

ВОЗРАСТНОЙ СКРИНИНГ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ФОРМ ОСЛОЖНЕННЫХ МИГРЕНЕЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО ОСМОТРА

Саноева М.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Целью исследования была провести скрининговый анализ клинического течения осложненных форм мигрени в возрастном аспекте. Головная боль (ГБ) является одной из самых частых жалоб пациентов в амбулаторной практике врача общей практики, терапевтов и невролога. Частым представителем первичной ГБ является мигрень, распространенность которой по различным эпидемиологическим исследованиям колеблется. Материал и методы: Обследованы 378 (100%) пациентов с мигренью, из них 78 (20,6%) с мигренозным статусом, 82 (21,7%) с хронической мигренью, 52 (13,8%) с мигренозным инсультом, 87 (23%) ХИМ на фоне мигрени, как основная группа, и 79 (20,9%) с неосложненными формами мигрени (НОМ), рассмотренные как сравнительная группа. Проведен анализ развития и длительности заболевания, частоты и длительности приступов мигрени, наличие мигренозной ауры в зависимости от возраста. Определены тяжесть состояния, в зависимости от длительности заболевания, частоты приступов и продолжительности их, наличия "Мигрени с аурой". Доказаны тяжелое течение мигрени при всех осложненных формах мигрени по сравнению с неосложненными формами.

Ключевые слова. Мигрень, осложненная мигрень, мигренозный статус, хроническая мигрень, мигренозный инсульт, ХИМ на фоне мигрени, клиническое течение.

ASORATLANGAN MIGREN BA'ZI TURLARI KLINIK KECHISHINI AMBULATOR SHAROITDA YOSHGA QARAB TAHLILLASH

Sanoeva M.J.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ Resume,

Tadqiqot maqsadi yoshga qarab migrenning murakkab shakllarining klinik ko'rinishini skrining tahliliash edi. Bosh og'rig'I (BO) umumiy amaliyot shifokori, terapevt va nevrologning amaliyotidagi tez-tez uchraydigan shikoyatlaridan bemorlarning biridir. Birlamchi BO ning tez-tez uchraydigan vakili migren bo'lib, uning tarqalishi turli xil epidemiologik izlanishlarga ko'ra o'zgarib turadi. Migren bilan og'rikan 378 (100%) bemorni ko'rib chiqdik, ulardan 78 (20,6%) nafari migrenoz status bilan, 82 (21,7%) surunkali migren bilan, 52 (13,8%) migrenoz insult bilan, 87 (23%) migren fonida rivojlangan surunkali miya ishemiyasi bilan, asosiy guruh sifatida va qiyosiy guruh sifatida qaralgan 79 (20,9%) migrenning asoratlanmagan shakllari o'rganikli. Kasallikning rivojlanishi va davomiyligi, migren hurujlarining tezligi va davomiyligi, migren aurasining mavjudligi yoshga qarab tahlil qilindi. Bemorkar ahvolining og'irligi kasallikning davomiyligi, hurujkar tezligi va ularning davomiyligiga, "Aura bilan kechadigan migren" ning mavjudligiga bog'liqligi aniqlandi. Asoratlangan migren barcha ko'rinishlarida migrenning klinikasi asoratlanmaganga qaraganda og'ir kechishi isbotlangan.

Kalit so'zlarm. Migren, asoratlangan migren, migrenoz status, surunkali migren, migrenoz insult, migren fonida rivojlangan surunkali miya ishemiyasi, klinik kechishi.

AGE SCREENING OF CLINICAL COURSE OF SOME FORMS OF COMPLICATED MIGRAINES UNDER THE CONDITIONS OF OUT-OF-WAY INSPECTION

Sanoeva M.J.

Bukhara State Medical institute named after Abu Ali Ibn Sina.

✓ Resume,

The aim of the study was to conduct a screening analysis of the clinical course of complicated forms of migraine in the age aspect. Headache is one of the most frequent complaints of patients in the outpatient practice of a General practitioner, internist and neurologist. A frequent representative of primary headache is migraine, the prevalence of which varies according to various epidemiological studies. We examined 378 (100%) patients with migraine, including 78 (20.6%) with migraine status, 82 (21.7%) with chronic migraine, 52 (13.8%) with migraine stroke, 87 (23%) CHEM with migraine as the main group, and 79 (20.9%) with uncomplicated forms of migraine (NOM), considered as a comparative group. The analysis of the development and duration of the disease, the frequency and duration of migraine attacks, the presence of migraine aura, depending on age. The severity of the condition was determined, depending on the duration of the disease, the frequency of attacks and their duration, the presence of "Migraine with aura". The severe course of migraine in all complicated forms of migraine has been proved in comparison with uncomplicated forms.

