

# терапія діабетического сахарного діабета

в ліченні ДН забезпечує і суточна доза 600 мг при пероральному прийомі.

Як уже відзначалося раніше, в дослідженні START ми вивчали ефективність найбільш широко застосованого в Україні препарату  $\alpha$ -ліпоевої кислоти – Берлітіону. Однією з наших задач було оцінити його вплив на вираженість неврологічних симптомів при різній тривалості СД і ДН.

Берлітіон® призначали за традиційною схемою: 600 ЕД в 200 мл 0,9% NaCl в течение 30-45 мин внутрішньовенно крапельно 1 раз в сутки курсом 10-15 інфузій; далі по 600 мг/сут перорально не менше 2 місяців.

Дослідження показало, що вже через 2 тижні лікування препаратом

• Серед суб'єктивних симптомів ДН найбільш виражені біль і онеміння. Спеціальні шкали (TSS, NSS) дозволяють швидко і ефективно оприлюдити ступінь тяжкості ДН.

• Для моніторингу течення ДН у пацієнтів з тривалістю СД більше 15 років і/або ДН більше 7 років необхідно використовувати шкалу NDS, що дозволяє більш об'єктивно оцінювати неврологічні порушення.

• Берлітіон® – ефективне патогенетичне засіб для лікування ДН (зниження вираженості симптомів приблизительно на 75% по шкалам TSS і NSS) при курсі лікування не менше 2 місяців.

В дослідженні показана висока безпека препарату Берлітіон® – не зафіксовано ні одного випадку

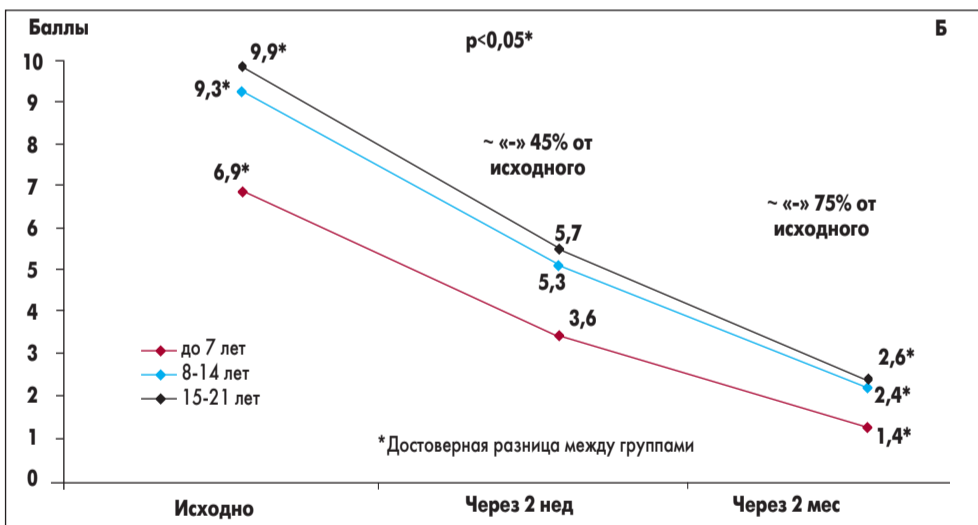
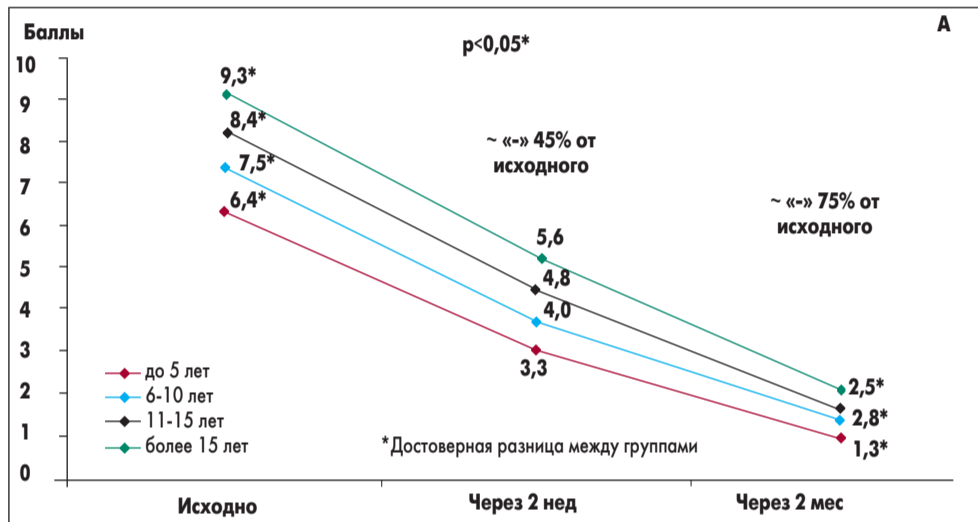


Рис. 2. Вираженість симптомів ДН по шкалі TSS на фоні терапії препаратом Берлітіон® в залежності від тривалості СД (А) і тривалості ДН (Б)

Берлітіон® (після завершення курсу парентерального застосування) вираженість суб'єктивних симптомів ДН по шкалі TSS зменшилася приблизительно на 45% незалежно від тривалості СД. А через 2,5 місяця (після повного курсу терапії) це зниження склало в середньому 75%. Виразне і сопоставиме зниження показателя по шкалі TSS також було відзначено во всіх підгрупах пацієнтів по тривалості ДН (рис. 2). Подібні результати отримані і в відношенні зменшення неврологічного дефіциту.

Результати дослідження START дозволили зробити наступні висновки.

• Вираженість симптомів ДН і особливо неврологічного дефіциту корелює з тривалістю СД.

