

МИГРЕНЬ У ВЗРОСЛЫХ

Проф. Ахмадеева Л.Р.
www.ufaneuro.org





If you experience buffering whilst viewing this webcast, please click on the stream selection icon in the media play-bar above to select a lower resolution of the stream or [click here to test your system](#)



Migraine

A brain systems disorder with many manifestations

Epileptic migraine
Afidi *et al.* Arch Neurol 2006; 62: 1270-1275

After Goodaby et al. N Engl J Med 2002; 346: 257-270

Chronic migraine
Matharu *et al.* Brain 2004; 127: 220-230

- 5-HT_{1B/1D}: *triptans*
- CGRP: *gepants*
: *nezumabs*
- Neuromodulation
- 5-HT_{1F}: *diltans*
- PACAP: *PAC1*
- mGluR5: *glurants*
- Orexin 1 & 2: *orexants*
- ASICs: *mambalgins*
- nNOS: *NXN*
- TRPM8: ?

Goodaby *et al.* Physiol Rev 2017; 97: 553-822



Цель

- ✓ **Познакомить коллег с новыми Клиническими рекомендациями (проф. Осипова В.В. с соавт.)**
 - ✓ Утверждены профессиональными обществами
 - ✓ Вывешены на сайте Минздрава России в 2017г.
- ✓ **Обсудить клинические примеры**

Мигрень у взрослых

МКБ 10: G43

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

ID: KP295

URL:

Профессиональные ассоциации:

- Всероссийское общество неврологов (ВОН) Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ)

Утверждены

Председатель президиума ВОН, академик РАНЕ.И.Гусев Ученый секретарь ВОН, профессор А.Б.Гехт

<http://cr.rosminzdrav.ru/schema.html?id=199#/text>



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.



Мигрень занимает 6-е место среди специфических причин нетрудоспособности в мире и первое место среди неврологических заболеваний (данные ВОЗ)¹



70% пациентов с мигренью не до конца удовлетворены подобранным им лечением²



У половины пациентов приступы мигрени бывают более 2 раз в месяц³



Мигренозный приступ



4-72 часа головной боли, тошноты, звукобоязни²

1. Мигрень. Как просто поставить диагноз и назначить лечение? Корешкина М.И., Интерфарммедика №10 2016

2. Эффективность Сумамигрена при его назначении в раннем и позднем периодах развития мигренозного приступа, Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э., «Журнал неврологии и психиатрии», 8, 2007

3. Мигрень, Табеева Г.Р., Яню Н.Н., Москва, 2011, стр. 22



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.



Эпидемиология

- ✓ Распространённость мигрени в популяции стран Европы и США в среднем составляет 14%
 - ✓ 17% среди женщин
 - ✓ 8% среди мужчин
- ✓ В России за год – 15.0% -20.8%
 - ✓ М без ауры 13.5%
 - ✓ М с аурой 2.4%



Течение

- ✓ 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.
- ✓ 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.



Кодирование по МКБ10

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.**

Международная классификация расстройств, сопровождающихся

головной и лицевой болью (третий пересмотр) (МКГБ-3 бета)

Часть I. Первичные головные боли

Мигрень

Головная боль напряжения (ГБН)

Кластерная ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии

Другие первичные ГБ

Часть II. Вторичные головные боли

ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи

ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника.

ГБ, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями

ГБ, связанные с различными веществами или их отменой

ГБ, связанные с инфекциями

ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза

Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица

ГБ, связанные с психическими заболеваниями


Часть III. Болевые краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли

Болевые краниальные невралгии и другие лицевые боли

Другие ГБ.

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



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.



Диагностика

- Рекомендуется клиническая диагностика мигрени. Диагноз основывается на анализе жалоб, данных анамнеза, нормальных данных неврологического осмотра и соответствии клинических проявлений диагностическим критериям МКГБ-3 бета
- **Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств – 1а).

