Мигрень

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: G43, G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, G44.0 · Всероссийское общество неврологов, Общероссийская общественная организация "Союз реабилитологов России", Межрегиональная общественная организация "Российское общество по изучению головной боли"

Мигрень — первичная нейроваскулярная головная боль с повторными приступами пульсирующей боли, обычно односторонней, длительностью 4–72 часа и сопутствующими тошнотой, рвотой, фото- и фонофобией. Рекомендация посвящена клинической диагностике, исключению опасных причин, купированию приступов, профилактике и ведению лекарственно-индуцированной головной боли.

Главное

- Основные формы — мигрень без ауры и мигрень с аурой; хроническая мигрень определяется как головная боль не менее 15 дней в месяц на протяжении не менее 3 месяцев, при этом не менее 8 дней должны иметь мигренозные признаки.
- Диагноз мигрени устанавливают клинически по критериям МКГБ-3; при типичной картине и нормальном неврологическом статусе лабораторные и инструментальные исследования неинформативны и не рекомендуются (УУР С, УДД 5).
- Сигналы опасности требуют поиска вторичной причины: дебют после 50 лет, громоподобная или прогрессирующая боль, атипичная аура длительностью более 1 часа, очаговые симптомы, нарушение сознания, лихорадка с менингеальными признаками, отек диска зрительного нерва, беременность или послеродовый период.
- Лечение строится на трех направлениях: коррекция образа жизни и триггеров, купирование приступов и профилактическая терапия; цель — уменьшить частоту и тяжесть боли, снизить прием обезболивающих и предупредить хронизацию (УУР С, УДД 5).
- Средства для купирования приступов следует применять не чаще 2 дней в неделю и не более 8 дней в месяц; более частый прием повышает риск лекарственно-индуцированной головной боли.
- Профилактику назначают при трех и более тяжелых дезадаптирующих приступах в месяц, не менее 8 дней с головной болью в месяц, пролонгированной ауре, хронической мигрени, лекарственном абузусе или плохой эффективности купирующей терапии (УУР С, УДД 5).
- Мигренозный статус — изнуряющий приступ продолжительностью более 72 часов; его купируют в стационаре парентеральными препаратами и лечебно-оздоровительным режимом.

Диагностика

1. Уточнить характеристики боли и сопутствующие симптомы. Для мигрени без ауры нужны не менее 5 приступов длительностью 4–72 часа, минимум два признака из четырех: односторонняя локализация, пульсация, средняя или сильная интенсивность, усиление при обычной активности; также нужны тошнота или рвота и/или фотофобия с фонофобией, при отсутствии более подходящего диагноза.
2. Выяснить наличие ауры. Диагностически значимы не менее 2 приступов с полностью обратимыми зрительными, чувствительными, речевыми, двигательными, стволовыми или ретинальными симптомами; минимум три признака включают постепенное нарастание симптомов более 5 минут, последовательное появление, длительность каждого симптома 5–60 минут, односторонность, позитивный симптом и головную боль во время ауры или в течение 60 минут после нее.
3. Определить частоту боли за последние 3 месяца по расспросу и дневнику. При частых приступах проверить критерии хронической мигрени: не менее 15 дней с головной болью в месяц, из них не менее 8 дней с мигренозными характеристиками.
4. Одновременно оценить коморбидность — депрессию, тревожные расстройства, нарушения сна и другие болевые синдромы; у пациентов с частой эпизодической мигренью или хронической мигренью уточнить число дней приема обезболивающих препаратов.
5. Проверить лекарственно-индуцированную головную боль: головная боль более 15 дней в месяц у пациента с первичной головной болью, регулярное злоупотребление препаратами для купирования более 3 месяцев и отсутствие более подходящего диагноза. Порог приема — не менее 10 дней в месяц для триптанов,

эрготамина, опиоидов и комбинированных анальгетиков либо не менее 15 дней для НПВП, парацетамола и других анальгетиков.

6. Провести неврологический осмотр для исключения органической симптоматики (УУР С, УДД 5). При типичной мигрени патологических изменений обычно нет; выявление менингеальных, общемозговых или очаговых знаков меняет тактику и требует дополнительных исследований.
7. При атипичном течении или сигналах опасности назначить общий анализ крови, исследования общевоспалительных реакций и коагулограмму; для исключения патологии мозга и сосудов использовать МРТ, МР-ангиографию и при необходимости МР-венографию (УУР С, УДД 5; при редких формах ауры и осложнениях — УУР В, УДД 2).

Лечение

- При легком или среднетяжелом приступе использовать один из препаратов: ацетилсалициловая кислота 1000 мг, ибупрофен 400 мг, напроксен 500 мг, парацетамол 1000 мг, диклофенак 50 мг или кетопрофен 75–150 мг внутрь. Препаратами выбора названы ацетилсалициловая кислота, ибупрофен, парацетамол и диклофенак (для них УУР А, УДД 1); ибупрофен 400 мг указан как препарат первого выбора.
- При тошноте и/или рвоте рекомендуется метоклопрамид 10 мг внутримышечно совместно с приемом анальгетика (УУР А, УДД 1); при тошноте также применяют метоклопрамид 10–20 мг внутрь или домперидон 10 мг 3 раза в сутки внутрь (УУР С, УДД 5). Метоклопрамид облегчает тошноту и улучшает всасывание обезболивающих препаратов.
- При тяжелом приступе или неэффективности НПВП применять триптаны: суматриптан 50–100 мг, элетриптан 40–80 мг, золмитриптан 2,5–5 мг или ризатриптан 10 мг. Принимать их следует в начале боли, повторную дозу допускается использовать через 2 часа, но не более 2 доз в сутки и не более 10 дней в месяц (УУР А, УДД 1).
- При мигрени с аурой триптаны не используют во время ауры; если боль возникает одновременно с аурой или в ее конце, препарат принимают в конце ауры или в начале боли. Триптаны противопоказаны при ишемической болезни сердца, окклюзионных заболеваниях периферических сосудов, неконтролируемой артериальной гипертензии и мигрени со стволовой аурой.
- Если при тяжелом приступе невозможен прием внутрь из-за выраженной тошноты или рвоты, использовать кеторолак 60 мг внутримышечно или 30 мг внутривенно (УУР А, УДД 1).
- Мигренозный статус лечить в стационаре. Возможные парентеральные схемы включают метоклопрамид 10 мг внутривенно, хлорпромазин 0,1 мг/кг внутривенно, декскетопрофен 50 мг внутривенно, кеторолак 60 мг внутримышечно или 30 мг внутривенно, магния сульфат 2 г внутривенно при статусе мигренозной ауры, вальпроевую кислоту 800–1000 мг внутривенно и дексаметазон 10–24 мг внутривенно для предотвращения возврата боли. Дроперидол и галоперидол внутривенно при статусе не рекомендуются (УУР В, УДД 2).
- Для профилактики начать монотерапию с доказанным препаратом: метопролол 100–200 мг/сут, пропранолол 80–160 мг/сут или топирамат 100–200 мг/сут; топирамат титруют с 25 мг до целевой дозы. При хронической мигрени возможен ботулинический токсин типа А 155–195 ЕД по протоколу PREEMPT каждые 12 недель; при 4 и более днях мигрени в месяц — фреманезумаб 225 мг подкожно ежемесячно или 675 мг раз в 3 месяца либо эренумаб 70–140 мг подкожно ежемесячно.
- При лекарственно-индуцированной головной боли отменить или значительно сократить препарат злоупотребления; число дней приема обезболивающих не должно превышать 8 в месяц. В период отмены используют детоксикационную терапию, а профилактику можно начинать одновременно с отменой; рекомендуемые варианты включают топирамат, ботулинический токсин типа А, фреманезумаб и эренумаб (УУР А, УДД 3 для отмены; УУР В, УДД 2 для профилактики).

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать при головной боли с изменением сознания, лихорадкой и менингеальными симптомами, нарастающей очаговой или общемозговой симптоматикой, громоподобной боли или мигренозном статусе.
- Плановая госпитализация показана при прогрессирующей или некупируемой головной боли, тяжелой лекарственно-индуцированной головной боли на фоне опиоидов, спазмолитиков, психотропных препаратов или комбинаций анальгетиков, а также при атипичной ауре длительностью более 1 часа.

- Направить в специализированное болевое отделение или центр лечения головной боли при отсутствии улучшения, хронической мигрени, множественных коморбидных нарушениях или сочетании мигрени с лекарственно-индуцированной головной болью (УУР С, УДД 5).

Частые вопросы

Когда диагностируют хроническую мигрень?

При головной боли не менее 15 дней в месяц на протяжении не менее 3 месяцев, если не менее 8 дней в месяц имеют признаки мигрени или купируются триптаном либо препаратом эрготамина. В анамнезе должны быть типичные приступы мигрени.

Нужно ли делать МРТ при типичной мигрени?

При типичной клинической картине и нормальном неврологическом статусе рутинные инструментальные исследования не рекомендуются, поскольку специфических изменений при мигрени они не выявляют. МРТ и сосудистые исследования нужны при атипичном течении, осложнениях или сигналах опасности.

Как часто можно принимать триптаны?

Не более 10 дней в месяц; повторную дозу можно принять через 2 часа, но суммарно не более 2 доз в сутки. Прием чаще этого порога связан с риском лекарственно-индуцированной головной боли.

Когда начинать профилактическую терапию?

При трех и более тяжелых дезадаптирующих приступах в месяц, не менее 8 дней с головной болью в месяц, пролонгированной ауре, хронической мигрени, лекарственном абузусе или неэффективности и плохой переносимости средств для купирования.

Как понять, что профилактика работает?

Эффект оценивают через 3 месяца. Основной критерий — уменьшение числа дней с головной болью минимум на 50% от исходного; дополнительно учитывают снижение приема обезболивающих, улучшение сна, настроения, работоспособности и качества жизни.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/295-migren. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/295_4