ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Абдоминальная мигрень. Взгляд невролога

Статинова Е.А., д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
Шевченко В.В., к.мед.н., ассистент кафедры неврологии и медицинской генетики ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
Голубова О.А., к.мед.н., доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России
Шевченко Д.Ф., ассистент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Актуальность темы исследования

Абдоминальная мигрень - это форма мигрени в виде эпизодического синдрома с рецидивирующими, самокупирующимися эпизодами умеренной/сильной абдоминальной боли с автономными симптомами. Это состояние относится к группе функциональных расстройств ЖКТ / расстройств взаимодействия кишечника и мозга.



Актуальность темы исследования



Актуальность темы исследования

История абдоминальной мигрени

2026 г.

Римские критерии V

Диагноз впервые включен в классификацию расстройств взаимодействия кишечника и мозга в пересмотре Римских критериев V

Актуальность темы исследования

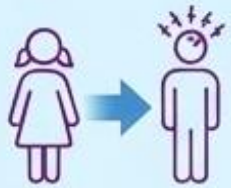
Абдоминальная мигрень - относится к группе периодических синдромов детского возраста, связанных с мигренью, и часто является предвестником классической головной боли мигренозного типа в старшем возрасте.

Патологическое состояние диагностируется преимущественно у детей от 5 до 9 лет, однако случаи заболевания встречаются и у подростков, и у взрослых пациентов. Согласно международной классификации расстройств головной боли, абдоминальная мигрень входит в категорию эпизодических синдромов, которые могут сопровождаться мигренью.



Возраст: Чаще всего дебютирует в 5–9 лет. У подростков и взрослых встречается значительно реже.

Пол: Девочки и женщины болеют примерно в 2 раза чаще, чем мальчики и мужчины.



Прогноз: У 60–70% детей симптомы полностью исчезают к подростковому возрасту. Однако у более чем 70% в зрелом возрасте может развиться классическая мигрень с головной болью.

Актуальность темы исследования

Сложности с диагностикой

Проблемы у детей

Симптомы описывают неточно.

Родители и врачи часто подозревают проблемы с ЖКТ — отравление, гастрит, аппендицит









Проблемы у взрослых

Сложности из-за когнитивных особенностей или противоречивых критериев. Долгий поиск диагноза, лишние обследования, снижение качества жизни







Решение сегодня



Врачи активнее собирают детальный анамнез и ищут „мигренозные“ маркеры (семейный анамнез, светобоязнь)





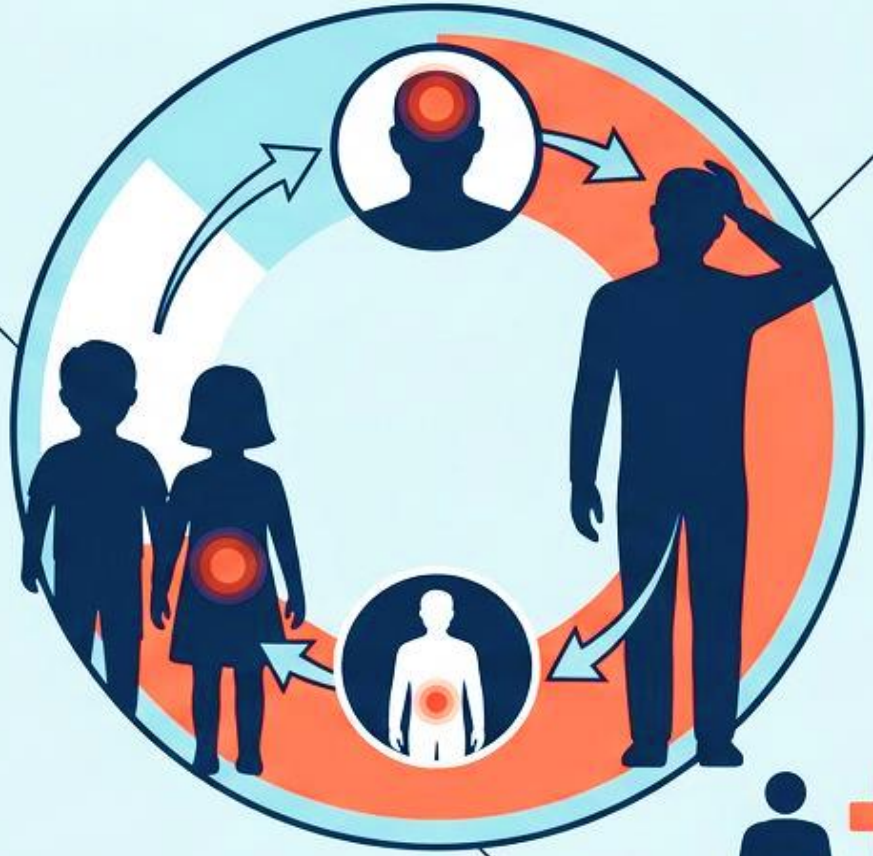
СТАТИСТИКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ АБДОМИНАЛЬНОЙ МИГРЕНИ



