

УДК 614.25:616.857-07-08

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Д. В. Кандыба

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

CLINICAL GUIDELINES ON DIAGNOSTIC, TREATMENT AND PROPHYLACTIC OF HEADACHE IN GENERAL PRACTICE

D. V. Kandyba

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© Д. В. Кандыба, 2015 г.

В клинических рекомендациях представлены классификация и эпидемиология головной боли, даны характеристики различных видов головной боли и описаны принципы ведения пациентов с головной болью в условиях общей врачебной практики.

Ключевые слова: головная боль, мигрень, головная боль напряжения, кластерная головная боль, общая врачебная практика.

The guidelines present the classification and epidemiology of headache, characteristics of different types of headache and principles of clinical management of patients with headache in general practice.

Keywords: headache, migraine, tension headache, cluster headache, general practice.

1. Определение и общая характеристика. Головная боль является одной из самых частых жалоб пациентов в амбулаторной практике семейного врача и невролога. Головной болью (ГБ) является любая боль и/или чувство дискомфорта, локализованные в области головы, а именно сверху от бровей и до нижней затылочной области. Лицевой болью являются болевые ощущения в области лица, а именно книзу от бровей и до края нижней челюсти. Чаще всего источником болевых ощущений в области головы могут быть следующие структуры: крупные сосуды основания мозга, базальные отделы твердой и мягкой мозговых оболочек, венозные синусы и черепные нервы, содержащие сенсорные волокна (тройничный, языкоглоточный, блуждающий), а также экстракраниальные структуры (мышцы, кожа, слизистые оболочки, вегетативные ганглии, первый и второй шейные спинномозговые корешки). Вещество (паренхима) головного мозга, эпендима и сосудистые сплетения желудочков мозга, кости черепа с их диплоическими венами лишены ноцицепции и не могут служить источником болевых ощущений.

2. Классификация. Международное общество по изучению ГБ — International Headache Society (IHS) в 1988 г. предложило международную классификацию ГБ (цефалгий), краниальных невралгий и лицевых болей (прозопалгий) в которой все ГБ разделяются на первичные и вторичные. В 2004 г. вышло второе дополненное издание

международной классификации ГБ, которая выделяет более 160 разновидностей цефалгий.

Первичные ГБ наблюдаются значительно чаще и являются следствием идиопатических расстройств вазомоторной и нервной регуляции при отсутствии анатомических изменений краниальных структур. Это самостоятельные нозологические формы, в которых головная боль — это первичная и основная жалоба. Вторичные или симптоматические ГБ, причиной которых являются какие-либо специфические заболевания, возникают вследствие поражения краниальных структур (черепно-мозговая травма, сосудистая патология мозга, опухоли и инфекции головного мозга). Диагноз вторичной ГБ устанавливается в том случае, если ГБ впервые появляется в тесной связи с другим заболеванием и облегчается при лечении или спонтанной ремиссии этого заболевания.

Краткая классификация головной боли.

1. Первичные ГБ:

1. Мигрень;
2. ГБ напряжения;
3. Пучковая (кластерная) ГБ и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии;
4. Другие первичные ГБ.

II. Вторичные ГБ:

1. Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи;
2. Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями;

3. Головные боли, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника;

4. Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой;

5. Головные боли, связанные с инфекциями;

6. Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза;

7. Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, но-

совой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица;

8. Головные боли, связанные с психическими заболеваниями.

III. Краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и другие головные боли:

1. Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли;

2. Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли.

Международная классификация головной боли (2-е издание, 2004, сокр.)

Код МКБ-10	Код МКБ-10NA ВОЗ	Диагноз
1.	[G43]	Мигрень
1.1.	[G43.0]	Мигрень без ауры
1.2.	[G43.1]	Мигрень с аурой
1.3.	[G43.82]	Периодические синдромы детского возраста — предшественники мигрени
1.4.	[G43.81]	Ретинальная мигрень
1.5.	[G43.3]	Осложнения мигрени
1.6.	[G43.83]	Возможная мигрень
2.	[G44.2]	Головная боль напряжения
2.1.	[G44.2]	Нечастая эпизодическая головная боль напряжения
2.2.	[G44.2]	Частая эпизодическая головная боль напряжения
2.3.	[G44.2]	Хроническая головная боль напряжения
2.4.	[G44.28]	Возможная головная боль напряжения
3.	[G44.0]	Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии
3.1.	[G44.0]	Пучковая головная боль
3.2.	[G44.03]	Пароксизмальная гемикрания
3.3.	[G44.08]	Кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъектированием конъюнктивы и слезотечением [Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)]
3.4.	[G44.08]	Возможные тригеминальные вегетативные цефалгии
4.	[G44.80]	Другие первичные головные боли
4.1.	[G44.800]	Первичная колющая (stabbing) головная боль
4.2.	[G44.803]	Первичная кашлевая головная боль
4.3.	[G44.804]	Первичная головная боль при физическом напряжении
4.4.	[G44.805]	Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью
4.5.	[G44.08]	Гипническая головная боль (hypnic headache)
4.6.	[G44.08]	Первичная громоподобная головная боль (thunderclap headache)
4.7.	[G44.08]	Гемикрания континуа (hemicrania continua)
4.8.	[G44.2]	Новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль (New daily-persistent headache (NDPH))
5.	[G44.88]	Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи
5.1.	[G44.880]	Острая посттравматическая головная боль
5.2.	[G44.3]	Хроническая посттравматическая головная боль
5.3.	[G44.841]	Острая головная боль, связанная с хлыстовой травмой
5.4.	[G44.841]	Хроническая головная боль, связанная с хлыстовой травмой
5.5.	[G44.88]	Головная боль, связанная с травматической внутричерепной гематомой
5.6.	[G44.88]	Головные боли, связанные с другими травмами головы и/или шеи
5.7.	[G44.88]	Головная боль после краниотомии
6.	[G44.81]	Головные боли, связанные с поражениями сосудов головного мозга и шеи
6.1.	[G44.810]	Головная боль, связанная с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой
6.2.	[G44.810]	Головная боль, связанная с нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием

Клинические рекомендации

6.3.	[G44.811]	Головная боль, связанная с неразорвавшейся сосудистой мальформацией
6.4.	[G44.812]	Головные боли, связанные с артериитами
6.5.	[G44.810]	Боли, связанные с каротидными или вертебральными артериями
6.6.	[G44.810]	Головная боль, связанная с тромбозом церебральных вен
6.7.	[G44.81]	Головные боли, связанные с другими внутричерепными сосудистыми процессами
7.	[G44.82]	Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями
7.1.	[G44.820]	Головная боль, связанная с высоким давлением ликвора
7.2.	[G44.820]	Головная боль, связанная с низким давлением ликвора
7.3.	[G44.82]	Головные боли, связанные с неинфекционными воспалительными заболеваниями
7.4.	[G44.822]	Головные боли, связанные с внутричерепной опухолью
7.5.	[G44.824]	Головная боль, связанная с инъекцией в оболочечное пространство
7.6.	[G44.82]	Головная боль, связанная с эпилептическим припадком
7.7.	[G44.82]	Головная боль, связанная с мальформацией Кьяри I типа
7.8.	[G44.82]	Синдром транзиторной головной боли с неврологическими проявлениями и лимфоцитозом ликвора [Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)]
7.9.	[G44.82]	Головные боли, связанные с другими несосудистыми внутричерепными поражениями
8.	[G44.4 или G44.83]	Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой
8.1.	[G44.40]	Головная боль, связанная с острым или длительным воздействием веществ
8.2.	[G44.41 или G44.83]	Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов (абзусная головная боль)
8.3.	[G44.4]	Головная боль как побочный эффект длительного приема лекарственных препаратов
8.4.	[G44.83]	Головная боль, связанная с отменой препаратов
9.		Головные боли, связанные с инфекциями
9.1.	[G44.821]	Головная боль, связанная с внутричерепной инфекцией
9.2.	[G44.881]	Головные боли, связанные с системными инфекциями
9.3.	[G44.821]	Головная боль, связанная со СПИДом/ВИЧ-инфекцией
9.4.	[G44.821 или G44.881]	Хроническая постинфекционная головная боль
10.	[G44.882]	Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза
10.1.	[G44.882]	Головная боль, связанная с гипоксией и/или гиперкапнией
10.2.	[G44.882]	Головная боль при гемодиализе
10.3.	[G44.813]	Головная боль, связанная с артериальной гипертензией
10.4.	[G44.882]	Головная боль, связанная с гипотиреозом
10.5.	[G44.882]	Головная боль, связанная с голодом
10.6.	[G44.882]	Головная боль при заболеваниях сердца (ишемии миокарда)
10.7.	[G44.882]	Головные боли, связанные с другими нарушениями гомеостаза
11.	[G44.84]	Головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
11.1.	[G44.840]	Головная боль, связанная с патологией костей черепа
11.2.	[G44.841]	Головная боль, связанная с патологией в области шеи
11.3.	[G44.843]	Головная боль, связанная с патологией глаз
11.4.	[G44.844]	Головная боль, связанная с патологией ушей
11.5.	[G44.845]	Головная боль, связанная с патологией носовых пазух
11.6.	[G44.846]	Головная боль, связанная с патологией зубов, челюстей и связанных с ними структур
11.7.	[G44.846]	Головная или лицевая боль, связанная с патологией височно-нижнечелюстного сустава
11.8.	[G44.84]	Головная боль, связанная с другими патологическими процессами в области черепа, шеи, глаз, ушей, носа, пазух, зубов, ротовой полости или других структурах черепа и шеи
12.	[R51]	Головные боли, связанные с психическими заболеваниями
12.1.	[R51]	Головная боль, связанная с соматизированными расстройствами
12.2.	[R51]	Головная боль, связанная с психотическими нарушениями
13.	[G44.847, G44.848 или G44.85]	Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли

13.1.	[G44.847]	Тригеминальная невралгия
13.2.	[G44.847]	Глоссофарингеальная невралгия
13.3.	[G44.847]	Невралгия промежуточного нерва
13.4.	[G44.847]	Невралгия верхнего нерва гортани
13.5.	[G44.847]	Назоцилиарная невралгия
13.6.	[G44.847]	Супраорбитальная невралгия
13.7.	[G44.847]	Невралгии других ветвей тройничного нерва
13.8.	[G44.847]	Невралгия затылочного нерва (окципитальная невралгия)
13.9.	[G44.851]	Шейно-язычный синдром
13.10.	[G44.801]	Головная боль, связанная с внешним сдавлением
13.11.	[G44.802]	Головная боль, связанная с холодowymi стимулами
13.12.	[G44.848]	Постоянная боль, вызванная компрессией, раздражением или растяжением краниальных нервов или верхних шейных корешков структурными повреждениями
13.13.	[G44.848]	Неврит зрительного нерва
13.14.	[G44.848]	Диабетическая невропатия зрительного нерва
13.15.	[G44.881 или G44.847]	Головная или лицевая боль, связанная с острой инфекцией опоясывающего лишая (herpes zoster)
13.16.	[G44.850]	Синдром Толоса—Ханта
13.17.	[G43.80]	Офтальмоплегическая «мигрень»
13.18.	[G44.810 или G44.847]	Центральные лицевые боли
13.19.	[G44.847]	Другие краниальные невралгии или другие центральные лицевые боли
14.	[R51]	Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли
14.1.	[R51]	Головные боли, полностью не подпадающие под диагностические критерии
14.2.	[R51]	Неустановленные (неклассифицируемые) головные боли

3. Эпидемиология. Первичные ГБ в амбулаторной практике составляют 95–98%, в то время как вторичные ГБ отмечаются значительно реже, а именно в 2–5% случаев.

Распространенность ГБ напряжения в течение жизни (life prevalence) в общей популяции по данным различных исследований варьирует от 30 до 78%, а среди других форм ГБ ей принадлежит ведущее место (до 85%), при этом у женщин она встречается в 3 раза чаще. По данным британских эпидемиологических исследований, эпизодическая ГБ напряжения отмечается практически у 80% жителей Великобритании. При этом большинство людей относятся к этому как к варианту нормы, используют простые анальгетики и не обращаются к врачу.

По данным эпидемиологических исследований, проведенным в Дании, частота встречаемости ГБ напряжения в течение жизни составляет 78%. При этом наиболее распространенной оказалась эпизодическая нечастая ГБ напряжения (1 день в месяц или реже), не нуждавшаяся в назначении медикаментов. У 24–37% популяции отмечалась ГБ напряжения несколько раз в месяц, у 10% — каждую неделю, а 2–3% в популяции имели хроническую ГБ напряжения, обычно длящуюся большую часть времени жизни.

Распространенность мигрени по различным эпидемиологическим исследованиям колеблется у женщин от 11% до 25% (чаще 17–18,2%), у мужчин — от 4% до 10% (чаще 6–6,5%). С учетом диа-

гностических критериев IHS распространенность мигрени в США составляет 17,6% среди женщин и 6% среди мужчин. Среди жителей США, страдающих мигренью, 25% испытывают ≥ 1 атаки в неделю, 37% — от 1 до 3 атак в месяц, остальные 38% — более 1 сильной атаки в месяц. Во время мигренозной атаки снижение трудоспособности и социальной активности отмечают 90% пациентов, у 53% — полностью нарушается трудоспособность и они вынуждены находиться в постели в течение всего приступа. Мигрень встречается у 15% взрослого населения Великобритании, женщин больше, чем мужчин в соотношении 3 : 1.

Мигрень без ауры встречается почти в 80% всех случаев мигренозных приступов, мигрень с аурой — в 15–18% всех мигренозных атак. Пик заболеваемости у мальчиков приходится на возраст 5 лет для мигрени с аурой и на 10–11 лет для мигрени без ауры. У девочек эти показатели равны соответственно 12–13 и 14–17 годам.

Частота кластерной (пучковой) ГБ в популяции невысока и составляет 0,5–1%. Распространенность кластерной ГБ в Великобритании составляет 0,05%, абзусной ГБ — 2%.

От 4 до 6% населения развитых стран жалуются на хронические ГБ, а в специализированных центрах по лечению цефалгий доля таких больных варьирует от 35 до 85%.

4. Обследование пациента с головной болью. При сборе анамнеза у пациента с ГБ необходимо уточнить следующие моменты:

1) отягощенность семейного анамнеза по ГБ;
2) возраст начала ГБ, частота и длительность приступов;

3) характеристики ГБ: локализация, постоянная или пароксизмальная, время начала ГБ в течение дня, скорость нарастания, характер боли, провоцирующие факторы, длительность приступа, сопутствующие проявления;

4) интенсивность ГБ и функциональные ограничения;

5) лечебные и профилактические меры, выполняемые пациентом с ГБ: частота применения, доза и эффективность лекарственных противобольных средств;

6) наличие других симптомов (вне приступа ГБ): нарушение памяти, неврологические симптомы, нейропсихологические расстройства, эпилептические припадки, синкопальные эпизоды, общие симптомы (утомляемость, снижение массы тела, симптомы сердечно-сосудистых заболеваний);

7) оценка личности пациента (характер, профессия, курение, употребление алкоголя и наркотиков, применяемые лекарственные препараты).

