

## **МИГРЕНЬ.**

*Саттиева Гулбахор Кадировна*

*Андижанский техникум общественного здравоохранения имени Абу Али Ибн Сины, преподаватель*

Мигрень — неврологическое заболевание, наиболее частым и характерным симптомом которого являются эпизодические (или регулярные) сильные и мучительные приступы головной боли в одной (редко обеих) половине головы. Мигрень представляет собой хроническое заболевание с эпизодическими обострениями. Мигрень довольно распространенное заболевание. Ею страдают 17,6% женщин и 6% мужчин. Заболеваемость мигренью падает на наиболее продуктивные годы жизни - от 25 до 55 лет. 90% лиц, страдающих мигренью, переносят свой первый приступ до наступления 40-летнего возраста.

Выделяют два основных типа мигрени: мигрень без ауры и мигрень с аурой.

Аурой называются своеобразные, стереотипные ощущения, возникающие непосредственно перед болевым приступом: мелькания перед глазами, вспышки света, искажение восприятия окружающего мира, онемение конечностей, своеобразные ощущения в животе и др. Иногда после ауры головная боль не развивается, – такие приступы называются «обезглавленная мигрень». Приступ мигрени могут провоцировать следующие факторы: стресс, нервное и физическое перенапряжение, пищевые факторы (сыр, шоколад, орехи, рыба), алкоголь (чаще всего пиво, красное вино, шампанское), гормональные причины (менструальный цикл, прием контрацептивов), сон (недостаток или избыток), погодные факторы (смена погоды, смена климатических условий).

К заболеваниям, вызывающим симптомы схожие с мигренозной головной болью, относятся гигантоклеточный артериит, кластерная головная боль, острая глаукома, менингит и субарахноидальное кровоизлияние.[17] Как правило,

темпоральный артериит развивается у пациентов старше 50 лет и проявляется болезненностью надвисочной области, кластерная головная боль проявляется односторонней заложенностью носа, слезотечением и сильной болью вокруг глазных орбит, острая глаукома сопровождается проблемами со зрением, менингит — лихорадкой, субарахноидальное кровоизлияние — очень быстрой манифестацией.[17] Головная боль напряжения, как правило, является двусторонней, не носит вибрирующий характер и ограничивает трудоспособность в меньшей степени.[17]

Больным со стойкой головной болью, соответствующим критериям для диагностики мигрени, не следует проводить нейровизуализацию для выявления других внутричерепных заболеваний.[18][19][20] Для этого требуется отсутствие других вызывающих опасения проявлений, например, папиллоэдемы (отек диска зрительного нерва). Пациенты с мигренью не подвержены повышенному риску развития сильной головной боли по другим причинам.

Вторичная головная боль:

1. Диагноз вторичной головной боли устанавливается в случае, если новая головная боль с мигренозными чертами возникает впервые и в тесной временной или иной причинно-следственной связи с другим заболеванием, способным вызывать головную боль.

2. Когда уже существующая мигрень становится хронической в тесной временной связи с другим заболеванием, следует поставить диагноз первоначальной мигрени и вторичной головной боли (например, головной боли при избыточном применении лекарственных препаратов, поскольку из-за наличия лекарственного злоупотребления крайне важно установить оба диагноза).

3. Когда уже существующая мигрень значительно ухудшается (обычно это означает увеличение частоты и/или тяжести приступов в два раза или более) в тесной временной связи с другим заболеванием, следует поставить диагноз

первоначальной мигрени и вторичной головной боли, при условии веских доказательств того, что это заболевание может вызывать головную боль.

Клинически мигрень без ауры характеризуется регулярными приступами головной боли, длящимися от 4 до 72 часов. Боль как правило имеет унилатеральную локализацию (локализована в одной половине головы), среднюю или высокую интенсивность, носит пульсирующий характер. Боль усиливается при физической и умственной активности и часто сопровождается тошнотой/рвотой, повышенной чувствительностью к свету (фотофобией) и/или звукам (фонофобией). Если мигренозный приступ затягивается по времени или приступы следуют один за другим, то говорят о мигренозном статусе. Все симптомы неуклонно нарастают в течение суток или нескольких дней. Головная боль, сначала локальная и пульсирующая, становится диффузной и распирающей, наблюдается многократная рвота, приводящая к обезвоживанию больных, резкая слабость, адинамия. Часто появляется неврологическая симптоматика, судороги. Мигренозный статус требует экстренной госпитализации в неврологическое отделение.

Лечение мигрени состоит из медикаментозной и немедикаментозной профилактики (избегания факторов, провоцирующих приступ мигрени, и профилактического лечения), а также купирования острых приступов мигрени. Профилактическое лечение обычно не предотвращает приступы мигрени на 100 %, но способствует их урежению и смягчению симптоматики, уменьшению тяжести приступов. Кроме того, профилактическое лечение мигрени может улучшить состояние больных, имеющих помимо мигрени другие сопутствующие заболевания, являющиеся показаниями для соответствующих препаратов. Купирование мигренозного приступа – медикаментозное.

## **Литература:**

1. Pryse-Phillips, William. Companion to clinical neurology (англ.). — 2nd. — Oxford: Oxford University Press, 2003. — P. 587. — ISBN 9780195159387. Архивировано 13 марта 2017 года.

2. Перейти обратно: Piane M., Lulli P., Farinelli I., Simeoni S., De Filippis S., Patacchioli F.R., Martelletti P. Genetics of migraine and pharmacogenomics: some considerations (англ.) // The Journal of Headache and Pain : journal. — 2007. — December (vol. 8, no. 6). — P. 334—339. — doi:10.1007/s10194-007-0427-2. — PMID 18058067. — PMC 2779399.

3. Перейти обратно: Bartleson J.D., Cutrer F.M. Migraine update. Diagnosis and treatment (неопр.) // Minn Med. — 2010. — May (т. 93, № 5). — С. 36—41. — PMID 20572569.

4. Перейти обратно: Lay C.L., Broner S.W. Migraine in women (неопр.) // Neurologic Clinics. — 2009. — May (т. 27, № 2). — С. 503—511. — doi:10.1016/j.ncl.2009.01.002. — PMID 19289228.

5. Перейти обратно: Stovner L.J., Zwart J.A., Hagen K., Terwindt G.M., Pascual J. Epidemiology of headache in Europe (англ.) // European Journal of Neurology. — 2006. — April (vol. 13, no. 4). — P. 333—345. — doi:10.1111/j.1468-1331.2006.01184.x. — PMID 16643310.