

*** Головные боли**
Вопросы
дифференциальной
диагностики и лечения



- * Головные боли-одна из наиболее частых жалоб, с которой больные обращаются к врачу.
- * Головная боль является мультидисциплинарной проблемой.
- * Головная боль-ведущая, а иногда и единственная жалоба более чем при 45 различных заболеваниях (органическая патология нервной системы, АГ, неврозы, депрессии, почечная, эндокринная патология, заболевания лор-органов, глазных болезней, инфекции и др.)
- * 70%-90% населения развитых стран периодически испытывают головные боли (VII Международный конгресс по головной боли, Торонто, 1995)
- * Международное общество головной боли, Европейская федерация головной боли, Российское общество по изучению головной боли

* Структуры ответственные за возникновение боли в области головы

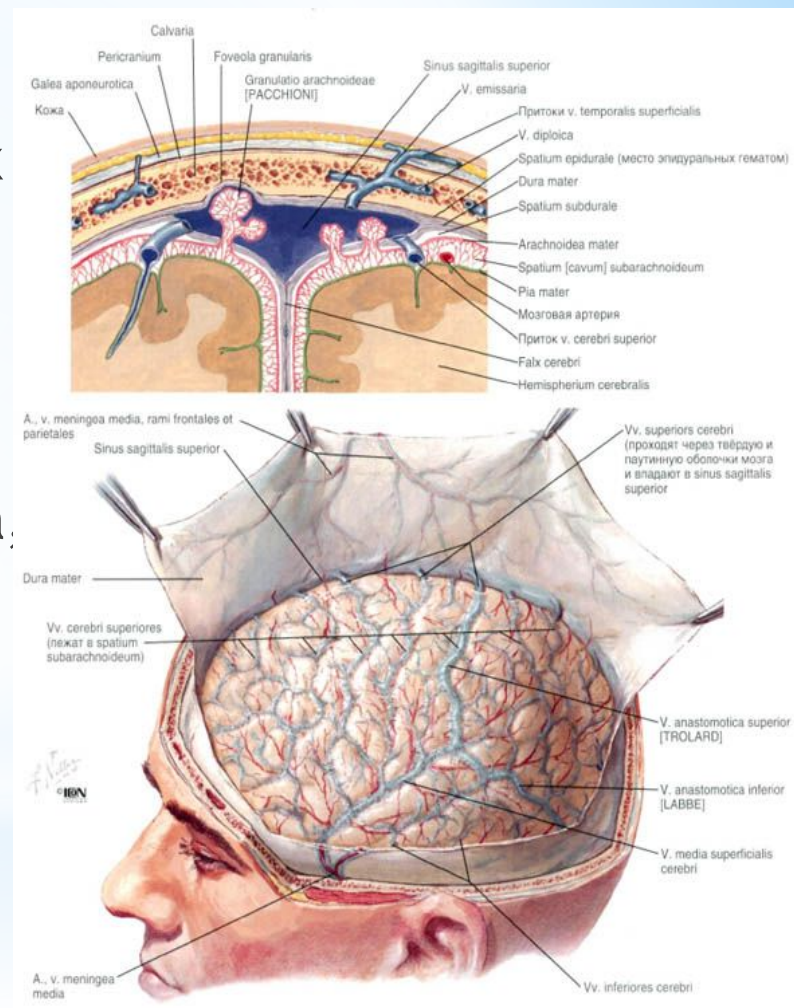
* Твердая мозговая оболочка (базальная зона, стенки венозных синусов)

* Менингеальные, внечерепные артерии

* Ткани, покрывающие череп (кожа, мышцы, сухожилия, апоневрозы, артерии)

* Черепные нервы (тройничный, языкоглоточный, блуждающий)

* Три верхних шейных корешка мозга



* Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной болью второго пересмотра (ICHD-2, МКГБ-2)



Только в 2-4% ГБ является симптомом серьезного, угрожающего жизни заболевания

*** Первичные головные боли (не удастся выявить органическую причину боли)**

*** 1. Мигрень (G 43)**

Мигрень без ауры

Мигрень с аурой

Периодические синдромы в детстве, которые являются предшественниками мигрени

Ретинальная мигрень

Осложнения мигрени

Возможная мигрень

*** 2. Головная боль напряжения (G 44.2)**

Спорадическая эпизодическая головная боль напряжения

Частая эпизодическая головная боль напряжения

Хроническая головная боль напряжения

Возможная головная боль напряжения

*** 3. Кластерная головная боль и другая тригеминально-вегетативная головная боль (G 44.0)**

Кластерная головная боль

Пароксизмальная гемикрания

Кратковременная односторонняя невралгическая головная боль с инъекцией конъюнктивы и слезотечением (SUNCT)

Возможная тригеминально-вегетативная головная боль

* Другие виды первичной головной боли (G 44/80)

* Первичная колющая головная боль

* Первичная кашлевая головная боль.

* Первичная головная боль при физическом напряжении

* Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью

Преоргазмическая головная боль

Оргазмическая головная боль

* Гипническая головная боль

* Первичная громоподобная головная боль

* Гемикрания континуа

* Новая ежедневно (изначально) персистирующая головная боль (НВПГБ)

*** Вторичные головные боли, обусловлены органическими поражениями головного мозга или других структур, расположенных в области головы и шеи, а также системными заболеваниями**

*** Острая посттравматическая головная боль (G 44.880)**

*** Хроническая посттравматическая головная боль (G 44.3)**

*** Острая головная боль при хлыстовой травме шейного отдела позвоночника (G 44.841)**

*** Хроническая головная боль при хлыстовой травме шейного отдела позвоночника**

*** Головная боль при травматической внутричерепной гематоме (G 44.88)**

*** Головная боль при другой травме головы или шейного отдела**

*** Головная боль после краниотомии**

* Вторичные головные боли

- * Головная боль при поражении сосудов в области головы и шеи
- * Головная боль при ишемическом инсульте или ТИА(G 44.810)
- * Головная боль при нетравматическом ВМК
- * Головная боль при неразорвавшейся сосудистой мальформации
- * Головная боль при артериите
- * Боль в области сонной или позвоночной артерии
- * Головная боль при тромбозе мозговых вен
- * Головная боль при других поражениях внутричерепных сосудов

- * Головная боль при внутричерепном новообразовании

- * Головная боль при повышении давлении ликвора
- * Головная боль при пониженном ликворном давлении
- * Головная боль при неинфекционных воспалительных заболеваниях
- * Головная боль, вызванная интратекальной инъекцией
- * Головная боль, вызванная эпилептическим припадком
- * Головная боль при мальформации Киари типа 1
- * Синдром преходящей головной боли и неврологических нарушений с

* Вторичные головные боли

- * Головная боль, вызванная употреблением какого-либо вещества или отказом от него (G 44.4)
- * Головная боль, вызванная острым употреблением или попаданием в организм какого-либо вещества
- * Головная боль при злоупотреблении лекарственными средствами
- * Головная боль вследствие побочного действия при длительном приеме лекарственного средства
- * Головная боль при отказе от приема препарата или употреблении вещества

* Вторичные головные боли

- * Головная боль, при внутричерепной инфекции (G 44.821)
- * Головная боль, при системной инфекции G (44.881)
- * Головная боль при ВИЧ
- * Хроническая постинфекционная головная боль
- * Головная боль при нарушении гомеостаза
- * Головная боль при гипотонии или гиперкапнии
- * Головная боль при гемодиализе
- * Головная боль при артериальной гипертензии (G 44.813)
- * Головная боль при гипотиреозе
- * Головная боль при голоде
- * Головная боль при заболевании сердца (G 44.882)

* Вторичные головные боли

- * Головная боль, при заболеваниях костей черепа
- * Головная боль, при заболеваниях шеи (G 44.841)
- * Головная боль при заболеваниях глаз
- * Головная боль при заболеваниях ушей
- * Головная боль при риносинусите
- * Головная боль при заболеваниях зубов, челюстей
- * Головная боль при психических расстройствах

* Вторичные головные боли

Посттравматическая головная боль

Боль стойкая, может усиливаться, сопровождается очаговой неврологической симптоматикой.
Достоверность травмы подтверждающаяся (потерей сознания, посттравматическая амнезия более 10 мин, данными КТ, ЦСЖ исследований). **Причина боли: обширные переломы основания черепа, САК, отслойка и разрыв твердой мозговой оболочки.**
Возникает не позднее 14 дней с момента восстановления сознания или момента травмы
Исчезает в течение 8 нед. с момента восстановления сознания или момента травмы

Головная боль при артериальной гипертонии

Чувство тяжести в голове, распирающая, чаще в затылочной области, иногда диффузный характер (ощущение налитости свинцом)
Пульсирующий шум в голове, гиперемия, пастозность лица, отечность век
Головокружение, нарушение ориентировки, рвота, потеря сознания с возможным развитием ОНМК

* Вторичные головные боли

Боль при разрыве аневризмы и АВМ

Боль интенсивная, имеет внезапное начало и локализуется в затылочной или лобной области, либо в области глазницы, по типу «растекания горячей жидкости». Могут быть рвота, психомоторное возбуждение, спутанность сознания, эпилептические припадки. Часто менингеальные знаки.

