The background of the slide is a light gray gradient, decorated with numerous realistic water droplets of various sizes. The droplets are rendered with soft shadows and highlights, giving them a three-dimensional appearance. They are scattered across the page, with a higher concentration in the top-left and bottom-right corners.

МИГРЕНЬ. ХРОНИЧЕСКАЯ МИГРЕНЬ И МИГРЕНОЗНЫЙ СТАТУС

ПОДГОТОВИЛА: ЕМЕЛЬЯНОВА Н.Ю.,

ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ,

ГР. 1.5.05А

ЧТО ТАКОЕ МИГРЕНЬ?

Мигрень — первичная эпизодическая форма головной боли.

Характер болей:

- Интенсивные
- Приступообразные
- Чаще односторонние
- Сочетаются с неврологическими, вегетативными и желудочно-кишечными проявлениями

Впервые проявляется обычно в возрасте от 12 до 22 лет.

АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА

Распространенность мигрени ~12%

По частоте - второе место после ГБ напряжения

Сильнее снижает качество жизни по сравнению с другими видами ГБ

Страдают люди трудоспособного возраста

Менее 50% пациентов обращаются к врачу



КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

(Международное общество головной боли, 2018г)

1.1 Мигрень без ауры

1.2 Мигрень с аурой

- 1.2.1 Мигрень с типичной аурой
- 1.2.2 Мигрень с аурой ствола мозга
- 1.2.3 Гемиплегическая мигрень
- 1.2.4 Мигрень сетчатки

1.3 Хроническая мигрень

1.4 Осложнения мигрени

- 1.4.1 Мигренозный статус
- 1.4.2 Стойкая аура без инфаркта
- 1.4.3 Мигренозный инфаркт
- 1.4.4 Приступ мигрени, вызванный аурой

1.5 Вероятная мигрень

- 1.5.1 Вероятная мигрень без ауры
- 1.5.2 Вероятная мигрень с аурой

1.6 Эпизодические синдромы, которые могут быть связаны с мигренью

- 1.6.1 Рецидив желудочно-кишечного тракта
 - 1.6.1.1 Синдром циклической рвоты
 - 1.6.1.2 Абдоминальная мигрень
- 1.6.2 Доброкачественное пароксизмальное головокружение
- 1.6.3 Доброкачественная пароксизмальная кривошея

НЕМНОГО ТЕРМИНОЛОГИИ

Ретинальная мигрень - мигренозная головная боль, сопровождающаяся нарушением зрения или даже временной слепотой на один глаз.

Хроническая мигрень — головная боль, которая соответствует диагностическим критериям для мигренозной головной боли, однако характеризуется более частыми приступами. При хронической мигрени у пациента наблюдается не менее 15 дней с головной болью в месяц на протяжении трех месяцев.

Мигренозный статус - приступы продолжительностью более 72ч либо повторяющиеся приступы, если промежуток между ними менее 4ч.

ЭТИОЛОГИЯ

Первопричины развития мигрени неизвестны.

Однако известно, что:

- Связь с совокупностью факторов окружающей среды и генетических факторов.
- В 2/3 случаев проявляется у нескольких членов семьи. Редко – моногенный дефект.
- Может быть связана психологическими факторами (депрессией, тревогой и биполярным расстройством), с биологическими процессами, провоцирующими факторами.

Мнение, что мигрень больше распространена среди людей с высоким уровнем умственного развития, является ошибочным.

