

# migrena

NEWS

**VII ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA  
BÓLÓW GŁOWY, WARSZAWA,  
13-14.05.2018 R.**

**PROBLEMY PSYCHOSPOŁECZNE  
W MIGRENIE.** Czy migrena to coś więcej  
niż powracający, uporczywy ból głowy?

**MIGRENA JEST GŁÓWNA PRZYCZYNA  
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI U OSÓB W WIEKU  
PONIŻEJ 50 LAT:** czy osoby odpowiedzialne  
za politykę zdrowotną w końcu zauważą ten  
problem?



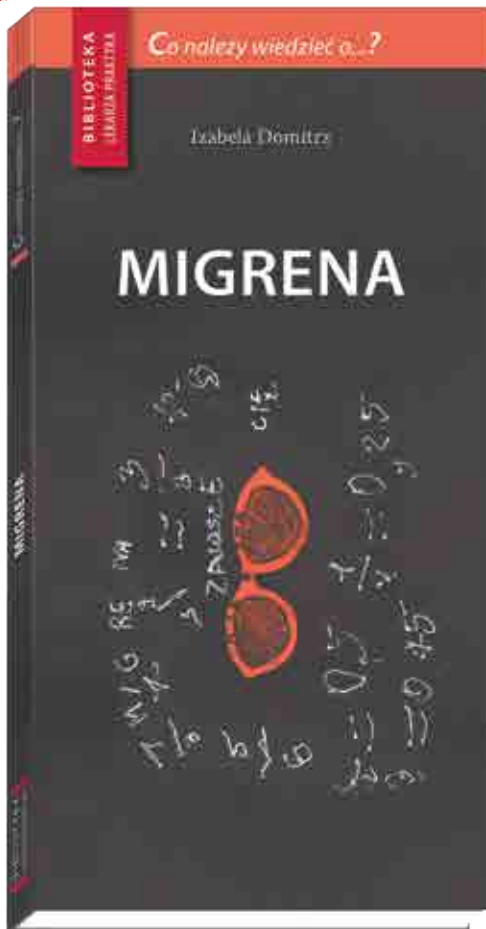
Co należy wiedzieć o...?

# MIGRENA

## w pytaniach i odpowiedziach

Dr hab. n. med. Izabela Domitrz

**NOWOŚĆ**



Prezentowana monografia jest poświęcona migrenie, jednej z najczęstszych chorób neurologicznych. Mimo że występuje ona bardzo często i pozornie uchodzi za dobrze znaną klinicyście jednostkę chorobową, to jednak wiedza o niej jest wciąż niewystarczająca. Nie tylko ogół społeczeństwa, pacjenci, lecz także wielu lekarzy nie posiada dostatecznej wiedzy dotyczącej migreny, jej rozpoznawania oraz leczenia. W niniejszym opracowaniu w bardzo prosty i przystępny sposób przedstawiono problem migreny, szczególnie w Polsce.

Książka przeznaczona jest przede wszystkim dla lekarzy pierwszego kontaktu, którzy stoją na początku medycznej drogi pacjenta migrenowego. Jednakże lekarze innych specjalności również z pewnością znajdą w niej praktyczne informacje. Z drugiej strony wielu pacjentów poszukuje wiadomości na temat swojej choroby – także oni mogą skorzystać z podstawowych informacji zawartych w książce.

**Książki Medical Education do nabycia w następujących punktach:**

 KSIĘGARNIA PWN

**GDAŃSK 1**  
ul. Korzenna 33/35, 80-851 Gdańsk  
tel. (58) 305 24 49; (58) 305 24 50  
fax (58) 305 24 49  
tel. kom. 510 111 467  
ksiegarnia.gdansk@pwn.com.pl

**GDAŃSK 2**  
ul. Narutowicza 11/12, 80-233 Gdańsk  
tel. (58) 347 11 25; tel. kom. 507 153 408  
ksiegarnia.gdansk2@pwn.com.pl

**KATOWICE**  
ul. Teatralna 2, 40-003 Katowice  
tel. (32) 258 13 47; fax (32) 258 13 46  
tel. kom. 504 221 433  
ksiegarnia.katowice@pwn.com.pl

**KRAKÓW**  
ul. Piłsudskiego 3/1, 31-110 Kraków  
tel. (12) 421 75 64; fax (12) 421 54 34  
tel. kom. 510 110 654  
ksiegarnia.krakow@pwn.com.pl

**ŁÓDŹ 1**  
ul. Więckowskiego 13, 90-721 Łódź  
tel. (42) 630 67 69; fax (42) 630 67 74  
tel. kom. 510 110 893  
ksiegarnia.lodz@pwn.com.pl

**ŁÓDŹ 2**  
ul. Kopcińskiego 31, 90-142 Łódź  
tel./fax (42) 678 39 20  
tel. kom. 510 110 574  
ksiegarnia.lodz2@pwn.com.pl

**POZNAŃ**  
ul. Mielżyńskiego 27/29, 61-725 Poznań  
tel. (61) 851 93 20; tel. kom. 510 110 719  
ksiegarnia.poznan2@pwn.com.pl

**WARSZAWA RESURSA**  
ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa  
tel. (22) 828 18 16  
ksiegarnia.warszawa2@pwn.com.pl

**WROCLAW 1**  
ul. Kuźnica 56, 50-138 Wrocław  
tel. (71) 343 54 52; fax (71) 372 36 69  
tel. kom. 510 109 676  
ksiegarnia.wroclaw@pwn.com.pl

**WROCLAW 2**  
ul. Szczytnicka 51, 50-382 Wrocław  
tel. (71) 322 06 61; fax (71) 322 10 73  
tel. kom. 510 109 861  
ksiegarnia.wroclaw2@pwn.com.pl

**Książki można zamówić:**

- przez stronę internetową
- wysyłając fax
- dzwoniąc
- wysyłając e-mail.

www.mededu.pl  
fax (22) 862 36 63 wew. 30  
tel. (22) 862 36 63 wew. 36  
marek.klebowski@mededu.pl; ksiazki@mededu.pl

  
medical education  
grupa wydawnicza

## SPIS TREŚCI

- 35 **Słowo wstępne**
- 37 **Fraszki i aforyzmy**  
Piotr Łyczak
- 39 **VII Zjazd Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy, Warszawa, 13–14.05.2018 r.**  
Streszczenia konferencyjne
- 53 **Problemy psychospołeczne w migrenie. Czy migrena to coś więcej niż powracający, uporczywy ból głowy?**  
Anna Kocwa-Karnaś, Izabela Domitrz
- 63 **Migrena jest główną przyczyną niepełnosprawności u osób w wieku poniżej 50 lat: czy osoby odpowiedzialne za politykę zdrowotną w końcu zauważą ten problem?**  
T.J. Steiner, L.J. Stovner, T. Vos, R. Jensen, Z. Katsarava

### Rada Naukowa

dr hab. n. med. Maria Łukasik  
prof. dr hab. n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk  
prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek J. Roźniecki  
prof. dr hab. n. med. Adam Stępień  
dr n. med. Maria Magdalena Wysocka-Bąkowska

### Wydawca

Medical Education Sp. z o.o.



ul. Kukielki 3a, 02-207 Warszawa  
tel.: (22) 862-36-63

### Prezes zarządu

Jagoda Kowalczyk

### Dyrektor zarządzający

Andrzej Kowalczyk  
andrzej.kowalczyk@mededu.pl

### Redaktor medyczny

Andrzej Jabłoński  
andrzej.jablonski@mededu.pl

### Product manager

Wioleta Gierek  
wiola.gierek@mededu.pl

### Dział graficzny

Agnieszka Jaworska-Bułdan,  
Katarzyna Gadamska-Rewucka

### Redakcja/korekta

Dominika Krokowska,  
Barbara Ramza-Kołodziejczyk,  
Barbara Walkusz

### Reklama

Dagmara Melanowicz  
dagmara.melanowicz@mededu.pl

Wersją pierwotną jest wersja drukowana.

Copyright © Medical Education

Wszelkie prawa zastrzeżone.  
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.



## SŁOWO WSTĘPNE

---



*Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!*

*Kolejny Zjazd Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy dobiegł końca – emocje już opadły i możemy podsumować to cykliczne wydarzenie.*

*Polskie Towarzystwo Bólów Głowy (PTBG) powstało przed 21 laty. Stało się to z inicjatywy Profesora Antoniego Prusińskiego, którego zapamiętamy jako twórcę polskiej nauki o bólach głowy, nazywaną headachologią lub, zawężając, migrenologią. Ponieważ uważamy Profesora za naszego nauczyciela, zjazd ten poświęciliśmy Jego pamięci.*

*20 lat temu, w 1998 r., w Rydzynie koło Poznania odbył się, zorganizowany przez Profesora Wojciecha Kozubskiego, pierwszy Zjazd PTBG. Od tamtej pory wydarzenie to, dzięki Zarządowi Głównemu PTBG, następuje cyklicznie co 3 lata. Tegoroczny VII Zjazd PTBG miał miejsce w Warszawie w dniach 13–14 kwietnia. Zgromadził prawie 200 uczestników, a Państwa liczne głosy dowodzą, że był on bardzo udany. W ciągu 2 dni przeprowadzono 11 sesji i 41 wykładów. Należy podkreślić nieoceniony udział w wykładach naszych Gości – specjalistów innych dziedzin – neurochirurgii, anestezjologii, endokrynologii, psychiatrii, psychologii, stomatologii, medycyny rodzinnej i laryngologii oraz okulistyki. Dzięki nim Zjazd był wydarzeniem interdyscyplinarnym i – biorąc pod uwagę Państwa opinie – znacznie poszerzył naszą wiedzę, m.in. w kontekście całościowego podejścia do pacjenta cierpiącego na ból głowy. Ważne jest także to, że zorganizowaliśmy również sesję poświęconą doniesieniom własnym. Podobnie jak w trakcie poprzednich zjazdów, bardzo udana była sesja Bóle głowy u dzieci, przeprowadzona przez wybitnych neurologów dziecięcych, a ciesząca się dużym powodzeniem także u neurologów zajmujących się na co dzień dorosłymi. W dobie nowych podejść terapeutycznych do leczenia migreny w licznych wykładach przedstawiliśmy zarówno nowoczesne podejście do patogenezy migreny, jak i nowe strategie jej leczenia oraz międzynarodowe zalecenia postępowania w samoistnych bólach głowy.*

*W tym, drugim już wydaniu czasopisma „Migrena”, organu Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy, zamieszczamy poza tym krótkim sprawozdaniem również streszczenia wykładów i doniesień. Pewnego rodzaju sprawozdaniem ze zjazdu są fraszki i aforyzmy naszego kolegi dr. Piotra Łycza-*

*ka zamieszczone poniżej, pisane na gorąco w trakcie sesji, mówiące zarówno o treści wykładu, jak i o wykładowcy z jego charakterystycznymi cechami. Utwory te drukujemy bez komentarzy i poprawek redakcyjnych, oczywiście za zgodą i z pełną aprobatą autora.*

*Zorganizowanie Zjazdu nie byłoby możliwe bez Państwa zaangażowania oraz pomocy firm farmaceutycznych – sponsorów strategicznych: Novartis i Tevy, sponsora głównego: Polpharmy, oraz Allerganu, Cefaly (Nexter) i Zentiva a Sanofi Company. Wszystkim serdecznie dziękuję!*

*Drugiego dnia Zjazdu odbyło się walne zgromadzenie PTBG, na którym udzielono absolutorium ustępującemu zarządowi oraz wybrano zarząd na nową 3-letnią kadencję. W tym miejscu pragnę podziękować za obdarzenie mnie zaufaniem i ponowny wybór na przewodniczącego PTBG. Mam nadzieję, że spotkamy się na kolejnym, VIII Zjeździe PTBG w 2021 r.*

*Z pozdrowieniami,  
Izabela Domitrz*

## Fraszki i aforyzmy

**Piotr Łyczak**

### **Prawdy źródło**

A może w tej metodzie tkwi prawdy źdźbło?  
Wyłuskanie jej jest fascynującą naukową grą

### **Względnosc**

Co kiedyś było magią,  
Dziś jest naukową prawdą,  
A droga do obiektywnego poznania  
Jest kontrowersjami zasłana.

\*\*\*

Pokora i wątpienie:  
Badacza laurowy wieniec.

\*\*\*

Gdy głowa boli,  
Trudno członkom swawolić!

\*\*\*

Wiedza niewiele pomaga,  
Gdy neurolog z migreną się zмага!

\*\*\*

Najbardziej nas boli i dotyka  
Niedoskonała genetyka.

\*\*\*

Mało chorego obchodzą nowe terminologie,  
Skale,  
Skoro ból głowy choremu dokucza dalej.

### **Źle, gorzej**

Źle, gdy tu nas boli, tam strzyka,  
Gorzej, gdy synapsa nie styka

### **Poprawa**

Poprawa samoistna czy polekowa?  
Samoistna wydaje się bardziej zdrowa!

\*\*\*

Pomysł to nienowy,  
Źe w bólu głowy,  
Edukacja i współpraca,  
Poprawa się odpłaca.

\*\*\*

Zwykle każde nadużycie  
Ubarwia i skraca życie.

\*\*\*

Intuicyjnie i z wielką trudnością  
leczymy  
Rozmaitość skutków nieznaney  
przyczyny.

### **Niesforny ból**

Najbardziej lekarzy smuci i boli  
Niesforny ból wymykający się spod kontroli.

### **Krok po kroku**

Poznajemy złożony patomechanizm  
migreny krok po kroku  
Wydobywając ze świata tajemnice  
z niewiedzy mroku.

### **Z nadzieją**

Każda nowa metoda leczenia  
z entuzjazmem się wita,  
A życie sprawia, że albo zamiera,  
albo rozkwita.

\*\*\*

Wielkie Tyś Sprawiedliwości Jaśnie Panie  
Bólu,  
Skoro jednako nawiedza biedaków i królów.  
Jeśli nauka wydrze Ci kiedyś Twoje tajemnice,  
Sprawiedliwości nie będzie już w niczem.

\*\*\*

Zlikwidować cokolwiek ból głowy  
To jakby wyteńczyć system alarmowy.

\*\*\*

Ból głowy to barometr zdrowia  
bowiem,  
Nierzadko jego przyczyna  
nie mieści się w głowie.

\*\*\*

Styl życia tak zwany zdrowy  
Nie chroni nas przed bólem głowy.

\*\*\*

Gdy mówimy za mądrze, szybko i dużo,  
Synapsy słuchaczy też szybko się nużą.

\*\*\*

Jaśnie Pan Ból,  
Wszelkich cywilizacji król.

### **Polipragmazja**

Nierzadko leczymy polekowe objawy  
niepożądane,  
I ta jatrogenność jest najbardziej niepożądanym stanem.

\*\*\*

Każde uzależnienie  
To bolesne brzemie

\*\*\*

By nie gubić istoty rzeczy  
Niekiedy należy stereotypom przeczyć.

\*\*\*

Rozsądkowi przeczy,  
Kto gubi istotę rzeczy.

### **Pamiętajmy**

Niechaj nie zawodzi nas pamięć,  
Wszak komponenta to samiec  
Utrwalajmy zdrowe nawyki,  
By nie wpadać w nałogów wnyki

\*\*\*

Choć przez chwilę się zastanów,  
Jak osiągnąć poziom dobrostanu.

\*\*\*

Coś Cię blokuje, naraża, szkodzi,  
Uwier, że możesz budzić podziw  
Jeśli wzmocnisz ciało, schłodziś głowę  
Zyskasz sens życia i poprawisz zdrowie.

\*\*\*

Także może boleć głowa,  
Gdy jest wadliwa ścieżka zgryzowa  
Postawiona – właściwa diagnoza,  
W leczeniu – dobra diagnoza

\*\*\*

W bólu kiepskie leczenia wyniki  
Tylko ciała, bez psychiki

\*\*\*

Wyniki leczenia liche  
Tylko somy, bez psyche

\*\*\*

Najtańsze w bólu placebo,  
To wiara w niebo

\*\*\*

Z uśmiechem twarzą w twarz,  
A poza twarzą: potwarz

\*\*\*

Migrena stara jak świat  
Przemierza ten świat od lat  
I mimo postępu wiedzy  
Wciąż trzyma nas w niewiedzy.  
Walka z bólem  
Jeśli wyruszasz z bólem na bój,  
Staraj się go trzymać jak swój

### **Człowiek bólowy**

Rodziłem się w bólu, żyję z bólem  
Bywa, że ból jak przyjaciela utulę  
Wreszcie zabiorę ból w zaświaty ze sobą  
To dzięki bólowi jestem kompletną osobą

\*\*\*

Stale dbajmy o oczy,  
By szans nie przeoczyć

\*\*\*

Nawet doktora Judyma  
Pieniądz przy życiu trzyma.



## STRESZCZENIA KONFERENCYJNE

## VII Zjazd Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy, Warszawa, 13–14.05.2018 r.

### STRESZCZENIA WYKŁADÓW

#### OD HIPOKRATESA DO PRUSIŃSKIEGO

**prof. dr hab. n. med. Teofan M. Domżał**

Lekarska Spółdzielnia Profesorsko-Ordynatorska w Warszawie

Wykład ten poświęcam Profesorowi Antoniemu Prusińskiemu, mojemu Przyjacielowi, wybitnemu klinicyście, klasykowi neurologii, nauczycielowi i założycielowi pierwszej polskiej szkoły zajmującej się bólami głowy.

Ból głowy towarzyszy człowiekowi od początku istnienia i jak każdy ból jest zawsze objawem „czegoś”. Jeśli się przedłuża, zaburza inne funkcje, a jego przyczyna nie jest znana – staje się chorobą. Taką chorobę opisywano już w najstarszych dokumentach medycznych (papierus Ebersa z XVI w. p.n.e.) jako połowiczny ból głowy. Ból głowy z błyskiem w oczach i wymiotami przedstawiał Hipokrates. Areteusz z Kapadocji (I w.) określił ten ból mianem *heterocrania* i dokonał jego pierwszej klasyfikacji, wyodrębniając ból ostry – *cephalgia* i przewlekły – *cephalea*. Klaudiusz Galen (II w.), twórca podstaw medycyny obowiązującej przez cały okres średniowiecza oraz fizjologii doświadczalnej, jako pierwszy uznał, że jest to ból naczyniowy. Hipotezę naczyniową potwierdzał Tomasz Willis (XVII w.), uważany za ojca neurologii, wskazując, że krew w nadmiarze napływa do mózgu. De Bois Reymont cierpiał na migrenę i odczuwał „pukanie tętnic mózgowych”, Robert Bing wprowadził pojęcie bólu naczynioruchowego (obecnie ból typu napięciowego), Harold Wolff, Federigo Sicuteri i inni potwierdzili w badaniach teorię naczyniową. Teoria neurogenna pojawiła się w opisie Samuela Tissota z 1783 r., przedstawiającym ból głowy jako nerwoból nadoczodołowy powiązany z padaczką. Moritz Romberg w 1860 r. definiował ból głowy jako nerwoból – *neuralgia ciliaris*, prawdopodobnie był to klasterowy ból głowy, który w 1939 r. został opisany przez Hortona jako *erytromelalgia twarzy*, a w 1952 jako *histaminowy ból głowy*. Prusiński znalazł w piśmiennictwie aż 18 różnych nazw dla klasterowych bólów głowy, począwszy od pierwszego opisu Romberga. Za neurogennym patomechanizmem opowiadał się także Edward Flatau w 1912 r. Dziś wiemy, że w patomechanizmach bólu głowy bierze udział zarówno układ nerwowy, jak i naczyniowy.

Pierwszą monografię na temat bólu głowy napisał w 1873 r. Edward Liveing, w której chorobę tę nazywał *megrin*. Edward Flatau jest autorem cytowanej do dziś monografii o migrenie wydanej w 1912 r., opracowanej na podstawie badania 500 chorych z migreną. Wyodrębnił on 10 postaci klinicznych tej

choroby, wyróżniając migrenę dysforyczną i podkreślając rodzinny charakter choroby oraz jej związek z padaczką. W Polsce monografie o bólach głowy ukazały się dopiero po II wojnie światowej. Ich autorami byli: E. Herman (1950 r.), W. Stein (1961 r.) i H. Heyck (1958 r.). Antoni Prusiński, który był najbardziej płodnym autorem, opublikował 5 monografii o bólach głowy, migrenie i bólu kłasterowym w latach 1973–2003. Bóle głowy dzielił w pierwszej monografii na migrenę, w obrębie której wyróżnił 19 postaci, ból napięciowy (naczynioruchowy), zespół Hortona, migrenę szyjną, nerwobóle i objawowe bóle głowy. Wśród twórców współczesnych prac w tym zakresie wyróżnia się Adam Stępień, autor 4 monografii na temat bólu głowy.

