

А.Р. БОДАУБЕКОВА, А.Ж. ДОСЫБАЕВА, К.Б. РАИМКУЛОВА, Б.Н. РАИМКУЛОВ, Н.А. БХАТ, Х.Б. РАИМКУЛОВА
(КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан)
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

МИГРЕНЬ – ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

В статье представлена информация по актуальности, этиопатогенезу, диагностическим критериям мигрени.

Актуальность. Головные боли, чаще являются симптомом множества разнообразных патологических процессов, происходящих во внутренних органах человека. К заболеванию с выраженными головными болями относится мигрень. Мигрень – хроническое заболевание, в виде пароксизмального состояния, проявляющиеся приступами интенсивной головной боли пульсирующего характера, периодически повторяющиеся, локализующиеся преимущественно в одной половине головы, в основном в глазнично-лобно-височной области, сопровождающиеся в большинстве случаев тошнотой, рвотой, плохой переносимостью яркого света, громких звуков (фото- и фонофобия), сонливостью, вялостью после приступа и наличием ауры. Мигренозная аура – это комплекс неврологических расстройств, чаще всего зрительных, возникающих вначале приступа и завершающихся развитием непосредственно головной боли.

При этом мигрень от головной боли напряжения отличают порождающие её причины.

Ряд авторов считает, что существует особая «мигренозная» личность, характеризующаяся повышенной возбудимостью, обидчивостью, совестливостью, поведенческой активностью, высоким уровнем притязаний, нетерпимостью к ошибкам других людей. "Любитель совершенства" - распространенное определение лиц, страдающих мигренью. В литературе приводятся имена многих выдающихся людей, страдавших мигренью. Среди них Гай Юлий Цезарь, Эдгар По, Генрих Гейне, Ги де Мопассан, Вильгельм Рихард Вагнер, Фредерик. Шопен, Петр Чайковский, Чарльз Дарвин, Зигмунд Фрейд.

Однако многие авторы не признают существования особого типа личности больного мигренью.

Сегодня с уверенностью можно сказать лишь, что лицам, страдающим мигренью, свойственна особая чувствительность к дистрессу: низкая стресс-устойчивость, склонность к тревожно-депрессивным реакциям, поведенческая, эмоциональная лабильность, что в сочетании с выраженной вегетативной дисфункцией у этих больных позволяет рассматривать их как пациентов с психовегетативным синдромом.

Распространенность. Практически 11% людей во всем мире страдают от мигрени. Согласно международной статистики мигренью женщины страдают в 10 раз чаще, чем мужчины из-за дисбаланса половых гормонов. Приступы мигрени появляются в подростковом и юношеском возрасте, с годами имеют тенденцию исчезать (у мужчин, как правило, после 45 лет, у женщин - к наступлению менопаузы). Распространенность этого заболевания в странах Европы и Америки составляет – 10-15%, в Африке – от 2,9-7.2%, в Корее, Малайзии и Японии – 8.4%. Частыми пациентами врачей с мигренью являются лица молодого трудоспособного возраста – от 25-55 лет. Как показывают современные исследования, мигрень – относится к группе неврологических заболеваний. Более трети пациентов страдает частыми приступами мигрени – более 2 раз в месяц. Примерно 50% пациентам с мигренью во время приступа требуется постельный режим, что значительно снижает качество жизни. ВОЗ (2000 г.) включила мигрень в список заболеваний, представляющих глобальное значение и бремя для человечества (Global Burden of Disease 2000), из-за ее широкой распространенности, так и значимым влиянием на жизнь пациента этого заболевания. Другой причиной такого внимания к мигрени является то, что несмотря на наличие высокоэффективных методов для борьбы с мигренью, большинство пациентов не обращаются к врачу и не получают правильного лечения. Неправильное, нерациональное лечение мигрени во всем мире приводит к значительным финансовым потерям: так, мигрень занимает 20-е место по затратам среди всех существующих заболеваний! Эти затраты включают как экономические потери в связи с оплатой больничных листов, расходами пациентов на неадекватные диагностические процедуры, процессы лечения и реабилитации. Таким образом, мигрень в настоящее время рассматривается как хроническое заболевание головного мозга, приводящее к выраженной дезадаптации пациентов и значительным экономическим потерям.

