

Przegląd piśmiennictwa

1. van Vliet J.A., Favier I., Helmerhorst F.M., Hann J., Ferrari M.D. **Cluster headache in women: relation with menstruation, use of oral contraceptives, pregnancy, and menopause.** *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2006; 77: 690–692.

W przeciwieństwie do migreny niewiele wiadomo o wpływie cyklu menstruacyjnego, przyjmowania doustnych środków antykoncepcyjnych, ciąży oraz menopauzy na występowanie klasterowego bólu głowy. Przeprowadzono badanie kwestionariuszowe w grupie 224 kobiet z klasterowym bólem głowy, w przypadku których istniało przypuszczenie wpływu czynnika hormonalnego na występowanie bólu. Grupę odniesienia stanowiły osoby zdrowe oraz chorzy na migrenę, których poproszono o wypełnienie tej samej ankiety. Stwierdzono, że menstruacja, przyjmowanie doustnych leków antykoncepcyjnych, okresy ciąży oraz menopauzy wykazują znacznie słabszy wpływ na występowanie napadów bólu klasterowego niż w migrenie. Odnotowano jednak, że napady bólu w większym stopniu wpływają na zachowania kobiet, zwłaszcza w odniesieniu do zachodzenia w ciążę.

2. Sizer S.P., Brismee J.-M., Cook C. **Medical screening for red flags in the diagnosis and management of musculoskeletal spine pain.** *Pain Pract.* 2007; 7: 53–71.

W badaniu przedmiotowym chorego z bólem kręgosłupa należy uwzględnić identyfikację objawów, które mogą być uznane za ostrzegawcze i niebezpieczne dla pacjenta. Badanie obejmuje całościową ocenę układu ruchu oraz czucia. Dodatkowo niezbędne jest wykonanie podstawowych badań morfologicznych krwi i badań radiologicznych. Różne dane, uzyskane z wywiadu i podczas badania chorego, na które trzeba zwrócić szczególną uwagę, autorzy podzielili na 3 kategorie. Do pierwszej, obejmującej najgroźniejsze rokowniczo objawy dla chorego, zaliczyli występowanie: krwiotłucia, zaburzeń pamięci i świadomości, neurologicznych objawów ubytkowych, masy patologicznej w badaniu USG w obrębie miednicy i jelit oraz bólu spoczynkowego. Do kategorii drugiej, obejmującej czynniki o mniejszym niekorzystnym wpływie na przebieg choroby, zaliczyli: występowanie gorączki, podwyższony wskaźnik OB, wiek powyżej 50 lat, zaburzenia chodu, obciążający wywiad w kierunku choroby nowotworowej oraz krwawienia z przewodu pokarmowego, przebyte urazy, którego następstwem jest zgłaszany ból, przewlekłe przyjmowanie kortykosteroidów i istotne zmniejszenie masy ciała. W trzeciej grupie — czynników o małym niekorzystnym wpływie na rokowanie — znalazły się nieprawidłowości w zakresie odruchów głębokich stwierdzane w badaniu przedmiotowym, niespodziewane napady bólu i osłabienie siły w jednej z kończyn.

3. Taylor R.S. **Epidemiology of refractory neuropathic pain.** *Pain Pract.* 2006; 6: 22–26.

Chociaż ból neuropatyczny jest z natury ostry, u wielu chorych staje się bólem przewlekłym „z odbicia”. Osoby z przewlekłym bólem neuropatycznym stanowią największą grupę w praktyce ambulatoryjnej. Dane epidemiologiczne są jednak mało znane. Dokonując przeglądu literatury, autor ustalił częstość bólu neuropatycznego na 1,5% populacji. Odczuwa go 8–50% chorych na cukrzycę, a neuralgia popółpaścowa występuje u 6,8–38,6% pacjentów. Niekorzystny wpływ bólu neuropatycznego na życie chorego jest prawdopodobnie znacznie większy niż się sądzi. Jakość życia odczuwających go pacjentów, oceniana w badaniach z użyciem kwestionariusza SF-36, w porównaniu z chorymi z innymi rodzajami bólu,

jest istotnie obniżona. Wyniki przeglądu analiz dotyczących bólu neuropatycznego skłaniają autora do wniosku, że należy zmienić podejście organizacji rządowych do osób z bólem neuropatycznym.