Klasyfikacje bólów głowy znaleźć można w każdej monografii. Pierwszą współczesną klasyfikację bólów głowy opublikował *Ad hoc Committee of Headache* w „Journal American Medical Association” w 1952 r. i w „Neurology” w 1962 r. Jest ona wciąż aktualizowana i wyróżnia ponad 200 różnych postaci bólów głowy. Na pierwszym miejscu zawsze podaje się migrenę, jako pierwotny i najwcześniej rozpoznawany ból głowy. Nazwa choroby stanowi według Prusińskiego transformację nazwy *hemicrania* (*micrani*, *micrane*, *migrena*). Migrena to jednak choroba, w której ból jest pierwszoplanowym i najbardziej dokuczliwym objawem, lecz tylko objawem, występują bowiem napady bez bólu – sama aura, a chorzy na migrenę odczuwają wiele innych objawów w okresie międzynaпадowym.

## MIGRENA – PROBLEM SPOŁECZNY I KLINICZNY: WĄTPLIWOŚCI DIAGNOSTYCZNE

**dr hab. n. med. Izabela Domitrz**

Klinika Neurologii, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Migrena jest przewlekłą chorobą przebiegającą napadowo. Szacuje się, że cierpi na nią od 4% do 20% populacji wszystkich ras, w Polsce odsetek ten ocenia się na ok. 10% populacji. 90% chorych doświadcza pierwszego napadu migreny przed 40. r.ż. i mimo że jest ona nazywana chorobą wieku młodego, ok. 3% pacjentów przeżywa pierwszy napad po 60. r.ż. 25% osób cierpiących na migrenę doświadcza co najmniej 4 silnych napadów w miesiącu, 48% chorych miewa do 4 silnych napadów, 38% zaś – jeden ciężki napad w miesiącu.

Migrenę uznaje się za poważną chorobę społeczną o dużym znaczeniu indywidualnym i socjoekonomicznym. Pacjenci ponoszą znaczne skutki indywidualne, takie jak pogorszenie jakości życia codziennego i sytuacji rodzinnej, co połączone jest z frustracją, agresją i gniewem.

Migrena może stanowić także problem kliniczny, diagnostyczny i terapeutyczny. Jednakże migrenę o typowym przebiegu raczej trudno pomylić z innymi chorobami. Przy pierwszej wizycie pacjenta z podejrzeniem migreny przeprowadza się różnicowanie. Należy wyselekcjonować tych chorych, którzy wymagają rozszerzenia diagnostyki. W diagnostyce różnicowej migreny i objawowego bólu głowy imitującego jej napady należy wziąć pod uwagę dynamikę bólu: czy jest on ostry, piorunujący, czy też przewlekły, nawracający bądź narastający? Oczywiście jest, że w migrenie badanie przedmiotowe powinno być całkowicie prawidłowe, dlatego więc wszelkie odchylenia w badaniu neurologicznym, okulistycznym i laryngologicznym mogą być oznaką innej choroby.

## MIGRENA I PADACZKA – CHOROBY NAPADOWE – RÓŻNICE I PODOBIENSTWA

**Ilek. Ewa Czapińska-Ciepiela**

Centrum Leczenia Padaczki i Migreny w Krakowie

Migrena i padaczka to choroby napadowe i przewlekłe o wielu podobieństwach. Przebiegają zwykle w kilku etapach: fazy prodromów, aury, napadu i fazy ponapadowej. Jeżeli napad padaczki lub migreny nie ustąpi, może przejść w stan padaczkowy lub migrenowy. Również czynniki wyzwalające napady padaczki i migreny są podobne. Pomiędzy epizodami napadowymi pacjenci są relatywnie wolni od symptomów choroby. Zwykle oba schorzenia mają dobre rokowanie, jednak część chorych pozostaje

lekooporna. Niektóre leki przeciwpadaczkowe są skuteczne w leczeniu migreny. Badania wskazują na istnienie pokrewnej ścieżki patofizjologicznej i predyspozycji genetycznych dla obu chorób.

Szacuje się, że na migrenę cierpi od 7% do 26% chorych z padaczką; z drugiej strony częstość występowania padaczki wśród osób z migreną mieści się w zakresie od 1% do 17%. Związek padaczki z migreną jest dwutorowy: diagnoza jednej choroby może poprzedzać drugą lub mogą one występować jednocześnie.

Istnieją sytuacje kliniczne, w których odróżnienie padaczki od migreny może być trudne. Jedną z nich jest migrależsja, zjawisko polegające na wyzwoleniu napadu padaczkowego przez aurę migrenową, opisane przez Lennoxa i Margaret Lennox. Z kolei napady padaczkowe mogą aktywować szlaki układu trójdzielno-naczyniowego, powodując wystąpienie ponapadowego bólu głowy, który zwykle ma cechy migreny. Padaczka płata potylicznego, opisana przez Gastaut i Panayiotopoulou, swoją symptomatologią do złudzenia przypomina napady migreny z aurą. Wreszcie ból głowy ipsilateralny do ogniska padaczkowego może być jedyną manifestacją napadu padaczkowego, tak jak ma to miejsce w schorzeniu zwanym *hemicrania epileptica*.

Prawidłowa diagnoza, opierająca się na szczegółowym wywiadzie i badaniu EEG, ma kluczowe znaczenie dla skutecznego leczenia we wszystkich przypadkach z pogranicza padaczki i migreny.

## NIETYPOWE KLASTEROWE BÓLE GŁOWY

**dr n. med. Maria Magdalena Wysocka-Bąkowska**

Centrum Medyczne ENEL-MED w Warszawie

Klasterowy ból głowy (KBG), nazywany też migreną czerwoną lub neuralgią Hortona, mimo dostępnych opisów w literaturze i krótkich wzmianek w podręcznikach neurologii, pozostaje nierozpoznawany bądź błędnie rozpoznawany i zwykle niewłaściwie leczony średnio przez 5–7 lat, przez co najmniej kilka pierwszych okresów bólowych, czyli klasterów. Doświadczenia zdobyte w czasie pracy z prof. Ottarem Sjaastadem w Szpitalu Uniwersyteckim w Trondheim, możliwość konsultowania i prowadzenia badań neurofizjologicznych u pacjentów z klasterowymi bólami głowy z obszaru północnej Skandynawii pozwoliły mi zdobyć doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu tego najcięższego i najbardziej charakterystycznego trójdzielno-autonomicznego bólu głowy.

Podsumowanie 78 przypadków klasterowego bólu głowy obejmuje charakterystyczne wystąpienia tego schorzenia u 62 mężczyzn i 16 kobiet, konsultowanych w latach 1999–2015. Pacjenci byli w różnym wieku, część z nich została poddana wieloletniej obserwacji, nawet 20–30-letniej, część jedynie przez 2–3 okresy klasterowe. Zwraca uwagę stosunkowo duża liczba kobiet z KBG.

Na ogół pacjentom stawiano poprzednio diagnozę migreny, neuralgii nerwu trójdzielnego, zaburzeń depresyjnych, właściwe rozpoznanie zaś uzyskiwali dopiero po 3–7 latach. Niestety najczęściej trafiali na obserwację w okresie rozwiniętego klasteru.

Materiał obejmuje głównie przypadki epizodycznego KBG, a jedynie 4 przypadki postaci przewlekłej tego schorzenia. U wszystkich pacjentów wykonano badanie MRI głowy, u wielu z nich także angio-MR w celu wykluczenia patologii organicznej. U 26 osób stwierdzono drobne torbiele pajęczynówki, które należy traktować raczej jako zjawisko incydentalne, bez znaczenia klinicznego, w kilku przypadkach opisywany jest konflikt naczyniowo-nerwowy, który również w pełni nie uzasadnia okresowości napadów bólowych.

Najwyższą liczbę zgłoszeń odnotowano wiosną (marzec–maj) i jesienią (październik–grudzień), początek klasterów często także przypadał w okresie letnim (lipiec–sierpień).

Ataki bólu występowały zwykle w godzinach nocnych, najczęściej między 24 a 4 rano, niekiedy w czasie popołudniowej drzemki. U 3 mężczyzn ataki KBG pojawiały się tylko w ciągu dnia, co wiązało się z charakterem wykonywanej przez nich pracy (pora nocna; 2 piekarzy i jeden kierowca nocny) i przesunięciem fazy snu. Większość pacjentów paliła papierosy, często współistniały

u nich: choroba wrzodowa, refluks i nadciśnienie tętnicze. W przypadku połowy mężczyzn i kobiet w wywiadzie zarejestrowano migrenę u najbliższych członków rodziny. 4 kobiety i 7 mężczyzn cierpiało na migrenę i KBG.

W grupie kobiet zwracają uwagę wyższy niż przeciętnie wzrost i częstsze zaburzenia miesiączkowania, tylko 6 spośród 16 kobiet było w ciąży. Większość z nich miała wyższe wykształcenie i wykonywała wolny zawód, połowa pełniła funkcje kierownicze.

Większość pacjentów paliła od wielu lat papierosy i często spożywała alkohol, poza okresami klasterów!

## NIEFARMAKOLOGICZNE LECZENIE NEURALGII

### **dr n. med. Małgorzata Malec-Milewska**

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Bóle twarzy ze względu na różnorodny patomechanizm i przyczyny stanowią duży problem diagnostyczny i leczniczy. Rzadkie występowanie, brak obiektywnych testów diagnostycznych, szeroki zakres przyczyn i objawów sprawiają, że ustalenie właściwego rozpoznania i włączenie skutecznego leczenia jest trudne. Badania epidemiologiczne wskazują, że jedną z częstszych przyczyn jednostronnego bólu twarzy stanowi neuralgia trójdzielna. W pewnym odsetku przypadków obraz kliniczny neuralgii może ulec zmianie i pojawia się neuropatia trójdzielna. Wówczas obok typowych napadów bólu neuralgicznego występuje ból stały, o charakterze neuropatycznym z zaburzeniami czucia. Przyczynami neuropatii mogą być: bardzo długi czas trwania choroby, urazy lub zabiegi destrukcyjne wykonywane w zakresie obwodowych gałęzi nerwu trójdzielnego. Wybór konkretnej metody postępowania leczenia neuralgii/neuropatii podyktowany jest wiekiem i stanem ogólnym pacjenta.

Zaleca się dobieranie metod terapii o stopniowo zwiększającej się inwazyjności, zwykle rozpoczynając od leczenia farmakologicznego, które przynosi efekt u 80% pacjentów. Po inwazyjne metody leczenia sięgamy w przypadku niepowodzenia farmakoterapii. Zaliczamy do nich metody chirurgiczne, wśród których wyróżniamy zabiegi niszczące i odbarczające (mikronaczyniowa dekompresja) oraz techniki neurodestrukcyjne, z których najczęściej wykonywanymi zabiegami w przypadku klasycznej neuralgii jest destrukcja za pomocą Gamma Knife i termolezja zwoju Gassera, natomiast w przypadku neuropatii – neuroliza zwoju skrzydłowo-podniebiennego (ZSP).

Neuroliza ZSP jest szczególnie skuteczna u chorych z neuropatią trójdzielną. Wynika to z faktu, że ból neuropatyczny jest bólem zależnym od układu współczulnego, oraz z tego, iż w dole skrzydłowo-podniebiennym położony jest zwój współczulny. Anatomia dołu skrzydłowo-podniebiennego, który zawiera również zwój przywspółczulny, sprawia, iż zabieg ten może być również skutecznym u chorych z migreną Hortona, atypowym bólem twarzy oraz guzami twarzoczaszki.

## LECZENIE NEUROCHIRURGICZNE BÓLÓW GŁOWY O RÓŻNEJ ETIOLOGII – PUNKT WIDZENIA NEUROCHIRURGA

### **prof. dr hab. n. med. Tomasz Mandat**

Klinika Nowotworów Układu Nerwowego, Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie

Brak efektywnej farmakoterapii w leczeniu bólów głowy o różnym fenotypie i różnej etiologii może skłaniać do podjęcia decyzji o leczeniu operacyjnym. Charakter bólu ma wpływ na wybór metody leczenia. Metody ablacyjne są dość powszechnie wykorzystywane w neuralgiach, ale niosą za sobą ryzyko wystąpienia lub nasilenia już istniejących bólów neuropatycznych.

Termoablacja, gliceroliza, kompresja balonem oraz stereoradiocirurgia to najczęściej wykorzystywane metody ablacyjne w leczeniu bólów głowy. Metody korekcyjne, w tym mikrodekompresja nerwowo-naczyniowa, stanowią metody z wyboru w leczeniu neuralgii trójdzielnej i językowo-gardłowej.

Rozwój technologiczny oraz wzrost dostępności neurostymulatorów spowodowały, że techniki neuromodulacyjne są coraz powszechniej stosowane w leczeniu bólów o różnej etiologii i charakterze, w tym w leczeniu bólów głowy. Stymulatory struktur głębokich mózgu, wzgórza lub istoty szarej okołowodociągowej wykorzystuje się w leczeniu bólów neuropatycznych twarzy. Stymulacja podwzgórza może być stosowana w leczeniu bólów klasterowych. Stymulatory kory ruchowej wykorzystywane są w terapii bólów neuropatycznych, szczególnie pochodzenia wzgórzowego. Autor przedstawia kryteria kwalifikacyjne oraz metody leczenia neurochirurgicznego bólów głowy o różnym obrazie klinicznym i różnej etiologii.

## BÓLE GŁOWY U KOBIET

**dr n. med. Maria Magdalena Wysocka-Bąkowska**

Centrum Medyczne ENEL-MED w Warszawie

W literaturze opisano sławnych migreników, a z lekceważeniem traktowano cierpiące kobiety! Migrena ma wyraźny związek z płcią i dotyczy głównie kobiet w okresie największej aktywności hormonalnej, między 14. a 40. r.ż. Połowa ataków migreny u kobiet występuje przed miesiączką, co wiąże się ze spadkiem poziomu estrogenów oraz endorfin. Objawy choroby na ogół łagodnieją w okresie ciąży i karmienia, bywają zaś nasilone w przypadku stosowania leków antykoncepcyjnych. Migrena zmienia charakter i zwykle wygasa w okresie menopauzy.

W wielu przypadkach ból głowy jest sygnałem ciężkiej anemii, spowodowanej nadmiernymi krwawieniami, a także przejawem zaburzeń endokrynologicznych (niedoczynności lub nadczynności tarczycy, zaburzeń przysadki, hormonów kobiecych, zaburzenia zespołu policystycznych jajników).

Na migrenę cierpi ok. 20–30% kobiet (w okresie od pokwitania do przekwitania) i ok. 7–10% mężczyzn. Choroba pojawia się już u dzieci w wieku szkolnym, a nawet wcześniej. Zmaga się z nią 4–5% dzieci poniżej 12 lat, zwłaszcza chłopcy; w okresie dojrzewania zaznacza się wyraźna przewaga kobiet z migreną.

W okresie ciąży u 70% pacjentek spada liczba ataków migreny, niekiedy jednak nasilają się migreny z aurą. W czasie ciąży u chorych na migrenę zwiększa się ryzyko powikłań zakrzepowych. Okres płodności, ciąży i porodu wymaga zatem szczególnego nadzoru i monitorowania ryzyka zaburzeń krzepnięcia, a także cukrzycy i nadciśnienia, które mogą powodować bóle głowy. Należy ściśle przestrzegać zaleceń dotyczących podawania leków u kobiet ciężarnych i karmiących, sprawdzać przeciwwskazania do ich stosowania oraz interakcje.

Migrena nie wyklucza innych schorzeń, a często wręcz im sprzyja! Przekrojowe badanie *Hypertension and Migraine Comorbidity: Prevalence and Risk of Cerebrovascular Events (MIRACLES)*, przeprowadzone w 2011 r. przez dr. Enrico Agabiti-Rosei z University of Brescia we Włoszech, wykazało, że u osób, u których współwystępują migrena i nadciśnienie tętnicze, ryzyko udaru mózgu jest aż pięciokrotnie wyższe. Ryzyko to jest znaczące u kobiet cierpiących na migrenę od młodych lat, zwłaszcza w przypadku występowania częstych i silnych ataków, a także migreny z aurą. Dodatkowymi obciążeniami są: choroby układu żylnego, zaburzenia krzepnięcia, trombopatie, nadwaga oraz podwyższone stężenie lipidów. Szczególnie niebezpieczne w tych przypadkach jest stosowanie tabletek antykoncepcyjnych i palenie papierosów. Ponadto kobiety z migreną częściej zgłaszają zaburzenia równowagi, zawroty głowy, a także zaburzenia depresyjne czy lękowe.

Warto zwracać uwagę na nagły przyrost wagi, zaburzenia miesiączkowania, bezpłodność oraz hirsutyzm u młodych kobiet. Mogą one sygnalizować zespół policystycznych jajników, zaburzenia metabolizmu glukozy, niedoczynność tarczycy. Bóle głowy mogą być również następstwem hiperprolaktynemii, chorób przysadki mózgowej i nadnerczy.

Blisko 3–5% osób cierpi na migrenę chroniczną, w której przez większość dni w miesiącu występuje ból głowy. Należy zawsze zachować czujność i rozszerzać diagnostykę, aby nie przeoczyć innych patologii, szczególnie u kobiet. Współpraca neurologa z ginekologiem, endokrynologiem i internistą powinna wyeliminować ryzyko błędów diagnostycznych i poprawić skuteczność leczenia bólów głowy u kobiet.

Omówienie specyficznych przypadków klinicznych ilustruje problemy, które często napotykamy w praktyce neurologicznej w leczeniu bólów głowy u kobiet.

## ZABURZENIA HORMONALNE A BÓLE GŁOWY – PUNKT WIDZENIA ENDOKRYNOLOGA

**dr n. med. Urszula Ambroziak**

Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Bóle głowy u pacjentów endokrynologicznych mogą być pierwszym zgłaszanym przez nich objawem, często są jednak jednym z wielu symptomów, czemu towarzyszy charakterystyczny obraz kliniczny.

Guzy przysadki stanowią najczęstszy czynnik bólów głowy. Za ich przyczynę przyjmuje się na ogół rozciągnięcie opony twardej oraz naciekanie zatok jamistych i związane z tym pobudzenie nerwu trójdzielnego. Bóle głowy występują także w przebiegu mikrogruczolaków, wpływają na nie wydzielane przez guz hormony. Najczęściej dotyczą one pacjentów z akromegalią i *prolactinoma*. Leczenie analogami somatostatyny i agonistami dopaminy często powoduje ustąpienie bólu głowy jeszcze przed wystąpieniem efektu antyproliferacyjnego leku. Czynniki genetyczne odgrywają tu również istotną rolę.

Inną przyczyną bólów głowy mogą być czynne hormonalnie guzy nadnerczy, zwłaszcza guzy chromochłonne. Typowa triada objawów: kołatanie serca, poty i bóle głowy, występuje jednak stosunkowo rzadko. Ból głowy towarzyszący wzrostowi ciśnienia tętniczego może być jedynym objawem *pheochromocytoma*.

Wahania stężeń estrogenów powodują migrenę związaną z miesiączką, występującą w przerwie w stosowaniu złożonej tabletki antykoncepcyjnej i po porodzie u kobiet z wcześniejszym wywiadem migreny. Również spadek stężenia estrogenów przyczynia się do bólów głowy. Stabilnie niskie stężenie estrogenów u kobiet w okresie menopauzy prowadzi do ustąpienia migreny u większości z nich.

## MIGRENA A ZAWROTY GŁOWY

**prof. dr hab. n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk**

Klinika Neurologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dzieciątęcy w Lublinie

Objawy zawrotów głowy i ból głowy są często obserwowane przez neurologów klinicznych. Od 1984 r. badano związek objawów przedsionkowych i migreny u osób dorosłych. Dieterich i Brandt jako pierwsi użyli terminu *migrena przedsionkowa* (VM, *vestibular migraine*).

Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy (IHS, *International Headache Society*) i Międzynarodowe Towarzystwo Neurootologiczne im. Bárány'ego (*International Bárány Society for Neuro-Otology*) uzgodniły wspólnie kryteria diagnostyczne dla VM. Zostały one podane w dodatku do najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (wersja trzecia z 2018 r.) (*The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition*). Rozpoznanie migreny przedsionkowej opiera się na co najmniej 5 epizodach objawów przedsionkowych o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim, trwających od 5 min do 72 h u osób z migreną z aurą lub bez aury w wywiadzie. Co najmniej połowa epizodów jest związana z bólem głowy o intensywności umiarkowanej lub ciężkiej, o lokalizacji jednostronnej, o charakterze pulsującym i zaostrzającym się w trakcie rutynowej aktywności fizycznej. Towarzyszyć mu mogą światłowstręt i fonofobia oraz aura wzrokowa. Czas trwania epizodów jest bardzo zmienny – kilka minut, godzin lub kilka dni bądź kilka sekund w przypadku epizodów, które zdarzają się wielokrotnie podczas ruchu głowy, stymulacji wzrokowej lub po zmianie pozycji głowy. Epizody bardzo rzadko przekraczają 72 h i trwają 4 tygodnie, a następnie ustępują.

