Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

**Реферат на тему: « Мигрень »**

Выполнила: ординатор 1 года обучения

 специальности неврология 112 группы

Мосалева Екатерина Ивановна

2022 год

**Содержание.**

Введение……………………………………………………………….3

Этиология и патогенез заболевания……………………3

Клиническая картина заболевания……………………..4

Диагностика………………………………………………………….4

Лечение………………………………………………………………..6

Лекарственно индуцированная ГБ……………………..7

Список использованной литературы…………………..9

**Введение.**
**Мигрень** – первичная форма головной боли (ГБ), проявляющаяся приступами пульсирующей односторонней ГБ, продолжительностью 4-72 часа, которая сопровождается повышенной чувствительностью к свету, звуку, тошнотой и/или рвотой.

Мигрень обычно возникает в молодом возрасте, до 20 лет. В детском возрасте заболевание чаще встречается у мальчиков; взрослые женщины болеют в 2.5–3 раза чаще, чем мужчины. В возрасте 35-45 лет частота и интенсивность мигренозных приступов достигает максимума, а после 55-60 лет течение болезни облегчается или приступы ГБ полностью прекращаются. В то же время у некоторых пациентов после 50 лет могут сохраняться типичные приступы мигрени и/или только мигренозная аура (мигренозное сопровождение пожилого возраста).

Распространённость М в популяции стран Европы и США в среднем составляет 14% (17% среди женщин и 8% среди мужчин). По данным популяционного исследования, проведенного в 2009–2011 гг. с помощью подворного опроса в 35 городах и 9-ти сельских районах России, распространенность М за один год составила 20.8%, что несколько превышает показатели большинства стран мира. По данным другого российского исследования, распространённость М в течение года составила 15.9% (М без ауры 13.5%, М с аурой 2.4%)

**Этиология и патогенез.**
Мигрень (М) является хроническим нейроваскулярным заболеванием с наследственной предрасположенностью. Основное звено патогенеза – периодическое развитие периваскулярного нейрогенного воспаления мозговых сосудов, в первую очередь, сосудов твердой мозговой оболочки (ТМО). Показано, что для пациентов с М характерна повышенная возбудимость нейронов коры головного мозга и тригеминоваскулярной системы [3,4]. При воздействии эндогенных и экзогенных мигренозных триггеров возбудимость тригеминальной системы, гипоталамуса, корковых и некоторых других структур головного мозга усиливается, возникает активация тригеминального ганглия, сенсорного спинномозгового ядра тройничного нерва и волокон тройничного нерва, иннервирующих сосуды ТМО - тригемино-васкулярных волокон. Активация тригемино-васкулярной системы (ТВС) сопровождается выбросом из тригеминоваскулярных окончаний болевых провоспалительных пептидов-вазодилататоров (в первую очередь, кальцитонин-ген-связанного пептида (КГСП или CGRP), а также нейрокинина А и субстанции Р [3,4]. Возникающие затем вазодилатация и нейрогенное воспаление приводят к активации болевых рецепторов в стенке сосудов ТМО. Болевые импульсы поступают в сенсорную кору головного мозга, и таким образом формируется ощущение пульсирующей ГБ. Сохраняющаяся гипервозбудимость ТВС, центральных ноцицептивных структур и истощение противоболевой системы постепенно приводят к формированию перманентной гиперчувствительности (сенситизации) болевых структур, что способствует учащению приступов ГБ и, в конечном счёте, к хронизации М.
Механизм мигренозной ауры связывают с возникновением и распространением в направлении от зрительной коры к соматосенсорной и лобно-височной областям головного мозга волны деполяризации (возбуждения) нейронов - распространяющаяся корковая депрессия (РКД). Скорость и топография РКД определяют темп, характер и последовательность симптомов мигренозной ауры.

**Клиническая картина.**
**Мигрень без ауры** (МбА) проявляется повторяющимися, в целом однотипными приступами интенсивной, чаще односторонней и пульсирующей ГБ преимущественно в области виска, глаза и темени, но нередко может начинаться в области затылка. ГБ часто сопровождается тошнотой, рвотой, повышенной чувствительностью к свету, звукам и усиливается при физической нагрузке. Продолжительность приступа – от 4 часов до 3 суток; частота дней с ГБ при эпизодической М колеблется от 1 дня в год до 14 дней в месяц (в среднем 2-4 дня с ГБ в месяц), при ХМ – от 15 и более дней с ГБ в месяц.

