

## «Медична газета «Здоров'я України – XXI сторіччя» © ®

Редакційна колегія

- Е.Н. Амосова**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувача кафедрою госпітальної терапії №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- О.Я. Бабак**, д.м.н., професор, директор ГУ «Інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України»
- Г.М. Бутенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН і РАМН, заступитель директора по науковій роботі ГУ «Інститут геронтології НАМН України»
- Б.М. Венцовський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- Ю.В. Вороненко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- С.И. Герасименко**, д.м.н., професор, заступитель директора ГУ «Інститут травматології і ортопедії НАМН України» по науково-лікарській роботі
- Ф.С. Глумчер**, д.м.н., професор, завідувач кафедри анестезіології і інтенсивної терапії НМУ ім. А.А. Богомольця
- И.И. Горпинченко**, д.м.н., професор, директор Українського інститута сексології і андрології
- Ю.И. Губський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри біоорганічної, біологічної і фармацевтичної хімії НМУ ім. А.А. Богомольця
- Д.И. Заболотний**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ГУ «Інститут отоларингології ім. А.И. Коломийченко НАМН України»
- Д.Д. Іванов**, д.м.н., професор, завідувач кафедри нефрології НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- В.Н. Коваленко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України, головний кардіолог МЗ України
- В.В. Корпачев**, д.м.н., професор, завідувач відділом клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ГУ «Інститут ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України»
- В.Г. Майданник**, д.м.н., професор, академик НАМН України, завідувач кафедри педіатрії НМУ ім. А.А. Богомольця МЗ України
- Б.Н. Маньковський**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри діабетології НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- Ю.М. Мостовой**, д.м.н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх захворювань Вінницького національного медичного університету ім. Н.И. Пирогова МЗ України
- В.И. Паньків**, д.м.н., професор, завідувач відділом профілактики ендокринних захворювань Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МЗ України
- А.Н. Пархоменко**, д.м.н., професор, завідувач відділом реабілітації і інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеско» НАМН України
- Н.В. Пасечникова**, д.м.н., професор, директор Інститута очних захворювань і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України
- В.В. Поворозюк**, д.м.н., професор, керівник відділу клінічної фізіології і патології опорно-двигального апарату Інституту геронтології НАМН України, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопороза
- Л.Г. Розенфельд**, д.м.н., професор, академик НАМН України, віце-президент НАМН України, заступитель директора ГУ «Інститут отоларингології ім. А.И. Коломийченко НАМН України»
- И.М. Трахтенберг**, д.м.н., професор, академик НАМН, член-корреспондент НАН України, завідувач відділом токсикології Інституту медицини праці НАМН України
- Н.Д. Тронько**, д.м.н., професор, академик НАМН України, член-корреспондент НАН, директор ГУ «Інститут ендокринології і обміну речовин ім. В.П. Комиссаренко НАМН України»
- Ю.И. Фещенко**, д.м.н., професор, академик НАМН України, директор ГУ «Інститут фізіотерапії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України», головний пульмонолог і фізіотерапевт МЗ України
- П.Д. Фомин**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, головний хірург МЗ України
- Н.В. Харченко**, д.м.н., професор, член-корреспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії НМАПО ім. П.Л. Шупика МЗ України
- В.И. Цымбалюк**, д.м.н., професор, академик НАМН України, заступитель директора ГУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України»
- В.П. Черных**, д.ф.н., д.х.н., професор, член-корреспондент НАН України, ректор Національного фармацевтичного університету МЗ України

Медична газета «Здоров'я України»  
Тематичний номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»  
Засновник – Іванченко Ігор Дмитрович  
Видавництво – ТОВ «МедПроект «Здоров'я України»

