

*Головная боль,
диагностика и принципы
лечение*

Термин «**головная боль**» введен комиссией по классификации Национального института нервных болезней США (Бетесда, 1962г)- означает болезненное или неприятное ощущение в области головы выше бровей и до шейно-затылочной области.

Боль в области лица- это **прозопалгия**.

По длительности признаков цефалгии выделяют:

- **Острая головная боль**
- **Острая повторяющаяся**
- **Хроническая прогрессирующая головная боль**
- **Хроническая непрогрессирующая головная боль**

Головная боль возникает при раздражении болевых рецепторов расположенных в следующих структурах:

стенка внутричерепных артерий, вен и венозных синусов;

черепно-мозговые нервы, содержащие чувствительные волокна; тройничный (V), языкоглоточный (IX), блуждающий (X)

оболочки мозга (особенно в участках, прилежащих к менингеальным сосудам);

мышечно-сухожильный шлем (кожа, подкожная клетчатка, апоневроз, надкостница черепа) и сосуды мягких покровов головы. (Шток В.Н.)

Головную боль вызывают:

спазм или расширение церебральных сосудов, смещение
венозных синусов;

сдавление или воспаление чувствительных черепно-мозговых
нервов;

спазм, воспаление или травма мышц, сухожилий головы и
шеи;

раздражение мозговых оболочек;
повышение и снижение внутричерепного давления.

Классификация головной боли , краниальных невралгий и лицевых болей (ВОЗ, 1992, МКБ 10)

Первичные головные боли-
самостоятельные нозологические формы

Вторичные головные боли-
или симптоматические

**Краниальные невралгии, центральные
и периферические лицевые боли и
другие головные боли**

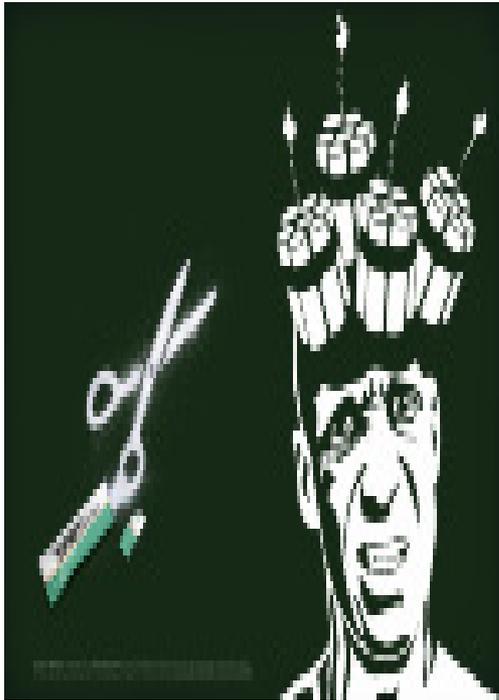


Первичные головные боли

- 1. Мигрень**
- 2. Головная боль напряжения**
- 3. Пучковая (кластерная) головная боль
и другие тригеминальные
вегетативные цефалгии**
- 4. Другие первичные головные**

вторичные головные боли

- 1. ГБ, связанные с травмой**
- 2. ГБ, связанные с сосудистым пор-м**
- 3. ГБ, связанные с несосудистым внутричерепным поражением**
- 4. ГБ, связанные с различными веществами и их отменой**
- 5. ГБ, связанные с инфекцией**
- 6. ГБ, связанные с нарушением гомеостаза**
- 7. ГБ, связанные с патологией черепа, зубов, глаз, пазух**
- 8. ГБ, связанные с психическими нарушениями**





***Краниальные невралгии,
центральные или
периферические лицевые боли***

- 1. Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли**
- 2. Другие ГБ, краниальные невралгии, центральные или периферические лицевые боли**

Основные типы хронических головных болей

(Goadsby PJ., Boes C., J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 72(Suppl 11): ii2-ii5).

