

Мигрень – хроническое, генетически обусловленное, неврологическое заболевание с эпизодической манифестацией, характеризующееся повторяющимися и полностью обратимыми приступами головной боли и сопутствующими ассоциированными симптомами

Международная классификация головной боли

ICHD-3

Cephalalgia  International Headache Society
An International Journal of Headache

Cephalalgia
2018, Vol. 38(1) 1–211
© International Headache Society 2018
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0333102417738202
journals.sagepub.com/home/cep


Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)

**The International Classification of Headache Disorders,
3rd edition**

Part One

The primary headaches

1. Migraine
2. Tension-type headache
3. Trigeminal autonomic cephalalgias
4. Other primary headache disorders

1.1. Мигрень без ауры

1.2. Мигрень с аурой

1.2.1. Мигрень с типичной аурой

1.2.2. Мигрень со стволовой аурой

1.2.3. Гемиплегическая мигрень

1.2.4. Ретинальная мигрень

1.3. Хроническая мигрень

1.4. Осложненная мигрень

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

1.6. Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью

Рекомендации по диагностике и лечению мигрени



Headache
© 2018 American Headache Society

ISSN 0017-8748
doi: 10.1111/head.13456
Published by Wiley Periodicals, Inc.

European Journal of Neurology 2009, 16: 968–981

doi:10.1111/j.1468-1331.2009.02748.x

CME ARTICLE

AHS Consensus Statement

The American Headache Society Position Statement On Integrating New Migraine Treatments Into Clinical Practice

American Headache Society

Objective.—To provide healthcare professionals with updated guidance in the use of novel preventive and acute treatments for migraine in adults.

Background.—The principles of preventive and acute pharmacotherapy for patients with migraine have been outlined previously, but the emergence of new technologies and treatments, as well as new formulations of previously established treatments, has created a need for an updated guidance on the preventive and acute treatment of migraine.

Methods.—This statement is based on a review of existing guidelines and principles for preventive and acute treatment of migraine, as well as the results of recent clinical trials of drugs and devices for these indications. Input was sought from health insurance providers, employers, pharmacy benefit service companies, device manufacturers, pharmaceutical and biotechnology

EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force

S. Evers^a, J. Áfra^b, A. Frese^{a,c}, P. J. Goadsby^{d,e}, M. Linde^f, A. May^g and P. S. Sándor^h

^aDepartment of Neurology, University of Münster, Münster, Germany; ^bNational Institute of Neurosurgery, Budapest, Hungary; ^cAcademy of Manual Medicine, Münster, Germany; ^dHeadache Group, Department of Neurology, University of California, San Francisco CA, USA;

^eUCL, Institute of Neurology Queen Square, London, UK; ^fCephalea Headache Centre, Läkarhuset Södra vägen, Gothenburg, Sweden;

^gDepartment of Neurology, University of Hamburg, Germany; and ^hDepartment of Neurology, University of Zurich, Switzerland

Keywords:
evidence-based medicine,
migraine, prophylaxis,
triptans

Background: Migraine is one of the most frequent disabling neurological conditions with a major impact on the patients' quality of life.

Objectives: To give evidence-based or expert recommendations for the different drug treatment procedures in the particular migraine syndromes based on a literature search and the consensus of an expert panel.

doi: 10.17116/jnevro20171171228-42

Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов*

В.В. ОСИПОВА^{1,2}, Е.Г. ФИЛАТОВА^{3,4}, А.Р. АРТЕМЕНКО¹, Е.Р. ЛЕБЕДЕВА^{5,6}, Ю.Э. АЗИМОВА⁷,
Н.В. ЛАТЫШЕВА^{3,4}, А.В. СЕРГЕЕВ¹, А.В. АМЕЛИН⁸, М.И. КОРЕШКИНА⁹, К.В. СКОРОБОГАТЫХ⁷,
Е.В. ЕКУШЕВА⁴, М.В. НАПРИЕНКО^{4,10}, Э.Д. ИСАГУЛЯН¹¹, А.П. РАЧИН¹², А.Б. ДАНИЛОВ³,
О.В. КУРУШИНА¹³, В.А. ПАРФЕНОВ¹⁴, Г.Р. ТАБЕЕВА¹⁴, А.Б. ГЕХТ^{2,15}, Н.Н. ЯХНО¹

