

## **ВІДГУК ОФІЦІЙНОГО ОПОНЕНТА**

**доктора медичних наук, професора кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П. Л. Шупика,  
професора Коваленко Ольги Євгеніївни на дисертаційну роботу**

**Романенка Юрія Ігоревича на тему «М'ЯЗОВА БОЛЮЧІСТЬ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ГОЛОВНОГО БОЛЮ», представлену на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю**

**14.01.15 – нервові хвороби (22 – Охорона здоров'я)**

### **1. Актуальність теми дисертації, її зв'язок з державними та галузевими програмами**

Головний біль (ГБ) - одна з найбільш актуальних проблем сучасного суспільства. Відомо, що поодинокі епізоди короткосрочного ГБ відчуває практично кожна людина, а у 46% дорослого населення він виникає систематично. ГБ може бути викликаним безліччю причин: серед них - понад 150 різних захворювань, які можуть проявлятися виразними цефалгіями. Найбільш поширений в популяції тип первинного ГБ - головний біль напруги (ГБН) - що проявляється цефалгічними епізодами тривалістю від декількох хвилин до декількох діб, і становить понад 70% всіх ГБ. Було доведено, що ступінь дезадаптації й соціально-економічних збитків, пов'язаних з ГБН, більше, ніж при мігрені (М), оскільки ГБН зустрічається частіше М. Мігрень, як відомо, є другою за частотою після ГБН та займає третє місце серед усіх хвороб, які призводять до втрати працевдатності як серед чоловіків, так і серед жінок у віці до 50 років.

Якість життя пацієнтів з ГБ залежить не тільки від частоти та інтенсивності епізодів ГБ, але й від асоційованих з ними інших порушень: зокрема, тривоги та депресії, що можуть сприяти хронізації ГБ. Зв'язок між психосоціальними факторами, тривогою, депресією, м'язовим болем і

болючістю при пальпації різних ділянок тіла був виявлений у декількох дослідженнях.

Феномен м'язового напруження, що пов'язаний з ГБ, викликає формування м'язово-тонічного синдрому. Деякі дослідження показали, що м'язова болючість може зростати під час нападів ГБ і значно зростає зі збільшенням частоти ГБН. Припускають, що безперервний ноцицептивний сигнал з боку периферичних міофасциальних структур може викликати центральну сенсибілізацію і хронізацію ГБН. Існує невелика кількість досліджень щодо взаємозв'язку напруження перикраніальної мускулатури та мігрені. Вплив м'язового компонента на формування мігренозного ГБ продовжує вивчатись.

На даний час серед лікарів та дослідників обговорюється внесок міогенного фактора у формування хронічних ГБ. Вивчаються клініко-параклінічні особливості, стан ноцицептивних та антиноцицептивних систем в залежності від коморбідних станів і клінічних особливостей ГБН та М, хоча проблема ГБ залишається.

Дисертант підкреслює, що потреба в удосконаленні алгоритмів діагностики та профілактичного лікування ГБН та М, які могли би застосовуватися в клінічній практиці, не згасає, що й обумовлює актуальність дослідження.

В зв'язку з вищеозначеним, дисертант поставив собі за **мету** – удосконалення діагностики та ефективності патогенетично-обумовленого лікування пацієнтів з головним болем напруги та мігренню, поєднаних з м'язово-тонічним синдромом на шийному та перікраніальному рівні.

**Для вирішення поставленої мети поставлено завдання дослідження.**

1. Проаналізувати результати клініко-неврологічного обстеження пацієнтів з головним болем напруги та мігренню, поєднаних із м'язовою болючістю на шийному та перікраніальному рівнях.
2. Вивчити особливості бальового синдрому, тривоги, депресії, порушень сну, вегетативних порушень та якості життя у пацієнтів з головним болем

напруги та мігренню, а також їх взаємозв'язки з нейрофізіологічними показниками та виразністю м'язової болючості на шийному та перікраніальному рівнях.

3. Оцінити ступінь функціональної активності ноцицептивних та антиноцицептивних систем шляхом використання психометричних та нейрофізіологічних методів.

4. Виявити предиктори хронізації головного болю напруги та мігрені.

