



ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Подготовил: студент 3 курса лечебного
факультета

Юпатов Н.А.

Головная боль (лат. *cefalgia*) - один из наиболее распространённых симптомов разнообразных заболеваний и патологических состояний, представляющий собой боль в области головы.



I. Международное общество головной боли (МОГБ)



✓ Международная классификация головной боли (МКБ): с 1988 3 переиздания (МКБ-2 и 2R). С 2013 – МКБ-3 бета (дополнение к МКБ-11)

✓ www.ihs-headache.org

II. Европейская федерация головной боли (ЕФГБ)



✓ «Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике», 2007 год

III. Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ)

✓ www.headache-society.ru



IV. В.В. Осипова, Г.Р. Табеева «Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия», Москва 2014

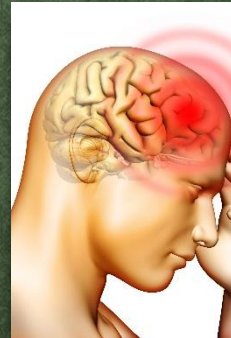
КРИТИКА МКГБ-3 БЕТА

- «Некоторые замечания по поводу переработанного варианта МКГБ», Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова №2, 2014
- «Головная боль», В.Н. Шток, МИА 2007



Сосудистый тип

- Артериогипертонический
- Артериогипотонический
- Тип краниocereбральной венозной недостаточности



Головная боль напряжения

- ГБ при психическом стрессе и психических расстройствах
- ГБ при физическом напряжении
- ГБ, возникающая по сегментарно-рефлекторному механизму



Ликвородинамический тип

- Гипертензионный тип
- Гипотензионный тип



Смешанный тип ГБ

Наиболее частые ошибочные диагнозы-маски первичных форм ГБ, выставляемые пациентам с жалобой на ГБ
(Тарасова С.В., Амелин А.В., 2008, Азимова Ю.Э., 2009)

Дисциркуляторная
(атеросклеротическая
гипертоническая)
энцефалопатия с
цефалгическим
синдромом

Гипертензионно-
гидроцефальный
синдром
(особенно у детей
с ГБ)

Последствия
ЧМТ\посттравматический
арахноидит\посттравматическая
энцефалопатия с
цефалгией

Остеохондроз
шейного отдела
позвоночника с
цефалгическим
синдромом

Вертебро-
базиллярная
недостаточность
(начальные
проявления ВБН) с
цефалгией

Вегетативно-
сосудистая дистония
с цефалгическим
синдромом

Врачи СНГ



ЭТО БЫЛИ ЛИКНЕ 1950-Е



МЫ ЛЕЧИЛИ, КАК МОГЛИ



КЛАССИФИКАЦИЯ ГБ (ПО МКБ-2013 БЕТА):

В МКБ 4 уровня:

1. Группа, к которой относится цефалгический синдром (1. Мигрень)
2. Клиническая форма ГБ (1.2. Мигрень с аурой)
3. Уточнение клинической формы (1.2.1. Мигрень с типичной аурой)
4. Уточнение уточнения клинической формы (1.2.1.1. Типичная аура с головной болью)

Основные важные положения МКГБ:

- МКГБ детализирует симптом – головную боль, в будущем это лишь дополнение к МКБ-11
- Главные вопрос: «Является ГБ первичной, вторичной или имеет смешанный характер?»
- Важнейшую роль в диагностике имеет правильный и детальный сбор АНАМНЕЗА
- ГБ могут наслаиваться друг на друга, т.к. пациенту можно выставить одновременно несколько видов ГБ (как правило не более 2х)
- Хроническое считается такая цефалгия, при которой боли беспокоят пациента 15 и более дней в месяц и\или продолжается более 3х месяцев

Часть I. Первичные головные боли

1. Мигрень
2. Головная боль напряжения (ГБН)
3. Тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ)
4. Другие первичные головные боли

Часть II. Вторичные головные боли

1. Головные боли, связанные с травмой головы и\или шеи
2. Головные боли, связанные с сосудистыми поражениями черепа и\или шейного отдела позвоночника
3. Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями
4. Головные боли, связанные с приёмом различных веществ или их отменой
5. Головные боли, связанные с инфекциями
6. Головные боли, связанные с нарушениями гомеостаза
7. Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
8. Головные боли, связанные с психическими заболеваниями

Часть III. Болевые краниальные невропатии, другие лицевые и головные боли

1. Болевые краниальные невропатии и другие лицевые боли
2. Другие головные боли

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

«Диагностика первичных ГБ является исключительно клинической, т.е. базируется на тщательном анализе жалоб, анамнеза пациента и объективной осмотре и при типичной клинической картине не требует проведения дополнительных исследований».

Сколько типов ГБ наблюдается у пациента?

Для каждого типа ГБ жалобы и анамнез собираются отдельно

Анамнез ГБ и временные характеристики ГБ

Как давно началась ГБ?
Что заставило обратиться к врачу именно сейчас?
Чем отличается ГБ в начале заболевания и в последнее время (последние 3-6 месяца)?
Наследственный анамнез (ГБ у родственников)

Частота и продолжительность ГБ

Как часто возникает ГБ?
В какое время суток она возникает?
Число болевых дней в месяц (менее или более 15)?
Как долго длится эпизод (секунды, часы, дни, постоянный характер)?

Характер ГБ

Какова интенсивность ГБ?*

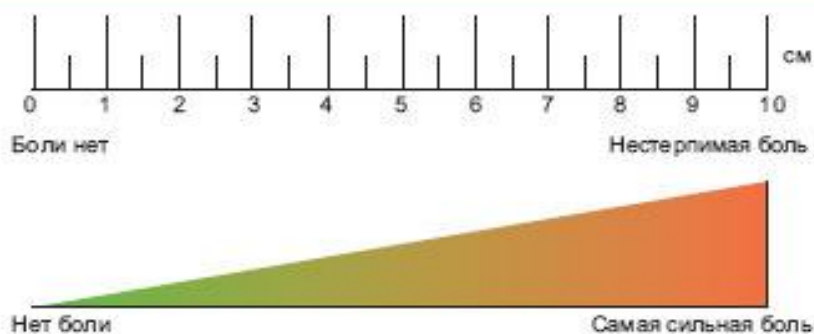
Характер и качество ГБ (пульсирующая, сжимающая («каска», «обруч»), распирающая, колющая, взрывная\громоподобная и др.)

Локализация ГБ и иррадиация?

Предвестники ГБ (продром) и состояние после ГБ (постдром)

Есть ли сопутствующие симптомы? (аура)

*10-балльная визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ) или 4-балльная шкала (1-слабая, 2-умеренная, 3-сильная, 4-чрезвычайно сильная).