**Височный артериит.
В основе заболевания - дистрофические, некротические и гранулематозные изменения средней оболочки артерии, атеросклеротический тромбоз**

Чаще в возрасте старше 50 лет. Днем и ночью, хроническая боль в течение недель и месяцев, без ремиссий. С акцентом в висках, часто двусторонняя, тупая, давящая. Характерна утолщенная, болезненная при пальпации височная артерия, повышение уровня СОЭ и СРБ. Нарушения зрения, боли в суставах. Жевание усиливает боль. Перемежающаяся хромота жевательных мышц.

* Вторичные головные боли

Головная боль при артериальной гипотензии	Чувство тяжести головы, тупая головная боль Отсутствие чувства бодрости после сна Провоцируются при эмоциональном стрессе, физическом напряжении, пребывании в горизонтальном положении, при длительном положении наклонившись вперед
Головная боль при повышении ВЧД	Появляется при пробуждении, усиливаются при наклонах туловища, кашле, ощущения раскалывания головы, не проходит при приеме анальгетиков. Часто рвота. При опухоли может быть очаговая неврологическая симптоматика и застойные диски зрительных нервов
Головная боль при поражении костей черепа	Местная боль и болезненность Резко болезненный локально участок головы и разлитые головные боли - при прорастании опухоли в череп и раздражение надкостницы и мозговых оболочек (эозинофильная гранулема, остеосаркома, саркома Юинга, миеломная болезнь, остеомиелит) Рентгенологическая картина

* Вторичные головные боли

<p>Головная боль при патологии глаз</p>	<p>Тупая , ноющая боль в области глазницы астенопия - утомление глазных мышц, длительная фиксация взора на близко расположенном предмете, аномалия рефракции - дальнозоркость, астигматизм, нарушения аккомодации, конвергенции, диплопия, страбизм приобретенное косоглазие</p>
<p>Приступ глаукомы</p>	<p>Тяжесть , чувство давления в глазном яблоке с переходом в резкую локальную головную боль с мельканием «мушек», радужных кругов, затуманиванием, расширением зрачка Рвота, тошнота, озноб, брадикардия Гиперемия глаза, глаз твердый при пальпации Повышение внутриглазного давления</p>
<p>Синусит (фронтит, гайморит)</p>	<p>Припухлость и гиперемия мягких тканей, их болезненность, давящая, распирающая боль в области пазухи переходящая в генерализованную головную боль, усиливающуюся при наклоне головы Вазомоторные и вегетативные реакции</p>

* Вторичные головные боли

Этмоидит	Боль интенсивная в области переносицы, глазниц, висков, теменно-затылочной области
Мезотимпанит, острый гнойный отит, мастоидит	Стреляющая, колющая, пульсирующая боль в теменно-височной области Повышение температуры, головокружения Поражение лицевого нерва
Психогенная головная боль	Локальная боль в какой либо части головы и необычные ощущения в ней (например «ползание червей под кожей», «разложения костей». Объективно, обычно изменений не выявляется. Иногда больной точно, пальцем указывает локализацию головной боли.
Депрессия	Мучительная, давящая головная боль в центрально-теменной области

* СИГНАЛЫ ОПАСНОСТИ- «КРАСНЫЕ ФЛАГИ» ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

- * • громоподобная головная боль (интенсивная ГБ с «взрывоподобным» или внезапным началом) характерна для субарахноидального кровоизлияния
- * • ГБ с атипичной аурой (длительность > 1 часа или с двигательной слабостью) характерна для транзиторной ишемической атаки (ТИА) или инсульта
- * • аура без ГБ без указаний на мигрень с аурой в анамнезе может быть симптомом ТИА или инсульта
- * • аура, впервые возникшая у пациентки, принимающей комбинированные оральные контрацептивы, может указывать на риск возникновения инсульта
- * • впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет может быть проявлением височного артериита или внутричерепной опухоли; внутричерепную опухоль также следует заподозрить при возникновении ГБ у детей в препубертатном периоде
- * • нарастающая ГБ, усиливающаяся в течение нескольких недель и более, может быть вызвана интракраниальным объемным образованием
- * • ГБ, усиливающиеся при изменении позы или нагрузках, повышающих внутричерепное давление (кашель, чихание, натуживание) могут быть проявлением внутричерепной опухоли
- * • вновь возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ- инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе
- * • Внезапное возникновение новой, необычной для пациента ГБ
- * • Наличие изменений в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения
- * • Присутствие фокальных неврологических признаков заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии)

Осипова В.В., Табеева Г.Р. И др. Первичные
головные боли:
клиника, диагностика, терапия

* Диагноз головной боли

- * Диагностика первичной ГБ является целиком клинической
- * **Важно!!!**: Жалобы, анамнез, общий и неврологический осмотр, дневник головной боли, фармакологическое интервью
- * Неврологический осмотр вне приступа как правило не выявляет патологических симптомов
- * **Малоинформативны, неспецифичны!!!** дополнительные методы исследования (ЭЭГ, Р-графия черепа, УЗДГ, методы нейровизуализации и др.)

*** Вопросы, которые необходимо задать пациенту при сборе жалоб и анамнеза**

- * **Сколько типов головной боли у Вас имеется?**
- * **Вопросы, связанные со временем** • Что заставило Вас обратиться к врачу именно сейчас • Как давно началась Ваша ГБ? • Как часто возникает ГБ и какое она имеет распределение по времени (эпизодическая, или ежедневная и/или постоянная)? • Какова продолжительность ГБ?
- * **Вопросы о характере ГБ** • Какова интенсивность ГБ? (можно использовать 1-бальную визуальную аналоговую шкалу боли - ВАШ) • Характер и качество ГБ • Локализация и распространение ГБ •
- * **Сопутствующие симптомы**
- * **Вопросы о причине ГБ** • Предрасполагающие и/или провоцирующие факторы • Факторы, усиливающие и/или уменьшающие ГБ •
- * **Наследственный анамнез по похожим ГБ**
- * **Вопросы о лечении ГБ** • Что пациент делает во время ГБ? • Насколько сильно ограничена или затруднена повседневная активность (функции) пациента в связи с ГБ? • Какие медикаментозные средства пациент использовал в прошлом и в настоящее время, путь введения и каков эффект от лечения?
- * **Состояние здоровья в межприступном периоде** • Самочувствие нормальное или сохраняются какие-либо симптомы? Полностью нормальное или есть

* Показания для дополнительных исследований при первичных ГБ (РОИГБ, 2010)

- * 1. Сомнения в вероятном клиническом диагнозе первичной формы ГБ (нетипичные жалобы или течение ГБ)
- * 2. Наличие сигналов опасности
- * 3. Подозрение на симптоматический характер цефалгии = выполняются диагностические критерии вторичной ГБ:
 - ГБ непосредственно связана с началом или обострением основного заболевания;
 - наличие клинических симптомов основного заболевания;
 - данные лабораторных и инструментальных обследований подтверждают наличие основного заболевания;
 - ГБ исчезает во время ремиссии или при успешном лечении основного заболевания.
- * 4. Требование пациента или его родственников

При типичной клинической картине (М, ГБН, ПГБ) нет необходимости в направлении пациента на дополнительные исследования: после расспроса и осмотра пациента врач должен сразу назначить лечение.

