



Российское общество  
по изучению головной боли

## Головная боль: современная классификация и принципы диагностики

**Осипова В.В.**

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.

(Paccard 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
- Недиагностируется
- Недолечивается



## Социально-экономический ущерб ГБ

### В Японии (популяция 130 млн чел.)

- ежегодные потери производительности труда  
только **в связи с мигренью** - 2 млрд \$США
- суммарный ущерб в связи со всеми типами ГБ -  
4.2 млрд \$США

### В России?

Популяция 142 млн человек



С разрешения Т.Steiner, 2009



## Распространенность ГБ в России

- **Популяционное исследование:** подворный опрос в 35-ти городах и 9-ти сельских районах России (2009-2011 гг.)
- **Цель:** изучить распространенность ГБ «не связанных с лихорадкой, похмельным синдромом, простудными заболеваниями или травмой головы и возникающих хотя бы 1 раз за год, предшествующий исследованию»

### Результаты

- Из 2 025 опрошенных россиян около **62.9%** сообщили, что испытывали ГБ как минимум 1 раз за прошедший год
- Распространенность ГБ за 1 год:
  - мигрень - **20.8%**
  - ГБН - **30.8%**
  - **хронические ГБ** ( $\geq 15$  дней в мес) - **10.4%**

Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G, Yakhno N, Steiner TJ. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. Cephalalgia 2012



## Международные стандарты диагностики ГБ

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

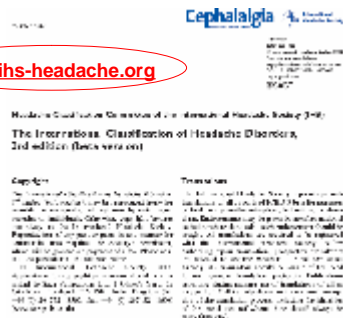
- 1 издание (МКГБ-1, 1988)
- 2 издание (МКГБ-2, 2004)
- 3 издание (МКГБ-3 бета, 2013)

**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

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



## 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 невралгии, другие лицевые и головные боли (Главы 13-14)

Приложение

## МКГБ: структура разделов

### Пример 1: 1. Мигрень

#### 1.1. Мигрень без ауры

#### 1.2. Мигрень с типичной аурой

##### 1.2.1. Мигрень с аурой

##### 1.2.1.1. Типичная аура с ГБ

##### 1.2.1.2. Типичная аура без ГБ

### Пример 2: 8. ГБ, связанные с веществами или их отменой

#### 8.1. ГБ, связанные с приемом или воздействием веществ

#### 8.2. ГБ при избыточном применении лекарственных препаратов (медикаментозно-индуцированная (МИГБ) или абзусная ГБ)

##### 8.2.1. ГБ при избыточном применении эрготамина

##### 8.2.2. ГБ при избыточном применении триптанов

##### 8.2.3. ГБ при избыточном применении простых анальгетиков

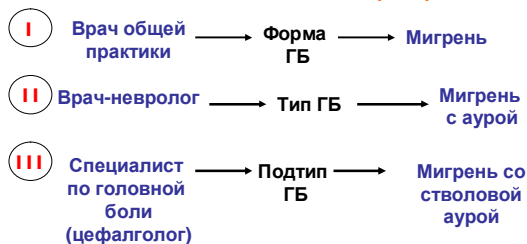
##### 8.2.3.1. ГБ при избыточном применении парацетамола

##### 8.2.3.2. ГБ при избыточном применении ацетилсалициловой кислоты

##### 8.2.3.3. ....

## Установление диагноза: уровни сложности

### Пример диагноза



## Принципы использования МКГБ

- Диагноз устанавливается в соответствии с тем типом ГБ, которая имеется у пациента в настоящий момент или отмечалась в течение последнего года
- Пациент может иметь несколько подтипов ГБ и все они должны быть кодированы. **Ведение дневника ГБ** ⇔ Отличия между разными типами ГБ