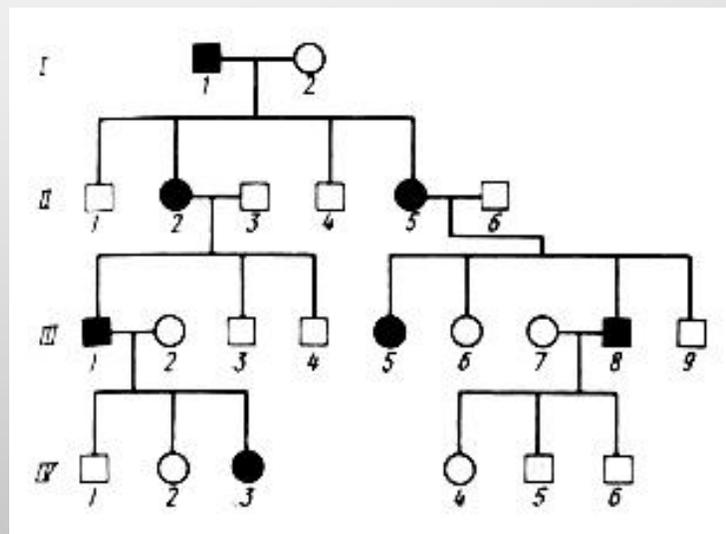
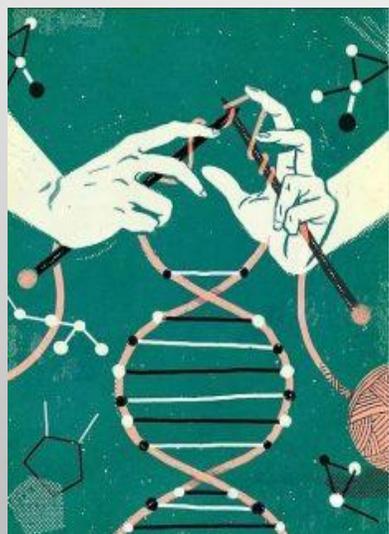
ГЕНЕТИКА

Исследования среди близнецов показывают, что генетика влияет на вероятность развития мигренозных головных болей в 34–51 % случаев.

Генетическая взаимосвязь выражена при мигрени с аурой сильнее, чем при мигрени без ауры.

Семейная гемиплегическая мигрень
— вид мигрени с аурой, наследуется по **аутосомно-доминантному типу**.

За развитие семейной гемиплегической мигрени отвечают четыре гена. Три из них связаны с переносом ионов. Четвертый ген - аксональный белок, связанный с комплексом экзоцитоза.



ТРИГГЕРНЫЕ ФАКТОРЫ

Приступ мигрени может быть индуцирован *провоцирующими факторами*.

К ним относятся:

- утомление
- употребление определенных продуктов питания – шоколад, сыр, помидоры, киви (12-60% больных)
- погода

Сила и значимость данных причин неизвестна

Симптомы могут проявиться через 24 часа после воздействия таких факторов.

Данные о воздействии тирамина на развитие мигрени отсутствуют.
Систематические данные также не подтверждают влияние глутамата натрия на развитие заболевания.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Наиболее распространенными провоцирующими факторами являются:

- Стресс
- Чувство голода
- Утомляемость
- Психологический стресс (50-80% больных)
- Посттравматический стресс
- Менструация
- Прием оральных контрацептивов
- Беременность
- Перименопауза
- Менопауза

в равной степени могут вызвать и головную боль напряжения



Как правило, мигренью не страдают женщины во время второго и третьего триместров беременности или после менопаузы.

ПАТОГЕНЕЗ

Мигрень имеет четыре фазы, некоторые из которых могут не проявляться:

Продромальная фаза, наступающая за несколько часов или дней до головной боли;



Фаза ауры, наступающая непосредственно перед головной болью;



Болевая фаза, также известная как фаза головной боли;



Постдромальная фаза — явления, следующие после завершения приступа мигрени.

ПРОДРОМАЛЬНАЯ ФАЗА

Продромальная фаза - симптомы, предвещающие начало приступа.

- Отмечается приблизительно в 60 % случаях
- Продолжается от двух часов до двух суток до начала боли или появления ауры

К симптомам продромальной фазы относятся:

- Изменение настроения
- Раздражительность
- Депрессия или эйфория
- Утомляемость
- Тяга к определенным продуктам питания
- Спазмы мышц (особенно шеи)
- Запор или диарея
- Чувствительность к запахам или звукам

Данная фаза наблюдается при мигрени как с аурой, так и без.

ЧТО ТАКОЕ АУРА?

Аура – очаговый неврологический дефект, который нарастает и полностью регрессирует в течение 1 часа.