При наличии показаний, следует провести пациенту дополнительные обследования, с целью исключения вторичной природы цефалгии

* Наиболее частые **ошибочные диагнозы**,
выставляемые пациентам с жалобой на частые
головные боли (Тарасова С.В., Амелин А.
В.2006, Ю.Э.Азимова 2009)

- * - Гипертензионно-гидроцефальный синдром
- * - Остеохондроз шейного отдела позвоночника
- * - Вертебро-базилярная недостаточность
- * - Вегетативно-сосудистая дистония
- * - Дисциркуляторная / атеросклеротическая /
гипертоническая энцефалопатия
- * - Последствия ЧМТ / Посттравматический арахноидит

* Мигрень

- * Мигрень относится к наиболее частым формам первичной головной боли, занимая второе место после ГБН.
- * Болеют от 4 -30% людей
- * У женщин от 11% до 25%,
- * У мужчин - от 4% до 10%;
- * 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 имеет наследственный характер.
- * Широкая распространенность мигрени у лиц трудоспособного возраста, высокая частота и интенсивность приступов способствуют выраженной социальной дезадаптации, снижению дееспособности.
- * Высокие социально-экономические затраты

* Теории патогенеза мигрени

- * 1) **Сосудистая теория Вольфа (1930)**, согласно которой мигрень вызывается неожиданным сужением внутричерепных сосудов, вызывающей ишемию мозга и ауру. Вслед за этим происходит расширение внечерепных кровеносных сосудов, что и вызывает головную боль.
- * 2) **Тригеминально-вазкулярная (М. Moskowitz и соавт. 1989) теория**, в соответствие с которой при спонтанном приступе мигрени возникают потенциалы в **стволовых структурах** головного мозга, что вызывает **активацию тригеминально-вазкулярной системы** с выделением в стенку **краниальных сосудов нейропептидов** (субстанция Р, нейропептид, связанный с геном, контролирующим кальцитонин), вызывающих их дилатацию, повышенную проницаемость и, как следствие, развитие в ней нейрогенного воспаления.
- * 3) **Серотонинергическая теория**. Известно, что серотонин значительно более других транмиттеров, т.е. химических веществ, осуществляющих взаимодействие между клетками, вовлекается в патофизиологию мигрени, и, вероятно, играет иницирующую роль в мигренозной головной боли.

* Этиопатогенез мигрени

Центральная сенситизация- повышенная возбудимость коры головного мозга, превышение мигренозного порога

Активация тригемино-васкулярной системы

Нейрогенное воспаление с дилатацией интракраниальных сосудов, прежде всего сосудов твердой мозговой оболочки

Выделение в кровь болевых нейропептидов (гистамина, субстанция P, нейропептида, связанный с геном, контролирующим кальцитонин, оксида азота)-экстравазация

* Этиопатогенез мигрени

Нарастание амплитуды пульсовой волны в ветвях НСА

Интенсивная локальная пульсирующая головная боль



Увеличивается инфильтрация сосудистой стенки, отек

Пульсация уменьшается



Раскрытие артериовенозных шунтов, сбрасывание артериальной крови в вены, переполнение и растяжение вен

Нарастание головной боли



Снижение скорости кровотока в сосудах мозговых оболочек и мозга, отек тканей, повышение внутричерепного давления, гипоксия тканей

Головная боль приобретает распирающий диффузный характер

* Факторы провоцирующие приступ мигрени

- * Эмоциональный стресс
- * Умственное напряжение
- * Недостаточность сна, избыток сна
- * Менструация
- * Изменения погоды, гипоксия, запахи
- * Мелькание света, ветер, шум
- * Большой перерыв между приемами пищи
- * Пища содержащая нитрит натрия (выдержанные сыры, копченности, печень, вяленая рыба, маринованные овощи, цитрусовые плоды, пиво, шампанское, красное вино)

* Мигрень и женские половые гормоны

- * Менструация является провокатором приступа более чем у 35% женщин, а истинная менструальная мигрень, при которой приступы возникают исключительно в пределах 48 ч от начала менструации и не вызываются другими провокаторами, встречается у 5-12% пациенток.
- * У 2/3 женщин после некоторого учащения приступов в 1-ом триместре беременности, во 2-м и 3-м триместрах отмечается значительное облегчение головной боли вплоть до полного исчезновения мигренозных атак.
- * На фоне приёма гормональных контрацептивов и заместительной гормональной терапии 60-80% пациенток отмечают учащение приступов мигреней



* Мигрень и коморбидные нарушения

- * депрессия и тревога,
- * вегетативные расстройства (гипервентиляционные проявления, панические атаки),
- * нарушение ночного сна,
- * напряжение и болезненность перикраниальных мышц,
- * желудочно-кишечные расстройства (дискинезия желчных путей у женщин и язвенная болезнь желудка у мужчин)
- * артериальная гипотония
- * пролапс митрального клапана
- *

Лечение коморбидных расстройств - одна из целей профилактической терапии мигрени.



*** Клиническая картина мигрени**

- * Приступы стереотипны, интенсивные, средняя частота 2-4 в месяц. Приступ длится от 8 - 12 ч. до 2 сут.**
- * Продромальное состояние - беспокойство, тревога, изменение аппетита, жажда**
- * Аура за от нескольких сек. до 60 мин. до развития головной боли**
- * Головная боль чаще односторонняя, вначале локальная, пульсирующая, затем распирающая, диффузная и достигает высокой степени интенсивности в лобно-височно-глазничной области**
- * Во время приступа мигрени - светобоязнь, плохая переносимость запахов, звуков, стремление к изоляции**
- * В период кульминации приступа- сухость во рту, удушье, сердцебиение, зевота, боли в эпигастрии, отвращение к пищи, тошнота, рвота**
- * На стороне боли возможны- сужение зрачка и глазной щели, инъекцированность сосудов склеры, слезотечение, отечность глазничной области**
- * Для детей и молодых пациентов типично появление сонливости, и после сна ГБ нередко бесследно проходит.**

* Согласно диагностическим критериям мигрени по Международной классификации головной боли II пересмотра (2003), выделяют две основные формы мигрени:

- * 1. **Мигрень без ауры** — клинический синдром, характеризующийся приступами головной боли со специфическими сопровождающими симптомами.
- * 2. **Мигрень с аурой**, характеризующаяся локальными неврологическими симптомами, которые обычно предшествуют головной боли или сопровождают ее
- * -типичная аура с мигренозной болью
- * -типичная аура с головной болью не соответствующей критериям мигрени
- * типичная аура без головной боли
- * семейная гемиплегическая мигрень
- * спорадическая гемиплегическая мигрень
- * базиллярная мигрень

* Диагностические критерии мигрени (МКГБ-2, 2004).

* Мигрень без ауры

- * А. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В-Д
- * В. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении)
- * С. Головная боль имеет как минимум две из следующих характеристик:
 - * 1) односторонняя локализация
 - * 2) пульсирующий характер
 - * 3) интенсивность боли от средней до значительной
 - * 4) головная боль ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба, подъём по лестнице)
- * D. Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:
 - * 1) тошнота и/или рвота
 - * 2) фотофобия или фонофобия



* Аура

- * Аура при мигрени-это комплекс фокальных неврологических симптомов, которые предшествуют приступу головной боли или сопровождают его.
- * Для мигренозной ауры характерна полная обратимость симптомов и отсутствие изменений на МРТ и КТ.
- * У 25% возникает «светлый промежуток» между исчезновением симптомов ауры и началом головной боли, во время которого может возникать резкая смена настроения, страха, а также соматические симптомы



* Зрительная аура

- * Зрительная аура-классическая аура, возникает у подавляющего большинства, развивается в каждом приступе, может возникнуть изолированно, без последующей головной боли «обезглавленная мигрень»
- * Все остальные расстройства (сенсорные, двигательные, афатические) почти никогда не возникают отдельно от зрительных симптомов.
- * **Симптомы раздражения** :синтиляции, фотопсии, расплывчатые пятна
- * **СИМПТОМЫ ВЫПАДЕНИЯ-** СКОТОМЫ
- * Часто сложные симптомы в виде движущихся полос, вибрирующий свет, перепутанные линии в виде молнии, **мерцающие скотомы**,
- * **Иллюзорные и галлюцинаторные** зрительные расстройства- метаморфопсии, микропсии, мозаичное видение, «уже виденное», «никогда не виденное», нарушения восприятия времени, трансоподобные состояния, искажение восприятия размеров и формы предметов или собственного тела

- * **Сенсорная аура** возникает чаще вслед за зрительными симптомами в виде парестезий, покалывания, онемения.
- * Как, правило контрлатеральна головной боли, чаще в пальцах кисти с дальнейшим распространением вверх по руке на лицо.
- * **Афатическая аура:** трудность подбора слов, нарушения понимания обращенной речи, кратковременная неспособность внятно выразить свои мысли, повторение слов в предложении продолжительностью чаще не более 5-10 минут.
- * **Двигательная аура:** всегда возникает в связи со зрительными расстройствами. Обычно после волны парестезий или онемения возникает слабость в руке, больше в кисти, но не достигает степени пlegии. Парез может длиться до 24 часов

- * **Семейная гемиплегическая мигрень** - мигрень с аурой, включающей гемипарез, при которой родственники первой линии родства имеют идентичные атаки. Нередко возникают вертебро-базилярные симптомы.
- * **Спорадическая гемиплегическая мигрень** - те же клинические характеристики мигренозной ауры, но без семейного анамнеза

* Базиллярная мигрень

* Недостаточность кровообращения в ВББ, дисфункция
ствола мозга

* Нарушения сознания от кратковременного обморока,
спутанности до сопора

* Головокружение

* Двусторонние нарушения зрения, офтальмопарез,
расширение зрачков

* Дизартрия

* Атаксия

* Парестезии

* Пирамидная недостаточность

* Большинство приступов проходит без остаточных явлений

* Диагностические критерии мигрени (МКГБ-2, 2004).

