

Мигрень

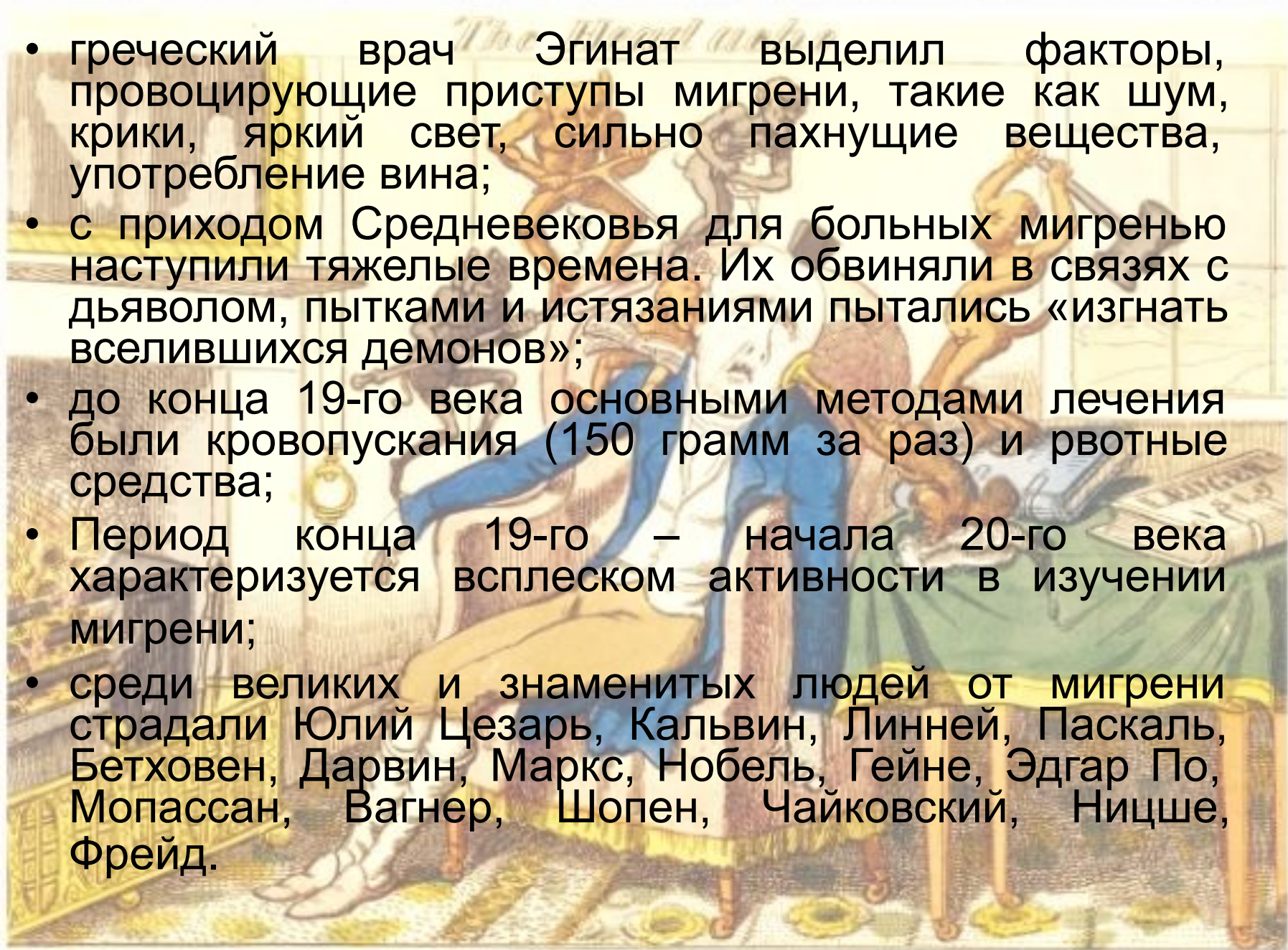


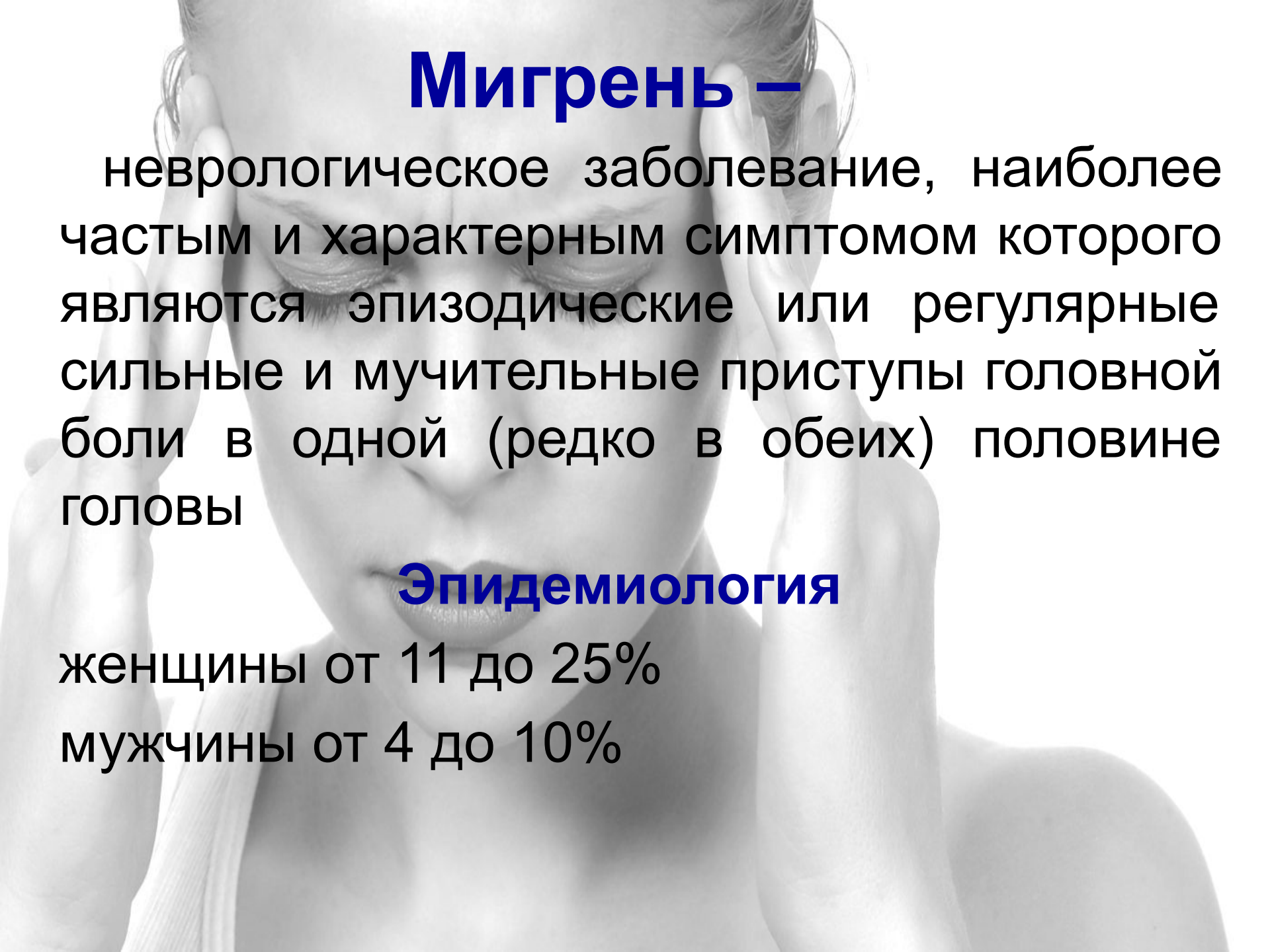
Выполнил: студент VI курса
педиатрического ф-та
Гукосян Д.И.

Историческая сводка

- первые письменные упоминания симптомов мигрени находят в клинописных таблицах древних шумеров, возраст которых составляет более 7000 лет;
- мигрень была прекрасно известна и целителям Древнего Египта — папирусы с прописями для ее лечения дошли и до наших дней;
- первое подробное описание заболевания с сильной головной болью, очень похожего на мигрень, сделал древнегреческий врач Аретей Каппадокийский в своей книге «Об острых и хронических заболеваниях». Этот целитель назвал заболевание гетерокранией;
- однако до наших дней дошло название, данное древнеримским врачом Клавдием Галеном — hemicrania;

- греческий врач Эгинат выделил факторы, провоцирующие приступы мигрени, такие как шум, крики, яркий свет, сильно пахнувшие вещества, употребление вина;
- с приходом Средневековья для больных мигренью наступили тяжелые времена. Их обвиняли в связях с дьяволом, пытками и истязаниями пытались «изгнать вселившихся демонов»;
- до конца 19-го века основными методами лечения были кровопускания (150 грамм за раз) и рвотные средства;
- Период конца 19-го – начала 20-го века характеризуется всплеском активности в изучении мигрени;
- среди великих и знаменитых людей от мигрени страдали Юлий Цезарь, Кальвин, Линней, Паскаль, Бетховен, Дарвин, Маркс, Нобель, Гейне, Эдгар По, Мопассан, Вагнер, Шопен, Чайковский, Ницше, Фрейд.





Мигрень –

неврологическое заболевание, наиболее частым и характерным симптомом которого являются эпизодические или регулярные сильные и мучительные приступы головной боли в одной (редко в обеих) половине головы

