

Šeimos gydytojų žinios apie migrenos gydymą

V. Bukina*

K. Ryliškiene**

*Vilniaus universitetas,
Medicinos fakultetas

**Vilniaus universitetas,
Neurologijos ir
neurochirurgijos klinika;
Vilniaus universiteto
ligoninės Santariškių klinikų
Neurologijos centras

Santrauka. *Įvadas.* Migrena – viena iš dažniausių pasitaikančių ligų ambulatorinėje praktikoje, tačiau dažnai ji lieka neatpažinta, o priepuolių ir profilaktinis gydymas – nepakankamas. Viena iš galimų priežasčių gali būti gydytojų žinių stoka ir naujausių gydymo gairių neįšmanymas. Lengvus ir vidutinio sunkumo priepuolius patiriančius pacientus turėtų prižiūrėti šeimos gydytojas. Sunkesnius atvejus turėtų stebėti neurologas, galvos skausmo specialistas. Šiuo darbu siekta išnagrinėti, kokios yra gydytojų žinios apie naudotinas vaistų grupes priepuoliams ir profilaktikai, kaip dažnai ligoniai siunčiami neurologo konsultacijai ir ar jaučiamas šios srities žinių trūkumas.

Tiriamieji ir metodai. Sukurtas klausimynas, į kurį atsakė 57 šeimos ir 57 kitų sričių gydytojai.

Rezultatai. Šeimos gydytojai priepuoliui rinkosi daugiau vaistų grupių (tikimybių santykis (OR) 2,336, $p = 0,045$) ir reikšmingai dažniau nei kiti gydytojai skyrė triptanus (OR 13,016, $p < 0,0005$). Abi apklaustųjų grupės nepakankamai dažnai skyrė profilaktinį gydymą. Dažniausiai nurodyta grupė buvo beta adrenoblokatoriai. Dauguma anketą užpildžiusių gydytojų atsakė manantys, kad jiems trūksta žinių (informacijos) apie priepuolių, ypač apie profilaktinį migrenos, gydymą.

Raktažodžiai: migrena, ambulatorinis gydymas, šeimos gydytojai, simptominis gydymas, triptanai, profilaktinis gydymas.

Neurologijos seminarai 2016; 20(69): 147–155

ĮVADAS

Galvos skausmas – vienas iš dažniausių skundų, epizodiškai varginantis kone kas antrą pasaulio žmogų. Daugiau nei 30 % suaugusių žmonių, kurie per pastaruosius metus patyrė galvos skausmą, serga migrena. Migrena yra šešta liga pasaulyje pagal dėl negalios netektų metų skaičių (angl. *years lost due to disability*). Jos neigiamas poveikis asmeninio gyvenimo kokybei, darbo efektyvumui ir su tuo susijusiems finansiniams nuostoliams yra milžiniškas [1].

Migrenos gydymo farmakologinės galimybės yra gana plačios, tačiau, literatūros duomenimis, dažnai tiek priepuolių valdymas, tiek jų prevencija būna nepakankama [2–4]. Viena iš priežasčių galėtų būti nepakankamos gydytojų žinios ir nepakankamas naujausių gydymo gairių išmanymas.

Dažniausiai tyrimai apie migrenos gydymą atliekami apklausiant pacientus arba surenkant duomenis iš duome-

nų bazių ar ligos istorijų. Tačiau pačių gydytojų apklausų esama mažiau. Lietuviškų šios srities tyrimų neturime, todėl nagrinėjome migrenos gydymo ypatumus mūsų šalyje iš gydytojų perspektyvos. Kadangi nekomplikuotos migrenos gydymas yra šeimos gydytojų užduotis, sunkesnius atvejus nukreipiant neurologams, nutarėme sukurti apklausą apie migrenos gydymą ambulatorinėje praktikoje.

DARBO TIKSLAS

Sukurti ir padalinti klausimyną, skirtą pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojams (PASPI) – šeimos gydytojams ir kitų specialybių gydytojams-konsultantams. Išnagrinėti ir pateikti gautus duomenis apie tai, kaip gydytojai gydo ir kokios jų žinios apie migrenos simptominių ir profilaktinį gydymą.

TIRIAMIEJI IR METODAI

Klausimynai buvo išdalinti 2015 m. spalio – 2016 m. vasario mėnesiais dviejose įvairių specialybių gydytojams ir slaugytojams skirtose konferencijose Vilniuje. Tiriamieji

Adresas:

Kristina Ryliškiene
Vilniaus universitetas, Neurologijos ir neurochirurgijos
klinika, Neurologijos centras
Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius
Tel. (8 610) 26 980, el. paštas ryliškiene.k@gmail.com

pasirinkti atsiktinai, nežinant jų specialybės. Jie buvo informuoti, kad pagrindinė klausimyno tema yra migrena. Iš 250 išdalintų anketų užpildytos buvo 193. Atsakymus pateikė 57 šeimos gydytojai (29,5 %), 63 slaugytojos (32,6 %), 9 studentai (4,7 %), 64 kitų specialybių gydytojai (33,2 %), iš kurių 4 (2,1 %) buvo suaugusiųjų ir 3 (1,6 %) vaikų neurologai. Į galutinę analizę įtraukėme šeimos gydytojų (ŠG) ir kitų specialybių gydytojų (KG) grupes (suaugusiųjų ir vaikų neurologai nebuvo įtraukti į KG).

Klausimynas buvo sudarytas iš klausimų, į kuriuos reikėjo atsakyti vienu ar keliais toliau nurodytais teiginiais (1 lentelė). Klausėme praktinių klinikinių klausimų apie migrenos simptominių ir profilaktinių gydymą. 1–5 klausimai buvo skirti demografiniams tiriamųjų rodikliams, taip pat jų pačių sergamumui migrena. 6 ir 7 klausimai atskleidė, kaip dažnai gydytojams tenka susidurti su migrena sergančiais pacientais. 8 ir 9 klausimai buvo skirti migrenos simptominiui gydymui ir naudojamoms vaistų grupėms. 9 klausimas skirtas specifiniam migrenos priepuolių gydymui – triptanams. 10 ir 11 klausimai skirti migrenos profilaktiniam gydymui ir žinioms apie naudojamus vaistų grupes. 12 ir 13 klausimai turėjo atskleisti pačių tiriamųjų nuomonę apie savo kompetenciją, gydant migreną, ir nurodyti, ar gydytojams aktualu daugiau sužinoti apie šią ligą.

