



ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ. ЛЕКАРСТВЕННО- ИНДУЦИРОВАННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ.

Ассистент Ксения Борисовна Манышева

- Головная боль — это боль в любой части головы, включая волосистую часть кожи головы, верхнюю часть шеи, лицо и внутреннюю часть головы.

Болевые рецепторы головы

- Кожа.
- Подкожная клетчатка.
- Мышцы и сухожилия.
- Сосуды мягких тканей головы.
- Надкостница черепа.
- Оболочки мозга.
- Внутричерепные синусы, артерии и вены.

Нервы, иннервирующие структуры головы

- Тройничный.
- Блуждающий.
- Подъязычный.
- Языкоглоточный.
- I-III спинномозговые нервы.

АНТИНОЦИЦЕПТИВНАЯ СИСТЕМА

Кора

Таламус,
лимбическая
система

Спинной мозг

Рецепторы

Серотонин

Норадреналин

Энкефалины

Эндорфины

БОЛЬ

НОЦИЦЕПТИВНАЯ СИСТЕМА

Международная классификация головной боли МКГБ 3-бета (3-е издание, бета-версия, 2013)

Часть 1 Первичные головные боли

1. (G43) Мигрень
2. (G44.2) Головная боль напряжения
3. (G44.0) Пучковая(кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии
4. (G44.80) Другие первичные головные боли

Часть 2 Вторичные головные боли

Часть 3 Краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и другие головные боли

Наиболее частые причины хронической головной боли у пациентов разных возрастных групп

Дети (от 3 до 16 лет)

- Мигрень
- Психогенная/
Напряжения
- Посттравматическая
- Опухоли

Взрослые (17-65 лет)

- Головная боль
напряжения
- Мигрень
- Посттравматическая
- Кластерная головная
боль
- Опухоли
- Хроническая
субдуральная
гематома
- Цервикогенная
- Глаукома

Пожилые (старше 65 лет)

- Цервикогенная головная
боль
- Краниальный артериит
- Персистирующая головная
боль напряжения
- Персистирующая мигрень
- Кластерная головная боль
- Опухоли
- Хроническая
субдуральная гематома
- Глаукома
- Болезнь Педжета
(деформирующий остит)

Анализ анамнеза больного с хронической головной болью

- Периодичность
- Время суток
- Продолжительность головной боли
- Локализация
- Тип головной боли
- Интенсивность
- Факторы, провоцирующие или усиливающие головную боль
- Предшествующее приступу головной боли изменение эмоционального состояния
- Наличие сопутствующих симптомов
- Факторы, облегчающие головную боль
- Психосоциальные аспекты жизни больного и семейный анамнез

Сигналы опасности («RED FLAGS») при головных болях

- Возникновение головных болей после физического напряжения, сильного кашля или сексуальной активности
- Наличие сопровождающих симптомов - изменение в сфере сознания (оглушенность, спутанность сознания, потеря памяти)
- Прогрессивно нарастающая головная боль
- Присутствие фокальных неврологических знаков или симптомов системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии)
- Начало головных болей в возрасте после 50 лет
- Внезапное возникновение новой, необычной для данного пациента тяжелой головной боли
- Любые отклонения при неврологическом или общесоматическом обследовании

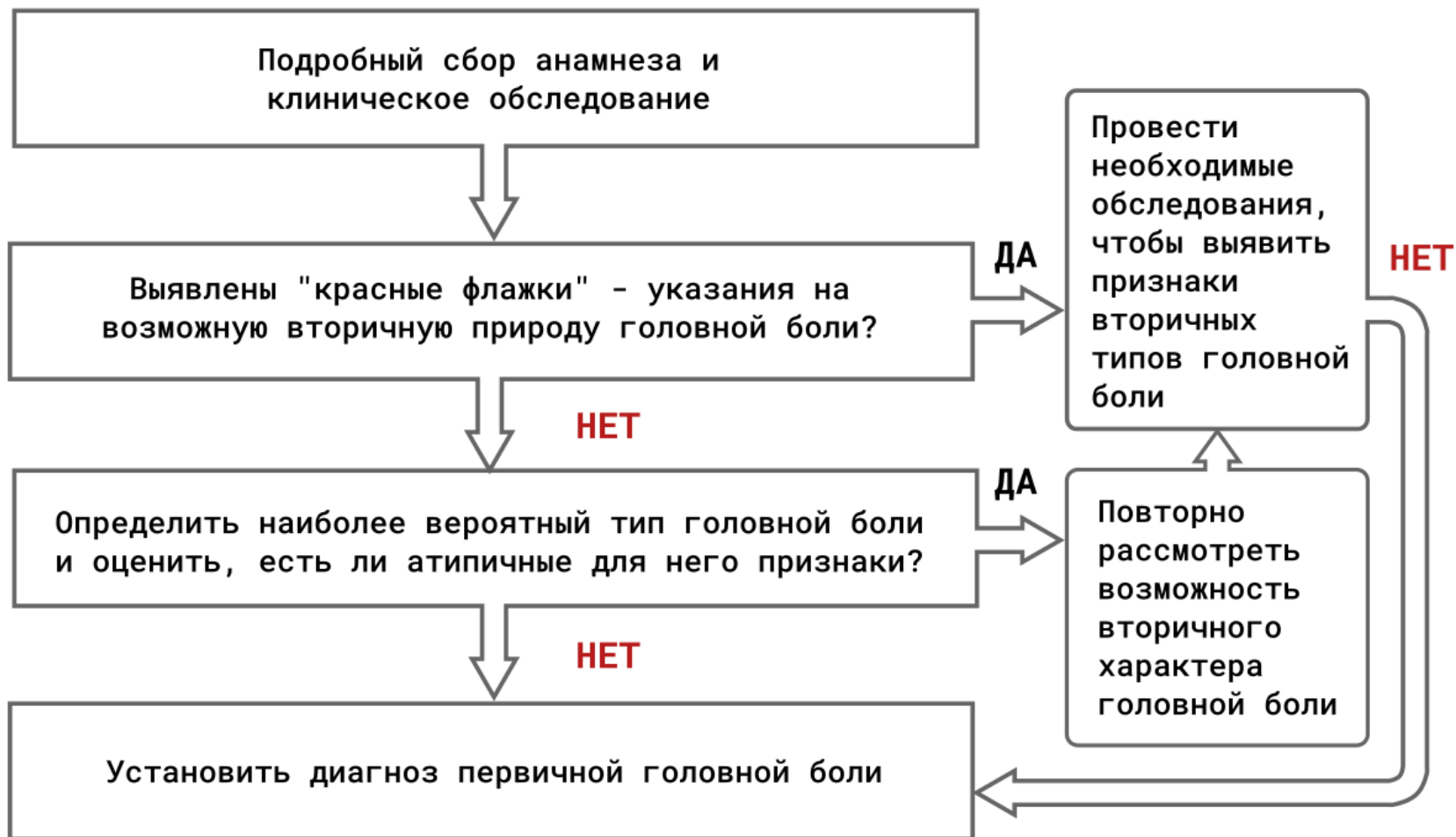
Неврологические симптомы, требующие дополнительных исследований

