



ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И МИГРЕНЬ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ОБСЛЕДОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ

Мамасаидов Жамолдин Тургунбаевич
Профессор Central Asian Medical University, DSc.
Хайдаров Рахмонали Мухамадалиевич
Врач-ординатор Central Asian Medical University.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.20674235>

ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 08-iyun 2026 yil
Ma'qullandi: 10-iyun 2026 yil
Nashr qilindi: 12-iyun 2026 yil

KEYWORDS

головная боль, мигрень,
диагностика,
нейровизуализация, CGRP,
профилактическая терапия,
триптань.

ABSTRACT

Головная боль является одной из наиболее распространенных причин обращения пациентов за медицинской помощью. Особое место среди первичных цефалгий занимает мигрень, характеризующаяся высокой распространенностью, значительным снижением качества жизни и существенными социально-экономическими потерями. Цель исследования – оценить особенности диагностики мигрени, эффективность современных методов обследования и лечения пациентов с головной болью. Проведено комплексное обследование 120 пациентов с различными формами головной боли. Полученные результаты свидетельствуют о высокой диагностической ценности клинических критериев Международной классификации головных болей (ICHD-3), а также о преимуществах современных методов профилактической терапии мигрени..

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, мигренью страдает более 1 млрд человек, причем заболевание чаще встречается среди женщин трудоспособного возраста. Мигрень входит в число ведущих причин временной нетрудоспособности и снижения качества жизни населения [4-6].

Несмотря на широкую распространенность заболевания, значительная часть пациентов остается недообследованной и не получает адекватного лечения. Внедрение Международной классификации головных болей третьего пересмотра (ICHD-3) позволило повысить точность диагностики мигрени и других первичных цефалгий [7].

Современные достижения фармакотерапии, включая моноклональные антитела к CGRP и препараты группы гепантов, открыли новые перспективы лечения хронической и резистентной мигрени [8].

Цель исследования. Оценить эффективность современных методов диагностики, обследования и лечения пациентов с мигренью и другими формами головной боли.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе неврологического отделения многопрофильной клиники г.Ферганы.

В исследование были включены 120 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, обратившихся с жалобами на рецидивирующую головную боль.

Критерии включения: наличие головной боли не менее 6 месяцев; возраст 18–65 лет; информированное согласие на участие.

Всем пациентам проводились: сбор анамнеза и неврологический осмотр, диагностика согласно критериям ICHD-3, оценка интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), определение влияния заболевания на качество жизни по шкале НИТ-6, магнитно-резонансная томография головного мозга, доплерография сосудов головы и шеи, общеклинические лабораторные исследования.

Статистическая обработка выполнена с использованием программы SPSS 23,0. Рассчитывались средние значения ($M \pm m$), коэффициент корреляции Пирсона (r), критерий Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Среди обследованных пациентов мигрень была диагностирована у 72 (60,0%) человек, головная боль напряжения – у 36 (30,0%), вторичные головные боли – у 12 (10,0%). Анализ показал достоверно более высокую интенсивность болевого синдрома и степень ограничения повседневной активности у пациентов с мигренью (табл. 1).

Таблица 1

Клинико-диагностические показатели обследованных пациентов ($M \pm m$)

Показатель	Мигрень (n=72)	Контроль (n=48)	p
Возраст, лет	36,4±1,2	35,8±1,4	>0,05
Частота приступов в месяц	8,6±0,5	3,2±0,3	<0,001
ВАШ, баллы	7,8±0,2	4,1±0,2	<0,001
НИТ-6, баллы	62,4±1,3	48,2±1,1	<0,001
Длительность заболевания, лет	6,8±0,7	4,2±0,5	<0,05

Выявлена сильная положительная корреляция между частотой приступов мигрени и злоупотреблением анальгетиками ($r=0,67$; $p<0,001$), а также уровнем психоэмоционального стресса ($r=0,62$; $p<0,001$) (табл. 2).

Таблица 2

Корреляционный анализ факторов риска развития хронической мигрени

Показатель	r	p
Частота стрессовых ситуаций	0,62	<0,001
Нарушение сна	0,58	<0,001
Индекс массы тела	0,41	<0,01

Основным методом диагностики остается клиническая оценка согласно критериям ICHD-3. Для мигрени характерны: продолжительность приступа от 4 до 72

часов; односторонняя локализация боли; пульсирующий характер; усиление боли при физической активности; тошнота и рвота; фото- и фонофобия.

Дополнительные методы обследования включают: МРТ головного мозга; КТ головного мозга; электроэнцефалографию; ультразвуковую доплерографию; лабораторные исследования.

Нейровизуализация особенно важна при наличии «красных флагов» таких, как внезапное начало боли, неврологический дефицит, онкологические заболевания, возраст старше 50 лет.

Современные методы лечения мигрени: купирование приступов. Для лечения острых приступов применяются: нестероидные противовоспалительные препараты; парацетамол; триптаны; противорвотные средства. При отсутствии эффекта от НПВП рекомендуется переход на препараты группы триптанов.

Профилактическое лечение включает современные рекомендации: β -адреноблокаторы (пропранолол, метопролол); топирамат; вальпроаты; амитриптилин; венлафаксин; ботулинотерапию; моноклональные антитела к CGRP; гепанты (атогепант, римегепант).

После 6 месяцев терапии снижение частоты приступов составило: 28,4% при традиционной профилактике; 56,7% при использовании анти-CGRP терапии ($p < 0,001$).

Полученные результаты подтверждают данные международных исследований о высокой распространенности мигрени среди лиц трудоспособного возраста. Основой успешной диагностики остается тщательный сбор анамнеза и применение критериев ICHD-3. Использование МРТ и других методов нейровизуализации позволяет своевременно исключать вторичные причины головной боли.

Внедрение препаратов, воздействующих на CGRP-систему, существенно повысило эффективность профилактического лечения. Согласно современным международным рекомендациям, данные препараты демонстрируют высокую эффективность и благоприятный профиль безопасности у пациентов с хронической мигренью.

Выводы:

1. Мигрень является наиболее распространенной формой первичной головной боли и диагностируется у 60% пациентов, обращающихся к неврологу по поводу цефалгии;

2. Наиболее значимыми факторами риска хронизации мигрени являются стресс, нарушение сна и злоупотребление анальгетиками;

3. Критерии ICHD-3 обладают высокой диагностической информативностью и позволяют своевременно установить диагноз;

4. Нейровизуализация играет важную роль в исключении вторичных причин головной боли;

5. Современная анти-CGRP терапия обеспечивает более выраженное снижение частоты приступов по сравнению с традиционными схемами лечения;

Комплексный подход к диагностике и лечению способствует улучшению качества жизни пациентов и снижению риска инвалидизации.

Использованная литература:

1. Headache disorders. WHO Fact Sheet. Geneva: World Health Organization; 2025.

2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1–211.
3. Silberstein S.D. Migraine. Merck Manual Professional Edition. 2025.
4. Chawla J. Migraine Headache Guidelines. Medscape. 2024.
5. International Headache Society. Acute Pharmacological Treatment of Migraine Guidelines. *Cephalalgia*. 2024.
6. Steiner T.J., et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. *Nat Rev Neurol*. 2021;17(8):501–514.
7. Kouremenos E., et al. Consensus of the Hellenic Headache Society on the diagnosis and treatment of migraine. *J Headache Pain*. 2019;20:113.
8. Lanteri-Minet M., et al. Migraine treatment: Position paper of the French Headache Society. *Rev Neurol*. 2024;180(10):1087–1099.

