

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 медицинской реабилитации ПО

Реферат на тему:

«Мигрень»

Выполнил: врач-ординатор

Медведева И.И.

Проверил: проф. д.м.н. Народова В.В

Красноярск 2019

Мигрень.

История.

Мигрень, повторяющиеся приступы острой головной боли, обычно односторонней и пульсирующей. Название происходит от «микрании» – усеченного греческого слова гемикrania («половина головы»), что указывает на односторонность боли. Первое упоминание мигрени, встречается ещё в письменах шумерской цивилизации 3000 лет до Рождества Христова. Во времена Древнего Египта считали, что симптомы, соответствующие мигрени, вызваны злыми духами, и иногда даже делали трепанацию черепа, чтобы выпустить их оттуда. Хотя в папирусах встречались и прописи лекарственных средств для менее радикального лечения этого заболевания. Способы лечения головной боли, схожей с мигренью находят в трудах Гиппократ, Цельса и других древних врачей. Наиболее полно из них описал мигрень греческий врач Аретей Каппадокийский (I век до нашей эры). В книге "Об острых и хронических заболеваниях" он дал название болезни "гетерокrania" - иная голова. Известный римский врач Гален (130–200 н.э.) изменил это название на "гемикранию", в котором подчеркнул одну из важных отличительных особенностей этого заболевания - локализацию болевых ощущений в половине головы. Гален впервые полагал, что основная причина мигрени заключается в изменении кровеносных сосудов. В дальнейшем мигрень всё более дифференцировалась в самостоятельное, отличное от других головных болей заболевание. Это происходило вследствие специфичности клинических проявлений мигрени: преходящий, обратимый характер приступов, их стереотипность, зависимость от ряда раздражителей (яркий свет, запах, вино) и др. В XVIII веке швейцарскими врачами были описаны клинические формы мигрени (глазная, гемиплегическая, менструальная), множество факторов, провоцирующих мигрень, в числе которых впервые был назван шоколад. В 1873 году вышла книга Эдварда Ливинга "О мигренозных головных болях и других сходных заболеваниях", которая до настоящего времени считается одним из наиболее обстоятельных трудов, посвящённых клиническим отличиям мигрени от других головных болей. Современный этап в изучении мигрени характеризуется изучением генетических, нейрофизиологических, нейрохимических и иммунологических аспектов патогенеза мигрени, поиском эффективных abortивных и профилактических средств её лечения. Следует заметить, что в течение последних 15 лет в области патофизиологии, эпидемиологии и фармакологии мигрени были достигнуты значительные успехи.

Симптомы мигрени.

Мигрень весьма распространенное заболевание. Ею страдают примерно 20% населения . Заболевание не связано с расой, местом проживания или климатом. Женщины болеют чаще, чем мужчины, в соотношении 4:1. Приступы мигрени появляются в подростковом и юношеском возрасте, с годами имеют тенденцию исчезать (у мужчин, как правило, после 45 лет, у женщин – к наступлению менопаузы). Предрасположенность к мигрени передается по наследству. Примерно у 70% больных кто-то из родственников страдает мигренью. Для многих жертв мигрени характерны определенные черты личности, такие, как перфекционизм (стремление к совершенству) и склонность к компульсивным (т.е. вызванным непреодолимым иррациональным побуждением, повторяющимся) действиям. Мигрень – это гораздо больше, чем обычная головная боль. Перенесший однократно этот

приступ не забудет его. Для этих головных болей характерна этапность. У 85% больных приступ головной боли начинается без предвестников. У остальных за 20–30 мин до приступа появляются очаговые неврологические симптомы, т.н. аура. Начинается все с безобидных ползаний мурашек в конечностях, нарушений зрения, быстро проходящего потемнения в глазах и мелькания мушек. Самый частый вариант – зрительная аура; она характеризуется вспышками света и/или появлением слепого пятна (скотомы). Аура может также проявляться онемением руки и половины лица, слабостью в руке или ноге либо другими неврологическими симптомами. Но это – всего лишь аура, предвестники надвигающейся бури. Сама же буря начинается примерно спустя полчаса появлением в глазу или у виска точечной боли, которая постепенно разливается и охватывает половину головы, нарастая в течение 2...4 часов. Частота приступов колеблется от двух раз в неделю до одного-двух раз в год, составляя в среднем два приступа в месяц. Пульсирующая боль вынуждает страдающего уединяться в затемненной комнате, так как свет и различные звуки сильно раздражают. Незначительное физическое напряжение в виде кашля, наклона головы приносит нестерпимое усиление боли. Хотя кажется, дальше уже некуда. На высоте приступа появляются головокружение, тошнота и рвота, которая не приносит облегчения, как это бывает при некоторых других заболеваниях. Все эти страдания могут длиться от 4 часов до 2...3 суток. А после приступа, когда утихает головная боль, человек чувствует себя утомленным и ослабленным. Организм требует восстановления сил. Выход один – глубокий, продолжительный сон. Но если мигренозный приступ длится больше обычного и затягивается более чем на трое суток, то конец может быть трагическим: мигренозный инсульт (лопаются сосуды головного мозга).

