

УДК 616.857-07-085-036

Холматов Расулжон Иброхимжон угли, ассистент.,

Тошкенов Элёр Маматкодирович, к.м.н.,

Абдукодиров Улугбек Тахирович., к.м.н., доцент.

Кафедра неврологии

Андижанский государственный медицинский институт

КЛИНИКО ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПРОСТОЙ И СЛОЖНОЙ МИГРЕНИ

Резюме: В статье представлены данные об изменениях в классификации головной боли и мигрени согласно версии 3-бета (2013 г.), даны современные критерии диагностики мигрени без ауры и мигрени с аурой, показаны ведущая роль клинического исследования при постановке диагноза, а также диагностические возможности и необходимость применения дополнительных методов исследования.

Представлены сигналы опасности у пациентов с головной болью и основные принципы лекарственной терапии согласно международным рекомендациям, а также немедикаментозной терапии в соответствии с собственным клиническим опытом.

Ключевые слова: мигрень без ауры, мигрень с аурой, медикаментозная и немедикаментозная терапия мигрени.

Kholmatov Rasuljon Ibrokhimjon ugli, assistant.,

Eler Mamatkodirovich Tashenov, Ph.D.,

Ulugbek Takhirovich Abdukodirov, Ph.D., Associate Professor.

Department of Neurology

Andijan State Medical Institute

CLINICAL AND PROGNOSTIC FEATURES OF SIMPLE AND COMPLEX MIGRAINE

Resume: The article presents data on changes in the classification of headache and migraine according to version 3-beta (2013), gives modern criteria for the diagnosis of migraine without aura and migraine with aura, shows the leading

role of clinical research in diagnosis, as well as diagnostic capabilities and the need for additional research methods.

Danger signals in patients with headache and the basic principles of drug therapy according to international recommendations, as well as non-drug therapy in accordance with their own clinical experience are presented.

Key words: migraine without aura, migraine with aura, drug and non-drug therapy of migraine.

Актуальность. Мигрень является одним из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний, от которого страдают до 14,4 % населения [5]. В последнее время внимание к мигренозной головной боли (ГБ) возросло не только среди неврологов, но и среди врачей общей практики и семейной медицины, терапевтов, кардиологов, а также врачей других специальностей. С чем связано такое возрастание интереса к мигрени?

В 2000 году мигрень была включена в список заболеваний, представляющих глобальное значение и бремя для человечества (Global Burden of Disease, 2000), что обусловлено ее широкой распространенностью и значительным влиянием на качество жизни пациента [3].

Так, в ходе эпидемиологического исследования распространенности ГБ в Европе установлено, что 50 % пациентов страдают от цефалгии, около 15 % — от мигрени, 4 % — от хронической головной боли напряжения[2].

Наибольшая частота ГБ наблюдается у женщин в возрасте от 20 до 50 лет [6]. Исследование, проведенное среди 18 000 взрослых жителей Германии в возрасте от 18 до 65 лет, показало, что головную боль в течение последних 12 месяцев испытывали 55 % опрошенных [1,4]. Мигрень была выявлена в 17,9 % случаев, чаще у женщин (23,9 %), чем у мужчин (11,1 %). Хронические головные боли составили 2,6 % случаев,

среди них хроническая мигрень встречалась в 42,4 % случаев, а сочетание мигрени с головной болью напряжения — в 29,1 %.

Цель исследования. Обосновать методический подход к диагностическим и лечебным мероприятиям при мигрени.

Материалы и методы. Было проведено обследование 40 пациентов в возрасте от 16 до 61 года (средний возраст 36.7 ± 11.6 лет). Подавляющее большинство больных (79%) были женщины.

Результаты исследования. Пик заболеваемости при мигрени приходится на возраст 30-35 лет. У мужчин симптомы болезни манифестировали в 36-40 лет, у женщин после 30 лет, что связано с наличием частых стрессовых ситуаций, отсутствием достаточно четких разработанных систем реабилитации и адаптации при данной патологии.

Мигренозная цефалгия имела односторонний характер, средней и сильной степени выраженности по шкале ВАШ преимущественно височно-лобно-теменно локализации, с иррадиацией в ухо и глазные яблоки, провоцировалась условиями, требующих напряжения адаптационных механизмов.

При прогрессировании стадии болезни цефалгия характеризовалась как постоянная, мигрирующая, без четкой стороны и локализации, оценивалась пациентами как «пульсирующая, сверлящая». Вестибулярные нарушения наблюдались при нарастании пароксизма головной боли.

Высокий уровень простогландина E плазме крови выявлен у больных с частыми интенсивными пароксизмами головной боли, при мигрени с аурой $-11,1 \pm 0,3$ нг/мл. У больных во второй группе (мигрень без ауры) он составил $5,1 \pm 0,8$ нг/мл, что свидетельствует о том, что изменение концентрации ПГЕ в плазме носит вторичный характер и, вероятно, поддерживает и усиливает синдром в период обострения.

Степень выраженности дезадаптационного синдрома нарастала при прогрессировании заболевания. Явления дезадаптации чаще возникали или

усиливались при изменении сложившегося жизненного стереотипа: работы, нарушение внутрисемейных отношений, наличие конфликтных ситуаций, нередко провоцируемых больным.

Преобладание амплитуды компонентов соматосенсорно-вызванных потенциалов при стимуляции «стороны боли» наблюдается при обострении процесса (митренозном статусе), что характерно для определенной стадии течения заболевания.

Вывод. Разработанные лечебные программы наиболее эффективны в межприступный период: устойчивость положительных сдвигов, оцененных как положительные через 2 недели определялись в 50,9%, через 2 месяца — 28,1%, через 6 месяцев - 8,4%, через 12 месяцев -16,3% случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Амелин А.В. Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия / А.В. Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.А. Скоромец,А.Ю. Соколов. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 255 с.

2.Корешкина М.И. Новая классификация и стандарты лечения мигрени / М.И. Корешкина // Журнал неврологии и психиатрии. — 2014. — № 4. — С. 78-81.

3.Морозова О.Г. Мигрень. Постановка диагноза согласно Международной классификации головной боли второго пересмотра/О.Г. Морозова//Международный неврологический журнал. — 2009. — Тем. вып. «Головная боль». — С. 71-73.

4.Стайнер Т. Дж. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: Практическое руководство для врачей / Т. Дж. Стайнер и др.: Пер. с англ. Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой / Под ред. В.В. Осиповой и др. — М., 2010

5.Hansen J.M. Migraine headache is present in the aura phase: a prospective study / N. Hadjikhani, M. Sanchez, Del Rio, O. Wu, D. Schwartz, D. Bakker, B. Fischl, K.K. Kwong, F.M. Cutrer, B.R. Rosen, R.B. Tootell// Neurology. — 2012. — 79. — 20. — 2044-2049.

6.Schytz H.W. PACAP38 induces migraine-like attacks in patients with migraine without aura / H.W. Schytz, S. Birk, T. Wienecke, C. Kruuse, J. Olesen, M. Ashina//Brain. — 2009. — 132. — 16-25.