

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ 295
	Экземпляр	№ __
	Введен в действие	01.11.21г.
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	<i>Клинический протокол «мигрени» Коды МКБ (G43) Возрастная группа - взрослые Год утверждения - 2021</i>	

Утверждено приказом № __
от «01» ноября 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Заведующий отделением неврологии № 1 Заведующий отделением неврологии № 2	Мамайханов Г. Г. Альбориева Э. А.		
Согласовано:	Главный врач	Малаев Х. М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л. Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б. Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Аабдулмеджидов Х. М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф. Б.		

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний): Мигрень (М) является хроническим нейроваскулярным заболеванием с наследственной предрасположенностью. Основное звено патогенеза – периодическое развитие периваскулярного нейрогенного воспаления мозговых сосудов, в первую очередь, сосудов твердой мозговой оболочки (ТМО). Показано, что для пациентов с М характерна повышенная возбудимость нейронов коры головного мозга и тригеминоваскулярной системы. При воздействии эндогенных и экзогенных мигренозных триггеров возбудимость тригеминальной системы, гипоталамуса, корковых и некоторых других структур головного мозга усиливается, возникает активация тригеминального ганглия, сенсорного спинномозгового ядра тройничного нерва и волокон тройничного нерва, иннервирующих сосуды ТМО - тригемино-васкулярных волокон. Активация тригемино-васкулярной системы (ТВС) сопровождается выбросом из тригеминоваскулярных окончаний болевых провоспалительных пептидов-вазодилататоров (в первую очередь, кальцитонин-ген-связанного пептида, а также нейрокинина А и субстанции Р. Возникающие затем вазодилатация и нейрогенное воспаление приводят к активации болевых рецепторов в стенке сосудов ТМО. Болевые импульсы поступают в сенсорную кору головного мозга, и таким образом формируется ощущение пульсирующей ГБ. Сохраняющаяся гиперовозбудимость ТВС, центральных ноцицептивных структур и истощение противоболевой системы постепенно приводят к формированию перманентной гиперчувствительности (сенситизации) болевых структур, что способствует учащению приступов ГБ и, в конечном счёте, к хронизации М. Механизм мигренозной ауры связывают с возникновением и распространением в направлении от зрительной коры к соматосенсорной и лобно-височной областям головного мозга волны деполяризации (возбуждения) нейронов - распространяющаяся корковая депрессия (РКД). Скорость и топография РКД определяют темп, характер и последовательность симптомов мигренозной ауры.

2. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний):

I. Мигрень

II. Мигрень без ауры

III. Мигрень с аурой:

1. Мигрень с типичной аурой
2. Типичная аура с ГБ
3. Типичная аура без ГБ
4. Мигрень со стволовой аурой
5. Гемиплегическая мигрень
6. Семейная гемиплегическая мигрень
7. Семейная гемиплегическая мигрень 1 типа
8. Семейная гемиплегическая мигрень 2 типа
9. Семейная гемиплегическая мигрень 3 типа
10. Семейная гемиплегическая мигрень (с мутациями в других локусах)
11. Спорадическая гемиплегическая мигрень
12. Ретинальная мигрень

IV. Хроническая мигрень

V. Осложнения мигрени:

1. Мигренозный статус
2. Персистирующая аура без инфаркта
3. Мигренозный инфаркт
4. Мигренозная аура- триггер эпилептического припадка

VI. Возможная мигрень:

1. Возможная мигрень без ауры
2. Возможная мигрень с аурой

VII. Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью:

1. Повторяющиеся желудочно-кишечные нарушения
2. Синдром циклических рвот
3. Абдоминальная мигрень
4. Доброкачественное пароксизмальное головокружение
5. Доброкачественный пароксизмальный тортиколис

3. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний):

Мигрень без ауры (МБА) проявляется повторяющимися, в целом однотипными приступами интенсивной, чаще односторонней и пульсирующей ГБ преимущественно в области виска, глаза и темени, но нередко может начинаться в области затылка. ГБ часто сопровождается тошнотой, рвотой, повышенной чувствительностью к свету, звукам и усиливается при физической нагрузке. Продолжительность приступа – от 4 часов до 3 суток; частота дней с ГБ при эпизодической М колеблется от 1 дня в год до 14 дней в месяц (в среднем 2-4 дня с ГБ в месяц), при ХМ – от 15 и более дней с ГБ в месяц.