<p>Причины и провокаторы ГБ</p>	<p>Предрасполагающие и\или провоцирующие факторы Факторы, усугубляющие\облегчающие ГБ Периоды жизни, во время которых отмечалось ухудшение или облегчение течения ГБ (пубертат, климакс, беременность, менструации и т.д.)</p>
<p>Влияние на качество жизни и работоспособность пациента</p>	<p>Насколько сильно ограничена или затруднена повседневная активность\работоспособность? ** Поведение и действие пациента во время приступа ГБ. Приемы для уменьшения ГБ</p>
<p>Состояние между приступами ГБ</p>	<p>Каково самочувствие пациента вне болевых эпизодов? Наличие сопутствующих (коморбидных) расстройств, других болевых синдромов *** Эмоциональное состояние пациента</p>
<p>«Фармакологическое» интервью</p>	<p>Как часто на протяжении последних месяцев пациент принимал обезболивающие препараты (название, состав препарата, путь введения, кратность приема и число доз, эффект и зависимость от лечения)? Какие средства и методы пациент использовал в прошлом для лечения ГБ (курсовое профилактическое лечение, купирование болевых</p>

****ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ ГБ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ИНДЕКС HALT (ВРЕМЯ, ПОТЕРЯННОЕ ИЗ-ЗА ГБ)**

1. Сколько дней за последние 3 месяца вы пропускали работу или учебу из-за головной боли?
2. Сколько дней за последние 3 месяца вы выполняли меньше половины обычного количества работы, учебных заданий из-за головной боли? (не учитывайте дни, которые указали в вопросе 1)
3. Сколько дней за последние 3 месяца вы не могли выполнять обычную работу по дому из-за головной боли?
4. Сколько дней за последние 3 месяца вы выполняли меньше половины работы по дому из-за головной боли? (не учитывайте дни, которые указали в вопросе 3)
5. Сколько раз за последние 3 месяца вы пропускали семейные, общественные и другие мероприятия из-за головной боли?

Анализ результатов

Стадии 1-2 показывают возрастающую степень необходимости в назначении медикаментозного лечения ГБ. Стадии 3-4 – высокая необходимость.

- 0-5 Минимальное или нечастое воздействие ГБ ст.1
- 6-10 Легкое или нечастое воздействие ГБ ст.2
- 11-20 Среднее воздействие ст.3
- 20+ Сильное воздействие ст.4

***КОМОРБИДНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ГБ, СНИЖАЮЩИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ В МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД

Эмоционально-аффективные расстройства (депрессия, тревога, фобии)

Психовегетативные нарушения (панические атаки, гипервентиляционный синдром, нейрогенные обмороки)

Нарушение ночного сна

Дисфункция перикраниальных мышц

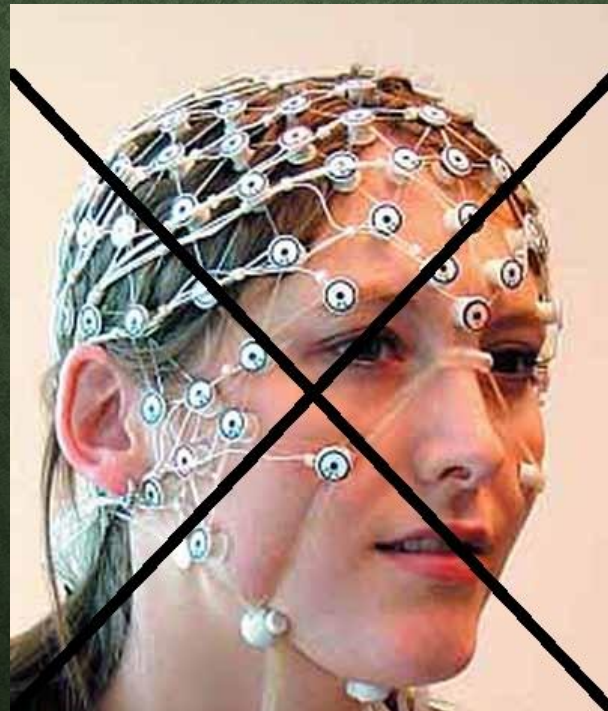
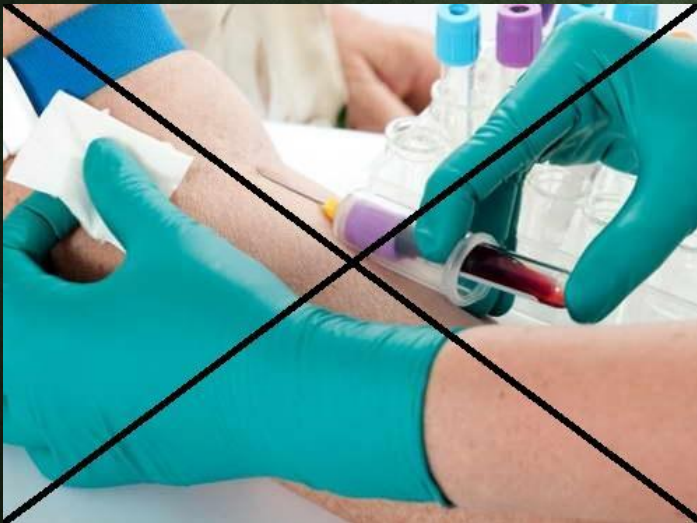
Сопутствующие ГБН

Заболевания ЖКТ (ЯБЖ, дискинезия желчных путей)

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

«Дополнительные инструментальные, лабораторные исследования в большинстве случаев не информативны и не имеют диагностической ценности при первичных формах ГБ и при абузусной ГБ».

Абсолютным показанием к проведению дополнительных исследований является подозрение на вторичный характер ГБ!



КРИТЕРИИ ВТОРИЧНОЙ ГБ (МКГБ-3 БЕТА)

Диагностировано заболевание, которое по научным данным может быть причиной ГБ (причинное)



Два из следующих критериев:

- возникновение ГБ совпадает по времени с началом причинного заболевания
- ГБ явно ухудшается или улучшается с течением причинного заболевания
- ГБ имеет характеристики, типичные для причинного заболевания
- установлены другие причины связи ГБ и заболевания



ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу МКГБ-3 бета

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЖАЛОБОЙ НА ГБ (РОИГБ, 2013)

- Выполнение диагностических критериев вторичной ГБ
- Сомнения в вероятном клиническом диагнозе первичной ГБ (нетипичные жалобы или течение ГБ, невыполнение более одного из критериев первичных цефалгий)
- Наличие одного или более «сигналов опасности»
- Требование пациента и\или его родственников

«СИГНАЛЫ ОПАСНОСТИ» У ПАЦИЕНТОВ С ГБ

Громоподобная ГБ (интенсивная ГБ с внезапным началом, стремительно нарастающая в течение 1 мин) - САК, синдром обратимого церебрального вазоспазма

ГБ с атипичной аурой (длительностью более 1 ч или с двиготельной слабостью) - ТИА или инсульт

Аура без ГБ без укзаний на мигрень с аурой в анамнезе - ТИА, инсульт, синдром Фишера

