

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России

Кафедра нервных болезней и медицинской реабилитации с курсом ПО

РЕФЕРАТ

«Мигрень с аурой»

Работу выполнил ординатор 2-го года

Петряева Ольга Владимировна

Красноярск-2018

Актуальность: Мигрень – приступообразное заболевание характеризующееся повторной головной болью от 4 до 72 часов, часто сопровождающихся зрительными и желудочно-кишечными симптомами. Является самостоятельной нозологической формой. Термин «мигрень» имеет неординарную лингвистическую судьбу. Для описания периодически возникающей односторонней боли Гален ввел греческое слово «гемикрамия», которое позже по латыни обозначено как Hemigranea и Migranea, а из последнего трансформировалось во французское Migraine. В XIII в. из французского языка это слово перешло во многие языки, включая английский и русский. Позже выяснилось, что термин неточен, так как с односторонней головной болью приступ начинается менее чем у 60% пациентов.

Частота

18-20% женщин страдают мигренью в 10-30 лет, обычно в период появления месячных у девочек. Однако от этого заболевания страдают и мужчины. Заболевание сходит на нет в климактерическую фазу (45-54 лет).

Этиология и патогенез

Приступы мигрени сопровождаются регионарными изменениями мозгового кровотока вследствие расширения внутричерепных артерий. Вазомоторные изменения вызываются эпизодическим снижением системной концентрации серотонина. Продромальные симптомы могут быть следствием внутричерепной вазоконстрикции. Одним из основных факторов мигрени является конституциональное предрасположение к ней, которое часто бывает наследственным. В наследственном анамнезе мигрень имеется более чем у двух третей больных. В настоящее время имеются две основные теории мигрени: сосудистая и нейрогенная. Согласно сосудистой теории мигрень рассматривается как внезапно развивающийся генерализованный срыв вазомоторной регуляции, проявляющийся лабильностью тонуса мозговых и периферических сосудов. Аура при мигрени обусловлена локальным спазмом мозговых сосудов с развитием локальной ишемии мозга и появлением очаговых неврологических симптомов (скотомы, гемианопсии, головокружение и др.). Вместе с тем приступ головной боли является следствием избыточной вазодилатации интракраниальных (оболочечных) и экстракраниальных артерий, а периодическое растяжение сосудистой стенки приводит к активации болевых рецепторов и придает головной боли пульсирующий характер. Нередко при церебральной ангиографии обнаруживаются сосудистые мальформации.

Нейрогенная теория определяет мигрень как заболевание с первичной нейрогенной церебральной дисфункцией, а возникающие во время приступа сосудистые изменения носят вторичный характер.

Тригеминально-васкулярная теория придает основную роль в патогенезе мигрени системе тройничного нерва, обеспечивающей взаимодействие между центральной нервной системой и интракраниальными и экстракраниальными сосудами. Ключевая роль отводится нейрогенному асептическому воспалению вследствие выделения из терминалей чувствительных нервных волокон в стенке сосудов вазоактивных нейропептидов (субстанция Р, нейрокинин А, белок, связанный с геном кальцитонина-CGRP). Эти вазопептиды вызывают расширение сосудов, увеличение проницаемости сосудистой стенки, пропотевания белков, спазмы, форменных элементов крови, отек сосудистой стенки и прилегающих участков твердой мозговой оболочки, дегрануляцию тучных клеток, агрегацию тромбоцитов. Конечным результатом этого асептического нейрогенного воспаления является боль. В результате анатомических особенностей тройничного нерва боль, как правило, иррадирует в лобно-глазнично-височную и локализуется в левой или правой половине головы. Во время приступа мигрени уровень пептида, связанного с геном кальцитонина, многократно повышается в крови наружной яремной вены, что подтверждает роль активации нейронов тригемино-васкулярной системы.

Мигрень нередко сочетается (коморбидность) с такими заболеваниями как эпилепсия, артериальная гипотония, синдром Рейно, пролапс митрального клапана, стенокардия, ишемическая болезнь сердца, аномалия кранио-вертебрального перехода, запоры.

Клиническая картина

Выделяют три основные формы мигрени. **Мигрень с аурой** (классическая) встречается у 25-30% случаев. Клиническая картина ее состоит из пяти развивающихся друг за другом фаз.

- **Первая фаза** – продромальная – появляется за несколько часов до развития головной боли и характеризуется сменой настроения, чувством усталости, сонливости, задержкой жидкости в организме, раздражительностью, беспокойством, булимией или анорексией, повышением чувствительности к запахам, шуму, яркому свету.
- **Вторая фаза** - аура - представляет комплекс очаговых неврологических симптомов продолжительностью не более 60 мин. При офтальмической форме мигрени аура характеризуется зрительными нарушениями (мерцающая скотома, фотопсии, гемианопсии, зрительные иллюзии). При других формах мигрени аура проявляется неврологическими

симптомами в соответствии со страдаемым артериальным бассейном: гемипаретическая, афатическая (каротидный бассейн), мозжечковая, базилярная.

- Вскоре после ауры наступает **третья фаза** - болевая. Она может продолжаться до 72 ч и проявляется пульсирующей головной болью в лобно-глазнично-височной области, как правило, односторонней, умеренной или сильной интенсивности, усиливающейся при обычной физической нагрузке, сопровождается светобоязнью, звукобоязнью, тошнотой, рвотой, бледностью кожных покровов. В ряде случаев головная боль носит ломящий, распирающий характер и может распространяться на другую сторону. Иногда головная боль сразу имеет двустороннюю локализацию. На стороне головной боли сосуды инъецированы, наблюдается слезотечение, отечность параорбитальных тканей. Кроме отека в височной области наблюдается набухание и пульсация височной артерии. Больные часто пытаются сдавить височную артерию, растирают лицо, стягивают голову полотенцем или сжимают ее руками, стремятся уединиться в темное помещение, избегают громких звуков и яркого света.
- **Четвертая фаза** - разрешение. Характеризуется постепенным уменьшением головной боли, прекращением рвоты и глубоким сном.
- **Пятая фаза** - восстановительная - может длиться несколько часов или дней. Для нее характерны повышенная утомляемость, снижение аппетита, постепенная нормализация функционирования сенсорных систем организма (слух, обоняние, зрение), увеличение диуреза.