Этиология мигрени до конца не установлена, относится к наиболее распространенным заболеваниям с первичными головными болями. Ряд исследователей склоняется к следующим причинам возникновения мигрени:

Воспалительные, дегенеративные и инфекционные заболевания с нарушением : гемато-энцефалического барьера и проникновения различных веществ и инфекций. Гормональные нарушения: головные боли, особенно у женщин, могут быть спровоцированы гормональным дисбалансом, уровня половых гормонов, щитовидной железы, гипофиза. некоторых гормонов: у женщин их два – эстроген и прогестерон, а у мужчин – один основной половой гормон, тестостерон.

Клиника мигрени. Существует два типа мигрени: классическая и общая. Клиника этого заболевания проявляется двумя компонентами: 1 из них приступы болей в одной половине головы (гемикрания). 2 компонент -неболевы проявления с сопутствующими симптомами в виде тошноты, рвоты, свето- и звукобоязни с эмоциональными нарушениями, вегетативными проявлениями и симптомами ауры и т.д. Данное заболевание, склонно к прогрессированию, то есть к учащению приступов и появлению различных неврологических расстройств вне приступа головной боли, а также в значительной степени влияющее на качество жизни и работоспособность. Одной из первых теорий возникновения мигрени, доказанной экспериментальным путем, является сосудистая, в которой спазм и последующее расширение вне- и внутричерепных артерий рассматривался как основной механизм возникновения мигренозного приступа(Wolff H.G.,1963).

Осложнения мигрени

- Хроническая мигрень - мигренозная головная боль, возникающая 15 или более дней в месяц в течение более чем 3 месяцев при отсутствии злоупотребления лекарственными препаратами (лекарственный абзус).
- Мигренозному статус- приступ мигрени без ауры, длящийся более 72 часов.

- Персистирующая аура без инфаркта- симптомы ауры, персистирующие более 1 недели, без нейровизуализационных признаков инфаркта мозга.
- Мигренозный инфаркт - сочетание одного или более симптомов мигренозной ауры с ишемическим повреждением мозга, подтвержденным адекватными нейровизуализационными методами исследования.

Дифференциальный диагноз мигрени - обычно проводится со следующими заболеваниями:

- аневризма церебральных сосудов и ее разрыв;
- артериальная гипертензия;
- височный артериит;
- воспалительные поражения мозга и его оболочек;
- кластерная головная боль;
- краниальные невралгии;
- опухоль мозга;
- острое нарушение мозгового кровообращения;
- острые синуситы;
- пароксизмальная гемикрания;
- психалгия;
- синдром позвоночной артерии;
- эпизодическая головная боль напряжения.

Диагностические методы применяемые при мигрени

- Цветовое триплексное сканирование (транскраниальная доплерография) сосудов основания головного мозга и экстракраниальных сосудов головы — ультразвуковое исследование магистрального кровотока в артериях и венах, диагностика нарушений кровоснабжения тканей головного мозга, которые являются частой причиной головных болей.
- Количественное определение уровня отдельных гормонов в крови пациента для выявления гормонального дисбаланса, который может быть одной из причин развития головных болей.
- Анализ крови на определение уровня катехоламинов (технология двукратного определения нейрогормонов)- объективный диагностический критерий, позволяющий определить индивидуальный уровень соотношения гормонов стресса.
- Проведение неврологического (зачастую + нейроортопедического исследования)
- МРТ (часто дополнительно МРТ в ангиорежиме и КТ) головного мозга.