При мигрени с аурой (МА) фазе ГБ предшествуют преходящие неврологические нарушения. Чаще встречается М с типичной аурой, когда отмечаются полностью обратимые зрительные, чувствительные и/или речевые симптомы, но при этом нет двигательных и стволовых нарушений. При семейной гемиплегической М, по крайней мере, один из родственников первой или второй линии родства имеет или имел в прошлом приступы ГБ, соответствующие критериям гемиплегической М; для спорадической гемиплегической М такая наследственная предрасположенность не характерна.

Приступ М может быть спровоцирован различными экзо- и эндогенными факторами. Наиболее частыми триггерами мигрени являются:

- психологические факторы: стресс, тревожные или депрессивные нарушения, переутомление или расслабление после стресса;
- изменения погоды;
- гормональные факторы: менструация (перименструальное «окно»), овуляция, приём заместительной гормональной эстроген-содержащей терапии или оральных контрацептивов;
- диетические факторы: голод, употребление ряда пищевых продуктов (сыра, шоколада, орехов, копчёностей, куриной печени, авокадо, цитрусовых или кофеинсодержащих продуктов); приём алкоголя (особенно красного вина);
- другие факторы: недостаток или избыток ночного сна, духота, физическая аэробная нагрузка, зрительные стимулы (яркий или мерцающий свет), шум, пребывание на высоте.

Хроническая мигрень (ХМ) – тяжелая форма М с высокой частотой дней с ГБ (15 и более в месяц), большой продолжительностью и интенсивностью приступов, что приводит к развитию дезадаптации и снижению качества жизни пациентов. Характерно развитие коморбидных, в первую очередь, психических расстройств, снижение эффективности препаратов для купирования атак и высокий риск их избыточного применения (лекарственный абюзус) Основными модифицируемыми факторами хронизации М являются: эмоциональный стресс, депрессия, избыточный прием обезболивающих препаратов и кофеина.

Осложнения мигрени включают несколько состояний.

Мигренозный статус – типичный изнуряющий приступ М, длящийся более 72 часов, на протяжении которого допускаются ремиссии до 12 часов, связанные со сном или действием препаратов.

Персистирующая аура без инфаркта – один или несколько симптомов ауры,

возникающие у пациентов более одной недели, без радиографических признаков инфаркта мозга.

Мигренозный инфаркт (инсульт) – сочетание одного или более симптомов мигренозной ауры с ишемическим повреждением мозга, подтвержденным нейровизуализационными методами. Истинный мигренозный инфаркт развивается на фоне типичного приступа М с аурой, причем один или несколько симптомов ауры имеют продолжительность более 60 минут. Мозговые инфаркты, не совпадающие по времени с приступом М с аурой, не могут быть отнесены к мигренозным инфарктам.

Мигренозная аура – триггер эпилептического припадка – эпилептический приступ, возникающий во время приступа МА или в течение 1 часа после него.

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.

1. Жалобы и анамнез:

В ходе опроса следует установить типичные для М клинические характеристики и особенности течения заболевания:

- возраст начала М;
- наличие повторяющихся приступов ГБ средней или выраженной интенсивности (более 7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) продолжительностью 4–72 часа);
- типичные характеристики ГБ: односторонняя локализация боли в лобно-височной или теменной области, пульсирующий характер, ухудшение ГБ от обычной физической активности;
- типичные сопутствующие симптомы: тошнота и/или рвота, фотофобия и фонофобия;
- наличие мигренозной ауры в виде обратимых локальных неврологических симптомов, постепенно нарастающих в течение 5-20 минут до начала или во время фазы ГБ, продолжительностью не более 60 минут;
- типичные провоцирующие ГБ факторы (см. раздел 1.6 «Клиническая картина»);
- наличие аналогичных ГБ у родственников (наследственный анамнез);
- сведения о периодах жизни, во время которых течение М могло изменяться (ухудшение/прогрессирование/хронизация, облегчение, ремиссия) и выявление возможных причин эволюции/трансформации М: эмоциональный стресс, депрессия, приём гормональных контрацептивов, беременность, преклимакс, менопауза и др.;
- число дней с ГБ в месяц для определения формы М: эпизодическая или хроническая;
- число дней в месяц с приемом обезболивающих препаратов для выявления возможного лекарственного абзуса/ЛИГБ.

