

# *Головная боль : классификация и принципы диагностики*

- Кафедра клинической неврологии и нейрогериатрии  
ФПК и ППВ НГМУ
  - Городской научно-практический неврологический  
центр
    - Мясникова Н.Г

# 5 основных причин нетрудоспособности в мире

- -- Боль в спине
- -- Депрессивное расстройство
- -- Железодефицитная анемия
- -- Головные боли в целом
- -- Боль в области шеи

Исследование глобального бремени заболеваний (GBD 2010)

# Социально-экономический ущерб ГБ

- Япония- 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???

## Распространенность ГБ в России: клинико-эпидемиологический анализ ГБ взрослого населения

- Распространенность ГБ – 56.3%
- Хронические ГБ: 17% (!)
- Первичные ГБ: 91.4% •
- ГБН – 66%
- Мигрень – 14%
- Вторичные ГБ: 8.6% •
- Абузусная ГБ - 6%
- Куцемелов И.Б., Табеева Г.Р. 2005 Амелин А.В., Тарасова С.В. 2006

# Соотношение первичных и вторичных ГБ

- Первичные ГБ (не связаны с другими заболеваниями)-90-95%
- Вторичные ГБ (симптоматические) (связаны с другими заболеваниями)-5-10%

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

# Боль

– неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или предполагаемым повреждением тканей, и одновременно реакция организма, мобилизующая различные функциональные системы для защиты его от воздействия патогенного фактора

# Головная боль -

болезненное ощущение,  
возникающее кверху от бровей и  
до шейно-затылочной области,  
обусловленное  
детерминированной  
дисфункцией вазомоторной  
регуляции

# Анатомические структуры головы, чувствительные к боли

- Волосистая часть головы
- Сосуды волосистой части головы
- Мышцы головы и шеи
- Крупные венозные синусы
- Артерии мозговых оболочек
- Крупные мозговые артерии
- Чувствительные к боли волокна V, VII, IX, X
- Участки твердой мозговой оболочки на основании мозга

# Типы головной боли

Головная боль

Вторичная  
(симптоматическая)

Первичная

- ГБН
- Мигрень
- Абузусная ГБ
- Кластерная ГБ
- Пароксизмальная гемикрания

Неклассифицируемая

# ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

- Эмоциональное напряжение, стресс
- Инфекционные заболевания, особенно сопровождающиеся интоксикацией (грипп, пищевые токсикоинфекции и др.)
- Воспаление придаточных пазух носа (синусит)
- Заболевания органа зрения — глаукома, высокая степень близорукости

# ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

- **Гипертонический криз**
- **Заболевания головного мозга — опухоли; воспалительные заболевания (менингит, энцефалит, арахноидит)**
- **Гормональные нарушения (предменструальный синдром, гипогликемия)**

# ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

- Железодефицитная анемия
- Психогенные головные боли
- Нерациональный прием лекарственных препаратов

# Лекарственные вещества, наиболее часто вызывающие головную боль

- алкалоиды спорыньи (синдром рикошета)
- анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства (особенно аспирин, индометацин, кодеин) — синдром рикошета
- антимикробные средства
- H<sub>2</sub>-блокаторы (ранитидин, циметидин)
- нитраты
- гипотензивные средства (антагонисты кальция, метилдофа, резерпин)
- дипиридамол

## Лекарственные вещества, наиболее часто вызывающие головную боль

- **ингибиторы МАО**
- **нитразепам**
- **пероральные контрацептивы**
- **симпатомиметики (в том числе сосудосуживающие препараты для лечения ринита, комплексные средства для купирования симптомов простуды)**
- **теофиллин**

# 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-3 бета : Содержание

- Часть I:
- Первичные ГБ (Главы 1-4) (цефалгии, не связанные с заболеваниями мозга и других структур головы и шеи)
  - 1.1 Мигрень (11-22%)
  - 1.2. Головная боль напряжения (40-65%)
  - 1.3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные цефалгии
  - 1.4. Другие первичные головные боли

# МКГБ-3 бета : Содержание

- Часть 2. Вторичные ГБ –главы 5-12
- 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
  - 9. инфекциями
  - 10. нарушениями гомеостаза
  - 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

# МКГБ-3 бета : Содержание

- Часть III: Краниальные невралгии, центральные и лицевые боли (Главы 13-14)
- 13.1. Тригеминальная невралгия
- 13.2. Глоссофарингеальная невралгия
- 13.19. Другие краниальные невралгии
- Кратковременная односторонняя невралгическая ГБ с инъекированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС) (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT))
- Возможные тригеминальные вегетативные цефалгии

# 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**  


ГБ → типы ГБ → Ведение дневника отличия между различными типами ГБ

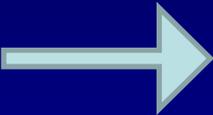
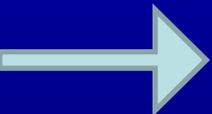
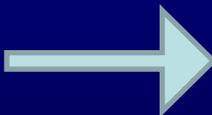
# Принципы использования МКГБ

- • Для установления диагноза необходимо определённое 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-Д
  - -- Критерий А мигрени с аурой: по меньшей мере 2 приступа, отвечающих критериям В и С

# Мигрень – G43

форма первичной головной боли  
периодически повторяющиеся приступы  
интенсивной ГБ пульсирующего характера,  
чаще односторонней, локализующейся  
преимущественно в глазнично-лобно-  
височной области; сопровождающейся  
тошнотой, рвотой, свето- и звукобоязнью, а  
также сонливостью и вялостью после  
приступа

# Мигрень – генетически-обусловленное нейроваскулярное заболевание

- Кортикальная гипервозбудимость 
- Кортикальная распространяющаяся депрессия 
- Активация тригемино-васкулярной системы 
- Нейрогенное воспаление - Расширение сосудов ТМО
- Центральная и периферическая сенситизация  *Приступ мигрени*

# Мигрень без ауры –диагностические критерии (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. 2 характеристики:**
  - *1. односторонняя локализация*
  - *2. пульсирующий характер*
  - *3. интенсивность боли от средней до значительной*
  - *4. ухудшается от обычной физической активности или требует ее прекращения*
- **D. Сопровождается как минимум одним из следующих симптомов: 1 . Тошнота и /или рвота**
  - *2. фотофобия или фонофобия*

## *Мигрень с аурой*

классическая мигрень, ассоциированная мигрень,  
офтальмическая,  
гемипарестетическая или афатическая мигрень

- расстройство, проявляющееся повторяющимися эпизодами обратимых локальных неврологических симптомов (аурой), обычно нарастающих в течение 5-20 минут и продолжающихся не более 60 минут.
- Головная боль с характеристиками мигрени без ауры, как правило, следует, за симптомами ауры. В редких случаях головная боль может отсутствовать совсем или не иметь мигренозных черт.