Обобщенные диагностические критерии МА (МКГБ-3 бета)

A. По меньшей мере 2 приступа, отвечающих критериям В и С

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.

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



Жалобы и анамнез

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



Жалобы и анамнез

- Рекомендуется ВОП и неврологам, которые испытывают трудности в ведении пациентов с редкими формами МА, **перенаправить пациента к специалисту** по диагностике и лечению ГБ (цефалгологу) или в специализированный центр лечения боли (головной боли).
- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2а).



Жалобы и анамнез

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




Жалобы и анамнез

- Рекомендуется у пациентов с частыми приступам М (более 8 дней с ГБ в месяц) и ХМ выявить лекарственный абюзус: проанализировать число дней с приемом обезболивающих препаратов в месяц, число доз, принимаемых в сутки, и уточнить фармакологические группы используемых препаратов.
- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2а).



ОСМОТР

- Рекомендуется исследование неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики.
- **Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).**



Дополнительные исследования

- **Не рекомендуется** использовать лабораторные методы исследования для диагностики мигрени.
- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2b).
- **Не рекомендуется** при типичной клинической картине мигрени и нормальных данных неврологического осмотра инструментальные исследования, поскольку не выявляют специфических для мигрени изменений.
- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2b).




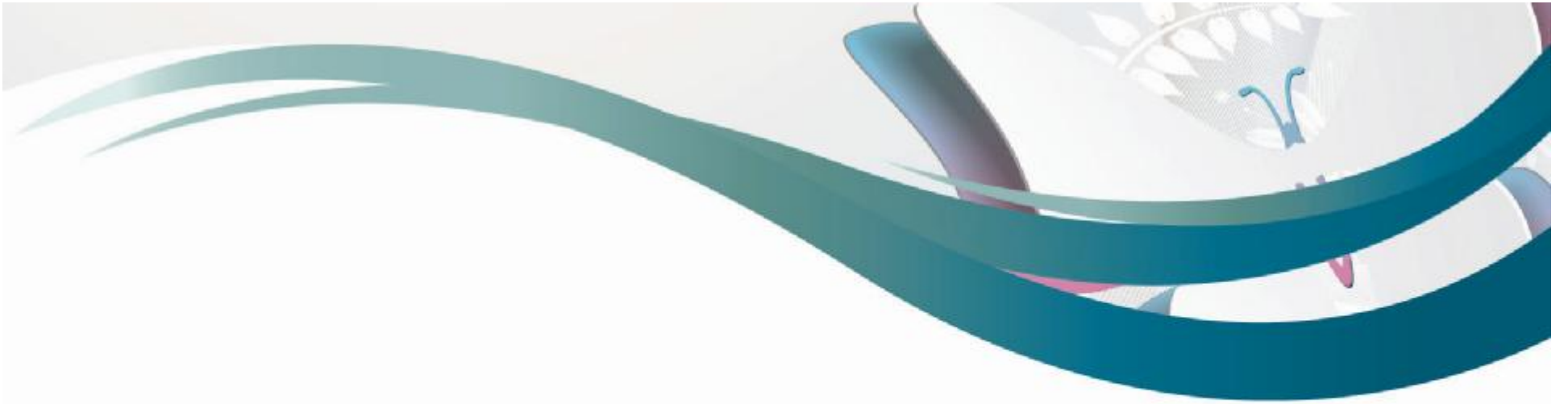
«Сигналы опасности»

- 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

ГБ, напоминающие М, могут отмечаться при следующих заболеваниях:

