

ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ПОМОЩИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНИ

Ахмадеева Л.Р.¹, Валитова Р.Р.¹, Набиева А.А.¹, Ялаева И.Д.², Ахмадеева Э.Н.¹

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, e-mail: la@ufaneuro.org;

²ГБУЗ РБ «ГБ № 1», Октябрьский, e-mail: ilmira71@mail.ru

В 2018 году опубликована новая (3-я) редакция Международной классификации головных болей (МКГБ-3). В настоящее время проведена работа по обновлению клинических рекомендаций по мигреням для утверждения Министерством здравоохранения Российской Федерации. Согласно новым диагностическим критериям хронической мигрени (МКГБ-3), мы можем ее выставлять как самостоятельный отдельный диагноз при соответствии головной боли у пациента сочетанию следующих критериев (при отсутствии соответствия в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3): головная боль (мигреноподобная и/или подобная головной боли напряжения) 15 и более дней в месяц, на протяжении более 3 месяцев, в анамнезе 5 приступов мигрени без ауры и/или мигрени с аурой, 8 и более дней в месяц в течение более 3 месяцев головная боль является мигренью без ауры, мигренью с аурой или, по мнению пациента, имелся приступ мигрени, прерванный или облегчаемый триптаном или препаратом эрготамина. В данной статье приводятся данные отечественной и зарубежной литературы по диагностике и лечению хронической мигрени и собственное клиническое наблюдение авторов с описанием пациентки с хронической мигренью в сочетании с вторичной лекарственно-индуцированной головной болью.

Ключевые слова: хроническая мигрень, лечение, диагноз.

DIAGNOSIS AND METHODS OF MANAGEMENT IN CHRONIC MIGRAINE

Akhmadeeva L.R.¹, Valitova R.R.¹, Nabieva A.A.¹, Yalaeva I.D.², Akhmadeeva E.N.¹

¹Bashkir State Medical University, Ufa, e-mail: la@ufaneuro.org;

²Hospital №1, Oktyabrskij, e-mail: ilmira71@mail.ru

The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3) was published in 2018. We renewed clinical guidelines for migraines for being approved by the Russian Ministry of Health. According to new diagnostic criteria for chronic migraines (ICHD-3), we can diagnose it as a separate free standing disorder if the features of headache in a patient fulfill the combination of the following statements (if not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis): headache (migraine-like or tension-type-like) is present in a patient on 15 days/month for >3 months, it occurs in a patient who has had at least five attacks of migraine without aura, migraine with aura; on 8 days/month for >3 months it is migraine without aura, migraine with aura or a patient believe that it was migraine at onset and relieved by a triptan or ergot derivative. In this paper we discuss the data from Russian and international literature concerning diagnosis and methods of management in patients with chronic migraines, and our own clinical case describing a lady with chronic migraine and secondary medication-overuse headache.

Keywords: chronic migraine, management, diagnosis.

Мигрень – одно из наиболее широко распространенных заболеваний, обладающих высокой социальной значимостью. От мигрени страдает около 14,4% населения. В последние годы интерес к мигрени повысился не только среди неврологов, но и среди кардиологов, врачей семейной медицины, общей практики, а также врачей иных специальностей.

В качестве основного инструмента при диагностике любой формы ГБ выступает МКГБ (Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной болью), содержащая базовые принципы диагностики, а также перечень диагностических критериев всех известных цефалгических синдромов. В 2018 году было опубликовано 3-е издание классификации – МКГБ-3 [1]. Головная боль напряжения (ГБН) и мигрень – наиболее часто

встречающиеся заболевания среди первичных цефалгий. Среди вторичных цефалгий на первом месте по частоте находится абюзусная (лекарственно-индуцированная) головная боль (ЛИГБ), которая связана с избыточным применением триптанов либо анальгетиков.

Целью работы стало выделение основных положений о хронических мигренях по данным новой (2018 г.) Международной классификации головных болей и представление клинического случая хронической мигрени в нашей клинике.

Материалами и методами служили обзорно-аналитический и клинический.

Результаты и их обсуждение. Наиболее сложной для восприятия врачами и наиболее тяжелой в плане ухудшения качества жизни и возникновения коморбидностей является хроническая мигрень [2]. На протяжении последних лет велись споры относительно данной проблемы и предлагались различные варианты критериев диагностики. В результате проведенных в данном направлении исследований появились изменения в классификации: термин «хроническая мигрень» перешел из разряда осложнений в отдельную группу разновидности мигренозной головной боли, что подчеркивает значимость данного заболевания. В международной классификации болезней X пересмотра хронической мигрени присвоен код G43.3 (как и у «осложнений мигрени»), а в Международной классификации болезней XI пересмотра она кодируется уже как отдельная форма, отличная от осложнений мигрени, и имеет шифр 8A80.2.