## *Мигрень с аурой*

классическая мигрень, ассоциированная мигрень, офтальмическая, гемипарестетическая или афатическая мигрень

- Диагностические критерии:
- А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критерию В
- В. Мигренозная аура, отвечающая критериям В и С для одного из типов
- 1.2.1.-1.2.6.
- Не связана с другими причинами (нарушениями)

# Диагностические критерии мигрени с аурой

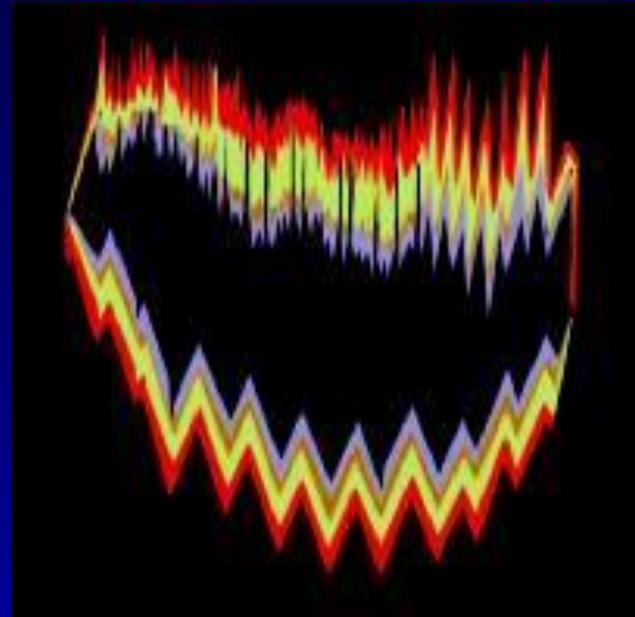
- Аура - это комплекс фокальных неврологических симптомов, возникающих непосредственно перед или в самом начале мигренозной головной боли.

Мигренозная атака должна иметь не менее трех из указанных признаков:

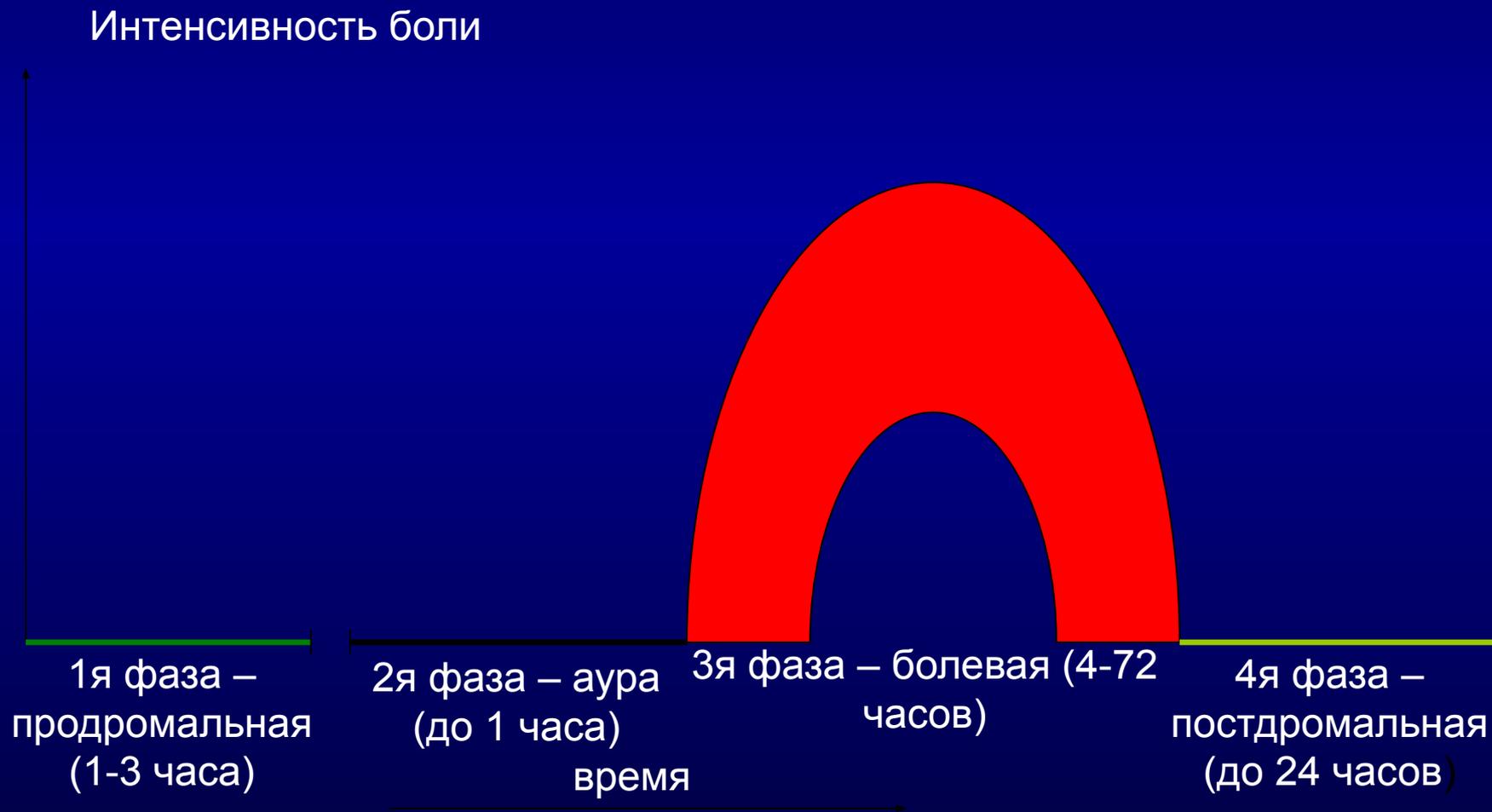
- полная обратимость симптомов ауры
- длительность симптомов не более 60 минут
- длительность светлого промежутка между аурой и началом ГБ менее 60 минут

# Симптомы, сопутствующие разным клиническим формам мигрени

Тип ауры	Неврологические симптомы
Офтальмическая	Фотопсии в виде мерцающих зигзагов, искры, молниеподобные вспышки, и др. Скотомы, гемианопсия
Ретинальная	Центральная или парацентральная скотома, переходящая слепота на один или оба глаза
Гемиплегическая, сенсорная	Парезы руки, ноги, гемипарезы, гемигипестезии, парестезии
Базиллярная	Двусторонние расстройства зрения, слепота, головокружение, шум в ушах, дизартрия, атаксия, двусторонние парестезии
Афатическая	Частичная или полная сенсорная или моторная афазия
Вестибулярная	Системное головокружение, нистагм
Мозжечковая	Нарушение статики и походки, нистагм
«Паническая»	Симптомы панической атаки (тахикардия, нехватка воздуха, удушье, эмоционально-аффективные расстройства: страх смерти, тревога, беспокойство)



# ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА МИГРЕНИ



# Продромальные симптомы мигрени

- *Первая стадия* –
- СИМПТОМЫ МОГУТ ВОЗНИКАТЬ за несколько часов или 2 суток до приступа мигрени (с аурой или без ауры).
- Продрома включает различные сочетания таких симптомов, как слабость, трудности концентрации внимания, напряжение в области мышц шеи, повышенная чувствительность к световым и звуковым раздражителям, тошнота, нечеткость зрения, зевота и бледность кожи.

# ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА МИГРЕНИ

- **Вторая стадия** - аура, во время которой возникает спазм сосудов в зоне разветвления сонной артерии. При этом наблюдается уменьшение кровоснабжения самих сосудистых стенок. Наиболее отчетливо спазм выражен в интрацеребральных сосудах и сосудах сетчатки.
- **Третья стадия** – патологическое расширение артерий, артериол и вен, атония их стенок. При этом увеличивается амплитуда пульсовых колебаний стенок сосудов. Уменьшение кровоснабжения самих сосудистых стенок делает их особо чувствительными к растяжению с нарушением проницаемости и отеком сосудистой стенки, периартериальной ткани.
- **Четвертая стадия** – восстановительный период.

