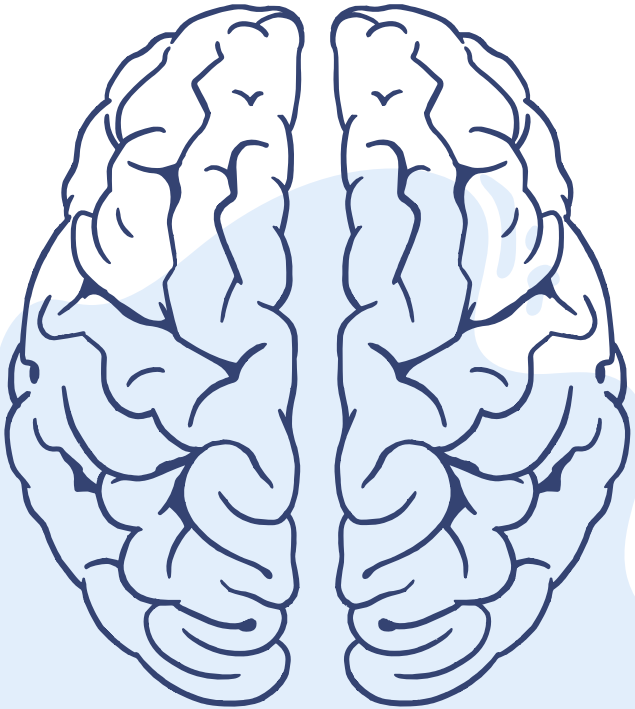
Миастения: современное представление о заболевании

Автор: Лапшина А.В., студентка 4 курса лечебного факультета.
Научные руководители: к.м.н. Тихонова Е.В., к.м.н. Артемова Н.А.

Содержание

1. Эпидемиология
2. Этиология
3. Патофизиологические аспекты
4. Клинические классификации
5. Клинические аспекты
6. Диагностика
7. Профилактика и лечение

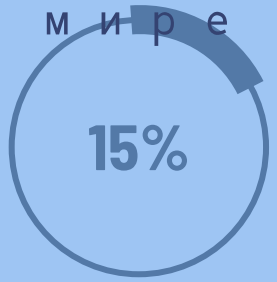


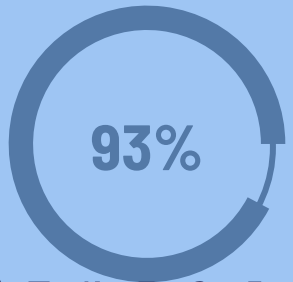
Определение

Мигрень — одно из наиболее распространенных заболеваний нервной системы, проявляющееся хроническими или эпизодическими приступами сильной головной боли по типу гемикрании.