Аура, впервые возникшая у пациентки, принимающей комбинированные оральные контрацептивы, - риск возникновения инсульта

Впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 - височный артериит или внутричерепная опухоль (также стоит заподозрить её у детей с ГБ в препубертантом возрасте)

Нарастающая ГБ, усиливающая в течение нескольких недель и более - внутричерепное объемное образование

ГБ, усиливающиеся при изменении позы или нагрузках, повышающих внутричерепное давление (кашель, чихание, натуживание) – внутричерепное объемное образование

Впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе

Внезапное возникновение новой, необычной для пациента ГБ

Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность, амнезия)

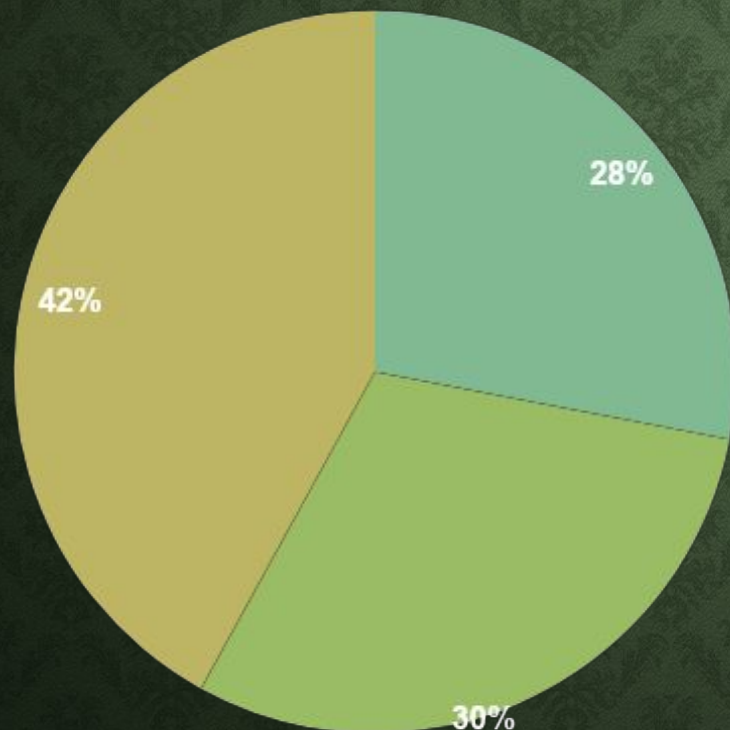
Фокальные неврологические знаки или симптомы системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии)

ПЕРВИЧНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ



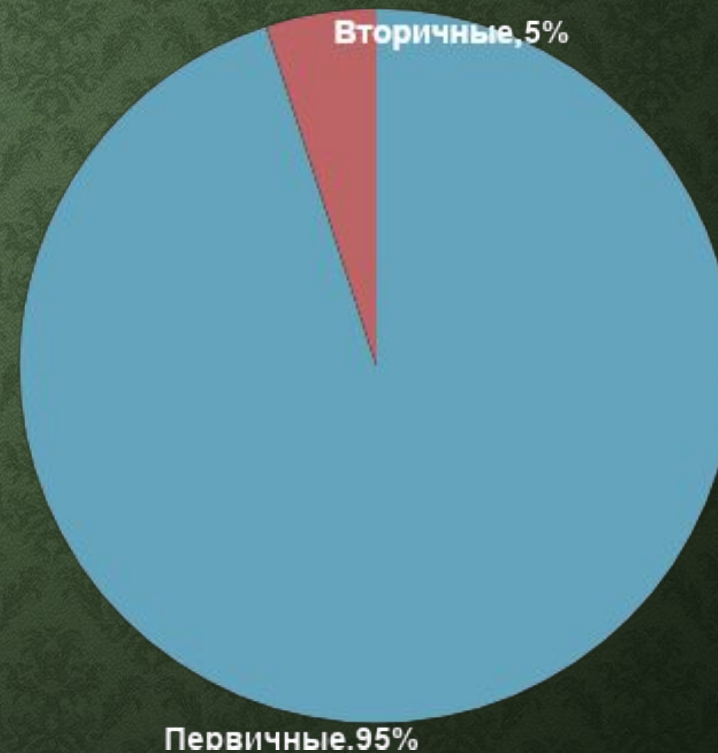
Население СНГ

- Хоть раз испытывали ГБ и обращались к врачу
- Не испытывали головную боль
- Хоть раз испытывали ГБ, но к врачу не обращались



