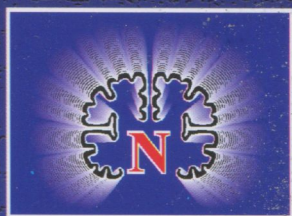


NEUROLOGIYA

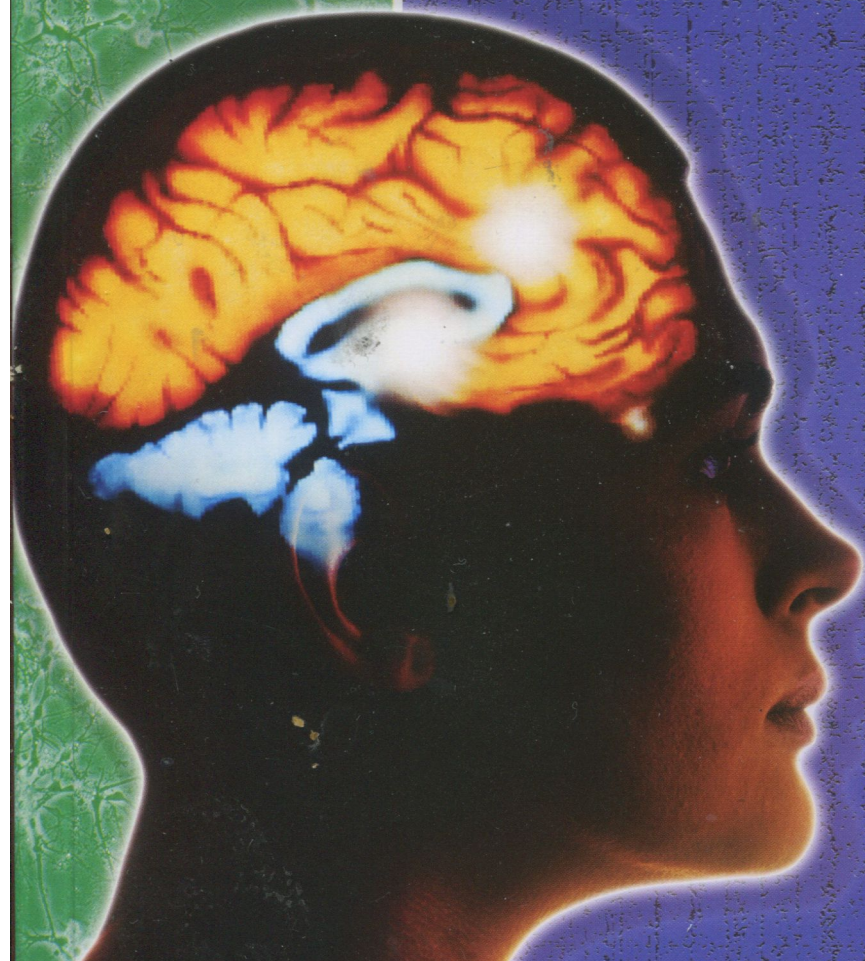
ILMIY-AMALIY JURNAL

ISSN 2010-5452



НЕВРОЛОГИЯ

НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ



NOBEL

NOBEL PHARMSANOAT

2/2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ НЕВРОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

NEUROLOGIYA

НЕВРОЛОГИЯ

Рецензируемый
научно-практический журнал
«НЕВРОЛОГИЯ»
Публикуется 4 раза в год

2 (82), 2020

Адрес редакции:
Республика Узбекистан
100007, г. Ташкент, ул. Паркентская, 51.
Тел.: 268-27-50.

Макет и подготовка к печати
проводились в редакции журнала
Подписано в печать: 07.07. 2020 г.
Формат: 60 x 90 1/8.
Усл. печ. л. 11,16. Уч. изд. л. 7,6.
Тираж: 400 экз. Цена договорная

Оператор:
Мирзамухамедов О. Д.

Отпечатано в ООО
«VEKTOR PRINT»
г.Ташкент, ул. Мукумий,178
Тел.: (+99898)123-69-99

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
г.Ташкента Рег. № 0129 от 06.11.2014 г.

© «Неврология» 2/2020

Электронная версия журнала
на сайтах: www.med.uz www.tipme.uz

Издается при поддержке компаний:
СП ООО «NOBEL PHARMSANOAT»
(генеральный партнер),
«ABBOTT LABORATORIES SA»,
«BERLIN-CHEMIE», «АРТЕРИУМ»,
ПАО «ФАРМАК» и представительство
«PRO.MED.CS Praha a.s.»

Главный редактор
МАДЖИДОВА Ё.Н.

Редакционная коллегия:

Алимов У.Х.
Асадуллаев М.М.
Гафуров Б.Г.
(зам. главного редактора)
Ибрагимов У.К.
Ибодуллаев З.Р.
Киличев И.А.
Мирджураев Э.М.
Насырова И.Р.
(ответственный секретарь)
Рахимбаева Г.С.
Сабиров Д.М.
Садыкова Г.К.
Самибаев М.Х.
Халимова Х.М.
Ходжаева Н.И.
Шамансуров Ш.Ш.

Председатель редакционного совета
Гафуров Б.Г.

Редакционный совет:

Борнштейн Н. (Израиль)
Гехт А.Б.
Дьяконова Е.Н.
Гусев Е.И.
Федин А.И.
Заваденко Н.Н.
Новикова Л.Б.
Скоромец А.А.
Чутко Леонид Семенович (все Россия)
Нургужаев Е.С. (Казахстан)
Мурзалиев А.М. (Киргизстан)
Шерапиева Рена Ханум (Азербайджан)

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI

№

НАШ ГОСТЬ

Федин А.И., Маджидова Е.Н. НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	2
---------------------------------------------------------------------------------------	---

ВОПРОСЫ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Аликулова Н.А., Назарова Ж.А., Зухритдинова Д.Г. АНАЛИЗ ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	7
Sharipov F.R., Majidova Y.N., Yusupaliyev V.K., Nasirova I.R., Turaboev O.O., Mukhammadsolikh Sh.B. SCREENING OF CEREBROVASCULAR DISEASES AND STROKE AMONG DOCTORS ON THE EVALUATION OF RISK FACTORS OF THEIR DEVELOPMENT.....	9
Иноятова С.О., Маджидова Ё.Н., Мухаммадсолих Ш.Б. КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОПАТИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.....	11
Гулова М.А., Саноева М.Ж. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ. КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ.....	14
Абдужамилова Р.М., Гафуров Б.Г., Хидоятова Д.Н. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА.....	19

ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

Ахмедова Д.С., Насырова И.Р., Абдусаттарова Г.Ш., Нишонбаев А.Х., Хидиров Р.Т. ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА.....	21
Маджидова Ё.Н., Мухаммаджанова Д.М. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АЛЧЕБА В ЛЕЧЕНИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	22
Мавлянова З.Ф. К ОЦЕНКЕ НУТРИТИВНОГО АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	24
Усманов С.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МИКРОПОЛЯРИЗАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗППР.....	27
Хусенова Н.Т., Усманов С.А., Гаврилова Т.А., Рашидова Г.У., Убайдуллаева И.М. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ.....	30
Ашрапов Ж.Р., Алиходжаева Г.А., Пирназаров К.Р. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ (ЛУЧЕВОЙ) ТЕРАПИИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ.....	31

ВОПРОСЫ ЭПИЛЕПТОЛОГИИ

Халилова А.Э. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДУОТЕРАПИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ВАЛЬПРОАТОВ И ЛЕВЕТИРАЦЕТАМА В ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЭГ.....	34
Abdusattarova G.Sh., Akhmedova D.S., Nasirova I.R., Yakubova Z.A., Shirmatov Sh.A. CLINICAL EVALUATION OF PHARMACORESISTENT EPILEPSY IN CHILDREN WITH VARIOUS FORMS OF CEREBRAL PALSY.....	37
Изюмов Д.П., Маджидова Е.Н., Изюмова Г.А., Авезов М.Х., Худайбергенов Б.С. КЛИНИЧЕСКИЙ АУДИТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЭПИЛЕПСИЕЙ В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИАРАЛЬСКОГО РЕГИОНА.....	39

ВОПРОСЫ СОМАТОНЕВРОЛОГИИ

Шарипова В.Х., Бахадирханов М.М., Касимова Р.И. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВИРУСНЫХ ЭНЦЕФАЛИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОДЕФИЦИТА.....	41
Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев К.К. ПОЗДНИЕ МОТОРНЫЕ И НЕМОТОРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПАРКИНСОНИЗМА.....	43
Раджабова Г.Б., Назарова Ж.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА НОЧНОГО АПНОЭ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.....	46

ВОПРОСЫ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ

Ашуров З.Ш., Шадманова Л.Ш., Убайдуллаев Б.О., Хайдаров Х.А., Бешкемпирова Г.М. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ.....	49
Аграновский М.Л., Долимова М.А., Исламов Ш.Х. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАЧЕСТВА И СТРУКТУРЫ РЕМИССИЙ ПРИ РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ.....	50
Нарходжаев А.А., Гофурова Г.Ф., Султанов Ш.Х. АЛКОГОЛГА ҚАРАМ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ВАХИМА БУЗИЛИШЛАРИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ.....	53
Gafurova S.Sh. ISHAQ TA'SIRLANISH SINDROMIDAGI PSIXOEMOTSIONAL BUZILISHLAR VA UNDA PSIXOTERAPEVTIK YORDAM KO'RSATISH.....	55
Аграновский М.Л., Усманова М.Б., Джураев Н.Н. КОМПЛЕКС БИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕЗАВЕРШЕННЫМИ СУИЦИДАМИ.....	57
Баймирова Л.Т., Турсунходжаева Л.А., Нуриллаев Н.Б. ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ.....	59
Гопурова Г.Ф., Султанов Ш.Х., Курбаниязова Ш.Э. ЎТКИР ПОЛИМОРФ ПСИХОТИК БУЗИЛИШЛАРИНИНГ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИК БУЗИЛИШЛАРИ.....	62

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Касимова Р.И. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОГО И КРИПТОКОККОВОГО МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.....	64
Абдуллаева М.Б., Маджидова Ё.Н., Кенджаева Г.С., Маматова Ш.А., Каланов А.Б. ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ.....	66

ВОПРОСЫ НЕЙРОЭНДОКРИНОЛОГИИ

Халимова З.Ю., Мирсаидова У.А. ОЦЕНКА НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ РЕГУЛЯЦИИ КОРТИКОТРОФНОЙ ФУНКЦИИ ГИПОФИЗА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТАГ.....	71
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ОБЗОР

Хидоятова Д.Н., Зупарова Л.М., Каримова О.Р., Миржалолов У.У. АНТИКОАГУЛЯНТЫ И АНТИАГРЕГАНТЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....	77
Аликулова Н.А., Зухритдинова Д.Г. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ БИОМАРКЕРОВ В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ СТАДИЯХ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	78
Abdumavlyanova N.A., Alikhodjaeva F.A., Botirova O.R., Nurmukhamedova D. NEUROPATHOLOGY OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS.....	80
Халимова Х.М., Матмуродов Р.Ж., Абдукадилов Э.И., Ёкубов А.Ч. ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИНИ ЭРТА АНИҚЛАШ ПРЕДИКТОРЛАРИ.....	82
Ходжиметов Д.Н., Асадуллаев У.М. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДУЛЛОБЛАСТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	85
Саъдинова Г.У., Саидвалиев Ф.С. МИГРЕНДА КОМОРБИД ҲОЛАТЛАР АҲАМИЯТИ.....	87

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Маджидова Ё.Н., Азимова Н.М., Бахрамов М.С. ПАЦИЕНТ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ МОЗГА. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.....	91
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

OUR GUEST

Fedin A.I., Majidova Y.N.
NEUROLOGICAL COMPLICATIONS OF CORONAVIRUS INFECTION.....2

QUESTIONS OF THE CLINIC, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NERVOUS DISEASES

Alikulova N.A., Nazarova J.A., Zuhritdinova D.G.
ANALYSIS OF THE SEVERITY OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN ELDERLY PATIENTS WHO HAVE SUFFERED AN ACUTE VIOLATION OF CEREBRAL CIRCULATION.....7

Sharipov F.R., Majidova Y.N., Yusupaliev B.K., Nasirova I.R., Turaboev O.O., Mukhammadsolikh Sh.B.
SCREENING OF CEREBROVASCULAR DISEASES AND STROKE AMONG DOCTORS ON THE EVALUATION OF RISK FACTORS OF THEIR DEVELOPMENT.....9

Inoyatova S.O., Madzhidova Y.N., Mukhammadsolikh Sh.B.
CLINICAL AND HEMODYNAMIC FEATURES OF TRIGEMINAL NEUROPATHY.....11

Gulova M.A., Sanoeva M.Zh.
FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF CHRONIC MIGRAINE. CLINICAL AND INSTRUMENTAL ANALYSIS.....14

Abdujamilova R.M., Gafurov B.G., Khidoyatova D.N.
SOME CLINICAL AND DEMOGRAPHIC FEATURES OF PARKINSON'S DISEASE DEPENDING ON GENDER.....19

QUESTIONS OF CHILDREN'S NEUROLOGY

Akhmedova D.S., Nasirova I.R., Abdusattarova G.Sh., Nishonbaev A.Kh., Khidirov R.T.
ASSESSMENT OF VEGETATIVE CHANGES IN VARIOUS FORMS OF CEREBRAL PALSY.....21