Эпидемиология

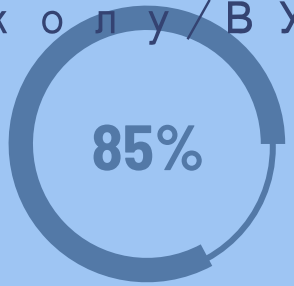
Распространенность в мире





Откладывают работу

Не посещают школу/ВУЗ



Эпидемиология

1 : 4

25-35

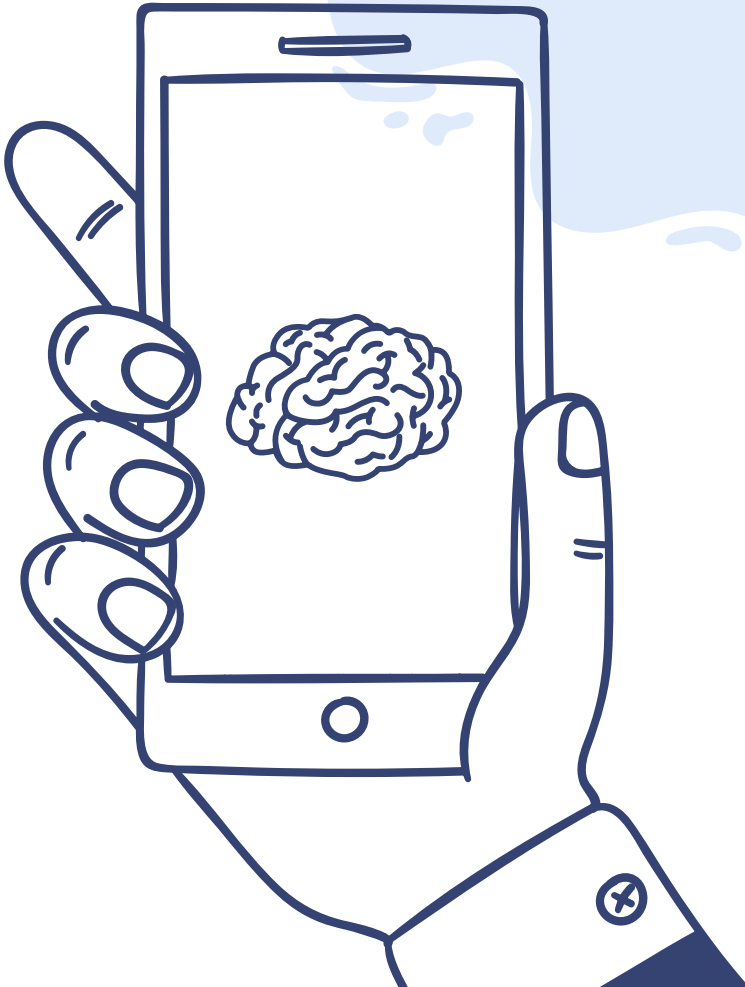
лет

Актуальность

У людей, страдающих мигренью, снижено качество жизни в большей степени, по сравнению с другими ГБ.

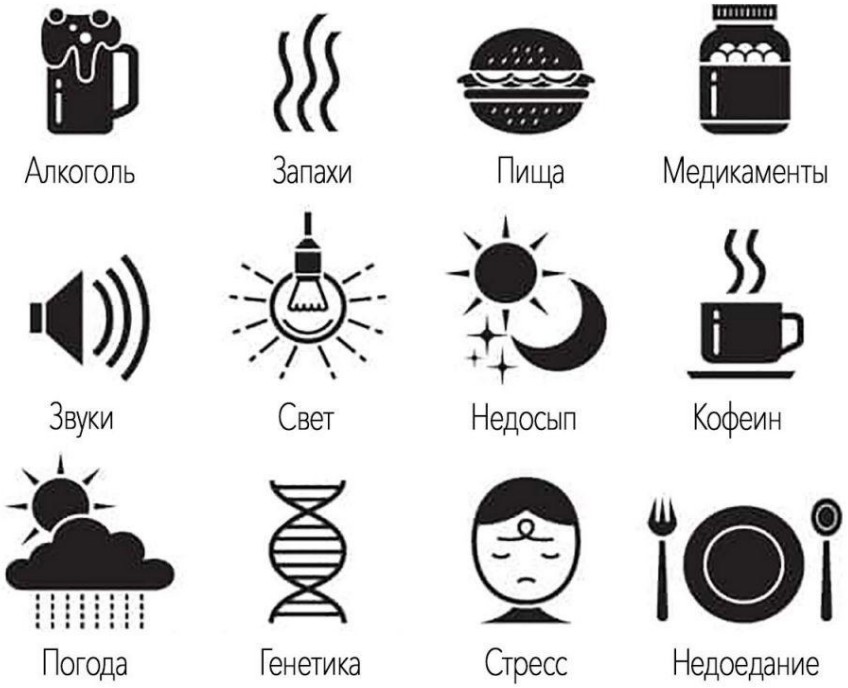
Из-за редкости обращения больных за профессиональной медицинской помощью или из-за недостатка навыков врача мигрень остается не диагностированной.

