Мигрень

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0, G44.1 · Всероссийское общество неврологов, Ассоциация Здоровье детей, Российское межрегиональное общество по изучению боли (РОИБ)

Мигрень — распространённая первичная головная боль с повторными приступами, часто сопровождающимися тошнотой, рвотой, фотофобией и фонофобией. Рекомендация посвящена диагностике и лечению мигрени у детей и подростков: ключевые задачи — подтвердить клинические критерии, исключить вторичную головную боль, правильно купировать приступ и при показаниях проводить профилактику.

Главное

- Диагноз мигрени устанавливают клинически по критериям МКГБ-3; дополнительные исследования нужны главным образом для дифференциальной диагностики и исключения вторичных причин головной боли.
- Для мигрени без ауры типичны приступы длительностью 4–72 часа, а у детей до 15 лет — 2–48 часов; необходимы не менее двух характеристик боли и минимум один сопровождающий симптом.
- Аура состоит из полностью обратимых зрительных, чувствительных или речевых симптомов; она обычно развивается постепенно за 5–20 минут и длится не более 60 минут.
- Профилактическое лечение рассматривают при двух и более приступах в месяц, тяжёлых или длительных приступах, недостаточном эффекте или плохой переносимости терапии приступа, а также при необычной ауре, пугающей ребёнка и родителей.
- Для оценки динамики ведут дневник головной боли; положительным эффектом профилактики считают уменьшение частоты приступов на 50% от исходного уровня.
- Необходимо ограничивать обезболивающие и НПВП максимум 14 приёмами в месяц, а триптаны и сочетания триптанов с НПВП — до 9 приёмов в месяц, чтобы предупредить ЛИГБ.