Madjidova Y.N., Muhammadjanova D.M.
CLINICAL EFFECTIVENESS OF THE DRUG ALCHEBA IN THE TREATMENT OF COGNITIVE DISORDERS IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY.....22

Mavlyanova Z.F.
TO THE ASSESSMENT NUTRITIONAL ANAMNESIS IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY.....24

Usmanov S.A.
THE RESULTS OF THE APPLICATION OF TRANSCRANIAL MICROPOLARIZATION IN THE COMPREHENSIVE REHABILITATION OF CHILDREN WITH A DELAY IN PSYCHO-SPEECH DEVELOPMENT.....27

Khusenova N.T., Usmanov S.A., Gavrilova T.A., Rashidova G.U., Ubaydullaeva I.M.
COMPLEX APPROACHES IN THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH PSYCHO-SPEECH DEVELOPMENT.....30

Ashrapov J.R., Alixodjaeva G.A., Pirnazarov K.R.
ANALYSIS OF EFFICIENCY (RADIATION) OF THE THERAPIES OF THE SUPRATENTORIAL GLIAL OF BRAIN IN CHILDREN.....31

QUESTIONS OF EPILEPTOLOGY

Khalilova A.E.
EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF DUOTHERAPY FOR EPILEPTIC SYNDROMES OF VALPROATES AND LEVETIRACETAM IN THE DYNAMIC OBSERVATION OF EEG CHANGES.....34

Abdusattarova G.Sh., Akhmedova D.S., Nasirova I.R., Yakubova Z.A., Shirmatov Sh.A.
CLINICAL EVALUATION OF PHARMACORESISTENT EPILEPSY IN CHILDREN WITH VARIOUS FORMS OF CEREBRAL PALSY.....37

Izyumov D. P., Majidova Y. N., Izyumova G. A., Avezov M. H., Khudaibergenov B. S.
CLINICAL AUDIT OF MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH EPILEPSY IN THE KHOREZM REGION OF THE ARAL SEA REGION.....39

QUESTIONS OF SOMATONEUROLOGY

Sharipova V.X., Badirkhanov M.M., Kasimova R.I.
CLINICAL AND LABORATORY MANIFESTATIONS OF VIRAL ENCEPHALITIS DEPENDING ON IMMUNODEFICIENCY.....41

Rizaev J.A., Raimova M.M., Boboev K.K.
LATE MOTOR AND NON-MOTOR COMPLICATIONS OF PARKINSONISM.....43

Radzhabova G. B., Nazarova Zh. A.
FEATURES OF THE COURSE OF NIGHT APNEA SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE.....46

QUESTIONS OF PSYCHONEUROLOGY

Ashurov Z.Sh., Shadmanova L.Sh., Ubaydullaev B.O., Khaidarov H.A., Beshkempirova G.M.
COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS.....49

Agranovsky M.L., Dolimova M.A., Islamov Sh.H.
COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF THE QUALITY AND STRUCTURE OF REMISSIONS IN RECURRENT SCHIZOPHRENIA DEPENDING ON LONG-TERM MAINTENANCE THERAPY.....50

Narhodjaev A.A., Gopurova G.F., Sultanov SH.H.
FEATURES OF PANIC DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE.....53

Gafurova S.SH.
PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND PROVISION OF PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT.....55

Agranovsky M.L., Usmanova M.B., Djuraev N.N.
COMPLEX OF BIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONALITY OF PATIENTS WITH UNFINISHED SUICIDES.....57

Baymirova L.T., Tursunkhodjaeva L.A., Nurillaev N.B.
SOCIAL INTELLIGENCE FEATURES IN PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION.....59

Gopurova G.F., Sultanov SH.H., Kurbaniyazova Sh.E.
CLINICAL IMMUNOLOGICAL FEATURES OF ACUTE POLYMORPHIC DISORDERS.....62

THE ISSUES OF PUBLIC HEALTH

Kasimova R. I.
DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC INDICATORS OF CYTOMEGALOVIRAL AND CRYPTOCOCCAL MENINGOENCEPHALITIS IN PATIENTS WITH HIV INFECTION.....64

Abdullayeva M. B., Majidova Y. N., Kenzhayeva G. S., Mamatova Sh. A., Kalanov A. B.
ISSUES OF COMPLEX FORECASTING OF ISCHEMIC STROKE DEVELOPMENT.....66

QUESTIONS OF NEUROENDOCRINOLOGY

Halimova Z.Y., Mirsaidova U.A.
ASSESSMENT OF NEUROENDOCRINE REGULATION OF CORTICOTROPIC PITUITARY FUNCTION IN PATIENTS AFTER TSS.....71

REVIEW

Khidoyatova D.N., Zuparova L.M., Karimova O.R., Mirjalalov U.U.
ANTICOAGULANTS AND ANTIAGREGANTS IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF ISCHEMIC STROKE.....77

Alikulova N. A., Zuhretdinova D. G.
BIOLOGICAL MARKERS IN THE DIAGNOSIS OF CEREBRAL ISCHEMIA.....78

Abdumavlyanova N.A., Alixhodjaeva F.A., Botirova O.R., Nurmukhamedova D.
NEUROPATHOLOGY OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS.....80

Khalimova Kh.M., Matmuradov R.C., Abdukadirov E.I., Yakubov A.Ch.
PREDICTORS OF EARLY DETECTION OF PARKINSON'S DISEASE.....82

Khodjimetov D.N., Asadullaev U.M.
CLINICAL AND DIAGNOSTIC FEATURES OF THE BRAIN MEDULLARY OBLASTOMAS.....85

Sadinova G.U., Saidvaliev F.S.
THE ROLE OF COMORBIDITY IN MIGRAINE.....87

CLINICAL CASE

Majidova Y.N., Azimova N.M., Bahramov M.S.
A PATIENT WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA. ANALYSIS OF A CLINICAL CASE.....91

МИГРЕНДА КОМОРБИД ҲОЛАТЛАР АҲАМИЯТИ

Саъдинова Г.У., Саидвалиев Ф.С.

Ташкентская медицинская академия

Калит сўзлар: мигрен, инсулт, эпилепсия, депрессия, гипотиреоз, коморбидлик.

Коморбидлик атамаси биринчи бор 1970 йил америкалик тадқиқотчи ва эпидемиолог А.Р. Feinstein томонидан маълум касаллик фонида ривожланувчи ёки мавжуд бўлган қўшимча клиник ҳолатларни ифодалаш учун киририлган. Асосий касалликни даволашда коморбид ҳолатга аҳамият бермасликнинг имкони мавжуд эмас, шу сабабли охириги ўн йил мобайнида коморбидлик тиббиётнинг турли соҳаларида алоҳида илмий-текширув йўналиши бўлиб чиқди [2].