* Типичная аура с мигренозной головной болью

- * 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 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении ≥ 5 минут
 - * 3) каждый симптом имеет продолжительность ≥ 5 минут, но ≤ 60 минут
- * D. Головная боль, соответствующая критериям для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 минут после её начала
- * E. Не связана с другими причинами (нарушениями).

* Ретинальная мигрень

- * Приступ начинается с ауры (преходящая ишемия сетчатки) от 3 до 20 мин.
- * Центральная или парацентральная скотома, иногда слепота на один глаз
- * Головная боль в лобно-глазничной области

*** Периодические синдромы в детстве,
которые в целом являются
предшественниками мигрени**

* Циклическая рвота

* Абдоминальная мигрень

* Доброкачественное пароксизмальное
головокружение у детей

* Осложнения мигрени

- * Хроническая мигрень
- * Мигренозный статус

МИГРЕНЬ БЕЗ АУРЫ

- * Персистирующая аура без инфаркта мозга
- * Мигренозный инфаркт
- * Судорожные припадки, провоцируемые мигренью

МИГРЕНЬ С АУРОЙ

* Хроническая мигрень (15-20%)

Частота приступов **более 15 дней в месяц в течение более 3 месяцев**, характер которых постепенно меняется: боли становятся менее сильными, приобретают постоянный характер, могут утрачивать некоторые типичные симптомы мигрени.

В трансформации эпизодической М в хроническую форму играют роль два основных фактора: **злоупотребление обезболивающими препаратами («лекарственный абюз») и депрессия**, возникающая, как правило, на фоне хронической психотравмирующей ситуации.

* Мигренозный статус

- * Серия следующих друг за другом мигренозных приступов, при этом последующие приступы оказываются подчас тяжелей предыдущих.
- * Продолжительность статуса от 72 ч до 3 - 5 сут.
- * Признаки отека мозга
- * Интенсивная головная боль с тошнотой, очаговая неврологическая симптоматика
- * Адинамия, бледность, менингеальные симптомы, изменения сознания, умеренная гипертермия

* Мигренозный инфаркт

- * Развивается во время типичной мигренозной атаки, когда один или более симптомов ауры не проходят в положенные сроки, при этом развивается ишемия мозговой ткани.
- * Диагноз подтверждается КТ/МРТ данными
- * Другие причины инсульта исключаются
- * Частота 3,4 случая на 100 тыс. населения в течение года
- * 11-28% случаев в молодом возрасте
- * ***Риск ишемического инсульта при мигрени с аурой в несколько раз выше.***
- * ***Особенно у женщин старше 45 лет+курение+оральные контрацептивы***
- * ***Но определить характер патогенетических взаимоотношений мигрени и инсульта бывает сложно.***

* Персистирующая аура без инфаркта

- * Диагностируется в том случае, когда симптомы зрительной ауры не исчезают у пациента в типичные сроки, а остаются более недели, но нейровизуализационные исследования (МРТ, КТ) не выявляют никаких изменений в заинтересованных областях мозга.
- * Характер зрительных нарушений при персистирующей ауре такой же как при типичной.
- * Продолжительность от недель до месяцев.

* Эпилептический приступ, спровоцированный мигренью

- * Диагностируется в том случае, когда эпилептический приступ возникает во время ауры или в период не менее часа после мигренозной ауры.
- * Мигрень и эпилепсия-пароксизмальные мозговые нарушения.
- * Эпилепсия у больных с мигренью наблюдается в 5,9% случаев (в общей популяции 0,5%)

* Лечение мигрени

- * 1) купирование уже развившегося приступа
- * 2) профилактическое лечение, направленное на предотвращение приступов
- * 3) профилактика и лечение коморбидных нарушений
- * 4) профилактика хронизации мигрени

* Международные стандарты купирования приступа мигрени

1 этап (слабые и умеренные приступы не более 24 часов):
симптоматическая терапия
Простой анальгетик+противорвотное средство

Анальгетики, НПВС (или, или)

- Ацетилсалициловая кислота
- Диклофенак
- Напроксен
- Парацетамол
- Ибупрофен

Противорвотные (или или)
Домперидон
Метоклопромид

2 этап (более интенсивные приступы до 24-48 часов):
специфическая терапия

- Элетриптан (релпакс)
- Фроватриптан
- Наратриптан (нарамиг)
- Ризатраптан
- Суматриптан (имигран)
- Золмитриптан (зомиг)
- Эрготамина тартрат

Триптаны

European principles of management of common headache disorders in primary care, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1)

* Триптаны

- * Триптаны-агонисты серотониновых рецепторов типа 5HT₁ .
Путем воздействия на 5-HT₁ рецепторы, расположенные как в ЦНС, так и на периферии, эти препараты блокируют выделение болевых нейропептидов, избирательно суживают расширенные во время приступа сосуды твердой мозговой оболочки и прекращают приступ мигрени.
- * Лекарственные формы (таблетки, свечи, назальный спрей, инъекционно подкожно)
- * Эффективность триптанов гораздо выше при их раннем назначении, т.е. в течение 1 часа после начала приступа
- * Противопоказания: ИБС, злокачественная гипертензия, окклюзионные заболевания конечностей, ТИА или инсульт, беременность, ХПН, печеночная недостаточность

* Профилактика приступов мигрени.

Показания

- * Большая частота, продолжительность и тяжесть приступов (более 3 в месяц, продолжительность более 2 суток, существенная дезадаптация)
- * Коморбидные нарушения в межприступном периоде, нарушающие качество жизни
- * Наличие лекарственного абзуса
- * Противопоказания к abortивному лечению, его неэффективность или плохая переносимость
- * Гемиплегическая мигрень или другие приступы ГБ, во время которых существует риск возникновения перманентной неврологической симптоматики
- * Продолжительность курсового лечения должна быть достаточной (от 3 до 12 месяцев (в среднем 4-6 месяцев) в зависимости от тяжести ми

* **Международные стандарты профилактики мигрени.**

Препараты с доказанной эффективностью

Бета-блокаторы (неселективные)

Метопролол 50-100 мг. 2 р. в день
Пропранолол (ретард) 80 мг. в день
Атенолол 25-100 мг. 2 р. В день
Бисопролол (5-10 мг) 1 р в день

Антиконвульсанты

Топирамат 25 мг 1 р в день-50 мг 2 р в день
Вальпроевая кислота 600-1500 мг в день

Антидепрессанты

Амитриптилин (10-100 мг на ночь)

European principles of management of common headache disorders in primary care, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1)

Блокаторы кальциевых каналов

Флунаризин 5-10 мг 1 р в день

* Другие подходы в профилактике мигрени

- * Объяснение пациенту природы его заболевания, формирование реалистичных ожиданий.
- * Лечение коморбидных состояний: депрессии, панических атак, тревоги, нарушений сна, расстройств ЖКТ, других болевых синдромов.
- * Соблюдение диеты. Исключить или ограничить цитрусовые, помидоры, сыр, шоколад, яйца, шампанское, красное вино, пиво
- * Режим дня, своевременный отдых, полноценный ночной сон, занятия физкультурой
- * При дисфункции перикраниальных мышц: миорелаксанты, ПИР, массаж воротниковой зоны, гимнастика, мануальная терапия
- * НПВС короткими курсами
- * Вазобрал (дигидроэргокриптин+кофеин)
- * Другие антидепрессанты (СИОЗС, СИОЗСН)
- * Диакарб
- * Рибофлавин
Препараты на основе КоQ10
- * Психотерапия
- * ИРТ
- * Постизометрическая релаксация

* Головная боль напряжения

- * Головная боль напряжения (ГБН) - самая частая форма головной боли, с которой пациенты обращаются к неврологам и врачам общей практики.
- * Распространенность ГБН в общей популяции варьирует от 30 до 78%, что значительно превышает распространенность мигрени (8-20%).
- * По сравнению с другими формами первичной головной боли ГБН приводит к самым значительным социально-экономическим последствиям.