Описание мигрени в литературе.

К наиболее важным относятся психогенные факторы: эмоциональный стресс, разрядка после положительных или отрицательных эмоций. Замечено, что мигренью страдают люди с определенными психологическими характеристиками: для них характерны высокий уровень притязаний, высокая социальная активность, тревожность, хорошая социальная адаптация. Именно эти личностные качества позволяют лицам, страдающим М, добиться в жизни замечательных успехов. Известно, что мигренью страдали многие выдающиеся люди: Карл Линней, Исаак Ньютон, Карл Маркс, Зигмунд Фрейд, А.П. Чехов, П.И. Чайковский и многие другие. Неизвестно испытывал ли Булгаков приступы мигрени, но каждый, кому довелось пережить эту боль, не может не согласиться с более чем достоверным описанием этой болезни. Возможно, гемикарнией автор «Мастера и Маргариты» сам наградил Пилата, назначив как плату за величайший грех. Ведь именно по приказу малодушного прокуратора пошел на казнь Иисус Христос. «Более всего на свете прокуратор Иудеи Понтий Пилат ненавидел запах розового масла, и все теперь предвещало нехороший день, так как запах этот начал преследовать прокуратора с рассвета. Прокуратору казалось, что розовый запах источают кипарисы и пальмы в саду, что к запаху кожи и конвоя примешивается проклятая розовая струя. «О боги, боги, за что вы наказываете меня? Да, нет сомнений! Это она, опять она, непобедимая, ужасная болезнь гемикрания, при которой болит полголовы. От нее нет средств, нет никакого спасения. Попробую не двигать головой». Прокуратор сидел как каменный, и только губы его шевелились чуть-чуть при произнесении слов, потому что боялся качнуть пылающей адской болью головой. Ему захотелось подняться, подставить висок под струю и так

замереть. Но он знал, что и это ему не поможет. Вспухшее веко приподнялось, подернутый дымкой страдания глаз уставился на арестованного. Другой глаз остался закрытым. Уйти из колоннады внутрь дворца, велеть затемнить комнату, повалиться на ложе, потребовать холодной воды, жалобным голосом позвать собаку Банга, пожаловаться ей на гемикранию. И мысль о яде вдруг соблазнительно мелькнула в больной голове прокуратора. Он смотрел мутными глазами на арестованного и некоторое время молчал, мучительно вспоминая, зачем стоит перед ним арестант, и какие еще никому не нужные вопросы ему придется задавать. Прокуратор подумал: «Мой ум не служит мне больше...» И опять померещилась ему чаша с темною жидкостью. «Яду мне, яду!» Голос колол Пилату в висок, был невыразимо мучителен, и этот голос говорил: – Истина прежде всего в том, что у тебя болит голова, и болит так сильно, что ты малодушно помышляешь о смерти. Ты не только не в силах говорить со мной, но тебе трудно даже глядеть на меня. И сейчас я невольно являюсь твоим палачом, что меня огорчает. Ты не можешь даже и думать о чем-нибудь и мечтаешь только о том, чтобы пришла твоя собака, единственное, по-видимому, существо, к которому ты привязан. Но мучения твои сейчас кончатся, голова пройдет. Тут прокуратор поднялся с кресла, сжал голову руками, и на желтоватом его бритом лице выразился ужас. Но он тотчас же подавил его своею волею и вновь опустился в кресло. – Ну вот, все и кончилось, – говорил арестованный, благожелательно поглядывая на Пилата, – и я чрезвычайно этому рад. Я советовал бы тебе оставить на время дворец и погулять пешком где-нибудь в окрестностях. Прогулка принесла бы тебе большую пользу. – Сознайся, – тихо по-гречески спросил Пилат, – ты великий врач? – Нет, прокуратор, я не врач. Круто, исподлобья Пилат буравил глазами арестанта, и в этих глазах уже не было мути, в них появились всем знакомые искры. В светлой теперь и легкой голове прокуратора сложилась формула. Она была такова: состава преступления он не нашел, бродячий философ оказался душевнобольным. Вследствие этого смертный приговор прокуратор не утверждает, а удаляет обвиняемого и подвергает его заключению там, где резиденция прокуратора. Однако Христос был распят, а для Пилата все было кончено, и говорить более было не о чем. Спасение уходило навсегда, и страшные, злые боли прокуратора некому излечить; от них нет средства, кроме смерти.»

Механизм мигрени.

