МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Мигрень

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **G43**

Год утверждения (частота пересмотра):**2021**

Возрастная категория:**Взрослые,Дети**

Год окончания действия:**2023**

ID:**295**

Разработчик клинической рекомендации

- **Всероссийское общество неврологов**
- **Межрегиональная общественная организация "Российское общество по изучению головной боли"**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Оглавление

- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)
- 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической класификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)
- 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики
- 2.1 Жалобы и анамнез
- 2.2 Физикальное обследование
- 2.3 Лабораторные диагностические исследования
- 2.4 Инструментальные диагностические исследования
- 2.5 Иные диагностические исследования
- 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
- 4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации
- 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики
- 6. Организация оказания медицинской помощи
- 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата
- Приложение Б. Алгоритмы действий врача
- Приложение В. Информация для пациента

- Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Список сокращений

АГБ – абузусная головная боль

АСК – ацетилсалициловая кислота

БОС – биологическая обратная связь

ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли

ВОП – врач общей практики

ГБ – головная боль

ГБН – головная боль напряжения

ДПМ – дисфункция перикраниальных мышц

ДЭП –дисциркуляторная энцефалопатия

КГСП - кальцитонин-ген-связанный пептид (CGRP)

КН – коморбидные нарушения

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

ЛИГБ – лекарственно-индуцированная (абузусная) головная боль

МА – мигрень с аурой

МбА – мигрень без ауры

МКБ-10- международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКГБ-3 бета – Международная классификация головных болей 3-го пересмотра

МТС – мышечно-тонический синдром

МФС – миофасциальный синдром

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

РКД – распространяющаяся корковая депрессия

рХМ – рефрактерная хроническая мигрень

СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ТВС - тригемино-васкулярная система

ТМО – твердая мозговая оболочка

ХГБН – хроническая ГБН

ХИМ – хроническая ишемия мозга

ХМ – хроническая мигрень

ШОП - шейный отдел позвоночника

CGRP - кальцитонин-ген-связанный пептид (КГСП)

PREEMPT - PhaseIIIREsearchEvaluatingMigraineProphylaxisTherapy (исследование III фазы по оценке профилактической терапии мигрени).

Термины и определения

Абузусная головная боль (ГБ, цефалгия) – см. лекарственно-индуцированная ГБ

Виновные препараты (препараты злоупотребления) – препараты, которые при избыточном приеме могут приводить к развитию ЛИГБ (все классы простых и комбинированных анальгетиков, НПВП, опиоиды, триптаны).

Вторичные ГБ - симптоматические ГБ, возникающие *denovo* в тесной временной связи с другим (причинным) заболеванием, которое по научным данным может быть причиной ГБ.

Головная боль напряжения (ГБН) — одна из наиболее распространенных форм первичной ГБ, проявляющаяся болевыми эпизодами продолжительностью от 30 минут до нескольких суток.

Дисфункция перикраниальных мышц – болезненное напряжение мышц головы, лица и шеи.

Ингибиторные антиноцицептивные механизмы – система нисходящего противоболевого контроля.

Коморбидные нарушения (КН) – нарушения, которые встречаются при данном заболевании достоверно чаще, чем в общей популяции и имеют с этим заболеванием некоторые общие патогенетические механизмы.

Лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) – клиническая разновидность вторичной хронической ГБ, развивающаяся у пациентов с первичными цефалгиями (мигренью и ГБН) при избыточном применении препаратов для купирования ГБ.

Лекарственный абузус – избыточное применение обезболивающих препаратов для купирования ГБ.

Первичные ГБ – идиопатические (доброкачественные) цефалгии, которые не связаны с органической патологией головного мозга, мозговых сосудов, любых структур головы и шеи и системными заболеваниями.

Периферическая сенситизация – повышенный ответ и/или снижение порогов возбуждения ноцицептивных нейронов периферической нервной системы в ответ на обычную и/или подпороговую стимуляцию.

Триггеры приступа мигрени – эндогенные и экзогенные факторы, способные спровоцировать приступ мигрени.

Факторы хронизации – генетические, метаболические, средовые, поведенческие и/или психические факторы, способствующие учащению ГБ.

Хронизация мигрени – постепенное увеличение числа дней с головной болью в месяц.

Хроническая мигрень - ГБ, которая возникает ≥15 и более дней в месяц в течение ≥3 месяцев, при этом ГБ имеет признаки М и наблюдается не менее 8 дней в месяц.

Центральная сенситизация (ЦС)- повышенный ответ и/или снижение порогов возбуждения ноцицептивных нейронов центральной нервной системы в ответ на обычную и/или подпороговую стимуляцию. В основе сенситизации могут лежать, как снижение болевого порога, так и развитие избыточного ответа на ноцицептивную афферентацию. ЦС сопровождается снижением функции эндогенного антиноцицептивного (противоболевого) контроля.

Цефалгия – головная боль.

Цефалголог - специалист по диагностике и лечению ГБ.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1 Определение

Мигрень – первичная форма головной боли (ГБ), проявляющаяся приступами пульсирующей односторонней ГБ, продолжительностью 4-72 часа, которая сопровождается повышенной чувствительностью к свету, звуку, тошнотой /или рвотой.

1.2 Этиология и патогенез

Мигрень является нейроваскулярным заболеванием и у 60-70% больных имеет наследственный характер. Предрасполагающий фактор - наследственно детерминированное нарушение регуляции тонуса мозговых сосудов, в первую очередь, сосудов твердой мозговой оболочки (ТМО). Показано, что для пациентов с М характерна повышенная возбудимость нейронов коры головного мозга[1]. При воздействии эндогенных и экзогенных мигренозных триггеров возбудимость коры и некоторых других структур головного мозга усиливается, возникает активация сенсорного спинномозгового ядра тройничного нерва и волокон тройничного нерва, иннервирующих сосуды ТМО (тригемино-васкулярные волокна). Активация тригемино-васкулярной системы (ТВС) сопровождается выбросом из тригемино-васкулярных окончаний болевых провоспалительных пептидов-вазодилататоров (в первую очередь, кальцитонин-ген-связанного пептида (КГСП, CGRP), а также нейрокинина А и субстанции Р. Возникающие затем нейрогенное воспаление и вазодилатация приводят к активации болевых рецепторов в стенке сосудов ТМО [2]. Болевые импульсы поступают в сенсорную кору головного мозга, что формирует ощущение пульсирующей ГБ. Сохраняющаяся гипервозбудимость коры головного мозга и истощение противоболевой системы постепенно приводят к формированию перманентной гиперчувствительности (сенситизации) болевых структур, что способствует учащению приступов и, в конечном счёте, хронизации мигрени.

Механизм мигренозной ауры связывают с возникновением и распространением в направлении от зрительной коры к соматосенсорной и лобно-височной областям волны деполяризации (возбуждения) нейронов (распространяющаяся корковая депрессия), скорость и топография которой определяют темп, характер и последовательность симптомов ауры [2].

1.3 Эпидемиология

Распространённость мигрени в популяции стран Европы и США в среднем составляет 14% (17% среди женщин и 8% среди мужчин) [3-5]. По данным популяционного исследования, проведенного в 2009–2011 гг. с помощью подворного опроса в 35 городах и 9-ти сельских районах России, распространенность М за один год составила 20.8%, что существенно превышает показатели большинства стран мира [6]. По данным другого российского исследования распространённость М в течение года составила 15.9% (М без ауры 13.5%, М с аурой 2.4%)[7].

1.4 Течение заболевания

Мигрень обычно возникает в молодом возрасте, до 20 лет. В детском возрасте заболевание чаще встречается у мальчиков; взрослые женщины болеют в 2.5–3 раза чаще, чем мужчины[8]. В возрасте 35-45 лет частота и интенсивность мигренозных приступов достигает максимума, а после 55-60 лет течение болезни облегчается или приступы полностью прекращаются. В то же время у некоторых пациентов типичные приступы мигрени сохраняются и после 50 лет.

1.5 Провоцирующие факторы

Приступ мигрени может провоцироваться различными экзо- и эндогенными факторами. К наиболее частым триггерам мигрени относятся[4]:

- психологические: стресс, тревога, депрессия, усталость, расслабление после стресса;
- погодные изменения;
- гормональные: менструация, овуляция, заместительная гормональная терапия эстрогенами, оральные контрацептивы;
- диетические: голод, некоторые пищевые продукты (сыр, шоколад, орехи, копчёности, куриная печень, авокадо, цитрусы, продукты, содержащие кофеин);
- алкоголь (особенно красное вино);
- недостаток или избыток ночного сна;
- другие: духота, физическая нагрузка, зрительные стимулы (яркий или мерцающий свет), шум, пребывание на высоте.

1.6 Кодирование по МКБ-10

G43.0 - **Мигрень без ауры [простая мигрень]**

G43.1 - **Мигрень с аурой [классическая мигрень]**

G43.10 - Мигрень с типичной аурой

G43.10 - Типичная аура с ГБ

G43.104 - Типичная аура без ГБ

G43.103 - Мигрень со стволовой аурой

G43.105 - Гемиплегическая мигрень

G43.105 - Семейная гемиплегическая мигрень

G43.105 - Спорадическая гемиплегическая мигрень

G43.81 - Ретинальная мигрень

G43.3–**Хроническая мигрень**

G43.3 - **Осложнения мигрени**

G43.2 - Мигренозный статус

G43.3 - Персистирующая аура без инфаркта

G43.3 - Мигренозный инфаркт

G43.3 - Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой

G43.82 - **Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью**

G43.83 - **Возможная мигрень**

G44.4 - **ГБ, вызванная применением лекарственных средств.**

Комментарий: *Частая эпизодическая и особенно хроническая мигрень (ХМ) могут сочетаться с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ) (G44.4).*

1.7 Классификация

Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной и лицевой болью (третий пересмотр) (МКГБ-3 бета) [9].

Мигрень относится к первичным (доброкачественным) цефалгиям (Часть 1 МКГБ-3 бета), которые не связаны с органическим поражением головного мозга, мозговых сосудов и других структур, расположенных в области головы и шеи (таб. 1).

Таблица 1. Оглавление МКГБ-3 бета

Часть I. Первичные головные боли

1. Мигрень
2. Головная боль напряжения (ГБН)
3. Кластерная ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии
4. Другие первичные ГБ
Часть II. Вторичные головные боли
5. ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи
6. ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника.
7. ГБ, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями
8. ГБ, связанные с различными веществами или их отменой
9. ГБ, связанные с инфекциями
10. ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза
11. Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
12. ГБ, связанные с психическими заболеваниями
Часть III. Болевые краниальные невропатии, другие лицевые и головные боли
13. Болевые краниальные невропатии и другие лицевые боли
14. Другие ГБ.

В соответствии с МКГБ-3 бета выделяют две основные формы мигрени: наиболее частая - мигрень без ауры, (МбА до 80% случаев) и мигрень с аурой (МА) – до 20% случаев. Основным клиническим проявление МбА является болевой приступ, при МА болевой фазе предшествует стадия ауры. Реже встречаются другие формы МА: мигрень со стволовой аурой (прежний термин «базилярная М»), ретинальная мигрень и гемиплегическая мигрень. Отдельно в МКГБ-3 бета выделяют хроническую мигрень (ХМ), осложнения мигрени и эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с М. При невыполнении одного из критериев может быть выставлен диагноз «Возможная мигрень» (таб. 2) [9].

