

# ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МИГРЕНИ

*О. В. Курушина, О. А. Лисина*

**Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики ВолгГМУ**

Головная боль – самая частая жалоба, с которой пациенты обращаются к специалисту. Согласно Международной классификации головных болей, в которую входят более 300 видов, все головные боли разделяются на две группы: первичные и вторичные.

По данным D. Valade A. Ductors (2011), частота вызовов скорой медицинской помощи с жалобой на приступ головной боли составляет от 3 до 16 процентов, из них первичные головные боли составляют от 30 до 80 процентов, вторичные – от 20 до 70 процентов.

Первичные головные боли являются следствием идиопатических расстройств вазомоторной и нервной регуляции при отсутствии анатомических изменений краниальных структур. Это самостоятельные нозологические формы, в которых головная боль – это первичная и основная жалоба. Ядром клинической картины в этом случае является сама цефалгия и сопровождающие ее симптомы. Такие боли составляют 90 % от всех случаев цефалгии.

В группе первичных болей около 20 диагнозов, но наиболее часто встречается один из двух: мигрень или головная боль напряжения. Вторичные или симптоматические головные боли, причиной которых являются какие-либо специфические заболевания, возникают вследствие поражения краниальных структур (черепно-мозговая травма, сосудистая патология мозга, опухоли и инфекции головного мозга). В этом случае в клинической картине головная боль является симптомом основного заболевания. Вариантов вторичных болей много, но статистически они встречаются редко – примерно в 10 % случаев.

Главная задача врача при работе с пациентом с приступом острой головной боли – это верифицировать тип головной боли. Главным инструментом в дифференциальной диагностики первичной или вторичной головной боли является опрос и осмотр пациента.

На первом этапе при опросе пациента главная задача – исключение вторичных причин развития цефалгии, а именно определение «красных флагов». К ним относятся [2]:

- громкоподобная головная боль – высокоинтенсивная головная боль с взрывоподобным или внезапным началом, то есть пик боли нарастает за несколько секунд или минут и может достигать 9–10 баллов по ВАШ;
- возникновение головной боли впервые после 50 лет;
- присутствие фокальных или очаговых неврологических знаков;
- наличие изменений в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти);
- боль провоцируется кашлем, чиханием, натуживанием или усиливается при физической нагрузке или перемене положения тела;
- нарастающая головная боль, которая усиливается в течение нескольких недель и более;
- головные боли у пациентов с онкологическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе;
- атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/или продолжительностью >1 часа).

Обращаем ваше внимание, что острая, впервые появившаяся головная боль или внезапное изменение характера хронической боли – сигнал опасности, свидетельствующий о возможном угрожающем жизни заболевании. По данным D. Valade A. Ductors (2011), к основным причинам острой головной боли в неотложной практике относятся:

1) сосудистые (субарахноидальное кровоизлияние, аневризмы, диссекции сосудов головного мозга; внутримозговое кровоизлияние

в сочетании с травмой; синдром обратимой церебральной вазоконстрикции; тромбоз венозных синусов; синдром обратимой задней лейкоэнцефалопатии; гипертонический криз, височный артериит);

2) опухоли [опухоль гипофиза (апоплексия); коллоидная киста третьего желудочка и другие объемные образования, в том числе кровоизлияния в опухоль];

3) инфекции (менингит, энцефалит, абсцесс, синусит, орбитосфеноидальный аспергиллез);

4) офтальмологические (глаукома);

5) ликвородинамические (идиопатическая внутричерепная гипо- / гипертензия);

6) другие (интоксикация углекислородом, анемия или горная болезнь).

Головная боль, возникшая при этих состояниях, требует экстренной госпитализации пациента и проведения инструментальных методов диагностики (компьютерная томография, мультиспиральная компьютерная томография, люмбальная пункция с анализом спинномозговой жидкости, магнитнорезонансная томография и другие). Если у пациента имеются симптомы – «красные флаги», но магнитно-резонансная томография и другая диагностика не выявила патологических изменений, то пациента следует вести как страдающего первичной формой головной боли, однако проводить динамическое наблюдение.