Эпидемиология

женщины от 11 до 25%

мужчины от 4 до 10%

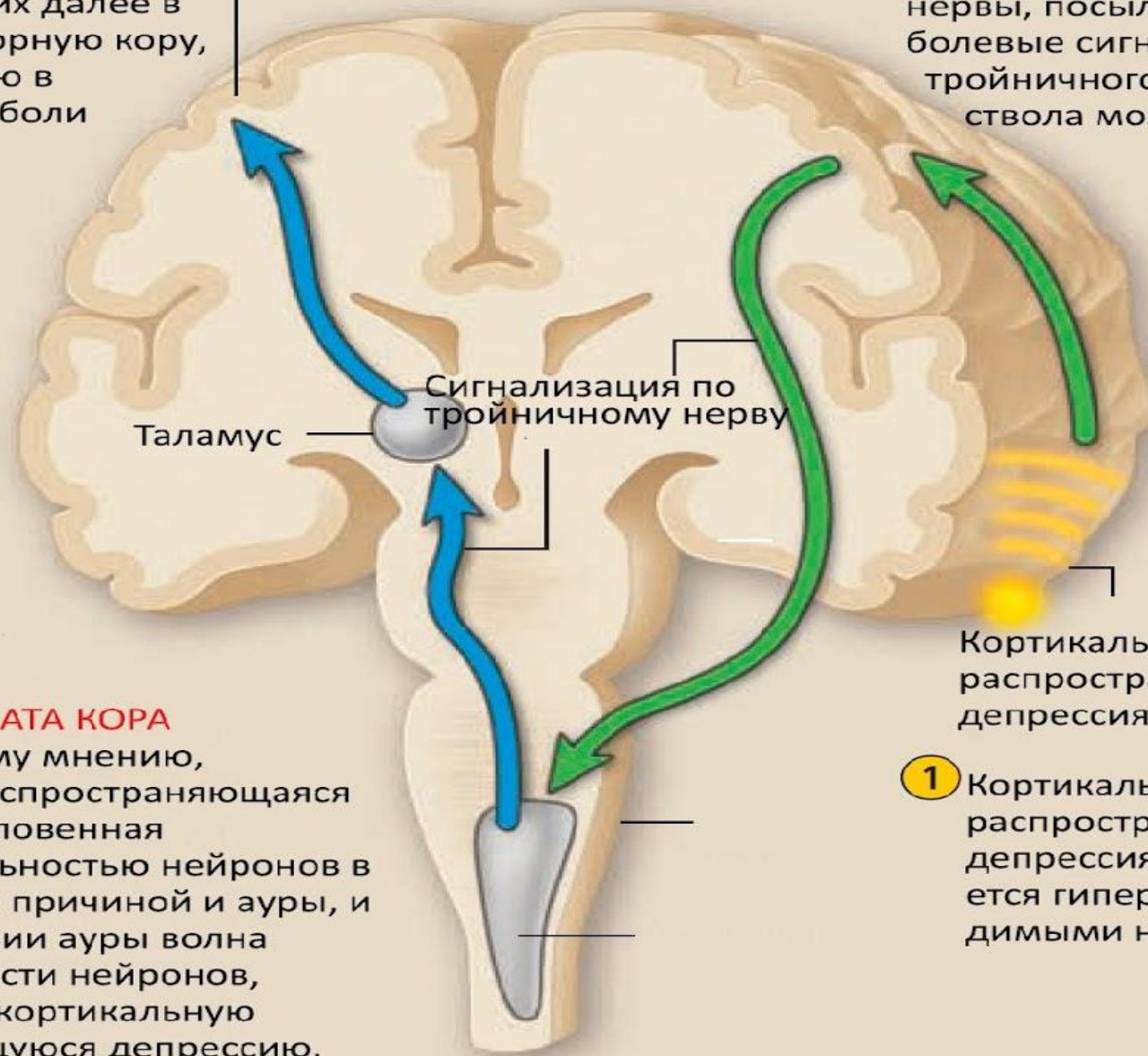
Этиология мигрени

- мультифакториальное заболевание;
- при наследственной отягощенности по отцовской линии риск развития мигрени составляет 30%, а по материнской — 72%;
- если мигренью страдают оба супруга, то вероятность ее возникновения у их детей составляет 80-90%;
- при этом генетические предпосылки значимее для мигрени с аурой, чем для приступов без нее.



3 Ядро тройничного нерва передает сигналы в таламус, который отправляет их далее в соматосенсорную кору, участвующую в восприятии боли

