

5. Карасева О.В., Рошаль Л.М., Брянцев А.В. и др. Лечение аппендикулярного перитонита у детей // Детская хирургия. 2007. – № 3. – С. 23-27.
6. Кушманова О.Д., Ивченко Е.М. Руководство к лабораторным занятиям по биологической химии. – М.: "Медицина". – 1983. – С. 98–99.
7. Лакин Г.Ф. Биометрия. – М.: Высшая школа, 1980. – 243 с.
8. Лесков В.П., Чередыев А.Н., Горлина Н.К., Новоженев В.Г. Клиническая иммунология для врачей. – М., 1997. – 120 с.
9. Медведев А.Н., Чаленко В.В. Способ исследования поглотительной фазы фагоцитоза // Лаб. дело. – 1991. – № 2. – С. 19–20.
10. Меньшиков В.В. Лабораторные методы исследования в клинике. – М.: Медицина, 1987. – 365 с.
11. Прокопенко Л.Г., Бровкина И.Л., Быстрова Н.А. и др. Эритроциты и регуляция иммунного гомеостаза (материалы открытия). – Курск: КГМУ, 2006. – 132 с.
12. Прокопенко Л.Г., Лазарев А.И., Бровкина И.Л. и др. Эритроцитзависимые эффекты лекарственных и физиотерапевтических средств. – Курск: КГМУ, 2008. – 336 с.
13. Пулатов А.Т. О классификации острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей // Детская хирургия. 2007. – № 1. – С. 36-40.
14. Шамсиев А.М., Давранов Б.Л., Шамсиев Ж.А. Репродуктивное здоровье женщин, перенесших аппендикулярный и первичный перитонит в детском возрасте // Детская хирургия. 2008. – № 3. – С. 35-39.
15. Щербаков В.И. Применение НСТ-теста для оценки чувствительности нейтрофилов к стимуляторам // Лаб. дело. – 1989. – № 1. – С. 30–33.

УДК 618.3–036–092+616.857

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ

© Гафурова М.Р.

Кафедра неврологии
Ташкентского института усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

E-mail: malika-1973@yandex.ru

В исследование вошли беременные (51 женщина), в сопоставимых сроках гестации, страдающие мигренью. У 34 (66,7%) пациенток диагностирована мигрень без ауры, соответственно у 17 (33,3%) мигрень с аурой. Анализ результатов исследования показал, принимая во внимание клиническую форму заболевания, что при простой форме мигрень имеет более доброкачественное течение на протяжении гестации. Тогда как при мигрени с аурой отмечена лишь слабая тенденция к снижению частоты и длительности мигренозных пароксизмов.

Ключевые слова: головная боль, мигрень, беременность.

COURSE OF MIGRAINE AND ITS CLINIC FEATURES ON PREGNANT WOMEN

Gafurova M.R.

Neurology Department of the Tashkent Institute of Doctor's Improvement, Tashkent, Uzbekistan

51 pregnant women in a comparable period of gestation, suffering from migraine were included in the investigation. 34 (66.7%) patients were given a diagnosis of migraine without aura, and accordingly 17 (33.3%) patients – with aura. Analysis of investigation shows, taking into account the clinical form of diseases, that migraine during its simple form has more innocent course during the whole period of gestation. Whereas in migraine with aura only weak tendency to frequency decreasing and duration of migrainous paroxysm was considered.

Keywords: headache, migraine, pregnancy.

По данным ВОЗ синдром головной боли встречается в популяции с частотой от 60 до 90% [6]. Социальная значимость данной проблемы состоит в том, что частые и интенсивные головные боли снижают умственную и физическую работоспособность, значительно ухудшают качество жизни [5]. Цефалгический синдром чаще всего встречается в молодом, трудоспособном возрасте и поэтому приносит серьезный экономический ущерб для государства, вследствие временной потери трудоспособности у пациентов.

Жалобы на головную боль являются одними из ведущих уже при первом обращении беременной женщины к врачу. По данным различных авторов, каждую пятую женщину в течение беременности беспокоят головные боли [4]. Отсутствие действенных мер профилактики и трудности дифференциальной диагностики диктуют необходимость дальнейшего поиска эффективных и безопасных путей для борьбы с цефалгическим синдромом у беременных.