Klausimynas pirmiausia buvo kuriamas šeimos gydytojams, kadangi, pagal specialybės normą, jie turi mokėti diagnozuoti ir gydyti nekomplikuotą migreną (27.3 punktas – šeimos gydytojas turi „mokėti: diagnozuoti skausmo sindromą: galvos, nugaros; <...> 27.4.6 punktas – pradėti ir, atsižvelgus į specialistų konsultacijas, tęsti lėtinių nervų sistemos ligų gydymą“) [5]. Taigi suformulavome hipotezę, kad šeimos gydytojai, lyginant su kitų specialybių gydytojais, turėtų geriau išmanyti migrenos simptominių ir profilaktinio gydymo vaistų grupes.

Statistinis duomenų apdorojimas

Duomenys nagrinėti programa „Excel 2013“. Kokybiniai kintamieji lyginti taikant *chi* kvadrato testą. Konstruotas logistinės regresijos modelis. Statistinio reikšmingumo koeficientu laikytas $p < 0,05$.

REZULTATAI

Demografiniai tiriamųjų rodikliai

Tiriamųjų amžiaus vidurkis – $48 \pm 12,7$ metų, jauniausias asmuo, užpildęs anketą, buvo 25-erių, vyriausias – 75-erių metų amžiaus. Šeimos gydytojų amžiaus vidurkis buvo $44,4 \pm 12,0$ metų, didžiąją dalį sudarė moterys ($n = 46$, 80,7 %). Migrena sirgo 11,4 % visų apklaustųjų. Migrena sergančių ir nesergančių apklaustųjų atsakymai jokių aspektu reikšmingai nesiskyrė. Kiti grupių demografiniai duomenys pateikiami 2 lentelėje.

1 lentelė. Klausimynas

1. Jūsų specialybė:
 - a) šeimos gydytojas (-a),
 - b) kitos specialybės gydytojas (-a) (įrašykite).....
 - c) slaugytojas (-a),
 - d) studentas (-ė),
 - e) kita (įrašykite).....
2. Amžius:
3. Lytis: vyras / moteris
4. Miestas, kuriame dirbate / studijuojate:.....
5. Ar pats / pati sergate migrena?
 - a) taip, priepuoliai kartojasi 1–2 kartus per mėnesį ar rečiau,
 - b) taip, priepuoliai kartojasi dažniau nei 2 kartus per mėnesį,
 - c) ne, nesergu migrena.
6. Ar dažnai Jūs susiduriate su migrena sergančiais pacientais?
 - a) dažnai, kelis kartus per savaitę,
 - b) kartais, kelis kartus per mėnesį,
 - c) retai, kelis kartus per metus,
 - d) nesu susidūręs (-usi) su tokiais pacientais.
7. Kaip dažnai konsultuojatės su neurologu dėl migrenos gydymo?
 - a) dažnai, beveik dėl kiekvieno atvejo,
 - b) kartais, sudėtingesniais atvejais,
 - c) beveik niekada nesikonsultuoju.
8. Kokius vaistus skirate migrenos priepuoliui gydyti? (Galite rinktis > 1 atsakymą)
 - a) aspiriną,
 - b) paracetamolį,
 - c) kitus nesteroidinius vaistus nuo uždegimo,
 - d) triptanus,
 - e) vaistus nuo vėmimo,
 - f) opioidinius analgetikus,
 - g) kita (įrašykite)
9. Kokiai pacientų daliai skirate vartoti ar bent pabandyti triptanų grupės vaistus?
 - a) daugumai pacientų (> 80 %),
 - b) daugiau nei pusei pacientų,
 - c) mažiau nei pusei pacientų,
 - d) nedidelei daliai (< 20 %),
 - e) ne, neskiriu visai.
10. Ar skirate migrenos profilaktinį gydymą?
 - a) taip (žr. 11 klausimą),
 - b) ne (žr. 12 klausimą).
11. Kokius vaistus skirate migrenos profilaktiniam gydymui? (Galite rinktis > 1 atsakymą)
 - a) beta adrenoblokatorius,
 - b) vaistus nuo epilepsijos,
 - c) antidepresantus,
 - d) magnio preparatus
 - e) kita (įrašykite).....
12. Ar manote, kad Jums trūksta žinių arba informacijos apie migrenos priepuolių gydymą?
 - a) taip, trūksta,
 - b) ne, netrūksta.
13. Ar manote, kad Jums trūksta žinių arba informacijos apie migrenos profilaktinį gydymą?
 - a) taip, trūksta,
 - b) ne, netrūksta.

Migrena sergantys pacientai kasdieniame gydytojo darbe

Atsakymai į pirmąjį klausimą rodo, kad migrena sergantys pacientai nėra kasdienybė nė vienai gydytojų grupei (3 lentelė). Absoliuti ŠG (98,2 %) ir KG (84,0 %) dauguma juos mato nuo kelių kartų per mėnesį iki kelių kartų per metus. Reikšmingai didesnė šeimos gydytojų dalis (n = 28, 49,1 %) sutinka šiuos pacientus keletą kartų per mėnesį, palyginus su kitais gydytojais (n = 9, 16,1 %), OR – 5,042 [2,1; 12,2], p = 0,045. Tačiau kiti gydytojai statistiškai patikimai dažniau juos mato tik keletą kartų per metus (n = 28 (49,1 %) vs. n = 38 (67,9 %), OR – 0,457 [0,2; 1,0], p < 0,0005).

Neurologo konsultacijų dažnis

Šeimos gydytojai reikšmingai dažniau (> 5,5 karto) nukreipia migrena sergančius ligonius neurologo konsultacijai dėl migrenos gydymo taktikos (n = 24, 42,1 %), lyginant su kitais gydytojais (n = 5, 8,9 %) (OR – 5,576 [2,1; 15,2], p = 0,01) (4 lentelė). Didelė dalis visų gydytojų siunčia ligonį neurologo konsultacijai kartais (ŠG – 49,1 % ir KG – 38,6 %). Kitų specialybių gydytojų grupė reikšmingai dažniau atsakė beveik niekada nenukreipiantys ligonio neurologo konsultacijai (8,8 % vs. 40,4 %) (OR – 0,121 [0,04; 0,6], p < 0,0005). 4 KG (7,1 %) nurodė, kad iš viso nėra susidūrę su migrena sergančiais pacientais, tokių gydytojų ŠG grupėje nebuvo.