### Примеры диагнозов:

1. Мигрень без ауры. ГБ, связанная с легкой травмой головы.
2. Хроническая ГБН с напряжением перикраниальных мышц. ГБ, связанная с глаукомой

МКГБ-3 бета, 2013



## Принципы использования МКГБ

- Для установления диагноза необходимо определенное минимальное число приступов ГБ (или болевых дней), которое специфично для каждого подтипа ГБ. **Рекомендация:** ведение дневника ГБ

### Примеры:

- Критерий А мигрени без ауры: по меньшей мере **5** приступов, отвечающих критериям В-D
- Критерий А мигрени с аурой: по меньшей мере **2** приступа, отвечающих критериям В и С

МКГБ-3 бета, 2013



## Принципы использования МКГБ

- **Хроническая ГБ** – ГБ, персистирующая в течение >3 месяцев после появления, ремиссии или лечения причинного заболевания
- **При сомнении в диагнозе** – диагноз «ГБ, возможно связанная с...». Примеры: **Возможная кластерная ГБ. ГБ, возможно связанная с легкой травмой головы**
- **Последний критерий:** «ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (= не может быть классифицирована лучше)»

МКГБ-3 бета, 2013

## Клинические разновидности ХЕГБ

- **Хроническая мигрень (ХМ)** - 65-75%
- **Хроническая ГБН (ХГБН)** - 30-40%
- Более редкие формы (НЕПГБ, гемикрания континуа) - не >5%



ХЕГБ - осложнение длительно существующей эпизодической ГБ  
Роль факторов хронизации!

Одобець С.С. 2009, Scher AI et al, 1998; Castillo J et al., 1999; Lu SR et al, 2001; Wang SJ et al, 2000; Prencipe M et al, 2001

## Дифференциальная диагностика ГБ

Основной вопрос диагностики ГБ:



Является ли ГБ первичной, вторичной или имеет смешанный характер?



Пациент может иметь несколько типов ГБ, и все они должны быть кодированы

## Раздел 1. Первичные ГБ

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

### 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) – новый термин**
  - 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) – перенос из раздела «Др. перв. ГБ».**
- 3.5. Возможная ТВЦ



### 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 холодowymi 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

Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society, The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version), Cephalalgia 2013;33(9):629-608.

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



### ГБ, связанные с различными веществами или их отменой (раздел 8 МКГБ-2)

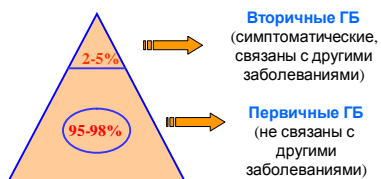
- Алкоголь, кокаин, гашиш, оксид азота, гистамин, опиаты...
- 8.2. ГБ, связанная с избыточным применением лекарственных препаратов (медикаментозно-индуцированная или абзусная ГБ)

**МИГБ** - одна из форм ХЕГБ, являющаяся осложнением предшествующей первичной ГБ (мигрени или ГБН), возникшим в результате хронического злоупотребления препаратами для купирования головной, реже другой боли

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



### Соотношение первичных и вторичных ГБ



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

Rasmussen BK, Jensen R, et al. 1991. Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, Liberman J, Steiner TJ, Stewart WF. 2002. European principles of management of common headache disorders in primary care 2007

### 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. абзусная ГБ (МИГБ)

Первичные  
ГБ



Всемирная кампания против головной боли  
"Lifting the Burden"  
(Воспроизведено с разрешения Т. Steiner)

## Два «золотых правила» диагностики первичных ГБ

Диагностика первичных ГБ является исключительно клинической, т.е. базируется на жалобах, данных анамнеза и объективного осмотра и не требует дополнительных исследований

Дополнительные обследования проводятся только при наличии показаний

European principles of management of common headache disorders in primary care, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1), МКГБ-2, 2004