Симптомы	Возможная причина
Атрофия зрительного нерва, отек диска зрительного нерва	Внутричерепное объемное образование, гидроцефалия, идиопатическая внутричерепная гипертензия
Очаговые неврологические нарушения (гемипарез, афазия)	Внутричерепное объемное образование
Ригидность затылочных мышц	САК, менингиты, патология шейного отдела позвоночника
Кровоизлияние в сетчатку	Разрыв аневризмы церебральной артерии, злокачественная гипертензия
Шумы над сосудами головы	Артериовенозная мальформация
Уплотнение, болезненность височных артерий	Височный артериит
Наличие триггерных точек	Невралгия тройничного нерва
Птоз, поражение глазодвигательного нерва, расширение зрачка	Аневризма церебральной артерии

«Красные флаги», предполагаемые состояния и исследования при ГБ

Красные флажки»	Предполагаемое состояние	Исследования
Острое внезапное начало головной боли	Субарахноидальное кровоизлияние, кровоизлияние в опухоль или АВМ, объёмное образование (особенно задней черепной ямки)	Нейровизуализация, люмбальная пункция (после проведения нейровизуализации)
Прогрессирующее ухудшение головной боли	Объёмное образование, субдуральная гематома, злоупотребление лекарствами	Нейровизуализация
Головная боль у пациентов, страдающих онкологическим заболеванием, ВИЧ или пациентов с системными симптомами (лихорадка, ригидность мышц затылка, сыпь на коже)	Менингит, энцефалит, болезнь Лайма, системная инфекция, заболевания соединительной ткани (коллагенозы), артериит	Нейровизуализация, люмбальная пункция, биопсия ткани мозга, лабораторные анализы крови
Очаговые неврологические симптомы или симптомы, отличающиеся от характерных для зрительной или сенсорной ауры	Объёмное образование, АВМ, заболевания соединительной ткани (коллагенозы)	Нейровизуализация, обследования для исключения заболеваний соединительной ткани
Отёк соска зрительного нерва	Объёмное образование, псевдоопухоль, энцефалит, менингит	Нейровизуализация, люмбальная пункция (после проведения нейровизуализации)
Вызывается условиями Вальсальвы (кашель, чихание, натуживание, наклон тела вперед, приседание, вставание из приседания)	Субарахноидальное кровоизлияние, объёмное образование	Нейровизуализация, рассмотреть возможность проведения люмбальной пункции
Головная боль при беременности и после родов	Тромбоз внутричерепных синусов или корковых вен, апоплексия гипофиза	Нейровизуализация

Алгоритм диагностики типа головной боли



изменения, перевод и вёрстка оригинала

врач-невролог Яблонский М.А., 2018

Lipton RB, Bigal ME (2006) Differential diagnosis of primary headaches.

An algorithm based approach. In: Lipton RB, Bigal ME

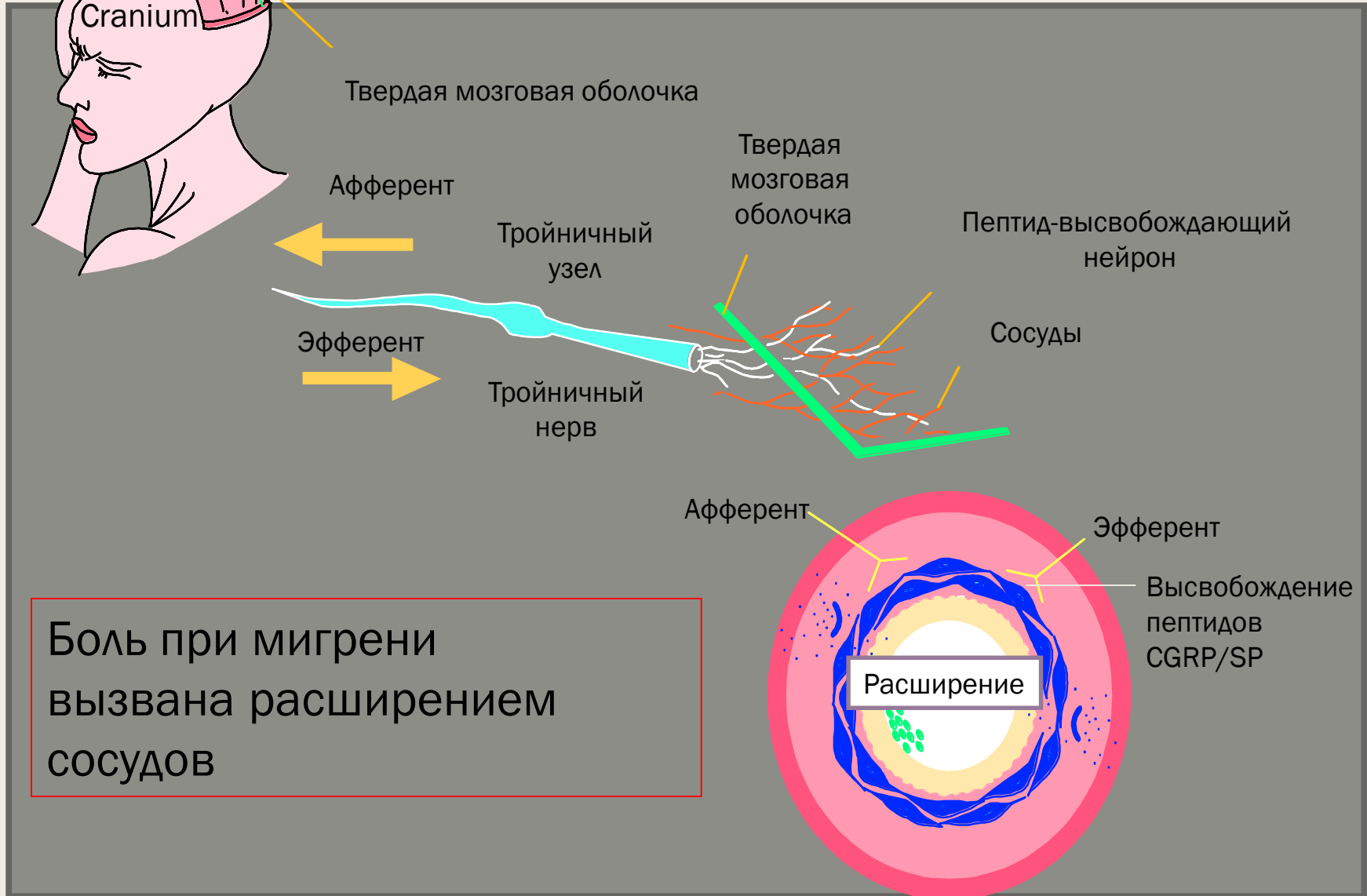
(eds) Migraine and other headache disorders. Informa Healthcare, New York, pp 145-154

