

ФГБОУ ВО «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 ординатор 2 года

обучения:

Беляева М.В.

Красноярск 2020

Определение и эпидемиология

Мигрень - первичная эпизодическая форма ГБ, проявляющаяся интенсивными, чаще односторонними приступообразными головными болями, а также различным сочетанием неврологических, желудочно-кишечных и вегетативных проявлений. ВОЗ включила мигрень в список 19 заболеваний, в наибольшей степени нарушающих социальную адаптацию пациентов.

Мигрень занимает второе место по частоте после ГБН. Ее распространенность колеблется у женщин от 11 до 25%, у мужчин - от 4 до 10%. По данным российского популяционного исследования, распространенность мигрени в России за один год составила 20,8%, что существенно превышает мировые показатели. Обычно впервые мигрень проявляется в возрасте от 10 до 20 лет. Перед пубертатом распространенность мигрени выше у мальчиков, затем она быстрее увеличивается у девочек и остается значительно выше у женщин, чем у мужчин, даже после 50 лет. В возрасте 35-45 лет частота и интенсивность мигренозных приступов достигают максимума, после 55-60 лет у большинства больных мигрень прекращается. В то же время у некоторых пациентов типичные приступы мигрени могут сохраняться и после 60 лет. У 60-70% пациентов заболевание имеет наследственный характер.

Этиология. Механизм приступа мигрени

Этиология и патогенез мигрени имеют комплексный характер. Среди основных механизмов обсуждаются генетические, нейрохимические и нейрогенные факторы. На сегодняшний день доказано, что мигрень имеет нейроваскулярную природу. Важнейшим механизмом, запускающим приступ и обуславливающим развитие и сохранение боли, является активация тригемино-васкулярной системы, которая рассматривается как ключевая система реализации болевой фазы приступа. Важную роль в активации тригемино-васкулярной системы и «запуске» приступа мигрени играют мигренозные провокаторы.

Патофизиология приступа мигрени



Механизм приступа мигрени

Другие компоненты патофизиологии боли при мигрени включают нейрогенное воспаление с вазо-дилатацией интракраниальных сосудов, в первую очередь сосудов ТМО, и экстравазацию - выделение в кровь болевых нейропептидов: кальцитонин-ген-родственного пептида, оксида азота, гистамина, субстанции Р. Механизм активации тригемино-васкулярной системы связывают с повышенной возбудимостью коры головного мозга, присущей пациентам с мигренью. Многочисленные клинические наблюдения и электрофизиологические исследования подтверждают концепцию центральной гипервозбудимости как базового патофизиологического феномена при мигрени.

Показано также, что у пациентов с частыми приступами (более трех в месяц) и длительно болеющих лиц развивается избыточная чувствительность (сенситизация) тригеминоваскулярных волокон и других болевых структур. Феномен центральной сенситизации лежит в основе хронизации мигрени.

Обсуждается и роль генетических факторов: семейный анамнез заболевания выявляется примерно у 40% мужчин и 50% женщин. «Строго наследственными» считаются только редкие формы семейной гемиплегической мигрени (СГМ I, II и III типов), для которых выявлены специфические генные мутации. В последние годы накоплены данные о роли генетических факторов в развитии КН, зависимости от обезболивающих препаратов, а также хронизации мигрени.

Классификация

По сравнению с предыдущим изданием (МКГБ-2, 2004) в новую версию включены некоторые изменения и дополнения: введен термин «мигрень со стволовой аурой» (вместо мигрени базилярного типа), включены четыре новых подтипа гемиплеги-ческой мигрени (в зависимости от типа генетической мутации), ХМ вынесена из раздела «Осложнения мигрени» и выделена в отдельную форму, раздел «Периодические синдромы детства, предшествующие мигрени» теперь называется «Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью» (табл. 20.7). Кроме того, внесены изменения в диагностические критерии большинства подтипов мигрени.

Таблица 20.7. Классификация мигрени (МКГБ-3 бета, 2013)

- 1.1. Мигрень без ауры
- 1.2. Мигрень с аурой
 - 1.2.1. Мигрень с типичной аурой
 - 1.2.1.1. Типичная аура с головной болью
 - 1.2.1.2. Типичная аура без ГБ
 - 1.2.2. Мигрень со стволовой аурой
 - 1.2.3. Гемиплегическая мигрень
 - 1.2.3.1. СГМ
 - 1.2.3.1.1. СГМ 1-го типа
 - 1.2.3.1.2. СГМ 2-го типа
 - 1.2.3.1.3. СГМ 3-го типа
 - 1.2.3.1.4. СГМ (с мутациями в других локусах)
 - 1.2.3.2. Спорадическая гемиплегическая мигрень
 - 1.2.4. Ретинальная мигрень
- 1.3. Хроническая мигрень
- 1.4. Осложнения мигрени
 - 1.4.1. Мигренозный статус
 - 1.4.2. Персистирующая аура без инфаркта
 - 1.4.3. Мигренозный инфаркт
 - 1.4.4. Эпилептический приступ, вызванный мигренозной аурой
- 1.5. Возможная мигрень
 - 1.5.1. Возможная мигрень без ауры
 - 1.5.2. Возможная мигрень с аурой
- 1.6. Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью

- 1.6.1. Повторяющиеся желудочно-кишечные нарушения
- 1.6.1.1. Синдром циклической рвоты
- 1.6.1.2. Абдоминальная мигрень
- 1.6.2. Доброкачественное пароксизмальное головокружение
- 1.6.3. Доброкачественный пароксизмальный тортиколис

Клиническая картина

Мигренозная боль чаще бывает пульсирующего и давящего характера, обычно захватывает половину головы и локализуется в области лба и виска, вокруг глаза. Иногда может начинаться в затылочной области и распространяться кпереди в область лба. У большинства больных сторона боли может меняться от приступа к приступу. Строго односторонний характер боли без смены стороны - показание к дополнительному обследованию, цель которого - исключить органическое поражение головного мозга! Продолжительность приступа у взрослых обычно колеблется от 3-4 ч до 3 сут и в среднем составляет 20 ч. При эпизодической мигрени частота приступов варьирует от одного приступа в 2-3 мес до 15 в месяц, наиболее типичная частота приступов - 2-4 в месяц.

У некоторых пациентов за несколько часов или даже суток до приступа может возникать продром (предвестники ГБ), включающий различные сочетания таких симптомов, как слабость, ухудшение настроения, трудности концентрации внимания, иногда, напротив, повышенную активность и аппетит, напряжение в области мышц шеи, повышенную чувствительность к световым, звуковым и обонятельным раздражителям. После приступа у части пациентов в течение некоторого времени сохраняются сонливость, общая слабость и бледность кожи, нередко возникает зевота (постдром). В 10-15% случаев приступу предшествует мигре-нозная аура - комплекс неврологических симптомов, возникающих непосредственно перед мигренозной ГБ или в ее начале. По этому признаку различают мигрень без ауры и мигрень с аурой.

Мигрень имеет тесную связь с женскими половыми гормонами. Так, менструация становится провокатором приступа более чем у 35% женщин, а менструальную мигрень, при которой приступы возникают в течение 48 ч после начала менструации, встречают у 5-10% пациенток. В Приложении к МКГБ выделяют *истинную менструальную мигрень* (когда приступы возникают исключительно в пери-менструальном окне) и *мигрень, связанную с менструацией* (когда наряду с менструацией приступы могут вызываться и другими провокаторами). У $\frac{2}{3}$ третьей женщин после некоторого учащения приступов в I триместре беременности во II и III триместрах наблюдается значительное облегчение ГБ, вплоть до полного исчезновения мигренозных приступов. На фоне приема гормональных контрацептивов и заместительной

гормональной терапии 60-80% пациенток отмечают более тяжелое течение мигрени.

СОПУТСТВУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

Мигренозный приступ, как правило, сопровождается тошнотой, повышенной чувствительностью к яркому свету (фотофобия), звукам (фонофобия) и запахам, ухудшением аппетита. Несколько реже могут возникать рвота, головокружение, обморочное состояние. Из-за выраженной фото- и фонофобии большинство пациентов во время приступа предпочитают находиться в затемненной комнате, в спокойной, тихой обстановке. Боль при мигрени усугубляется от обычной физической активности, например при ходьбе или подъеме по лестнице. Для детей и молодых пациентов типично появление сонливости, а после сна ГБ нередко бесследно проходит.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Среди триггеров мигрени: стресс (нередко приступ возникает не во время самого стресса, а после разрешения стрессовой ситуации), перемена погоды, голод, духота, зрительные нагрузки, менструация. Провоцирующую роль может играть нарушение ритма сна и бодрствования, причем приступы могут быть спровоцированы как недосыпанием, так и избыточным сном («мигрень выходного дня»). Некоторые пищевые продукты также могут запускать приступ мигрени: шоколад, цитрусовые, некоторые сорта сыра, орехи, алкогольные напитки (особенно красное вино, пиво и шампанское).

Дифференциально-диагностические мероприятия

Как и при других первичных цефалгиях, диагноз «мигрень» полностью базируется на жалобах, данных анамнеза, объективном осмотре пациента и анализе критериев МКГБ. Основа правильной диагностики мигрени - тщательный расспрос. Для быстрой диагностики можно использовать специальную экспресс-анкету.

Дополнительные обследования при мигрени, как правило, информативны и показаны только при нетипичном течении, то есть при подозрении на симптоматическую природу ГБ.

