

3. ЭЭГ может быть рекомендовано не только как дифференциально-диагностический инструмент в дифференциальной диагностике тревожного и депрессивного расстройства, но и для более объективного контроля лечения указанных заболеваний.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Терапевтическая транскраниальная магнитная стимуляция. Практическое руководство для врачей / М. А. Пирадов, И. С. Бакулин, А.Г. Пойдашева [и др.]. – Москва : «Горячая линия – Телеком», 2025. – 368 с.

**УДК 616.857 – 009.7 – 071**

**А. В. Жарикова, О. А. Кривошей**

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека»*

### **ОШИБКИ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПОВ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ МИГРЕНИ**

#### ***Введение***

Цефалгии по распространенности и потерям трудоспособности занимают ведущие позиции среди всех нозологических форм заболеваний, особенно первичные формы головной боли – мигрень, головная боль напряжения [1]. Наиболее актуальной проблемой цефалгологии является мигрень, поскольку приводит к выраженному снижению качества жизни и дезадаптации, а следовательно, составляет значительное бремя для пациентов и общества в целом. [2]. По данным глобальных исследований бремени болезней в 2019 г. распространенность первичных головных болей составила 2,6 млрд случаев. При этом, на долю первичных головных болей, в том числе и на мигрень пришлось 46,6 млн лет, прожитых с инвалидизацией (YLD). По показателям YLD в мире головная боль занимает третье место, а в возрасте 15–49 лет она занимает первое место и составляет 8 % от всего общего числа YLD. По данным многочисленных исследований и статистическим прогнозам глобальное бремя мигрени будет продолжать расти, поскольку повсеместно отмечается рост заболеваемости и распространенности данной патологией [2].

Особенностью мигрени является то, что данное заболевание относится к хроническим заболеваниям нервной системы, и самая главная цель, которую преследуют врачи-специалисты в области цефалгологии, это добиться контроля за течением заболевания, снизить интенсивность и частоту приступов, избежать развития хронической формы мигрени. Вместе с тем, как показывает клиническая практика пациенты совершают ряд ошибок, которые приводят не только к развитию хронических форм мигрени, но и способствуют появлению других видов головной боли, как например лекарственно-индуцированная (абузусная) головная боль, которая развивается вследствие неконтролируемого приема обезболивающих лекарственных средств и триптанов. Поэтому, одной из основных целей является научить пациента контролировать мигрень, правильно и грамотно купировать мигренозные приступы [3].

Важными условиями эффективности купирования приступов мигрени, а следовательно, и профилактики хронической мигрени и абузусной головной боли являются:

1. Как можно ранее начало приема обезболивающего препарата, что значит вовремя – не позже 20–30 минут от начала приступа головной боли;

2. Достаточная терапевтическая доза обезболивающего лекарственного средства, поскольку половинный или четвертинный прием приведет к слабому обезболи-

вающему эффекту, недостаточному купированию с возрастанием вероятности возврата головной боли;

3. Дифференцированное использование различных форм лекарственного средства, желательно обладающих быстросействующим эффектом: сублингвальная форма таблетки, суспензия или сироп, быстрорастворимая шипучая форма таблетки, назальный спрей, ректальные свечи, в исключительных случаях – инъекционные формы;

4. При наличии сопутствующих симптомов тошноты или рвоты, как проявлений гастростаза и снижения всасывания в желудочно-кишечном тракте – использование препаратов, улучшающих моторику кишечника и всасывание;

5. Прием таблетированных обезболивающих с достаточным количеством воды и/или иногда с кофеинсодержащим напитком, улучшающим всасывание препарата;

6. Исключить использование комбинированных анальгетиков (аскофен, цитрамон, других препаратов, содержащих кодеин и фенотарбитал), поскольку в случае их приема не наступает достаточный эффект и повышается вероятность развития абзуса при неконтрольном приеме. Исключить прием анальгетиков со спазмолитическим эффектом, неэффективных для купирования приступов мигрени.

7. Контролировать количество приступов мигрени в месяц и доз лекарственных средств, используемых для купирования головной боли, путем ведения дневника головной боли (приложение для смартфона, календарь в мобильном телефоне с заметками, бумажный вариант дневника головной боли).

### ***Цель***

Изучить особенности купирования головной боли у пациентов с мигренью и выявить возможные ошибки, которые могут влиять на эффективность купирования мигренозных приступов.

### ***Материал и методы исследования***

Для выполнения поставленных целей проведен ретроспективный анализ данных 38 медицинских карт пациентов, обращающихся на амбулаторный неврологический прием в консультативную поликлинику ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» по поводу мигрени. Средний возраст пациентов в исследуемой группе составил 42,7 [29,1÷49,2] лет, из них 25 женщин (65,8 %) и 13 мужчин (34,2 %).

### ***Результаты и их обсуждение***

Установлено, что среди пациентов с мигренью, обратившихся на амбулаторный неврологический прием, основной удельный вес составили пациенты первичного консультативного приема (27 чел. – 71,05 %), повторные пациенты составили 11 чел. (28,95 %). Среди первично обратившихся пациентов в более чем в половине случаев (18 чел.) у пациентов диагноз мигрени был установлен ранее.

При сборе анамнеза у пациентов особое внимание уделялось информации, касающейся применения лекарственных средств для купирования приступов мигрени. Среди пациентов, у которых диагноз мигрени был установлен ранее, в большинстве случаев для купирования приступов использовались как триптаны (суматриптан, золмитриптан), так и нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен, кеторолак, нимесулид, диклофенак), а в 23 % случаев пациенты дополнительно могли применять комбинированные лекарственные средства, такие как седалгин-нео, аскофен, цитрамон, солпадеин, что особенно было распространено среди пациентов с хронической мигренью и лекарственным абзусом (7,89 %), где кратность приема препаратов могла достигать до 5–7 таблеток на 1 приступ при частоте приступов более 4 в месяц.

или наличии ежедневной головной боли. Среди пациентов, которые впервые обратились на консультативный прием, для купирования головной боли чаще применялись комбинированные лекарственные средства, такие как баралгин, спазган, седалгин-нео, аскофен, цитрамон, а также нестероидные лекарственные средства – ибупрофен, кеторолак, нимесулид.

Установлено, что достаточно часто пациенты не соблюдали ранний временной период купирования мигренозного приступа (до 20–30 минут), а чаще принимали лекарственные средства для купирования головной боли спустя несколько (от 2 до 5) часов с момента возникновения головной боли. Среди причин более позднего приема анальгетиков при головной боли пациенты объясняли вредным влиянием лекарственных средств на желудочно-кишечный тракт, вероятностью безмедикаментозного купирования боли, а также отсутствием в момент развития головной боли обезболивающего средства.

При купировании головных болей пациенты не применяли дифференцированный подход при выборе форм лекарственных средств, практически в 89,5 % случаев использовались таблетированные формы анальгетиков и триптанов. При использовании золмитриптана чаще применялись сублингвальные быстрорастворимые формы. В 10,5 % случаев при интенсивности головной боли по шкале ВАШ в 9–10 баллов или отсутствии эффекта от таблетированных форм лекарственных средств или наличии рвоты использовались инъекционные формы купирования головной боли (раствор кеторолака или инъекции анальгина, папаверина, димедрола), которые вводились самостоятельно или специалистами бригады скорой медицинской помощи. В купировании головной боли не использовались иные лекарственные формы анальгетиков и триптанов (порошки, быстрорастворимые шипучие формы таблеток, назальный спрей, ректальные формы).

Как правило, пациенты не применяли прокинетики (церукал, домперидон) как средство для купирования тошноты и рвоты, профилактики гастростаза и повышения эффективности всасывания лекарственных средств, несмотря на наличие данных симптомов в 73 % случаев.

Среди пациентов, использующих для купирования приступов мигрени триптаны, в 47 % случаев использовалась половинная или даже четвертинная доза препарата, которая могла применяться несколько раз в течение дня, что также приводило к затяжному течению мигренозного приступа и неэффективному его купированию и требовало использования дополнительно лекарственных средств.

Несмотря на информированность пациентов о своем заболевании, отмечалась их слабая приверженность в соблюдении рекомендаций режима труда и отдыха, исключения основных триггеров головной боли, использования некоторых практических аспектов когнитивно-поведенческой терапии для купирования болей. В основном лечение мигрени сводилось только к использованию анальгетиков и триптанов, при этом пациенты, особенно при первичном приеме, испытывали затруднения в предоставлении информации о частоте возникновения приступов.

### ***Выводы***

Таким образом, проблема ведения пациентов с мигренью и правильности купирования мигренозных приступов до настоящего времени остается актуальной. Несмотря на наличие многообразия форм и видов обезболивающих лекарственных средств, пациенты с мигренью не в полном объеме владеют правилами эффективного купирования приступов, отмечается отсутствие приверженности к соблюдению важных составляю-

ших образа жизни, исключения триггеров-провокаторов приступов мигрени, не придерживаются временных правил купирования приступов, что приводит к неконтролируемому течению мигрени и способствует хронизации мигрени.

Организация специализированных неврологических приемов в области цефалгологии позволит повысить доступность специализированной медицинской помощи по вопросам головных болей и уровень знаний пациентов.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Leonardi, M. A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on peoples life / M. Leonardi, A. Raggi // J. Headache Pain. – 2019. – Т. 9. – № 20. – Vol. 1. – P. 41.
2. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 // Lancet. – 2020. – Vol. 392, Issue 10159. – P. 1789–1858.
3. Преодолеваю барьеры на пути эффективного ведения пациентов с мигренью (заявление экспертной группы по оптимизации помощи пациентам с мигренью) / Г. Р. Табеева, А. Р. Артеменко, М. И. Корешкина [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2025. – Т. 17, № 2. – P. 4–14. – DOI: 10.14412/2074-2711-2025-2-4-14..

#### **УДК 615.8**

**А. А. Змушко<sup>1</sup>, Т. В. Дробова<sup>1</sup>, М. Ф. Пальцева<sup>1</sup>, Н. Н. Усова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Учреждение здравоохранения «Гомельская университетская клиника –  
областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»*

<sup>2</sup>*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
Гомель, Республика Беларусь*

### **КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ, ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА**

#### **Введение**

Невропатия лучевого нерва является одним из самых распространенных периферических мононевропатий. Развитие лучевой невропатии является вторичным и связано с мышечными перегрузками и травмами. Топика поражения n. radialis сводится к трем основным уровням: в области подмышечной впадины, на уровне средней 1/3 плеча и в районе локтевого сустава. Лучевой нерв отвечает за иннервацию мышц: трехглавой мышцы плеча, разгибатели кисти и пальцев, мышц отводящих большой палец, а также за чувствительность тыльной поверхности кисти, плеча и предплечья, лучевую часть первого, второго и частично третьего пальцев. Возникающий парез правой кисти означает, что мышцы, отвечающие за разгибание кисти и пальцев, ослаблены, и пациент испытывает трудности при попытке разогнуть кисть и пальцы. Это может проявляться как «свисание кисти».

#### **Цель**

Представить клинический случай посттравматической невропатии лучевого нерва при комбинированном применении магнитной стимуляции, электростимуляции и рефлексотерапии.

#### **Материалы и методы**

Для анализа клинического случая пациента использовался архивный материал УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ». Ма-