1–4%

детей и подростков
страдают абдоминальной мигренью
(в отдельных исследованиях — до 8,3%)





~70%

детей с абдоминальной мигренью
в дальнейшем сталкиваются с типичной головной мигренью



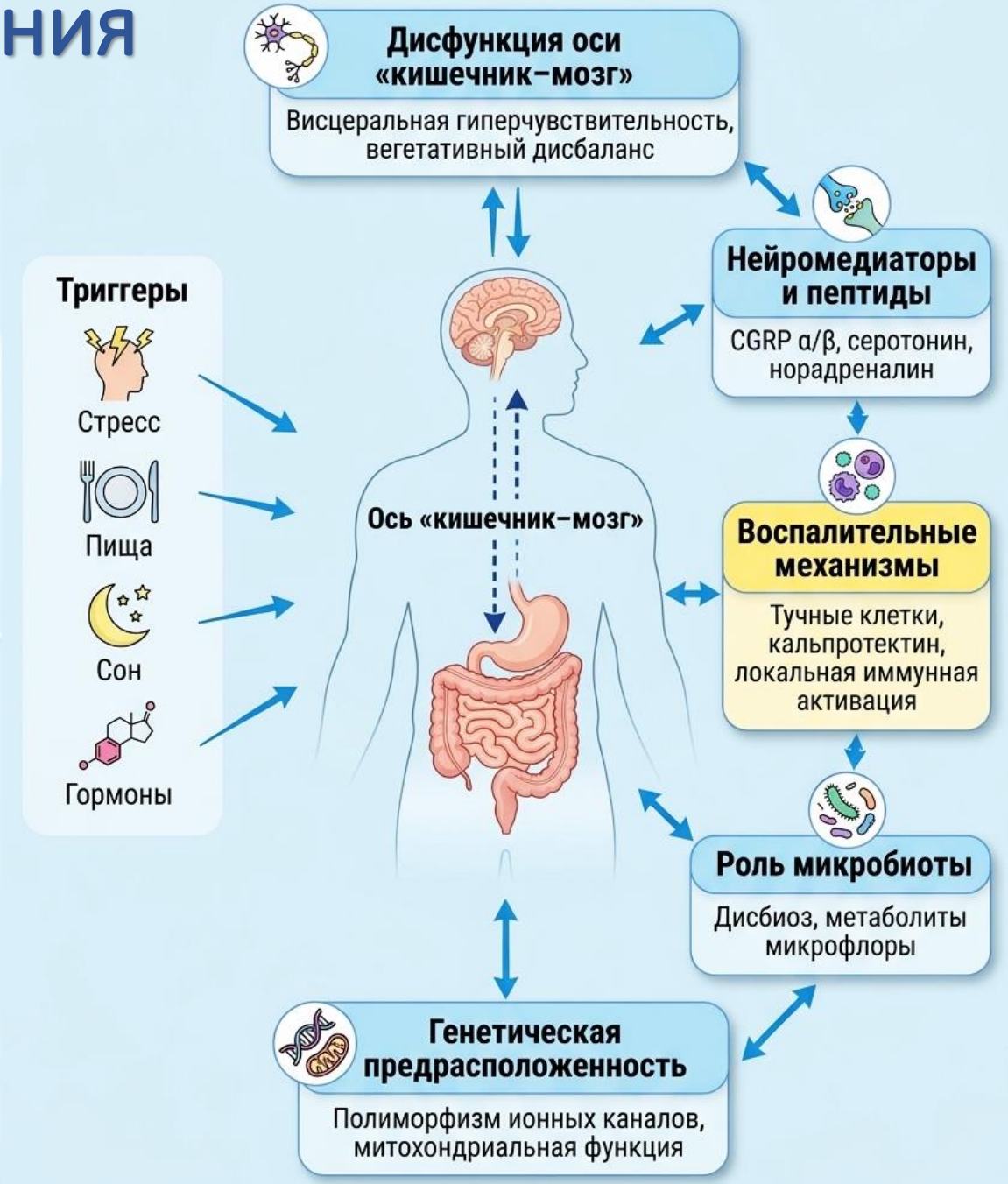
РАСТЁТ ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ у взрослых