## Дополнительные исследования при ГБ



## 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

РОИГБ 2012

## 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**  
**Цель - поиск причины ГБ**

1. ГБ, впервые возникшая после 50 лет или ГБ, изменившая свой паттерн = новые симптомы!
2. «Громоподобная ГБ» - очень сильная ( $\geq 10$  б по ВАШ) и стремительно нарастающая ГБ
3. Строго односторонняя ГБ
4. Прогрессивно нарастающая ГБ без ремиссий
5. Фокальные неврологические знаки:
  - ригидность шейных мышц
  - отек сосков ЗН
  - очаговая симптоматика (парезы, патология ЧМН...)
  - изменения сознания, памяти, поведения
  - эпилептические припадки

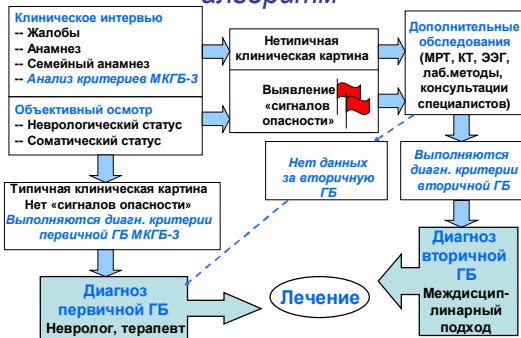


**Сигналы опасности при ГБ, требующие тщательного обследования**  
**Цель - поиск причины ГБ**

5. Признаки ВЧ гипертензии:
  - утренние ГБ
  - тошнота, рвота
  - изменение силы ГБ при перемене положения головы или при нагрузках, связанных с повышением ВЧ давления (физическое напряжение, кашель, сексуальная активность)
6. Признаки системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии)
7. Онкология, ВИЧ-инфекция, иммунодефицитное состояние, эндокринные заболевания в анамнезе
9. Неэффективность адекватного лечения



**Головная боль: диагностический алгоритм**



**Ошибки диагностики ГБ в России**





### 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%)	MPT шеи MPT головы КТ головы КТ шеи } 10%

**В России действуют несовершенные стандарты диагностики и лечения ГБ**

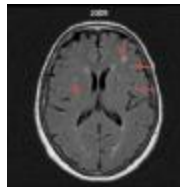
### Возможные находки при дополнительных исследованиях у пациентов с первичными ГБ

- **ЭЭГ:** дисфункция срединных структур мозга, снижение порога судорожной готовности
- **УЗДГ, РЭГ:** снижение ЛСК в бассейнах некоторых артерий, затруднение венозного оттока
- **MPT, КТ:** расширение субарахноидальных пространств, кисты
- **R-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



Adapted from M.Ashina, 2014

#### 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

#### Примеры трактовок очаговых изменений:

1. «Сосудистые» очаги
2. Демиелинизирующее заболевание



## Мифы о головных болях

Если у пациента болит голова, это связано с патологией головного мозга  
 Пациента с ГБ нужно обязательно направить на дополнительные исследования

Гипер-диагностика вторичных форм ГБ

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

Самыми эффективными средствами для лечения ГБ являются вазоактивные и ноотропные препараты



## 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-базиллярная 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

## Мигрень плохо распознается врачами

- Правильный диагноз «Мигрень» не устанавливается у 60% женщин и 70% мужчин, страдающих этой ГБ
- По данным эпидемиологических исследований ошибочный диагноз устанавливается примерно в 50% случаев

Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache*. 2001;41(7): 646-657.