Учитывая наибольшую информационную значимость нейровизуализационных методов исследования, определены показания к проведению МРТ у пациентов с мигренью (табл. 20.8).

Таблица 20.8. Показания для проведения нейровизуализационных исследований у пациентов с мигренью

1. Персистирующая мигренозная ГБ продолжительностью менее шести месяцев, не отвечающая на терапию.
--

2. Мигренозная ГБ, сочетающаяся с органическими неврологическими знаками, в том числе отеком соска зрительного нерва, нистагмом, двигательными нарушениями или нарушениями походки.
3. Персистирующая ГБ у пациента без семейного анамнеза мигрени.
4. Персистирующая ГБ в сочетании с эпизодами нарушения сознания.
5. Начало мигрени после 50 лет.
6. Мигренозная ГБ у ребенка, повторно пробуждающая его от сна или возникающая сразу после пробуждения.
7. Указание на семейную предрасположенность к заболеванию ЦНС или наличие клинических или лабораторных отклонений, которые могут указывать на такое заболевание.
8. Нетипичная, пролонгированная или персистирующая аура.
9. Гемиплегическая мигрень или мигрень со стволовой аурой.
10. Мигренозная аура без ГБ.
11. Нарастающая частота, интенсивность или изменение привычной картины мигрени.
12. Строго односторонняя ГБ (без смены стороны).
13. Мигренозный статус.
14. Впервые возникшая очень сильная мигренозная ГБ.
15. «Катастрофическая мигрень».
16. Мигрень, впервые возникшая после травмы

В большинстве случаев при объективном осмотре не выявляют органических неврологических симптомов (они обнаруживаются не более чем у 3% пациентов). Возможно выявление при пальпации напряжения и болезненности в одной или нескольких перикраниальных мышцах (мышечно-тонический синдром), признаков вегетативной дисфункции (ладонный гипергидроз, изменение окраски пальцев кистей), признаков повышенной нервно-мышечной возбудимости (симптом Хвостека). У пациентов с большой длительностью заболевания могут выявляться симптомы кожной гиперчувствительности (аллодиния). При постановке диагноза следует опираться на диагностические критерии МКГБ-3 бета. Ниже приведены диагностические критерии всех клинических разновидностей мигрени.

МИГРЕНЬ БЕЗ АУРЫ

Мигрень без ауры (МБА), ранее простая мигрень - самая распространенная форма, которая встречается у 85-90% пациентов.

Диагностические критерии

- А. Наличие в анамнезе не менее 5 приступов, соответствующих критериям В-D.
- В. Приступ ГБ продолжается от 4 до 72 ч (без лечения или при неадекватном лечении).
- С. ГБ имеет как минимум две из приведенных ниже характеристик.
 - 1. Односторонняя локализация.
 - 2. Пульсирующий характер.
 - 3. Средняя или высокая интенсивность.
 - 4. ГБ усиливается при обычных физических нагрузках или требует их прекращения (например, ходьба, подъем по лестнице).
- Д. ГБ сопровождается хотя бы одним из перечисленных ниже симптомов.
 - 1. Тошнота и/или рвота.
 - 2. Фото- и фонофобия.
- Е. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше).

МИГРЕНЬ С АУРОЙ

Мигренозная аура развивается в течение 5-20 мин, сохраняется не более 60 мин и с началом болевой фазы полностью исчезает. Не следует путать ауру с продромальными симптомами. Наиболее часто встречается зрительная, или «классическая», аура, проявляющаяся различными зрительными феноменами: фотопсией, мушками, односторонним выпадением поля зрения, мерцающей скотомой или зигзагообразной светящейся линией («фортификационный спектр»). Реже возможны односторонняя слабость или парестезии в конечностях (гемипарестетическая аура), преходящие речевые расстройства, искажение восприятия размеров и формы предметов (синдром «Алисы в Стране чудес» или синдром Фишера).

Для большинства пациентов характерны приступы мигрени без ауры, мигренозная аура не развивается никогда или бывает очень редко. В то же время у пациентов, имеющих мигрени с аурой, нередко могут возникать приступы без ауры. В редких случаях после ауры мигренозный приступ не возникает (так называемая аура без ГБ). При наличии у пациента двух форм мигрени обе должны быть вынесены в диагноз. Диагностические критерии отдельных форм приведены ниже.

Типичная аура с головной болью:

- А. Наличие в анамнезе не менее двух приступов, соответствующих критериям В и С.
- В. Один или более из следующих полностью обратимых симптомов ауры:
 - 1) зрительные;
 - 2) чувствительные (сенсорные);

- 3) речевые или языковые затруднения;
 - 4) двигательные;
 - 5) стволовые;
 - 6) ретинальные.
- С. Как минимум две из следующих характеристик:
- 1) как минимум один симптом ауры нарастает в течение >5 мин и/или два или более симптомов возникают последовательно;
 - 2) каждый из отдельно взятых симптомов ауры имеет продолжительность 5-60 мин;
 - 3) как минимум один из симптомов ауры является односторонним;
 - 4) в течение 60 мин после ауры или во время нее возникает ГБ.
- Д. Симптомокомплекс не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирован лучше), а также исключена ТИА.

