



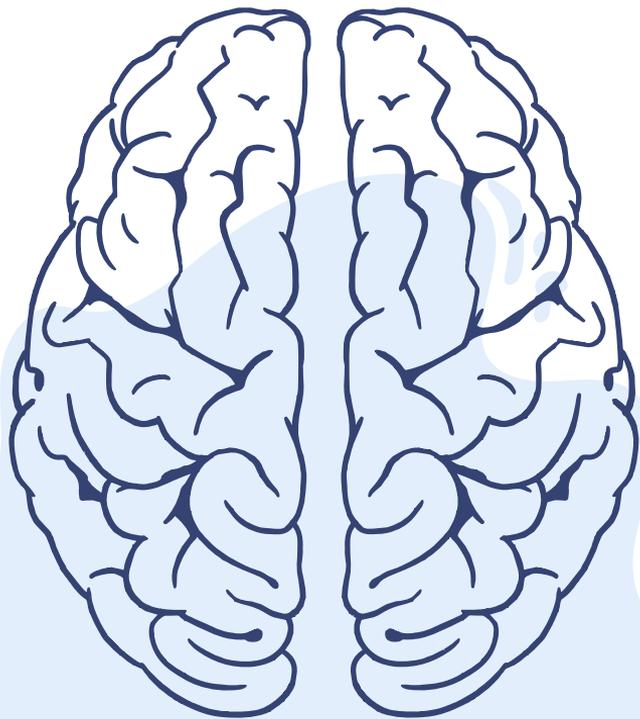
# М и т р е н ь : с о в р е м е н н о е п р е д с т а в л е н и е о з а б о л е в а н и и



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. Патопфизиологические аспекты
4. Клинические классификации
5. Клинические аспекты
6. Диагностика
7. Профилактика и лечение

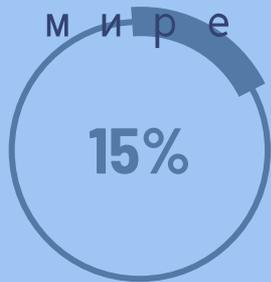


# О п р е д е л е н и е

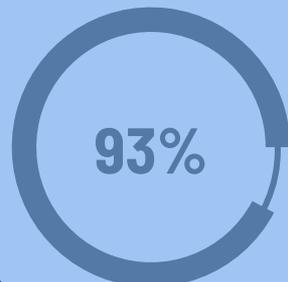
**Мигрень** — одно из наиболее распространенных заболеваний нервной системы, проявляющееся хроническими или эпизодическими приступами сильной головной боли по типу гемикрании.