Но диагностика часто запаздывает: пациенты годами проходят обследования у гастроэнтерологов до постановки верного диагноза

Механизм развития заболевания

Дисфункция оси «кишечник–мозг» - центральное звено

- Роль нейромедиаторов и пептидов
- Воспалительные и иммунные механизмы
- Роль микробиоты
- Генетическая предрасположенность
- Триггеры



АБДОМИНАЛЬНАЯ МИГРЕНЬ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ СИМПТОМ И ОСОБЕННОСТИ

Интенсивная боль в околопупочной области
тупая, ноющая, от 2 до 72 часов)

Иррадиация в эпигастральную область
(боль может отдавать выше)

Внезапное начало
от нескольких раз в месяц до редких эпизодов в год

Абсолютно здоровы между приступами



СОПУТСТВУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

Тошнота и рвота
(различной интенсивности)

Бледность кожных покровов

Снижение аппетита
(вплоть до отказа от пищи)

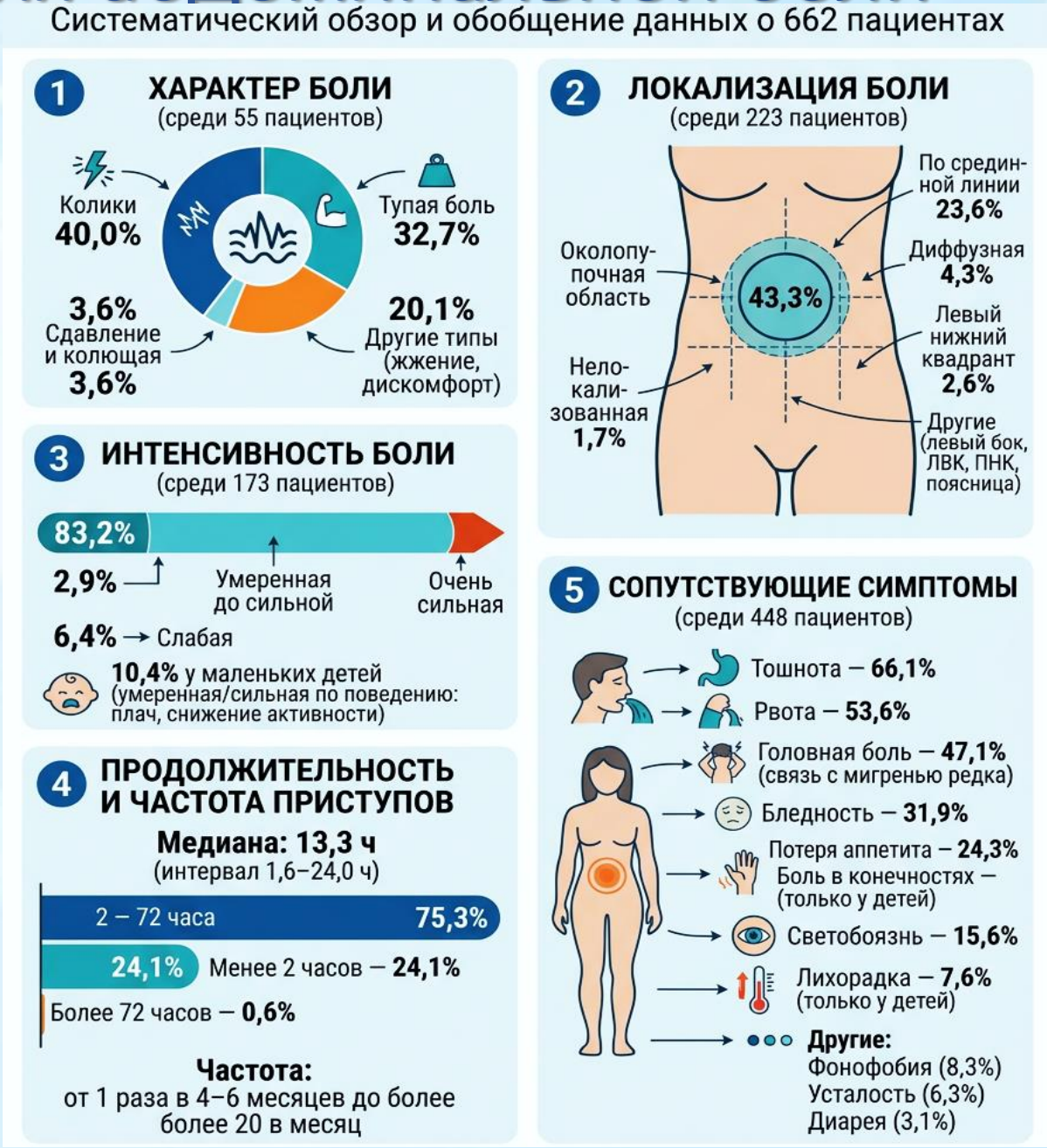
Общая слабость и недомогание

Чувствительность к свету и звукам

Головная боль
(легкой или умеренной интенсивности)

Клинические проявления абдоминальной боли

- Локализация боли :
  - Околопупочная — 43,3%
  - Срединная линия — 23,6%
  - Эпигастральная — 15,0%