Мигренда ҳамкор келувчи касалликларни ўрганиш ташхис қўйиш ва даволашда муҳим омил ҳисобланади. Мигрен коморбидлиги 4 асосий механизм орқали тушинтирилади: генетик ва ташқи муҳит факторлари, сабаб-натижа алоқаси, патофизиологик ўзаро боғлиқлиги ва тўлиқ тасодифий боғланиш [22,42].

Мигренда коморбидликка аҳамият беришнинг муҳимлиги кўйидагилар билан ифодаланади:

Касалликларнинг бирга келиши ташхис қўйишни мураккаблаштириши мумкин. Масалан мигреннинг ўчоқли белгилари ва инсулт;

Бир касаллик клиник жиҳатдан бошқа касалликларни эслатиши мумкин.

Бир даво икки касаллик учун берилиши мумкин, антидепрессантлар мигрен ва депрессияга;

Касалликларнинг коморбидлиги мигреннинг патофизиологиясини ёритишга калит бўлиши мумкин [47].

Коморбидлик ривожланишига сурункали яллиғланиш, систем ва инволютив метаболит ўзгаришлар, ятрогения, генетик мойиллик кабилар ҳам сабаб бўлиши мумкин. Коморбид касалликлар мигреннинг кечилишига аҳамиятли даражада таъсир қилади. Улар мигрен хуружини оғирлаштиради, хуружлараро даврда бемор ҳолатини ёмонлаштиради ва умумий қилиб олганда бемор ҳаёт сифатини пасайтиради, яққол дезадаптацияга сабаб бўлади ва касаллик прогнозига салбий таъсир қилади. Шу сабабли коморбид касалликларни аниқлаш ва даволаш мигрен профилактик давосида муҳим аҳамият касб этади [58].

Мигреннинг кўплаб неврологик, соматик ва психиатрик касалликлар билан коморбидлиги аниқланган, шулардан энг кўп тарқалганлари аффектив бузилишлар (86%гача), уйқу бузилишлари (44%), сурункали оғриқ синдромлари (40%гача), ичак таъсирланиш синдроми (25–50%), аллергия ва поллиноз (55%), семизлик (24%) ва бошқа бир қанча касалликлар ташкил қилади [43].

Мигрен ва депрессия. Бир қатор текширувларда кайфият бузилиши мигренда умумий популяцияга нисбатан кўпроқ учраши аниқланган [10,55]. Мигрен депрессиянинг пайдо бўлишига сабаб бўлади, ўз навбатида депрессия ҳам мигрен хуружига хавф омили ҳисобланади [11]. Депрессия мигреннинг сурункали формасида кўпроқ кузатилади. Мигрен ва депрессия ҳамкор келиши ногиронликка депрессиясиз келганга нисбатан кўпроқ сабаб бўлади [6,37]. Депрессия ва мигрен алоқадорлиги аурасиз мигренга нисбатан аурали мигренда кучлироқдир. Норвегия олимлари 49000 инсонда мигрен ва депрессияни ташхислаш учун текширувлар олиб боришган. Натижаларга кўра депрессия иккала жинс вакилларида ҳам мигрен ташхиси қўйилган инсонларда мигрен мавжуд бўлмаганларга нисбатан кўпроқ аниқланган. Шу билан бирга аурали мигрени бор аёлларда, аурасиз мигрен мавжуд аёлларга нисбатан депрессия кўпроқ ташхисланган. Аммо эркаларда бу нисбийлик аурали ва аурасиз мигренда кузатилмаган [31]. Депрессия мигрен билан коморбид келганда беморларнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир қилади ва ноги-

ронликка кўпроқ сабаб бўлади. Францияда Lanteri-Minet 1179 нафар катта ёшли инсонларда депрессия ва мигрен мавжудлигини текширган. Депрессияни HADS шкаласи орқали ва ногиронликни MIDAS шкаласи ва саломатлик ҳолатини қисқа текшируви (SF-12) орқали баҳолаган. Депрессия мигрен мавжуд беморларда солиштирма гуруҳга нисбатан кўпроқ аниқланган ($P<0,01$). Депрессия мавжуд беморларда ҳаёт сифат даражаси SF-12 шкаласи бўйича соғлом гуруҳга нисбатан пасайганлиги аниқланган. Шу билан бирга депрессия ва мигрен мавжуд беморларда ҳаёт сифат даражаси солиштирма гуруҳларга нисбатан кўпроқ пасайган ($P<0,01$) ва MIDAS шкаласи бўйича кучлироқ даражаси қайд этилган [24].

Мигрен ва ваҳима. Ваҳима ҳам мигренда кўп кузатиладиган ҳолат ҳисобланади [10,53,55,54]. Stewart 12 ёшдан 29 ёшгача бўлган 10000 нафар инсонда ваҳима учраш эҳтимоллиги ўрганган ва мигрен ваҳима мавжуд бўлган эркалар орасида ваҳима бўлмаган эркаларга нисбатан 7 мартаба кўпроқ кузатилиши аниқланган [53]. Бреслау ва Дэвис ҳам мигрен ва ваҳима ҳамкор келишини ўз текширувлари орқали тасдиқлаган. Олим 1007 нафар 21 ёшдан 30 ёшгача бўлган инсонларда мигрен ICHD ва ваҳима DSM-III мезонлари орқали аниқлаган. Натижаларга кўра ваҳима мигрен мавжуд беморларда кўпроқ аниқланган [10]. Breslau ва Davisнинг психиатрик клиникаларда текширувларида ваҳима мавжуд касалларда мигрен турларидан аурасиз мигрен нисбатан кўпроқ учраши кузатилган. Шу билан бирга бош оғриги бор беморларда ваҳима узоқроқ давом этиши аниқланган [29]. Оссипова ва Колосова текширувларига асосан мигрен ва ваҳима мавжуд беморларда мигрен хуружлараро даврида эмоционал бузилишлар кўп кузатилади ва бу ўз навбатида ҳаёт сифатининг пасайишига сабаб бўлади [33].