Мигрень — хроническое заболевание, проявляющееся пароксизмами односторонней пульсирующей головной боли длительностью 4-72 часа, которые сопровождаются тошнотой и/или рвотой, фото- и фонофобией.

Классификация мигрени

- Мигрень без ауры – возникает приступ головной боли, иногда имеются предвестники (плохое настроение, «разбитость» и т.д.)
- Мигрень с аурой – перед приступом появляются различные неврологические симптомы.

Тригеминоваскулярная модель мигрени



Адаптировано по Goadsby and Olesen (1996)

Фазы мигрени

- Фаза продромальных явлений: характеризуется подавленным настроением, нарушением аппетита, раздражительностью, непереносимостью яркого света, звуков, запахов, отечностью.
- [Аура: комплекс фокальных неврологических знаков, возникающих непосредственно перед или в самом начале мигренозной головной боли.]
- Болевая фаза : развивается прогрессивно нарастающая головная боль, которая у большинства больных носит пульсирующий характер и сопровождается фото- и фонофобией, тошнотой, рвотой.
- Постдромальный период: резкая слабость, потеря аппетита, сонливость, апатия, повышение диуреза.

Продрома ⇒ [аура] ⇒ Головная боль ⇒ постдромала

Диагностические критерии мигрени без ауры

- А. По меньшей мере, 5 приступов, отвечающих критериям В-D
- В. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении)
- С. Головная боль имеет, как минимум, две из следующих характеристик:
 - односторонняя локализация
 - пульсирующий характер
 - интенсивность боли от средней до значительной
 - головная боль усиливается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности
- D. Головная боль сопровождается, как минимум, одним из следующих симптомов:
 - тошнота и/или рвота
 - фотофобия или фонофобия
- E. Головная боль не связана с другими причинами.

Диагностические критерии мигрени с аурой

- 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:
 - полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (нарушения зрения)
 - полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущения покалывания) и/или негативные (онемение)
 - полностью обратимые нарушения речи
- С. По меньшей мере 2-3 признака из нижеперечисленных:
 - Гомонимные зрительные нарушения и/или односторонние чувствительные симптомы
 - Как минимум, один симптом ауры постепенно развивается на протяжении >5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении > 5 минут
 - Каждый симптом имеет продолжительность > 5 минут, но <60 минут
- D. Головная боль, соответствующая критериям В-Е для мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 минут после ее начала
- E. Головная боль не связана с другими причинами

Продромальные симптомы, Аура и Постдромальный период мигрени

До головной боли

Продромальная фаза

- Возникает в 60 % приступов
- Изменения:
 - настроения
 - аппетита
 - тревожность
- Начинается в гипоталамусе и фронтальных долях

Аура

- Возникает у 20% пациентов
- Зрительные симптомы
 - нечеткость зрения, пульсация
 - Пятна или вспышки
 - Фортификация спектра
 - Скотама
- Сенсорные симптомы
 - онемение/покалывание
- Двигательные симптомы
 - гемипарез

После головной боли

Постдромальный период

- Возникает у 90% пациентов
- Симптомы могут длиться несколько дней
 - Сонливость
 - Утомление
 - Снижение концентрации
 - Раздражительность
 - Вялость
 - Снижение аппетита
 - Эйфория

Диагностика мигрени.

ID мигрень - анкета для быстрой само- диагностики мигрени

Вопросы анкеты

За последние 3 месяца сопровождалась ли ваша головная боль
следующими симптомами:

1. Тошнотой или рвотой?