Diagnozę stawia się na podstawie objawów. Objawy i testy przedsiolkowe mogą być nieprawidłowe krótko po ataku, ale nie są one wystarczające i specyficzne jako kryteria diagnostyczne. Głębokie nieprawidłowości w okresie wolnym od objawów, takie jak ciężki ubytek słuchu i całkowita jednostronna lub obustronna utrata funkcji przedsiolków, zwykle wskazują na inną przyczynę. Diagnostyka różnicowa obejmuje chorobę Ménière'a, łagodne napadowe zawroty głowy, przemijające ataki niedokrwienne (TIA, *transient ischemic attack*) oraz psychogenne zawroty głowy.

## WSPOMAGANIE JAKOŚCI ŻYCIA CHORYCH Z BÓLAMI GŁOWY – PUNKT WIDZENIA COACHA WELLNESS

**mgr Ewa Stelmasiak**

The Wellness Institute

Przydatność nowej metody – coachingu wellness – w medycynie dowiedziono naukowo przede wszystkim u pacjentów z chorobą wieńcową, ale także osób z nadwagą i otyłością czy cukrzycą typu 2. Jako narzędzie medycyny stylu życia oraz wspomaganie jakości życia chorych metoda coachingu wellness może być również stosowana w leczeniu bólów głowy. Jej oddziaływanie można rozpatrywać na poziomie behawioralnym, związanym ze stylem życia pacjentów, oraz psychologicznym.

Profesjonalny coaching wellness definiuje się jako zastosowanie zasad life coachingu w celu zmiany stylu życia i zwiększania dobrostanu. Metoda oparta jest na podejściu humanistycznym, zakładającym wiarę w człowieka i jego potencjał, oraz wzbogacona o komponentę behawioralną. Coaching wellness jest szeroko stosowany w medycynie w takich krajach, jak: USA, Wielka Brytania, Australia czy RPA.

Jako metoda holistyczna coaching wellness wpisuje się w podejście biopsychospołeczne uwzględniające czynniki psychologiczne oraz środowiskowe w leczeniu bólów głowy. Jego przykładowe cele w medycynie to: zmniejszanie liczby czynników ryzyka, lepsze stosowanie się do zaleceń lekarskich, płynniejszy powrót do zdrowia i dobrostanu po ciężkim zabiegu lekarskim, ale także wsparcie w radzeniu sobie z chorobą, ze stresem, z napięciem emocjonalnym i akceptacją choroby w swoim życiu.

W trakcie wykładu zostaną omówione konkretne zastosowania coachingu wellness, jego podstawowe założenia, dowody naukowe na jego skuteczność oraz przesłanki przemawiające za wprowadzeniem go do powszechnego systemu opieki zdrowotnej jako elementu terapii dla pacjentów z bólami głowy.

## CZY W NAPADZIE MIGRENY STOSOWAĆ PROSTE/ZŁOŻONE LEKI PRZECIWBÓLOWE/ NIESTEROIDOWE LEKI PRZECIWPALNE?

**dr hab. n. med. Izabela Domitrz**

Klinika Neurologii, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Jaki lek wybrać do przerwania napadu migreny? Wybór sposobu leczenia doraźnego napadów zależy od ich nasilenia, zindywidualizowanych przeciwwskazań do stosowania poszczególnych leków oraz względów ekonomicznych.

Najważniejszą zasadą jest przyjęcie leku przerywającego napad migreny tak szybko, jak to możliwe po rozpoczęciu i rozpoznaniu jej napadu. Kolejna podstawowa zasada to przyjęcie od razu odpowiednio wysokiej dawki.

Przyjmowanie prostego leku przeciwbólowego i niesteroidowego leku przeciwzapalnego (NLPZ) w zbyt niskiej dawce jest typową praktyką wśród pacjentów. Szacuje się, że aż 30% chorych z migreną bez aury leczy się samodzielnie, a część z nich radzi się co do wyboru leków farmaceuty w aptece. Skutkuje to przyjmowaniem zbyt niskiej dawki, najczęściej jednej tabletki. Większość dostępnych leków z tej grupy zawiera zbyt mało substancji czynnej w jednej tabletkie, by przerwać napad migreny.

Wybór leku do przerwania napadu jest uwarunkowany nasileniem napadu. W napadach o lekkim oraz umiarkowanym nasileniu mogą być skuteczne proste środki przeciwbólowe i NLPZ, co udowodniono w dość licznych kontrolowanych placebo randomizowanych badaniach porównawczych, a także badaniach NLPZ vs tryptan. Mechanizm działania przeciwbólowego NLPZ polega na blokadzie aktywności cyklooksigenazy, hamowaniu syntezy prostaglandyn z kwasu arachidonowego i zahamowaniu syntezy prostaglandyn w neuronach ośrodkowego układu nerwowego oraz wydłużeniu czasu obrotu metabolicznego katecholamin i serotoniny w neuronach mózgowia, blokady uwalniania jej w odpowiedzi na bodźce podrażnieniowe kory. Znajomość patogenez migreny i powyższych mechanizmów uzasadnia użycie NLPZ w jej napadzie. Oznacza to, że efekt przeciwmigrenowy osiąga się w tym wypadku poprzez wpływ na układ trójdzielny i system antynocycyptywny pnia mózgu (substancja szara okołowodociągowa i jądra wzgórza).

Zgodnie z międzynarodowymi rekomendacjami leczenia napadu migreny najsilniejsze zalecenie (klasa A) uzyskały: kwas acetylosalicylowy 1000 mg doustnie lub dożylnie (w Polsce preparat do podawania i.v. nie jest dostępny), ibuprofen 200–800 mg doustnie, naproksen 500–1000 mg doustnie, diklofenak 50–100 mg doustnie, paracetamol 1000 mg doustnie lub doodbytniczo, a słabsze zalecenie (klasa B) otrzymał, spośród leków dostępnych w Polsce, metamizol w dawce 1000 mg doustnie lub dożylnie.

## MIGRENA U DZIECI I MŁODZIEŻY – OBRAZ KLINICZNY I LECZENIE

**prof. dr hab. n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk**

Klinika Neurologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie

Migrena jest pierwotnym bólem głowy często występującym u dzieci i młodzieży. Jej objawy u dzieci mogą nie przypominać choroby, której doświadczają dorośli. Migrena jest najczęstszym nawracającym typem bólu głowy u dzieci. Migrenowe bóle głowy powodują u dzieci i młodzieży częste nieobecności w szkole lub zwalnianie się z lekcji. Migrena to stan chorobowy wysoce upośledzający funkcjonowanie, prowadzący do obniżenia jakości życia u dzieci.

Dzieci często nie potrafią opisać występujących objawów w kategoriach rozumianych przez dorosłych. Ból głowy może się u nich przejawiać rozdrażnieniem, trzymaniem się za głowę, mogą mu towarzyszyć wymioty i bóle brzucha. Dzieci z migreną na ogół doświadczają ulgi we śnie lub po jednym epizodzie wymiotów. Występują różnice pod względem symptomatologii, dotkliwości i niepełnosprawności zarówno pomiędzy atakami różnych pacjentów, jak i oddzielnymi atakami u jednej osoby cierpiącej na migrenę.

Kryteria rozpoznania migreny w najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (wersja trzecia z 2018 r.) (*The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition*) wskazują, że migrena u dzieci może trwać tylko 2 h w przeciwieństwie do dorosłych, u których warunkiem jej rozpoznania jest czas trwania wynoszący co najmniej 4 h. Napady migreny u dzieci mogą utrzymywać się do 3 dni, jak u dorosłych. Bóle głowy u dzieci mają charakter bólów obustronnych obejmujących czoło i skronie. Dopiero w okresie pokwitania u młodzieży pojawiają się bóle jednostronne.

Celem leczenia migreny jest normalizacja życia dziecka, tak aby choroba nie przeszkadzała mu w wykonywaniu czynności typowych dla jego wieku. Leki powinny usprawniać, a nie utrudniać ten proces. Stosowanie minimalnej liczby leków i utrzymywanie zdrowego stylu życia dzięki doskonałej diecie, ćwiczeniom i odpoczynkowi pozwala dziecku z migreną osiągnąć te cele.

## ZESPOŁY EPIZODYCZNE, KTÓRE MOGĄ BYĆ ZWIĄZANE Z MIGRENĄ – DLACZEGO TAK RZADKO SĄ ROZPOZNAWANE?

**prof. dr hab. n. med. Ewa Pilarska**

Klinika Neurologii Rozwojowej, Gdański Uniwersytet Medyczny

W III Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (wersja beta z 2012 r.) dokonano zmiany nazwy zespołów okresowych na zespoły epizodyczne, które mogą być związane z migreną. Częściowo zmieniono również kryteria rozpoznawania poszczególnych ze-



społów oraz zamieszczono nowe schorzenia. Do zespołów epizodycznych zaliczono: nawracające zaburzenia żołądkowo-jelitowe, w tym zespół cyklicznych wymiotów i migrenę brzuszną, łagodne napadowe zawroty głowy, łagodny napadowy kręć szyi oraz kolki niemowlęce. Wcześniej sądzono, że objawy zespołów okresowych występują tylko u dzieci, jednak obecnie uważa się, że mogą być one rozpoznawane również u dorosłych. Ich wspólnym mianownikiem jest występowanie napadowych, nawracających objawów u zdrowych poza tym pacjentów. Autorka doniesienia zastanawia się, czy zespoły epizodyczne występują rzadko, czy też są tylko rzadko rozpoznawane. Kryteriami prawidłowego rozpoznania są: dokładnie zebrany wywiad, dobry stan pacjenta oraz prawidłowy wynik badania neurologicznego i pediatrycznego pomiędzy napadami.

## ŚRÓDNAPADOWE I OKOŁONAPADOWE BÓLE GŁOWY U DZIECI Z PADACZKĄ. KORELACJA Z RODZAJEM NAPADÓW PADACZKOWYCH I TYPYEM ZMIAN W BADANIU EEG

**Ilek. Marta Zawadzka**

Klinika Neurologii Rozwojowej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Współistnienie bólów głowy i padaczki, a w szczególności migreny i padaczki, zostało dobrze udokumentowane w populacji dorosłych. Niewiele jest natomiast prac dotyczących dzieci. Wśród bólów głowy występujących u pacjentów z padaczką wyodrębnia się bóle głowy międznapadowe i okołonapadowe. W obrębie okołonapadowych bólów głowy wyróżnia się z kolei bóle głowy przednapadowe, śródnapadowe i ponapadowe. Według piśmiennictwa przednapadowe bóle głowy występują u 3,1–30% dzieci z padaczką, śródnapadowe bóle głowy – u niespełna 5% tej populacji, ponapadowe bóle głowy zaś u 6,4–62%.

W prospektywnym badaniu przeprowadzonym w Klinice Neurologii Rozwojowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego spośród populacji dzieci z padaczką (w wieku 6–18 lat) wyselekcjonowano 57 chorych z okołonapadowymi bólami głowy. Rodzice tych pacjentów mieli za zadanie prowadzić dzienniczek bólów głowy i napadów padaczkowych przez 180 dni. W badaniu zarejestrowano 913 napadów padaczkowych i 325 epizodów okołonapadowych bólów głowy.

Najczęściej pacjenci zgłaszali ponapadowe bóle głowy. Towarzystwo one 23,44% napadów padaczkowych, wiązały się głównie z napadami uogólnionymi toniczno-klonicznymi i występowały po prawie połowie napadów tego rodzaju (47%). Śródnapadowe bóle głowy towarzyszyły 3,9% napadów padaczkowych. Natomiast 8,21% zarejestrowanych napadów padaczkowych było poprzedzonych przednapadowymi bólami głowy. Nie zostały one uwzględnione w żadnej z dotychczasowych międzynarodowych klasyfikacji bólów głowy, jakkolwiek wyniki prezentowanej pracy i dane z piśmiennictwa potwierdzają występowanie przednapadowych bólów głowy u pacjentów z padaczką. Ujęcie przednapadowych bólów głowy w przyszłych klasyfikacjach bólów głowy wydaje się zasadne. W przedstawionym badaniu nie stwierdzono korelacji pomiędzy rodzajem okołonapadowych bólów głowy a typem zmian w badaniu EEG.

## OBJAWOWE BÓLE GŁOWY U DZIECI I MŁODZIEŻY

**prof. dr hab. n. med. Janusz Wendorff**

Klinika Neurologii, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Objawowe bóle głowy u dzieci stanowią stosunkowo częsty i niekiedy złożony problem kliniczny, zwłaszcza w pierwszej dekadzie życia. Neurolog w wielospecjalistycznym szpitalu pediatrycznym jest włączony w proces diagnostyczno-terapeutyczny jako konsultant lub – jak wskazuje obecna praktyka organizacyjna – lekarz podstawowy. Celem prezentacji jest przedstawienie wybranych zagadnień poświęconych tej tematyce na podstawie wieloletnich badań własnych i piśmiennictwa.

**Wyniki:** W okresie 4 lat na oddział neurologii dziecięcej przyjęto 342 dzieci z bólami głowy (10,2%), w tym 176 z pierwotnymi bólami głowy i 166 z objawowymi. W materiale tym obserwuje się znamienne spadki liczby dzieci z objawowymi bólami głowy i zwiększenie liczby dzieci z pierwotnymi bólami głowy wraz ze wzrostem ich wieku.

W etiologii objawowych bólów głowy dominują bóle głowy związane z padaczką, guzami mózgu, neuroinfekcjami, urazem głowy i zaburzeniami emocjonalnymi. Odmienne przedstawiają się przyczyny bólów głowy u dzieci przyjmowanych na izbach przyjęć i na oddziałach typu *emergency*, wśród których u pacjentów z bólami głowy i gorączką dominują infekcje górnych dróg oddechowych i zatok, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, a u pacjentów bez gorączki – bóle głowy pourazowe i migrena. Autor omawia poszczególne rodzaje objawowych bólów głowy (według ICHD-3 beta: 5–12), zwracając uwagę na ich charakterystyczne cechy i odmienności związane z wiekiem.

## ZNACZENIE NIEDOBORU WITAMINY D W BÓLACH GŁOWY U DZIECI

**dr hab. n. med. Leszek Boćkowski**

Klinika Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

W ostatnich latach przeżywamy renesans zainteresowania witaminą D, określaną jako witamina życia, której deficyt daje objawy z wielu układów i narządów. W związku z tym wpisywany jest on w patofizjologię olbrzymiej liczby chorób, w tym schorzeń układu nerwowego.

Jest kilka przesłanek ku temu, aby wiązać niedobory witaminy D z bólami głowy. Wykazano obecność receptorów witaminy D, 1 $\alpha$ -hydroksylazy i białka wiążącego witaminę D w podwzgórzu odgrywającym rolę w generowaniu przewlekłego bólu. Poziomy neuromediatorów pobudzających, substancji P, GCRP i tlenu azotu są podwyższone w przewlekłym bólu i w trakcie ataków migrenowych. Deficyt witaminy D wpływa na uwalnianie IL-6, IL-1, TNF i NO. Fakt, że witamina D odgrywa rolę w uwalnianiu mediatorów w ośrodkowym układzie nerwowym, a także działa neuroprotekcynie i antyoksydacyjnie, może wskazywać na jej związek z migreną.

Stężenie witaminy D w surowicy wykazuje silną korelację z szerokością geograficzną, co jest oczywiście związane z ekspozycją na słońce. Niektóre analizy potwierdzają zależność między występowaniem bólów głowy typu napięciowego i migreną a szerokością geograficzną zarówno w odniesieniu do bólów w ciągu całego życia, jak i okolorocznie. Stwierdzano istotnie niższe stężenie witaminy D u dzieci z migreną i bólami głowy typu napięciowego, a częstość występowania jej niedoboru w tej populacji pediatrycznej sięga 56%. Od pierwszego doniesienia z 1994 r. opublikowano kilka opisów przypadków, badań obserwacyjnych i badań otwartych obejmujących pacjentów dorosłych i pediatrycznych z migreną sugerujących skuteczność suplementacji witaminą D. Koncepcja wpływu niedoboru witaminy D na występowanie migreny jest jednak krytykowana. Wskazuje się na brak dostatecznych dowodów na zależność między stężeniem witaminy D a migreną i potrzebę badań randomizowanych w większych grupach pacjentów.

Warto zwrócić uwagę na doniesienia świadczące o tym, że przewlekłe bóle głowy imitujące bóle głowy typu napięciowego u pacjentów wieku rozwojowego, zwłaszcza z towarzyszącym uogólnionym bólem mięśniowo-szkieletowym, mogą być objawem niedoboru witaminy D. W tych przypadkach suplementacja może być przydatna.

## ZABURZENIA CZYNNOŚCIOWE NARZĄDU ŻUCIA JAKO PRZYCZYNA BÓLÓW GŁOWY I TWARZY – Z POGRANICZA NEUROLOGII I STOMATOLOGII

**dr n. med. Agnieszka Durko**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi;

Poradnia Leczenia Bólów Głowy

W przypadku pacjentów z bólami głowy niejednokrotnie stajemy przed problemem nietypowych bólów głowy i trudności w ustaleniu trafnego rozpoznania. U części chorych bóle nie spełniają kryteriów żadnego pierwotnego bólu głowy. Wówczas prawdopodobnie są one związane z innymi problemami zdrowotnymi.

W swojej praktyce często spotykałam chorych, u których ból wiązał się z dysfunkcją narządu żucia. Wielokrotnie był on przez długi czas niewłaściwie kwalifikowany i nieskutecznie leczony. Przy podejrzeniu dysfunkcji narządu żucia jako przyczyny bólu należy – poza rutynowym badaniem neurologicznym – zebrać dokładny, ukierunkowany wywiad, wykonać badanie palpacyjne mięśni żwaczy oraz orientacyjne badanie stawów skroniowo-żuchwowych, a także jamy ustnej i zębów. Następnie konieczna jest konsultacja lekarza stomatologa wyspecjalizowanego w tym zakresie.

Omówiono kryteria, jakie muszą być spełnione, aby rozważyć związek bólów z dysfunkcją narządu żucia. Przedstawiono charakterystykę kliniczną tego typu dolegliwości i sposób postępowania w tym schorzeniu.

## BÓLE GŁOWY W CHOROBYCH NOSA I ZATOK PRZYNOSOWYCH

**dr n. med. Marcin Straburzyński<sup>1</sup>, dr n. med. Eliza Brożek-Mądry<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Indywidualna praktyka lekarska

<sup>2</sup> Klinika Otorinolaryngologii, Wydział Lekarsko-Dentystyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Bóle głowy związane z chorobami nosa i zatok przynosowych często mylone są z pierwotnymi bólami głowy. Przyczynia się do tego lokalizacja bólu, obejmująca czoło, nasadę nosa i okolice podoczodołowe. Na rynologiczną etiologię objawów wskazuje współwystępowanie niedrożności i przebarwionej wydzieliny z nosa oraz wrażenia pogorszenia węchu. Objawy te sugerują rozpoznanie ostrego lub przewlekłego *rhinosinusitis*, a niekiedy alergicznego nieżytu nosa. W leczeniu w pierwszej kolejności wykorzystuje się glikokortykosteroidy donosowe.

Aby uznać rynologiczną etiologię dolegliwości, objawy „nosowe” powinny się pojawiać wraz z bólem i ustępować równolegle w miarę leczenia. Brak tego związku zwykle oznacza, że przyczyną dolegliwości są pierwotne bóle głowy, zwłaszcza że w przebiegu migreny nawet u połowy chorych mogą występować niedrożność nosa i śluzowa wydzielina, co dodatkowo utrudnia prawidłowe rozpoznanie. Również napięciowe i trójdzielno-autonomiczne bóle głowy mogą być mylone z bólem zatokopochodnym.

Inne choroby nosa i zatok przynosowych mogące się objawiać dolegliwościami bólowymi to: nowotwory (głównie łagodne), wady budowy jamy nosa (np. skrzywienie przegrody) oraz następstwa urazów i interwencji chirurgicznych. Bóle w tych stanach są jednak stosunkowo rzadkie i niemal zawsze towarzyszą im inne objawy, wskazujące na etiologię rynologiczną.

W przypadkach wątpliwych lub nieodpowiadających na leczenie wskazane jest wykonanie badania endoskopowego jamy nosa i tomografii komputerowej zatok przynosowych. Metody te stosowane razem pozwalają na potwierdzenie etiologii rynologicznej. W przypadku gdy w badaniach zmiany okazują się jednostronne, ból rylogenny lokalizuje się po tej samej stronie.