4. Daousi C., Benbow A., Woodward A., MacFarlane A. **The natural history of chronic painful peripheral neuropathy in a community diabetes population.** *Diabet. Med.* 2006; 23: 1021–1024.

Celem badania była ocena naturalnej historii przebiegu bólu neuropatycznego u pacjentów z cukrzycą. Badanie przeprowadzono w grupie 350 chorych na cukrzycę w okresie 1998–1999. Wśród nich 56 chorych doświadczało przewlekłego bólu neuropatycznego. W ocenianym okresie 12 osób z tej grupy zmarło, a 14 wyjechało lub było niezdolnych do dalszego uczestnictwa w badaniu. W pozostałej 30-osobowej grupie było 21 mężczyzn, o średniej wieku 68,6 roku; średni czas trwania cukrzycy wynosił 15,4 roku. U 7 pacjentów (23%) ból ustąpił, a u 23 pozostawał na tym samym poziomie, ocenianym według kwestionariusza McGilla i za pomocą skali analogowej. Jedynie 65% chorych leczono z powodu bólu neuropatycznego, mimo że 96% z nich zgłaszało ten problem lekarzowi. Preparaty przeciwdepresyjne otrzymało 43,5% leczonych, leki przeciwpadaczkowe — 17,4%, opioidy — 39%, a terapii uzupełniającej poddano 30%. Autorzy wyciągnęli wniosek, że ból neuropatyczny ustępuje jedynie u niewielkiej liczby chorych. U osób, u których trwał ponad 5 lat, nie odnotowano poprawy w zakresie intensywności jego odczuwania. Wyniki badania ujawniają, że chorzy w większości przypadków są leczeni w sposób nieadekwatny.

5. Bettucci D., Testa L., Calzoni S., Mantegazza P., Viana M., Monaco F. **Combination of tizanidine and amitriptyline in the prophylaxis of chronic tension-type headache: evaluation of efficacy and impact on quality of life.** *J. Headache Pain* 2006; 7: 34–36.

Napięciowy ból głowy niekorzystnie wpływa na jakość życia chorych. Przeprowadzono otwarte badanie randomizowane w grupie 18 osób z przewlekłą postacią napięciowego bólu głowy w celu porównania dwóch odmiennych metod farmakoterapii. Pierwsza polegała na przyjmowaniu przez pacjentów 20 mg amitriptyliny na dobę przez 3 miesiące, druga — na łącznym stosowaniu amitriptyliny w tej samej dawce oraz 4 mg tizanidyny w okresie pierwszych 3 tygodni terapii. Zdaniem autorów tak zaplanowane leczenie zapewnia chorym lepszą jakość życia i komfort w pierwszym — najtrudniejszym — okresie leczenia, w którym nie ujawniają się jeszcze korzystne efekty przyjmowania amitriptyliny. Uzyskane wyniki potwierdziły hipotezę, że łączna terapia wybranymi lekami znacząco zmniejszyła liczbę dni z bólem głowy w pierwszym miesiącu (–52,3% vs. –40,7%), intensywność odczucia bólu (–59,52% vs. –20,39%) i czasu trwania bólu (–53,17% vs. –36,16%). Wyniki potwierdzono za pomocą skali *Headache Impast Test* (HIT). Autorzy wyciągnęli wniosek, że połączenie amitriptyliny i tizanidyny skraca okres i intensywność bólu oraz szybciej przynosi poprawę kliniczną w porównaniu z oddzielnym stosowaniem jednego z tych leków.

Opracował prof. dr hab. med. Adam Stępień