ДА _____ **НЕТ** _____

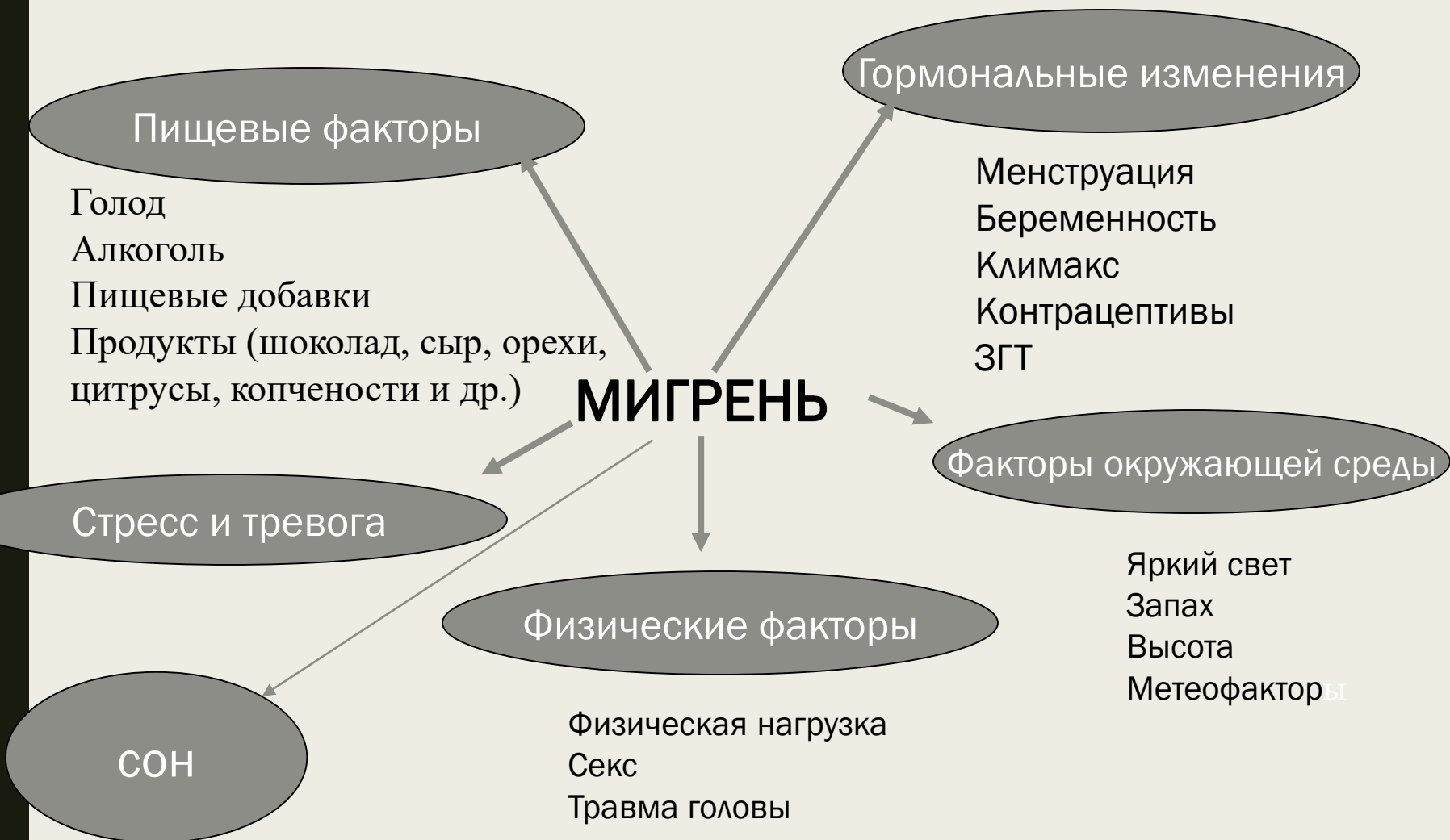
2. Непереносимостью света и звуков?

ДА _____ **НЕТ** _____

3. Ограничивала ли головная боль вашу работоспособность, учебу или
повседневную активность как минимум на один день?

ДА _____ **НЕТ** _____

Мигрень-провоцирующие факторы.



ОСЛОЖНЕНИЯ МИГРЕНИ

Хроническая мигрень – мигренозная головная боль, возникающая 15 раз в месяц или чаще, без злоупотребления медикаментами.

Мигренозный статус – серия тяжелых, следующих друг за другом приступов, сопровождающихся многократной рвотой, либо (реже) один необычно тяжелый и продолжительный приступ (>72 час.). Встречается редко (1-2%). Общемозговые симптомы выражены: диффузная головная боль, многократная рвота, адинамия, спутанность.

Мигренозный инсульт («катастрофическая» форма мигрени) (0.3%) – развитие у больного с мигренью с аурой очаговых неврологических симптомов, обусловленных ишемией мозга, выявленной при нейровизуализации.

Персистирующая аура без инфаркта - симптомы ауры, персистирующие более 1 недели, без радиографических признаков инфаркта мозг

Эпилептический приступ, вызванный мигренью, возникающий во время или в течение 1 часа после мигренозной ауры.

Диагностические критерии хронической мигрени

- А. Головная боль, отвечающая критериям С и D для мигрени без ауры и возникающая > 15 дней в месяц в течение > 3 месяцев
- В. Головная боль не связана с другими причинами

Диагностические критерии мигренозного статуса

- А. Настоящий приступ у пациента с мигренью без ауры является типичным и отличается от предыдущих приступов только большей продолжительностью
- В. Головная боль сопровождается следующими симптомами:
 - - не прекращается в течение > 72 часов,
 - - имеет выраженную интенсивность.
- С. Не связана с другими причинами.

Диагностические критерии мигренозного инсульта

- А. Настоящий приступ у пациента с мигренью с аурой является типичным и отличается от предыдущих приступов только тем, что один или несколько симптомов ауры имеют продолжительность > 60 минут
- В. Нейровизуализационные методы исследования выявляют ишемический инфаркт в зоне, соответствующей клиническим симптомам ауры
- С. Головная боль не связана с другими причинами

Диагностические критерии персистирующей ауры без инфаркта

- А. Настоящий приступ у пациента с мигренью с аурой является типичным и отличается от предыдущих приступов только тем, что один или несколько симптомов ауры имеют продолжительность > 1 недели
- В. Головная боль не связана с другими причинами