2. Физикальное обследование:

Физикальное обследование состоит в исследовании неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики [19]. При типичном течении мигрени неврологический статус не изменен. При осмотре могут обнаруживаться вегетативные нарушения: гипервентиляция, ладонный гипергидроз, признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости в виде симптома Хвостека I-III степени, а также снижение настроения, повышенная тревожность, напряжение и болезненность при пальпации перикраниальных мышц.

- Рекомендуются при выявлении в неврологическом статусе органической симптоматики (менингеальных, общемозговых или очаговых знаков) проведение дополнительных инструментальных исследований с целью исключения симптоматического характера М.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

3. Лабораторные диагностические исследования:

- Не рекомендуются лабораторные методы исследования для диагностики М.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

4. Инструментальные диагностические исследования:

- Не рекомендуются инструментальные исследования при выполнении диагностических критериев М и нормальных данных неврологического осмотра у пациентов с МБА и МА. Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуются инструментальные обследования при редких формах МА и осложнениях мигрени.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

- Рекомендуются инструментальные исследования и консультации специалистов при подозрении на симптоматический характер М, то есть при нетипичном течении М или при обнаружении одного или более «сигналов опасности».

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

Таблица 1. Диагностические критерии мигрени без ауры.

А. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В-D.
В. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при отсутствии эффекта от лечения)
С. ГБ имеет как минимум 2 из следующих четырёх характеристик:
1. односторонняя локализация
2. пульсирующий характер
3. средняя или выраженная интенсивности боли
4. ГБ усиливается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба или подъём по лестнице)
Д. ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:
1.тошнота и/или рвота
2. фотофобия и фонофобия
Е. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Таблица 2. Диагностические критерии мигрени с аурой.

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающих критериям В и С
В. Один или более из следующих полностью обратимых симптомов ауры:
1. зрительные
2. сенсорные
3. речевые и/или связанные с языком
4. двигательные
5. стволловые
6. ретинальные
С. По меньшей мере три из следующих шести характеристик:
как минимум один симптом ауры постепенно нарастает в течение ≥ 5 минут два или более симптома возникают последовательно каждый из отдельно взятых симптомов длится 5-60 минут ¹ как минимум один из симптомов аур является односторонним ² , как минимум один из симптомов ауры является положительным ³ в течение 60 минут после ауры или во время нее возникает ГБ

D. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Таблица 3. Диагностические критерии хронической мигрени

А. ГБ (мигреноподобная ГБ и/или ГБ по типу головной боли напряжения) ≥ 15 дней в месяц на протяжении ≥ 3 месяцев, удовлетворяющая критериям В и С
В. Возникает у пациента, который имел в анамнезе не менее 5 приступов удовлетворяющих критериям В-D 1.1 Мигрени без ауры и/или критериям В-С 1.2 Мигрени с аурой
С. Возникновение ГБ ≥ 8 дней в месяц в течение 3 месяцев, соответствующей любому из следующих критериев: – мигрень без ауры (1.1 по критериям С и D) – мигрень с аурой (1.2 по критериям В и С) – по мнению пациента имелся приступ мигрени, купированный или облегчаемый приёмом триптанов или препаратов, содержащих эрготамин
D. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

5. Морфологическое исследование: не проводят.

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.