Мигрень без ауры (простая мигрень) является наиболее распространенной формой (до 75% случаев). Мигренозный приступ состоит из трех фаз - продромальной, болевой и восстановительной. Наличие продромальной фазы для простой мигрени не обязательно. Часто приступ начинается без всяких предвестников, сразу с головной боли. Клиническая картина фазы головной боли аналогична описанной при мигрени с аурой. Для мигрени без ауры характерно наличие рефрактерных периодов, когда болезнь после приступа не проявляется довольно длительное время, и в этот период большинство пациентов считают себя практически здоровыми. При объективном исследовании у двух третей из них выявляется различной интенсивности синдром вегетативно-сосудистой дистонии со склонностью к артериальной гипотонии и редко - артериальной гипертензии. Больным свойственна повышенная чувствительность к дистрессу. Они склонны к тревожно-депрессивным реакциям, эмоциональной лабильности, психоастеническим проявлениям.

Дифференциальный диагноз

При анализе клинической картины мигрени всегда следует помнить о перечисленных ниже симптомах, появление которых должно насторожить врача, так как они могут являться признаками органического заболевания мозга:

- отсутствие смены стороны боли, т.е. наличие гемикрании в течение нескольких лет на одной стороне;
- прогрессирующая нарастающая головная боль;
- возникновение головной боли вне приступа после физической нагрузки, сильного потягивания, кашля или сексуальной активности;
- нарастание или появление симптомов в виде тошноты, рвоты, температуры, стабильных очаговых неврологических симптомов;
- появление мигреноподобных приступов впервые после 50 лет.

Мигрень необходимо дифференцировать от головной боли при сосудистых заболеваниях мозга (гипертоническая болезнь, вегетативно-сосудистая дистония, сосудистые мальформации, васкулиты, ишемические и геморрагические инсульты с небольшими очагами, гигантоклеточным височным артериитом - болезнь Хортона, синдромом Толосы-Ханта), а также с опухолями, инфекционными поражениями мозга и его оболочек.

Особое место в дифференциальной диагностике мигрени принадлежит так называемым первичным формам цефалгий: кластерная головная боль, хроническая пароксизмальная гемикрания и эпизодическая головная боль напряжения.

Рассмотрим клинический случай:

Мужчина, 37 лет

Мужчина поступил в стационар по направлению из поликлиники планово. Жалобы на головные боли, которые не купируются никакими препаратами, учащение приступов головной боли. Головные боли локализуются в обоих висках, лбу, отдает в глаза, иногда задействуется затылок. Диагноз направления: Остеохондроз ШОП.

Болен с 19 лет. Впервые эпизод головной боли возник в армии, во время высокой физической и стрессовой нагрузки. Данные эпизоды повторялись с частотой 1р\год. Головная боль локализовалась в обоих висках, лбу, отдавала в глаза. С течением времени эпизоды учащались, появились боли в затылочной области. Отмечает, что может предсказать наступление приступа по чувству паники, клаустрофобии, помутнению зрения и появлению «змеек»

проплывающих перед взором. Приступы клаустрофобии, тахикардии и гипергидроза отмечает чаще, чем приступы головной боли. Однако, после офтальмологических симптомов (фотопсии) приступ разовьется обязательно. Принимал Спазган в период предвестников головной боли с положительным эффектом (приступ головной боли не развился). С течением времени Спазган перестал оказывать данное влияние и приступы головной боли все-таки развивались. В настоящее время частота приступов составляет 2-3 р\месяц. Не может достоверно связать возникновение приступов с приемом какой-либо пищи, запахами, кофе, алкоголем, курением. Имеется нестабильная связь с погодными условиями

Несмотря на то, что поликлиника выставила диагноз направления «Остеохондроз ШОП» рентгенография или КТ или МРТ шейного отдела позвоночника сделано не было. Было проведено ЭЭГ 10 лет назад – без патологий. КТ головного мозга примерно 5 лет назад – без патологий. Офтальмолог – без патологии.

На данный момент отмечает снижение работоспособности, постоянную слабость. На фоне Пирацетама при стационарном лечении данные жалобы купировались.

Из анамнеза: 2 высших образования, работает водителем-экспедитором (ИП), у матери были головные боли, однако диагноза мигрень выставлено не было, отец умер в 23 года. Имеет 2 дочери, у младшей дочери жалобы на головную боль.

Объективно: субъективное снижение мышечной силы во всем теле, нистагм -, нарушение слуха, зрения нет. В неврологическом статусе без особенностей.

Проведен осмотр с профессором Родиковым М.В.

Диагноз: Классическая мигрень. Вегетативные кризы.

Рекомендовано: прием Трептанов симптоматически. Следить за головными болями младшей дочери.

Список литературы:

1. Руководство к практическим занятиям в клинике нервных болезней – И.Н. Филимонов, В.А. Смирнов, А.А. Расворова, Г.В. Архангельский, Т.И. Крупина – Медгиз – 1956
2. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга – А.М. Вейн – Медпресс-информ – 2012
3. Справочник по невропатологии – под редакцией Е.В. Шмидта – Медицина – 1981
4. Венозная дисциркуляция при хронических формах цереброваскулярной патологии – Л.А. Белова, В.В. Машин – С.-Петербург – 2015