* Головная боль напряжения (МКГБ-2, 2004)

Эпизодическая (не более 15 дней в месяц)

Хроническая (более 15 дней в месяц)

- * Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением (болезненностью) перикраниальных мышц
- * Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением пери- краниальных мышц.
- * Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
- * Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикра- ниальных мышц.
- * Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.
- * Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
- * Возможная нечастая эпизодическая ГБН.
- * Возможная частая эпизодическая ГБН
- * Возможная хроническая ГБН

* Диагностические критерии ГБН (МКГБ-2, 2004)

- * ГБ длительностью от 30 минут до 7 дней
- * Как минимум два из следующих признаков:
 - * - двухсторонняя локализация - давящий/сжимающий/не пульсирующий характер
 - * - легкая или умеренная интенсивность
 - * - боль не усиливается при обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице)
- * Оба из следующих признаков:
 - * - отсутствует тошнота или рвота (может появляться анорексия)
 - * - только один из симптомов: фото- или фонофобия
- * ГБ не связана с другими расстройствами

*** Патогенез головной боли напряжения-
снижение активности антиноцицептивной системы**

Длительное напряжение перикраниальных мышц, являющееся проявлением тревожности, а также воспаления или напряжения при неправильном положении этих частей тела человека



спазм

Повышается возбудимость ноцицептивных нейронов в структурах ЦНС, в том числе мотонейронов передних рогов спинного мозга

боль

Сужение артериальных сосудов и
появление ишемии.
Венозный застой



Мышца становится отечной и болезненной, вторичная гипалгезия.

Порочный круг

* Клиника ГБН

- * Головная боль, обычно двусторонняя, диффузная, имеет сжимающий или давящий, неппульсирующий характер, часто по типу «обруча» или «каска»
- * Боль может появляться вскоре после пробуждения, и присутствует на протяжении всего дня, то, усиливаясь, то ослабевающая.
- * Нередко приступ ГБН начинается во второй половине дня после напряженной работы или стресса.
- * Характерные признаки ГБН - возникновение или усиление боли на фоне эмоциональных переживаний, тревоги, стресса и ее облегчение при положительных эмоциях, в состоянии отдыха и психологического расслабления.
- * В отличие от мигрени боль при ГБН является менее интенсивной, никогда не сопровождается всеми типичными для мигрени симптомами, иногда может отмечаться лишь один симптом, например, легкая тошнота или фотофобия.
- * Приступ ГБН провоцируется стрессом или длительным вынужденным положением головы и шеи.
- * Большинство пациентов во время эпизода ГБН сохраняют способность работать и выполнять свои обычные обязанности, в отличие от больных мигренью, у которых во время приступа наблюдается существенное нарушение работоспособности и общего состояния

* Провоцирующие факторы ГБН

- * **Эмоциональный стресс** (острый при ЭГБН и хронический при ХГБН)
- * **Мышечный фактор**-дисфункция перикраниальных мышц (длительное вынужденное статическое положение шеи и головы во время работы за столом, за рулем автомобиля). Повышенная чувствительность (болезненность) перикраниальных мышц, выявленная пальпаторно подтверждает мышечную дисфункцию

* Деадаптация и нарушение качества жизни при мигрени и ГБН

* **ХГБН** - головная боль возникает не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (не менее 180 дней в год).

* Хроническая мигрень

* Сочетание **мигрени и ХГБН**

Хроническая ежедневная головная боль: частые или ежедневные эпизоды ГБ продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток

ДЕЗАДАПТАЦИЯ

* Факторы хронизации первичной головной боли



* Лечение ГБН

- * Эпизодические кратковременные приступы головной боли лечения не требуют
- * НПВС и анальгетики **только** при частоте приступов не более 2 раз в неделю-8 болевых дней в месяц!!! Риск хронизации
- * Нормализация режима труда и отдыха
- * Ночной сон не менее 8 часов
- * Устранение стрессовых ситуаций
- * Седативная терапия (антидепрессанты-амитриптилин и СИОЗС)
- * Психотерапия
- * Миорелаксанты при выраженной болезненности перикраниальных мышц
- * Физиолечение, массаж воротниковой зоны, ИРТ, ПИР
- * Лечебная гимнастика, фитнес, водные процедуры

* Тригеминальные вегетативные цефалгии

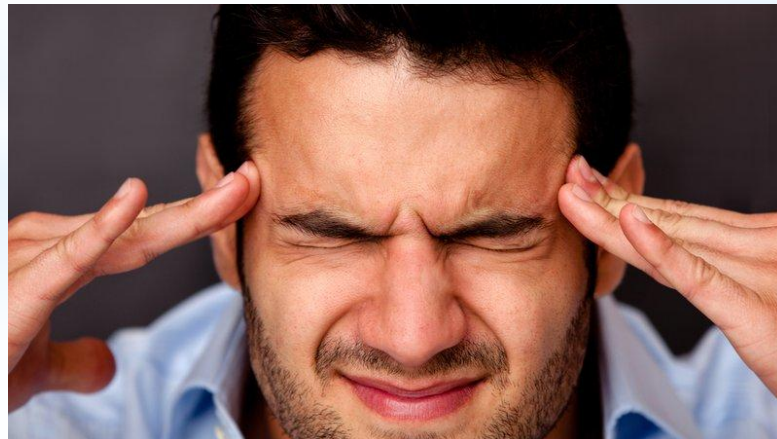
- * Тригеминальные вегетативные цефалгии также относятся к первичным формам цефалгий и сочетают в себе как черты головной боли, так и типичные признаки краниальных парасимпатических невралгий.
- * Наиболее распространенной формой является **пучковая (кластерная) головная боль**.

Кластерная (пучковая) головная боль и другие тригеминально-вегетативные цефалгии (МКГБ-2, 2004)

- * Кластерная (пучковая) головная боль (ПГБ)
 - * *Эпизодическая кластерная (пучковая) головная боль*
 - * *Хроническая кластерная (пучковая) головная боль.*
 - * Пароксизмальная гемикрания
 - * *Эпизодическая пароксизмальная гемикрания*
 - * *Хроническая пароксизмальная гемикрания.*
- * Кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъекированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС) Short lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)
 - * Возможная ТВЦ.
 - * *Возможная кластерная головная боль.*
 - * *Возможная пароксизмальная гемикрания*

* Кластерная головная боль (Бинга-Хортона)

- * Это редкая (0,5-0,1% среди населения), но тяжелая форма головных болей. Впервые симптомы ее описаны Харрисом в 1926 г.
- * В отличие от мигрени кластерные ГБ встречается чаще у мужчин (4:1), преимущественно в возрасте 30-40 лет.
- * **атака** - единичный приступ боли,
- * «**пучок**» или **кластерный период** - период времени, в течение которого у пациента возникают множественные повторные болевые приступы,
- * **ремиссия** - период, свободный от приступов боли.
- * Характерна периодичность течения заболевания - смена болевых «пучков» и ремиссий.