Основные вопросы, адресуемые пациенту с ГБ:

1. Сколько разновидностей ГБ Вы испытываете? (следует подробно расспросить о каждой из них).

2. Время возникновения и продолжительность ГБ:

2.1. Почему Вы обратились к врачу именно сейчас?

2.2. Как давно начались у Вас ГБ?

2.3. Как часто они возникают?

2.4. Какой бывает боль: эпизодической или хронической (постоянная или почти постоянная)?

2.5. Как долго она длится?

3. Характер ГБ:

3.1. Интенсивность.

3.2. Характер (качество) боли.

3.3. Локализация и распространение.

3.4. Предвестники (продром).

3.5. Сопутствующие симптомы.

3.6. Состояние после приступа ГБ (постдром).

4. Причины ГБ:

4.1. Предрасполагающие факторы.

4.2. Факторы, усугубляющие и облегчающие ГБ.

4.3. История похожих ГБ в семье.

5. Влияние ГБ на пациента и принимаемые меры:

5.1. Поведение пациента во время приступа ГБ.

5.2. Степень нарушения повседневной активности и работоспособности во время приступа.

5.3. Что Вы принимаете от ГБ и насколько это эффективно?

6. Состояние между приступами:

6.1. Сохраняются ли какие-либо симптомы или самочувствие нормальное?

6.2. Другие сопутствующие (коморбидные) нарушения.

6.3. Эмоциональное состояние.

У пациентов с первичной ГБ проводится только общесоматическое физикальное и клиническое неврологическое обследование. Диагноз первичных форм ГБ базируется исключительно на данных жалоб, анамнеза и клинического осмотра.

Общесоматическое физикальное обследование пациента с ГБ: осмотр и пальпация головы с целью определения признаков травмы, мышечно-сухожильных уплотнений, исследование объема движений в шейном отделе позвоночника, определение болезненных триггерных зон в мышцах шейно-воротниковой зоны, определение пульсации и болезненных уплотнений в области поверхностной височной и сонных артерий, аускультация сонных артерий, исследование полости рта, языка, нёба, височно-нижнечелюстных суставов, глаз, ушей, шейных лимфоузлов, измерение артериального давления и частоты сердечных сокращений, измерение температуры тела.

Клиническое неврологическое обследование включает оценку уровня сознания, менингеальных симптомов, признаков повышения внутричерепного давления и нарушения венозного оттока из полости черепа, дисфункций вегетативной нервной системы, нейропсихологического статуса, высших корковых функций, черепных нервов, очаговой неврологической симптоматики (обследование пирамидной, экстрапирамидной, мозжечковой, чувствительной и сегментарной систем, а также функции периферической нервной системы).

Российским обществом по изучению ГБ (<http://headache-society.ru>) разработаны и рекомендуются к использованию в клинической практике «дневник головной боли» и «дневник сопутствующих симптомов», в которых пациент ежедневно отмечает различные характеристики ГБ, сопутствующих симптомов и общего самочувствия.

Для объективизации ГБ в амбулаторных условиях служат различные визуальные аналоговые шкалы (оценка выраженности боли по 10- или 100-балльной шкале-линейке) и специальные опросники (комплексный болевой опросник, опросник Освестри, Мак-Гилловский опросник, опросник QVM — оценка качества жизни при мигрени), позволяющие оценить интенсивность боли и степень функциональных ограничений, вызванных болевым синдромом.

Большое количество шкал и опросников (HART Index — ответ на лечение ГБ, Migraine-ACT — оценка терапии приступов мигрени, Leeds Dependence Questionnaire — Лидский опросник зависимости от анальгетиков, Индекс HIT-6 — влияние ГБ на повседневную активность, Индекс HALT — оценка времени, потерянного из-за ГБ) несомненно помогают пациенту и врачу оценить

индивидуальные особенности клинических проявлений и степень влияния ГБ на различные показатели качества жизни, что в конечном итоге обеспечивает приверженность к терапии и ее эффективность.

У пациентов с вторичной ГБ после консультации специалиста (невролог), по показаниям проводятся дополнительные исследования: эхоэнцефалоскопия, электроэнцефалография, ультразвуковая доплерография, дуплексное сканирование сосудов шеи и головного мозга, рентгенография (черепа, шейного отдела позвоночника), нейровизуализация (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография), магнитно-резонансная или рентгенконтрастная ангиография. У пациента может быть одновременно несколько типов ГБ, что определяется несколькими диагнозами, выставляемыми в порядке их значимости для пациента.

5. Тактика ведения. Первичные ГБ успешно лечатся врачом общей практики. При наличии у пациента нескольких типов ГБ для уточнения их природы предлагается вести дневник цефалгий. Дневник ГБ дисциплинирует пациента и помогает ему отличать один тип ГБ от другого. Врачу такой дневник полезен для постановки диагноза и объективной оценки количества обезболивающих препаратов, используемых пациентом с ГБ.

Основные этапы диагностики и лечения ГБ можно представить следующим образом:

- 1) тщательный активный сбор анамнеза и жалоб с выделением ведущих симптомов;
- 2) определение спектра сопутствующих симптомов;
- 3) группировка симптомов в синдромы с определением этиопатогенетических факторов;
- 4) постановка предварительного или синдромального диагноза (при первичных ГБ возможно определение нозологии);
- 5) проведение инструментальных и дополнительных методов обследования с проведением дифференциального диагноза (особенно при вторичных ГБ);
- 6) определение нозологического диагноза;
- 7) формирование индивидуальной комплексной схемы лечения;
- 8) динамическое наблюдение и определение профилактической тактики.

Лечение у невролога показано в следующих случаях: неэффективность лечения первичной ГБ, необходимость подбора профилактического лечения ГБ, вторичные ГБ. В рекомендациях Европейской федерации ГБ приводятся следующие основания для консультации врача-невролога:

- 1) диагноз неясен даже после полного обследования;
- 2) диагноз кластерной ГБ (в большинстве случаев лучше, если таких пациентов ведут специалисты по ГБ);

3) подозрение на вторичную ГБ, как проявление серьезного заболевания или необходимость в проведении дополнительных исследований для исключения серьезной патологии;

4) любой случай вновь возникшей или нехарактерной для данного пациента ГБ;

5)стораживающие симптомы в анамнезе или выявленные при объективном осмотре: впервые возникшая громоподобная ГБ (интенсивная ГБ с острым или «взрывоподобным» началом); впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет; впервые возникшая ГБ у ребенка до 10 лет; впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе;

6) атипичная мигренозная аура, в особенности: длительность ауры больше часа; аура, проявляющаяся двигательной слабостью; аура без ГБ у пациента без мигрени с аурой в анамнезе; аура, впервые возникшая на фоне приема комбинированных оральные контрацептивов;

7) прогрессирующее ухудшение ГБ на протяжении нескольких недель и дольше;

8) ГБ, связанная с изменением позы, которое приводит к снижению или повышению давления ликвора;

9) ГБ в сочетании с лихорадкой неясного генеза;

10) ГБ в сочетании с неврологической симптоматикой неясного генеза;

11) резистентность к проводимому лечению;

12) коморбидные нарушения, требующие консультации специалиста;

13) наличие факторов риска ишемической болезни сердца может быть показанием для консультации кардиолога перед назначением триптанов.