Диагностические критерии хронической мигрени по МКГБ-3 приведены в таблице.

Диагностические критерии ХМ (МКГБ-3)

А. Головная боль (мигреноподобная и/или подобная головной боли напряжения) 15 и более дней в месяц, на протяжении более 3 месяцев, удовлетворяющая критериям В и С
В. В анамнезе 5 приступов мигрени без ауры и/или мигрени с аурой
С. 8 и более дней в месяц в течение более 3 месяцев головной боли соответствует любому из следующих критериев:
– мигрень без ауры
– мигрень с аурой
– по мнению пациента, имелся приступ мигрени, прерванный или облегчаемый триптаном или препаратом эрготамина
Д. Головная боль не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

При хронизации мигрень становится другим заболеванием (поэтому и выделяется в отдельную нозологическую форму с отдельными кодами): пациент уже не может различить отчетливые приступы/эпизоды мигрени, настолько частой (а иногда и непрерывной) она

становится. При хронической мигрени характеристики головной боли меняются и разнятся не только в разные дни, но и могут быть различными в течение одного дня. Такие пациенты не могут оставаться без медикаментозной терапии. Согласно современным критериям, как дни мигрени «засчитываются» и дни с мигренеподобной головной болью, и дни, когда головная боль похожа на головную боль напряжения.

При хронической мигрени крайне важно тщательно провести клинический опрос-интервью и научить пациента вести дневник головной боли [3], который МКГБ-3 рекомендует анализировать за период не менее одного месяца. Учитывая, что диагноз «Хроническая мигрень» уже включает в себя цефалгии по типу головных болей напряжения, этот диагноз («Головная боль напряжения») не выставляется в данном случае вторым.

Еще одним из заболеваний, клинически очень похожим на хроническую мигрень, является новая ежедневная персистирующая головная боль [4]. Для дифференциальной диагностики ее и хронической мигрени МКГБ-3 обращает внимание специалистов на то, что хроническая мигрень всегда развивается с течением времени либо из мигрени с аурой, либо из мигрени без ауры, в то время как новая ежедневная персистирующая головная боль возникает практически в один день и не имеет ремиссий.

Хроническая мигрень, как указывает МКГБ-3, является заболеванием, которое невозможно терпеть и бездействовать. На первом месте по частоте коморбидностей с ней из вторичных головных болей стоит лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ). Она развивается у пациентов, у которых уже есть первичная головная боль и избыточное употребление лекарственных средств для ее купирования. ЛИГБ представляет собой другую головную боль либо существенное ухудшение течения головной боли. В этом случае выставляются оба диагноза: например, хроническая мигрень и лекарственно-индуцированная головная боль, которая ранее могла быть названа как «рикошетная» головная боль, головная боль, вызванная приемом медикаментов, головная боль из-за неправильного употребления лекарственных средств, абузусная головная боль.

Приводим данные нашего клинического наблюдения: пациентка А-ва Е.А., 32 лет, поступила на стационарное лечение в неврологическое отделение клиники БГМУ 21.12.2017 с жалобами на приступы головных болей односторонней локализации, пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, звуко- и светобоязнью, непереносимостью шума, трудовой дезадаптацией, частотой 15 и более раз в месяц, длительность головной боли могла достигать до 40 часов, средняя интенсивность головной боли по нумерической 10-балльной шкале боли ею оценивалась как 8 баллов. Также ее беспокоили регулярные головные боли двусторонней локализации, сжимающего характера, ощущение усталости, дурноты, снижение работоспособности, трудности концентрации внимания, раздражительность,