¹НИО неврологии НИЦ ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия; ²ГБУ «Научно-практический психоневрологический центр» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия; ³кафедра нервных болезней Института профессионального образования, ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия; ⁴Клиника головной боли и вегетативных расстройств акад. Александра Вейна, Москва, Россия; ⁵кафедра неврологии и нейрохирургии и кафедра СМП, ГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия; ⁶Центр лечения головной боли «Европа—Азия, Екатеринбург, Россия; ⁷Университетская клиника головной боли, Москва, Россия; ⁸кафедра неврологии ГОУ

Структура головной боли



Структура головной боли



- Первичные
- Вторичные

Мигрень
ГБН **90%**

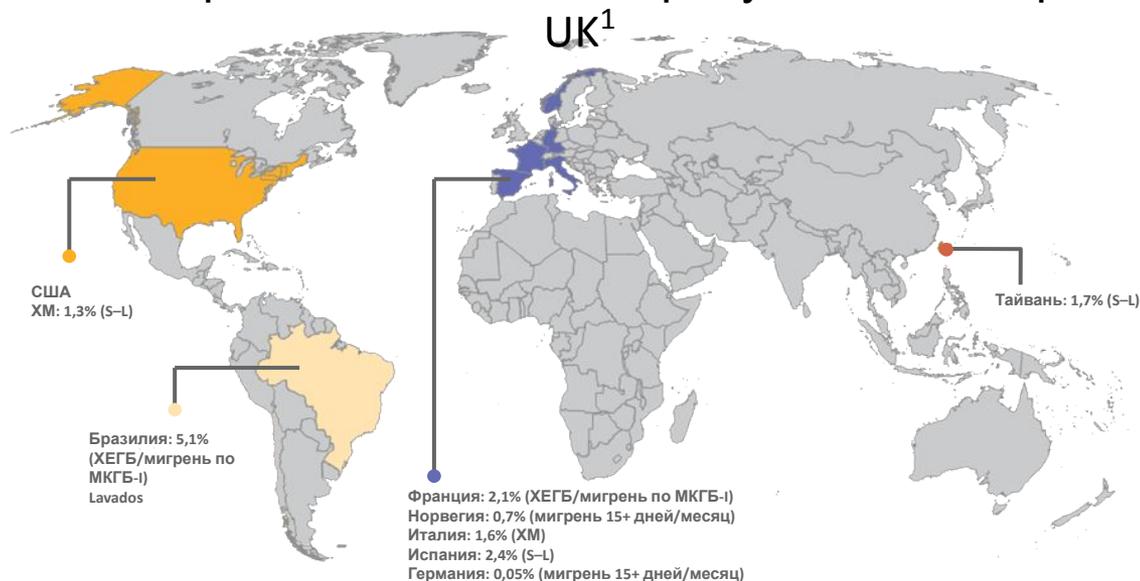
Остальные – 10%

Причины вторичных головных болей

- Инфекционные заболевания
- Травмы
- Объемные образования
- Сосудистые события (внутричерепное кровоизлияние, разрыв аневризмы, тромбоз венозных синусов, диссекция артерий)
- Краниальные невралгии и др.

Эпидемиология мигрени

- В России около 400.000 приступов мигрени в день
- Около 25 миллионов рабочих дней в год пропускается по причине мигрени в **УК¹**



- Хронической мигренью страдают **1,4–2,2%** населения во всем мире*
- Ежемесячное число дней нетрудоспособности в **3,63 раза выше** у пациентов с хронической по сравнению с эпизодической мигренью²

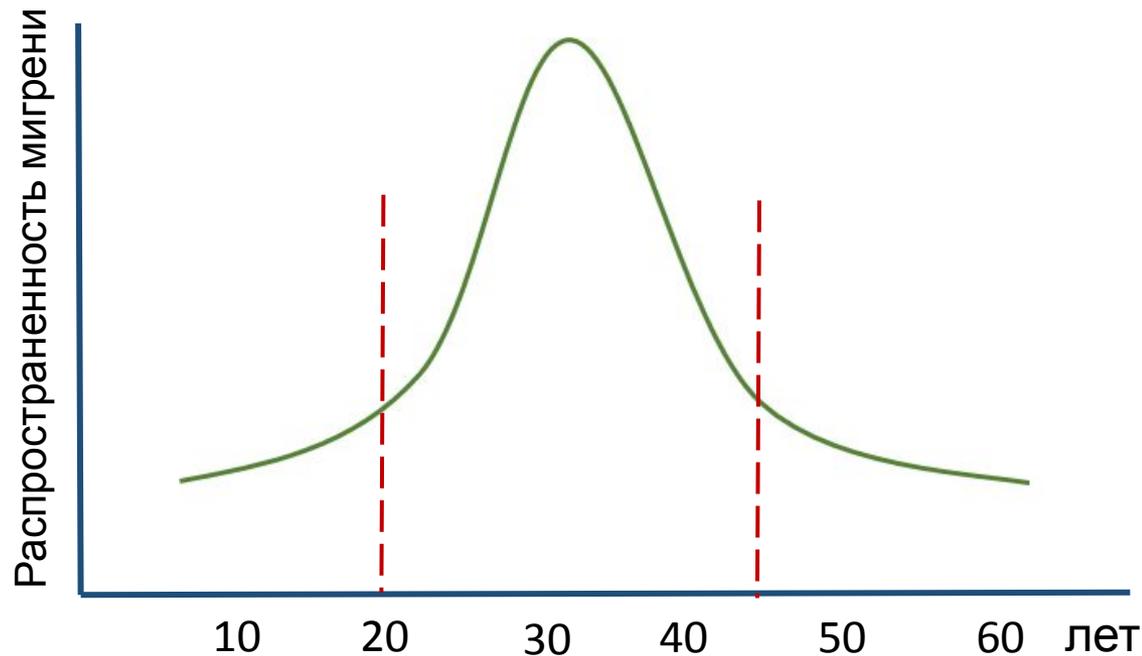
*Вследствие неоднородности исследований, наблюдаются различия в определении хронической мигрени.
ХЕГБ - хроническая ежедневная головная боль; S-L – определение хронической мигрени по критериям Зильберштейна-Липтона.

Natoli et al. Cephalgia 2010;30:599–609.

1,2 Migraine trust 2012

Мигрень: цифры и факты

- Чаще страдают **Ж**енщины, чем **М**ужчины **25%** vs **10%**
- Распространенность мигрени достигает max в возрасте 35-40 лет
- Наследственная предрасположенность (положительный семейный анамнез у 70% больных)



Характеристики головной боли при мигрени

2

- Сильная/средняя интенсивность
- Односторонняя
- Пульсирующая
- Усиливается при физической активности

Длительность ГБ
3-72 часа

+

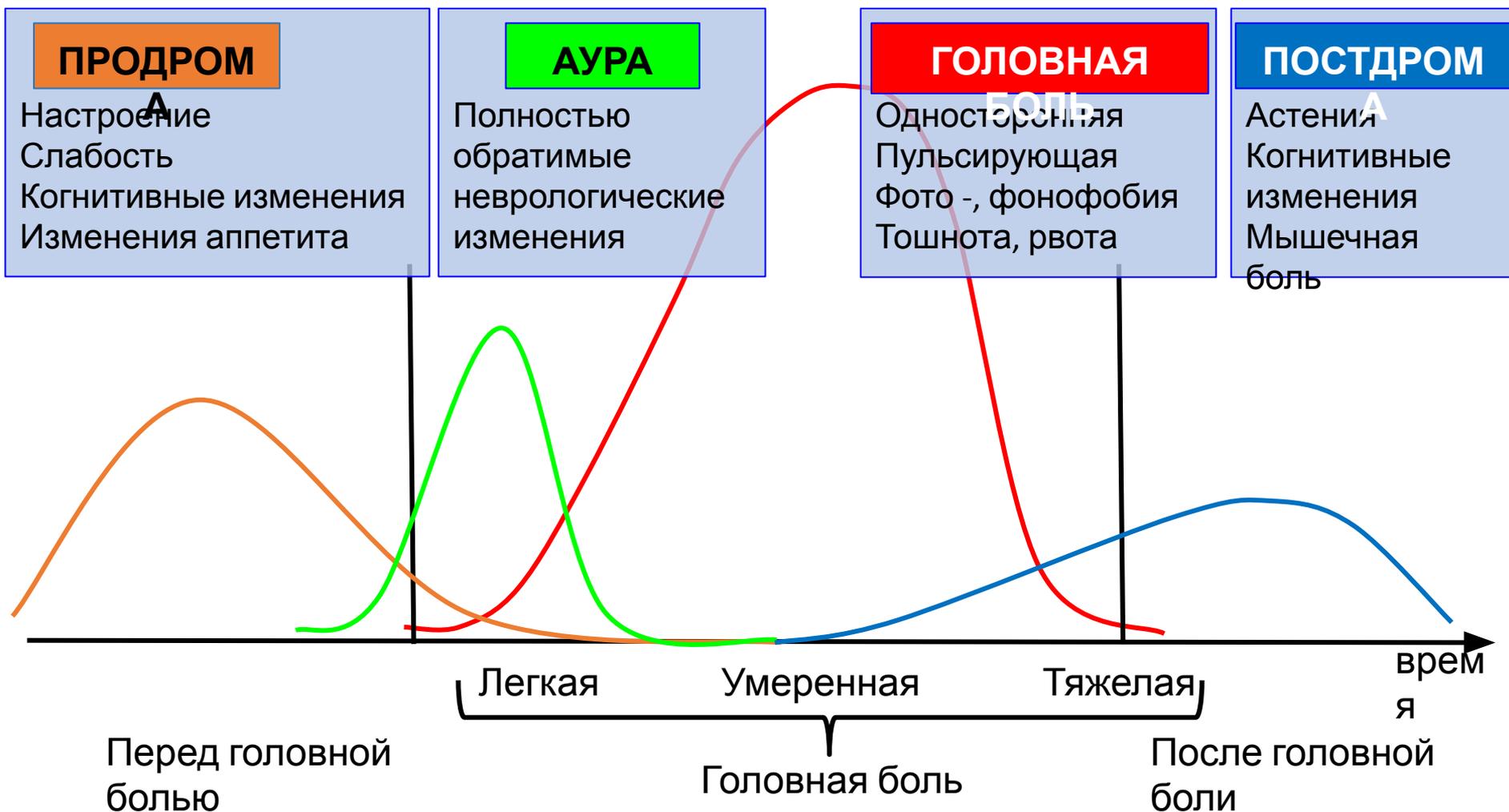
1

- Тошнота и/или рвота
- Фоно – и фотофобия

+/-

- Аура

Мигренозный континуум



Продромальная фаза

Продрома – симптоматическая фаза, которая длится до 48 часов, возникает перед началом головной боли при мигрени без ауры или перед началом ауры при мигрени с аурой.

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ

КОГНИТИВНЫЕ и АФФЕКТИВНЫЕ

Трудности концентрации, снижение внимания, воспроизведения, заторможенность, снижение настроения,