## 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 острым риносинуситом. 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!**



Встречаются не так часто,  
Как принято думать

Гипер  
диагностика

**ГБ, связанные с:** 

- травмой головы
- сосудистыми заболеваниями
- артериальной гипертензией



## 5. ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи: **важные факты**

- Нет корреляции тяжести травмы и вероятностью развития и тяжестью ГБ!
- Чем тяжелее травма, тем меньше выражена ГБ и больше выражены органические симптомы
- Чем дальше от травмы, тем меньше ГБ. Если ГБ развивается спустя месяцы и годы после ЧМТ – она с ней не связана!
- **Хроническая посттравматическая ГБ (ХПТГБ) – частая маска первичных форм ГБ!**
- Наиболее частые причины ХПТГБ – не поражение мозга, а психогенные факторы (депрессия, ПТ стрессорное и соматоформное расстройство)

## ГБ, связанные с поражением сосудов головного мозга и шеи (раздел 6, МКГБ-3 бета)

ГБ, связанная с:

- 6.1.1. ишемическим инсультом
- 6.1.2. транзиторной ишемической атакой (ТИА)
- 6.2. нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием (в/ч и субарахноидальное)
- 6.3. неразорвавшейся сосудистой мальформацией
- 6.4. каротидными или вертебральными артериями (с расслоением артерий, эндартерэктомией и др.)

Диагн. критерии см.

МКГБ-2: сайт РОИГБ - [www.headache-society.ru](http://www.headache-society.ru)  
МКГБ-3 бета: сайт IHS - [www.ihs-headache.org](http://www.ihs-headache.org)

## ГБ, связанная с ЦВЗ

Частота ГБ при ЦВЗ:

ТИА – 6-44%

ИИ – 17-34%

САК – 100%

  
Громоподобная  
ГБ

**Диагностические признаки**

- Тесная временная связь между ГБ и началом ЦВЗ + ГБ ухудшается в периоды обострений
- Тесная временная связь между ГБ и характерными неврологическими симптомами
- Прекращение ГБ с окончанием острой фазы ЦВЗ и после его успешного лечения



## Дисциркуляторная энцефалопатия

Синонимы ДЭП:

- Хроническая ишемия мозга(ХИМ)
- Гипертензивная энцефалопатия
- Церебральный атеросклероз
- Цереброваскулярная болезнь

Синдром прогрессирующего многоочагового или диффузного поражения головного мозга, проявляющийся неврологическими и/или психическими нарушениями

Обусловлен хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения

Захаров В. В., Преображенская И. С., 2010

## Основные клинические маркеры ДЭП

**Двигательные расстройства**



**Когнитивные расстройства**



Нарушения походки: «Застывания», нарушение инициации ходьбы, асимметрия шага, немотивированные падения



Определяют темп прогрессирования заболевания и наступления соц. дезадаптации

**NB!** Головная боль не является облигатным симптомом ДЭП



## ГБ, связанная с артериальной гипертензией

Раздел 10 МКГБ-3 «ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза»

### 10.3. ГБ, связанная с артериальной гипертензией

- 10.3.1. ГБ, связанная с феохромоцитомой
- 10.3.2. **ГБ, связанная с гипертоническим кризом без гипертонической энцефалопатии**
- 10.3.3. ГБ, связанная с гипертонической энцефалопатией
- 10.3.4. ГБ, связанная с преэклампсией и эклампсией
- 10.3.5. ГБ, связанная с автономной дисрефлексией

МКГБ-3 бета, 2013

## 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:

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

МКГБ-3 бета, 2013



### ГБ, связанные с артериальной гипертензией

(раздел 10. ГБ, связанные с нарушением гомеостаза)

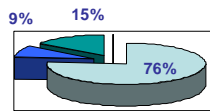
- Ø Нет взаимосвязи между суточными колебаниями АД и наличием или отсутствием ГБ
- Ø ГБ возникает при резком повышении АД (повышение диастолического давления более чем на 25%)
- Ø Легкая (140-159/90-99 мм рт. ст.) или умеренная АГ (160-179/100-109 мм рт. ст.) хронического течения не вызывает ГБ!
- Ø **80% пациентов с диагнозом «Гипертоническая энцефалопатия» в действительности имеют ГБН!**



### Мифы о головных болях



### 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!

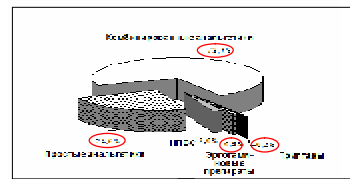
Азимова Ю.Э., 2006



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

### 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%)**

Кущемелов И.Б. Автореферат дисс. канд. мед. наук. М. 2005, 25 с.