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

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



ЛЕЧЕНИЕ

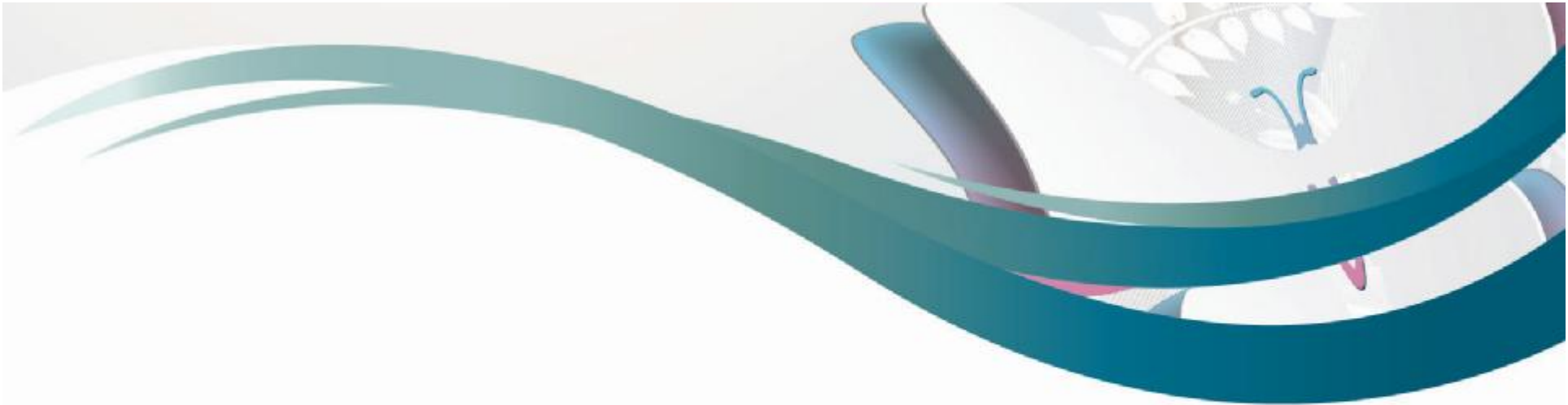


3.1 Консервативное лечение

Рекомендуются три подхода к лечению мигрени: поведенческая терапия, купирование приступов и профилактическое лечение.

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

Комментарий. *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.

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

Комментарий. 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:

разъяснение пациенту в доступной форме доброкачественной природы и механизмов мигрени (разубеждение в наличии органической причины ГБ);

обоснование нецелесообразности дополнительных исследований (за исключением случаев подозрения на симптоматический характер мигрени);

обсуждение роли провокаторов приступов мигрени и необходимости их избегать;

обсуждение факторов риска хронизации мигрени (лекарственного злоупотребления, психических и других коморбидных нарушений) и необходимости их профилактики;

пациентам, злоупотребляющим обезболивающими препаратами, следует **разъяснить роль лекарственного злоупотребления** в хронизации мигрени и необходимость отказа от приема обезболивающих;

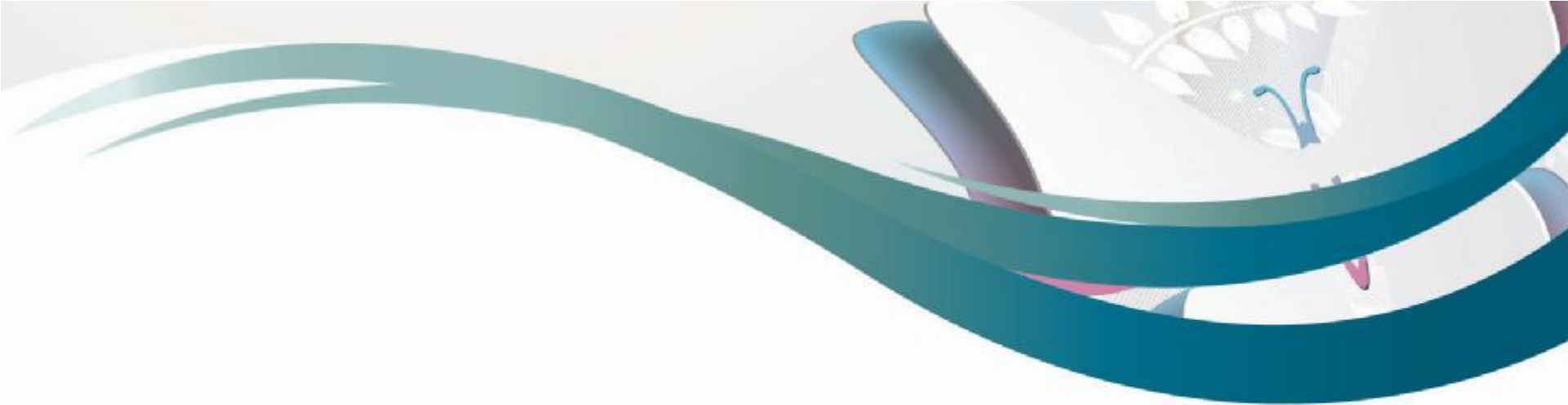
разъяснение целей лечения, механизмов действия профилактических препаратов и пользы немедикаментозных методов.