ГЕНЕРАЛЬНИЙ ДИРЕКТОР	Людмила Жданова
ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР	Володимир Савченко
ШЕФ-РЕДАКТОР	Дмитро Молчанов
ВИПУСКАЮЧИЙ РЕДАКТОР	Олена Ткаченко
МЕДИЧНИЙ ДИРЕКТОР	Олексій Терещенко
МЕДИЧНИЙ РЕДАКТОР	Ольга Радучич
НАЧАЛЬНИК РЕДАКТОРСЬКОГО ВІДДІЛУ	Лідія Тралло
ЛІТЕРАТУРНІ РЕДАКТОРИ/КОРЕКТОРИ	Валентина Грищенко Ірина Захарченко Ірина Сандул
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВЕРСТКИ І ДИЗАЙНУ	Інна Мартиненко
ДИЗАЙНЕРИ	Тарас Безлюда Максим Маліков Світлана Печурова Роман Попов
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ РЕКЛАМИ	Наталія Семенова
МАРКЕТИНГ-МЕНЕДЖЕРИ	Інна Головка Юлія Башкірова Володимир Жданов
АСИСТЕНТИ ВІДДІЛУ МАРКЕТИНГУ	Зоя Федірко Анна Покровська
НАЧАЛЬНИК ВІДДІЛУ ВИРОБНИЦТВА	Івалін Крайчев
ТЕХНІЧНИЙ ДИРЕКТОР	Микола Дятленко

Свідоцтво №14866-3837Р від 15.01.2009 р.  
Передплатний індекс 37633  
Редакція має право публікувати матеріали, не поділяючи точки зору авторів. За достовірність фактів, цитат, імен, географічних назв та інших відомостей відповідають автори. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

— матеріали, що публікуються на правах реклами.  
— авторські матеріали.

Передрук матеріалів допускається тільки з дозволу редакції. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

**Адреса для листів:**  
вул. Народного Ополчення, 1, м. Київ, 03151.  
E-mail: zu@health-ua.com; [www.health-ua.com](http://www.health-ua.com)

Контактні телефони:  
Редакція ..... 391-54-71, 391-54-77  
Відділ реклами ..... 391-54-72, 391-54-73(74)  
Відділ підписки та розповсюдження ..... 391-54-76

Газета віддрукована в ТОВ «Рема-Принт», м. Київ, вул. Ремонтна, 13.

Підписано до друку 21.06.2011 р.  
Замовлення № 21/0611. Наклад 20 000 прим.  
Юридично підтверджений наклад.

О.Г. Морозова, д.м.н., професор, завідувача

# Мигрень в Международной диагностические критерии

Продолжение, начало в №4, 2010 г., №1, 2011 г.

## Диагностика мигрени

Диагноз мигрени устанавливаются преимущественно на основании анамнеза, физикальное обследование и дополнительные методы используют для исключения других видов головной боли. При мигрени, как правило, не обнаруживают отклонений при неврологическом осмотре. Тщательный сбор анамнеза важен как для диагностики, так и для установления контакта с пациентом. Особенность диагностики мигрени заключается в том, что для постановки диагноза необходимо прежде всего уметь слушать и задавать вопросы.

## Анамнез

Пациентов с головной болью расспрашивают не только о характере приступов, но и обо всех факторах, провоцирующих мигрень либо влияющих на ее течение. Характеристика болевых приступов, которую дает пациент, очень важна для постановки правильного диагноза, а простым способом составления такой характеристики является ведение пациентом проспективного дневника в течение 1-2 нед после первичного визита к врачу. При диагностике мигрени важной может оказаться любая информация. Врач узнает об образе жизни больного, о его семье, работе, диете, режиме сна. Необходимо оценить не только соматический, но и психический статус пациента. Важно собрать информацию о лекарственных средствах, используемых пациентами. У некоторых из наших пациентов мигренозный приступ развивался после резкого снижения артериального давления. После правильного подбора гипотензивной терапии мигренозные атаки значительно урежались. Использование пероральных контрацептивов тоже может оказывать влияние на течение мигрени. Имеют значение также вредные привычки – табакокурение и употребление алкоголя. Поскольку в патогенезе мигрени, по-видимому, существенную роль играют генетические факторы, нужно собрать и семейный анамнез.

Врачу необходимо оценить состояние здоровья пациента в целом, чтобы понять, не является ли головная боль проявлением другого заболевания. Кроме того, сопутствующие заболевания могут быть противопоказанием к использованию некоторых препаратов (например, ацетилсалициловой кислоты (АСК) при язвенной болезни желудка). Что касается самой головной боли, прежде всего необходимо учитывать следующее:

- Частоту и периодичность приступов.
- Возраст, в котором они начались.
- Обстоятельства возникновения первого приступа.
- Время суток, когда чаще болит голова (обычно это утро).
- Факторы, провоцирующие мигрень.
- Симптомы, предшествующие головной боли.
- Локализацию боли и ее распространение.
- Характер боли.
- Интенсивность боли.
- Продолжительность приступов.
- Факторы, усиливающие головную боль.
- Меры, ослабляющие головную боль.
- Неврологические симптомы, возникающие во время приступов.