Simptominis migrenos gydymas

Beveik visi ŠG (išskyrus vieną) atsakė į klausimą apie migrenos priepuolių gydymą (5 lentelė). Dauguma rinkosi 1 (24,6 %) arba 2 (47,4 %) atsakymų variantus, mažesnę

2 lentelė. Demografiniai tiriamųjų duomenys

Grupė	ŠG n = 57	KG n = 57	P
Charakteristika			
Amžiaus vidurkis m ± SN, min.; maks.	44,4 ± 12,0 25; 70	51,8 ± 12,3 25; 75	0,002
Moterys, n (%)	46 (80,7)	43 (75,4)	0,198
Miestas, n (%)			
Vilnius	31 (54,4)	42 (73,7)	0,338
Kaunas	2 (3,5)	4 (7,0)	
Kita	34 (42,1)	11 (19,3)	
Migrena (+), n (%)	4 (7,0)	9 (15,8)	0,141
a) > 2 k./mėn.	4	7 (12,3)	0,341
b) 1–2 k./mėn.	0	2 (3,5)	0,154

N – tiriamųjų skaičius, SN – standartinis nuokrypis, min., maks. – minimalios ir maksimalios amžiaus reikšmės

dalis – 3 ir daugiau variantų. 5 atsakymus pasirinko tik 2 apklausti ŠG (3,5 %). ŠG grupėje populiariausi buvo triptanai (n = 48, 86,0 %) ir kiti nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo (NVNU) (n = 44, 77,2 %). Vaistus nuo vėmimo skyrė beveik ketvirtadalis (n = 14), o paracetamolį – beveik penktadalis (n = 11) ŠG. Aspiriną rinkosi 8,8 %, o opioidinius analgetikus – 3,5 %. ŠG reikšmingai dažniau rinkosi daugiau vaistų grupių nei KG (OR – 2,336 [1,503; 3,628], p < 0,0005). Vaistus skyrusių tiriamųjų dalis taip pat didesnė buvo ŠG grupėje (OR – 11,915 [1,471; 95,512], p = 0,02).

Kitų sričių specialistų grupėje 10 (17,5 %) gydytojų nepažymėjo nė vieno atsakymo, dauguma rinkosi 1 (n = 25, 43,9 %) arba 2 grupes (n = 16, 28,1 %). Šios grupės tiriamieji taip pat dažniausiai rinkosi NVNU (n = 40, 70,2 %) ir triptanus, tačiau triptanus jie skyrė 13 kartų rečiau nei ŠG grupė (n = 16, 28,1 %, p < 0,0005, OR – 13,016

3 lentelė. Migrena sergantys pacientai kasdieniame gydytojo darbe

Klausimas	ŠG	KG	Tikimybių santykis [PI]
Ar dažnai susiduriate su migrena sergančiais pacientais?			
Dažnai, kelis kartus per savaitę, n (%)	1 (1,8)	5 (8,9)	0,182 [0,02; 1,6]
Kartais, kelis kartus per mėnesį, n (%)	28 (49,1)	9 (16,1)	5,042 [2,1; 12,2] p = 0,045
Retai, kelis kartus per metus, n (%)	28 (49,1)	38 (67,9)	0,457 [0,2; 1,0] p < 0,0005

ŠG – šeimos gydytojai, KG – kiti gydytojai, PI – pasikliautiniai intervalai. Nurodytos reikšmingos p vertės.

4 lentelė. Neurologo konsultacijų dažnis

Klausimas	ŠG	KG	Tikimybių santykis [PI]
Kaip dažnai konsultuojatės su neurologu dėl migrenos gydymo?			
Dažnai, beveik dėl kiekvieno atvejo, n (%)	24 (42,1)	6 (10,5)	5,576 [2,1; 15,2] p = 0,01
Kartais, sudėtingesniais atvejais, n (%)	28 (49,1)	22 (38,6)	1,317 [0,6; 2,8]
Beveik niekada nesikonsultuoju, n (%)	5 (8,8)	23 (40,4)	0,121 [0,04; 0,6] p < 0,0005

ŠG – šeimos gydytojai, KG – kiti gydytojai, PI – pasikliautiniai intervalai. Nurodytos reikšmingos p vertės.

5 lentelė. Simptominis migrenos gydymas

Klausimas	ŠG	KG	Tikimybių santykis [PI]
Kokius vaistus skirate migrenos priepuoliui gydyti? (Galite rinktis > 1 atsakymą)			
Aspiriną, n (%)	5 (8,8)	5 (8,8)	0,825 [0,2; 3,2]
Paracetamolį, n (%)	11 (19,3)	9 (15,8)	1,089 [0,4; 2,9]
NVNU, n (%)	44 (77,2)	40 (70,2)	1,205 [0,7; 2,0]
Triptanus, n (%)	48 (86,0)	16 (28,1)	13,016 [5,0; 33,8] p < 0,0005
Vaistus nuo vėmimo, n (%)	14 (24,6)	6 (10,5)	2,388 [0,8; 6,9]
Opioidinius analgetikus, n (%)	2 (3,5)	0	-
Vaistų grupių skaičius, n (%)			2,336 [1,503; 3,628] p < 0,0005
0	1 (1,8)	10 (17,5)	
1	14 (24,6)	25 (43,9)	
2	27 (47,4)	16 (28,1)	
3	5 (8,8)	5 (8,8)	
4	8 (14,0)	1 (1,8)	
5	2 (3,5)	0	
Vaistus skyrusių tiriamųjų dalis, n (%)	56 (98,2)	47 (82,5)	11,915 [1,471; 95,512] p = 0,02

ŠG – šeimos gydytojai, KG – kiti gydytojai, PI – pasikliautiniai intervalai, NVNU – nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo. Nurodytos reikšmingos p vertės.

6 lentelė. Specifinis migrenos priepuolio gydymas triptanais

Klausimas	ŠG	KG	Tikimybių santykis [PI]
Kokiai pacientų daliai skirate vartoti ar bent pabandyti triptanų grupės vaistus migrenos priepuoliams gydyti?			
Daugumai pacientų (> 80 %), n (%)	24 (42,1)	8 (14,0)	3,909 [1,6; 9,8] p = 0,004
Daugiau nei pusei pacientų, n (%)	14 (24,6)	4 (7,0)	3,826 [1,2; 12,5] p = 0,027
Mažiau nei pusei pacientų, n (%)	8 (14,0)	2 (3,5)	4,000 [0,8; 19,8]
Nedidelei daliai (< 20 %), n (%)	8 (14,0)	11 (19,3)	0,594 [0,2; 1,6]
Ne, neskiriu visai, n (%)	3 (5,3)	32 (46,1)	0,053 [0,02; 0,2]

ŠG – šeimos gydytojai, KG – kiti gydytojai, PI – pasikliautiniai intervalai. Nurodytos reikšmingos p vertės.