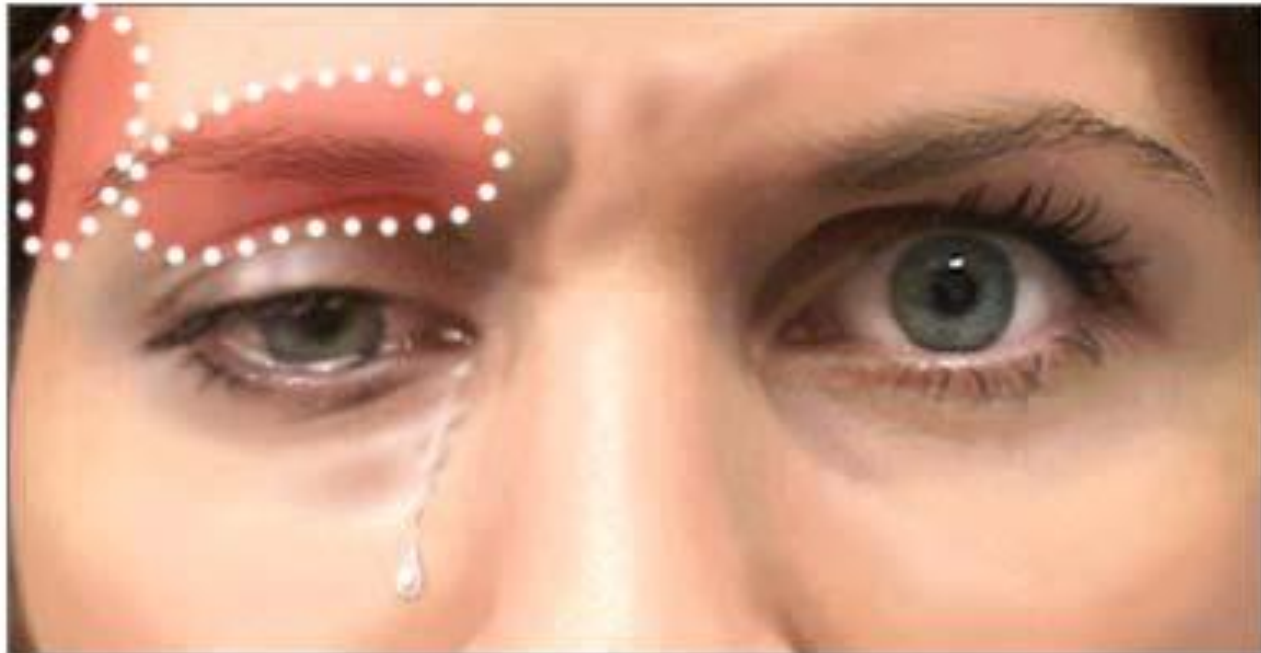


*** В зависимости от длительности болевого пучка и ремиссии кластерные головные боли согласно международной классификации подразделяются на две формы:**

- *1) эпизодическая (80%)- приступы возникают сериями (пучками), продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев; болевые периоды сменяются ремиссиями (от нескольких месяцев до нескольких лет); характерна сезонность обострений - чаще весной и осенью.**
- *2) хроническая (10-20%), с ремиссиями менее 6 месяцев или без ремиссий.**

* Клиника пучковой головной боли

- * Атаки пучковой головной боли проявляются приступообразными односторонними (чаще левосторонними) резчайшими болями сверлящего, жгучего, распирающего характера в области глаза (пациенты часто описывают эту боль как "выдавливание глаза"), лобно-глазничной или височно-глазничной области с иррадиацией в щеку, ухо, зубы продолжительностью от 15 до 180 минут.
- * Приступы возникают с частотой от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки, типично их возникновение в ночное время, «будильниковые головные боли».
- * Приступ, как правило, сопровождается вегетативными проявлениями на стороне боли: гиперемия конъюнктивы, слезотечение, заложенность носа или ринорея, потливость лба или лица на стороне боли, отек века, неполный синдром Горнера (птоз, миоз).
- * Боль крайне интенсивна: пациенты не могут находиться в покое, у них отмечается двигательное беспокойство, плач, агрессия и ажитация- «суицидальные боли».
- * В период «болевого пучка» боль почти всегда возникает с одной и той же стороны; возможна смена стороны боли во время следующего обострения.



- * **Описанные болевые атаки длятся в типичных случаях в течение 2-6 нед, а затем боли исчезают на несколько месяцев или лет, т.е. они идут как бы пучками - отсюда и название "пучковые" или "кластерные" (от английского cluster - пучок).**

Частота "пучков" у больных индивидуальна, обострения происходят циклично, их возникновение связано с сезонными колебаниями световой активности (чаще ранней весной или осенью).

*** Диагностические критерии пучковой головной боли (МКГБ-2, 2004)**

- * А. Как минимум 5 приступов, отвечающих критериям В-D В. Интенсивная или чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и/или височной локализации, продолжительностью 15-180 минут без лечения
- * С. ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов на стороне боли: 1) инъекцирование конъюнктивы и/или слезотечение 2) заложенность носа и/или ринорея 3) отечность век 4) потливость лба и лица 5) миоз и/или птоз 6) чувство беспокойства (невозможность находиться в покое) или агитация
- * D. Частота приступов - от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки
- * E. Не связана с другими причинами (нарушениями)
- * ***В случаях типичной симптоматики диагноз основывается исключительно на клинических данных и не требует проведения нейровизуализационных и***

* Патогенез пучковой головной боли

- * Патогенез до конца не изучен. Ведущая роль отводится дисфункции гипоталамуса и нарушению регуляции биологических ритмов.
- * По неизвестным причинам, периферические или центрально обусловленные триггеры вызывают активацию **супрахиазмального ядра** гипоталамуса, что соответствует периоду болевого пучка.
- * Ритмическая активация супрахиазмального ядра, в свою очередь, приводит к активации **тригемино-васкулярной системы**, дилатации сосудов твердой мозговой оболочки, выделению болевых нейропептидов (нейропептида, связанный с геном, контролирующим кальцитонин, оксида азота, субстанция P) и собственно болевому приступу.
- * Возникновение ярких вегетативных симптомов, сопровождающих боль при ПГБ, объясняется тесной связью гипоталамуса с парасимпатическими ядрами и симпатическими нейронами ствола мозга.

* Лечение кластерной головной боли (согласно европейским рекомендациям)

Для купирования атак

- * **Триптаны** (суматриптан, элетриптан, золмитриптан):
 - * -суматриптан по 1 таблетке (100 мг) или в виде подкожной инъекции 1 мл (6 мг). Эффект наступает уже через 15-30 мин.
 - * **Кислородная маска** со скоростью ингаляции 7 л/мин в течение 15 мин, при этом уменьшается интенсивность, но не всегда удается полностью купировать атаку.
 - * Менее эффективен **эрготаминовый препарат** дигидроэрготаминамезилат назальный спрей (0,5 мг в каждую половинку носа), быстрое воздействие (15-30 мин).
 - * Есть данные об эффективности местных анестетиков, в частности, 4% лидокаина в виде назальных капель или аэрозоля (1 мл интраназально), а также препаратов, содержащих капсаицин.

* Лечение кластерной головной боли (согласно европейским рекомендациям)

* Профилактическое лечение кластерной головной боли

* Верапамил 240-960 мг в сутки

* Преднизолон 60-80 мг 1 раз в день в течение 2-4 дней с последующим снижением дозы в течение 2-3 недель

* Лития карбонат 600-1600 мг/сут

* Эрготамина тартрат- 2-4 мг в день ректально (нельзя сочетать с суматриптаном)

* Метисергид 1-2 мг в таблетках (Необходимо делать перерыв как минимум на месяц каждые полгода)

* *Профилактика эпизодической формы ПГБ должна начинаться как можно раньше после начала болевого периода, а у пациентов с предсказуемыми обострениями за 2-3 недели до начала ожидаемого болевого периода. Даже при заметном улучшении в течение первых 1-2 недель терапии пациенты не должны прерывать курс: лечение должно продолжаться в течение всего ожидаемого болевого «пучка» и завершаться через 2 недели после достижения полной ремиссии.*

* Хроническая пароксизмальная гемикрания

- * Хроническая пароксизмальная гемикрания - представляет собой вариант пучковой головной боли и проявляется теми же симптомами:
- * локализация, характер, интенсивность боли и аналогичные вегетативные проявления на стороне боли, но отличается от нее следующими признаками:
- * страдают преимущественно женщины (соотношение мужчин и женщин 1 : 8) в возрасте 40 лет и старше;
- * длительность атак от 2 до 45 мин, частота их до 30-50 в сут;
- * высокий терапевтический эффект дает прием индометацина в дозе от 75 до 200 мг/сут в течение 4-6 нед - что является важным диагностическим критерием.