При выявлении индикаторов серьезного заболевания у пациента с острой ГБ, необходима немедленная консультация невролога и госпитализация пациента в стационар для проведения тщательного и неотложного обследования пациента, а также своевременного дифференцированного лечения.

Признаки серьезного заболевания (сигналы опасности) при ГБ:

1) внезапное появление сильной «громоподобной» ГБ;

2) внезапно изменились характер и частота приступов хронической ГБ или они стали значительно интенсивнее (по оценке больного — это самая интенсивная ГБ, которую он когда-либо испытывал);

3) появление постоянной и прогрессивно усиливающейся ГБ у пациента старше 50 лет;

4) постоянная ГБ с тошнотой, усиливающаяся ночью и утром, или меняющаяся при изменении положения головы, усиливающаяся при нагрузках, связанных с повышением внутричерепного давления (физическое напряжение, кашель, чихание);

5) ГБ сочетается с внезапным развитием любой очаговой неврологической симптоматики или угнетением сознания;

6) острая ГБ сочетается с менингеальным синдромом и лихорадкой;

7) интенсивная ГБ развивается через несколько часов, суток или недель после травмы головы;

8) ГБ с атипичной аурой (продолжительностью более 1 ч или с симптомами слабости в конечностях);

9) аура, впервые возникшая на фоне приема гормональных контрацептивов;

10) впервые возникшая ГБ у пациента с раковым процессом, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитным состоянием в анамнезе;

11) впервые возникшая ГБ у ребенка.

6. Мигрень представляет собой заболевание, обусловленное наследственно детерминированной дисфункцией вазомоторной регуляции, проявляющееся преимущественно в виде периодически повторяющихся приступов пульсирующей ГБ, нередко в одной половине головы, с началом заболевания чаще в юношеском возрасте. По распространенности мигрень занимает второе место после ГБ напряжения. Начало заболевания чаще отмечается в юношеском возрасте. Приступы мигренозной ГБ обычно впервые проявляется в возрасте от 10 до 20 лет. В возрасте 35–45 лет частота и интенсивность мигренозных приступов достигают максимума, после 55–60 лет у большинства больных мигрень прекращается. У 60–70% больных мигрень имеет наследственный характер. Если приступы мигрени были у матери, то риск заболевания составляет 72%, если у отца — 30%.

6.1. Диагностические критерии мигрени без ауры (МКГБ-2, 2004)

А — Не менее 5 приступов, которые отвечают критериям В, С, D.

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

С — ГБ присущи не менее двух из следующих признаков: односторонняя локализация, чередование сторон; пульсирующий характер; средняя или значительная степень выраженности (затрудняет или делает невозможной повседневную активность); усиление при подъеме по лестнице, физической нагрузке.

D — ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов: тошнота, рвота, светобоязнь (фотофобия), шумобоязнь (фонофобия).

6.2. Диагностические критерии мигрени с аурой (МКГБ-2, 2004)

А. По меньшей мере 2 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 на протяжении ≥ 5 мин и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении ≥ 5 мин;

3) каждый симптом имеет продолжительность ≥ 5 мин, но ≤ 60 мин.

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

E. Не связана с другими причинами (нарушениями).

Для оценки функциональных ограничений, вызванных мигренью, используется опросник (шкала) MIDAS (migraine disability assessment scale).

Вопрос	Количество дней
1. Сколько дней за последние 3 мес. Вы отсутствовали на работе или в школе из-за головной боли?	
2. В течение скольких дней за последние 3 мес. эффективность Вашей работы или учебы была снижена из-за головной боли в 2 раза и более?	
3. Сколько дней за последние 3 мес. Вы не могли из-за головной боли выполнять свои домашние обязанности?	
4. Сколько дней за последние 3 мес. эффективность выполнения Вами домашних обязанностей была снижена в 2 раза или более (включая дни, отраженные в вопросе 3)?	
5. Сколько дней за последние 3 мес. Вы не могли из-за головной боли полноценно осуществлять семейную, социальную активность и проводить досуг?	
Оценка функциональных ограничений	Общее количество дней
I. Функциональное ограничение отсутствует или незначительное	0–5
II. Умеренное функциональное ограничение	6–10
III. Выраженное функциональное ограничение	11–20
IV. Резко выраженное функциональное ограничение	>21

Схема. Опросник (шкала) MIDAS (migraine disability assessment scale).

6.3. *Клинические фазы приступа мигрени (у части больных отмечаются только некоторые из этих фаз):*

1) продромальная фаза (1–3 ч): раздражительность, беспокойство, сонливость, астенизация, эмоциональная лабильность, повышение чувствительности к свету и запахам, анорексия или булимия;

2) аура (не более 1 ч): фокальные, как правило однотипные, неврологические симптомы в виде преходящих зрительных, сенсорных, вестибулярных, двигательных расстройств;

3) фаза ГБ со светобоязнью и фотобоязнью, тошнотой или рвотой (4–72 ч): во время приступа пульсирующей интенсивной ГБ пациенты стараются уединиться в темное и тихое помещение, лучше себя чувствуют лежа, стянув голову полотенцем или сжимая ее руками;

4) постдромальная фаза (до 24 ч): постепенное уменьшение ГБ, которая нередко из пульсирующей трансформируется в давящую или ноющую, повышение сонливости с длительным сном, повышенная утомляемость, снижение аппетита, усиление диуреза.

6.4. *Аура мигренозного приступа:*

1) аура мигрени представляет собой локальные неврологические симптомы (предвестники), которые нарастают на протяжении 5–20 мин и длятся не более 60 мин;

2) чаще ГБ возникает через 30–60 мин от начала ауры (может возникать перед аурой или одновременно с ней);

3) возникновение ауры обусловлено феноменом распространяющейся депрессии Лео с преходящей ишемией коры или ствола головного мозга.

6.5. *Факторы риска (триггеры) развития приступов мигрени:*

1) гормональные: менструация, овуляция, применение оральных контрацептивов, использование гормональной заместительной терапии;

2) диетические: алкоголь (сухое красное вино, шампанское, пиво), пицца, богатая нитритами, моносодовый глютамат, аспартам, шоколад, какао, орехи, яйца, сельдерей, выдержанный сыр, пропущенный прием пищи;

3) средовые: яркий свет, сверкающие огни, визуальная стимуляция, флуоресцентное освещение, запахи, изменения погоды;

4) психогенные: стресс, послестрессовый период (выходные или отпуск), тревога, беспокойство, депрессия;

5) лекарственные препараты: нитроглицерин, гистамин, резерпин, ранитидин, гидралазин, эстроген.

6) связанные со сном: недостаток сна, пересыпание;

7) разнообразные: черепно-мозговая травма, физическое напряжение, переутомление, хронические заболевания.

6.6. *Лечение мигрени.* В лечении приступа мигрени используется два основных принципа: дифференцированный подход в зависимости от интенсивности и выраженности головной боли и поэтапный переход к более мощным и специфичным анальгетикам. Этапный подход подразумевает начало лечения с обычных анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств. При их неэффективности на втором этапе переходят к комбинированным препаратам. Третий этап противомигренозной терапии включает применение агонистов 5HT₁-рецепторов: эрготамина, дигидроэрготамина, триптаны. Возможен выбор тактики лечения мигрени в зависимости от выраженности головной боли и выявленной степени функциональных ограничений по опроснику MIDAS. При I степени функциональных ограничений (MIDAS) в лечении используются простые анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (профилактика — изменение образа жизни, ограничение мигренозных триггеров). При II степени используются комбинированные анальгетики и агонисты серотониновых рецепторов (возможна медикаментозная профилактика). При III и IV степенях используют агонисты серотониновых рецепторов (обязательная медикаментозная профилактика).