## Международные стандарты: купиrowание 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)



## Выводы: диагностика ГБ:

- Подавляющее большинство пациентов, обращающихся с жалобой на ГБ к терапевтам и неврологам имеют **первичные ГБ**
- **Наиболее распространенные формы:**
  - Мигрень
  - Головная боль напряжения +
  - Медикаментозно-индуцированная ГБ (абузусная)
- Диагностика первичных ГБ является исключительно клинической; дополнительные исследования не показаны и не информативны
- Дополнительные исследования проводятся при наличии показаний (подозрение на вторичный характер ГБ)

## Выводы: причины ошибочной диагностики ГБ в России

Незнание международных стандартов диагностики  
Недооценка приоритетности первичных ГБ  
Необходимость придерживаться стандартов МЗ РФ



Избыточное назначение дополнительных исследований  
Ошибочная трактовка неспецифических изменений  
Переоценка роли ЦВЗ, АГ и травмы головы



Ложный диагноз



Неправильная тактика лечения



Неэффективность лечения +  
лекарственный абзус + хронизация ГБ



“Бытие определяет сознание”

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



“Диагноз определяет стратегию лечения”



## Мигрень и ГБН

- Клиника
- Патофизиология
- Лечение



## Раздел 1. Первичные ГБ

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

## Знаменитые пациенты с мигренью



Жанна Д'Арк



Фредерик Шопен



Элвис Пресли



Наполеон Бонапарт



Льюис Кэрролл



Стивен Кинг



Чарльз Дарвин



П.И. Чайковский



Карл Маркс

## 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 стволковой аурой (раньше М базилярного типа)

1.2.3. Гемиплегическая М

1.2.3.1. Семейная гемиплегическая М (СГМ)

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

Выделены 4 формы

### 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

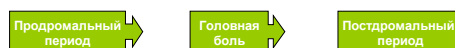
### 1.5. Возможная М

#### 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 тортиколиз

## ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ МИГРЕНИ

Мигрень без ауры = (простая М) - 60-72% всех случаев



Мигрень с аурой = (ассоциированная М) – 8-20% всех случаев



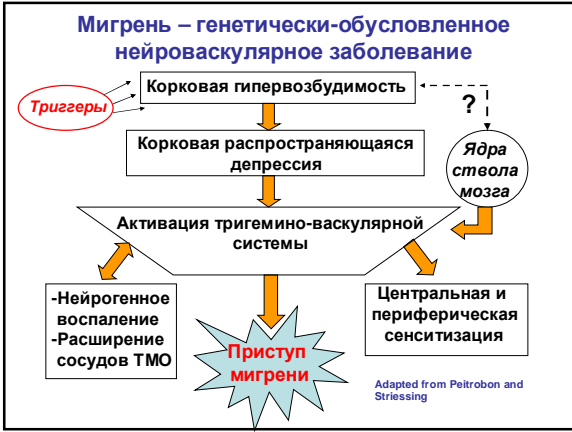
## Основные признаки мигрени (МКГБ-3, 2013)

- Повторяющиеся атаки интенсивной односторонней боли (висок, лоб, область глаза, затылок); чередование сторон ГБ
- Типичные сопровождающие симптомы: **тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь**
- Усиление боли от обычной физической нагрузки
- Пульсирующий характер боли
- Типичные провокаторы
- Существенное ограничение повседневной активности
- Наследственный характер мигрени (в 60% случаев)
- Приступы ГБ плохо купируются простыми анальгетиками