3.1.2 Купирование приступа

Рекомендуется **лечение** приступа для уменьшения интенсивности, длительности боли, сопутствующих симптомов и восстановления общего состояния пациента.


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



Рекомендуется назначать медикаментозную терапию в зависимости от тяжести приступа и степени дезадаптации пациента.

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

Комментарий. 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 (нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), при необходимости противорвотные средств.

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 абзуса и ЛИГБ) [20, 22, 25-27].

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

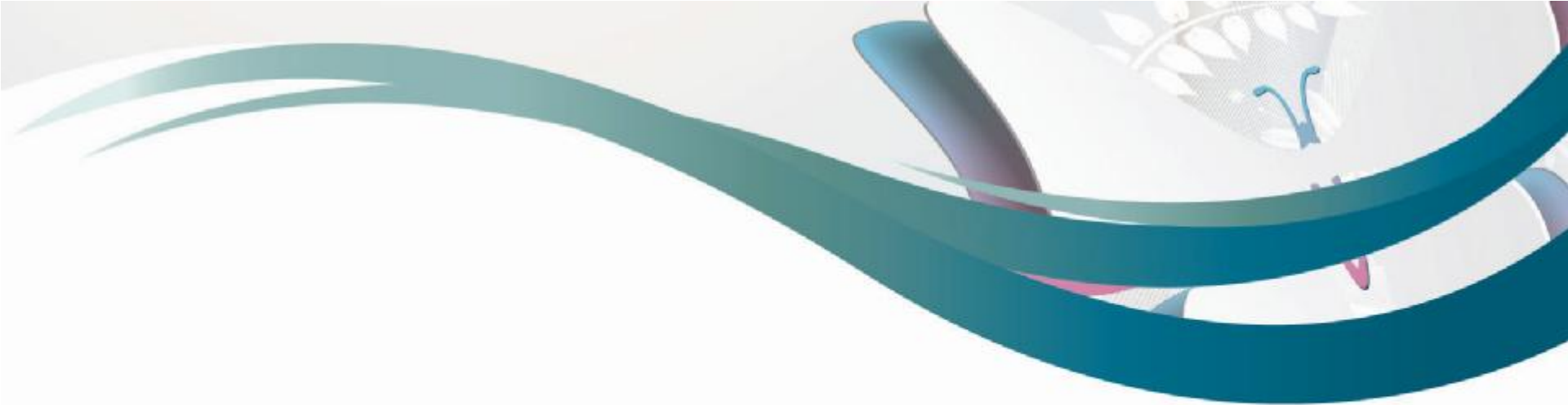
- Рекомендуется при выраженной тошноте и рвоте использование противорвотных средств (таб. 76) [8, 20-27].

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


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

Таблица 76. 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, применение специфических препаратов, к которым относятся **триптаны** (агонисты серотониновых рецепторов типа 5HT₁) и **эрготамин содержащие средства**.
Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).