[5,0; 33,8]). Kitų vaistų grupių skyrimas reikšmingai nesisiskyrė.

Prie kito gydymo, kur galima buvo įrašyti savo variantą, apklaustieji siūlė šiuos variantus: poilsis ir masažas, kombinuoti vaistai, placebo, manitolis (visi n = 1).

Specifinis migrenos gydymas triptanais

ŠG triptanus skyrė gana dažnai: daugumai pacientų – 24 (42,1 %), daugiau nei pusei pacientų – 14 (24,6 %) (6 lentelė). Labai nedaug ŠG nurodė iš viso neskiriantys triptanų (n = 3, 5,3 %). 65,4% KG niekada neskyrė triptanų arba skyrė juos mažumai pacientų. ŠG beveik keturis kartus dažniau triptanus skyrė daugumai pacientų.

Migrenos profilaktinis gydymas

Į klausimą, ar skiria vaistus migrenos profilaktikai, teigiamai atsakė 42,1 % ŠG (n = 24) ir 28,1 % KG (n = 16)

(7 lentelė). Tačiau į klausimą, kokias vaistų grupes skiria, atsakiusių skaičius ŠG ir KG grupėse pasikeitė: atsakė atitinkamai 28 (49,1 %) ir 21 (36,8 %). Šeimos gydytojai dažniausiai rinkosi beta adrenoblokatorius (BB) (n = 17, 29,8 %) ir magnio preparatus (n = 14, 24,6 %), kiti gydytojai savo pasirinkimais reikšmingai nuo jų nesisiskyrė. Abiejose grupėse maždaug trečdalis apklaustųjų nurodė skiriantys 1 vaistų grupę migrenos profilaktikai (ŠG n = 18 (31,6 %), KG n = 16 (28,1 %)).

Informacijos poreikis

Dauguma tiriamųjų atsakė jaučiantys žinių ar informacijos apie migrenos gydymą stoką (8 lentelė). Priepuolių gydymas yra kiek plačiau žinomas – žinių stokojantys nurodė 68,4 % ŠG ir 77,2 % KG. Tačiau profilaktinio migrenos gydymo galimybės daugeliui yra nežinomos – žinių stoką nurodė daugiau nei 80 % ŠG ir KG.

7 lentelė. Migrenos profilaktinis gydymas

Klausimas	ŠG	KG	Tikimybių santykis [PI]
Ar skirate migrenos profilaktinį gydymą?			
Taip, n (%)	24 (42,1)	16 (28,1)	1,594 [0,7; 3,5]
Kokius vaistus skirate migrenos profilaktiniam gydymui? (<i>Galite rinktis > 1 atsakymą</i>) (n (%))			
Beta adrenoblokatorius, n (%)	17 (29,8)	7 (12,3)	2,989 [1,0; 9,4]
Vaistus nuo epilepsijos, n (%)	2 (3,5)	4 (7,0)	0,339 [0,1; 2,0]
Antidepresantus, n (%)	10 (17,5)	6 (10,5)	1,539 [0,5; 4,4]
Magnio preparatus, n (%)	14 (24,6)	10 (17,5)	1,137 [0,4; 3,4]
Vaistų grupių skaičius, n (%)			1,498 [0,945; 2,374]
0	29 (50,9)	36 (63,2)	
1	18 (31,6)	16 (28,1)	
2	6 (10,5)	4 (7,0)	
3	3 (5,3)	1 (1,8)	
4	1 (1,8)	0	
Vaistus skyrusių tiriamųjų dalis, n (%)	28 (49,1)	21 (36,8)	1,655 [0,784; 3,497]

ŠG – šeimos gydytojai, KG – kiti gydytojai, PI – pasikliautiniai intervalai

8 lentelė. Informacijos poreikis

Klausimas	ŠG	KG	Tikimybių santykis [PI]
Ar manote, kad Jums trūksta žinių arba informacijos apie migrenos priepuolių gydymą?			
Taip, trūksta, n (%)	39 (68,4)	44 (77,2)	0,709 [0,3; 1,7]
Ar manote, kad Jums trūksta žinių arba informacijos apie migrenos profilaktinį gydymą?			
Taip, trūksta, n (%)	50 (87,7)	46 (80,7)	1,630 [0,5; 4,9]

ŠG – šeimos gydytojai, KG – kiti gydytojai, PI – pasikliautiniai intervalai

REZULTATŲ APTARIMAS

Migrenos dažnis tarp tiriamųjų (11,4 %) mūsų tyrime buvo mažesnis nei bendroje populiacijoje (Eurolight tyrimo duomenimis, 2011 m. Lietuvoje sergamumas migrena buvo 21,5 %) [6–8]. Didžioji dalis šeimos ir kitų sričių gydytojų nurodė, kad migrena sergančius pacientus mato nuo kelių kartų per mėnesį iki kelių kartų per metus. Toks mažas pacientų skaičius kasdienėje praktikoje greičiausiai susijęs su dviem veiksniais: liguoniai patys retai kreipiasi į gydytoją dėl migreninio tipo galvos skausmo, o jei kreipiasi, migrena dažnai lieka neatpažinta ir nediagnozuota. Iš dalies šį teiginį patvirtintų ir mažas pačių ŠG migrenos dažnis – gali būti, kad trūkstant diagnostinių įgūdžių ir žinių, ŠG ir sau nepakankamai dažnai diagnozuoja šią ligą [9, 10].

Su tuo susijęs gali būti ir didelis neurologo konsultacijų dažnis – ŠG daugiau nei 5 kartus dažniau nurodė siunčiantys pacientus pas specialistą beveik dėl kiekvieno atvejo. Priežastys gali būti įvairios: galbūt bendrosios praktikos gydytojai dažniau atpažįsta tik sunkios komplikotos migrenos atvejus, galbūt jiems trūksta žinių apie migrenos gydymą apskritai. Galimas ir dar vienas paaiškinimas: neurologui užrašius tam tikrą migrenos kodą, dažniausiai jis gali inicijuoti kompensuojamųjų triptanų rašymą.