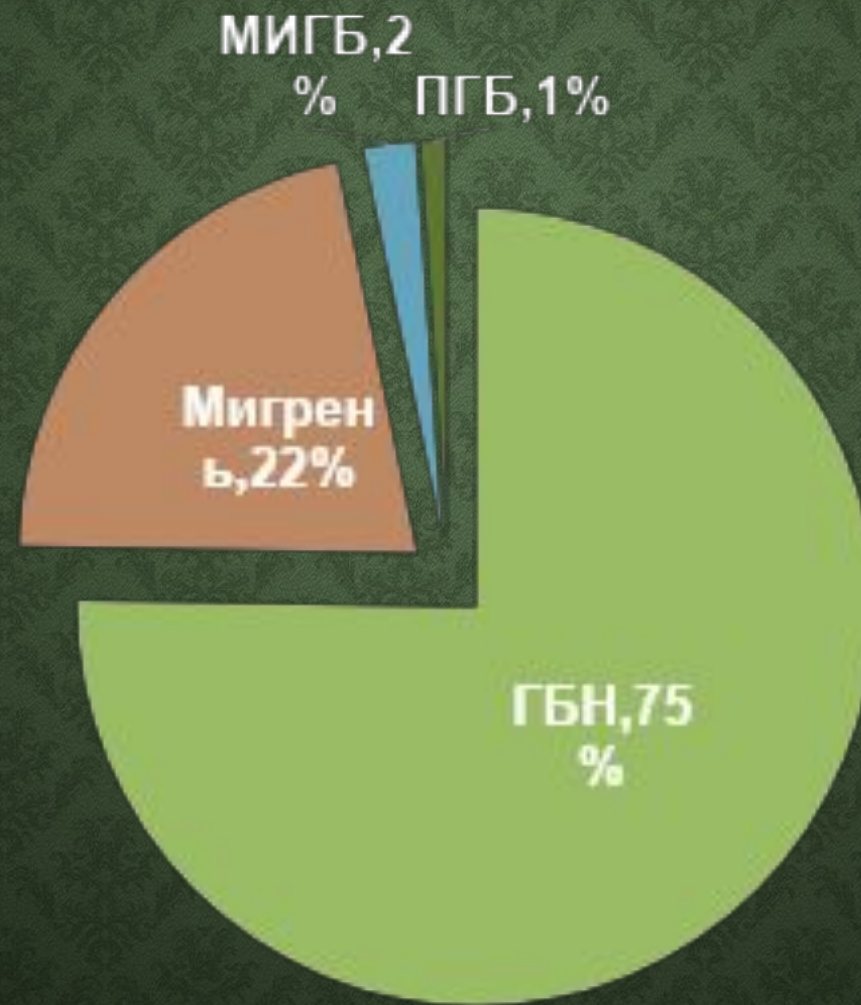
Головные боли

- Первичные
- Вторичные



Первичные головные боли

- ГБН
- Мигрень
- МИГБ
- ПГБ



МИГРЕНЬ

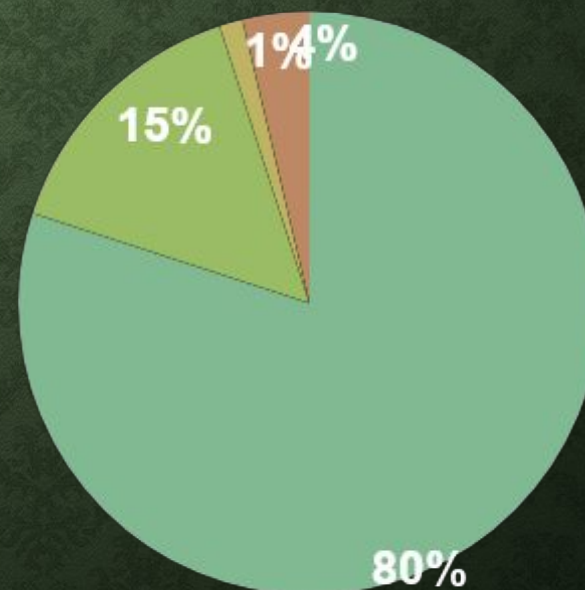


МИГРЕНЬ – ПЕРВИЧНАЯ ЭПИЗОДИЧЕСКАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ ИНТЕНСИВНЫМИ, ЧАЩЕ ОДНОСТОРОННИМИ ПРИСТУПООБРАЗНЫМИ ГБ, А ТАКЖЕ РАЗЛИЧНЫМ СОЧЕТАНИЕМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ СИНДРОМОВ.

- Пульсирующий характер;
- Односторонняя мигрирующая локализация;
- Продолжительность от 3-4 часов до 3 суток;
- Наличие продрома и постдрома;
- Тошнота и рвота;
- Фото- и фонофобия;
- Возможно наличие ауры.

Мигрень

- Без ауры
- С аурой
- Синдром Фишера
- Другие формы



КЛАССИФИКАЦИЯ

1.1. Мигрень без ауры

1.2. Мигрень с аурой

1.2.1. Мигрень с типичной аурой

1.2.2. Мигрень со стволовой аурой

1.2.3. Гемиплегическая мигрень

1.2.4. Ретинальная мигрень

1.3. Хроническая мигрень

1.4. Осложнения мигрени

1.4.1. Мигренозный статус

1.4.2. Персистирующая аура без Инфаркта

1.4.3. Мигренозный инфаркт

1.4.4. Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой

1.5. Возможная мигрень

1.6. Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с мигренью

Физические факторы

- Физическая нагрузка
- Недостаток сна
- Избыток сна
- Секс

Факторы окружающей среды

- Яркий свет
- Духота
- Метеофакторы

Эмоциональные факторы

- Стресс
- Тревога

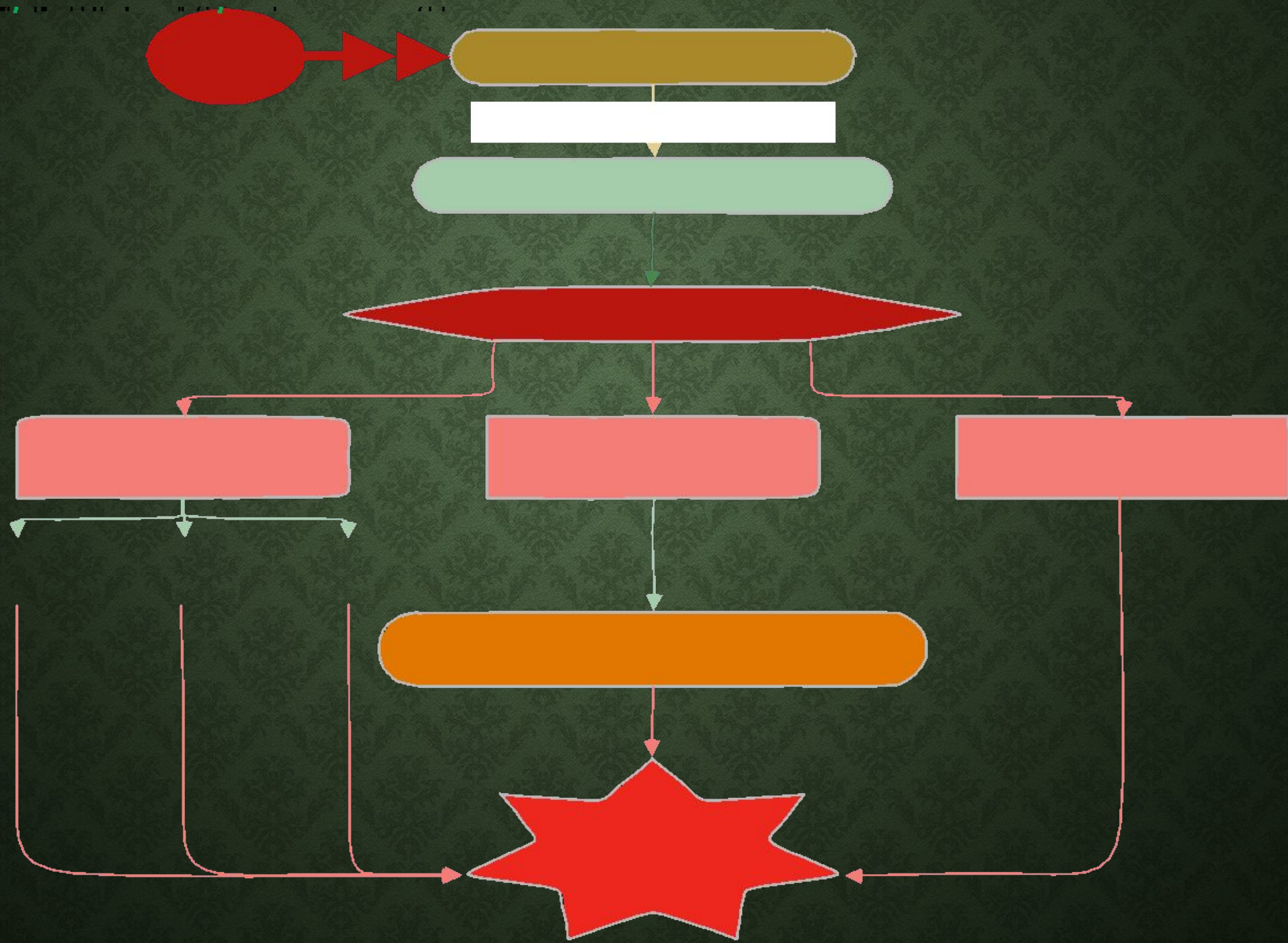
Мигрень

Гормональные изменения

- Менструация
- Беременность
- Прием контрацептивов

Пищевые факторы

- Голод
- Алкоголь (красное вино)
- Крепкий кофе\чай
- Шоколад



ЭПИЗОДИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ СОЧЕТАТЬСЯ С МИГРЕНЬЮ (КОТОРЫЕ МОГУТ ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯТЬСЯ У ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ МИГРЕНЬЮ)