5. Науково обґрунтувати та уdosконалити підходи до діагностики та лікування пацієнтів з головним болем напруги та мігренню, поєднаних із м'язовою болючістю на шийному та перікраніальному рівнях.

Таким чином, можна вважати, що дисертаційне дослідження Романенка Юрія Ігоревича, є актуальним, своєчасним і відповідає питанням не тільки сучасної науки, але й практичної медицини.

#### **Зв'язок роботи з науковими програмами, темами.**

Дисертаційна робота виконана у відповідності з планом науково-дослідної роботи кафедри неврології №1 Харківського національного медичного університету «Клініко-діагностичні та терапевтичні особливості вертеброгенних та післятравматичних порушень в осіб молодого віку», № ДР 0116U005234.

#### **2. Ступінь обґрунтованості, достовірності основних положень і висновків, рекомендацій, сформульованих у дисертації**

Достовірність та ступінь обґрунтованості отриманих положень, висновків, рекомендацій є високими, визначаються достатньою за обсягом кількістю клінічних спостережень – в дослідження було включено 139 пацієнтів з головним болем напруги та мігренню й 30 здорових випробуваних

Здобувачем використаний комплекс сучасних методів обстежень: клініко-неврологічний, експериментально-психологічний, нейрофізіологічний, статистичний.

**Структура і обсяг дисертації.** Основний текст дисертації викладено на 189 сторінках друкованого тексту, який включає вступ, огляд літератури, розділ з описанням матеріалу і методів дослідження, 6 розділів з результатами власних досліджень, висновки, практичні рекомендації, список використаних джерел, який містить 236 найменування, з яких 36 кирилицею, 200 латиницею, додатки. Результати дисертаційного дослідження презентовано у достатній кількості форм: 27 таблиць та 5 рисунків, які покращують сприйняття роботи, узагальнюють фактичний клінічний матеріал і підтверджують, що отримані результати наукового дослідження достовірні та обґрунтовані.

Таким чином, достовірність інтерпретації клінічного матеріалу на основі застосування в роботі достатньої кількості пацієнтів, сучасних методів дослідження, якості його аналізу, сучасність методології, сумніву не викликає.

### **3. Ступінь новизни наукових положень, висновків, рекомендацій, сформульованих у дисертації, повнота їх викладу у наукових працях**

Комплексний підхід до наукового дослідження, що проведено здобувачем Романенком Ю.І., відзначається суттєвим рівнем **наукової новизни**.

Вперше досліджено особливості формування хронічного ГБН та М при наявності м'язової болючості на шийному та перікраниальному рівнях, базуючись на комплексному клініко-неврологічному, нейрофізіологічному та психометричному обстеженнях.

Вперше обґрунтовано та розроблено дискримінантну систему рівнянь, яка дозволяє за допомогою виявлених предикторів при первинному скринінговому обстеженні пацієнтів зробити прогноз щодо розвитку хронізації ГБ.

Вперше запропоновано алгоритм діагностики, лікування та профілактики ГБН та М з урахуванням виявлених особливостей патогенезу (стан ноцицептивної та антиноцицептивної систем, роль міогенного компоненту в процесі хронізації ГБН та М).

На підставі даних ноцицептивного флексорного рефлексу (НФР) отримані нові дані щодо вкладу міогенного компоненту в патогенетичні механізми розвитку ГБН та М та поглиблені уявлення про особливості формування хронічного бальового синдрому при ГБН та М, поєднаних із м'язовою болючістю на шийному та перікраніальному рівнях.

Розширено підхід до комплексної оцінки значущості та встановлено характер і щільність взаємозв'язків між клініко-неврологічними, психометричними та нейрофізіологічними характеристиками ГБН та М, поєднаних із м'язовою болючістю на шийному та перікраніальному рівнях.

Патогенетично обґрунтовано та запропоновано використання амітриптиліну в поєднанні з м'якими техніками мануальної терапії в профілактичному лікуванні хронічних ГБН та М.

#### **Результати дослідження широко презентовані в наукових публікаціях.**

За темою дисертації опубліковано 17 наукових робіт (4 з яких – одноосібні), з них: 9 статей у фахових наукових виданнях, рекомендованих МОН України для публікації матеріалів дисертацій з медичних наук, 1 стаття у наукових виданнях іноземних держав, 1 стаття у вітчизняному науковому журналі, 1 глава в зарубіжній монографії, 2 тез доповідей у матеріалах вітчизняних наукових конференцій, 3 тез доповідей у матеріалах закордонних наукових конференцій (1 тези опубліковані в журналі, який індексується в наукометричній базі Scopus, квартиль Q2).