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

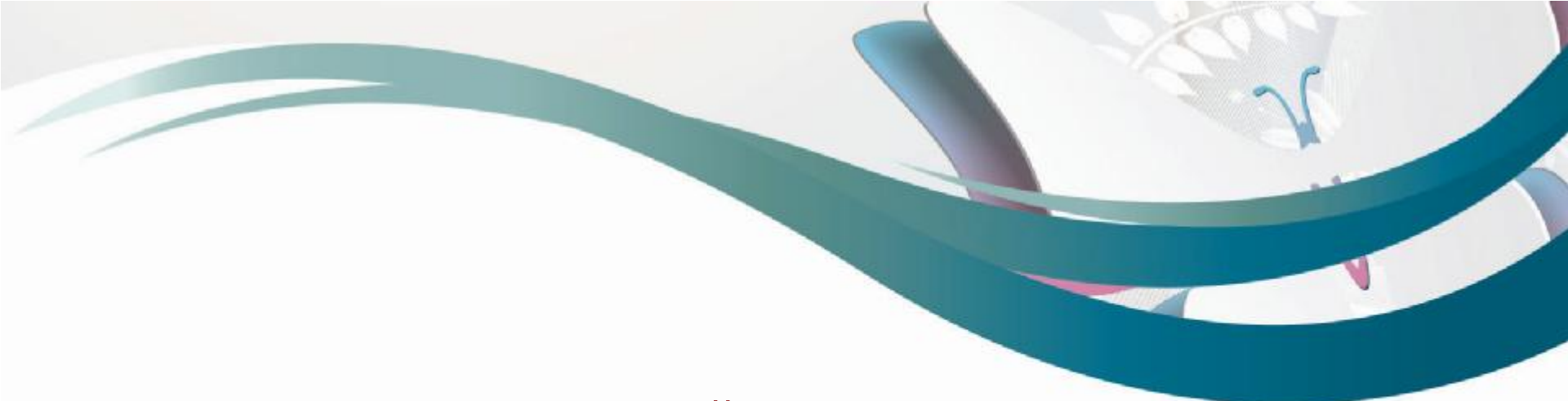
Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - 1а).

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.





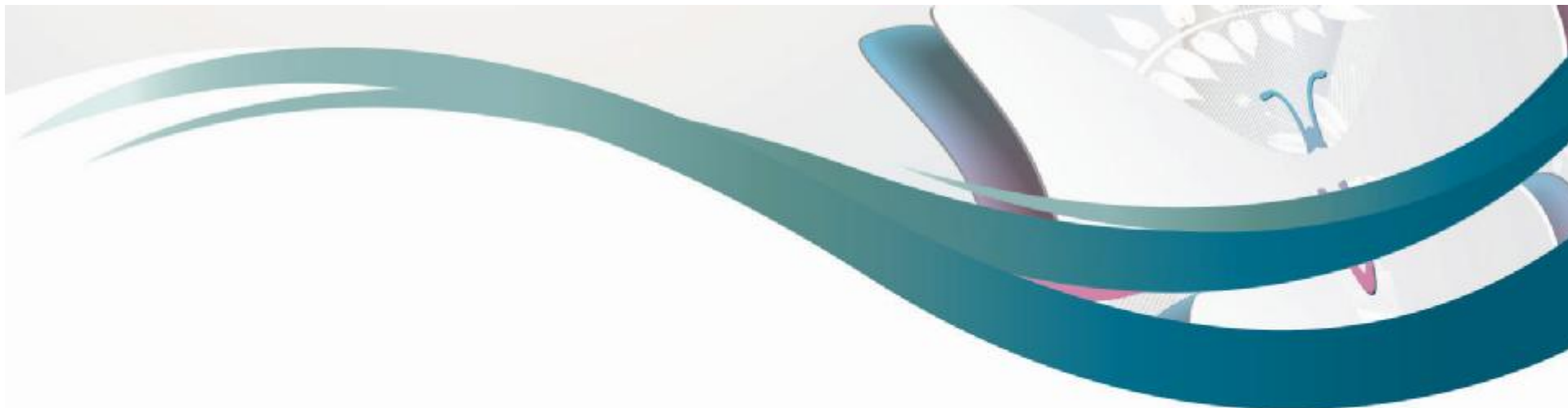
Рекомендуется **ранний прием триптанов** для купирования приступов МБА.

