

Школа по головной боли

Международная классификация ГОЛОВНОЙ БОЛИ 2004 г.

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

Международная классификация ГОЛОВНОЙ БОЛИ 2004 г.

Часть 2: Вторичные головные боли

5. (G44.88) ГБ, вызванные травмой головы и шеи
6. (G44.81) ГБ, вызванные сосудистыми заболеваниями
7. (G44.82) ГБ, вызванные несосудистыми внутрикраниальными заболеваниями
8. (G44.4, G 44.83) ГБ, вызванные приёмом веществ или их отменой
9. (G44.821) ГБ, связанные с инфекциями
10. (G44.882) ГБ, вызванные нарушениями гомеостаза
11. (G44.84) ГБ, вызванные патологией черепа, шеи, глаз ушей носа, синусов, зубов...
12. (R51) ГБ, вызванная психическими заболеваниями

Международная классификация ГОЛОВНОЙ БОЛИ 2004 г.

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

13 (G44.847, G44.848, Краниальные невралгии и центральные
G44.85) причины лицевой боли

14 (R51) Другие головные боли, краниальные невралгии,
центральные и первичные лицевые 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

Класстерная головная боль

Опухоли

Хроническая субдуральная гематома

Цервикогенная

Глаукома

Пожилые (старше 65 лет)

Цервикогенная головная боль

Краниальный артериит

Персистирующая головная боль напряжения

Персистирующая мигрень

Редко 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

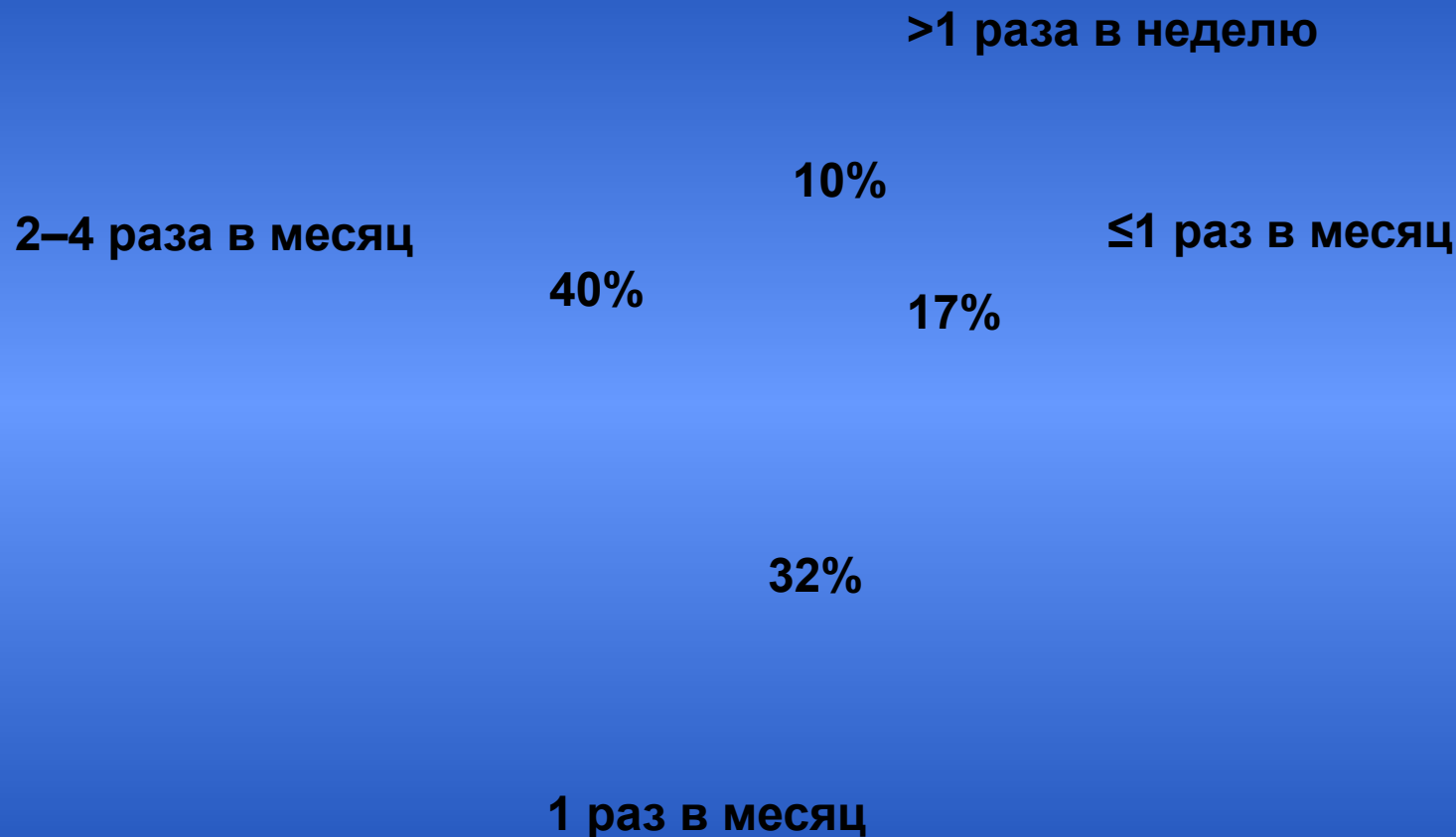
Неврологические симптомы, требующие дополнительных исследований

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

Клиника и диагностика мигрени

МИГРЕНЬ –заболевание, имеющее наследственную
предрасположенность, проявляется
приступами пульсирующей односторонней головной боли,
продолжительностью 4-72 часа, и
сопровождается повышенной чувствительностью к свету,
звуку, тошнотой и рвотой.

