

**Цьоміна А.В.**

*студентка;*

**Рощупкіна Т.М.**

*асистент,*

*Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна*

## **МІГРЕНЬ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ТА КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ**

Мігрень є одним з найпоширеніших і соціально значимих захворювань серед людей всіх країн земної кулі, рас і соціальних класів [1]. Згідно з епідеміологічними дослідженнями, у розвинених країнах Європи й Америки від мігрени страждає від 3 до 16 % населення, а за деякими даними – й до 30 %, серед жінок на мігрень хворіють 18 %, серед чоловіків – 6 % і серед дітей – 4 % [1, 2]. Це пов'язано ще і з тим, що більше половини пацієнтів, які страждають на головний біль, не звертаються до лікаря і не отримують адекватного лікування, а серед пацієнтів, що приймають призначену терапію, менша кількість задоволені її результатами. За даними American Migraine Study II (AMS II) – великого телефонного інтерв'ю, тільки 5% пацієнтів, які страждають на мігрень, отримували профілактичне лікування.

Мігрень – пароксизмальний стан, який проявляється нападами інтенсивного періодичного головного болю пульсуючого характеру, що локалізується найчастіше в одній половині голови, переважно в очно-лобово-скроневій області, що супроводжується в більшості випадків нудотою, іноді блювотою, непереносимістю яскравого світла, гучних звуків, сонливістю і млявістю після нападу [3].

Згідно діагностичних критеріїв мігрени за Міжнародною класифікацією головного болю 2-го перегляду (2003), мігренозна цефалгія розділяється на дві основні форми: мігрень без аури і мігрень з аурою. Центральним механізмом патогенезу розвитку нападу мігрени виступає активація трігеміноваскулярної системи (комплексу з трійчастого нерва та мозкових судин) і серотонінергічних нейронів, які формують реакцію судин голови [3]. Також має певну роль у регуляції проведення больових імпульсів при мігрени активація періакведуктальної сірої речовини стовбура мозку.

Мета: проаналізувати основні клінічні прояви мігрени, обґрунтувати нові напрямки в діагностиці цього захворювання, описати діагностичні критерії.

Діагноз мігрени головним чином ставиться на підставі типових скарг, даних анамнезу захворювання, даних сімейного анамнезу та огляду пацієнта. Діагностичні критерії мігренозного болю включають односторонню локалізацію та пульсуючий характер болю, інтенсивність, нудоту, блювоту, світлобоязнь, чутливість до звуків. При діагностиці мігрени крім клінічних певне значення мають і інструментальні методи обстеження. Зміни на ЕЕГ виражаються у десінхронізації і гіперсінхронізації коливань біопотенціалів, наявності дифузної повільної активності і білатерально синхронних спалахів тета і дельта-хвиль. Реоенцефалографія виявляє асиметрію кровонаповнення

півкуль головного мозку і наявність венозної хвилі на тлі збільшення амплітуди самої кривої.

Розрізняють 2 основні форми мігрені: без аури (близько 75% всіх хворих) і з аурою (класична мігрень). Асоційована або класична форма захворювання зустрічається приблизно у чверті всіх хворих, її особливістю є поява за 10-60 хвилин до больового нападу зорових, нюхових, слухових, неврологічних порушень, які і називаються аурою. Так пацієнти можуть відзначати ауру у вигляді світлових спалахів, кольорових плям в полі зору, підвищення чутливості до нюхових і слухових подразників, запаморочення.

Враховуючи все вищесказане, можна зробити висновки, що для ефективного лікування мігрені необхідно враховувати наступні фактори:

– Завжди мати настороженість щодо вторинності мігренозного пароксизму.

– Виявлення коморбідних порушень.

– Оцінка ступеня дезадаптації пацієнта і її облік в терапії.

– комплайентність.

– Розробка індивідуальної тактики терапії.

– Профілактичне лікування за показаннями.

– Застосування немедикаментозних методів терапії.

Також слід пам'ятати про сигнали небезпеки в діагностиці мігрені: зміна характеру і / або інтенсивності нападів при тривалому мігренозному анамнезі; пізній дебют (50 і більше років); поява неврологічної симптоматики і відсутніх раніше таких супроводжуючих симптомів, як блювота і т.п. Вони вимагають ретельного обстеження пацієнтів із застосуванням нейровізуалізаційних методів для виключення симптоматичної форми мігрені, що є маскою зростаючого процесу судинної патології (аневризма судин головного мозку, ішемічний інсульт та інше) [1; 3].

Таким чином, мігрень, незважаючи на прості і чіткі критерії в діагностиці, вимагає і від лікаря, і від пацієнта досить старанної праці для досягнення успіху в терапії.

### **Список використаних джерел:**

1. Дубенко О.Є., Сотніков Д.Д. // Профілактичне лікування мігрені: учора, сьогодні, завтра // *Международный неврологический журнал*. – 5(27). – 2009.

2. Амелін А.В. Профілактика мігренозних пароксизмів. // *Нові технології в діагностиці, лікуванні та реабілітації неврологічних захворювань*. // ст. 133-144 – СПб., 2010.

3. Міщенко Т.С., Міщенко С.Н. // *Сучасна діагностика та лікування неврологічних захворювань* // *Невролог: Довідник лікаря*. – ТОВ «Доктор – Медіа», – 2010. – Ст. 65-74.