Этиология

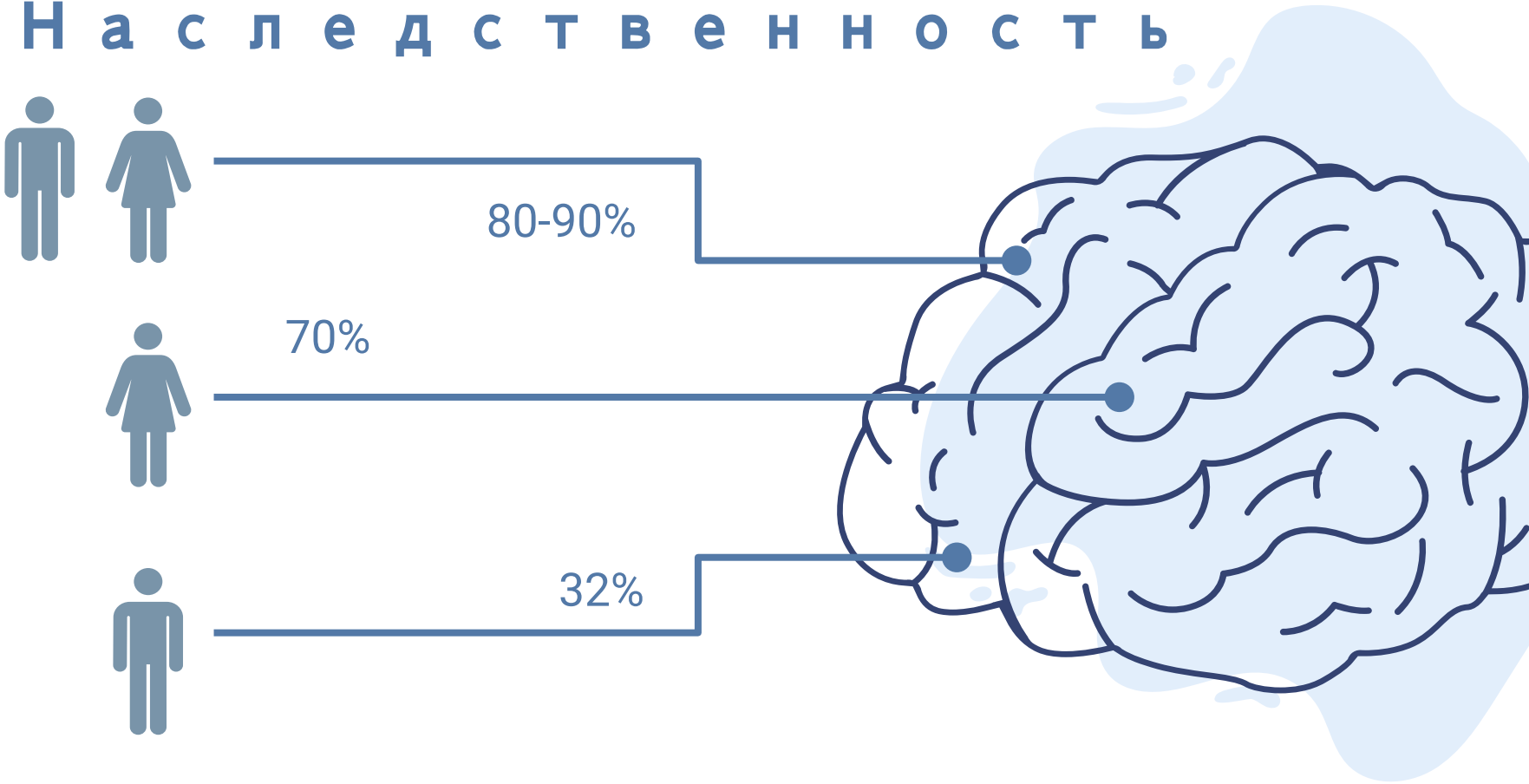


МИГРЕНЬ

Триггеры

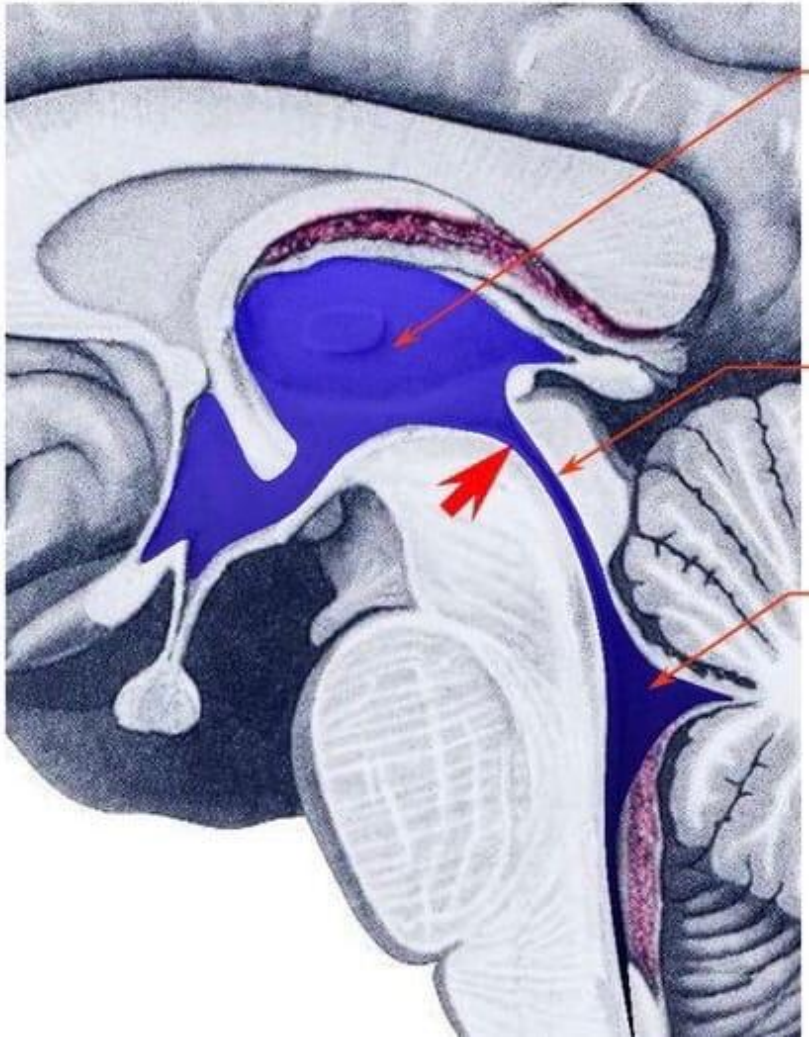


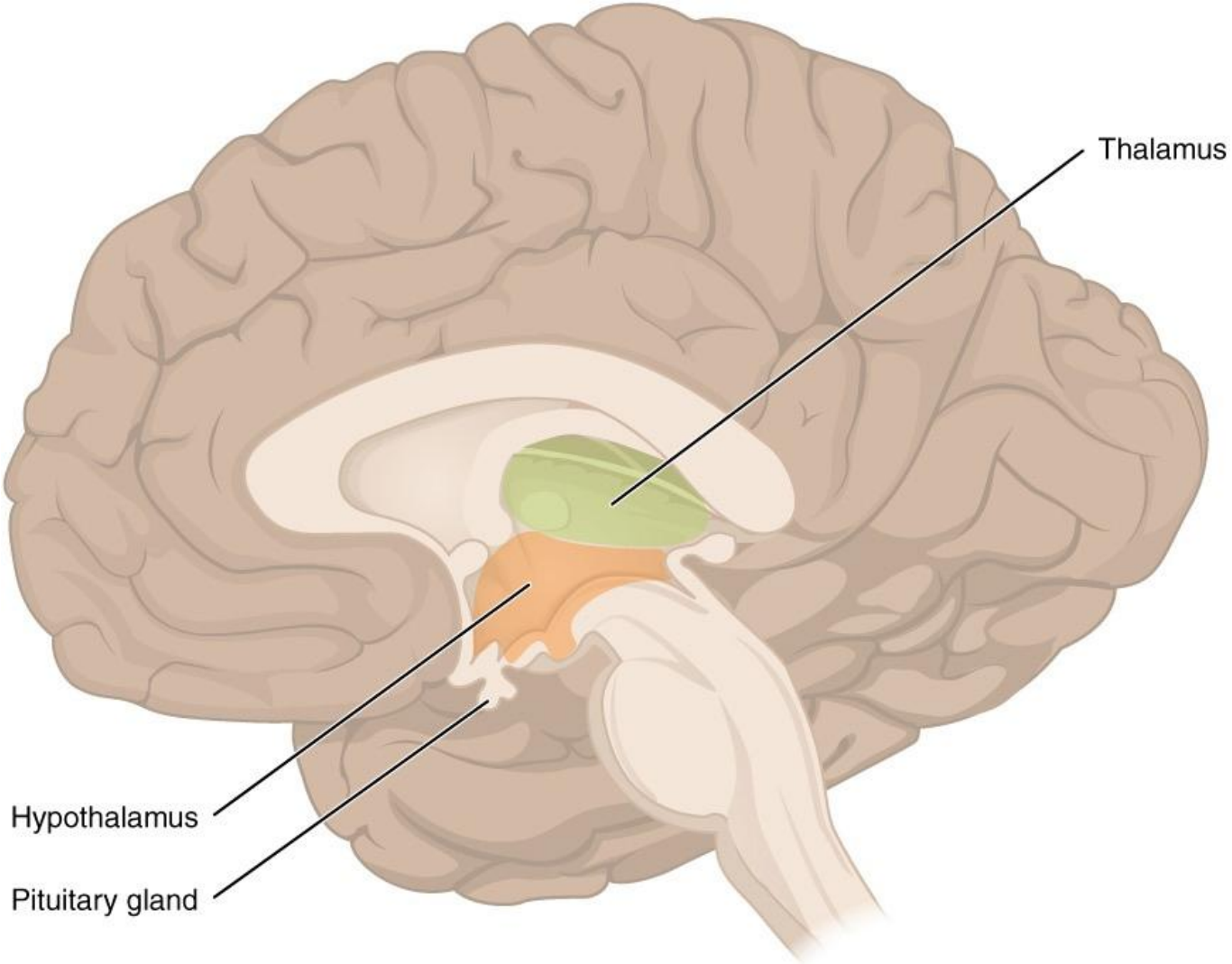
Наследственность



Патофизиологические аспекты

Водопровод соединяет полости III и IV желудочков, обеспечивая отток мозговой жидкости – ликвора.