Диагностика

1. Рекомендуется у детей с головной болью тщательный сбор анамнеза, детальное общеклиническое и неврологическое тестирование. УУР С, УДД 5.
2. Сопоставить клиническую картину с критериями МКГБ-3. Для мигрени без ауры требуется не менее 5 приступов; для мигрени с аурой — не менее 2 приступов с соответствующими полностью обратимыми неврологическими симптомами.
3. У детей с 7 лет оценивать интенсивность боли по ВАШ; у младших детей использовать шкалы с изображением лиц или цветовые шкалы. УУР С, УДД 3.
4. Вести дневник с отражением длительности и интенсивности головной боли, сопутствующих симптомов, триггерных факторов и приёма лекарственных средств. УУР С, УДД 5.
5. Лабораторные исследования для диагностики мигрени не назначать. УУР С, УДД 5.
6. При типичной мигрени без ауры или с аурой и нормальном неврологическом осмотре нейровизуализация не нужна; ЭЭГ также не проводят при отсутствии подозрения на эпилептический генез головной боли. УУР С, УДД 5.
7. При редких формах ауры и осложнениях мигрени рекомендуются МРТ головного мозга и МР-ангиография; при нетипичном течении или наличии «сигналов опасности» рекомендуются нейровизуализационные методы, включая МРТ, МР-ангиографию и КТ. К «сигналам опасности» относятся внезапная или громоподобная боль, прогрессирование, очаговая симптоматика, изменение сознания, признаки внутричерепной гипертензии и другие настораживающие признаки. УУР С, УДД 5.
8. Проводить офтальмоскопию для выявления застойных явлений на глазном дне; их обнаружение является показанием к МРТ или КТ головного мозга. При подозрении на эпилептический генез показана ЭЭГ с видеомониторингом, особенно при кратковременной боли после сна, сопровождающейся тошнотой и рвотой. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При умеренном или тяжёлом приступе в его начале назначать ибупрофен 10 мг/кг однократно. УУР А, УДД 2.
- Альтернатива — парацетамол 10–15 мг/кг однократно в начале приступа; при необходимости его можно повторить через 6–8 часов. УУР В, УДД 2.
- При тяжёлом приступе или неэффективности НПВП используют триптаны или эрготамин в комбинации с другими средствами, исключая психолептики. В России триптаны разрешены с 18 лет; до 18 лет их применяют с осторожностью, при неэффективности других препаратов, по решению врачебной комиссии и с информированным согласием представителя ребёнка. УУР В, УДД 2.
- Варианты дозирования триптанов из текста: суматриптан однократно 12,5–25 мг при массе менее 40 кг и 50–100 мг при массе более 40 кг; золмитриптан однократно 2,5 мг при массе менее 40 кг и 5 мг при массе более 40 кг; ризатриптан однократно 5 мг при массе менее 40 кг и 10 мг при массе более 40 кг.
- При выраженной тошноте и многократной рвоте в стационаре применять метоклопрамид внутривенно в дозе 0,1 мг/кг; максимальная доза — 10 мг. УУР С, УДД 5.
- Немедикаментозная основа лечения для всех пациентов: регулярный сон и питание, достаточный объём жидкости, оздоровительная физическая нагрузка, исключение пищевых провокаторов; также применяют релаксацию, когнитивно-поведенческую терапию и БОС. УУР С, УДД 5.
- Для профилактики можно назначать топирамат: начать с 25 мг/сут, медленно повышать до 2–3 мг/кг/сут, максимум 100–200 мг/сут; титрацию проводят в течение 8–10 недель, минимальный курс — 3 месяца. УУР В, УДД 2.
- Другие варианты профилактики из текста: вальпроевая кислота 15–45 мг/кг/сут, леветирацетам 50 мг/кг/сут, пропранолол начиная с 1 мг/кг/сут в три приёма и не более 4 мг/кг/сут, циннаризин 1,5 мг/кг/сут при массе до 30 кг или 50 мг/сут при большей массе, амитриптилин с постепенным повышением от 0,25 до 1 мг/кг/сут. Для большинства схем минимальная продолжительность курса — 3 месяца; выбор зависит от эффективности, побочных эффектов и сопутствующих состояний.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать в неврологическое отделение при головной боли с изменением сознания, лихорадкой и менингеальными симптомами, нарастающей очаговой или общемозговой симптоматикой, а также при мигренозном статусе.
- Плановая госпитализация показана при прогрессирующей или некупируемой головной боли, а также при головной боли с аурой.
- Мигренозный статус — приступ или серия приступов длительностью более 72 часов без учёта сна; как правило, это показание к госпитализации.
- Выписка из неврологического отделения возможна после купирования головной боли или её уменьшения до 3–4 баллов по ВАШ.
- Всем пациентам показано динамическое наблюдение невролога по месту жительства. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Нужна ли МРТ ребёнку с типичной мигренью?

При типичной мигрени без ауры или с аурой и нормальном неврологическом осмотре инструментальные исследования не рекомендуются. МРТ, МР-ангиографию или КТ проводят при нетипичном течении, редких формах ауры, осложнениях или наличии «сигналов опасности». УУР С, УДД 5.

Как отличить мигрень без ауры от головной боли напряжения?

Для мигрени характерны средняя или высокая интенсивность, усиление при обычной физической активности, тошнота и/или рвота, фотофобия и фонофобия. При головной боли напряжения боль обычно лёгкая или умеренная, давящая, двусторонняя, не усиливается при нагрузке и не сопровождается тошнотой и рвотой.

Когда начинать профилактическое лечение мигрени?

Показания включают два и более приступа в месяц, тяжёлые или длительные приступы, недостаточную эффективность или плохую переносимость лечения приступа, а также необычную ауру, пугающую ребёнка и родителей.

Какая первая линия купирования приступа у ребёнка?

В начале умеренного или тяжёлого приступа применяют ибупрофен 10 мг/кг однократно или парацетамол 10–15 мг/кг однократно. При необходимости парацетамол допускается повторить через 6–8 часов.

Как не допустить лекарственно-индуцированную головную боль?

Анальгетики и НПВП ограничивают максимум 14 приёмами в месяц, триптаны и сочетания триптанов с НПВП — до 9 приёмов в месяц; для анальгетиков при частых приступах также указано ограничение не более двух, максимум трёх раз в неделю.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/169-migren. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/169_2