Keywords: Migraine, complicated forms of migraine, migraine status, chronic migraine, migraine stroke, chronic cerebral ischemia with migraine, clinical course

Актуальность

Главная боль (ГБ) является одной из самых частых жалоб пациентов в амбулаторной практике врача общей практики, терапевтов и невролога. Частым представителем первичной ГБ является мигрень, распространенность которой по различным эпидемиологическим исследованиям колеблется у женщин от 11% до 25% (чаще 17-18,2%), у мужчин - от 4% до 10% (чаще 6-6,5%) [5, 7, 15]. С учетом диагностических критериев IHS распространенность мигрени в США составляет 17,6% среди женщин и 6% среди мужчин [10, 18]. Среди жителей США, страдающих мигренью, 25% испытывают ≥ 1 атаки в неделю, 37% - от 1 до 3 атак в месяц, остальные 38% - более 1 сильной атаки в месяц [9], женщины испытывают мигренозные приступы в 2 - 3 раза чаще, чем мужчины, однако у последних интенсивность боли, как правило, выше [1, 13]. Во время мигренозной атаки снижение трудоспособности и социальной активности отмечают 90% пациентов, у 53% - полностью нарушается трудоспособность и они вынуждены находиться в постели в течение всего приступа [2, 9].

Возраст больных мигренью молодеет (пик заболеваемости приходится на период от 25 до 34 лет) [8]. ВОЗ относит мигрень к 20 заболеваниям у женщин от 15 до 44 лет, наиболее часто способствующим нетрудоспособности (ВОЗ, 2001) [12]. Мигрень диагностируют, по данным разных авторов до 30% (в среднем 19%) населения земного шара, соотношение заболевших мужчин и женщин составляет 2:3 [11, 15]. В основе диагноза мигрени лежат основные принципы, в которые входят анамнез и осмотр пациента, клиническое обследование, и инструментальные методы диагностики. По критериям Международной классификации головных болей 2-го пересмотра (МКГБ II 2003 г) [5, 14] мигрень определяется как пароксизмальное состояние, проявляющиеся интенсивной головной болью пульсирующего характера, с локализацией преимущественно в одной половине головы, сопровождающиеся в большинстве случаев тошнотой, рвотой, плохой переносимостью яркого света, громких звуков (фото- и фонофобия), сонливостью, вялостью после приступа [3]. Эксперты ВОЗ предполагают, что в дальнейшем заболеваемость мигренью будет увеличиваться [6, 17]. По данным Национальной службы здоровья в США за прошедшие 10 лет заболеваемость мигренью увеличилась на 60% (с 25,8 на 1000 населения до 41 на 1000 населения) [4, 16]. Все сказанное требует тщательного анализа и обобщенного подхода к проблеме мигрени, разработку новых принципов диагностики и лечения данного заболевания.

Цель. Исходя из вышесказанного целью нашего исследования была провести скрининговый анализ клинического течения осложненных форм мигрени в возрастном аспекте.

Материал и методы

Обследованы 378 (100%) пациентов с мигренью, из них 78 (20,6%) с мигренозным статусом, 82 (21,7%) с хронической мигренью, 52 (13,8%) с мигренозным инсультом, 87 (23%) ХИМ на фоне мигрени, как основная группа, и 79 (20,9%) с неосложненными формами мигрени (НОМ), рассмотренные как сравни-

тельная группа. Проведен анализ развития и длительности заболевания, частоты и длительности приступов мигрени, наличие мигренозной ауры в зависимости от возраста.

Результат и обсуждения

В основной изучаемой группе возраст варьировал от 9 до 53 лет, средний возраст был равен $36,7 \pm 2,8$ лет, в сравнительной группе больные рассмотрены в возрасте от 9 до 37 лет, средний возраст которых равнялся $26,2 \pm 2,2$ лет. Продолжительность заболевания в годах показана в рисунке 1. При распределении исследуемых по возрастной категории выявили, что при мигренозном статусе 9 (11,5%) пациентов оказались детского, со средним возрастом $14,9 \pm 4,0$ лет, 57 (73,0%) молодого (средний возраст $32,8 \pm 3,8$ лет) и 12 (15,4%) больные среднего возраста (средний возраст $48,7 \pm 5,7$ лет).