# Эпидемиология

Распространенность в мире



Не посещают школу/ВУЗ

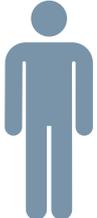


Откладывают работу



Э п и д е м и о

л о г и я

1  : 4 

25-35

л е т



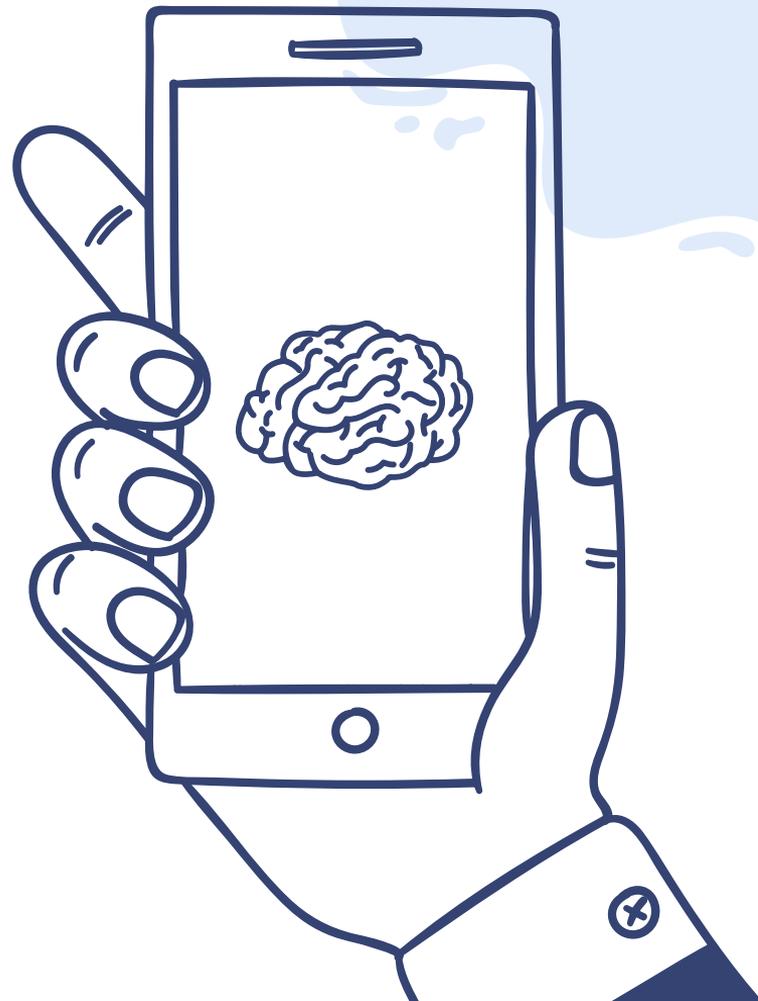


# Актуальность

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



Алкоголь



Запахи



Пища



Медикаменты



Звуки



Свет



Недосып



Кофеин



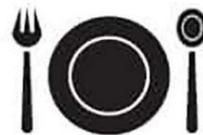
Погода



Генетика

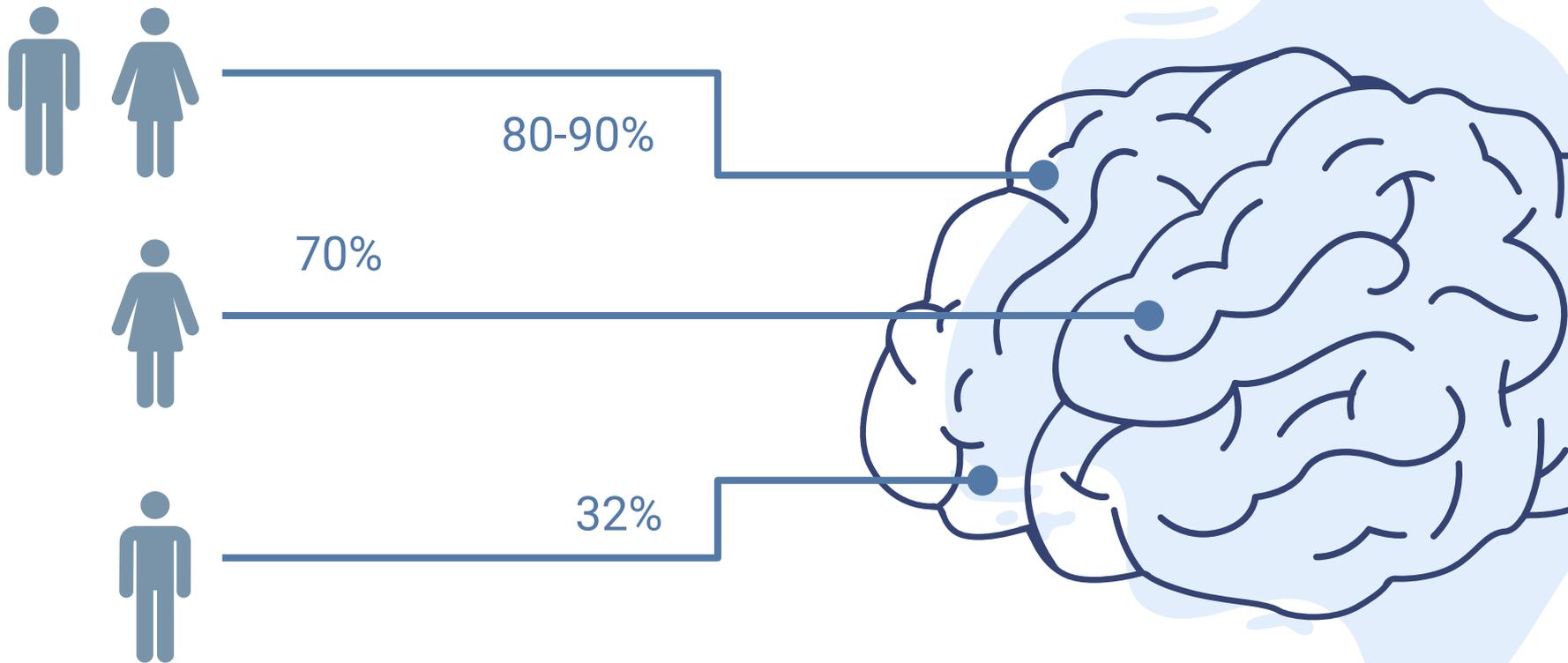