## OKULISTYCZNE PRZYCZYNY BÓLU GŁOWY

**dr hab. n. med. Joanna Brydak-Godowska**

Klinika Okulistyki, I Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Bóle głowy są częstą przyczyną dolegliwości u dzieci i dorosłych. Mogą występować w postaci izolowanej, a niekiedy mogą im towarzyszyć objawy ogólne, takie jak: nudności, wymioty, szumy uszne, światłowstręt, łzawienie, zawroty głowy, osłabienie, drętwienie czy zaburzenia równowagi.

Wiele chorób ogólnych i okulistycznych może się przyczyniać do ostrego lub przewlekłego bólu głowy. Do najczęstszych czynników należą: stres, źle kontrolowane ciśnienie tętnicze, jaskra wąskiego kąta przesączenia, zapalenie tęczówki, półpasiec oczny, ostra przednia tętnicza neuropatia nerwu wzrokowego, nieprawidłowa korekcja okularowa lub jej brak, niedomoga konwergencji, zez ukryty lub jawny, przetoka tętniczo-jamista, podwyższone ciśnienie śródczaszkowe czy zespół Susaca.

Nawracające, przewlekłe bóle głowy są bezwzględnym wskazaniem do badania okulistycznego obejmującego pomiar ciśnienia śródgałkowego i badanie dna oka.

## PREZENTACJE ZGŁOSZONYCH PRAC

### OCENA JAKOŚCI ŻYCIA DZIECI I MŁODZIEŻY Z MIGRENA

**dr n. med. Jędrzej Fliciński, prof. dr hab. n. med. Barbara Steinborn**

Katedra i Klinika Neurologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Kwestionariusz QLH-Y jest jednym z najbardziej rozbudowanych specyficznych narzędzi, przystosowanych do oceny dzieci i młodzieży z bólami głowy (BG).

Głównymi celami badania były:

- ocena jakości życia (JŻ) młodzieży w wieku 12–17 lat chorej na migrenę
- ocena wpływu wybranych czynników klinicznych i socjodemograficznych na JŻ pacjentów z migreną.

Do badania, przeprowadzonego w latach 2009–2015, włączono dzieci i młodzież w wieku 12–17 lat z BG: z migreną z aurą (MzA), migreną bez aury (MbA) oraz bólami głowy typu napięciowego (BGTN), hospitalizowanych w Klinice Neurologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Badanie obejmowało 242 pacjentów w wieku 12–17 lat. U 54 osób rozpoznano MbA (22,3%), u 31 zdiagnozowano MzA (12,8%), u 68 – BGTN (28,1%), natomiast u 9 badanych – zarówno migrenę, jak i BGTN (3,7%), 80 osób stanowiło grupę kontrolną (GK) (33,1%). Grupa badana (n = 242) liczyła 108 (44,6%) chłopców i 134 (55,4%) dziewczęta. U 47 (29%) pacjentów bóle głowy występowały częściej niż 15 razy w miesiącu.

JŻ młodzieży w wieku 12–17 lat chorej na MbA okazała się gorsza niż JŻ chorych na MzA w skalach QLH-Y funkcjonowania psychologicznego, stanu funkcjonalnego i funkcjonowania fizycznego oraz w podskalach QLH-Y wpływu BG na codzienną aktywność oraz na spędzanie wolnego czasu. Natomiast JŻ młodzieży chorej na BGTN była gorsza niż chorych na migrenę w skalach QLH-Y funkcjonowania fizycznego i ogólnego zadowolenia ze zdrowia oraz w podskalach QLH-Y harmonii, zmęczenia, witalności, depresji, dobrego nastroju i dobrego humoru. W porównaniu z GK jakość życia dzieci chorych na migrenę była gorsza we wszystkich skalach QLH-Y z wyjątkiem ogólnego zadowolenia z życia oraz we wszystkich podskalach QLH-Y z wyjątkiem podskali depresji, społecznych interakcji z rodzeństwem i rówieśnikami. Wykazano, że u dziewcząt z MbA, migreną, BGTN i w całej grupie z bólami głowy istotnie pogarsza się JŻ w porównaniu z grupą z rozpoznaną MzA. Starszy wiek u młodzieży okazał się czynnikiem znacząco wpływającym na gorsze wyniki JŻ wśród chorych na MbA, MzA, migrenę, BGTN i BG. Częstsza liczba bólów istotnie pogarszała JŻ w analizowanej grupie chorych na BGTN i BG, natomiast nie miała wpływu na JŻ w grupie osób z MbA, MzA i migreną. Z kolei zarówno natężenie BG, jak i czas jego trwania w latach nie miały znaczenia w kontekście JŻ pacjentów lub wpływały na nią w bardzo małym stopniu.

### SUMATRYPTAN CZY ZOLMITRYPTAN W LECZENIU NAPADU MIGRENY – WYBÓR CHOREGO

**dr n. med. Marcin Kopka**

Klinika Neurologii, Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie

**Wprowadzenie:** Tryptany są lekami pierwszego rzutu stosowanymi w doraźnym leczeniu napadów migreny. W badaniach potwierdzono skuteczność zarówno sumatryptanu, jak i zolmitryptanu. A który z nich jest preferowany przez samych chorych?

**Cel:** Celem badania była ocena preferencji chorych dotyczących leczenia napadu migreny sumatryptanem lub zolmitryptanem.

**Metody:** Badanie obejmowało chorych kierowanych do poradni neurologicznej z powodu bólów głowy. Kryteriami włączenia były: rozpoznanie migreny (zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Bólów Głowy), brak skuteczności dotychczasowego leczenia przeciwbólowego, niestosowanie tryptanów w wywiadzie oraz brak przeciwwskazań do ich wdrożenia. Od stycznia 2016 r. do lipca 2017 r. do badania włączono 17 kobiet (średnia: 38 lat), którym zalecono stosowanie sumatryptanu (50 mg lub 100 mg) lub zolmitryptanu (2,5 mg lub 5 mg) w celu doraźnego leczenia napadów migreny. Zadaniem chorych był wybór leku bardziej skutecznego (definiowanego jako zmniejszenie nasilenia objawów migreny w ciągu 2 h od podania) oraz lepiej tolerowanego. Zalecono stosowanie każdego z leków podczas co najmniej 3 kolejnych napadów oraz zgłoszenie się na wizytę kontrolną.

**Wyniki:** Spośród włączonych do badania 17 kobiet na wizytę kontrolną zgłosiło się 14 (82%). U 11 z 14 kobiet (78,5%) skuteczny okazał się co najmniej jeden ze stosowanych tryptanów. Sumatryptan był skuteczny u 71,4% (10 z 14) chorych, natomiast zolmitryptan u 50% (7 z 14). Większość (5 z 6) badanych, u których skuteczne były oba tryptany, wybrała (jako bardziej skuteczny i lepiej tolerowany) zolmitryptan. Ostatecznie zolmitryptan wybrało 7 pacjentek, a sumatryptan – 4.

**Wnioski:** Większość chorych z migreną dotychczas nieleczona tryptanami wybrała zolmitryptan zamiast sumatryptanu jako lek bardziej skuteczny oraz lepiej tolerowany.

## NEURALGIA TRÓJDZIELNA – CZY ZAWSZE POWODUJE JĄ KONFLIKT NACZYNIOWO-NERWOWY?

**lek. Katarzyna Stopińska**

Klinika Neurologii, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Neuralgię trójdzielną definiuje się jako nagły ból trwający kilka sekund oraz występujący w obszarze unerwienia zazwyczaj drugiej lub trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego. Ból jest rwący, promieniujący ku dołowi wzdłuż nerwu, uniemożliwia spożywanie pokarmów i płynów, a nawet mówienie. Dolegliwości bólowe zazwyczaj są tak silne, iż powodują wykrzywienie czy grymas twarzy chorego (*tic douloureux*). Na pierwszy plan wysuwa się obecność punktów spustowych, których lekkie dotknięcie wyzwała napad bólu. Ból zazwyczaj dotyczy jednej połowy twarzy. Bólowi o typowym przebiegu może towarzyszyć miejscowa powierzchowna przeczulica. Klasyczna neuralgia może być zarówno idiopatyczna, jak i objawowa.

Spośród licznych przyczyn można wymienić takie choroby, jak: stwardnienie rozsiane, guz piramidy kości skroniowej czy kąta mostowo-mózdkowego, tętniaki, konflikt naczyniowo-nerwowy czy proces zapalny. W związku z tym w diagnostyce przyczyn neuralgii trójdzielnej bardzo ważne są badania obrazowe.

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 64-letniej kobiety z wieloletnim wywiadem neuralgii trójdzielnej prawostronnej z niezmiernie rzadkim konfliktem oponowo-nerwowym, który jest dość dobrze obrazowany w badaniu rezonansem magnetycznym. Z racji licznych podróży samolotem i związanych z tym zmian ciśnienia objawy u pacjentki niemal zawsze występowały podczas lotu. Pomimo zalecanego leczenia przeciwbólowego chora nie podjęła farmakoterapii.

## WPŁYW METODY BLOKADY NERWU POTYLICZNEGO WIĘKSZEGO NA SKUTECZNOŚĆ LECZENIA BÓLÓW GŁOWY SPOWODOWANYCH NADUŻYWANIEM TRYPTANÓW

**lek. Magdalena Paszkowska**

Gabinet Leczenia Bólu w Szczecinie

**Wprowadzenie:** Przedstawiono przypadek 56-letniej kobiety cierpiącej od 21. r.ż. na migrenowe bóle głowy. Przez wiele lat bóle miały charakter napadowy, bez aury. Od 45. r.ż. (od menopauzy) pacjentce towarzyszą bóle migrenowe o charakterze

przewlekłym. Od ok. 10 lat zażywa sumatryptan w dawce 100 mg 1–2 razy dziennie, w wyniku czego uzyskuje krótkotrwałą (kilkugodzinną) ulgę w dolegliwościach.

**Metoda:** Podczas pierwszej blokady GON podano podskórnie obustronnie, przyśrodkowo od tętnicy potylicznej, na wysokości kresy karkowej górnej lidokainę 2% w dawce 3 ml.

Drugą obustronną blokadę GON wykonano pod kontrolą USG na poziomie C2, podając lidokainę 2% w dawce 4 ml obustronnie.

**Cel:** Zaprzestanie zażywania tryptanów przez pacjentkę.

**Wyniki:** Po pierwszej blokadzie uzyskano korzystny efekt przeciwbólowy na 14 dni. Pacjentka w tym okresie nie zażywała tryptanów, bóle głowy pojawiały się sporadycznie, w skali NRS (*numerical rating scale*) oceniono je na 2–3; dobrze reagowała na paracetamol oraz ibuprofen.

Z powodu krótkotrwałego efektu wykonano powtórny blokadę, która okazała się skuteczniejsza. Pacjentka od ok. 11 miesięcy nie zażywa tryptanów, znacząco zmniejszyły się liczba dni z bólami głowy oraz ich nasilenie.

**Wnioski:** Blokada GON może być skuteczną metodą w leczeniu migrenowych bólów głowy, również tych spowodowanych nadużywaniem tryptanów. W celu osiągnięcia zadowalającego efektu warto zastosować różne techniki blokady nerwu potylicznego większego.

# Problemy psychospołeczne w migrenie. Czy migrena to coś więcej niż powracający, uporczywy ból głowy?

Psychosocial difficulties due to migraine. Is migraine just a recurrent, lingering headache?

**Anna Kocwa-Karnaś, Izabela Domitrz**

Klinika Neurologii, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

## STRESZCZENIE

Migrena jest zaburzeniem, któremu często towarzyszą problemy natury psychologicznej wpływające zarówno na indywidualne życie pacjenta, jak i jego społeczne funkcjonowanie.

**Cel:** Celem artykułu jest ustalenie najczęściej występujących problemów psychospołecznych (PPS) związanych z migreną oraz czynników wpływających na pojawienie się oraz przebieg choroby.

**Metoda:** Dokonano przeglądu krajowej i anglojęzycznej literatury fachowej publikowanej w latach 2000–2018, w której podejmowano tematykę problemów psychospołecznych migreników. Do przeglądu włączono również dane z projektu *Eurolight*.

**Wyniki:** Uzyskano dane z 51 badań oraz zebrano ponad 30 specyficznych trudności psychospołecznych, które podzielono na 7 głównych obszarów najczęściej wymienianych w badaniach jako trudne dla migreników: obniżona witalność i zmęczenie, problemy natury emocjonalnej, ból, trudności w pracy, ogólne zdrowie psychiczne i fizyczne, funkcjonowanie społeczne oraz ogólna niesprawność.

**Wnioski:** Leczenie migreny oraz redukcja liczby napadów są głównymi determinantami w procesie zmniejszania problemów psychospołecznych w przebiegu migreny. Leczenie farmakologiczne wpływa pozytywnie na poprawę PPS, szczególnie w obszarach emocji, zdrowia fizycznego i psychicznego, zatrudnienia oraz ogólnego poczucia niesprawności. Brak danych o negatywnym działaniu leczenia migreny. Rozumienie wpływu i znaczenia czynników oddziałujących na zagadnienia psychospołeczne u migreników stanowi istotny aspekt zdrowia publicznego, wpływa bowiem na koszty ponoszone zarówno indywidualnie, jak i przez całe społeczeństwo.

**Słowa kluczowe:** migrena, niesprawność, ból głowy

Adres do korespondencji:

Anna Kocwa-Karnaś, Klinika Neurologii, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny  
01-809 Warszawa, ul. Ceglowska 80, tel./faks: (22) 569-02-39, e-mail: kocwa.karnas@gmail.com

Izabela Domitrz, Klinika Neurologii, II Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny  
01-809 Warszawa, ul. Ceglowska 80, tel./faks: (22) 569-02-39, e-mail: izabela.domitrz@wum.edu.pl

## ABSTRACT

Migraine is a very disturbing disease, often accompanied by psychosocial difficulties strong enough to influence patient's private life as well as social functioning.

**Goal:** The aim of the article is to highlight most often reported psychosocial difficulties associated with migraine and factors that might impact the onset of migraine and influence its process.

**Method:** We have searched Polish and English articles published between 2000–2018 that were focused on or included in the survey the subject of psychosocial difficulties due to migraine. Also the outcomes of *Eurolight* project were included.

**Results:** 51 surveys were gathered and over 30 psychosocial determinants chosen, that allowed to make 7 main areas most often reported by migraineurs as burdening and influencing their lives: energy and fatigue, emotional difficulties, pain, employment, general physical and mental health, social functioning and last but not least disability.

**Conclusion:** Migraine treatment as well as attacks reduction are considered as main determinants in the process of minimizing psychosocial difficulties due to migraine. Treatment has positive effects on psychosocial difficulties such as emotions, physical and mental health, employment and global disability. There is not enough surveys on negative results of treatment in migraine. It seems crucial to understand the importance of psychosocial determinants for public health, as they are considered as important components of individual and societal costs.

**Key words:** migraine, inefficiency, headache

## WPROWADZENIE

Występowanie migreny w populacji ogólnej w krajach Unii Europejskiej szacuje się na 15%, zaś w populacji kobiet nawet na 17,6% [1]. Migrena niekorzystnie oddziałuje na jakość życia związaną ze zdrowiem (HRQoL, *health-related quality of life*), niezależnie od współwystępowania zaburzeń lękowych i depresyjnych [2, 3], i ma niewątpliwy wpływ na życie codzienne. Ponadto, przy uwzględnieniu przeciętnego kosztu rocznego przypadającego na 1 pacjenta obliczonego jako równoważność 1,22 euro, aż 93% stanowią koszty pośrednio związane z ograniczoną produktywnością oraz absencją w pracy [4]. Jest to bardzo wyraźny sygnał podkreślający uciążliwość migreny nie tylko w ujęciu indywidualnym, lecz także społecznym, dlatego też Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) zalicza ją do głównego obszaru zdrowia publicznego [5]. W raporcie WHO *The World Health Report 2001* migrena została umieszczona na 19. miejscu w klasyfikacji chorób wywołujących niesprawność (*disability*), mierzoną latami życia straconymi z powodu choroby (YLD, *Years of Life Lost to Disability*) [6]. Niesprawność w migrenie jest ściśle związana z jej nasileniem, a szczególnie upośledzone obszary funkcjonowania w przebiegu tej choroby to: funkcjonowanie emocjonalne, mobilność, komunikowanie się, udział w życiu społecznym, relacje z innymi oraz problemy rodzinne. W zwiększaniu świadomości na temat problemów psychospołecznych w różnych chorobach odgrywają rolę cykliczne raporty GBD (*Global Burden of Disease, Injuries and Risk Factors Survey*) [7]. Badania obejmują regiony całego świata i są prowadzone co kilka lat. Polska w klasyfikacji WHO lokuje się w regionie Europy Środ-

kowej wraz z Albanią, Bośnią i Hercegowiną, Bułgarią, Chorwacją, Czarnogórą, Czechami, Macedonią, Rumunią, Serbią, Słowacją, Słowenią oraz Węgrami. Celem GBD jest systematyczne wykorzystanie w ocenie stanu zdrowia danych o chorobowości i niepełnosprawności, jak również o liczbie lat utraconych w wyniku przedwczesnego zgonu lub z powodu niesprawności (YLD). GBD stosuje również obiektywne metody epidemiologiczne i demograficzne do oszacowania i predykcji stanu zdrowia. Wprowadzono wskaźnik, którego można użyć do pomiaru efektywności ekonomicznej działań zdrowotnych – DALY (*Disability Adjusted Life Years* – lata życia skorygowane niepełnosprawnością). Stanowi on sumę liczby utraconych lat życia (YLL, *Years of Life Lost*) oraz liczby lat przeżytych w niesprawności (YLD). Za pomocą wskaźnika DALY można szacować istotność (umieralność i chorobowość) danej choroby, a w konsekwencji wagę czynników ryzyka, które powodują jej wystąpienie. Jeden rok DALY można uznać za jeden rok utraconego życia w pełnym zdrowiu. DALY mierzy obciążenie chorobami w danej populacji. Wyraża ekwiwalent lat życia w zdrowiu, który został utracony z powodu liczby lat życia w chorobie lub niesprawności o określonym stopniu ciężkości oraz czasie trwania (YLD), jak również liczby lat życia utraconych w związku z przedwczesnym zgonem (YLL). Stąd DALY liczony w każdym schorzeniu jest sumą YLL oraz YLD z danego schorzenia [8]. Główne czynniki ryzyka utraty zdrowia (mierzonej w DALY) zmieniały się w okresie ostatnich 2 dekad. W GBD 2010 migrena znalazła się w rankingu 10 najczęstszych przyczyn utraty zdrowia (YLD) na miejscu 8. (za bólem pleców, depresją, upadkami, bólem szyi, chorobami mięśniowo-szkieletowymi,



zaburzeniami lęgowymi i cukrzycą). Natomiast w GBD 2016 migrenę ulokowano już na miejscu 2. (tuż za bólami kręgosłupa) wśród 10 najczęstszych przyczyn YLD (tab. 1) [7, 8]. Poruszane zagadnienia i przedstawione determinanty, które towarzyszą migrenie oraz znacząco wpływają na jej przebieg i życie z chorobą, są więc niezwykle istotne.

#### TABELA 1.

Dziesięć głównych przyczyn YLD (lat straconych z powodu choroby) według GBD 2016.

1. Bóle kręgosłupa
2. Migrena
3. Utrata słuchu związana z wiekiem
4. Anemia spowodowana niskim stężeniem żelaza
5. Duża depresja
6. Bóle szyi
7. Inne zaburzenia mięśniowo-szkieletowe
8. Cukrzyca
9. Zaburzenia lęgowe
10. Upadki

Wydaje się, że o psychospołecznych determinantach w migrenie mówi się w ostatnich latach coraz częściej, a jednak choroba ta nadal jest zbyt rzadko diagnozowana, zaś objawy nieodpowiednio leczone [9–13].

W latach 2010–2011 w krajach UE przeprowadzono szeroko zakrojony, międzynarodowy projekt badawczy poświęcony migrenie – *Eurolight Study*. Była to inicjatywa wspierana przez Agencję Wykonawczą ds. Zdrowia i Konsumentów Komisji Europejskiej (EAHC, *European Commission Executive Agency for Health and Consumers*) w partnerstwie z Globalną Kampanią przeciwko Bólom Głowy (GCH), *Lifting the Burden* (LTB) oraz organizacjami pozarządowymi Wielkiej Brytanii współpracującymi z WHO [14]. W tym ogromnym przedsięwzięciu udział wzięło 9247 uczestników z 10 krajów Unii Europejskiej: Austrii, Francji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Litwy, Luksemburga, Niemiec, Włoch oraz Wielkiej Brytanii. Zebrano istotne informacje na temat migreników w wieku 18–65 lat. Na podstawie *Euro-light Study* powstało wiele publikacji poświęconych zagadnieniom psychologicznym, społecznym, ekonomicznym oraz leczeniu migreny [15, 16, 21].

