

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования Первый Московский
государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский университет)

Кафедра нервных болезней Института профессионального образования

ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ

Учебное пособие



Москва
«МЕДпресс-информ»
2021

УДК 618.2+618.63]:616.857-08

ББК 56.12+57.16М

Л53

Авторы:

Латышева Нина Владимировна – д.м.н., доцент кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова;

Филатова Елена Глебовна – д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова;

Артемко Ада Равильевна – д.м.н., доцент кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова;

Воробьева Юлия Дмитриевна – к.м.н., ассистент кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова;

Данилов Алексей Борисович – д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Рецензенты:

Колоколов Олег Владимирович – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой неврологии им. К.Н.Третьякова ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского;

Корешкина Марина Игоревна – д.м.н., врач-цефалголог, ООО «Ава-Петер».

Лечение мигрени во время беременности и лактации : учебное пособие / Н.В.Латышева, Е.Г.Филатова, А.Р.Артемко [и др.]. – Москва : МЕДпресс-информ, 2021. – 72 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-882-0.

В учебном пособии представлены данные о распространенности и особенностях течения мигрени в период беременности и лактации. Рассматриваются критерии диагноза, клиническая картина и течение мигрени без ауры и мигрени с аурой в период беременности. В учебном пособии подробно изложены правила купирования приступов мигрени в период беременности и подходы к профилактической терапии мигрени в этот период. Также в учебном пособии подробно рассмотрены правила купирования приступов мигрени в период лактации. Представлена информация о лечении мигрени в период грудного вскармливания и правилах приема препаратов для урежения приступов мигрени в этот период.

Учебное пособие предназначено для обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности 31.08.42 «Неврология». Учебное пособие может быть рекомендовано для слушателей программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки по специальности 31.08.42 «Неврология».

Рекомендовано Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» в качестве учебного пособия для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня ординатуры по специальности 31.08.42 «Неврология» (протокол №044 от 19 ноября 2020 г.).

УДК 618.2+618.63]:616.857-08

ББК 56.12+57.16М

ISBN 978-5-00030-882-0

© Латышева Н.В., Филатова Е.Г., Артемко А.Р., Воробьева Ю.Д., Данилов Ал.Б., 2021
© Оформление, оригинал-макет, иллюстрации. Издательство «МЕДпресс-информ», 2021
© Иллюстрация на обложке. MoniQcCa / Фотобанк «Фотодженика», 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения	4
Введение	5
Глава 1. Диагностика и клиническая картина мигрени	7
Глава 2. Течение мигрени в период беременности и лактации	13
Глава 3. Категории безопасности препаратов, применяемых в период беременности и лактации	19
Глава 4. Нелекарственное лечение мигрени в период беременности	25
Глава 5. Купирование приступов мигрени в период беременности	31
Глава 6. Купирование приступов мигрени в период лактации	43
Глава 7. Профилактическая терапия мигрени в период беременности	50
Глава 8. Профилактическое лечение мигрени в период лактации	57
Тестовые задания	63
Рекомендуемая литература	66

ВВЕДЕНИЕ

Лечение мигрени в период беременности и лактации представляет собой сложную проблему для врачей и пациенток. Так как мигренью страдают в основном женщины репродуктивного возраста, вопросы контрацепции, зачатия, беременности и кормления грудью имеют высокую актуальность и часто обсуждаются ими с врачами различных специальностей. В целом мигренью с той или иной частотой приступов страдает каждая четвертая женщина репродуктивного возраста.

Сегодня более 70% женщин во время беременности и лактации принимают рецептурные и безрецептурные препараты, хотя информация об их безопасности в эти периоды зачастую отсутствует. Более того, врачи и пациентки нередко используют различные лекарственные средства не в соответствии с заранее разработанной и согласованной стратегией контроля мигрени, причем решение зачастую принимается уже в начале очередного приступа мигрени.

В пособии представлена подробная и систематизированная информация об особенностях течения, а также правилах контроля мигрени в период беременности и лактации. Пособие содержит рекомендации по разработке стратегии оптимального лечения мигрени (как купирования приступов, так и профилактической терапии) в период беременности и лактации. Следование таким рекомендациям позволит пациенткам адекватно подготовиться к беременности, избежать приема небезопасных препаратов, сохраняя при этом оптимальный контроль над частотой и длительностью приступов мигрени в эти периоды.

Изучив данное учебное пособие, врач узнает правила сбора жалоб и анамнеза заболевания у пациенток с головной болью, диагностики мигрени и особенности ее течения в период беременности и лактации. Учебное пособие также содержит ин-

формацию по дифференциальному диагнозу головной боли во время беременности.