Стресс

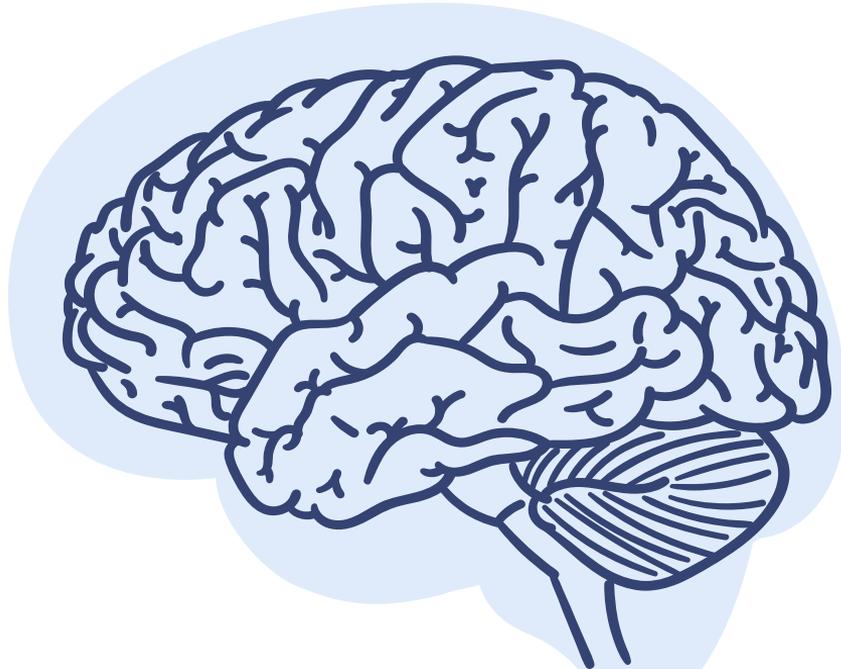


Недоедание

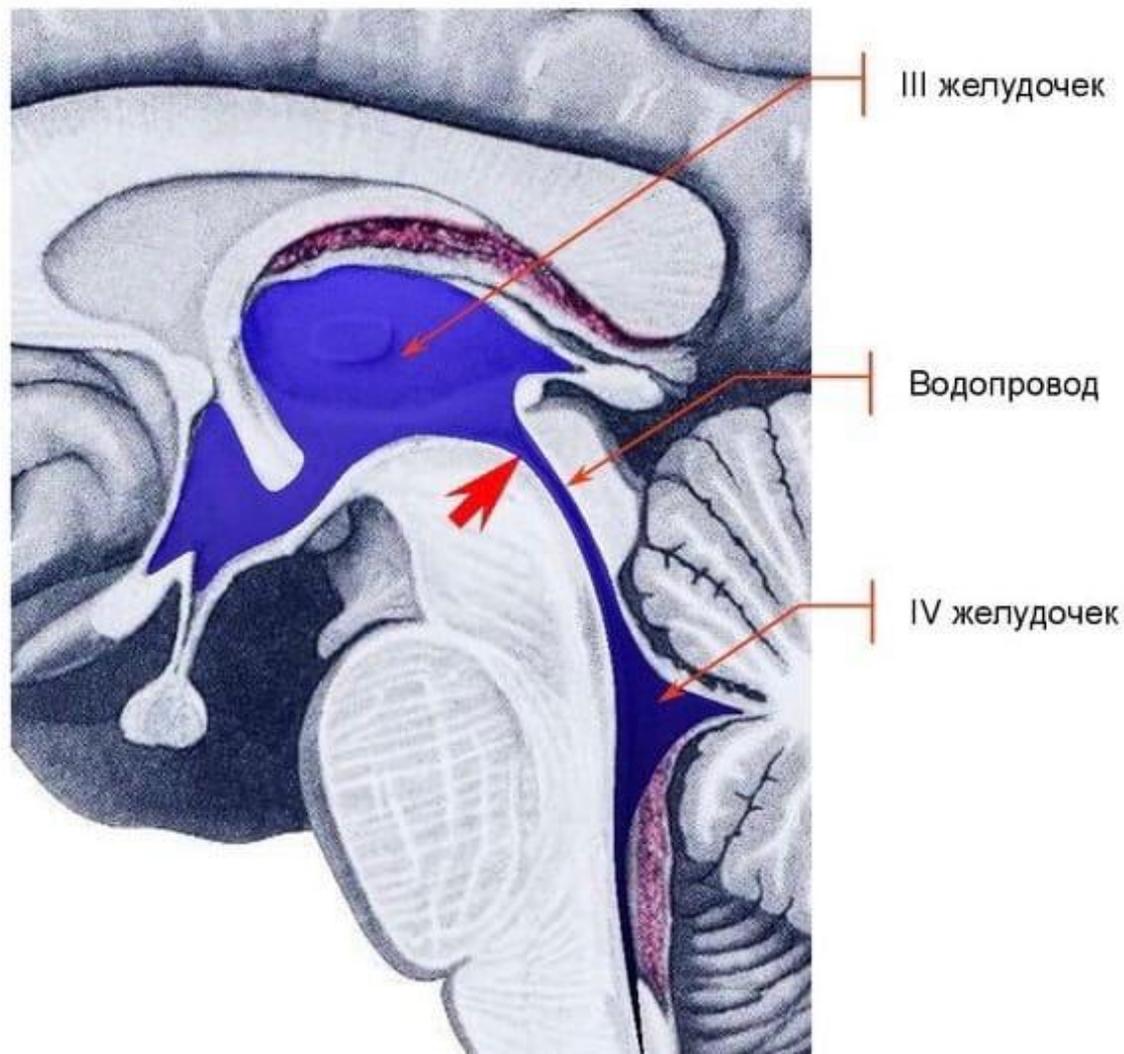
# Н а с л е д с т в е н н о с т ь

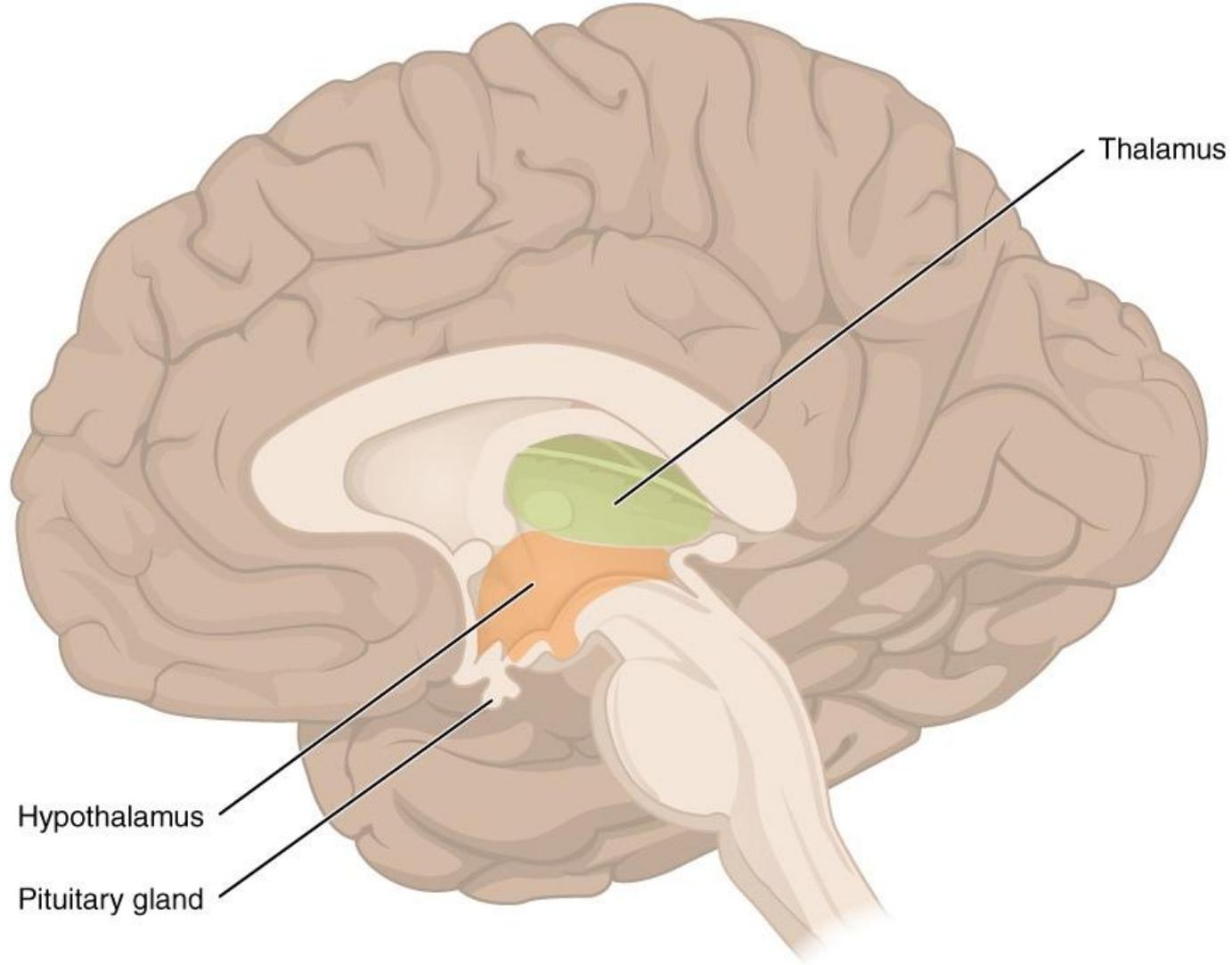


# П а т о ф и з и о л о г и ч е с к и е а с п е к т ы



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





Thalamus

Hypothalamus

Pituitary gland

Т е о р и и  
п а т о г е н е з а

01 М и г р е н и  
С е р о т о н и  
н о в а я

02 С о с у д и с т  
а я

03 К о р к о в а я  