Среди первичных головных болей мигрень занимает второе место по распространенности в популяции. В России частота встречаемости мигрени составляет около 20,8 % [6]. Интенсивность болевого синдрома при мигрени может быть более 7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ). Головные боли, напоминающие по интенсивности и остроте мигрень, могут отмечаться при следующих заболеваниях: височный гигантоклеточный артериит; синдром обратимой церебральной вазоконстрикции, транзиторная ишемическая атака и инсульт [6]; диссекция (расслоение) артерий, аневризмы и артериовенозные мальформации; церебральный венозный тромбоз; опухоль головного мозга; субарахноидальное кровоизлияние. Но стоит отметить, что в отличие от типичной мигрени, как первичной формы головной боли, вышеупомянутые заболевания и синдромы все-

гда проявляются соответствующими органическими симптомами неврологического дефицита или другими «красными флагами», не характерными для мигрени. Для развития приступа мигрени, как правило, характерно наличие провоцирующих факторов экзо- и эндогенного характера. К наиболее частым триггерам мигрени относятся [5]:

- 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, копчености, 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.

Согласно МКГБ-3 выделяют две основные формы мигрени: наиболее частая – мигрень без ауры – до 80 % случаев, и мигрень с аурой – до 20 % случаев. Основным клиническим проявлением мигрени без ауры является болевой приступ, при мигрени с аурой болевой фазе предшествует стадия ауры. В ходе опроса пациента необходимо обратить внимание на клинические характеристики типичные для мигрени.

Согласно МКГБ-3, диагностические критерии мигрени без ауры:

А. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В–D.

В. Продолжительность приступов 4–72 часа (без лечения или при неэффективном лечении).

С. ГБ имеет как минимум 2 из следующих характеристик:

- 1) односторонняя локализация;
- 2) пульсирующий характер;
- 3) интенсивность боли от средней до тяжелой;
- 4) ГБ ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба, подъем по лестнице).

D. ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:

- 1) тошнота и/или рвота;
- 2) фотофобия и фонофобия.

Диагностические критерии мигрени с аурой:

A. По крайней мере две атаки, удовлетворяющие критериям B и C.

B. Один или нескольких из следующих полностью обратимых признаков ауры:

Аура – это комплекс неврологических симптомов, который обычно возникает перед головной болью, но может возникать после начала фазы головной боли или сменять ее:

- визуальная;
- сенсорная;
- речевая;
- двигательная;
- стволовая;
- ретинальная.

C. По крайней мере, три из следующих характеристик:

- по крайней мере, одна аура развивается постепенно, более 5 минут;
- два или более симптома ауры возникают последовательно;
- каждый симптом ауры длится 5–60 минут;
- по крайней мере, один симптом ауры является односторонним;
- аура сопровождается в течение 60 минут головной болью.

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.

Таким образом, мигрень клинически можно описать как повторяющиеся приступы головной боли средней или значительной интенсивности [более 7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ)] продолжительностью 4–72 часа; имеющие одностороннюю лобно-височную или теменную локализацию боли, пульсирующий характер, ухудшающиеся от обычной физической активности и имеющие сопровождающие симптомы: тошнота и/или рвота, фотофобия и фонофобия [1]. На основании вышеуказанных критериев существует экс-

пресс-тест диагностики мигрени – ID-мигрень, который основывается на трех вопросах:

1. Сопровождается ли головная боль тошнотой или рвотой?
2. Сопровождается ли головная боль непереносимостью света и звуков?
3. Ограничивала ли головная боль Вашу работоспособность, учебу или повседневные дела как минимум на один день?

При этом, если пациент отвечает на эти вопросы положительно два и более раз, то вероятность того, что у пациента именно мигрень достигает 93 %. Чувствительность этой анкеты достаточно высока – 81 % пациентов с мигренью может быть продиагностирован с помощью анкеты. При этом ее специфичность, т. е. возможность исключить мигрень при отрицательном результате – 75 %. В клинической практике 93 % пациентов с мигренью утвердительно ответили на два из трех вопросов в отношении наличия тошноты и/или рвоты; непереносимости света или звуков, а также ограничения работоспособности или повседневной активности как минимум на 1 день [9]. Течение мигрени может осложняться развитием мигренозного статуса, персистирующая аура без инфаркта, мигренозно-гоинфаркта (инсульта) и эпилептического припадка, вызванный мигренозной аурой [8].

Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой (мигралепсия) – эпилептический приступ, возникающий во время приступа мигрени с аурой или в течение 1 ч после него.

Мигренозный статус – приступ мигрени, длящийся более 72 ч [возможны светлые промежутки длительностью несколько часов (без учета сна)].

Персистирующая аура без инфаркта – один или несколько симптомов ауры, персистирующие более одной недели, без радиграфических признаков инфаркта мозга; состояние требует проведения МРТ для дифференциальной диагностики с мигренозным инфарктом.

Мигренозный инфаркт (инсульт) – это осложнение приступа мигрени с аурой, т. е. сочетание одного или более симптомов мигренозной ауры с ишемическим повреждением мозга, подтвержденным нейровизуализационными методами исследованиями.

