



*Российское общество  
по изучению головной боли*

# **Современные принципы диагностики и классификации головных болей**

***Осипова В.В.***

*НИО неврологии НИЦ*

Первый Московский Государственный Медицинский  
Университет им. И.М.Сеченова



**Человек, страдающий головной болью, является медицинской сиротой.**

**Он проходит путь от офтальмолога к отоларингологу, невропатологу, стоматологу, ....**

**Ему назначают массу анализов и дают огромное количество лекарств, а в конце концов он остаётся один на один со своей головной болью.**

**(Passcard R.C., 1979)**

# Исследование глобального бремени заболеваний (GBD 2010)

## 5 основных причин нетрудоспособности в мире:

Заболевание	Сумма лет, прожитых с заболеванием (YLDs)
-- Боль в спине	58,245,000
-- Депрессивное расстройство	46,139,000
-- Железодефицитная анемия	42,731,000
-- <b>Головные боли в целом</b>	<b>25,973,000</b>
-- Боль в области шеи	23,866,000

### **ГБ в мире:**

- Недооценивается
- Недодиагностируется
- Недолечивается



# Международные стандарты диагностики ГБ

**Международная классификация расстройств,  
сопровождающихся головной болью =  
Международная классификация головных болей  
(МКГБ)**

- 1 издание (МКГБ-1, 1988)
- 2 издание (МКГБ-2, 2004)
- 3 издание (МКГБ-3 бета, 2013)

**МКГБ-2 (2004)**

[www.headache-society.ru](http://www.headache-society.ru)  
[www.paininfo.ru](http://www.paininfo.ru)

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society : classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. // Cephalalgia. – 1988. - 8 (Suppl 7):1-96.
2. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1-232.
3. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013;33(9):629-808.

# МКГБ-3 бета, 2013, IHS

ICHD-3 beta

**Cephalalgia**  **International Headache Society**  
An International Journal of Headache

[www.ihs-headache.org](http://www.ihs-headache.org)

Cephalalgia  
33(9) 629-808  
© International Headache Society 2013  
Reprints and permissions:  
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav  
DOI: 10.1177/0333102413485658  
cep.sagepub.com



**Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS)**

## **The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)**

### **Copyright**

*The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition (beta version)*, may be reproduced freely for scientific, educational or clinical uses by institutions, societies or individuals. Otherwise, copyright belongs exclusively to the International Headache Society. Reproduction of any part or parts in any manner for commercial uses requires the Society's permission, which will be granted on payment of a fee. Please contact the publisher at the address below.

© International Headache Society 2013.  
Applications for copyright permissions should be submitted to Sage Publications Ltd, 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP, United Kingdom (tel: +44 (0) 20 7324 8500; fax: +44 (0) 207 324 8600) ([www.sagepub.co.uk](http://www.sagepub.co.uk)).

### **Translations**

The International Headache Society expressly permits translations of all or parts of ICHD-3 beta for purposes of field testing and/or education, but will not endorse them. Endorsements may be given by member national societies; where these exist, such endorsement should be sought. All translations are required to be registered with the International Headache Society. Before embarking upon translation, prospective translators are advised to enquire whether a translation exists already. All translators should be aware of the need to use rigorous translation protocols. Publications reporting studies making use of translations of all or any part of ICHD-3 beta should include a brief description of the translation process, including the identities of the translators (of whom there should always be more than one).

# МКГБ-3 бета (2014): **оглавление**

14 разделов (глав), разделенных на формы, типы, подтипы

**Часть I: Первичные ГБ** (не связанные с заболеваниями мозга и др. структур головы и шеи)  
(Главы 1-4)

**Часть II: Вторичные ГБ** (связанные с другими заболеваниями) (Главы 5-12)

**Часть III: Болевые краниальные невропатии, другие лицевые и головные боли** (Главы 13-14)

***Приложение***

# Раздел 1. Первичные ГБ

1. Мигрень (11-22%)
2. Головная боль напряжения (ГБН, 40-65%) – ЭГБН, ХГБН + дисфункция перикраниальных мышц
3. Пучковая (кластерная) ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии (пароксизмальная гемикрания, синдромы SUNCT и SUNA, гемикрания континуа и др.)
4. Другие первичные ГБ

# Классификация мигрени (МКГБ-3 бета, 2013)

## 1.1. Мигрень без ауры

## 1.2. Мигрень с аурой

### 1.2.1. Мигрень с типичной аурой

#### 1.2.1.1. Типичная аура с ГБ

#### 1.2.1.2. Типичная аура без ГБ

### 1.2.2. Мигрень со стволовой аурой (раньше М базилярного типа)

### 1.2.3. Гемиплегическая М

#### 1.2.3.1. Семейная гемиплегическая М (СГМ)

Выделены  
4 формы

*1.2.3.1.1 СГМ 1 типа*

*1.2.3.1.2 СГМ 2 типа*

*1.2.3.1.3 СГМ 3 типа*

*1.2.3.1.4 СГМ (с мутациями в других локусах)*

#### 1.2.3.2. Спорадическая гемиплегическая М

### 1.2.4. Ретинальная М

## 1.3. Хроническая мигрень (теперь – отдельная форма)

# Классификация мигрени (продолжение)

## (МКГБ-3 бета, 2013)

### 1.4. Осложнения М

1.4.1. Мигренозный статус

1.4.2. Персистирующая аура без инфаркта

1.4.3. Мигренозный инфаркт

1.4.4. Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой

### 1.5. Возможная М

### 1.6. Эпизодические синдромы, которые могут сочетаться с М (раньше детские синдромы – предшественники М)

#### 1.6.1. Повторяющиеся желудочно-кишечные нарушения

1.6.1.1. Синдром циклических рвот

1.6.1.2. Абдоминальная мигрень

1.6.2. Доброкачественное пароксизмальное головокружение

1.6.3. Доброкачественный пароксизмальный тортиколис

# Другие первичные ГБ

## (раздел 4 МКГБ-3 бета)

1. Первичная кашлевая ГБ
2. Первичная ГБ при физическом напряжении
3. Первичная ГБ, связанная с секс. активностью
4. Первичная громоподобная ГБ
5. ГБ, связанная с холодовыми стимулами
6. ГБ, связанная с внешним давлением
7. Первичная колющая ГБ
8. Монетовидная ГБ
9. Гипническая ГБ
10. Новая ежедневная персистирующая ГБ (НЕПГБ)