Основные принципы лечения мигрени:

- устранение вызвавшей ее причины;
- лечение должно носить индивидуальный характер;

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кайшибаев С.К Неврология Т.1-2. Алматы, 2009, 2 издание, -600 с.
- 2 Каримов И.Р., Качан А.Т. Носогубная акупунктура.-СПб.:СПБ МАПО,2000.-33 с.
- 3 Портнов Ф.Г. Электростимуляторная рефлексотерапия. - Рига: Зинатне, 1988. - 352с.
- 4 Маркман С.П. Методические рекомендации., Медпрактика-М., Москва, 2005.-31 с. Козлов А.В. Современная акупунктура.-Смоленск:СГМА,1996.-240 с.
- 5 Нгуен Ван Нги. Патогенез заболеваний: Диагностика и лечение методами традиционной китайской медицины: Иглоукальвание ,массаж и прижигание/ Пер с кит.- Б.м.,1992-.579 с.
- 6 Н.Н. Яхно. Руководство для врачей.- М.Медицина., 2003.-Т.1., Т.2.
- 7 Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей: Теоретические основы китайской акупунктуры и лекарственной терапии.-М.:СЕТ,1996.-565 с.
- 8 Боголюбов В.М. Справочник по санаторно-курортному лечению. М. Медицина., 1986.- С.526
- 9 Сандригайло Л.И. Анатомо-клинический атлас по неврологии. Минск.,ВШ.,-399 с.
- 10 «ПОЛЬФАРМА».(краткая аннотация)
- 11 Комплексное лечение больных с нейропатией лицевого и невралгией тройничного нерва. Методические рекомендации. М., Медпрактика, 2005.-31 с.
- 12 Сборник информационно-методических писем по инновационным медицинским методикам с применением нейромидина. Волгоград, 2010.-36 с.
- 13 Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы. Руководство. М.Медицина, 1989.-463 с.
- 14 Гурленя А. М., Багель Г. Е.// Физиотерапия и курортология нервных болезней – Минск – 1989- 397 с.
- 15 Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры – Москва - №2 –2005 – С. 36-38
- 16 Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Головная боль-2007» – Москва – 2007– 168 с.
- 17 Мачерет Е. Л.// Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний нервной системы – Киев – 1989 – 229 с.
- 18 Попелянский Я. Ю.// Болезни периферической нервной системы – М.: Медицина – 1989 – 462 с.

Түйін: Бұл мақалада сақинаның этиопатогенезі, диагностикалық критерилері және көкейкестігі бойынша ақпараттар берілген.

Resume: The article presents information on the relevance, etiopathogenesis, diagnostic criterias for migraine.

А.Р. БОДАУБЕКОВА, А.Ж. ДОСЫБАЕВА, К.Б. РАИМКУЛОВА, Б.Н. РАИМКУЛОВ, Н.А. БХАТ, Х.Б. РАИМКУЛОВА
(КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Республика Казахстан)

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПОВ МИГРЕНИ

В статье представлены данные по различным методам лечения и купирование приступов мигрени.

Целью лечения мигрени является: нормализация физиологических показателей обмена веществ, гормонального баланса; уменьшение риска развития осложнений; снижение доз принимаемых лекарственных препаратов, а также общей лекарственной нагрузки на организм; улучшение качества жизни: нормализация сна, повышение жизненного тонуса; При мигренозном статусе необходима госпитализация. Рекомендуются папаверин, платифилин, пенталгиг, кофетамин, галидор, серноокислая магнезия.

Купирование приступов (абортное лечение)

- Приём таблетки парацетамола или аспирина – лечение начинает действовать через 30-60 минут.
- При мигрени с аурой (офтальмическая мигрень) таблетка папазола, принятая в первые минуты после начала ауры, предотвращает развитие приступа.
- Горячие ванны с головой (можно просто погрузить голову в тазик с горячей водой) или пузырь со льдом вызывают выраженное облегчение состояния, однако как правило дают несколько рецидивов с интервалом от часа до двух. Не исключено сходное действие барокамер.
- Свежий воздух, постельный режим, тишина и неяркое освещение, низкая физическая и умственная активность облегчают протекание. Даже короткий сон может полностью снять болевой приступ.
- Горчичники на затылок и икроножные мышцы.
- Ножные и ручные ванны температурой до 40-42 градусов, продолжительностью 10-15 минут, ежедневно, всего 10-15 процедур.
- Легкий массаж шейно-воротниковой зоны.