Таблица 2 Классификация мигрени (МКГБ-3 бета)

1.1. **Мигрень без ауры**
1.2. **Мигрень с аурой**
1.2.1. Мигрень с типичной аурой

1.2.1.1. Типичная аура с ГБ
1.2.1.2. Типичная аура без ГБ
1.2.2. Мигрень со стволовой аурой
1.2.3. Гемиплегическая мигрень
1.2.3.1. Семейная гемиплегическая мигрень (СГМ)
1.2.3.1.1 СГМ 1 типа
1.2.3.1.2 СГМ 2 типа
1.2.3.1.3 СГМ 3 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 припадок, 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 циклических рвот
1.6.1.2. Абдоминальная мигрень
1.6.2. Доброкачественное пароксизмальное головокружение
1.6.3. Доброкачественный пароксизмальный тортиколис

Комментарии: *В Приложении к МКГБ-3 бета выделяют также* ***истинную менструальную мигрень,*** *при которой приступы мигрени возникают только в перименструальный период, и мигрень****, связанную с менструацией****, при которой приступы могут возникать и в другие дни месяца (то есть провокаторами приступа М является не только менструация, но и другие триггеры [9].*

ХМ нередко сочетается с лекарственным абузусом. При значительном злоупотреблении обезболивающими препаратами возможно развитие лекарственно-индуцированной (абузусной) ГБ (АГБ, ЛИГБ), которая описывается в МКГБ-3 бета в п. 8.2 «Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов» (таб. 3) [9].

Таблица 3. Классификация форм лекарственно-индуцированной головной боли (МКГБ-3 бета)

Форма ЛИГБ	**Количество дней с приемом препарата в месяц**
ГБ, связанная с избыточным приемом эрготамина	Регулярный прием эрготамина ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом триптанов	Регулярный прием одного или более триптанов ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом парацетамола	Регулярный прием парацетамола ≥15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом ацетилсалициловой кислоты	Регулярный прием ацетилсалициловой кислоты ≥15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом других НПВС	Регулярный прием одного или более НПВС ≥15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом опиоидов	Регулярный прием одного или более опиоидов ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом комбинированных анальгетиков	Регулярный прием одного или более комбинированных анальгетика ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с применением нескольких классов препаратов (без четкого превалирования какого-либо одного класса)	Регулярный прием любой комбинации эрготамина, триптанов, простых анальгетиков, НПВС и комбинированных анальгетика ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев без четкого злоупотребления отдельным препаратом или классом препарата
ГБ, связанная с неуточненным избыточным применением нескольких классов лекарственных препаратов	Регулярный прием любой комбинации эрготамина, триптанов, простых анальгетиков, НПВС и комбинированных анальгетика ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, когда сложно установить состав, количество и кратность приема обезболивающих препаратов
ГБ, связанная с избыточным приемом других препаратов	Регулярный прием других ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статической класификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

- Рекомендуется клиническая диагностика мигрени. Диагноз основывается на анализе жалоб, данных анамнеза, нормальных данных неврологического осмотра и соответствии клинических проявлений диагностическим критериям МКГБ-3 бета (таб. 4а-4б) [8-12].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Таблица 4а. Диагностические критерии МбА (МКГБ-3 бета)

A. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям B-D.
B. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении)
C. ГБ имеет как минимум 2 из следующих характеристик:
1. односторонняя локализация
2. пульсирующий характер
3. интенсивность боли от средней до тяжёлой
4. ГБ ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба, подъём по лестнице)
D. ГБ сопровождается как минимум одним их следующих симптомов:
1.тошнота и/или рвота
2. фотофобия и фонофобия
E. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

- Рекомендуется клиническая диагностика мигренозной ауры. При выявлении мигренозной ауры рекомендуется выставить соответствующий диагноз, например, «мигрень с типичной аурой» или «мигрень со стволовой аурой» [9].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарии: *Не следует путать ауру с продромальными симптомами, которые могут возникать на несколько часов до начала приступа мигрени: повышенная чувствительность к свету, звукам и запахам, изменение аппетита, жажда, эмоциональное возбуждение или, напротив, разбитость и др.*

Таблица 4б. Обобщенные диагностические критерии МА (МКГБ-3 бета)

A. По меньшей мере 2 приступа, отвечающих критериям B и C

B. Один или более из следующих полностью обратимых симптомов ауры:
1. зрительные
2. сенсорные
3. речевые и/или связанные с языком
4. двигательные
5. стволовые
6. ретинальные
C. Две или более из следующих характеристик:
1. один или более симптомов ауры постепенно развиваются в течение 5 и более минут, и/или 2 и более симптомов возникаю последовательно
2. каждый симптом ауры продолжается 5 -60 минут
3. один и более симптомов ауры является односторонним
4. аура сопровождается головной болью или головная боль возникает в течение 60 минут после ауры.
D. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

- Рекомендуется клиническая диагностика ХМ у пациентов с частыми приступами мигрени (более 10 дней с ГБ в месяц) [9].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *При помощи расспроса и, по возможности, дневника ГБ следует установить число дней с ГБ и с мигренозной ГБ в месяц, уточнить клинические характеристики боли и сопоставить клинические проявления пациента с диагностическими критериями ХМ МКГБ-3 бета (таб. 4в).*

- Рекомендуется врачам общей практики и неврологам, не имеющим опыта ведения пациентов с ХМ, перенаправить этих пациентов к специалисту по диагностике и лечению ГБ или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [13].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b)

Таблица 4в. Диагностические критерии ХМ (МКГБ-3 бета)

A. ГБ (мигренеподобная и/или ГБН-подобная) ³ 15 дней в месяц, ³ 3 месяцев, удовлетворяющая критериям B и C.
B. В анамнезе ³ 5 приступов М без ауры (1.1 по критериям B-D) и/или М с аурой (1.2 по критериям B-C).
C. ³8 дней в месяц в течение ³ 3 месяцев соответствует одному или более из следующих критериев:
– М без ауры (1.1 по критериям C и D)
– М с аурой (1.2 по критериям B и C)
– по мнению пациента имелся приступ М, прерванный или облегчаемый триптаном или препаратом эрготамина
D.ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

- Рекомендуется клиническая диагностика возможной ЛИГБ у пациентов с частыми приступами мигрени (более 8-10 дней с ГБ в месяц) [9].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарий: *диагностика ЛИГБ основывается на клинической оценке ГБ, анализе сведений о числе, кратности приема обезболивающих препаратов и типе препаратов злоупотребления (таб. 3а и 3б). Для уточнения этих характеристик желательно использование дневника ГБ (Приложение Г).*

- Рекомендуется использовать диагностические критерии МКГБ-3 бета (таб. 5) при установлении диагноза ЛИГБ [9].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Таблица 5. Обобщенные диагностические критерии ЛИГБ (МКГБ-3 бета)

A. ГБ, возникающая ≥15 дней в месяц у пациента, исходно имеющего ГБ.
B. Регулярное на протяжении более чем 3-х месяцев злоупотребление одним или более препаратами для купирования острого приступа и/или симптоматического лечения ГБ.
C. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

Комментарии: *Главным диагностическим критерием ЛИГБ является «число дней с приемом обезболивающих в месяц». Например, диагноз «ГБ, связанная с избыточным приемом комбинированных анальгетиков» выставляется при регулярном приеме НПВС ⩾15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, а «ГБ, связанная с избыточным приемом триптанов» - при регулярном приеме одного или более триптанов ⩾10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев (таб. 3б).*

Лекарственный абузус является одним из ведущих факторов хронизации первичных цефалгий (М и ГБН), который существенно ухудшает течение М, приводя к увеличению числа болевых эпизодов вплоть до развития ХМ. Основную группу риска по развитию ЛИГБ составляют пациенты с частотой приступов М 8-10 и более в месяц.

- Не рекомендуются для диагностики ЛИГБ лабораторные и инструментальные исследования [10-12].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

- Рекомендуется при выявлении у пациента с мигренью клинических признаков ЛИГБ, отвечающих диагностическим критериям одной из форм АГБ (таб. 3), следует выставить пациенту оба диагноза, например, «ХМ. ЛИГБ, связанная с приемом триптанов» [9].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

- Рекомендуется врачам общей практики (ВОП) и неврологам, которые испытывают трудности в ведении пациентов с ЛИГБ, коротко разъяснить пациенту роль лекарственного абузуса в учащении ГБ, проинформировать его о необходимости полного или частичного отказа от приема препаратов злоупотребления и перенаправить пациента к специалисту по диагностике и лечению ГБ (цефалгологу) или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [13].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2а).

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется провести опрос пациента для установления типичных для мигрени клинических характеристик: повторяющиеся приступы ГБ средней или значительной интенсивности (более 7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) продолжительностью 4–72 часа; типичные проявления: односторонняя лобно-височная или теменная локализация боли, пульсирующий характер, ухудшение ГБ от обычной физической активности и типичные сопровождающие симптомы: тошнота и /или рвота, фотофобия и фонофобия [9].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

- Рекомендуется расспросить пациента о наличии мигренозной ауры - обратимых локальных неврологических симптомах, постепенно нарастающих в течение 5-20 минут до начала ГБ и имеющих продолжительность не более 60 минут; после окончания ауры после короткого «светлого» промежутка (3-10 мин) следует болевая фаза приступа М [9].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

Комментарии: *Наиболее часто в клинической практике встречается мигрень* ***с типичной аурой****, когда имеются полностью обратимые зрительные, чувствительные и/ или речевые симптомы, но нет двигательных и стволовых нарушений. В редких случаях после ауры фаза головной боли может отсутствовать (****типичная аура без ГБ****). При мигрени* ***со стволовой аурой*** *наряду со зрительными, чувствительными и/или речевыми возникают два и более полностью обратимых стволовых симптома: дизартрия, головокружение, шум в ушах, снижение слуха, диплопия, атаксия, сниженный уровень сознания. Для* ***гемиплегической мигрени*** *характерны полностью обратимые*

зрительные, чувствительные и/или речевые симптомы, а также полностью обратимые двигательные нарушения (гемипарез/гемиплегия). Продолжительность немоторных симптомов 5–60 минут, двигательных расстройств -до 72 часов. При ***семейной гемиплегической мигрени****, по крайней мере, один из родственников первой или второй линии родства имеет или имел в прошлом приступы, соответствующие критериям гемиплегической М; для спорадической ГМ такая наследственная предрасположенность не характерна. При* ***ретинальной мигрени*** *аура состоит из полностью обратимых односторонних позитивных и/или негативных зрительных феноменов (вспышки, скотомы), которые подтверждаются во время атак исследованием полей зрения (консультация окулиста) и/или пациент может нарисовать монокулярный дефект поля зрения.*

- Рекомендуется ВОП и неврологам, которые испытывают трудности в ведении пациентов с редкими формами МА, перенаправить пациента к специалисту по диагностике и лечению ГБ или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [13].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2a).

- Рекомендуется у пациентов с частыми приступами мигрени (более 10 дней с ГБ в месяц) с помощью расспроса и, по возможности, дневника ГБ установить число дней с ГБ в месяц и характеристики ГБ с целью выявления возможной ХМ [9].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *Следует установить число дней с ГБ и с мигренозной ГБ в месяц, уточнить клинические характеристики боли и сопоставить клинические проявления пациента с диагностическими критериями ХМ МКГБ-3 бета (таб. 4в).*

ХМ проявляется ежедневной или почти ежедневной ГБ (>15 дней в месяц в течение >3 месяцев), из которых мигренозной ГБ соответствуют не менее 8 дней в месяц; развивается у пациентов с МбА и с МА. ХМ - одна из форм М с быстрым развитием дезадаптации и снижением качества жизни пациентов вследствие высокой частоты, длительности и тяжести эпизодов ГБ. Характерно развитие коморбидных, в первую очередь, эмоционально-личностных/психических расстройств и высокий риск лекарственного абузуса - избыточного применения симптоматических лекарственных препаратов для купирования ГБ.