- **Рекомендуются** три подхода к лечению М: поведенческая терапия, купирование приступов ГБ и профилактическое лечение [15,18,20,28].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

1.1 Поведенческая терапия

- **Рекомендуется** поведенческая терапия, направленная на модификацию образа жизни пациента с М.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

1.2 Купирование приступа мигрени

- **Рекомендуется** лечение приступа М для уменьшения интенсивности, длительности ГБ, сопутствующих симптомов и восстановления общего состояния пациента.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

- **Рекомендуется** назначать медикаментозную терапию в зависимости от тяжести приступа и степени дезадаптации пациента.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

1.2.1. Купирование приступов мигрени легкой и средней тяжести

- **Рекомендуется** применение простых ненаркотических анальгетиков или НПВП, при необходимости - противорвотных средств при приступах легкой и средней тяжести.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

1.2.2. Купирование тяжелых приступов мигрени

- **Рекомендуется** применение специфических препаратов, к которым относятся серотонинергические средства или триптаны (агонисты серотониновых рецепторов типа 5HT₁)

и альфа-адреноблокаторы (алколоиды спорыньи - эрготамин- содержащие средства) при тяжелых приступах М и при неэффективности простых анальгетиков и НПВП.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

1.2.3 Купирование мигренозного статуса

Лечение мигренозного статуса (МС) направлено на уменьшение интенсивности, длительности ГБ, сопутствующих симптомов и восстановление общего состояния пациента.

- **Рекомендуется** использовать триптаны или эрготаминсодержащие препараты при МС, если пациент ранее не принимал эти лекарственные средства для купирования приступа М.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

- **Рекомендуется** купировать МС в условиях стационара парентеральным введением следующих лекарственных средств: метоклопрамида, хлорпромазина, декскетопрофена, кеторолака, магния сульфата, вальпроевой кислоты, дексаметазона.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств 2 - 3)

1.3 Профилактическая терапия

- **Рекомендуется** профилактическое лечение пациентам с М, у которых наблюдается 3 или более интенсивных приступа ГБ в течение месяца и 8 или более дней в месяц с ГБ при адекватном купировании приступов М, а также пациентам с тяжёлой и пролонгированной аурой, даже при небольшой частоте приступов.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

- **Рекомендуется** считать профилактическое лечение эффективным, если частота дней с ГБ сокращается через 3 месяца терапии на 50% и более от исходной.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

- **Рекомендуются** для профилактики М в качестве препаратов **первого выбора** лекарственные средства из групп бета-адреноблокаторов (метопролол, пропранолол), антиконвульсантов (топирамат, вальпроевая кислота); ботулинический токсин типа А - гемагглютинин комплекс (только для ХМ) и моноклональные антитела (мАТ) к кальцитонин-ген-связанному пептиду (КГСП) или его рецепторам.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Рекомендуются в качестве препаратов **второго выбора** лекарственные средства из групп бета-блокаторов (атенолол), антидепрессантов (амитриптилин; венлафаксин) и антагонистов рецепторов ангиотензина II (кандесартан) для профилактики М.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

1.4 Особенности лечения хронической мигрени

- **Рекомендуются** топирамат, ботулинический токсин типа А- гемагглютинин комплекс и моноклональные антитела (мАТ) к кальцитонин-ген-связанному пептиду (КГСП) или его рецепторам (фреманезумаб, эренумаб) для профилактического лечения ХМ [84,85, 88,89, 98,99].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

1.5 Особенности лечения мигрени, сочетающейся с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ)

- **Рекомендована** поведенческая терапия (информирование пациентов) для предотвращения развития ЛИГБ у пациентов с частой эпизодической М.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

- **Рекомендуются** топирамат, ботулинический токсин типа А - гемагглютинин и мАТ к кальцитонин-ген-связанному пептиду (КГСП) или его рецепторам для профилактической терапии М, сочетающейся с ЛИГБ (табл. 11).

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

1.6 Немедикаментозное лечение

- **Рекомендуется** комбинировать фармакологическое лечение М с немедикаментозными методами.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

- **Рекомендуются** когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), психотерапия и методы психологической релаксации при сопутствующих эмоционально-личностных, соматоформных и сенесто-ипохондрических расстройствах.

- **Рекомендуется** Майндфулнесс-терапия, основанная на осознанности и направленная на повышение концентрации внимания пациента на текущих жизненных событиях, умении преодолевать стресс и получать удовольствие от жизни. **Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств – 1).

- **Рекомендуется** метод биологической обратной связи (БОС) по электромиограмме перикраниальных мышц для обучения пациентов психологическому и мышечному расслаблению.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

- **Рекомендуется** иглорефлексотерапия в качестве дополнительного метода профилактического лечения М, в том числе ХМ.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

- **Рекомендуется** постизометрическая релаксация у пациентов с выраженной дисфункцией перикраниальных мышц (мышечно-тоническим синдромом).

