

Мігрень в Міжнародній класифікації головної болю: діагностичні критерії в допомогу практикуючому лікарю

Ежегодно 12 сентября проводится Европейский день борьбы с мигренью. В нынешнем году к этому дню была приурочена встреча врачей и ученых с представителями Европейского парламента, которая состоялась 14 сентября в г. Брюсселе – столице Евросоюза. Основная задача встречи – представить европейским политикам Мадридский манифест по борьбе с мигренью и другими формами головной боли. Манифест был разработан Европейским альянсом головной боли и содержит 5-летний план по привлечению внимания ученых и общественности к проблеме мигрени. «Мы хотим привлечь внимание политиков к проблеме мигрени, – заявил президент Европейского альянса головной боли Одри Кравен. – Наш манифест – это призыв к европейским политикам включить вопрос борьбы с мигренью в список политических задач. На протяжении длительного времени мигрени не уделяли должного внимания, считая ее всего лишь головной болью и оставляя больных мигренью страдать в одиночестве в тихой темной комнате».

В манифесте Европейский альянс головной боли ставит перед собой следующие задачи:

- увеличить количество пациентов, удовлетворенных качеством лечения, до 70%;

- каждый пациент, у которого диагностируют мигрень, должен получить подробное описание болезни и адекватное лечение в первый визит к врачу;

- все граждане, страдающие от различных форм головной боли, должны получать исчерпывающую информацию о своем заболевании и поддержку со стороны общественных организаций и медицинского персонала;

- мигрень должна расцениваться как болезнь, ограничивающая трудоспособность, поэтому больные должны иметь защиту со стороны трудового законодательства и получать поддержку от социальных организаций;

- в Европе должен реализовываться мультидисциплинарный подход к лечению головной боли; в каждой стране должна быть как минимум одна мультидисциплинарная клиника для пациентов с головной болью;

- во всех медицинских учреждениях Европы в программу подготовки врачей общей практики должен быть включен образовательный блок, посвященный головной боли и мигрени;

- научные и эпидемиологические исследования головной боли и мигрени должны получать государственную поддержку;

- Европейский день борьбы с мигренью должен проводиться во всех странах Европы.

Почему в настоящее время мигрени уделяется такое внимание? Какие для этого предпосылки?

Во-первых – это широкая распространенность мигренозной цефалгии. Мигрень встречается чаще, чем такие хорошо известные хронические заболевания, как сахарный диабет и бронхиальная астма. Считается, что 12% населения в мире страдают мигренью.

Во-вторых, отрицательное влияние мигрени на качество жизни. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, мигрень входит в 20 причин, ведущих к дезадаптации. Среди пациентов более 85% женщин и 82% мужчин отмечают, что мигрень снижает качество их жизни.

В-третьих, вероятность тяжелых осложнений мигрени. Известно, что мигрень определена ВОЗ как фактор риска церебральных инсультов.

В-четвертых, несмотря на, казалось бы, достаточно четкие критерии диагностики, мигрень очень часто остается невыявленной. К сожалению, менее 50% пациентов, страдающих от головной боли, обращаются к врачу, а среди тех, кто получает лечение, менее 30% удовлетворены его результатом. Понятно, что у них не всегда применяют адекватные методы терапии головной боли.

Согласно диагностическим критериям мигрени Международной классификации головной

боли II пересмотра (2003) мигрень имеет две основные формы:

1.1. Мигрень без ауры – клинический синдром, характеризующийся приступами головной боли со специфическими сопровождающими симптомами.

1.2. Мигрень с аурой характеризуется локальными неврологическими симптомами, которые обычно предшествуют или сопровождают головную боль. У некоторых пациентов за несколько часов или даже суток до приступа могут возникать предвестники головной боли (продромальная фаза), а также симптомы после приступа (послеприступная фаза). Продромальные и послеприступные симптомы включают гиперактивность или, напротив, снижение активности, депрессию, желание употреблять определенные продукты, повторную зевоту и др. Продромальные и послеприступные симптомы не являются аурой мигрени.

Кроме того, отдельными формами мигрени являются периодические синдромы детского возраста, обычно предшествующие мигрени, а также ретинальная мигрень и осложнения мигрени.

Если головная боль у пациента отвечает нескольким типам мигрени, при постановке диагноза должны быть учтены и кодированы все эти типы. Например, у пациента, у которого на фоне частых приступов мигрени без ауры возникают редкие приступы мигрени с аурой, заболевание должно быть кодировано как «1.1. Мигрень без ауры» и «1.2. Мигрень с аурой».

Рассмотрим разделы Международной классификации головной боли (МКГБ, 2-я редакция, 2004 г.), касающиеся мигрени, и проанализируем особенности диагностических критериев, позволяющих отнести мигренозный пароксизм к той или иной рубрике.

1. Мигрень

1.1. Мигрень без ауры

1.2. Мигрень с аурой

1.2.1. Типичная аура с мигренозной головной болью

1.2.2. Типичная аура с немигренозной головной болью

1.2.3. Типичная аура без головной боли

1.2.4. Семейная гемиплегическая мигрень (СГМ)

1.2.5. Спорадическая гемиплегическая мигрень

1.2.6. Мигрень базилярного типа

1.3. Периодические синдромы детства, обычно предшествующие мигрени

1.3.1. Циклическая рвота

1.3.2. Абдоминальная мигрень

1.3.3. Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста

1.4. Ретинальная мигрень

1.5. Осложнения мигрени

1.5.1. Хроническая мигрень

1.5.2. Мигренозный статус

1.5.3. Персистирующая аура без инфаркта

1.5.4. Мигренозный инфаркт

1.5.5. Припадок, вызванный мигренью

1.6. Возможная мигрень

1.6.1. Возможная мигрень без ауры

1.6.2. Возможная мигрень с аурой

1.6.3. Возможная хроническая мигрень

Первый вопрос, который стоит перед врачом: является ли мигрень первичной (нозологической формой), вторичной или имеет смешанный характер?

