

**\* 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, невроты, 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

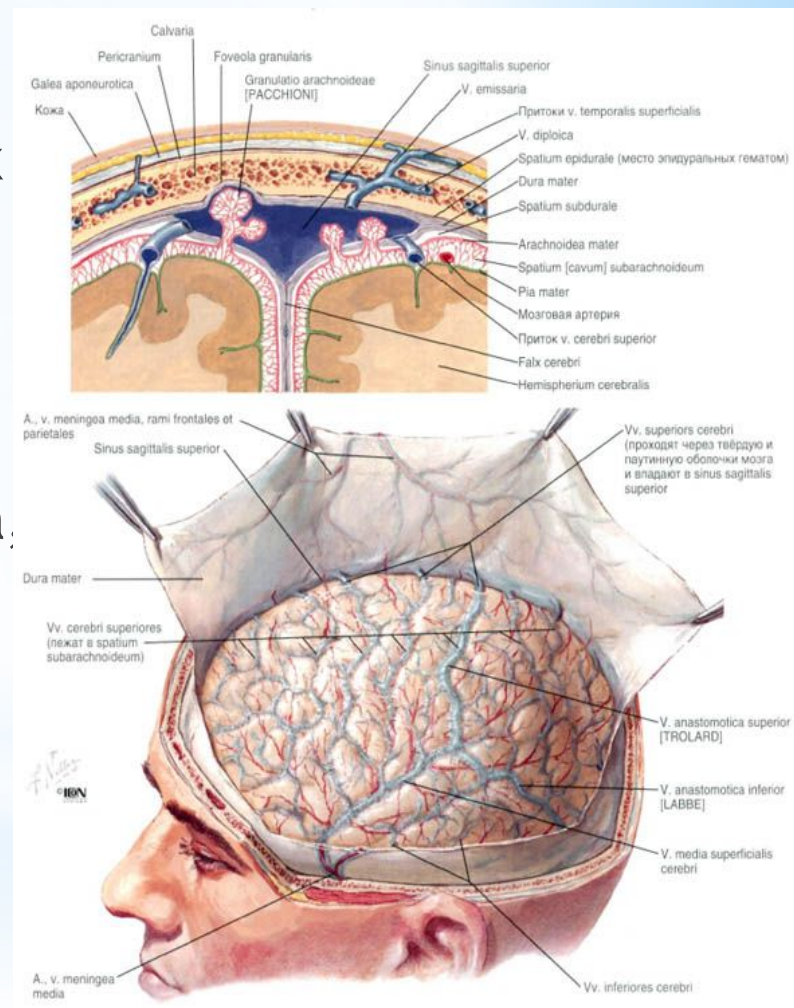
\* Твердая мозговая оболочка (базальная зона, стенки венозных синусов)

\* 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 громopodobная головная боль

\* Гемикрания континуа

\* Новая ежедневно (изначально) персистирующая головная боль (НЭПГБ)

**\* 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

<b>Головная боль при артериальной гипотензии</b>	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
<b>Головная боль при повышении ВЧД</b>	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
<b>Головная боль при поражении костей черепа</b>	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 <b>астенопия</b> - утомление глазных мышц, длительная фиксация взора на близко расположенном предмете, <b>аномалия рефракции</b> - дальнозоркость, астигматизм, нарушения аккомодации, конвергенции, диплопия, страбизм <b>приобретенное косоглазие</b></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 Р, 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 пище, 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, страхи, 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- метаморфозии, 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  $\geq 5$  минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении  $\geq 5$  минут
  - \* 3) каждый симптом имеет продолжительность  $\geq 5$  минут, но  $\leq 60$  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 5HT<sub>1</sub> .  
Путем воздействия на 5-HT<sub>1</sub> 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

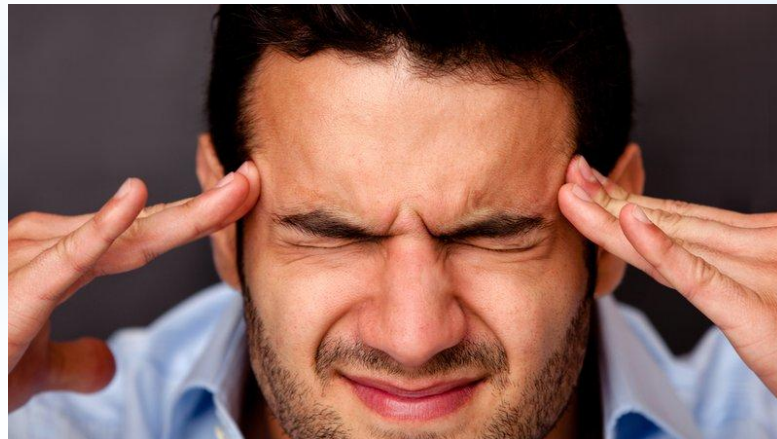
- \* Тригеминальные вегетативные цефалгии также относятся к первичным формам цефалгий и сочетают в себе как черты головной боли, так и типичные признаки краниальных парасимпатических невралгий.
- \* Наиболее распространенной формой является **пучковая (кластерная) головная боль**.

### **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) инъектирование 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 Р) 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 абузусной головной боли

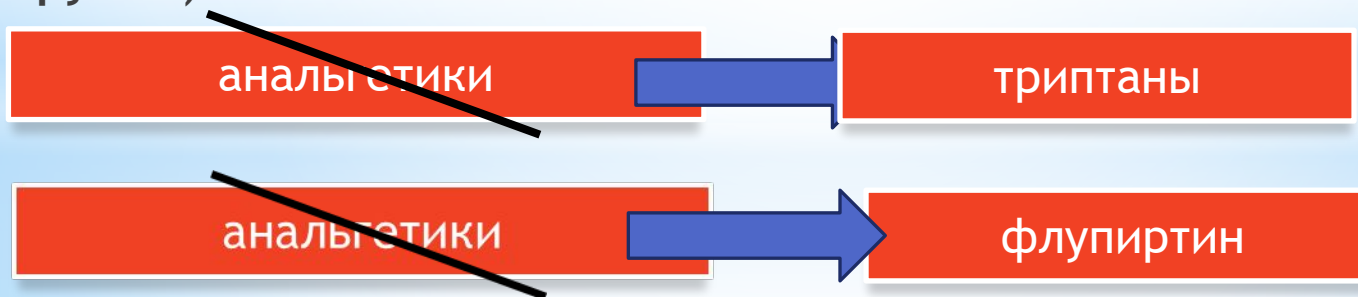
\* Поведенческая терапия, разъяснение пациенту вреда длительного употребления препаратов, предупреждение о риске возникновения медикаментозно индуцированной ГБ.

\* 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 - **васкулоневральная 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













## \* 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 C2-C3 с компрессией третьего затылочного нерва (ветвь заднего корешка C3) 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***