Первичные		Вторичные
> 4 часов в сутки	< 4 часов в сутки	
Хроническая мигрень	Хроническая кластерная головная боль	Посттравматическая Цервикогенная
Хроническая головная боль напряжения	Хроническая пароксизмальная гемикрания	Воспалительная <ul style="list-style-type: none">• Височный артериит• Саркоидоз• Синдром Бехчета
Хроническая гемикрания	SUNCT синдром	Хронические инфекции ЦНС
Новая ежедневная персистирующая головная боль	Головная боль пробуждения	Головные боли вследствие приема некоторых веществ*

Экстренное неврологическое и нейровизуализационное обследование и соответствующее лечение требуют следующие симптомы:

- 1) внезапно изменение характера, частоты, усиление интенсивности приступов хронической головной боли;
- 2) угнетение сознания при головной боли или возникновение очаговой неврологической симптоматики, которая не регрессирует в межприступном периоде;
- 3) появление или усиление сопровождающих головную боль симптомов;
- 4) появление головной боли через несколько суток или недель после нетяжелой травмы головы;
- 5) оценка больным головной боли, как самой сильной, которую он когда-либо испытывал в жизни;
- 6) неэффективность проводимой терапии.

*Лекарственный абюзус –
главный фактор трансформации в 50%-82%
случаев по данным специализированных центров
головной боли*

- В общей популяции ХЕГБ этот фактор составляет около **30%** (Castillo J. 1999);
- Женщины в 3,5 раза чаще
- **В 2/3** случаев используют безрецептурные анальгетики
- Используют препараты различных фармакологических групп, начиная с анальгетиков и затем отдавая предпочтение комбинированным препаратам
- У детей и подростков описан анальгетический абюзус и абюзусные головные боли;
- Аспирин, ацетаминофен/ парацетамол, НПВП, комбинированные анальгетики с барбитуратами, наркотическими анальгетиками, эрготы, триптаны – могут вызвать или усиливать головные боли;

Мигрень внесена ВОЗ в список
19 заболеваний
в наибольшей степени нарушающей
социальную адаптацию пациентов

Стадии мигренозного приступа:
продром за 48ч до фазы головной боли
Аура 5- 60 минут
Головная боль 8- 24 часа
Постдрома от нескольких часов до 1 суток

Механизм приступа мигрени



Международная классификация головных болей

II, 2003 год.

1.5.1. Хроническая мигрень

Описание: мигренозная головная боль, возникающая 15 или более дней в месяц в течение более чем 3 месяцев при отсутствии злоупотребления лекарственными препаратами (лекарственного абузуса).

Диагностические критерии:

А. Головная боль, отвечающая критериям С и В для Мигрени без ауры и возникающая более 15 дней в месяц в течение более 3 месяцев.

В. Не связана с другими причинами

диагностические критерии мигрени без ауры

Продолжительность приступа 4-72 часа (без лечения или при неэффективности лечения)

С. ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик
Дебют в 10-20 лет, чаще у женщин

- Односторонняя локализация
- Пульсирующий характер
- Интенсивность боли от средней до значительной
- ГБ ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности
- ГБ сопровождается как минимум одним из следующих с-в
 - тошнота и/или рвота
 - фотофобия или фонофобия

Е. не связана с другими причинами

Мигрень с аурой

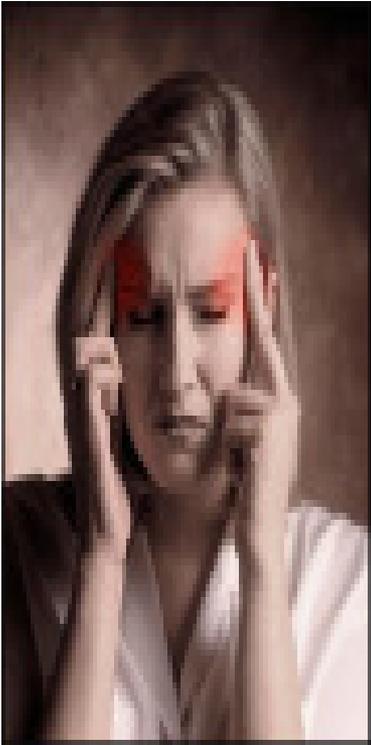
как минимум 2 приступа отвечающих требованиям:

- 1) полная обратимость симптомов;
- 2) длительность симптомов не более 60 мин.;
- 3) длительность светлого промежутка между аурой и началом боли – менее 60 мин;
- 4) полностью обратимые симптомы корковой и стволовой локальной дисфункции