Simptominis migrenos gydymas

2009 m. Europos neurologų draugijų federacijos (angl. *European Federation of Neurological Societies*, EFNS) ir

2012 m. Amerikos galvos skausmo draugijos (angl. *American Headache Society*, AHS) / Amerikos neurologų akademijos (angl. *American Academy of Neurology*, AAN) gairėse silpniems ir vidutinio stiprumo migrenos priepuoliams rekomenduojama skirti 3 vaistų grupes: paprastuosius analgetikus (acetilsalicilo rūgštį, paracetamolį arba jų kombinacijas su kofeinu), nesteroidinius vaistus nuo uždegimo (ibuprofeną, naprokseno natrio druską ir diklofenaką), triptanus (sumatriptaną, rizatriptaną, naratriptaną, zolmitriptaną, frovatriptaną, eletriptaną, almotriptaną) [11, 12]. Šių vaistų efektyvumo įrodymų lygis stiprus ir pagal 2013 m. Kanados galvos skausmo draugijos (CHS) gaires. Dihidroergotamino, ergotamino, kodeino sudėtyje turinčių kombinuotų analgetikų ir tramadolio turinčių preparatų skyrimas yra nerekomenduojamas. Patariama visada apsvarstyti antiemetikų skyrimą [13].

Siūlomos įvairios priepuolių nutraukimo strategijos. Dažniausiai skiriamos 4: silpniems ir vidutiniams priepuoliams – NVNU ir paprastieji analgetikai, vidutiniams ir stipriems – triptanai, refrakterinei migrenai – įvairių formų (subkutaninės, intranazalinės, intraraumeninės) triptanų, NVNU, dopamino antagonistų, kofeino turinčių preparatų, gliukokortikoidų ir opioidų kombinacijos. Kai pacientui kontraindikuotini vazokonstriktoriai, jam skiriamos vaistų kombinacijos be triptanų [13–15]. Triptanų efektyvumas yra įvairus, todėl pacientams rekomenduojama išbandyti ne mažiau kaip 3 triptanus bent 3 priepuoliams iš eilės gydyti.

ŠG turėtų mokėti savarankiškai gydyti silpnus ir vidutinius priepuolius. Tikėjimės, kad mūsų apklausa išryš-

kins skirtumus tarp ŠG ir KG skiriamo migrenos gydymo ir (ar) žinių apie jį. Tai įrodytų, kad ŠG moka gydyti migreną pagal savo kompetenciją geriau nei kiti specialistai su medicininiu ne neurologo ir ne šeimos gydytojo išsilavinimu.

Mūsų klausimyno 8 klausimas pateikė 6 vaistų grupių variantus priepuoliui gydyti, kurie apėmė visas galimas vaistų migrenos priepuoliui nutraukti grupes, išskyrus kombinuotus analgetikus ir ergotamino grupės vaistus. Pastarųjų neįtraukėme dėl to, kad Lietuvoje nėra jų preparatų. Kombinuotų analgetikų su kofeinu neįtraukėme, kadangi dažniausiai į jų sudėtį įeina tie patys paprastieji analgetikai ar NVNU. Retrospektyviai žiūrint, galbūt juos reikėjo įrašyti kaip atskirą variantą, kadangi jie taip pat tinkami silpniems ir vidutiniams priepuoliams gydyti (prie kito galimo gydymo vienas apklausoje dalyvavęs gydytojas buvo įrašęs kombinuotus vaistus).

Į 8 klausimą atsakė 56 ŠG iš 57 (98,2 %). Jie žymėjo visus pateiktus variantus. Didžioji dalis rinkosi NVNU ir triptanus priepuoliui gydyti (> 75 %), maždaug ketvirtadalis – vaistus nuo vėmimo (24,6 %) ir paprastuosius analgetikus (bendrai – 28,1 %). Pavieniai gydytojai rinkosi opioidus. Galima daryti prielaidą, kad šią grupę ŠG skiria retai, išskirtiniais atvejais, tik ypač stiprių ir sunkiai suvaldomų priepuolių metu. Toks pasirinkimas atitiktų gairių rekomendacijas (refrakterinės migrenos gydymo strategija). Kadangi klausimas buvo suformuluotas abstrakčiai, neskiriant priepuolių pagal sunkumą, šio atsakymo neįtraukėme kaip netinkamo.

Mums aktualus buvo pažymėtų atsakymų variantų skaičius, liudijantis ŠG žinias apie migrenos priepuoliui gydyti tinkamas vaistų grupes. Dauguma rinkosi 1 (24,6 %) arba 2 (47,4 %) atsakymų variantus. Daugiau vaistų grupių pažymėjo vos 15 gydytojų; iš jų 5 atsakymus pasirinko tik 2 (3,5 %). Tai, kad didesnė dalis bendrosios praktikos gydytojų gydė migrenos priepuolius tik 1 ar 2 grupių vaistais, rodo šios srities žinių spragą. Tai gali lemti nepakankamą priepuolių kontrolę ir pacientų nepasitenkinimą gydymu, kas yra dažna pasaulyje problema [16–18].

5 lentelėje matome, kad kitų sričių gydytojai taip pat dažniau rinkosi vos 1 ar 2 vaistų grupes priepuoliams gydyti. Beveik penktadalis specialistų išvis nežymėjo jokio atsakymo, galbūt tikrai nežinodami, kokie atsakymai tinka, arba manydami, kad anketa skirta tik ŠG. Dauguma taip pat rinkosi NVNU; triptanus žinojo tik kiek mažiau nei trečdalis grupės. Nepaisant mažo apklaustų neurologų skaičiaus, jų grupėje tendencijos panašios – 85,6 % pasirinko 1 arba 2 vaistų grupes (daugiausia NVNU ir triptanus).

Prie kitų gydymo variantų apklaustieji buvo pasiūlę poilsį ir masažą, placebo ir manitolį. Įrodymais pagrįstos gairės chiropraktiniam suaugusiųjų su galvos skausmu gydymui nurodo, kad poilsis, relaksacija ir masažas naudingi sergant migrena (vidutinis įrodymų lygis) [21]. Placebo su migrena susijusiuose tyrimuose naudojamas vaistų efektyvumui tirti. Kalbant apie alternatyvius gydymus (dažniausiai taikomus migrenos profilaktikai), Cochrane duo-

menų bazėje nurodoma, kad efektyvios buvo tiek tikros, tiek ir „netikros“ akupunktūros procedūros [22]. Vienoje publikacijoje nurodoma, kad tam tikros placebo rūšys, tokios kaip „netikra“ akupunktūros terapija ar „netikros“ chirurginės intervencijos, veikia efektyviau nei peroralinis placebo [23]. Literatūroje aptikome tik vieną tyrimą, kur manitolis su lorazepamu buvo skirti esant migreninei būklei su užsitęsusia aura be infarkto, taip pasireiškus smegenų autosominės dominantinės arteriopatijos su subkortikalniais infarktais ir leukoencefalopatija sindromui (angl. *cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy*, CADASIL) [24].