Врач будет уметь диагностировать мигрень по международным критериям, проводить дифференциальный диагноз мигрени с другими формами головной боли у беременных, обосновывать необходимость направления пациенток на нейровизуализацию, разрабатывать схему оптимального купирования приступов мигрени в соответствии с современными знаниями о безопасности и эффективности анальгетиков, триптанов и других препаратов для купирования головной боли, а также определять показания и составлять план профилактической терапии мигрени.

Врач будет владеть навыками диагностики мигрени у беременных, обращающихся к неврологу, а также комплексного лечения: выбора оптимальных средств для купирования головной боли и принятия решения о необходимости профилактической терапии с учетом частоты и тяжести приступов, соматического состояния пациентки и возможных рисков, связанных с приемом большинства лекарственных препаратов в этот период. Врач также будет владеть навыками купирования приступов головной боли и выбора оптимального метода профилактической терапии мигрени в период лактации на основе современных знаний о проникновении лекарственных препаратов в грудное молоко и возможных нежелательных последствиях для ребенка.

Глава 1. ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МИГРЕНИ

Головной болью (ГБ) страдает примерно половина взрослого населения мира. Именно поэтому ГБ – одна из самых частых жалоб в общей медицинской практике. Более того, пациенты с ГБ чаще испытывают и другие соматические симптомы.

Из более чем 120 видов ГБ чаще всего обратиться к врачу заставляет мигрень. Это доброкачественная приступообразная ГБ, которая, в отличие от других форм ГБ, сопровождается крайне неприятными симптомами в виде фото-, фоно- и осмофобии, а также тошноты и/или рвоты. Несмотря на то что по распространенности головная боль напряжения (ГБН) превосходит мигрень, страдающие ГБН пациенты крайне редко обращаются к врачу, чаще всего в ситуациях, когда она приобрела хроническое течение. Хронической называется ГБ, возникающая больше 15 дней в месяц на протяжении более 3 мес.

Около 12% людей во всем мире страдают мигренью. В то же время этот показатель сильно усреднен. Мигрень в 2–3 раза чаще встречается у женщин, поэтому распространенность этого заболевания у женщин оценивается в 16–20%, а у мужчин не превышает 6%. Мигренью страдают во всех странах мира. Более того, эта головная боль наблюдается у людей самого разного возраста.

Пик распространенности мигрени приходится на молодой возраст – от 25 до 45 лет. В этой возрастной группе распространенность мигрени среди женщин достигает 25%. Крайне редок и необычен дебют мигрени в возрасте старше 50 лет.

Диагностика мигрени

Мигрень представлена 2 основными формами: с аурой и без ауры. Для постановки диагноза мигрени необходим подробный опрос пациентки, который проводят в соответствии с критериями диагноза Международной классификации головной боли 3-го пересмотра (2018 г., табл. 1).

Мигрень с аурой – более редкая форма. Критерии диагноза мигрени с аурой в соответствии с Международной классификацией головной боли 3-го пересмотра (2018 г.) представлены в таблице 2.

Для постановки предварительного диагноза также разработаны специальные опросники. Наиболее достоверные результаты дает валидированный на многих языках опросник ID Migraine. Точность позволяет использовать этот опросник врачам разного профиля, не специализирующимся на лечении головной боли. В случае, когда пациент на приеме упоминает о периодических приступах сильной ГБ, использование такого опросника позволяет заподозрить наличие приступов мигрени и направить пациента к неврологу для консультации и обучения правилам

Таблица 1. Критерии диагноза мигрени без ауры

- | |
|--|
| <p>А. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В.</p> <p>Б. Продолжительность приступов 4–72 ч (без лечения или при неэффективном лечении).</p> <p>В. Головная боль имеет минимум две из следующих характеристик:</p> <ul style="list-style-type: none">• односторонняя локализация;• пульсирующий характер;• интенсивность боли от средней до значительной;• головная боль ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба, подъем по лестнице). <p>Г. Головная боль сопровождается минимум одним из следующих симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none">• тошнота и/или рвота;• фотофобия (непереносимость яркого света) или фонофобия (непереносимость громких звуков). <p>Д. Не связана с другими причинами (нарушениями)</p> |
|--|

Таблица 2. Критерии диагноза мигрени с аурой

- А.** По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критериям Б–Г.
- Б.** Аура включает по меньшей мере один из следующих симптомов и не включает двигательную слабость:
- полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (нарушение зрения);
 - полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущение покалывания) и/или негативные (онемение);
 - полностью обратимые нарушения речи.
- В.** По меньшей мере два симптома из нижеперечисленных:
- гомонимные (в обоих глазах симметрично – в правых или левых полях зрения) нарушения зрения и/или односторонние чувствительные нарушения;
 - 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;
 - каждый симптом имеет продолжительность не менее 5 мин, но не более 60 мин.
- Г.** Головная боль, соответствующая критериям мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 мин после ее начала.
- Д.** Не связана с другими причинами (нарушениями)

Таблица 3. Скрининговый опросник ID Migraine

Ответьте на три вопроса о вашей головной боли:

Вопрос 1

Ограничивала ли головная боль Вашу деятельность в течение дня и более на протяжении последних 3 месяцев?