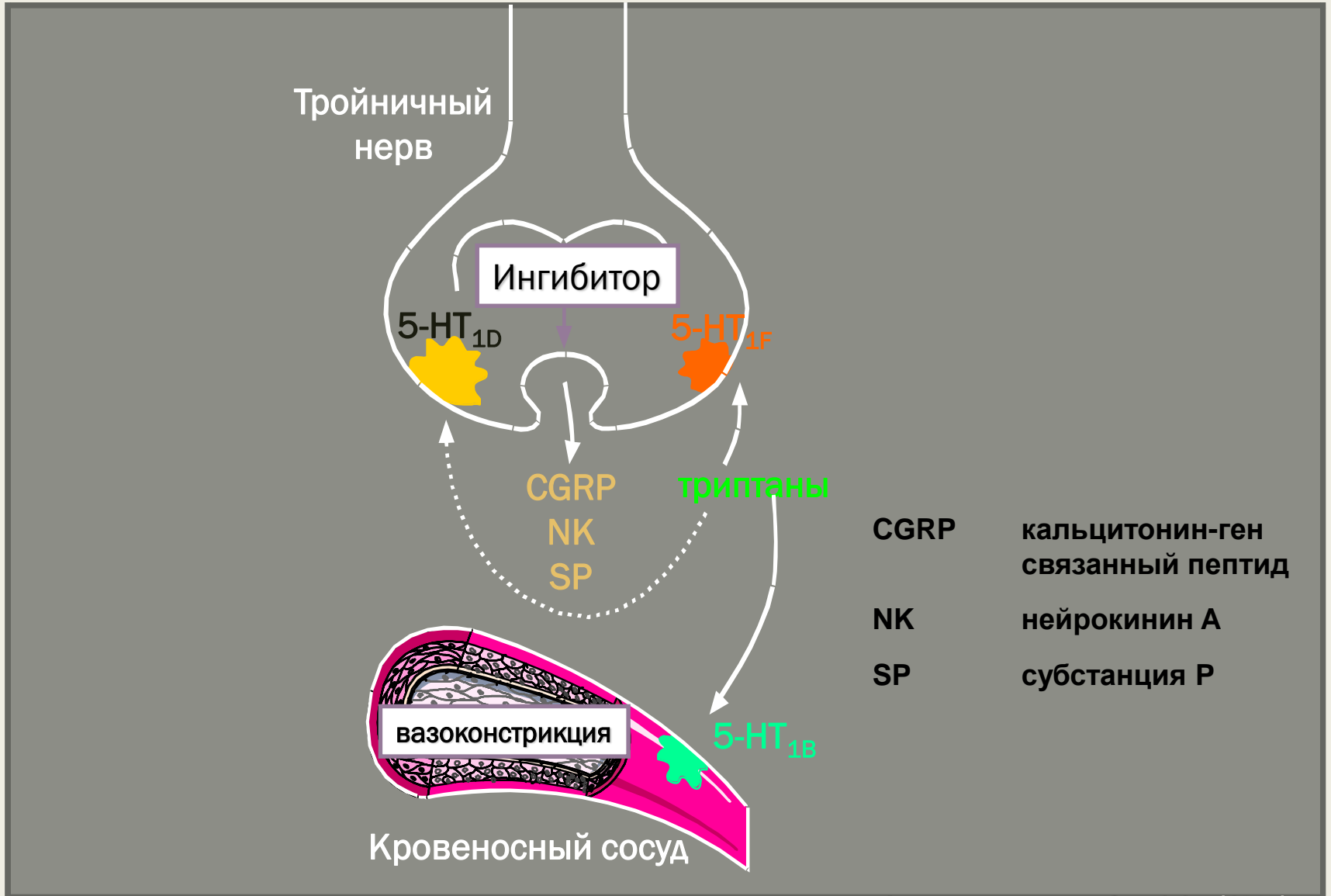
Диагностические критерии эпилептического приступа, вызванного мигренью

- А. Мигрень, отвечающая критериям мигрени с аурой
- В. Приступ, отвечающий диагностическим критериям одного из типов эпилептического приступа и возникающий во время или в течение 1 часа после мигренозной ауры.

Препараты, применяемые для купирования приступа мигрени

- Препараты с неспецифическим механизмом действия
 - Анальгетики
 - НПВС
 - Комбинированные препараты
- Препараты со специфическим механизмом действия
 - Селективные агонисты 5HT₁ рецепторов
(Суматриптан, Золмитриптан, Элетриптан (Релпакс))
 - Неселективные агонисты 5HT₁ рецепторов
(Эрготамин, Дигидроэрготамин)

Механизмы лечения мигрени



Препараты, используемые для профилактической терапии мигрени

- Антиконвульсанты (нейронтин)
- Антидепрессанты (амитриптилин, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин, циталопрам)
- Бета-блокаторы (пропранолол, атенолол)
- Блокаторы кальциевых каналов (верапамил, пифедипин, дилтиазем)
- Нестероидные противовоспалительные средства
- Вазоактивные средства (вазобрал, инстенон и др.)
- Моноклональные антитела – антагонисты CGRP
- Нефармакологические методы

- Головная боль напряжения - двусторонняя головная боль сжимающего или давящего характера, легкой или умеренной интенсивности, не усиливающаяся при обычной физической нагрузке, не сопровождающаяся тошнотой, однако может отмечаться фотофобия и фонофобия.

- **Классификация ГБН**

- Нечастая эпизодическая ГБН

 - Нечастая эпизодическая ГБН с напряжением перикраниальных мышц

 - Нечастая эпизодическая ГБН без напряжения перикраниальных мышц

- Частая эпизодическая ГБН

 - Частая эпизодическая ГБН с напряжением перикраниальных мышц

 - Частая эпизодическая ГБН без напряжения перикраниальных мышц

- Хроническая ГБН

 - Хроническая ГБН с напряжением перикраниальных мышц

 - Хроническая ГБН без напряжения перикраниальных мышц

- Возможная ГБН

Критерии диагностики нечастой эпизодической ГБН

- А. Не менее 10 эпизодов головной боли возникающие реже 1 дня в месяц в среднем (<12 дней/году) и соответствующие критериям В–D.
- В. Продолжительность приступа от 30 минут до 7 дней.
- С. Приступ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик:
 - двустороннее распределение;
 - ощущение давления или сжимания (без пульсации);
 - лёгкой или умеренной интенсивности;
 - не усиливается при обычной физической нагрузке, например, при ходьбе или подъёме по лестнице.
- D. Верны оба следующих утверждения:
 - нет тошноты и рвоты;
 - не более одного признака: светобоязнь или звукобоязнь.
- E. Случай не имеет лучшего объяснения диагнозом другого состояния из МКГБ-3.
- Отдельно выделяется нечастая эпизодическая головная боль напряжения, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц.