Частота приступов мигрени



Критерии диагностики мигрени

Мигрень без ауры

Как минимум 5 приступов, соответствующих критериям:

- Головная боль длительностью 4–72 часа (2–48 ч у детей)
 - Как минимум два из признаков:
 - Односторонность боли
 - Пульсирующий характер
 - Интенсивность от средней до тяжелой
 - Провоцируется активностью
 - Сопровождается хотя бы одним дополнительным симптомом:
 - тошнота
 - рвота
 - Фото- фонофобия
 - Отсутствие явных симптомов органического поражения мозга

Мигрень с аурой

Как минимум 2 приступа, соответствующих критериям:

- Как минимум 3 признака:
 - Один или несколько полностью обратимых симптомов ауры
 - Последовательное развитие симптомов ауры
 - Длительность симптомов ауры не более часа
 - Головная боль сопровождает ауру или возникает сразу после нее
- Отсутствие явных симптомов органического поражения мозга

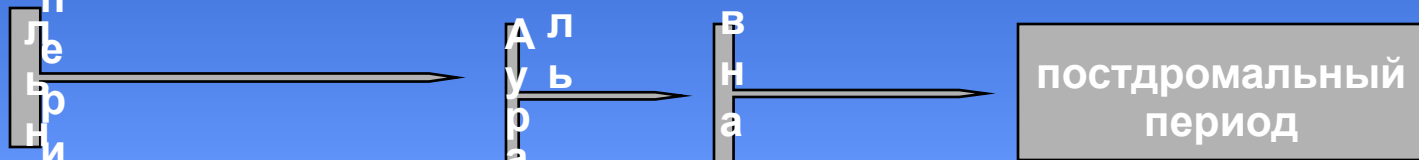
По классификации международного общества по изучению ГБ (1988)

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ МИГРЕНИ

1. мигрень без ауры (*простая форма*) наиболее частая, встречается в 60-72% случаев



2. мигрень с аурой («ассоциированная мигрень»)



АУРА — комплекс фокальных неврологических признаков, предшествующих или сопровождающих головную боль.

Критерии мигрени с аурой:

- полная обратимость одного или более симптомов ауры, свидетельствующих о фокальной церебральной корковой и (или) стволовой дисфункции;
- ни один из симптомов ауры не длится более 60 минут;
- длительность «светлого промежутка» между аурой и началом ГБ - менее 60 минут.

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
 - Скотома
- 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

Silberstein and Lipton (1994);
Lance (1993); Blau (1992)

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 мозга

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

ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ

Препараты, применяемые для снятия приступа мигрени

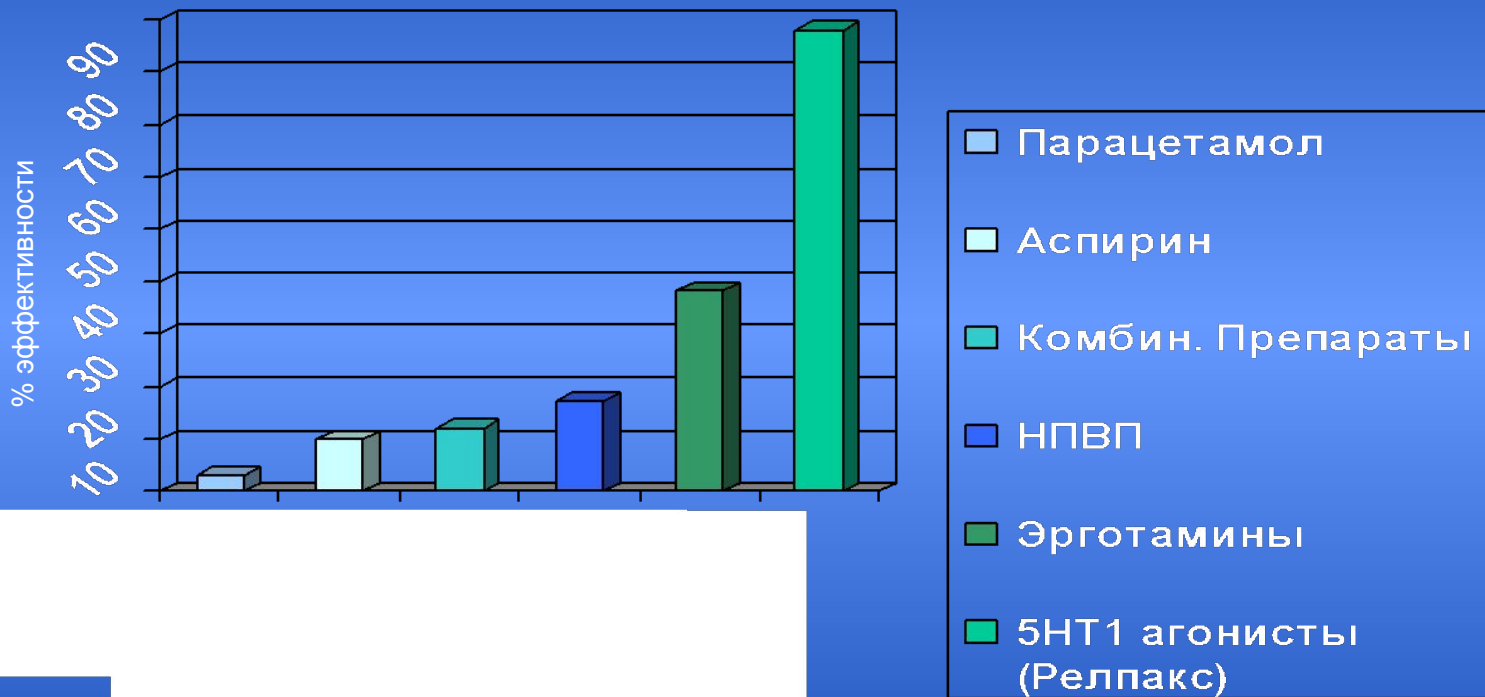
- Препараты с неспецифическим механизмом действия
 - Анальгетики
 - НПВС
 - Комбинированные препараты
- Препараты со специфическим механизмом действия
 - Селективные агонисты 5HT₁ рецепторов
(Суматриптан, Золмитриптан, **Элетриптан (Релпакс)**)
 - Неселективные агонисты 5HT₁ рецепторов
(Эрготамин, Дигидроэрготамин)

Идеальный препарат для лечения мигрени

- Быстрое начало действия, простота применения
 - (улучшение через 30мин)
- Низкий процент возврата головной боли
- Снятие сопутствующих симптомов
- Улучшение качества жизни
- Приемлемый профиль безопасности

