

Мигрень

[Руководства АЛГОМ](#)

07.02.2013 Последнее изменение 17.01.2018

Авторы:

Маркус Фярккиля

Под редакцией:

доцента кафедры фундаментальной и клинической фармакологии
Института фундаментальной медицины и биологии Казанского
(Приволжского) федерального университета, врача-невролога высшей
категории, к.м.н. Т.Р. Абакумовой

[Главное](#)

[Определение и эпидемиология](#)

[Симптомы](#)

[Диагностика](#)

[Лечение мигренозного приступа](#)

[Профилактическое лечение](#)

[Прогноз](#)

[Дополнительные ресурсы](#)

Главное

- При лечении приступов мигрени легкой степени выраженности применяют парацетамол, ацетилсалициловую кислоту (аспирин) или НПВС (нестероидные противовоспалительные средства) в качестве монотерапии или в комбинации с метоклопрамидом
- Тяжелые или снижающие трудоспособность приступы мигрени должны купироваться триптанами сразу, а не после того, как принятый в начале атаки НПВС оказался неэффективным.

Определение и эпидемиология

- Мигрень - это пароксизмальное состояние, патогенетический механизм которого до конца не ясен. Определенную роль в возникновении мигрени играют наследственные факторы.
- Средняя распространенность мигрени среди населения составляет 10%, у мужчин 5% и у женщин-15%. Встречается, главным образом, у лиц трудоспособного возраста.
- Мигренозные атаки можно классифицировать как мигрень с аурой (15%), когда приступу предшествуют продромальные симптомы (зрительные и другие неврологические нарушения), которые возникают до головной боли, и без ауры (85%), когда приступ начинается сразу с головной боли.
- Возникновению приступа мигрени способствуют следующие факторы: нарушение ритма сна, гипогликемия и стрессовая ситуация. Влияние пищевых факторов, за исключением алкоголя, существенно варьируется.
- У женщин менструальный цикл способен спровоцировать приступ мигрени (так называемая катамениальная (менструальная) мигрень, т.е. приступы мигрени, возникают одновременно с менструацией).

Симптомы

- Продромальные симптомы развиваются за 24 часа до приступа: навязчивая зевота, желание съесть сладкое (пищевые пристрастия), усталость и перепады настроения.
- Симптомы ауры: усиление зрительных нарушений, мерцательные скотомы, зигзагообразные линии (перед глазами), расстройство чувствительности и речи, парестезия. Длительность симптомов ауры составляет 5--60 минут.
- В конце ауры или после исчезновения ее симптомов возникает пульсирующая односторонняя, интенсивная или умеренная головная боль, которая сопровождается тошнотой и рвотой.
- Приступы мигрени без ауры начинаются сразу с головной боли.
- Мигренозная аура может быть и без головной боли («обезглавленная» мигрень) (NB: дифференциальная диагностика!).
- Приступ сопровождается вегетативными нарушениями, бледностью кожи, снижением моторики кишечника и т.д.

Диагностика

- Базируется на основании анамнеза и нормального неврологического статуса в межприступном периоде.
- У взрослых пациентов с классической мигренью при нормальном неврологическом статусе методы нейровизуализации не выявляют никакой патологии [В](#).

Диагностические критерии мигрени с аурой (Международная классификация головной боли 2-пересмотра (ICHD-2), 2005 г)

- У пациента должно быть не менее двух приступов головной боли, которые сопровождаются следующими симптомами:
 - Аура (симптом)
 - Продолжительность (одного) симптома ауры более 4 минут или двух (и более симптомов) ауры, развивающихся последовательно
 - (Мигренозная) головная боль следует за аурой в течение 60 минут.
- Головная боль удовлетворяет критериям для мигрени без ауры.

Диагностические критерии мигрени без ауры (Международная классификация головной боли, второй пересмотр (ICHD-2), 2005)

- Наличие в анамнезе не менее пяти приступов головной боли продолжительностью 4-72 часов при наличии не менее двух критериев из группы А и одного критерия из группы В.
 - А. Симптомы.
 - Пульсирующая головная боль
 - Односторонняя головная боль.
 - Умеренная или интенсивная головная боль нарушает повседневную деятельность.
 - Физическая активность усиливает головную боль.
 - В. Симптомы во время приступа