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- **Рекомендуется** лечебная физкультура.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

- **Рекомендуется** в качестве дополнительных методов лечения (в комбинации с другими нелекарственными методами и фармакотерапией) блокады большого затылочного нерва с использованием кортикостероидов и местных анестетиков [150,151].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Рекомендуется** в качестве дополнительного метода профилактического лечения мигрени, в том числе при ХМ, применение неинвазивной высокочастотной ритмической транскраниальной магнитной стимуляции.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

- **Рекомендуется** внешняя стимуляция первой ветви тройничного нерва аппаратом Цефали для купирования приступов ГБ и профилактики М.

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации:

- **Рекомендованы** реабилитационные мероприятия, направленные на улучшение функционирования и качества жизни пациента, страдающего М.

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

V. Дополнительные методы диагностики, лечения:

Методы	Наименование, кратность	Нормативный документ
Физиотерапевтические методы	Электрофорез лекарственными препаратами №10	Клинический протокол МЗ РФ «Мигрень» от 2020 года.
Клиническая лабораторная диагностика	Не показаны	Клинический протокол МЗ РФ «Мигрень» от 2020

		года.
Цитологические, гистологические методы диагностики	Не показаны	Клинический протокол МЗ РФ «Мигрень» от 2020 года.
Иглорефлексотерапия	Проводится в сочетании с основной терапией	Клинический протокол МЗ РФ «Мигрень» от 2020 года.
Гирудотерапия	Не показаны	Стандарт специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва (приказ МЗ РФ №1497н от 24.12.2012г.)
Экстракорпоральные методы	Не показаны	Клинический протокол МЗ РФ «Мигрень» от 2020 года.
Методы традиционной китайской медицины	Не показаны	Клинический протокол МЗ РФ «Мигрень» от 2020 года.
Методы остеопатии	Не показаны	Клинический протокол МЗ РФ «Мигрень» от 2020 года.

VI. Порядок информирования и передачи информации в Роспотребнадзор в случае инфекционной патологии: порядок информирования не требуется

VII. 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. «Громоподобная» головная боль;
6. Мигренозный статус.

Показания для плановой госпитализации пациента в неврологическое отделение:

1. Прогрессирующая головная боль;
2. Некупируемая головная боль;
3. Тяжелая ЛИГБ, связанная с избыточным потреблением опиоидов, барбитурат- и бензодиазепин-содержащих анальгетиков;
4. Атипичная аура, длящаяся более 1 часа;

VIII. Критерии оценки качества медицинской помощи

К (частота предоставления)	Критерии качества	Выполнение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
-------------------------------	-------------------	------------	---	---

К 1	1. Выполнен осмотр врачом-неврологом и установлена форма мигрени в соответствии с критериями МКГБ-3.		1	A
	2. Проведена поведенческая терапия		1	A
	3. Проведено купирование приступа мигрени:			
	- простыми анальгетиками и/или		1	A
	- триптанами		1	A
	- противорвотными средствами (при наличии выраженной тошноты и рвоты)		3	B
	4. Проведена профилактическая терапия (при хорошей переносимости в течение не менее 3 месяцев)		1-3	A-B
	- бета-блокаторами и/или		1	A
	- антиконвульсантами и/или		3	B
	- кандесартаном и/или		3	B
	- антидепрессантами		1	A
	- моноклональными антителами к КГРП			
	5. Проведена терапия хронической мигрени (при хорошей переносимости в течение не менее 6 месяцев)		1	A
- топираматом и/или		1	A	
- ботулиническим токсином типа А-гемагглютинин комплексом		1	A	
- моноклональными антителами к КГРП				
6. При выявлении сопутствующей лекарственно-индуцированной (абузусной) головной боли выполнены:		1	A	
- полная или частичная отмена препарата(ов) злоупотребления		3	B	
- лечение ГБ отмены и других симптомов отмены (детоксикация)		1	A	
- профилактическое лечение мигрени/ХМ		3	B	
7. Выполнен динамический осмотр не позднее 3 месяцев от момента профилактического лечения		1	A	
8. Достигнуто уменьшение числа дней с головной болью не менее, чем на 50% в месяц не позднее 3 месяца от момента начала терапии				
К 0.9				
К 0.8				
К 0.7				

К 0.6				
К 0.5				

IX. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (<i>Рассеянный склероз</i>) Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1541н <i>"Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при эпилепсии"</i> <i>(Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27456)</i>			
Диагностика, лечение	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
			Клинический протокол МЗ РФ «Мигрень» от 2020 года.

X. Информация для пациента (кратко о заболевании).

Мигрень – это неврологическое заболевание. Оно проявляется приступами, которые могут возникать с различной частотой – от 1-2 раз в год, до нескольких раз в месяц.

Основным проявлением мигренозной атаки является головная боль, которая может быть очень сильной. К другим частым проявлениям относятся тошнота и рвота, а также непереносимость света и звуков. Если во время головной боли Вас тошнит, раздражает свет или звук и головная боль нарушает привычную активность, то скорее всего это мигрень.

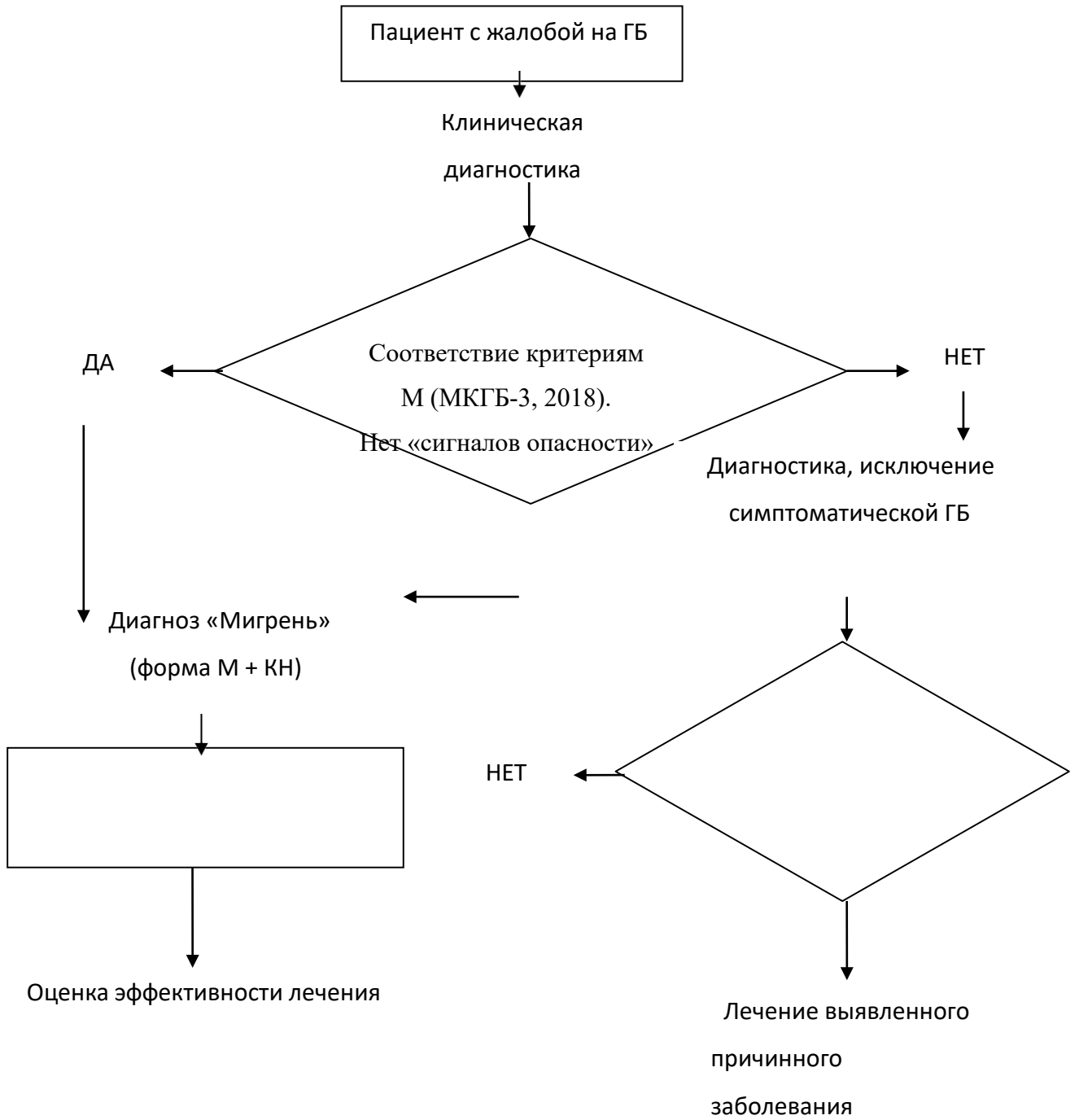
Причина мигрени кроется в головном мозге. Боль при мигрени связана с нарушениями в структурах, которые отвечают за проведение боли и других ощущений. Существует наследственная предрасположенность к развитию мигрени: то есть Вы можете унаследовать ее от кто-то из родителей.