Эффективность различных обезболивающих препаратов

Купирование головной боли во время приступа мигрени



5 HT1 агонисты (Релпакс) наиболее эффективно купируют приступ мигрени

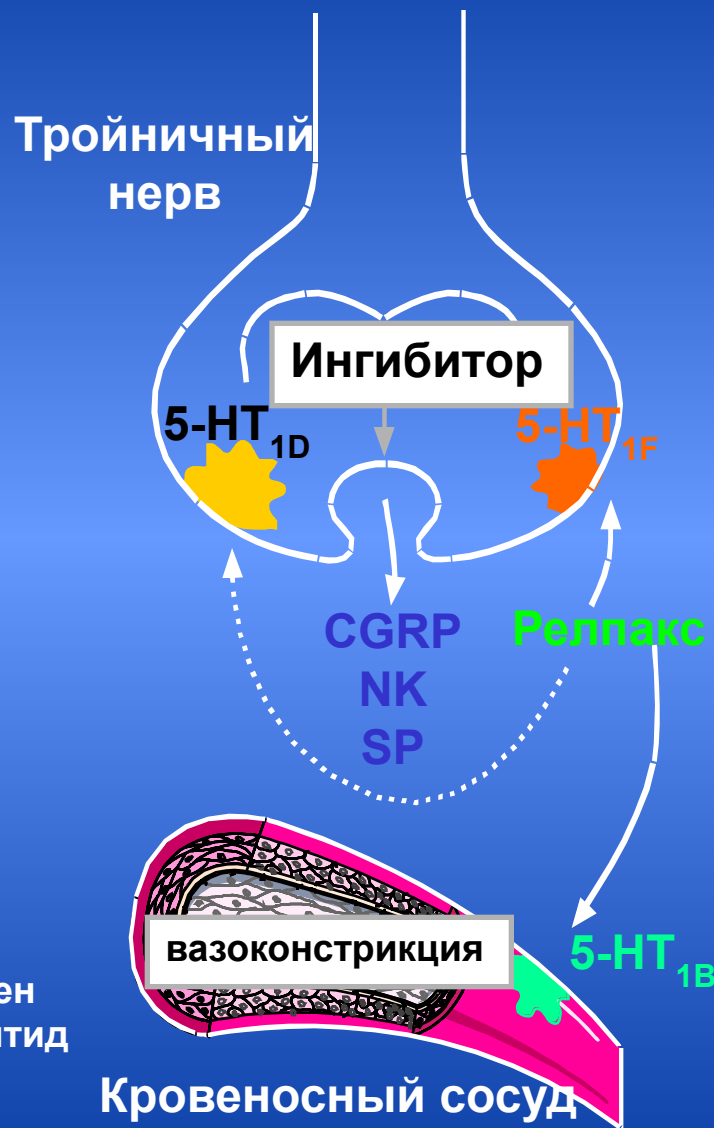
5 HT1 агонисты (Триптаны)

- Препараты, специально разработанные для купирования приступов мигрени
- Воздействуют на причину боли
- Эффективно купируют основные симптомы:
 - Головная боль
 - Тошнота, рвота
 - Свето- и звуко-боязнь