## 1.2.1 Типичная аура с мигренозной головной болью

- типичная аура, включающая зрительные и/или чувствительные симптомы и/или речевые нарушения с постепенным развитием симптомов, продолжительностью не более 1 часа, сочетанием позитивных и негативных симптомов, полной обратимостью симптоматики, и сочетающаяся с головной болью, которая отвечает критериям *Мигрени без ауры*.

## 1.2.1 Типичная аура с мигренозной головной болью - Диагностические критерии:

- А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критериям В-D
- В. Аура - полностью обратимые зрительные симптомы (позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (нарушение зрения), чувствительные симптомы (позитивные (ощущение покалывания) и/или негативные (онемение))
- полностью обратимые нарушения речи

## 1.2.1 Типичная аура с мигренозной головной болью - Диагностические критерии.

- С. По меньшей мере два из нижеперечисленных:
- гомонимные зрительные нарушения и/или односторонние чувствительные симптомы
- как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении не менее 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении не менее 5 минут
- каждый симптом имеет продолжительность не менее 5 минут, но не более 60 минут
- Головная боль, соответствующая критериям В-D для *Мигрени без ауры*, начинается во время ауры или в течение 60 минут после ее начала

## 1.2.2. Типичная аура с немигренозной головной болью

- типичная аура, включающая зрительные и/или чувствительные симптомы и/или речевые нарушения с постепенным развитием симптомов, продолжительностью не более 1 часа, сочетанием позитивных и негативных симптомов, полной обратимостью симптоматики, и сочетающаяся с головной болью, которая НЕ отвечает критериям *Мигрени без ауры*.

### 1.2.3 Типичная аура без головной боли

- типичная аура, включающая зрительные и/или чувствительные симптомы, с речевыми нарушениями или без них, с постепенным развитием симптомов, продолжительностью не более 1 часа, сочетанием позитивных и негативных симптомов, полной обратимостью симптоматики и не сочетающаяся с головной болью.

# Мигрень с аурой

- 1) полная обратимость симптомов ауры;
- 2) ни один из симптомов не должен длиться более 60 мин.;
- 3) длительность светлого промежутка между аурой и ГБ должна быть не более 60 мин.
- 4) Дифдиагностика мигренозной ауры с ТИА. Отличие - повторяемость мигренозной ауры, ее временные характеристики, сочетание с типичными мигренозными головными болями и семейный анамнез по мигрени.

## 1.2.4 Семейная гемиплегическая мигрень (СГМ, *Familial hemiplegic migraine (FHM)*)

- мигрень с аурой, включающей моторную слабость, а также наличие по меньшей мере одного родственника первой или второй степени родства с аналогичной аурой, сочетающейся с моторной слабостью.

## 1.2.4 Семейная гемиплегическая мигрень (СГМ, *Familial hemiplegic migraine (FHM)*)

- *1.2.3.1.1 СГМ 1 типа* (мутация гена *CACNA1F* на 19 хромосоме)
- *1.2.3.1.2 СГМ 2 типа* (мутация гена *ATP1A2* на 1 хромосоме)
- *1.2.3.1.3 СГМ 3 типа*
- *1.2.3.1.4 СГМ (с мутациями в других локусах)*

## 1.2.5. Спорадическая гемиплегическая мигрень

- мигрень с аурой, включающей моторную слабость, однако ни у одного из родственников первой или второй степени родства нет аналогичной ауры, сочетающейся с моторной слабостью.

## 1.2.6 Мигрень со стволочовой аурой

- Мигрень с симптомами ауры, происходящими из ствола мозга и/или обоих полушарий, и не сопровождающаяся моторной слабостью.
- ***Аура включает по меньшей мере, два из перечисленных ниже полностью обратимых симптомов, исключая моторную слабость:***
  - дизартрия
  - головокружение, шум в ушах, гипоакузия
  - зрительные нарушения, возникающие одновременно, как в височных, так и носовых полях зрения обоих глаз
  - атаксия
  - нарушение сознания
  - двусторонние парестезии

# 1.4 Ретинальная мигрень

- повторяющиеся приступы монокулярного расстройства зрения, включающие сцинтилляции (мерцание), скотому или слепоту и сочетающиеся с мигренозной головной болью.
- Необходимо также исключить другие причины преходящей монокулярной слепоты (amaurosis fugax) такие как невропатия зрительного нерва или расслоение сонной артерии.

# Осложненные формы мигрени

## 1. Мигренозный статус

- серия тяжелых, изнуряющих, следующих один за другим приступов с многократной рвотой, либо один, но очень тяжелый и продолжительный приступ (более 72 часов)

# Осложненные формы мигрени

- 2. Мигренозный инфаркт - сочетание одного или более симптомов мигренозной ауры с ишемическим повреждением мозга, подтвержденным адекватными нейровизуализационными методами исследования.
- развитие очаговых неврологических симптомов, которые регрессируют в течение нескольких дней (обычно до 3-х недель) - инфаркт с обратимым неврологическим дефицитом

# Осложненные формы мигрени

- 3. Припадок, вызванный мигренью:
- Наличие ГБ, отвечающей критериям Мигрени с аурой
- Припадок, эквивалентный эпилептическому приступу

## 1.3 Хроническая мигрень (трансформированная мигрень)

- мигренозная головная боль,  
возникающая 15 или более дней в  
месяц в течение более чем 3 месяцев  
при отсутствии злоупотребления  
лекарственными препаратами  
(лекарственного абзуса)

## 1.3 Хроническая мигрень

- Большинство случаев хронической мигрени начинаются как *Мигрень без ауры*, поэтому хронизация может рассматриваться как осложнение периодической мигрени.
- По мере хронизации, головная боль утрачивает эпизодический характер, хотя иногда периодичность приступов сохраняется, но они становятся чаще.

# Хроническая мигрень (трансформированная мигрень)

## КРИТЕРИИ:

- Мигренозные цефалгии в анамнезе
- Длительность ГБ более 4 часов в день
- Период трансформации ГБ (увеличение частоты приступов, снижение интенсивности) – в течение 3 месяцев

# *Международные стандарты: - купирование приступа мигрени*

- 1 этап: симптоматическая терапия
  - Простой анальгетик + при необходимости, противорвотное средство
  - 2-ой этап: специфическая терапия- триптаны
- 
- European principles of management of common headache disorders in primary care,
    - J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1)

# Препараты для купирования приступов мигрени

Препарат	Разовая доза (мг)	
Аспирин	500 - 1000	диспепсия, ЖКТ - кровотечение
Каффетин	2 табл.	
Метоклопрамид	5 – 20 мг	
Мотилиум	5 – 20 мг	
Ибупрофен (свечи)	400-800 мг	
Кеторолак	10 -20 мг	
Ксефокам	8 мг	
Дигидергот	0,5 мг	Интраназально (макс. 2 мг)
Суматриптан	6 мг п/к	Или внутрь 50 – 100 мг, назальный спрей
Золмитриптан	2,5 - 5 мг	повторно доза ч/з 2 часа
Наратриптан	2,5 мг	Длительный эффект
Элетриптан 20 и 40 мг	40-80 мг	
Дигидроэрготамин	1 мг в/в	в течение 2 мин
Кеторолак	60 мг в/м	При мигренозном статусе