W niniejszym artykule koncentrujemy się głównie na aspektach psychospołecznych migreny, analizując ich wpływ na codzienne funkcjonowanie, pracę zawodową oraz życie rodzinne i społeczne. Jako podstawę psychospołecznych determinant i aspektów migreny przyjęto model biopsychospołeczny, w myśl którego za problemy psychospołeczne uważa się zaburzenia funkcji psychicznych (*mental functions*), ograniczenia aktywności oraz powstrzymywanie się od uczestniczenia w ży-

ciu społecznym w takich obszarach jak: praca, życie rodzinne, wypoczynek oraz czynności dnia codziennego, zadania domowe oraz mobilność [15, 16].

Uwzględniając fakt, iż powyższe obszary funkcjonowania człowieka wpływają na życie osobiste oraz aspekty społeczno-ekonomiczne, a jednocześnie mogą być związane z powstaniem oraz przebiegiem choroby, wydaje się niezwykle istotne, aby zidentyfikować czynniki współodpowiedzialne za proces chorobowy i jednocześnie zrozumieć ich oddziaływanie [17, 18].

## METODA

Dane ujęte w niniejszej pracy opierają się głównie na publikacjach anglojęzycznych oraz krajowych powstałych w latach 2000–2016. Uwzględniono badania, w których pacjenci zdiagnozowani zostali według kryteriów Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy pierwszej lub drugiej edycji [19, 20] i ustalono u nich rozpoznanie migreny z aurą lub bez aury. Wykluczono zaś te, które obejmowały pacjentów z uzależnieniami, padaczką, wtórnymi bólami głowy, chorobami naczyniowymi oraz bólami głowy występującymi częściej niż 15 razy w miesiącu. W przeglądzie literatury zwrócono szczególną uwagę na problemy psychospołeczne związane z migreną, dlatego też przede wszystkim uwzględniano badania longitudinalne. W pracach na temat problemów psychospołecznych w migrenie pojawiło się ponad 30 czynników PPS, z których wybrano te najczęściej eksplorowane oraz wyraźnie związane z migreną. Utworzono główne grupy (obszary) zaburzeń: związane z energią i napędem psychofizycznym (*energy and drive functions*), procesami emocjonalnymi (*emotional functions*), bólem (*pain*), zatrudnieniem (*employment*), ogólną oceną zdrowia fizycznego i psychicznego (*general physical and mental health*), funkcjonowaniem społecznym (*social functioning*) oraz ogólnym poczuciem niesprawności (*global disability*). W badaniach wykorzystywano skale i testy umożliwiające pomiar różnych zmiennych oddziałujących na życie codzienne. Pomiar obejmował zaburzenia i dysfunkcje (*disability*), ograniczenie aktywności oraz percypowaną jakość życia (HRQoL) [9, 11, 16–18]. Wyodrębniono również determinanty przy użyciu skali MIDAS oraz *Short-Form 36 Health Study*. Skala MIDAS pozwala oszacować niesprawność pacjentów w migrenie i jest używana w znakomitej większości publikacji na temat migreny. *Short Form 36* (SF-36) – Kwestionariusz oceny jakości życia – jest przeznaczony do subiektywnej oceny stanu zdrowia i pozwala określić 8 elementów: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego, odczuwanie bólu, ogólne poczucie zdrowia, witalność, funkcjonowanie społeczne, funkcjonowanie emocjonalne oraz zdrowie psychiczne [21].

Metodologia projektu *Eurolight* została opisana szczegółowo w pracy Andrée i wsp. *The Eurolight project: the impact of primary headache disorders in Europe. Description of methods* [14, 22]. W badaniu tym użyto ujednoliconego we wszystkich krajach kwestionariusza w formie wywiadu diagnostycznego. Część demograficzna kwestionariusza obejmowała pytania o wiek, płeć, stan cywilny oraz status ekonomiczny. Pytania dotyczące bólu głowy, w tym o jego częstotliwość, rodzaj, czas trwania i intensywność, opierały się na kryteriach diagnostycznych według ICHD-II. W kwestionariuszu znalazły się również pytania o rodzaj pomocy udzielanej przy migrenie: pomoc pielęgniarska, lekarza pierwszego kontaktu, specjalisty neurologa, specjalisty bólów głowy, jak również podejmowanych badań diagnostycznych (w tym MRI, TK, RTG szyi, morfologia krwi, badanie okulistyczne). Pytania odnosiły się również do liczby hospitalizacji z powodu bólu głowy i napadów migreny. Pod względem demograficznym pacjenci z migreną we wszystkich krajach prezentowali podobne parametry: średni wiek ok. 40 lat, większość badanych –  $\frac{2}{3}$  – stanowiły kobiety, najczęściej mężatki lub żyjące z partnerem (od 57% w Niemczech do 94% we Włoszech), również zdecydowana większość migreników była aktywna zawodowo (najmniej w Irlandii: 59%, najwięcej w Hiszpanii: 84%).

## WYNIKI

Wybrano 51 badań, w których poddano analizie determinanty i problemy psychospołeczne. W badaniach tych regularnie pojawiało się ponad 30 czynników wymienianych przez badanych jako czynniki wyraźnie związane z problematyką psychospołeczną. W procesie dalszej analizy wyodrębniono ostatecznie 7 obszarów, które dominowały we wszystkich badaniach. Wśród nich znalazły się: energia i napęd, ból, problemy emocjonalne, zatrudnienie, ocena zdrowia psychicznego i fizycznego, funkcjonowanie społeczne, poczucie niesprawności. Obszary te omówiono poniżej.

### Energia i napęd

Energia i napęd (*energy and drive functions*) obejmują takie czynniki jak: witalność, poziom zmęczenia (*fatigue*) czy motywacja. Najwięcej badań poświęcono witalności (5,2%), zaś w połączeniu z badaniami dotyczącymi zmęczenia oraz zagadnieniem motywacji w migrenie jest to grupa czynników, która stanowi już blisko 7% wszystkich badań dotyczących problemów psychospołecznych. Badania potwierdzają wyraźną zależność pomiędzy ogólnym zmęczeniem a bólem głowy [23]. Wielu badanych zgłasza ogólne zmęczenie po napadzie migreny, częstą potrzebę snu oraz regeneracji psychofizycznej. Czas trwania choroby nie wydaje się silną determinantą wpływającą na spadek motywacji zarówno w pracy, jak i życiu prywatnym.

Nie ma też w badaniach wyraźnych zależności pomiędzy czasem trwania choroby a problemami emocjonalnymi [23, 24].

Wyraźnie pozytywny efekt na zwiększenie energii i witalności ma natomiast redukcja bólu [25, 26]. Podobnie dobrze na wzrost energii życiowej i napędu wpływa zmniejszenie częstotliwości napadów [23–25]. Duże znaczenie ma leczenie almotryptanem [31] czy ryzatryptanem [32], pozytywnie wpływa bowiem na funkcje energetyczne i witalne. Podobnie stosowanie topiramatu powoduje większą witalność oraz redukcję zmęczenia [25, 26]. Wśród leków z udokumentowanym dobrym wpływem na zwiększenie energii życiowej i witalności znajdują się również leki przeciwpadaczkowe, przeciwdepresanty, neuroleptyki oraz  $\beta$ -bloker [27, 29].

Reasumując, problemy ze zmęczeniem oraz mniejszą witalnością wiążą się z obecnością bólu, dlatego też jego redukcja determinuje lepszy, większy napęd psychoruchowy i zwiększoną energię. Dowiedziono pozytywnego wpływu leczenia profilaktycznego oraz objawowego migreny na zwiększenie witalności oraz zmniejszenie poczucia zmęczenia (*vitality and fatigue*) [30, 32, 33].

### Ból

Ból to bez wątpienia główny i najbardziej przykry objaw migreny związany z problemami psychospołecznymi, jakkolwiek relatywnie rzadko opisywany (4,7% wszystkich PPS; 11 badań). Interesujące wydaje się, iż sam ból w migrenie ma stosunkowo słabą korelację z ogólnym poczuciem niesprawności i nie jest wskazywany jako czynnik bezpośrednio wywołujący problemy psychologiczne i społeczne [34]. Z badań wynika, iż bóle migrenowe powodują problemy w obszarze energii i witalności, a także bardzo często zmęczenie. Powracające uporczywe migrenowe bóle głowy mogą również implikować większe trudności w sferze zatrudnienia, ze względu na relatywnie mniejszą gotowość do pracy oraz obniżenie jej efektywności. Ponadto ból izoluje pacjentów od otoczenia, jakkolwiek brak bezpośrednich badań poświęconych korelacji bólu migrenowego z izolacją społeczną. Od intensywności bólu oraz jego częstotliwości zależy również ocena jakości życia.

Udowodnione działania pozytywnie wpływające na zmniejszenie bólu to profilaktyczne podawanie leków, takich jak topiramat [33], toksyna botulinowa typu A [35], czy też wprowadzenie leczenia objawowego takimi lekami jak: ryzatryptan, sumatryptan i naproksen [30, 31].

### Funkcjonowanie emocjonalne

Do obszaru funkcjonowania emocjonalnego zaliczono: ogólne funkcjonowanie emocjonalne, objawy depresyjne i nastrój

depresyjny, zaburzenia lękowe, stres, gniew, zmartwienia i poczucie nieadekwatności czy niepokój. Wszystkie te zjawiska wpływają na stan emocjonalny, sposób opisywania i interpretację swoich emocji. Stanowią one sumarycznie ponad 23% wszystkich czynników PPS. Wśród nich najczęściej zgłaszanymi problemami mającymi oddźwięk psychospołeczny są lęk oraz nastroj depresyjny [34, 37, 38].

Wśród badanych respondentów osoby z migreną cechowały się większą podatnością na depresję oraz wyższym poziomem lęku w porównaniu z populacją osób zdrowych [34, 38]. Niewiele jest badań i dowodów na silny związek między częstością napadów a lękiem, choć zmniejszenie liczby napadowych bólów głowy wpływa pozytywnie na ogólne funkcjonowanie emocjonalne, co sugerowałoby właśnie taką korelację [37]. Problemy emocjonalne skutkują również większym poczuciem niesprawności oraz niższą jakością życia związaną ze zdrowiem (HRQoL) [36]. Oznacza to, że migrenicy z problemami natury emocjonalnej mogą bardziej negatywnie postrzegać swoje zdrowie i gorzej oceniać swoje możliwości dotyczące ogólnej sprawności psychofizycznej.

Zmniejszenie poziomu stresu ma ogólnie dobry wpływ na zdrowie psychofizyczne, natomiast nie ma bezpośrednich dowodów na zmniejszenie depresyjności w jego wyniku [37, 38]. Niższy poziom stresu nie wyklucza bowiem obniżonego nastroju, jak również zmniejszenie poziomu stresu nie ma bezpośredniej korelacji z lepszym nastrojem. Na osłabienie nastroju depresyjnego może jednak wpływać zmniejszenie częstości bólów głowy [39], ponieważ istnieje pozytywna korelacja między liczbą napadów migreny a lepszym ogólnym samopoczuciem [38, 40].

Poczucie lęku i napięcia w migrenie to czynnik wyraźniej modyfikowalny częstotliwością napadów. Niższy poziom lęku odczuwają bowiem migrenicy z mniejszą częstotliwością ataków migreny [40, 41]. Lęk może też wzrastać wraz z nasilaniem się napadów, zwłaszcza że zwiększająca się liczba napadowych bólów głowy wpływa na poczucie słabszego zdrowia, a jednocześnie większej niesprawności. Zmniejszenie częstości ataków migreny pozytywnie przekłada się również na poczucie sprawstwa i wpływu (*self-efficacy*) [41]. Poczucie sprawstwa jest pojęciem znanym w psychologii zdrowia, a wyraża się w poczuciu kontroli (czyli przekonaniu człowieka, że występowanie pozytywnych i negatywnych zdarzeń w jego życiu zależy od tego, co robi), oraz poczuciu własnej skuteczności (czyli przekonaniu, iż jest w stanie osiągnąć cele, do których zmierza). Poczucie sprawstwa ma duże znaczenie adaptacyjne w zdrowiu i chorobie, wiąże się z pozytywną oceną własnych kompetencji. Stanowi też ważny element pozytywnego obra-

zu własnej osoby, pomaga postrzegać wybrane cele jako bardziej atrakcyjne. Poczucie sprawstwa zwiększa energię i napęd oraz wytrwałość w działaniu. Dzięki tej umiejętności wzrasta też odporność na stres [39, 41, 42].

Leczenie profilaktyczne topiramatem [33], amitrypyliną [43], toksyną botulinową typu A [32], jak również leczenie doraźne sumatryptanem czy almotryptanem [42] bardzo pozytywnie wpływa na funkcjonowanie emocjonalne [22, 29, 33, 40, 42, 43]. Leczenie zmniejsza częstość i intensywność napadów bólu głowy, daje poczucie większej kontroli i wpływu na przebieg choroby. Leczenie przeciwmigrenowe powoduje obniżenie napięcia emocjonalnego, poziomu lęku oraz wyrównanie nastroju. Lawler i Camerson [44] oraz John i wsp. [45] w swoich publikacjach wymieniają również terapię masażem oraz jogę jako potencjalnie pozytywne interwencje zmniejszające poziom lęku oraz wpływające na poprawę nastroju.

Reasumując, migrenowe bóle głowy wiążą się z różnymi problemami emocjonalnymi, w dłuższej perspektywie czasowej mogą wywoływać niepokój, lęki, a także depresję. Powtarzające się bóle obniżają vitalność oraz zwiększają poczucie zmęczenia, ponadto mogą zaburzać obraz siebie i obniżyć poczucie kontroli, co pogłębia depresję. Ograniczenie częstości napadów działa wyraźnie pozytywnie, zmniejszając napięcie i lęk, podobnie jak pozytywne efekty mogą przynieść terapie uzupełniające, ukierunkowane na emocje oraz strategie radzenia sobie z chorobą.

Najlepsze udowodnione działanie minimalizujące problemy w obszarze emocji osiąga się poprzez włączenie leczenia farmakologicznego – zarówno profilaktycznego, jak i objawowego, natomiast bardzo niewiele jest badań przekrojowych lub longitudinalnych oraz publikacji na temat innych, pozamedycznych metod modulowania emocji w migrenie.

## Zatrudnienie i praca

W obszarze zatrudnienia zawodowego (*remunerative employment*) badano takie czynniki jak ograniczenia czasowe (*time restriction*) oraz zmniejszona efektywność (*reduced efficacy*) jako zgłaszane problemy psychospołeczne dotyczące pracy i zatrudnienia. Ograniczenia czasowe wiążą się z absencją w pracy, która jest mierzona liczbą dni wolnych od pracy spowodowanych migreną. Zagadnienia związane z zatrudnieniem stanowią 7% wszystkich problemów psychospołecznych i skupiają się wokół kwestii mniejszej efektywności oraz ilości czasu poświęconego pracy.

W badaniu Fuh i Wang [34] obecność bólu głowy oraz ocena jakości życia w chorobie wraz z ogólnym poczuciem niespraw-

ności wiążą się z ograniczeniami czasowymi w pracy. Zmniejszenie intensywności bólu, jego częstości oraz długości napadu ma wpływać pozytywnie na większą wydajność w pracy [46–48]. Istnieje korelacja pomiędzy liczbą napadów migrenowych a absencją w pracy [31] – w oczywisty sposób redukcja liczby napadów wpływa pozytywnie na liczbę dni gotowości do pracy.

Na efektywność w pracy może wpływać włączenie almitryptanu [31], ryzatryptanu [32], sumatryptanu oraz eletryptanu [46]. Podobnie pozytywne efekty daje włączenie leczenia profilaktycznego np. toksyną botulinową typu A czy amitryptyliną [43], przekłada się bowiem na większą efektywność zawodową oraz redukcję absencji wywołanej napadami migreny [41].

Reasumując, badania w obszarze pracy i zatrudnienia u migreników skupiają się na efektywności i wydajności w pracy oraz absencji spowodowanych napadami migreny.

## Ogólne zdrowie fizyczne i psychiczne

Ogólne zdrowie fizyczne i psychiczne to obszar, który determinują czynniki wpływające zarówno na funkcje psychiczne (*mental health*), jak i zdrowie fizyczne (*physical health*). Badania nad zdrowiem psychicznym i fizycznym stanowią blisko 13% wszystkich zgłaszanych problemów psychospołecznych w migrenie. Potwierdzają one zależność pomiędzy słabym zdrowiem psychicznym a ogólnymi problemami emocjonalnymi [24], ale także zwracają uwagę na korelację pomiędzy zdrowiem psychofizycznym a nastrojem depresyjnym [36–38] oraz ogólną niesprawnością (*global disability*) [33]. Ciekawe jest badanie Brandes i wsp. [25] dotyczące wpływu częstości bólów głowy na zdrowie fizyczne. Według badaczy częste napady migrenowe wiążą się z obniżeniem liczby dni, w których uprawia się sport i aktywność fizyczną, co z kolei niekorzystnie przekłada się na zdrowie fizyczne. Inne badania potwierdzają, że redukcja napadów wpływa pozytywnie na zdrowie psychofizyczne [26, 27, 29, 30]. Z drugiej strony badanie Bordini i Mariano da Silva zwraca uwagę, iż redukcja czy ograniczenie bólu nie przekłada się na lepsze zdrowie fizyczne ani większą ilość czasu poświęcanego aktywności sportowej [29].

Stosowanie tryptanów pozytywnie koreluje z poprawą zdrowia fizycznego i psychicznego [31, 32], zaś w przypadku leczenia profilaktycznego najlepszy wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne ma topiramata [43, 46].

Reasumując, liczne badania potwierdzają, iż zdrowie psychiczne i fizyczne wyraźnie wiąże się z problemami emocjonalnymi, jak również częstością występowania bólów głowy oraz poczuciem ogólnej niesprawności.

## Funkcjonowanie społeczne

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem społecznym i towarzyskim stanowią ponad 4,3% wszystkich zgłaszanych problemów zaliczanych do grupy psychospołecznych. Problemy w tym obszarze nie mają związku z aspektami o charakterze emocjonalnym, jakością życia związaną ze zdrowiem, niesprawnością czy obecnością migrenowych bólów głowy [24, 29, 34]. Gdy jednak dołączymy do tej grupy aktywność w czasie wolnym (3%), to razem będą one stanowić ponad 7% wszystkich badań poświęconych zjawiskom społecznym. Problemy psychospołeczne w tej grupie obejmują najczęściej unikanie kontaktów społecznych i towarzyskich, poczucie niezrozumienia ze strony osób zdrowych, niepewność i lęk związane z możliwością pojawienia się napadu migreny, spadkiem nastroju i ogólną witalnością. Czynniki te mogą regulować zachowania i nastawienie społeczne. Zmniejszenie częstotliwości napadów migreny oraz intensywności bólu przekłada się na lepsze funkcjonowanie społeczne [28]. Większe poczucie zdrowia może zwiększać aktywność społeczną. Jednak funkcjonowanie społeczne jest głębszym zagadnieniem, powinno się bowiem brać pod uwagę osobowość chorego, jego wcześniejsze (przedchorobowe) funkcjonowanie, relacje międzyludzkie oraz indywidualne potrzeby, co metodologicznie może stanowić duże wyzwanie.

## Ogólna niesprawność

Ogólna niesprawność (*global disability*) pośrednio wiąże się ze wszystkimi wspomnianymi wcześniej w opracowaniu problemami psychospołecznymi, jakich przysparza choremu migrena. Poczucie niesprawności w migrenie raportowane jest w ponad 11% badań i stanowi najczęściej zgłaszaną kategorię PPS.

Poczucie niesprawności, czyli poczucie choroby, może się wiązać ze słabą jakością snu [36] oraz świadomością choroby [49]. Zmniejszenie częstości napadów wyraźnie obniża poczucie choroby i niesprawności [25, 41, 50].

W badaniu Narin i wsp. [52] zwrócono uwagę na pozytywny wpływ leczenia wielomodalnego, wieloczynnikowego na redukcję bólu, czego rezultatem jest zmniejszone poczucie niesprawności w migrenie. Wśród badanych działań znoszących bądź obniżających ból znalazły się: ćwiczenia fizyczne, ćwiczenia radzenia sobie ze stresem, terapia relaksacyjna, wykłady na temat odpowiedniej diety oraz sesje masażu. Wszystkie działania wdrożone jako leczenie wieloczynnikowe wpłynęły pozytywnie, zmniejszając poczucie ogólnej niesprawności [52–54, 64].