тяжких побічних ефектів; 1,2% випадків болезненного введення препарату були пов'язані з порушенням техніки і швидкості введення. Що стосується заявлених відносно більшій або меншій безпеки різних солей  $\alpha$ -ліпоевої кислоти, то вони є не більш ніж маркетинговим ходом окремих фармацевтичних компаній, не підкріпленим ні результатами клінічних досліджень, ні висновками регуляторних органів США, ЄС і України.

У пацієнтів з тривалістю СД більше 10 років і/або ДН більше 7 років слід розглянути можливість продовження курсу терапії препаратом Берлітіон® в дозі 600 мг до 4-6 місяців.

Підготувала **Наталья Мищенко**



О.Г. Морозова, д.м.н., професор, завідувача кафедри рефлексотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти

## Мігрень в Міжнародній класифікації головної болю: діагностическі критеріи в допомогу практикуючому лікарю

Продолжение. Начало в № 4/2010.

### 1.2. Мігрень з аури

Раніше використовувалися терміни: «класическа мігрень», «асоційована мігрень», «офтальміческа, геміпарестетическа або афатическа мігрень», «осложненная мігрень».

Слід звернути увагу, що в даній класифікації офтальмоплегическа мігрень кодифікується в рубриці 13.17.

Мігрень з аури – розлад, що проявляється повторюючимися епізодами оборотимих локальних неврологічних симптомів (аури), звичайно наростаючих в течение 5-20 мин і продовжуючихся не більше 60 мин. Головна біль з характеристиками мігрені без аури, як правило, слід за симптомами аури. В рідких випадках головна біль може відсутувати повністю або не мати мігренозних черт.

#### Діагностическі критеріи:

А. По меншій мірі два приступи, відповідаючі критерію В.

В. Мігренозна аура, відповідаюча критеріям В і С для одного з типів 1.2.1-1.2.6.

С. Не пов'язана з іншими причинами (порушеннями).

Пункт С передбачує, що анамнез, фізикальний і неврологічний огляди не передбачають наявності розладу, перелічених в розділах 5-12, або анамнез, фізикальний і/або неврологічний огляди передбачають наявність одного з таких розладу, але виключено додатковими методами дослідження, або таке розладу присутствує, однак приступи головної болю вперше виникли незалежно від нього.

Аура – комплекс неврологічних симптомів, що виникають безпосередньо перед або в самому початку мігренозної головної болю.

В класифікації наведено роз'яснення, що стосується поєднання у пацієнтів різних видів приступів. Так, якщо пацієнти з частими приступами мігрені з аури також мають приступи мігрені без аури, то використовуються дві кодифікації – «1.2. Мігрень з аури» і «1.1. Мігрень без аури».

Продромальні симптоми можуть виникати за кілька годин або 1-2 сут до приступу мігрені (з аури або без аури). Продром включає різні поєднання таких симптомів, як слабкість, труднощі концентрувати увагу, напруження в області м'язів шиї, підвищена чутливість до світла і звуку, роздриття, нудота, розмитість зору, запам'ятовування і блідість шкіри. Не слід плутати продромальні симптоми з мігренозною аури.

В більшості випадків мігренозна аура поєднується з головною боллю, що відповідає діагностическим критеріям «1.1. Мігрень без аури». Тому виділено підтип «1.2.1. Типічна аура з мігренозною головною боллю». Іноді мігренозна аура поєднується з головною боллю, яка не відповідає критеріям «1.1. Мігрень без аури» або не супроводжується головною боллю. Ці два клініческі варіанти також виділені в окремі підтипи.

Аура, аналогічна мігренозній, була описана і при інших формах головної болю, наприклад при пучкової головної болю. Механізми, що об'єднують ауру і



О.Г. Морозова

симптоми головної болю, до кінця не вивчені.

Перед симптомами аури або одночасно з їх виникненням відзначається зниження регіонального церебрального кровотоку в зоні кори головного мозку, що відповідає зоні, відповідальній за симптоми аури, або декілька більшої по площі. Зниження кровотоку, як правило, починається з задніх відділів і потім розповсюджується вперед, звичайно не досягаючи ступеня ішемії. Після одного або декількох годин гіперперфузії змінюється підвищенням кровенаповнення в тій же області.

Слід звернути увагу на те, що в МКГБ-2 відбулися зміни порівняно з МКГБ-1 в рубриці, що стосується мігрені з аури. По мненню авторів класифікації, розділення мігрені со зрительної аури і геміпарестетическої мігрені представляється штучним і в нинішній класифікації не застосовується, так як систематическі дослідження показали, що у багатьох пацієнтів поряд з зрительними симптомами виникають симптоми в кінцівках, і навпаки. При цьому пацієнти з двигателними порушеннями (слабкістю в кінцівках) кодифікуються окремо як підтип з домінуючим типом успадкування «1.2.4. Семейная геміплегическа мігрень», яка має специфіческі клініческі проявлення. Генетическі механізми, що лежать в основі мігрені без аури і семейної геміплегическої мігрені, не встановлені.

В першому виданні класифікації в рубриці «Мігрень з аури» були включені підтипи мігрені з пролонгованою аури і мігрені з раптово почавшою аури. В даному варіанті класифікації ці підтипи виключені. Якщо все ж у пацієнта виникає приступ, в час якого аура починається раптово або триває довше відповідуючих часових критеріїв, то такі приступи слід кодифікувати як «1.6.2. Возможная мігрень з аури», указав атипичний характер аури (пролонгована або з раптовим початком).