## AHS Evidence Assessment of Pharmacotherapies for Acute Treatment of Migraine in Adults<sup>1</sup>

### Nonspecific Medications

#### Effective (Level A)

- Acetaminophen
- NSAIDs
  - Aspirin
  - Diclofenac, solubilized
  - Ibuprofen
  - Naproxen
- Opioids
  - Butorphanol nasal spray: **Do not use!**
- Combinations
  - Sumatriptan/naproxen
  - Acetaminophen/aspirin/caffeine

#### Probably Effective (Level B)

- Ketoprofen
- IV and IM ketorolac
- Flurbiprofen
- IV magnesium<sup>a</sup>

<sup>a</sup> In migraine with aura

### Specific Medications

#### Effective (Level A)

- Triptans
  - Almotriptan
  - Eletriptan
  - Frovatriptan
  - Naratriptan
  - Rizatriptan
  - Sumatriptan
  - Zolmitriptan
- Ergots
  - DHE nasal spray

#### Probably Effective (Level B)

- Ergotamine
- Other forms of DHE

# 5-HT<sub>1</sub> 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

# 5-НТ1 агонисты

## 1. Селективные:

- Суматриптан (Sumatriptan)
- Золмитриптан (Zolmitriptan)
- Наратриптан (Naratriptan)
- Ризатриптан (Rizatriptan)
- Элетриптан (Eletriptan)
- Фравотриптан (Fravotriptan)
- Алматриптан (Almatriptan)

## 2. Неселективные:

- Эрготамин
- Дигидроэрготамин

Каждому пациенту свой триптан

Триптанов 7: суматриптан,  
золмитриптан, элетриптан,  
наратриптан, ризатриптан,  
алмотриптан и фроватриптан.  
( только 4 первых ЛС есть в  
РФ).

# Суматриптан

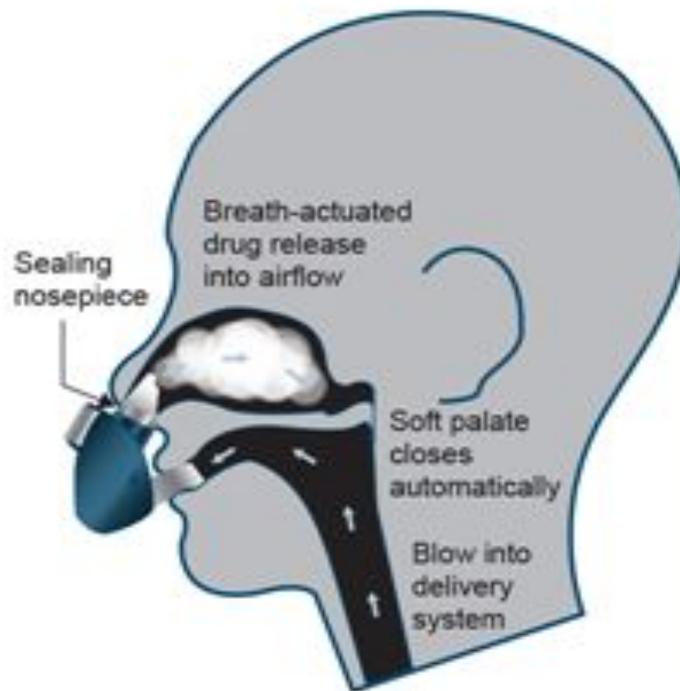
Выпускается в таблетках по 25, 50 и 100 мг, в виде назального спрея (5 и 20 мг) и для подкожного введения в дозе 6 мг.

При п\к введении начало действия через 10 минут.

В таблетках рекомендуется начальная доза 50 мг. В течение 24 часов разрешается приём до 4 таблеток. Таблетки действуют через 30 мин.

Доза назального спрея составляет для взрослых 20 мг. Начало действия через 15 - 20 мин.

## New Routes of Administration: Intranasal Delivery of Low-Dose Sumatriptan Powder<sup>1,2</sup>



- Closed-palate, bi-directional, breath-powered intranasal delivery mechanism
- Delivers low-dose sumatriptan powder to upper posterior nasal regions beyond narrow nasal valve
- Allows targeted deposition deep into and throughout nasal cavity, while helping to avoid sumatriptan deposition in oropharynx or lungs

# Золмитриптан (Зомиг)

Зомиг имеет большую биодоступность, чем суматриптан. 75% макс. концентрации достигается в течение первого часа.

Зомиг применяется для лечения мигрени *без ауры, с аурой, менструальной мигрени.*

Выпускается в таблетках по 2,5 и 5 мг.

Препарат эффективен в начале приступа и при отставленном приёме, когда ГБ продолжается 4 и более часов.

Оптимальная доза зомига составляет 2,5 - 5 мг.

Существенный эффект в течение часа. Можно принять повторно, но не ранее 2 часов. Суточная доза не более 15 мг.

# Элетриптан (релпакс)

Релпакс (элетриптан) относится к последнему поколению триптанов.

Обладает селективным действием на 5-HT<sub>1D</sub>, 5-HT<sub>1B</sub> и 5-HT<sub>1F</sub> подтипы серотониновых рецепторов, что обуславливает его высокую антимигренозную активность.

Релпакс (в дозе 20 и 40 мг) оказывает более быстрый и длительный эффект в сравнении с суматриптаном (в дозе 50 и 100 мг). До 80% пациентов наблюдает уменьшение или исчезновение головной боли в течение 30 минут – 2 часов от момента приема 20-40 мг препарата.

Релпакс демонстрирует и большую по сравнению с суматриптаном активность в отношении сопровождающих симптомов (светозвукобоязь, тошнота).

Рекомендуемый режим дозирования:

начальная доза – 40 мг в момент головной боли как можно раньше от ее начала;

вторую дозу можно принять в течение того же приступа через два часа, если боль возобновляется;

общая доза в течение 24 часов не должна превышать 80 мг.

# Осложнения действия триптанов

- Суматриптан и агонисты 5-HT<sub>1B/D</sub>-рецепторов II поколения вызывают вазоконстрикторные эффекты внутримозговых сосудов и сосудов оболочек мозга, активируя расположенные на них 5-HT<sub>1B</sub>-рецепторы.
- Триптаны оказывают вазоконстрикторные эффекты также и на сосуды сердца. Однако, по данным ангиографических и экспериментальных исследований, суматриптан, так же как и другие препараты данной группы, сокращает коронарные сосуды на 10–20% и при этом вазоконстрикторный эффект является кратковременным.
- При терапевтических дозах Т. не вызывают ишемию сердца у здоровых людей. У больных, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, применение триптанов может ассоциироваться с ишемией миокарда, поэтому не следует назначать эти препараты лицам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, АГ и диабетом.

# Эрготоминовые препараты

- По решению Европейского неврологического консенсуса применение эрготаминовых препаратов при мигрени резко ограничено.
- НЛР : тошнота, рвота, парестезии, кардиоваскулярная токсичность, эрготизм и т.д.
- Убедительная доказательная база, показывающая более высокую эффективность и лучшую переносимость триптанов по сравнению с эрготаминами
- Прием эрготаминов может быть показан при длительных (более 48 ч) приступах мигрени с высокой частотой рецидивов и при низкой эффективности триптанов.