#### **4. Важливість результатів дослідження для науки та практики, шляхи їх використання**

**Практичне значення отриманих результатів.** На основі виявлених патогенетичних механізмів показано доцільність проведення комплексного клініко-неврологічного, психометричного та нейрофізіологічного обстеження пацієнтів з ГБН та М, поєднаних із м'язовою болючістю на шийному та перікраніальному рівнях, що дозволить підвищити якість діагностики та розробити індивідуальний підхід до лікування.

Відповідно до поглиблого уявлення про патогенез, в клінічну практику впроваджено комплексний підхід до діагностики пацієнтів з ГБН та М з використанням НФР як індикатора стану ноцицептивних і антиноцицептивних систем, а також предиктора ефективності лікування.

Показано необхідність визначення психоемоційного статусу та доведено ефективність використання препаратів групи трициклічних антидепресантів для профілактичного лікування пацієнтів з хронічним ГБН та М.

Визначено значимість м'язової болючості у пацієнтів з ГБН та М та доведено необхідність включення м'яких технік мануальної терапії в комплексне профілактичне лікування.

Розроблено алгоритм обстеження, діагностики та планування профілактичної терапії в осіб із ГБН та М в залежності від психоемоційного стану та наявності м'язової болючості на шийному та перікраніальному рівнях, що дозволяє проводити своєчасну діагностику та патогенетичне лікування пацієнтів.

Використання отриманих результатів в клінічній практиці дозволить оптимізувати тактику діагностики та превентивної терапії пацієнтів з ГБН та М, поєднаних із м'язовою болючістю на шийному та перікраніальному рівні.

**Впровадження результатів дослідження.** Результати роботи мають широке коло впроваджень, а саме - в лікувально-діагностичний процес Рубіжанської центральної міської лікарні, Кремінського районного центру

первинної медико-санітарної медицини Луганської області, Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, медичного центру «Медичний центр здоров'я та реабілітації «100% Життя» (м. Київ), використовуються в науково-педагогічному процесі на кафедрі неврології, психіатрії та наркології ДЗ «Луганський медичний університет», на кафедрі неврології №1 Харківського Національного медичного університету, на кафедрі нервових хвороб Запорізького державного медичного університету, на кафедрі неврології і офтальмології ДЗ «Дніпропетровська медична академія».

Теоретичне значення дисертаційної роботи здобувача полягає в уточненні ланок патогенезу, клінічної картини, обґрунтуванні профілактики та лікування ГБН та мігрені на базі врахування синдрому м'язової болючості перикраніальної зони.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є самостійною науковою працею здобувача. Дисертант особисто проаналізував наукову літературу за темою дисертаційної роботи, провів науковий інформаційний та патентний пошук, що дозволило разом з науковим керівником визначити напрям дослідження, сформулювати його мету, завдання та методологічні підходи до їх реалізації. Здобувач самостійно розробив дизайн дослідження, провів клініко-неврологічне, психометричне та нейрофізіологічне обстеження пацієнтів з головним болем напруги та мігреню, проводив проводив електронейрографію і дослідження ноцицептивного флексорного рефлексу, аналізував отримані дані. Автор самостійно сформував електронну базу даних, провів статистичний аналіз результатів дослідження, узагальнив результати роботи, самостійно написав і оформив всі розділи дисертаційної роботи. Провідною була роль дисертанта в підготовці результатів дослідження до публікації, доповідах на вітчизняних та міжнародних конференціях, у впровадженні в клінічну практику та навчальний процес.

