

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра нервных болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Мигрень у детей»

Выполнила:
ординатор 1 года обучения
Медведева Ю.П.

КРАСНОЯРСК 2020г

Оглавление

Введение	3
Этиология и патогенез	4
Классификация.....	5
Диагностика.....	7
Лечение	11
Консервативное лечение.....	11
Реабилитация.....	13
<u>Литература:</u>	14

Введение

Мигрень представляет собой одну из наиболее распространенных форм первичной головной боли и проявляется повторяющимися приступами головной боли, которые часто сопровождаются сопутствующими симптомами (тошнотой, рвотой, фото- и фонофобией) [1].

По частоте занимает второе место после головной боли напряжения. Зачастую приступ мигрени возникает после некоторой ауры и заканчивается чувством общей слабости и разбитости. В ходе диагностики мигрени необходимо исключить органическую патологию головного мозга и разобраться с возможными причинами появления мигрени. Лечение состоит из средств для купирования возникшего приступа и профилактики появления нового эпизода мигрени.

Головная боль (ГБ) чаще локализуется в одной половине головы по типу гемикрании, сторонность боли может меняться от приступа к приступу. Головные боли при мигрени отличаются значительной интенсивностью. Продолжительность приступа варьирует от 1—2 часов до нескольких суток.

Эпидемиологические исследования головной боли у детей раннего возраста значительно затруднены из-за невозможности для детей четко описать свою боль и вспомнить особенности ассоциированных симптомов.

При использовании критериев мигрени у детей по Vahlquist и Hackzell[оказалось, что в возрасте 7 лет распространенность мигрени колеблется от 1,2 до 3,2% (у мальчиков чаще, чем у девочек). В возрастной группе от 7 до 11 лет распространенность мигрени выше и колеблется от 4 до 11 % с одинаковой частотой у мальчиков и девочек. У детей старше 11 лет и подростков распространенность мигрени находится в пределах от 8 до 23% (у девочек чаще, чем у мальчиков)

Применение критериев Международной классификации головных болей первого пересмотра (1988) на примере 2165 детей в возрасте от 5 до 15 лет показало, что распространенность мигрени имеет место в 10,6% случаев,

причем в 7,8% случаев дети имели мигрень без ауры и 2,8% случаев — мигрень с аурой

Этиология и патогенез

Большое значение в возникновении мигрени имеют наследственные факторы. Механизм наследования до сих пор не ясен. Наследуется, по-видимому, не сама болезнь, а предрасположенность к определенному типу реагирования центральной нервной и сосудистой систем на различные типы раздражителей.

Для многих пациентов характерно наличие триггерных факторов, которые могут провоцировать приступы мигрени. Выявление триггерных факторов может помочь ребенку и его родителям значительно уменьшать частоту приступов мигрени путем изменения образа жизни при избегании или устранении наиболее важных и частых триггеров. Однако у некоторых пациентов триггерной является совокупность факторов, провоцирующих приступы мигрени в каждом конкретном случае

Триггеры приступа мигрени [2]

Психологические

Стрессы.

Позитивные и негативные эмоции

Изменения настроения

Гормональные факторы

Менструация.

Овуляция.

Факторы окружающей среды

Яркий свет.

Громкий шум.

Сильные или резкие запахи (духи, курение, моющие средства).

Погодные условия (ветер, изменения погоды, сильная жара/холод).

Диета, продукты питания, напитки	Шоколад. Сыры. Помидоры. Киви. Орехи. Лук. Чеснок. Алкоголь. Продукты, содержащие глутамат.
Лекарственные препараты	Резерпин. Нитроглицерин. Эстрогены.
Другие факторы	Недосыпание/пересыпание. Голод. Гипогликемия. Гипертермия. Усталость. Авиаперелеты.

Классификация

В настоящее время для классификации разных форм мигрени пользуются Международной классификацией головных болей второго пересмотра (МКГБ II) 2004 г.

Согласно МКГБ-II (2004), в зависимости от клинических проявлений и течения приступа, у детей различают мигрень с аурой и мигрень без ауры.