- Повторяющиеся желудочно-кишечные нарушения (абдоминальная боль, диспепсия, тошнота)
- Синдром циклической рвоты (более 5 приступов рвоты, не менее 4 приступов в течение 1ч)
- Абдоминальная мигрень (приступы боли в середине живота в течение 2-71 часов)
- Доброкачественное пароксизмальное головокружение (повторяющиеся кратковременные эпизоды головокружения, может сочетаться с нистагмом)
- Доброкачественный пароксизмальный тортиколис (повторные эпизоды наклонов головы в одну сторону, возможно с небольшой ротацией, которые спонтанно регрессируют) – у детей!

МИГРЕНЬ БЕЗ АУРЫ

А. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В-Д

В. Продолжительность приступов 4-72 ч (без лечения или при неэффективном лечении)

С. ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:

- 1) Односторонняя локализация;**
- 2) Пульсирующий характер;**
- 3) Интенсивность боли от средней до значительной;**
- 4) ГБ ухудшается от обычной физической активности и требует её прекращения (например, ходьба, подъем по лестнице)**

Д. ГБ сопровождается одним из следующих симптомов:

- 1) Тошнота и\или рвота**
- 2) Фотофобия и\или фонофобия**

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

МИГРЕНЬ С АУРОЙ

A. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям B и C

B. Один или более из следующих полностью обратимых симптомов ауры:

- 1) Зрительные;
- 2) Чувствительные;
- 3) Речевые затруднения;
- 4) Двигательные;
- 5) Стволовые;
- 6) Ретинальные

C. Как минимум две из следующих характеристик:

- 1) Как минимум один симптом ауры нарастает в течение ≥ 5 мин и\или два или более симптомов возникают последовательно;
- 2) Каждый из отдельно взятых симптомов ауры имеет продолжительность 5-60 мин;
- 3) Как минимум один из симптомов ауры является односторонним;
- 4) В течение 60 мин после ауры или во время нее возникает ГБ

D. Симптомокомплекс не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКБ-3 бета, а также исключена ТИА

МИГРЕНОЗНЫЕ АУРЫ

1. Зрительная или «классическая» аура:

- ✓ Фотопсии;
- ✓ Мушки;
- ✓ Гемианопсия;
- ✓ Мерцающая скотома;
- ✓ Зигзагообразная светящаяся линия.

2. Атипичная:

- ✓ Односторонняя слабость;
- ✓ Парестезии;
- ✓ Преходящие речевые расстройства;
- ✓ Синдром «Алисы в стране чудес».

3. Стволовая:

- ✓ Головокружение;
- ✓ Шум в ушах;



5. Гемиплегическая:

- 5. нарастающая моторная слабость.
- 6. СГМ-1 наряду с мышечной слабостью и головной болью характеризуется стволовыми симптомами, а также лихорадкой и нарушением сознания вплоть до комы.



6. Ретинальная:

- 5. скотома,
- 6. слепота,
- 7. сцинтилляции



СИНДРОМ ФИШЕРА

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	МИГРЕНОЗНАЯ АУРА\МСПВ	ТИА
Мигрень в анамнезе	Характерна	Нехарактерна
Головная боль	Характерна для мигрени с аурой Нехарактерна для МСПВ	Нехарактерна
Характер прогрессирования неврологических нарушений	Постепенное нарастание симптомов на протяжении нескольких минут (зрительные симптомы – парестезии – афазия)	Острое начало, одновременное появление симптомов
Парестезии	«Марш парестезий» снизу вверх: кисть – плечо - лицо	Одновременное вовлечение всей конечности
Зрительные симптомы	Позитивные феномены (сцинтилляции, «световые пятна»)	Негативные феномены (гемианопсия, скотомы)
Длительность приступа	15-25 мин	До 24 часов
Прогноз	Полная обратимость симптомов	Персистирование неврологических нарушений
Диагностические находки (атеросклероз БЦА, очаги ишемии в головном мозге)	Нехарактерны	Характерны

ХРОНИЧЕСКАЯ МИГРЕНЬ

А. ГБ (мигренозного типа или по типу ГБН), возникающая с частотой ≥ 15 дней в месяц на протяжении > 3 месяцев и отвечающая критериям В и С

В. ГБ у пациента, имеющего как минимум 5 приступов, отвечающих критериям В-D 1.1. Мигрень без ауры и\или критерию В 1.2. Мигрень с аурой

С. В течение ≥ 8 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев ГБ отвечает любому критерию из нижеперечисленных:

- 1) Критерии С и D 1.1. Мигрень без ауры;**
- 2) Критерий В или С 1.2. Мигрень с аурой;**
- 3) ГБ в начале приступа расценивается пациентом как мигрень и облегчается при приеме триптанов или производных эрготамина**

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

ОСЛОЖНЕНИЯ МИГРЕНИ

- **Мигренозный статус** – изнуряющий приступ мигрени, длящийся более 72 часов.
- **Персистирующая аура без инфаркта** – симптомы ауры, персистирующие более недели, без диагностических признаков инфаркта мозга.
- **Мигренозный инфаркт (инсульт)** – сочетание одного или более симптомов мигренозной ауры с ишемическим повреждением мозга, возникшим на фоне мигренозного приступа и подтвержденным адекватным нейровизуализационным методов исследования.
- **Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой,** описывается как эпилептический приступ, возникающий во время приступа мигрени или после него.

ЛЕЧЕНИЕ

(«КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ И ФАРМАКОТЕРАПИЯ»,
Д.А. РАЙД, М.Р. УОЛТЕРС, 2009)

Многоэтапное:

1. Общие принципы
2. Устранение известного триггерного фактора
3. Купирование острого приступа
4. Профилактика приступов
5. Профилактика и лечение коморбидных расстройств

Общие принципы:

- Разъяснение пациенту сути его заболевания, механизма (доступное разъяснение)
- Исключение триггеров мигренозных приступов (нужно объяснить пациенту, что провоцирует приступы и как этого избежать)
- Объяснение стратегии терапии, как правильно принимать лекарства, какие лекарства «срочные», а какие нужно принимать постоянно
- Выявление и ликвидация или профилактика злоупотребления (особенно НПВС)

КУПИРОВАНИЕ ОСТРОГО ПРИСТУПА

Первый ряд – НПВС:

- Ацетилсалициловая кислота 900-1000мг (только для взрослых);
- Ибупрофен 400-800 мг; Самое важное – форма выпуска. Необходимо быстрое всасывание.
- Толфеномавая кислота 200 мг – новое НПВС, специально предназначена для купирования приступа мигрени (Клотам).