**Результат дисертації** широко апробовані у вигляді усних і постерних доповідей на міжнародних та вітчизняних наукових форумах. А саме: на Міжнародній Ялтинській школі по болю «Особистісно-орієнтована медицина болю» (м. Ялта, 2012 – усна доповідь); 2-й Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Больові синдроми в медичній практиці» (м. Київ, 2012 – усна доповідь); 1-му Міжнародному конгресі «Особистість в медицині та охороні здоров'я: наука та творчість» (м. Дубровнік, 2013 – тези); 3-й Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Вейнівські читання в Україні» (м. Одеса, 2013 – усна доповідь); Східноєвропейському конгресі з болю (м. Ялта, 2013 – усна доповідь); 2-й Міжнародній Ялтинській школі по болю «Особистісно-орієнтована медицина болю» (м. Ялта, 2013 – усна доповідь); 1-му Міжнародному конгресі Міжнародного коледжу особистісно-орієнтованої медицини (м. Загреб, 2013 – тези); 6-му Конгресі Українського товариства нейронаук (м. Київ, 2014 – тези, усна доповідь); Всеукраїнській науково-практичній конференції «PainControl: мистецтво контролювати біль» (м. Вінниця, 2015 – усна доповідь); Всеукраїнській зимовій школі з болю (м. Яремче, 2017 – усна доповідь); Міжнародній конференції «Головний біль: вчора, сьогодні, завтра» (м. Київ, 2017 – усна доповідь); Всесвітньому конгресі неврологів (м. Кіото, Японія, 2017 – тези); 3-му Східноєвропейському конгресі з болю (м. Київ, 2018 – усна доповідь); Всеукраїнській зимовій школі з болю (м. Яремче, 2019 – усна доповідь), II-му Регіональному Конгресі «Controversies in Neurology» (м. Київ, 21-22.11.2019 – усна доповідь).

## **6. Загальна характеристика дисертаційної роботи**

Дисертаційна робота Романенка Ю.І. оформлена згідно вимог МОН України, Основний текст дисертації викладено на 189 сторінках друкованого тексту, який включає вступ, огляд літератури, розділ з описанням матеріалу і

методів дослідження, 6 розділів з результатами власних досліджень, висновки, практичні рекомендації, список використаних джерел, додатки.

У **вступі** чітко обґрунтована актуальність обраної теми, визначені мета дослідження та завдання роботи, викладено конкретно наукову новизну роботи та аспекти її практичного значення, наведені дані про апробацію та впровадження результатів дослідження, чітко визначений особистий внесок дисертанта. Об'єкт і предмет дослідження визначені методично вірно. У вступі здобувач змістовно показав актуальність даної світової проблеми – головного болю, зокрема, головного болю напруги та мігрені, що характеризується високою поширеністю, зниженням якості життя. Дисертант логічно окреслив межу між відомими даними та недостатньо висвітленими у спеціальній літературі із предмету дослідження та обґрунтував мету дослідження, що сформульована чітко і відповідає рівню кандидатської дисертації.

**Основна частина** дисертації розпочинається з аналітичного огляду літератури. Розділ 1. «Головний біль: сучасний стан проблеми та обґрунтування завдань дослідження» складається з 7 підрозділів.

В **огляді літератури** дисертант глибоко, всебічно дослідив основні етапи розвитку наукової думки з обраної проблеми, проаналізував наукові роботи останніх років з предмету дослідження, а саме: теорії виникнення болю, методи дослідження болю, розповсюдженість головного болю, клінічні та патофізіологічні аспекти мігрені, клінічні та патофізіологічні аспекти головного болю напруги, коморбідні порушення у пацієнтів з головним болем напруги та мігреню, принципи лікування головного болю напруги та мігрені. Дисертант співставив різні точки зору на певні наукові питання, висвітлив і узагальнив основні наукові напрямки, що потребують подальшого вивчення з даної проблеми. Здобувач чітко резюмував ті проблемні питання, що залишилися невирішеними, і чітко визначив місце свого наукового дослідження в їх розв'язанні. Огляд літератури написаний послідовно, грамотно, в аналітичному стилі, що свідчить про добре знання дисертантом не тільки вітчизняної, але й

світової літератури з цього питання, містить достатню кількість літературних джерел, що яскраво підкреслює ерудицію автора.

**Розділ 2 «Матеріал і методи»** включає 2 підрозділи, де в І наводяться дані щодо дизайну дослідження та характеристики хворих, принципи розподілу, основної та контрольної груп, їх вік, стать, тривалість захворювання та особливості ГБ, критерії включення/виключення в дослідження тощо.