## Диагностические критерии М аурой (МКГБ-3 бета, 2013)

- A. По меньшей мере два приступа, отвечающие критериям B и C
- B. Один или более из следующих полностью обратимых симптомов ауры:
1. зрительные
  2. чувствительные (сенсорные)
  3. речевые или языковые затруднения
  4. двигательные
  5. стволые
  6. ретинальные
- C. Как минимум две из следующих характеристик:
1. как минимум один симптом ауры нарастает в течение  $\geq 5$  минут, и/или два или более симптомов возникают последовательно
  2. каждый из отдельно взятых симптомов ауры имеет продолжительность 5-60 минут
  3. как минимум один из симптомов ауры является односторонним
  4. в течение 60 минут после ауры или во время нее возникает головная боль
- D. Симптоматический комплекс не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирован лучше), а также исключена транзиторная ишемическая атака (ТИА)





### Классификация ГБН (МКБГ-3, 2013)

- 2.1. Нечастая эпизодическая ГБН
  - 2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением (дисфункцией) перикраниальных мышц (НПМ)
  - 2.1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с НПМ
- 2.2. Частая эпизодическая ГБН
  - 2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с НПМ
  - 2.2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с НПМ
- 2.3. Хроническая ГБН
  - 2.3.1. Хроническая ГБН, сочетающаяся с НПМ
  - 2.3.2. Хроническая ГБН, не сочетающаяся с НПМ
- 2.4. Возможная ГБН

**Примеры диагнозов:** 1. Частая эпизодическая ГБН.  
 2. Хроническая ГБН с напряжением перикраниальных мышц. Тревножно-депрессивный синдром



## Основные признаки ГБН (МКГБ-3, 2013)

- **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**



## Дополнительные диагностические признаки ГБН

- Рисунок боли по типу «обруча» или «каска»
- Признаки гипервентиляции во время осмотра
- Облегчение боли при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления и усиление на фоне эмоциональных переживаний
- Неспособность к психологическому и мышечному расслаблению (бруксизм, сжатие кулаков, отрицательный тест «брошенной руки»)

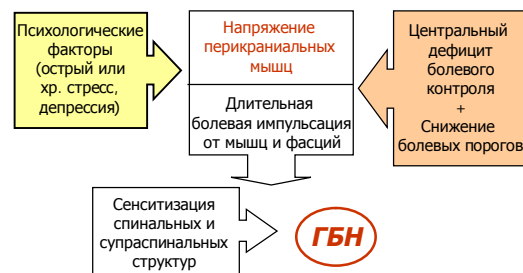
Эффективность БОС  
и психол. релаксации



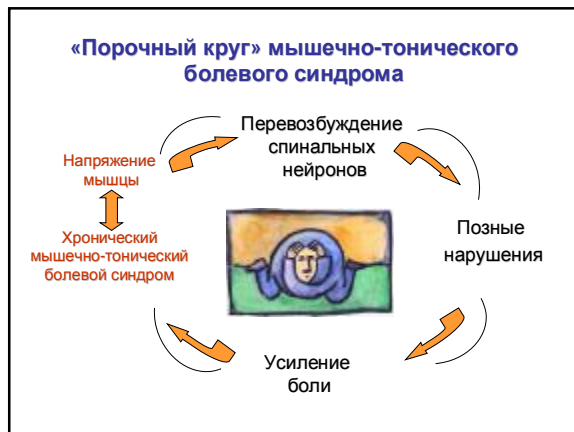
## Клиника М и ГБН: сравнение

Клин. черты	Мигрень	ГБН
Сторона ГБ	Односторонняя	Диффузная
Характер ГБ	Пульсирующая	Сжимающая, «каска»
Интенсивность ГБ	Выраженная (ВАШ 7-9)	Легкая, умеренная (до 6)
Сопутств. с-мы	Тошнота/Рвота Фото-/фоно-/фобия	Редко: тошнота Редко: либо фото- либо фоно фобия
Связь с физ. нагр.	Усиление ГБ	Нет связи
Провокаторы	Стресс, погода менстр., голод, др.	Стресс, поза (мыш. фактор)
Наследственность	В 60% случаев	Нет