- Рекомендуется проанализировать анамнез пациента с целью установления периода учащения приступов мигрени и выявить способствовавшие этому факторы хронизации [14-15].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *Основные факторы хронизации мигрени включают: женский пол, большую частоту приступов мигрени в начале заболевания (более 3 приступов в месяц), эмоциональный стресс, депрессию, тревожные расстройства, избыточный прием обезболивающих препаратов (лекарственный абузус), избыточный прием кофеин-содержащих напитков, ожирение, синдром апноэ во сне.*

- Рекомендуется ВОП и неврологам, которые испытывают трудности в ведении пациентов с ХМ, перенаправить пациента к специалисту по диагностике и лечению ГБ (цефалгологу) или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [13].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

- Редко в практике ВОП и неврологов могут встретиться **осложнения мигрени**: мигренозный статус, персистирующая аура без инфаркта, мигренозный инфаркт (инсульт) и эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой [9]. Рекомендуется пациента с осложнениями М перенаправить в соответствующее отделение (стационар) для дальнейшего наблюдения и лечения [13].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: ***Мигренозный статус****- типичный изнуряющий приступ М, длящийся более 72 ч.* ***Персистирующая аура без инфаркта*** *- один или несколько симптомов ауры, персистирующие более одной недели, без радиографических признаков инфаркта мозга; состояние требует проведения МРТ для дифференциальной диагностики с мигренозным инфарктом.*

Мигренозный инфаркт (инсульт) - *сочетание одного или более симптомов мигренозной ауры с ишемическим повреждением мозга, подтвержденным нейровизуализационными методами исследованиями. Истинный мигренозный инфаркт развивается на фоне типичного приступа М с аурой, причем один или несколько симптомов ауры имеют продолжительность >60 мин. Мозговые инфаркты, не совпадающие по времени с приступом М с аурой, не могут быть отнесены к мигренозным инфарктам.*

Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой (мигралепсия)*- эпилептический приступ, возникающий во время приступа МА или в течение 1 ч после него.*

- Редко в практике ВОП и неврологов могут встретиться **эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью**: повторяющиеся желудочно-кишечные

нарушения (синдром циклической рвоты и абдоминальная мигрень), доброкачественное пароксизмальное головокружение и доброкачественный пароксизмальный тортиколис [9].
- Рекомендуется пациента с эпизодическими мигренозными синдромами перенаправить к специалисту по диагностике и лечению ГБ (цефалгологу) или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [13].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

- Рекомендуется у пациентов с частыми приступам М (более 8 дней с ГБ в месяц) и ХМ выявить лекарственный абузус: проанализировать число дней с приемом обезболивающих препаратов в месяц, число доз, принимаемых в сутки, и уточнить фармакологические группы используемых препаратов [9].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2a).

Комментарии: *Лекарственный абузус способствует увеличению числа болевых эпизодов вплоть до развития ХМ и рассматривается как один из ведущих факторов хронизации первичных форм ГБ (М и ГБН). Наибольший риск ЛИГБ отмечается при использовании комбинированных анальгетиков, содержащих наркотические компоненты (кодеин и др.), барбитураты и кофеин 16].*

- Рекомендуется при обнаружении лекарственного абузуса выявить клинические характеристики ЛИГБ (АГБ) и уточнить их соответствие диагностическим критериям одного из типов ЛИГБ согласно МКГБ-3 бета (таб. 3б и 5) [9].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a).

Комментарии: *ЛИГБ напоминает ГБН и проявляется тупой болью во всей голове давящего или сжимающего характера незначительной или умеренной интенсивности в течение 15 и более дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, которая существенно облегчается после отмены препаратов злоупотребления. Наибольшая сила боли при ЛИГБ отмечается, как правило, в утренние часы или боль пробуждает пациентов из ночного сна (ГБ отмены), вынуждая принимать обезболивающий препарат. Типичны жалобы на ощущение усталости, дурноты, снижение работоспособности, трудности концентрации внимания, раздражительность, нарушение сна. Страх появления или нарастания боли приводит к приему анальгетиков «впрок», что способствует усилению абузуса.*

- Рекомендуется врачам общей практики и неврологам, которые испытывают трудности в ведении пациентов с ЛИГБ, коротко разъяснить пациенту роль лекарственного абузуса в учащении ГБ, проинформировать его о необходимости полного или частичного отказа от приема препаратов злоупотребления и

перенаправить пациента к специалисту по диагностике и лечению ГБ (цефалгологу) или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [13].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендуется исследование неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики [8, 9-12].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарии: *При типичном течении мигрени неврологический статус не изменен.При осмотре могут обнаруживаться снижение настроения, повышенная тревожность, вегетативные нарушения (гипервентиляция, ладонный гипергидроз, признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости – синдром Хвостека I-III степени), напряжение и болезненность при пальпации перикраниальных мышц.*

- Рекомендуется при наличии у пациента органической неврологической симптоматики (менингеальные, общемозговые или очаговые знаки) проведение дополнительных инструментальных исследований с целью исключения симптоматического характера мигрени. Выбор исследований определяется характером патологических проявлений и предполагаемым причинным заболеванием [8, 10-12, 17].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *Например, при обнаружении у пациента менингеальных знаков, гипертермии и характерной сыпи, в качестве основного метода диагностики показано исследование ликвора (возможное причинное заболевание - менингит), при наличии жалоб на изменение характера ГБ при переменах положения головы и нагрузках, связанных с повышением внутричерепного давления – нейровизуализационные методы (возможное причинное заболевание -внутричерепная опухоль).*

2.3 Лабораторная и инструментальная диагностика

- Не рекомендуется использовать лабораторные методы исследования для диагностики **мигрени** [8, 10-12].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

- Не рекомендуется проведение инструментальных исследований при типичной клинической картине мигрени и нормальных данных неврологического осмотра, так как не выявляются специфические для мигрени изменения [10-12].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *У ряда пациентов при проведении стандартной МРТ могут выявляться единичные гиперинтенсивные очаги в субкортикальном белом веществе головного мозга, реже в стволовых структурах [18]. Предполагают, что эти очаговые изменения являются следствием преходящих нарушений перфузии, которые по данным МР-перфузии регистрируются во время повторных приступов мигрени[19]. Показано, что мигрень может являться независимым фактором риска развития субклинического очагового ишемического поражения головного мозга [18]. Подчеркивается, что поскольку эти очаги не имеют специфических морфологических признаков, они не могут считаться нейровизуализационными маркерами мигрени.*

- Не рекомендуются МРТ и другие инструментальные обследования при мигрени с типичной аурой [8, 10-12].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

- Рекомендуются инструментальные обследования при редких формах МА [10-12].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *При редких формах МА (например, ретинальная М и М с пролонгированной аурой) Рекомендуется МРТ головного мозга. При М со стволовой аурой рекомендуется МР-ангиография. В случае обнаружения патологии, лечащий врач должен принять решение о необходимости дополнительного обследования для исключения патологии сосудов (артерио-венозных мальформаций, диссекции сонных артерий) и сердца (открытого овального окна) [11].*

- Рекомендуются инструментальные исследования и консультации специалистов только при подозрении на симптоматический характер мигрени, то есть при нетипичном течении мигрени или при обнаружении одного или более «сигналов опасности» (таб. 6) [8, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Таблица 6. Перечень настораживающих симптомов («сигналов опасности») у пациентов с ГБ

• ГБ, впервые возникшая после 50 лет, или ГБ, изменившая свое течение
• «Громоподобная ГБ» (ГБ нарастающая до 10 баллов по ВАШ за 1-2 секунды)
• Строго односторонняя ГБ
• Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий
• Внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ
• Атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/ или продолжительностью >1 часа)
• Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения
• Очаговые неврологические знаки и симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность шеи, артралгии, миалгии)
• Признаки внутричерепной гипертензии (усиление ГБ при кашле, натуживании, физическом напряжении)
• Отек диска зрительного нерва
• ВИЧ-инфекция, онкологическое, эндокринное и др. системное заболевание или травма головы в анамнезе
• Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде
• Неэффективность адекватного лечения

2.4 Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика чаще всего проводится с ГБН, кластерной (пучковой) ГБ, хронической пароксизмальной гемикранией и цервикогенной ГБ. Для облечения дифференциального диагноза целесообразно ведение дневника ГБ.

- Рекомендуется у пациентов с ХМ проводить дифференциальную диагностику с хронической ГБН, а также новой ежедневной персистирующей ГБ и гемикранией континуа [14].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *Трудности дифференциальной диагностики ХМ и ХГБН связаны с тем, что ведущим клиническим проявлением ХМ наряду с сохраняющимися частыми приступами мигрени является наличие ГБН-подобной «фоновой» боли. В этом случае следует опираться на данные раннего анамнеза: у пациентов с ХМ в отличие от хронической ГБН в начале заболевания отмечаются типичные приступы эпизодической М и другие, характерные для мигрени признаки (наследственный анамнез, типичные мигренозные триггеры, облегчение ГБ во время беременности). Рекомендуется при наличии лекарственного абузуса дифференцировать ХМ+ЛИГБ и ХГБН+ЛИГБ. Редко приходится проводить дифференциальную диагностику М со вторичными ГБ, связанными с серьезными неврологическими и соматическими заболеваниями [2,4,11,12].*

ГБ, напоминающие М, могут отмечаться при следующих заболеваниях:

- *гигантоклеточный артериит;*
- *транзиторная ишемическая атака и инсульт;*
- *диссекция (расслоение) артерий, аневризмы и артерио-венозные мальформации*
- *церебральный венозный тромбоз;*
- *опухоль головного мозга;*
- *субарахноидальное кровоизлияние;*
- *антифосфолипидный синдром и тромбофилии;*
- *эпилепсия (при сочетании мигренозной ГБ с эпилептическим приступом);*
- *синдромы MELAS (митохондриальная энцефаломиопатия с лактатацидозом и инсультоподобными эпизодами) и CADASIL (церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией).*

В отличие от типичной мигрени, как первичной формы ГБ, вышеупомянутые заболевания и синдромы всегда проявляются соответствующими органическими симптомами неврологического дефицита или другими «сигналами опасности», не характерными для мигрени.

- Рекомендуется при подозрении на симптоматический характер мигренозной ГБ (нетипичные жалобы и течение заболевания, органические неврологические нарушения в статусе и другие «сигналы опасности») провести тщательное обследование пациента с целью исключения вторичного заболевания, являющегося причиной ГБ [2, 10-12].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарии: *У одного пациента мигрень может сочетаться с другими типами первичных и вторичных цефалгий [4, 9, 10].Мигрень чаще всего сочетается с ГБН, первичной ГБ, связанной с физической или сексуальной активностью, ГБ, связанной с холодовыми стимулами (первичные ГБ), ЛИГБ, цервикогенной ГБ, ГБ, связанной с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (вторичные ГБ).*

- Рекомендуется при сочетании мигрени с другими формами цефалгий, все эти формы внести в диагноз, например, «Мигрень без ауры. ЭГБН с дисфункцией перикраниальных мышц» или «ХМ. ЛИГБ, связанная с применением триптанов. ГБ, связанная с дисфункцией ВНЧС» [9].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

2.1 Жалобы и анамнез

2.2 Физикальное обследование

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.4 Инструментальные диагностические исследования

2.5 Иные диагностические исследования

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендуются три подхода к лечению мигрени: поведенческая терапия, купирование приступов и профилактическое лечение [4, 20-21, 26-27].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарии: *Основные цели лечения мигрени: уменьшение частоты и тяжести приступов, коррекция КН, профилактика хронизации заболевания и улучшение качества жизни пациентов.*

3.1.1 Поведенческая терапия.