Вопрос 2

Бывает ли у Вас тошнота или рвота во время головной боли?

Вопрос 3

Раздражает ли Вас свет во время головной боли?

купирования приступов. Опросник ID Migraine представлен в таблице 3.

При ответе «ДА» на 2 или 3 вопроса вероятность мигрени составляет 93%. Данный опросник построен на том, что мигренозная ГБ, в отличие от других форм ГБ, обязательно имеет сопровождающие симптомы в виде тошноты и/или рвоты и/или непереносимости света или звука.

Клиническая картина

Приступ мигрени может состоять из 4 стадий, или фаз, каждая из которых способна значительно нарушать самочувствие и трудоспособность пациенток.

Стадии приступа мигрени:

- Предвестники (продромальная фаза).
- Аура.
- Головная боль.
- Постдромальная фаза.

Продромальная фаза

Приступ мигрени может начинаться задолго до появления ГБ. У многих пациенток изменения самочувствия начинаются за несколько часов и даже дней до начала ГБ.

Типичные предвестники мигрени:

- желание съесть что-нибудь особенное, например шоколад;
- изменение настроения – депрессия, раздражительность;
- повышенное настроение, креативность, воодушевление;
- беспокойство;
- напряжение мышц, особенно в области шеи;
- усталость;
- зевота;
- сонливость;
- озноб;
- потливость;
- учащенное мочеиспускание.

Аура

Аура обычно представлена зрительными симптомами в виде мерцающих светящихся пятен, зигзагов и линий. С другой стороны, аура может быть представлена скотомой, которая в течение нескольких минут или десятков минут увеличивается и может частично или полностью закрывать поле зрения.

Аура также может быть представлена «маршем симптомов», которые сменяются в следующей последовательности: зрительные нарушения, затем онемение или покалывание в руке и об-

ласти лица, сменяющиеся преходящей афазией. Длительность ауры обычно не превышает 60 мин.

Головная боль

ГБ при мигрени зачастую достигает высокой интенсивности – 8–9 баллов по 10-балльной визуальной аналоговой шкале. ГБ носит пульсирующий характер и усиливается при движении головой и физической нагрузке.

ГБ при мигрени сопровождается тошнотой, которая нарастает вплоть до рвоты. При этом рвота не всегда приносит облегчение боли. ГБ усиливается при движениях головой и физической активности, а также сопровождается повышенной чувствительностью к свету и звуку (фото- и/или фонофобией). Поэтому пациенты во время приступа мигрени предпочитают лежать в темной тихой комнате.

Классическая ГБ при мигрени односторонняя, но зачастую меняет сторону от приступа к приступу. В некоторых приступах ГБ распространяется на вторую половину головы. ГБ может также иррадиировать в лицо, челюсть, за глаз. Приступ мигрени длится до 72 ч.

Во время ГБ пациентка часто испытывает и другие симптомы. Нередкие спутники приступа мигрени – диарея, отеки или учащенное мочеиспускание. Некоторые приступы мигрени сопровождаются системным или несистемным головокружением.

Разрешение головной боли

Интенсивность ГБ начинает уменьшаться, в этот период пациенты зачастую испытывают сонливость и чувство усталости.

Постдромальный период

С регрессом ГБ приступ может не закончиться. У многих пациенток самочувствие окончательно восстанавливается только через несколько часов после исчезновения ГБ. Наиболее часто в постдромальную фазу приступа наблюдаются следующие симптомы:

- снижение настроения;
- повышение настроения, эйфория;

		Головная боль				
	Чувство голода		Отсутствие аппетита/ тошнота/рвота Сонливость	Рвота Сон		Непереносимость пищи
	Усталость/зевота		Повышенная чувствительность к свету/звуку	Лекарства		Усталость
	Повышенная чувствительность		Повышенная чувствительность к запахам			Нарушение концентрации внимания
	Задержка жидкости		Нарушение концентрации внимания			Мочепускание
Нормальное самочувствие	Продромальный период	Аура	Головная боль	Разрешение головной боли	Постдромальный период	Нормальное самочувствие
	2–12 ч	<1 ч	4–72 ч	2–12 ч	2–24 ч	

Рис. 1. Клиническая картина приступа мигрени.