Типичная аура без головной боли

А. Соответствует диагностическим критериям *1.2.1. Мигрени с типичной аурой*.

В. На протяжении ауры или после нее не возникает ГБ.

Мигрень со стволовой аурой

Мигрень со стволовой аурой (ранее «мигрень базилярного типа») описывается как мигрень с симптомами ауры, происходящими из ствола мозга, без моторной слабости. В настоящее время термин «мигрень со стволовой аурой» более предпочтителен, поскольку участие базилярной артерии в возникновении этой формы до сих пор не доказано.

Диагностические критерии

А. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям В-Д.

В. Аура включает зрительные, сенсорные симптомы и/или речевые/языковые нарушения, каждый из которых полностью обратим, но без двигательной слабости и ретинальных симптомов.

С. По меньшей мере два из перечисленных ниже стволовых симптомов:

- 1) дизартрия;
- 2) головокружение;
- 3) шум в ушах;
- 4) гипоакузия;
- 5) двоение;
- 6) атаксия;
- 7) изменения сознания.

Д. Как минимум две из следующих характеристик:

- 1) как минимум один симптом ауры нарастает в течение >5 мин и/или два или более симптомов возникают последовательно;

- 2) каждый из отдельно взятых симптомов ауры имеет продолжительность 5-60 мин;
- 3) как минимум один из симптомов ауры является односторонним;
- 4) в течение 60 мин после ауры или во время нее возникает ГБ.

Е. Симптомокомплекс не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирован лучше), а также исключена ТИА.

Гемиплегическая мигрень

Разновидность мигрени с аурой, сопровождающаяся моторной слабостью. *Диагностические критерии*

А. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям В и С.

В. Аура включает обе из перечисленных характеристик:

- 1) полностью обратимая двигательная слабость;
- 2) полностью обратимые зрительные, чувствительные и/или речевые/языковые нарушения.

С. По меньшей мере две из следующих характеристик:

- 1) как минимум один симптом ауры нарастает в течение >5 мин и/или два или более симптомов возникают последовательно;
- 2) каждый отдельный недвигательный симптом ауры имеет продолжительность 5-60 мин, а двигательные симптомы - <72 ч;
- 3) как минимум один из симптомов ауры является односторонним;
- 4) в течение 60 мин после ауры или во время нее возникает ГБ.

Д. Симптомокомплекс не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирован лучше), а также исключена ТИА.

Семейная гемиплегическая мигрень

СГМ - разновидность мигрени с аурой с наследственной предрасположенностью, сопровождающаяся моторной слабостью; подразделяется на четыре типа в зависимости от вида гена, в котором обнаружена мутация (CACNA1A, ATP1A2, SCN1A и с мутациями в других генах).

Диагностические критерии

А. Соответствует диагностическим критериям 1.2.3. Гемиплегической мигрени.

В. Как минимум один родственник пациента первой или второй степени родства имел приступы, соответствующие критериям Гемиплегической мигрени.

На основании результатов генетических исследований в последнее время СГМ подразделяют на четыре типа в зависимости от вида гена, в котором обнаружена мутация (CACNA1A, ATP1A2, SCN1A и с мутациями в других генах). Наряду с перечисленными критериями для диагностики отдельных форм СГМ необходимо выявление мутации этих генов. При наличии результатов генетического исследования подтип генетического нарушения следует указать рядом с кодировкой диагноза.

Спорадическая гемиплегическая мигрень

А. Соответствует диагностическим критериям *1.2.3. Гемиплегической мигрени*.

В. Ни один из родственников пациента первой или второй степени родства не имел приступов, соответствующих критериям

Гемиплегической мигрени.

Ретинальная мигрень

Характеризуется повторяющимися приступами монокулярного расстройства зрения, которые включают скинтилляции (мерцание), скотому или слепоту и сочетаются с мигренозной ГБ.

Диагностические критерии

А. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям В и С.

В. Аура включает полностью обратимые монокулярные позитивные и/или негативные зрительные симптомы (скинтилляции, скотома или слепота), подтвержденные во время приступа одной или обеими из следующих характеристик:

- 1) клиническое исследование полей зрения;
- 2) рисунки пациента (сделанные после четких инструкций), изображающие монокулярный зрительный дефект.

С. Как минимум две из следующих характеристик:

- 1) аура нарастает в течение >5 мин;
- 2) аура имеет продолжительность 5-60 мин;
- 3) в течение 60 мин после ауры или во время нее возникает ГБ.