- Симптомы дисфункции пищеварительной системы (тошнота, рвота и др.).
- Состояние пациента после приступа.

При диагностике мигрени следует помнить о «сигналах опасности». Это изменение характера и/или интенсивности приступов при длительном мигренозном анамнезе, поздний дебют (50 и более лет), появление неврологической симптоматики и отсутствующих ранее таких сопровождающих симптомов, как тошнота и рвота. Они требуют тщательного обследования пациентов с применением нейровизуализационных методов для исключения симптоматической мигрени, являющейся «маской» объемного процесса или сосудистой патологии (аневризмы).

## Физикальное обследование

Пациент во время приступа мигрени выглядит страдающим, иногда он стонет от боли. Возможно вынужденное лежащее или сидячее положение. Лицо обычно бледное или даже пепельное, кожа покрыта потом. Конечности, как правило, холодные. Иногда появляется локальный отек вокруг поверхностных сосудов головы. Возможны небольшая лихорадка и минимально выраженная ригидность затылочных мышц. У части пациентов отмечают когнитивные нарушения, в том числе затруднение речи.

В межприступный период неврологический осмотр не играет большой роли: диагноз устанавливают преимущественно на основании анамнеза. Анизокория у пациентов с мигренью встречается чаще, чем в общей популяции. Болезненность и напряженность в области головы и шеи могут сохраняться в межприступный период, особенно при частых атаках. Возможна напряженность в области сонной артерии (с той стороны, что и головная боль).

Если в ходе неврологического осмотра врач обнаруживает наличие очаговой неврологической симптоматики, то необходимы дополнительные методы обследования для исключения других причин головной боли (компьютерная рентгеновская томография, МРТ).

## Лечение

Медикаментозное лечение мигрени включает два подхода: купирование цефалгического приступа и проведение профилактической терапии.

Согласно клиническим рекомендациям по диагностике и лечению мигрени, головной боли напряженной, кластерной и медикаментозно обусловленной головной боли Британской ассоциации по изучению головной боли купирование приступа может состоять из нескольких ступеней.

**Первая ступень:** простые пероральные анальгетики ± антиэметики. Дозы анальгетиков, рекомендуемые для прерывания приступа мигрени, как правило, выше стандартных, что объясняется необходимостью быстрого достижения терапевтической концентрации на фоне гастростаза, часто наблюдаемого при мигрени.

**Безрецептурные анальгетики ± антиэметики.** Для купирования боли: АСК 600-900 мг или ибупрофен 400-600 мг.

Более предпочтительны лекарственные формы с быстрым высвобождением. Принимать их следует как можно раньше после начала мигренозной атаки, когда

# Классификации головной боли: В помощь практикующему врачу

абсорбция препарата еще не замедлена гастростазом. В течение суток можно принять до 4 доз анальгетиков. Их прием нельзя сочетать с использованием медикаментов, содержащих кодеин или дигидрокодеин.

Эффективность монотерапии парацетамолом не подтверждена доказательной базой.

Для купирования сопутствующих тошноты и рвоты (если необходимо): прохлорперазин 3-6 мг в форме буккальных таблеток до 2 раз в сутки или домперидон 10 мг до 4 раз в сутки.

**Безрецептурные и рецептурные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) в комбинации с прокинетики антиэметиками.** Для купирования боли: АСК 600-900 мг до 4 раз в сутки или ибупрофен 400-600 мг до 4 раз в сутки, или толфенамовая кислота в лекарственных формах с быстрым высвобождением 200 мг, если необходимо – повтор приема через 1-2 ч, или напроксен 750-825 мг с повтором приема в дозе 250-275 мг до 2 раз в сутки, или диклофенак натрия 50-100 мг (суточная доза до 200 мг).

Во всех случаях следует использовать непролонгированные формы препаратов; при необходимости комбинировать анальгетики с прокинетики антиэметиками для стимуляции опорожнения желудка: метоклопрамид 10 мг или домперидон 20 мг.