**Могут быть  
масками  
вторичных ГБ!**



**Тщательное  
обследование**

# Раздел 2. Вторичные ГБ

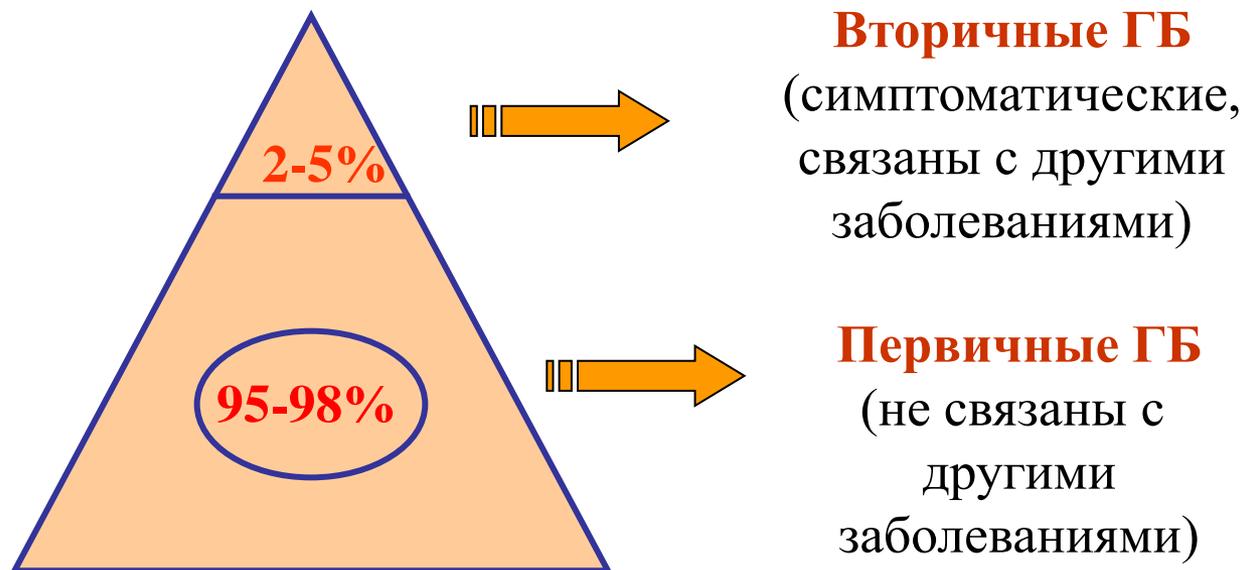
## ГБ, связанные с:

5. травмой головы и/или шеи
6. поражением сосудов головного мозга и шеи
7. несосудистыми внутричерепными поражениями
8. различными веществами или их отменой
  - **ГБ, связанная с избыточным употреблением обезболивающих препаратов (лекарственно-индуцированная ГБ = абузусная ГБ)**
9. инфекциями
10. нарушениями гомеостаза (ГБ, связанная с артериальной гипертензией)
11. головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и шеи
12. психическими заболеваниями

**Пациентка К., 52 года**  
**Диагноз: Хроническая мигрень.**  
**ЛИГБ (60-70 доз триптанов в мес)**



# Соотношение первичных и вторичных ГБ



**ВВ!** Только в 2-4% ГБ является симптомом тяжелого угрожающего жизни заболевания

# Какие виды ГБ встречаются наиболее часто?

- **Формы ГБ, наиболее распространенные и значимые для общественного здоровья и экономики**
  - Мигрень
  - Эпизодическая ГБН
  - Хроническая ГБН
- Другие хронические ежедневные ГБ, в т.ч. абузусная ГБ (МИГБ)

Первичные  
ГБ



*Всемирная кампания против головной боли  
“Lifting the Burden”  
(Воспроизведено с разрешения T.Steiner)*



# Принципы диагностики первичных ГБ

- Диагностика первичных ГБ – **клиническая**:  
ЖАЛОБЫ, анамнез, семейный анамнез, течение ГБ,  
провокаторы, облегчающие факторы и др.
- Дополнительные обследования не показаны,  
поскольку неинформативны
- Дополнительные обследования проводятся только  
при наличии показаний, главное из которых –  
подозрение на вторичный характер ГБ

МКГБ-3 бета, IHS, 2013,

European principles of management of common headache

disorders in primary care, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1)

# Показания для дополнительных исследований у пациентов с жалобой на ГБ

## 1. Подозрение на симптоматический (вторичной) характер цефалгии =

- А.** сомнения в вероятном клиническом диагнозе первичной формы ГБ (нетипичные жалобы или течение ГБ, невыполнение более одного критерия первичной цефалгии)
- Б.** выполнение диагностических критериев вторичной ГБ
- В.** наличие одного или более «сигналов опасности»

## 2. Требование пациента или его родственников

# Примеры атипичного течения первичных ГБ

## *Мигрень*



## *ГБН*



## *Кластерная ГБ*



- Строго односторонний характер ГБ (нет смены сторон!), аура > 60 мин
- Усиление боли при натуживании, кашле, сила боли > 7 б по ВАШ
- Нет ночных атак и психомоторного возбуждения (сила боли < 10 б)

# Принципы/критерии диагностики вторичных цефалгий (МКГБ-3 бета, 2013)

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

Начало ГБ по времени совпадает с началом причинного заболевания

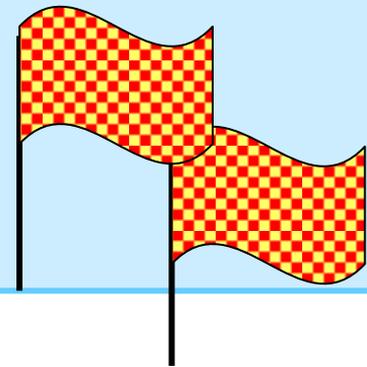
ГБ ухудшается с ухудшением течения причинного заболевания

ГБ улучшается с улучшением течения причинного заболевания

- ГБ имеет характеристики, типичные для причинного заболевания
- Есть другие свидетельства причинной связи ГБ и причинного заболевания

# Сигналы опасности при ГБ, требующие тщательного обследования

1. ГБ, впервые возникшая после 50 лет или ГБ, изменившая свой паттерн
2. «Громоподобная ГБ» (ГБ стремительно нарастающая до 10 баллов по ВАШ)
3. Строго односторонняя ГБ
4. Прогрессивно нарастающая ГБ без ремиссий
5. Фокальные неврологические знаки
6. Признаки ВЧ гипертензии или системного заболевания
7. Онкология, ВИЧ-инфекция, иммунодефицитное состояние, эндокринные заболевания в анамнезе
8. Неэффективность адекватного лечения





# **Диагностика ГБ в России:** *трудности и ошибки*

# Распространенность головных болей в общей популяции

	Распространенность в мире (%) <sup>2,3</sup>	Распространенность в России (%) <sup>1</sup>	
Все ГБ	60-80	62	
Мигрень	10 (Европа - 13,8)	20,8	
ГБН	30-70	30,8	
<b>ХЕГБ</b>	3-4	<b>10,5!</b>	 <b>Почему?</b>
<b>ХМ</b>	1,4-2,2 (1,3% у женщин; 0,5% у мужчин) <sup>4</sup>	<b>6,8</b>	

1. Ayzenberg I. et al. *Cephalalgia* 2012;32:373–81. 2. Stovner LJ et al. *Cephalalgia* 2007;27:193–210.  
 3. Natoli JL et al. *Cephalalgia*. 2010;30:599–609 4. Reed et al., *Headache* 2011;51:28.