д е п р е с с и я

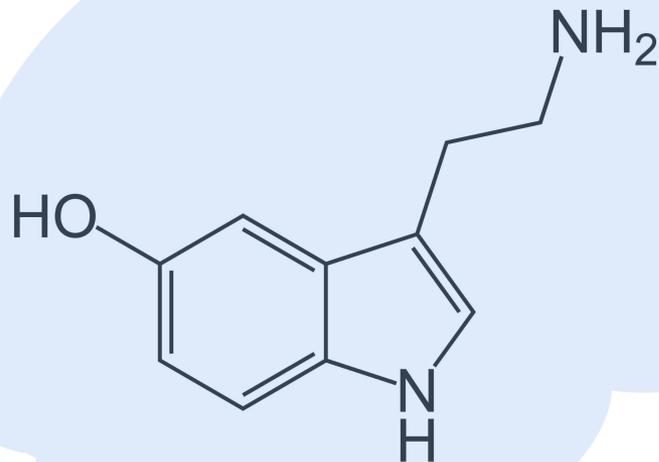
04 А с е п т и ч е с  
к о е  
н е й р о г е н н  
о е  
в о с п а л е н и  
е

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

## 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



С о с у д и с т а я

т е о р и я

С у ж е н и е  
к р о в е н о с н ы х  
с о с у д о в



И ш е м и я  
м о з г а



А у  
р а



Р а с ш и р е н и е  
в н е ч е р е п н ы х  
к р о в е н о с н ы х  
с о с у д о в