#### 1.2.1. Типічна аура з мігренозною головною боллю

К типічній аури відносяться зрительні і/або чутливісескі симптоми і/або речеві порушення з поступовим розвитком симптомів, продовжителюстю не більше 1 ч, поєднанням позитивних і негативних симптомів, повною оборотимістю

Продолжение на стр. 16.

**О.Г. Морозова, д.м.н., професор, завідувача кафедри рефлексотерапії Харківської медичної академії післядипломного образования**

## Мігрень в Міжнародній класифікації головної болю: діагностичні критерії в допомогу практикуючому лікарю

Продолжение. Начало на стр. 15.

симптоматики, которые сочетаются с головной болью и отвечают критериям «1.1. Мигрень без ауры».

### Диагностические критерии:

А. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям В-D.

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

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

2) полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущение покалывания) и/или негативные (онемение);

3) полностью обратимые нарушения речи.

С. По меньшей мере два из нижеперечисленных:

1) гомонимные зрительные нарушения и/или односторонние чувствительные симптомы;

2) как минимум один симптом ауры постепенно развивается в течение не менее 5 мин, и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 мин;

3) каждый симптом имеет продолжительность не менее 5, но не более 60 мин.

Д. Головная боль, соответствующая критериям В-D для «1.1. Мигрень без ауры», начинается во время ауры или в течение 60 мин после ее начала.

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

Данный критерий означает, что анамнез, физикальный и неврологический осмотры не предполагают наличие расстройств, перечисленных в разделах 5-12, или анамнез, физикальный и/или неврологический осмотры предполагают наличие одного из таких расстройств, но оно исключено дополнительными методами исследования, или такое расстройство присутствует, однако приступы головной боли впервые возникли независимо от него.

Примечания к классификации также предусматривают, что у пациентов может возникать также нечеткость (размытость) или потеря центрального зрения. Подтип 1.2.1, по мнению экспертов, — наиболее распространенная разновидность мигрени с аурой. Для постановки диагноза обычно достаточно данных анамнеза, однако следует помнить, что аналогичные симптомы могут возникать при вторичных формах головной боли, например при артериовенозных мальформациях и эпилептических припадках.

Зрительная аура наиболее распространена и часто проявляется в виде зигзагообразной светящейся линии, фронт которой постепенно распространяется в поле зрения вправо или влево, оставляя за собой различной степени абсолютную или относительную слепоту. В других случаях скотома может иметь острое начало, не сопровождаться позитивными симптомами и постепенно прогрессировать.

Следующие по частоте за зрительными симптомами — чувствительные проявления в виде ощущения покалывания, которое медленно распространяется от места появления, захватывая более или менее обширную зону на одной половине тела и лица. В конце может возникать чувство онемения; в ряде случаев онемение может быть единственным симптомом чувствительной ауры. Реже возникают нарушения речи по типу дисфазии.

Еще раз следует обратить внимание на то, что при наличии двигательных нарушений (моторной слабости) используется кодировка «1.2.4. Семейная гемиплегическая мигрень» или «1.2.5. Спорадическая гемиплегическая мигрень».

Симптомы, как правило, следуют один за другим. Сначала возникают зрительные симптомы, затем сенсорные и речевые, однако возможна и другая последовательность. Довольно часто пациенты не могут точно описать свою ауру; в этом случае следует обучить пациентов регистрировать симптомы ауры и время их появления в дневнике. После такого проспективного наблюдения часто удается прояснить клиническую картину ауры. Наиболее частые ошибки интерпретации пациентами своих ощущений включают неверную трактовку локализации головной боли (односторонняя, двусторонняя), внезапности появления симптомов, которые в действительности возникают последовательно, жалобы на монокулярные зрительные расстройства, когда на самом деле имеют место гомонимные нарушения, неверную трактовку продолжительности ауры, а также когда сенсорные нарушения ошибочно трактуются пациентами как слабость. В связи с этим ведение дневника имеет большое диагностическое значение.

### 1.2.2. Типичная аура с немигренозной головной болью

Приступ следует отнести к данному подтипу, если пациент имеет типичную ауру, включающую зрительные и/или чувствительные симптомы и/или речевые нарушения с постепенным развитием симптомов, продолжительностью не более 1 ч, сочетанием позитивных и негативных симптомов, полной обратимостью симптоматики и сочетающуюся с головной болью, которая не отвечает критериям «1.1. Мигрень без ауры».

#### Диагностические критерии:

А. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям В-D.

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

1) полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (нарушение зрения — снижение остроты или выпадение полей зрения);

2) полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущение покалывания) и/или негативные (онемение);

3) полностью обратимые нарушения речи.

С. По меньшей мере два из нижеперечисленных симптомов:

1) гомонимные зрительные нарушения (дополнительно могут возникать нечеткость (размытость) или потеря центрального зрения) и/или односторонние чувствительные симптомы;

2) как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 мин и/или различные симптомы ауры возникают последовательно в течение не менее 5 мин;

3) каждый симптом длится не менее 5, но не более 60 мин.

Д. Головная боль, не соответствующая критериям В-D для «1.1. Мигрень без ауры», начинается во время ауры или в течение 60 мин после ее начала.

Е. Не связана с другими причинами (анамнез, физикальный и неврологический осмотры не предполагают наличие расстройств, перечисленных в разделах 5-12, или анамнез, физикальный и/или неврологический осмотры предполагают наличие одного из таких расстройств, но

оно исключено дополнительными методами исследования, или такое расстройство присутствует, однако приступы головной боли впервые возникли независимо от него).

При отсутствии головной боли, соответствующей критериям «1.1. Мигрень без ауры», чрезвычайно важной является точная характеристика ауры и дифференциальная диагностика с серьезными заболеваниями, которые могут сопровождаться похожими симптомами (например, с транзиторной ишемической атакой).