# Показания к назначению профилактического лечения мигрени

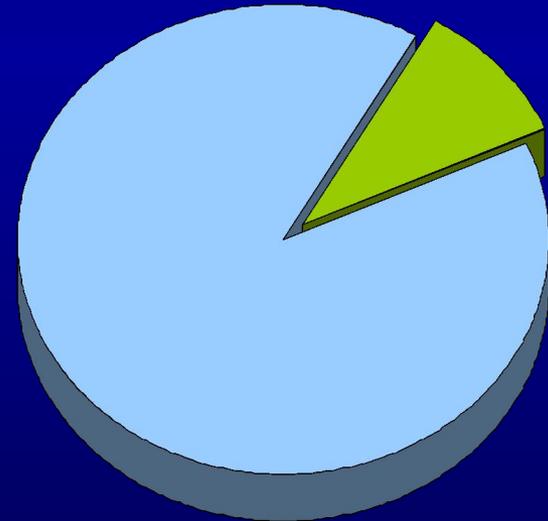
- Большая частота атак (3 и более в месяц) или 2 продолжительные тяжелые атаки (2 и более дней)
- Хроническая мигрень (>15 дней с ГБ в месяц)
- Неэффективность или противопоказания к abortивному лечению
- Наличие лекарственного абзуса (> 15 доз анальгетиков / триптанов в месяц)
- Коморбидные нарушения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

# Профилактическая терапия мигрени

Потребность в профилактическом лечении



Только 10% пациентов с мигренью получают профилактическое лечение



## Цели профилактической терапии мигрени

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

# Классы лекарственных средств, применяемые для профилактического лечения хронической мигрени (IHS, EFNS 2010)

- Бета - блокаторы – неселективные (метопролол, пропранолол, атенолол)
- Антагонисты кальция – Флунаризин 5-10 мг/ сут
- Антиконвульсанты - Топирамат - **25 мг 1 р в день - 50 мг 2 р в день -- Вальпроевая кислота - 600-1500 мг в день**
- Антидепрессанты-- **Амитриптилин -25-100 мг на ночь**
- *Длительность лечения не менее 4-6 месяцев! При ХМ - до 12 месяцев*

# Препараты для превентивного лечения мигрени

Препарат	Разовая доза (мг)	Нежелательные реакции
Атенолол	25-100	слабость, тошнота, депрессия, брадикардия, гипотензия, бронхоспазм, увеличение веса
Метопролол	50-100	То же
Пропранолол	40-320	То же
Амитриптилин	10-150	увеличение веса, сонливость, сухость во рту, расстройство зрения, бессонница, аритмия, задержка мочи, мышечные судороги
Метисергид	2-8	бессонница, мышечные судороги
Нифедипин	30	тахикардия, отеки
Нимодипин	120	
Верапамил	280-320	
Аспирин	1500	диспепсия, гастрит, ЖК кровотечение, расстройство зрения и ГБ
Напроксен	1100	

# Провоцирующие факторы мигрени

- 1. Пищевые- *голод, алкоголь, пищевые добавки*
- 2. Физические- *нагрузка, недостаток/избыток сна*
- 3. Гормональные- *менструация, беременность, ОК*
- 4. Внешние ф-ры- *метеозависимость, яркий свет, запахи, высота, духота*
- 5. Эмоциональные – *стресс, тревога*

# ИСКЛЮЧИТЬ

- Продукты, богатые тирамином (сыр, красное вино)
- Продукты, содержащие натрия глутамат (блюда китайской и мексиканской кухни)
- Продукты, содержащие нитраты (холодное копчение)
- Маринованные, соленые, квашеные продукты
- Алкогольные напитки (красные вина)
- Напитки, содержащие кофеин (чай, кофе)

# Эффективность лечения

4 основных критерия:

- 1) пролонгированный эффект, отсутствие рецидива ГБ;
- 2) отсутствие ГБ через 2 ч (максимум 4 ч) после приема препарата;
- 3) полное восстановление повседневной активности пациента в день приема анальгетика;
- 4) хорошая переносимость лечения, отсутствие НЛР.

Лечение признается неэффективным, если 2 и более из данных критериев не выполняются.

# Классификация ГБН (МКГБ-3, 2013)

- **2.1 Нечастая эпизодическая ГБН**
- 2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
- 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

# Классификация ГБН (МКГБ-3, 2013)

## 2.3 Хроническая ГБН

- Хроническая ГБН, сочетающаяся с НПМ
- Хроническая ГБН, не сочетающаяся с НПМ

## 2.4 Возможная ГБН

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

# Современные представления о патогенезе ГБН

- Психологические факторы (стресс, депрессия)+Центральный дефицит болевого контроля →
  - Напряжение перикраниальных мышц ↓
  - Длительная болевая импульсация от мышц и фасций →
  - Сенситизация спинальных и супраспинальных структур →
- ГБН**

# 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, сжимание кулаков)

ГБН – самая распространенная форма первичной головной боли (30-78% в общей популяции)

**1. Нечастая эпизодическая ГБН - нечастые эпизоды головной боли, продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток.**

**(сочетающаяся/несочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц)**

А. 10 эпизодов ГБ с частотой менее 1 дня в месяц

Б. продолжительность 30 мин-7 сут.

В. – двусторонняя локализация

- сжимающий/давящий (непульсирующий) характер

- интенсивность от легкой до умеренной

- не усиливается при физической нагрузке

Г. Отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита) только фотофобия или только фонофобия

**2. Частая эпизодическая ГБН – частые эпизоды ГБ, продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток (сочетающаяся/не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц).**

### Критерии

- А. 10 эпизодов, возникающих с частотой более 1, но менее 15 дней в месяц
- Б. Продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней
- В. – двусторонняя локализация
  - сжимающий/давящий (непульсирующий) характер
  - интенсивность от легкой до умеренной
  - не усиливается от обычной физической нагрузки
- Г. – отсутствие тошноты или рвоты
  - только фотофобия или только фонофобия
- Д. не связана с другими нарушениями

## G44.2 ХРОНИЧЕСКАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

- расстройство, происходящее из эпизодической ГБН и проявляющееся очень частыми или ежедневными эпизодами головной боли продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток (сочетающаяся/ несочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц).

А. 10 эпизодов, возникающих с частотой более 15 дней в месяц на протяжении более 3 мес.

Б. продолжительность несколько часов, постоянный характер

В. – двусторонняя локализация

- сжимающий/давящий (непульсирующий) характер

- интенсивность от легкой до умеренной

- не усиливается от обычной физической нагрузки

Г. – отсутствие тошноты или рвоты

- только фотофобия или фонофобия, или легкая тошнота

Д. не связана с другими нарушениями

# Стратегии лечения ГБН

- Коррекция эмоциональноличностных нарушений; Коррекция мышечной дисфункции;  
Купирование/предотвращение лекарственного абзуса 
- Уменьшение болевого и мышечно-тонического синдромов &
- Предотвращение трансформации ЭГБН в ХГБН

# Лечение эпизода ГБН

ЛС	Сут. доза (мг)	
Ибупрофен	400-800	A
Кетопрофен	25	A
АСК	500-1000	A
Диклофенак	100	A
Парацетамол	500-1000	A
Bendtsen L. с соавт., 2012		

# Лечение ГБН

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

## G44 КЛАСТЕРНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ —

- Начало чаще в 30 – 50 лет, чаще у мужчин
- Продолжительность – 15 – 180 минут (ср 30-60)
- 1 – 3 приступа в сутки на протяжении 6-8 недель
- Локализация строго односторонняя, периорбитальная (глазнично-височная)
- Интенсивная сверлящая, раскалывающая
- Сопутствуют:
  - ипсилатерально инъекция склер, слезотечение,
  - ипсилатерально заложенность носа, ринорея,
  - ипсилатерально синдром Горнера,
  - ипсилатерально потливость лба и лица
  - моторное возбуждение, ажитация
- 5% случаев возможно наследственный характер