Противорвотные:

- Домперидон 20; - парентерально
- Метоклопрамид 10 мг. - парентерально

Специфическая терапия:

- группа триптанов (агониста 5-НТ₁-рецепторов):
 - Первое поколение – суматриптан 50-100 мг, наратриптан;
 - Второе поколение – элетриптан 20-40 мг, ризатриптан.
- Эрготаминсодержащие препараты (неселективно блокирует 5НТ-рецепторы):
 - комбинированный препарат Номигрен (эрготамин, кофеин и др.)

МИГРЕНОЗНЫЙ СТАТУС

- пробуем препараты специфической терапии парентерально в высших терапевтических дозах;
- при неэффективности – короткий курс кортикостероидов в противовоспалительных дозах (преднизолон 60 мг 2-3 р\день)



ПРОФИЛАКТИКА ПРИСТУПОВ (2+ В МЕС)

ОСНОВНАЯ ТЕРАПИЯ:

1. селективные бета-блокаторы: атенолол 25-100 мг 2р\день, бисопролол 5-10 мг 1 р\день;
2. Амитриптилин (ТЦА): эффективен в низкой дозе 20-50 мг\сут;
3. Блокаторы кальциевых каналов: флунаризин (не зарегистрирован) 5-10 мг 1 р\день; в СНГ верапамил;
4. Метисергид 1-2 мг 2-3 раза в день : антагонист 5-НТ2-рецепторов. Перерывы в терапии- 1 месяц каждый 5 месяцев;
5. Антиконвульсанты: вальпроат (вальпроевая кислота).

ОБЩАЯ ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ:

- Тиоцитам (комбинированный препарат пирацетам+тиотразолин, 500 мг 3 р\день или в\в кап) – повышает устойчивость к гипоксии, Тенотент – 2т 3 р\день;
- Антидепрессанты: СИОЗС флуоксетин, пароксетин, СИОЗСН (венлафаксин и др.).

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ:

- Инъекции Ботокса типа А – подавляет преферическую сенситизацию ноцинрецепторов, блокирует центральную сенситизацию, блокирует высвобождение болевых нейромедиаторов. Схема «фиксированная доза в фиксированные точки»;

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ



Головная боль напряжения (ГБН) – наиболее распространенная форма первичной ГБ, проявляющаяся болевыми эпизодами продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток.

ГБН:

- ✓ Диффузная;
- ✓ слабая или умеренная (не более 6-7 баллов по ВАШ);
- ✓ чаще двусторонняя;
- ✓ сжимающая (по типу «обруча» или «каска»);
- ✓ не усиливается при обычной физической нагрузке;
- ✓ редко сопровождается тошнотой и рвотой;
- ✓ при отвлечении внимания или положительных эмоциях ГБ может ослабевать или полностью исчезать, затем возвращаться вновь.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

А. Продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней

В. ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:

- Двухсторонняя локализация;
- Давящий\сжимающий характер;
- Легкая или умеренная интенсивность;
- Боль не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице)

С. Оба симптома из нижеперечисленных:

- Отсутствие тошноты или рвоты;
- Только фото- или фонофобия

Д. ГБ не соответствует в большой степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета

КЛАССИФИКАЦИЯ

2.1. Нечастая эпизодическая ГБН

2.2. Частая эпизодическая ГБН

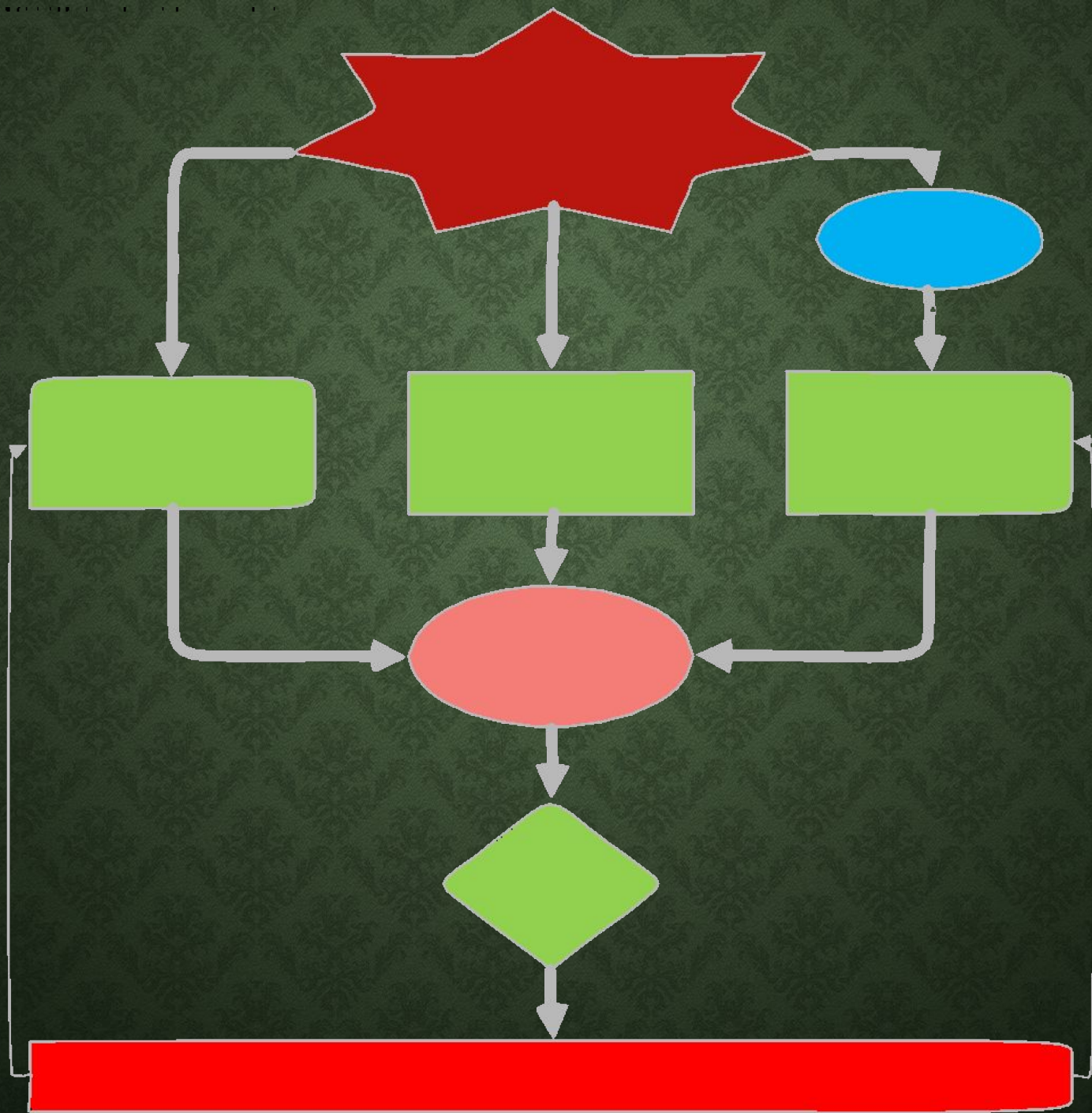
2.3. Хроническая ГБН

2.4. Возможная ГБН

- Пункты 2.1. - 2.3. каждый делятся на ГБН, сочетающуюся и не сочетающуюся с мышечно-тоническим синдромом.
- ХГБН – 15 и более дней в месяц 6 и более месяцев.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ





ЛЕЧЕНИЕ

1. Поведенческая терапия.
2. Симптоматическое лечение ЭГБН: НПВС + миорелаксант мидокалм.
3. При ХГБН и частой ЭГБН профилактическая терапия:
 - Антидепрессанты: СИОЗС (флуоксетин, сертралин), СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин) в обычных терапевтических дозах;
 - Миорелаксанты: мидокалм, тизанидин 2-6 мг\сут (миорелаксирующие+анальгезирующее) подавляет высвобождение возбуждающих нейротрансмиттеров на спинальном уровне, толперизон;
 - Антиконвульсанты (при резистентности к стандартной терапии): вальпроевая кислота.
4. Массаж воротниковой зоны, психотерапия, водные процедуры, фитнес и т.п.

ТРИГЕМИНАЛЬНЫЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ ЦЕФАЛГИИ



ТВЦ сочетают в себе как черты, присущие цефалгиям, так и признаки краниальных симпатических невралгий. Самой распространенной формой ТВЦ является кластерная (пучковая) головная боль

3.1. Кластерная (пучковая) головная боль (ПГБ)

3.2. Пароксизмальная гемикрания (ПГ)

3.3. Кратковременные односторонние невралгические приступы головной боли (КОНГБ)

3.4. Гемикрания континуа (*Hemicrania continua*)

3.5. Возможная тригеминальная вегетативная цефалгия

При описании ПГБ используют следующие понятия:

- ❖ Приступ (атака) – единичный эпизод боли.
- ❖ «Пучок» или кластерный период – период времени, в течение которого у пациента возникают множественные повторные болевые приступы.
- ❖ Ремиссия – период, свободный от приступов боли.

Для ПГБ характерны:

- ✓ Чрезвычайно интенсивная боль (10 баллов по ВАШ);
- ✓ Продолжительность от 15 до 180 минут;
- ✓ Боль строго односторонняя;
- ✓ Как правило охватывает параорбитальную, надбровную, височную зоны;
- ✓ На пике болевого синдрома возникают вегетативные симптомы на пораженной стороне;
- ✓ У большинства пациентов во время приступа возникает двигательное беспокойство и ажитация:
 - Смена положений тела;
 - Плач;
 - Агрессия;
 - Описаны попытки суицида.

Вегетативные симптомы

Слезотечение	73%
Покраснение конъюнктивы	60%
Заложенность носа	42%
Ринорея	22%
Частичный синдром Горнера	16-84%
Другие симптомы	
Тошнота	10-54% (в среднем 29%)
Рвота	1-15% (в среднем 9%)
Фотофобия	5-72%
Фонофобия	12-39%

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

А. Как минимум 5 приступов, отвечающих критериям В-Д

В. Интенсивная или чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и\или височной локализации, продолжительностью 15-180 мин без лечения

С. Один или оба из следующих проявлений:

1. ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов на стороне боли:

- Слезотечение;
- Заложенность носа и\или ринорея;
- Отечность век;
- Потливость лба и лица;
- Жжение в области лба и лица;
- Чувство распирания в ухе;
- Миоз и\или птоз.

2. Чувство беспокойства или агитация

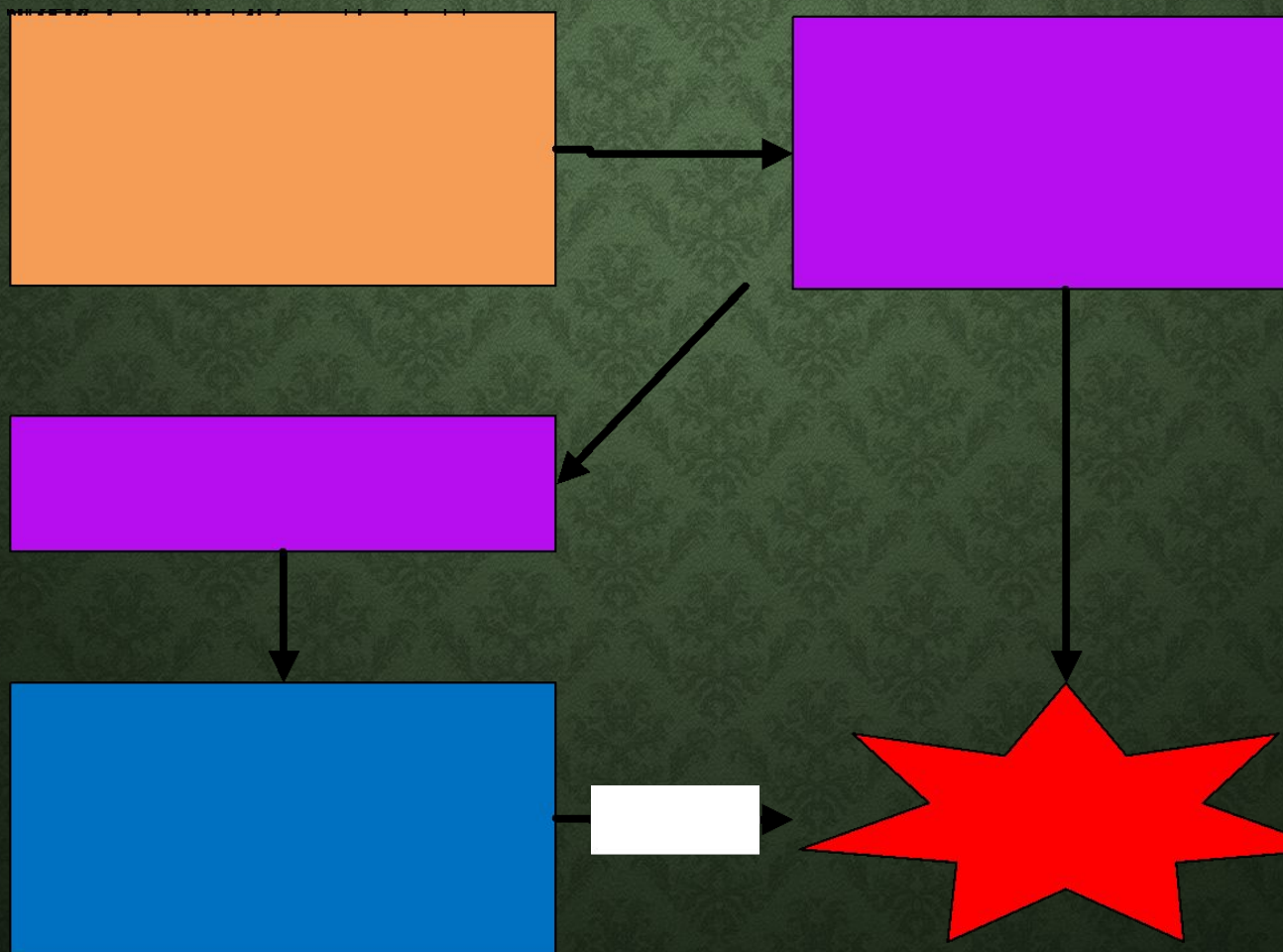
Д. В период обострения (болевого пучка) частота приступов – от 1 до 8 раз в сутки

