

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИГРЕНИ

М. Корешкина, кандидат медицинских наук
 Центр лечения головной боли клиники «Скандинавия»,
 Санкт-Петербург
E-mail: Koreshkina-MI@avaclinic.ru

Мигрень, по данным Всемирной организации здравоохранения, по распространенности среди населения в мире занимает 3-е (14,4%) место. Большую помощь в диагностике и дифференциальной диагностике головных болей (ГБ) оказывает Международная классификация головной боли, 3-е изд. (2013). Современные диагностические методы, такие как магнитно-резонансная томография, дают дополнительную информацию, полезную для диагностики ГБ.

Ключевые слова: мигрень, Международная классификация головной боли, 3-е изд., диагностика мигрени.

Мигрень, по данным Всемирной организации здравоохранения, занимает по распространенности в мире среди населения 3-е место (отмечается у 14,4% населения) [1–3] и 7-е место — среди причин снижения работоспособности [4]. К сожалению, мигрень недостаточно легко диагностировать, а ее лечение во многих странах мира нельзя признать удовлетворительным [5].

В популяционном исследовании, посвященном распространенности головной боли (ГБ) в европейском сообществе, было показано, что 50% жителей Европы имеют активную ГБ, около 15% — мигрень, 4% — хронические ГБ, 1–2% — абзусные [6]. В аналогичном исследовании, проведенном в 6 регионах Российской Федерации, мигрень выявлена у 20,8% обследованных [7].

Большую помощь в диагностике и дифференциальной диагностике ГБ оказывает Международная классификация головной боли (МКГБ). 1-я редакция Классификации была опубликована в 1998 г. и произвела переворот в понимании и оценке ГБ. 2-е издание появилось в 2004 г. и в последние годы служило для практических целей неврологов, врачей общей практики и специалистов по ГБ. Новое, 3-е, издание опубликовано в 2013 г. и содержит важные изменения и дополнения. Новая классификация имеет приложения, касающиеся диагностики форм ГБ, не отмеченных в предыдущем издании; например, приводятся критерии диагностики менструальной мигрени, хроническая мигрень перешла из раздела осложнений в одну из форм мигрени [8]. Классификация выделяет 14 групп ГБ, объединенных в 3 раздела: 1) первичные ГБ; 2) вторичные ГБ и 3) краниальные невралгии и лицевые боли. Каждый из разделов делится далее, подобно дереву с ветвями, на уровни до 4-го или 5-го. Врачу общей практики достаточно поставить диагноз на уровне 1-го раздела, например: 1) мигрень или 2) ГБ напряжения, а специалист по ГБ может поставить более подробный диагноз — вплоть до 4–5-го уровня, например: 1.2.1.1 — мигрень с типичной аурой с ГБ.

Важнейшей практической составляющей классификации является наличие критериев для диагностики каждого вида ГБ. Согласно этим критериям, мигрень диагностируется одновременно на основании как подтверждения, так и исключения: подтверждаются признаки мигрени и исключаются признаки вторичных ГБ.

Классификация обширна; знать ее наизусть не требуется, но благодаря ее четкости и простоте она позволяет любому врачу обращаться к ней для постановки правильного диагноза.

Мигрень занимает 1-е место в классификации ГБ как одна из наиболее важных ее разновидностей.

Мигрень, МКГБ-3 (2013):

- 1.1. Мигрень без ауры.
- 1.2. Мигрень с аурой.
- 1.3. Хроническая мигрень.
- 1.4. Осложнения мигрени.
- 1.5. Возможная мигрень.
- 1.6. Эпизодические синдромы, которые могут ассоциироваться с мигренью.

Мигрень определяется как повторяющиеся приступы ГБ продолжительностью 4–72 ч. Типичные характеристики ГБ — односторонняя локализация, пульсирующий характер, средняя или сильная интенсивность, усиление при физической нагрузке и наличие сопутствующих симптомов — тошноты, фото- и (или) фонофобии.