* Абузусная головная боль



- * Медикаментозно-индуцированная, или абузусная головная боль является одной из форм хронической ежедневной головной боли и занимает третье место по частоте после ГБН и мигрени.
- * Распространенность в популяции составляет 1%, а среди пациентов специализированных центров головной боли- 10%; у пациентов с жалобами на хронические головные боли частота абузусной головной боли достигает 60%.
- * Хотя АГБ относится к вторичным цефалгиям, она чаще всего развивается у пациентов с первичными головными болями **при регулярном приеме обезболивающих препаратов** на протяжении продолжительного времени. Может возникать при злоупотреблении любыми препаратами, купирующими головную боль.

Осипова В.В., Табеева Г.Р. И др.
Первичные головные боли:
клиника, диагностика, терапия

*** Медикаментозно-индуцированная
(абузусная) головная боль
(МКГБ-2R, 2005)**

- * Головная боль при избыточном применении эрготамина
 - Головная боль при избыточном применении триптанов
 - Головная боль при избыточном применении анальгетиков
 - Головная боль при избыточном применении опиатов
 - Головная боль при избыточном применении комбинированных анальгетиков.
- * Головная боль при избыточном применении нескольких классов обезболивающих препаратов*
- * Головные боли, вызванные избыточным применением других лекарственных препаратов
- * Возможная медикаментозно-индуцированная головная боль

* Группы лекарственных средств, способных вызвать головную боль

- * Обезболивающие, противовоспалительные, противомаларийные средства
- * Нитраты, противоаритмические средства
- * Тимолептики
- * Производные эрготамина, триптаны
- * Антагонисты кальция
- * Гестагены, эстрогены
- * Бензодиазепины, барбитураты
- * Миорелаксанты
- * Кортикостероиды
- * Препараты щитовидной железы
- * Гликозиды, диуретики
- * Препараты, снижающие уровень липидов

* **Обобщенные диагностические критерии медикаментозно- индуцированной головной боли (МКГБ-2R, 2005)**

- * А. ГБ, присутствующая на протяжении 15 или более дней в месяц, отвечающая критериям С и D
- * В. Регулярное на протяжении более чем 3 месяцев злоупотребление одним или более препаратами для купирования острого приступа и/или симптоматического лечения головной боли
- * С. ГБ развилась или значительно ухудшилась во время избыточного приема препарата(ов)
- * D. ГБ прекращается или возвращается к прежнему паттерну в течение 2 месяцев после прекращения приема «виновного» препарата
- * ***Наиболее вероятные риски формирования абюзусной головной боли при избыточном применении анальгетиков или комбинированных анальгетиков» (т.е. комбинации анальгетиков с кодеином, кофеином и т.д.) при регулярном приеме***

* Клиника абузусной головной боли

- * Чаще всего проявляется почти ежедневными тупыми болями во всей голове давящего или сжимающего характера, незначительной или умеренной интенсивности;
- * наибольшая сила боли отмечается, как правило, в утренние часы; часто бывают ощущение усталости, дурноты, снижение работоспособности, раздражительность, нарушения сна.
- * У пациентов с мигренью на фоне постоянной тупой боли несколько раз в месяц могут возникать более или менее типичные приступы мигрени.

* Патогенез абзусной головной боли



* **Дополнительные факторы формирования абзусной головной боли**

- * Снижение эффекта и продолжительности действия анальгетика
- * присоединение другого типа головной боли
- * прием анальгетика «впрок» с целью предотвратить появление ГБ, обусловленный страхом /тревогой перед возможной болью;
- * появление более сильной боли при попытке отмены обезболивающих препаратов;
- * прием обезболивающих препаратов по другим показаниям (например, пациент мигренью принимает анальгетики по поводу артрита или боли в спине);
- * другие зависимости (например, злоупотребление алкоголем или наркотиками).

* Лечение абзусной головной боли

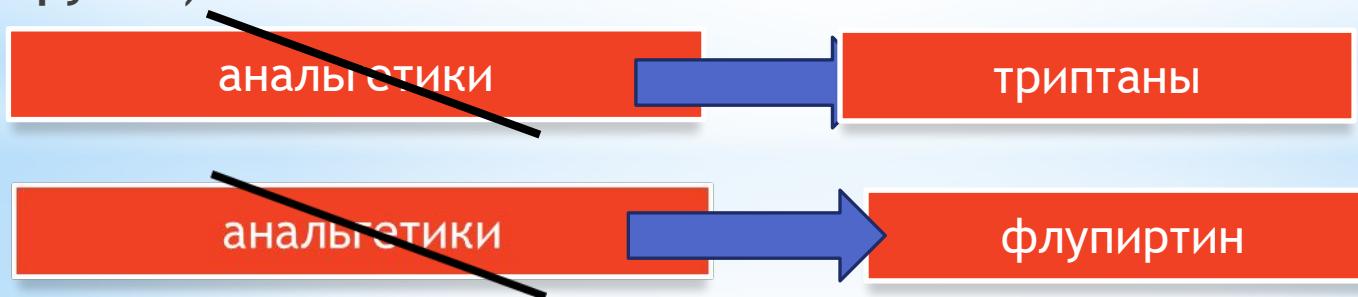
* Поведенческая терапия, разъяснение пациенту вреда длительного употребления препаратов, предупреждение о риске возникновения медикаментозно индуцированной ГБ.

* Отмена «виновного» препарата, при необходимости дезинтоксикационная терапия:

утром в/в дексаметазон 6-8 мг + магнезия 25% 10 мл + физ. раствор 100 мл (№7), вечером в/в amitриптилин 2 мг + физ. раствор 100 мл (№7. Рекомендована резкая, одномоментная отмена препарата.

* Уточнение характера первичной формы ГБ (мигрень или ГБН)

* Альтернативное обезболивание (препарат другой фармакологической группы)



- * Профилактическая терапия (начинается одновременно с дезинтоксикацией) -
- * Преднизолон 60-100 мг утром с постепенным снижением дозы каждые 3-4 дня на 30 мг в сутки (продолжительность лечения до 4 недель)
- * Антиконвульсанты (топирамат 100мг в сутки, вальпроевая кислота 1000 мг в сутки, габапентин 300 мг в сутки) на 3-6 месяцев
- * Антидепрессанты (амитриптилин 75 мг в сутки. СИОЗС, СИОЗСН) на 6 месяцев
- * *Нормализация состояния после отмены «виновного» препарата и лечения абзуса может занять 12 недель и более. У большинства больных восстановление исходного типа головной боли наблюдается в срок до 2 месяцев.*

* Невралгические головные и лицевые боли

Невралгия тройничного нерва

- * Чаще болеют женщины. Заболевание как правило начинается в пожилом возрасте.
- * Приступообразный характер боли, длительность атаки не более 2 мин. Между двумя приступами всегда имеется "светлый" промежуток.
- * Значительная интенсивность, внезапность, боли напоминающие удар электрическим током, жгучие, простреливающие.
- * Локализация строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва, чаще 2 или 3 ветви (в 5 % случаев -1-я ветвь).
- * Наличие триггерных точек (зон), слабое раздражение которых вызывает типичный пароксизм (могут находиться в болевой или безболевой зоне). Наиболее часто триггерные зоны располагаются в орофациальной области, на альвеолярном отростке, при поражении первой ветви - у медиального угла глаза.
- * Наличие триггерных факторов (чаще всего это умывание, разговор, еда, чистка зубов, движение воздуха, простое

* Типичное болевое поведение. Больные, стараясь переждать приступ, замирают в той позе, в которой застал их болевой пароксизм. Иногда растирают зону боли или совершают чмокающие движения. В период приступа больные отвечают на вопросы односложно, едва приоткрывая рот. На высоте пароксизма могут быть подергивания лицевой мускулатуры.



* Невралгические головные и лицевые боли

Невралгия тройничного нерва

- * Неврологический дефицит в типичных случаях невралгии тройничного нерва отсутствует.
- * Вегетативное сопровождение приступов скудное и наблюдается менее чем у 1/3 больных.
- * Заболевание течет с обострениями и ремиссиями. В период приступов боли могут группироваться залпами. Залпы могут длиться часами, а периоды приступов продолжаются дни и недели. В тяжелых случаях значительно нарушается повседневная активность больных. В некоторых случаях возникает status neuralgicus, когда промежутки между отдельными залпами отсутствуют. Возможны спонтанные ремиссии, на фоне которых заболевание обычно прогрессирует. Ремиссии длятся месяцы и годы, но по мере возникновения рецидивов, больные начинают чувствовать боль, сохраняющуюся и между приступами.
- * Наиболее частая причина идиопатической невралгии - **васкулоневральный конфликт («кросс-компрессия»)**. Симптоматические формы на фоне опухоли, воспалений.