  - Нижняя часть живота — 7,3%
  - Диффузная — 4,3%
  - Левая нижняя область — 2,6%
  - Плохо локализуемая — 1,7%
- Характер боли:
  - Коликообразная — 40,0%
  - Тупая — 32,7%
  - Давящая — 3,6%
  - Колющая — 3,6%
  - Другие (жжение, пульсация, дискомфорт) — 20,1%



Триггерные факторы

Пищевые: Среди частых вариантов: шоколад, цитрусовые, выдержанные сыра, копчёности и обработанное мясо, продукты с глутаматом натрия, искусственные красители и подсластители, газированные напитки. Также триггером может стать пропуск приёма пищи или слишком быстрое поглощение еды.

Психоэмоциональные и связанные с образом жизни: Сильный стресс, тревожные переживания, эмоциональное перенапряжение — частый провокатор. Сюда же относятся физическое переутомление, нарушения режима сна. Ещё один фактор — резкие изменения в распорядке дня.

Внешние воздействия. Яркий или мерцающий свет, громкие звуки, резкие запахи. Также могут вызывать метеодевиации, духота, слишком высокая или низкая температура.

Другие факторы. Путешествия и смена часовых поясов, кинетоз. Интенсивная физическая нагрузка. Обезвоживание. У подростков и взрослых к этому списку иногда добавляются гормональные сдвиги и т.д.



