

нозного головного болю (МГБ) виникають тоді, коли на ЦНС діють тригерні чинники зовнішнього або внутрішнього середовища, здатні спровокувати мігрень [6].

## Структура нападу

Є 4 фази нападу мігрені, які непомітно переходять одна в іншу протягом усього нападу або атак: продрома, аура, головний біль та відновлювальна фаза. Однак у багатьох хворих можуть бути наявними тільки деякі з цих фаз, тобто у пацієнтів може розвиватися аура без головного болю або тільки головний біль без будь-яких інших фаз.

**Фаза I. Продромальний період.** Вона включає в себе явища загостреного або зниженого сприйняття, дратівливості, збудження, гіперактивності або депресії, потягу до конкретної їжі (особливо солодкої), надмірного позіхання, утрудненості мовлення або зниження працездатності. Часто ці симптоми виражені нечітко, тому нерідко продромальну фазу буває складно ідентифікувати. Ці симптоми є у 50 % пацієнтів і виникають за 24 години до болю [14].

**Фаза II. Аура.** Слід відзначити, що у 70–75 % пацієнтів наявний МГБ без аури. Якщо аура виникає, то вона триває від 5 до 60 хвилин (майже в 75 % пацієнтів), зустрічаються зорова аура і фотопсії у вигляді спалахів світла, точок, яскравих плям, мерехтливих зигзагоподібних ліній навколо ділянки втраченого зору з боку одного або обох очей («мерехтлива скотома»). Можуть виникати сенсорні симптоми у вигляді поколювання в руках, оніміння або дисфазії, що перебігають гостро і нерідко викликають сильний стрес. Перед нападом головного болю зазвичай буває вільний інтервал без головного болю, що триває не більше 1 години, потім розвивається мігренозна атака [15].

**Фаза III. Головний біль.** Як правило, напади починають розвиватися у звичній для даного пацієнта ділянці голови (скроня, надбрів'я). Важливо пам'ятати, що головний біль може змінювати сторону локалізації. Буває, що він починається з одного боку і протягом одного нападу переходить на інший. Іноді локалізація змінюється під час різних нападів. Хоча однобічність або різнобічність видаються важливими критеріями для діагнозу, двосторонні головні болі не завжди включають діагноз мігрені. Було доведено, що сторона локалізації болю має ряд клінічних особливостей. Так, справа наліво болі спостерігаються в 50 % випадків, а лівосторонні — у 20 %. Для правосторонніх характерна велика інтенсивність больових відчуттів у нападі, а також наявність вегетативних змін (тахікардія, перебої в роботі серця, гіпергідроз, озноб, поліурія). Лівосторонні напади мігрені виникають зазвичай у нічний час доби, болі тривалі, частіше супроводжуються блювотою і набряками обличчя (Мищенко Т.С., Кабачний В.І., Кабачна І.В.). У деяких пацієнтів визначається набрякла скронева артерія, іноді видно її пульсацію. Хворі нерідко сильно зводять артерію, тому що припинення кровотоку може зменшити пульсуючий біль. На боці болю судини

кон'юнктиви ін'єктовані, очі сльозяться, навколоорбітальна тканина і скронева ділянка набряклі. Внаслідок набряку м'яких тканин обличчя здавлюється капілярна мережа, обличчя стає блідим, шкіра біля ока ціанотична. Протягом нападу головний біль може поширитися на всю половину голови або рідше на всю голову, тоді пульсуючий біль змінюється відчуттям розпирання, розколювання, здавлювання, виникають нудота, в деяких випадках — багатократна блювота, що іноді послаблює подальші прояви нападу, відзначаються похолодання дистальних відділів кінцівок, озноб [16].

У період між нападами деякі пацієнти відчувають себе практично здоровими і повністю соціально адаптовані, у більшості з них є синдром вегетативної дистонії різного ступеня вираженості. Фаза головного болю триває від 2 до 72 годин.

**Фаза IV. Відновлювальна, або постдромальний період.** Після того як головний біль минув, більшість пацієнтів переживають період, що триває від декількох годин до доби, упродовж якого вони почуваються сонливими, млявими, стомленими. Інші пацієнти, навпаки, можуть впасти в стан ейфорії, після того як зник головний біль, або зануритися в глибокий сон.

## Ускладнення мігрені

**Мігренозний статус (МС)** — серія інтенсивних нападів, що йдуть один за одним, або (рідко) один надзвичайно тяжкий і тривалий напад. У літературі зустрічається визначення МС як нападу мігрені, що триває від 3 до 5 днів. Всі симптоми неухильно наростають протягом доби або декількох днів. Головний біль стає дифузним, розпираючим. Можуть з'явитися судоми, обумовлені гіпоксією, набряком головного мозку і його оболонок. Такий стан вважається показанням для надання невідкладної допомоги. Відзначаються блідість шкіри, менінгеальні симптоми, іноді порушення свідомості та психічні порушення, невелике підвищення температури тіла, невтримна блювота, що веде до зневоднення організму, різка слабкість, адинамія [1].

Патофізіологічні механізми розвитку МС досліджені недостатньо. В окремих дослідженнях із використанням МРТ під час МС виявляли оборотні порушення у вигляді обмеженого вазогенного набряку в окремих ділянках головного мозку.

**Мігренозний інфаркт мозку** — неврологічний дефіцит з ішемічним ушкодженням головного мозку (загибеллю нейронів), підтверджений нейровізуалізаційними методами дослідження (КТ або МРТ головного мозку), який гостро розвивається.

Діагностичні критерії [1]:

— Справжній напад у пацієнта з мігренню та аурою є типовим і відрізняється від попередніх нападів тільки тим, що один або кілька симптомів аури тривають понад 60 хвилин.

— Нейровізуалізаційні методи дослідження виявляють ішемічний інфаркт.