## Кластерная головная боль

- Купирование приступа – ингаляция 100% кислорода (не более 15 мин)
- Суматриптан – 6 мг п/к
- Диета
- Исключение алкоголя

## Другие первичные ГБ (раздел 4 МКГБ-3 бета)

1. Первичная кашлевая ГБ
2. Первичная ГБ при физическом напряжении
3. Первичная ГБ, связанная с сексуальной 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. Новая ежедневная персистирующая ГБ (НЕПГБ)

# Принципы ведения пациентов с первичными ГБ

Правильная и своевременная постановка диагноза

- 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»
- Выявление и избегание провоцирующих факторов
- Подбор лечения с учетом коморбидных нарушений (медикаментозное и немедикаментозное)
  - British Association for the Study of Headache (2004)

# 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

# Принципы поведенческой терапии первичных ГБ

- Обсуждение факторов хронизации ГБ (лек. абюзус, эмоц. нарушения, кофеин)
- Выявление коморбидных нарушений
- Реальные цели лечения и выбор препаратов (обосновать назначение антидепрессантов и антиконвульсантов)
- Роль немедикаментозных методов и психологической релаксации

# 1-ое правило диагностики ГБ

- Диагностика первичных ГБ (мигрень, ГБН, кластерная ГБ) является исключительно клинической, т.е. базируется на жалобах, данных анамнеза и объективного осмотра и не требует дополнительных исследований.
  - European principles of management of common headache disorders in primary care, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1), 7 национальных руководств по диагностике ГБ, руководство EFNS, РОИГБ

# Международные стандарты диагностики ГБ

- Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной болью = Международная классификация головных болей
- Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике
- *[www.headache-society.ru](http://www.headache-society.ru)*



ЕВРОПЕЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ  
совместно с Глобальной кампанией по уменьшению  
времени головной боли в мире -Приспособление времени  
головной боли при содействии Всемирной организации  
здравоохранения, Всемирного альянса головной боли  
и Международного общества головной боли

## Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике

Г.Дж. Стайнер, К. Поментра, Р. Йонсон,  
Д. Вилард, П. Сабэ, М.Дж.А. Пайнец,  
Х.К. Динер, Г. Мартеллини  
и Г.Г.М. Крассе

Москва 2010

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

- Неспецифические изменения
- 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

# Наиболее частые ДИАГНОЗЫ при ГБ

- -- Гипертензионно-гидроцефальный синдром (особенно у детей с ГБ!)
- -- Дисциркуляторная / атеросклеротическая / гипертоническая 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

# 2-ое правило диагностики ГБ

- При подозрении на вторичный (симптоматический) характер ГБ следует провести тщательное обследование пациента
  - European principles of management of common headache disorders in primary care, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1), РОИГБ

# Диагностические критерии вторичной ГБ

- 1. ГБ непосредственно связана с началом или обострением основного заболевания
- 2. ГБ исчезает во время ремиссии или при успешном лечении основного заболевания!
- Данные лабораторных и инструментальных обследований подтверждают наличие основного заболевания
- Наличие клинических симптомов основного заболевания - При невыполнении этих критериев диагноз вторичной ГБ должен быть отвергнут

МКГБ-2, 2004

## Показания для проведения дополнительных исследований при ГБ (РОИГБ, 2009)

- Сомнения в вероятном клиническом диагнозе первичной формы ГБ (мигрень, ГБН, кластерная ГБ) – т.е несоответствие критериям диагностики, нетипичные жалобы или течение ГБ
- Наличие сигналов опасности
- Признаки симптоматического характера цефалгии – имеются диагностические критерии вторичной ГБ
- Требование пациента или его родственников

# «Сигналы опасности» при ГБ

- Прогрессивно нарастающая ГБ
- Начало ГБ после 50 лет
- Внезапное возникновение новой, необычной для пациента ГБ
- Продолжительная атипичная аура (> 1 часа)
- Изменение силы ГБ при перемене положения головы или при нагрузках, связанных с повышением внутричерепного давления (физическое напряжение, кашель, сексуальная активность)

# «Сигналы опасности» при ГБ

- Впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим анамнезом, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитным состоянием
- Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти)
- Присутствие очаговых неврологических знаков или симптомов системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии)

# Дифференциальная диагностика симптоматической ГБ

Признак	Возможные причины
Внезапное начало	<ul style="list-style-type: none"><li>•Субарахноидальное кровоизлияние</li><li>•Кровоизлияние в опухоль</li><li>•Апоплексия гипофиза</li><li>•Объемное образование задней черепной ямки</li></ul>
Появление головной боли после 50 лет	<ul style="list-style-type: none"><li>•Объемное образование</li><li>•Височный артериит</li><li>•Цереброваскулярные болезни</li><li>•Цервикогенная боль</li></ul>
Лихорадка, менингеальный синдром, сыпь, системные проявления	<ul style="list-style-type: none"><li>•Менингит</li><li>•Энцефалит</li><li>•Общая инфекция</li><li>•Васкулиты</li></ul>
Очаговые неврологические симптомы	<ul style="list-style-type: none"><li>•Объемные образования</li><li>•Инсульт</li><li>•Артериовенозная мальформация</li><li>•Васкулиты</li><li>•Антифосфолипидный синдром</li></ul>
Отек диска в зрительных нервах	<ul style="list-style-type: none"><li>•Объемное образование</li><li>•Доброкачественная внутричерепная гипертензия</li><li>•Гидроцефалия</li></ul>

# Абузусные головные боли

- Обратный эффект анальгетиков, эрготамина
- Ежедневный характер
- Сохраняется на протяжении всего дня
- Присутствует в момент пробуждения
- Слабая, умеренная, тупая, двусторонняя
- Усиление при физической и интеллектуальной нагрузке
- Неполное облегчение от анальгетика

# Абузусные головные боли

- В анамнезе периодические приступы мигрени – 70%
- Эмоционально-аффективные нарушения
- Прием большого количества медикаментов

# КРИТЕРИИ АБУЗУСНЫХ ГБ

Появляются через 3 или более месяцев приема высоких доз препаратов

Количество дней ГБ в месяц уменьшается на 50% через 14 дней после отмены анальгетика

# Абузусная головная боль: подтипы

1. Злоупотребление эрготамином ( $\geq 10$  дней/месяц, дольше 3 месяцев);
2. Злоупотребление триптанами ( $\geq 10$  дней/месяц, дольше 3 месяцев);
3. Злоупотребление простыми анальгетиками ( $\geq 15$  дней/месяц, дольше 3 месяцев);
4. Злоупотребление опиоидами ( $\geq 10$  дней/месяц, дольше 3 месяцев);
5. Злоупотребление комбинацией анальгетиков ( $\geq 10$  дней/месяц, дольше 3 месяцев);
6. Комбинация анальгетиков (без злоупотребления каждого в отдельности) с целью купирования острой боли (эрготамин, триптаны, анальгетики и/или опиоиды) ( $\geq 10$  дней/месяц, дольше 3 месяцев);
7. Злоупотребление другими препаратами, не описанными выше ( $\geq 10$  дней/месяц, дольше 3 месяцев).