В зависимости от отсутствия или наличия ауры выделяют следующие виды мигрени:

- Мигрень с аурой
- Мигрень без ауры

Типичная аура - **зрительные нарушения** (гемианопсии, фотопсии – блестящие точки или блестящие ломаные линии)

Реже наблюдается:

- Локальное снижение чувствительности (в половине языка, лица, конечности)
- Парез мимической мускулатуры, верхних и нижних конечностей на стороне, **противоположной той**, на которой возникает головная боль – **гемиплегическая мигрень**

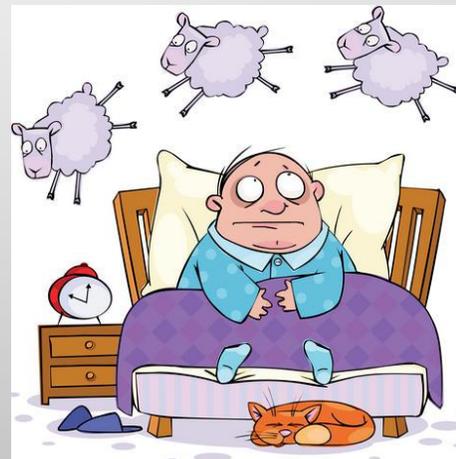
МИГРЕНЬ БЕЗ АУРЫ

Простая мигрень — вид мигренозных пароксизмов с отсутствием ауры и каких-либо преходящих неврологических нарушений.

Характеризуется атаками головной боли с **типичными признаками мигренозной гб**.
Диагностика основана на клинических критериях.

Наиболее частые предвестники (продромальная фаза):

- Состояние эйфории или депрессии
- Чувство голода
- Нарушения сна



БОЛЕВАЯ ФАЗА

Характер головной боли:

- Пульсирующая
- Односторонняя (гемикрания)
- Локализована в области лба/виска/глаза/нижней челюсти
- По визуально-аналоговой шкале боли (от 0 до 10, где 0 – отсутствие боли, а 10 – невыносимая боль) в среднем оценивается пациентами в диапазоне от 5 до 10, т.е. носит **интенсивный характер**
- Сопровождается тошнотой и/или рвотой
- Присутствует непереносимость громких звуков (фонофобия)
- Непереносимость яркого света (фотофобия)
- Частота приступов от 2 раз в неделю до 1 раза в год
- Продолжительность от 4 до 72ч



ВЕГЕТАТИВНЫЕ СИМПТОМЫ

- Побледнение, затем покраснение лица
- Слезотечение
- Покраснение слизистых оболочек глазного яблока на стороне боли
- Заложенность носа
- Гиперсаливация



ПОСТДРОМАЛЬНАЯ ФАЗА

Постдромальная фаза мигрени — совокупность симптомов, проявляющихся *после разрешения острой головной боли*.

Проявления:

- Болезненность в области мигренозного приступа
- В течение нескольких дней после приступа - нарушение мышления
- Усталость или состояние «похмелья»
- Когнитивные расстройства
- Желудочно-кишечные симптомы
- Перепады настроения
- Слабость
- Прилив сил или эйфория
- Депрессия



У некоторых больных ощущения могут изменяться от приступа к приступу.