Противопоказания. Для взрослых специфических ограничений нет, кроме случаев индивидуальных противопоказаний к назначению аспирина или других НПВП. Аспирин противопоказан детям до 16 лет. Метоклопрамид и прохлорперазин не рекомендуется назначать детям и подросткам.

**Вторая ступень:** ректальные анальгетики ± антиэметики. Суппозитории диклофенака 100 мг (до 200 мг/сут) для купирования боли + суппозитории домперидона 30-60 мг (до 120 мг/сут), если необходимо, для купирования тошноты и рвоты.

Противопоказания: пептическая язва и заболевания нижних отделов кишечника.

**Третья ступень:** специфические антимигренозные препараты (триптаны). Как показывают клинические исследования, представленные на рынке препараты группы триптанов различаются по соотношению стоимость/эффективность.

С другой стороны, существуют непредсказуемые индивидуальные различия клинического ответа на терапию триптанами у разных пациентов. Около 30% больных отвечают на терапию только одним из препаратов данной группы при полной неэффективности остальных триптанов. Результаты нескольких исследований подтверждают данные общих клинических наблюдений, согласно которым пациенты, не ответившие на терапию одним из триптанов, могут успешно купировать последующие приступы другими препаратами данного класса. Неэффективным может считаться препарат, который не обеспечил купирования трех мигренозных атак подряд.

В отличие от симптоматической терапии (первая и вторая ступени) триптаны не следует принимать заранее перед атакой. Существуют убедительные доказательства более высокой эффективности триптанов при их приеме в фазу нарастания боли, в то же время они неэффективны при приеме во время ауры. Для всех триптанов характерно возобновление симптомов мигрени через 48 ч у 20-50%

пациентов с исходно хорошим ответом на терапию.

Противопоказания: неконтролируемая артериальная гипертензия; ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания в анамнезе или наличие факторов риска их развития.

При отсутствии данных противопоказаний влияние триптанов на сердечно-сосудистую систему минимально. Эффективность и безопасность триптанов не подтверждены у детей до 12 лет из-за отсутствия клинического опыта их применения в данной возрастной группе.

**Четвертая ступень:** комбинированная терапия. Существуют доказательства того, что комбинация 50 мг суматриптана и 500 мг напроксена более эффективна в купировании мигренозных атак, чем те же препараты в отдельности. Другие комбинации средств первой и третьей, позже второй и третьей ступеней терапии также могут быть эффективными.

Триптаны в силу их патогенетического действия можно назвать специфическими антимигренозными анальгетиками. Использование триптанов для лечения мигренозного приступа началось более 15 лет назад. Эти препараты сходны по механизму действия, но отличаются по фармакокинетике и в связи с этим – скорости наступления эффекта, эффективности, длительности действия. Триптаны обладают селективным агонистическим действием на серотониновые 5-HT<sub>1B</sub>-, 1D-, 1F-рецепторы. 1B-рецепторы локализованы в стенке сосудов мозговых оболочек. Воздействие на них триптанов сужает расширенные во время мигренозного приступа сосуды и уменьшает периваскулярное нейrogenное воспаление. Активация рецепторов 1D и 1F, расположенных на пресинаптических окончаниях волокон тройничного нерва, препятствует выделению вазоактивных белковых веществ, которое и запускает мигренозную атаку, вызывая расширение сосудов. То есть, воздействуя на патогенетические механизмы атаки, триптаны являются специфическими для мигрени анальгетиками. Следует подчеркнуть, что триптаны предотвращают и уменьшают только мигренозную головную боль и не влияют на другие виды цефалгий, например головную боль напряжения. Из селективных агонистов 5HT<sub>1</sub>-рецепторов (триптанов) наиболее известны суматриптан и золмитриптан, последний считается наиболее эффективным из триптанов.

Золмитриптан, проникая через гематоэнцефалический барьер, оказывает как периферическое, так и центральное действие. Механизм его действия, опосредованный через серотониновые рецепторы, включает: блокирование нейrogenного воспаления, сосудосуживающий эффект в отношении сосудов мозговых оболочек, ингибирование деполаризации терминалей тройничного нерва в сосудистой стенке с последующим уменьшением болевой афферентации, ингибирование структур ствола мозга, участвующих в перцепции боли.