Критерии диагностики мигрени без ауры:

- A.** Как минимум 5 приступов, соответствующих критериям B–D.
- B.** ГБ продолжается 4–72 ч (при отсутствии лечения и неудовлетворительном результате лечения).
- C.** ГБ соответствует хотя бы 2 из следующих характеристик:
 - односторонняя локализация;
 - пульсирующий характер;
 - средняя или сильная интенсивность;
 - усиление при физической нагрузке (ходьба или подъем по лестнице).
- D.** Во время ГБ присутствует хотя бы 1 из следующих симптомов:
 - тошнота и (или) рвота;
 - фотофобия и фонофобия.
- E.** Не классифицируется как другой вид диагноза из МКГБ-3.

В России диагноз мигрени формулируется недостаточно подробно. Вместо мигрени диагностируются разные варианты вторичных ГБ, что ведет к назначению неэффективного лечения, которое не дает удовлетворительных результатов при терапии пациентов с ГБ, особенно с хроническими [9, 10]. Так, один из наиболее частых диагнозов — дегенеративно-дистрофическое заболевание шейного отдела позвоночника с цервикогенной ГБ.

В популяционном исследовании хронической ГБ в Норвегии исследовалась цервикогенная ГБ, которая является вторичной симптоматической ГБ, характеризующейся хроническим течением, односторонней локализацией и симптомами, связанными с изменениями в шейном отделе позвоночника. Цервикогенная ГБ обычно усиливается при движении шеи, неудобном положении головы или при пальпации точек верхней шейной области и затылочной области на стороне проявления симптомов. По результатам Норвежского эпидемиологического исследования, цервикогенная ГБ встречается только в 0,17% случаев в отличие от мигрени, частота которой у женщин достигает 18% [11].

В МКГБ-3 приводятся критерии цервикогенной ГБ, разительно отличающиеся от картины мигрени.

Критерии диагностики цервикогенной ГБ – 11.2.1 [12]:

A. ГБ соответствует критериям С.

B. Наличие клинических, лабораторных и (или) визуализационных подтверждений заболевания, или травмы шейного отдела позвоночника или травмы мягких тканей, которые могут вызывать ГБ.

C. Наглядно доказана причинно-следственная связь между следующими факторами:

- ГБ развивается в височной области одновременно с развитием заболевания или травмы;
- ГБ выражено ослабевает по мере улучшения состояния шейного отдела позвоночника;
- движения в шейном отделе ограничены, выраженность ГБ достоверно коррелирует с провокационными маневрами в нем;
- ГБ проходит после диагностической блокады.

D. ГБ не соответствует другим критериям МКГБ-3.

В последние годы такие методы нейровизуализации, как магнитно-резонансная томография (МРТ), магнитно-резонансная (МР) ангиография и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) позволяют не только исключить другие варианты развития ГБ, но и получить новую информацию о патофизиологии мигрени [13]. Актуальным и спорным является вопрос о применении дополнительных методов обследования при диагностике мигрени [14]. На Конгрессе по неврологии в Стамбуле (апрель 2013 г.) проф. Z. Katsarava из Неврологического отделения госпиталя в Эссене (Германия) высказался за то, чтобы методы нейровизуализации стали неотъемлемой частью обследования пациентов с ГБ. Проф. P. Goadsby, напротив, рекомендует использовать МРТ только при наличии так называемых «красных флагов»: впервые возникшая ГБ; ее внезапное начало; прогрессирующие симптомы; патологические неврологические знаки; ГБ при физическом усилии; ГБ при изменении положения тела; симптомы, согласующиеся с диагнозом транзиторной ишемической атаки [15].

В Великобритании было проведено исследование, в котором сравнивали аналогичные группы пациентов с хроническими ГБ. В течение 1 года анализировались разные параметры: обращение за медицинской помощью; стоимость лечения; наличие тревоги по поводу здоровья; частота ГБ и неврологических симптомов. 1-ю группу пациентов в начале исследования подвергали нейровизуализационному обследованию, во 2-й группе оно не проводилось. По истечении 1 года и при подведении итогов отмечено, что не только показатели ГБ и тревожности в 1-й группе были ниже, чем во 2-й, но и общая стоимость лечения в 1-й группе оказалась статистически ниже, причем в течение 3 мес после обследования у пациентов 1-й группы значительно снизились опасения, связанные с опасностью ГБ ($p=0,004$). Таким образом, нейровизуализационное исследование позволило снизить стоимость лечения у пациентов с высоким уровнем тревожности [16].