С разрешения Артеменко А.Р.



# Мифы о головных болях

Если у пациента болит голова, это связано с патологией головного мозга

Пациент нуждается в дополнительных исследованиях

Назначение неинформативных методов исследования

Неверная трактовка результатов

Самые частые причины ГБ – последствия травмы головы, артериальная гипертензия и сосудистые заболевания мозга

Самыми эффективными средствами для лечения ГБ являются вазоактивные и ноотропные препараты

Ложные диагнозы

Гипердиагностика вторичных форм ГБ

Неадекватное лечение

# Стандарт первичной медико-санитарной помощи при мигрени (от 23 января 2013 г.)

## Медицинские мероприятия для диагностики заболевания

Лабораторные методы исследования	Инструментальные методы исследования (% пациентов)	
Анализ крови общий Анализ мочи общий	ЭКГ (100%)! R-графия легких (100%)! R-графия черепа в одной или более проекциях (10%) R-графия шейно-дорсального отдела позвоночника (5%)	МРТ шеи МРТ головы КТ головы КТ шеи } 10%

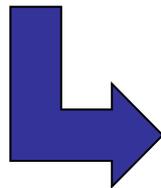


**В России действуют несовершенные стандарты диагностики мигрени**



## Возможные находки при дополнительных исследованиях у пациентов с первичными ГБ

- ЭЭГ: дисфункция срединных структур мозга, снижение порога судорожной готовности
- УЗДГ, РЭГ: снижение ЛСК в бассейнах некоторых артерий, затруднение венозного оттока
- МРТ, КТ: расширение субарахноидальных пространств, кисты
- Р-графия ШОП: дегенеративные изменения
- Окулист: ангиопатия сетчатки

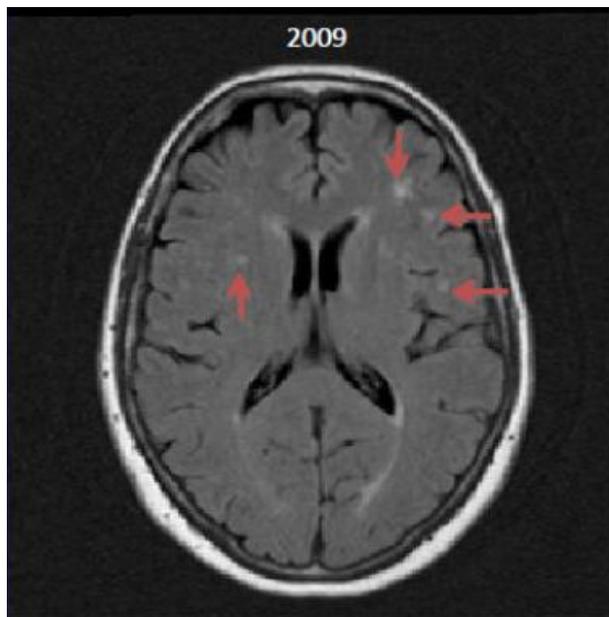


- Имеют неспецифический характер
- Не указывают на механизм и причину ГБ
- **Не могут быть основанием для диагноза!**



# Мигрень и структурные повреждения вещества мозга

**CAMERA-2:** JAMA 2012;  
308:1889–1897



**Ошибочная трактовка –  
ошибочный диагноз:**  
-- Рассеянный склероз  
-- ДЭП

## Три вида «клинически немых» повреждений:

- Гиперинтенсивные очаги в белом веществе (White matter lesions=WML)
- Субклинические инфарктоподобные повреждения (Subclinical infarct-like lesions= ILLs)
- Изменение объема серого и белого вещества

Adapted from M.Ashina, 2014

# Дополнительные исследования при ГБ





# Мифы о головных болях

Если у пациента болит голова, это связано с патологией головного мозга

↓  
Пациент нуждается в дополнительных исследованиях

Назначение неинформативных методов исследования

Неверная трактовка результатов

↓  
Самые частые причины ГБ – последствия травмы головы, артериальная гипертензия и сосудистые заболевания мозга

Самыми эффективными средствами для лечения ГБ являются вазоактивные и ноотропные препараты

Ложные диагнозы

→ Гипердиагностика вторичных форм ГБ

→ Неадекватное лечение



## **Ошибочные диагнозы, выставляемые пациентам с жалобой на ГБ в России – «маски» первичных форм**

- Гипертензионно-гидроцефальный синдром
- ГБ, связанная с артериальной гипертензией
- Дисциркуляторная / атеросклеротическая / энцефалопатия
- Последствия ЧМТ / Посттравматический арахноидит
- Остеохондроз шейного отдела позвоночника
- Вертебро-базилярная недостаточность
- Вегетативно-сосудистая дистония

**Тарасова С.В., Амелин А.В., 2006, Молдовану И.В., Одобеску С. 2006,  
Ю.Э.Азимова 2009, В.В.Осипова 2010**



# ГБ и артериальная гипертензия: *факты*

- Мониторирование АД и ГБ в течение 24 часов НЕ подтверждает связи между флюктуациями АД и ГБ
- Легкая (140-159/90-99 мм рт. ст.) или умеренная АГ (160-179/100-109 мм рт. ст.) хронического течения не вызывает ГБ!
- **80% пациентов с диагнозом «Гипертоническая энцефалопатия» в действительности имеют ГБН!**

Шварева И.С., Алексеев В.В., 2004, Парфенов В.А., 2009, Осипова В.В., Табеева Г.Р., 2010

# ГБ, связанная с гипертоническим кризом без гипертонической энцефалопатии

**Описание:** ГБ, чаще двусторонняя и пульсирующая, вызванная острым повышением АД (САД  $\geq$  180 ммHg и/или ДАД  $\geq$  120 ммHg); усиление при физ. нагрузке. ГБ прекращается после нормализации АД

## **Диагностические критерии:**

1. зафиксирован гипертонический криз (САД  $>$  180 мм тр. ст и/или ДАД  $>$  120 мм рт. ст).
2. нет клинических данных за другие причины гипертензии
3. ГБ развивается во время гипертонического криза
4. ГБ значительно усиливается с нарастанием АД и уменьшается или прекращается со снижением или нормализацией АД



# Примеры формулировки диагнозов у пациентов с ГБ

**Схема диагноза:** ведущая форма ГБ + 2-ая/3-я форма ГБ + коморбидные/сопутствующие состояния

1. **Мигрень без ауры. Шейный мышечно-тонический синдром.**
2. **Частая эпизодическая ГБН. ГБ, связанная с глаукомой.**  
Дисциркуляторная энцефалопатия (=ХИМ)
3. **Хроническая мигрень без ауры. ГБ, связанная с избыточным употреблением комбинированных анальгетиков.** Тревожно-депрессивный синдром
4. **Цервикогенная ГБ. Остеохондроз шейного отдела позвоночника.**  
Атеросклероз сосудов головного мозга
5. **ГБ, связанная с гипертоническим кризом.** Артериальная гипертензия.  
Атеросклероз сосудов головного мозга.