# Абузусная головная боль

- В некоторых случаях необходима отмена препарата и в стационарных условиях: 1) при наличии лекарственной зависимости более 5 лет; 2) когда эта зависимость вызвана транквилизаторами, барбитуратами, опиоидными анальгетиками; 3) при неэффективности амбулаторного лечения; 4) при наличии высокой тревоги и депрессии. Таким больным показана постепенная отмена препарата в течение 2 - 3 нед.

ГБ, связанные с артериальной гипертензией (раздел 10.  
ГБ, связанные с нарушением гомеостаза)

- 10.3. ГБ, связанная с артериальной гипертензией
- ГБ, связанная с феохромоцитомой
- ГБ, связанная с гипертоническим кризом без гипертонической энцефалопатии
- ГБ, связанная с гипертонической энцефалопатией
- ГБ, связанная с преэклампсией и эклампсией
- ГБ, связанная с автономной дисрефлексией

# ГБ, связанные с артериальной гипертензией (раздел 10. ГБ, связанные с нарушением гомеостаза

- ГБ возникает при резком повышении АД (повышение диастолического давления более чем на 25%)
- Легкая (140-159/90-99 мм рт. ст.) или умеренная АГ (160-179/100-109 мм рт. ст.) хронического течения не вызывает ГБ!
- Нет взаимосвязи между суточными колебаниями АД и наличием или отсутствием ГБ

- > 80% пациентов с диагнозом «Гипертоническая энцефалопатия» в действительности имеют ГБН!

# МКГБ-3 бета, 2013

## ГБ, связанная с гипертоническим кризом без гипертонической энцефалопатии

- Описание: ГБ, чаще двусторонняя и пульсирующая, вызванная острым повышением АД (САД  $>180$  мм<sup>г</sup> и/или ДАД  $>120$  мм<sup>г</sup>), усиление при физ. нагрузке. ГБ прекращается после нормализации АД
- Диагностические критерии:
  - зафиксирован гипертонический криз (САД  $>180$  мм тр. ст и/или ДАД  $>120$  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

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

- ГБ, связанная с:
- ишемическим инсультом
- транзиторной ишемической атакой (ТИА)
- нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием (в/ч и субарахноидальное)
- неразорвавшейся сосудистой мальформацией
- каротидными или вертебральными артериями (с расслоением артерий, эндартерэктомией и др.)

- Частота ГБ при ЦВЗ:
- ТИА -6-44% ИИ -17-34% САК - 100%
- 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

## 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 расстройства)

## Примеры формулировки диагнозов у пациентов с ГБ

- Схема диагноза: ведущая форма ГБ + 2-ая/3-я форма ГБ + коморбидные/сопутствующие состояния
- Например-
- Частая эпизодическая ГБН с дисфункцией перикраниальных мышц. Тревожно-депрессивный синдром
- Хроническая мигрень без ауры. Медикаментозно-индуцированная ГБ (комбинированные анальгетики). Панические атаки.

# Немедикаментозные методы лечения

- Релаксационная терапия
- Биологическая обратная связь (БОС)
- Когнитивно-поведенческая терапия
- Кинезиотерапия
- Массаж и мануальная терапия
- Иглорефлексотерапия (ИРТ)
- Физиотерапия

# Коморбидные нарушения при первичных ГБ

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

## Лечение головной боли : ошибки и недостатки

- **Необоснованное назначение вазоактивных и ноотропных препаратов**
- **Низкая частота назначения специфической терапии**
- **Недооценка факторов хронизации ГБ:-- психические и другие коморбидные нарушения -- лекарственный абюзус**

# Лечение головной боли : ошибки и недостатки

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

- *ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ,  
КЛАССИФИКАЦИЯ*

# Рабочая классификация лицевой боли

- **1. Неврогенные прозопалгии**

- A- Типичные :

- Пароксизмальные невралгии черепных нервов: тройничного, промежуточного, верхнегортанного, языкоглоточного

# В-Неврогенные прозопалгии атипичные

- Вегеталгии (симпаталгии) -назоцилиарная невралгия  
Sunct
- При краниальных невропатиях
- Лицевая боль органического происхождения при интракраниальных процессах, при заболеваниях ЦНС (болевая анестезия, лицевая боль после инсульта, при рассеянном склерозе и др.)
- Психогенного происхождения (психалгии) ,синдром «пылающего рта» (глоссалгия)
- Лицевая психалгия

# Соматогенные прозопалгии

- Офтальмогенные
- Оториногенные
- Одонтогенные
- Обусловленные поражением кожи, слизистых оболочек, десен
- Артрогенные
- Миогенные
- Отраженные

# Тригеминальная невралгия

- в 60% случаев невралгии тройничного нерва причиной является компрессия его корешка или ветвей
- В настоящее время наиболее частой причиной тригеминальной невралгии считают компрессию ветвей тройничного нерва в костных каналах костей черепа, чаще справа, или сдавление структур тройничного нерва извитыми и расширенными сосудами, обычно верхней или передней нижней мозжечковыми артериями

# Клинические проявления

- Заболевание проявляется приступами острой, стреляющей, пронизывающей, жгучей, мучительной боли.
- Во время приступа обычны локальные (слезотечение, ринорея) и общие (гиперемия, гипергидроз) вегетативные реакции
- Больные не кричат, а замирают, как бы ошеломленные болью (тригеминальная невралгия «молчалива»)

- НТН — болезненное унилатеральное поражение (affliction) лица, характеризующееся короткими, подобными ударам электрического тока ланцинирующими болями, ограниченными распределением одной или более ветвей тройничного нерва (комитет Международного общества по головной боли, 2010)

# Клинические проявления

- Возникает своеобразная болевая гримаса («болевогой тик»), иногда пациенты стараются сильно сжать рукой охваченный болью участок лица (жест-антагонист), в то время как легкое прикосновение к этой зоне, особенно к «курковым» точкам, лишь провоцирует очередной болевой пароксизм.
- Приступ длится обычно 1-2 мин

- «Курковые» зоны расположены чаще в медиальной части лица - у внутреннего угла глаза, у крыла носа, в носогубной складке и на слизистой оболочке верхней и нижней челюстей, на подбородке.

- Наиболее тяжелым проявлением тригеминальной невралгии является **невралгический статус (status neuralgicus)**, при котором приступ невралгии приобретает необычно затяжной характер

# ЛЕЧЕНИЕ

- Применение анальгетиков при тригеминальной невралгии неэффективно.
- *Карбамазепин* -препарат первого выбора . Начальная доза составляет 200–400 мг/сут, постепенно ее увеличивают до прекращения болей, в среднем до 800 мг/сут в 4 приема, а затем уменьшают до минимально эффективной дозы.
- Эффективным может быть лечение и некоторыми другими противоэпилептическими средствами
- (*антелепсин*, производные вальпроевой кислоты - *конвулекс*, *депакин* и др.) приблизительно у 90% больных.

# Хирургическое лечение

- – микрохирургическая декомпрессия **нерва** на выходе из ствола мозга;
  - частичная сенсорная ризотомия;
  - периферическая блокада или перерезка нерва проксимальнее узла Гассера;
  - нейроэктомия;
  - криохирургические методы;
  - диатермокоагуляция;
  - высокочастотное излучение.

# Хирургическое лечение

- Среди деструктивных операций, входящих в состав арсенала хирургических вмешательств при НТН, выделяют чрескожную высокочастотную селективную ризотомию (ЧВСР), баллонную микрокомпрессию и глицероловую ризотомию [Wegel G. et al., 2000].