В лечении (купировании приступа) мигрени слабой и умеренной интенсивности ГБ (не более 7 баллов по визуальной аналоговой шкале), продолжительностью приступа не более 1 сут, используют следующие лекарственные средства:

1) нестероидные противовоспалительные средства и простые анальгетики (применять один из препаратов не более 10 дней в месяц, после еды, при необходимости с гастропротекторами):

— аспирин таб. 500 мг, до 1000 мг/сут;

— парацетамол таб. 500 мг, до 1000 мг/сут;

— напроксен таб. 250 мг, до 500 мг/сут;

— кеторолак таб. 10 мг, до 30 мг/сут; 1 амп. 30 мг в/м, макс. 2 р/сут;

— диклофенак таб. 50 мг, 100 мг, до 100 мг/сут; амп. 3 мл 75 мг в/м;

2) комбинированные анальгетики (регулярно не применять из-за риска возникновения абзусной ГБ, не более 7 дней в месяц):

— седальгин-нео (парацетамол + метамизол натрия + кофеин + кодеина фосфат + фенобарбитал) — однократно, максимально 6 таб/сут;

— солпадеин (парацетамол + кодеин + кофеин) — однократно, макс. 4 таб/сут;

— мигренол пм (парацетамол + дифенгидрамин) — по 2 таб. каждые 6 ч, не более 8 таб/сут;

— пенталгин н (напроксен + метамизол натрия + кодеин + кофеин + фенобарбитал) — по 1 таб. 2–3 раза в сутки после еды;

— саридон (кофеин + парацетамол + пропифеназол) — по 1–2 таб, до 6 таб/сут.

В лечении (купировании приступа) мигрени с большой интенсивностью ГБ (более 8 баллов по

визуальной аналоговой шкале), значительной продолжительностью приступа (более 24 ч), используют следующие лекарственные средства:

1) **триптаны** (противопоказаны при: базилярной и гемиплегической мигрени, приеме эрготамина, ишемической болезни сердца, заболеваниях периферических артерий, гипертонической болезни, цереброваскулярной болезни с риском ишемического инсульта):

— суматриптан (амигренин, сумамигрен) — таб. 50 и 100 мг (начало действия через 30 мин) макс. 4 таб./сут; назальный спрей (20 мг — действие через 15–20 мин); ампулы 6 мг янтарной соли суматриптана в 0,5 мл дистиллированной воды, п/к 1 амп. 6 мг (действие через 10 мин);

— золмитриптан (зомиг) таб. 2,5 мг и 5 мг, по 1 таб. каждые 2 ч, макс. 5 мг однократно и 15 мг/сут;

— наратриптан (нарамиг) таб. 2,5 мг, по 1 таб. каждые 4 ч, макс 5 мг/сут;

— элетриптан (релпакс) таб. 20 мг, 40 мг, 80 мг, по 1 таб. каждые 2 ч, макс. 160 мг/сут;

2) **противорвотные средства** (при интенсивных приступах мигрени с многократной рвотой):

— метоклопрамид (церукал) таб. 10 мг, макс. 3 р/сут до еды; ампулы по 2 мл (10 мг) 0,5% р-р в/м 1–2 р/сут;

— домперидон (мотилиум) таб. 10 мг, макс. 3 р/сут за 15–30 мин до еды.

В лечении интенсивного приступа мигрени, рефрактерного к терапии используются: дигидроэрготамин 0,5 мл в/в за 2–3 мин, через 30 мин возможно дополнительное ведение еще 0,5 мл в/в медленно; нейролептик прохлорперазин (метеразин) таб. 5 мг или 5 мг в/в однократно, или церукал 2 мл (10 мг) в/м.

Развитие осложнений мигрени в виде мигренозного статуса или мигренозного инфаркта является абсолютным показанием к госпитализации пациента в стационар с проведением невровизуализации и всех необходимых мер интенсивной терапии.

6.7. Профилактика мигрени. Проводится только при частоте приступов более двух в месяц и тяжелых приступах. По данным отечественных публикаций, в профилактике приступов мигренозной ГБ нуждаются около 10–20% пациентов, страдающих различными формами мигрени. Согласно американским эпидемиологическим исследованиям от 2012 г., около 38% лиц страдающих мигренью нуждаются в использовании профилактического лечения и только 3–13% проводят медикаментозную профилактику мигрени.

Основными показаниями для проведения курсов профилактики мигрени являются следующие клинические события: интенсивные приступы мигрени продолжительностью более 24 ч с выраженными функциональными ограничениями и дезадаптацией в течение трех и более дней в месяц,

продолжительная аура, осложнения мигрени (мигренозный инфаркт, мигренозный статус) в анамнезе, гемиплегическая мигрень, базилярная мигрень, мигренозные эквиваленты, неэффективность средств для купирования приступов или наличие противопоказаний к ним.

В медикаментозной профилактике мигрени используется индивидуально подобранная монотерапия с постепенным наращиванием дозы до получения клинического эффекта. Если в течение трех месяцев частота и интенсивность приступов мигрени не снижается на 50% и более, то переходят к использованию препарата другой фармакологической группы или к комбинированному лечению двумя препаратами при отсутствии побочных эффектов. Важнейшим аспектом профилактики приступов мигрени является соблюдение пациентом рекомендаций по изменению образа жизни: соблюдать диету с низким содержанием тирамина, нормализовать режим питания, сна и физических нагрузок, ограничить курение и прием алкоголя, для женщин не использовать гормональные контрацептивы, ограничить или исключить воздействие яркого света, резких запахов, интенсивного шума, увеличить потребление магния с пищей.

По данным научно-доказательной медицины (уровень доказательности А) в профилактике мигрени наиболее эффективны следующие препараты: 1) противозипелитические препараты: дивалпрокс натрия (депакот), вальпроат натрия (депакин), топирамат; 2) β-адреноблокаторы: метопролол, пропранолол, тимолол; 3) триптаны: фроватриптан (фровамигран) — для профилактики менструальной мигрени.

По данным литературы, для профилактики приступов мигрени могут использоваться следующие группы лекарственных препаратов:

1. Антидепрессанты:

— амитриптилин (трициклический антидепрессант) таб. 10 и 25 мг, от 10 мг до 100 мг/сут — «вечерний»;

— пароксетин (паксил, рексетин — селективный ингибитор обратного захвата серотонина) таб. 20 мг утром, макс. 40 мг/сут — «утренний»;

— флуоксетин (прозак — селективный ингибитор обратного захвата серотонина) таб. 20 мг утром и 20 мг днем, до 80 мг/сут;

— венлафаксин (велаксин, эфевелон — ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина) таб. 37,5 мг и 75 мг, макс 150 мг/сут.

2. Антиконвульсанты:

— вальпроат натрия (депакин) таб. 300 и 500 мг, до 1500 мг/сут;

— габапентин (нейронтин, тебантин) капс. 100 и 300 мг, до 900 мг/сут;

— топирамат (топамакс) таб. 25 и 100 мг, капс. 15, 25, 50 мг, 25–50 мг/сут, на ночь.