Золмитриптан применяется перорально (1 табл. – 2,5 мг) во время приступа мигрени независимо от приема пищи. Действие начинается через 15-20 мин. Почти у 80% больных в течение часа значительно уменьшаются или полностью исчезают головные боли. В случае необходимости через 2 ч можно принять вторую таблетку золмитриптана.

При лечении препаратом наряду с уменьшением (или полным прекращением) головной боли значительно ослабевают тошнота, фотофобия, фонофобия. Золмитриптан купирует приступ мигрени на любой стадии, эффективен при мигрени, ассоциированной с менструациями, а также приступах мигрени, возникающих ночью.

Противопоказания к применению триптанов и препаратов спорыньи: детский и пожилой возраст (старше 60-65 лет), высокие показатели артериального давления, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз нижних конечностей с явлениями перемежающейся хромоты, сепсис, шок, печеночная и почечная недостаточность, беременность, кормление грудью.

Побочные действия: ощущение прилива крови к голове и лицу, покраснение лица, покалывания (парестезии) в разных частях тела, слабость. Нельзя принимать триптаны совместно с сосудосуживающими средствами, в частности с препаратами спорыньи и другими триптанами.

Одним из наиболее часто применяемых в настоящее время триптанов является золмитриптан. Препарат обладает максимальной биодоступностью, малым количеством побочных эффектов, ранним началом действия (15-20 мин). В большинстве случаев достаточно одной таблетки (2,5 мг) для купирования мигренозной атаки.

## Немедикаментозное лечение

С нашей точки зрения, существенное значение в лечении мигрени занимают нефармакологические методы лечения, направленные на основные механизмы, участвующие в формировании головной боли. Среди них ведущими являются психологические факторы (острый или хронический эмоциональный стресс) и мышечное напряжение – мышечно-тонический, миофасциальный синдромы с образованием триггерных точек. Оба фактора тесно взаимосвязаны. Их взаимодействие приводит к нарушению соотношения анти- и ноцицептивной системы. По нашим данным, роль миофасциальной дисфункции в клиническом оформлении мигрени очень важна. Более того, достаточно часто, казалось бы, типичная по клиническим признакам мигренозная цефалгия (особенно односторонняя) развивается как синдром на фоне миофасциальной дисфункции. Именно поэтому мы уделяем большое внимание визуальной диагностике и мышечному тестированию при осмотре пациентов с головной болью. В любом случае воздействие на мышечные механизмы оказывает благотворное влияние на пациентов и избавляет их от головной боли.

Критерии назначения нелекарственных методов лечения:

- недостаточная эффективность фармакотерапии;
- наличие индивидуальной непереносимости и (или) возникновение аллергических проявлений при приеме фармакологических средств;
- возникновение привыкания и зависимости при приеме транквилизаторов и антидепрессантов, которые широко используются при лечении различных типов головной боли;
- развитие абзусных головных болей при длительном приеме анальгетиков в больших дозах;



О.Г. Морозова

- отсутствие противопоказаний к применению большинства нефармакологических методов;
- наличие признаков миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации.

**Мануальная терапия.** Постизометрическая релаксация (ПИР), миофасциальный релиз, акупрессура применяются для релаксации и анальгезии мышц, а также ликвидации триггерных точек. Релаксирующий и анальгезирующий эффект ПИР связан с изменениями в системах афферентации сегментарного аппарата спинного мозга. ПИР является современной безопасной техникой мануальной терапии. Ее релаксирующий эффект не распространяется на клинически здоровые мышцы, что исключает побочное действие методики. У большинства пациентов имеется мышечно-тонический и миофасциальный синдром. При этом часто напряжена мускулатура черепа, лица, шеи, а также имеются функциональные блокады краниовертебрального перехода. Особо значимым является повышение тонуса коротких разгибателей мышц головы, жевательных мышц, горизонтальной части трапециевидных мышц. Мышечный гипертонус нередко связан с положением головы (работа в наклоне, на компьютере и т.д.), а также с психологическими воздействиями, приводящими к эмоциональным нарушениям. Сущность методики ПИР заключается в сочетании кратковременной (5-10 сек) изометрической работы минимальной интенсивности и пассивного растяжения мышц в последующие 5-10 сек. Лучший терапевтический эффект достигается применением дыхательных синергий расслабляющих мышц. Известно, что на вдохе мышцы напряжены, а на выдохе расслаблены. При проведении ПИР врач должен руководить дыханием больного. Повторение сочетаний 3-6 раз приводит к стойкому снижению напряжения мышц, исчезновению болезненности.