Проводимые в России МРТ и МР-ангиографические исследования при ГБ подтверждают также необходимость исключения при мигрени такой редкой, но жизненно опасной патологии, как аневризмы сосудов головного мозга [17]. Таким образом, МРТ и ПЭТ при ГБ превратились из исследований, проводимых в научных интересах, в практически необходимые при ГБ.

Для постановки точного диагноза у пациентов с ГБ используются не только критерии МКГБ или МРТ. В последние годы было разработано несколько вариантов анкет, шкал для упрощения постановки диагноза ГБ и оценки эффективности лечения. Анализ интенсивности ГБ во время приступов мигрени – важная составляющая диагностики. Для измерения болевого синдрома используется визуальная аналоговая шкала (ВАШ) [18]. Анкета ID – мигрень рекомендована Международными критериями диагностики ГБ как стандарт и инструмент быстрой диагностики. Она характеризуется диагностической точностью, быстротой, простотой и легкостью заполнения [19]. Пациент отвечает только на 3 вопроса: сопровождалась ли ГБ за последние 3 мес тошнотой и (или) рвотой? Непереносимостью света и звуков? Ограничивала ли ГБ работоспособность, учебу или повседневные дела, как минимум, на 1 день? При ответе «да» хотя бы на 2 вопроса вероятность наличия мигрени достигает 93%. Заключение основано на 13 исследованиях, в которые были включены 5866 пациентов.

Для оценки качества лечения мигрени внедрена анкета TOQ (Treatment Optimization Questionnaire). Шкала МИДАС дает информацию о снижении функциональной активности при мигрени и т.д. Критерием оценки по шкале МИДАС является общее число дней со сниженной или утраченной трудоспособностью. Если число дней со сниженной функциональной активностью за 3 мес не превысило 20, констатируют умеренную степень потери работоспособности; если оно больше 20, считают степень снижения трудоспособности выраженной [20]. Шкала МИДАС используется для оценки нетрудоспособности, связанной с мигренью: I степень – минимальная (1–5 баллов); II степень – легкая (6–10 баллов); III степень – средняя (11–19 баллов); IV степень – выраженная нетрудоспособность (20 баллов и более). Шкалу МИДАС рекомендуют использовать не только для оценки степени снижения работоспособности и качества жизни пациента, но и для принятия решения о назначении терапии триптанами [21].

В Центрах головной боли в разных странах в течение нескольких десятков лет использовались различные дневники ГБ. В Международном проекте EuroHead, в котором приняли участие 20 Центров головной боли в 13 странах, прошел апробацию дневник ГБ на 1 мес [22]. Дневник внедрен в практику в России и дает врачу возможность дифференцировать разные варианты ГБ, анализировать число приступов и провоцирующие факторы, а также эффективность терапии [23]. Первичную апробацию в госпитале Мондино (Италия) прошел электронный дневник ГБ. Он оказался эффективным при амбулаторном наблюдении пациентов с такой сложной формой заболевания, как абузусная ГБ, в течение более 500 дней после курса стационарного лечения. Комплаентность при ведении электронного дневника выше таковой при использовании дневника в бумажном варианте. Электронный дневник удобен для пациентов и позволил врачу контролировать ситуацию с пациентом в режиме реального времени [24].

В настоящее время специалист по ГБ, невролог, семейный врач располагают достаточным арсеналом инструментов для постановки правильного диагноза при ГБ – от МКГБ-3, разных анкет, шкал и дневников до таких современных методов исследованиями головного мозга, как МРТ и ПЭТ.