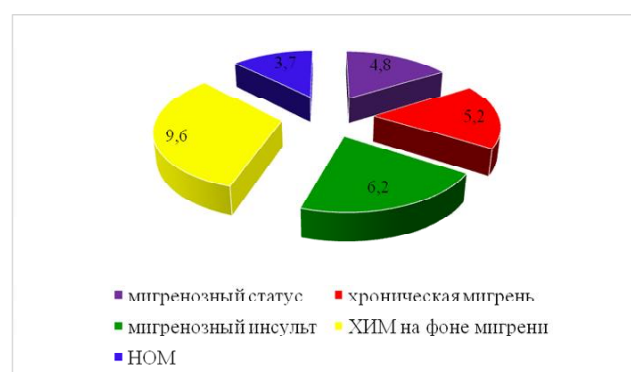


Рисунок 1. Продолжительность заболевания в зависимости от варианта течения мигрени.

При исследовании выявили, чем продолжительнее было заболевание, и старше возраст больных, тем легче они переносили приступы мигренозного статуса, тогда как в более молодом возрасте, не смотря на менее длительную продолжительность мигренозных пароксизмов они переносились тяжелее, как в психическом, так и в физическом плане. 44 (56,4%) больных с мигренозным статусом обратились в тяжелом состоянии, а 34 (43,6%) в состоянии средней тяжести. Сравнительный анализ показал, что у больных с мигренозным статусом "Мигрень с аурой" (МА) верифицировали у 47 (60,3%), "Мигрень без ауры" (МО) у 31 (39,7%) больного; из них у 11 (13,4%) в основном отмечалась сенсорная аура, у 27 (34,6%) зрительная, у 9 (11,5%) сочетанная аура. Среди больных, страдающих МА 9 (11,5%) были детского возраста, у которых аура продолжалась до 60 мин в виде синдрома "Алиса в стране чудес", из них у 5 (6,4%) детей на фоне интенсивных приступов гемикрании наблюдали генерализованные судороги с потерей сознания. Среди больных молодого возраста МА наблюдалась в 32 (41,0%) случаях, из которых у 4 (5,1%) отмечали судорожную симптоматику с потерей сознания; у больных среднего возраста МА наблюдалась в 6 (7,7%) исследованиях, судорог в данной возрастной категории не наблюдали (таблица 1).

Клиническое течение мигренозного статуса

Возраст (лет)	Длит. заб. (лет)	Длит. приступа (час)	Светлые пром-ки (час)	Наличие судорог (%)	Прис 3 мес (раз)	Наличие ауры (%)
Детский	1,1±1,2	64,2±5,4	1,4±1,3	6,4±2,8	5,8±2,7	100±0,0
Молодой	5,8±2,3	56,1± 5,6	2,6±1,8	5,1±2,5	4,3±2,3	41,0±5,6
Средний	7,2±2,6	49,7±5,6	3,5±2,1	-	3,4±2,1	7,7±3,0

По данным таблицы 1 видно, что в более молодом возрасте отмечалось тяжелое течение мигренозного статуса даже при относительно недлительном анамнезе заболевания ($p<0,001$), что особенно проявлялось у страдающих детей. В среднем возрасте ГБ отличалась средней интенсивностью, судорог на высоте головных болей не наблюдали. Наличие у большинства обследуемых молодого и детского возраста ауры и генерализованных судорог явились показателями тяжелого течения заболевания ($p<0,001$). У больных в среднем возрасте отмечалось удлинение периода светлых промежутков, отсутствие судорог, укорочение длительности самого приступа, уменьшение частоты приступов по сравнению с молодыми. Общее состояние больных при этом оставалось относительно удовлетворительным.