- Рекомендуется поведенческая терапия, направленная на модификацию образа жизни пациента [20-21, 26-27].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарии: *Информирование и обучение пациента может проводиться врачом или средним медицинским персоналом как при очной беседе, так и заочно с помощью популярной литературы. Основные положения поведенческой терапии включают:*

1. *разъяснение пациенту в доступной форме доброкачественной природы и механизмов мигрени (разубеждение в наличии органической причины ГБ);*
2. *обоснование нецелесообразности дополнительных исследований (за исключением случаев подозрения на симптоматический характер мигрени);*
3. *обсуждение роли провокаторов приступов мигрени и необходимости их избегать;*
4. *обсуждение факторов риска хронизации мигрени (лекарственного абузуса, психических и других коморбидных нарушений) и необходимости их профилактики;*
5. *пациентам, злоупотребляющим обезболивающими препаратами, следует разъяснить роль лекарственного абузуса в хронизации мигрени и необходимость отказа от приема обезболивающих;*
6. *разъяснение целей лечения, механизмов действия профилактических препаратов и пользы немедикаментозных методов.*

3.1.2 *Купирование приступа*

- Рекомендуется лечение приступа для уменьшения интенсивности, длительности боли, сопутствующих симптомов и восстановления общего состояния пациента [2, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

- Рекомендуется назначать медикаментозную терапию в зависимости от тяжести приступа и степени дезадаптации пациента [2, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарии: *Лёгкий приступ – пациент в состоянии выполнять привычную домашнюю и профессиональную работу; приступ средней тяжести – не может выполнять эти виды деятельности; тяжёлый приступ - необходим постельный режим.*

- Рекомендуется назначать при приступах легкой и средней тяжести простые анальгетики (НПВП, при необходимости противорвотные средства (таб. 7а и 7б) [4, 20-27].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Таблица 7а. Простые анальгетики, рекомендованные для купирования приступа М

Препарат	Доза, мг	Комментарий
Ацетилсалициловая кислота (АСК)	1000 внутрь	Гастроэнтерологические побочные эффекты
	1000 внутривенно	Риск кровотечения
Ибупрофен	200-800 внутрь	Такие же, как и для АСК
Напроксен	500-1000 внутрь	Такие же, как и для АСК
Диклофенак	50-100 внутрь	Включая диклофенак-К
Парацетамол	1000 внутрь	Назначать с осторожностью, так как может вызывать почечную и печеночную недостаточность

- Не рекомендуются для купирования приступов мигрени: любые препараты на основе метамизола натрия (анальгина) в связи с высоким риском развития агранулоцитоза, опиоидные анальгетики, и комбинированные обезболивающие препараты, содержащие помимо простого анальгетика кофеин, кодеин, барбитураты (в связи с высоким риском лекарственного абузуса и ЛИГБ) [20, 22, 25-27].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

Комментарий:

1. *выбор анальгетиков должен быть сделан на основании их эффективности и побочных эффектов;*
2. *НПВП более эффективны, чем АСК, которая, в свою очередь, более эффективна, чем парацетамол;*
3. *препаратом первого выбора считается ибупрофен в дозе 400 мг, который обладает наименьшим потенциалом вызывать желудочно-кишечные осложнения;*
4. *лечение НПВП может применяться у пациентов с мигренью при частоте приступов не более 2 раз в неделю (не более 8 болевых дней в месяц); с увеличением частоты использования их эффект снижается и возникает риск ЛИГБ;*
5. *для контроля правильного использования обезболивающих препаратов целесообразно ведение дневника ГБ;*
6. *при использовании НПВП необходимо учитывать побочные эффекты, в первую очередь воздействие на желудочно-кишечный тракт и риск кровотечений.*

- Рекомендуется при выраженной тошноте и рвоте использование противорвотных средств (таб. 7б) [8, 20-27].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2а)

Комментарии: *Антиэметики уменьшают гастростаз, обычно сопровождающий приступ М, и улучшают всасывание обезболивающих препаратов; назначаются за 10–15 минут до приёма анальгетиков.*

Таблица 7б. Противорвотные средства, рекомендованные для использования во время приступа М

Препарат	Доза, мг	Комментарий
Метоклопрамид	10-20 внутрь	Побочные эффекты: дискинезия; противопоказан детям и беременным; обладает также анальгетическим действием
	20 ректально	
	10, внутримышечно, внутривенно, подкожно	
Домперидон	20-30 внутрь	Побочные эффекты менее выражены, чем у метоклопрамида; может использоваться у детей.

- Рекомендуется при тяжелых приступах мигрени и значительной дезадаптации, а также при неэффективности простых анальгетиков (таб. 7а), применение специфических препаратов, к которым относятся триптаны (агонисты серотониновых рецепторов типа 5HT1) и эрготамин содержащие средства [20, 22, 24-27].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

- Рекомендуются в качестве наиболее эффективных средств триптаны (таб 7в) [4, 8, 20, 22, 25-27].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Таблица 7в. Триптаны, рекомендованные для купирования приступов мигрени*

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

*В таблице 7в указаны триптаны, зарегистрированные в РФ.

- Рекомендуется ранний прием триптанов для купирования приступов МбА [22, 24-27].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1b).

Комментарии: *Ранний прием триптанов способствует более эффективному купированию приступа: при более позднем приеме (более чем через 2 часа) начинается процесс центральной сенситизации, которая способствует продолжению приступа и снижает эффективность триптанов. При МбА триптаны следует принимать в самом начале (в первые 30 мин) приступа; при МА триптаны не должны назначаться во время ауры: если ГБ возникает одновременно или в конце ауры, то триптаны можно принимать в конце фазы ауры или в начале фазы ГБ.*

- Рекомендуется для успешного купирования приступов мигрени соблюдать принципы применения триптанов [20, 21, 22, 26].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *Принципы назначения триптанов включают:*

1. *поскольку триптаны показаны только для купирования приступов мигрени, пациенты с сочетанием мигрени и ГБН должны отличать приступы этих цефалгий друг от друга;*
2. *при неэффективности одного триптана следует пробовать другие;*
3. *повторное использование триптана возможно через 2 часа после приема первой дозы; не следует использовать более 2 доз триптанов в сутки;*
4. *при недостаточной эффективности триптана (остаточная ГБ или рецидив приступа), целесообразно сочетание триптана с НПВС (например, суматриптана с*

напроксеном) [28];

5. *для оценки эффективности триптанов их нужно использовать как минимум в течение 3-х приступов;*
6. *при наличии рвоты предпочтительно использование триптанов в виде назального спрея или ректальных суппозиториев;*
7. *триптаны нельзя использовать больше 9 дней в месяц, чтобы избежать злоупотребления; пациентов с частыми приступами необходимо предупредить о возможном риске развития триптановой ЛИГБ [9];*

- Рекомендуется перед назначением триптанов проанализировать возможные противопоказания [22, 25].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *Основные противопоказания для назначения триптанов включают: возраст до 18 лет и старше 65 лет, ишемическая болезнь сердца (ИБС) (в том числе инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз), окклюзионные заболевания периферических сосудов, инсульт или транзиторная ишемическая атака (в т. ч. в анамнезе), мигрень со стволовой аурой и гемиплегическая мигрень, неконтролируемая артериальная гипертензия, одновременный прием препаратов эрготамина, беременность и период лактации.*

- Рекомендуется *элетриптан* в качестве средства, обладающего наибольшей кардиобезопасностью [4, 8, 24, 25].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2a).

Комментарии: *По сравнению с другими триптанами элетриптан обладает минимальным констрикторным действием на коронарные артерии.*

- Рекомендуется при индивидуальной непереносимости или неэффективности триптанов применение производных эрготамина (алкалоидов спорыньи) [22-25].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

3.1.3 Профилактическая терапия

- Рекомендуется профилактическое лечение пациентам, у которых наблюдается 3 или более интенсивных приступа ГБ в течение месяца и 8 или более дней в месяц с ГБ при адекватном купировании приступов М, а также пациентам с тяжёлыми и пролонгированными аурами, даже при небольшой частоте приступов [2, 4, 29-31].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарий: *другие показания к профилактическому лечению мигрени включают:*

1. *неэффективность или плохую переносимость препаратов для купирования приступов мигрени;*
2. *хроническая мигрень;*
3. *лекарственный абузус, ЛИГБ;*
4. *пациент сам предпочитает превентивную терапию для облегчения течения М и восстановления качества жизни;*
5. *подтипы мигрени, представляющие риск в отношении повреждения мозга (инсульта): мигренозный инфаркт или мигренозный статус в анамнезе, М со стволовой аурой, гемиплегическая М;*
6. *тяжелые коморбидные нарушения (в первую очередь, психические).*

- Рекомендуется оценивать эффективность лечения через 3 месяца после начала приёма препарата в рекомендованной дозе [20, 25, 30].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2а).

- Рекомендуется считать профилактическое лечение эффективным, если частота приступов мигрени сокращается через 3-х месяца терапии на 50% и более от исходной [8, 14-15, 30].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

- Рекомендуется соблюдать принципы профилактического лечения [20, 21, 25, 30-31].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2а).

Комментарии: *Принципы профилактического лечения мигрени включают:*

1. *разъяснение пациенту целесообразности, механизмов действия и возможных побочных эффектов профилактических препаратов (например, что антидепрессанты обладают не только антидепрессивным, но и противоболевым действием, а антиконвульсанты воздействуют на один из главных механизмов мигрени: снижают повышенную возбудимость коры головного мозга);*
2. *необходимо продолжительное использование выбранного профилактического средства в адекватно переносимой дозе;*
3. *следует начинать лечение с монотерапии; при недостаточной эффективности монотерапии более действенным может быть сочетание 2-х или даже 3-х препаратов, но в малых дозах;*

4. *необходимо назначать препараты в адекватных терапевтических дозах в течение достаточного для развития клинического эффекта времени (1-3 месяца);*
5. *при отсутствии эффекта в течение 2-3 месяцев следует отменить выбранное профилактическое средство и использовать другой препарат или комбинацию средств; профилактическая терапия обычно длится 3-6 месяцев, затем делают попытку постепенной отмены препарата(ов) или снижают их дозировку;*
6. *для минимизации побочных эффектов целесообразно медленное увеличение дозы;*
7. *необходимо избегать ситуаций, когда недостаточно эффективная профилактика (в силу неправильно подобранного препарата или его недостаточной дозы) приводит к избыточному применению средств для купирования приступов М;*
8. *при выборе профилактического средства следует принимать во внимание сопутствующие/коморбидные заболевания. В частности, стараться выбирать препарат, который также эффективен при лечении сопутствующей патологии (например, антидепрессант, у пациента с мигрени и коморбидной депрессией);*
9. *необходимо избегать терапии сопутствующего заболевания, которая может способствовать обострению М или увеличению лекарственного абузуса (например, прием НПВС в связи с сопутствующей болью в спине может увеличить лекарственный абузус и способствовать хронизации М).*

- Рекомендуются для профилактики мигрени в качестве средств первого выбора бета-адреноблокаторы, антагонисты рецепторов ангиотензина II, антиконвульсанты и ботулинический токсин А (таб. 8) [2, 4, 8,14, 20, 21, 25, 27, 29-31].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Таблица 8. Лекарственные средства, рекомендованные для профилактики мигрени

Препараты	**Суточная доза, мг**
В-блокаторы Метопролол	50-200
Пропранолол	40-240
Антагонисты рецепторов ангиотензина II Кандесартан	16
Антиконвульсанты Вальпроевая кислота	500-800
Топирамат	25-100
Антидепрессанты Амитриптилин	50-150
Венлафаксин	75-150
*Ботулинический токсин типа А** Онаботулотоксин типа А	155-195 Ед

*Только для лечения ХМ

Комментарий: *Среди **бета-блокаторов** наибольшей эффективностью обладают метопролол и пропранолол. Использование бета–блокаторов особенно оправдано у пациентов с гипертонической болезнью, стенокардией и тревожными расстройствами [4, 33].*

*Сопоставимой с группой бета-блокаторов эффективностью обладают **сартаны**. Кандесартан следует назначать утром в дозе 16 мг; доза 8 мг менее эффективна [34].*

*В связи с патогенетическим механизмом действия (снижают корковую возбудимость, предотвращая развитие приступов М) **антиконвульсанты** обладают высокой эффективностью в профилактике М. Продолжительность лечения при хорошей переносимости составляет 6-12 месяцев. Для топирамата требуется титрование дозы, начиная с 25 мг в сутки (вечером), далее доза повышается еженедельно на 25мг до целевой суточной дозы 100 мг (по 50 мг утром и вечером или 100 мг вечером). Сопоставимой эффективностью обладают препараты вальпроевой кислоты в дозе 500-1000 мг в сутки.*

- Рекомендуются для профилактики мигрени в качестве средств второго выбора антидепрессанты (таб. 8) [8,14, 20, 21, 25, 27, 29-31].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *Эффект **антидепрессантов** обусловлен их собственным противоболевым действием вследствие усиления активности антиноцицептивных (противоболевых) систем. Анальгетическое действие антидепрессантов наступает раньше, чем собственно антидепрессивное действие и в меньших дозах [2, 8, 27].*

Трициклический антидепрессант амитриптилин начинают с 5-10 мг на ночь, постепенно дозу увеличивают на 10 мг один раз в неделю или в две недели; целевая доза - 50-75 мг в сутки. При неэффективности ТЦА и при сопутствующей депрессии рекомендуется венлафаксин (75-150 мг в сутки). Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) не имеют доказательной базы в профилактике М, но могут применяться при сопутствующих психических нарушениях (тревожно-депрессивные расстройства, панические атаки, генерализованное тревожное расстройство) [2, 4, 21].