В дослідження було включено 139 пацієнтів з головним болем напруги та мігреню й 30 здорових випробуваних. Всі пацієнти були обстежені амбулаторно на базі поліклініки Київської обласної клінічної лікарні, медичного центру «Інститут сімейної медицини плюс» (м. Київ) протягом 2014-2017 р.р. Всі дослідження проведено з дотриманням основних біоетичних норм та вимог Гельсінської декларації, тощо. Перед початком обстеження кожен досліджуваний підписав інформовану добровільну згоду на проведення діагностики, лікування та обробку персональних даних.

Дисертантом чітко позначені критерії включення та виключення хворих в дослідження.

В контрольну групу увійшло 30 осіб (15 (50%) чоловіків і 15 (50%) жінок), які за минулий рік відмічали не більше 1 епізоду головного болю та не жалілися на біль у шиї, а також не зверталися за медичною допомогою впродовж минулого року.

Середній вік пацієнтів основної групи склав  $Me (Q1-Q3) = 41,00 (32,00-51,00)$  років, мінімальний вік – 18 років, максимальний – 60 років. Серед пацієнтів було 66 чоловіків (47,48%) та 73 жінки (52,52%). Медіана віку осіб контрольної групи склала  $Me (Q1-Q3) = 33,5 (25,75-48,0)$  років, мінімальний вік – 20, максимальний – 57 років.

У 2 підрозділі цього розділу надається детальна характеристика методик, використаних в дослідженні, які дуже чітко описані та добре обґрунтовані. Так, стандартне клініко-неврологічне обстеження, яке включало в себе збір скарг та анамнезу, було досить деталізоване - уточнення локалізації та характеру ГБ, його тривалості, наявності факторів, що провокують та полегшують біль,

результатів попереднього лікування та оцінки ступеню його успішності, а також вивчалась можливість зв'язку ГБ із зловживанням лікарськими засобами.

Для об'єктивізації перікраніальних м'язово-тонічних змін виконувалась пальпація перікраніальних (жуval'nykh, скроневих) і шийних (ремінного м'яза голови та шиї, переднього, середнього, заднього сходового, грудинно-ключично-соккоподібного, трапецієподібного) м'язів з обох сторін з визначенням відповідного числа болючості (МКГБ-З бета). Для якісної та кількісної оцінки ступеня виразності бальового синдрому використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ), опитувальники оцінки болю – Мак-Гілл та ID Migraine. Для виявлення ознак вегетативної дисфункції (ВД) застосований опитувальник Вейна О.М. Анкета бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну Вейна О.М. була використана для визначення наявності та вираженості порушень сну. Рівень тривожності визначався за допомогою тесту Спілбергера в адаптації Ханіна, рівень депресивних розладів – за допомогою шкали депресії Бека. Для визначення якості життя використовувався опитувальник EuroQol-5D. Для оцінки стану ноцицептивної та антиноцицептивної систем, кількісної оцінки порогу болю вивчався ноцицептивний флексорний рефлекс (Нейро-МВП-4, Нейрософт, Іваново, Російська Федерація).

Робота відзначається високим сучасним рівнем статистичної обробки матеріалу, яка проводилась дисертантом особисто за допомогою комп'ютерної програми SPSS Statistics v17 (IBM, США).

Враховуючи вищевикладене, слід відзначити високий методичний рівень дисертації.

**Розділ 3.. «Характеристика пацієнтів з головним болем напруги»** містить 4 підрозділи, перший з яких дисерант присвятив детальній аналітичній клініко-неврологічній характеристиці пацієнтів з головним болем напруги. Разом із цим деталізується психологічна та нейрофізіологічна характеристика пацієнтів з головним болем напруги.

При обстеженні перікраніальних і шийних м'язів з обох сторін виявлено, що у пацієнтів з ГБН при пальпації м'язів показники число болючості

перикраніальних м'язів (ЧБПМ) та число болючості м'язів шиї (ЧБМШ) були в межах від слабкої до помірної, крім трапецієподібного та ремінного м'язів голови, де болючість спостерігалась від помірної до вираженої. В групі I, порівняно з групою II, виявлено достовірне перевищення показника ЧБПМ зліва, ЧБМШ зліва ( $p = 0,001$ ), ЧБПМ справа ( $p = 0,048$ ) і не відзначено відмінностей між ЧБМШ справа ( $p = 0,622$ ).