**Психологическая коррекция.** Боль – это всегда психический феномен. Чем длительнее и сильнее боль, тем чаще она сочетается с эмоционально-аффективными реакциями (тревожными, депрессивными, ипохондрическими и т.д.), имеющими первичный или вторичный характер. Длительность и степень боли отражаются на самочувствии и поведении больного. Под влиянием боли изменяются некоторые черты личности, отношение к себе, окружающему миру, будущему, то есть формируется «внутренняя картина болезни», которая влияет на адаптацию пациента. Психологическая коррекция должна быть направлена на изменение этих отрицательных влияний, на улучшение функционирования личности, коррекцию переживаний больного, связанных с наличием постоянных длительных или приступообразно повторяющихся мигренозных пароксизмов, а также ликвидацию имеющихся эмоциональных нарушений.

Продолжение на стр. 10.

**О.Г. Морозова, д.м.н., професор, завідувача кафедри рефлексотерапії Харківської медичної академії післядипломного образования**

## Мігрень в Міжнародній класифікації головної болю: діагностичні критерії в допомогу практикуючому лікарю

Продолжение. Начало на стр. 8.

Психологічна корекція доступна кожному лікарю і повинна починатися уже з першої бесіди з больним. Необхідно дати надію на покращення, зменшити тривогу, побудити стремління до одужання. Крім роз'яснювальної бесіди, проводиться внушення в стані гіпнотического сну (сугестивна терапія). Психотерапія може бути індивідуальною або груповою.

**Аутогенна тренівка** заснована на принципах саморегуляції психічних і вегетативних функцій. Вона включає розслаблення скелетної мускулатури, регулювання регіонарного судинного тону, серцевого ритму, частоти і глибини дихання, психіческу релаксацію за допомогою спеціально підібраних словесних формул. Техніка аутогенної тренівки описана в багатьох керівництвах і посібниках.

**Дихально-релаксаційна терапія (ДРТ)** поєднує також елементи психіческої і м'язової релаксації з екскурсіями грудної клітки в ритмі вдих-вдих. При проведенні ДРТ необхідно дотримуватися кількох принципів: поступове включення в дихання діафрагми; формування співвідношення між тривалістю вдиху і видиху – співвідношення 1:2. Перехід на брюшний тип дихання викликає рефлекс Герінга-Брейєра, який сприяє зменшенню активності ретикулярної формации ствольного мозку, зменшенню психіческого напруження, зменшенню гіпервентиляційного синдрому і тривоги, які часто мають місце у больних з головою болю напруження. Уреження і углублення дихання оптимізують процеси легочної вентиляції і дифузії, мікроциркуляцію.

**Класическа акупу́нктура** надає багатовпливний ефект, який включає міорелаксацію, анальгезію, покращення мікроциркуляції, імунномодулюючий ефект (покращення імунного статусу), вплив на вегетативну дисфункцію. Всі ці зміщення позитивним чином впливають на больних з мігренью. Особливістю анальгезуючого дії акупу́нктури є те, що вона підвищує болевий поріг, угнетає проведення болевих імпульсів по афферентним шляхам, що сприяє підвищенню активності антиноцицептивної системи і зменшенню ноцицепції. Лікування мігрени проводиться з використанням поєднання корпоральних місних, сегментарних, віддалених точок з аурикулярними. По наших спостереженнях, найбільш ефективною є комбінація методів мануальної терапії і акупу́нктури.

**Біологіческа зворотна зв'язь (БОС).** В основі методу лежить біологіческе управління фізіологіческими функціями. Розроблені схеми навчання пацієнтів зворотної зв'язі, які включають наступні прийоми: неперервний моніторинг досліджуємих фізіологіческих процесів; представлення пацієнту зворотної сенсорної зв'язі, регулюючої функції в часі; інструкції, мотивуючі пацієнта. Регуляція кожної системи, таким чином, здійснюється при наявності прямої і зворотної зв'язі. При методі БОС з'явилася можливість контролю і кореляції показувачів ЕЕГ, ЕКГ, електроміографії (ЕМГ), кожно-гальваніческої реакції

(КГР), температури тіла, м'язового напруження і др. При лікуванні мігрени використовується аутогенна тренівка з реєстрацією пульсації височної артерії або судин кисті (плетизмографія), температури шкіри виска або кисті (термометрія). Реєстрацію ЕМГ-потенціалів можна проводити як з м'язів лба (золотий стандарт), так і з горизонтальної порції трапецієвидної м'язи. Терапевтический ефект БОС достатньо високий і складає в середньому 75%. Покращення досягається зменшенням інтенсивності головної болю, уреження мігренозних приступів, покращенні якості життя.