На вопрос, откуда же берется эта головная боль, пытались дать ответ ученые во все времена. И, несмотря на такие глубокие корни, они до сих пор не пришли к единой точке зрения. В пылких дебатах все же было выяснено, что в основном мигренью страдают люди в возрасте 18...35 лет, причем женщины в три раза чаще, чем мужчины. Заболевание это имеет генетическую природу, то есть передается по наследству, чаще по материнской линии. Но при этом одни исследователи считают, что наследуется патология сосудов головного мозга, другие – патология тромбоцитов. Но большинство склонны обвинять в этих страданиях «гормон радости» – серотонин, который обладает сильнейшим сосудосуживающим действием. В результате исследований было установлено, что непосредственно перед началом приступа уровень серотонина в крови катастрофически повышается, приводя к сильному сужению сосудов мозга. В результате этого к нервным клеткам мозга не поступает достаточного количества кислорода, и они начинают «тормозить»: появляется спутанная речь, нарушается зрение и так далее. В крови серотонин быстро превращается в другое вещество, и уровень его падает. В ответ на это

сосуды сильно расширяются, возникает пульсирующая головная боль. Длительность боли, если не принимать лекарственных средств, зависит от способности организма уравновешивать возникший дисбаланс серотонина.

Профилактика приступа.

Чтобы не допускать приступов мигрени нужно знать следующее. Наиболее частые факторы риска развития приступов мигрени (триггеры): Гормональные Менструация, овуляция, оральные контрацептивы, гормональная заместительная терапия. Диетические Алкоголь (сухие красные вина, шампанское, пиво); пища, богатая нитритами; моносодовый глутамат; аспартам; шоколад; какао; орехи; яйца; сельдерей; выдержанный сыр; пропущенный приём пищи Психогенные Стресс, послестрессовый период (уикенд или отпуск), тревога, беспокойство, депрессия. Средовые Яркий свет, сверкающие огни, визуальная стимуляция, флуоресцентное освещение, запахи, изменения погоды. Связанные со сном Недостаток сна, пересыпание Нитроглицерин, гистамин, резерпин, ранитидин, гидралазин, эстроген. Разнообразные Черепно-мозговая травма, физическое напряжение, переутомление, хронические заболевания Указание на менструальные или овуляторные головные боли почти всегда связано с мигренью. Известно, что у 60% женщин, страдающих мигренью, большая часть приступов возникает в предменструальные дни, а у 14% приступы бывают исключительно в этот период - "менструальная мигрень". Предполагается, что циклические гормональные изменения в период от овуляции до менструации сопровождаются прогрессирующим снижением уровня серотонина. На связь приступов с изменением содержания половых гормонов указывает частое начало заболевания в период полового созревания и уменьшение частоты и интенсивности приступов при наступлении менопаузы. Во время беременности приступы мигрени без ауры становятся реже и могут исчезать на длительный период. Зависимость от уровня половых гормонов ухудшает течение мигрени примерно у 44% женщин, принимающих оральные контрацептивные препараты. Поэтому в таких случаях необходимо переходить на гормональные препараты с низким содержанием гормонов. Примерно у 25% больных имеется отчётливая связь возникновения приступов с приёмом некоторых пищевых продуктов, особенно алкоголя, и пищи, содержащей нитриты. В других случаях эта связь обусловлена содержанием в продуктах питания различных биогенных аминов. Например, тирамин, содержащийся в сыре и копчёностях, или фенилэтиламин, содержащийся в шоколаде, конкурируют с предшественником серотонина - триптофаном, препятствуя его поступлению в нейроны и снижая, таким образом, синтез серотонина в нервных клетках (Edie M.J., Tyer J.H. 1985). Кроме того, тирамин связывает фермент моноаминоксидазу (MAO), что способствует усилению агрегации тромбоцитов и ангиоспазмам. Широко известна связь мигрени с психогенными факторами. Однако в большинстве случаев приступы возникают не на высоте стресса, а в период послестрессовой релаксации. Это объясняется тем, что в период стресса содержание некоторых медиаторов (норадреналина, серотонина, эндогенных опиатов) повышается, а при последующей релаксации снижается. Среди средовых факторов выделяются погодные факторы. На появление головной боли может повлиять яркий солнечный свет, мелькающие солнечные блики, горячий сухой ветер. Важную роль в механизмах такого воздействия играет состояние атмосферного электричества, увеличение числа малых ионов, увеличение положительно и отрицательно заряженных ионов. В этих условиях