Г о л о в н а  
я б о л ь



# Теория о корковой депрессии

1

Волна  
деполяризац  
ии в  
зрительной  
коре

Стимул  
тригеминальных  
ноцирецепторов

2

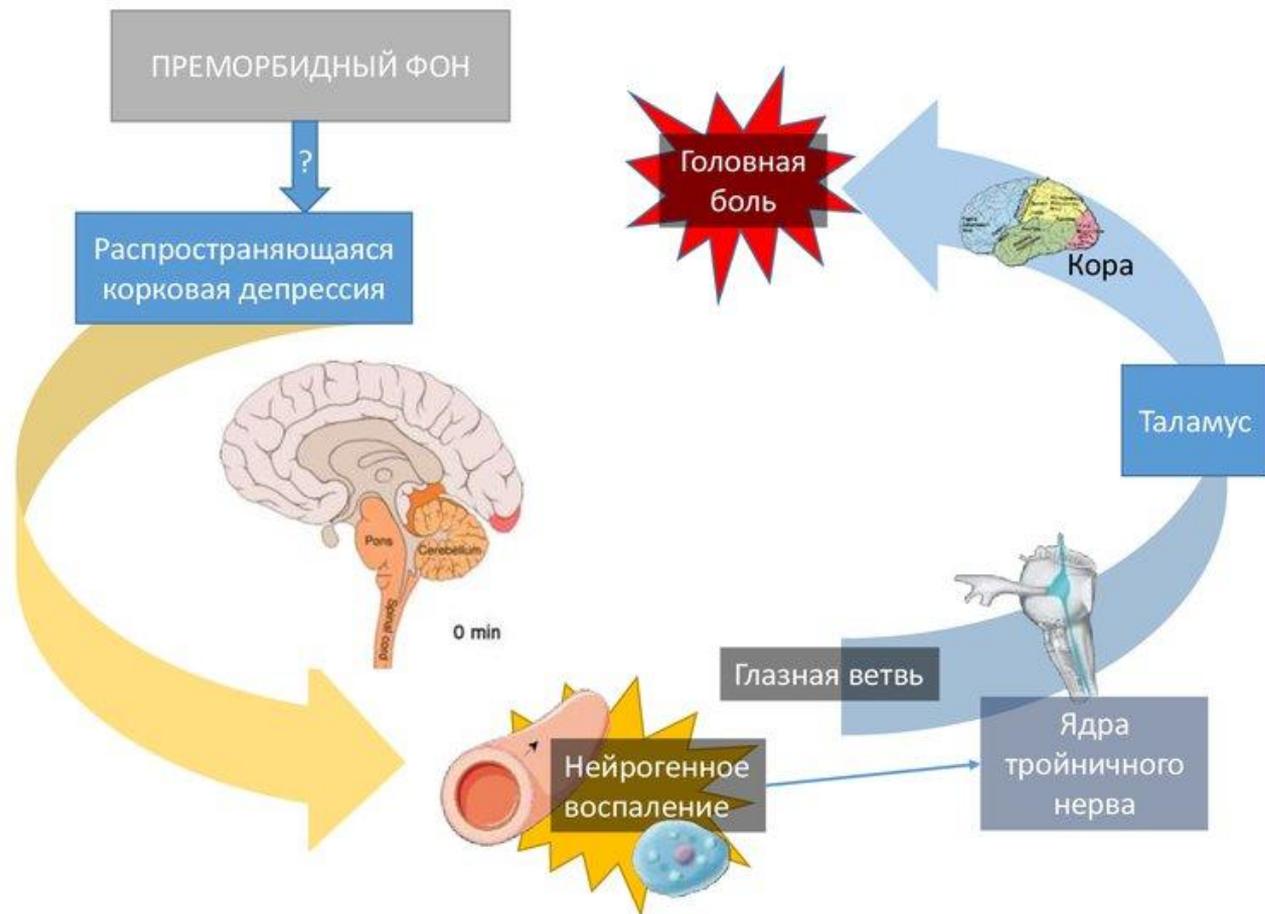
Выделение  $\text{H}^+$ ,  $\text{K}^+$  и  
различных  
медиаторов в  
подболобочном  
пространстве