Если симптомы мигрени впервые появляются в тесной связи с другим заболеванием, которое является причиной этих симптомов, то мигреноподобные головные боли следует определять как вторичную головную боль.

На практике бывают случаи, когда у пациента с мигренью появляется другое заболевание, утяжеляющее течение мигрени. В таком случае возможны две интерпретации: установление только диагноза мигрени или использование двух кодировок – мигрени и вторичной головной боли. Установление двух диагнозов более правильно, если имеется тесная временная связь между утяжелением течения мигрени и началом заболевания, доказано, что заболевание может провоцировать приступы мигрени, и если с уменьшением симптомов заболевания течение мигрени также облегчается.

1.1. Мигрень без ауры

Ранее используемые термины: «простая мигрень», «hemicrania simplex».

Клиническая характеристика: повторяющиеся головные боли, проявляющиеся приступами (атаками) цефалгии продолжительностью 4-72 ч.

Диагностические критерии, позволяющие классифицировать мигрень как первичную (нозологическую форму):

А. По меньшей мере пять приступов, отвечающих критериям В-Д.

В. Продолжительность приступов 4-72 ч (без лечения или при неэффективном лечении).

С. Головная боль имеет как минимум две из следующих характеристик:

1) односторонняя локализация;

2) пульсирующий характер;

3) интенсивность боли от средней до значительной;

4) головная боль усиливается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба, подъем по лестнице).

Д. Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:

1) тошнота и/или рвота;

2) фотофобия или фонофобия.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

В классификации приведено несколько примечаний относительно некоторых критериев, необходимых для постановки диагноза, а также продолжительности атак:

1. В диагностических критериях упоминаются «по меньшей мере пять приступов» в связи с необходимостью дифференциальной диагностики между «1.1. Мигренью без ауры» и «2.1. Нечастыми эпизодическими головными болями напряжения», которая может представлять некоторые трудности. Пациенты, отвечающие критериям «1.1. Мигрень без ауры», но имеющие меньше пяти приступов, должны кодироваться как «1.6.1. Возможная мигрень без ауры».

2. Если пациент засыпает во время приступа мигрени и просыпается без головной боли, продолжительность приступа считается равной продолжительности сна.

3. У детей продолжительность приступов может составлять 1-72 ч (хотя возможность продолжительности нелеченого приступа менее 2 ч у детей с мигренью нуждается в подтверждении проспективными исследованиями с использованием дневников головной боли).

4. При частоте атак не менее 15 дней в месяц на протяжении более 3 мес следует использовать кодировку «1.1. Мигрень без ауры» и «1.5.1. Хроническая мигрень».

5. У детей младшего возраста мигренозные боли часто имеют двусторонний характер; односторонний паттерн боли, свойственный зрелому возрасту, обычно появляется в подростковом или юношеском возрасте.

6. Мигренозные боли обычно имеют лобно-височную локализацию. Односторонние или двусторонние затылочные боли у детей наблюдаются редко и требуют диагностической настороженности, поскольку во многих случаях являются следствием структурных повреждений.

7. У маленьких детей о наличии фото- и фонофобии можно догадаться по их поведению.

8. Анамнез, физикальный и неврологический осмотры не предполагают наличия расстройств, перечисленных в разделах 5-12, или анамнез, физикальный и/или неврологический осмотры предполагают наличие одного из таких расстройств, но оно исключено дополнительными методами исследования, или такое расстройство присутствует, однако приступы головной боли впервые возникли независимо от него.

По мнению экспертов – составителей МКГБ-2, «1.1. Мигрень без ауры» – самая распространенная форма мигрени, при которой отмечается большая средняя частота атак и более выраженная дезадаптация, чем при «1.2. Мигрени с аурой».

Очень частые приступы мигрени кодируются как «1.5.1. Хроническая мигрень» при условии, что нет злоупотребления лекарственными препаратами (абзуса). Течение мигрени без ауры нередко ухудшается при частом использовании обезболивающих препаратов. В случае частого использования лекарственных средств следует применить кодировку «8.2. Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов (абзусная головная боль)».

Новые факторы патогенеза мигрени за последние годы: в патогенезе мигрени без ауры очевидным считается участие оксида азота и кальцитонин-ген-связанного пептида. Кроме того, в последнее время приводятся все больше свидетельств того, что при мигрени имеется сенситизация периваскулярных нервных окончаний, а также того, что приступы имеют центральный механизм. Получено подтверждение нейробиологической природы мигрени без ауры. Были получены важные факты о цикличности мигренозной боли и нейротрансмиттерах, участвующих в ее формировании. Значительным вкладом стало открытие триптанов, агонистов 5HT₁-рецепторов. Высокая степень селективности этого класса триптанов обуславливает их значительную эффективность при купировании приступов мигрени и проливает свет на механизм мигренозного приступа.

Продолжение следует.