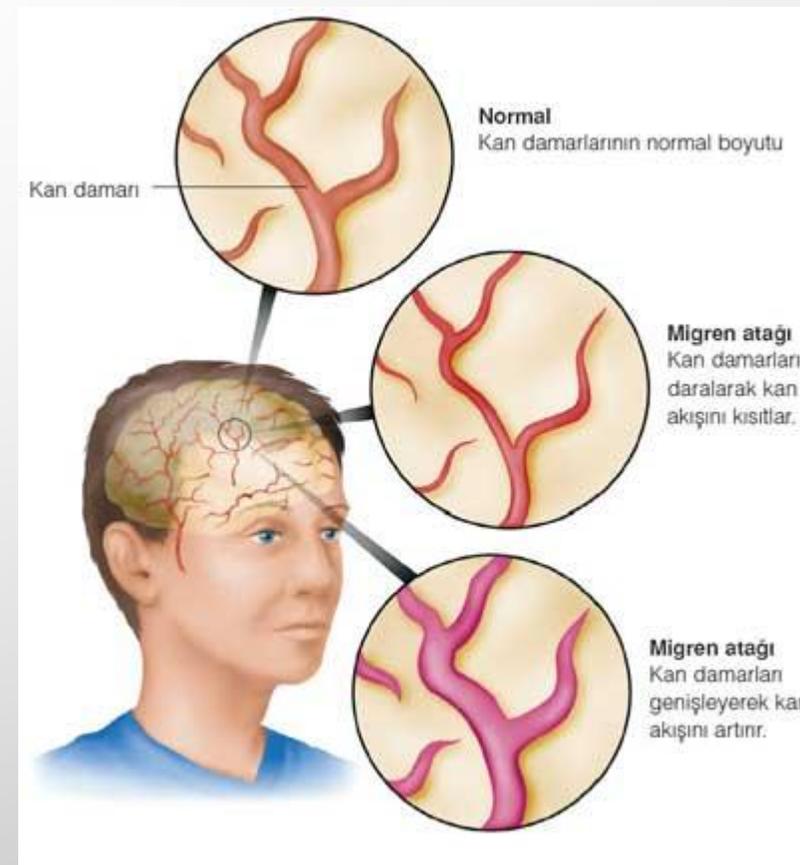
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОФИЗИОЛОГИИ

Мигрень - невровазкулярное заболевание, механизм которого запускается в головном мозге, поражая затем кровеносные сосуды.

Гипотезы генеза боли:

- Повышенная возбудимость коры головного мозга и нарушение контроля над болевыми нейронами ядра тройничного нерва в стволе головного мозга.
- Низкий уровень нейромедиатора серотонина (5-гидрокситриптамина).

Установлено, что кальцитонин-ген-родственный пептид (КГРП, CGRP) - основной медиатор, участвующий в болевой трансмиссии в патогенезе мигрени.



НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОФИЗИОЛОГИИ

Существуют 4 стадии развития мигренозного приступа с точки зрения патофизиологии:

1 стадия – Спазм артерий, может сопровождаться очаговым неврологическим дефектом (выпадение полей зрения, фотопсии, онемение одной конечности).

2 стадия – Выделяется значительное кол-во брадикинина, гистамина, простагландинов -> расширение артерий. Сосуды мозговых оболочек переполняются кровью, раскрываются артериовенозные шунты -> пульсирующая головная боль.

3 стадия – Отек сосудистой стенки и периваскулярных тканей из-за повышения проницаемости.

4 стадия – Регресс. Вазодилатирующие вещества вымываются из тканей -> отек разрешается -> уменьшение и полное разрешение головной боли.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Диагностические критерии мигрени без ауры:

А. По крайней мере, пять приступов соответствуют критериям B-D.

В. Приступы головной боли, длительностью 4-72 часа (при отсутствии или безуспешности лечения).

С. Головная боль имеет как минимум две из следующих четырех характеристик:

- односторонняя локализация;
- пульсирующее качество боли;
- умеренная или сильная интенсивность боли;
- сложности или отказ от обычной физической активности (например, ходьбы или подъемов по лестнице).

Д. Во время приступа головной боли, по крайней мере, одно из следующих:

- тошнота и/или рвота;
- фотофобия и фотофобия

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Диагностические критерии мигрени с аурой:

А. По крайней мере две атаки, удовлетворяющие критериям В и С.

В. Один или нескольких из следующих полностью обратимых признаков ауры:

- визуальная
- сенсорная
- речевая
- двигательная
- стволовая
- ретинальная

С. По крайней мере три из следующих характеристик:

- по крайней мере, одна аура развивается постепенно, более 5 минут
- два или более симптома ауры возникают последовательно
- каждый симптом ауры длится 5-60 минут
- по крайней мере, один симптом ауры является односторонним
- аура сопровождается в течение 60 минут головной болью.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Диагностические критерии хронической мигрени:

А. Головная боль (мигреноподобная или по типу головной боли напряжения) 15 дней в месяц в течение более 3 месяцев, удовлетворяющая критериям В и С

В. Случается у пациента, у которого хотя бы пять атак соответствовали критериям В-Д мигрени без ауры или критериям В и С мигрени с аурой.