Диагноз разных форм мигрени ставят исключительно на основании клинической картины, для чего применяют диагностические критерии Международной классификации головных болей второго пересмотра, опубликованные в 2004 г. Дополнительные методы исследования можно

применять для дифференциальной диагностики или для выявления вторичных форм головных болей.

Международная классификация мигрени (2004 год)

Мигрень

1. Мигрень без ауры
2. Мигрень с аурой
 - С типичной аурой
 - С длительной аурой
 - Семейная гемиплегическая
 - Базилярная (мигрень основной артерии)
 - Мигренозная аура без головной боли
 - С острым началом ауры
3. Офтальмоплегическая
4. Ретинальная
 - Детские периодические синдромы, которые могут быть

предшественниками или сочетаться с мигренью

- Доброкачественные пароксизмальные головокружения у детей
 - Альтернирующая гемиплегия у детей
5. Осложнения мигрени
 - Мигренозный статус
 - Мигренозный инсульт

6. Мигренозные расстройства, не удовлетворяющие критериям, перечисленным в разделе 1 (Вероятная мигрень).

Хроническая мигрень характеризуется частыми приступами головной боли, возникающими как минимум 15 дней в месяц на протяжении не менее 3 месяцев. При этом у ребенка должны быть в анамнезе эпизодические приступы мигрени.

Мигренозный статус диагностируют в том случае, когда приступ интенсивной головной боли (или несколько следующих друг за другом

приступов) продолжается более 72 часов (исключая время сна). Мигренозный статус, как правило, является показанием для госпитализации.

Персистирующая аура без инфаркта характеризуется сохранением симптомов ауры более 7 дней в отсутствие инфаркта по данным нейровизуализации.

Мигренозный инфаркт головного мозга характеризуется возникновением на фоне приступа с аурой и стойкой неврологической симптоматикой, соответствующей, обычно, проявлениям ауры. Критериями такого диагноза являются, сохранение симптомов ауры более 60 минут; многомесячный (многолетний) анамнез характерных приступов мигрени с аналогичной (но более кратковременной) аурой; подтверждение инфаркта мозга методами нейровизуализации; отсутствие других заболеваний, способных вызвать аналогичные симптомы.

Мигрень рассматривается как **триггер эпилептического припадка**, если эпилептические припадки, вызываемые (запускаемые) мигренью, возникают во время или в течение часа после мигренозной ауры.

Диагностика

Жалобы и анамнез

- Рекомендуется у детей с ГБ тщательный сбор анамнеза, детальное общеклиническое и неврологическое тестирование

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств

Комментарии: *Приступу мигрени без ауры могут предшествовать предвестники (продромальные явления) в виде эмоциональных нарушений (немотивированная раздражительность, депрессия, апатия), нарушение сна, изменения аппетита (абулия или чувство неутолимого голода), жажды и задержки жидкости (настозность, отечность). Предвестники возникают за несколько часов (или дней) до приступа [23].*

У большинства детей с мигренью без ауры частота приступов составляет 1 раз в месяц или 1 раз в 2 месяца. При мигрени с аурой частота

приступов несколько реже, у детей с гемиплегической мигренью еще реже - 1 раз в 4-6 месяцев.

Приступы мигрени могут начинаться в любое время суток, но чаще начало приступа отмечается днем или вечером. Головная боль при мигрени характерно пульсирующая. Однако у детей бывает давящая, распирающая или ломящая.

Боль при мигрени локализуется в лобно-височных, периорбитальной областях, реже — в теменной области.

У детей дошкольного возраста наблюдается, как правило, двусторонняя головная боль. Для старших детей характерна односторонняя головная боль, которая может менять сторону от приступа к приступу. Гемикранический характер боли в период приступа отмечают около 30% детей с мигренью без ауры, и половина детей с мигренью с аурой.

Как правило, только к 10-12 годам жизни ребенка характеристики головной боли при мигрени соответствуют таковым у взрослых.

Во время приступа мигрени характерен внешний вид больных: бледность кожных покровов лица, скудная мимика, иногда страдальческое выражение лица.

Помимо головной боли для приступа мигрени характерны тошнота и, реже, рвота. После рвоты, как правило, отмечается облегчение общего состояния, и ребенок обычно засыпает.

После сна продолжительностью от 30 минут до 2-3 часов приступ полностью купируется, и головная боль не возобновляется.