Тригеминоваскулярная модель мигрени



Механизмы лечения мигрени



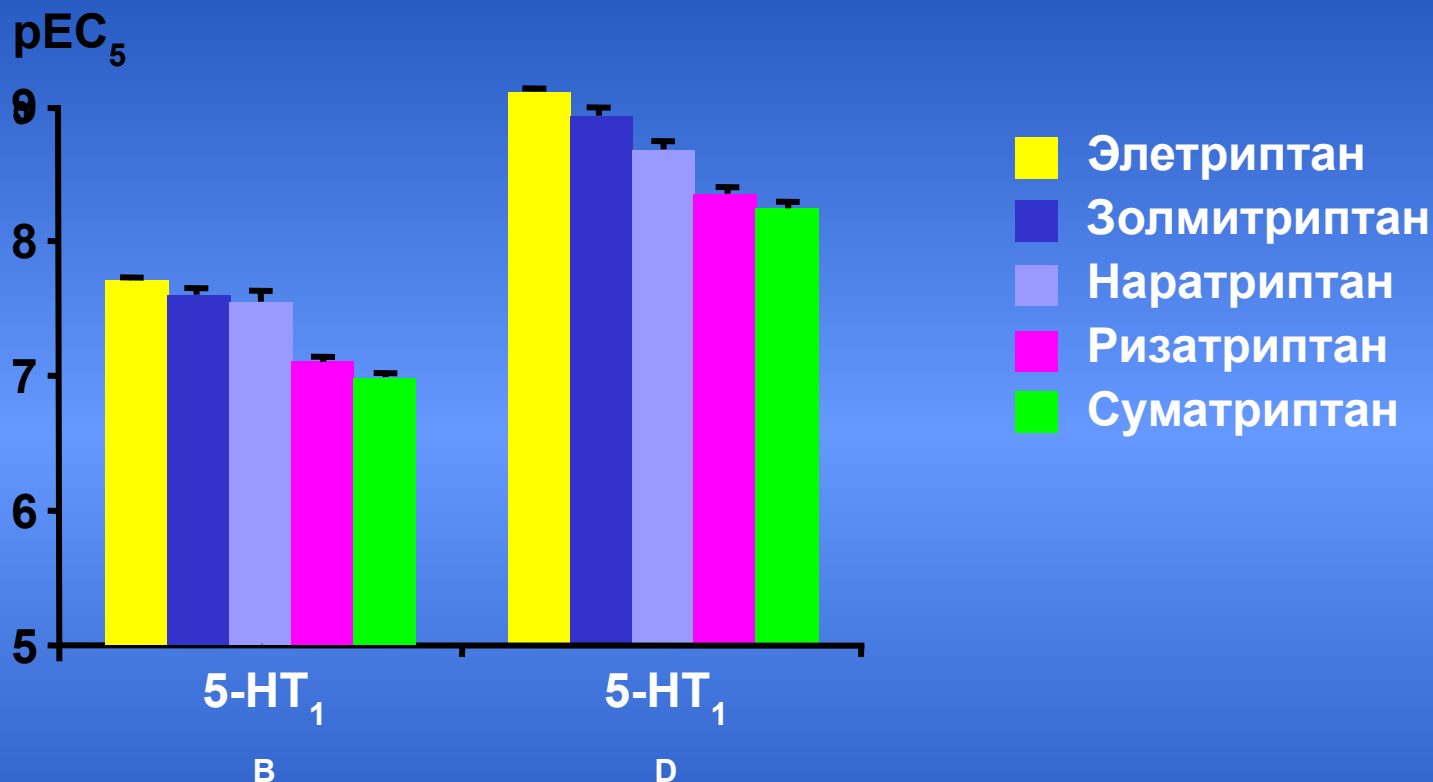
CGRP кальцитонин-ген
связанный пептид

NK нейрокинин А

SP субстанция Р

Адаптировано по Goadsby (1997)

Элетриптан обладает мощным агонизмом к противомигренозным рецепторам[†]

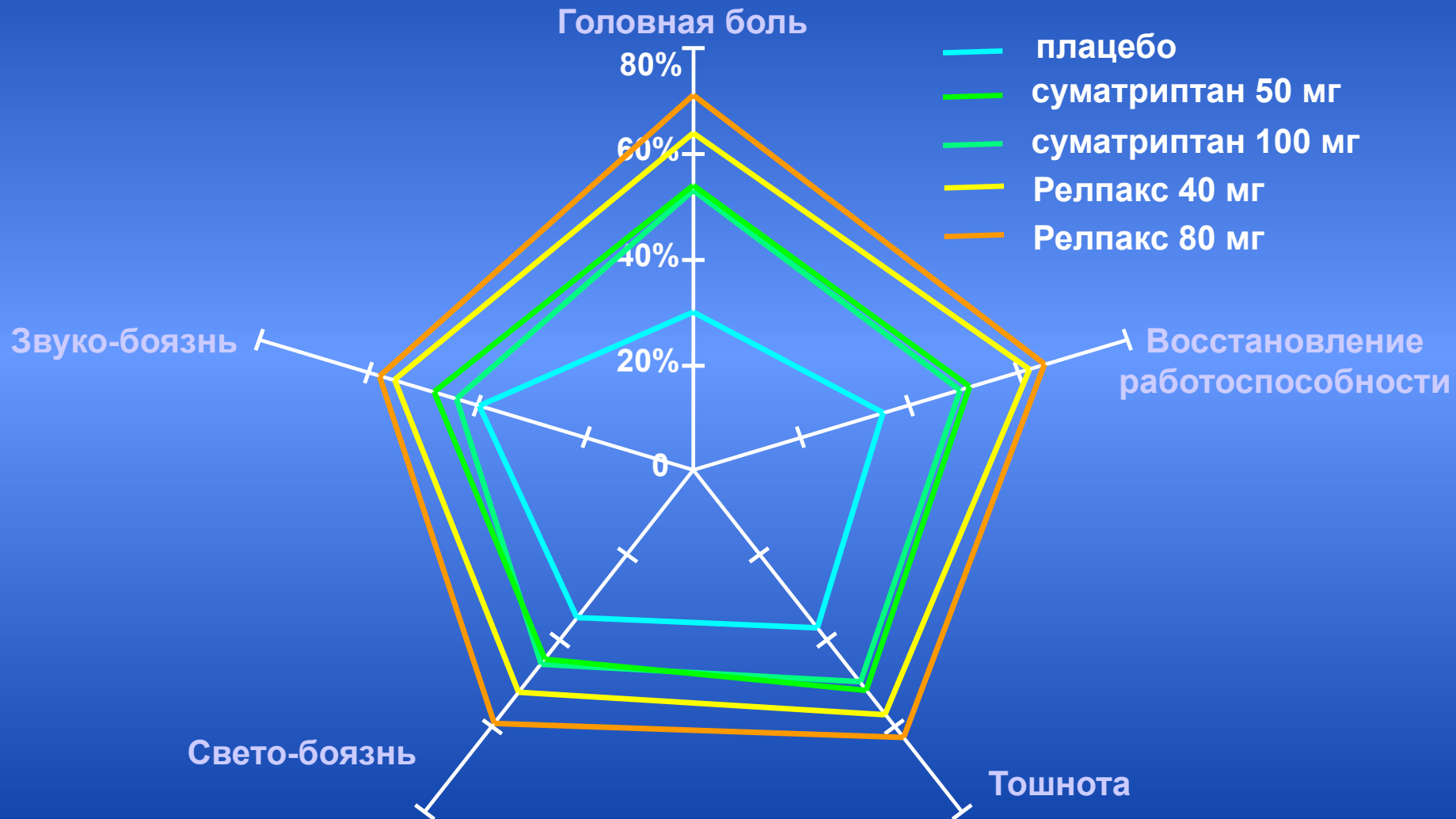


- Мощный агонист 5-HT_{1B} и 5-HT_{1D} рецепторов
- Мощность воздействия в порядке уменьшения:
Элетриптан>Золмитриптан>Наратриптан>Ризатриптан>Суматриптан