# Невралгия верхнего гортанного нерва

- приступы мучительных болей на стороне поражения, длительностью от нескольких секунд до минуты. Боль резкая, локализуется в области гортани, часто сопровождается кашлем, общей слабостью, иногда синкопальным состоянием; пароксизм провоцируется приемом пищи, глотанием.
- при пальпации на боковой поверхности гортани выше щитовидного хряща отмечается болезненная точка (курковая зона), давление на которую может вызвать приступ.
- Заболеванию чаще связано с воспалительным процессом в гортани, после тонзиллэктомии или струмэктомии. В некоторых случаях причина невралгии остается неустановленной.

# Невралгия языкоглоточного нерва (синдром Сикара-Робино)

- Причиной невралгии с приступами боли в зоне иннервации языкоглоточного нерва могут быть перегиб (ангуляция) и сдавление языкоглоточного нерва в месте его соприкосновения с задненижним краем шилоглоточной мышцы или сдавление корешка нерва уплотненной позвоночной или нижней мозжечковой артерией, а также аневризмы, воспалительные процессы в задней черепной ямке или в полости рта.

# Невралгия языкоглоточного нерва

- «Курковые» зоны имеются у большинства больных, типично их расположение в области миндалины, в корне языка.
- Во время пароксизма больной испытывает острую приступообразную боль, начинающуюся в корне языка или в миндалине и распространяющуюся на нёбную занавеску, глотку, иррадиирующую в ухо, в заушную область, в шею.

# Невралгия языкоглоточного нерва

- Приступы боли могут провоцироваться движениями языка, глотанием, особенно при приеме горячей или холодной пищи, чаще возникают в утренние часы. Болевой приступ длится до 2 мин, чаще 20-30 с, сопровождается вегетативными реакциями, иногда кашлем, кратковременным синкопальным состоянием

# Атипичные неврогенные пароксизмальные прозопалгии - вегетативные лицевые боли

- Симпатическая иннервация тканей лица - постганглионарные волокна - аксоны клеток, тела которых расположены в ганглиях шейного отдела паравертебральной симпатической цепочки.
- Парасимпатическая иннервация - постганглионарными отростками нейронов, находящихся в вегетативных ганглиях лица (ресничном, крылонёбном, ушном, поднижнечелюстном, подъязычном, коленчатом) узлах. Эти ганглии связаны с парасимпатическими ядрами ствола мозга, входящими в систему некоторых черепных нервов (глазодвигательного, лицевого, языкоглоточного).

- Симпатические, парасимпатические и соматические волокна образуют смешанные нервы лица, имеющие многочисленные анастомозы. Поэтому раздражение нервных структур лица в большинстве случаев сопровождается болью, иррадиирующей на значительное расстояние от зоны раздражения, и различными проявлениями вегетативной дисфункции.

## Синдром носоресничного нерва (синдром носового нерва, невралгия Чарлина, невралгия Оппенгейма).

- Отмечаются приступы мучительной жгучей боли в зоне глазницы, надбровья и особенно в медиальном углу глазной щели и в соответствующей половине носа, сопровождающейся отеком, гиперестезией, гиперсекрецией слез и носового секрета, гиперемией кожи, слизистых оболочек, инъекцированностью сосудов склеры, иногда иридоциклитом, кератитом.

## Синдром носоресничного нерва (синдром носового нерва, невралгия Чарлина, невралгия Оппенгейма).

- Во время приступов обычны светобоязнь на стороне поражения, болезненность при пальпации внутреннего угла глаза, возможны кровоподтеки в зоне поражения.
- Приступ длится от 30 мин до 2 ч, редко больше.
- Чаще приступы возникают в ночное время и под утро. Возможны двусторонние болевые пароксизмы.

# Невралгия ушного узла

- Жгучие приступообразные боли в височной области отмечаются впереди от наружного слухового прохода, иррадиируют в нижнюю челюсть, в подбородок, иногда в зубы, наблюдается гиперсаливация на стороне патологического процесса, возникает ощущение заложенности уха. Приступ длится от нескольких минут до 1 ч. Провоцировать его может прием горячей или холодной пищи, переохлаждение лица, надавливание на точку между наружным слуховым проходом и височно-челюстным суставом

## Невралгия крылонёбного узла (синдром крылонёбного узла, синдром Сладера).

- проявляется приступообразной интенсивной жгучей, ломящей, распирающей болью в верхней челюсти, в носу, иррадирует в область внутреннего угла глаза и сопровождается местными вазомоторными и секреторными реакциями, слезотечением, гиперемией кожи и слизистых оболочек, отеком тканей лица на стороне патологического процесса.
- Возможна распространенная форма пароксизма, при этом боль и вегетативные реакции охватывают половину лица, головы, шеи, иногда распространяясь на руку, надплечье.

# Невралгия крылонёбного узла (синдром крылонёбного узла, синдром Сладера).

- При комплексном лечении необходимы санация полости рта, носоглотки, лечение синусита.
- Для снятия болевого приступа смазывают слизистую оболочку латеральной стенки полости среднего носового хода местным анестетиком. Физиотерапевтическое лечение -интраназальный электрофорез с 0,5% раствором новокаина
- В случае неэффективности лечения решают вопрос о рентгенотерапии, хирургическом лечении (ганглиоэктомии).

## **Аурикулотемпоральный синдром (невропатия ушно-височного нерва, синдром Фрей, синдром Байярже-Фрей)**

- Проявляется жгучей, ноющей, пульсирующей болью в области виска, в ухе, в зоне нижнечелюстного сустава, иррадиирующей в нижнюю челюсть.
- Обязательным проявлением приступа являются гиперемия кожи и усиленное потоотделение в околоушно-височной области.
- Возникновение приступов обычно провоцируется приемом пищи, физической работой, общим перегреванием, курением, иногда эмоциональным перенапряжением.

# Холодовая лицевая боль

- Значительная по интенсивности боль в лобно-глазничной области всегда провоцируется охлаждением головы или шеи. Охлаждение может быть следствием пребывания на морозе, купания в прохладной воде. Иногда болевой приступ можно спровоцировать употреблением холодных напитков или мороженого. После прекращения охлаждения боль исчезает через 15-20 мин

## Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена)

- Поражение сустава провоцируется неправильным зубным прикусом, патологией зубов, пародонта, травмой, воспалительными процессами в зубочелюстной системе, при которых неравномерно распределяется жевательная нагрузка.
- Причиной болей в височно-нижнечелюстном суставе может быть патологическая перегрузка жевательных мышц, дегенеративные изменения в суставе, артроз, смещение при этом суставной головки или диска назад, ведущее к сдавлению капсулы сустава.
- Развитию органических изменений в суставе может способствовать длительное напряжение жевательных мышц в связи с психоэмоциональными расстройствами, бруксизмом

# Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена)

- Постоянные боли в области височно-нижнечелюстного сустава, усиливающиеся при приеме пищи, разговоре с иррадиацией в ухо, висок, в поднижнечелюстную область, в шею.
- При движениях нижней челюстью возможно пощелкивание, хруст в суставе, иногда ограничения движений нижней челюсти.
- Возможности открывания рта ограничены, при этом отмечается смещение нижней челюсти в сторону. Если рот закрыт, пальпация сустава обычно безболезненна, однако болезненными могут быть жевательные мышцы, особенно латеральная крыловидная мышца.
- Болевая чувствительность кожи лица и слизистой оболочки рта не изменена.