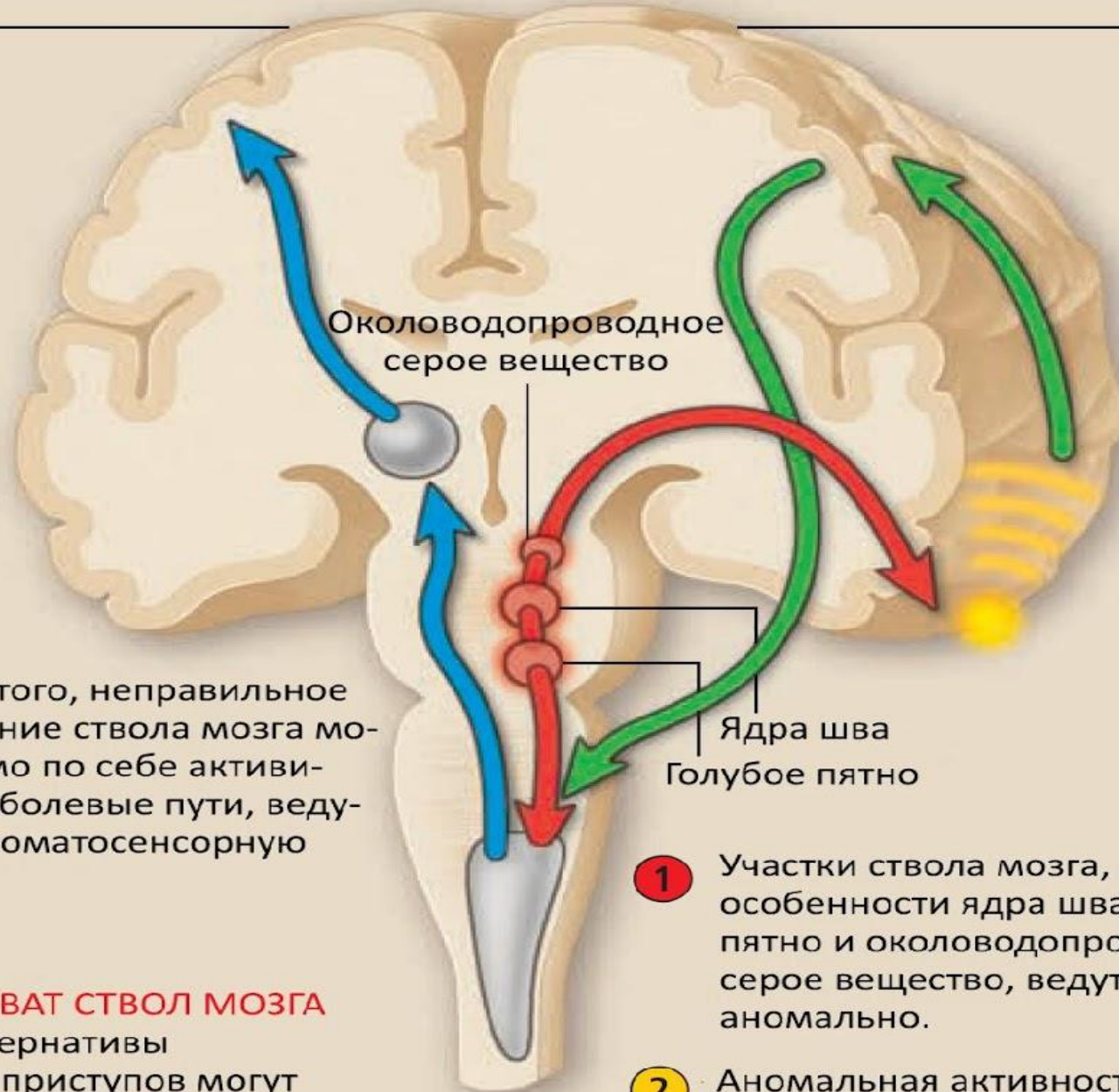
2 Эти нейроны выделяют вещества, которые активируют тройничные нервы, посылающие болевые сигналы в ядра тройничного нерва ствола мозга



СЦЕНАРИЙ 1 ВО ВСЕМ ВИНОВАТА КОРА

Согласно данному мнению, кортикальная распространяющаяся депрессия, обусловленная гиперчувствительностью нейронов в коре, становится причиной и ауры, и боли. При отсутствии ауры волна гипервозбудимости нейронов, напоминающая кортикальную распространяющуюся депрессию, может возникать в подкорковых областях.

1 Кортикальная распространяющаяся депрессия запускается гипервозбудимыми нейронами



- 3 Кроме того, неправильное поведение ствола мозга может само по себе активировать болевые пути, ведущие в соматосенсорную кору.

СЦЕНАРИЙ 2 ВО ВСЕМ ВИНОВАТ СТОЛБ МОЗГА

В качестве альтернативы катализатором приступов могут являться гиперчувствительные или неправильно функционирующие нервные клетки в трех ядрах ствола мозга.

- 1 Участки ствола мозга, в особенности ядра шва, голубое пятно и околоводопроводное серое вещество, ведут себя аномально.
- 2 Аномальная активность ствола мозга запускает распространяющуюся депрессию в коре или подкорке, в результате активирует тройничную систему.