3. **Бета-адреноблокаторы:**
— метопролол по 50–100 мг 2–3 раза в сутки;
— пропранолол по 20–40 мг 3 раза в сутки.
4. **Блокаторы кальциевых каналов:**
— нимодипин по 30 мг 3 раза в сутки;
— верапамил по 40 мг 2–3 раза в сутки, до 160 мг/сут.
5. **Нестероидные противовоспалительные средства** (используются чаще для кратковременной профилактики ГБ, при «менструальной» мигрени — за 5–7 дней до и в первые дни цикла, а также при сочетании мигрени с цервикогенной или артрогенной болью):
— ацетилсалициловая кислота по 125–300 мг ежедневно в два приема;
— напроксен по 250–500 мг 2 раза в сутки.
6. **Немедикаментозные методики:** диета, идентификация и устранение триггеров, регулярные аэробные физические упражнения, методики релаксации, биологическая обратная связь, игло-рефлексотерапия, психотерапия.
- 6.8. **Показания для направления пациента к неврологу:**
- 1) мигрень с пролонгированной аурой (аура более 1 ч);
 - 2) наличие одной из следующих форм мигрени: семейная гемиплегическая, базилярная, офтальмоплегическая, ретинальная;
 - 3) неэффективность терапии приступов мигрени;
 - 4) длительность приступов мигрени более 24 ч;
 - 5) хроническая форма мигрени;
 - 6) мигрень с частыми приступами (более 3-х в месяц), при которых не меняется сторона ГБ;
 - 7) подбор профилактической терапии (особенно таких средств как антиконвульсанты и антагонисты серотонина);
 - 8) сочетание мигрени и очаговой неврологической симптоматики в межприступный период.
7. **Головная боль напряжения** представляет собой вид ГБ, которая связана с нервным напряжением, тревогой и другими невротами, часто сочетающаяся с хроническим сокращением мышц скальпа, жевательных мышц и мышц шейно-воротниковой области. В литературе встречаются различные синонимы ГБ напряжения: ГБ мышечного напряжения, тензионная ГБ, психомиогенная ГБ, стрессорная ГБ, миалгическая ГБ, эссенциальная (идиопатическая) ГБ. Данный вид ГБ часто сопутствует состоянию физического и умственного утомления, психоэмоционального перенапряжения и чаще отмечается у лиц, деятельность которых сопряжена с длительной концентрацией внимания, эмоциональным напряжением в сочетании с гиподинамией. При этом заболевании ГБ обычно: непароксизмальная, монотонная, симметричная, сдавливающая, умеренной интенсивности, двусторонняя, не сопровождается тошнотой и рвотой, может сопровож-

даться фото- и фонофобией. В нейropsychологическом статусе, для эпизодической ГБ напряжения характерно преобладание тревоги, а при ее хронической форме — депрессии.

7.1. **Диагностические критерии ГБ напряжения:**

А. Не менее 10 эпизодов ГБ, которые соответствуют критериям В–D и отмечались менее 180 дней в году (эпизодическая) и более 15 дней в месяц на протяжении минимум 6 месяцев (хроническая).

В. Эпизод ГБ продолжается от 30 мин до 7 дней.

С. ГБ присущи как минимум два из следующих признаков:

— по характеру ГБ давящая, сжимающая, не пульсирующая, монотонная;

— интенсивность ГБ от легкой до средней и повседневная активность не нарушена;

— по локализации ГБ двусторонняя и диффузная;

— ГБ не усиливается при напряжении, ходьбе и подъеме по лестнице.

Д. Оба следующих признака:

— отсутствует тошнота и рвота (может появляться анорексия);

— только один из симптомов: фото- или фонофобия.

Е. Не менее одного из следующих признаков:
— анамнез и результаты осмотра не выявляют других известных причин ГБ;

— или они могут быть исключены с помощью дополнительных методов исследования;

— если и имеется другая форма ГБ, то она отличается от ГБ напряжения, а ее появление и причины не совпадают с ней по времени.

7.2. **Дополнительные диагностические критерии ГБ напряжения:**

1) рисунок ГБ по типу «обруча» или «каска»;

2) слабая или умеренная интенсивность ГБ (до 6 баллов по визуальной аналоговой шкале);

3) облегчение ГБ при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления;

4) усиление ГБ на фоне эмоциональных переживаний (острый или хронический стресс).

7.3. **Основные факторы хронизации ГБ напряжения:**

1) психогенный фактор (хронический стресс, депрессия, тревога, болевое поведение, снижение болевого порога);

2) абзусный фактор (злоупотребление обезболивающими препаратами);

3) мышечный фактор (позиционное статическое напряжение при длительном вынужденном положении шеи и головы, гиподинамия, хроническое мышечное напряжение).

7.4. **Лечение ГБ напряжения.**

Основные принципы лечения ГБ напряжения можно представить в виде следующих тезисов:

1) лечение и профилактика эмоционально-личностных нарушений: депрессии, тревоги, фобий, соматоформных расстройств и др.;

2) лечение и профилактика мышечного напряжения (напряжения перикраниальных мышц);

3) купирование и предотвращение лекарственного злоупотребления.

Основные методики лечения ГБ напряжения и группы лекарственных средств перечислены ниже:

1) лечение и профилактика немедикаментозными средствами: регулярные физические упражнения и лечебная физкультура, психотерапия, методики биологической обратной связи, массаж скальпа и шейно-воротниковой области, мануальная терапия, постизометрическая релаксация, физиотерапия, иглорефлексотерапия;

2) нестероидные противовоспалительные средства (применять один из препаратов не более 10 дней в месяц, после еды, при необходимости с гастропротекторами):

— аспирин таб. 500 мг, до 1000 мг/сут;
— парацетамол таб. 500 мг, до 1000 мг/сут;
— ибупрофен таб. 200, 400 мг, до 400 мг/сут;
— напроксен таб. 250 мг, до 750 мг/сут;
— кетопрофен (кетонал капс. 50 и 100 мг, артрозилен капс. 320 мг) капс. 50 мг, таб. 100 мг, амп. 2 мл (100 мг) в/м; лечебная доза 100 мг — 2–3 р/сут во время еды; поддерживающая доза 150 мг/сут, макс. 5 дней;

— диклофенак таб. 50 мг, 100 мг, до 100 мг/сут; амп. 3 мл (75 мг) в/м;

— кеторолак 1 амп. 30 мг, макс. 2 р/сут в/м (при продолжительных и интенсивных приступах);

3) миорелаксанты (при сочетании головной боли с напряжением мышц скальпа, жевательных или шейно-воротниковых мышц):

— сирдалуд (тизанидин) таб. 2 мг, 4 мг, до 8 мг/сут;

— баклофен таб. 10 мг, 25 мг, до 100 мг/сут;
— мидокалм (толперизон) др. 50 и 150 мг, до 300 мг/сут.

4) антидепрессанты (при верифицированных депрессивных расстройствах, индивидуально подбирается один из препаратов, курс лечения 3–6 мес, начало эффекта через 2 нед):

— amitриптилин таб. 10 и 25 мг, до 100 мг/сут — «вечерний»;

— циталопрам (опра, ципрамил, прам) таб. 20 мг, 40 мг, до 60 мг/сут;

— флуоксетин (прозак) таб. 20 мг утром и 20 мг днем, до 80 мг/сут;

— пароксетин (рексетин, паксил) таб. 20 мг, до 40 мг/сут;

5) анксиолитики (при верифицированных тревожных расстройствах, индивидуально подбирается один из препаратов, курс лечения 1–3 мес):

— афобазол таб. 5 мг и 10 мг, до 30 мг/сут;

— атаракс таб. 25 мг, до 50 мг/сут;

— грандаксин таб. 50 мг, до 150 мг/сут.