**Назначення профілактическогo фармакологіческогo лікування – дуже відповідальне рішення**, приймаючи його, необхідно враховувати наступні обставини:

- ефективність лікувального профілактическогo лікування не перевищує ефективність нелікувального підходу;

- застосування лікувального препарату вимагає від пацієнта терпіння і довготривалої дисципліни;

- для реалізації ефекта профілактическогo лікувального засобу необхідно час – 4-12 міс, при тривалому застосуванні препаратів можуть виникати ускладнення;

- не можна призначати лікувальну профілактику пацієнткам, які планують вагітність.

**К лікувальному профілактическому лікуванню слід звертатися, якщо:**

- приступи виникають частіше 2 раз в тиждень;

- виснажені або неефективні нелікувальні способи профілактики;

- приступи не вдається купувати з допомогою оптимально підібраних і правильно застосованих препаратів перших трьох ступенів терапії;

- пацієнт психіологіческу важко переносить навіть рідкі приступи мігрени, які розвиваються, незважаючи на лікування гострого періоду;

- є протипоказання до лікування анальгетиками, виражені побічні ефекти препаратів, або пацієнт зловживає ними;

- діагностована особливий вид мігрени (геміплегіческу мігрень, базиллярну мігрень, мігрень з пролонгированою аурой, мігренозний інфаркт).

Приймаючи рішення, необхідно враховувати готовність/неготовність пацієнта до тривалої профілактическої терапії, а також його переваги в виборі саме лікувального способу профілактики перед іншими. Ефективно, при цьому вирішальне значення має думка лікаря про цілесобразність призначення профілактическогo лікувального засобу. Профілактическе лікування проводиться лише при частих і тяжких приступах мігрени. Не існує якого-небудь одного універсального засобу, тому вибір препарату, його дози і тривалість курсу визначаються на строго індивідуальному основі.

Для профілактики приступів мігрени в теперішній час використовуються наступні основні групи препаратів:

- вазоактивні засоби (блокатори кальцевих каналів);

- бета-блокатори;

- НПВП;

- антидепресанти (амітриптілін, селективні інгібітори зворотного захопту серотоніну);

- антиконвульсанти (карбамазепін, клоназепам, вальпроати, топірамат, габапентин).

В теперішній час популярно призначення антиконвульсантів (топірамат, вальпроєва кислота, габапентин) і антидепресантів. Серед антидепресантів високо ефективною є амітриптілін. Однак погана переносимість цього препарату обмежує його широке застосування. В зв'язі з цим в останній час перевагу надають новим антидепресантам, однак для уточнення їх ролі необхідні додаткові дослідження.

В ряду випадків переважно призначають бета-адреноблокатори (пропранолол, тимолол, атенолол) або блокатори кальцевих каналів (верапаміл, флунаризин, циннаризин), перші більш ефективно.

НПВП менш популярні: великий ризик ускладнень, зв'язаних з їх тривалім застосуванням, а ефективність відносно невисока. Можливо використання коротких курсів НПВП для профілактики менструальної мігрени у жінок.

Зазвичай для профілактики мігрени використовують один препарат, однак в ряду випадків цілесобразно комбінована терапія: синергический ефект перевищує ефект кожного препарату в окремість. При недостатній профілактическої ефективності одного з препаратів можливо їх комбіноване застосування. А.В. Амелін і соавт. (2001) рекомендують наступні комбінації:

- антидепресантів з вазоактивними препаратами (бета-блокаторами, блокаторами кальцевих каналів);

- антидепресантів з препаратами вальпроєвої кислоти.

Якщо профілактическе лікування було успішним, то його слід продовжувати 6-12 міс. (Навіть при швидкому успіху терапії слід продовжувати не менше 6 міс, але потрібно намагатися закінчити її в строк до 12 міс.)