При выставлении диагноза «мигренозный инсульт» необходимо учитывать критерии:

А. Мигренозная атака соответствует критериям В и С.

В. Возникает у пациента с мигренью с аурой и типичным предыдущим приступом за исключением того, что один или более симптомов ауры продолжаются >60 минут.

С. Нейровизуализация показала наличие ишемического инфаркта в соответствующей зоне головного мозга.

Д. Не соответствует в большей степени другому диагнозу.

Истинный мигренозный инфаркт развивается на фоне типичного приступа мигрени с аурой, причем один или несколько симптомов ауры имеют продолжительность >60 мин. Мозговые инфаркты, не совпадающие по времени с приступом мигрени с аурой, не могут быть отнесены к мигренозным инфарктам.

Распространенность мигренозного инсульта в популяции достигает 1,4–3,4 на 100 тыс., что, по данным больших регистров инсультов, составляет 0,2–0,5 % всех случаев ишемического инсульта. Наиболее распространенным феноменом мигренозного инсульта является зрительная аура, которая является самым частым типом ауры, менее частыми симптомами являются сенсорные феномены и афазия. Это осложнение в основном поражает молодых женщин с мигренью с аурой в анамнезе. При этом 65–82 % случаев мигренозного инсульта происходят в заднем бассейне кровообращения, чаще – в мозжечке. Повторные эпизоды мигренозных инфарктов нехарактерны.

Неотложная помощь при мигрени включает в себя симптоматическую и специфическую терапию. Рекомендуется назначать медикаментозную терапию в зависимости от тяжести приступа и степени дезадаптации пациента, а именно при приступах средней тяжести, когда пациент не может выполнять привычную домашнюю и профессиональную деятельность и при тяжёлых приступах.

В последнем случае необходим постельный режим. В первую очередь необходимо обеспечить лечебно-охранительный режим для пациента. Придать горизонтальное положение с возвышенным положением верхней половины

туловища. На первом этапе к средствам, которые используются для купирования приступа, относятся нестероидные противовоспалительные препараты. Следует применять ацетилсалициловую кислоту 1 000 мг или ибупрофен 200–800 мг, или напроксен 500–1 000 мг, или диклофенак 50–100 мг, или ацетаминофен 1 000 мг – все с уровнем доказательности А. Не рекомендуются для купирования приступов мигрени: любые препараты на основе метамизола натрия (анальгина), опиоидные анальгетики, и комбинированные обезболивающие препараты, содержащие, помимо простого анальгетика, кофеин, кодеин, барбитураты [1].

При наличии тошноты, рвоты – метоклопрамид 10 мг в/м (в/в болюсом медленно). При наличии психомоторного возбуждения и рвоты: дроперидол – 1,25–2,5 мг в/в болюсом медленно. При выраженной невротизации пациента – диазепам 10 мг в/м (в/в болюсом медленно).

На втором этапе производится специфическая терапия, которая также направлена на купирование приступа мигрени [7]. Сегодня к основным лекарственным средствам для купирования приступов мигрени относятся триптаны. В РФ используются: элетриптан (таблетки 20 и 40 мг); наратриптан (таблетки 2,5 мг); суматриптан (таблетки 50 и 100 мг, суппозитории 25 мг, назальный спрей 20 мг); золмитриптан (таблетки 2,5 мг). Особенностью купирования приступа триптанами является [3, 4]:

1) ранний прием препарата (при мигрени с аурой – в конце фазы ауры или при начале головной боли, при мигрени без ауры – первые 30 минут головной боли);

2) триптаны возможно принимать для купирования приступа мигрени не более 10 дней в месяц на протяжении 3 месяцев;

3) специальный режим дозирования: первая доза – одна таблетка и прием второй дозы может быть эффективнее;

4) в случае рецидива болевой атаки в течение первых 48 часов необходим повторный прием триптанов;

5) индивидуальный подбор конкретного препарата и его формы выпуска в случае неэффективности купирования приступа;

6) для профилактики рецидивов возможен комбинированный прием триптана и нестероид-

ного противовоспалительного препарата при дебюте первой атаки, а через 6–12 часов после первого приема триптана, независимо от наличия головной боли, еще раз принять НПВП [5, 10]

Следует обратить внимание на противопоказания для использования триптанов в терапии мигрени:

- 1) ишемическая болезнь сердца;
- 2) цереброваскулярная патология и окклюзионные заболевания периферических сосудов;
- 3) неконтролируемая артериальная гипертензия;
- 4) множественные факторы риска цереброваскулярных заболеваний;
- 5) беременность и период лактации;
- 6) возраст до 18 и старше 65 лет;
- 7) одновременный прием препаратов эрготамина (сегодня он встречается только в составе комбинированных препаратов: номигрен, синкаптон, кофетамин) [3].