- Не рекомендуются для профилактики мигрени вазоактивные и ноотропные средства [4, 8, 21, 25, 27, 29].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a).

Комментарии: *Вазоактивные и ноотропные средства не обладают доказанным специфическим действием в профилактике М, однако могут применяться у пациентов с мигренью в качестве дополнительных средств для коррекции легких когнитивных нарушений.*

- Рекомендуется для повышения эффективности профилактического лечения модификация образа жизни пациентов, в первую очередь - исключение потенциальных триггеров приступов мигрени и факторов хронизации заболевания [8, 20, 25, 30].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1b).

Комментарии: *Основные подходы к модификации образа жизни предполагают:*

1. *полноценный режим сна-бодрствования: следует избегать как недостаточного, так и избыточного сна;*
2. *регулярное питание в одно и то же время каждый день, без пропусков приема пищи; исключение продуктов, содержащих тирамин и вазоактивные вещества, в том числе кофеина и алкоголя;*
3. *избегание стрессовых факторов, обучение методикам психологической и мышечной релаксации;*
4. *регулярные физические упражнения, фитнес, водные процедуры;*
5. *ведение дневника приступов М с указанием возможных провоцирующих факторов с целью их устранения и числа доз обезболивающих препаратов для контроля абузуса.*

- Рекомендуются для лечения ХМ топирамат и препарат ботулинического токсина типа А онаботулотоксин типа А [4, 8, 14, 15, 20, 21,25,31, 35].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарии: *Топирамат назначается длительным курсом (до 12 мес.) с титрованием дозы от 25 мг до рекомендованной дозы 100 мг в сутки; предпочтителен прием основной дозы препарата в вечернее время [14, 20, 25, 30, 36-37]. Онаботулотоксин типа А может быть использован при неэффективности ранее проведенных курсов профилактического лечения в течение 3 - 6 месяцев [4, 8, 14, 15, 35, 38]; эффективен также у пациентов с лекарственным абузусом [8, 15, 35, 40]. Препарат вводят внутримышечно (разведение 100 ЕД/2мл или 200 ЕД/4мл физиологического раствора) по протоколу PREEMPT* билатерально в 7 групп мышц головы и шеи (mm. frontalis D,S; mm. corrugator supercilii D,S; m. procerus, mm. temporalis D,S; mm. occipitalis D,S; mm. trapezius D,S; и mm. paraspinalis cervicis D,S) [47]. Суммарная доза на одну процедуру составляет 155 — 195 ЕД. Эффективность одной процедуры (снижение числа дней с ГБ на 50% и более) обычно сохраняется в течение 3 месяцев. Инъекции рекомендуется повторять каждые 12 недель. Одновременно пациенты могут получать и лекарственную профилактику (например, антидепрессанты, особенно при наличии сопутствующей депрессии).*

- Рекомендуется соблюдать продолжительность лечения ХМ в 1 год [14, 15, 35, 38].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

- Рекомендуется ведение пациентов с ХМ цефалгологом и/или в условиях специализированного центра боли/головной боли в связи с тяжелым течением заболевания, множественными коморбидными нарушениями, высокой частотой ЛИГБ и существенным снижением качества жизни [4, 13].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1b).

- Рекомендуется ВОП и неврологам, которые испытывают трудности в ведении пациентов с ХМ, перенаправить пациента к специалисту по диагностике и лечению ГБ (цефалгологу) или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [4, 13].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b)

- Рекомендуется лечение ЛИГБ, при сочетании мигрени с ЛИГБ [16, 25, 39].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *Лечение ЛИГБ включает: поведенческую терапию, отмену препаратов злоупотребления, подбор обезболивающего препарата другой фармакологической группы для купирования ГБ на период отмены, детоксикацию и профилактическе лечение мигрени.*

- Рекомендуется поведенческая терапия: разъяснение роли злоупотребления обезболивающими препаратами в поддержании/учащении ГБ и необходимости отказа от анальгетиков [2, 4, 16, 25, 39].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарии: *Необходимо объяснить пациенту, что злоупотребление препаратами для купирования приступов М способствует учащению болевых эпизодов, и что единственный путь к облегчению ГБ - отмена препарата(ов) злоупотребления. У пациентов с высоким риском ЛИГБ (частота болевых эпизодов более 8 в месяц и около 8-10 дней с приемом обезболивающих в месяц) предотвращение абузуса с помощью поведенческой терапии более эффективно, чем лечение уже развившейся ЛИГБ.*

- Рекомендуется полная или частичная отмена препарата(ов) злоупотребления [8, 16, 25, 39, 40].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарии: *Отмену неопиодных анальгетиков и триптанов можно проводить в амбулаторных условиях, отмену опиоидов, барбитурат- и бензодиазепин-содержащих анальгетиков - в условиях стационара/дневного стационара. Отмена неопиодных простых и комбинированных анальгетиков может проводиться одномоментно, отмену опиоидов, барбитурат- и бензодиазепин-содержащих анальгетиков лучше проводить постепенно.*

- Рекомендуется подбор обезболивающего препарата другой фармакологической группы для купирования ГБ на период отмены [16, 39, 40].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *Препарат злоупотребления следует заменить на обезболивающее средство другой фармакологической группы, а при его неэффективности - на другой препарат той же фармакологической группы. Например, при ЛИГБ, связанной с комбинированными анальгетиками, можно рекомендовать в качестве альтернативных средств триптаны и препараты эрготамина.*

В качестве симптоматических средств для облегчения ГБ отмены возможно использование НПВП длительного действия напроксена (500 мг/сут) или флупиртина (200-300 мг/сут) в течение 3-4 недель. Для облегчения тошноты/рвоты применяют метоклопрамид 10-20 мг внутрь, в/м или в свечах. В период отмены и лечения ЛИГБ суммарное применение любых обезболивающих не должно превышать 8 дней в месяц, а в идеале должно быть сведено к минимуму (до 3–5 дней в месяц).

- Рекомендуется детоксикационная терапия при выраженном абузусе (более 15 дней с приемом обезболивающих препаратов в месяц) [8, 16, 39].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *Детоксикация включает: 1. кортикостероиды: дексаметазон раствор для инъекций 4-8 мг на 200.0 физиологического раствора внутривенно капельно 7-10 дней или преднизолон внутрь (1 г на кг веса), в среднем 60 мг в сутки с постепенным снижением дозы на 5-10мг каждые 3 дня в течение 1-2 недель вплоть до отмены - 7 дней; 2. амитриптилин 2,0 мл на 100 мл физиологического раствора внутривенно капельно 7 дней;регидратация: потребление жидкости не менее 2 литров в сутки, инфузии физиологического раствора - 200.0-400.0 мл/сут.*

Детоксикация позволяет быстро (в течение 7–10 дней) уменьшить клинические проявления ЛИГБ, в том числе симптомы периода отмены: тошноту, беспокойство,

тревогу, нервозность, нарушение сна.

- Рекомендуется профилактическая противомигренозная терапия пациентам с сочетанием мигрени и ЛИГБ [4, 15-16,25, 30, 39].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

- Рекомендуются в качестве наиболее эффективных препаратов при сочетании мигрени/ ХМ с ЛИГБ: топирамат (50-200 мг в сутки), амитриптилин (50 - 100 мг/сут) и онаботулотоксин типа А [14, 35, 39, 40].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

- Рекомендуются в качестве других подходов к лечению ЛИГБ бензодиазепины (клоназепам) и нейролептики (хлорпромазин) [24, 39].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуется ВОП и неврологам, которые испытывают трудности в ведении пациентов с мигрени/ХМ и ЛИГБ, коротко разъяснить пациенту роль лекарственного абузуса в учащении ГБ, проинформировать его о необходимости полного или частичного отказа от приема препаратов злоупотребления и перенаправить пациента к специалисту по диагностике и лечению ГБ или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [2, 8, 21, 13].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b)

3.2 Иное лечение

Немедикаментозное лечение

- Рекомендуется комбинировать фармакологическое лечение мигрени с немедикаментозными методами [8, 20, 25, 30-31].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуются при сопутствующих эмоционально-личностных, соматоформных и сенесто-ипохондрических расстройствах когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), психотерапия и методы психологической релаксации [13, 20, 25, 31].

Уровень убедительности рекомендаций – B (уровень достоверности доказательств – 2b).

- Рекомендуется метод биологической обратной связи по электромиограмме перикраниальных мышц (ЭМГ-БОС) [2, 4, 8, 41].

Уровень убедительности рекомендаций – B (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *ЭМГ-БОС направлена на обучения пациентов психологическому и мышечному расслаблению.*

- Рекомендуются пациентам с выраженной дисфункцией перикраниальных мышц (мышечно-тоническим синдромом) постизометрическая релаксация, массаж воротниковой зоны, мануальная терапия, лечебная гимнастика [4, 8, 13, 21].

Уровень убедительности рекомендаций – C (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуются в качестве дополнительных методов (в комбинации с другими нелекарственными методами лечения и фармакотерапией) блокады большого затылочного нерва с использованием кортикостероидов и местных анестетиков [14].

Уровень убедительности рекомендаций – C (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуется в качестве дополнительного метода профилактического лечения мигрени, в том числе при ХМ, применение неинвазивной ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС) [13, 35].

Комментарии: *Эффект рТМС при мигрени связывают с нейромодулирующим влиянием на кортикальную гипервозбудимость – один из базовых патофизиологических механизмов мигрени [13, 35].*

Уровень убедительности рекомендаций – B (уровень достоверности доказательств – 1b).

- Рекомендуется пациентам с рефрактерной ХМ (рХМ), когда частые, интенсивные и дезадаптирующие ГБ не отвечают на адекватное консервативное лечение, периферическая электрическая стимуляция затылочного нерва [3, 14, 35].

Уровень убедительности рекомендаций – B (уровень достоверности доказательств – 2b).

Комментарии: *рХМ описывается, как ГБ, соответствующая критериям ХМ (МКГБ-3 бета, 2013), не отвечающая на лечение (адекватной продолжительности и в адекватных дозах) по крайней мере, тремя препаратами разных фармакологических групп для*

профилактики мигрени (бета-блокаторы, антиконвульсанты, трициклические антидепрессанты, кандесартан, ботулинический токсин типа А) или эти препараты противопоказаны; дополнительные условия: отсутствие лекарственного абузуса и адекватное лечение психических или других коморбидных расстройств14, 35].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

- Не рекомендуются реабилитационные мероприятия при мигрени.