Больные мигренью как правило сами находят способ лечения собственных головных болей: горячий или холодный душ головы, смоченная теплая или прохладная одежда, горячая ванна или отдых в темной тихой комнате могут давать значительные результаты для большинства пациентов.

Для пациентов с частыми возобновлениями мигрени рекомендуется прием лекарств, чтобы прекратить приступ как можно раньше. Мигрень без ауры и тошноты может наступать внезапно. Большинство пациентов не принимают лекарства в начальном периоде развития мигрени, надеясь что она пройдет сама по себе. Однако в большинстве таких случаев она характеризуется повышенной болезненностью, долгим течением и пониженной эффективностью медикаментов. Обычно лечение приступа в начальном периоде его предотвращает и может понизить частоту рецидивов.

Агонисты серотонина

Ингибиторы избирательного поглощения серотонина (например, amitриптилин). Эти лекарства часто прописывают для лечения депрессии. Триптаны (например, суматриптан, ризатриптан, алмотриптан и золмитриптан) высокоэффективны против приступов мигрени и снижают выраженность или полностью купируют приступ в течение 30-90 минут после приёма у 70-80 % пациентов. Суматриптан и другие агонисты серотониновых рецепторов могут применяться для лечения хронических мигреней. Они могут не помогать при необычно сильных мигренях, атипичных мигренях или мигренозном статусе. Суматриптан показал средний результат в виде уменьшения дней полной нетрудоспособности на 0.5 дня за первые 3 месяца и 0.7 дня за первые 6 месяцев применения, с одновременным уменьшением числа дней с мигренозной симптоматикой, не приводящей к нетрудоспособности.

Производные алкалоидов спорыньи

Обладают выраженными побочными эффектами, чаще всего используются в качестве средств неотложной медицины. Но современные комбинированные препараты с содержанием алкалоидов спорыньи (эрготамина тартрат, эргоновин, метисегрид, дигидроэрготамин) сегодня нередко рекомендуют для профилактики мигрени.

Хирургическое вмешательство

Группа пластических хирургов из University Hospitals Case Medical Center (Кливленд, США) около десяти лет работала над гипотезой о том, что в некоторых случаях причиной периодических головных болей и мигреней является раздражение тройничного нерва, вызываемое спазмом мышц вокруг него. Опубликованы результаты исследований, подтверждающие ослабление или исчезновение головной боли при инъекции ботокса и хирургическом удалении соответствующих мышц

Бета-адреноблокаторы - (например, пропранолол). Эти лекарства понижают кровяное давление и уменьшают нагрузку на сердце.

Блокаторы кальциевых каналов - (например, верапамил), увеличивающие приток к сердцу насыщенной кислородом крови, понижают кровяное давление и уменьшают работу сердца.

Другие противогипертензивные средства - (например, клофелин, лизиноприл, кандесартан). Как и бета-адреноблокаторы и блокаторы кальциевых каналов, эти средства часто применяются для понижения высокого давления.

Антиконвульсанты- (например, вальпроовая кислота, карбамазепин, топирамат). Эти лекарства часто используются для предотвращения и уменьшения спазмов.

Антигистамины - (например, ципрогептадин). Эти средства традиционно применяются для лечения аллергических реакций. Эти лекарства следует принимать ежедневно, даже если нет мигрени, иначе они будут неэффективными. Все перечисленные средства рекомендуют людям, у которых мигрени бывают три или более раза в месяц, однако тем, кто страдает от мигрени не чаще раза в месяц, следует поискать другие лекарства.

