

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

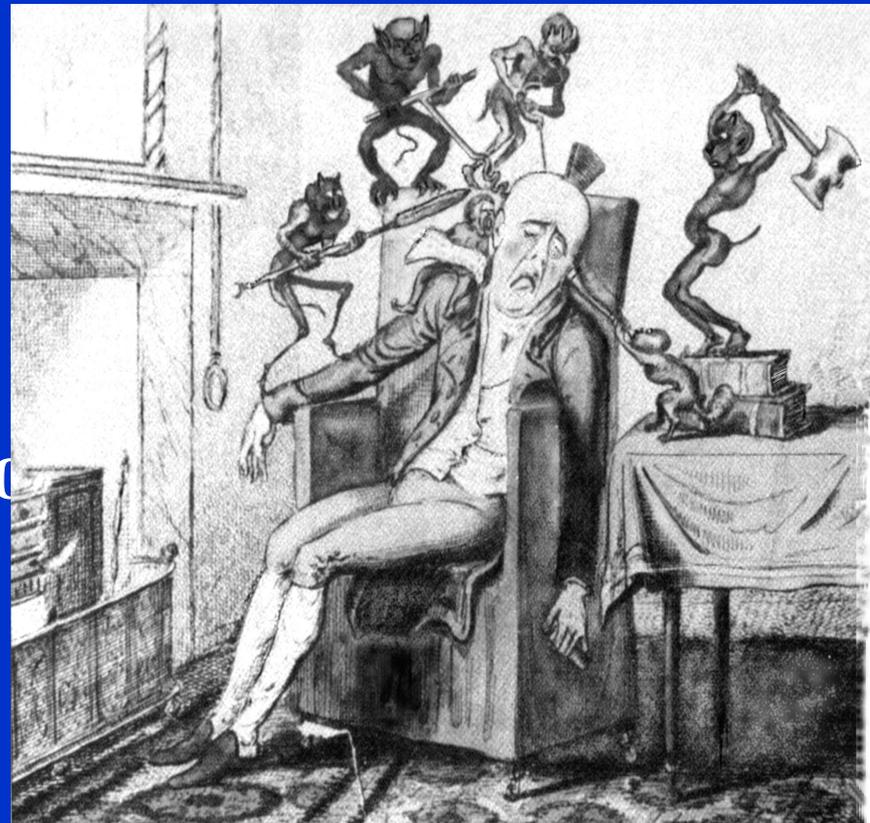
Кафедра неврологии
лечебного факультета
д.м.н.Каракулова Ю.В.



Человек, страдающий головной болью, является медицинской сиротой. Он проходит путь от офтальмолога к отоларингологу, неврологу, стоматологу, психиатру, хиропрактику.

Ему назначают массу анализов и дают огромное количество лекарств, а в конце концов очень часто он остается один на один со своей головной болью [R.C.Packard,1979].

Аме.



ГОЛОВНЫЕ БОЛИ - ЭТО

Любые боли и чувство
дискомфорта,
локализованные в
области головы
(Harrisson D., 1993).



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- 86-90% населения планеты Земля периодически испытывают головные боли.
- Головная боль является ведущей жалобой более, чем при 45 различных заболеваниях.
- В 94-96% случаев головные боли являются идиопатическими, первичными.

СТРУКТУРЫ, ОТВЕТСТВЕННЫЕ ЗА ВОЗНИКНОВЕНИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ:

- Черепные нервы (V- тройничный, IX - языкоглоточный, X - блуждающий) и 3 верхних шейных корешка спинного мозга;
- Твердая мозговая оболочка (базальная зона, стенки венозных синусов);
- Менингеальные, внечерепные артерии и вены;
- Ткани, покрывающие череп (кожа, мышцы, сухожилия, апоневроз, надкостница).

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

1. Сосудистый

- а) Гипотонический
- б) Гипертонический
- с) Венозный
- д) Гемореологический

2. Мышечный

3. Ликвородинамический

4. Невралгический

5. Сочетанный

**ВТОРАЯ РЕДАКЦИЯ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
ГОЛОВНОЙ БОЛИ (2003 Г)**

Группа первичных головных болей

- 1. МИГРЕНЬ**
- 2. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ**
- 3. ПУЧКОВАЯ (КЛАСТЕРНАЯ) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ДРУГИЕ ТРИГЕМИНАЛЬНЫЕ АВТОНОМНЫЕ (ВЕГЕТАТИВНЫЕ) ЦЕФАЛГИИ**
- 4. ДРУГИЕ ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ**

ВТОРАЯ РЕДАКЦИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ (2003 г.)