4

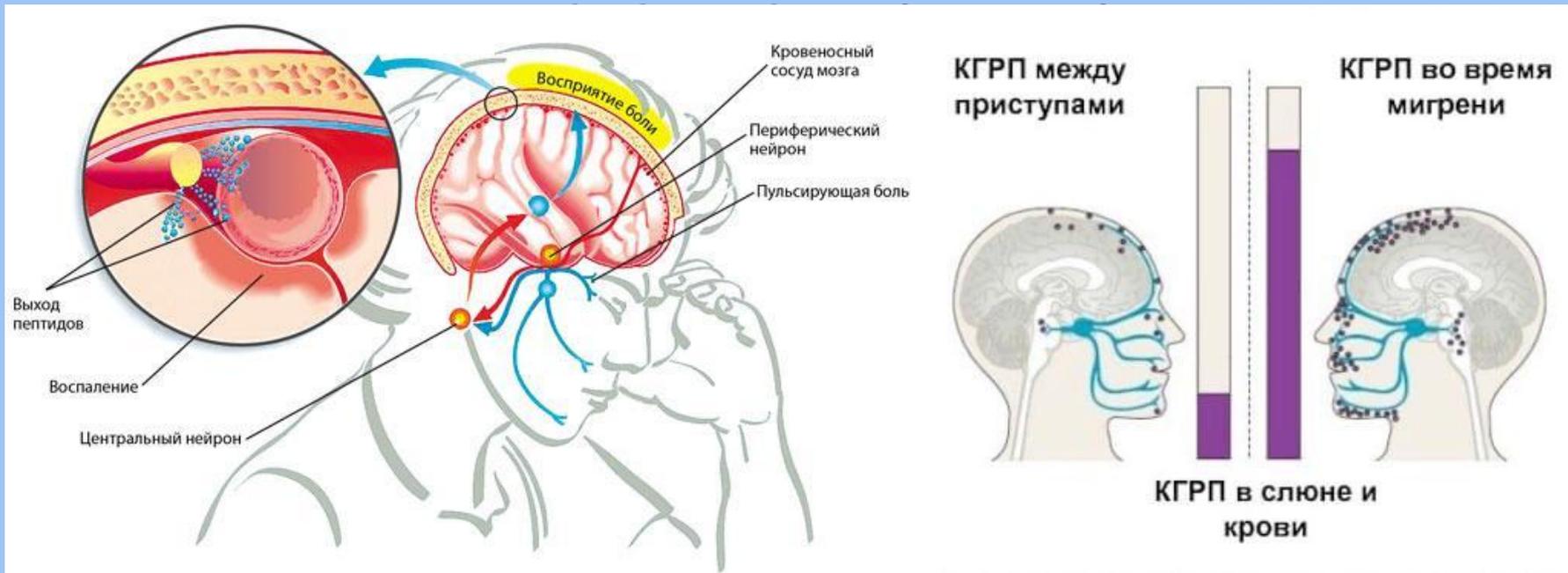
Головная  
боль

# Схема патогенеза

(распространяющаяся корковая депрессия)



# Аспетическое нейрогенное



# Классификация





# Международная классификация головных болей 3-го пересмотра

## МКБ-10

G43.0 - Мигрень без ауры (простая мигрень);

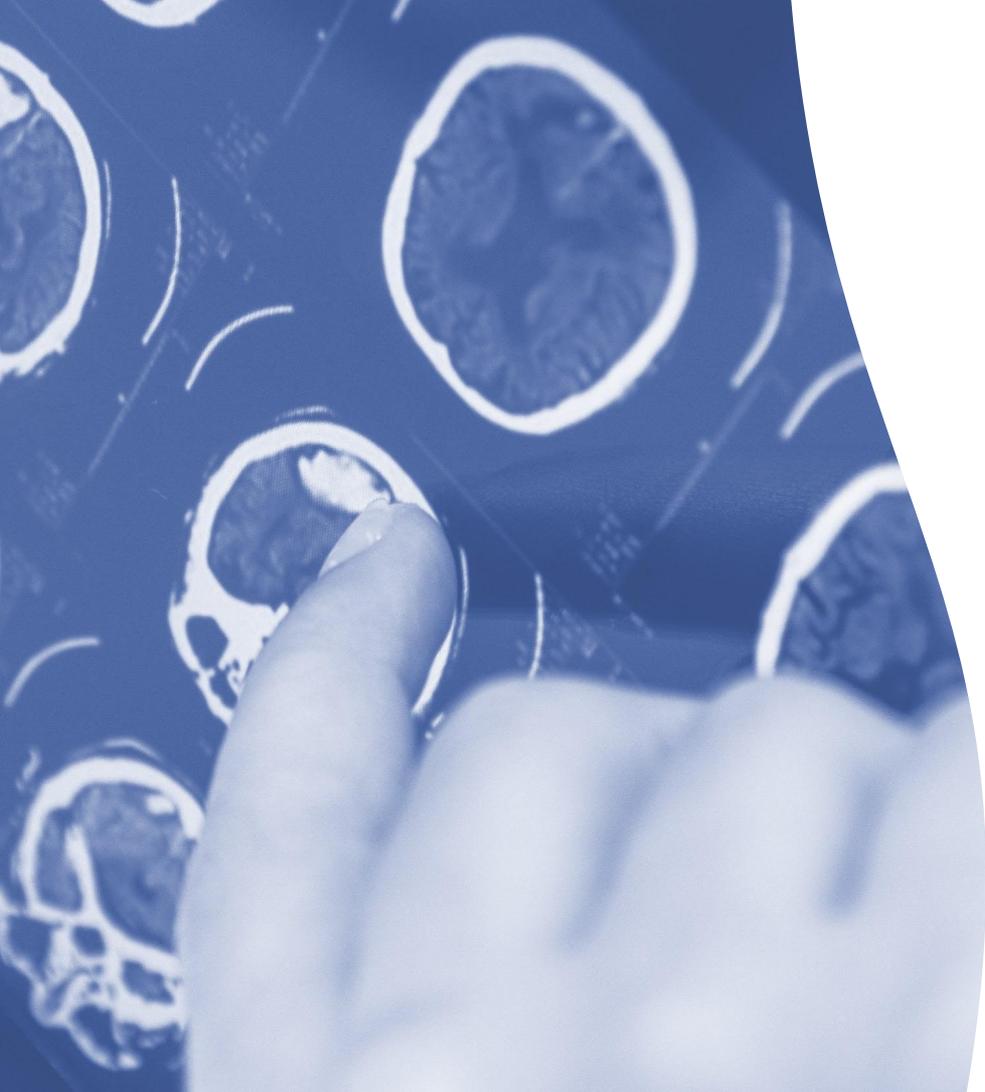
G43.1 - Мигрень с аурой (классическая мигрень);

G43.2 - Мигренозный статус;

G43.3 - Осложненная мигрень;

G43.8 - Другая мигрень;

G43.9 - Мигрень неуточненная.