Мигрен ва эпилепсия. Эпилепсия мигрен билан коморбид касаллик ҳисобланади. Эпилепсияда бош оғригининг учраши 59% ни ташкил қилади [8]. Кўп ҳолларда беморларда мигреноз бош оғриги безовта қилади (8-26%) [32]. Эпилепсия мигрен учрашини 2,4 мартаба, мигрен эпилепсия юзага келишини 4,1 мартаба оширади [48]. Мигрен ва эпилепсия умумий хавф омиллига эга: ҳайз, алкоғол қабул қилиш, об-ҳаво ўзгариши, уйқу бузилиши каби [19]. Оттман ва Липтон 1948 нафар катта ёшдаги эпилепсия билан хаста беморларни ва уларнинг 1411 нафар яқин қариндошларини ўрганган. Бу ўрганишлар натижасида мигрен ва эпилепсия касалликлари ўртасида беморнинг ёши, касалликнинг бошланиши, хуруж сабаби, оилавий анамнезига боғлиқ бўлмаган алоқа мавжудлиги аниқланган. Эпилепсия билан хасталанган қариндошларда мигрен учраш эҳтимоллиги 2,4 ни, эпилепсия бўлмаган қариндошларда бу кўрсаткич 1,0 ни ташкил қилади [33]. Мигрен учраш эҳтимоллиги травма натижасида юзага келган эпилепсияда нисбатан кўпроқ кузатилган. Мигрен хуружи тутқаноқ хуружидан олдин ҳам кейин ҳам кузатилиши мумкин [25]. Ушбу икки касаллик ҳам сурункали, эпизодик неврологик бузилишлар билан кечадиган, бир қанча ўхшаш симптомлар мавжуд бўлган, яъни аура, кайфият ўзгариши ва ўчоқли сенсор ўзгаришлар кузатиладиган касаллик ҳисобланади [12]. Мигрен ва эпилепсия ҳамкор келиш сабабининг бир қанча тахминлари мавжуд. Бунга наслий омил, атроф-муҳит омиллари ва нейронларнинг юқори қўзғалувчанлиги, иккиламчи электролитлар ва нейротрансметтирлар миқдорининг ўзгариши сабаб бўлиши тахмин қилинади [25,46]. 2005 йил Velioglu текширувларига кўра мигреннинг эпилепсия билан ҳамкор келиши эпилепсия прогнозини оғирлаштиради. Ушбу ҳолатда эпилепсиянинг ремиссияга тушиши қийинлашиши аниқланган. Мигрен ва эпилепсия коморбидлиги иккала ка-

саллиқнинг ҳам кечишини оғирлаштиради, хуружлараро давр қисқаради. Ушбу ҳолатда иккала касалликка ҳам даво қилинганда узоқ муддатли ремиссияга эришиш мумкин [59].

Мигрен ва инсулт. Текширувлар натижасида инсулт ва мигрен коморбид касаллик эканлиги аниқланган [61]. Мигрен турлари орасида инсулт аурали мигренда кўпроқ кузатилади [40]. Бу алоқадорлик сабаби ҳозиргача тўлиқ аниқланмаган. Welch икки касаллик ўртасидаги алоқадорликни 4 га бўлади [61]:

Инсулт ва мигреннинг ёндош келиши, яъни мигрен инсултга боғлиқ бўлмаган ҳолда юзага келади ва инсулт ривожланишига сабаб бўлмайди.

Инсулт мигрен клиник сиптомлари билан бирга кузатилади. Ушбу ҳолатда икки касаллик ўхшаш структур ўзгаришлар натижасида юзага келади. Аммо патогенез жиҳатдан боғлиқ бўлмайди.

Инсулт мигрен натижасида юзага келади. Ушбу ҳолатда касалликлар сиптомлари қўйидаги мезонларга мос келиши керак.

Неврологик ўзгаришлар олдинги мигрен хуружидан кузатирилган белгилар билан бир хил бўлиши керак.

Инсулт мигрен хуружи вақтида кузатилади. Бошқа инсулт хавф факторлари мавжуд бўлса, уларнинг иштироки инкор қилиниши керак.

4. Аниқланмаган алоқадорлик.

M. Schurks 2010 йил 25 турли текширувларни таҳлил қилиб ишемик инсулт мигреннинг аурали турида кўпроқ кузатилади деган хулоса берган. Шу билан бирга мигрен мавжуд аёл беморларда ишемик инсулт соғлом аёлларга нисбатан 2,08 маротаба кўпроқ тахисланган [45].

J.T. Specter 622 380 нафар бемор иштирок этган 21 дон текширувларни метаанализ қилиб қўйидаги хулосани берган. Ишемик инсулт учраш хавфи мигрен мавжуд беморларда мигрен бўлмаган беморларга нисбатан 2,04 ни ташкил қилган ва бу кўрсаткич аурали мигренда 2,25 ни, аурасиз мигренда 1,24 ни ташкил қилган. Ишемик инсулт учраш хавфи мигрен мавжуд аёлларда мигренсиз аёлларга нисбатан 2,43 маротаба кўпроқ кузатирилган [50].

Мигрен ва ишемик инсулт ҳамкор келишини изоҳловчи бир қанча фаразлар мавжуд:

1. Мигрен хуружи юзага келишида нейроваскуляр ўзгаришлар кузатилади. Бу ўзгаришлар ишемик инсулт юзага келиши учун ҳам хосдир.

2. Иккала касаллик коморбидлигида умумий патофизиологик омиллар муҳим ўрин тутди.

3. Баъзи генетик бузилишлар мигрен ва ишемик инсулт юзага келиши учун асос бўлиши эҳтимоли мавжуд.

Мигреноз аура юзага келишининг патогенетик асосида пўстлоқ кўрув нейронларининг деполяризация тўлқини ётади. Бу жараёнда тўлқин пўстлоқ кўрув соҳаси орқа қисмидан олдинга қараб йўналади ва олигемия тўлқини билан алмашади. Ушбу феномен «тарқоқ пўстлоқ депрессияси» атамаси билан номланади. Церебрал олигемия секин ривожланади ва аура фазасига тўғри келади. Ушбу ўзгаришлар позитрон-эмиссион томограф орқали тасдиқланган, мигреноз аура вақтида бош мия орқа қисмларида гипоперфузия кузатилади. Гипоперфузиянинг тез-тез такрорланиши маълум хавф омил мавжуд инсонларда ўткир церебрал ишемия юзага келишига сабаб бўлади деб тахмин қилинади [63]. Иккинчи тахмин эндотелий дисфункцияси ҳисобланади. Эндотелиал дисфункция нейроваскуляр таъсири вазодилатация камайиши, эндоген вазоконстрикторлар миқдорининг ошиши ва қон томир реактивлигининг бузилиши билан тушинтирилади. Бу эса ўз вақтида прокоагулянт, яллиғланиш олди ва пролифератив жараёнларни фаоллаштиради ва атеросклероз ривожланишига сабаб бўлади [57]. Учинчи фаразга кўра MTHFR (methylene tetrahydrofolate reductase) генининг полиморфизми аурали мигрен ва инсулт ривожланиши учун омил бўлади деб тахмин қилинади. MTHFR гени метобализм фолат ва гомоцистеин ферментларини кодлайди ва аурали мигренга

мойиллик яратади [13,57]. Яна бир генетик омил ангиотензин-айлантирувчи фермент (ACE-DD) генининг полиморфизмидир. ACE-DD гени VWF омили, тромбофилия, гиперкоагуляция, қон-томир силлиқ мушаклари тонусини ошиши, лакунар инфарктлар билан боғлиқ. ACE-DD полиморфизми мигрен хуружлар сони кўпайишига сабаб бўлади. Ушбу генларни ўрганиш давомида мигрен, инсулт ва коронар касалликларнинг ўзаро боғлиқлиги аниқланган [1]. Мигрен ва ишемик инсултнинг генетик жиҳатдан коморбидлигини асословчи мигреноз бош оғриқлари ва қайталанувчи ишемик инсулт билан кечувчи наслий генетик касалликлар мавжуд. Бунга мисол қилиб церебрал аутосом доминант артериопатия субкортикал инфаркт билан ва лейкоэнцефалопатияни олиш мумкин (Cerebral Autosomal Dominant Arterio pathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL) [13].