С. Восемь дней месяца в течение более 3-х месяцев соответствуют любому из следующих двух:

- критерии С и D для мигрени без ауры;
- критерии В и С для мигрени с аурой;
- улучшение наступает от приема триптана и производных спорыньи.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

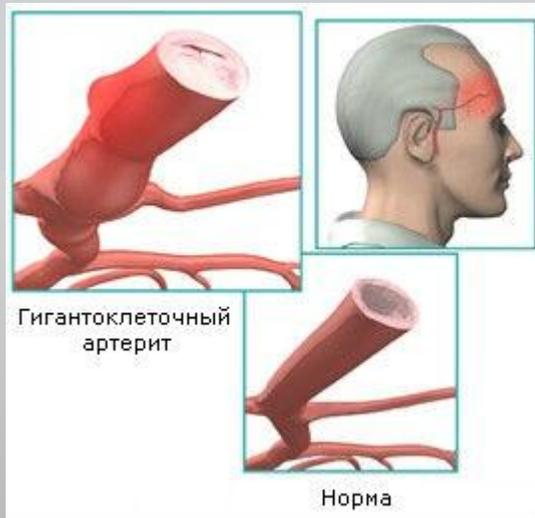
Диффдиагностику мигрени следует проводить со следующими патологиями:

- Темпоральный артериит
- Кластерная (пучковая) ГБ
- Острая глаукома
- Менингит
- Субарахноидальное кровоизлияние
- ГБ напряжения
- Органические поражения ГМ (новообразования, рассеянный склероз)

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Темпоральный артериит:

- Пациенты старше 50 лет
- Болезненность надвисочной области



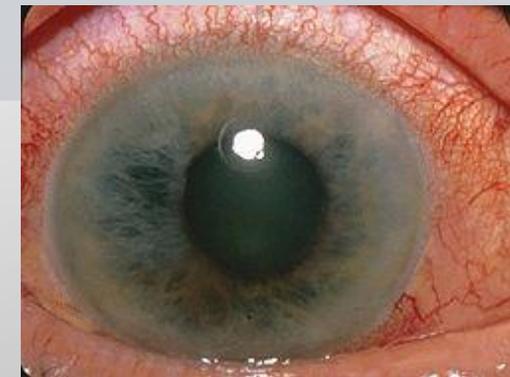
Кластерная (пучковая) ГБ:

- Односторонняя заложенность носа
- Слезотечение
- Сильная боль вокруг глазных орбит
- Развития синдрома Горнера на стороне поражения (птоз, миоз, энофтальм)
- Приступы следуют один за другим, образуя «пучок»



Острая глаукома:

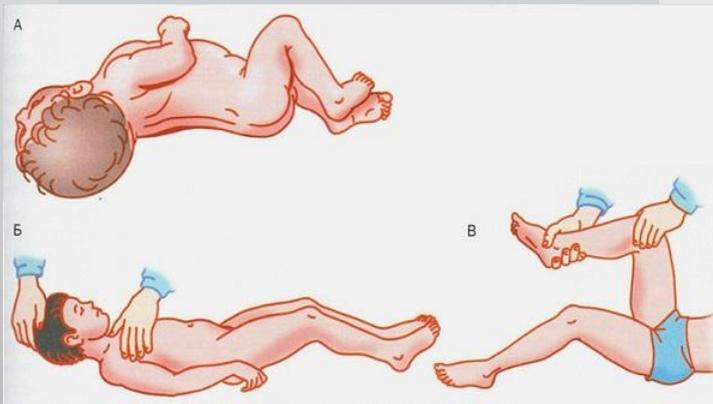
- Проблемы со зрением
- Повышение внутриглазного давления