**NB! Не маскировать форму ГБ другим (ложным) диагнозом!**



# Мифы о головных болях

Если у пациента болит голова, это связано с патологией головного мозга

Пациент нуждается в дополнительных исследованиях

Назначение неинформативных методов исследования

Неверная трактовка результатов

Самые частые причины ГБ – последствия травмы головы, артериальная гипертензия и сосудистые заболевания мозга

Самыми эффективными средствами для лечения ГБ являются вазоактивные и ноотропные препараты

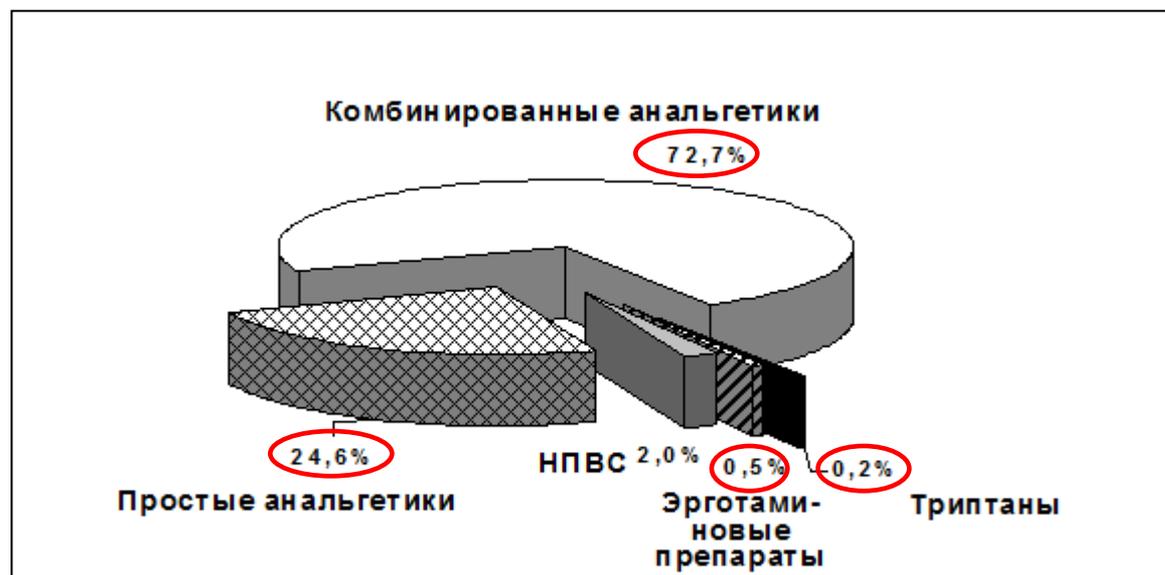
Ложные диагнозы

Гипердиагностика вторичных форм ГБ

Неправильное лечение

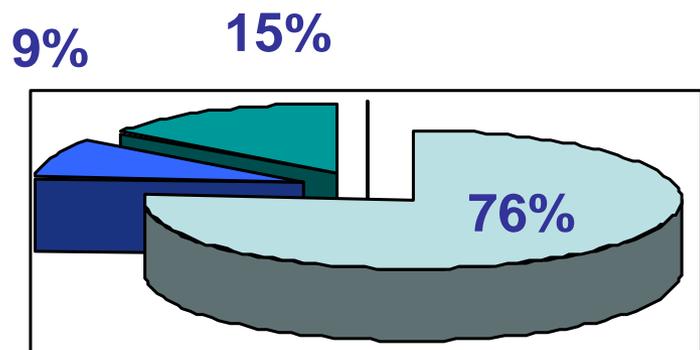
# Препараты, используемые для купирования приступов мигрени в России

(клинико-эпид. исследование, 2005, Ростов-на-Дону, n=2753)



**Избыточное применение анальгетиков (до 99%)**  
**Недостаточное применение**  
**специфических препаратов (менее 1%)**

# Препараты, используемые для профилактического лечения мигрени в России



- Комбинации ноотропов и вазоактивных препаратов
- Вальпроат
- Амитриптилин

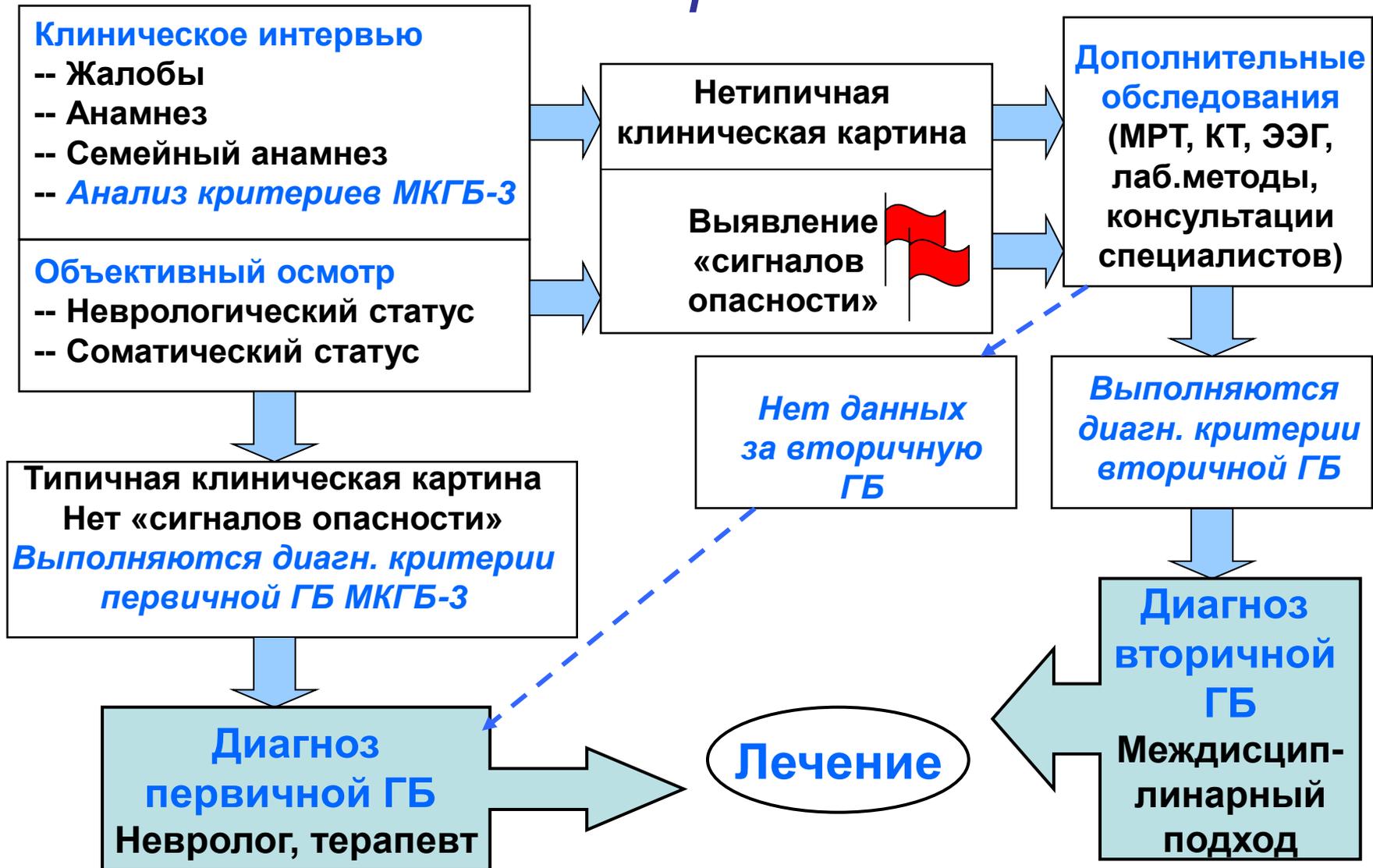
- 56.3% имели опыт профилактического лечения, из них 50% оценивали его как неэффективное
- 43.7% пациентов впервые узнали о возможности профилактики мигрени!