# К л и н и к а

# 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.

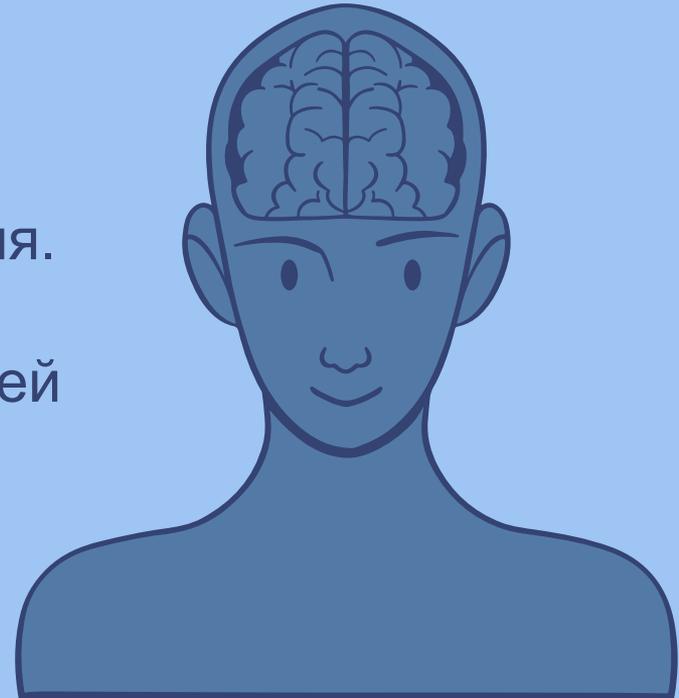
- **Обезвоживание** вследствие развивающейся рвоты;
- Может привести к **мигренозному инфаркту** – патологическому состоянию, при котором симптомы ауры могут сохраняться более 60 минут;
- Острый приступ цефалгии не проходит более 7 дней;
- Нейровизуализация свидетельствует об **ишемическом повреждении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

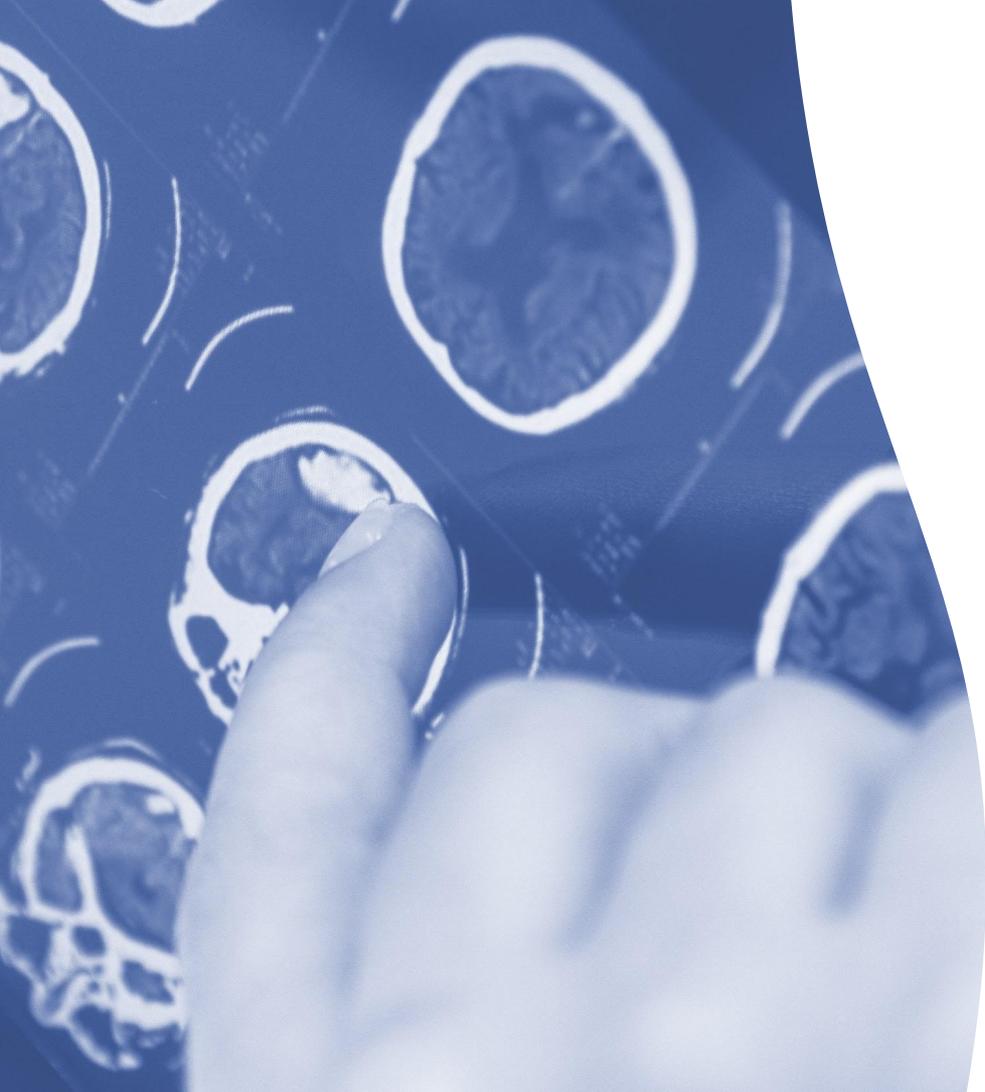
Расстройства зрения (дефектом полей зрения);

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  $\geq 5$  минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении  $\geq 5$  минут
3. каждый симптом имеет продолжительность  $\geq 5$  минут, но  $\leq 60$  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