Группа вторичных (симптоматических) головных болей

- 5. Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи**
- 6. Головные боли, связанные с поражением сосудов головного мозга и шеи**
- 7. Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями**
- 8. Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой**
- 9. Головные боли, связанные с инфекциями**

ВТОРИЧНЫЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

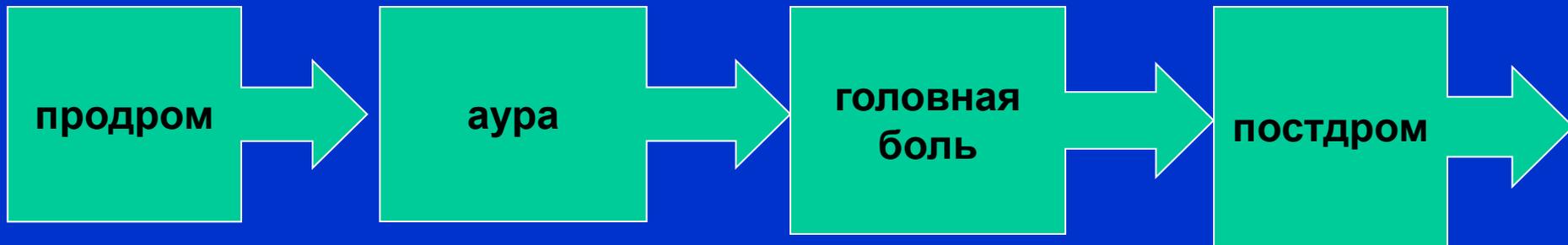
- 10. Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза**
- 11. Головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, полости и пазух носа, зубов, ротовой полости и др.**
- 12. Головные боли, связанные с психическими заболеваниями**
- 13. Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли**
- 14. Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли**



Эпидемиология мигрени

- 15-20% населения планеты
- женщины > мужчины
- 30-50 лет - приступы наиболее интенсивны
- европейцы, жители городов, интеллигенция
- только 15-30% обращаются к врачу
- лишь 2% к специалисту по головной боли

МИГРЕНЬ – пароксизмальное заболевание



ФАЗА ПРОДРОМА:



- Повышенная чувствительность к запахам
- Свето- и звукобоязнь
- Изменение настроения
- Раздражительность
- Утомляемость
- Нарушение внимания
- Головокружение
- Жажда
- Снижение аппетита
- Слабость
- Напряжение мышц шеи

АУРА – это комплекс обратимых неврологических симптомов, возникающих перед или в самом начале приступа мигрени, длительностью от 5 до 60 минут



МИГРЕНЬ

Диагностические критерии



- 1. 5 приступов, отвечающих критериям 2-5**
- 2. Продолжительность приступов 4-72 часа**
- 3. Головная боль имеет как минимум 2 из следующих характеристик:**
 - ✓ односторонняя локализация
 - ✓ пульсирующий характер
 - ✓ интенсивность боли от средней до значительной
 - ✓ усиление головной боли после обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице)
- 4. Головная боль сопровождается как минимум 1 из следующих симптомов:**
 - ✓ тошнота и/или рвота
 - ✓ свето- и/или звукобоязнь
- 5. Не связана с другими причинами (нарушениями)**

Классификация мигрени (МКГБ, 2003)

1.1. Мигрень без ауры

1.2. Мигрень с аурой

1.2.1. Типичная аура с мигренозной ГБ

1.2.2. Типичная аура с немигренозной ГБ

1.2.3. Типичная аура без ГБ

1.2.4. Семейная гемиплегическая мигрень

1.2.5. Sporадическая гемиплегическая мигрень

1.2.6. Базилярный тип мигрени

Классификация мигрени (МКГБ, 2003)

(продолжение)

1.3. Детские периодические синдромы – предшественники мигрени

1.3.1. Циклическая рвота

1.3.2. Абдоминальная мигрень

1.3.3. Доброкачественное пароксизмальное головокружение у детей

1.4. Ретинальная мигрень

1.5. Осложнения мигрени

1.5.1. Хроническая мигрень

1.5.2. Мигренозный статус

1.5.3. Персистирующая аура без инфаркта

1.5.4. Мигренозный инфаркт

1.5.5. Мигрень – триггер эпилептического припадка

1.6. Возможная мигрень

Провоцирующие факторы мигрени.