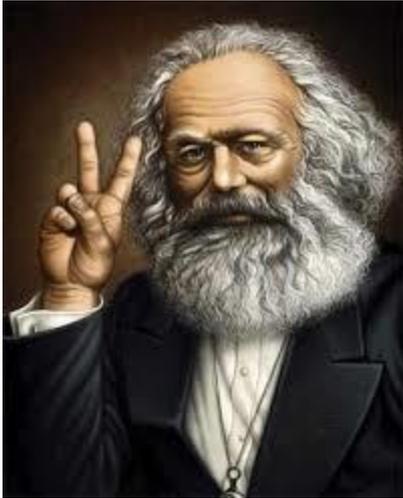
Азимова Ю.Э., 2006



**NB!** Вазоактивные и ноотропные средства не входят в международные стандарты лечения мигрени и ГБН, т.к. не обладают специфическим действием при первичных ГБ

# Головная боль: диагностический алгоритм





# “Бытие определяет сознание”

Введение к “Критике политической экономии”  
К.Маркс (1859)



# “Диагноз определяет стратегию лечения»”



# Современные подходы к лечению первичных цефалгий



*Российское общество  
по изучению головной боли*

# 4 принципа ведения пациентов с первичными ГБ

1. Правильная и своевременная постановка диагноза
2. Разъяснение и подбадривание пациента / реалистичность ожиданий
3. Выявление и избегание провоцирующих факторов
4. Подбор лечения с учетом коморбидных нарушений (медикаментозное и немедикаментозное)

British Association for the Study of Headache (2004),  
BASH, [www.bash.org.uk](http://www.bash.org.uk)



# Принципы поведенческой терапии первичных ГБ

## Что необходимо разъяснить пациенту :

- Доброкачественная природа и механизмы ГБ, нет органической патологии мозга и сосудов
- Нецелесообразность доп. исследований (при отсутствии подозрения на симптоматический характер ГБ)
- Анализ и избегание триггеров
- Обсуждение факторов хронизации ГБ (лек. абюзус, эмоц. нарушения, кофеин и др.)
- Выявление коморбидных нарушений
- Реальные цели лечения и выбор препаратов (обосновать назначение антидепрессантов и антиконвульсантов)
- Роль немедикаментозных методов и психол. релаксации

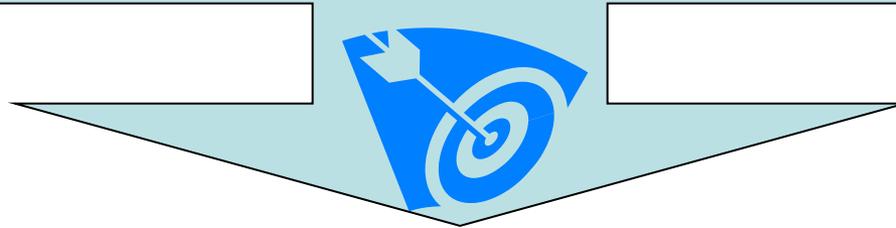


# Стратегии лечения мигрени

**Купирование приступа**  
**Профилактика приступов**

+

Профилактика и лечение коморбидных нарушений  
Воздействие на факторы риска хронизации мигрени  
Поведенческая терапия



Предотвращение прогрессирования  
и хронизации М



**Улучшение качества жизни**



# Международные стандарты: *купирование приступа мигрени*

## 1 этап: симптоматическая терапия

Простой анальгетик + при необходимости, противорвотное средство

### Анальгетики (или или):

- Ацетилсалициловая кислота
- Ибупрофен
- Диклофенак
- Напроксен
- Парацетамол

### Противорвотные (или или):

- Домперидон
- Метоклопрамид

## 2-ой этап: специфическая терапия

- Суматриптан
- Элетриптан
- Золмитриптан
- Фроватриптан\*
- Наратриптан
- Ризатриптан\*
- Эрготамина тартрат

**Триптаны**

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



# 5-НТ1 агонисты (Триптаны)



- Препараты, специально разработанные для купирования приступов мигрени
- Воздействуют на причину боли
- Эффективно купируют основные симптомы
  - Головная боль
  - Тошнота, рвота
  - Свето- и звукобоязнь
- Быстро восстанавливают общее состояние пациента