Reasumując, obniżenie poczucia ogólnej niesprawności w migrenie wiąże się z efektywnością i dobrymi wynikami leczenia.

Szczególnie wyraźny jest wpływ leczenia profilaktycznego migreny na ogólną niesprawność.

## DYSKUSJA

Niniejsze opracowanie stanowi przegląd literatury na temat problemów psychospołecznych w migrenie, w którym wyodrębniłno główne czynniki wpływające na jej przebieg. Najczęściej badane problemy psychospołeczne skupiały się wokół obszarów takich jak: emocje, napięcie i witalność, ból, trudności związane z pracą i zatrudnieniem, słabsze zdrowie psychiczne i fizyczne, funkcjonowanie w przestrzeni towarzyskiej oraz większe poczucie ogólnej niesprawności. Wskazano także zmienne regulujące problemy psychospołeczne, częstotliwość napadów oraz intensywność bólu. Najlepiej zbadany i opisany jest wpływ leczenia profilaktycznego oraz objawowego migreny na takie obszary jak: funkcjonowanie emocjonalne, zdrowie psychiczne i fizyczne, problemy związane z pracą oraz na ogólną niesprawność.

Brakuje badań i literatury fachowej dotyczących innych niż ból zmiennych wywołujących PPS. Jedynie ból został uznany za czynnik wyraźnie wywołujący i regulujący problemy psychospołeczne. W swoim badaniu Smitherman i Ward [55] zwrócili również uwagę na różnice płci, opisując różne podejście do zjawiska bólu u kobiet i mężczyzn. Autorzy podkreślają różnice w oczekiwaniach względem ról społecznych oraz strategii radzenia sobie z chorobą przez kobiety i mężczyzn. To właśnie te czynniki wydają się determinować wyraźne różnice w odpowiedzi na ból. Brakuje podobnego podziału i analizy innych czynników psychospołecznych związanych z migreną.

Zmienne, które wyraźnie wpływają na zdrowe funkcjonowanie psychospołeczne, a więc zmniejszają problemy związane z migreną, można podzielić na 2 grupy: pierwsza jest związana z odpowiednim leczeniem profilaktycznym i doraźnym, które sprawia, że migrena staje się mniej uporczywa, mniej niespodziewana i mniej przykra dla chorego, druga grupa zaś zawiera zmienne bardziej charakterystyczne dla samej choroby, takie jak częstość występowania napadów migrenowych oraz obecność samego bólu. Obserwacje kliniczne oraz badania potwierdzają, iż redukcja częstości napadów migreny oraz intensywności bólu wywiera zdecydowanie pozytywny wpływ na pozostałe obszary regulujące problemy psychospołeczne: poczucie witalności, napięcie czy mniejsze zmęczenie. Pozytywne działanie leków przekłada się na lepszy kontakt społeczny, gotowość i zdolność do pracy, aktywność fizyczną i psychiczną oraz ogólnie lepszą sprawność psychofizyczną.

W kwestii leczenia profilaktycznego i doraźnego badania raczej skupiały się wokół różnego rodzaju tryptanów niż leczenia

lekami przeciwzapalnymi, jednak szczegółowe leczenie w migrenie nie jest przedmiotem niniejszego opracowania, dlatego ograniczono się do minimum informacji w tym obszarze. W kontekście problemów psychospołecznych na pewno warto podkreślić te badania i piśmiennictwo, w których wyraźne są dowody na pozytywny wpływ leczenia profilaktycznego na sferę emocjonalną, zwiększoną efektywność w pracy, zmniejszone poczucie ogólnej niesprawności oraz pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne.

Brakuje badań na temat niefarmakologicznego leczenia migreny. Istnieje kilka doniesień o leczeniu komplementarnym z terapią psychologiczną, kilka badań dotyczących pozytywnego wpływu terapii masażem oraz praktykowaniem jogi przy obniżaniu poziomu lęku i zaburzeń nastroju [44, 45] oraz badanie, w którym zwrócono uwagę na pozytywny wpływ terapii behawioralnej na funkcjonowanie pacjenta [56]. Brak literatury na temat niefarmakologicznych metod leczenia migreny może być też wynikiem tendencji do prowadzenia badań longitudinalnych, takich jak badania kliniczne leków. Wydaje się jednak, że niefarmakologiczne metody regulowania objawów migrenowych oraz problemy psychospołeczne związane z tą chorobą powinny stać się przedmiotem przyszłych badań.

Obecna literatura opiera się głównie na badaniach klinicznych, w których zmienne są ściśle określone i kontrolowane, natomiast klinicyści w swojej codziennej praktyce często borykają się z problematyką procesu leczenia migreny. Akceptacja leków i procesu leczenia (*acceptance and adherence*) jest niezwykle istotnym czynnikiem z punktu widzenia wyników terapii [54–58]. Jednocześnie u migreników niestosowanie się do proponowanego przez specjalistę leczenia (*non-adherence to treatment*) może mieć negatywne implikacje dla jego procesu. Nieadekwatne przyjmowanie leku, brak akceptacji leczenia profilaktycznego czy też nadużywanie leków doraźnych [59] to problemy, które w połączeniu z zaburzeniami emocjonalnymi mogą zdecydowanie doprowadzić do pogorszenia zdrowia [59, 60]. Zaburzenia nastroju w przebiegu migreny dodatkowo utrudniają nawiązanie właściwej relacji z lekarzem specjalistą oraz stosowanie się do jego zaleceń [61–63].

Częstość napadów migreny w oczywisty sposób wydaje się związana z powstawaniem problemów psychospołecznych, jakkolwiek spadek częstości napadów ma zdecydowanie najwyższą udowodnioną pozytywną korelację z witalnością (*vitality*) oraz zdrowiem psychicznym i fizycznym (*mental and physical health*).

Migrena ma ogromny wpływ na zdrowie publiczne. Przyczynia się do utraty zdrowia oraz implikuje wiele istotnych problemów społecznych i psychologicznych, dlatego też z punktu wi-

dzenia polityki społecznej i medycznej niezwykle ważne jest, aby odpowiednio szybko ją diagnozować, udzielając adekwatnej pomocy medycznej, psychologicznej i społecznej.

W metodologii przyszłych badań nad problemami psychospołecznymi w migrenie należy uwzględnić wszystkie powyższe aspekty psychologiczne oraz społeczne związane zarówno z charakterem migreny jako choroby, efektami leczenia, jak i innymi czynnikami związanymi z procesem choroby – od pojawienia się bólu, przebiegu choroby oraz strategii radzenia sobie po efekty leczenia profilaktycznego i objawowego. Co więcej, powinniśmy zwrócić uwagę na różnice w podejściu do bólu oraz oczekiwaniach i strategiach radzenia sobie z chorobą u obu płci. Włączenie metod leczniczych, takich jak: psychoterapia, ćwiczenia fizyczne, relaksacyjne, zwiększające poczucie sprawstwa oraz kontroli w chorobie, powinno być elementem holistycznego spojrzenia na zagadnienie migreny jako choroby, która jest – co miał wykazać niniejszy artykuł – czymś więcej niż powtarzającymi się bólami głowy.

## WNIOSKI

Wniosek z przeglądu badań i literatury ostatniej dekady jest dość jednoznaczny. Migrena to niezwykle uciążliwy stan i choroba, którą należy rozpatrywać wieloczynnikowo. Migrenicy doświadczają dużo więcej trudności niż tylko ból głowy spowodowany napadem migreny. Należą do nich problemy psychospołeczne, wśród których znajdują się: trudności emocjonalne, zmniejszona witalność i napęd, ból, trudności w pracy, gorsze zdrowie psychiczne i fizyczne oraz problemy natury międzyludzkiej wywołane chorobą.

Chcemy zwrócić uwagę, jak ogromny wpływ na życie indywidualnego człowieka ma migrena i jak bardzo jest ona wielowymiarowa. Jej wpływ na życie chorego jest dużo szerszy niż tylko pojawienie się bólu w obrębie głowy, a koszty można liczyć nie tylko z perspektywy indywidualnej w obszarze życia prywatnego, zdrowotnego i zawodowego, lecz także z perspektywy ogólnospołecznej, co powinno być uwzględniane w polityce zdrowotnej w naszym kraju.

## Piśmiennictwo

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Classification of headache disorders 2nd ed. Cephalalgia 2004; 24: 9-160.
2. Stovner L.J., Andree C.; Eurolight Steering Committee: Prevalence of headache in Europe: a review of the Eurolight project. J. Headache Pain 2010; 11: 289-299.
3. Freitag F.: The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks. Clin. Ther. 2007; 29: 939-949.
4. Linde M., Gustavsson A., Stovner L.J. et al.: The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. Eur. J. Neurol. 2012; 19: 703-711.
5. World Health Organization and Lifting The Burden (2011) ATLAS of headache disorders and resources in the world 2011. World Health Organization, Geneva.
6. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M. et al.: Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2163-2196.
7. Vos T., Abajobir A.A., Abbafati C. et al.: Global regional and national incidence, prevalence and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the global burden of disease study, 2016. Lancet 2017; 390: 1211-1259.
8. Murray C.: Disability-adjusted life years (DALY) for 291 diseases and injuries in 21 regions 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012; 380: 2163-2223.
9. Lipton R.B., Liberman J.N., Kolodner K.B. et al.: Migraine headache disability and health related quality of life: a population – based case-control study from England. Cephalalgia 2003; 23: 441-450.
10. Stovner L.J., Hagen K., Jensen R. et al.: The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia 2007; 27: 193-210.
11. Bussone G., Usai S., Grazzi L. et al.: Disability and quality of life in different primary headaches: results from Italian studies. Neurol. Sci. 2004; 25: S105-S107.
12. Leonardi M., Steiner T.J., Scher A.T. et al.: The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). J. Headache Pain 2005; 6: 429-440.
13. Katsarava Z., Steiner T.J.: Neglected headache: ignorance, arrogance or insouciance? Cephalalgia 2012; 32: 1019-1020.
14. Steiner T.J., Birbeck G.L., Jensen R. et al.: The global campaign. World Health Organization and Lifting The Burden collaboration in action. J. Headache Pain 2011; 12: 273-274.
15. Andree C., Stovner L.J., Steiner T.J. et al.: The Eurolight project: the impact of primary headache disorders in Europe. Description of methods. J. Headache Pain 2011; 12: 541-549.
16. Ragii A., Givannetti A.M., Quintas R. et al.: A systematic review of the psychosocial difficulties relevant to patients with migraine. J. Headache Pain 2012; 13: 595-606.
17. Mula M., Viana M., Jauch R. et al.: Health related quality of life measures and psychiatric comorbidity in patients with migraine. Eur. J. Neurol. 2009; 16: 1017-1021.
18. Lipton R.B., Bigal M.E., Steward W.F.: Clinical trials of acute treatments for migraine including multiple attack studies of pain, disability and health related quality of life. Neurology 2005; 65: 550-558.
19. Headache Classification Committee of the International Classification of Functioning Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8: 1-98.
20. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004; 24: 9-160.
21. Tylka J., Piotrowicz R.: Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36. Kardiol. Pol. 2009; 67: 1166-1169.

22. Barre J., Katsarova Z., Lainez J.M. et al.: Development and validation of the Eurolight questionnaire to evaluate the burden of primary headache disorders in Europe. *Cephalalgia* 2010; 30: 1082-1100.
23. Farmer K., Cady R., Bleiberg J. et al.: Sumatriptan nasal spray and cognitive function during migraine: results of an open label study. *Headache* 2001; 41: 377-384.
24. Mulder E.J., Passchier J., Linssen W.H. et al.: Effects of medication use on health state in postictal migraineurs. *Headache* 2001; 41: 782-790.
25. Brandes J.L., Kudrow D.B., Rothrock J.F. et al.: Assessing the ability of topiramate to improve the daily activities of patients with migraine. *Mayo Clin. Proc.* 2006; 81: 1311-1319.
26. Garcia-Monco J.C., Foncea N., Bilbao A. et al.: Impact of preventive therapy with nadolol and topiramate on the quality of life of migraine patients. *Cephalalgia* 2007; 27: 920-928.
27. Santanello N.C., Davies G., Allen C. et al.: Determinants of migraine specific quality of life. *Cephalalgia* 2002; 22: 680-685.
28. Burk C.T., Gilderman A., Slaas J. et al.: The impact of an over the counter medication program on quality of life. *Headache* 2003; 43: 190-200.
29. Bordini C.A., Mariano da Silva H., Garbelini R.P. et al.: Effect of preventive treatment on health related quality of life in episodic migraine. *J. Headache Pain* 2005; 6: 387-391.
30. D'Amico D., Solari A., Usai S. et al.: Improvement in quality of life and activity limitations in migraine patients after prophylaxis. A prospective longitudinal multicenter study. *Cephalalgia* 2006; 26: 691-696.
31. Freitag F., Smith T., Mathew N. et al.: Effect of early intervention with almotriptans. Placebo on migraine associated functional disability: results from the AEGIS Trial. *Headache* 2008; 48: 341-354.
32. Lainez M.J., Lopez A., Pascuala A.M.: Effects on productivity and quality of life of rizatriptan for and acute migraine: a workplace study. *Headache* 2005; 45: 883-890.
33. Dahlof C., Loder E., Diamond M. et al.: The impact of migraine prevention on daily activities: a longitudinal and responder analysis from three topiramate placebo controlled clinical trials. *Health Qual. Life Outcomes* 2007; 5: 56.
34. Fuh J.I., Wang S.J.: Comparison of Short Form-36 and Migraine Disability Assessment questionnaire in patients with migraine. *Clin. J. Pain* 2006; 22: 564-568.
35. Cady R., Schreiber C.: Botulinum toxin type A and migraine preventive treatment in patients previously failing oral prophylactic treatment due to compliance issues. *Headache* 2008; 48: 900-913.
36. Gori S., Morelli N., Maestri M. et al.: Sleep quality, chronotypes and preferential timing of attacks in migraine without aura. *J. Headache Pain* 2005; 6: 258-260.
37. Calandre E.O., Bembibre J., Arnedo M.I. et al.: Cognitive disturbances and regional cerebral blood flow abnormalities in migraine patients : their relationship with the clinical manifestations of the illness. *Cephalalgia* 2002; 22: 291-302.
38. Lipton R.B., Hamelsky S.W., Kolonder K.B. et al.: Migraine, quality of life and depression: a population based case control study. *Neurology* 2000; 55: 629-635.
39. Pradalier A., Lanteri-Minet M., Geraud G. et al.: The PROMISE study: PROphylaxis of Migraine with SEglor in French primary case. *CNS Drugs* 2004; 18: 1149-1463.
40. Vos J., Passchier J.: Reduced impact of migraine in everyday life : an observational study in the Dutch Society of Headache Patients. *Headache* 2003; 43: 645-650.
41. Nicholson R., Nash J., Andrasik F.: A self – administered behavioral intervention using tailored messages for migraine. *Headache* 2005; 45: 1124-1239.
42. Smith T., Blumenthal H., Diamond M. et al.: Sumatriptan/Naproxen sodium for migraine: efficacy, health related quality of life and satisfaction outcomes. *Headache* 2007; 47: 683-692.
43. Dodick D.W., Freitag F., Banks J. et al.: Topiramate versus amitriptyline in migraine prevention: a 26-week multicenter, randomized, double-blind, double-dummy, parallel-group noninferiority trial in adult migraineurs. *Clin. Ther.* 2009; 31: 542-559.
44. Lawler S.P., Camerson L.D.: A randomized controlled trial of massage therapy as a treatment for migraine. *Ann. Behav. Med.* 2006; 32: 50-59.
45. John P.J., Sharma N., Sharma C.M. et al.: Effectiveness of yoga therapy in the treatment of migraine without aura: a randomized controlled trial. *Headache* 2007; 47: 654-661.
46. Sculpher M., Millson D., Moddis D. et al.: Cost-effectiveness analysis of stratified versus stepped care strategies for acute treatment of migraine: the disability in Strategies for Care (DISC) study. *Pharmacoeconomics* 2002; 20: 91-100.
47. Lofland J.H., Kim S.S., Batenhorst A.S. et al.: Cost effectiveness and cost benefit of sumatriptan in patients with migraine. *Mayo Clin. Proc.* 2001; 76: 1093-1100.
48. Dienar H.C., Agost R., Allais G. et al.: Cessation versus continuation of 6 month migraine preventive therapy with topiramate (PROMPT): a randomized, double blind, placebo controlled trial. *Lancet. Neurol.* 2007; 6: 1054-1062.
49. Lucas C., Garard G., Valade D. et al.: Recognition and therapeutic management of migraine in 2004 in France: results of FRAMIG 3: a French nationwide population based survey. *Headache* 2006; 46: 715-725.
50. Lee S.T., Park J.H., Kim M.: Efficacy of the 5-HT<sub>1A</sub> agonist buspirone hydrochloride in migraineurs with anxiety: a randomized, prospective parallel group, double blind placebo controlled study. *Headache* 2005; 45: 1004-1011.
51. Dawson A., Bundy M., Sali R. et al.: Patients preference for triptan formulations: a prospective study with zolmitriptan. *Headache* 2007; 47: 1144-1151.
52. Narin S.O., Pinar L., Ozturk V. et al.: The effect of exercise and exercise-related changes in blood nitric oxide level on migraine. *Clin. Rehabil.* 2003; 17: 624-630.
53. Katsarava Z., Mania M., Lampi C. et al.: Poor medical care for people with migraine in Europe – evidence from the Eurolight study. *J. Headache Pain* 2018; 19: 10.
54. Leonard M., Raggi A., Bussone G. et al.: Health related quality of life disability and severity of disease patients with migraine attending to a specialty headache center. *Headache* 2010; 50: 1576-1586.
55. Smitherman T.A., Ward T.N.: Psychosocial factors of relevance to sex and gender studies in headache. *Headache* 2011; 51: 923-931.
56. Merelle S.Y., Sorbi M.J., van Doormen L.J. et al.: Lay trainers with migraine for a home-based behavioral training: a 6 month follow up study. *Headache* 2008; 48: 1311-1325.
57. Berger A., Bloudek L.M., Varon S.F. et al.: Adherence with Migraine Prophylaxis in a Clinical Practice. *Pain Pract.* 2012; 12: 541-549.
58. Katic B.J., Krause S.J., Tepper S.J. et al.: Adherence to acute migraine medication: what does it mean , why does it matter? *Headache* 2010; 50: 117-129.
59. D'Amico D., Tepper S.J.: Prophylaxis of migraine: general principles and patient acceptance . *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2008; 4: 1155-1167.
60. Antonaci F., Nappi G., Galli F. et al.: Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *J. Headache Pain* 2011; 12: 115-125.

61. Moschiano F, D'Amico D, Canavero I. et al.: Migraine and depression: common pathogenetic and therapeutic ground? *Neurol. Sci.* 2011; 32: S85-S88.
62. Pompili M., Serafini G., Del Casale A. et al.: Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. *Expert Rev. Neurother.* 2009; 9: 985-1004.
63. Lemstra M., Steward B., Olszynski W.P.: Effectiveness of multidisciplinary intervention in the treatment of migraine: a randomized clinical trial. *Headache* 2002; 42: 845-854.
64. Gaul C., van Doorn C., Webering N. et al.: Clinical outcome of headache specific multidisciplinary treatment program and adherence to treatment recommendations in a tertiary headache center: an observational study. *J. Headache Pain* 2011; 12: 475-483.



# Migrena jest główną przyczyną niepełnosprawności u osób w wieku poniżej 50 lat: czy osoby odpowiedzialne za politykę zdrowotną w końcu zauważą ten problem?

Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice?