[†] данные *In vitro* могут не коррелировать с клинической эффективностью

Релпакс

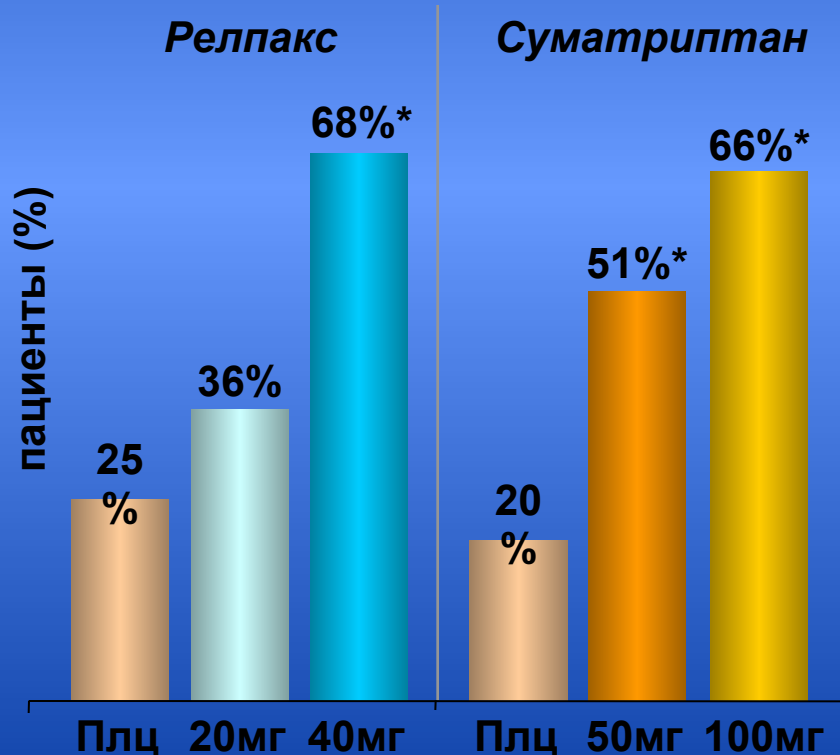
эффективно купирует сопутствующие симптомы



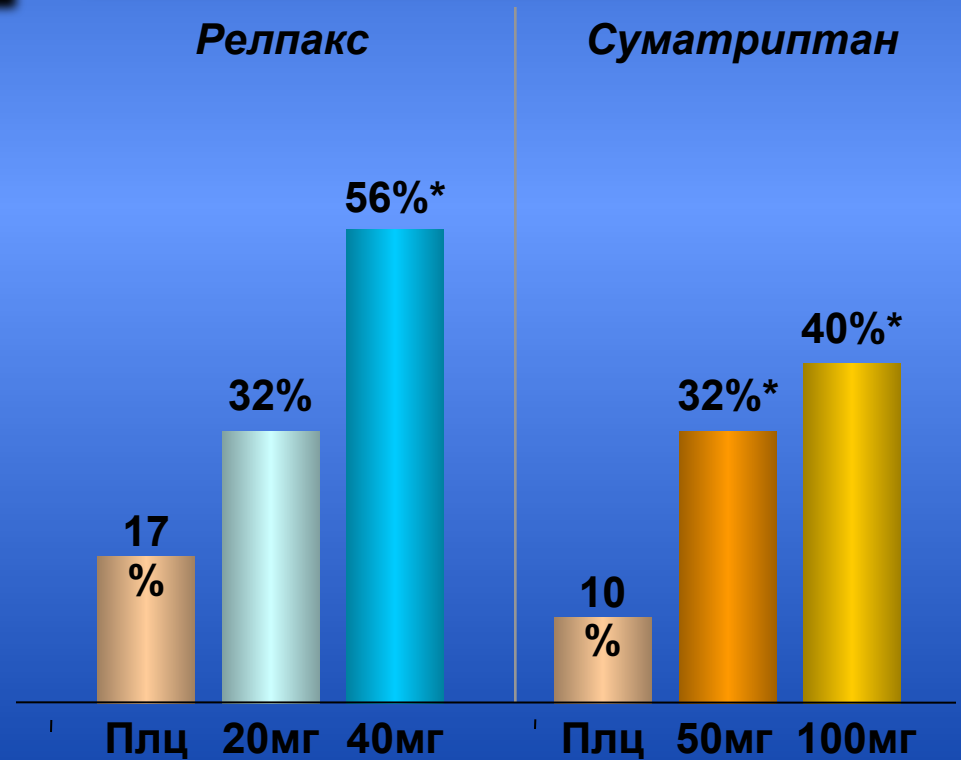
(сводные данные из исследований 314, 318 and 104, $n=1639$)

Релпакс действует быстрее и дольше по сравнению с суматриптаном

Полное купирование приступа
через 2 часа



Длительность эффекта
(24 часа)



* $p < 0.05$ vs Placebo

Sandrini G et al Eletriptan vs sumatriptan a double-blind, placebo-controlled, multiple migraine attack study, Neurology 2002;59:1210-1217