Лекарства, останавливающие развитие мигрени или облегчающие ее симптомы:

- Изометептен

Многие лекарства помогают снять боль, тошноту и эмоциональное напряжение, которые сопровождают мигрень. Для облегчения этих симптомов часто применяются такие лекарства:

- Противорвотные средства (например, прохлорперазин) для устранения тошноты

- Успокоительные средства (например, буталбитал) для снятия тревожности

- Средства нестероидной противовоспалительной терапии, например, ибупрофен или напроксен) для снятия боли и воспаления

- Ацетаминофен для облегчения боли и понижения высокой температуры

- Наркотические анальгетики (например, меперидин, пропоксифен) для облегчения боли или воспаления

Эффективность лекарств, которые используются для лечения мигрени, строго индивидуальна и зависит от организма каждого конкретного больного. Во многих случаях приходится перепробовать несколько различных средств, прежде чем удастся найти эффективное средство или их сочетание.

Другие средства лечения мигрени

В качестве альтернативы лекарственному лечению можно попробовать народные средства, например, пиетрум или белокопытник. Эти травы издавна используют для лечения мигреней. Хотя их эффективность не была доказана, некоторые ученые рекомендуют их использовать. Рибофлавин (витамин В2) и сульфат магния также могут оказаться полезными в этом случае. Прежде чем принимать эти или другие добавки или травы, не забудьте проконсультироваться у врача.

Лечение головной боли методом новокаин-гидрокортизоновых блокад.

Лекарственная смесь точечно вводится в патологические мышечные генераторы (они выявляются пальпаторно в виде округлых уплотнений, и тепловизионно в виде "горячих" пятен в шейно-воротниковой области), которые годами, иногда с рождения, удерживают мышцы в перенапряженном состоянии, из-за чего расположенные рядом сосуды находятся в состоянии спазма, а нервы испытывают кислородное голодание. После проведенной блокады, мгновенно устраняется мышечный спазм, а сосуды и нервы освобождаются от компрессии. Часто, сразу после блокады пациенты отмечают улучшение зрения (симптом "вымытых окон").

Физиолечение.

Во внеприступном периоде вместе с медикаментозным лечением показано: Диадинамические токи на область верхних шейных симпатических узлов или височных артерий, интраназальный электрофорез новокаина или витамина В1, электрофорез магния, брома, йода, кальция или платифилина, диадинамические токи (ДН-ток) на верхние симпатические узлы, фонофорез ганглерона на субокципитальные и надключичные точки, СМТ-форез ганглерона на те же точки, индуктотермия на область шейных симпатических узлов, индуктоэлектрофорез магния или кальция на шейный отдел позвоночника, общая франклинизация, дарсонвализация воротниковой зоны и волосистой части головы, УФО -облучение шейно-воротниковой зоны, хвойные, жемчужные, сульфидные, радоновые, углекислые ванны. Грязевые аппликации в виде «воротника», циркулярный душ, ЛФК, массаж воротниковой зоны и головы. Для лечения шейной мигрени проводятся мероприятия с целью уменьшения боли, воспаления и ликвидации радикулярных и церебральных симптомов. В острый период лечения рекомендуются анальгетики, внутривенное введение 0,5% раствора новокаина, паравертебральные новокаиновые блокады, витамины группы В, беллоспан). Физиолечение противопоказано в остром периоде.

Санаторно-курортное лечение мигрени.

1. Местные неврологические санатории.

2. Курорты:

3. А). Грязевые и бальнеологические с крепкими хлоридными натриевыми водами: Ахтала, Варзи-Ятчи, Гопри, Друскининкай, Евпатория, Карачи, Кашин, Кемери. Мола-кара, Молтаево, Муялды, Нальчик, Одесса, Пярну, Пятигорск, Минеральные Воды, Чеддер, Черче, Шира, Эльтон, Яны-Курган (Жана-Корган).

Б). С сероводородными водами: Арчман, Баку, Пятигорск, Сергиевские Минеральные Воды, Синяк, Серноводск – Кавказский, Сочи-Мацеста, Талги, Тамиск, Тбилиси, Черче, Чимион, Яункемерм.