Критерии абдоминальной мигрени (Rome V)



Характер боли

Приступообразная (пароксизмальная) боль

- По средней линии, около пупка или размытая
- Тупая или "просто болезненная"
- Интенсивность: умеренная до сильной



Длительность эпизода

Длится от 1 часа и более (обычно от 2 до 72 часов, если не помогает лечение)



Стереотипность

Повторяемость:
у конкретного пациента картина приступов одинаковая (локализация, симптомы)



Сопровождающие симптомы

Сопровождающие симптомы (минимум 2 из списка):

- Анорексия (потеря аппетита)
- Тошнота или рвота
- Бледность
- Головная боль
- Светобоязнь



Интервалы

Светлые промежутки: между эпизодами — полное возвращение к нормальному самочувствию (нет симптомов)



Влияние на жизнь

Дезадаптация:
боль достаточно сильная, чтобы мешать обычной повседневной деятельности

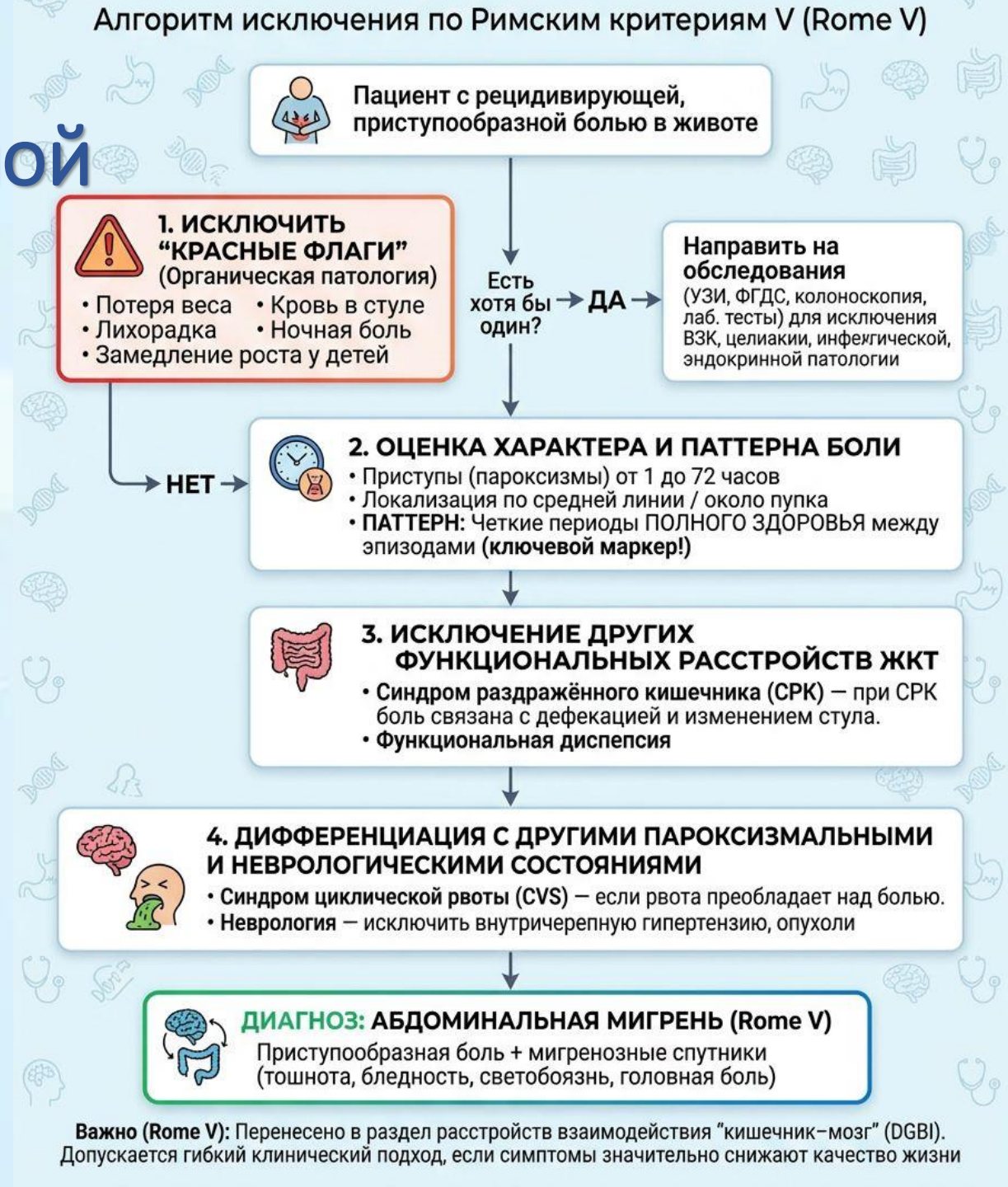


Исключение других причин

Исключение других заболеваний: после адекватного обследования (анамнез, осмотр, анализы) другие причины симптомов не найдены

Дифференциальная диагностика абдоминальной мигрени

Необходимо исключить следующие состояния: аппендицит, инвагинацию кишечника, язвенную болезнь, панкреатит, желчнокаменную болезнь, воспалительные заболевания кишечника, паразитарные инфекции.



Методы диагностики абдоминальной мигрени (на основании Rome V)

Тщательный сбор анамнеза

Характер боли, семейный анамнез, сопутствующие симптомы, триггеры



Ведение дневника симптомов

Фиксация времени, длительности приступов и провоцирующих факторов



Физикальное обследование

Осмотр и пальпация живота для исключения органической патологии



Лабораторная диагностика

Общий и биохимический анализ крови, ОАМ, тесты на целиакию



Инструментальные методы

УЗИ брюшной полости, ЭГДС, КТ/МРТ по показаниям при подозрении на патологию