Мигренозные триггеры

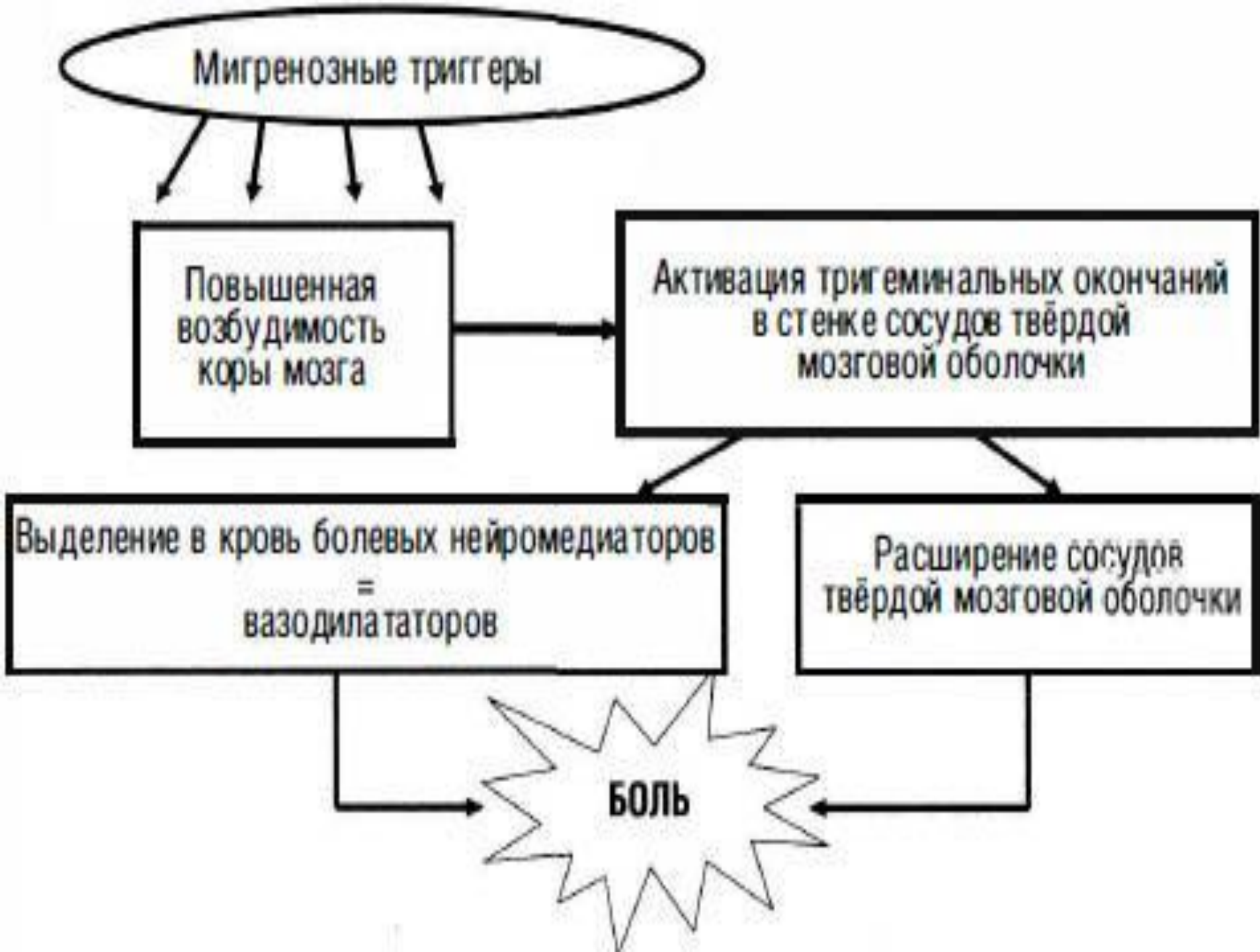
Повышенная
возбудимость
коры мозга

Активация тригеминальных окончаний
в стенке сосудов твёрдой
мозговой оболочки

Выделение в кровь болевых нейромедиаторов
=
вазодилататоров

Расширение сосудов
твёрдой мозговой оболочки

БОЛЬ



Серотонин и мигрень:

- резко падает содержание 5-НТ в тромбоцитах (на 30-40%) в период приступа мигрени;
- отмечается повышенное содержание в моче продуктов метаболизма серотонина;
- приступы мигрени могут провоцироваться приёмом резерпина, способствующего высвобождению 5-НТ;
- известные антимигренозные лекарства (эрготамин) взаимодействуют с 5-НТ рецепторами;
- внутривенное введение серотонина может облегчить мигренозную атаку.

ЧЕТЫРЕ ФАЗЫ МИГРЕНИ

В отличие от большинства разновидностей головной боли, мигрень чётко подразделяется на стадии - хотя не у всех больных проявляется каждая. В этом и состоит парадокс заболевания.

60%

ПРОДРОМА

ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ: нарушение концентрации внимания, зевота, усталость и чувствительность к свету и звуку.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ: от нескольких часов до нескольких дней.

30%

АУРА

ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ: зрительные иллюзии в виде искр или вспышек, вслед за которыми часто появляются слепые или темные пятна той же формы, что и предшествовавшие им яркие галлюцинации.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ: от 20 до 60 минут.

100%

СОБСТВЕННО ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ: мучительная боль, сопровождающаяся чувствительностью к свету и звукам, тошнотой и рвотой; нередко боль охватывает половину головы.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ: от 4 до 72 часов.