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

Комментарий. *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.*

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);*
- 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;*




Рекомендуется перед назначением триптанов проанализировать возможные противопоказания.

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

Комментарий. 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.



НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ



Рекомендуется **комбинировать** фармакологическое лечение мигрени с немедикаментозными методами.


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.

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

Рекомендуется метод **биологической обратной связи** по электромиограмме перикраниальных мышц (ЭМГ-БОС).

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



Рекомендуются пациентам с выраженной дисфункцией **перикраниальных мышц** (мышечно-тоническим синдромом) постизометрическая релаксация, массаж воротниковой зоны, мануальная терапия, лечебная гимнастика.

Уровень убедительности рекомендаций – С (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.

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

Рекомендуется в качестве дополнительного метода профилактического лечения мигрени, в том числе при ХМ, применение неинвазивной ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (pTMS)


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



4. Реабилитация

Не рекомендуются
реабилитационные
мероприятия при мигрени.


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



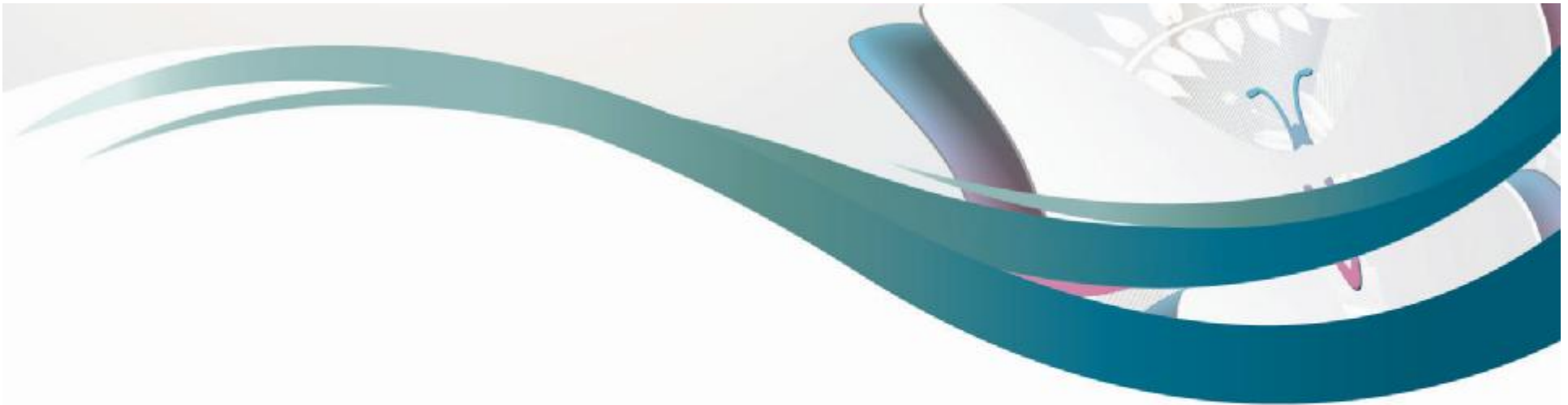
Не рекомендуется устанавливать вместо диагноза «Мигрень» другие диагнозы, не отражающие истинную природу ГБ. Неправильная/запоздалая диагностика и неадекватное лечение существенно ухудшают течение мигрени и могут способствовать ее хронизации.

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

Комментарий. 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. К установлению ложных диагнозов нередко приводит неверная трактовка результатов инструментальных исследований.



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». Установление неверного диагноза приводит к выбору неадекватного лечения. *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 злоупотребления** что, в конечном итоге, может способствовать **хронизации М**



Не рекомендуется назначение для профилактики мигрени *сосудистых, ноотропных средств и других* препаратов, не обладающих доказанным эффектом в лечении М.

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.

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

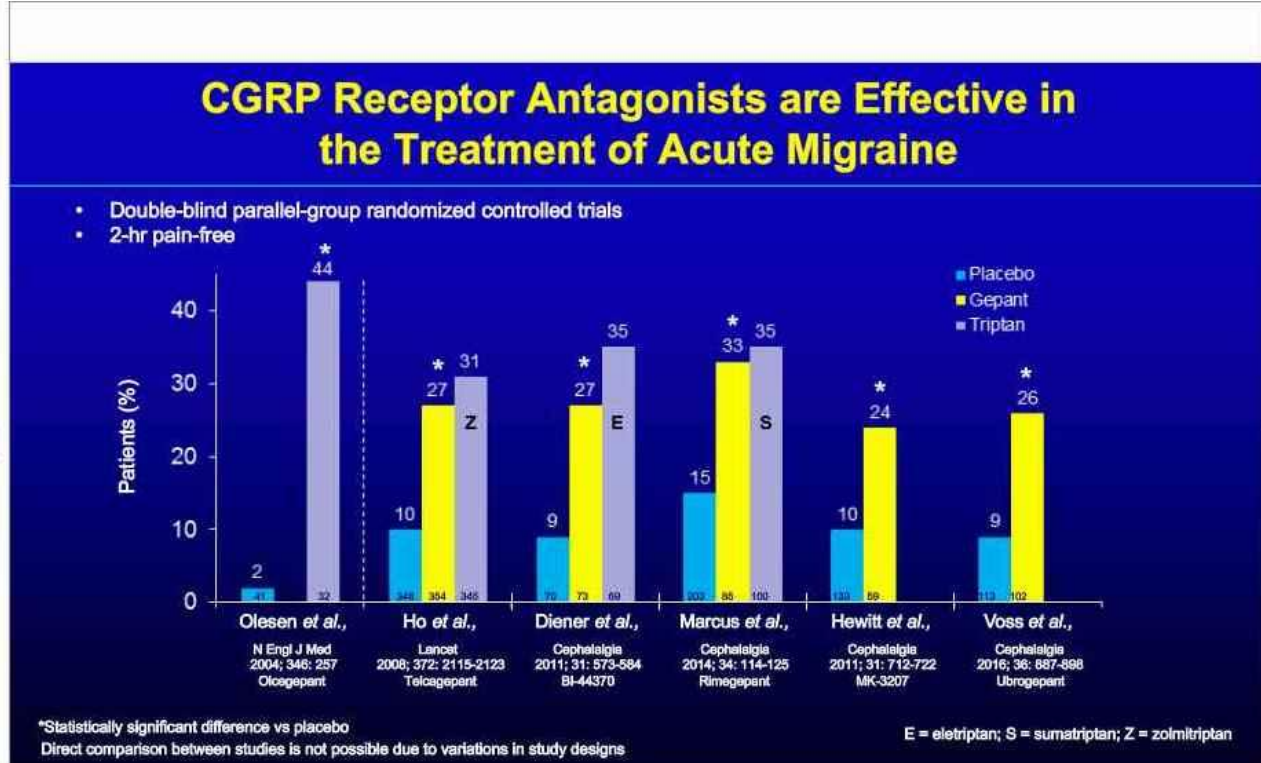
Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым с мигренью

№	Критерий качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности 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 токсином А и/или - другими препаратами для профилактики М (при хронической мигрени не менее 5 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 головной боли 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



If you experience buffering whilst viewing this webcast, please click on the stream selection icon in the media play-bar above to select a lower resolution of the stream or [click here to test your system](#)



If you experience buffering whilst viewing this webcast, please click on the stream selection icon in the media play-bar above to select a lower resolution of the stream or [click here to test your system](#)