нарушения сна, тревожность. Из анамнеза заболевания: считает себя больной с 20 лет, когда появились головные боли односторонней локализации, пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, звуко- и светобоязнью, непереносимостью шума. Самостоятельно принимала комбинированные анальгетики (цитрамон, темпалгин) с положительным эффектом. В 2009 году впервые был установлен диагноз «Мигрень». Был назначен препарат Амигренин (суматриптан), который пациентка принимала с положительным эффектом. В 2011 оперирована по поводу удаления узла правой доли щитовидной железы. После оперативного вмешательства появились жалобы на тревожность, ощущения кома в горле, боли во всем теле. В 2012-2013 годах принимала Цитрамон (Ацетилсалициловая кислота + Кофеин + Парацетамол) в больших количествах. В 2013 году получила курс стационарного лечения в РКБ им. Куватова с диагнозом: «Мигрень без ауры с частыми приступами с хроническими головными болями напряжения, субкомпенсация. Тревожно-фобическое расстройство». Стационарное лечение, со слов пациентки, было без видимого для нее эффекта. Во время очередного приступа мигрени присоединились головные боли двусторонней локализации сжимающего характера, по типу «каска». Затем в 2014 г. обратилась в Московскую клинику профессор А.М. Вейна, где был выставлен диагноз: «Хроническая мигрень». С 2014 г. пациентка наблюдается в данной клинике. В 2015 г. был выставлен диагноз: «Хроническая мигрень. Абузусная головная боль. Эмоциональные нарушения тревожного характера. Паническое расстройство». Было назначено лечение. На момент поступления в наше неврологическое отделение пациентка принимает Амитриптилин 25 мг на ночь, Паксил (пароксетин) 20 мг утром, Флуанксол (флупентиксол) 0,5 мг утром, Топсавер (топирамат) 100 мг, Конвалис (габапентин) 600 мг 1 раз в сутки. При приступе мигрени (более 15 раз в месяц) принимает суматриптан 50 мг в таблетках с положительным эффектом. Госпитализирована в неврологическое отделение клиники БГМУ для дезинтоксикационной терапии (учитывая длительный абузус) и проведения ботулинотерапии.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Видимые слизистые розовые, чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Мышцы в нормотонусе. Кости в норме. Суставы - функции сохранены. Зев чистый, обычной окраски. Кожные покровы физиологической окраски. Видимых отеков нет. Грудная клетка правильной формы, безболезненна. Аскультативно: дыхание везикулярное, во всех отделах, с обеих сторон. Хрипы не выслушиваются. Перкуторно: ясный легочный звук, во всех отделах, с обеих сторон. При сравнительной перкуссии звук равномерен, с обеих сторон. Дыхательные движения ритмичные. Тип дыхания грудной. Частота дыхания: 16 в минуту. Голосовое дрожание одинаково с обеих сторон. Бронхофония не изменена. Границы сердца не

расширены. Тоны сердца ритмичные. Пульс: 64 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление: 120/80 мм рт. ст. Патологические шумы не выслушиваются. Магистральный кровоток не нарушен. Язык влажный, чистый. Живот симметричен, не увеличен, в акте дыхания участвует равномерно, безболезненный. Печень не увеличена, край закруглен, поверхность гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется. Перистальтика активная. Симптомов раздражения брюшины нет по всему животу. Симптомы поколачивания отрицательные с обеих сторон. Диурез самостоятельный, безболезненный. Моча и кал обычного цвета и консистенции.

Неврологический статус: в месте, времени, собственной личности ориентирована, когнитивные функции не нарушены. Глазные щели симметричны D=S, зрачки равные D=S, диплопии нет. Лицо симметричное. Взор не ограничен, движения глазных яблок в полном объеме. Корнеальные рефлексы сохранены. Прямая и содружественная фотореакция присутствуют D=S. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук D=S живые без убедительной разницы, с ног D=S умеренной живости. Объем пассивных движений полный. Сила мышц верхних и нижних конечностей - 5 баллов. Физиологические рефлексы живые, патологических рефлексов не выявлено. Координаторные пробы выполняет правильно. В позе Ромберга устойчива. Фон настроения понижен. Тревожна.

Результаты рутинных лабораторных и инструментальных исследований – без отклонений от нормальных значений.

На основании анамнеза, жалоб, объективных данных выставлен диагноз: Хроническая мигрень. Лекарственно-индуцированная головная боль. Тревожно-депрессивное состояние.

Пациентке проведена глюкокортикоидная дезинтоксикационная терапия и ботулинотерапия препаратом «Ботокс» по протоколу PREEMPT в дозе 195 ед. За время проведения в стационаре наблюдался один приступ мигрени с интенсивностью головной боли 8 (из 10) баллов, купированный внутривенным введением парацетамола 100 мг.