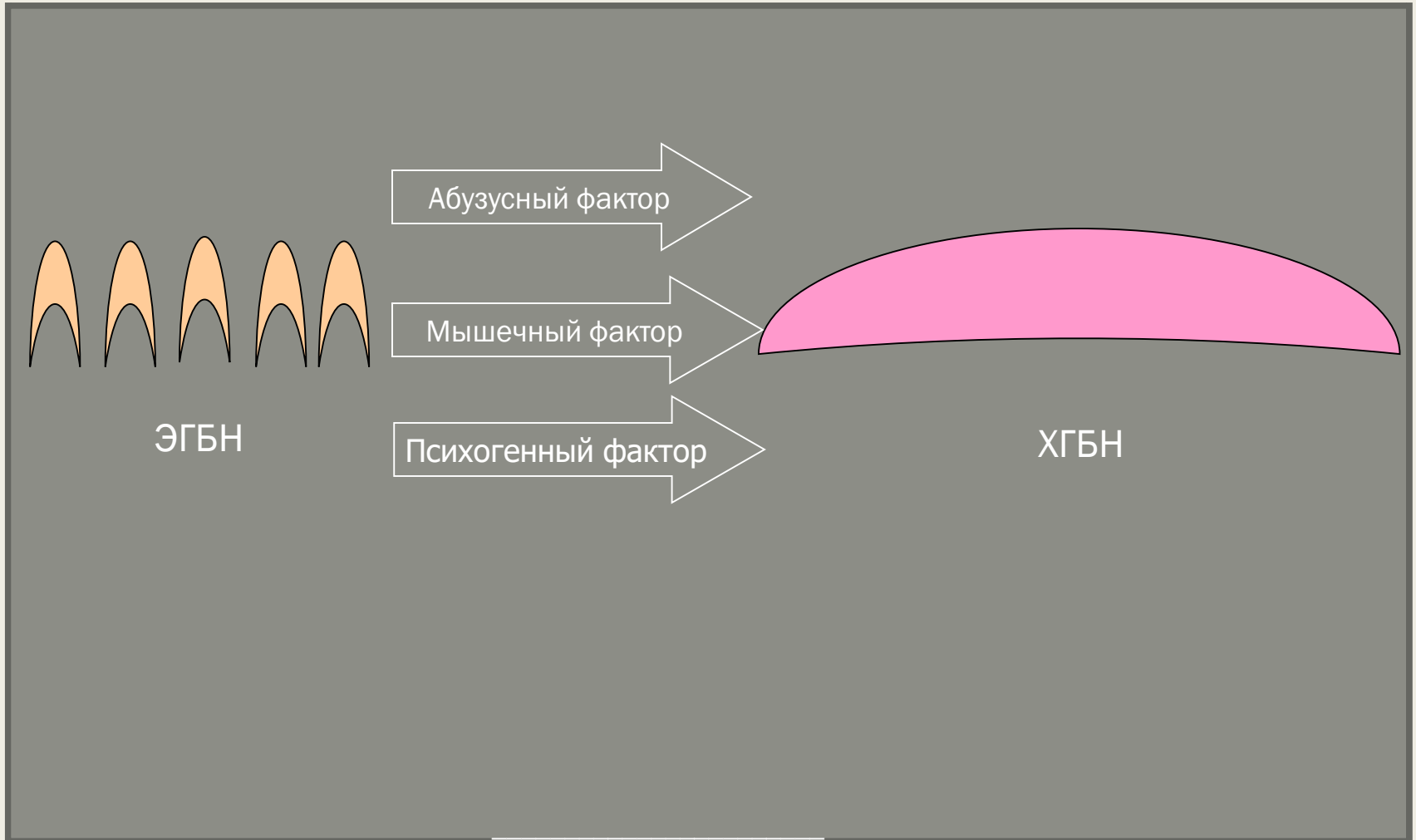
Критерии диагностики частой эпизодической ГБН

- А. Не менее 10 эпизодов головной боли возникающие в течение 1–14 дня в месяц в среднем (12 и более, но менее <180 дней в году) и соответствующие критериям В–D.
- В. Продолжительность приступа от 30 минут до 7 дней.
- С. Приступ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик:
 - двустороннее распределение;
 - ощущение давления или сжатия (без пульсации);
 - лёгкой или умеренной интенсивности;
 - не усиливается при обычной физической нагрузке, например, при ходьбе или подъёме по лестнице.
- D. Верны оба следующих утверждения:
 - нет тошноты и рвоты;
 - не более одного признака: светобоязнь или звукобоязнь.
- E. Случай не имеет лучшего объяснения диагнозом другого состояния из МКГБ-3.

Критерии диагностики хронической ГБН

- А. Эпизоды головной боли возникающие в течение ≥ 15 дней в месяц > 3 месяцев (≥ 180 дней в году) и соответствующие критериям В–D.
- В. Продолжительность приступа от нескольких часов до нескольких дней.
- С. Приступ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик:
 - двустороннее распределение;
 - ощущение давления или сжимания (без пульсации);
 - лёгкой или умеренной интенсивности;
 - не усиливается при обычной физической нагрузке, например, при ходьбе или подъёме по лестнице.
- D. Верны оба следующих утверждения:
 - не более одного признака: светобоязнь, звукобоязнь или лёгкая тошнота;
 - ни умеренной или выраженной тошноты, ни рвоты.
- E. Случай не имеет лучшего объяснения диагнозом другого состояния из МКГБ-3.