Формы мигрени с аурой

- 1) офтальмическая – дефекты поля зрения, мерцающие скотомы;
- 2) ретинальная- центральная и парацентральная скотома, преходящая слепота на один или оба глаза;
- 3) офтальмоплегическая – преходящие глазодвигательные нарушения;
- 4) гемиплегическая;
- 5) афатическая ;
- 6) вестибулярная;
- 7) мозжечковая
- 8) базилярная

Классификация ГБН



Нечастая эпизодическая ГБН
Эпизодическая ГБН
Хроническая ГБН

- А. сочетающаяся с напряжением перикран. мышц
- Б. не сочетающаяся с напряжением перикран. мышц

Критерии диагностики ХГБН ICHD, 2003

ГБ, возникающая не менее 15 дней в месяц на протяжении как минимум 3-х месяцев и отвечающая критериям В_Д

В. ГБ продолжается несколько часов или имеет постоянный характер

С. ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:

- двухсторонняя локализация
- Давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер
- легкая -> умеренная интенсивность
- не усиливается обыкновенной физической активностью (ходьба, подъем по лестнице)

Д. Оба симптома из нижеперечисленных::

- Только один с-м из трех: фото или фоннофобия или легкая тошнота
- Гб не сопровождается ни умеренной, ни сильной тошнотой и рвотой

Е.ГБ не связана с другими расстройствами

Лечение ГБН

Эпизодическая ГБН

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

Хроническая ГБН

1. Антидепрессанты
(не менее 4,5 месяцев)
2. Миорелаксанты
3. Немедикаментозные методы
(психотерапия, БОС, ПИР, ИРТ,
массаж)



Классификация кластерной ГБ и других тригеминальных вегетативных цефалгий

Пучковая ГБ

эпизодическая пучковая ГБ

хроническая пучковая ГБ

Пароксизмальная гемикрания

эпизодическая ПГ

хроническая ПГ

SUNCT - синдром

кластерная головная боль

Описание:

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

хроническая кластерная головная боль

Диагностические критерии:

- А. Как минимум 5 приступов, отвечающих критериям В.
- В. Интенсивная или чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и/или височной локализации, продолжительностью от 15 минут до 3 часов без лечения
- С. Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:
1. ипсилатеральное покраснение глаза и/или слезотечение
 2. ипсилатеральное заложенность носа и/или ринорея
 3. ипсилатеральное опущение века
 4. ипсилатеральная потливость лба и лица
 5. ипсилатеральный миоз и/или птоз
 6. ипсилатеральное беспокойства (невозможность находиться в покое) или гиперемия лица
- Частота приступов — от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки
- Е. Не связана с другими причинами (нарушениями)

Приступы повторяются в течение 1 года без ремиссий или с ремиссией не более 1 месяца

Общие принципы терапии болевых синдромов

Воздействие на:

- источник боли;
- рецепторы боли и периферические волокна;
- задние рога спинного мозга;
- проводящие системы боли;
- мотивационно-аффективную сферу и регуляцию поведения.

Стратегия терапии болевых синдромов

(рекомендации ВОЗ)

- **1-ый шаг – НПВП или ингибиторы ЦОГ-2.**
 - **2-шаг – слабый опиоид (трамал).**
 - **3-шаг – сильный опиоид (морфин, пластырь с фентанилом + НПВП или глюкокортикоиды).**
 - **4-й шаг – эпидурально морфин+антидепрессанты +антиконвульсанты**
 - **5-й шаг – нейрохирургическая коррекция**
- **Анальгетики 1-го ряда (опиоиды, НПВП).**
 - **Анальгетики 2-го ряда (антидепрессанты, антиконвульсанты, миорелаксанты, блокаторы Ca-каналов, NMDA-антагонисты, гормоны и др.**

Нестероидные противовоспалительные препараты

- Неизбирательные ЦОГ-1 и ЦОГ-2 ингибиторы:
 - индометацин
 - диклофенак
 - ибупрофен
 - напроксен
 - пироксикам
 - лорноксикам
- Избирательные ЦОГ-2 ингибиторы:
 - мелоксикам (мовалис)
 - целекоксиб (целебрекс)
 - рофекоксиб (виокс)
 - нимесулид (нимесил)