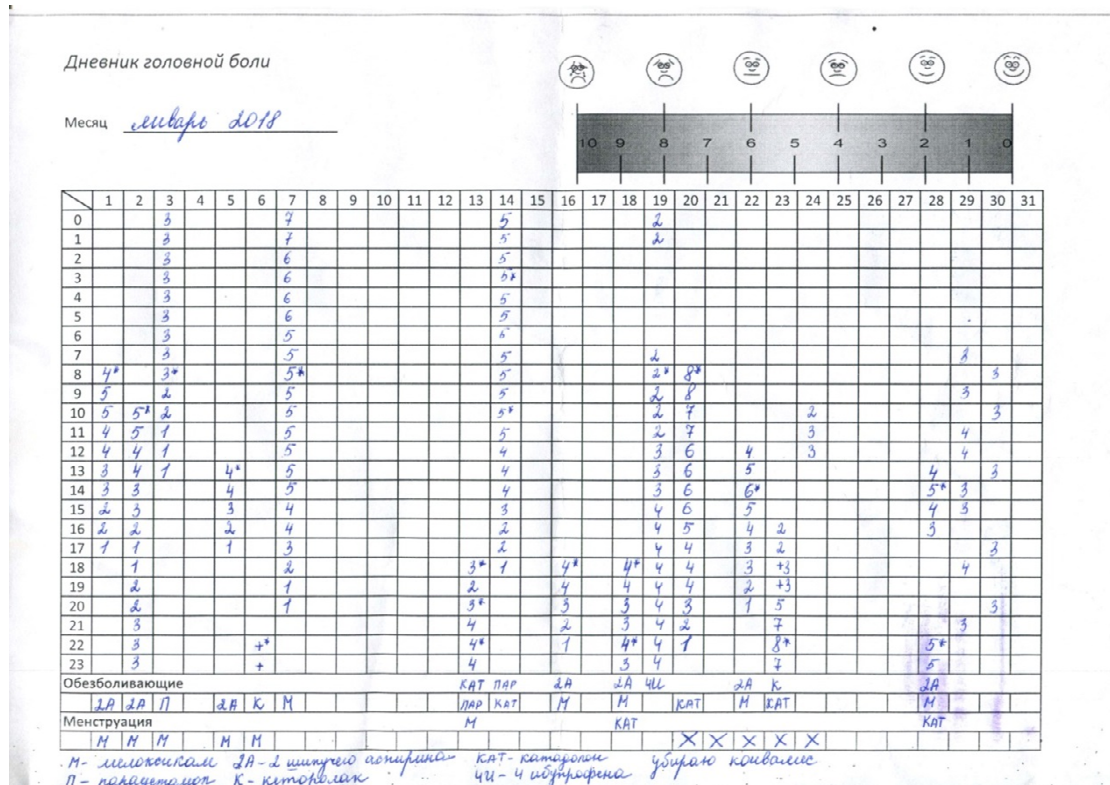
На фоне проводимой терапии интенсивность головной боли уменьшалась до 2 (из 10) баллов. Пациентка выписана с улучшением под наблюдение невролога и психотерапевта по месту жительства. Даны рекомендации по наблюдению и лечению у невролога и психотерапевта по месту жительства, продолжение ботулинотерапии по протоколу PREEMPT каждые 12 недель не менее 3 серий инъекций. Рекомендован отказ от триптанов, ведение дневника головной боли, постепенная отмена избыточных препаратов под контролем невролога. Даны подробные рекомендации по режиму труда и отдыха, поведенческой терапии, направленной на модификацию образа жизни пациентки.

Пациентка продолжила лечение по протоколу PREEMPT, количество дней с головной болью уменьшилось незначительно, несколько снизилась интенсивность головных болей.

Заключение. Лечение мигрени является сложной комплексной задачей, требующей от врача терпения, коммуникативных навыков, чуткого отношения к пациенту и эрудиции. На сегодня мы располагаем большим арсеналом отечественных и международных клинических рекомендаций, включая обновленные клинические рекомендации по мигрени, разработанные рабочей группой под руководством профессора Осиповой В.В. и поданные в Министерство здравоохранения Российской Федерации в августе 2018 г., что дает нам основание научно обоснованно подходить к лечению таких пациентов с применением наиболее доказанных подходов, включая ботулинотерапию [5].

Рекомендуется считать профилактическое лечение эффективным, если частота приступов мигрени сокращается через 3 месяца терапии на 50% и более от исходной. В нашем случае, несмотря на примененные методы, согласно наилучшим рекомендациям, эффективность, согласно данным критериям, не была достигнута, что подчеркивает трудности, с которыми сталкиваются клиницисты при лечении пациентов с коморбидностями в виде лекарственно-индуцированной головной боли и тревожно-депрессивных состояний.

Описанная нами пациентка занимается с психотерапевтом, динамика положительная. Однако мигрень остается хронической, количество дней с головной болью у пациентки за период наблюдения нами – от 12 до 18 в месяц. Приводим примеры ее дневниковых записей (рисунок).



№ 114(9). С. 81-87.

4. Ахмадеева Л.Р., Набиева А.А., Ялаева И.Д. Новая ежедневная изначально персистирующая головная боль: возможность использования новых медицинских технологий (случай из практики) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2017. №4. Публикация 6-4. [Электронный ресурс]. [URL]: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2017-4/6-4.pdf> (дата обращения: 10.08.2018).
5. Артеменко А.Р., Куренков А.Л., Никитин С.С., Беломестова К.В. Ботулинический нейротоксин и хроническая мигрень: хемоденервация мышечных волокон или модуляция ноцицептивной системы? Журнал нервно-мышечные болезни. 2013. № 4. С. 8-13.
6. Артеменко А.Р., Куренков А.Л., Беломестова К.В. Классификация, диагностика и лечение хронической мигрени: обзор новых данных. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. № 113(11-1). С. 91-96.