При хронической мигрени 3 (3,7%) обследованных больных были дети в возрасте 16 - 18 лет, средний возраст составил 16,7±4,1 лет, 70 (89,7%) составили молодой возраст (средний возраст 30,3±5,2 лет), 9 (22,5±4,6%) средний возраст (средний возраст 48,9±5,5 лет). У всех детей состояние при обращении оказалось тяжелым, как и при мигренозном статусе. У больных среднего возраста головные боли отличались от молодого меньшей интенсивностью, как и при мигренозном статусе, судорог на высоте головных болей не наблюдали. В отличие от мигренозного статуса частота приступов при хронической мигрени оказалось в 2 раз реже ($p<0,05$), в то время как сами приступы переносились тяжело и наличие ауры усугубляло клиническое течение заболевания. Рассмотрим подробно клинику хронической мигрени по таблице 2

Таблица 2

Клиническое течение хронической мигрени

Возраст (лет)	Длит. заб. (год)	Длит. приступа (день)	Светлые пром-ки (день)	Наличие судорог (%)	Прис 3 мес (раз)	Наличие ауры (%)
Детский	3,0±1,9	19,3±4,4	3,3±2,0	2,6±1,8	2,4±1,7	66,7±5,2
Молодой	5,6±2,2	15,8±4,1	3,4±2,1	4,9±3,0	3,6±2,1	26,8±4,9
Средний	6,2±2,7	9,7±3,3	7,0±2,8	-	1,8±1,5	-

Анализ проведенных исследований (таблица 2) показал, что не смотря на длительные светлые промежутки, уменьшение количества обострений, за счет удлинения самих приступов (от 12 до 16 дней в месяц), уменьшения общего количества больных с судорогами, снижения частоты ауры ($p<0,01$) как дебюта заболевания, клиника при хронической мигрени по сравнению с мигренозным статусом протекала тяжелее. Проявление хронической мигрени в детском возрасте, наличие ауры и судорог с потерей сознания, при относительно непродолжительном анамнезе по сравнению с взрослыми пациентами ($p<0,001$) доказывает о тяжелом клиническом течении заболевания у детей, как и при мигренозном статусе. Для сравнения полученных данных с другими вариантами осложненной мигрени рассмотрим группу исследованных больных с мигренозным инсультом.

С мигренозными инсультами обследовали 2 (3,9%) пациента детского возраста, которые обратились в момент приступа головных болей, сознание было сохранным, общее состояние тяжелое, 38 (73,1%) молодых пациентов, со средним возрастом 37,5±6,7 лет, 12 (23,1%) больных были среднего возраста, медиана их возраста составила 46,4±2,3 лет. Оценка тяжести и степени неврологического дефицита у больных с мигренозным инсультом проводилась согласно Скандинавской и Американской (NIHSS) шкалам, по кото-

рым тяжелое состояние наблюдалось у 28 (53,9%) и средней тяжести у 24 (46,2%) пациентов. Летальность в остром периоде заболевания не наблюдали. Средний клинический балл при поступлении у больных с мигренозным инсультом составил 29,4±6,3 по Скандинавской шкале и 16,6±5,2 - по шкале NIHSS, что и в том, и в другом случае соответствовала тяжелому течению заболевания. При сравнении с изученными группами оказалось, что тяжелое состояние наблюдалось чаще чем при двух предыдущих группах ($p<0,05$). Состояние тяжести при мигренозном инсульте определялось не только интенсивностью головных болей и снижением работоспособности, но и состоянием сознания, наличием грубой очаговой симптоматики, нарушающие повседневную трудовую деятельность. Нарушение сознания различной степени выраженности отмечалось у 9 (17,3%) больных. Из них, согласно оценке степени нарушения сознания по шкале ком Глазго, у 6 (11,5%) больных определялось оглушение, у 3 (5,8%) больных состояние сопора. Подробное описание клинического течения мигренозного инсульта приводим в таблице 3.

При мигренозном инсульте "Мигрень с аурой" выявили у 47 (90,4%) больных, т.е. в 1,5 раз больше ($p<0,01$) по сравнению с мигренозным статусом и в 3 раз больше ($p<0,05$), по сравнению с хронической мигренью. Среди исследованных двигательную ауру

Клиническое течение мигренозного инсульта

Возраст (лет)	Длит. заб. (год)	Длит. приступа (день)	Светлые промки (день)	Наличие судорог (%)	Прис 3 мес (раз)	Наличие ауры (%)
Детский	1,3±1,6	5,5±3,2	-	1,9±1,9	6,2±3,3	100,0
Молодой	6,8±3,2	7,9±7,4	3,4±2,5	-	7,1±3,6	53,9±6,9
Средний	7,6±3,8	5,7±3,2	-	-	6,4±3,4	17,3±5,2

наблюдали в 12 (23,1%) случаях, и сенсорную в 35 (67,3%) случаях, в обеих случаях она продолжалась до 45-60 мин, клиника головной боли протекала тяжелее, что еще больше отягощало клиническое течение инсульта. Светлые промежутки у больных с мигренозными инсультами отсутствовали, в отличие от мигренозного статуса и хронической мигрени. Результаты проведенного собственного исследования убедили, что наличие ауры, увеличение частоты приступов мигрени имеет прямое отношение к формированию ишемии мозга, очаговой неврологической симптоматики и определяет тяжесть состояния больного.