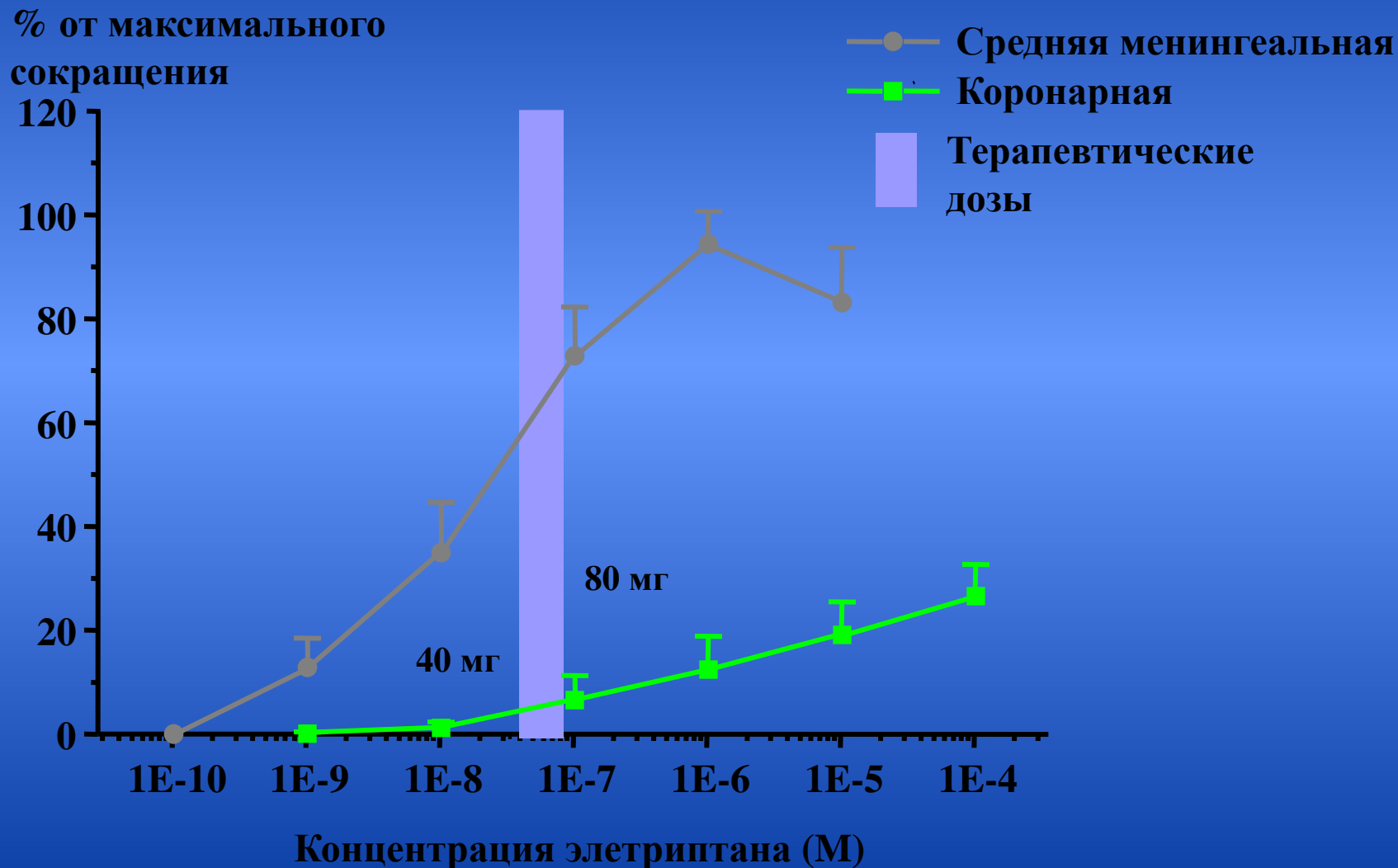
Релпакс— режим дозирования

- Начальная рекомендуемая доза Релпакса – 40 мг.
- Время приема: как можно быстрее от момента начала головной боли
- Если головная боль купируется, а затем возвращается в течение 24 часов. То можно принять 2-ю таблетку Релпакса, но не ранее чем через 2 часа после приема 1-ой таблетки
- Если прием Релпакса 40мг не дал должного эффекта, то для купирования следующих приступов можно принять сразу 80 мг
- Максимальная суточная доза Релпакса – 160 мг

Противопоказания

- Пациентам до 18 и старше 65 лет
- При тяжелой почечной и печеночной недостаточности
- Пациентам с известной гиперчувствительностью к элетриптану или его активным ингредиентам
- Пациентам с ИБС, цереброваскулярной патологией и окклюзионными заболеваниями периферических сосудов
- Пациентам с неконтролируемой артериальной гипертензией
- Пациентам с офтальмоплегической или базилярной мигренью
- В течение 24 часов до или после приема Релпакса нельзя принимать эрготамин или его производные

Релпакс оказывает селективное действие на интракраниальные артерии †



† Данные *in vitro* не всегда коррелируют с клиническим эффектом

Препараты, используемые для профилактической терапии мигрени

- Антikonвульсанты (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.)

Головные Боли Напряжения (ГБН)

Головная боль напряжения

Синонимы: простая; стрессогенная;

головная боль, связанная с мышечным

напряжением; психогенная; эссенциальная;

идиопатическая.

Критерии диагностики ГБН ICHD, 2003

- ГБ длительностью от 30 минут до 7 дней
- Как минимум два из признаков:
 - двухсторонняя локализация
 - Давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер
 - легкая -> умеренная интенсивность
 - не усиливается обыкновенной физической активностью (ходьба, подъем по лестнице)

Оба из следующий признаков:

- отсутствует тошнота или рвота (может появляться анорексия)
- только один из симптомов: фото- или фонофобия

ГБ не связана с другими расстройствами

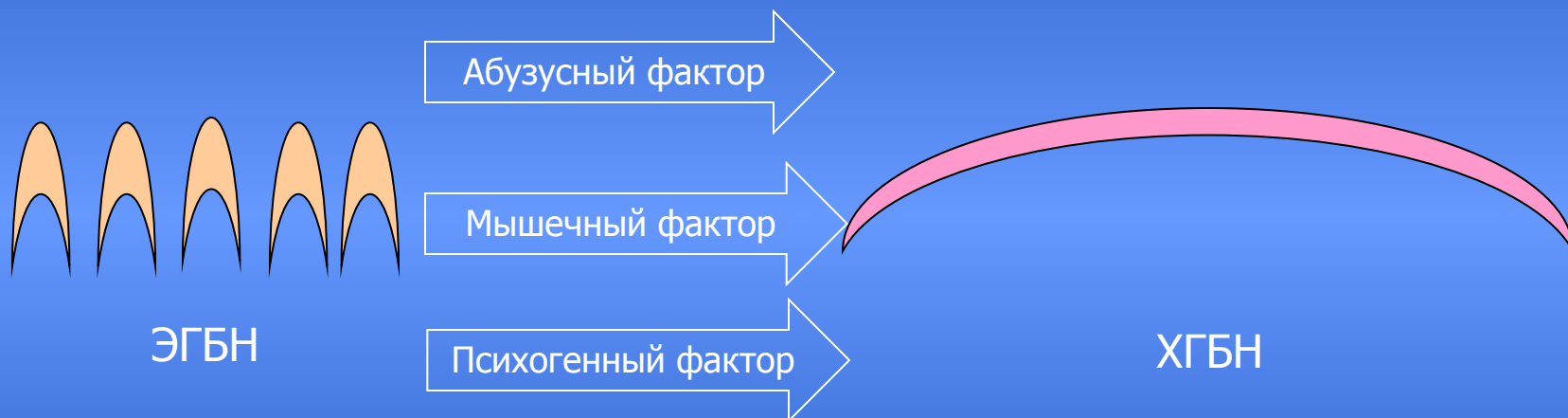
Этиология ГБН

1. Психосоциальный стресс
 2. Тревога
 3. Депрессия
 4. Напряжение перикраниальных мышц
 5. Сочетанные причины
 6. Очевидная причина может быть не определена.
-