Specifinis migrenos priepuolio gydymas triptanais

Tarp ŠG triptanų skyrimas buvo reikšmingai didesnis nei tarp KG. Tai patvirtino hipotezę, kad ŠG žino apie šią specifinę migrenos priepuoliams gydyti vaistų grupę geriau nei KG, į kurių specialybės normą neįeina migrenos gydymas.

Daugiau nei 60 % ŠG triptanus skyrė pusei ir daugiau savo pacientų (9 klausimas). 5,3 % pažymėjo visai neskiriantys šių vaistų. Tačiau, palyginus 8 ir 9 klausimų atsakymus, skaičiai nesutampa: 8 klausime triptanus žymėjo 48 šeimos gydytojai, o sudėję 9 klausimo atsakymų rezultatus gauname 54 gydytojus, žymėjusius triptanų skyrimą. Šiuos duomenis galime interpretuoti dvejopai: 6 apklaustieji tiesiog pamiršo pažymėti triptanų grupę 8 klausime arba jie neskiria šių vaistų, tačiau, perskaitę klausimą apie juos, suprato turį kažką pažymėti. Metodologiškai būtų buvę teisingiau prie 8 klausimo pridėti priedą, kad tik pažymėję triptanų variantą apklaustieji atsakinėtų į 9 klausimą. Reikšmingai skyrėsi ŠG ir KG, skiriančių triptanus daugumai ir daugiau nei pusei pacientų, dalis. Tai dar kartą parodo, kad ŠG aktyviai skiria triptanus.

8 klausime 41 KG nepažymėjo triptanų, tačiau 9 klausime apie skyrimo dažnumą visai neskiriantys atsakė tik 32. Taigi darome prielaidą, kad skiriančių triptanus tikrąjį skaičių atspindi 8 klausimo atsakymai, o 9 klausime dalis jų neskiriančių gydytojų pažymėjo, kiek teoriškai, jų nuomone, jų reikėtų skirti. Šioje grupėje vyravo atsakymas, kad triptanai (turėtų būti) skiriami nedidelei pacientų daliai. Suprantama, kad, retai matydami migrena sergančius pacientus, KG atitinkamai mažiau skiria šių vaistų, tačiau menkas triptanų skyrimas gali būti susijęs ir su tuo, kad gydytojai vengia skirti vaistus ligoms gydyti, kurių gydymas neįeina į jų specialybės specifikacijas, ir su tuo, kad jiems trūksta žinių bei informacijos apie šią vaistų grupę.

Migrenos profilaktinis gydymas

Profilaktikos skyrimą rekomenduojama apsvaistyti, kai priepuoliai kartojasi > 3 kartus per mėnesį, simptominis gydymas yra neefektyvus ar blogai toleruojamas, vargina užsitęsęs ar labai dažnos auros. Literatūros duome-

nimis, maždaug 38 % migrena sergančių pacientų reikalingas profilaktinis gydymas, tačiau jį gauna tik 3–8 % [7].

Europos neurologų draugijų federacijos (EFNS) rekomendacijose pirmo pasirinkimo vaistai migrenos profilaktikai yra: metoprololis, propranololis, flunarizinas, valprojinė rūgštis ir topiramatas. Antro pasirinkimo vaistai – amitriptilinas, venlafaksinas, naproksenas, bisoprololis ir šaukščio preparatai [12]. AHS/AAN rekomendacijose prie pirmo pasirinkimo vaistų pridėti šaukščio preparatai ir timololis, o flunarizinas neįtrauktas. Prie antro pasirinkimo vaistų, be EFNS siūlomų, rekomenduojami fenoprofenas, vaistinio skaistenio preparatai, histaminas, ibuprofenas, ketoprofenas, magnio preparatai, riboflavinai ir atenololis [25]. CHS migrenos priepuolių profilaktinio gydymo gairėse kaip pirmo pasirinkimo nurodoma 11 vaistų: topiramatas, propranololis, nadololis, metoprololis, amitriptilinas, gabapentinas, kandesartanas, šaukščio preparatai, riboflavinai, koenzimas Q10 ir magnio citratas, antro pasirinkimo – natrio divalproeksas, flunarizinas, pizotifenas, venlafaksinas, verapamilis ir lizinoprilis. Siūlomos įvairios gydymo strategijos: a) profilaktika skiriama pirmą kartą – BB ir tricikliai antidepresantai, b) profilaktika su mažai šalutinių poveikių – vaistų deriniai su vaistažolėmis ar vitaminais, ar mikroelementais, c) strategijos esant aukštam kūno masės indeksui, d) komorbidiškumui su pirmine arterine hipertenzija, e) depresija, nerimu ar f) anksčiau buvus nesėkmingai migrenos profilaktikai [26, 27].

Mūsų tyrime į 10 klausimą apie migrenos profilaktikos skyrimą teigiamai atsakė mažiau nei pusė ŠG ir iki trečdaliao KG. Populiariausi pasirinkimai buvo BB ir magnio preparatai.

Ducros ir bendraautoriai vertino ŠG skiriamą gydymą savo pačių arba giminaičių migrenai ir migrenos įtaką kasdieniam gyvenimui [28]. Jų tyrime 6,9 % gydytojų, sergančių migrena, ir 17,2 % gydytojų, kurių artimieji sirgo migrena, patys vartojo ar artimiesiems skyrė profilaktinį gydymą. Dažniausiai skiriami vaistai abiejose grupėse buvo BB (metoprololis ir propranololis) [28].

Dekker ir bendraautorių tyrime ŠG pildė anketas ir dalyvavo diskusijoje apie migrenos profilaktinį gydymą [29]. ŠG nurodė, kad dažnai jiems neaiški riba, kada jau reikalinga profilaktika. Taip pat jie minėjo, kad pacientai dažnai patys nenori papildomo gydymo, bijo šalutinio poveikio. Tai lemia, kad gydytojai taip pat vengia inicijuoti profilaktinį gydymą. Šiame tyrime dažniausias pasirinkimas buvo BB (apie 50 %) ir vaistai nuo epilepsijos (< 25 %) [29].

Minen ir bendraautorių tyrimo tikslas buvo įvertinti ambulatorinės grandies gydytojų žinias apie migrenos gydymą ir migrenos švietimo projekto įtaką jų žinioms [30]. Šis tyrimas yra artimiausias mūsų darbui savo tikslais ir metodika. Tačiau sutampa tik maža dalis mūsų ir jų klausimynų klausimų, todėl lyginti rezultatus galėsime tik iš dalies. Pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų, linkusių („likely“ ir „extremely likely“) paskirti vaistus migrenos priepuolių prevencijai, dalis gerokai

didesnė – net 66,7 %, tačiau 19 % apklaustųjų vis dar nurodė, kad jie greičiausiai to nedarytų (niekada arba beveik niekada). Kaip neskyrimo priežastis pastarieji nurodė netikėjimą, kad vaistai veiks, ir šalutinio poveikio baimę.