Недостаток сна



Контрацептивы



Стресс, тревога



Утомляемость

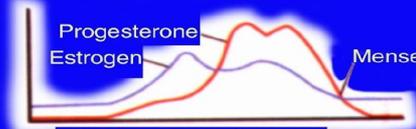
Травма го



Изменения погоды



Вспышки света.



Менструальный цикл.

Красное вино и некоторые продукты

Наиболее частые причины.

ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ



Более редкие причины.



Избыточный сон.



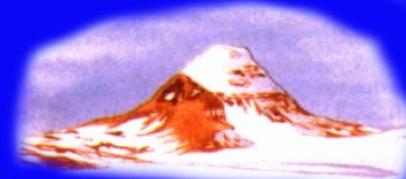
Мерцающий свет (монитор, TV).



Повышенная влажность.



Медикаменты, холодная пища.



Высокогорье.



Продолжительное чтение, нарушение рефракции.



Едкие запахи.

Быстрая диагностика мигрени- ID мигрень анкета

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 ____

Патогенез мигрени

- Сосудистые теории (Вольфа; шунта; тромбоцитарная)
- Серотониновая теория
- Нейрососудистая теория (тригеминоваскулярная)
- Церебральная (кортикальная депрессия)

Патогенез мигрени

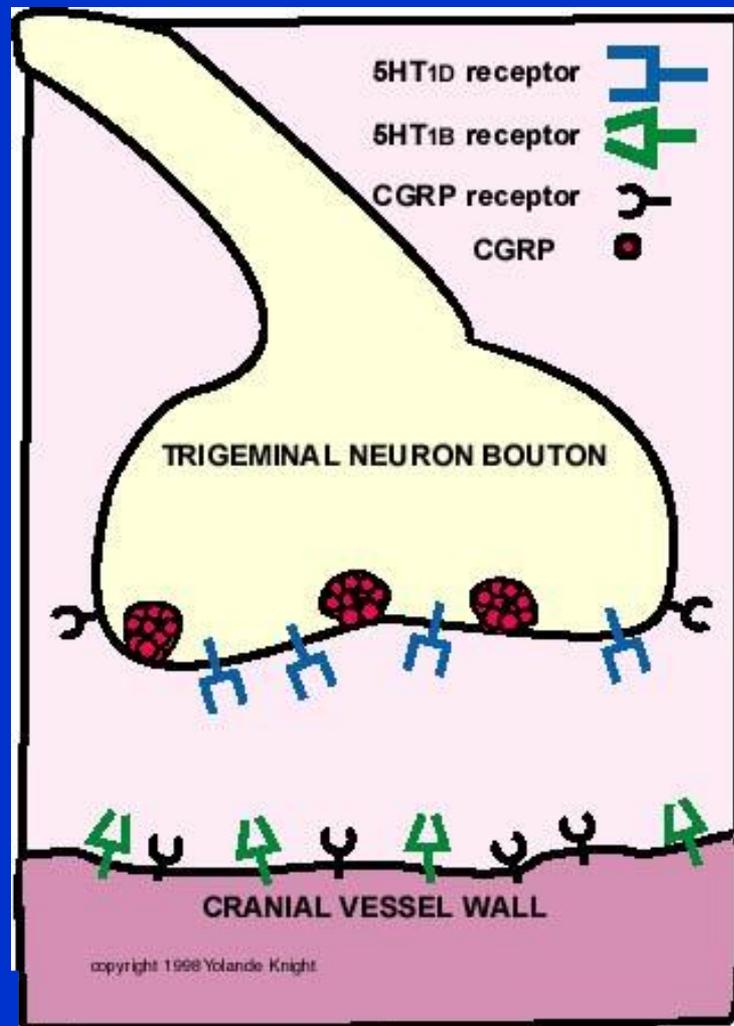


Амелин А.В. 2004

Адаптировано из Goadsby and Olesen

Периферическая локализация серотониновых 5HT 1 рецепторов на афферентных волокнах тройничного нерва и сосудах оболочки мозга

- 5HT 1 D рецепторы расположены пресинаптически (окончания тройничного нерва);
- 5HT 1 B рецепторы расположены постсинаптически (стенка сосуда);



ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ

- Купирование приступа (абортивное)
- Межприступное лечение (профилактическое)



ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИСТУПА МИГРЕНИ

Препараты с неспецифическим
механизмом действия*

1. *Анальгетики* : Парацетамол, Кодеин
2. *Нестероидные
противовоспалительные средства
(НПВС):* Аспирин, Нурофен,
Кетопрофен, Ксефокам, Кетонал,
Мирлокс, Кеторолак, Диклофенак и др.

ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИСТУПА МИГРЕНИ

Препараты со специфическим механизмом действия

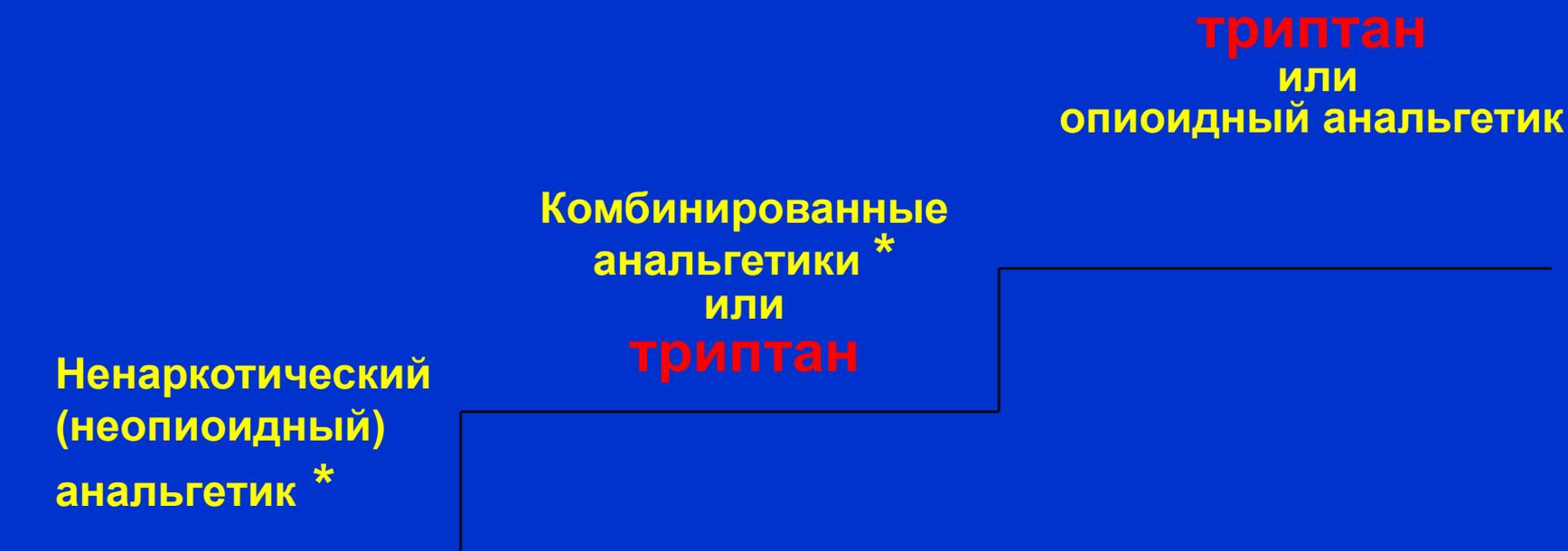
3. **Селективные агонисты 5HT₁ рецепторов, «триптаны»:** Суматриптан (Имигран, Амигренин), Золмитриптан (Зомиг), Наратриптан (Нарамиг), Элетриптан (Релпакс)
4. **Неселективные агонисты 5HT₁ рецепторов, эрготамин-содержащие препараты :** Эрготамина тартрат, Кофергот, Саридон, Мидрин, Солпадеин, Мигренол

Вспомогательные средства**

Метоклопрамид,
Аме.

Домперидон
†

Ступенчатая схема лечения мигрени



*адъювантные средства:

психотропные, кортикостероиды, противорвотные

5 HT1 агонисты (Триптаны)

- Препараты, специально разработанные для лечения мигрени
- Воздействуют на патогенетические механизмы мигренозной цефалгии
- Эффективно купируют все основные симптомы:
 - Головная боль
 - Тошнота, рвота
 - Свето- и звукобоязнь

Показания для профилактического лечения мигрени (IHS, 2000)

- два и более приступа мигрени в месяц, на протяжении последних 6 месяцев, с существенным нарушением самочувствия и ограничением дееспособности больного;
- низкая эффективность препаратов, применяемых для лечения приступа и/или наличие противопоказаний к их применению;
- специальные обстоятельства: гемиплегическая форма мигрени или мигрень с редкими приступами, но с устойчивыми очаговыми неврологическими симптомами и высоким риском развития инсульта;