Классификация ГБН

- **2.1 Нечастая эпизодическая ГБН**
 - 2.1.1 Нечастая эпизодическая ГБН с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.1.2 Нечастая эпизодическая ГБН без напряжения перикраниальных мышц
- **2.2 Частая эпизодическая ГБН**
 - 2.2.1 Частая эпизодическая ГБН с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.2.2 Частая эпизодическая ГБН без напряжения перикраниальных мышц
- **2.3 Хроническая ГБН**
 - 2.3.1 Хроническая ГБН с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.3.2 Хроническая ГБН без напряжения перикраниальных мышц
- **2.4 Возможная ГБН**

Основные факторы хронификации ГБН



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)
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) головная боль

Синонимы:

цилиарная невралгия, эритро-мелалгия головы, эритропропозалгия Бинга, гистаминовая цефалгия. Хортоновская ГБ, мигренозная невралгия Харриса, невралгия Гарднера, сфенопалитановая невралгия Сладера

Распространенность пучковой головной боли (ПГБ)

- ПГБ в популяции – 0.5-1%
- Мужчины страдают в 3-4 раза чаще, чем женщины
- Дебют заболевания в 20-40 лет
- Имеется сезонность: обострения весна-осень
- у 5% пациентов заболевание носит наследственный характер (аутосомно-доминантный тип)
- Атаки возникают сериями или пучками
- Длительность пучка от нескольких недель до нескольких месяцев с четко выраженной ремиссией
- 10-15% пациентов имеют хронические ПГБ без ремиссии

Пучковая головная боль

- Мужчины, страдающие ПГБ обычно имеют характерный внешний вид: атлетическое телосложение, утолщенную с тельангиоэктазиями и выраженными мимическими морщинами кожу лица, ореховые глаза - «лицо льва»
- Боль во время атаки носит крайне выраженный характер; известны попытки суицида во время приступа ПГБ (суицидальная головная боль)
- Характерно психомоторное возбуждение во время атаки
- Пугливость, нерешительность во время обострения «сердце мыши» являются психологическими особенностями пациентов с ПГБ

Критерии диагностики пучковой ГБ

- Как минимум 5 приступов , соответствующих критериям:
 - сильная, односторонняя орбитальная, супраорбитальная и,или 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
 - Чувство усталости или ажитации
- Частота атак от 1 до 8 в сутки
- Головная боль не связана с другими расстройствами

Классификация ПГБ по МКГБ 2004

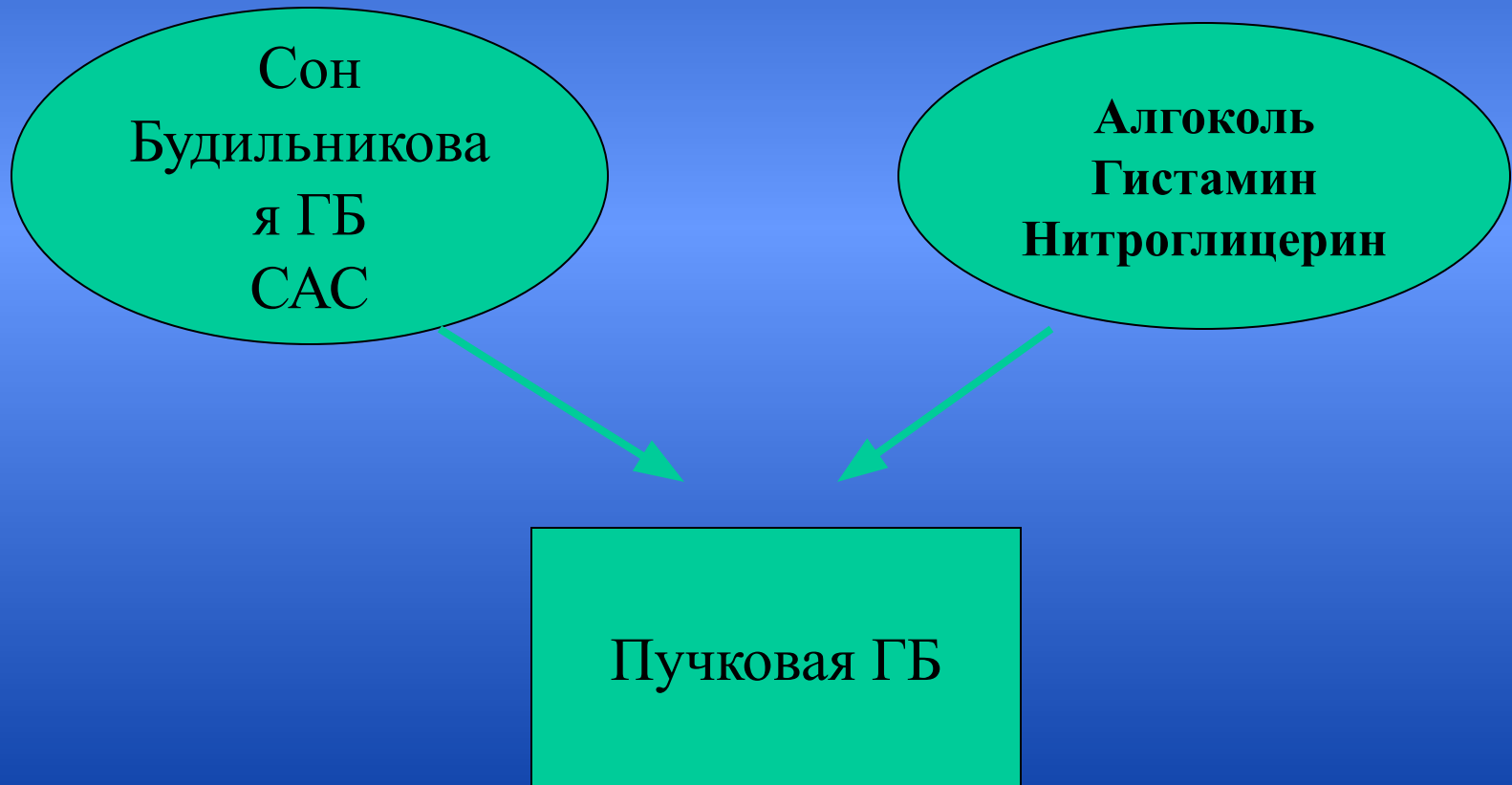
- Эпизодическая форма – 85-90 %

При эпизодической форме атаки длятся от 7 дней до 1 года и разделяются периодами ремиссии в 1 месяц и более