Средняя продолжительность приступов у большинства детей с мигренью без ауры составляет 2-3 часа, у большинства детей с мигренью с аурой приступы значительно короче, до 1 часа.

В межприступном периоде дети с мигренью практически здоровы.

Следует обращать внимание на размер и форму головы, поскольку субкомпенсированная гидроцефалия сопровождается частыми ГБ.

Физикальное обследование

- Рекомендуется использование визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) для оценки интенсивности головной боли в приступе мигрени [1,8].

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств III.

Комментарии: Обычно головная боль в приступе мигрени имеет высокую интенсивность, достигая 7—9 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), может быть мучительной, трудно переносимой. Нередко во время болевого приступа отмечается общая гиперестезия, непереносимость яркого света (фотофобия), громких звуков (фонофобия), а также особенная чувствительность к обонятельным и тактильным раздражителям. Обычная физическая нагрузка, движения головой, поездка на транспорте могут усиливать интенсивность головной боли.

Одна из главных целей лечащего врача детей и подростков с хронической ежедневной головной болью (ХЕГБ) — разграничение первичных головных болей от вторичных.

Острое начало ГБ нередко связано с системными инфекциями (ОРВИ, грипп, менингиты и др.), органическим поражением мозга и другими вторичными причинами. Если приступы ГБ повторяются часто или даже эпизодически, следует предполагать наличие первичных ГБ и, в первую очередь, мигрени. При исключении вторичных причин ГБ важно разъяснить ребенку и его родителям природу заболевания и лечебную тактику.

Лабораторная диагностика

- Рекомендуется проведение лабораторных методов обследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, иммунологическое исследование и др.)

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств II.

Комментарии: Общий анализ крови, в особенности СОЭ, может помочь в выявлении признаков воспаления и при артериитах. Полезна оценка уровня гормонов щитовидной железы. Если помимо частых головных болей

имеются какие-либо другие клинические признаки, к примеру, симптомы системной красной волчанки, обязательно исследование антинуклеарных антител, С-реактивного белка и СОЭ. У многих детей трансформация мигрени с эпизодическими приступами в хроническую мигрень связана с наличием инфекций. В этих случаях необходимо определять уровни антител к вирусам Эпштейн—Барр, а также антитела к боррелии для исключения болезни Лайма. Несмотря на отсутствие специфического лечения для некоторых состояний вирусной этиологии, многие родители предпочитают быть осведомленными о возможных причинах трансформации эпизодической головной боли в хроническую. Это оправдывает проведение иммунологических исследований у детей с частыми ГБ.

Инструментальная диагностика

- Рекомендуется проведение нейровизуализационных методов исследования для исключения вторичной ГБ [2, 20, 25].

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств II.

Комментарии: *Нейровизуализационные исследования могут выявить значительные изменения в ЦНС, особенно при очаговых неврологических знаках и/или судорожных приступах в анамнезе. Иногда на МРТ обнаруживают негрубые сосудистые аномалии, небольшие изменения в белом веществе мозга, арахноидальные и/или эпифизарные кисты, которые не имеют клинического значения у детей с ГБ, но вызывают большую обеспокоенность у семьи такого ребенка. Если родители отмечают травму головы или шеи, особенно в связи с началом ГБ, необходима МР-ангиография сосудов шеи и головного мозга для исключения возможной диссекции сонной артерии. Когда имеются признаки идиопатической внутричерепной гипертензии, необходимо провести дифференциальный диагноз с тромбозом венозных синусов, который может быть причиной повышения внутричерепного давления. Для этого используют МРТ головного мозга во флебографическом режиме .*

- Рекомендуется исследование глазного дна при ГБ у детей.

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств II.

Комментарии: *Исследование глазного дна важно для исключения отека зрительного нерва и повышения внутричерепного давления.*

Лечение

В терапии мигрени выделяют два основных направления: лечение приступа и профилактическое лечение.

Консервативное лечение

- Рекомендуется для приступов умеренной и высокой интенсивности использовать ибупрофен** в разовой дозе 10 мг/кг массы тела [27, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств I.

- Рекомендуется применение парацетамола** в разовой дозе 10—15 мг/кг [30, 36].