# Механизм приступа мигрени

*Мигренозные триггеры*

Повышенная  
возбудимость  
коры мозга

Выделение в кровь болевых  
нейромедиаторов = вазодилататоров

*Триптаны*



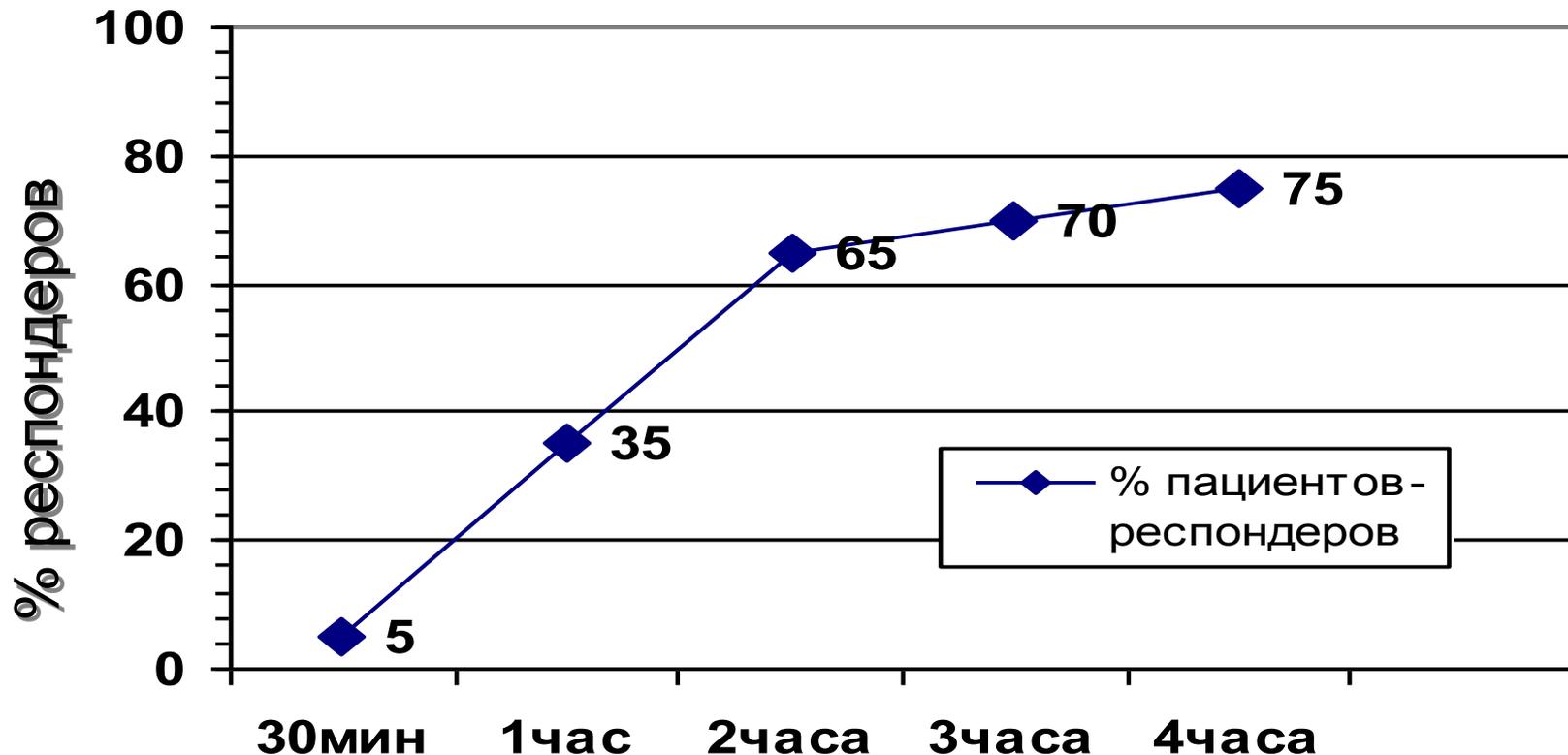
-- Активация тригем. окончаний  
в стенке сосудов твердой  
мозговой оболочки (ТМО)  
-- **Сенситизация ТВ волокон**

Расширение сосудов  
ТМО

*Триптаны*

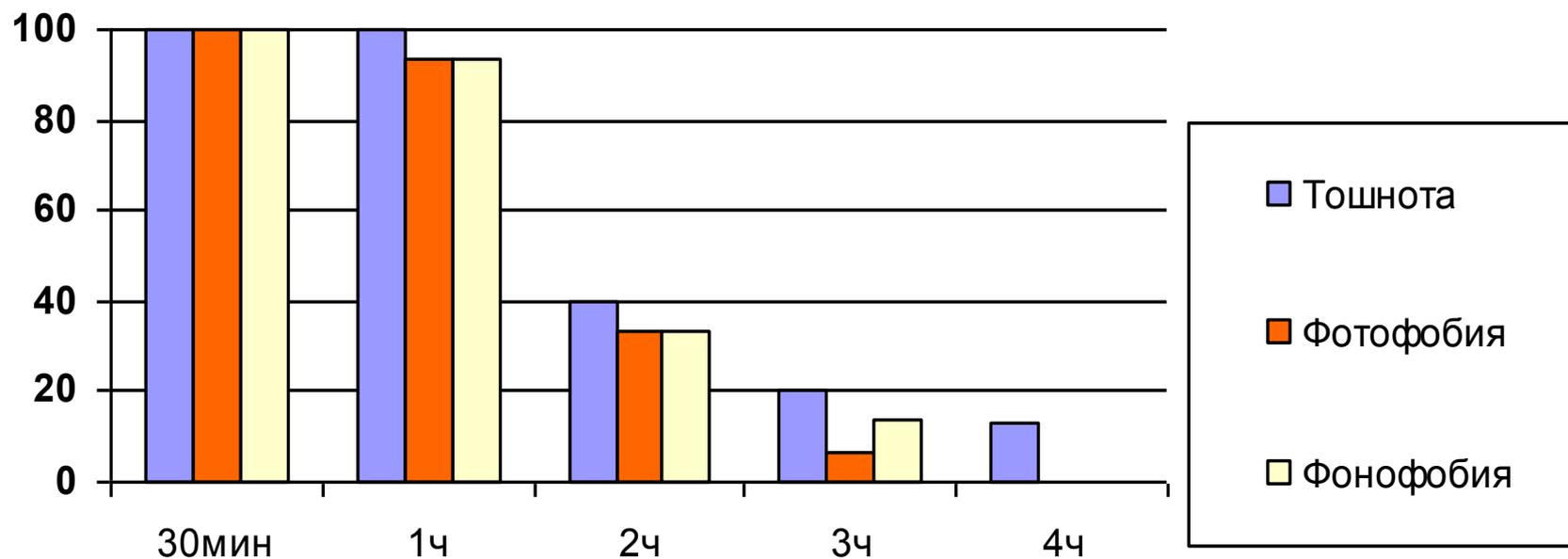


# Амигренин (суматриптан): сроки купирования ГБ



**Полный регресс ГБ через 4 часа отметили 75% б-ых**

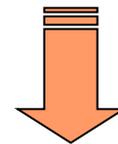
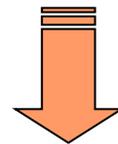
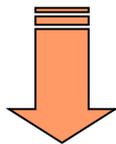
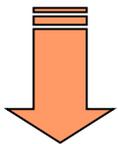
# Динамика сопутствующих симптомов после приема **Амигренина (50мг)**



А.Р.Артеменко, Е.Г.Филатова, 2006

# Цели профилактической терапии мигрени

- Снижение частоты, длительности и тяжести приступов
- Снижение частоты приема препаратов для купирования приступов
- Профилактика и лечение коморбидных нарушений