Д. Симптомокомплекс не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирован лучше), а также исключены другие причины *ataurosis fugax*.

Хроническая мигрень

Так же как и ХГБН, ХМ - одна из основных разновидностей хронической ежедневной головной боли и одна из основных причин обращения за

медицинской помощью по поводу ГБ. Распространенность ХМ в общей популяции составляет около 2,0%, в РФ - 6,8%. ХМ сопряжена с огромными экономическими потерями и является причиной значительного снижения качества жизни пациентов. Для ХМ характерно развитие коморбидных психических и соматических расстройств и высокий риск избыточного применения симптоматических лекарственных препаратов для купирования ГБ.

Большинство случаев ХМ начинаются как мигрень без ауры, учащение приступов и постепенное изменение клинической картины мигрени происходит постепенно под влиянием факторов хронизации. Наиболее важными из них считаются так называемые модифицируемые факторы риска, нивелирование которых возможно в процессе лечения: психические нарушения (депрессия и тревога), избыточное применение препаратов для купирования ГБ (лекарственный абзус), большое число стрессовых жизненных событий и др.

При наличии у пациента с клинической картиной ХМ лекарственного абзуса следует установить ему два диагноза: «Хроническая мигрень. ЛИГБ, связанная с приемом анальгетиков/триптанов».

Диагностические критерии

А. ГБ (мигренозного типа или по типу ГБН), возникающая с частотой >15 дней в месяц на протяжении >3 мес и отвечающая критериям В и С.

В. ГБ у пациента, имеющего как минимум 5 приступов, отвечающих

критериям В-D 1.1. *Мигрени без ауры* и/или критерию В 1.2. *Мигрени с аурой*.

С. В течение >8 дней в месяц на протяжении >3 мес ГБ отвечает любому критерию из нижеперечисленных:

1) критерий С и D 1.1. *Мигрени без ауры*;

2) критерий В или С 1.2. *Мигрени с аурой*;

3) ГБ в начале приступа расценивается пациентом как мигрень и облегчается при приеме триптанов или эрготаминасодержащих препаратов.

Д. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше).

К дополнительным признакам ХМ относят:

- типичные приступы эпизодической мигрени в анамнезе, начавшиеся до 20 лет;
- нарастание на определенном этапе заболевания частоты ГБ (период трансформации);
- по мере учащения ГБ уменьшается их интенсивность и выраженность типичных мигренозных черт (тошнота, фото- и фонофобия);
- могут сохраняться односторонний характер боли и типичные для мигрени провоцирующие факторы;
- появление постоянной ГБН-подобной диффузной «фоновой» ГБ легкой интенсивности, которая чаще всего представляет собой ЛИГБ.

Осложнения мигрени

МИГРЕНОЗНЫЙ СТАТУС

Мигренозный статус - это изнуряющий приступ мигрени, длящийся более 72 ч.

Диагностические критерии

- А. Приступ ГБ, отвечающий критериям В и С.
- В. Настоящий приступ у пациента с 1.1. *Мигренью без ауры* и/или

Мигренью с аурой является типичным и отличается от предыдущих приступов только большей продолжительностью и тяжестью.

С. Обе из следующих характеристик:

- 1) не прекращается в течение >72 ч;
- 2) боль и/или сопутствующие симптомы обессиливают пациента.

Д. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше).

ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ АУРА БЕЗ ИНФАРКТА

Описывается как симптомы ауры, персистирующие более одной недели, без радиологических признаков инфаркта мозга.

Диагностические критерии

- А. Аура, отвечающая критерию В.
- В. Настоящая аура возникает у пациента с 1.2. *Мигренью с аурой* и отличается от предыдущих аур только тем, что один или несколько симптомов ауры имеют продолжительность >1 нед.
- С. Нейровизуализационные исследования не выявляют инфаркта.
- Д. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше).

МИГРЕНОЗНЫЙ ИНФАРКТ

Мигренозный инфаркт (инсульт) - сочетание одного или более симптомов мигренозной ауры с ишемическим повреждением мозга, подтвержденным адекватными нейровизуализационными методами исследованиями. При мигренозном инсульте локальные неврологические симптомы полностью совпадают с привычными неврологическими проявлениями, сопровождавшими предыдущие приступы мигрени. По времени инсульт совпадает с приступом мигрени, а другие причины инсульта должны быть отвергнуты.

Диагностические критерии

- А. Мигренозный приступ, отвечающий критериям В или С.
- В. Настоящий приступ возникает у пациента с 1.2. *Мигренью с аурой* и отличается от предыдущих приступов только тем, что один или несколько симптомов ауры имеют продолжительность >60 мин.
- С. Нейровизуализационные исследования выявляют ишемический инфаркт в зоне, соответствующей клиническим симптомам ауры.

D. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше).

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИСТУП, ВЫЗВАННЫЙ МИГРЕНОЗНОЙ АУРОЙ

Описывается как эпилептический приступ, возникающий во время приступа мигрени с аурой или после него. В литературе эпилептические приступы у больных мигренью с аурой иногда обозначаются как *мигрень-эпилепсия* (мигралепсия). В то же время у пациентов с эпилепсией после приступа могут возникать мигре-неподобные ГБ.

Диагностические критерии

- A. Приступ, отвечающий диагностическим критериям одного из типов эпилептических припадков и нижеследующему критерию B.
- B. Приступ, возникающий у пациента с *1.2. Мигренью с аурой* во время или в течение 1 ч после приступа мигрени с аурой.
- C. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше).

ЛЕЧЕНИЕ

Хотя мигрень является неизлечимым заболеванием в силу своей наследственной природы, адекватная терапия может существенно облегчить ее течение. *Основные лечебные подходы включают:* 1) поведенческую терапию (образование и обучение пациента); 2) купирование острого приступа и 3) профилактическое лечение. Большое значение имеют также профилактика и лечение коморбидных нарушений и воздействие на факторы риска хронизации мигрени. Все эти подходы направлены на предотвращение учащения приступов мигрени и повышение качества жизни пациентов. Стратегии лечения мигрени приведены на рис. 20.2.

Стратегия лечения мигрени

- Купирование приступа
- Профилактика приступов
- Профилактика и лечение коморбидных нарушений
- Воздействие на модифицируемые факторы риска хронизации мигрени
- Поведенческая терапия



Рис. 20.2. Стратегии лечения мигрени

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Образование пациента может проводиться как врачом или средним медицинским персоналом при очной беседе, так и заочно с помощью популярной литературы. Информационная беседа должна включать: разъяснение пациенту доброкачественной природы и механизмов мигрени, разубеждение в наличии органической причины ГБ, обсуждение роли провокаторов приступов и необходимости их избегать, факторов риска хронизации мигрени (лекарственного злоупотребления, психических и других коморбидных нарушений), разъяснение целей лечения, важности ведения дневника ГБ и механизмов действия назначаемых препаратов.

КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА

Цель - уменьшить интенсивность и длительность приступа, минимизировать сопутствующие симптомы (тошнота, рвота, общая слабость, анорексия и т.д.) и восстановить общее состояние пациента.

Медикаментозную терапию следует назначать в зависимости от интенсивности приступа и степени дезадаптации пациента (*стратифицированный подход*): легкий приступ - пациент в состоянии выполнять привычную домашнюю и профессиональную работу; приступ средней тяжести - не может выполнять привычную домашнюю или профессиональную работу; тяжелой приступ - пациент вынужден соблюдать постельный режим.

При легких приступах назначают простые анальгетики и/или НПВП; при приступах средней тяжести терапию начинают с анальгетиков и/или НПВП,

если лекарства не эффективны в трех приступах, назначают триптаны. При тяжелых приступах сразу рекомендуется назначать триптаны.

Начинать лечение приступа следует как можно раньше (в первые 30-40 мин).

Первый этап

При приступах легкой и средней тяжести показаны *простые анальгетики (НПВП)*, при необходимости противорвотные средства. В табл. 20.9 суммированы данные по эффективности анальгетиков в купировании приступа мигрени.

Таблица 20.9. Анальгетики, обладающие доказанной эффективностью в купировании приступа мигрени

Препарат	Доза, мг	Уровень рекомендаций	Комментарии
Ацетилсалициловая кислота	1000 внутрь	A	Гастроэнтерологические побочные эффекты
	1000 внутривенно	A	Риск кровотечения
Ибупрофен	200-800 внутрь	A	Такие же, как и для ацетилсалициловой кислоты
Напроксен	500-1000 внутрь	A	Такие же, как и для ацетилсалициловой кислоты
Диклофенак	50-100 внутрь	A	Включая диклофенак
Парацетамол	1000 внутрь	A	Назначать с осторожностью, так как может вызывать почечную и печеночную недостаточность
	1000 ректально	A	

У ряда пациентов может быть эффективен лор-ноксикам в дозе 4 мг в начале приступа мигрени. Преимущества препарата: хорошо выраженное анальгетическое действие, быстрое наступление эффекта, минимальный риск побочных эффектов (в связи с коротким периодом полувыведения) и безопасность применения у немолодых пациентов.

Допустимо использование анальгетиков не более 14 дней в месяц, чтобы избежать злоупотребления лекарствами и развития абзусной ГБ.

Наибольшим потенциалом вызывать ЛИГБ обладают комбинированные анальгетики, содержащие кофеин, кодеин и барбитураты. В связи с этим их использование для купирования приступов мигрени не рекомендовано, особенно при частоте болевых эпизодов 5 и более в месяц. В связи с риском агранулоцитоза применение метамизола натрия и содержащих его комбинированных анальгетиков также не рекомендовано.