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств II.

- Не рекомендуется при частых приступах мигрени у детей применение более двух (максимум трех) обезболивающих препаратов в неделю в виду высокого риска формирования лекарственного абзуса

Уровень убедительности рекомендаций С, уровень достоверности доказательств III.

- Рекомендуется у подростков для купирования тяжелых приступов мигрени, помимо анальгетиков, использовать специфические противомигренозные препараты: триптанов (суматриптана, золмитриптана и др.) и эрготов [25].

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств II.

- Рекомендуется назальное применение суматриптана у детей в дозировке 20 мг [34, 35, 36]

Уровень убедительности рекомендаций D, уровень достоверности доказательств IV.

- Рекомендуется у детей и подростков для купирования эпизодических приступов мигрени умеренной интенсивности назначать НПВС (например, ибупрофен**), а при тяжелых приступах головной боли - комбинацию триптана и НПВС [2, 31].

Уровень убедительности рекомендаций B, уровень достоверности доказательств II.

Комментарии: *Такой подход особенно оправдан у детей и подростков, у которых периодически отмечаются длительные и очень тяжелые приступы головной боли (более 8 баллов по 10-балльной ВАШ).*

- Не рекомендуется принимать у детей до 6 лет неселективные агонисты 5-HT-1-рецепторов (эрготамин и его производные) [30, 31, 36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций D, уровень достоверности доказательств IV.

- Рекомендуется при тяжелом затяжном приступе и мигренозном статусе в условиях неврологического стационара использовать дегидратирующие, антигистаминные, седативные препараты парентерально, капельно, а в ряде случаев - преднизолон [1, 2, 38].

Уровень убедительности рекомендаций B, уровень достоверности доказательств II.

- Рекомендуется при тошноте и рвоте применять метоклопрамид в дозе 0,5 мг/кг (в/в, в/м или внутрь) или домперидон 200— 400 мкг/кг (внутри) [36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций B, уровень достоверности доказательств II.

Реабилитация

- Рекомендуется санаторно-курортное лечение 1-2 раза в год [1, 2, 27, 33].

Уровень убедительности рекомендаций В, уровень достоверности доказательств II.

Комментарии: *В санаторно-курортных условиях применяют грязевые аппликации на воротниковую область невысокой температуры (36—38°, 10—15 минут, 10—12 процедур). Иногда грязелечение проводится в чередовании с радоновыми ваннами (100—200 ед. Махе, 36°, 10—12 минут), реже с общими сероводородными ваннами (50—100 мг/л сероводорода! 10 процедур). Наряду с грязевыми аппликациями или ваннами применяются лечебная физкультура, массаж воротниковой зоны и головы. Применение воротниковой терапии в чередовании с общими радоновыми или сероводородными ваннами имеет целью воздействовать на шейный вегетативный аппарат и на нарушенное при этом периферическое кровообращение. В местных санаториях целесообразно использовать электрофорез новокаина, папаверина в комплексе с хвойными ваннами. При плохой переносимости жары не следует направлять таких больных на южные курорты в жаркий период года.*

Литература:

1. *Вейн, А.М.* Мигрень / А.М. Вейн, О.А. Колосова, Н.А. Яковлев, Т.А. Слюсарь. — М.: Медицина, 1995. - 180 с.
2. *Гузева, В.И.* Руководство по детской неврологии: 3 изд. / В.И. Гузева. — М.: МИА, 2009. — 640 с
3. *Шток, В.Н.* Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / В.Н. Шток, О.С. Левин. — М.: МИА, 2006. — 520 с.
4. Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я: 2-е изд. / Под ред. И.Н. Денисова, Ю.Л. Шевченко. — М: ГЭОТАР. — 2003. — 1344 с.
5. *Стайнер, Т.Дж.* Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике / Т. Дж.Стайнер [и др.]. // *Практ. рук. для врачей; пер. с англ.* Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; научн. ред. В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табеевой. — М.: ООО «ОГГИ. РП», 2010. - 56 с.
6. *Нестеровский, Ю.Е.* Принципы лечения головных болей у детей и подростков / Ю.Е. Нестеровский, Н.Н. Заваденко // *Фарматека.* — 2013. — №1. — С. 106—111.