7.5. Показания для направления к неврологу:

1) неэффективность терапии;

2) хроническая ГБ напряжения;

3) сочетание хронической ГБ напряжения и хронической мигрени;

4) сочетание ГБ напряжения с очаговыми неврологическими симптомами;

5) появление впервые возникшей и нетипичной для пациента ГБ, сопровождающейся новыми симптомами;

6) необходимость в подборе профилактического лечения.

8. Кластерная головная боль. Кластерная или пучковая ГБ является редкой формой сосудистой ГБ, которая чаще (в 80% случаев) поражает мужчин в возрасте 30–40 лет. У 5% пациентов заболевание носит наследственный характер. При этом заболевании ГБ возникает сериями (кластерами, пучками) приступов, по несколько раз в день (ежедневно) в течение 4–8 нед. Длится приступ от 15 мин до 2 ч и характеризуется очень интенсивной острой болью. Один из приступов обязательно развивается ночью в одно и то же время. Отмечается 6–8 приступов в сутки на протяжении от 2 нед до 3 мес. У 10–15% пациентов отмечается хроническое течение кластерной ГБ без ремиссий, у 27% развивается лишь один эпизод пучковой ГБ. Из-за невыносимой боли у большого числа пациентов во время приступа кластерной ГБ появляется двигательное беспокойство, агрессия, жажда. В литературе описаны попытки суицида во время приступов кластерной ГБ. Во время болевого «пучка» ГБ всегда возникает с одной и той же стороны.

Межприступный период, иногда длящийся годами, не сопровождается ГБ и другими неврологическими симптомами. Чаще атаки кластерной боли возникают весной и осенью, без какого-либо провоцирующего фактора. Отмечаются следующие основные характеристики болевого синдрома и сопровождающих симптомов: строго односторонняя жгучая и пульсирующая боль, начинающаяся с орбитальной области, возникновение приступов часто в одно и то же время, усиление моторики кишечника перед приступом, покраснение глаза и слезотечение на стороне ГБ, покраснение гомолатеральной половины лица «красная мигрень».

Провоцирующие факторы кластерной ГБ: нарушения привычного суточного ритма (смена часовых поясов при воздушных перелетах, бессонные ночи, суточный график работы); прием алкоголя, гистамина или нитроглицерина.

Синонимы кластерной ГБ, встречающиеся в литературе: Cluster headache, периодическая мигренозная невралгия Харриса, эритропрозопагия Бинга, невралгия Бинга—Хортон, пучковая ГБ, эритромералгия головы, гистаминная цефалгия.

8.1. *Диагностические критерии кластерной головной боли:*

А. По крайней мере 5 приступов боли, соответствующих критериям Б–Г.

Б. Сильная односторонняя боль в глазничной, надглазничной или височной области, продолжающаяся без лечения от 15 до 180 мин.

В. Наличие одного из следующих симптомов на стороне ГБ: покраснение глаза, слезотечение, заложенность носа, ринорея, потливость лба и лица, сужение зрачка, птоз, отек века, чувство беспокорство (невозможность находиться в покое) или ажитация.

Г. Частота приступов колеблется от одного раза в два дня до восьми раз в сутки.

Д. Допускается, по крайней мере, одно из следующих: 1) данные анамнеза, соматического и неврологического обследования исключают другие заболевания, вызывающие иной тип ГБ или краиниальную невралгию; 2) заболевание предполагается, но оно исключается соответствующим обследованием; 3) заболевание имеется, но приступы пучковой ГБ не связаны с ним.

8.2. *Лечение кластерной ГБ:*

1) кеторолак 1 амп. 30 мг в/м, макс. 2 р/сут (или артрозил амп. 2 мл — 100 мг в/м);

2) элетриптан (релпакс) таб. 80 мг, до 160 мг/сут. (или дигидроэргота мин амп. 1 мл 0,1% р-ра, п/к 0,5 мл 1–2 р/сут; или суматриптан 1 амп. 6 мг в 0,5 мл дистиллированной воды п/к);

3) в лечении затяжного приступа кластерной ГБ или хронической формы используется преднизолон 75 мг в/в или дексаметазон 8 мг в/в 1 р/сут, 3–4 дня; возможно пероральное использование преднизолона в дозе 40–60 мг/сут в течение 7–14 дней;

4) закапывание в нос 4% р-ра лидокаина; процедуру можно повторить не ранее, чем через 20 мин;

5) ингаляция 100% кислорода, 10–15 л/мин, в течение 10–20 мин;

6) хирургическое лечение: радиочастотная термокоагуляция тригеминального ганглия, радиочастотная ризотомия, микроваскулярная декомпрессия, нейростимуляция (глубокая стимуляция задней гипоталамической области, стимуляция большого затылочного и блуждающего нерва).

Согласно европейским рекомендациям, препаратами выбора в лечении кластерной ГБ являются: ингаляция 100% кислорода со скоростью 7 л/мин в течение 15 мин и инъекция суматриптана 6 мг подкожно.

8.3. *Профилактика приступов кластерной ГБ* включает исключение триггеров, провоцирующих приступ кластерной ГБ: курение табака, алкоголь, нитроглицерин. По данным научно-доказательной медицины (уровень доказательности А) в профилактике кластерной ГБ наиболее эффективны следующие препараты: верапамил,

карбонат лития, метисергид, эрготамин, топирамат, габапентин.

Профилактика приступов кластерной ГБ включает в себя:

1) сочетанное использование антигистаминных средств: антагонист H₁-рецепторов супрастин (хлорпирамин) таб. 25 мг или амп. 2% 2 мл + антагонист H₂-рецепторов циметидин таб. 200 мг, во время еды, обед + вечер — курс 6–8 нед;

2) антисеротониновые средства: метисергид таб. 2 мг, до 4 мг/сут; лизурид таб. 0,025 мг, до 3 таб./сут; пизотифен таб. 0,5 мг, до 3 таб./сут;

3) антагонисты кальциевых каналов: верапамил таб. 40 и 80 мг, до 120–160 мг/сут;

4) исключение триггеров, провоцирующих приступ кластерной ГБ: курение табака, алкоголь, нитроглицерин;

5) антиконвульсанты: вальпроевая кислота по 600–2000 мг в сутки, топирамат по 50–100 мг в сутки, габапентин по 1800–2400 мг в сутки.

При подозрении на кластерную ГБ пациент должен быть направлен к неврологу для проведения лечения и длительного наблюдения.

8.4. *Хроническая пароксизмальная гемикрания* является вариантом пучковой ГБ, возникает преимущественно у женщин и отличается более кратковременной продолжительностью приступов. Диагноз устанавливается, если зафиксировано не менее 20 стереотипных приступов односторонней ГБ, возникающих ежедневно от 6 до 15 раз в сутки, продолжающихся 5–30 мин и сопровождающихся по крайней мере одним из следующих вегетативных симптомов на стороне боли: слезотечением, ринореей, заложенностью носа, покраснением глаза, птозом, отеком века. Отличительная особенность хронической пароксизмальной гемикрании и одновременно ее важный диагностический критерий это положительный эффект от лечения индометацином.

Диагностические критерии хронической пароксизмальной гемикрании:

1) приступы жгучей, сверлящей, всегда односторонней ГБ глазничной, лобно-височной локализации (иногда гемикрания);

2) приступы ГБ непродолжительны (от 2 до 30 мин), повторяются 10–16 раз в сутки и возникают ежедневно на протяжении многих месяцев;

3) встречается преимущественно у женщин (8 : 1);

4) высокая чувствительность к индометацину;

5) часто ГБ сопутствуют вегетативные симптомы: симптом Горнера, покраснение глаза и слезотечение, заложенность половины носа, ипсилатеральная потливость лба и лица, ипсилатеральный отек век.