Литература

1. Salomon J., Vos T., Hogan D., Gagnon M. et al. Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet*. – 2012; 380 (9859): 2129–44.
2. Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. Мигрень / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011 ; 620 с.
3. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. и др. Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия. Руководство для врачей / М.: МЕД пресс-информ, 2011; 265 с.
4. Vos T., Flaxman A., Naghavi M. et al. Years lived with disability (YLD) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet*. – 2012; 380: 2163–96.
5. Pascual J., Lainez M., Baos V. et al. Predictive model for the migraine-ACT questionnaire in primary care // *Curr. Med. Res. Opin.* – 2007; 23: 3033–9.
6. Stovner L., Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project // *J. Headache Pain.* – 2010; 11: 289–99.
7. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A. et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: A countrywide survey // *Cephalalgia*. – 2012; 32: 373.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. // *Cephalalgia*. – 2013; 33 (9): 629–808.
9. Амелин А.В., Богданова Ю.Н., Корешкина М.И. и др. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли // *Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова*. – 2011; 111: 4: 69–71.
10. Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения // *Анналы клин. и экспер. неврол.* – 2012; 6 (2): 16–21.
11. Knackstedt H., Bansevicius D., Aaseth K. et al. Cervicogenic headache in the general population: The Akershus study of chronic headache // *Cephalalgia*. – 2010; 30 (12): 1468–76.
12. Antonaci F., Fredriksen T., Sjaastad O. Cervicogenic headache: Clinical presentation, diagnostic criteria, and differential diagnosis // *Curr. Pain Headache Rep.* – 2001; 5: 387–92.
13. Корешкина М.И., Осипова В.В., Трофимова Т.Н. и др. Роль МРТ в диагностическом алгоритме мигрени, выявленные изменения // *Уральский мед. журн.* – 2013; 1: 25–32.
14. Осипова В.В., Корешкина М.И. Роль дополнительных методов исследования в диагностике первичных и вторичных форм головной боли // *Неврол. журн.* – 2013; 1: 4–9.
15. Eller M., Goadsby P. MRI in headache // *Expert Review Neurother.* – 2013; 13 (30): 263–73.
16. Howard L., Wessely S., Leese M. et al. Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. – 2005; 76 (11): 1558–64.
17. Лебедева Е.Р., Гурарий Н.М., Сакович В.П. и др. Повышенная встречаемость мигреней у больных с интракраниальными аневризмами // *Уральский мед. журн.* – 2013; 1: 5–14.
18. Loder E., Burch R. Measuring pain intensity in headache trials: which scale to use? // *Cephalalgia*. – 2012; 32 (3): 179–82.
19. Cousins G., Hijazze S., Van de Laar F. et al. Diagnostic Accuracy of the ID Migraine: A Systematic Review and Meta-Analysis .Headache // *The Journal of Head and Face Pain*. – 2011; 51 (7): 1140–8.
20. Stewart W., Lipton R., Dowson A. et al. Development and testing of the migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire to assess headache-related disability // *Neurology*. – 2001; 56: 20–8.
21. Bigal M., Buse D., Chen Y. et al. Rates and Predictors of Starting a triptan: Results From the American Migraine Prevalence and Prevention Study // *Headache*. – 2010; 50: 1440–8.
22. Jensen R., Tassorelli C., Rossi P. et al. The Basic Diagnostic Headache Diary Study Group. A basic diagnostic headache diary (BDHD) is well accepted and useful in the diagnosis of headache // *Cephalalgia*. – 2011; 31 (15): 1549–60.
23. Корешкина М.И. Использование дневника головной боли в диагностике и лечении мигрени // *Фарматека*. – 2011; 19 (232): 55–60.
24. Allena M., Cuzzoni M., Tassorelli C. et al. An electronic diary on a palm device for headache monitoring: a preliminary experience // *J. Headache Pain*. – 2012; 13: 537–41.

NEW POSSIBILITIES OF MIGRAINE DIAGNOSIS

M. Koreshkina, Candidate of Medical Sciences
Pain Management Center, Scandinavia Clinic, Saint Petersburg

According to the World Health Organization data, migraine ranks third (14.4%) in its population-based prevalence in the world. The International Classification of Headache, 3rd Edition (2013), provides a useful guide to its diagnosis and differential diagnosis. Current diagnostic techniques, such as magnetic resonance imaging, yield additional information that is useful for the diagnosis of headache.

Key words: migraine; International Classification of Headache, 3rd Edition; diagnosis of migraine.