При изучении клинического течения ХИМ на фоне мигрени длительность заболевания в среднем

была равна 9,6±3,1 лет. Больных "Мигрень с аурой" оказалось в 1,3 раза чаще, чем при мигренозном статусе ($p<0,01$) и в 2,6 раз чаще, чем при хронической мигрени ($p<0,05$), в 1,3 раза реже, чем при мигренозном инсульте ($p<0,01$). Среди больных 31 (35,6%) составили пациенты молодого возраста, 56 (64,4%) среднего возраста. Судорог и потери сознания у данной группы больных не наблюдали. В тяжелом состоянии верифицированы 15 (17,2%), в состоянии средней тяжести 56 (64,4%), и в относительно удовлетворительном состоянии 16 (18,4%) пациентов. Состояние тяжести определялось интенсивностью головных болей, снижением работоспособности, формированием стойких неврологических очаговых и когнитивных дисфункций. Описание клинического течения мигрени при ХИМ в возрастном аспекте приводим в таблице 4.

Таблица 4

Клиническое течение ХИМ на фоне мигрени

Возраст (лет)	Длит. заб. (год)	Длит. приступа (день)	Светлые промки (день)	Наличие судорог (%)	Прис 3 мес (раз)	Наличие ауры (%)
Детский	-	-	-	-	-	-
Молодой	6,8±2,8	6,7±2,7	9,9±3,2	-	4,0±2,1	20,7±4,3
Средний	13,8±3,9	6,5±2,6	11,7±3,5	-	3,4±1,9	56,3±5,3

Из анализированного следует, что клиническое течение ХИМ на фоне мигрени как у молодых, так и у пациентов среднего возраста протекало относительно легче, чем предыдущие группы, и были связаны с нарушением тонуса, эластичности мозговых сосудов, венозного оттока, вялостью микроциркуляции, как следствие формированием гипоксии и стойкой мультифокальной ишемии структур головного мозга. При анализе клинического течения заболевания у больных ХИМ на фоне мигрени выявили, приступы мигренозных пароксизмов укорачиваются во времени, но пост приступный период в отличие от других групп протекает намного тяжелее. Больные с ХИМ на фоне мигрени в отличие от трех предыдущих групп, не смотря на интенсивные головные боли, снижение работоспособности, наличие вялости могли продолжить

самостоятельную деятельность, не нарушали свои физические стереотипы, что по-видимому, было связано с тем, что у данных пациентов в течение многих лет формировался стойкий иммунитет на болевой синдром. Сознание у всех обследованных данной группы больных было сохранным. Делая итог сказанному, нужно отметить, что при наличии "Мигрень с аурой" у больных с различными вариантами течения мигрени состояние ухудшалось, мигренозные пароксизмы удлинялись, появившиеся очаговые неврологические симптомы во время мигренозного приступа удлинялись во времени, они выявлялись даже после прекращения приступов в течение нескольких дней.

Далее рассмотрим клиническое течение НОМ, сравнивая результаты с основной группой больных (таблица 5).

Таблица 5

Клиническое течение неосложненной мигрени

Возраст (лет)	Длит. заб. (год)	Длит. приступа (час)	Светлые промки (час)	Наличие судорог (%)	Прис 3 мес (раз)	Наличие ауры (%)
Детский	1,4 ± 0,6	6,3 ± 1,1	7,2 ± 1,2	-	7,6 ± 1,2	58,3 ± 2,3
Молодой	4,1 ± 0,9	5,6 ± 1,1	5,5 ± 1,1	-	7,1 ± 1,2	26,2 ± 2,1
Средний	7,5 ± 1,2	7,0 ± 1,2	8,0 ± 1,3	-	7,5 ± 1,2	-

Так, длительность заболевания у больных с неосложненными формами мигрени была равна от 1 до 7 лет, в среднем она составила $3,7 \pm 0,9$ лет, которая по сравнению с основной была короче на 2-3 раза ($p < 0,05$). В группе больных с НОМ состояния тяжелой степени не наблюдали, больных с состоянием средней тяжести было 8 (10,1%), с относительно удовлетворительным состоянием 71 (89,9%) обследованных, количество которых статистически отличалось от предыдущих групп ($p < 0,05$).