Мигрен ва эссенциал тремор. Эссенциал тремор мигреннинг яна бир коморбид касаллиги ҳисобланади. 1990 йилда эссенциал тремор бўлган беморлардан 58 нафар мигрен билан ва 85 нафар мигрен бўлмаган беморларни текширилган ва олинган натижаларни мигрен билан хасталанган 74 нафар эссенциал тремори бор бўлган ва 102 нафар тремор мавжуд бўлмаган беморлар солиштирилган. Мигрен билан хаста беморларда солиштирама гуруҳга нисбатан эссенциал тремор диярли 15 марта кўп ва эссенциал тремор мавжуд беморларда мигрен 2 маротаба кўпроқ аниқланган [9].

Мигрен ва атопик касалликлар. Кўплаб аллергик касалликлар, шу жумладан астма ва экзема мигрен билан коморбид касалликлар қаторига киритилади. 2002 йил Davey G, Sedgwick P текширувлари натижасига кўра мигренда астма кузатилиш хавфи 1,59 ни, экзема 1,55 ни ташкил қилади [15]. М.И. Карлованинг изланишларида кўра атопик касалликлар мигренда 16% ҳолатда ҳамкор келади, сурункали мигренда бу кўрсаткич 18%ни ташкил қилади [3]. Мигрен ва аллергия ҳамкор келиши сабаблари маълум эмас. Мигрен ва аллергия патофизиологик асоси умумий бўлиши мумкинлиги тахмин қилинади, гистамин томир эндотелийсидан азот оксид ажратиб мигрен хуружига қўзғатувчи омил сифатида таъсир қилиши мумкин [56]. Ҳозирги вақтда овқат аллергияси ва мигрен ўртасида алоқа борлиги ўрганилмоқда. Овқат маҳсулотлари таркибига кирувчи тирамин, фенилэтиламин, нитрат ва нитритлар, глутамат натрий кабилар ва алкоголь мигренда қўзғатувчи омил сифатида таъсир кўрсатиши мумкин [44].

Мигрен ва ошқозон-ичак тизими касалликлари. Мигрен рефлюкс эзофагит, ичак таъсирланиш синдроми, ошқозон яра касаллиги каби бир қанча ошқозон-ичак касалликлари билан ҳамкор келади [5,23]. Мигрен хуружига ошқозон-ичак касалликларидан кўпроқ рефлюкс эзофагит ҳамкор келиши ўрганилган. Рефлюкс ҳамкор келган мигрен билан хаста беморларда оғриқ асосан эрталаб безовта қилади ва кўп ҳолларда тиш ва жағдан бошланади [51,52]. Ичак таъсирланиш синдроми ҳам мигрен билан ҳамкор келувчи касаллик ҳисобланади. Ичак таъсирланиш синдроми мавжуд беморларнинг 34-50% ида бош оғриги тахисланган [39,62]. Ушбу касаллик мавжуд бўлган 350 нафар бемор текширилганда, уларнинг 32% ида мигрен аниқланган, солиштирама соғлом гуруҳда бу кўрсаткич 18% ни ташкил қилган ($P < 0,01$) [23]. Икки касаллик ўртасидаги патофизиологик боғлиқлик тўлиқ аниқланмаган. Бироқ баъзи олимллар ичак таъсирланиш синдроми мавжуд беморларда марказий типдаги гипералгезия ҳам бўлиши мумкинлигини ва мигренга алоқадорлик мавжудлигини тахмин қилади [60]. Икки касалликнинг умумий патогенетик боғлиқлигига бир қанча тахминлар мавжуд. Улардан серотонин, нейрозендокрин омиллар, иммунологик омиллар, ичак микробиотлари алоқадорлиги тахмин қилинади [14]. Яна ушбу икки касалликнинг алоқадорлиги даво муолажаларининг ўзаро таъсири борлиги билан ифодланади. Текширувларда IgG га асосланган элиминацион диетанинг ичак таъсирланиш синдроми ва мигрен кечишини енгиллаштири-

ши аниқланган [7].

Мигрен ва сурункали чарчаш синдроми. Мигрен ва сурункали чарчаш синдроми ҳамкор касаллик ҳисобланади. 2002 йил Peres ва бир қатор олимлар 63 нафар сурункали мигрен мавжуд беморларни текширганда уларда 84,1% сурункали чарчоқ синдроми аниқланган [36]. Касалликлар ўртасида патофизиологик алоқадорлик маълум эмас, аммо марказий серотонинергик фаолиятнинг ўзгариши сурункали чарчоққа ҳам таъсир қилиши мумкинлиги тахмин қилинади [30,36].

Мигрен ва ҳайз, дисменорея. Ҳайз мигрен учун кўзгатувчи омил сифатида қайд этилади. Мигрен касаллиги билан хаста беморларнинг 70% ини аёллар ташкил қилади ва уларнинг 70% қисми мигрен билан ҳайз ўртасида боғлиқлик мавжудлигини тасдиқлайди. MacGregor мигрен билан шикоят қилган 55 нафар аёлни текширганда, уларнинг 7,2% да мигрен хуружи ҳайз циклининг айнан бир вақтида (яъни ҳайздан 2 кун олдин ва ҳайзнинг дастлабки 2 кунда) безовта қилиши қайд этилган (1 ± 2 кун). Ушбу беморларнинг 34,5% да мигрен хуружи бутун цикл давомида кузатилган, аммо хуружларлар сони ҳайз циклининг дастлабки 2 кунда кўпайиши аниқланган [26]. MacGregor мигрен фақат ҳайзнинг дастлабки 2 кунда безовта қиладиган беморлар учун “менструал мигрен” атамасини фанга киритишни таклиф қилган. Мигрен хуружи циклга боғлиқ бўлмаган ҳолда кузатилиб, дастлабки 2 кунда кучаювчи тури учун “ҳайзга боқлиқ мигрен” атамасини таклиф қилган [64].