Thalamus
Hypothalamus
Pituitary gland

Теории патогенеза мигрени

01 Серотониновая

02 Сосудистая

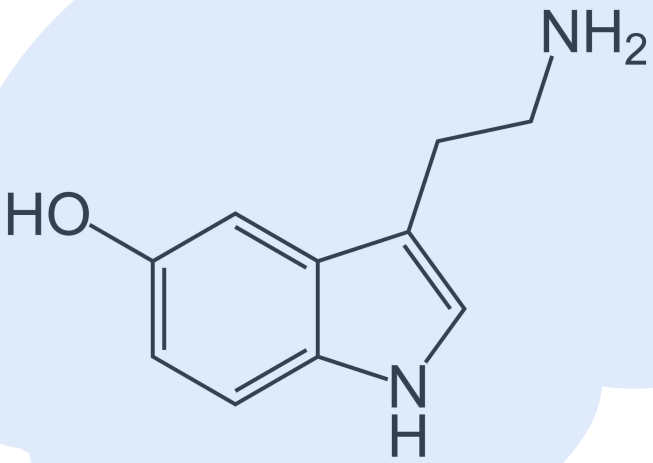
03 Корковая депрессия

04 Асептическое нейрогенное воспаление

я теория

У больных с мигренью имеется генетически обусловленное нарушение обмена серотонина и эндогенных опиоидов.

Подтверждено, что изменения уровня содержания серотонина в крови взаимосвязаны с динамикой