- чувство усталости, истощения;
- нарушение концентрации внимания, способности сосредоточиться;
- невозможность выполнять интеллектуальную работу.

У многих пациенток трудоспособность восстанавливается через несколько часов после окончания ГБ.

На рисунке 1 представлена клиническая картина различных фаз приступа мигрени.

- Мигрень – это сложное неврологическое заболевание, которое проявляется приступами односторонней пульсирующей ГБ высокой или умеренной интенсивности длительностью от 4 до 72 ч, которая усиливается при физической нагрузке и сопровождается тошнотой/рвотой и/или фото- и фонофобией.
- Приступ мигрени состоит из нескольких стадий/фаз.

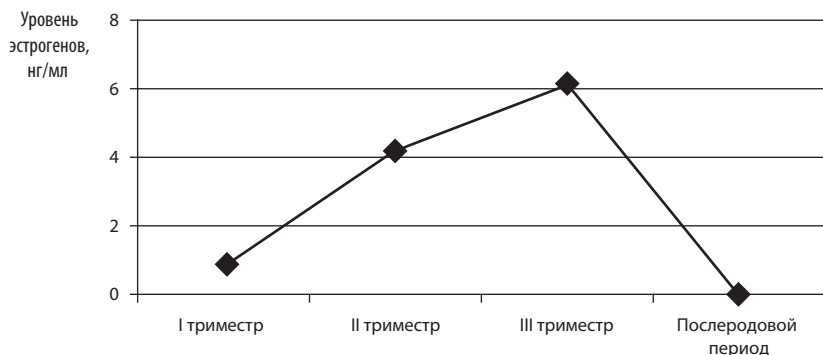


Рис. 3. Колебание уровня эстрогенов в период беременности.



Рис. 4. Вероятность прекращения мигрени в разных триместрах беременности.

ход оптимален, тяжелое течение мигрени служит показанием к лечению уже в I триместре. Отказ от лечения в этом случае может привести к дегидратации, нарушению трудоспособности и злоупотреблению анальгетиками.

В то же время если к концу I триместра мигрень сохраняется, рассчитывать на спонтанное улучшение нельзя. Если приступы мигрени сохраняются с высокой частотой после 14-й недели беременности, необходимо решить вопрос о профилактической терапии.

Сразу после родов уровень эстрогенов резко снижается, поэтому приступы мигрени могут возобновиться уже в раннем послеродовом периоде. Возврату приступов мигрени в этот период способствует комбинация большого числа провоцирующих

Глава 4. НЕЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

У пациенток зачастую формируются отрицательные ожидания по поводу течения своей ГБ во время беременности, при этом большую актуальность имеет феномен катастрофизации. Пациентки ошибочно считают, что все эффективные методы лечения и контроля над ГБ в этот период запрещены. В то же время существует целый ряд нелекарственных методик, которые позволяют существенно облегчать ГБ в период беременности и лактации. Оптимально, если обучение нелекарственным методикам контроля боли проведено до наступления беременности. Нелекарственные методики хорошо дополняют фармакологические вмешательства, а их надлежащее использование позволяет снизить количество употребляемых в период беременности и лактации лекарственных средств.

Во время беременности и лактации большое значение приобретают нефармакологические методы, к которым относятся здоровый образ жизни, поведенческие техники (тренинг релаксации, когнитивно-поведенческая терапия, биологическая обратная связь, управление стрессом), медитация и йога, прием витаминов, нейростимуляция, лечебная гимнастика, массаж и иглокальвание.

Нелекарственные методики снижают частоту и тяжесть приступов мигрени посредством различных механизмов – повышая порог воздействия провокаторов боли и изменяя уровни медиаторов боли в головном мозге. Адаптация образа жизни позволяет избегать провокаторов боли (например, путем нормализации режима питания). Другие нелекарственные методы позволяют модифицировать физиологический ответ на триггеры приступов. Некоторые такие техники изменяют уровень серотонина в головном мозге (например, методы релаксации, биологическая

обратная связь [БОС], техники управления стрессом) или уменьшают напряжение мышц (например, гимнастика и методики работы с миофасциальными триггерными точками). Эти методы в основном обладают профилактическим действием и позволяют уменьшить частоту приступов. В то же время методики релаксации и БОС позволяют также купировать начинающийся приступ мигрени и усилить действие разрешенных к приему в период беременности анальгетиков, обладающих умеренной эффективностью.