Основные факторы хронизации ГБН



Лечение ГБН

Эпизодическая ГБН

1. Немедикаментозные методы
(психотерапия, БОС, ПИР, ИРТ, массаж)
2. Анальгетики / НПВС
(не чаще 2 раз в неделю)
3. Анксиолитики
(короткие курсы не более 1 месяца)
4. Миорелаксанты

Хроническая ГБН

1. Антидепрессанты
(не менее 1,5 месяцев)
ТЦА
СИОЗС
2. Миорелаксанты
3. Немедикаментозные методы
(психотерапия, БОС, ПИР, ИРТ, массаж)

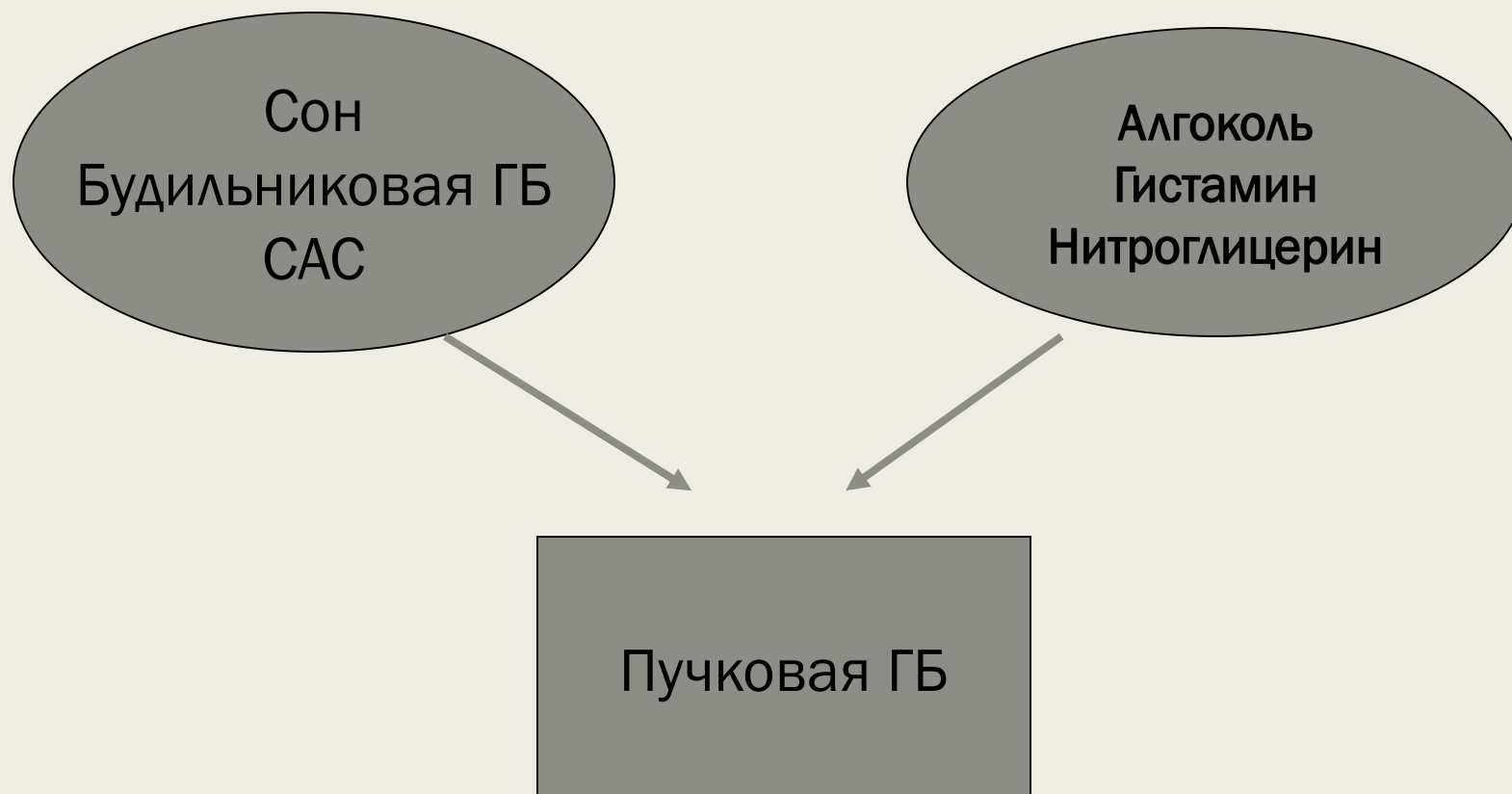
- Пучковая (кластерная) ГБ - приступы очень интенсивной строго односторонней боли орбитальной, супраорбитальной, височной или смешанной локализации, продолжительностью 15-180 минут, возникающей ежедневно с частотой от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки.
- Приступы на стороне боли сопровождаются одним или более из следующих симптомов: инъекцирование конъюнктивы, слезотечение, заложенность носа, ринорея, потливость лба и лица, миоз, птоз, отечность век.
- У большинства больных во время приступа отмечается двигательное беспокойство и ажитация.

- **Классификация ПГБ**
 - Эпизодическая форма - приступы, возникающие в виде болевых пучков, продолжительностью от 7 дней до 1 года, которые перемежаются свободными от боли периодами (ремиссиями), продолжительностью 1 месяц и более.
 - Хроническая форма - приступы пучковой ГБ, возникающие на протяжении более чем 1 года без ремиссий или с ремиссиями, продолжительность которых менее 1 месяца.

Диагностические критерии ПГБ

- А. Как минимум, 5 приступов, отвечающих критериям В-Е.
- В. Интенсивная или чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и/или височной локализации, продолжительностью 15-180 минут без лечения.
- С. Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:
 - ипсилатеральное инъектирование конъюнктивы и/или слезотечение
 - ипсилатеральная заложенность носа и/или ринорея
 - ипсилатеральная отечность века
 - ипсилатеральная потливость лба и лица
 - ипсилатеральный миоз и/или птоз
 - чувство беспокойства (невозможность находиться в покое) или агитация
- D. Частота приступов - от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки
- E. Головная боль не связана с другими причинами.