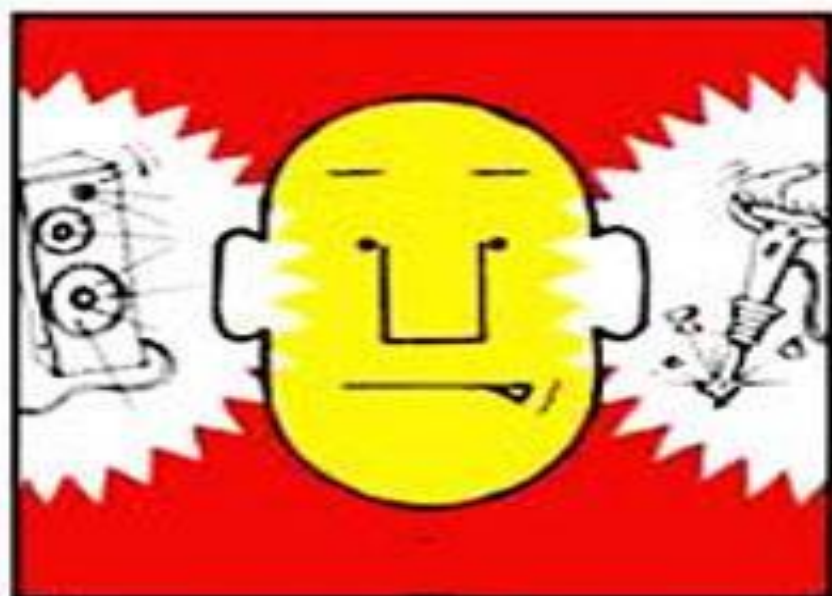
70%

ПОСТДРОМА

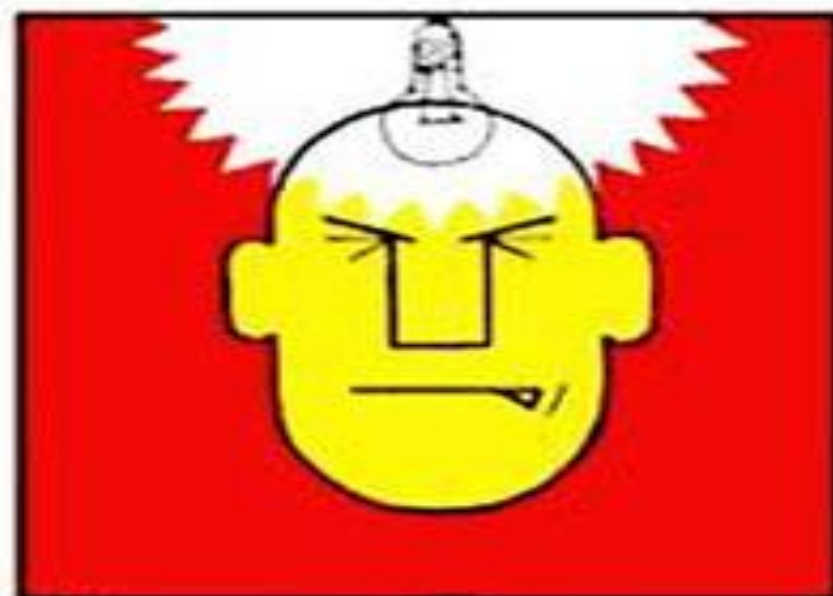
ТИПИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ: сохранение болезненной чувствительности к свету и движению, а также сонливость, усталость и затруднение концентрации внимания; некоторые пациенты описывают это состояние как фазу "зомби".

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ: от нескольких часов до нескольких дней.

% людей, сообщивших о наличии данной стадии



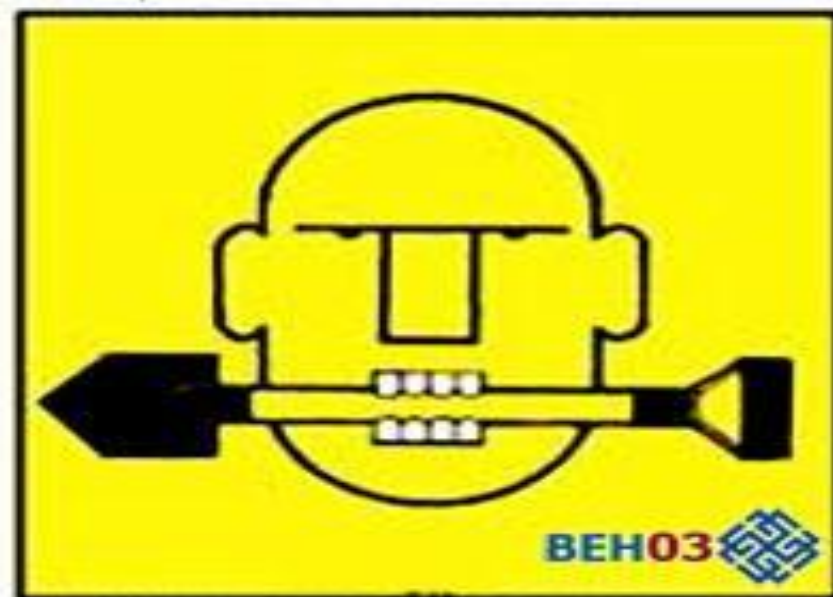
Неприятен шум



Неприятен свет



Сопровождается тошнотой,
иногда рвотой



Усиливается при физической
нагрузке

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ МИГРЕНОЗНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ:

- односторонняя локализация (висок, лоб, область глаза, затылок);
- пульсирующий и давящий характер боли;
- усиление боли от обычной физической нагрузки;
- тошнота, рвота, светобоязнь, чувствительность к звукам;
- длительность мигренозной атаки от 4 до 72 часов
- в анамнезе не менее 5 атак;
- приступы головной боли трудно купируются обычными анальгетиками;
- типичные провоцирующие факторы;
- продолжительность любого симптома ауры не более 60 минут;
- полная обратимость симптомов ауры;
- интервал между аурой и головной болью в среднем 60 минут.