При выраженной тошноте и рвоте целесообразно использование *противорвотных средств*, которые также уменьшают гастростаз и улучшают всасывание обезболивающих препаратов (табл. 20.10). Антиэметики назначают за 10-15 мин до приема анальгетиков. Таблица 20.10. Противорвотные средства, рекомендованные для использования во время мигренозного приступа

Препарат	Доза, мг	Уровень рекомендаций	Комментарии
Метоклопрамид	10-20 внутрь	В	Побочные эффекты: дискинезия; противопоказан детям и беременным; обладает также аналь-гетическим действием
	20 ректально		
	10, внутримышечно, внутривенно, подкожно		
Домперидон	20-30 внутрь	В	Побочные эффекты менее выражены, чем у метоклопрамида; может использоваться у детей

Второй этап

При неэффективности простых анальгетиков, при тяжелых приступах мигрени и значительной дезадаптации показано назначение специфических препаратов, к которым относятся триптаны и эрготаминсо-держащие средства. Наибольшей эффективностью в купировании приступов мигрени обладают агонисты серотониновых рецепторов типа 5HT₁ - триптаны (табл. 20.11).

Таблица 20.11. Триптаны, зарегистрированные в РФ

Препарат	Доза, мг	Уровень рекомендаций
Суматриптан	Таблетки 50 мг, 100 мг Назальный спрей 20 мг Суппозитории 25 мг	А
Элетриптан	Таблетки 40 мг	А
Золмитриптан	Таблетки 2,5 мг	А
Наратриптан	Таблетки 2,5 мг	А

Ранний прием триптанов (в первые 30 мин приступа) способствует более эффективному купированию приступа, позволяет предотвратить рецидив ГБ

и более быстро восстановить качество жизни пациентов. Повторное использование триптана возможно через 2 ч после приема первой дозы; не следует использовать более 2 доз триптанов в сутки. При неэффективности одного триптана следует пробовать другие. При назначении триптанов пациентам с частыми приступами мигрени необходимо предупредить о возможном риске лекарственного злоупотребления и развитии ЛИГБ.

Первым препаратом из группы триптанов, эффективность и безопасность которого была подтверждена многочисленными клиническими исследованиями, в том числе и в России, был суматриптан (Табеева Г.Р. и соавт., 2007), выпускаемый в дозах 50 и 100 мг.

Около 75% пациентов отмечают, что прием сума-триптана приводит к быстрому (в течение 1-2 ч) устранению не только ГБ, но и сопутствующих симптомов: тошноты, рвоты, фоно- и фотофобии. У пациентов с небольшой длительностью заболевания (до 10 лет) хороший эффект может быть достигнут при приеме дозы 50 мг, пациентам с длительным «стажем» мигрени следует рекомендовать дозу 100 мг. Хотя суматриптан эффективен на любой стадии приступа, ранний прием препарата (в течение 30 мин от начала приступа) приводит к более быстрому купированию мигренозной атаки.

Тем не менее при назначении любых триптанов следует принимать во внимание противопоказания для этого класса препаратов: ишемическая болезнь сердца (в том числе инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз), окклюзионные заболевания периферических сосудов, инсульт или ТИА (в том числе в анамнезе), неконтролируемая АГ. В связи с минимальным констрикторным действием на коронарные артерии наибольшей кардиобезопасностью обладает элетриптан 40 мг.

В связи с риском серьезных побочных эффектов *производные эрготамина (алкалоиды спорыньи)* в последнее время применяется редко.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Главная задача профилактической терапии - предупреждение хронизации мигрени и улучшение качества жизни пациентов. Цели профилактического лечения мигрени включают:

- уменьшение частоты, длительности и тяжести приступов мигрени;
- сокращение периодичности приема и числа доз препаратов для купирования приступов (предотвращение злоупотребления);
- ослабление влияния приступов мигрени на повседневную активность + лечение коморбид-ных нарушений.

Превентивное лечение назначается пациентам, у которых отмечается 3 или более интенсивных приступа ГБ в течение месяца и/или 8 или более дней в месяц с ГБ при адекватном купировании приступов мигрени (то есть у пациентов с хронической мигренью) (табл. 20.12). Кроме того,

профилактическое лечение показано в следующих случаях:
 пролонгированная аура (более 60 мин), лекарственный абзус, наличие противопоказаний к абортивному лечению, его неэффективность или плохая переносимость, при подтипах мигрени, опасных в отношении развития повреждения мозга (инсульта): перенесенный мигре-нозный инфаркт, мигренозный статус, мигрень со стволовой аурой (базилярная мигрень), спорадическая или семейная гемиплегическая мигрень.