Факторы, провоцирующие ПГБ



Основные подходы к лечению ПГБ

- Лечение приступа (абортивная терапия)
 - Вдыхание кислорода
 - Лидокаин интраназально
 - Триптаны
 - Дигидроэрготамин
- Профилактика приступа
 - Верапамил (80-240мг/сут)
 - Карбонат лития (300-900 мг/ сут)
 - Вальпроевая кислота (600-2000 мг/ сут)
 - Топирамат (50-100мг / сут)
 - Габапентин (Нейронтин) (1800-2400 мг/сут)
- Хирургическое лечение
 - Радиочастотная термокоагуляция тригеминального ганглия
 - Радиочастотная ризотомия
 - Микроваскулярная декомпрессия

- Пароксизмальная гемикрания – приступы с характеристиками боли и сопутствующими симптомами, аналогичными таковым при пучковой ГБ, но более кратковременные, возникающие с большей частотой, поражающие преимущественно женщин и отвечающие на терапию индометацином.

■ Классификация ПГ

- Эпизодическая форма - приступы, возникающие периодами продолжительностью от 7 дней до 1 года, которые перемежаются свободными от боли периодами (ремиссиями), продолжительностью 1 месяц и более.
 - Хроническая форма - приступы, возникающие в течение 1 года без ремиссий, которые перемежаются свободными от боли периодами продолжительностью более 1 месяца.
-

Диагностические критерии ПГ

- А. Как минимум, 20 приступов, отвечающих критериям В-Ф.
- В. Приступы интенсивной односторонней боли орбитальной, супраорбитальной или височной локализации продолжительностью 2-30 минут
- С. ГБ сопровождается, как минимум, одним из следующих симптомов:
 - - ипсилатеральное инъектирование конъюнктивы и/или слезотечение,
 - - ипсилатеральная заложенность носа и/или ринорея,
 - - ипсилатеральная отечность века,
 - - ипсилатеральная потливость лба и лица,
 - - ипсилатеральный миоз и/или птоз.
- D. Преимущественная частота приступов более 5 раз в сутки, иногда несколько реже
- E. Приступы полностью предотвращаются приемом индометацина в терапевтической дозе
- F. ГБ не связана с другими причинами.

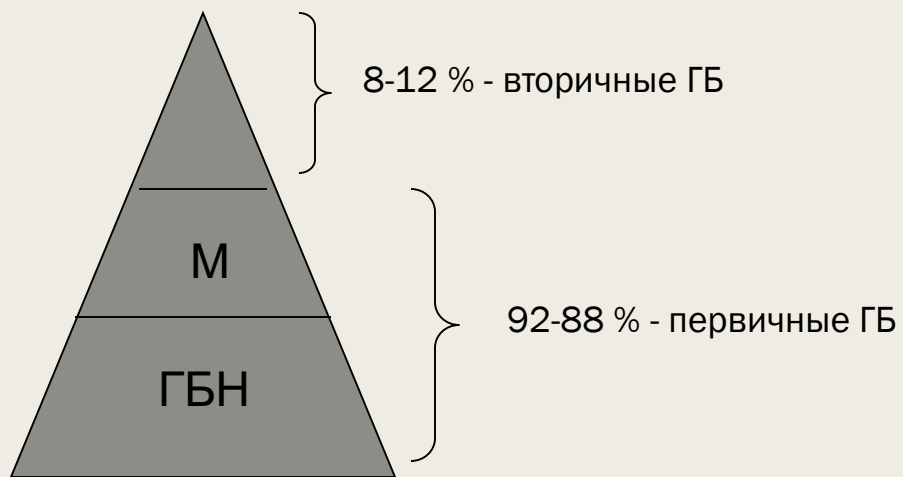
В диагностике первичных ГБ используются прежде всего:

- клинические критерии, а также
- данные анамнеза о наследственности и возрасте
- начала заболевания,
- сведения о наличии сопровождающих симптомов, провоцирующих факторов и факторов, облегчающих ГБ.
- **Важен анализ собственно болевых проявлений, включающий:**
- характер боли,
- интенсивность,
- длительность,
- а также преимущественную локализацию и временной паттерн ее развития.

Дифференциальная диагностика головной симптоматической боли

Признак	Возможные причины
Внезапное начало	Субарахноидальное кровоизлияние Кровоизлияние в опухоль Апоплексия гипофиза Объемное образование задней черепной ямки
Появление головной боли после 50 лет	Височный артериит Объемное образование Цереброваскулярное заболевание Цервикогенная боль
Лихорадка, менингеальный синдром, сыпь, системные проявления	Менингит, энцефалит Общая инфекция, васкулиты
Прогрессирующая головная боль	Объемное образование Лекарственная зависимость
Очаговые неврологические симптомы	Объемное образование Инсульт Артериовенозная мальформация Васкулиты Антифосфолипидный синдром
Отек дисков зрительных нервов	Объемное образование Доброкачественная внутричерепная гипертензия Гидроцефалия

Представленность различных типов головной боли в популяции



Диагностические критерии вторичной ГБ

- Наличие клинических симптомов основного заболевания
- Данные лабораторных и инструментальных обследовании подтверждающие наличие основного заболевания
- ГБ является новым симптомом или непосредственно связана с началом, обострением основного заболевания
- ГБ исчезает при лечении основного заболевания

Дополнительные методы исследования ГБ

- КТ/ МРТ головы, шеи
- ЭЭГ
- Дуплексное сканирование, - Rg черепа, ШОП
- УЗДГ МАГ, ТКД
- Клиническое исследование крови
- Глазное дно
- Кардиологическое обследование
- Поля зрения
- Исследование зубов, ВНЧС
- Внутриглазное давление
- ЛОР-обследование
- Люмбальная пункция

Вторичные головные боли

- Лекарственно-индуцированная (абузусная) ГБ – головная боль, вызванная злоупотреблением анальгетиками

Диагностические критерии ЛИГБ

- наличие первичной эпизодической (мигрень или ГБН) головной боли в анамнезе
 - хронический ежедневный характер боли
 - злоупотребление анальгетиками: ежедневно или каждый второй день
 - Возвращение к первоначальному паттерну через 2 месяца отмены анальгетиков
 - смешанный характер боли
-

Лечение абзусной головной боли

1. Отмена анальгетиков
2. Антидепрессанты
3. Детоксикация
4. При необходимости в комплексное лечение включают блокаторы кальциевых каналов, ноотропы, миорелаксанты
5. Психотерапия