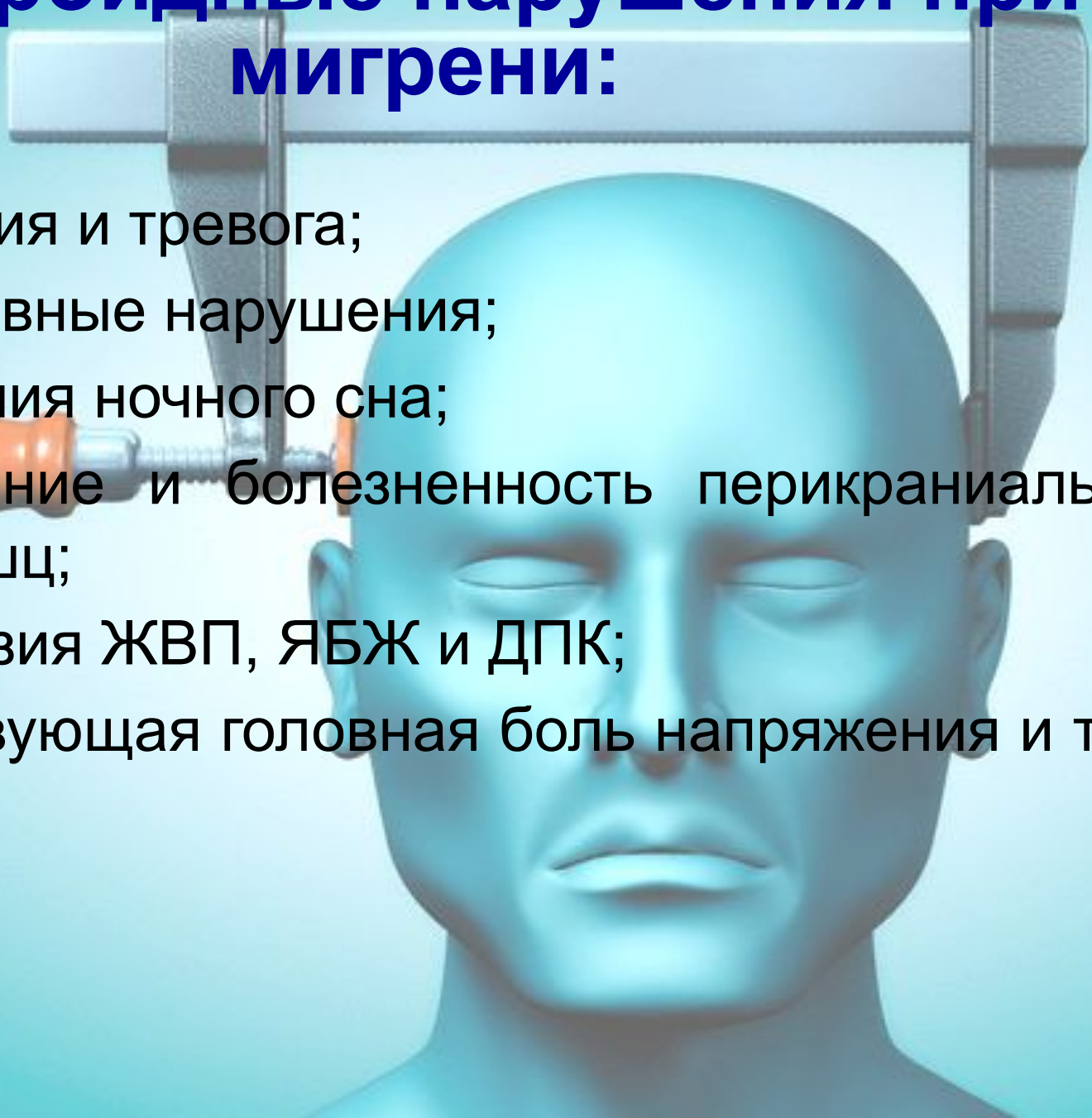
[Migraine Visual Aura - YouTube.mp4](#)

Клинические варианты мигрени:

- мигрень с аурой;
- мигрень без ауры;
- вегетативная, или паническая, мигрень;
- мигрень бодрствования;
- мигрень сна;
- менструальная (катемениальная) мигрень;
- мигрень, связанная с менструацией;
- хроническая мигрень.

Коморбидные нарушения при мигрени:

- депрессия и тревога;
- вегетативные нарушения;
- нарушения ночного сна;
- напряжение и болезненность перикраниальных мышц;
- дискинезия ЖВП, ЯБЖ и ДПК;
- сопутствующая головная боль напряжения и т. д.



Мигренозный статус –

приступ мигрени, длящийся более 72 часов, не смотря на лечение

- экстренная госпитализация в неврологический стационар;
- преднизолон 40–60 мг или дексаметазон 4–8 мг в/в струйно;
- эрготамин в/в капельно;
- нейролептики (церукал, реглан, мелипрамин);
- транквилизаторы.

Диагностика мигрени:

- сбор жалоб и анамнеза — основной метод диагностики;
- объективно: больные астенизированы, эмоционально напряжены, у некоторых определяется набухающая височная артерия на больной стороне;
- в неврологическом статусе не отмечается каких-либо очаговых изменений, однако достаточно часто на стороне головной боли наблюдается выраженная болезненность в мышцах шеи, черепа, напряжение их при пальпации.