- Тошнота и/или рвота
- Фото- и/или фонофобия

Дифференциальная диагностика

- Головная боль напряжения (нет продромального периода, боль двусторонняя, сжимающего характера, эффективны физические упражнения [для снятия напряжения мышц головы и шеи]) [1](#)
- Кластерная головная боль (аура не типична, нет тошноты, боль локализуется вокруг глаза, слезотечение и ринорея на стороне боли; боль не продолжительная, но вызывает мучительные страдания) [2](#)
- Субарахноидальное кровоизлияние (внезапное начало, может сопровождаться угнетением сознания) [3](#)
- Транзиторная ишемическая атака (ТИА; выпадение полей зрения, отсутствие ярких зрительных ощущений, нет последующей головной боли)(примечание: из общемозговых симптомов при ТИА возможны и головная боль, и головокружение и др..) [4](#)
- Острая глаукома [5](#)
- Менингит (лихорадка, ригидность затылочных мышц, угнетение сознания) [6](#)
- Симптомы мигренозной ауры могут быть сходны с проявлениями височной эпилепсии.

Лечение мигренозного приступа

- Отдых в тихой темной комнате
- Во время приступа мигрени препараты лучше абсорбируются в виде ректальных свечей, назального спрея, шипучих таблеток или порошков.
- Metoclopramidum (Метоклопрамид) в сочетании с противомигренозными препаратами увеличивает их абсорбцию.

Нестероидные противовоспалительные препараты

- Acidum acetylsalicylicum (Ацетилсалициловая кислота) (аспирин)1000 мг [A](#) или Paracetamolum (парацетамол) 1000 мг [A](#) либо каждый препарат в отдельности, либо в сочетании с metoclopramidum (метоклопрамидом) по10-20 мг (внутрь)
- Другие пероральные нестероидные противовоспалительные препараты
 - Diclophenacum (Диклофенак) 50 мг (50-100 мг) (см. Клинические рекомендации по лечению мигрени (Москва,2015) (<http://fliphtml5.com/xxaa/zdic/basic>). [B](#)
 - Ketoprophenum (Кетопрофен) 50-100 мг.
 - Naproxenum (Напроксен) 500-1000 мг [A](#)
 - Ibuprofen (Ибупрофен) [A](#) 800 мг и т.д. (200-800 мг) Клинические рекомендации по лечению мигрени (Москва,2015) (<http://fliphtml5.com/xxaa/zdic/basic>)

Триптаны

- Триптаны — препараты выбора для купирования тяжелых и лишающих работоспособности мигренозных приступов [A](#).
 - Almotriptan (Алмотриптан) 12,5 мг внутрь (не включен в Клинические рекомендации по лечению мигрени)(Москва,2015)

(<http://fliphtml5.com/xxaa/zdic/basic>).

- Eletriptanum (Элетриптан) 1 40-80 мг внутрь (40 мг внутрь - Клинические рекомендации по лечению мигрени (Москва,2015))
- Frovatriptanum (Фроватриптан) 2,5 мг внутрь (не включен в Клинические рекомендации)(Москва,2015) 5
- Naratriptanum (Наратриптан) A 2,5-5 мг внутрь (2, 5 мг внутрь - Клинические рекомендации по лечению мигрени (Москва,2015))
- Rizatriptan (Ризатриптан) (не включен в Клинические рекомендации) (Москва,2015) 2 5-10 мг внутрь
- Sumatriptanum (Суматриптан) 50-100 мг внутрь A, 25 мг в виде (ректальных) суппозиторий C, 6 мг подкожно (такая лекарственная форма не зарегистрирована в РФ, ГРЛС) B, 20 мг интраназально (назальный спрей) B
- Zolmitriptanum (золмитриптан) A 2,5-5 мг внутрь, 5 мг интраназально (2,5 мг только в виде таблеток-Клинические рекомендации по лечению мигрени (Москва,2015))
- Триптанов принимают после окончания ауры, в момент появления головной боли.
- Прежде, чем сделать окончательный вывод о неэффективности триптанов, следует попробовать не менее 3 препаратов этой группы.
- Триптанов не применяются (противопоказаны) при гемиплегической, базилярной и офтальмоплегической мигренях.
- Триптанов нельзя использовать чаще трех дней в неделю; в противном случае возрастает риск развития лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ).
- При тяжелом приступе целесообразно комбинировать триптанов с НПВС, которые совместно дают больший эффект A.
- Противопоказания к использованию триптанов
 - Ишемическая болезнь сердца, стенокардия Принцметала, недавно перенесенная транзиторная ишемическая атака, субарахноидальное кровоизлияние, инсульт, тяжелая артериальная гипертензия на фоне отсутствия терапии или по ряду других причин, тяжелая почечная недостаточность.