### 1.2.3. Типичная аура без головной боли

К данному подтипу могут быть отнесены приступы, сопровождающиеся типичной аурой, включающей зрительные и/или чувствительные симптомы, с речевыми нарушениями или без них, с постепенным развитием симптомов, продолжительностью не больше 1 ч, сочетанием позитивных и негативных симптомов, полной обратимостью неврологической симптоматики и не сочетающиеся с головной болью.

#### Диагностические критерии:

А. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям В-D.

В. Аура включает по меньшей мере один из следующих симптомов с речевыми нарушениями или без них и без двигательной слабости:

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

2) полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущение покалывания) и/или негативные (онемение);

3) полностью обратимые нарушения речи.

С. По меньшей мере два из нижеперечисленных симптомов:

1) гомонимные зрительные нарушения и/или односторонние чувствительные симптомы;

2) как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 мин, и/или различные симптомы ауры возникают последовательно в течение 5 мин и более;

3) каждый симптом длится не менее 5, но не более 60 мин.

Д. Ни во время ауры, ни в течение 60 мин после нее головная боль не возникает.

Е. Не связана с другими причинами.

Следует также учитывать, что у пациентов дополнительно могут возникать нечеткость (размытость) или потеря центрального зрения.

Поскольку данные приступы следует дифференцировать с транзиторными ишемическими атаками, важным является следующий диагностический критерий: анамнез, физикальный и неврологический осмотры не предполагают наличие расстройств, перечисленных в разделах 5-12, или анамнез, физикальный и/или неврологический осмотры предполагают наличие одного из таких расстройств, но оно исключено дополнительными методами исследования, или такое расстройство присутствует, однако приступы головной боли впервые возникли независимо от него.

У многих пациентов за типичной аурой следует мигренозная головная боль, но у некоторых аура сочетается с немигренозной головной болью или не сопровождается ею. У небольшого количества пациентов встречается исключительно «1.2.3. Типичная аура без головной боли».

Нередко с годами у пациентов с «1.2.1. Типичная аура с мигренозной головной болью» головная боль может утрачивать мигренозные черты или исчезать совсем. У некоторых пациентов, преимущественно мужчин, изначально имеется «1.2.3. Типичная аура без головной боли».

При отсутствии головной боли, соответствующей критериям «1.1. Мигрень без ауры», чрезвычайно важной является точная характеристика ауры и дифференциальная диагностика с серьезными

заболеваниями, которые могут сопровождаться похожими симптомами (например, с транзиторной ишемической атакой).

Такая диагностика, направленная на исключение других органических заболеваний, может потребовать дополнительных исследований, особенно в тех случаях, когда аура впервые возникает после 40 лет, когда доминируют симптомы выпадения (например, гемипареза) или в случае пролонгированной или, напротив, очень кратковременной ауры.

### 1.2.4. Семейная гемиплегическая мигрень

Описание: мигрень с аурой, включающей моторную слабость, а также наличие по меньшей мере одного родственника первой или второй степени родства с аналогичной аурой, сочетающейся с моторной слабостью.

#### Диагностические критерии:

А. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям В и С.

В. Аура включает полностью обратимую моторную слабость и по меньшей мере один из перечисленных ниже симптомов:

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

2) полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущение покалывания) и/или негативные (онемение);

3) полностью обратимые нарушения речи.

С. Имеются по меньшей мере два из нижеперечисленных признаков:

1) как минимум один и/или различные симптомы ауры постепенно или последовательно развиваются в течение не менее 5 мин;

2) каждый симптом длится не менее 5, но не более 60 мин;

3) головная боль, соответствующая критериям В-D для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 мин после ее начала.

Д. По меньшей мере у одного родственника первой или второй степени родства имеются приступы, соответствующие критериям А-Е.

Е. Аура не связана с другими причинами (нарушениями).

При этом анамнез, физикальный и неврологический осмотры не предполагают наличие расстройств, перечисленных в разделах 5-12, или анамнез, физикальный и/или неврологический осмотры предполагают наличие одного из таких расстройств, но оно исключено дополнительными методами исследования, или такое расстройство присутствует, однако приступы головной боли впервые возникли независимо от него.

Результаты недавних генетических исследований позволили дать более полную характеристику семейной гемиплегической мигрени. Были выделены специфические генетические подтипы семейной гемиплегической мигрени: СГМ1, при которой имеется мутация гена CACNA1F на 19 хромосоме, и СГМ2 с мутацией гена ATP1A2 на 1 хромосоме. При наличии результатов генетического исследования подтип генетического нарушения следует указать рядом с кодировкой диагноза. Показано, что СГМ1 наряду с типичной аурой часто сопровождается симптомами базиллярной мигрени и всегда сопровождается головной болью.

Приступ СГМ1 может сопровождаться нарушением сознания (вплоть до комы), лихорадкой, плеоцитозом ликвора; провокатором приступа может быть легкая травма головы. Примерно у 50% пациентов с СГМ1 независимо от приступов мигрени развивается хроническая прогрессирующая церебеллярная атаксия.

Симптомы СГМ нередко ошибочно принимаются за эпилепсию (и лечатся как она).

### 1.2.5. Спорадическая гемиплегическая мигрень

К данному подтипу относится мигрень с аурой, включающей моторную слабость,

однако ни у одного из родственников первой или второй степени родства нет аналогичной ауры, сочетающейся с моторной слабостью.

#### Диагностические критерии:

А. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям В и С.

В. Аура включает полностью обратимую моторную слабость и по меньшей мере один из перечисленных ниже симптомов:

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

2) полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущение покалывания) и/или негативные (онемение);

3) полностью обратимые нарушения речи.