T.J. Steiner<sup>1,2</sup>, L.J. Stovner<sup>1,3</sup>, T. Vos<sup>4</sup>, R. Jensen<sup>5</sup>, Z. Katsarava<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>Wydział Neuromedycyny i Nauki o Ruchu, Norweski Uniwersytet Nauki i Technologii (NTNU), Edvard Griegs Gate, Trondheim, Norwegia

<sup>2</sup>Zakład Nauki o Mózgu, Imperial College London, Londyn, Wielka Brytania

<sup>3</sup>Norweska Rada ds. Bólów Głowy, Wydział Neurologii i Neurofizjologii Klinicznej, Szpital Uniwersytecki im. św. Olafa, Trondheim, Norwegia

<sup>4</sup>Instytut Wskaźników i Oceny Zdrowia (IHME), Uniwersytet Waszyngtoński, Seattle, WA, USA

<sup>5</sup>Duński Ośrodek Bólów Głowy (DHC), Wydział Neurologii, Uniwersytet Kopenhaski, szpital Rigshospitalet Glostrup, Glostrup, Dania

<sup>6</sup>Wydział Neurologii, Szpital Ewangelicki w Unna, Unna, Niemcy

<sup>7</sup>Wydział Medycyny, Uniwersytet w Duisburg-Essen, Essen, Niemcy

**Słowa kluczowe:** bóle głowy, migrena, ból głowy typu napięciowego, polekowy ból głowy, obciążenie chorobą, niepełnosprawność, zdrowie publiczne, badanie GBD, kampania GCH

**Key words:** headache disorders, migraine, tension-type headache, medication-overuse headache, burden of disease, disability, public health, Global Burden of Disease study, Global Campaign against Headache

Nawet gdyby uznać wcześniejsze dane za niewystarczające, badanie *Eurolight* dostarcza kolejnych dowodów na zawstydzająco nieadekwatne leczenie bólu głowy [1]. Nie jest to nowe zagadnienie. Dwaściecia lat temu Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy (IHS, *International Headache Society*) oraz Amerykańskie Towarzystwo Bólów Głowy (AHS, *American Headache Society*) wspólnie wyraziły rozczarowanie niedostateczną opieką zdrowotną nad osobami cierpiącymi na bóle głowy [2]. W 2006 r. Europejska Federacja na rzecz walki z Bólami Głowy (EHF, *European Headache Federation*) oraz Światowy Sojusz na rzecz Walki z Bólami Głowy (WHA, *World Headache Alliance*) określiły migrenę mianem „zapomnianej epidemii” [3]. Tymczasem w 2003 r. do Światowej Kampanii przeciwko Bólom Głowy (GCH, *Global Campaign against Headache*) [4–6] włączyła się jako partner Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) [7], która zainicjowała globalny program działań. Rozpoczął się on od oceny skali problemu na świecie [4, 8]. W 2011 r. przeprowadzone przez WHO ogólnoświatowe badanie an-

Adres do korespondencji:

Timothy J. Steiner

e-mail: t.steiner@imperial.ac.uk

kietowe dotyczące bólów głowy i zasobów opieki zdrowotnej (projekt Światowej Kampanii) ukazało skalę i zakres niedostatecznie leczonych bólów głowy oraz konsekwencji tych zaniechań [9]. W wiadomości przesłanej m.in. do ministerstw zdrowia na całym świecie WHO napisała: *Pierwsze ogólnoświatowe badanie poświęcone tej kwestii ujawnia lekceważące traktowanie poważnego problemu w obszarze zdrowia publicznego oraz nieodpowiednią reakcję na ten problem w krajach na całym świecie* [9]. Nie można było wyrazić tego jaśniej, ale dla pewności po krótkim czasie WHO powtórzyła swój komunikat [10].

*Eurolight*, w którym udział wzięło ponad 8000 osób, to badanie przekrojowe, prowadzone przez wielu partnerów (w tym naukowców) w 10 krajach w Europie [11]. Mocną stroną tego badania, obok wielkości i zasięgu geograficznego, było zastosowanie we wszystkich państwach tego samego kwestionariusza [12], opartego na kwestionariuszu HARDSHIP, który jest wykorzystywany w wielu różnych krajach, kulturach i wersjach językowych [13]. Za zaletę należy uznać także zakres badania, ponieważ oprócz migreny dotyczyło ono także napięciowego bólu głowy (TTH, *tension-type headache*) i polekowego bólu głowy (MOH, *medication overuse headache*) – 3 najistotniejszych z punktu widzenia zdrowia publicznego rodzajów tej dolegliwości. Dzięki temu uzyskano szeroki obraz problemu, jaki stanowią bóle głowy w Europie. Różne metody ustalania prób przyjęte w poszczególnych krajach biorących udział w badaniu *Eurolight* pozwoliły na otrzymanie prób różniących się pod względem reprezentatywności populacji ogólnej, zaś dane dotyczące prób wyselekcjonowanych na różne sposoby stanowią kolejny atut badania [11, 12]. W nowym sprawozdaniu dane z badania *Eurolight* zostały przeanalizowane pod kątem wskaźników adekwatności opieki medycznej [1]. Skoncentrowano się na migrenie, a wyniki są przygnębiające. Spośród 1175 uczestników z 10 krajów, którzy zgłaszali częste migreny, tj. występujące przez ponad 5 dni w miesiącu, co wskazuje na niewątpliwą potrzebę stosowania farmakoterapii profilaktycznej, mniej niż 20% zgłosiło się do lekarza (ogólnego [lekarza POZ] lub specjalisty). W większości krajów leczenie, które można by uznać za odpowiednie, otrzymało mniej niż 10% badanych. Jeszcze mniejszy był odsetek osób, u których stosowano farmakoterapię profilaktyczną, mimo że się do niej kwalifikowały. Jak można było oczekiwać, pacjenci zgłaszający się do specjalistów na ogół – według przyjętych wskaźników – mieli lepszą opiekę medyczną. Jakość leczenia uczestników badania, którzy zgłaszali się wyłącznie do lekarza POZ, była istotnie gorsza, a osoby polegające wyłącznie na samoleczeniu (znaczna większość respondentów) czuły się zdecydowanie najgorzej. Innymi słowy, jak stwierdzają autorzy, nawet w zamożnej Europie niewiele osób cierpiących na migrenę szuka porady lekarza, a leki przeciwmigrenowe stosuje się zbyt rzadko rów-

nież w przypadku tych chorych, którzy poszukują pomocy medycznej [1]. Czy jest jakakolwiek nadzieja dla osób cierpiących na bóle głowy w krajach mniej zamożnych?

Sprawozdanie z badania *Eurolight* pojawiło się krótko po opublikowaniu wyników najnowszego badania globalnego obciążenia chorobą (GBD 2016, *Global Burden of Disease*) [14]. Badanie GBD – „najszerzej zakrojone ogólnoświatowe obserwacyjne badanie epidemiologiczne w historii” [15] – powtarzano wielokrotnie od 1990 r., a jego główny cel to szacowanie utraty zdrowia z powodu choroby [16]. Wyniki badania, na podstawie których opracowuje się krajową politykę zdrowotną, stanowią racjonalną podstawę ustalania priorytetów i przyznawania środków oraz decydowania o organizowaniu i realizowaniu świadczeń w odpowiedzi na rozpoznane potrzeby. Szacunkowe dane z badania GBD są corocznie weryfikowane. Stale opracowuje się też i udoskonala metodologię szacowania obciążenia chorobą i jego efektu w postaci przedwczesnego zgonu (utraconych lat życia; YLL, *years of life lost*) oraz niepełnosprawności (lat przeżytych z niepełnosprawnością; YLD, *years of life lost to disability*). Jednocześnie w zaktualizowanych danych szacunkowych uwzględnia się regularnie pojawiające się nowe dane epidemiologiczne.

Od momentu, gdy migrenę po raz pierwszy uwzględniono w badaniu GBD, choroba ta pnie się na coraz wyższe miejsce na liście najczęstszych przyczyn YLD na całym świecie – z początkowej pozycji 19. w 2000 r. [17] na siódmą w roku 2010 [18, 19] i szóstą w 2013 r. [20, 21]. Ta utrzymująca się tendencja nie wskazuje na wzrost zachorowalności, lecz wynika z gromadzenia i włączania do badania GBD coraz lepszych danych pozyskiwanych dzięki nowym badaniom populacyjnym, które powoli wypełniają ogromną lukę w naszej wiedzy i które dopiero w 2007 r. objęły swoim zasięgiem ponad połowę ogólnoświatowej populacji [22]. Dzięki szerszej wiedzy dane empiryczne zastąpiły wiele założeń leżących u podstaw wcześniejszych szacunków w badaniu GBD. Ponieważ obecnie obliczenia liczby YLD opierają się na zachorowalności, nie zaś na trudniejszych do ustalenia częstości występowania i czasie trwania choroby, dane szacunkowe stały się bardziej wiarygodne. W badaniu GBD 2015 migrena spadła na siódmą pozycję na liście przyczyn YLD, częściowo z powodu weryfikacji danych szacunkowych dotyczących innych chorób, ale jako schorzenie wyraźnie związane z wiekiem zajęła trzecie miejsce zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn w wieku 15–49 lat [23].

Badanie GBD 2016 stanowi źródło istotnych informacji dla osób cierpiących na migrenę, a także dla tych, którzy zajmują się tą chorobą [14]. Na drugim poziomie w hierarchii chorób

według badania GBD zaburzenia neurologiczne odpowiadają łącznie za 8,6% wszystkich YLD na świecie i zajmują czwartą pozycję w rankingu przyczyn niepełnosprawności (za zaburzeniami psychicznymi i zażywaniem substancji psychoaktywnych, innymi chorobami niezakaźnymi oraz zaburzeniami układu mięśniowo-szkieletowego). Na poziomie trzecim bóle głowy są przyczyną **ponad ¾** wszystkich neurologicznych YLD (6,5% wszystkich YLD), mimo że zaburzenia tego typu obejmują także padaczkę, chorobę Alzheimera i inne postacie demencji, chorobę Parkinsona, stwardnienie rozsiane oraz chorobę neuronu ruchowego. Na poziomie czwartym migrena zajmuje teraz **drugie miejsce**, za bólem pleców (7,2%) (tab. 1), i odpowiada za 5,6% wszystkich YLD na świecie.

W grupie wiekowej 15–49 lat migrena jest **główną** przyczyną YLD [14] (tab. 2). Nie zapominajmy, że w życiu człowieka lata te to zwykle okres największej produktywności, w którym kończy się edukację, zakłada rodzinę, wychowuje dzieci oraz buduje karierę zawodową i planuje całe dalsze życie. Wszelkie konsekwencje wynikające z niepełnosprawności wywołanej migreną w tym okresie są szczególnie dotkliwe.

Dostrzegalny wzrost zachorowalności na migrenę obserwowany od badania GBD 2015 przeprowadzonego rok wcześniej można w prosty sposób wyjaśnić – jest on związany z polekowym bólem głowy. W badaniu GBD 2015 polekowy ból głowy potraktowano jako odrębną jednostkę chorobową [23]. Mimo że występuje on względnie rzadko (szacunkowa zachorowalność na całym świecie jest zróżnicowana, jednak na ogół

mieści się w zakresie 1,5–3% [24, 25]), powoduje znaczne upośledzenie funkcjonowania, ponieważ z definicji oznacza ból głowy występujący przez co najmniej 15 dni w miesiącu [26]. W badaniu GBD 2015 polekowy ból głowy zajął 18. miejsce na

**TABELA 1.**

Dziesięć najczęstszych przyczyn (poziom czwarty) niepełnosprawności w badaniu GBD 2016 (cały świat, obie płcie, wszystkie grupy wiekowe).

Ból pleców
Migrena
Utrata słuchu związana z wiekiem
Niedokrwistość z niedoboru żelaza
Ciężka depresja
Ból szyi
Inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego
Cukrzyca
Zaburzenia lękowe
Upadki

licie przyczyn YLD [23]. Pod względem nozologicznym polekowy ból głowy bez wątplenia stanowi odrębną jednostkę chorobową [26], jednak etiologicznie jest powikłaniem wynikającym z niewłaściwego leczenia innego bólu głowy, najczęściej migreny, a w mniejszym stopniu – bólu głowy typu napięciowego, innego podłoża nie ma [26]. W badaniu GBD 2016 stwierdzono, że obciążenie przypisywane polekowemu bólowi głowy należy przypisać wcześniejszym zaburzeniom: odpowiednio w 73,4% – migrenie i w 26,6% – bólowi głowy typu napięciowego, według metaanalizy 3 badań [27–29].

**TABELA 2.**

Badanie GBD 2016: lata przeżyte w niepełnosprawności (YLD) związanej z migreną według płci, wieku i regionu (źródło [14]).

Region	Płeć	Przedział wiekowy (lata)	% YLD ogółem (95% CI)	Pozycja
Cały świat	Obie	Ogółem	5,6 (4,0–7,2)	2
		15–49	8,2 (6,0–10,6)	1
	M	Wszyscy pacjenci	4,3 (3,1–5,5)	3
		15–49	6,4 (4,6–8,2)	2
	K	Wszyscy pacjenci	6,8 (4,9–8,8)	2
		15–49	9,8 (7,1–12,7)	1
Ameryka Północna	Obie	Wszyscy pacjenci	4,8 (3,5–6,1)	5
Ameryka Łacińska i Karaiby			6,7 (4,9–8,6)	2
Europa Zachodnia			6,2 (4,5–7,9)	2
Europa Środkowa i Wschodnia oraz Azja Środkowa			6,0 (4,4–7,7)	3
Azja Południowa			6,5 (4,6–8,5)	2
Azja Południowo-Wschodnia i Wschodnia oraz Oceania			4,6 (3,3–6,0)	4
Afryka Północna oraz Bliski Wschód			6,7 (5,0–8,6)	2
Afryka Subsaharyjska			4,6 (3,2–6,1)	3

Można polemizować z tym stwierdzeniem, jednak trudno zaprzeczyć, że uznanie polekowego bólu głowy za jedno z **na-stępstw** (stanów zdrowotnych) wcześniejszego bólu głowy jest logiczne i celowe. Jak wynika z badań GBD, migrena wiąże się z 3 potencjalnymi stanami zdrowotnymi, których prawdopodobieństwo wystąpienia jest mierzalne (na podstawie badań populacyjnych): stan napadowy (w czasie ataku, z objawami), stan międzynaopadowy (między nawracającymi atakami) oraz polekowy ból głowy. Wszystkie te 3 stany przyczyniają się do niepełnosprawności związanej z migreną i powinny być właściwie rozpoznawane. (Wcześniej zwróciliśmy uwagę, że w badaniach GBD nie uwzględnia się niepełnosprawności związanej z międzynaopadowymi bólami głowy [21], mimo że wiele osób cierpiących na migreny zgłaszało istotne obciążenie między napadami [30]).

Wyniki badania GBD 2016 wskazują, że bóle głowy mają bardzo negatywny wpływ na zdrowie publiczne. Z tabeli 2 wynika, że migrena w znacznym stopniu przyczynia się do niepełnosprawności na całym świecie – zarówno w krajach o wysokich, jak i o niskich dochodach [14]. Należy zaznaczyć, że spośród 21 regionów, na które podzielono świat na potrzeby badania GBD, w przypadku 5 wciąż brakuje jakichkolwiek danych na

temat występowania bólów głowy, a dane dostępne dla wielu innych są szacunkowe. Ponadto dane dotyczą głównie osób dorosłych, a dzieci i młodzież uwzględniono w stosunkowo niewielkiej liczbie badań. Niemniej jednak bóle głowy ewidentnie stanowią istotną przyczynę utraty zdrowia. Dlaczego zatem, mimo że istnieją skuteczne i niedrogie leki [31, 32], w niemal wszystkich systemach ochrony zdrowia są one pomijane [9, 10, 33]? Czy osoby odpowiedzialne za politykę zdrowotną w końcu zauważą problem migreny, skoro zajmuje ona pierwsze miejsce na liście?

Spoglądając w przyszłość, a jednocześnie nie chcąc kończyć negatywnym akcentem, przypominamy naukowcom zajmującym się tym problemem, że wciąż potrzebne są dalsze badania populacyjne, które pozwolą uzupełnić wiedzę. Kluczowe znaczenie ma tu jakość. Istnieją już narzędzia oraz wytyczne [34] dotyczące metodologii [13] prowadzenia badań. I wreszcie, jeśli badania związane z GBD zostaną ustandaryzowane, kolejne jego odsłony nie tylko będą wykazywać względne znaczenie bólów głowy dla zdrowia publicznego na całym świecie, lecz także umożliwią monitorowanie korzyści związanych z udoskonaloną opieką nad osobami cierpiącymi na bóle głowy, nowymi lekami oraz ze zmianami o charakterze społecznym.

## Piśmiennictwo

1. Katsarava Z., Mania M., Lampl C. et al.: Poor medical care for people with migraine in Europe – evidence from the Eurolight study. *J. Headache Pain* 2018; 19: 10.
2. American Association for the Study of Headache, International Headache Society. Consensus statement on improving migraine management. *Headache* 1998; 38: 736.
3. Diener H.C., Steiner T.J., Tepper S.J.: Migraine – the forgotten epidemic: development of the EHF/WHA Rome declaration on migraine. *J. Headache Pain* 2006; 7: 433-437.
4. Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache [online: [www.l-t-b.org](http://www.l-t-b.org) (Accessed 15 January 2018)].
5. Steiner T.J.: Lifting the burden: the global campaign against headache. *Lancet Neurol.* 2004; 3: 204-205.
6. Steiner T.J.: Lifting The Burden: the global campaign to reduce the burden of headache worldwide. *J. Headache Pain* 2005; 6: 373-377.
7. Steiner T.J., Birbeck G.L., Jensen R. et al.: The global campaign, World Health Organization and Lifting The Burden: collaboration in action. *J. Headache Pain* 2011; 12: 273-274.
8. Steiner T.J., Birbeck G.L., Jensen R. et al.: Lifting The Burden: the first 7 years. *J. Headache Pain* 2010; 11: 451-455.
9. World Health Organization, Lifting The Burden: Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. Geneva 2011: WHO.
10. Steiner T.J., Stovner L.J., Dua T. et al.: Time to act on headache disorders. *J. Headache Pain* 2011; 12: 501-503.
11. Andrée C., Stovner L.J., Steiner T.J. et al.: The Eurolight project: the impact of primary headache disorders in Europe. Description of methods. *J. Headache Pain* 2011; 12: 541-549.
12. Steiner T.J., Stovner L.J., Katsarava Z. et al.: The impact of headache in Europe: principal results of the Eurolight project. *J. Headache Pain* 2014; 15: 31.
13. Steiner T.J., Gururaj G., Andrée C. et al.: Diagnosis, prevalence estimation and burden measurement in population surveys of headache: presenting the HARDSHIP questionnaire. *J. Headache Pain* 2014; 15: 3.
14. Vos T., Abajobir A.A., Abbafati C. et al.: Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1211-1259.
15. The Lancet [online: [www.thelancet.com/gbd](http://www.thelancet.com/gbd) (Accessed 15 January 2018)].
16. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD) [[www.healthdata.org/gbd/about](http://www.healthdata.org/gbd/about) (Accessed 15 January 2018)].
17. World Health Organization: The world health report 2001. WHO, Geneva 2001: 19-45.
18. Vos T., Flaxman A.D., Naghavi M. et al.: Years lived with disability (YLD) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet* 2012; 380: 2163-2196.
19. Steiner T.J., Stovner L.J., Birbeck G.L. et al.: Migraine: the seventh disabler. *J. Headache Pain* 2013; 14: 1.
20. Vos T., Barber R.M., Bell B. et al.: Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet* 2015; 386: 743-800.
21. Steiner T.J., Birbeck G.L., Jensen R.H.: Headache disorders are third cause of disability worldwide. *J. Headache Pain* 2015; 16: 58.

22. Stovner L.J., Hagen K., Jensen R. et al.: The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27: 193-210.
23. GBD 2015 Disease and injury incidence and prevalence collaborators global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1545-1602.
24. Westergaard M.L., Holme Hansen E., Glümer C. et al.: Definitions of medication-overuse headache in population-based studies and their implications on prevalence estimates: a systematic review. *Cephalalgia* 2014; 34: 409-425.
25. Steiner T.J.: Can we know the prevalence of MOH? *Cephalalgia* 2014; 34: 403-404.
26. International Headache Society Classification Committee: The international classification of headache disorders, 3rd edn. (ICHD-3). *Cephalalgia* 2018 (in press).
27. Colas R., Munoz P., Temprano R. et al.: Chronic daily headache with analgesic over-use: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004; 62: 1338-1342.
28. Katsarava Z., Muessig M., Dzagnidze A. et al.: Medication overuse headache: rates and predictors for relapse in a 4-year prospective study. *Cephalalgia* 2005; 25: 12-15.
29. Jonsson P., Hedenrud T., Linde M.: Epidemiology of medication overuse headache in the general Swedish population. *Cephalalgia* 2011; 31: 1015-1022.
30. Lampl C., Thomas H., Stovner L.J. et al.: Interictal burden attributable to episodic headache: findings from the Eurolight project. *J. Headache Pain* 2016; 17: 9.
31. Steiner T.J., Paemeleire K., Jensen R. et al.: European principles of management of common headache disorders in primary care. *J. Headache Pain* 2007; 8(supl. 1): S3-S21.
32. Linde M., Steiner T.J., Chisholm D.: Cost-effectiveness analysis of interventions for migraine in four low- and middle-income countries. *J. Headache Pain* 2015; 16: 15.
33. Katsarava Z., Steiner T.J.: Neglected headache: ignorance, arrogance or insouciance? *Cephalalgia* 2012; 32: 1019-1020.
34. Stovner L.J., Al Jumah M., Birbeck G.L. et al.: The methodology of population surveys of headache prevalence, burden and cost: Principles and recommendations from the Global Campaign against Headache. *J. Headache Pain* 2014; 15: 5.