Известно, что в клинической структуре различных форм головных болей ведущее место занимают первичные формы цефалгий, которые включают в себя три нозологические группы: мигрени, головные боли напряжения, кластерные цефалгии [1]. Среди них особую роль занимает мигрень, поскольку, согласно статистике, мигрень встречается в популяции с частотой от 10 до 33% [9]. Считается, что практически каждый че-

ловек в течение жизни испытывает хотя бы один раз цефалгический пароксизм мигренозного типа [7].

Мигрень встречается вдвое чаще среди женщин [8]. Особенно важное значение имеет изучение мигрени у женщин во время беременности. Несмотря на наличие отдельных исследований посвященных этому вопросу в литературе практически отсутствуют сведения, посвященные детальной оценке клиники и течения мигрени на различных этапах гестационного периода, а также особенностям течения мигрени у беременных в зависимости от клинической разновидности заболевания (мигрень без ауры, мигрень с аурой).

Хорошо известна роль женских половых гормонов в патогенезе болевых синдромов вообще и мигрени в частности [10]. Этим объясняется тот факт, что у женщин мигрень зачастую имеет циклический характер и течение её тесно привязано к фазам менструального цикла. Выделяют даже отдельно так называемую менструальную или катамениальную мигрень.

С точки зрения патогенетических механизмов течения заболевания беременность представляет собой особое состояние, где изменения в гормональном балансе сопровождаются сложной перестройкой в нейроэндокринной и психо-вегетативной сфере. Каждый этап гестационного периода имеет свои особенности, сопряженные с изменениями в эндокринной, неврологической и

психоэмоциональной сфере. Именно поэтому вопросы соотношения между мигренью и беременностью являются сложными и требуют дальнейшего изучения.

С учетом этого мы поставили перед собой цель: провести проспективное исследование динамики основных клинических проявлений мигрени по триместрам беременности, с учётом клинической разновидности заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилась 51 женщина, страдающие мигренью. Средний возраст пациенток составил $25,4 \pm 1,5$ года. Согласно критериям Международной классификации головных болей [2] у 34 (66,7%) беременных была диагностирована мигрень без ауры (МБА), а у 17 (33,3%) мигрень с классической офтальмической аурой (МСА). Все пациентки наблюдались нами начиная с периода за 6-12 месяцев до беременности и на протяжении всего периода гестации. Для однородности материала в группу исследования вошли только первобеременные женщины. Кроме того, нами дополнительно обследованы 3 пациентки, у которых головные боли мигренозного типа появились впервые на фоне беременности.

Применялись клиничко-anamnestические методы исследования. Частота приступов в месяц определялась на основании усредненной частоты приступов за последние три месяца. Интенсивность головных болей определялась субъективно по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Длительность приступа с учетом анамнестических данных и клинических наблюдений вычислялась при усреднении длительности трех последних эпизодов мигренозных атак. Определялась выраженность сопутствующих симптомов: фотофобии, фонофобии, тошноты и рвоты в условных баллах по оценке пациентки и врача. При этом за 0 баллов принимали отсутствие симптома, за 1 балл его слабую выраженность, за 2 балла – уме-

ренную и за 3 балла – интенсивную выраженность. Клиническую оценку вышеуказанных симптомов цефалгических пароксизмов проводили на фоне отсутствия активных попыток их медикаментозного купирования.

Статистическую обработку полученных данных проводили непараметрическими методами с использованием критерия Вилкоксона-Манна-Уитни [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты представлены в таблицах 1 и 2. Учитывая, что при беременности отмечаются некоторые перманентные симптомы, сходные с сопутствующими клиническими признаками мигренозных атак (тошнота, рвота), балльной оценке подвергнуты только пароксизмальные клинические проявления в рамках текущей мигренозной атаки.

Как видно из табл. 1 в целом, судя по динамике исследованных клинических признаков мигренозных пароксизмов, с течением беременности имеет место некоторая позитивная динамика со стороны практически всех симптомов. При этом чем больше срок гестации, тем более выражена позитивная динамика. В частности начиная со II триместра беременности происходит статистически достоверное урежение частоты мигренозных атак, а также сокращение длительности мигренозных пароксизмов. Что касается интенсивности самого цефалгического синдрома по ВАШ, то в целом при достаточно сильной выраженности цефалгии, имеется тенденция к уменьшению выраженности боли в динамике беременности и, по данным исследований в III триместре, интенсивность цефалгий по ВАШ, статистически достоверно меньше, по сравнению с данными до беременности. Тенденция к облегчению течения мигренозных пароксизмов у беременных проявляется и в снижении интенсивности сопутствующих симптомов (фото- и фонофобии, тошноты и рво-