За даними опитувальника Мак-Гілл у пацієнтів наявні різноманітні дескриптори ГБ. Майже половина пацієнтів груп I і II для сенсорної характеристики ГБ використовувала шість і більше дескрипторів (із 13 можливих) – 37 (57,81 %) пацієнтів групи I та 18 (40,9 %) – групи II, майже кожний п'ятий хворий застосовував десять і більше дескрипторів – 12 (18,75 %) і 7 (15,9 %) осіб відповідно.

Отримані результати узагальнюються шляхом дискримінантного аналізу клініко-психо-фізіологічних ознак у пацієнтів з головним болем напруги

З метою пошуку предикторів хронізації ГБ був проведений дискримінантний аналіз та розроблена класифікаційна дискримінантна система рівнянь, яка дозволяє при первинному скринінговому обстеженні пацієнтів із застосуванням мінімальної кількості тестів зробити прогноз щодо приналежності до однієї з досліджених груп та розвитку хронізації ГБН.

**Розділ 4. «Характеристика пацієнтів з мігреню»** так само, як і попередній розділ, складається з 4-х підрозділів, де за подібною аналогією з мігреню представлена клініко-неврологічна характеристика, визначені психологічні та нейрофізіологічні особливості у пацієнтів з мігреню.

Отже, у пацієнтів з мігренозним ГБ при обстеженні перикраніальних м'язів показники ЧБПМ та ЧБМШ в групі III зліва та справа були в межах слабкої-помірної болючості, у пацієнтів групи IV – в межах від помірної до вираженої.

Показник ЧБПМ зліва в групі IV статистично значуще перевищував

аналогічний показник групи III ( $p = 0,016$ ), при порівнянні інших показників відмінностей не відзначено.

Зокрема, для пацієнтів з МбА та ХМ характерні достовірно вищі показники реактивної та особистісної тривожності, депресії, більш виражені прояви ВД та розлади сну, показник ВАШ ЯЖ був достовірно нижче, ніж у групі контролю ( $p < 0,05$ ) тощо.

Розділ підсумовується співставленням різних характеристик та дискримінантним аналізом клініко-психо-фізіологічних ознак у пацієнтів з мігренню

**Розділ 5.** «Результати профілактичного лікування пацієнтів з хронічним головним болем напруги та хронічною мігренню».

Для обґрунтування та розробки лікувальної стратегії в дослідження було залучено 40 осіб, а саме – 29 хворих з ХГБН та 11 – з ХМ (група 1 і 2), яким з профілактичною метою був призначений трициклічний антидепресант амітритптилін. Він призначався з початкової дози 12,5 мг на ніч з наступним титруванням до підтримуючої дози – 50 мг на добу на протязі 3 місяців з послідовним поступовим зниженням дози препарату. 5 (12,50%) пацієнтів із ХГБН закінчили дослідження передчасно через побічні ефекти, які розвинулися на стадії титрування препарату і перешкодили підняти дозу до мінімальної терапевтичної. 35 осіб групи 1 і 2 пройшли повний курс лікування. Пацієнти обох груп методом випадкової вибірки були розподілені на підгрупи (підгрупа 1а і 1б та 2а і 2б): хворі підгруп 1б та 2б на початку превентивної терапії додатково отримували лікування з використанням м'яких технік мануальної терапії (10 сеансів через день).

Аналізуючи результати проведеного профілактичного лікування встановлено, що у пацієнтів обстежених груп інтенсивність ГБ за ВАШ достовірно знизилася ( $p < 0,05$ ).

Показники ЧБПМ та ЧБМШ в усіх групах до лікування були в межах від слабкої до вираженої болючості, після лікування – в межах слабкої-помірної. В

групах 1б і 2б статистично значущі відмінності виявлені між показниками ЧБПМ та ЧБМШ зліва та справа, в групі 1а – тільки між показниками ЧБМШ зліва ( $p < 0,05$ ).

Виявлено статистично значущі ( $p < 0,05$ ) зміни параметрів НФР серед всіх пацієнтів, що підтверджує модулюючу антиноцицептивну дію амітріптиліна.

Результати профілактичного лікування пацієнтів із ХГБН та ХМ показали більш високу ефективність амітріптиліну в поєднанні з м'якими техніками мануальної терапії в порівнянні з монотерапією амітріптиліном в редукції алгічного синдрому та м'язової болючості.