При неосложненных формах мигрени в отличие от основной группы "Мигрень с аурой" наблюдали в 2 раза меньше ($p < 0,05$), составляя 24 (30,4%) пациента. Среди пациентов с неосложненными формами мигрени, у которых заболевание дебютировало аурой в основном наблюдали базилярную у 3 (3,8%), офтальмическую у 2 (2,5%), ретинальную у 14 (17,7%) и классическую мигрень у 5 (6,3%) пациентов. Из них у 6 (7,6%) отмечалась сенсорная и у 18 (22,8%) зрительная аура. У остальных 55 (69,6%) пациентов заболевание верифицировано как "Мигрень без ауры", среди них 6 (7,6%) с базилярной мигренью, 16 (20,3%) с офтальмической мигренью, 4 (5,1%) с ретинальной мигренью, и 35 (44,3%) с "простой мигренью". Среди больных, страдающих мигренью с аурой 7 (29,2%) оказались детского возраста. Средний возраст детей составил $14,5 \pm 1,6$ лет, у которых, как и при хронической мигрени отмечалась длительная аура (до 30 мин), в виде зрительных и сенсорных проявлений, но в отличие от мигренозного статуса аура была короче в 2 раза ($p < 0,05$). При наличии ауры у детей наблюдались длительные, интенсивные головные боли, ухудшение состояния, резкий спад общей силы, но в отличие от больных основной группы судорог с потерей сознания и очаговой неврологической симптоматики во время приступов мигрени не было ни в одном случае. При неосложненной мигрени в молодом возрасте аура присутствовала в 2 раза ($p < 0,05$) реже по сравнению с основной группой, она была не длительная (3-15 мин) и исчезала с началом головных болей, судорог и потери сознания также, как и в детском возрасте не наблюдали.

Сравнивая клиническое течение по таблицам 1-5, отмечено, что общее состояние при неосложненных мигренях оставалось относительно удовлетворительным, в отличие от основной группы. Мигренозные пароксизмы при осложненных формах мигрени отличались продолжительностью и стойкостью симптомов, по сравнению с неосложненными её формами.

Таким образом, при неосложненной мигрени, так же, как и при осложненных её формах приступы мигрени протекают тяжелее в более молодом и детском возрасте, характеризуются разнообразием клинического течения, относительной тяжестью состояния, интенсивными головными болями, длительными приступами, которые могут трансформироваться в осложненные варианты при отсутствии своевременного и правильно проведенного лечения, и профилактических мероприятий.

Выводы

1) Клиника мигрени при осложненных её формах отличается тяжёлым и длительным течением, приводящая к сосудисто-тканевым поражениям головного мозга;

2) Наличие "Мигрень с аурой" усугубляет клиническое течение мигрени, не зависимо от вариантов её течения;