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: *В дополнение к перечисленным нелекарственным методам могут быть рекомендованы общеукрепляющие и водные процедуры, фитнес, массаж воротниковой зоны, мануальная терапия, остеопатия, санаторно-курортное лечение.*

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется для профилактики приступов мигрени разъяснение пациентам роли триггеров мигрени и необходимости их избегать [2, 4, 8, 20, 25, 30-31].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуется для профилактики хронизации мигрени разъяснение пациентам роли факторов хронизации мигрени (лекарственный абузус, эмоциональные нарушения, избыточное употребление кофеина и др.) и необходимости модификации образа жизни [4, 8, 14].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: *Разъяснительная работа может проводиться врачами общей практики и неврологами, к которым обращаются пациенты с мигренью.*

6. Организация оказания медицинской помощи

- Не рекомендуется устанавливать вместо диагноза «Мигрень» другие диагнозы, не отражающие истинную природу ГБ [17]. Неправильная/запоздалая диагностика и неадекватное лечение существенно ухудшают течение мигрени и могут способствовать ее хронизации [8, 17].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: *Примеры ошибочных диагнозов, маскирующих диагнозы "Мигрень" и "ГБН": дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП) с цефалгическим синдромом, остеохондроз шейного отдела позвоночника (ШОП) с мигренозными пароксизмами, вегетососудистая дистония с цефалгическим синдромом, гипертензионно-гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом, ГБ, связанная с артериальной гипертензией, посттравматическая ГБ [8, 17]. К установлению ложных диагнозов нередко приводит неверная трактовка результатов инструментальных исследований [8, 17].*

Неспецифические изменения, выявленные при проведении МРТ головного мозга и ШОП, УЗДГ и ДС сосудов головы и шеи, часто ошибочно расцениваются врачами как признаки органического поражения головного мозга или мозговых сосудов. Например, незначительное снижение линейной скорости кровотока на УЗДГ краниовертебральных артерий является основанием для неверного диагноза «ДЭП» или «ХИМ», а незначительное расширение субарахноидальных пространств – для диагноза «Гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом» [17]. Установление неверного диагноза приводит к выбору неадекватного лечения [8, 17]. Например, если вместо диагноза «Мигрень» устанавливается диагноз «Дисциркуляторная энцефалопатия с цефалгическим синдромом» в качестве препаратов выбора назначаются вазоактивные и ноотропные средства, не обладающие доказанным специфическим действием в профилактике М. Ошибки диагностики и неадекватное лечение, приводят к ухудшению качества жизни пациентов, повышают риск лекарственного абузуса что, в конечном итоге, может способствовать хронизации М [17].

- Не рекомендуется назначение для профилактики мигрени сосудистых, ноотропных средств и других препаратов, не обладающих доказанным эффектом в лечении М [15, 17, 35].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Оценка эффекта проводимой терапии

- Рекомендуется считать профилактическое лечение эффективным, если частота дней с мигренозной ГБ сокращается через 3-х месяца терапии на 50% и более от исходной

частоты [14-15, 30].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

- Рекомендовано дополнительными критериями эффективности считать: уменьшение использования обезболивающих препаратов и выраженности коморбидных нарушений (улучшение настроения, снижение тревоги, нормализация сна), повышение работоспособности, уровня социальной адаптации и качества жизни пациента в целом [14, 30, 35].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2b).

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым с мигренью

№	**Критерий качества**	**Уровень достоверности доказательств доказательств**	**Уровень убедительности рекомендаций рекомендаций**
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом и установлена форма мигрени в соответствии с критериями МКГБ-3 бета	1a	A
2	Проведена поведенческая терапия	1a	A
3	Проведена терапия: - простыми анальгетиками и/или - триптанами и/или - комбинированными анальгетиками (для купирования приступов мигрени не более 8 дней в месяц, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a 1a 2b/3	A A B/C
4	Проведена терапия: - бета-блокаторами и/или - кандесартанами и/или - антиконвульсантами и/или - антидепрессантами (при наличии показаний не менее чем на 3 месяца, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a 1a 1a 2b	A A A B
5	Проведена терапия - топираматом и/или - ботулиническим токсинои А и/или - другими препараты для профилактики М (при хронической мигрени менее 6 месяцев, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии противопоказаний)	1a 1a 2b/3	A A B/C
6	Выполнены: - полная или частичная отмена препарата(ов) злоупотребления и/или - детоксикация и/или - подбор обезболивающего препарата другой фармакологической группы для купирования головнойболи на период отмены и/или - профилактическое лечение (при выявлении лекарственно-индуцированной (абузусной) головной боли, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a 2b 3 1a	A B C A
7	Выполнен динамический осмотр не позднее 3 месяцев от момента профилактического лечения	2a	B
8	Достигнуто уменьшение числа дней головной боли в месяц не позднее 3 месяца от момента начала терапии не менее, чем на 50%	1a	A

Список литературы

1. Сергеев А.В., Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Центральная нейрональная гипервозбудимость - предиспозиция к мигрени. Российский журнал боли. 2010;2 (27):3-11.
2. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А., Соколов А.Ю. Мигрень (патогенез, клиника, лечение). — М.: МЕДпресс, 2011. — 265 с.
3. Боль (практическое руководство для врачей) / Под ред. Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. — М.: Издательство РАМН, 2011. — 512 с.
4. Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. Мигрень. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 622 с.
5. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population—a prevalence study. J ClinEpidemiol 1991;44:1147–1157.
6. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G, Yakhno N, Steiner TJ. The prevalence of primary headache disorders in Russia: A countrywide survey. Cephalalgia 2012;32(5):373–381.
7. Лебедева Е.Р., Кобзева Н.Р., Гилев Д.В., Олесен Ес. Анализ качества диагностики и лечения первичных головных болей в различных социальных группах Уральского региона. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика 2015;1:19-26.
8. Осипова В.В, Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия: Практическое руководство / В.В.— М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. — 336 с.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013;33(9):629-808.
0. Evans R.W. Diagnostic testing for headaches. Med Clin North Am 2001;85(4):865–885.
1. Mitsikostas D, Ashina M, Craven A, Diener HC, Goadsby PJ, Ferrari MD, Lampl C, Paemeleire K, Pascual J, Siva A, Olesen J, Osipova V, Martelletti P. European headache federation consensus on technical investigation for primary headache disorders on behalf of EHF committee. J Headache Pain 2016;17:5.
2. American Academy of Neurology. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurological examinations. Neurology 1994;44:1353–1354.
3. Reference programme: Diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 2nd Edition, 2012. J Headache Pain 2012; 13:S1–S29.
4. Артеменко А.Р., Куренков А.Л., Беломестова К.В. Классификация, диагностика и лечение хронической мигрени: обзор новых данных. Журнневрол и психиатр. 2013;11:91-96.
5. Артеменко А.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г., Наприенко М.В., Азимова Ю.Э., Бойко А.Н., Костенко Е.В., Лебедева А.В. Первичные головные боли хронического течения (диагностика, клиника, терапия). Методические рекомендации №26, Правительство Москвы, департамент здравоохранения г. Москвы, 2014, 28 с.
6. Obermann M, Katsarava Z. Management of medication overuse headache. Expert Rev Neurother 2007;7:1145–1155.

7. Осипова В.В, Азимова Ю.Э, Табеева Г.Р, Тарасова С.А, Амелин А.В, Куцемелов И.Б, Молдовану И.В, Одобеску С.С, Наумова Г.И. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. Анналы клинической и экспериментальной неврологии, Том. 6, № 2, 2012, 16-21.
8. Корешкина М.И., Халиков А.Д., Назинкина Ю.В., Осипова В.В., Амелин А.В., Космачева Е.А. Исследование мозгового кровотока с помощью высокопольной МРТ-перфузии во время приступа мигрени с аурой. Эпилепсия и пароксизмальные состояния, 2012, том 4, №4, с.12-17.
9. Kruit M.C., van Buchem M.A., Launer L.J. et al. Migraine is associated with an increased risk of deep white matter lesions, subclinical posterior circulation infarcts and brain iron accumulation: The population-based MRI CAMERA study // *Cephalalgia*. — — Feb. — Vol. 30. — P.129–136.
10. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике / Т.Дж. Стайнер и соавт.: Практическое руководство для врачей; перевод а английского Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; научная редакция В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табеевой. – М.: 000 «ОГГИ. Рекламная продукция», 2010. – 56 с.
11. Осипова В.В. Мигрень и головная боль напряжения. В: Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 424 с. (72-81 и 133-157с).
12. Филатова Е.Г.Терапия приступов мигрени. Русский медицинский журнал 2013;16:862-865.
13. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. — М.: Ремедиум, 2000. —150 с.
14. Canadian Headache Society Guideline for Acute Drug Therapy for Migraine Headache. Canadian Journal of Neurological Sciences 2013;40:1-80.
15. Steiner TJ, MacGregor EA, Davies PTG. Guidelines for all healthcare professionals in the diagnosis and management of migraine, tension-type, cluster and medication overuse headache. British Association for the Study of Headache, 3rd edn. 2007.
16. Латышева Н.В. Современные правила лечения приступа мигрени – отказ от стереотипов. Лечение заболеваний нервной системы 2011;2(7):21-27.
17. Evers S, Afra J, Frese A et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine—report of an EFNS task force. Eur J Neurol 2009,16:968–981.
18. Alexander WJ. Sumatriptan and naproxen sodium for the acute treatment of migraine. Headache 2005;45:983–991.
19. Осипова В.В. Первичные головные боли В: Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, А.Б.Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-688 с.
20. Табеева Г.Р. Профилактика мигрени. — М.: Пульс, 2007. — 100 с.
21. Canadian Headache Society Guideline for Migraine Prophylaxis. Canadian Journal of Neurological Sciences 2012;39:1-62.
22. Freitag FG, Collins SD, Carlson HA et al. A randomized trial of divalproex sodium extended-release tablets in migraine prophylaxis. Neurology 2002;58:1652–1659.

3. Sorensen PS, Larsen BH, Rasmussen MJ et a. Flunarizine versus metoprolol in migraine prophylaxis: a double-blind, randomized parallel group study of efficacy and tolerability. Headache 1991;31:650–657.
4. Tronvik E, Stovner LJ, Helde G, Sand T, Bovim G. Prophylactic treatment of migraine with an angiotensin II receptor blocker: a randomized controlled trial. JAMA 2003;289:65–69.
5. Латышева Н.В., Филатова Е. Г. , Табеева Г. Р., Осипова В.В., Артеменко А.Р., Тарасова С. В. , Азимова Ю. Э., Кацарава З. Практические вопросы ведения пациентов с хронической мигренью. Рекомендации российских экспертов. Нервно-мышечные болезни 2015;3:2-7.
6. Bussone G, Diener HC, Pfeil J, Schwalen S. Topiramate 100 mg/day in migraine prevention: a pooled analysis of double blind randomised controlled trials. Int J ClinPract 2005; 59:961–968.
7. Silberstein S.D., Lipton R.B., Dodick D.W. et al. Efficacy and safety of topiramate for the treatment of chronic migraine: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Headache. — 2007. — Vol. 47. — P. 170–180.
8. Dodick DW, Turkel CC, DeGryse R, Aurora SK, Silberstein SD, Lipton RB, et al. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: Pooled results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phases of the PREEMPT clinical program. Headache 2010;50:921–36.
9. Evers S, Jensen R; European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache--guideline of the EFNS headache panel. Eur J Neurol 2011;18(9):1115-21.
10. Negro A, Curto M, Lionetto L, Martelletti P. A two years open-label prospective study of OnabotulinumtoxinA 195 U in medication overuse headache: a real-world experience. J Headache Pain. 2015;17:1.
11. Nestoriuc Y, Martin A, Rief W, Andrasik F. Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review. ApplPsychophysiol Biofeedback 2008;33:125–140.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

ПриложениеА1. Состав рабочей группы

Азимова Юлия Эдвардовна, к.м.н., врач-невролог Университетской клиники головной боли. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли».