В лечении хронической пароксизмальной гемикрании используется индометацин таб. 25 мг — 3 р/сут, до 150 мг/сут, или метиндол таб. 75 мг

ретард 1 р/сут, до 150 мг/сут. После прекращения приступов ГБ для профилактики используется поддерживающая доза индометацина 12,5–25 мг/сут, которую применяют в течение 2–3 мес (при отсутствии противопоказаний по желудочно-кишечному тракту).

9. Краткие клинические характеристики основных и наиболее серьезных вторичных головных болей:

1) субарахноидальное кровоизлияние — внезапная острая, интенсивная, диффузная ГБ, значительное повышение АД, рвота, менингеальный синдром, угнетение сознания;

2) внутримозговое кровоизлияние — острая односторонняя, давящая или распирающая ГБ на протяжении дней, очаговые неврологические симптомы, повышение АД, рвота, угнетение сознания;

3) спонтанная диссекция сонной или позвоночной артерии — острая колющая, сжимающая, нередко пульсирующая боль в шейно-лицевой и височной области, в шейно-затылочной области, часто развивается после резкого движения головой, синдром Горнера, пульсирующий шум в ушах, потеря сознания, развитие острого ишемического нарушения мозгового кровообращения;

4) менингит — диффузная распирающая ГБ, усиливается при пробах, повышающих внутричерепное давление, менингеальный синдром, лихорадка, рвота, угнетение сознания, лейкоцитоз и повышение СОЭ;

5) энцефалит — диффузная и локализованная ГБ, угнетение сознания, очаговые неврологические симптомы, судорожные приступы, лейкоцитоз и повышение СОЭ, отсутствие менингеальных симптомов, изменение психического статуса;

6) тромбоз мозговых вен и синусов — постепенно нарастает тупая распирающая или давящая ГБ, увеличение боли при физической нагрузке и в положении лежа, тошнота или рвота, менингеальные симптомы, застойные диски зрительных нервов, повышение температуры тела, увеличение СОЭ, угнетение сознания, судорожные приступы, очаговые неврологические симптомы, при инфекционном венозном тромбозе отмечается внезапное ухудшение клинического состояния и появление постоянной ГБ на фоне очага инфекции (околоносовые пазухи, среднее ухо, орбита, кожа носогубного треугольника);

7) внутричерепной объемный процесс (опухоль) — чаще диффузная постоянная распирающая гипертензионно-гидроцефальная ГБ, усиливается ночью и лежа, при натуживании и кашле, застойные явления на глазном дне, тошнота или рвота в сочетании с увеличением интенсивности боли, прогрессирующее постепенное увеличение количества и выраженности очаговых неврологических симптомов.

При выявлении врачом общей практики клинических ситуаций, которые сопровождаются характеристиками, указанными выше, целесообразна консультация невролога и госпитализация.

Литература

1. Амелин А. В., Игнатов Ю. Д., Скоромец А. А. Мигрень: патогенез, клиника, лечение. — СПб., 2001. — 200 с.
2. Есин О. Р., Наприенко М. В., Есин Р. Г. Современные принципы лечения головной боли напряжения (обзор) // Медицинский альманах. — 2011. — № 1. — С. 121–125.
3. Есин О. Р., Наприенко М. В., Есин Р. Г. Мигрень: основные принципы лечения и профилактики // Клиницист. — 2011. — № 4. — С. 10–17.
4. Избранные лекции по семейной медицине / Под редакцией О. Ю. Кузнецовой. — СПб., 2008. — 727 с.
5. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В., Манвелов Л. С. Справочник по головной боли. — М., 2005. — 170 с.
6. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В. Мигрень и ее лечение // Русский медицинский журнал. — 2009. — Т. 17. — № 20. — С. 1305–1307.
7. Кандыба Д. В. Головные и лицевые боли в амбулаторной практике. Учебное пособие. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2012. — 103 с.
8. Мументалер М., Маттле Х. Головная и лицевая боль // Неврология / Под ред. О. С. Левина. — М., 2007. — С. 752–785.
9. Неврология: национальное руководство / Под редакцией Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 1040 с.
10. Осипова В. В., Табеева Г. Р. Первичные головные боли. — Москва, 2007. — 60 с.
11. Осипова В. В. Головная боль напряжения. Практическое руководство для врачей. — М., 2009. — 40 с.
12. Осипова В. В. Дисфункция перикраниальных мышц при первичной головной боли и ее коррекция // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2010. — № 4. — С. 29–36.
13. Стайнер Т. Дж. и соавт. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей / Пер. с англ. Ю. Э. Азимовой, В. В. Осиповой. — М., 2010. — 37 с.

14. Тарасова С. В., Амелин А. В., Скоромец А. А. Распространенность и выявляемость первичных форм хронической ежедневной головной боли // Казанский медицинский журнал. — 2008. — Т. 89. — № 4. — С. 427–431.
15. Турбина Л. Г. Диагностика и лечение головных болей в работе семейного врача // Альманах клинической медицины. — 2004. — № 7. — С. 263–274.
16. Beithon J., Gallenberg M., Johnson K. et al. Health Care Guideline. Diagnosis and Treatment of Headache. Institute for Clinical Systems Improvement. Updated January 2013. — www.icsi.org. — 91 p.
17. Blumenfeld A., Bender S. D., Glassman B., Malizia D. Bruxism, Temporomandibular Dysfunction, Tension Type Headache, and Migraine: A Comment // Headache. — 2012. — Vol. 51. — P. 1549–1550.
18. *Diagnosis and management of headaches in young people and adults.* Issued: September 2012. Clinical guideline National Institute for Health and Clinical Excellence. — www.guidance.nice.org.uk. — 38 p.
19. *Diagnosis and management of headache in adults.* Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A national clinical guideline. — November 2008. — www.sign.ac.uk. — 88 p.
20. Dodick D. W. Chronic daily headache // N. Engl. J. Med. — 2006. — Vol. 354. — № 8. — P. 884.
21. Ducros A., Romatet S., Marc T., Allaf B. Use of Antimigraine Treatments by General Practitioners // Headache. — 2011. — Vol. 51. — P. 1122–1131.
22. Evers S., Afra J., Frese A. et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force // European Journal of Neurology. — 2009. — Vol. 16. — P. 968–981.
23. International Headache Society Classification Subcommittee. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition // Cephalalgia. — 2004. — Vol. 24. — Suppl. 1. — P. 1–160.
24. MacGregor E. A., Steiner T. J., Davies P. T. et al. Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster and Medication-Overuse Headache. — British Association for the Study of Headache, 2010. — www.bash.org.uk — 53 p.
25. Maya A., Leoneb M., Linded M. et al. EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal autonomic cephalalgias // European Journal of Neurology. — 2006. — Vol. 13. — P. 1066–1077.
26. Silberstein S. D., Holland S., Freitag F. et al. Evidence-based guideline update: Pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society // Neurology. — 2012. — Vol. 78. — P. 1337–1345.
27. Todd D., Rozen M. D., Royce S., Fishman B. A. Cluster Headache in the United States of America: Demographics, Clinical Characteristics, Triggers, Suicidality, and Personal Burden // Headache. — 2012. — Vol. 52. — P. 99–113.

Информация об авторе:

Кандыба Дмитрий Викторович — д. м. н., профессор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России

Адрес для контактов:

kandiba_d@mail.ru