Taigi, nors mūsų tiriamųjų grupės nėra lygintinos, matyti bendra gydytojų tendencija nepakankamai dėmesio skirti migrenos priepuolių prevencijai; antra vertus, tarp tų, kas skiria profilaktinį gydymą, populiariausi yra beta adrenoblokatoriai.

Informacijos stoka

Apklaustieji visose grupėse nurodė, kad jiems trūksta žinių (informacijos) ir apie migrenos simptominių, ir apie profilaktinį gydymą, tačiau mažiau aiškus yra profilaktinio gydymo skyrimas. Atsakymai į šiuos klausimus sutampa ir apibendrina visus mūsų anketos duomenis: vaistų grupės priepuolių gydymui šiek tiek geriau žinojo visi apklaustieji, tačiau dažniausiai žinios apsiribojo viena arba dviem grupėmis. Žinių apie profilaktinio gydymo stoką atspindėjo mažas skiriančiųjų profilaktiką / žinančiųjų vaistų grupės procentas. Toks vienodas visų sričių gydytojų atsakymas nurodo didelį aiškios informacijos poreikį ir demonstruoja egzistuojantį didelį migrenos valdymo gerinimo rezervą.

Tyrimo stipriosios ir silpnosios pusės

Mūsų tyrimui pasirinkome klausimyno (anketos) formą. Tai leido greitai apklausti didelį tiriamųjų skaičių ir apdoroti duomenis. Antra vertus, pateikiami atsakymai apribojo tiriamųjų pasirinkimą ir neapėmė visos galimos informacijos. Surinkome tik faktinę informaciją, tačiau anкета neleido mums išsiaiškinti priežasčių, kodėl tiriamieji rinkosi vieną ar kitą atsakymą. Negalime būti tikri, kiek nuoširdūs buvo apklaustieji – norėdami sudaryti geresnį įspūdį jie galėjo rinktis atsakymus, atspindinčius ne tikrąją jų darbo realybę, o siekiamybę. Šią prielaidą paremtų ir tai, kad skyrėsi atsakymų į klausimus, ar skiria triptanus / profilaktinį gydymą ir kokiais pacientų daliais / kokias vaistų grupes skiria, skaičius. Tačiau negalime atmesti ir galimo tiriamųjų neatidumo, kas taip pat paaiškintų šiuos nesutapimus.

IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

Šeimos gydytojai migrenos priepuolius dažniau nei kiti gydo triptanais. Kiti plačiai naudojami vaistai yra NVNU. Abi apklaustųjų grupės rinkosi tinkamus vaistus, tačiau, lyginant su gairių rekomendacijomis, pasirinkimai buvo gana riboti tiek priepuoliui gydyti, tiek profilaktikai. Profilaktiniam gydymui apklaustieji dažniau rinkosi (rinktųsi) BB ir magnio preparatus. Dauguma anketą užpildžiusių asmenų nurodė, kad jiems trūksta žinių (informacijos) apie priepuolių gydymą ir prevenciją.

Šis klausimynas sukurtas norint iš gydytojų pusės apžvelgti migrenos gydymo realybę – kaip jie gydo, kokius vaistus skiria, kokios jų žinios. Klausimynas atskleidė, kad, nors migreną daugiausia gydo ŠG, tiek jiems, tiek KG informacijos ir žinių trūksta. Migrenos gydymo klausimas yra aktualus, poreikis didelis, todėl ir prieinamos informacijos turėtų būti daugiau.

Literatūroje siūloma įvairių programų, kaip gerinti gydytojų, slaugytojų ir pacientų žinias. Paprasčiausi būdai tai padaryti: straipsniai apie migrenos gydymą medicinos žurnaluose; pranešimai gydytojų konferencijose; galvos skausmo gydymo kursai, mokymai su galvos skausmo specialistais, interaktyvios paskaitos. Svarbu gilinti ir visuomenės supratimą apie migreną ir jos gydymą, todėl aktualūs ir gydytojų pasisakymai žiniasklaidoje, straipsniai populiariojoje spaudoje. Gilesnės žinios aktualios ne tik gydytojams, bet ir patiems sergantiesiems – pagerinus jų supratimą, galima tikėtis darnesnio bendradarbiavimo su gydytojais.

Ši anketa galėtų būti tinkamas instrumentas tolimesniam realiam migrenos gydymui nagrinėti. Ją modifikavus ir detalizavus pagal Tarptautinės galvos skausmo klasifikacijos diagnostikos kriterijus [31], galima būtų gauti išsamios informacijos iš visos Lietuvos. Reikėtų išskirstyti priepuolių gydymą pagal jų stiprumą, įtraukti klausimus apie vaistų skyrimo (neskyrimo) priežastis ir gydymo alternatyvas (gyvenimo būdo keitimą, nemedikamentines priemones, trigerių vengimą ir kt.). Taip pat pravartu anketą modifikuoti įvairioms gydytojų grupėms – neurologams, šeimos gydytojams, vaikų neurologams atskirai, ir įvairioms migrenos formoms (su aura, be auros, menstruacinė migrena, migreninė būklė, lėtinė migrena, vestibulinė migrena, ilgo vaistų vartojimo sukeltas galvos skausmas). Tai leistų gauti išsamų ir daug detalesnį migrenos gydymo paveikslą ir suprasti, kurias sritis dar reikėtų tobulinti.