Мигрен ва фибромиалгия. Фибромиалгия мигрен билан коморбид касаллик ҳисобланади [20]. Giambardino эпидемиологик текширувида фибромиалгиянинг мигрен билан ҳамкор келиши 55,8 %ни ташкил қилган [17]. Фибромиалгия ва мигрен коморбидлиги патофизиологияси тўлиқ ўрганилмаган, нейромедиаторлар дисбаланси ва генетик алоқадорлик тахмин қилинади. Шу билан бирга кўп такрорланувчи бош оғриғи нерв тизими соматик соҳалари оғриқ сезгиси ошишига сабаб бўлиши тахмин қилинади. Клиник кузатувлар орқали мигрен ва фибромиалгия ҳамкор келганда, бош оғриқ вақтида ёки оғриқдан кейин фибромиалгия клиникаси юзага келади [18].

Мигрен ва қалқонсимон без касалликлари. Мигрен ва тиреоид касалликлар коморбидлиги охириги йилларда чуқур ўрганилмоқда. 2018 йил Rubino E ва бир қатор олимлар субклиник гипотиреозда мигрен учраш эҳтимоллиги текширганда солиштирма гуруҳга нисбатан субклиник гипотиреозда мигрен кўпроқ ташхисланган. Аурапи ва аурасиз мигренда ҳам бу кўрсаткич солиштирма гуруҳга нисбатан баландроқ бўлган ($p < 0,001$ и $p = 0,010$) [41]. Moreau ва бир қатор олимлар билан биргаликда гипотиреозда бош оғриғи мавжуд касалларда тиреоид даводан сўнг бош оғриғи 30% га камайганлигини қайд этган [29]. Мигрен ва гипотиреоз алоқадорлиги тўлиқ аниқланмаган. Singh мигрен ва гипотиреоз ўзаро патофизиологик жиҳатдан боғлиқ деб тахмин қилади: оғриқ бўсағаси серотонинергик ва норадренергик ядролар модуляцияси орқали бошқарилади. Юкоридаги икки тизимлардан бирининг фаолиятини сусайиши иккинчиси томонидан тўлдирилади. Шундай қилиб гипотиреозда адренергик тонуснинг пасайиши ўз навбатида серотонинергик фаолиятнинг ошишига олиб келади, бу эса бош оғриғига сабаб бўлади. Эутиреозга эришилгандан сўнг бош оғриғининг сусайиши қалқонсимон без фаолияти ва серотонин билан боғлиқ. Қалқонсимон без гормони одамнинг серотонин транспортер гени ва унинг аллел вариациясида ҳам иштирок этади ва мигрен, депрессия, ҳамда гипотиреоз ҳолатида кузатилади [49]. Henley қалқонсимон без фаолияти ва серотониннинг булбоспинал метаболизми (5HT) бир-бирига боғлиқ деб тахмин қилади. Бирламчи гипотиреоз 5HT метаболизмининг сезиларли ошиши билан кузатилади. Мигрен билан оғриган беморларда қалқонсимон без патологияси, яъни гипотиреозни ўриндош даволаш бош оғриғи миқдорини камайтиради. Бу ҳолат шу билан тушунтириладигани гипотиреозни коррекцияси бош мия кўзгалувчанлигини

қисқартиради [21]. Innocenzo сурункали мигрен ривожланишида гормонал дисбаланс ўрни ҳақида айтиб ўтади, бу ҳолат кўпинча сурункали мигренда дориларни кўп қабул қилганда юзага келади. Ушбу ҳолат беморларда кортикотроп ва соматотроп фаолиятнинг сусайишига олиб келади [39].

Хулосалар. Шуни хулоса қилиб айтиш мумкинки, сурункали қалқонсимон без касалликлари ва сурункали мигрен бир-бири билан боғлиқ бўлиб гипотиреозни мигрен бош оғриғи учун хавф гуруҳига киритиш мумкин. Гипотиреоз ва мигреннинг ўзаро боғлиқлиги чуқур ўрганилиши лозим. Шунга кўра бош оғриғини одатий даволашда қониқарли натижага эришилмаганда қалқонсимон без фаолиятини текшириш шифокорлар учун маъқул деб ҳисобланади.

Адабиётлар

1. Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р., Климов Е.А. Генетика мигрени (научный обзор). *Анналы неврологии*, 2008, 2(1): 41-45.
2. Верткин А.Л., Румянцев М.А., Скотников А.С. и др. Коморбидность: от истоков развития до современного понятия. Как оценить и прогнозировать // *Врач скорой помощи*. 2011. Т.7. С.4–14.
3. Карпова М.И. Роль иммунной системы в прогресси-ровании головной боли напряжения и мигрени: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Челябинск, 2011.
4. Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. Мигрень. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 642 с.
5. Aamodt AH, Stovner LJ, Hagen K, Zwart JA (2008) Comorbidity of headache and gastrointestinal complaints. *The Head-HUNT Study*. *Cephalalgia* 28(2):144–151, 18197884, 1.
6. Antonaci F, Nappi G, Galli F, Manzoni GC, Calabresi P, Costa A. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *J Headache and Pain*. 2011;12:115–125.
7. Aydinlar EI, Dikmen PY, Tiftikli A, Saruc M, Aksu M, Gun-soy HG, Tozun N. IgG-based elimination diet in migraine plus irritable bowel syndrome. *Headache*. 2013;53:514–525.
8. Batelli L., Black K.R., Wray S.H. Transcranial magnet-ic stimulation of visual area V5 in migraine. // *Neurology*. – 2002. – v.58. – p.1066-1069.
9. Biary N, Koller W, Langenberg P. Correlation between essential tremor and migraine headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1990;53:1060-1062.
10. Breslau N, Davis GC. Migraine, physical health and psychiatric disorder: a prospective epidemiologic study in young adults. *J Psychiatr Res*. 1993;27: 211-221.
11. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, et al. Headache and major depression: is the association specific to mi-graine? *Neurology*. 2000;54:308-313.
12. Carolei A, Ciancarelli I, Cerone D, Sacco S. Comorbidity-ties of migraine: a user-friendly overview. *J Headache Pain*. 2003;4:S23-S25.
13. Chabriat H, Joutel A, Dichgans M, Tournier Lasserre E, Boussier MG. *Cadasil*. *Lancet Neurol*, 2009, 8: 643-653.
14. Chang FY, Lu CL. Irritable bowel syndrome and mi-graine: bystanders or partners? *J Neurogastroenterol Motil*. 2013;19:301–311.
15. Davey G, Sedgwick P, Maier W, et al. Association between migraine and asthma: matched case-control study. *Br J Gen Pract*. 2002;52:723-727.
16. De Tommaso M (2012) Prevalence, clinical features and potential therapies for fibromyalgia in primary headaches. *Expert Rev Neurother* 12:287– 95 c.
17. Giambardino MA, Affaitati G, Costantini R (2006) Chapter 24. Referred pain from internal organs. *Handb Clin Neurol* 81:343– 61 c.
18. Giambardino MA, Affaitati G, Costantini R (2010) Visceral referred pain. *J Musculoske Pain* 18:403– 10 c.
19. Haan J., Kors E.E., Vanmolkort K.R. Migraine genetics: an update. // *Curr Pain Headache Rep*. – 2005. – v.9. – p.213-220.

