

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	6
Глава 1. Определение, эпидемиология и бремя мигрени	9
Глава 2. Патофизиология	11
Глава 3. Классификация	13
3.1. Альтернативные формы мигрени из Приложения к классификации	14
3.1.1. Понятия эпизодической и частой эпизодической мигрени	15
Глава 4. Общая клиническая характеристика мигрени	16
4.1. Провоцирующие факторы	17
4.2. Коморбидные нарушения	18
4.3. Мигрень и лекарственный абюз	19
Глава 5. Диагностические критерии и характеристика отдельных форм мигрени	23
5.1. Мигрень без ауры и с аурой	23
5.2. Хроническая мигрень	27
5.2.1. Факторы хронизации	28
5.2.2. Особенности диагностики хронической мигрени	30
5.2.3. Понятия резистентной и рефрактерной мигрени	34
5.3. Осложнения мигрени	37
5.4. Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью	39
Глава 6. Диагностика	43
6.1. Клиническое интервью и дневник головной боли	44
6.1.1. Дневник головной боли	54
6.2. Объективный осмотр	55
6.3. Дополнительные исследования	56
6.4. Диагностический алгоритм	58

6.5. Формулировка диагноза	59
6.5.1. Примеры клинических заключений пациентов	60
6.6. Ошибки диагностики.	65
Глава 7. Дифференциальная диагностика	68
7.1. Дифференциальная диагностика мигрени с головной болью напряжения и лекарственно-индуцированной головной болью	70
7.2. Дифференциальная диагностика мигрени с другими цефалгиями.	72
Глава 8. Лечение	74
8.1. Поведенческая терапия.	75
8.2. Купирование приступа мигрени.	76
8.2.1. Лечение мигренозного статуса.	80
8.3. Профилактическое лечение	81
8.3.1. Средства первого выбора	83
8.3.2. Средства второго выбора	95
8.4. Немедикаментозное лечение.	101
8.4.1. Нейростимуляция	102
Глава 9. Прогноз	104
Глава 10. Порядок оказания медицинской помощи пациентам с мигренью	105
Приложение 1. Интерактивный дневник головной боли «Мигребот» (примеры переписки пациента с «Мигреботом»).	106
Приложение 2. Информация для пациента с мигренью.	107
Список литературы	115

ГЛАВА 1

Определение, эпидемиология и бремя мигрени

Мигрень (М) — первичная форма головной боли (ГБ), проявляющаяся повторяющимися приступами интенсивной односторонней ГБ, а также различным сочетанием неврологических, желудочно-кишечных и вегетативных проявлений.

Распространенность М в мире в среднем составляет 18% среди женщин и 8% среди мужчин, с пиком в возрасте 25–55 лет (Rasmussen В.К., Jensen R. et al., 1991; Tepper S.J., Dahlöf С.Г., Dowson A. et al., 2004). По данным российского популяционного исследования, распространенность М в РФ за один год составила 20,8%, что существенно превышает мировые показатели (Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A. et al., 2012). В исследовании, проведенном в Уральском регионе в трех социальных группах, распространенность М в течение года составила 15,9% (13,5% для М без ауры и 2,4% для М с аурой) (Лебедева Е.Р., Кобзева Н.Р. и др., 2015).

Обычно М впервые проявляется в возрасте от 10 до 20 лет, в 30–45 лет частота и интенсивность приступов достигает максимума, после 55–60 М, как правило, прекращается. У некоторых пациентов типичные приступы сохраняются и после 50 лет (Rasmussen В.К., Jensen R., Schroll M., Olesen J., 1991; Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A. et al., 2012; Снопкова Е.В., Осипова В.В., 2015).

С учетом широкой распространенности М занимает второе место среди всех неврологических заболеваний по нарушению повседневной активности пациентов и медико-социальному бремени для системы здравоохранения. Только в США средние годовые финансовые затраты, связанные с М, оцениваются в 29 млрд долларов, что выше, чем при таких распространенных заболеваниях, как тревожные расстройства, депрессия, бронхиальная астма, эпилепсия и инсульт (Табеева Г.Р.,

2018). Затраты, связанные с М, в Российской Федерации составляют около 1 трлн руб. в год и в основном определяются непрямыми затратами вследствие снижения производительности труда и временной нетрудоспособности (Глембоцкая Г.Т., Козуб О., 2013; Филатова Е.Г., Осипова В.В., Табеева Г.Р. и др., 2020).

ГЛАВА 2

Патофизиология

Мигрень является хроническим нейроваскулярным заболеванием с наследственной предрасположенностью. Основное звено патогенеза — периодическое развитие периваскулярного нейрогенного воспаления мозговых сосудов, в первую очередь сосудов твердой мозговой оболочки (Амелин А.В., Соколов А.Ю., Ваганова Ю.С., 2023). Показано, что для пациентов с М характерна повышенная возбудимость нейронов коры головного мозга и тригемино-васкулярной системы (Амелин А.В., Игнатов Ю.Д. и др., 2011; Табеева Г.Р., Яхно Н.Н., 2011; Азимова Ю.Э., Амелин А.В., Алферова В.В. и др., 2022; Silberstein S.D., Lipton R.B., Goadsby P.J., 2002; Evans R.W., 2009). При воздействии эндогенных и экзогенных мигренозных триггеров возбудимость тригеминальной системы, гипоталамуса, корковых и некоторых других структур головного мозга усиливается, возникает активация тригеминального ганглия, сенсорного спинномозгового ядра тройничного нерва и волокон тройничного нерва, иннервирующих сосуды твердой мозговой оболочки — тригемино-васкулярных волокон.

Активация тригемино-васкулярной системы сопровождается выбросом из тригемино-васкулярных окончаний болевых провоспалительных пептидов-вазодилататоров [в первую очередь, *кальцитонин-генеродственного пептида (CGRP)*], а также нейрокинина А и субстанции Р (Скоробогатых К.В., Табеева Г.Р., 2010). Возникающие затем вазодилатация и нейрогенное воспаление приводят к активации болевых рецепторов в стенке сосудов твердой мозговой оболочки. Болевые импульсы поступают в сенсорную кору головного мозга, и таким образом формируется ощущение пульсирующей ГБ. Сохраняющаяся гипервозбудимость тригемино-васкулярной системы, центральных ноцицептивных структур и истощение противоболевой системы постепенно приводят к формированию перманентной гиперчувствительности (сенситизации)

болевых структур, что способствует учащению приступов ГБ и в конечном счете к хронизации М (Сергеев А.В., Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. и др., 2010; Ailani J., Burch R.C., Robbins M.C., 2021).

Механизм мигренозной ауры связывают с возникновением и распространением в направлении от зрительной коры к соматосенсорной и лобно-височной областям головного мозга волны деполяризации (возбуждения) нейронов — распространяющаяся корковая депрессия (Табеева Г.Р., 2018; Амелин А.В., Соколов А.Ю., Ваганова Ю.С., 2023). Скорость и топография распространяющейся корковой депрессии определяют темп, характер и последовательность симптомов мигренозной ауры.

ГЛАВА 3

Классификация

В соответствии с последней версией Международной классификации расстройств, сопровождающихся головной и лицевой болью (*Международная классификация головной боли, МКГБ-3 бета, 2013*)¹, мигрень относится к первичным (доброкачественным) цефалгиям, которые не связаны с органическим поражением головного мозга, мозговых сосудов и других структур, расположенных в области головы и шеи. В МКГБ-3 выделяют три основные формы мигрени — М без ауры, М с аурой, хроническую мигрень (ХМ); а также осложнения М, возможную М и эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с М (*The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018. Vol. 38. N. 1. P. 1–211*).

Классификация мигрени Международной классификации головной боли — 3, 2018 г.

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

1.2.3.1.1. Семейная гемиплегическая мигрень 1-го типа

1.2.3.1.2. Семейная гемиплегическая мигрень 2-го типа

¹ С полной версией МКГБ-3 можно ознакомиться на сайтах Университетской клиники головной боли (www.headache.ru), Российского общества по изучению боли (РОИБ, www.painrussia.ru), Ассоциации междисциплинарной медицины (www.intermeda.ru). Оригинальная англоязычная версия размещена на сайте Международного общества головной боли (IHS, www.ihs-headache.org).

- 1.2.3.1.3. Семейная гемиплегическая мигрень 3-го типа
- 1.2.3.1.4. Семейная гемиплегическая мигрень (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 тортиколиз

3.1. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ФОРМЫ МИГРЕНИ ИЗ ПРИЛОЖЕНИЯ К КЛАССИФИКАЦИИ

Представляет интерес Приложение к МКГБ-3. В нем обозначены *дополнительные клинические разновидности цефалгий, которые не попали в основной текст классификации, но могут иметь клиническое значение.* В табл. 3.1 приведена дополнительная классификация М из Приложения. Диагностические критерии и краткая характеристика этих форм приведены ниже в разделе «Диагностические критерии и характеристика отдельных форм мигрени».

Таблица 3.1. Альтернативные формы мигрени (Приложение к Международной классификации головной боли – 3, 2018)

Код МКГБ-3	Формы мигрени
A.1.1.	Мигрень без ауры
A.1.1.1.	Истинная менструальная мигрень без ауры
A.1.1.2.	Мигрень без ауры, связанная с менструацией
A.1.1.3.	Неменструальная мигрень без ауры

Код МКГБ-3	Формы мигрени
A.1.2.	Мигрень с аурой
A.1.2.0.1.	Истинная менструальная мигрень с типичной аурой
A.1.2.0.2.	Мигрень с аурой, связанная с менструацией
A.1.2.0.3.	Неменструальная мигрень с аурой Хроническая мигрень
A.1.3.	(альтернативные критерии)
A.1.3.1.	Хроническая мигрень с безболевыми периодами
A.1.3.2.	Хроническая мигрень с непрерывной болью
A.1.4.	Осложнения мигрени
A.1.4.5.	Статус мигренозной ауры
A.1.4.6.	Визуальный снег
A.1.6.	Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью
A.1.6.4.	Инфантильные колики
A.1.6.5.	Альтернирующая гемиплегия детского возраста
A.1.6.6	Вестибулярная мигрень

3.1.1. Понятия эпизодической и частой эпизодической мигрени

В практике специалистов по диагностике и лечению головной боли (цефалологов) в мире и в РФ по аналогии с рубрикацией головной боли напряжения (ГБН) используется понятие «*эпизодическая мигрень (ЭМ)*» (episodic migraine). Также с целью выделения пограничной между ЭМ и ХМ категории пациентов используется понятие «*частая эпизодическая мигрень (ЧЭМ)*». Такая градация имеет большое практическое значение, поскольку пациенты с ЧЭМ, когда число дней составляет от 10 до 14 в месяц, представляют собой группу риска по формированию ХМ и требуют особого внимания цефалолога. Понятия ЭМ и ЧЭМ не включены в МКГБ-3 и пока используются исключительно в практической деятельности (Азимова Ю.Э., Амелин А.В., Алферова В.В. и др., 2022).