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

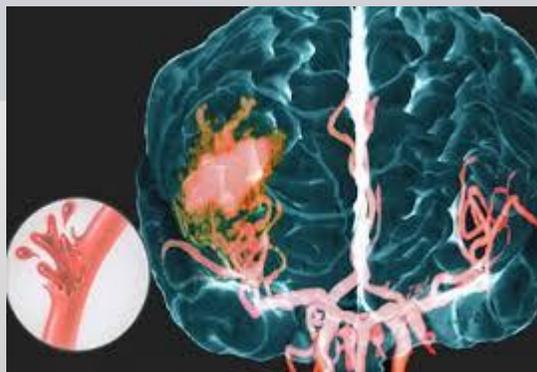
Менингит:

- Лихорадка
- Менингеальные симптомы



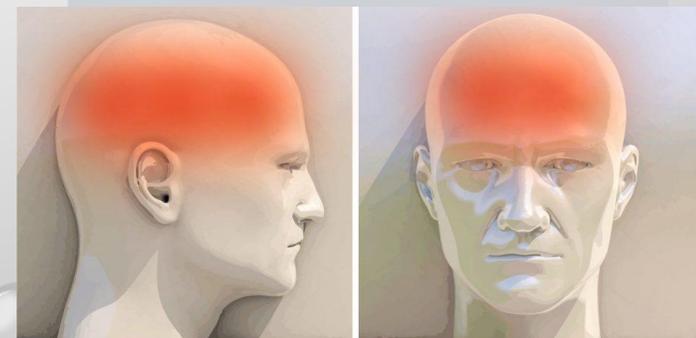
Субарахноидальное кровоизлияние:

- Очень быстрая манифестация
- Рентгенологические признаки



Головная боль напряжения:

- Двусторонняя
- Не носит пульсирующий характер
- Ограничивает трудоспособность в меньшей степени



ПРОФИЛАКТИКА

Профилактическое лечение длительностью 2-3 месяца направлено на уменьшение частоты и тяжести мигренозных приступов.

Оно показано при:

- Большой частоте приступов (более трех тяжелых атак в месяц)
- Большой продолжительности (более 48 ч)

Группы препаратов:

- Блокаторы кальциевых каналов (флунаризин, нимодипин);
- β -адреноблокаторы (метопролол, пропранолол);
- Дезагрегантные дозы НПВП (напроксен, АСК)
- Антидепрессанты (амитриптилин, сертралин).

В последние годы с целью профилактики мигрени все чаще применяют противосудорожные препараты (антиконвульсанты).

ЛЕЧЕНИЕ

Три основных аспекта:

- Избегание провоцирующих факторов
- Купирование острой симптоматики
- Профилактическая терапия препаратами

Лекарственная терапия более эффективна в начальной стадии приступа.

ЛЕЧЕНИЕ

Купирование острой симптоматики:

- НПВП
- Сочетание парацетамола, аспирина и кофеина
- Парацетамол в сочетании с метоклопрамидом (церукал)
- Метоклопрамид в/в (при выраженной рвоте)
- Триптаны (суматриптан) - селективные агонисты 5-HT₁ рецепторов
- Эрготамин (алкалоид спорыньи) – неселективный агонист 5-HT₁ рецепторов



При беременности парацетамол и метоклопрамид считаются безопасными, как и НПВП, до третьего триместра.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение хронической мигрени:

- Топирамат
- Ботулотоксин тип А

Лечение мигренозного статуса:

- Учитывая тяжесть и опасность данного состояния, а также возможность неблагоприятного исхода, лечение мигренозного статуса должно проводиться в неврологическом стационаре.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

ПРИЧИНЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ:

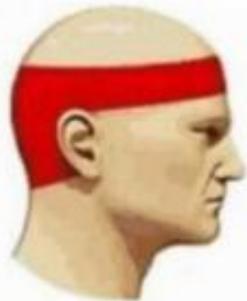
МИГРЕНЬ



ГИПЕРТОНИЯ



СТРЕСС



на инфекции дали 3 дня