Другие лекарственные препараты

- Diazepamum (Диазепам) 2-10 мг внутрь/ректально (не включен в Клинические рекомендации по лечению мигрени (Москва,2015))

Лечение при беременности и кормлении грудью

- Прием Paracetamolum (парацетамола) разрешен на всех сроках беременности Ibuprofen (Ибупрофен) и naproxenum (напроксен) можно принимать на ранних сроках беременности
- Триптанов и ergotaminum (эрготамин) противопоказаны. В зарубежной практики эпизодическое (менее 4 раз) применение sumatriptanum (суматриптана) на ранних сроках беременности, вероятно не оказывает токсического действия на плод. В РФ противопоказан к применению при беременности- В грудное молоко sumatriptanum (суматриптан) проникает в небольшой концентрации; терапевтические дозы не должны оказывать вредного воздействия на ребенка.

Профилактическое лечение

- Соблюдение режима сна и режима питания, устранение преципитирующих факторов (например, прием алкоголя).
- Оценка образа жизни пациента и условия его работы: есть ли провоцирующие факторы мигрени в повседневной жизни или на рабочем месте, и можно ли их устранить?
- Регулярные физические упражнения (гимнастика) снижают частоту приступов мигрени.
- Профилактическое лечение показано при четырех или более приступах в месяц.
- Бета-блокаторы
 - Propranololum (Пропранолол) 20-40 мг 2-3 р/день, 160 мг 1 р/день
 - Metoprololum (Метопролол) 50 -200 мг/сут
 - Противопоказания: бронхиальная астма, брадикардия, низкое артериальное давление
- Candesartan (Кандесартан) 16 мг 1 р/сут
- Amitriptylinum (Амитриптилин) 10-25 мг/сут или Nortriptylin (нортриптилин) 25-50 мг/сут, особенно при сочетании с головной болью напряжения.
- Topiramatum (Топирамат) 50 мг 2 р/сут, увеличение дозы с осторожностью. [А](#)
- Acidum valproicum (Вальпроевая кислота) [В](#) 300-500 мг 2-3 р/сут.(см. также последующее лечение эпилепсии [7](#))
- У Gabapentinum (габапентина) не была установлена эффективность для профилактики (эпизодической) мигрени, и нет никаких опубликованных данных (из контролируемых исследований) pregabalin (прегабалина) для профилактики (эпизодической) мигрени (у взрослых). [А](#).
- Иногда для достижения желаемого эффекта необходимы комбинации нескольких профилактических препаратов.
- Продолжительность профилактического лечения подбирают индивидуально. Иногда достаточно несколько месяцев, а иногда требуется несколько лет. Необходим контроль состояния больного, получающего профилактическое лечение, например, рекомендуется вести дневник головной боли.
- Целесообразно комбинировать лекарственную терапию с немедикаментозными методами лечения.
 - Упражнения
 - Физиотерапия
 - Акупунктура [В](#)
 - Релаксация (например, йога, пилатес)

Лечение хронической ежедневной головной боли

- Лечение хронической ежедневной головной боли, которая часто является сочетанием хронической мигрени и головной боли, связанной с злоупотреблением лекарственными препаратами, включает отмену применяемых обезболивающих лекарств и профилактических мероприятий, иногда в сочетании с амитриптилином.

Прогноз

- Мигрень часто начинается в школьном возрасте, и после завершения

- пубертатного периода тяжесть приступов может снизиться.
- У женщин, страдающих мигренью, во время беременности отмечают значительное снижение частоты приступов, а с наступлением менопаузы (у большинства) приступы мигрени обычно прекращаются .
 - При мигрени с аурой необходимо отказаться от курения [8](#) и избегать использования комбинированных оральных контрацептивов из-за риска нарушений мозгового кровообращения.

Дополнительные ресурсы

- Всероссийское общество неврологов. Клинические рекомендациях по лечению мигрени [1](#)
- Кокрейновские обзоры [1](#)
- Другие резюме доказательств [1](#)
- Дополнительная литература [1](#)
- Färkkilä M, Kallela M. Frovatriptan review. Expert Opin Pharmacother 2007 Dec;8(17):3029-33.
- Treatment of Migraine Headaches with Sumatriptan in Pregnancy. Michelle L Hilaire, L Brian Cross, Samantha F Eichner. First Published October 1, 2004

Под редакцией: доцента кафедры фундаментальной и клинической фармакологии Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета, врача-невролога высшей категории, к.м.н. Т.Р. Абакумовой

Предыдущие авторы: Кари Murgos

Последний пересмотр и обновление 07.02.2013 Последнее изменение 17.01.2018

Идентификатор статьи: ebr00792 (036.042)

© Duodecim Medical Publications Ltd, MediAxel OY, ООО АЛГОМ