3) Детский и молодой возраст является возрастным риском для развития сосудистых осложнений мигрени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вейн А.М., Филатова Е.Г. Мигрень. Кафедра неврологии ФППО ММА им. Сеченова И.М. /Consilium medicum 2014; 3-4. [Veyn A.M., Filatova E.G. Migren. Kafedra nevrologii FPPO MMA im. Sechenova I.M. /Consilium medicum 2014; 3-4. (In Russ)]
2. Есин О. Р., Наприенко М. В., Есин Р. Г. Мигрень: основные принципы лечения и профилактики //Клиницист -2011; 4: 10-17. [Esin O. R., Naprienko M. V., Esin R. G. Migren: osnovnie principii lecheniya i profilaktiki //Klinitsist -2011; 4: 10-17. (In Russ)]
3. Есин О. Р., Наприенко М. В., Есин Р. Г. Современные принципы лечения головной боли напряжения (обзор) //Медицинский альманах -2011; 1: 121-125. [Esin O. R., Naprienko M. V., Esin R. G. Sovremennye principii lecheniya glavnoy boli napryazheniya (obzor) //Meditsinskiy almanax -2011; 1: 121-125. (In Russ)]
4. Кузнецова О.Ю. Избранные лекции по семейной медицине /Под редакцией О. Ю. Кузнецовой /СПб: -2008; 727. [Kuznetsova O.Yu. Izbrannye leksii po semeynoy meditsine /Pod redaksiey O. Yu. Kuznetsovoy /SPb; -2008; 727. (In Russ)]
5. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В., Манвелов Л. С. Справочник по головной боли. /М., -2005; 170. [Kadikov A. S., Shaxparonova N. V., Manvelov L. S. Spravochnik po glavnoy boli. /M., -2005; 170. (In Russ)]
6. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В. Мигрень и ее лечение //Русский медицинский журнал -2009; 17(20): 1305-1307. [Kadikov A. S., Shaxparonova N. V. Migren i ee lechenie //Russkiy meditsinskiy jurnal -2009; 17(20): 1305-1307. (In Russ)]
7. Кандыба Д. В. Головные и лицевые боли в амбулаторной практике. Учебное пособие /СПб: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова -2012; 103. [Kandiba D. V. Golovnie i litsevie boli v ambulatornoy praktike. Uchebnoe posobie /SPb: Izdatelstvo SZGMU im. I. I. Mechnikova -2012; 103. (In Russ)]
8. Монастырская Е.И., Шевченко П.П. Мигрень: клиника, современные методы диагностики и терапии /М. Медицина; -2017; 24. [Monastirskaya E.I., Shevchenko P.P. Migren: klinika, sovremennye metody diagnostiki i terapii /M. Meditsina; -2017; 24. (In Russ)]
9. Мументалер М., Маттле Х. Головная и лицевая боль //Неврология /Под ред. О. С. Левина. /М. Медицина; -2007; 752-785. [Mumentaler M., Mattle X. Golovnaya i litsevaya bol //Nevrologiya /Pod red. O. S. Levina. /M. Meditsina; -2007; 752-785. (In Russ)]
10. Неврология: национальное руководство /Под редакцией Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. /М.: ГЭОТАР-Медиа; -2010; 1040. [Nevrologiya: natsionalnoe rukovodstvo /Pod redaksiey E. I. Guseva, A. N. Konovvalova, V. I. Skvorsovoy, A. B. Gext. /M.: GEOTAR-Media; -2010; 1040. (In Russ)]
11. Осипова В. В. Головная боль напряжения. Практическое руководство для врачей. /М. Медицина; -2009; 40. [Osipova V. V. Golovnaya bol napryazheniya. Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachev. /M. Meditsina; -2009; 40. (In Russ)]
12. Осипова В. В., Вознесенская Т. Г. Международная классификация головных болей /М. Москва -2003; 2: 219. [Osipova V. V., Voznesenskaya T. G. Mejdunarodnaya klassifikatsiya glavnoy boley /M. Moskva -2003; 2: 219. (In Russ)]
13. Осипова В. В. Дисфункция перикраниальных мышц при первичной головной боли и ее коррекция //Неврология, нейropsychiatria, психосоматика. -2010; 4: 29-36. [Osipova V. V. Disfunktsiya perikranialnykh mishs pri pervichnoy glavnoy boli i ee korrektsiya //Nevrologiya, neyropsixiatriya, psixosomatika. -2010; 4: 29-36. (In Russ)]
14. Осипова В. В., Табеева Г. Р. Первичные головные боли /М. Медицина; -2007; 60. [Osipova V. V., Tabeeva G. R. Pervichnie glavnie boli /M. Meditsina; -2007; 60. (In Russ)]
15. Приходько В.Ю. Головная боль в практике терапевта и семейного врача //Семейная медицина -2015; 61(5): 86-92. [Prihodko V.Yu. Golovnaya bol v praktike terapevta i semeynogo vracha //Semeynaya meditsina -2015; 61(5): 86-92. (In Russ)]

16. Стайнер Т. Дж. и соавт. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей /Пер. с англ. Ю. Э. Азимовой, В. В. Осиповой /М. Медицина; -2010; 37. [Stayner T.Dj. i soavt. Evropeyskie prinsipi vedeniya patsientov s naibolee rasprostranennimi formami golovnoy boli v obshey praktike. Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachev /Per. s angl. Yu.E. Azimovoy, V.V. Osipovoy /M. Meditsina; -2010; 37. (In Russ)]
17. Фролов Б.С., Пашковский В.Э., Курпатов В.И. Современные подходы к диагностике и лечению мигрени //Терра Медика Нова -2012; 2: 5-6. [Frolov B.S., Pashkovskiy V.E., Kurpatov V.I. Sovremennye podkhodi k diagnostike i lecheniyu migreni //Terra Medika Nova -2012; 2: 5-6. (In Russ)]
18. Goadsby, P. J. Migraine - current understanding and treatment / Goadsby P. J., Lipton R. B., Ferrari M. D. //New Engl. J. Med. - 2002; 346.