- Хроническая форма – 10-15%

При хронической форме атаки возникают в течение года без ремиссий или с короткими ремиссиями менее 1 месяца

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

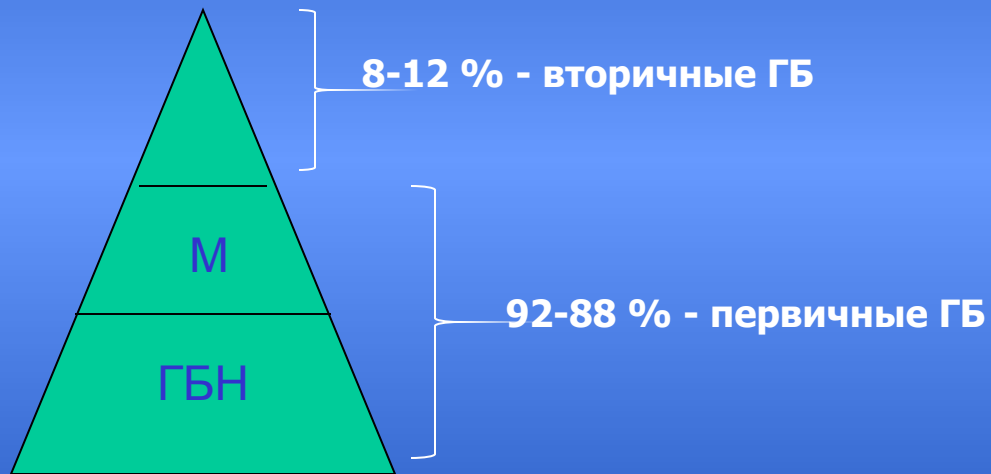
Вторичные головные боли

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 обследования подтверждающие наличие основного заболевания
- ГБ является новым симптомом или непосредственно связана с началом, обострением основного заболевания
- ГБ исчезает при лечении основного заболевания

СИГНАЛЫ ОПАСНОСТИ ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ

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

Дополнительные методы исследования ГБ

- КТ, МРТ головы , шеи
- Дуплексное сканирование, УЗДГ МАГ, ТКД
- Глазное дно
- Поля зрения
- Внутриглазное давление
- Люмбальная пункция
- ЭЭГ
- Р-г черепа, ШОП
- Клин. исслед. крови
- Кардиолог. исслед.
- Исследование зубов.
- ВНЧ сустава
- ЛОР-исследование

Классификация вторичных головных болей

- ГБ, вызванные травмой головы и шеи
- ГБ, вызванные сосудистыми заболеваниями
- ГБ, вызванные несосудистыми внутрикраниальными заболеваниями
- ГБ, вызванные приёмом веществ или их отменой
- ГБ, связанные с инфекциями
- ГБ, вызванные нарушениями гомеостаза
- ГБ, вызванные патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носа, синусов, зубов...
- ГБ, вызванная психическими заболеваниями

Цефалгический синдром у больных с дисциркуляторной энцефалопатией

- Головные боли при ДЭ характеризуются больными как ощущение тяжести в голове
- Возникновение на фоне психической деятельности, в связи с изменением эмоционального состояния
- Непостоянство ГБ и отсутствие связи с конкретными гемодинамическими факторами
- Уменьшение выраженности ГБ по мере прогрессирования заболевания

Туморозные головные боли

- Характеризуются возникновением в достаточно короткий срок необычных по характеру (ранее не наблюдавшихся у данного пациента) головных болей
- Прогредиентно нарастающие головные боли
- Утренние головные боли
- Возникновение после физического напряжения, сильного потягивания, кашля или сексуальной активности
- Выраженность головной боли зависит от положения головы и тела
- Нарастание и появление новых сопровождающих симптомов в виде рвоты, повышения температуры тела, стабильной неврологической симптоматики
- Появление мигреноподобных приступов впервые после 50 лет

Вторичные головные боли

● Лекарственные головные боли

Лекарственные средства, вызывающие ГБ:

- Amantadine
 - Calcium-channel blockers
 - Caffeine
 - Cimetidine
 - Corticosteroids
 - Cyclophosphamide
 - Dipyridamole
 - Estrogens
 - Ethanol
 - Hydralazine
 - Indomethacin
 - L-Dopa
 - Monoamine oxidase inhibitors
 - Nonsteroidal antiinflammatory agents
 - Nitrates
 - Nicotinic acid
 - Phenothiazines
 - Ranitidine
 - Sympathomimetic agents
 - Tamoxifen
 - Theophyllines (thioxanthines)
 - Tetracyclines
 - Trimethoprim
-

Вторичные головные боли

- **Абузусная ГБ** (головная боль, вызванная злоупотреблением анальгетиками)
 - 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 абузусной головной боли

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

Цервикогенные головные боли

- ✓ Чаще после сна
- ✓ Средней интенсивности
- ✓ Характерное распространение боли
- ✓ Односторонние, без смены стороны
- ✓ Фото-фонофобия, тошнота, покраснение глаза
- ✓ Атаки от нескольких часов до суток
- ✓ Иррадиация в руку
- ✓ Ограничение движений в шее
- ✓ Провоцируются движениями в шее, вынужденным положением давлением на точку выхода ЗН
- ✓ Уменьшаются после блокады

Критерии цервикогенных головных болей

- Начало болей в области шеи и затылочной области
- Иррадиация боли на лобную, орбитальную, височную области, темя, уши
- Усиление боли при определенных движениях шеей
- Болезненные мышечные точки (триггерные точки) в области шеи
- Нарушения статики и динамики в шейном отделе позвоночника, напряжение мышц шеи
- Изменения на рентгенограммах позвоночника