Ганглионит Гассерова узла

- **Общеинфекционные** проявления (часто)
- **Интенсивные**, жгучие боли, больные лишаются сна в зоне последующей локализации сыпи (лоб, волосистая часть головы, др.
- **Герпетические** высыпания



M
University of Missouri
Knox Eye Center





* Невралгические головные и лицевые боли

Невралгия языкоглоточного нерва

- * Развивается существенно реже, чем невралгия тройничного нерва (0,5 на 100 000 населения).
- * Заболевание протекает в виде болевых пароксизмов, начинающихся в области корня языка или миндалина и распространяющихся на нёбную занавеску, глотку, ухо.
- * Боли иногда иррадиируют в угол нижней челюсти, глаз, шею. Приступы, как правило, кратковременны (1-3 мин), провоцируются движениями языка, особенно при громком разговоре, приёмом горячей или холодной пищи, раздражением корня языка или миндалина (триггерные зоны).
- * Боли всегда односторонние. Во время приступа больные жалуются на сухость в горле, а после приступа появляется гиперсаливация. Количество слюны на стороне боли всегда снижено, даже в период саливации (по сравнению со здоровой стороной).
- * В отдельных случаях во время приступа у больных развиваются пресинкопальные или синкопальные состояния (кратковременная дурнота, головокружение, падение артериального давления, потеря сознания) (раздражение п. depressor (ветвь IX пары черепных нервов)).

* Невралгические головные и лицевые боли

Невралгия языкоглоточного нерва

- * При объективном обследовании могут выявляться: снижение глоточного рефлекса, снижение подвижности мягкого нёба, извращение вкусовой чувствительности на задней трети языка (все вкусовые раздражения воспринимаются как горькие).
- * Заболевание протекает с обострениями и ремиссиями. После нескольких приступов отмечают ремиссии различной продолжительности, иногда до 1 года. Тем не менее, как правило, приступы постепенно учащаются, увеличивается и интенсивность болевого синдрома. В дальнейшем могут появиться постоянные боли, усиливающиеся под влиянием различных факторов (например, при глотании).
- * Классическая невралгия языкоглоточного нерва, как и невралгия тройничного нерва, чаще всего обусловлена компрессией нерва ветвью сосуда в области продолговатого мозга.
- * Симптоматическая невралгия языкоглоточного нерва отличается от классической частым наличием постоянной ноющей боли в межприступном периоде, а также прогрессирующего нарушения чувствительности в зоне иннервации языкоглоточного нерва. Наиболее частые причины симптоматической невралгии языкоглоточного нерва - внутричерепные опухоли, сосудистые мальформации, объёмные процессы в области шиловидного отростка.

* Невралгические головные и лицевые боли

<p>Синдром крыло-небного узла (синдром Сладера)</p>	<p>Приступы острой боли в области глаза, носа, верхней челюсти. Боль может распространяться на область виска, ухо, затылок, шею, лопатку, плечо, предплечье, кисть. Пароксизмы сопровождаются резко выраженными вегетативными симптомами: покраснением половины лица, отеком тканей лица, слезотечением, обильным отделением секрета из одной половины носа (вегетативная буря). Продолжительность приступа от нескольких минут до суток. Идиопатическая форма у пожилых людей.</p>
<p>Невралгия носоречничного нерва</p>	<p>Сопровождается сильными болями в области медиального угла глаза с иррадиацией в спинку носа, иногда орбитальные и околоорбитальные боли. Длительность приступа - от нескольких часов до суток. Болевой синдром сопровождается слезотечением, светобоязнью, гиперемией склер и слизистой носа, отеком, гиперестезией на пораженной стороне и односторонней гиперсекрецией слизистой оболочки носа. Идиопатическая форма, инфекции.</p>

* Невралгические головные и лицевые боли

Невралгия верхнего гортанного нерва (ветвь блуждающего нерва)

Характеризуется односторонней болью приступообразного характера в области гортани, которая иррадирует в область уха и вдоль нижней челюсти, возникает во время еды или глотания. Иногда развивается ларингоспазм во время приступа боли появляется кашель, хриплый голос, общая слабость. Причины-инфекции, опухоль.

Невралгия аурикулотемпорального нерва (синдром Фрей)

Пароксизмальная боль в глубине уха, в зоне передней стенки, наружного слухового прохода и виска, особенно в области височно-челюстного сустава, часто с иррадиацией в нижнюю челюсть. Сопровождается гиперемией кожи, повышенным потоотделением в этой области, слюноотделением, изменением величины зрачка на стороне поражения. Приступы провоцируются приемом определенной пищи и даже при ее представлении, а также внешними раздражителями. Часто после операции на околоушной железе или паротита.

* Невралгические головные и лицевые боли

Синдром Толосы-Ханта
(болезненная
офтальмоплегия)

Возникает внезапно и характеризуется периодическими болями в области глазницы, её отёком, а также поражением одного или нескольких черепных нервов (III, IV и/или VI), обычно проходящих самостоятельно. В части случаев заболевание протекает с чередованием ремиссий и обострений. У некоторых пациентов наблюдают нарушение симпатической иннервации зрачка.

Поражение черепных нервов совпадает по времени с появлением боли или возникает в течение 2 нед после неё. Причиной синдрома Толосы-Ханта является разрастание гранулематозной ткани в кавернозном синусе, верхней глазничной щели или полости орбиты. Болезненная офтальмоплегия также возможна при опухолевых поражениях в области верхней глазничной щели.

Синдром Ридера

Симптоматическая невралгия 1 ветви тройничного нерва и синдром Горнера, иногда в сочетании с парезом глазодвигательных мышц (процессы в средней мозговой ямке)

Синдром Градениго

Хроническая боль в зоне иннервации 1 и 2 ветвей тройничного нерва с нарушением чувствительности, поражением отводящего нерва (опухоль, воспаление верхушки пирамиды)

* Невралгические головные и лицевые боли

<p>Синдром Ханта (невралгия коленчатого узла, синдром коленчатого узла, Herpes zoster oticus, Zoster oticus)</p>	<p>Одна из форм опоясывающего герпеса, протекающая с поражением коленчатого узла. В остром периоде высыпания локализуются в наружном слуховом проходе, на ушной раковине, мягком нёбе, нёбных миндалинах. Клиническая картина постгерпетической невралгии коленчатого узла складывается из односторонней постоянной или периодической боли в области уха, в ипсилатеральной половине лица, наружном слуховом проходе, нарушения вкуса на передних 2/3 языка, умеренного периферического пареза мимических мышц.</p>
<p>Синдром Костена</p>	<p>Хроническая лицевая боль кпереди от ушной раковины с чувством жжения в области рта, головокружением и шумом в ушах (при поражении височно-нижнечелюстного сустава)</p>
<p>Затылочная невралгия</p>	<p>Этот термин употребляется в настоящее время редко для обозначения пароксизмов боли в зоне большого и малого затылочных нервов. При хлыстовых травмах шеи или дегенеративных процессах в области межпозвоночных суставов С2-С3 с компрессией третьего затылочного нерва (ветвь заднего корешка С3) может развиваться болевой синдром с односторонними затылочными и затылочно-шейными болями и расстройством чувствительности в этой зоне.</p>

* Невралгические головные и лицевые боли

<p>Невралгия барабанного сплетения</p>	<p>Проявляется симптомокомплексом, сходным с поражением коленчатого узла (хотя барабанный нерв является ветвью языкоглоточного).</p> <p>Типичны острые стреляющие боли в области наружного слухового прохода, появляющиеся приступообразно и постепенно стихающие. Боли возникают без видимых внешних причин. В начале заболевания частота приступов не превышает 5-6 раз в день. Заболевание протекает с обострениями, которые продолжаются несколько месяцев, а затем сменяются ремиссиями (продолжительностью также несколько месяцев).</p>
<p>Невралгия промежуточного нерва</p>	<p>Редкое расстройство, характеризующееся короткими пароксизмами боли в глубине ушного прохода. Основные диагностические критерии - периодически возникающие пароксизмы боли в глубине ушного прохода продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут преимущественно на задней стенке ушного прохода, где имеется триггерная зона. Иногда боль может сопровождаться нарушениями слёзо-, слюноотделения и/или нарушениями вкуса, часто обнаруживается связь с Herpes zoster.</p>

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!
Живите без боли