## Современные представления о патогенезе ГБН



Х.В.Штрибель 2005, Jensen 1999, Bendtsen 2000, Ashina 1999, 2003, Fernandez-de-Las-Penas et al. 2007, В.В.Алексеева, 2009



### Примеры формулировки диагнозов у пациентов с ГБ

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

1. Мигрень с аурой
2. Частая эпизодическая ГБН с дисфункцией перикраниальных мышц. Тревожно-депрессивный синдром
3. Хроническая мигрень без ауры. Медикаментозно-индуцированная ГБ (комбинированные анальгетики). Панические атаки.

### 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)

↓

**Качества жизни**

Лечение коморбидных нарушений – важная цель профилактики мигрени и ГБН!

Осипова В.В., Вознесенская Т.Г., 2003, Baskin 1995, Dahlof et al 1995, Merkgangas 2001, Silberstein 2003



Европейская Федерация Головной Боли



## Лечение первичных форм ГБ

- Мигрень
- ГБН



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

## 4 принципа ведения пациентов с первичными ГБ

1. Правильная и своевременная постановка диагноза
2. Разъяснение и подбадривание пациента / реалистичность ожиданий

**«Первичные ГБ нельзя вылечить, но можно научить пациента эффективно купировать приступы и существенно облегчить течение ГБ с помощью профилактической терапии»**

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
- Нецелесообразность доп. исследований (при отсутствии подозрения на симптоматический характер ГБ)
- Анализ и избегание триггеров
- Обсуждение факторов хронизации ГБ (лек. абюз, эмоц. нарушения, кофеин)
- 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)



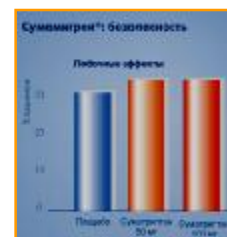
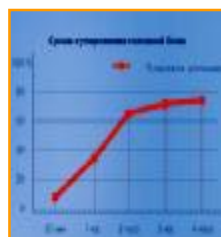
## 5-HT1 агонисты (Триптаны)



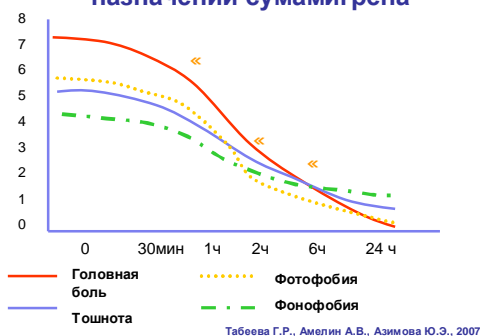
- Препараты, специально разработанные для купирования приступов мигрени
- Воздействуют на причину боли
- Эффективно купируют основные симптомы
  - Головная боль
  - Тошнота, рвота
  - Свето- и звукобоязнь
- Быстро восстанавливают общее состояние пациента

## СУМАМИГРЕН (суматриптан)

- Быстрое начало эффекта
- Полный регресс ГБ через 4 часа - у 75% больных
- Количество побочных эффектов сопоставимо с плацебо



### Динамика симптомов мигрени при назначении сумамигрена



### Преимущества Сумамигрена



- Эффективен при приступах различной степени тяжести: максимальный эффект – при умеренной ГБ (до 7 баллов по ВАШ)
- Уменьшение ГБ и сопутствующих симптомов: уже через 1 час после приема препарата
- Начало действия для таблеток: 30 мин
- Низкая частота рецидива ГБ - 13%, при раннем назначении препарата - 7.8%!
- Наиболее эффективен у пациентов с медленным нарастанием ГБ