Следует отметить, что для купирования приступа мигрени возможно использовать эрготы – лекарственные средства, действующим компонентом которых является эрготамина тартрат.

Для достижения клинического эффекта необходимо применять дозу 1–2 мг. Применение производных эрготамина имеет уровень доказательности В [3, 4].

Неотложная помощь при мигренозном статусе не имеет существенных отличий при купировании приступов и включает:

Обеспечение лечебно-охранительного режима:

- 1) горизонтальное положение с возвышенным положением верхней половины туловища;

2) аспирин – 500 мг (в измельченном виде) перорально (сублингвально) или/и НПВС в/м (в/в болюсом медленно) или/и

3) катетеризация кубитальной или/и других периферических вен;

4) дексаметазон – 16 мг в/в капельно или/и магния сульфат – 2500 мг в/в капельно или инфузюмом, со скоростью 30 мг/кг/ч;

При наличии рвоты: метоклопрамид – 10 мг в/в болюсом медленно.

При наличии психомоторного возбуждения и рвоты: дроперидол – 1,25–2,5 мг в/в болюсом медленно. При выраженной невротизации пациента: диазепам – 10 мг в/м (в/в болюсом медленно).

Мигренозный статус является показанием для госпитализации пациента с целью динамического наблюдения и предотвращения развития мигренозного инсульта.

Согласно клиническим рекомендациям по оказанию скорой медицинской помощи при острой головной боли, чаще всего встречаются следующие ошибки при оказании помощи:

- применение сосудорасширяющих средств (никотиновая кислота, аминофиллин) – при мигрени (они могут провоцировать развитие нового приступа и ухудшать течение настоящего);
- введение дротаверина при любых типах головной боли;
- проведение медикаментозной терапии гипертоническими и гипертоническими солевыми растворами с целью профилактики отека головного мозга;
- применение гипотонических и глюкозо-содержащих растворов с целью восполнения объема и в качестве среды для внутривенных инфузий.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов / В. В. Осипова, Е. Г. Филатова, А. Р. Артеменко, [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2017. – Т. 117, № 1–2. – С. 28 – 42. – Текст : непосредственный.
2. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей / Т. Дж. Стайнер [и др.] ; пер. с англ. Ю. Э. Азимовой, В. В. Осиповой; науч. ред. В. В. Осиповой, Т. Г. Вознесенской, Г. Р. Табеевой. – Москва : ООО «ОГГИ. Рекламная продукция», 2010. – 56 с. – Текст : непосредственный.
3. Мигрень (патогенез, клиника, лечение) / А. В. Амелин [и др.]. – Москва : Медпресс-информ, 2011. – 265 с. – Текст : непосредственный.
4. **Осипова, В. В.** Диагностика и лечение мигрени в амбулаторной практике (клинические рекомендации для неврологов и врачей общей практики) / В. В. Осипова. – Москва : ИМА-ПРЕСС, 2016. – 36 с. – Текст : непосредственный.

5. Табеева, Г. Р. Мигрень / Г. Р. Табеева, Н. Н. Яхно. – Москва : ГЭотАР-Медиа, 2011. – 622 с. – Текст : непосредственный.
6. Цефалгии в остром периоде инсульта / Х. Ш. Ансаров, О. В. Курушина, А. Е. Барулин, Е. А. Куракова // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (46). – С. 84. – Текст : непосредственный.
7. Эффективность топирамата в превентивном лечении мигрени / В. В. Мирошникова, Я. Х. Бабушкин, О. В. Курушина, А. Е. Барулин // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (46). – С. 50. – Текст : непосредственный.
8. European principles of management of common headache disorders in primary care / T. J. Steiner [et al.] // J Headache Pain. – 2007. – Vol. 8, Suppl. 1. – P. 3 – 47. – Direct text.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) // Cephalalgia – 2013. – Vol. 33, № 9. – P. 629 – 808. – Direct text.
10. The Hedaches / J. Olesen [et al.]. – 3rd edition. – London : Lippincott Williams & Wilkins, 2006. – 1169 p. – Direct text.
11. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey / I. Ayzenberg [et al.] // Cephalalgia. – 2012. – Vol. 32, № 5. – P. 373 – 381. – Direct text.