Сосудистая теория

Сужение кровеносных сосудов

Ишемия мозга

Аура

Расширение внечерепных кровеносных сосудов

Головная боль

Теория о корковой депрессии

1

Волна деполяризации в зрительной коре

2

Выделение H+, K+ и различных медиаторов в подоболочечном пространстве

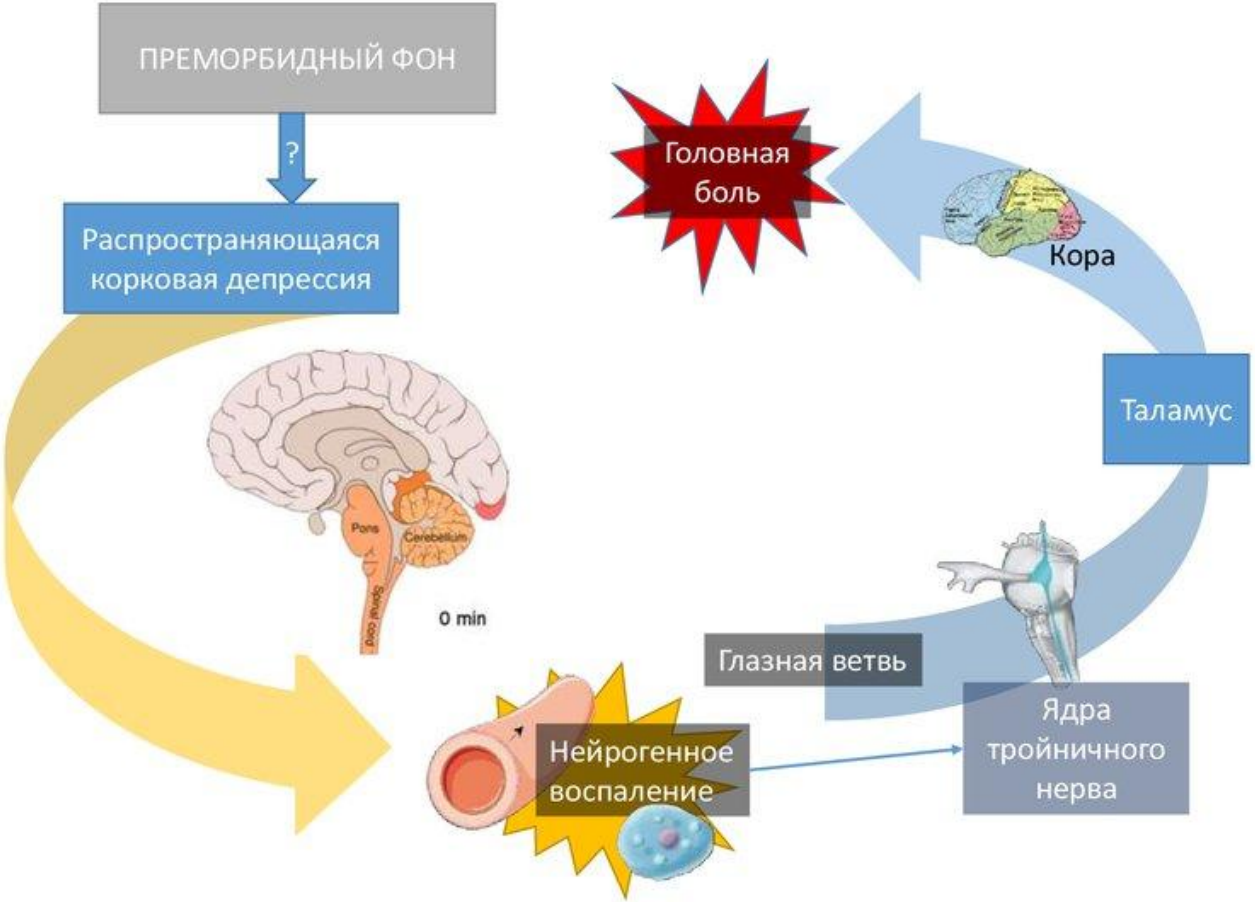
3

Стимул тригеминальных ноцирецепторов

4

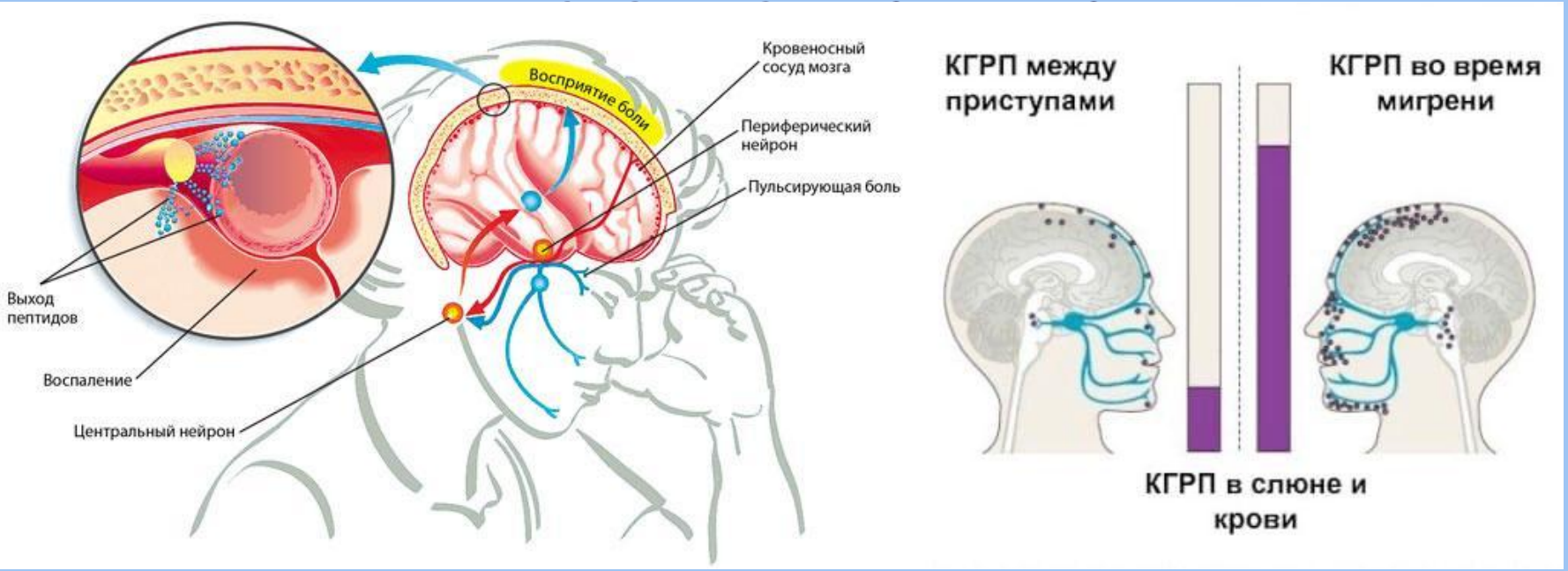
Головная боль

Схема патогенеза
(распространяющаяся корковая депрессия)



Pietrobon D., Michael A. Moskowitz. The Annual Review of Physiology - 2013

Аспетическое нейрогенное



Классификация

Международная классификация головных болей 3-го пересмотра

МКБ-10

G43.0 - Мигрень без ауры (простая мигрень);
G43.1 - Мигрень с аурой (классическая мигрень);
G43.2 - Мигренозный статус;
G43.3 - Осложненная мигрень;
G43.8 - Другая мигрень;
G43.9 - Мигрень неуточненная.

Клиника

МИГРЕНЬ

Симптомы

Головная боль

Головокружение

Тошнота

Рвота

Частая зевота

Боли в шеи

Удрученность

Запоры

Помутнение зрения

Отсутствие сна

Чувствительность к погоде
Метеозависимость

Чувствительность к звукам

Чувствительность к запахам

Чувствительность к свету

Повышенная жажда

Основные виды мигрени

G43.0

Пульсирующая боль 1 точке.

80%

G43.1

Обонятельные, слуховые, зрительные нарушения, возникающие за час до приступа.

Мигренозный статус (G43.2)

Приступ головной боли > 72 часов.

- **Обезвоживание** вследствие развивающейся рвоты;
- Может привести к **мигренозному инфаркту** – патологическому состоянию, при котором симптомы ауры могут сохраняться более 60 минут;
- Острый приступ цефалгии не проходит более 7 дней;
- Нейровизуализация свидетельствует об **ишемическом повреждении мозга** в соответствующей зоне.

Осложненная форма (G43.3)

- Нарушается внутричерепное кровообращение;
- В головном мозге развивается воспаление.

Амнезия, спутанность сознания, афазия.

Головная боль характеризуется большей интенсивностью, частотой, рецидивы наблюдаются многие годы.

«Другая мигрень» (G43.8)

Офтальмоплегическая

Больше длительность приступа ГБ;

Двоение зрения, птоз, косоглазие;

Нарушение функции глазодвигательного нерва.

Ретинальная

Расстройства зрения (дефектом полей зрения);

Мигрень длится до часа;

Без приступов болей офтальмологические аномалии не возникают.

Неуточненная мигрень (G34.9)

Диагностика

Таблица 1 Диагностические критерии М без ауры и М с аурой (МКГБ-2, 2004).

1. Мигрень без ауры

A. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям B-D
B. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении)
C. Головная боль имеет как минимум две из следующих характеристик:
1. односторонняя локализация
2. пульсирующий характер
3. интенсивность боли от средней до значительной
4. головная боль ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба, подъём по лестнице)

D. Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:
1. тошнота и/или рвота
2. фотофобия или фонофобия

E. Не связана с другими причинами (нарушениями).

2. Типичная аура с мигренозной головной болью

A. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критериям B-D

B. Аура включает по меньшей мере один из следующих симптомов и не включает двигательную слабость

1. полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (нарушение зрения)
2. полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущение покалывания) и/или негативные (онемение)
3. полностью обратимые нарушения речи

C. По меньшей мере два из нижеперечисленных:

1. гомонимные зрительные нарушения и/или односторонние чувствительные симптомы
2. как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении ≥ 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении ≥ 5 минут
3. каждый симптом имеет продолжительность ≥ 5 минут, но ≤ 60 минут

D. Головная боль, соответствующая критериям B-D для *1.1. Мигрени без ауры*, начинается во время ауры или в течение 60 минут после её начала

E. Не связана с другими причинами (нарушениями).

Диагностические ошибки

● Мигрень может вызывать двустороннюю боль, которую не всегда описывают как пульсирующую;

● Предположение о том, что любой эпизод головной боли у пациента с верифицированной мигренью представляет собой приступ мигрени (ГБ может указывать на новую патологию);

● Мигрень с аурой может быть ошибочно принята за транзиторную ишемическую атаку, особенно у пожилых людей;

● Диагностирование внезапной головной боли как мигрени, поскольку она проходит после приема триптана.

Профилактика

Лечение

Факторы, влияющие на выбор лечения

01 Частота и интенсивность приступов

02 Влияние мигрени на качество жизни

03 Соотношение риска и пользы лекарств

04 Эффективность препарата

Классы препаратов

- Триптаны
- Антагонисты допамина
- Анальгетики

Триптаны

- Блокирование нейрогенного воспаления;
- Сужение сосудов;
- Ингибирование структур мозга, которые участвуют в восприятии боли.

Триптаны

- Суматриптан (Сумамигрен, Амигренин);
- Золмитриптан (Зомиг);
- Элетриптан (Релпакс).

Антагонисты допамина

Метоклопрамид;
Домперидон.

За 30 минут
до приема анальгетиков.

Анальгетики

НВПС: парацетамол, напроксен, ибупрофен, ацетилсалициловая кислота, кеторолак.

Кодеинсодержащие препараты: Солпадеина, Седалгина-нео, Пенталгина, Спазмовералгина.

Ботулотоксин

Препарат оказывает блокирующее влияние на болевые рецепторы тройничного нерва.

1 раз – 1 раз в 6 месяцев.

Заключение

Только комплексный поход, включающий раннее купирование мигренозного приступа, профилактику атак и лечение коморбидных нарушений, позволит облегчить состояние пациентов в межприступном периоде, улучшить качество их жизни и предотвратить прогрессирование (хронизацию) мигрени.

Список литературы

1. Азимова Ю. Э. Мигрень: современный взгляд на классификацию, патофизиологию и специфическую терапию // Медицинский совет. № 3. 2013.С. 21-29.
2. Амелин А.В. Мигрень (патогенез, клиника, лечение) / А.В.Амелин, Ю.Д.Игнатов, А.А. Скоромец. - СПб., 2001. С. 240-249.
3. Бублий А., Шафорост А., Долгова И. Н., Карпов С. М. Эффективность лечения мигрени препаратами группы триптанов // Международный научно-исследовательский журнал. № 9-4 (15). 2014. С. 30-37.
4. Вейн А.М., Филатова Е.Г. Мигрень/Кафедра неврологии ФППО ММА им. И.М. Сеченова // Consiliummedicum. 2015. С. 10-16.
5. Данилов А. Б. Мигрень: рекомендации по диагностике и лечению // Русский медицинский журнал. 2014. С. 4-12.
6. Данилов А.Б. Современные подходы к лечению мигрени // Лечащий врач. № 8. 2012. С. 24-41.
7. Докучаев Д., Борисов Г., Ли Б. Мигрень // old.medach.pro. 18.02.2018.
8. Корешкина М.И. Современные аспекты диагностики и лечения мигрени // Русский медицинский журнал. 2014. С. 91-99.
9. Левин Я.И. Мигрень // Русский медицинский журнал. № 27. 2015. С. 23-28.
10. Манвелов Л. С. Тысячелетняя мигрень // Нервные болезни. №4. 2011. С. 22-27.

Список литературы

11. Саноева М.Ж. Саидвалиев Ф.С. Мигрень - вчера, сегодня, завтра. Современный взгляд на проблему // Международный неврологический журнал. № 7. 2016. С. 72-79.
12. Садоха К.А., Кистень О.В., Евстигнеев В.В. Мигрень: некоторые возрастные, гендерные и патогенетические аспекты, проблема коморбидности (обзор литературы и клиническое наблюдение) // Вестник молодых учёных и специалистов Челябинской области. № 3. 2016. С. 59-66.
13. Садоха К.А. Мигрень: классификация, диагностика, лечение // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. №5. 2015. С. 15-28.
14. Студеникин В.М., Пак Л.А., Турсунхужаева С.Ш., Боровик Т.Э., Шелковский В.И. Мигрень и современные подходы к ее лечению // Медицинский совет. № 9. 2010. С. 80-83.
15. Табеева Г.Р., Голубева В.В. Профилактика и лечение мигрени // Медицинский совет. № 4. 2012. С. 43-46.
16. Табеева Г.Р., Кацарава З. Современная концепция патофизиологии и новые мишени терапии мигрени // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. №4. 2020. С. 143-152.
17. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. Headache-attributed burden and its impact on productivity and quality of life in Russia: structured healthcare for headache is urgently needed. EurNeurol. 2014 Feb 9.
18. Swartz R.H., Kern R.Z. Migraine is associated with magnetic resonance imaging white matter abnormalities: a meta-analysis // Arch. Neurol. 2012. 62. 13668.
19. Cousins G., Hijazze S, van de Laar F.A., Fahey T. Diagnostic Accuracy of the ID Migraine: A Systematic Review and MetaAnalysis. Headache: J Head and Face Pain 2011:52(7):1140—8.

Спасибо за внимание!