Е. Не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета

Хроническая ПГБ – приступы повторяются в течение одного года без ремиссий или с ремиссиями, продолжительность которых менее одного месяца.

Триггеры:

- Нарушение циркадных ритмов;
- Облигатные ночные атаки;
- Периоды обострения весной и осенью;
- Сосудосуживающие вещества (алкоголь, нитроглицерин).



ЛЕЧЕНИЕ

1. Поведенческая терапия (в первую очередь направлена на исключение триггеров)
2. Купирование приступов ПГБ:
 - Специфическая противомигренозная терапия (Триптаны и эрготаминсодержащие препараты в дозах, применяемых для лечения мигрени);
 - Ингаляции 100% кислорода (7-10 л\мин в течение 15 мин) – вазоконстрикторное действие на церебральные сосуды, снижение выделения болевых нейромедиаторов при приступе ПГБ;
 - Местные анестетики (4% р-р лидокаина 1 мл интраназально) – подавление активности болевых волокон, идущих от слизистой оболочки к крылонебному ганглию, в результате чего снижается активность ТВС.

3. Профилактическое лечение (желательно начинать за 1-2 недели до предполагаемого кластерного периода или как можно раньше после возникновения боли):
 - Блокаторы кальциевых каналов L-типа: верапамил 240-960 мг\сут (под контролем АД);
 - Кортикостероиды: преднизолон 60-80 мг в сутки 2-4 дня с последующим снижением дозы в течение 2-3 недель;
 - Лития карбонат 600-1600 мг\сут (под контролем состава крови – полиморфонуклеарный лейкоцитоз);
 - Метисергид 1-2 мг\сут (в СНГ не зарегистрирован).
4. При резистентных формах ПГБ возможно хирургическое лечение. Наибольшей эффективностью обладает радиочастотная тригеминальная ризотомия (эффективна у 70-75% пациентов).
5. В последние годы набирает обороты методика нейромодуляции: стимуляция затылочного нерва, глубокая стимуляция гипоталамуса, крылонебного ганглия и т.п.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ С ИЗБЫТОЧНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ.



Медикаментозно индуцированная головная боль (МИГБ) или абзусная головная боль (АГБ) описывается как цефалгия, развивающаяся в результате регулярного избыточного применения анальгезирующих препаратов, в т.ч. для купирования хронической ГБ, которая облегчается после отмены препаратов злоупотребления.

Основными факторами развития АГБ являются:

- ❖ Психологическая зависимость от приема лекарств;
- ❖ Развитие толерантности к анальгетикам при их частом применении;
- ❖ Прием анальгетика «впрок» с целью предотвратить появление ГБ, обусловленный страхом\тревогой;
- ❖ Содружественный прием обезболивающих препаратов по другим показаниям (артрит, боли в спине, зубные боли и т.п.);
- ❖ Другие зависимости (алкоголизм, наркомания).

- Классифицируется на основании того, какой препарат стал причиной развития АГБ.
- Диагностика базируется на **тщательном сборе анамнеза**. Применяют Лидский опросник зависимости от обезболивающих препаратов (ЛОЗ).
- Лечение основано на активной **разъяснительной работе** с пациентом, отмене провоцирующего препарата, в тяжелых случаях – дезинтоксикационная терапия.

В клинике нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова применяют 7-дневный дезинтоксикационный «мост»:

- ❖ Утром – дексаметазон 4-8 мг на 200 мл физраствора и 10% магнезия 25 мл (в течение 7 дней, 7 капельниц);
- ❖ Вечером – amitriptilin 2,0 мл или реланиум на 100 мл физраствора (7 дней, 7 капельниц).

Нормализация состояния занимает 12 недель и более.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

В приемное отделение поступает пациентка 40 лет с жалобами на нарастающую в течение последних суток сильную (8 баллов по ВАШ) пульсирующую головную боль в левой половине головы, тошноту, рвоту (4 раза во время приступа), общую слабость. Ранее подобная боль отмечалась примерно раз в месяц, но купировалась анальгетиками. Пациентка пыталась купировать боль кетановом, но он практически не помог. Бригада СМП ввела в\в 2 мл 50% р-ра метамизола натрия, боль немного приглушилась, но все еще беспокоит пациентку. При осмотре: сознание ясно, положение активное. Пациентка ориентирована в месте, времени, собственной личности, астенизирована. Вербальному контракту доступна. Жалобы на фотофобию. Ригидность затылочных мышц не выявлена, симптом Кернига отрицательный. ЧН: зрачки D=S, произвольные движения глаз в полном объеме. Прямая и содружественная фотореакции сохранены. Лицо симметрично, язык по средней линии. Слух, фонация, артикуляция сохранены. Глоточный и мандибулярный рефлекс вызываются. РОА -. Глубокие СР D=S. Объем активных движений в конечностях полный. Мышечная сила достаточная. Патологические рефлекс отсутствуют. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую, пятоколенную пробы выполняет удовлетворительно.

Каков ваш диагноз? Какие мероприятия необходимы для его уточнения? Предложите метод купирования болевого синдрома пациентки.

На прием в поликлинику к врачу-терапевту обращается пациентка 62 лет с жалобой на длительную (несколько дней) давящую головную боль без четкой локализации, средней интенсивности (5 баллов по ВАШ), которая прекращается на время сна. Страдает АГ 2 риск 4 и ревматоидным артритом коленных суставов. Принимает обезболивающие. Боль пыталась купировать каптоприлом (50 мг). Боль не утихла. При осмотре АД 145\90.

Какой диагноз вы подозреваете? Как его сформулировать?

Какие мероприятия нужно провести врачу-терапевту?

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