Амелин Александр Витальевич, д.м.н., профессор кафедры неврологии ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им акад. И.П. Павлова МЗ РФ». Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли».

Артеменко Ада Равильевна, д.м.н., ведущий научный сотрудник НИО неврологии НИЦ, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли».

Екушева Евгения Викторовна, к.м.н. старший научный сотрудник НИО неврологии НИЦ, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли».

Корешкина Марина Игоревна, д.м.н., руководитель Центра лечения головной боли клиники «Скандинавия» (г. Санкт-Петербург). Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли».Член международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Курушина Ольга Владимировна,д.м.н., заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики, мануальной терапии и рефлексотерапии ФУВ ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет МЗ РФ».Членобщероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли».

Латышева Нина Владимировна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней Института профессионального образования, ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ», г. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Член международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Лебедева Елена Разумовна, д.м.н., доцент кафедры СМП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ». Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член международной общественной организации «Международное общество головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Член секции головной боли в европейской общественной организации «Европейская Академия неврологии». Представитель России в образовательном комитете европейской общественной организации «Европейская Академия неврологии»

Наприенко Маргарита Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры нелекарственных методов лечения Института профессионального образования, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член общественной организации «Московская общественная организация специалистов ботулинотерапии».

Осипова Вера Валентиновна, д.м.н., главный научный сотрудник НИО неврологии НИЦ, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ и ГБУ «Научно-практический психоневрологический центр им. Соловьева» ДЗ г. Москвы. Ученый секретарь общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Представитель России в европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Член секции головной боли в европейской общественной организации «Европейская Академия неврологии». Член международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Рачин А.П д.м.н., профессор, зав. отделом неврологии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли».

Сергеев Алексей Владимирович, к.м.н. старший научный сотрудник НИО неврологии НИЦ, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Представитель России в международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Скоробогатых Кирилл Владимирович, директор Университетской клиники головной боли. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Член международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Табеева Гюзяль Рафкатовна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ.

Президент общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли».

Филатова Елена Глебовна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ, г. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли».

Рецензент:

Парфенов Владимир Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ. Член общероссийской общественной организации «Всероссийское общество неврологов».

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи неврологи*, терапевты, врачи общей практики;
2. студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты;
3. преподаватели, научные сотрудники;

*в т.ч. специалисты по диагностике и лечению головной боли (цефалгологи).

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме (Таблица П1, Таблица П2).

ТаблицаП1 – Уровни достоверности доказательств

Уровень достоверности доказательств	**Тип данных**
1a	Мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ)
1b	Хотя бы одно РКИ
2a	Хотя бы одно хорошо выполненное контролируемое исследование без рандомизации
2b	Хотя бы одно хорошо выполненное квазиэкспериментальное исследование
3	Хорошо выполненные не экспериментальные исследования: сравнительные, корреляционные или «случай-контроль»
4	Экспертное консенсусное мнение либо клинический опыт признанного авторитета

Таблица П2 –Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности рекомендаций	**Основание рекомендации**
A	Основана на клинических исследованиях хорошего качества, по своей тематике непосредственно применимых к данной специфической рекомендации, включающих по меньшей мере одно РКИ
B	Основана на результатах клинических исследований хорошего дизайна, но без рандомизации
C	Составлена при отсутствии клинических исследований хорошего качества, непосредственно применимых к данной рекомендации

Порядок обновления клинических рекомендаций: пересмотр 1 раз в 3года.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 926н).

КР337. Болевой синдром (БС) у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритм ведения пациента с Мигренью



Приложение В. Информация для пациента

Что такое мигрень?

"Во время приступа мигрени, я совершенно разбита и абсолютно вырвана из повседневной жизни на сутки или даже больше. Боль начинается постепенно в области виска, затем нарастает, становится все сильнее и сильнее, появляется тошнота, иногда меня может вырвать; раздражают даже обычные звуки и свет. Я чувствую себя настолько ужасно, что вынуждена лечь в постель. После приема обезболивающего боль может через пару часов стихнуть, но не всегда. На следующий день я чувствую тяжесть в голове и разбитость, но все же значительно лучше, чем накануне".

Описание мигрени

Мигрень – доброкачественное неврологическое заболевание, проявляющееся приступами головной боли, которые могут возникать с различной частотой: от 1-2 раз в год до нескольких раз в месяц. Основные проявления мигренозного приступа: сильная пульсирующая головная боль лобно-височной локализации чаще в одной половине головы, тошнота, реже рвота, непереносимость света, звуков, запахов и усиление боли от обычной физичкой нагрузки. Во время приступа мигрени работоспособность и привычная активность в значительной степени нарушены.

Почему возникает мигрень?

Приступ мигрени является следствием возбуждения некоторых структур головного мозга, которые отвечают за проведение боли, а также - выброса в кровь болевых медиаторов и расширения сосудов твердой мозговой оболочки, которая покрывает головной мозг. У многих пациентов существует наследственная предрасположенность к развитию мигрени: то есть они наследуют ее от одного из родителей.

У кого бывает мигрень?

Мигренью страдает каждый седьмой взрослый; у женщин мигрень возникает в три раза чаще, чем у мужчин. Обычно заболевание начинается в детстве или подростковом возрасте. У девочек мигрень нередко начинается в период полового созревания.

Какие бывают виды мигрени?

Самый частый вид мигрени – мигрень без ауры - встречается у 75% пациентов. Реже бывает мигрень с аурой, когда болевому приступу предшествуют преходящие и полностью обратимые неврологические нарушения. Чаще всего отмечаются нарушения зрения (светящиеся зигзаги, мерцание, выпадение полей зрения), реже чувствительные (распространяющееся снизу верх онемение одной руки, половины лица, языка) и речевые нарушения. Возможно сочетание обеих форм мигрени у одного пациента, а также развитие мигренозной ауры без головной боли.

Как проявляется мигрень?

Приступ мигрени имеет четыре стадии, хотя не все их них могут быть полностью представлены. Фаза предвестников мигрени (продром) возникает раньше других симптомов приступа и может проявляться за несколько часов или даже за сутки до развития головной боли следующими симптомами: раздражительность, подавленность, усталость или, напротив, повышение активности, аппетита, чувствительности к свету и запахам.

Аура, если она есть, является следующей фазой. Лишь треть пациентов с мигренью когда-либо отмечали ауру, и она может развиваться не в каждом приступе. Аура – это отражение определенного процесса (преходящего и неопасного для здоровья), происходящего в мозге и связанного с механизмом приступа мигрени. Она длится 10-30 минут, реже может быть и более продолжительной. Чаще всего бывает зрительная аура. Вы можете «видеть» слепые пятна, вспышки света или разноцветную зигзагообразную линию, распространяющуюся из центра поля зрения на периферию. Реже возникают чувствительные симптомы – ощущение покалывания или онемение, которое возникает в кончиках пальцев с одной стороны, распространяется вверх к плечу, иногда переходит на щеку или язык на той же стороне. Чувствительные симптомы практически всегда сопровождаются зрительными нарушениями. Кроме этого, во время ауры бывают затруднения речи или трудности в подборе слов.

Фаза головной боли – самая тяжелая для большинства людей, длится от нескольких часов до 2-3 суток. Мигренозная головная боль может быть очень сильной, чаще возникает в лобной или височной области одной половины головы, но может начинаться в затылочной области, захватывать другие зоны и всю голову. Обычно это пульсирующая или распирающая боль, которая усиливается при движении и физических нагрузках. Нередко возникает тошнота, и даже рвота, которая облегчает головную боль. Во время приступа очень часто неприятны свет и звуки даже обычной интенсивности, поэтому пациенты предпочитают оставаться в одиночестве в тихом и затемненном помещении.

За фазой головной боли следует фаза разрешения. В этот период вы вновь можете чувствовать усталость, раздражительность или подавленность, вам трудно концентрировать внимание. Эти симптомы могут сохраняться в течение суток до того, как вы почувствуете себя полностью здоровым.

Что такое «порог развития мигренозного приступа»?

Приступ мигрени не предсказуем, он может начаться в любой момент. Тем не менее, некоторые люди более склонны к возникновению приступов. Чем выше ваш индивидуальный порог развития мигрени, тем меньше вероятность развития приступа, чем ниже порог, тем эта вероятность больше.

Существенную роль играют провоцирующие факторы (триггеры), которые могут «запустить» приступ мигрени. Если ваш порог высокий, то для того, чтобы развился приступ необходимо действие двух или трех триггеров одновременно.

В отличие от триггеров, предрасполагающие факторы не запускают приступ, а снижают порог его развития. К таким факторам относятся хроническая усталость, тревожность и стресс, у женщин - период менструации, беременность и менопауза.

Что такое триггеры мигрени?

Каждый пациент с мигренью хотел бы знать, что может вызвать приступ. Как правило, это трудно или невозможно, поскольку каждый пациент имеет «свои» триггеры; даже у одного и того же пациента разные приступы могут вызываться различными триггерами. Многие пациенты не могут идентифицировать свои триггеры, поскольку они весьма разнообразны. К наиболее распространенным провокаторам приступа мигрени относят:

Психологические: эмоциональное напряжение, а также расслабление после стресса.

Факторы внешней среды: яркий или мерцающий свет, резкие запахи, перемена погоды, духота.

Диетические факторы: некоторые продукты (цитрусовые, орехи, шоколад, бананы, копчености, жирные сыры) и алкоголь (красное вино, пиво, шампанское), пропуск приема пищи (голод), неадекватное питание, отмена кофеина и недостаточное потребление воды.

***Сон*:** изменение режима сна, как недосыпание, так и избыточный сон (например, в выходные дни).

Гормональные факторы у женщин: менструация, гормональные контрацептивы и гормональная заместительная терапия.

Другие жизненные факторы: интенсивная физическая нагрузка, длительные переезды, особенно со сменой часовых поясов, воздушные перелеты.

Что я могу ощущать между приступами мигрени?

Между приступами мигрени большинство людей чувствуют себя хорошо. Однако некоторые люди вне болевых приступов могут жаловаться на повышенную тревожность, снижение настроения, плохой сон, другие боли (например, сжимающие по типу «каски» головные боли напряжения, боли в спине и др.), болезненность и напряжение мышц шеи и затылка. Эти нарушения, часто сопутствующие мигрени, могут нарушать общее самочувствие и требуют лечения. Обязательно расскажите доктору об этих жалобах, чтобы он мог назначить вам необходимое лечение.

Как лечить мигрень?

Лекарственные средства, которые используют для снятия приступа, называют средствами для купирования мигрени. Правильно подобранные лекарства могут быть весьма эффективными, если принимаются правильно и в небольших количествах. К таким средствам относятся безрецептурные анальгетики, большинство из которых содержит аспирин, ибупрофен или парацетамол. Растворимые формы этих препаратов, например, в виде шипучих таблеток действуют быстрее и лучше.

Если вас очень беспокоит тошнота или рвота, можно использовать противорвотные средства. Некоторые из них фактически усиливают действие анальгетиков, так как увеличивают их всасывание в желудочно-кишечном тракте. Если вы испытываете сильную тошноту или рвоту, то можно использовать эти препараты в форме ректальных свечей.

Врач может прописать вам один из специфических антимигренозных препаратов. К этим препаратам необходимо прибегнуть, если анальгетики и противорвотные средства оказываются недостаточно эффективными. Противомигренозные средства отличаются от обычных обезболивающих. Они воздействуют не на боль, а на патологические процессы, происходящие в головном мозге вовремя мигренозной атаки. К таким средствам относят *триптаны* – наиболее эффективные в купировании приступа мигрени - и препараты, содержащие эрготамин. При необходимости вы можете сочетать эти средства с анальгетиками и противорвотными средствами.