Мигрению страдает каждый седьмой взрослый, так что заболевание встречается достаточно часто. У женщин мигрень возникает в три раза чаще, чем у мужчин.

Самый частый вид мигрени – мигрень без ауры (об ауре речь пойдет ниже). Этот тип мигрени встречается у трех четвертей пациентов с мигренью; исключительно мигрень с аурой встречается лишь у каждого десятого, у остальных могут быть приступы как мигрени с аурой, так и мигрени без ауры

Лекарственные средства, которые используют для снятия имеющегося приступа мигрени, называют средствами для купирования мигрени. Правильно подобранные лекарства могут быть весьма эффективными, если принимаются правильно и в небольших количествах. Не существует методов полного излечения от мигрени. Тем не менее, у большинства людей с мигренью с возрастом приступы становятся реже.

Алгоритм ведения пациента с мигренью



ЧЕК-ЛИСТ ПРОВЕРКИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ
Коды МКБ (G43, G44)

№	История болезни:	ФИО	Возраст:	Да - 1 Нет - 0
1.	Титульный лист. 1. Дата поступления, время поступления; 2. Дата выписки, время выписки; 3. Указание температуры при поступлении; 4. Указание непереносимости лекарственных средств; 5. Указание номера истории болезни; 6. Выставление клинического, заключительного диагноза, при поступлении, с указанием даты, кода заболевания; 7. Указание вида транспортировки больного; 8. Вес, рост больного.			
2.	Оформление 2-й страницы титульного листа 1. Отметка о выдаче л/н с указанием номера и с подписи нетрудоспособного; 2. Указание исхода заболевания; 4. Подписи заведующего, лечащего врача.			
3.	Лист назначений 1. Подпись пациента, лечащего врача, палатной медсестры на листе назначений; 2. Дата назначения препаратов, с датой отмены препаратов, с указанием дозировки и формы, с указанием пути введения препарата; 3. Указание даты назначения, даты выполнения диагностических назначений; 4. Указание лечебного стола.			
4.	Выполнен осмотр врачом-неврологом не позднее 30 минут от момента поступления в стационар			
5.	Выполнен поискстораживающих симптомов для исключения симптоматической природы ГБ.			
6.	У пациента с ГБН выполнена клиническая диагностика основных коморбидных нарушений.			
7.	Выполнена КТ или магнитно-резонансная томография (при необходимости)			
8.	Консультация специалистов (при необходимости)			
9.	Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению головной боли.			
10.	Этапный эпикриз: 1. каждые 10 й день пребывания в стационаре; 2. имеется указание динамики состояния пациента; 3. имеется указание динамики лабораторно – диагностических данных.			
11.	Выписной эпикриз 1. Персональные данные пациента; 2. Дата и время выписки; 3. Заключительный диагноз согласно классификации заболевания; 4. Данные всех выполненных лабораторно - инструментальных исследований; 5. Указание объективного статуса пациента при выписке и при поступлении; 6. Указание подробных рекомендаций для следующего этапа лечения.			