Таблица 20.12. Лекарственные средства с доказанной эффективностью, рекомендуемые для профилактики мигрени

Препараты	Суточная доза, мг	Уровень доказательности
<i>β-Блокаторы</i>	50-200 40-240	A A
Метопролол		
Пропранолол		
<i>Сартаны</i> Кандесартан	16	A
<i>Антиконвульсанты</i> Вальпроевая кислота Топирамат	500-800 25-100	A A
<i>Ботулинический токсин типа A</i>	155-195 ЕД на одну процедуру	A (при ХМ)
<i>Антидепрессанты</i>	50-150 75-150	B
Амитриптилин		B
Венлафаксин		
<i>Другие средства</i>		
Напроксен	2x250-500	B
Препараты белокопытника	2x75	B
Бисопролол	5-10	B
Ацетилсалициловая кислота	300	C
Габапентин	1200-1600	C
Магния сульфат	24 ммоль	C
Ромашка девичья* ⁵	3x6,25	C
Рибофлавин	400	C
Коэнзим Q ₁₀ (иде-бенон)	60-300	C
Лизиноприл	20	C
Верапамил	320-480	C

ПРИНЦИПЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МИГРЕНИ

- Необходимо начинать лечение с монотерапии.
- Если монотерапия не дает эффекта, то может быть эффективным сочетание двух или даже трех препаратов, но в малых дозах.

- Терапию начинают с минимальной дозы, наращивая ее до эффективной дозы (эффект обычно достигается через 1 мес, максимальный - через 2-3 мес) или до появления побочных эффектов.
- Необходимо назначать препараты в адекватных терапевтических дозах в течение достаточного для развития клинического эффекта времени (до 1-3 мес).
- Если лечебный эффект не получен в течение 2-3 мес, то препарат заменяют на другой или комбинацию лекарственных средств.
- Профилактическая терапия обычно длится 3-6 мес, затем можно сделать попытку постепенной отмены препарата или снизить дозировку профилактических средств.
- Следует избегать ситуаций, когда недостаточно эффективная профилактика (в силу неправильно подобранного препарата или его недостаточной дозы) приводит к злоупотреблению пациентами средствами для купирования приступов мигрени.
- Необходимо избегать перекрестного применения препаратов, содержащих сходные действующие вещества для купирования приступов мигрени и для профилактики.
- При выборе профилактического средства следует принимать во внимание сопутствующие/ коморбидные заболевания.
- Следует разъяснить пациенту возможные побочные эффекты препаратов.
- Предпочтительно назначение препаратов в вечернее время.

Профилактическое лечение мигрени считается эффективным, если частота мигренозных приступов сокращается на 50% и более в течение трех месяцев. Для оценки эффективности терапии чрезвычайно важно ведение пациентом дневника ГБ.

Лечение коморбидных нарушений (КН) - одна из важных целей терапии мигрени. При наличии у пациента с мигренью коморбидных расстройств, существенно нарушающих состояние в межприступном периоде, лечение должно быть направлено не только на предотвращение и купирование собственно болевых приступов, но и на борьбу с этими нежелательными спутниками мигрени (лечение депрессии, тревоги, панических атак, нормализация сна, профилактика вегетативных нарушений, воздействие на мышечную дисфункцию, лечение других болевых синдромов). Лечение КН позволяет облегчить состояние пациентов в межприступном периоде и улучшить качество их жизни.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МОДИФИКАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ

1. Полноценный режим сна-бодрствования: избегать как недостаточного, так и избыточного сна.

2. Регулярное питание в одно и то же время каждый день, без пропусков приема пищи, завтрак должен быть обязательным и в одно и то же время.
3. Соблюдение диеты, ограничивающей поступление тирамина и вазоактивных веществ, в том числе кофеина.
4. Избегание стрессовых факторов, положительные эмоции, обучение методикам психологической и мышечной релаксации.
5. Регулярные физические упражнения, фитнес, водные процедуры.
6. Пациенты должны вести дневник приступов мигрени с указанием возможных провоцирующих факторов с целью их устранения.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Наряду с лекарственной терапией для лечения мигрени следует применять и немедикаментозные подходы: ИРТ, физиотерапию, массаж, остеопатические техники. У пациентов с эмоционально-личностными, соматоформными и сенесто-ипохондрическими расстройствами хорошим эффектом обладают психотерапевтические методики (когнитивно-поведенческая терапия, психологическая релаксация). При наличии выраженной дисфункции перикраниальных мышц показаны постизометрическая релаксация, массаж воротниковой зоны, мануальная терапия, лечебная гимнастика.

Список литературы:

- 1) Неврология: национальное руководство/ под редакцией Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., с 571-578
- 2) Неврология: справочник практического врача/ Левин О.С., Шткльман Д.Р. 2014 с 532-553
- 3) Неврология: Марко Мументалер, Хейнрих Маттле под редакцией Левина О.С. с 759-769