Существует несколько приемов, позволяющих повысить эффективность медикаментозного лечения приступа мигрени.

1. **Принимать препарат в самом начале приступа…**

Всегда имейте при себе хотя бы одну дозу препарата, рекомендованного врачом. Принимайте препарат, как только почувствуете приближение приступа мигрени. Чем раньше вы примете лекарство, тем оно будет эффективнее. Во время приступа мигрени работа желудочно-кишечного тракта замедляется, поэтому лекарства, принимаемые в виде таблеток, всасываются в кровь медленнее, чем обычно. Если позволяет состояние, съешьте что-нибудь или выпейте что-нибудь сладкое.

1. **… но не очень часто**

Всегда строго придерживайтесь инструкций по применению препарата. В частности, не используйте средства для снятия головной боли слишком часто, так как это может привести к развитию связанной с избыточным применением обезболивающих препаратов (абузусная головная боль (АГБ). Чтобы у вас не развилась АГБ, ни в коем случае не используйте средства для купирования мигрени на регулярной основе, то есть чаще, чем 2-3 раза в неделю.

Что делать, если это лечение не помогает?

Если приступы мигрени очень частые или тяжелые, и плохо поддаются лечению анальгетиками, то вам показано профилактическое лечение. В отличие от средств для купирования приступа при профилактической терапии необходимо принимать препараты каждый день, поскольку это лечение направлено на предотвращение развития приступов мигрени.

Большинство профилактических средств первоначально были разработаны для лечения других заболеваний, поэтому не следует удивляться, если Вам назначат препарат из группы антидепрессантов, противоэпилептических средств или применяющийся для снижения артериального давления. Вам назначили лечение не в связи с этими показаниями, просто эти препараты также обладают и противомигренозным действием.

При назначении вам одного или более препаратов, аккуратно следуйте инструкциям по их применению. Исследования показали, что наиболее частая причина недостаточной эффективности профилактического лечения - несоблюдение режима терапии. Профилактическое лечение мигрени должно продолжаться от 3 до 12 месяцев в зависимости от тяжести заболевания (в среднем 4-6 месяцев).

Для лечения очень частой (хронической) мигрени (когда число дней с головной болью превышает 15 в месяц) вам могут порекомендовать введение ботулинического токсина в мышцы головы и шеи. В клинических исследованиях этот метод показал высокую эффективность и широко используется в мире для лечения тяжелой мигрени.

Что еще вы можете сделать, чтобы помочь себе?

Регулярные занятия спортом, водные процедуры, приемы психологической релаксации улучшат ваше самочувствие. Целесообразно избегать предрасполагающих факторов и триггеров приступов, в первую очередь, эмоционального стресса, избыточных нагрузок, недосыпания.

Ведение дневника головной боли

Ведение дневника поможет собрать важную информацию о вашей головной боли: как часто болит голова, как долго длится головная боль, что ее вызывает, какие симптомы ее сопровождают, сколько обезболивающих препаратов и как часто вы принимаете. Эта информация является очень ценной для постановки правильного диагноза, выявления лекарственного абузуса и факторов провоцирующих головную боль, а также для оценки эффективности лечения.

Что делать, если Вы подозреваете, что забеременели?

Вам необходимо проконсультироваться с врачом, поскольку некоторые из противомигренозных средств во время беременности противопоказаны.

Нужны ли Вам дополнительные обследования?

В большинстве случаев диагностика мигрени не вызывает затруднений. Не существует методов обследования, подтверждающих диагноз мигрени. Диагностика основывается на вашем описании характеристик головной боли и сопутствующих симптомов, при этом обязательным является отсутствие каких-либо отклонений при медицинском осмотре. Постарайтесь, как можно подробнее описать врачу свою головную боль. Очень важно сообщить врачу о том, как часто и в каких количествах вы принимаете обезболивающие или другие лекарственные препараты.

Сканирование головного мозга (КТ, МРТ), электроэнцефалография, РЭГ, ультразвуковое исследование сосудов головы, консультация окулиста, как правило, являются неинформативными, поскольку никаких нарушений при проведении этих исследований при мигрени не обнаруживается. Если Ваш доктор не уверен в правильности диагноза, он может назначить Вам дополнительные методы обследования, для исключения других причин головной боли. Как правило, в этом нет необходимости. Если Ваш доктор не назначил дополнительные исследования, это означает, что он уверен в диагнозе «Мигрень» и проведение обследований никаким образом не облегчит назначение лечения.

Можно ли вылечить мигрень?

Не существует методов полного излечения от мигрени. Тем не менее, современные лекарственные подходы позволяют существенно уменьшить частоту, продолжительность, тяжесть приступов мигрени и облегчить сопутствующие нарушения в межприступном периоде. У большинства людей с возрастом приступы мигрени становятся реже и, как правило, после 50 лет прекращаются.

ДНЕВНИК

ГОЛОВНОЙ БОЛИ

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПРИНЕСТИ ЗАПОЛНЕННЫЙ ДНЕВНИК НА ПРИЕМ К СВОЕМУ ВРАЧУ!
ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ДНЕВНИКА

Перед консультацией в Центре головной боли очень важно, чтобы Вы ежедневно заполняли этот дневник. Сведения, которые Вы внесете в дневник, помогут врачу правильно определить диагноз и степень тяжести Вашей головной боли (ГБ), а также оперативно назначить оптимальное для Вас лечение.

Вверху напишите свое имя (ФИО), дату рождения, а также дату, когда Вы начали заполнять дневник. Затем напротив Вопроса 1 в 1-ой колонке напишите дату (число месяца) заполнения дневника. Вы можете сразу проставить даты во всех колонках, поскольку Вам предстоит заполнять дневник ежедневно.

Пожалуйста, заполняйте дневник каждый вечер перед отходом ко сну, отмечая галочкой [Ö] клетки (1) в вертикальной колонке. Эти данные представляют собой сжатую информацию о любой (ых) ГБ, если она (и) возникла (и) в этот день. Если ГБ в этот день у Вас не было, ответьте только на Вопросы 2 и 15. Если Вы завершили заполнение одной страницы дневника, пожалуйста, продолжайте на следующей странице (прилагаются несколько копий).

Ниже приведены инструкции по ответам на вопросы.

1. Укажите только число (например, 12); месяц и год указывать не нужно.
2. Отмечайте «Да» или «Нет» в клетках напротив всех вопросов, или сразу переходите к Вопросу 15 (если ГБ в этот день не было).
3. Укажите время (час в 24-часовом формате), когда Вы впервые заметили появление ГБ. Если Вы проснулись уже с головной болью, укажите время пробуждения. (Если утренняя ГБ является продолжением вечерней, поставьте в колонке знак Х).
4. Укажите время (час и минуты в 24-часовом формате), когда головная боль полностью прекратилась. Если в этот день перед отходом ко сну ГБ еще сохранялась, оставьте клетку не заполненной. Если ГБ утром отсутствовала, укажите время отхода ко сну. Если ГБ утром сохранялась, поставьте Х в графе этого дня, а также Х в графе Вопроса 3 в следующей колонке. Продолжайте Ваши записи на следующий день обычным образом.
5. У некоторых людей в пределах 1 часа до начала ГБ отмечаются определенные зрительные нарушения. Это могут быть вспышки света, светящиеся зигзагообразные линии, «слепые» пятна или «черные дыры», присутствующие даже при закрывании глаз. Отметьте «Да», если у Вас отмечалось нечто подобное, или «Нет», если такие явления не возникали. Если Вас просто раздражал свет (см. Вопрос 12) и ничего более, отметьте «Нет».
6. Отметьте клетку, соответствующую локализации ГБ (преимущественно с одной стороны головы или с обеих сторон.
7. Хотя существует множество описаний характера ГБ, большинство ГБ являются либо «пульсирующими» (боль усиливается в такт с биением сердца) или «сжимающими» (по типу «обруча» или «каски»). Отметьте ту характеристику, которая в большей степени отражает тип Вашей ГБ.
8. Некоторые виды ГБ усиливаются даже от незначительной физической нагрузки (например, при подъеме по лестнице) или вынуждают человека избегать такой активности. Отметьте «Да», если это относится к Вашей ГБ, и «Нет», если это для Вас не характерно.
9. Интенсивность (сила) ГБ – важная составляющая диагноза. Оцените силу Вашей ГБ, отметив соответствующую клетку, если: «незначительная» ГБ это – ГБ, которая не нарушает выполнение обычных видов деятельности (т.е. Вашу работоспособность и обычную активность), «сильная» - затрудняет, но полностью не препятствует обычным видам деятельности, наконец, «очень сильная» боль – ГБ, которая полностью нарушает Вашу обычную активность. Постарайтесь оценить

интенсивность ГБ в течение дня в целом. Например, если боль была незначительной в первой половине дня, а затем стала очень сильной, отметьте клетку «сильная». Если же боль на протяжении почти всего дня была очень интенсивной, отметьте «очень сильная».

0. Отметьте «Нет», если в течение дня у Вас совсем не было тошноты. Если отмечалась легкая тошнота, которая Вас почти не беспокоила, не вызывала отрыжки и позывов на рвоту, отметьте «незначительная», в случае более выраженной тошноты – «заметная».
1. Отметьте «Да» или «Нет». Отрыжка и позыв на рвоту не считается рвотой.
2. Вопрос касается обычного дневного или комнатного света, а не очень яркого света. Отметьте «Да», если обычный свет раздражал Вас или Вы пытались избежать его, путем затемнения комнаты или ношения темных очков. В противном случае отметьте «Нет».
3. Вопрос касается обычного шума, а не очень громких звуков. Отметьте «Да», если шум раздражал Вас или Вы пытались избежать его, путем уединения в тихой комнате. В противном случае отметьте «Нет».
4. Перечислите, пожалуйста, любые причины (факторы) которые, по Вашему мнению, могли вызвать ГБ. Возможно, Вы что-то съели, выпили, сделали (например, пропустили обед, провели бессонную ночь, работали физически) или были др. причины (перемена погоды, стресс, месячные).
5. Перечислите названия любых препаратов (таблетки, свечи, инъекции, назальные спреи), которые Вы принимали от головной или любой другой боли. Для каждого препарата укажите количество принятых доз, а также время приема (часы в 24-часовом формате) каждого из препаратов. Не указывайте препараты, принятые Вами по другим показаниям.

Ф.И.О: _____ Дата рождения (д/м/г) _____

Начало заполнения дневника: _____ Окончание заполнения дневника_____

Перед заполнением дневника внимательно прочитайте инструкцию! Заполняйте одну колонку каждый вечер, отмечая подходящие квадратики.

Дата (день недели и число месяца)	**пнд** _____	**вт** _____	**ср** _____	**чет** _____	**птн** _____	**сбб** _____	**вс** _____	**пнд** ____
Была ли у Вас сегодня ГБ? (Если нет, сразу переходите к вопросу №15)	**Нет** **Да**	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Если да, когда Вы впервые ее заметили? (ч:мин)								
Когда Ваша ГБ прекратилась? (ч:мин)								

В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения (вспышки света, линии-зигзаги, слепые пятна, др.)?	**Нет** **Да:**	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Где отмечалась ГБ?	**С одной стороны** **С обеих сторон**	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Характер ГБ	**Пульсирующая:** **Сжимающая:**	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Ухудшалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?	**Нет** **Да:**	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)	**Незначительная** **Сильная** **Очень сильная**	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
Была ли у Вас тошнота?	**Нет** **Незначительная:** **Заметная:**	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
Была ли у Вас рвота?	**Нет** **Да**	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Вас раздражал свет?	**Нет** **Да**	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Вас раздражал звук?	**Нет** **Да**	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?	**Если Да, уточните**							
Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли **Для каждого препарата укажите:** **А) название** **Б) принятая доза** **В) время приема**								

Пожалуйста, удостоверьтесь, что Вы заполнили все колонки!

Приложение Г1-ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях