

ПРОТОКОЛ
ведения пациентов с диагнозом Мигрень
(нормативная ссылка: КР 169.2 «Мигрень» 2024г, МЗ РФ)

Категория возрастная	Дети
Вид медицинской помощи	Первичная
Условия оказания медицинской помощи	Амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	Плановая
Средние сроки лечения (количество дней)	Не указаны
Врач	Врач- невролог, врач-педиатр участковый
Классификация по МКБ	G43 – Мигрень G43.0 – Мигрень без ауры [простая мигрень] G43.1 – Мигрень с аурой [классическая мигрень] G43.2 – Мигренозный статус G43.3 – Осложненная (в том числе, хроническая) мигрень G43.8 – Другая мигрень (офтальмоплегическая, ретинальная) G43.9 – Мигрень неуточненная G44.0 Синдром "гистаминовой" головной боли G44.1 Сосудистая головная боль, не классифицированная в других рубриках G44.4 Головная боль, вызванная применением лекарственных средств, не классифицированная в других рубриках
Триггеры приступа мигрени	Психологические: Стрессы. Позитивные и негативные эмоции. Изменения настроения. Гормональные факторы Менструация. Овуляция. Факторы окружающей среды: Яркий свет. Громкий шум. Сильные или резкие запахи/духи, курение, моющие средства. Погодные условия (ветер, изменения погоды, сильная жара/холод). Диета, напитки, продукты питания: Горький шоколад. Твердые сыры. Помидоры. Киви. Орехи. Лук. Чеснок. Алкоголь (особенно красные вина). Продукты, содержащие глутамат, нитриты и нитраты. Сладкие газированные напитки. Лекарственные препараты : Резерпин (C02LA51). Нитроглицерин, Эстрогены. Другие факторы: Недосыпание/пересыпание. Голод и нерегулярный прием пищи. Гипогликемия. Гипертермия. Усталость. Авиаперелеты
Основные формы мигрени: 1. Мигрень без ауры (МбА) – клинический синдром, характеризующийся приступами головной боли со специфическими сопровождающими симптомами. Для МбА характерно: повторяющиеся головные боли, проявляющиеся приступами (атаками) цефалгии продолжительностью 4–72 часа (у детей от 2часов). К типичным проявлениям относятся: односторонняя локализация боли (у детей чаще двухсторонняя), пульсирующий характер (у детей чаще ноющая или тянущая), средняя или значительная интенсивность, ухудшение головной боли от обычной физической	

активности, наличие таких сопровождающих симптомов, как тошнота, рвота, фоно- и фотофобия. Данная форма мигрени протекает без ауры и характеризуется только головной болью. Она наблюдается примерно у половины всех больных мигренью.

Диагностические критерии (МКГБ-3):

А. Не менее 5 приступов, которые отвечают следующим критериям (B–D).

В. Приступы головной боли продолжаются от 4 до 72 часов (у детей до 15 лет 2–48 часов) в отсутствие лечения или при его неэффективности.

С. Головной боли присущи не менее двух из следующих признаков:

-односторонняя локализация,

-пульсирующий характер,

-интенсивность боли от средней до значительной (затрудняет или делает невозможной повседневную активность),

-головная боль ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (на пример, ходьба, подъем по лестнице).

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

тошнота и/или рвота, фото и/или фонофобия.

2. Мигрень с аурой (МА) – характеризуется локальными неврологическими симптомами, которые обычно предшествуют или сопровождают головную боль. Мигрень с аурой – расстройство, проявляющееся повторяющимися эпизодами обратимых локальных неврологических симптомов (аурой), обычно нарастающих в течение 5–20 минут и продолжающихся не более 60 минут. Головная боль с характеристиками мигрени без ауры, следует, за симптомами ауры. В редких случаях головная боль может отсутствовать совсем или не иметь мигренозных черт.

Диагностические критерии (МКГБ-3):

А. Наличие не менее 2-х приступов, которые отвечают следующим критериям (B–D).

В. Аура включает по меньшей мере один из следующих симптомов и не включает двигательную слабость:

-полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна и полосы) и/или негативные (нарушения зрения);

-полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущения покалывания) и/или негативные (онемения);

-полностью обратимые нарушения речи.

С. По меньшей мере два из ниже перечисленных:

-гомимные зрительные нарушения и/или односторонние чувствительные симптомы;

-как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 минут;

-каждый симптом ауры имеет продолжительность не менее 5 минут, но не более 60 минут.

Д. Наличие головной боли, соответствующей критериям диагностики мигрени без ауры, начинающейся во время ауры или в течение 60 минут после ее начала.

Жалобы и анамнез	Рекомендуется тщательный сбор анамнеза, детальное общеклиническое и неврологическое тестирование. Физикальное обследование: рекомендуется пациентам с 7 лет использовать визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) для оценки интенсивности головной боли в приступе мигрени. Рекомендуется ведение дневника головной боли с отражением в нем длительности и интенсивности головной боли, наличия сопутствующих симптомов, триггерных факторов, приема лекарственных средств.
Данные объективного осмотра	Диагноз ставят исключительно на основании клинической картины.
Лабораторные и диагностические исследования	Не рекомендуются лабораторные методы исследования.
Инструментальн	Не рекомендуются инструментальные исследования при выполнении

ые диагностические исследования: ЭЭГ рутинная	диагностических критериев М и нормальных данных неврологического осмотра у пациентов с МБА и МА Не рекомендуется проведение ЭЭГ (электроэнцефалографии с нагрузочными пробами) у пациентов с типичной картиной мигрени и отсутствием подозрений на эпилептический генез головной боли
ЭЭГ видеомонит. сна 3 часа (6 — 12 — 24 часов по показаниям)	- при подозрении на эпилептический генез головной боли (головная боль как проявление эпилептического приступа или после приступная головная боль) - при возникновении непродолжительного приступа головной боли после сна, сопровождающегося тошнотой и однократной рвотой, кратковременными вегетативными или зрительными нарушениями.
МРТ головного мозга КТ головного мозга	- рекомендуются инструментальные обследования (магнитно-резонансная томография головного мозга, магнитно-резонансная ангиография интракраниальных сосудов) при редких формах МА и осложнениях М с целью подтверждения диагноза или исключения органических причин для возникновения очаговой неврологической симптоматики - у детей и подростков с мигреноподобной головной болью при подозрении на симптоматический характер головной боли, то есть при нетипичном течении М или при обнаружении одного или более «сигналов опасности»
Офтальмоскопия /исследование глазного дна/	Рекомендуется проведение офтальмоскопии для исключения застойных явлений на глазном дне при ГБ у детей

Показания для госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации пациента в неврологическое отделение:

- 1) Головная боль, сопровождающаяся изменением сознания;
- 2) Головная боль, сопровождающаяся лихорадкой и менингеальными симптомами;
- 3) Головная боль с нарастающей очаговой неврологической симптоматикой;
- 4) Головная боль с нарастающей общемозговой симптоматикой;
- 5) Мигренозный статус.

Показания для плановой госпитализации пациента в неврологическое отделение:

- 1) Прогрессирующая головная боль;
- 2) Некупируемая головная боль;
- 3) Головная боль с аурой.

Показания к выписке пациентов из неврологического отделения:

- 1) Купирование головной боли;
- 2) Уменьшение головной боли до 3-4 баллов по визуальной аналоговой шкале;

Лечение	- рекомендуется для приступов умеренной и высокой интенсивности использовать <i>Ибупрофен</i> в разовой дозе 10 мг/кг массы тела - рекомендуется применение <i>Парацетамола</i> в разовой дозе 10—15 мг/кг - не рекомендуется при частых приступах мигрени у детей применение обезболивающих препаратов (N02 анальгетиков) более двух (максимум трех) раз в неделю - рекомендуется при тяжелых приступах головной боли и неэффективности НПВП - <i>триптаны</i> (N02CC селективные агонисты серотониновых 5HT1 рецепторов) или <i>эрготамин</i> в комбинации с другими средствами, исключая психолептики (N02CA52)- противопоказаны при сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы (ИБС, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, в том числе в анамнезе, заболевания периферических сосудов), базилярной и гемиплегической формах мигрени, ограничено применение при эпилепсии, артериальной гипертензии. - рекомендуется пациентам при выраженной тошноте и многократной рвоте в условиях стационара применять <i>Метоклопрамид</i> внутривенное введение терапевтическая доза составляет 0.1 (0.13-0.15) мг/кг массы тела, максимальная 25 доза составляет 10 мг. В зарубежных рекомендациях дозировки <i>метоклопрамида</i> доходят до 1-2мг/кг - рекомендуется всем пациентам с мигренью применение немедикаментозных методов лечения: соблюдение режима сна, регулярная
----------------	---