С. По меньшей мере два из нижеперечисленных признаков:

1) как минимум один и/или несколько симптомов ауры постепенно развиваются или последовательно возникают на протяжении не менее 5 мин;

2) каждый симптом имеет продолжительность не менее 5, но не больше 60 мин;

3) головная боль, соответствующая критериям В-D для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 мин после ее начала.

Д. Ни у одного из родственников первой или второй степени родства нет приступов, соответствующих настоящим критериям А-Е.

Е. Головная боль не связана с другими причинами (анамнез, физикальный и неврологический осмотры не предполагают наличие расстройств, перечисленных в разделах 5-12, или анамнез, физикальный и/или неврологический осмотры предполагают наличие одного из таких расстройств, но оно исключено дополнительными методами исследования, или такое расстройство присутствует, однако приступы головной боли впервые возникли независимо от него).

Сегодня, по данным эпидемиологических исследований, частота спорадической и семейной форм мигрени сопоставима. Клинические проявления приступов спорадической гемиплегической мигрени и семейной гемиплегической мигрени также схожи. Наличие спорадической формы всегда является основанием для проведения нейровизуализационных исследований с целью исключения других причин клинических проявлений. Спорadicкая гемиплегическая мигрень чаще встречается у мужчин и нередко сочетается с преходящим гемипарезом и афазией.

#### 1.2.6. Мигрень базилярного типа

Ранее используемые термины: «мигрень базилярной артерии», «базилярная мигрень».

Описание: мигрень с симптомами ауры, происходящими из ствола мозга и/или обоих полушарий, не сопровождающаяся моторной слабостью.

#### Диагностические критерии:

А. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям В-D.

В. Аура включает по меньшей мере два из перечисленных ниже полностью обратимых симптома, исключая моторную слабость:

1) дизартрия;

2) головокружение;

3) шум в ушах;

4) гипоакузия;

5) двоение;

6) зрительные нарушения, возникающие одновременно как в височных, так и носовых полях зрения обоих глаз;

7) атаксия;

8) нарушение сознания;

9) двусторонние парестезии.

С. По меньшей мере один из нижеперечисленных признаков:

1) как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 мин, и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 мин;

2) каждый симптом длится не меньше 5, но не больше 60 мин.

Д. Головная боль, соответствующая критериям В-D для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 мин после ее начала.

Е. Не связана с другими причинами (анамнез, физикальный и неврологический осмотры не предполагают наличие расстройств, перечисленных в разделах 5-12, или анамнез, физикальный и/или неврологический осмотры предполагают наличие одного из таких расстройств, но оно исключено дополнительными методами исследования, или такое расстройство присутствует, однако приступы головной боли не связаны с ним).

Приступы мигрени базилярного типа чаще возникают у молодых людей. У многих пациентов наряду с приступами мигрени базилярного типа отмечаются приступы с типичной аурой. В этом случае следует использовать обе кодировки.

При наличии моторной слабости используется кодировка «1.2.4. Семейная гемиплегическая мигрень» или «1.2.5. Спорadicкая гемиплегическая мигрень».

Поскольку симптомы базилярного типа обнаруживаются у 60% пациентов с «1.2.4. Семейная гемиплегическая мигрень», диагноз «1.2.6. Мигрень базилярного типа» ставится только в том случае, если моторная слабость отсутствует.

Многие симптомы, которые относятся к критерию В, нередко являются спутниками тревоги и гипервентиляции и могут создавать предпосылки для гипердиагностики мигрени базилярного типа.

В настоящее время термин «мигрень базилярного типа» является более предпочтительным, чем использовавшиеся ранее «мигрень базилярной артерии» или «базилярная мигрень», поскольку участие базилярной артерии до сих пор нельзя считать доказанным.

### 1.3. Периодические синдромы детского возраста, часто предшествующие мигрени

#### 1.3.1. Циклическая рвота

Циклическая рвота — эпизодический синдром детского возраста, чередующийся с периодами совершенно нормального самочувствия. Клинические проявления при циклической рвоте напоминают сопутствующие симптомы приступа мигрени. Многочисленные исследования последних лет показали, что циклическая рвота и мигрень тесно связаны между собой. К данному подтипу относятся эпизодически повторяющиеся стереотипные для каждого пациента приступы сильной тошноты и рвоты. Приступы, как правило, сопровождаются бледностью кожных покровов и сонливостью. Между приступами состояние пациентов не нарушено.

#### Диагностические критерии:

А. По меньшей мере пять приступов, отвечающих критериям В и С.

В. Эпизодические стереотипные для каждого пациента приступы сильной тошноты и рвоты, продолжающиеся от 1 ч до 5 сут.

С. Приступ рвоты возникает по меньшей мере 4 раза в час на протяжении как минимум часа.

Д. Между приступами состояние не нарушено.

Е. Приступы тошноты и рвоты не связаны с другими причинами (анамнез и физикальный осмотр не выявляют признаков желудочно-кишечного заболевания).

#### 1.3.2. Абдоминальная мигрень

Повторяющееся идиопатическое расстройство, встречающееся преимущественно у детей и проявляющееся приступами срединной боли в животе продолжительностью 1-72 ч; между приступами состояние пациентов не нарушено. Боль имеет умеренную или выраженную интенсивность и сопровождается вазомоторными симптомами, тошнотой и рвотой. Боль настолько интенсивна, что нарушает обычную ежедневную активность.

У подавляющего большинства детей с абдоминальной мигренью позднее развиваются мигренозные головные боли.

#### Диагностические критерии:

А. По меньшей мере пять приступов, отвечающих критериям В-D.