В). С радоновыми водами: Белакура, Катунь, Ургучан, Хмельник, Цхалтубо.

Г). С йодобромными минеральными водами: Нальчик, Уста-качка, Чариак.

Д). Бальнеологические и грязевые курорты: Бобруйск, Боровое-Щучинск, Гай, Солониha, Тараскуль, Чолпон-Ата, Яктыкуль, Яункемери.

Е). С термальными азотными кремнистыми и другими минеральными водами: Алма-Арасан, Капал-Арасан, Горячинск, Джалал-Абад, Иссык-Ата, Кармадон, Кульдур, Нальчик, Обигарм, Талая, Цанши, Уш-Бельдир

Ж). С мышьяковистыми водами и другими особо курортными факторами: Горная-Тисса, Нафталан, Янгантау, на Сахалине (санаторий «Горняк»).

З). С хлоридными натриевыми водами: Ангара, Друскининкай, Нарочь, Тараскуль, Усолье.

4. Курорты климатические приморские и горные: Абхазия (санаторий «Гумсиста»), Алушта(санаторий «Утес»), Бузовна, Батуми, Владивостокская курортная зона, Гагры(санаторий «Грузия», «Кавкасион», «Маяк»), Геленджик, Гудаута, Жданов, Зеленогорск, карпаты, Мардакян, Отрадное, санаторий «Правда» (Московская область, Паланга, Пуща-Водица, Славяногорск, Светлогорск, Тишково (Московская область), Уссури, Чолпон-Ата, Южный берег Крыма (санаторий «Орлиное Гнездо», «Украина», «Золотой пляж»), Юматово, Юрмала.

Профилактика мигрени.

- Научиться противостоять стрессам и депрессии
- Правильно питаться (не голодать и не переедать)
- Не курить
- Исключить из рациона следующие пищевые продукты: сыр, шоколад, орехи, рыбу, китайскую еду, красное вино и бананы

- Стараться спать по 7-8 часов в сутки
- Исключить напитки, содержащие кофеин (кофе, чай и кола)
- Ограничить алкоголь, особенно красное вино
- Использовать негормональные контрацептивы
- Ограничить либо исключить перелеты, а следовательно и связанное с ними расстройство биоритмов
- Не рекомендуется менять климат и привычную обстановку

Диетотерапия при мигрени

При склонности к мигреням старайтесь питаться регулярно. Большие перерывы между приемами пищи могут вызвать приступ, к тому же они нередко приводят к запорам, которые тоже могут стать провокатором мигрени. Не увлекайтесь монодиетами и голоданием - это нарушает обмен веществ. При мигренях гораздо важнее рациональное питание. Уже через 6 часов голодовки резко падает уровень сахара в крови и сужаются сосуды. Это может стать мощным фактором, вызывающим мигрень. А монодиеты обычно сопровождаются дефицитом железа и витаминов группы В, который также повышает риск возникновения головной боли. Именно поэтому женщинам во время критических дней нужно есть больше продуктов, содержащих железо: яблок, гранатов, гречки, ягод.

К дефициту витаминов группы В приводит и прием противозачаточных таблеток, а также постоянное употребление кофе и алкогольных напитков. Имейте это в виду и регулируйте свою диету таким образом, чтобы скомпенсировать нехватку названных витаминов. Полезно есть цельнозерновые крупы, отруби, печень, а также зеленый горох, шпинат и брокколи.

Ограничьте продукты - провокаторы мигрени: какао, шоколад, апельсины и другие оранжевые фрукты (обращайте внимание, после каких именно фруктов у вас начинается приступ). Могут вызвать приступ молоко, сыр (особенно в сочетании с красным сухим вином). У некоторых мигрень появляется после употребления сырокопченых колбас, жирного мяса, яиц. Нередко люди жалуются на соевый соус, бобовые, сардины, а еще помидоры, сельдерей.