Таблица 1

Динамика различных клинических признаков мигрени по триместрам беременности

Клинические признаки	До беременности	По триместрам		
		I	II	III
Частота приступов	$6,4 \pm 1,6$	$5,1 \pm 1,75$	$4,5 \pm 1,1^*$	$4,3 \pm 0,7^*$
Средняя длительность	$12,6 \pm 1,7$	$10,9 \pm 1,2$	$9,0 \pm 1,5^{**}$	$9,1 \pm 1,3^{**}$
Интенсивность по ВАШ	$7,8 \pm 1,0$	$7,4 \pm 1,3$	$7,3 \pm 1,7$	$7,1 \pm 1,5^*$
Фотофобия	2,2	2,05	1,8	1,6*
Фонофобия	1,5	1,6	1,45	1,4
Тошнота, рвота.	2,4	2,45	2,05	1,8*

Примечание: знак * – достоверность различий по сравнению с аналогичными показателями до беременности. Один – $p < 0,05$; два – $p < 0,01$; три – $p < 0,005$.

ты). Здесь также позитивная динамика более выражена в III триместре, т.е. в более поздние сроки гестации.

Сравнение исследованных показателей в зависимости от клинической формы мигрени (табл. 2) выявило, что общая тенденция с позитивной клинической динамикой со стороны основных клинических симптомов мигренозных атак обусловлена, прежде всего, за счет подгруппы пациентов страдающих мигренью без ауры, т.е. простой формой. Как видно из таблицы, практически по всем исследуемым параметрам, уже начиная со II триместра беременности, выявлена статистически достоверная положительная динамика. Причем по оценке средней частоты приступов в месяц уже в I триместре беременности происходит отчетливое, статистически достоверное урежение по сравнению с показателями до беременности. Что касается подгруппы больных мигренью с аурой, то особой динамики со стороны исследуемых показателей с наступлением и развитием беременности не выявлено. Можно лишь отметить слабую тенденцию к снижению частоты и длительности мигренозных пароксизмов. По

данным исследования, во II триместре отмечено достоверное сокращение средней длительности мигренозных пароксизмов. По остальным показателям, особенно по динамике сопутствующих симптомов и интенсивности атак в баллах по ВАШ, во II и III триместрах имеется даже тенденция к ухудшению.

Особо следует остановиться на трех наблюдениях, когда мигренозные пароксизмы появились с наступлением беременности. Клинический анализ показал, что у всех трех пациенток была простая форма мигрени без ауры. Важно также отметить, что по мере развития беременности у каждой из них отмечалось не более 2–3 мигренозных пароксизмов, и только в I триместре беременности. Это может свидетельствовать о том, что у них имела место исходная предрасположенность к мигрени, которая и проявилась с наступлением беременности на фоне текущей нейроэндокринной перестройки организма.

Таким образом, результаты исследования показали, что беременность оказывает значительное влияние на клиническое течение мигрени в целом, а также отдельные её симптомы. При этом

Таблица 2

Динамика симптомов мигрени в зависимости от клинической формы заболевания

Клиническая форма мигрени	Срок гестации	Клинические признаки					
		Частота приступов в мес.	Средняя длительность приступов, час.	Интенсивность приступа (ВАШ), баллы	Фотофобия, баллы	Фонофобия, баллы	Тошнота, рвота
Мигрень без ауры (простая) N=34	До беременности	5,3±1,1	10,5±1,2	7,6±1,0	2,1	1,4	2,2
	I тримес.	3±0,4*	8,6±0,6	6,7±1,2	1,9	1,3	2,4
	II тримес.	2,2±0,6**	6,4±1,4*	6,1±1,4*	1,3*	1,3	1,7*
	III тримес.	1,7±0,5***	4,3±1,2**	5,4±1,1	1,1**	0,9**	1,5
Мигрень с аурой (ассоциированная) N=17	До беременности	7,5±2,1	14,6±2,2	8,3±1,0	2,3	1,7	2,6
	I тримес.	7,2±1,7	13,2±1,8	8,1±1,4	2,2	1,8	2,5
	II тримес.	6,8±1,6	11,7±1,6*	8,4±1,1	2,4	1,6	2,4
	III тримес.	6,9±0,9	13,8±1,4	8,8±1,8	2,1	1,9	2,1

Примечание: знак * – достоверность различий по сравнению с аналогичными показателями до беременности. Один – $p < 0,05$; два – $p < 0,01$; три – $p < 0,005$.