На підставі отриманих даних запропоновано діагностично-лікувальний алгоритм ведення пацієнтів з ГБН та М, який дозволяє індивідуалізувати лікувально-профілактичну тактику.

У 6, заключному розділі, присвяченому аналізу та узагальненню отриманих результатів, дисертант наводить підсумкову оцінку виконаної роботи: розставляє логічні акценти на найбільш важливих аспектах вибраної проблематики, ще раз зупиняється на актуальності теми дисертації, наводить принципові моменти аналізу власних досліджень, звертає увагу на практичне значення одержаних наукових результатів щодо дослідження ГБН та мігрені. Ця заключна частина дисертації засвідчує високий теоретичний і практичний рівень дисертації, демонструє професійну зрілість здобувача.

**Висновки** у кількості 7 обґрунтовані, випливають зі змісту роботи, поставленої мети, хоча й, на мій погляд, децю розширені за змістом.

**Практичні рекомендації** щодо використання результатів дисертаційної роботи в широкій клінічній практиці сформульовані грамотно, логічно завершуючи викладення дисертації.

Таким чином, визначена у дисертаційній роботі мета досягнута.

**Автореферат** за змістом повністю відповідає основним положенням дисертації, написаний чітко, класичною українською мовою.

**Зауваження:**

Принципових зауважень немає.

Поодинокі стилістичні та технічні неточності при комп'ютерному наборі тексту дисертації ні в якій мірі не знижують її наукової та практичної цінності.

В цілому, робота добре продумана дисертантом та його керівником, клінічний матеріал адекватно проаналізований, акуратно оформленений.

При обговоренні матеріалів дисертаційного дослідження зверталася на себе увагу висока грамотність здобувача як у питаннях наукового пошуку, так і практичної медицини. Романенко Юрій Ігоревич глибоко володіє матеріалом дослідження, проявив широкий кругозір щодо суміжних питань зазначеної теми, склав позитивне враження як науковець і практикуючий лікар. Викликає великої поваги висока грамотність дисертанта щодо питань сучасної статистики.

Ряд непринципових зауважень і пропозицій були обговорені з дисертантом, прийняті ним до уваги й опрацьовані. Зокрема, враховуючи практичну значущість отриманих результатів дослідження, рекомендовано ще більше широке впровадження його результатів в практичну медицину та навчальний процес на профільніх кафедрах медичних закладів країни.

Оцінюючи загалом роботу позитивно, слід звернути увагу здобувача на деякі **дискусійні питання**:

1. Стосовно яких ще різновидів головного болю і якою мірою можна екстраполювати результати Ваших досліджень?
2. Уточніть, будь ласка, об'єкт профілактичного лікування – м'язова болючість чи головний біль, чи обидва?
3. Ваше бачення використання результатів Вашого дослідження в сімейній медицині?

## ВІСНОВОК

Дисертаційна робота Романенка Юрія Ігоревича на тему «М'язова болючість при різних типах головного болю» на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.15 – Нервові хвороби, (22 – Охорона здоров'я), є завершеною науковою працею автора, і є такою, що містить суттєві теоретичні та практичні здобутки для науки і практичної медицини.

В ній отримано нові науково обґрунтовані розробки в галузі неврології, що удосконалить діагностику, профілактику у хворих з головним болем напруги та мігренню. Дисертантом загострено увагу та показано велике значення синдрому м'язової болючості в діагностиці ГБ та оптимізації схем лікування хворих з ГБ.

Виконана дисертаційна робота Романенка Ю.І. за своєю актуальністю, науковою новизною, теоретичним і практичним значенням відповідає вимогам, які висуваються до кандидатських дисертаций, а саме: п. 9, 11 Постанови Кабінету Міністрів України від 24. 07. 2013р. № 567 «Про затвердження порядку присудження наукових ступенів і присвоєння звання старший науковий співробітник», а її автор Романенко Ю.І. заслуговує на присудження наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.15 – нервові хвороби.

### Рецензент:

доктор медичних наук,

професор кафедри сімейної медицини  
та амбулаторно-поліклінічної літератури

НМАПО імені П. Л. Ільїнського

О.Є. Коваленко