Literatūra

- WHO | Headache disorders [Internet]. WHO. [žiūrėta 2016 05 02]. Internetinė prieiga: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/
- Cevoli S, D'Amico D, Martelletti P, Valguarnera F, Del Bene E, De Simone R, et al. Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy: a survey of patients attending for the first time 10 headache centres. *Cephalalgia Int J Headache* 2009; 29(12): 1285–93.
- Stark RJ, Valenti L, Miller GC. Management of migraine in Australian general practice. *Med J Aust* 2007; 187(3): 142–6.
- Zielman R, Veenstra P, van Zwet E, van den Berg J. How general practitioners treat migraine patients: evaluation of a headache guideline. *Cephalalgia Int J Headache* 2012; 32(12): 908–15.
- V-1013 Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė [Internet]. [žiūrėta 2016 04 30]. Internetinė prieiga: www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.C4E4FA59E3C5
- Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995; 15(1): 45–68.
- Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007; 68(5): 343–9.
- Andrée C, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, Lainez JM, et al. The Eurolight project: the impact of primary headache disorders in Europe. Description of methods. *J Headache Pain* 2011; 12(5): 541–9.
- Donnet A, Becker H, Allaf B, Lantéri-Minet M. Migraine and migraines of specialists: perceptions and management. *Headache J Head Face Pain* 2010; 50(7): 1115–25.
- Brockmann N, Evers S. Expert opinion: migraine in neurologists and headache specialists. *Headache J Head Face Pain* 2010; 50(1): 138–40.
- Reviews N. AAN and AHS update guideline for the treatment of acute migraine?. *Neurology Reviews* [Internet]. [žiūrėta 2016 05 01]. Internetinė prieiga: www.neurologyreviews.com/specialty-focus/headache/article/aan-and-ahs-update-guideline-for-the-treatment-of-acute-migraine/19f633fa7c1a445cfac87dca7bb0d90c.html
- Evers S, Áfra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2009; 16(9): 968–81.
- Worthington I, Pringsheim T, Gawel MJ, Gladstone J, Cooper P, Dilli E, et al. Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache. *Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol* 2013; 40(5 Suppl 3): S1–80.
- Becker WJ. Acute migraine treatment. *Contin Minneap Minn* 2015; 21(4 Headache): 953–72.
- National Guideline Clearinghouse | Diagnosis and treatment of headache. [Internet]. [žiūrėta 2016 05 01]. Internetinė prieiga: www.guideline.gov/content.aspx?id=43791
- Hu XH, O'Donnell F, Kunkel RS, Gerard G, Markson LE, Berger ML. Survey of migraineurs referred to headache specialists: care, satisfaction, and outcomes. *Neurology* 2000; 55(1): 141–3.
- Pascual J, Sánchez del Ro M, Jiménez MD, Láinez-Andrés JM, Mateos V, Leira R, et al. Satisfaction of the migraine patient attending neurology clinics: results of CIEN-mig project (II). *Rev Neurol* 2010; 50(11): 641–5.
- Pascual J, Sánchez del Ro M, Jiménez MD, Láinez-Andrés JM, Mateos V, Leira R, et al. Approach of neurologists in Spain to migraine: results of the CIEN-mig project (I). *Rev Neurol* 2010; 50(10): 577–83.
- Cady R, Farmer K, Beach ME, Tarrasch J. Nurse-based education: an office-based comparative model for education of migraine patients. *Headache* 2008; 48(4): 564–9.
- Veenstra P, Kollen BJ, de Jong G, Baarveld F, van den Berg JP. Nurses improve migraine management in primary care. *Cephalalgia Int J Headache* 2015 Oct 20; doi: 10.1177/0333102415612767.
- National Guideline Clearinghouse | Evidence-based guidelines for the chiropractic treatment of adults with headache. [Internet]. [žiūrėta 2016 05 01]. Internetinė prieiga: www.guideline.gov/content.aspx?id=35109&search=migraine
- Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for migraine prophylaxis. In: *The Cochrane Collaboration, ed. Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009 [žiūrėta 2016 05 02]. Available from: [doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001218.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001218.pub2)

23. Meissner K, Fässler M, Rücker G, Kleijnen J, Hróbjartsson A, Schneider A, et al. Differential effectiveness of placebo treatments: a systematic review of migraine prophylaxis. *JAMA Intern Med* 2013; 173(21): 1941–51.
24. Sacco S, Rasura M, Cao M, Bozzao A, Carolei A. CADASIL presenting as status migrainosus and persisting aura without infarction. *J Headache Pain* 2009; 10(1): 51–3.
25. Loder E, Burch R, Rizzoli P. The 2012 AHS/AAN guidelines for prevention of episodic migraine: a summary and comparison with other recent clinical practice guidelines. *Headache J Head Face Pain* 2012; 52(6): 930–45.
26. Silberstein SD. Preventive migraine treatment. *Contin Minneap Minn* 2015; 21(4 Headache): 973–89.
27. Pringsheim T, Davenport WJ, Mackie G, Worthington I, Aubé M, Christie SN, et al. Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis. *Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol* 2012; 39(2 Suppl 2): S1–59.
28. Ducros A, Romatet S, Saint Marc T, Allaf B. Use of antimigraine treatments by general practitioners. *Headache J Head Face Pain* 2011; 51(7): 1122–31.
29. Dekker F, Neven AK, Andriess B, Kernick D, Ferrari MD, Assendelft WJ. Prophylactic treatment of migraine by GPs: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2012; 62(597): e268–74.
30. Minen M, Shome A, Halpern A, Tishler L, Brennan KC, Loder E, et al. A migraine management training program for primary care providers: An overview of a survey and pilot study findings, lessons learned, and considerations for further research. *Headache J Head Face Pain* 2016; 56(4): 725–40.
31. International Headache Society [Internet]. [Žiūrėta 2016 05 01]. Internetinė prieiga: www.ihs-headache.org/ichd-guidelines

V. Bukina, K. Ryliškiene

FAMILY DOCTORS' KNOWLEDGE ABOUT MIGRAINE TREATMENT

Summary

Background. Migraine is one of the most common diseases in the primary care setting. However, it is commonly underdiagnosed and undertreated, often both acute and preventive therapy being insufficient. One of the possible explanations could be that doctors themselves do not possess enough knowledge and awareness of the newest treatment and prophylaxis guidelines. Patients with mild or moderate attacks should be treated by family physicians, whereas patients with severe attacks should be referred to neurologists headache specialists. The aim of this study was to determine doctors' knowledge of pharmacological treatment for acute migraine and its prophylaxis, frequency of referral to neurologists and whether they thought they were lacking either knowledge or information in this field of medicine.

Materials and methods. 57 general practitioners (GPs) and 57 other doctors answered our questionnaire.

Results. GPs chose significantly more drug groups for acute migraine (odds ratio (OR) 2.336, $p=0.045$) and significantly more frequently than other doctors chose triptans (OR 13.016, $p<0.0005$). Both subject groups reported low prescription of prophylactic drugs. The most prevalent of these were beta-blockers. The majority of those who answered the questionnaire thought their knowledge of acute and especially of preventive migraine treatment was deficient.

Keywords: migraine, primary care, ambulatory setting, family physicians, general practitioners, acute, triptans, prophylaxis.

Gauta:
2016 04 25

Priimta spaudai:
2016 05 04