Параклиника мигрени:

- ОАК, ОАМ, анализ ликвора – норма;
- реоэнцефалография во время приступа - межполушарная асимметрия кровенаполнения, спазм краниальных сосудов и снижение тонуса в наружной сонной артерии, в межприступный период – норма;
- на ЭЭГ – генерализованная неспецифическая дизритмия;
- методы ЭхоЭГ, КТ, МРТ используются для исключения объемных образований, инфарктов, кровоизлияний и аневризм.



ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ

КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА

ПРОФИЛАКТИЧЕСКО Е ЛЕЧЕНИЕ

Лекарственные препараты для купирования приступа мигрени:

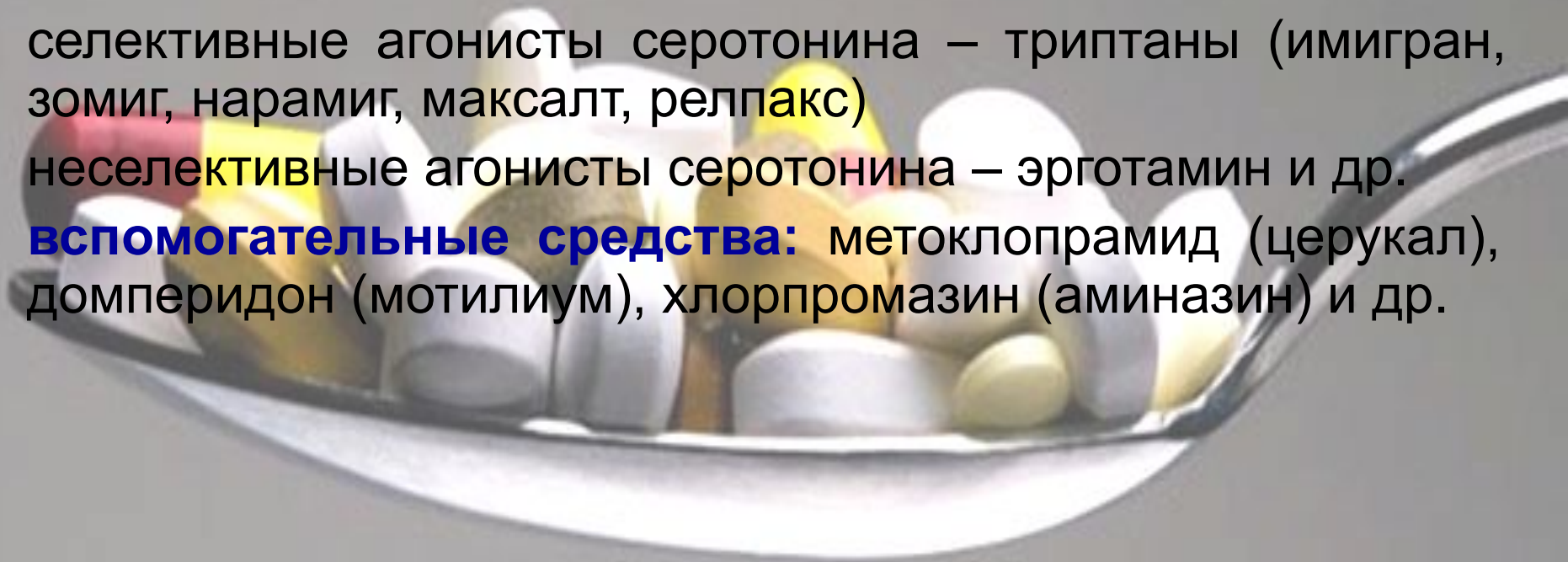
1. препараты с неспецифическим механизмом действия:

- анальгетики (кодеин)
- НПВС (парацетамол, аспирин, напроксен, ибупрофен)
- комбинированные препараты (пенталгин, солпадеин, седальгин, экседрин)

2. препараты со специфическим механизмом действия:

- селективные агонисты серотонина – триптаны (имигран, зомиг, нарамиг, максалт, релпакс)
- неселективные агонисты серотонина – эрготамин и др.

3. вспомогательные средства: метоклопрамид (церукал), домперидон (мотилиум), хлорпромазин (аминазин) и др.



Показания к профилактическому лечению:

- большая частота приступов (три и более в течение месяца);
- продолжительные приступы (3 дня и более), вызывающие значительную дезадаптацию;
- коморбидные нарушения в межприступном периоде, ухудшающие качество жизни;
- противопоказания к abortивному лечению, его неэффективность или плохая переносимость;
- гемиплегическая мигрень или другие приступы головной боли, во время которых существует риск возникновения перманентной неврологической симптоматики.

Профилактическое лечение:

- **β-адреноблокаторы:** метопролол, пропранолол;
- **блокаторы кальциевых каналов:** нимодипин, верапамил, дилтиазем;
- **антидепрессанты:** амитриптилин, пароксетин, флуоксетин, сертралин;
- **НПВС:** аспирин, напроксен;
- **антиконвульсанты:** топирамат.

Дополнительная терапия:

ноотропы, антиоксиданты, миорелаксанты, сосудистые препараты.

A black and white photograph of a cat's face, partially obscured by its paws. The cat is lying down, and its eyes are closed. The text "Спасибо за внимание!" is overlaid in the center of the image.

Спасибо за внимание!