© The Author(s). 2018 Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

#### **Wkład autorów**

Wszyscy autorzy mieli wkład w opracowanie wersji roboczej, a następnie przeczytali i zatwierdzili ostateczną wersję artykułu.

#### **Konflikt interesów**

T.J.S., L.J.S., R.J. i Z.K. są dyrektorami i członkami zarządu organizacji *Lifting The Burden* – zarejestrowanej w Wielkiej Brytanii organizacji pozarządowej prowadzącej Światową Kampanię przeciwko Bólom Głowy (GCH, *Global Campaign against Headache*) w oficjalnym partnerstwie ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO). T.J.S. i L.J.S. współpracowali jako eksperci od bólów głowy w badaniu globalnego obciążenia chorobami (GBD 2015, *Global Burden of Disease*). T.V. jest opłacany przez Fundację Billa i Melindy Gatesów.

## REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC

---

Kwartalnik „Migrena news” zamieszcza prace oryginalne, poglądowe i inne z zakresu problematyki jednostki chorobowej, jaką jest migrena.

### Prawa autorskie

Przyjmując pracę do druku, wydawca nabywa na zasadzie wyłączności prawa autorskie do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych oraz w Internecie). Dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń bez zgody wydawcy.

### Format prac

- Objętość (łącznie z piśmiennictwem, tabelami i rycinami) nie powinna przekraczać 10 standardowych stron w przypadku prac oryginalnych, doświadczalnych i klinicznych, 7 w przypadku prac kazuistycznych, 12 w przypadku prac poglądowych, 5 w przypadku pozostałych prac.
- Prace powinny być nadesłane e-mailem na adres redakcji: [izabela.domitrz@wum.edu.pl](mailto:izabela.domitrz@wum.edu.pl)
- Prosimy o zachowanie następujących zasad formatowania tekstu: wielkość czcionki 12 punktów, odstępy między wierszami 1,5 linii, margines lewy 2 cm, margines prawy 3 cm.
- Na pierwszej stronie pracy należy podać:
  - pełne imię i nazwisko autora (autorów),
  - tytuł pracy (polski i angielski),
  - streszczenie i słowa kluczowe (polskie i angielskie),
  - pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego (których) praca pochodzi,
  - tytuł naukowy oraz imię i nazwisko kierownika ośrodka,
  - adres, na jaki autor życzy sobie otrzymywać korespondencję, wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem oraz numerem telefonu (prosimy o zaznaczenie, czy autor wyraża zgodę na publikację numeru telefonu) i adresem poczty elektronicznej.
- Streszczenie powinno zawierać ok. 150–250 słów. Nie należy stosować skrótów. Po streszczeniu należy podać słowa kluczowe (3–5) w językach polskim i angielskim.
- Do pracy należy dołączyć zgodę wszystkich autorów na publikację. Zgoda na publikację jest równoznaczna z oświadczeniem autorów, że praca nie była publikowana w całości w innym czasopiśmie medycznym.
- Tekst pracy oryginalnej powinien się składać z następujących części: wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki, omówienie, wnioski, piśmiennictwo, ryciny i opisy do nich. Wszystkie skróty muszą być wyjaśnione w artykule przy ich pierwszym użyciu, a także dodatkowo w każdym opisie wszystkich tabel i rycin w obydwu wersjach językowych.
- W pracy nie należy podawać nazw handlowych produktów leczniczych.

### Piśmiennictwo

- Piśmiennictwo powinno być ułożone według kolejności cytowania w pracy. Liczba cytowanych prac w przypadku prac oryginalnych i poglądowych nie powinna przekraczać 25 pozycji.
- Przy opisach artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora, pierwszą literę imienia (przy większej niż 3 liczbie autorów podaje się tylko pierwszych trzech i adnotację „et al.”), tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma, rok wydania, numer tomu (rocznika), numery stron, na których zaczyna się i kończy artykuł. Należy zachować zapis i interpunkcję ściśle według poniższego przykładu: Kowalski J.: Zasady publikacji prac naukowych. *Migrena news* 2018; 1(1): 32.
- Przy opisach książek należy podać: nazwisko autora, pierwszą literę imienia, tytuł, oznaczenie kolejności wydania, wydawnictwo, miejsce i rok wydania, numery stron; przy pracach zbiorowych nazwisko redaktora odpowiedzialnego podaje się po tytule książki i skrócie „red.”. Należy zachować zapis i interpunkcję ściśle według poniższego przykładu: Kowalski J.: Zasady publikacji prac naukowych. *Medical Education*, Warszawa 2013: 354–366.

### Zdjęcia, grafiki

- Jeśli zdjęcia i grafiki mają rozmiar większy niż 8 MB, powinny być nadesłane na adres Redakcji na CD-ROM-ie lub DVD w jednym z podanych formatów: \*.jpg, \*.eps, \*.bmp, \*.gif, \*.tif, \*.cdr, \*.ai.
- Materiały skanowane powinny mieć rzeczywisty rozmiar, jaki ma być użyty w publikacji, oraz rozdzielczość 300 dpi.
- Wszystkie dostarczone materiały powinny być dokładnie opisane.

## ZAMÓW PRENUMERATĘ W ATRAKCYJNEJ CENIE

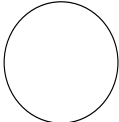
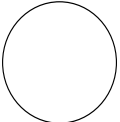
### Prenumerata – 4 numery za 60,00 zł

Prenumeratory chcący otrzymać fakturę VAT proszeni są o przekazanie pełnych danych (nazwa, adres, NIP) faksem lub e-mailem.

Zaprenumerować pismo można również:

- pod numerem 601-353-925
- wysyłając e-mail na adres: [marek.klebowski@mededu.pl](mailto:marek.klebowski@mededu.pl)
- zamówić na stronie: [www.mededu.pl](http://www.mededu.pl)

Wpłaty prosimy kierować na numer konta podany na załączonym formularzu.

<b>nazwa odbiorcy</b> Medical Education ul. Kukielki 3a, 02-207 Warszawa	<b>nazwa odbiorcy</b> M E D I C A L E D U C A T I O N
<b>nr rachunku odbiorcy</b> 65 1910 1048 2788 3983 7806 0001	<b>nazwa odbiorcy cd.</b> U L K U K I E Ł K I 3 A 0 2 - 2 0 7 W - W A
<b>kwota</b> 60,00 zł	<b>nr rachunku odbiorcy</b> 6 5 1 9 1 0 1 0 4 8 2 7 8 8 3 9 8 3 7 8 0 6 0 0 0 1
<b>imię, nazwisko i adres wpłacającego</b> ..... ..... .....	<b>kwota słownie</b> W P * P L N 6 0 , 0 0
<b>tytułem</b> Prenumerata - MIGRENA NEWS od nr: ..... do nr: .....	<b>kwota słownie</b> .....
<b>ODCINEK DLA WPŁACAJĄCEGO</b>	<b>nazwa zleceniodawcy</b> .....
<b>opłata - podpis</b> <b>stempel</b>	<b>nazwa zleceniodawcy cd.</b> .....
	<b>tytułem</b> P R E N U M E R A T A
	<b>tytułem cd.</b> M I G R E N A N E W S
	<b>data - pieczęć - podpis zleceniodawcy</b>
	<b>opłata - podpis</b> <b>stempel</b>
	<b>ODCINEK DLA POCZTY</b>
	

\* P - polecenie przelewu  
W - wpłata gotówkowa





**Sumamigren (Sumatriptanum). Skład i postać:** Sumamigren, 50 mg: każda tabletkowa powlekana zawiera 50 mg sumatriptanu (*Sumatriptanum*) w postaci 70 mg bursztynianu sumatriptanu. Substancje pomocnicze o znanym działaniu: laktoza jednowodna (123,5 mg w każdej tabletkowej powlekanej), lak czerwień koszenilowej (E 124). Sumamigren, 100 mg: każda tabletkowa powlekana zawiera 100 mg sumatriptanu (*Sumatriptanum*) w postaci 140 mg bursztynianu sumatriptanu. Substancja pomocnicza o znanym działaniu: laktoza jednowodna (247 mg w każdej tabletkowej powlekanej). Tabletkowa powlekana Sumamigren, 50 mg: tabletki powlekane, podłużne, obustronnie wypukłe, barwy jasnoróżowej, z linią. Linia na tabletkach nie jest przeznaczona do przełamania tabletki. Sumamigren, 100 mg: Tabletki powlekane, podłużne, obustronnie wypukłe, barwy białej. **Wskazania:** Doraźne zwalczanie napadów migreny. **Dawkowanie i sposób podawania:** Sumamigren jest dostępny w postaci tabletek powlekanych 50 mg i 100 mg. Sumatriptanu nie należy stosować profilaktycznie. Sumatriptan jest wskazany do leczenia napadu migreny jako jedyny lek i nie należy go podawać jednocześnie z ergotaminą lub pochodnymi ergotaminy (włącznie z metyzergidem). Lek należy stosować jak najszybciej po wystąpieniu napadu migreny. Jest on również skuteczny po zastosowaniu w dowolnym stadium napadu bólu. Dorosli. Zalecaną doustną dawkę sumatriptanu jest 50 mg. U niektórych pacjentów wymagane jest podanie dawki 100 mg. W przypadku nie ustąpienia objawów po podaniu jednorazowej dawki leku, podczas trwania tego samego napadu migreny, nie należy przyjmować kolejnej dawki sumatriptanu, można zastosować paracetamol, kwas acetylosalicylowy lub niesteroidowe leki przeciwzapalne. Następnie dawkę sumatriptanu można przyjąć podczas kolejnego napadu. Jeżeli zastosowanie jednorazowej dawki leku spowodowało ustąpienie objawów, jednak napad migreny powrócił, drugą dawkę sumatriptanu można przyjąć w ciągu kolejnych 24 godzin, pod warunkiem, co najmniej 2-godzinny odstęp pomiędzy dwiema dawkami. Nie należy stosować dawki większej niż 300 mg w ciągu 24 godzin. Tabletki należy połykać w całości popijając wodą. Dzieci i młodzież. Skuteczności bezpieczeństwa stosowania sumatriptanu w postaci tabletek powlekanych u dzieci w wieku poniżej 10 lat nie zostało ustalonych. Brak jest danych klinicznych dla tej grupy wiekowej. W badaniach klinicznych nie wykazano skuteczności i bezpieczeństwa stosowania sumatriptanu w postaci tabletek powlekanych u dzieci w wieku od 10 do 17 lat. Dlatego nie zaleca się stosowania sumatriptanu w postaci tabletek powlekanych u dzieci w wieku od 10 do 17 lat. Pacjenci w podeszłym wieku (powyżej 65 lat). Dane na temat stosowania sumatriptanu w postaci tabletek u pacjentów w wieku powyżej 65 lat są ograniczone. Nie wykazano znaczących różnic w farmakokinetyce między tą grupą badanych, a osobami młodszymi. Do czasu zebrania szczegółowych danych klinicznych stosowanie sumatriptanu w tej grupie pacjentów nie jest zalecane. U pacjentów z łagodnymi umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby, maksymalna dawka dobową wynosi 50 mg. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Nie stosować w zapobieganiu napadom migrenowym. Nie stosować u pacjentów w wieku poniżej 18 lub powyżej 65 lat. Sumatriptanu nie należy stosować u pacjentów po przebytych zawałach mięśnia sercowego lub z chorobą niedokrwinną serca, dusznicą Prinzmetalą, chorobą naczyń obwodowych lub objawami przedmiotowymi i podmiotowymi wskazującymi na chorobę niedokrwinną serca. Sumatriptanu nie należy stosować u pacjentów z udarem mózgu lub przemijającym mózgowym napadem niedokrwinnym w wywiadzie. Nie stosować u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby. Stosowanie sumatriptanu u pacjentów umiarkowanym i ciężkim nadciśnieniem tętniczym oraz z łagodnym niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym jest przeciwwskazane. Jednoczesne stosowanie sumatriptanu i ergotaminy lub jej pochodnych (w tym metyzergidu) lub jakiegokolwiek leku z grupy tryptanów lub innych agonistów receptora 5-HT<sub>1</sub> jest przeciwwskazane. Stosowanie sumatriptanu jednocześnie z inhibitorami monoaminoooksydazy (MAO) jest przeciwwskazane. Sumatriptanu nie wolno stosować przez dwa tygodnie od zaprzestania stosowania inhibitorów monoaminoooksydazy. **Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności:** Sumatriptan należy stosować tylko u pacjentów po dokładnym rozpoznaniu migreny. Sumatriptan nie jest wskazany u pacjentów z migreną hemiplegiczną, podstawną lub okoporażną. U pacjentów z bólem głowy typu migrenowego, u których wcześniej nie rozpoznano migreny oraz u pacjentów z uprzednio rozpoznaną migreną, ale z nietypowym obrazem danego napadu bólu głowy, należy brać pod uwagę inną przyczynę dolegliwości - pochodzenia neurologicznego. Należy pamiętać, że pacjenci, u których występuje migrena, mogą należeć do osób z grupy ryzyka wystąpienia naczyniopochodnego uszkodzenia mózgu, jak np. przemijający zawał niedokrwiniowy czy udar mózgu. Po podaniu sumatriptanu może wystąpić przemijający ból oraz uczucie ucisku w klatce piersiowej i gardle, czasami o znacznym nasileniu. Objawy te mogą wskazywać na chorobę niedokrwinną serca. W razie ich wystąpienia, zaleca się odstawienie leku i wykonanie odpowiednich badań. Sumatriptanu nie należy stosować u pacjentów z grupy ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, w tym pacjentów palących tytoń lub stosujących substytuty nikotyny bez uprzedniej oceny stanu układu krążenia. Szczególną ostrożność należy zachować u kobiet po menopauzie oraz u mężczyzn w wieku powyżej 40 lat, których także zalicza się do grupy ryzyka. Należy jednak wziąć pod uwagę, że nie w każdym przypadku przeprowadzone badania pozwalają prawidłowo zdiagnozować istniejącą chorobę serca, oraz to, że w bardzo rzadkich przypadkach ciężkie objawy sercowe mogą wystąpić bez współistniejącego schorzenia układu sercowo-naczyniowego. Sumatriptan należy stosować ostrożnie u pacjentów z łagodnym kontrolowanym nadciśnieniem, gdyż u pacjentów otrzymujących obserwację ciśnienia krwi zwiększenie ciśnienia krwi i zwiększenie obwodowego oporu naczyniowego. Podczas jednoczesnego stosowania sumatriptanu i selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) odnotowano wystąpienie zespołu serotoninowego [w tym zmiany stanu psychicznego, niestabilność układu autonomicznego (np. niemiarowe tętno lub wahania ciśnienia tętniczego krwi, tachykardia, obfite pocenie się i zaburzenia rytmu serca) oraz zaburzenia nerwowo-mięśniowe]. Wystąpienie zespołu serotoninowego odnotowano także po jednoczesnym stosowaniu tryptanów z inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI). Jeżeli równoczesne leczenie sumatriptanem i lekami z grupy SSRI lub SNRI jest klinicznie uzasadnione zaleca się odpowiednią obserwację pacjenta. Sumatriptan należy podawać ostrożnie pacjentom, u których można spodziewać się zmian we wchłanianiu, metabolizmie lub wydalaniu leku np. z łagodnymi czy umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby lub zaburzeniami nerek. Sumatriptan należy stosować z dużą ostrożnością u pacjentów, u których stwierdzano napady drgawek lub czynniki ryzyka obniżające próg drgawkowy. U pacjentów z nadwrażliwością na sulfonamidy po podaniu sumatriptanu mogą wystąpić objawy alergii o różnym nasileniu, od zmian skórnych do wstrząsu anafilaktycznego. Informacje na ten temat są ograniczone, niemniej jednak należy zachować ostrożność u tych pacjentów. Podczas jednoczesnego stosowania sumatriptanu i preparatów zawierających ziele dziurawca (*Hypericum perforatum*) działania niepożądane mogą występować częściej. Długotrwałe stosowanie jakiegokolwiek leków przeciwbólowych może spowodować nasilenie bólu głowy. Jeśli u pacjenta występuje lub jest podejrzewana taka przyczyna bólu głowy, powinien on odstawić leki zasięgnąć porady lekarza. U pacjentów, u których występują częste lub codzienne bóle głowy pomimo (lub z powodu) regularnego stosowania leków przeciw bólowym, należy rozważyć rozpoznanie bólu głowy zależnego od ciągłego stosowania leków. Nie należy stosować dawki większej niż zalecana. Ze względu na zawartość laktozy produktu nie należy stosować u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy typu „Lapp” lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. Tabletki powlekane Sumamigren o mocy 50 mg zawierają lak czerwień koszenilowej, który może wywołać reakcje alergiczne. **Działania niepożądane:** Działania niepożądane zostały pogrupowane według częstości występowania, określonej w następujący sposób: bardzo często ( $\geq 1/10$ ); często ( $\geq 1/100$  do  $< 1/10$ ); niezbyt często ( $\geq 1/1000$  do  $< 1/100$ ); rzadko ( $\geq 1/10000$  do  $< 1/1000$ ); bardzo rzadko ( $< 1/10000$ ), nieznana (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). Niektóre z wymienionych działań niepożądanych mogą być objawem migreny. Zaburzenia układu immunologicznego: nieznana – objawy nadwrażliwości od zmian skórnych (jak pokrzywka) do rzadkich przypadków wstrząsu anafilaktycznego. Zaburzenia układu nerwowego: często – zawroty głowy, senność, zaburzenia czucia, w tym parestezje i niedoculica; nieznana - napady drgawek, które wystąpiły u osób z napadami drgawek stwierdzanymi w przeszłości lub współistniejącymi czynnikami predysponującymi do ich wystąpienia, jak i u osób bez czynników ryzyka. Drżenie, dystonia, oczopląs, mroczek. Zaburzenia oka: nieznana – migotanie światła, podwójne widzenie, zmiany w polu widzenia, utrata widzenia, w tym stałe ubytki widzenia. Zaburzenia widzenia mogą być wywołane także napadem migrenowym. Zaburzenia serca: nieznana – bradykardia, tachykardia, kołatanie serca, zaburzenia rytmu serca, przemijające zmiany niedokrwienne w zapisie EKG, skurcz naczyń wieńcowych, dusznica bolesna, zawał mięśnia sercowego. Zaburzenia naczyniowe: często - przemijające zwiększenie ciśnienia tętniczego krwi wkrótce po podaniu sumatriptanu, nagłe zacczerwienie, zwłaszcza twarzy; nieznana – niedociśnienie, zespół Raynauda. Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia: często – duszność. Zaburzenia żołądka i jelit: często – u niektórych pacjentów występują nudności i wymioty, ale ich związek z podawaniem sumatriptanu nie jest jasny; nieznana – niedokrwienne zapalenie okrężnicy, biegunka. Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej: często – uczucie ciężkości (objaw zazwyczaj przemijający, może być silny i występować w różnych częściach ciała, w tym w klatce piersiowej i gardle), bóle mięśni; nieznana: sztywność karku, bóle stawów. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: często – ból, uczucie gorąca lub zimna, napięcia lub ucisku (objawy te zazwyczaj są przemijające, mogą być silne i występować w różnych częściach ciała, w tym w klatce piersiowej i gardle). Uczucie słabości, zmęczenie (objawy te najczęściej mają nasilenie łagodne do umiarkowanego i są przemijające). Badania diagnostyczne: bardzo rzadko – niewielkie zmiany wartości parametrów czynności wątroby. Zaburzenia psychiczne: nieznana – lęk. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: nieznana – nadmierne pocenie się. Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych: Al. Jerozolimskie 181C; 02-222 Warszawa; tel.: + 48 22 49 21 301; faks: + 48 22 49 21 309; e-mail: ndl@urpl.gov.pl. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. **Podmiot odpowiedzialny:** Zakłady Farmaceutyczne Polpharma S.A. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu leku Sumamigren: 50 mg, 100 mg odpowiednio nr: 8967 i 8968 wydane przez MZ. Dodatkowych informacji o leku udziela: Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, tel. +48 22 364 61 00; fax +48 22 364 61 02. www.polpharma.pl. Lek wydawany na podstawie recepty. ChPL: 2016.02.01.



# Sumamigren

sumatriptanum

Króluje w walce  
z migreną!



**Dostępne opakowania:**

**100 mg x 6 tabl.**

**50 mg x 6 tabl.**

100 mg x 2 tabl.

50 mg x 2 tabl.

Więcej znajdziesz na:

[www.abcmigrena.pl/dlalekarzy](http://www.abcmigrena.pl/dlalekarzy)

[www.abcmigrena.pl](http://www.abcmigrena.pl)

[www.facebook.com/migrenazglowy](https://www.facebook.com/migrenazglowy)

 **polpharma**