КРАНИАЛЬНЫЕ АВТОНОМНЫЕ

Слезотечение, заложенность носа, нарушение вкуса, першение в горле

ГОМЕОСТАТИЧЕСКИЕ И ГОРМОНАЛЬНЫЕ

Пищевые пристрастия, жажда, полиурия, нарушение сна и бодрствования

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СЕНСОРНЫЕ

Фотофобия, фонофобия, осмофобия, дискомфорт в голове, шее, аллодиния и тошнота

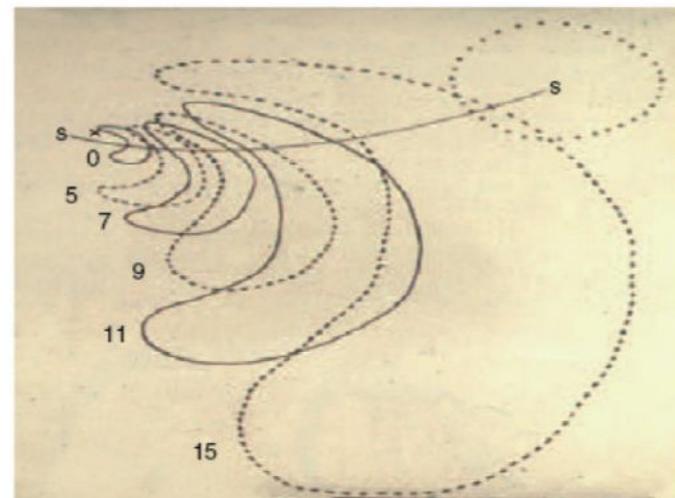
Аура

от греч. бриз, дуновение ветра – короткий (до 40 минут) период полностью обратимых неврологических нарушений

В типичных случаях симптомы ауры завершаются до развития головной боли, редко – «изолированная» аура или «обезглавленная» мигрень.

Типичным является:

- 1) медленное развитие симптомов в пространстве и времени с вовлечением новых проявлений;
- 2) доминирование «положительных» симптомов над «негативными»



Karl Lashley в 1941г. представил наблюдение собственной ауры

Аура

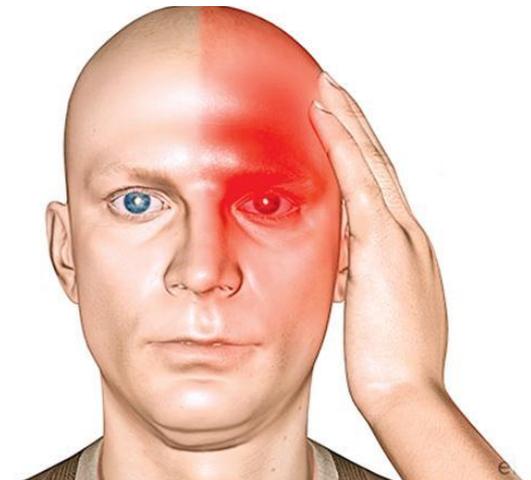
- 1) Зрительная (92%)
- 2) Сенсорная (18%)
- 3) Речевая (15%)
- 4) Стволовая (8%)
- 5) Двигательная (5%)



ВИДЕО

Головная боль

- **Интенсивность** – высокая, чаще более 7-9 баллов по ВАШ.
- **Длительность** - от нескольких часов до 2-3 суток.
- **Локализация** - чаще в одной половине головы, но может захватывать и всю голову; в лобной или височной области, хотя может локализоваться в любой части головы.
- **Характеристики боли** - пульсирующая или распирающая боль, которая усиливается при движении и физических нагрузках.
- **Сопутствующие симптомы** - тошнота и даже рвота, которая субъективно облегчает головную боль. Во время приступа могут быть неприятны свет и звуки, большинство пациентов предпочитают остаться в одиночестве в тихом и затемненном