**При мигрени с аурой (МА**) фазе ГБ предшествуют преходящие неврологические нарушения. Чаще встречается М с типичной аурой, когда отмечаются полностью обратимые зрительные, чувствительные и/или речевые симптомы, но при этом нет двигательных и стволовых нарушений. В редких случаях после ауры ГБ не развивается - типичная аура без ГБ. При М со стволовой аурой наряду со зрительными, чувствительными и/или речевыми нарушениями возникают два и более полностью обратимых стволовых симптома: дизартрия, головокружение, шум в ушах, снижение слуха, диплопия, атаксия, изменение уровня сознания. Для гемиплегической М, которая встречется чрезвычайно редко и почти всегда имеет наследственный характер, характерны полностью обратимые как зрительные, чувствительные и/или речевые симптомы, так и двигательные нарушения (гемипарез или гемиплегия). Продолжительность немоторных симптомов - 5–60 минут, двигательных расстройств - до 72 часов. При семейной гемиплегической М, по крайней мере, один из родственников первой или второй линии родства имеет или имел в прошлом приступы ГБ, соответствующие критериям гемиплегической М; для спорадической гемиплегической М такая наследственная предрасположенность не характерна. При ретинальной М аура представляет собой полностью обратимые односторонние позитивные и/или негативные зрительные феномены (вспышки, скотомы), наличие которых которых подтверждается исследованием полей зрения у офтальмолога во время приступов М, и/или пациент может нарисовать или описать имеющийся в этот момент монокулярный дефект поля зрения.

**Хроническая мигрень (ХМ**) – тяжелая форма М с высокой частотой дней с ГБ (15 и более в месяц), большой продолжительностью и интенсивностью приступов, что приводит к развитию дезадаптации и снижению качества жизни пациентов. Характерно развитие коморбидных, в первую очередь, психических расстройств, снижение эффективности препаратов для купирования атак и высокий риск их избыточного применения (лекарственный абузус).

**Осложнения мигрени** включают несколько состояний.

**Мигренозный статус** – типичный изнуряющий приступ М, длящийся более 72 часов, на протяжении которого допускаются ремиссии до 12 часов, связанные со сном или действием препаратов.

**Персистирующая аура без инфаркта** – один или несколько симптомов ауры, возникающие у пациентов более одной недели, без радиографических признаков инфаркта мозга.

**Мигренозный инфаркт (инсульт)** – сочетание одного или более симптомов мигренозной ауры с ишемическим повреждением мозга, подтвержденным нейровизуализационными методами.

**Диагностика заболевания.**

**Диагностические критерии мигрени без ауры.**

А. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В-D.
В. Продолжительность пристуов 4-72 часа (без лечения или при отсутствии эффекта от лечения)
С. ГБ имеет как минимум 2 из следующих четырёх характеристик:
1. односторонняя локализация
2. пульсирующий характер
3. средняя или выраженная интенсивности боли
4. ГБ усиливается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба или подъём по лестнице)
D. ГБ сопровождается как минимум одним их следующих симптомов:
1.тошнота и/или рвота
2. фотофобия и фонофобия
Е. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ

**Диагностические критерии мигрени с аурой**А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающих критериям В и С
В. Один или более из следующих полностью обратимых симптомов ауры:
1. зрительные
2. сенсорные
3. речевые и/или связанные с языком
4. двигательные
5. стволовые
6. ретинальные
С. По меньшей мере три из следующих шести характеристик:
1. как минимум один симптом ауры постепенно нарастает в течение >5 минут
2. два или более симптома возникают последовательно
3. каждый из отдельно взятых симптомов длится 5-60 минут
4. как минимум один из симптомов ауры является односторонним
5. как минимум один из симптомов ауры является положительным
6. в течение 60 минут после ауры или во время нее возникает ГБ
D. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ

-при возникновении 3-х симптомов во время ауры допустимая максимальная продолжительность 180 минут. Моторные симптомы могут длиться до 72 часов;
-афазия всегда рассматривается как односторонний симптом; возможно развитие дизартрии;
- осцилляции и ощущение покалывания рассматриваются как положительные симптомы ауры

**Диагностические критерии хронической мигрени.**

А. ГБ (мигренеподобная ГБ и/или ГБ по типу головной боли напряжения) ≥15 дней в месяц на протяжении ≥3 месяцев, удовлетворяющая критериям В и С
В. Возникает у пациента, который имел в анамнезе не менее 5 приступов, удовлетворяющих критериям B-D 1.1 Мигрени без ауры и/или критериям B-С 1.2 Мигрени с аурой

С. Возникновение ГБ ≥8 дней в месяц в течение 3 месяцев, соответствующей любому из следующих критериев:
– мигрень без ауры (1.1 по критериям C и D)
– мигрень с аурой (1.2 по критериям B и С) – по мнению пациента имелся приступ мигрени, купированный или облегчаемый приёмом триптанов или препаратов, содержащих эрготамин D.
ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ

**Лабораторные методы** не рекомендованы.

**Инструментальные методы не рекомендовано при типичной клиники и нормальном неврологическом статусе.**

**Рекомендованы** инструментальные исследования и консультации специалистов при подозрении на симптоматический характер ГБ, то есть при нетипичном течении ГБН или при обнаружении одного или более «сигналов опасности»: МРТ ГМ, МР-ангиография ГМ.

**Перечень настораживающих симптомов («сигналов опасности») у пациентов с головной болью.**



**Лечение.**

1. Поведенческая терапия- модификация образа жизни.
2. купирование эпизодов ГБ

**1 этап. Назначение НПВС. При необходимости противорвотное средство.**



-НПВП и ацетилсалициловая кислота (АСК) более эффективны, чем парацетамол;
- препаратом первого выбора считается ибупрофен в дозе 400 мг, который обладает наименьшим потенциалом вызывать желудочно-кишечные осложнения;
не рекомендуются для купирования приступов М любые препараты, содержащие метамизол натрия (анальгин) в связи с риском развития агранулоцитоза;

**2 этап. Назначение триптанов -** при тяжелых приступах М и при неэффективности простых анальгетиков и НПВП.

**Лекарственное средство Доза**

**Суматриптан 50 мг, 100мг**

**Элетриптан 40 мг**

**Золмитриптан 2,5 мг**

Повторное использование триптана возможно через 2 часа после приема первой дозы;
не следует применять более 2 доз триптанов в сутки;
при неэффективности одного триптана следует пробовать другие препараты из этой группы.
**Основные противопоказания для** назначения триптанов и включают ишемическую болезнь сердца, окклюзионные заболевания периферических сосудов, неконтролируемую артериальную гипертензию, М со стволовой аурой и ряд других.

Лекарственно индуцированная головная боль.





Лечение ГБ и других симптомов отмены (детоксикацию) следует проводить в первые две недели периода отмены. Выбор препаратов определяется клиническими проявлениями (например, при наличии рвоты целесообразно применение протоворвотных средств).

В период отмены привычных анальгетиков в качестве альтернативных обезболивающих средств могут применяться препараты тех классов, которыми пациент ранее не злоупотреблял (например, при наличии у пациента с частой эпизодической или хронической мигрени + ЛИГБ, связанной с комбинированными анальгетиками, для купирования приступов М в период отмены могут быть рекомендованы триптаны). Целекоксиб и напроксен могут также применяться в период отмены, как альтернативные обезболивающие, при условии что пациент ими ранее не злоупотреблял.

**Список, использованной литературы.**

1. Клинические рекомендации от 2022г Мигрень [https://painrussia.ru/publications/reference-materials-and-guides/КР%20Мигрень%202021.pdf](https://painrussia.ru/publications/reference-materials-and-guides/%D0%9A%D0%A0%20%D0%9C%D0%B8%D0%B3%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%8C%202021.pdf)
2. Осипова В.В, Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия: Практическое руководство. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014; 336 с.
3. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А., Соколов А.Ю. Мигрень (патогенез, клиника, лечение). М.: МЕДпресс, 2011; 265 с
4. Сергеев А.В., Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Центральная нейрональная гипервозбудимость - предиспозиция к мигрени. Российский журнал боли. 2010; 2(27): 3-11.