	оздоровительная спортивная нагрузка, соблюдение режима питания, достаточный объем выпиваемой жидкости и исключение пищевых провокаторов. Применяют поведенческую терапию и психотерапевтическую коррекцию: когнитивно поведенческая терапия, методики биологической обратной связи, релаксационные методы																										
Показания к профилактическому лечению: — два и более приступа мигрени в месяц; — тяжелые и длительные приступы мигрени; — низкая эффективность терапии, купирующей приступ мигрени; — противопоказания или плохая переносимость препаратов, купирующих приступ мигрени; - наличие необычной ауры, которая пугает ребенка и родителей. Препараты для профилактического лечения мигрени у детей. <table> <tr> <th>Препарат</th><th>Доза, путь введения</th></tr> <tr> <td>Бета-адреноблокаторы:</td><td>Перорально</td></tr> <tr> <td>Пропранолол</td><td>1-4 мг/кг/сутки</td></tr> <tr> <td>Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов:</td><td>Перорально</td></tr> <tr> <td>Амитриптилин</td><td>Детям в возрасте от 6 лет - 0,25-1,0 мг/кг/сутки</td></tr> <tr> <td>N07CA Препараты для устранения головокружения:</td><td>Перорально</td></tr> <tr> <td>Циннаризин</td><td>Детям с массой до 30кг - 1,5мг/кг/сутки, с массой больше 30кг - 50мг/сут.</td></tr> <tr> <td>Противоэпилептические препараты:</td><td>Перорально</td></tr> <tr> <td>Вальпроевая кислота</td><td>15-45 мг/кг/сутки (500-1000 мг/сутки)</td></tr> <tr> <td>Топирамат</td><td>Перорально</td></tr> <tr> <td></td><td>1-2 мг/кг/сутки (12,5-25 мг/сутки)</td></tr> <tr> <td>Леветирацетам</td><td>Перорально</td></tr> <tr> <td></td><td>50мг/кг/сутки</td></tr> </table>		Препарат	Доза, путь введения	Бета-адреноблокаторы:	Перорально	Пропранолол	1-4 мг/кг/сутки	Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов:	Перорально	Амитриптилин	Детям в возрасте от 6 лет - 0,25-1,0 мг/кг/сутки	N07CA Препараты для устранения головокружения:	Перорально	Циннаризин	Детям с массой до 30кг - 1,5мг/кг/сутки, с массой больше 30кг - 50мг/сут.	Противоэпилептические препараты:	Перорально	Вальпроевая кислота	15-45 мг/кг/сутки (500-1000 мг/сутки)	Топирамат	Перорально		1-2 мг/кг/сутки (12,5-25 мг/сутки)	Леветирацетам	Перорально		50мг/кг/сутки
Препарат	Доза, путь введения																										
Бета-адреноблокаторы:	Перорально																										
Пропранолол	1-4 мг/кг/сутки																										
Неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов:	Перорально																										
Амитриптилин	Детям в возрасте от 6 лет - 0,25-1,0 мг/кг/сутки																										
N07CA Препараты для устранения головокружения:	Перорально																										
Циннаризин	Детям с массой до 30кг - 1,5мг/кг/сутки, с массой больше 30кг - 50мг/сут.																										
Противоэпилептические препараты:	Перорально																										
Вальпроевая кислота	15-45 мг/кг/сутки (500-1000 мг/сутки)																										
Топирамат	Перорально																										
	1-2 мг/кг/сутки (12,5-25 мг/сутки)																										
Леветирацетам	Перорально																										
	50мг/кг/сутки																										
Профилактика и диспансерное наблюдение - рекомендуется пациентам с частыми приступами и тяжелым течением мигрени санаторно-курортное лечение - рекомендуется всем пациентам с мигренью проведение мероприятий по изменению режима дня - выявление триггерных факторов, которые могут провоцировать приступы мигрени, в соответствии с ними проводить мероприятия по модификации образа жизни - рекомендуется всем пациентам динамическое наблюдение врача-невролога (профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога) по месту жительства																											