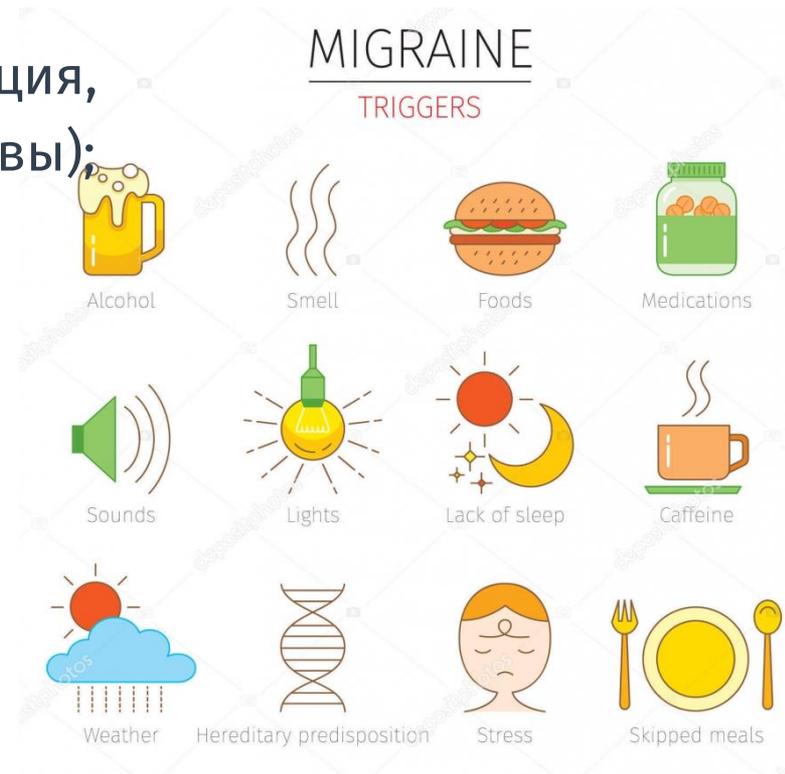
Постдромальная фаза

Сниженный фон настроения, разбитость, мышечная слабость, ощущение «тяжести» в голове или умеренной диффузной головной боли



Провоцирующие факторы

- **пищевые** (голод, алкоголь, добавки, определенные продукты: шоколад, сыр, орехи, цитрусы и др.);
- **хронобиологические** (сон: слишком мало или слишком много);
- **гормональные изменения** (менструация, беременность, климакс, контрацептивы);
- **факторы окружающей среды** (яркий свет, запах, высота, перемена погоды);
- **физические воздействия** (физические упражнения, секс);
- **стресс и тревога;**
- **травма головы.**



Хроническая мигрень

Головная боль ≥ 15 дней в месяц

На протяжении последних ≥ 3 месяцев

≥ 8 дней в месяц головная боль
соответствует критериям МИГРЕНИ



это сопровождается злоупотреблением анальгетиками

(лекарственным абюзом)

Диагностика

Мигрень – является клиническим диагнозом, который ставится на основании жалоб, анамнеза и клинической картины заболевания.

Для оценки степени дезадаптации пациента, страдающего от мигрени, широко используют опросник

«MIDAS» («Migraine Disability Assessment Questionnaire»), разработанный профессором R. Lipton и доктором W. Stewart (США).

А как же МРТ?

Особое внимание, если у пациента:

1. Внезапное появление новой, необычной для данного пациента, интенсивной головной боли
2. Прогрессивно нарастающая головная боль
3. Возникновение головной боли после физического напряжения, сексуальной активности, натуживания, кашля, чихания
4. Наличие сопровождающих симптомов (изменения уровня бодрствования, присутствие фокальных неврологических знаков)
5. Лихорадка, артралгии, миалгии и проч.
6. Начало мигренозных головных болей в возрасте после 50 лет.
7. Онкозаболевания в анамнезе

Подходы к лечению мигрени

1

Купирование приступа

2

Профилактика приступов

Терапия приступа

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ

• НПВС

- Комбинированные анальгетики
- Простые анальгетики

+

- Противорвотные средства

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ

- Триптаны
- Производные эрготамина

Профилактическое лечение

Таблетированные формы:

Бета-блокаторы:

- Метопролол
- Пропранолол

Антагонисты рецепторов ангиотензина II:

- Кандесартан

Противоэпилептические препараты:

- Вальпроевая кислота
- Топирамат

Антидепрессанты:

- Амитриптилин
- Венлафаксин

Инъекционные формы:

- Ботулинический токсин типа А
(Ботокс)

Уровень доказательности:

A

A

A

A

A

B

B

A