нарастает метаболизм и снижается содержание моноаминов в головном мозге, в частности содержание серотонина, повышаются коагуляционная активность крови и агрегация тромбоцитов. Провоцирующее влияние запахов на возникновение приступов мигрени связывают с аллергическими механизмами. На это указывает частая "специфичность" запахов для каждого больного. Известно, что около 38% больных мигренью страдают аллергией, в то время как в общей популяции распространённость аллергии не превышает 10%. Для мигрени характерны головные боли выходного дня или первого дня отпуска. Обычно они связаны с избыточным сном - "мигрень выходного дня". Высказано предположение (А.М. Вейн, Н.А. Власов), что головная боль появляется в фазу быстрого сна, циклы которого преобладают в утренние часы. Во время быстрого сна у человека возникают сновидения с соответствующими вегетативными реакциями и биохимическими сдвигами, что ведёт к увеличению мозгового кровотока и снижению уровня серотонина в тромбоцитах. Для человека, имеющего в анамнезе мигрень, относительно лёгкая черепно-мозговая или шейная травма могут вызвать мигренеподобные эпизоды, хорошо реагирующие на специфическое антимигренозное лечение. Развитие мигрени в 35% случаев сопровождается патологией печени и желчного пузыря (А.М. Вейн с соавт. 1995) - "печёночная" мигрень. Приступы мигрени могут провоцироваться и в период обострения некоторых хронических заболеваний кишечника (особенно сопровождающихся запорами) и поджелудочной железы, что объясняется участием этих органов в обмене таких биологических активных веществ как серотонин, брадикинин, гистамин и др.

Лечение.

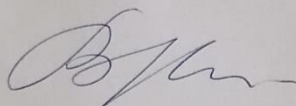
К сожалению, наша жизнь полна неожиданностей, и не все зависит от нас. Поэтому, если вы заметили, что организм дает сбой и начинается приступ мигрени, то все же стоит прибегнуть к лекарствам. Лучший способ лечения мигрени – предупреждение приступов; для этого следует по возможности избегать провоцирующих факторов. Если же приступа избежать не удалось, применяют такие средства, как эрготамин или кофеин, вызывающие сужение расширенных сосудов мозга. Весьма эффективен при приступе мигрени суматриптан – недавно разработанный стимулятор серотониновых рецепторов (агонист серотонина). Обычные болеутоляющие и нестероидные противовоспалительные средства (например, напроксен) тоже облегчают головную боль. Для предупреждения повторных приступов используют препараты различных групп: бета-адреноблокаторы (например, пропранолол), тормозящие реакцию некоторых нервных клеток; трициклические антидепрессанты с анальгезирующим действием (например, amitriptilin), улучшающие настроение и ослабляющие боль; блокаторы кальциевых каналов (например, верапамил), блокирующие проведение импульса по нерву; а также антисеротониновые средства (например, метисергид), блокирующие действие серотонина. В последние годы созданы препараты, которые способны остановить сильнейший приступ мигрени. Это – Золмитриптан (Зомиг). Появился на фармакологическом рынке весной 1997 года. Благодаря своей способности проникать через гематоэнцефалический барьер, препарат оказывает как периферическое, так и центральное действие. Механизмы его влияния, опосредованные через серотониновые рецепторы, включают: -Блокирование нейрогенного воспаления -Вазоконстрикция -Ингибирование деполяризации терминалей тройничного нерва в сосудистой стенке с последующим уменьшением болевой афферентации - Ингибирование структур ствола мозга, участвующих в перцепции боли Зомиг

применяется для лечения мигрени, как без ауры, так и с аурой, менструально-зависимой мигрени и мигрени "пробуждения", которая характеризуется резистентностью к обычной терапии. К сожалению, наша жизнь полна неожиданностей, и не все зависит от нас. Поэтому, если вы заметили, что организм дает сбой и начинается приступ мигрени, то все же стоит прибегнуть к лекарствам. Необходимо помнить, что чем раньше вы распознаете начало мигрени, тем больше надежды на успех. В период предвестников – ауры – стоит принять либо аспирин, либо анальгин, либо парацетамол, либо спазмолгон, либо седалгин, запивая крепким чаем. Но имейте в виду, что эти средства эффективны только в начале приступа, когда сосуды сужены. В период расширенных сосудов (когда боль становится пульсирующей) их применять не стоит: состояние может только ухудшиться. Как для лечения, так и для профилактики приступов успешно применяют нелекарственные методы борьбы с болью, в частности, метод биологической обратной связи, позволяющий научить больного контролировать сосудистый тонус. В терапии мигрени должны рационально сочетаться фармакологические и нефармакологические методы. Последние включают диету, идентификацию и устранение триггеров, физические упражнения, релаксацию, биологическую обратную связь.

Рецензия

Рецензия на реферат по неврологии ординатора Медведевой И.И. на тему «Мигрень». В работе приведены исторические данные, раскрыты механизмы возникновения, клиническая картина, методы лечения и профилактики данного заболевания. В реферате раскрыта актуальность и значимость темы. Объем и поставленная задача выполнена. Структура соблюдена, отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ.

24.12.2019



Проф. д.м.н. Народова В.В.