Из алкогольных напитков особенно неблагоприятно действуют пиво и шампанское. Если вы решили поднять бокал в праздник, то отдайте предпочтение коньяку, водке или виски. При склонности к мигреням регулярно пейте воду, смешанную с малиновым или лимонным соком. Рекомендуется в лечении мигрени также сокотерапия смесью сока моркови (3 части), сока одуванчика (1 часть) и сока шпината (1 часть). Эту смесь соков пейте по полстакана 1-2 раза в день до еды. Для соков можно использовать и отдельно взятые овощи, например, свежеежатый сок огурца или той же моркови, шпината.

Выводы. К сожалению, лечебные мероприятия способны лишь снять боль или оборвать развитие приступа. Чтобы мигрень беспокоила как можно реже, необходимо вести здоровый образ жизни, чередовать труд с отдыхом, не пренебрегать прогулками на свежем воздухе. Но такие места, как сосновый бор, лучше обойти стороной: замечено, что запах смолы хвойных деревьев может спровоцировать мигрень. Держать головные боли под контролем, вылечить мигрень можно также с помощью акупунктуры, занятий йогой или гомеопатических препаратов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Стрелкова Н. И.// Физические методы лечения в неврологии –Москва – 1991 – 315 с.
- 2 Elizabeth Loder MD, FACP, David Biondi DO (2003) Disease Modification in Migraine: A Concept That Has Come of Age? Headache: The Journal of Head and Face Pain 43 (2), 135—143. doi:10.1046/j.1526-4610.2003.03033.x
- 3 Возможные патогенетические механизмы мигрени
- 4 Olesen J, Boussier M, Diener H, Dodick D, First M, Goadsby P, Gobel P, Lainez M, Lance J, Lipton R, Nappi G, Sakai F, Schoenen J, Silberstein S, Steiner T. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia, Vol.24, Suppl.1, 2004
- 5 <http://www.actavis.com.ua/NR/rdonlyres/BD3F1C0E-8867-4D04-963C-19592BAEFB7D/14071/Profimig.doc>
- 6 A Placebo-Controlled Surgical Trial of the Treatment of Migraine Headaches - Plastic and Reconstructive Surgery:August 2009 - Volume 124 - Issue 2 - pp 461-468
- 7 Plastic Surgery Effective in Eliminating/Decreasing Migraine Headaches, ASPS Study Says - American Society of Plastic Surgeons, June 13, 2002
- 8 Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень (патогенез, клиника и лечение). Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2001. – 200с.
- 9 Berg J., Stovner L.J. Cost of migraine and other headaches in Europe. // European Journal of Neurology. – 2005. – v.12(suppl1). – p.59-67.
- 10 Bigal M.E., Lipton R.B. Migraine at all ages. Curr Pain Headache Rep. 2006 Jun;10(3):207-13.
- 11 Dahlöf C.G. с соавторами The course of frequent episodic migraine in a large headache clinic population: a 12-year retrospective follow-up study. Headache. 2009 Sep;49(8):1144-52
- 12 Leonardi M. с соавторами, The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). J Headache Pain. 2005. v.6. – p.429-40
- 13 Lipton R.B., Bigal M.E. The epidemiology of migraine. // Am J Med. – 2005. – v.188(Suppl. 1). - 3S-10S.]
- 14 Lipton RB, с соавторами. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. Neurology. 2003 Aug 12;61(3):375-82.
- 15 Международная классификация головных болей. 2-е издание. Пер. Осиповой В.В., Вознесенской Т.Г. // Москва. – 2004. – 380с.
- 16 Sacco S, Olivieri L, Bastianello S, Carolei A. Comorbid neuropathologies in migraine. Headache Pain. 2006 Sep;7(4):222-30.
- 17 Журнал «Медицина для всех» «Головная боль. Как защититься от ее многообразных форм и проявлений». 1998. № 4, 70 с.

Resume: The article presents data on the various methods of treatment and relief of migraine attacks.

Түйін: Бұл мақалада сақина ұстамаларын басу және әр түрлі емдеу әдістері бойынша мағлұматтар көрсетілген.