Поступило 07.06. 2019

УДК 618.39-089.888.177

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ ПОСРЕДСТВОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИТОКИНОВ

Саркисова Л.В., Эгамова С.К.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Цель: Изучен цитокиновый профиль сыворотки крови женщин с ранними преждевременными родами, угрозой прерывания беременности и физиологической беременности.

Материал и методы: Установлены корреляционные связи между показателями цитокинового профиля исследуемых групп, дана характеристика наиболее значимых для исследуемой проблемы цитокинов. Содержание ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-2, ФНО, антагониста рецепторов интерлейкина-1 β, интерферона-альфа (ИФН-α), интерферона-гамма (ИФН-γ) определяли методом ИФА. Установлено, что при угрозе прерывания беременности содержание ИЛ-1 β, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-2, ИФН- α, ИФН- β в сыворотке крови повышается в различной степени по сравнению с аналогичными величинами при физиологической беременности.

Вывод: Повышенный уровень показателя ИЛ-8 в сыворотке крови во время беременности указывает на развитие осложнений беременности и может использоваться в качестве неспецифического маркера для ранней диагностики прерывания беременности.

Ключевые слова: невынашивание беременности, цитокины, хемокины, иммунный ответ.

SITOKINLARNING TEKSHIRUV NATIJALARIGA QARAB MUDDATDAN OLDINGI TUG'RUQ PROFLAKTIKASI

Sarkisova L.V., Egamova S.K.

Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ Rezume,

Maqsad: Muddatdan oldin tug'ruq kuzatilgan ayollar qon zardobidagi sitokin holati o'rganildi.

Material va usullar: Tekshirilayotgan guruhlar ichidagi sitokin profilining ko'rsatkichlari o'rtasida korrelyatsion aloqalar o'rnatildi, o'rganilayotgan muammoga nisbatan eng muhim sitokinlarning xarakteristikasi amalga oshirildi. IL-1β, IL-6, IL-8, IL-2, TNF, IL-1β retseptorlarining antagonisti, interferon alfa (IFN-α), interferon-gamma (IFN-γ) IFA usuli bilan aniqlandi. Qon zardobida IL-1 β, IL-6, IL-8, IL-2, IFN-α, IFN-γ miqdori fiziologik homiladorlik paytida shunga o'xshash qiymatlarga nisbatan tahlikali homiladorlik paytida turli darajada ko'payishi aniqlandi.

Xulosa: Homiladorlik davrida qon zardobida IL-8 ko'rsatkichining ko'tarilishi homiladorlikning asoratlari rivojlanishidan dalolat beradi va homiladorlikni erta tashxislash uchun maxsus bo'lmagan marker sifatida ishlatilishi mumkin.

Kalit so'zlar: odatdagi homiladorlik, sitokinlar, xemokinlar, immun reaksiya.

PROPHYLAXIS OF PREMATURE BIRTHS BY CYTOKINES IDENTIFICATION

Sarkisova L.V., Egamova S.K.

Bukhara State Medical institute named after Abu Ali Ibn Sina.

✓ Resume,

The cytokine profile of blood serum of women with early premature births, threat of abortion and physiological pregnancy is investigated. Correlative relationship between indicators of cytokine profile within the investigated groups is established, characteristic of the most significant cytokines concerning the studied problem is performed. The content of IL-1β, IL-6, IL-8, IL-2, TNF, IL-1β retseptorlarining antagonisti, interferon alpha (IFN-α), interferon - gamma (IFN-γ) were defined by IFA method. It is established that content of IL-1 β, IL-6, IL-8, IL-2, IFN-α, IFN-γ in blood serum raises in various degree at threatened miscarriage in comparison with similar values at physiological pregnancy. The raised level of IL-8 indicator in blood serum during pregnancy indicates the development of complications of pregnancy and can be used as nonspecific marker for early diagnostics of miscarriage.

Keywords: habitual miscarriage, cytokines, chemokines, immune response.

Актуальность

Невынашивание беременности - проблема, значение которой не только не уменьшается со временем, но, пожалуй, даже возрастает. Среди различ-

ных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш, то есть гибель эмбриона или плода в раннем сроке с длительной задержкой его в полости матки - неразвивающаяся беременность (далее НБ). Длительная задержка по-