Красные флаги (показания к инструментальным методам): потеря веса, кровь в стуле, лихорадка, ночная боль, замедление роста у детей

ТЕРАПИЯ АБДОМИНАЛЬНОЙ МИГРЕНИ (вкл. Rome V)

Римские критерии V (Rome V):
Абдоминальная мигрень как расстройство взаимодействия „кишечник–мозг“ (DGBI).
Комплексный и индивидуальный подход (психоэмоциональные + соматические факторы).

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ
(Фундамент лечения)

Выявление и исключение триггеров:
анализ провокаторов (шоколад, сыр, колбасы, цитрусовые, глутамат, стресс, недосып, перегрузки). Ведение дневника приступов.

Режим дня и активность:
стабильный график сна и бодрствования; регулярные умеренные нагрузки (ходьба, плавание, йога).

Управление стрессом:
когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), дыхательные упражнения, релаксация, биологическая обратная связь (БОС), гипнотерапия.

Психообразование:
объяснение связи «мозг–кишечник» пациенту и родителям для снижения тревоги.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
(При неэффективности немедикаментозных мер)

Купирование острого приступа:
- **Анальгетики** (парацетамол, ибупрофен) в возрастных дозах.
- **Противорвотные средства** (при тошноте/рвоте).
- **Триптаны** (суматриптан) у старших детей и взрослых при неэффективности (спреи/суппозитории предпочтительнее при рвоте из-за нарушения моторики ЖКТ).

Недостаточный эффект / частые приступы (>=4 раз в месяц)

Профилактическая терапия (от 3-х месяцев)
- Антиконвульсанты (топирамат)
- Бета-блокаторы (пропранолол)
- Трициклические антидепрессанты (амитриптилин)
- Другие (ципрогептадин, флунаризин, пизотифен)

Практический совет: Важна регулярность и последовательность. Обсудите с врачом реалистичные цели (снижение частоты и интенсивности приступов для возвращения контроля над жизнью).

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!