**03**

Соотношение  
риска и пользы  
лекарств

**02**

Влияние мигрени  
на качество жизни

**04**

Эффективность  
препарата

# Классы препаратов

- Триптаны
- Антагонисты допамина
- Анальгетики

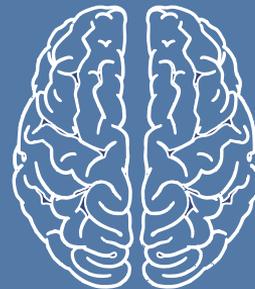
# Триптаны

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



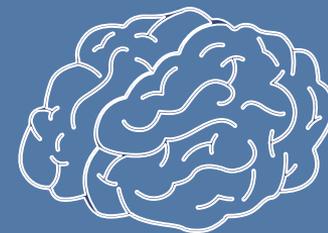
# Триптаны

- Суматриптан (Сумамигрэн, 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, Спазмoverалгина.



# Ботулотоксин

Препарат оказывает блокирующее влияние на болевые рецепторы тройничного нерва.

1 раз – 1 раз в 6 месяцев.



# З а к л ю ч е н и е

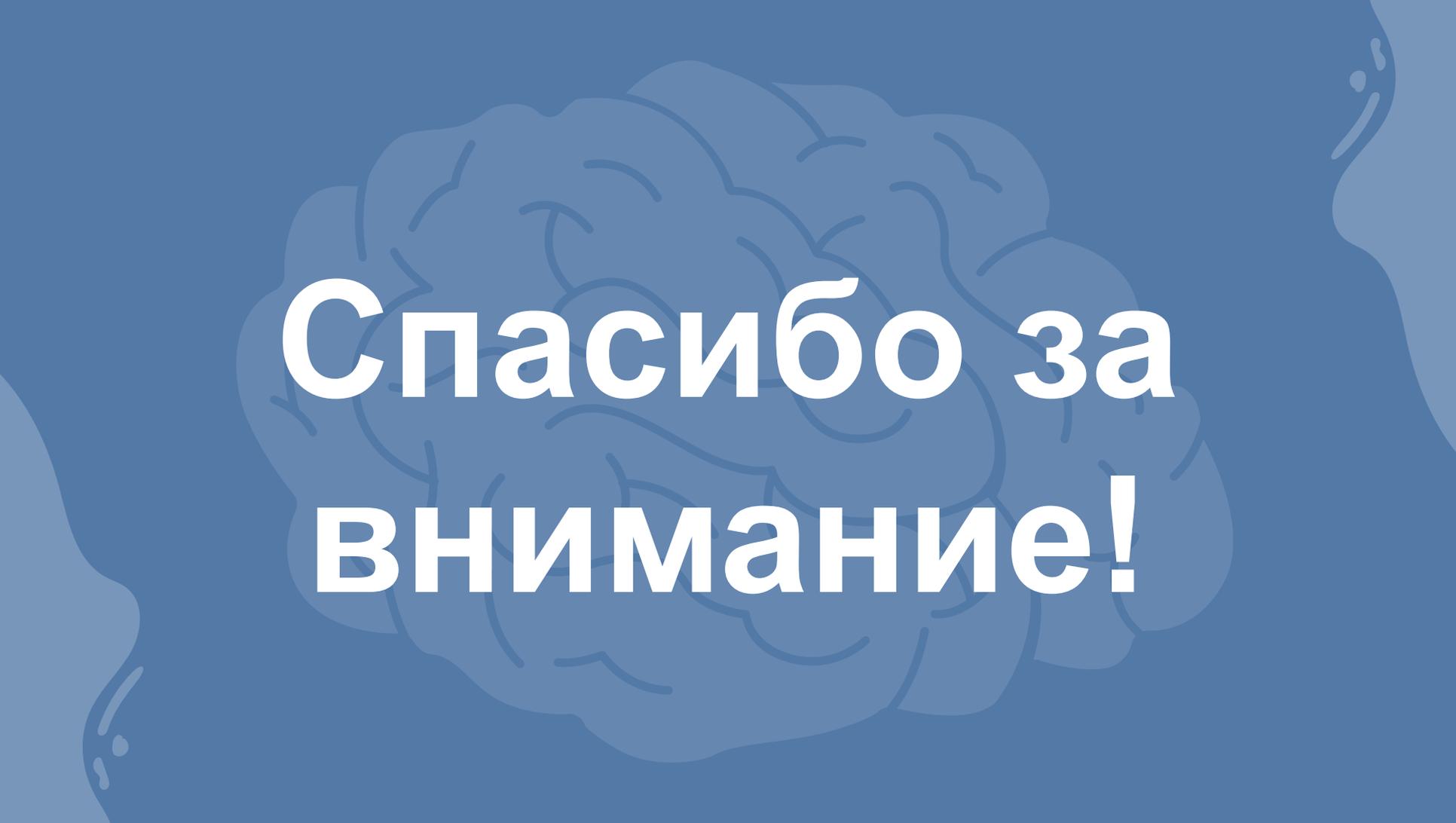
**Только комплексный подход, включающий раннее купирование мигренозного приступа, профилактику атак и лечение коморбидных нарушений, позволит облегчить состояние пациентов в межприступном периоде, улучшить качество их жизни и предотвратить прогрессирование (хронизацию) мигрени.**

# 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!**