Таблиця. Оцінка ступеня дезадаптації пацієнта з допомогою опитувальника MIDAS

Бали	Ступінь дезадаптації	Висновок	Рекомендації
0-5	I	Мала інтенсивність болю, відсутність або мінімальне обмеження повсякденної активності	Потреба в медичній допомозі, як правило, низька. Для купування приступів достатньо простих анальгетиків, які продаються в аптеках без рецепта лікаря. Тем не менше слід враховувати, що навіть кілька днів, в часі яких пацієнт страждає від мігрени, впливають на якість його життя. В деяких випадках, наприклад при рідкій, але дуже інтенсивній головної болю, оправдане використання специфіческогo противомігренозних препаратів (триптани і др.). При відсутності ефекта від простих анальгетиків також показано призначення триптанів.
6-10	II	Умеренная или выразенная боль, незначительное ограничение повседневной активности	Потреба в медичній допомозі помірна. Для купування приступів можливо застосування лікувального засобу, отриманого за рецептом лікаря. При високій інтенсивності головної болю в ряду випадків оправдане використання триптанів першої лінії, оскільки вони дозволяють знизити негативний вплив мігрени на якість життя. Ще одним показанням до призначення цих препаратів – неефективність простих анальгетиків.
11-20	III	Сильная боль, умеренно выраженное ограничение повседневной активности	Потреба в медичній допомозі висока. Головна біль дезадаптує пацієнта, значительно погіршує якість його життя. Прежде всего необходимо купировать приступы противомігренозными препаратами, такими як триптани. Також ставити питання про проведення профілактическої терапії. Слід враховувати, що дуже висока оцінка по MIDAS може свідчувати про часті головні болю іншого, не пов'язаного з мігренью генезу. В такому випадку потрібні спеціальні підходи.
≥21	IV	Сильная боль, значительное снижение повседневной активности	

Профілактическу терапію можна вважати успішною, якщо досягнуті наступні цілі:

- зменшено кількість, важкість і тривалість приступів;

- покращено відгук на гострий лікування атаки;

- зменшена ступінь дезадаптації і покращено якість життя пацієнта.

Незважаючи на те, що існують ефективні методи і способи лікування

мігрени (ефективність правильного лікування може досягати 95%), по статистиці більшість пацієнтів не задоволені якістю медичної допомоги.

Частково в цьому винуваті самі пацієнти, які не звертаються до лікаря, займаються самолікуванням, ігнорують отримані рекомендації. К сожалению, часто низька ефективність лікування є результатом неадекватної медичної допомоги. Однак складність лікування головної болю обумовлена не тільки недостатнім рівнем надання медичної допомоги. Мігрень – складне нейробиологіческе порушення з багатовпливним патогенезом, тому цю проблему неможливо вирішити з допомогою якого-небудь одного, навіть нового і ефективного, засобу. При розробці стратегії лікування мігрени неврологам необхідно враховувати багатовпливність факторів, які дозволяють досягти успіху в лікуванні мігрени. Прежде всего неврологи повинні бути обережними в відношенні небезпечних вторинних причин головної болю. Важливіми є виявлення коморбідних з мігренью порушень, врахування яких в терапії може підвищити її ефективність, а також оцінка ступеня адаптації.

Для оцінки ступеня дезадаптації пацієнта, страждаючого від мігрени, широко використовують опитувальник MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire), розроблений професором R. Lipton і доктором W. Stewart (США).

Вопросы касаются головної болю, яку більшу частину часу відчував за останні три місяці. Це дає уявлення про вплив мігрени на повсякденну активність пацієнта. Оцінюється вплив мігрени на роботу або навчання, ведення домашнього господарства, а також на активний відпочинок і участь в сімейних і суспільних заходах.

От результатів тесту залежить тактика ведення пацієнта. В залежності від

кількості баллів, отриманих за тестом, будується стратегія лікування (табл.).

При цьому важливу роль грають комплаєнтність, освіта пацієнта і розробка індивідуальної тактики лікування.

Таким чином, мігрень, незважаючи на кажущіся прості і чіткі критерії в діагностиці, вимагає і від лікаря, і від пацієнта достатньо кропітливої ​​праці для досягнення успіху в терапії.