- **Защита от прогрессирования и хронизации**
- **Предотвращение абюзусной ГБ**
- **Улучшение качества жизни**



# Показания к назначению профилактического лечения М

- Большая частота атак (3 и более в месяц) или 2 продолжительные тяжелые атаки (2 и более дней), вызывающие значительную дезадаптацию
- Хроническая М (>15 дней с ГБ в месяц)
- Неэффективность или противопоказания к abortивному лечению
- Наличие лекарственного абузуса (> 15 доз анальгетиков / триптанов в месяц)
- Коморбидные нарушения в межприступном периоде, нарушающие качество жизни (депрессия, диссомния, дисфункция перикраниальных мышц, сопутствующие ГБН)
- Гемиплегическая М или приступы М с продолжительной (> 60 мин) гемипарестетической аурой



# Международные стандарты: *профилактика мигрени*

Препараты с доказанной эффективностью

- **Бета-блокаторы (неселективные):**

- метопролол - 50-100 мг 2 раза в день
- пропранолол (ретард) 80 мг 1 р в день
- атенолол - 25-100 мг 2 раз в день
- бисопролол - 5-10 мг 1 раз в день

- **Антиконвульсанты**

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

- **Антидепрессанты**

- Амитриптилин - 10-100 мг на ночь

- **Блокаторы кальциевых каналов**

- Флунаризин- 5-10 мг 1 р в день\*

\* В РФ не зарегистрирован

 **Лечение ХМ:**  
Антиконвульсанты  
Антидепрессанты  
Ботулинотерапия  
Нейростимуляция

**+ Сартаны  
(кандесартан)**

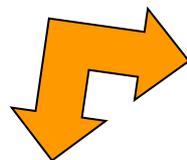
# Что делает пациента трудным для наблюдения?

- Хроническое течение цефалгии
- Лекарственный абюзус
- Коморбидные/сопутствующие нарушения
- Особенности личности (соматоформные расстройства)



# Коморбидные нарушения при первичных ГБ

- Эмоционально-аффективные (депрессия, тревога, фобии)
- Нарушения сна
- Психовегетативные (панические атаки, ГВС, обмороки)
- Мышечная дисфункция (мышечно-тонические синдромы)
- Лекарственный абюзус и др. зависимости
- Соматические (ЖКТ и др.)
- Другие болевые синдромы
- Нейроэндокринные (ожирение)

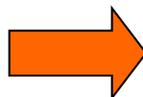


Лечение коморбидных нарушений –  
важная цель профилактики мигрени и ГБН!

# Схемы лечения мигрени

**1 этап** (легкое течение, нечастые приступы без КН)

- Поведенческая терапия (ПТ)
- Бета-блокатор/ антагонист кальция/сартан или
- Аспирин
- Вазобрал
- Немедикаментозные методы



**2 этап** (средне-тяжелое течение, 1-2 КН)

- Бета-блокатор/ антагонист кальция/сартан
- Антидепрессант
- Антиконвульсант
- Контроль абзуса
- ПТ и немедикам. методы

и/или



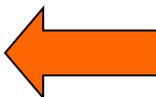
**3 этап** (тяжелое течение: частые приступы или ХМ)

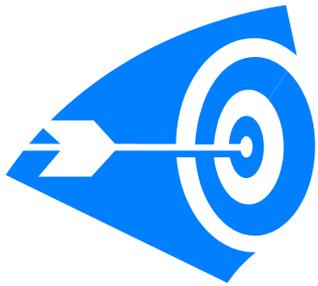
- Антидепрессант/Нейролептик
- Антиконвульсант
- Ботулинотерапия
- Контроль абзуса, детокс.
- ПТ, психотерапия

**4 этап** (рефракт. М)

- Нейромодуляция (ТМС, стимуляция БЗН, НГН, n.vagus)

Рефрактерная мигрень!



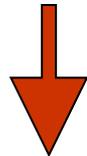


# Стратегии лечения ГБН

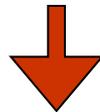
Лечение  
эмоционально-  
личностных  
нарушений

Коррекция  
мышечной  
дисфункции

Купирование/  
предотвращение  
лекарственного  
абзуса



**Уменьшение болевого  
и мышечно-тонического синдромов**



**Предотвращение трансформации  
ЭГБН в ХГБН**



# Купирование эпизодов ГБН

Вещество	Разовая доза (мг)	Уровень доказательности
Ибупрофен	200-800	A
Ацетилсалициловая кислота	500-1000	A
Напроксен	375-500	A
Диклофенак	12,5-100	A
Парацетамол	1000	A
Кофеин в комбинации с НПВС		B





# Профилактическое лечение ГБН

Вещество	Сут.доза (мг)	Уровень доказательности
<b>Амитриптилин</b>	30–75	<b>A</b>
Митразапин	30	B
Венлафаксин	150	B
Кломипрамин	75-150	B
Мапротилин	75	B
Миансерин	30-60	B

[Bendtsen L](#), [Birk S](#), [Kasch H](#), [Aegidius K](#), [Sørensen PS](#), [Thomsen LL](#), [Poulsen L](#), [Rasmussen MJ](#), [Kruuse C](#), [Jensen R](#); [Danish Headache Society](#). Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 2nd Edition, 2012 // J Headache Pain.

2012 Feb;13 Suppl 1:S1-29.



# Немедикаментозные методы лечения М и ГБН

- Иглорефлексотерапия
- Биологическая обратная связь (ГБН!)
- Психотерапия, психол. релаксация
- Массаж воротниковой зоны, гимнастика на шейный отдел позвоночника, мануальная терапия, ПИР
- Водные процедуры (плавание, SPA контрастный душ)





## **Лечение пучковой (кластерной) ГБ и других тригеминальных вегетативных цефалгий**

# Кластерная (пучковая) ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ, раздел 3 МКГБ-3 бета)

- 3.1. Кластерная (пучковая) ГБ (эпизодическая и хроническая формы)
- 3.2. Пароксизмальная гемикрания (ПГ, эпизодическая и хроническая формы)
- 3.3. Кратковременные односторонние невралгические приступы головной боли (КОНГБ)
  - 3.3.1. КОНГБ с инъектированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС, *Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)*- эпизодический и хронический КОНКС)
  - 3.3.2. КОНГБ с краниальными вегетативными симптомами (*Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA)*) - эпизодический и хронический SUNA)
- 3.4. Гемикрания континуа (*Hemicrania continua*) –
- 3.5. Возможная ТВЦ

# Критерии диагностики ПГБ

- Как минимум 5 приступов , соответствующих критериям:
  - сильная, односторонняя орбитальная, супраорбитальная и / и височная боль
  - длительность от 15 до 180 минут
- Наличие на стороне боли хотя бы одного из следующих СИМПТОМОВ:
  - Слезотечение
  - Заложенность носа (ринорея)
  - Отек века
  - Потоотделение на передней части головы или лица
  - Миоз и/или птоз
  - Невозможность находиться в покое (ажитация)
- Частота атак от 1 до 8 в сутки
- ГБ не связана с другими причинами