20. Hawkins RA (2013) Fibromyalgia: a clinical update. *J Am Osteopath Assoc* 113:680–9 c.
21. Henley WN, Bellush LL, Tressler M. Bulbospinal seroto-nergic activity during changes in thyroid status. *Can J Physiol Pharmacol* 1998; 76(12):1120-31.
22. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol.* 2008;7:354–361.
23. Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the gen-eral population. *BMJ.* 1992;304:87-90.
24. Lanteri-Minet M, Radat F, Chataurd M, Lucas C. Anxi-ety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects' disability and quality of life and acute mi-graine management. *Pain.* 2005:319–326.
25. Lipton RB, Stewart WF. Migraine headaches: epidemiol-ogy and comorbidity. *Clin Neurosci.* 1998; 5:2-9.
26. MacGregor EA, Chia H, Vohrah RC, Wilkinson M. Migraine and menstruation: a pilot study. *Cephalal-gia.* 1990;10:305-310.
27. MacGregor A. Migraine associated with menstrea-tion. *Funct Neurol.* 2000;15(suppl 3):143-153.
28. Marazziti D, Toni C, Pedri S, et al. Prevalence of head-ache syndromes in panic disorder. *Int Clin Psychopharma-col.* 1999;14:247-251.
29. Moreau T, Manceau E, Giroud-Baleyrier F, Dumas R, Giroud M. Headache in hypothyroidism. Prevalence and out-come under thyroid hormone therapy. *Cephalalgia* 1998; 18(10):687-9.
30. Neeck G, Crofford LJ. Neuroendocrine perturbations in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 2000;26: 989-1002.
31. Oedegaard KJ, Neckelmann D, Mykletun A, et al. Mi-graine with and without aura: association with depression and anxiety disorder in a population-based study. The HUNT Study. *Cephalalgia.* 2006;26:1–6.
32. Ophoff R.A., Terwindt G.M., Vergouwe M.N., et al. Fa-milial hemiplegic migraine and episodic ataxia type-2 are caused by mutations in the Ca2+ channel gene CACNL1A4. // *Cell.* – 1996. – v.87. – p.543- 552.
33. Ossipova VV, Kolosova OA, Vein AM. Migraine associ-ated with panic attacks. *Cephalalgia.* 1999;19: 728-731
34. Ottman R, Lipton RB. Comorbidity of migraine and epi-lepsy. *Neurology.* 1994;44:2105-2110.
35. Parker AJ, Wessely S, Cleare AJ. The neuro endocrinology of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Psychol Med.* 2001;31:1331-1345.
36. Peres MF, Zukerman E, Young WB, Silberstein SD. Fatigue in chronic migraine patients. *Cephalalgia.* 2002;22:720-724.
37. Radat F, Swendsen J. Psychiatric comorbidity in migraine: a review. *Cephalalgia.* 2005;25:165–178.
38. Rainerol, Margherita F, Elis R, et al. Endocrine function is altered in chronic migraine patients with medication-overuse. *Headache* 2006; 46(4): 597-603.
39. Riedl A, Schmidtman M, Stengel A, Goebel M, Wissner AS, Klapp BF, Mönnikes H. Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: a systematic analysis. *J Psychosom Res.* 2008;64:573–582.
40. Rothrock J, North J, Madden K, et al. Migraine and migrainous stroke: risk factors and prognosis. *Neurology.* 1993;43:2473-2476.
41. Rubino E, Rainero I, Garino F (2018) Subclinical hypo-thyroidism is associated with migraine. 39(1):15-20 c.
42. Scher AI, Bigal ME, Lipton RB. Comorbidity of mi-graine. *Curr Opin Neurol.* 2005;18:305–310.
43. Schoenen J., Dodick D.W., Sandor P.S. (Eds.) Comorbidity in Migraine. London: Wiley-Blackwell. 2011. 152 p.
44. Schuller DE, Cadman TE, Jeffreys WH. Recurrent headaches: what every allergist should know. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 1996;76:219-230.
45. Schurks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB, Kurth T. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ,* 2009, 339: b3914.
46. Shechter AL, Lipton RB, Silberstein SD. Migraine comorbidity. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. *Wolff's Headache and Other Head Pain.* New York: Oxford University Press; 2001: 108-118.
47. Shuu-Jiun Wang, Ping-Kun Chen, Jong-Ling Fuh. Comorbidities of Migraine. 2010, 10,3389.
48. Silberstein S.D., Lipton R.B., Goatsby P.J. Headache in clinical practice. London: Martin Dunitz. 2002. – 211p
49. Singh SK. Prevalence of migraine in hypothyroidism. *J Assoc of Phys of India* 2002; 50:1455-56.
50. Spector JT, Kahn SR, Jones MR, Jayakumar M, Dalal D, Nazarian S. Migraine headache and ischemic stroke risk: an updated meta-analysis. *Am J Med,* 2010, 123: 612-24.
51. Spierings EL. Headache of gastrointestinal origin: case studies. *Headache.* 2002;42:217-219.
52. Spierings EL. Reflux-triggered migraine headache originating from the upper gum/teeth. *Cephalalgia.* 2002;22:555-556
53. Stewart W, Breslau N, Keck PE Jr. Comorbidity of migraine and panic disorder. *Neurology.* 1994;44 (suppl 7):S23-S27.
54. Stewart WF, Linet MS, Celentano DD. Migraine headaches and panic attacks. *Psychosom Med.* 1989;51:559-569.
55. Swartz KL, Pratt LA, Armenian HK, et al. Mental disorders and the incidence of migraine headaches in a community sample: results from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:945-950.
56. Thomsen LL, Olesen J. Nitric oxide theory of migraine. *Clin Neurosci.* 1998;5:28-33.
57. Tietjen GE, Herial NA, White L, Utley C, Kosmyna JM, Khuder SA. Migraine and biomarkers of endothelial activation in young women. *Stroke,* 2009, 40: 2977-2982.
58. Valderas J.M., Starfield B., Sibbald B. et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services // *Ann. of Family Medicine.* 2009. Vol. 7(4). P.357–363.
59. Velioglu SK, Boz C, Ozmenoglu M. The impact of migraine on epilepsy: a prospective prognosis study. *Cephalalgia* 2005; (25): 528–35.
60. Verne GN, Price DD. Irritable bowel syndrome as a common precipitant of central sensitization. *Curr Rheumatol Rep.* 2002;4:322-328.
61. Welch KM. Relationship of stroke and migraine. *Neurology.* 1994;44(suppl 7):S33-S36.
62. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology.* 2002;122:1140–1156.
63. Woods RP, Iacoboni M, Mazziotta JC. Brief report: bi-lateral spreading cerebral hypoperfusion during spontaneous migraine headache. *N Engl J Med,* 1994, 331: 1689-1692.