В. Приступы абдоминальной боли продолжительностью 1-72 ч (без лечения или при неэффективном лечении).

С. Абдоминальная боль сопровождается всеми из нижеперечисленных характеристик:

1) локализация по средней линии, вокруг пупка или труднолокализуемая;

2) тупой характер;

3) умеренная или выраженная интенсивность.

Д. Приступ абдоминальной боли сопровождается по меньшей мере двумя из нижеперечисленных симптомов:

1) анорексия;

2) тошнота;

3) рвота;

4) бледность.

Следует помнить, что дети не всегда могут отличить анорексию от тошноты. Бледность нередко сопровождается темными кругами под глазами. У некоторых пациентов основным вазомоторным симптомом является покраснение лица.

Е. Боль не связана с другими причинами (анамнез и физикальный осмотр не выявляют признаков желудочно-кишечного или почечного заболевания, или такое заболевание исключено в ходе соответствующего обследования).

#### 1.3.3. Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста

Приступы проявляются повторяющимися кратковременными эпизодами головокружения, которые внезапно возникают у здоровых детей и так же внезапно проходят.

#### Диагностические критерии:

А. По меньшей мере пять приступов, отвечающих критерию В.

В. Множественные эпизоды интенсивного головокружения продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов, возникающие и проходящие внезапно.

С. Нормальный неврологический статус, вестибулярная функция и результаты аудиометрии в межприступном периоде.

Д. Нормальные результаты электроэнцефалограммы (ЭЭГ).

Доброкачественное пароксизмальное головокружение часто сочетается с нистагмом или рвотой; во время некоторых приступов может возникать пульсирующая головная боль.

#### 1.4. Ретинальная мигрень

К ретинальной мигрени относятся повторяющиеся приступы монокулярного расстройства зрения, включающие скинтиляции (мерцание), скотому или слепоту и сочетающиеся с мигренозной головной болью.

#### Диагностические критерии:

А. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям В и С.

В. Полностью обратимые позитивные и/или негативные зрительные симптомы в одном глазу (скинтиляции, скотома или слепота), подтвержденные данными объективного осмотра во время приступа или рисунками пациента, изображающими зрительный дефект.

С. Головная боль, соответствующая критериям В-D для мигрени без ауры, начинается во время зрительных симптомов или в течение 60 мин после их начала.

Д. Нормальные результаты офтальмологического исследования в межприступном периоде.

Е. Боль не связана с другими причинами (соответствующие исследования исключают другие причины преходящей монокулярной слепоты).

У некоторых пациентов, жалующихся на монокулярное нарушение зрения, в действительности имеется гемипанопсия. Отмечено несколько случаев монокулярных зрительных нарушений без головной

боли, однако их мигренозная природа не была доказана. Необходимо также исключить другие причины преходящей монокулярной слепоты (amaurosis fugax), такие как невротия зрительного нерва или расслоение сонной артерии.

### 1.5. Осложнения мигрени

Комментируя данную рубрику, следует отметить, что предшествующий клинический вариант мигрени и ее осложнение следует кодировать отдельно.

#### 1.5.1. Хроническая мигрень

К хронической мигрени относится мигренозная головная боль, возникающая в течение 15 или более дней в месяц на протяжении более чем 3 мес при отсутствии злоупотребления лекарственными препаратами (лекарственный абюзус).

#### Диагностические критерии:

А. Головная боль, отвечающая критериям С и D для мигрени без ауры и возникающая в течение не менее 15 дней в месяц на протяжении более 3 мес.

В. Не связана с другими причинами (анамнез, физикальный и неврологический осмотры не предполагают наличие расстройств, перечисленных в разделах 5-12, или анамнез, физикальный и/или неврологический осмотры предполагают наличие одного из таких расстройств, но оно исключено дополнительными методами исследования, или такое расстройство присутствует, однако приступы головной боли впервые возникли независимо от него).

При наличии избыточного применения лекарственных препаратов, отвечающего критерию В любого из подтипов «8.2. Головная боль при избыточном применении (злоупотреблении) лекарственных препаратов (абюзусная головная боль)», решение о соответствии головной боли критерию В для «1.5.1. Хроническая мигрень» может быть принято, если двухмесячная отмена лекарственного препарата не вызвала облегчения головной боли.

По мнению экспертов, большинство случаев хронической мигрени начинаются как мигрень без ауры, поэтому хронизация может рассматриваться как осложнение периодической мигрени.

По мере хронизации головная боль утрачивает эпизодический характер, хотя в некоторых случаях периодичность приступов сохраняется, но они возникают чаще. При наличии абюзуса, как правило, именно он является фактором хронизации головной боли. В этом случае следует применить тройную кодировку, обозначив сначала исходный тип головной боли «1.1. Мигрень без ауры», затем «1.6.5. Возможная хроническая мигрень» и «8.2.7. Возможная абюзусная головная боль».

Если спустя 2 мес после отмены препарата, предположительно вызвавшего абюзус, головная боль по-прежнему соответствует критериям хронической мигрени, то диагноз «возможная абюзусная головная боль» следует отвергнуть и кодировать как хроническую мигрень плюс исходный тип мигрени (мигрень без ауры).

Если же на фоне отмены препарата в течение этих 2 мес наступает улучшение и заболевание перестает соответствовать вышеизложенным критериям, то следует отказаться от диагноза хронической мигрени и применить кодировку «абюзусная головная боль».

#### 1.5.2. Мигренозный статус

К мигренозному статусу относится приступ мигрени, длящийся более 72 ч.

#### Диагностические критерии:

А. Типичный для пациента приступ мигрени без ауры, который отличается от предыдущих только большей продолжительностью.

В. Головная боль сопровождается следующими симптомами:

1) не прекращается в течение более 72 ч;

2) имеет выраженную интенсивность.

С. Головная боль не связана с другими причинами.

Продолжение на стр. 18.

О.Г. Морозова, д.м.н., профессор, завідувача кафедри рефлексотерапії Харківської медичинської академії післядипломного образования

## Мігрень в Міжнародній класифікації головної болю: діагностичні критерії в допомогу практикуючому лікарю

Продолжение. Начало на стр. 15.

Прерывание боли на период сна, а также кратковременное облегчение после приема препаратов не исключают диагноза «1.5.2. Мигренозный статус». Нередко мигренозный статус может вызываться лекарственным абюзом, что должно быть отражено в кодировке.

Менее изнуряющие приступы продолжительностью более 72 ч, но соответствующие указанным диагностическим критериям, кодируются как «возможная мигрень без ауры».

### 1.5.3. Персистирующая аура без инфаркта

К данному подтипу относятся симптомы ауры, персистирующие больше недели, без нейровизуализационных признаков инфаркта мозга.

#### Диагностические критерии:

А. Настоящий приступ у пациента с мигренью с аурой является типичным и отличается от предыдущих только тем, что один или несколько симптомов ауры длятся больше недели.

В. Не связана с другими причинами.

Персистирующие симптомы ауры хоть и встречаются очень редко, но хорошо описаны в литературе. Чаще всего они являются двусторонними и возникают у пациентов эпизодически на протяжении многих месяцев или лет. Эффективное лечение до сих пор не найдено; в некоторых случаях положительный эффект оказывали ацетазолamid и вальпроевая кислота.

Для дифференциальной диагностики лейкоэнцефалопатии и «1.5.4. Мигренозный инфаркт» необходимо МРТ-исследование.

### 1.5.4. Мигренозный инфаркт

К мигренозному инфаркту следует отнести сочетание одного или более симптомов мигренозной ауры с ишемическим повреждением мозга, подтвержденным адекватными нейровизуализационными методами исследования.

#### Диагностические критерии:

А. Настоящий приступ у пациента с мигренью с аурой является типичным и отличается от предыдущих только тем, что один или несколько симптомов ауры имеют продолжительность более 60 мин.

В. Нейровизуализационные методы исследования выявили ишемический инфаркт в зоне, соответствующей клиническим симптомам ауры.

С. Не связана с другими причинами.

У больного мигренью возможно развитие ишемического инсульта, который может быть расценен как церебральный инфаркт другой этиологии, сочетающийся с мигренью, или как церебральный инфаркт другой этиологии с симптомами, напоминающими мигрень с аурой, или как церебральный инфаркт, развивающийся на фоне типичного приступа мигрени с аурой. Критериям мигренозного инфаркта отвечает только последний вариант.

В нескольких исследованиях было показано, что женщины с мигренью в возрасте до 45 лет имеют повышенный риск развития инсульта. Аналогичная связь мигрени и инсульта у женщин старшего возраста и у мужчин не подтверждена.

### 1.5.5. Припадок, вызванный мигренью

К данному подтипу относятся эпилептические припадки, вызванные мигренозной аурой и имеющие следующие диагностические критерии:

А. Мигрень, отвечающая критериям мигрени с аурой.

В. Припадок, отвечающий диагностическим критериям одного из типов эпилептического припадка и возникающий во время или в течение часа после мигренозной ауры. Мигрень и эпилепсия рассматриваются как клинические проявления

пароксизмального мозга. Мигреноподобные головные боли довольно часто наблюдаются после эпилептического припадка; припадки же могут возникать во время или после приступа мигрени. Последние были описаны у больных мигренью с аурой и иногда обозначаются как мигрень-эпилепсия.

### 1.6. Возможная мигрень

Ранее используемый термин: «мигренозное расстройство».

Описание: приступы и/или головные боли, отвечающие всем, кроме одного, диагностическим критериям подтипов мигрени, изложенным выше.

#### 1.6.1. Возможная мигрень без ауры

##### Диагностические критерии:

А. Приступы, отвечающие всем диагностическим критериям А-Д мигрени без ауры, кроме одного.

В. Не связана с другими причинами.

Если пациент соответствует критериям «1.5.1. Хроническая мигрень» или «1.5.2. Мигренозный статус», то не следует применять кодировку «1.6.1. Возможная мигрень без ауры».

#### 1.6.2. Возможная мигрень с аурой

##### Диагностические критерии:

А. Приступы, отвечающие всем, кроме одного, диагностическим критериям А-Д «1.1. Мигрень с аурой» или любого из ее подтипов.

В. Не связана с другими причинами.

Разделы «1.6.3. Возможные периодические синдромы детства, обычно предшествующие мигрени» и «1.6.4. Возможная ретинальная мигрень» пока не включены в классификацию.

#### 1.6.5. Возможная хроническая мигрень

##### Диагностические критерии:

А. Головная боль, отвечающая критериям С и D мигрени без ауры, в течение не менее 15 дней в месяц на протяжении более 3 мес.

В. Не связана с другими причинами (нарушениями), однако в настоящее время или в течение двух последних месяцев имело место злоупотребление лекарственными препаратами, отвечающее критерию В одного из типов «8.2. Абузусная головная боль». При этом анамнез, физикальный и неврологический осмотры предполагают наличие одного из таких расстройств, но оно исключено дополнительными методами исследования, или такое расстройство присутствует, однако приступы головной боли впервые возникли независимо от него.

**Факторы, ухудшающие течение мигрени.** Некоторые факторы могут ухудшать течение мигрени. Так, у пациента с мигренью такие факторы, как эмоциональный стресс, частое употребление алкогольных напитков, другие воздействия окружающей среды, могут вызвать продолжительное (в течение нескольких месяцев или лет) ухудшение течения заболевания в виде увеличения частоты и/или интенсивности приступов.

**Факторы, провоцирующие приступы мигрени (мигренозные триггеры).** У пациентов с мигренью провоцирующие факторы повышают вероятность приступов; обычно их воздействие проявляется в течение менее 48 ч. Несмотря на то что мигренозные триггеры хорошо изучены в ряде эпидемиологических (например, влияние менструации) и клинических (влияние аспартама, шоколада и др.) исследований, в каждом отдельном случае не всегда легко установить непосредственную причинную связь между провокатором и приступом мигрени.

Продолжение в следующем номере. 3

Д.В. Сергеев, М.А. Пирадов,

## Нейропротекция — В лечении

**В течение многих лет инсульт занимает лидирующие позиции среди причин заболеваемости, смертности и инвалидизации в мире. На долю ишемических нарушений мозгового кровообращения приходится около 80% всех видов инсульта. В настоящее время детально изучены этиологические факторы и патогенез церебральной ишемии, доступны передовые методы диагностики, позволяющие уже в первые минуты от начала заболевания не только получить подробную информацию о локализации и размерах очага, но и оценить жизнеспособность нейронов в зоне ишемического повреждения, а также выявить непосредственную причину развития ишемии. Однако невролог все еще практически лишен средств, способных эффективно воздействовать на уже сформировавшийся неврологический дефицит. Поэтому поиск методов лечения, позволяющих уменьшить медицинское и социальное бремя ишемического инсульта, является одним из приоритетных направлений современной ангионеврологии.**

### Патогенетические подходы к терапии ишемического инсульта

В основе патогенеза церебральной ишемии лежит гипоксия участка ткани мозга вследствие локального снижения мозгового кровотока, которая запускает каскад патофизиологических реакций, приводящих к торможению синтеза белка, деполаризации мембран и гибели нейронов. Причиной нарушения церебральной перфузии в большинстве случаев является окклюзия приносящего сосуда, например, вследствие атеросклеротического поражения экстракраниальных и крупных интракраниальных артерий в сочетании с тромбозом или тромбозом интракраниальных артерий. Выраженность и продолжительность дефицита кровотока определяет степень повреждающего действия ишемии и уровень активности нейронов. Доказана неоднородность зоны ишемии и существование в ней нейронов, которые подверглись обратимым изменениям и временно перестали функционировать, но не потеряли структурную целостность и способны возобновить свою деятельность при своевременном восстановлении адекватного уровня кровотока. Совокупность таких нейронов обозначается понятием «пенумбра». Именно предотвращение гибели жизнеспособных нейронов в зоне пенумбры является основной целью терапии при ишемическом инсульте. В соответствии с описанными представлениями в патогенетическом лечении острой фокальной ишемии головного мозга выделяют два основных направления: реперфузию, цель которой — устранение препятствия для кровоснабжения ткани мозга, и нейропротекцию, которая призвана нивелировать эффекты различных звеньев ишемического каскада в условиях отсутствия адекватного кровотока.

В настоящее время одним из одобренных методов терапевтического воздействия, эффективность которого при лечении ишемического инсульта была неоднократно доказана, является внутривенная тромболитическая терапия рекомбинантным тканевым активатором плазминогена (альтеплазой), проведенная в течение 3 ч от начала инсульта. Устранение препятствия для кровотока позволяет восстановить функционирование ишемизированной ткани, что в конечном счете выражается в более благоприятном исходе заболевания. В то же время широкому применению тромболитика препятствуют жесткие временные рамки и высокий риск

осложнений. Для преодоления этих препятствий требуется отлаженная схема транспортировки пациентов с инсультом и работы неврологической бригады. Дальнейшее развитие тромболитической терапии нацелено на накопление большего опыта таких вмешательств в клинической практике и выявление предикторов успешного исхода тромболитика, в том числе за пределами терапевтического окна. Усилия работающих в этом направлении исследователей сосредоточены на попытках достоверной визуализации пенумбры с помощью доступных в клинике методов (перфузионной и диффузионной МРТ, перфузионной КТ), однако в настоящее время высказывается мнение о необходимости выявления «субстрата» для тромболитика, то есть подтверждения окклюзии церебральной артерии, которая стала причиной развития инсульта. В отсутствие тромба целесообразность вмешательства ставится под сомнение. Делаются попытки увеличения терапевтического окна — на данный момент доказана эффективность и безопасность внутривенного тромболитика в срок до 4,5 ч от начала инсульта, однако одобрены только 3-часовой терапевтический интервал. Проводится исследование новых тромболитических препаратов, таких как десмотеплаза и тенектеплаза.

Важнейшим преимуществом другого направления лечения ишемического инсульта — нейропротекции — является ее относительная независимость от временных рамок и доступности методов нейровизуализации, что позволяет начинать лечение при первой же возможности. Действие нейропротекторных препаратов нацелено на различные звенья ишемического каскада. Многообразие патофизиологических изменений при ишемии обуславливает наличие более 1000 субстанций, которые, как предполагается, могут повлиять на выживаемость нейронов в условиях недостатка глюкозы и кислорода. Большая часть этих препаратов отсеивается еще на экспериментальном этапе разработки. Было проведено около 160 клинических исследований нейропротекторов, причем только четверть из них — это крупные исследования с участием свыше 200 пациентов. Подавляющему большинству препаратов на сегодняшний день не удалось продемонстрировать убедительное преимущество при лечении ишемического инсульта, что связано с неудовлетворительным дизайном доклинических исследований,