Cluster headaches may involve pain around one eye, along with drooping of the lid, tearing and congestion on the same side as the pain

# ПГБ: *важные понятия*

- Приступ – болевой пароксизм
- Кластерный период = болевой пучок - период времени, в течение которого приступы возникают регулярно
- Ремиссия – период, во время которого приступы не возникают самопроизвольно и не могут быть спровоцированы (обычные провокаторы не работают)

Эпизодическая  
ПГБ



# Купирование приступа ПГБ

Вещество, доза



Уровень  
доказательности

**Ингаляции 100% кислорода**

7-15 л/мин в течение 15 мин

**Суматриптан** подкожные инъекции 6 мг и  
назальный спрей 20 мг

**Золмитриптан** назальный спрей\* 5 и 10 мг

**Золмитриптан** таблетки 5 мг и 10 мг

**Лидокаин** 1 мл 4% раствора  
интраназально

A

A

A/B

B

B

# Профилактическое лечение ПГБ

Вещество, доза	Уровень доказательности
<b>Верапамил</b> 240–960 мг/сут	A
<b>Преднизолон</b> 60-100мг утром или 500мг в/в (в сочетании с омепразолом 20 мг/сут)	A
<b>Лития карбонат</b> 600-1500 мг/сут	B
<b>Топирамат</b> 100 мг/сут	B
<b>Вальпроевая кислота</b> 600-1500 мг/сут	C
<b>Мелатонин</b> 10 мг/сут	C
<b>Баклофен</b> 15-30 мг/сут	C

# Принципы профилактики ПГБ

- Продолжительность терапии  $\geq$  средняя продолжительность болевых пучков



Не прерывать лечение преждевременно даже при наличии эффекта!



- У пациентов с предсказуемыми сезонными обострениями начинать лечение за месяц до ожидаемого обострения
- При недостаточной эффективности – титрование дозы до максимальной суточной и сочетание 2-х и более препаратов (комплексная терапия)

# Лечение других форм ТВЦ

## Пароксизмальная гемикрания

- **Индометацин:** 150 мг/сут (50 мг 3 раза в сутки) внутрь или ректально или 100 мг в виде инъекций с последующим снижением до поддерживающей дозы 50-100 мг/сут + омепразол

## Гемикрания континуа

- **Индометацин** от 25 до 150 мг/сут с постепенным титрованием дозы + омепразол

## Можно пробовать (эффект $\pm$ ):

- Ибупрофен, пироксикам, бетадекстрин, напроксен, аспирин, комбинация парацетамола с кофеином, мелатонин, верапамил и топирамат

## КОНГБ (SUNST, SUNA)

- **Антиконвульсанты** (топирамат, габапентин)

Sjaastad O., 1995, Pareja J.A et al 2001, Matharu M.S.et al. 2005, Nappi G., Sandrini G. 2011



# Виды нейромодуляции при головных болях

Неинвазивные

## Периферические методы

- Чрескожная электрическая стимуляция нерва (например, блуждающего или супраорбитального)

## Центральные методы

- Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) одиночными стимулами или постоянным током

Инвазивные

- Стимуляция периферического нерва (например, затылочного)
- Стимуляция блуждающего нерва

- Глубокая стимуляция головного мозга (ГСМ), например, гипоталамической области при кластерной ГБ)
- Стимуляция спинного мозга
- Стимуляция моторной коры

По данным *Implanta*



# Показания для НМ при первичных ГБ

- Хроническая (рефрактерная) мигрень, в том числе сочетающаяся с медикаментозно-индуцированной ГБ (МИГБ)
- Хроническая (рефрактерная) пучковая головная боль

R.Weiner, K.Reed 1999,  
C.Popeney et al. 2003, Saper et al. 2011



# Критерии включения для инвазивного метода НМ (1)

- Хр. перв. ГБ с подтвержденным анамнезом в течение **2-х лет**
- ХЕГБ, подтвержденная заполненным дневником ГБ и сопровождающаяся значительной психосоциальной дезадаптацией
- Рефрактерность ГБ к стандартной фармакотерапии

# Нейромодуляция (нейростимуляция) в терапии хронических цефалгий

## Инвазивные и неинвазивные (чрескожные) техники стимуляции:

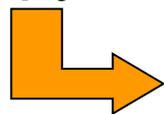
- Затылочного нерва
- Надглазничного нерва
- Крылонебного ганглия
- Блуждающего нерва
- Зрительной коры
- Глубокая стимуляция мозга
- Транскраниальная магнитная стимуляция

### Показания

Хроническая/Рефрактерная М  
**Хроническая ПГБ и др. ТВЦ**  
Краниальные невралгии  
Атипичные лицевые боли?

# Ведение пациентов с первичными ГБ: **выводы**

- Диагноз – клинический! Обследования при наличии показаний
- Разъяснение пациенту природы заболевания
- Анализ/избегание провоцирующих факторов
- Выявление:
  - коморбидных заболеваний
  - факторов хронизации, в т.ч. лекарственного злоупотребления
- Назначение abortивной терапии; **контроль злоупотребления!**
- Назначение профилактического лечения с учетом коморбидных нарушений





***Если человека  
нельзя  
вылечить, это  
не значит, что  
ему нельзя  
помочь***

В.В. Осипова, Г.Р. Табеева

# ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

- ✓ диагностика
- ✓ клиника
- ✓ терапия

*Практическое руководство*



МЕДИЦИНСКОЕ  
ИНФОРМАЦИОННОЕ  
АГЕНТСТВО



В 2014 г. вышло в свет первое в России подробное практическое руководство по первичным головным болям

Приобрести книгу можно в издательстве МИА

Тел./факс: 8 (916) 147-16-34  
E-mail: [miapubl@mail.ru](mailto:miapubl@mail.ru)



# Как узнать больше о проблеме ГОЛОВНОЙ БОЛИ?

[www.headache-society.ru](http://www.headache-society.ru)

[www.headache.ru](http://www.headache.ru)

[www.paininfo.ru](http://www.paininfo.ru)

[www.ihs-headache.org](http://www.ihs-headache.org)

[osipova\\_v@mail.ru](mailto:osipova_v@mail.ru)



# Цефалгические синдромы, чувствительные к терапии **индометацином**

## **Абсолютная эффективность**

Хроническая пароксизмальная гемикрания

Эпизодическая пароксизмальная гемикрания

Гемикрания континуа

**Индометацин  
25-150 мг/сут  
+ омепразол**

## **Относительная/Частичная эффективность**

Первичная (идиопатическая) колющая ГБ

Первичная кашлевая ГБЗ.

Первичная ГБ при физическом напряжении