Выявление и избегание провокаторов мигрени

Потенциалом запуска приступа мигрени обладает целый ряд внешних и внутренних провокаторов. Наиболее мощными и распространенными провокаторами приступов считаются циклические колебания уровня эстрогенов, а также стресс, нерегулярное питание, прием алкоголя и нарушения сна.

Рекомендации по питанию

Пациенток необходимо проинформировать о том, что исключение всех пищевых продуктов, способных провоцировать приступы мигрени, не приведет к полному избавлению от приступов. Кроме того, такая диета может отрицательно сказаться на течении беременности и здоровье женщины в период лактации, так как в эти периоды сбалансированное питание приобретает особое значение.

С другой стороны, полноценное и регулярное питание позволит значительно снизить частоту приступов, так как снижение уровня глюкозы в плазме – это один из наиболее мощных провоцирующих факторов. Кроме того, отдельные пищевые продукты (шоколад, орехи, чипсы, сыр и другие) крайне редко становятся значимыми провокаторами. В период беременности и лактации также особенно важно употреблять достаточное количество жидкости, чтобы избежать обезвоживания. При отсутствии противопоказаний беременным рекомендуется выпивать 8–10 стаканов воды ежедневно. В период лактации пациенткам

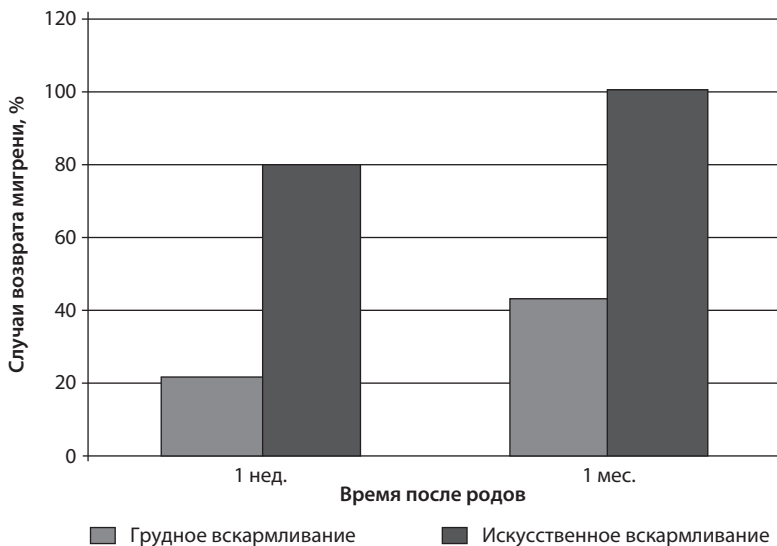


Рис. 7. Возврат мигрени после родов.

- выбор наиболее безопасных анальгетиков;
- ведение дневников ГБ для мониторинга эффективности анальгетиков и частоты их использования, а также частоты ГБ.

В целом в период грудного вскармливания безопасны те же анальгетики, что и во время беременности. Ключевое значение имеет количество препарата, которое проникает в молоко, а также ожидаемые у ребенка побочные эффекты. Выбор препаратов для купирования приступов мигрени должен основываться на следующих принципах.

- препарат должен обладать низким риском для ребенка;
- препарат может назначаться детям разного возраста;
- используются препараты, для которых накоплен значительный объем данных о безопасности в период лактации;
- препарат должен попадать в молоко в низкой концентрации благодаря низкой биодоступности при пероральном приеме, высокому связыванию с белками, низкой растворимости в липидах, большой молекулярной массе, короткому периоду полувыведения;

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Пациентка, 30 лет, жалуется на наличие сильной ГБ с частотой 3 раза в месяц, которая беспокоит ее с подросткового возраста. ГБ давящего или пульсирующего характера, локализована с одной стороны ретроорбитально, умеренной интенсивности, сопровождается тошнотой, повышенной чувствительностью к свету и звуку, заложенностью носа, иногда ринореей. ГБ усиливается при движении. Провокаторы: перемена погоды, менструация. Похожими ГБ страдают мать и сестры пациентки. Препараты для лечения насморка приносят незначительное облегчение. Определите форму ГБ у пациентки:
 1. Синусит.
 2. Мигрень без ауры.
 3. Головная боль напряжения.
 4. Гипертензионная головная боль.
2. Симптомы, относящиеся к мигренозной ауре, включают:
 1. Фотопсии, скотомы, потерю сознания.
 2. Фотопсии, скотомы, судороги.
 3. Мерцающие зигзаги, перемещающиеся от центра к периферии поля зрения.
 4. Мерцающие зигзаги, перемещающиеся от периферии к центру поля зрения.