнтів, хороший ефект — у 10 (10,8 %), задовільний — у 7 (7,6 %), незадовільний — у 3 (3,2 %) пацієнтів.

Висновок

Найбільш поширеним видом ПГБ є ГБН (59,1 % від усіх пацієнтів із ГБ). Зростання частоти нападів ГБ при збільшенні давності інсульту характерне для ПГБ. У пацієнтів із ГБН важливу роль в оформленні клінічної картини відіграють тригерні зони в трапецієподібному м'язі (91,1 %), верхній частині латеральної головки грудино-ключично-соскоподібного м'яза (69,6 %), в середньому відділі латеральної головки грудино-ключично-соскоподібного м'яза (5,8 %), у скроневому м'язі (35,3 %). ПГБ часто асоціюється з депресією і тривогою (у 81,1 % пацієнтів). Вірогідною є провідна роль тривожного розладу у виникненні ПГБ.

Рання терапія постінсультного болю є одним із методів профілактики хронізації ГБ у цієї групи пацієнтів. Високоєфективним методом для досягнення цієї мети є використання нестероїдних протизапальних засобів (лорноксикам) та антидепресантів (сертралін, есциталопрам тощо).

Список літератури

1. Varona J.F. Long-Term Prognosis of Ischemic Stroke in Young Adults / J.F. Varona, F. Bermejo, J.M. Guerra [et al.] // *J. Neurol.* — 2004. — Vol. 251. — P. 1507-1514.
2. Ferro J.M. Headaches in intracerebral hemorrhage survivors / J.M. Ferro, T.P. Melo, M. Guerreiro // *Neurology.* — 1998. — Vol. 50. — P. 203-207.
3. Barlas N. Types of Headache Seen in Outpatients in A Tertiary Care Hospital / N. Barlas, A. Khan [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.pjmsonline.com/types_of_headache_seen_in_outpat.htm (дата обращения: 28.10.2012).