### 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 ГБ
- 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 злоупотребления (> 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
- Антikonвульсанты
  - Топирамат - 25 мг 1р в день – 50 мг 2 р в день
  - Вальпровая кислота - 600-1500 мг в день
- Антидепрессанты
  - Амитриптилин - 10-100 мг на ночь
- Блокаторы кальциевых каналов
  - Флунаризин- 5-10 мг 1 р в день\*

**Лечение ХМ:**  
Антikonвульсанты  
Антидепрессанты  
Ботулинотерапия  
Нейростимуляция

\* В РФ не зарегистрирован

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

## Профилактика мигрени: другие подходы

- Вазобрал - α -дигидро-эргокриптин + кофеин
- Сартаны - ингибиторы рецепторов ангиотензина II (кандесартан)
- Другие антидепрессанты: СИОЗС (пароксетин, флуоксетин и др.), СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин)
- Ботулинический токсин (Ботокс) → **При рефрактерной мигрени**
- Препараты на основе КоQ10
- Рибофлавин
- Магния

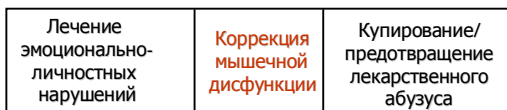


Длительность лечения не менее 4-6 месяцев!

При ХМ – до 12 месяцев



## Стратегии лечения ГБН



Уменьшение болевого и мышечно-тонического синдромов

Предотвращение трансформации ЭГБН в ХГБН



## Лечение эпизода ГБН

Вещество	Сут. доза (мг)	Уровень доказательности
Ибупрофен	200-800	A
Кетопрофен	25	A
Ацетилсалициловая кислота (Аспирин)	500-1000	A
Напроксен	250-500	A
Диклофенак	12,5-100	A
Парацетамол	1000	A

Bendtsen L. с соавт., 2012



### Препараты для профилактического лечения ГБН

Препарат	Суточная доза, мг	Уровень доказательности
Амитриптилин	10–75	A
Миртазапин	30	B
Венлафаксин	150	B
Кломипрамин	75-150	B
Мапротилин	75	B
Миансерин	30-60	B

Bendtsen L. с соавт., 2012

### Лечение ГБН: другие подходы

- Антидепрессанты (СИОЗС, СИОЗСН)
- Миорелаксанты (tizанидин, толперизон)
- НПВС (диклофенак, кетопрофен, напроксен)
- Флупиртин (катадолон)
- Ботулинотерапия не эффективна!
- При сочетании ГБН с мигренью - препараты для профилактического лечения мигрени: бета-блокаторы, сартаны, блокаторы Са, антиконвульсанты
- При ХГБН: антиконвульсанты, антидепрессанты, нейролептики



### Немедикаментозные методы лечения М и ГБН

- 1) Релаксационная терапия
- 2) Биологическая обратная связь (БОС)
- 3) Когнитивно-поведенческая терапия
- 4) Кинезиотерапия
- 5) Массаж и мануальная терапия
- 6) Иглорефлексотерапия (ИРТ)
- 7) Физиотерапия



### Лечение головной боли в РФ: ошибки и недостатки

#### Купирование приступа

- Широкое распространение простых и комбинированных анальгетиков, самолечение
- Недостаточное применение специфических патогенетических средств (триптанов и эрготаминовых препаратов)

#### Профилактика

- Необоснованное назначение вазоактивных и ноотропных препаратов
- Низкая частота назначения специфической терапии
- Невнимание к факторам хронизации ГБ:
  - психические и другие коморбидные нарушения
  - лекарственный абюз





## 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.ihb-headache.org](http://www.ihb-headache.org)



## Диагностические критерии М без ауры (МКГБ-3 бета, 2013)

- A. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям B-D
- B. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении)
- C. ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:
  1. односторонняя локализация
  2. пульсирующий характер
  3. интенсивность боли от средней до значительной
  4. ГБ ухудшается от обычной физической активности или требует ее прекращения
- D. ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:
  1. тошнота и/или рвота
  2. фотофобия или фонофобия
- E. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета