

й інших симптомів у кожної третьої пацієнтки, а у 12 % жінок секс повністю купірував напад. Ефект був більш вираженим у тих жінок, які відчували оргазм. Автори пояснюють спостережуване явище впливом антиноцицептивних опіатних систем, які активуються під час сексу і сприяють зниженню або припиненню головного болю.

Ряду тригерів мігрені, таких як зміни погоди, певні дні менструального циклу, неможливо уникнути. У цих випадках важливо просто знати про ймовірну загрозу розвитку мігрені і бути готовим до настання нападу. Вплив більшості інших тригерів можна контролювати, і про них слід розповісти пацієнту. Так, для багатьох пацієнтів може бути несподіваним відкриттям те, що спровокувати напад мігрені можуть не тільки недостатній сон і перевтома, а й надмірний сон, ситуація виходу з періоду стресу, перевантаження.

У даний час пропонується безліч пристосувань для того, щоб зменшити або уникнути впливу провокуючих чинників мігрені, наприклад спеціальні світлозахисні окуляри, лампи денного світла замість «жовтих», беруші, маски на очі, спеціальні подушки. Також важливо вміти розслаблятися.

### Лікування нападів

**Поведінкові заходи. Підготовка до ймовірного нападу.** Важливим фактором, що сприяє успіху лікування, є досягнення почуття контролю над головним болем: біль можуть посилювати тривога, що охоплює пацієнта в очікуванні нового нападу, і почуття безпорадності, що виникає, якщо пацієнт не знає, як впоратися з приступом. На випадок, коли неможливо запобігти впливу тригера або провокуючої ситуації або коли пацієнтові не вдається виконувати рекомендації лікаря, важливо навчити їх того, що слід робити, якщо розвиток головного болю неминучий.

Перш за все необхідно допомогти пацієнтові навчитися розрізняти початок мігрені. Багато пацієнтів (зазвичай з багаторічним стажем мігрені) безпомилково відрізняють мігрень від інших видів головного болю. Для інших вельми цінними будуть пояснення лікаря про особливості нападів мігрені (наявність провісників, аури, порушення концентрації уваги, нудота й ін.). Освіта пацієнта в цьому випадку має безпосереднє значення й у виборі лікарських засобів для купірування нападу.

Важливо заздалегідь підібрати препарат для купірування нападу з урахуванням попереднього досвіду застосування лікарських засобів (ефективність, наявність побічних реакцій), переваг і очікувань пацієнта, тяжкості передбачуваного нападу. Тактика вичікування на сьогодні визнана неправильною.

Напади мігрені можуть тривати до 72 годин, і чим більше часу минає з початку появи перших симптомів мігрені, тим гірша відповідь на лікування. Якщо прийняти ліки якомога раніше після появи перших ознак мігрені, то часто вдається повністю запобігти головному болю або істотно зменшити його інтенсивність і трива-

лість та швидше повернутися до соціальної або трудової активності.

### Лікарська терапія

До недавнього часу в лікуванні мігрені був прийнятий ступінчастий підхід, відповідно до якого спочатку для купірування нападу пропонувалося застосовувати прості анальгетики або препарати з групи нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ). При недостатньому ефекті переходили на комбіновані препарати. У разі якщо використані засоби виявлялися неефективними, пропонувалося застосовувати препарати «верхнього ступеня» — триптани. Отже, триптани використовували тільки у випадках резистентності.

Такий підхід часто розчаровував пацієнтів, які вважали за краще, щоб лікар відразу призначив їм ефективні ліки. При ступінчастому підході пацієнт у середньому встигав прийняти близько 6 препаратів, перш ніж знаходив оптимальний засіб (Lipton R.V., 2000). Слід враховувати, що чергова невдача при прийомі нового лікарського засобу серйозно підриває віру пацієнта у можливість успіху терапії, підвищує тривожність, сприяє розвитку депресії й дезадаптації, що погіршує прогноз терапії.

Надзвичайно зручним для клінічного застосування виявився стратифікований підхід до лікування мігрені. В його основу покладена оцінка впливу мігрені на повсякденну активність пацієнта за допомогою шкали MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale). Залежно від відповідей на п'ять простих питань про втрату часу через головний біль в трьох основних сферах життя (навчання і трудова діяльність, робота по дому і сімейне життя, спортивна або громадська активність) визначається ступінь тяжкості мігрені. Шкала MIDAS ділить пацієнтів на 4 групи: група I — мінімальне порушення повсякденної активності та слабка інтенсивність головного болю, а група IV характеризується тяжким ступенем дезадаптації і вираженим головним болем (Lipton R.V., Stewart W.F., 1998). Для кожної групи пропонуються свої лікарські препарати.

### Лікування нападів легкої інтенсивності, що практично не погіршують якість життя пацієнтів

Пацієнти цієї групи рідко звертаються до лікаря, оскільки їм допомагають фізичні способи боротьби з болем (тепло, холод), численні народні методи (капустяний лист, кірка лимона, очищена від цедри, та ін.). З фармакологічних засобів при поодиноких нападах невираженого головного болю, як правило, ефективні прості анальгетики (анальгін), парацетамол або препарати з групи НПЗЗ (ібупрофен, напроксен та ін.). Вибір препарату слід робити залежно від уподобань пацієнта з урахуванням минулого досвіду використання ліків і ризику шлунково-кишкових ускладнень.

### Лікування нападів помірної інтенсивності

При болі помірної інтенсивності показані НПЗЗ. Більш ефективними є комбіновані анальгетики, що містять кодеїн або кофеїн. Ці препарати можна придбати