Рекомендации изменения образа жизни для предупреждения приступов мигрени

- Исключить или значительно ограничить потребление продуктов, содержащих тирамин (сыр, шоколад, какао, кофе, чай, маринады, цитрусовые плоды, орехи, яйца, помидоры)
- Поддерживать адекватный режим питания
- Ограничить потребление алкоголя, особенно красного вина
- Прекратить или значительно уменьшить курение
- Избегать физического переутомления, внезапного изменения образа жизни

Рекомендации изменения образа жизни для предупреждения приступов мигрени

- Увеличить аэробную физическую активность (ходьба 30-45 мин не менее 4 дней в неделю)
- Нормализовать режим сна (вредны как недостаточный, так и избыточный сон)
- Предупреждать ситуации, приводящие к избыточному эмоциональному напряжению
- Ограничить время контакта с источниками яркого света (солнечный свет, монитор компьютера, телевизор), резкого запаха (краски, парфюмерия), интенсивного шума

Препараты, используемые для профилактической терапии мигрени

- Антиконвульсанты (препараты вальпроевой кислоты, топирамат, габапентин)
- Антидепрессанты (амитриптилин, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертрамин, унталопрам)
- Бета-блокаторы (пропранолол, атенолол)
- Блокаторы кальциевых каналов (верапамил, пифедипин, дилтиазем)
- Антагонисты серотонина (метисергид, ципрогептадин, пизотифен)
- Другие (рибофлавин, магнезия, ботулотоксин, аспирин)

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

(классификация МКГБ, 2003)

2.1. Нечастая ГБН (не чаще 1 раза в месяц)

2.1.1. Нечастая ГБН с напряжением перикраниальных мышц

2.1.2. Нечастая ГБН без напряжения перикраниальных мышц

2.2. Частая эпизодическая ГБН (1-15 раз в месяц)

2.2.1. Частая ГБН с напряжением перикраниальных мышц

2.2.2. Частая ГБН без напряжения перикраниальных мышц

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

(классификация МКГБ, 2003)

2.3. Хроническая ГБН (более 15 дней в месяц)

2.2.1. Хроническая ГБН с напряжением перикраниальных мышц

2.2.2. Хроническая ГБН без напряжения перикраниальных мышц

2.4. Возможная ГБН

2.4.1. Возможная нечастая ГБН

2.4.2. Возможная частая ГБН

2.4.3. Возможная хроническая ГБН

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

Диагностические критерии

1. 10 приступов, отвечающих критериям 2-5
2. Продолжительность головной боли от 30 минут до 7 дней
3. Головная боль соответствует клиническим характеристикам головной боли напряжения:
4. Головная боль сопровождается обоими из следующих симптомов:
 - ✓ отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита)
 - ✓ только светобоязнь или только звукобоязнь
5. Не связана с другими причинами (нарушениями)

Клинические характеристики головной боли напряжения

- ✓ двусторонняя локализация
- ✓ сжимающий/давящий (непульсирующий) характер
- ✓ интенсивность боли от легкой до умеренной
- ✓ головная боль не усиливается от физической активности (ходьба, подъем по лестнице)
- ✓ напряжение перикраниальных мышц шеи

ГОЛОВНАЯ
БОЛЬ
НАПРЯЖЕ
НИЯ

Дисфункция
серотониновой
системы

ИСТОЩЕН
ИЕ
АНТИНО-
ЦИЦЕПЦИ
И

ДЕПРЕССИ
Я

Лечение эпизодической ГБН

Нечастая ГБН

- Разовый прием анальгетиков или миорелаксантов (кетонал, мидокалм), приемы мануального релиза
- Профилактическое лечение не показано

Частая, хроническая ГБН

- Купирование приступов: НПВП+миорелаксанты, приемы мануального релиза
- Профилактическое лечение

Профилактическое лечение ГБН

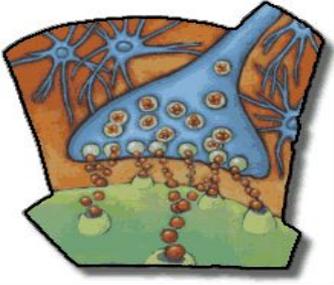
Профилактическое лечение

- Оптимизация режима труда и отдыха
- Психотерапия
- Биологическая обратная связь
- Физические факторы лечения
 - Физиотерапия
 - Мануальная терапия
 - Иглорефлексотерапия
- Лекарственная терапия

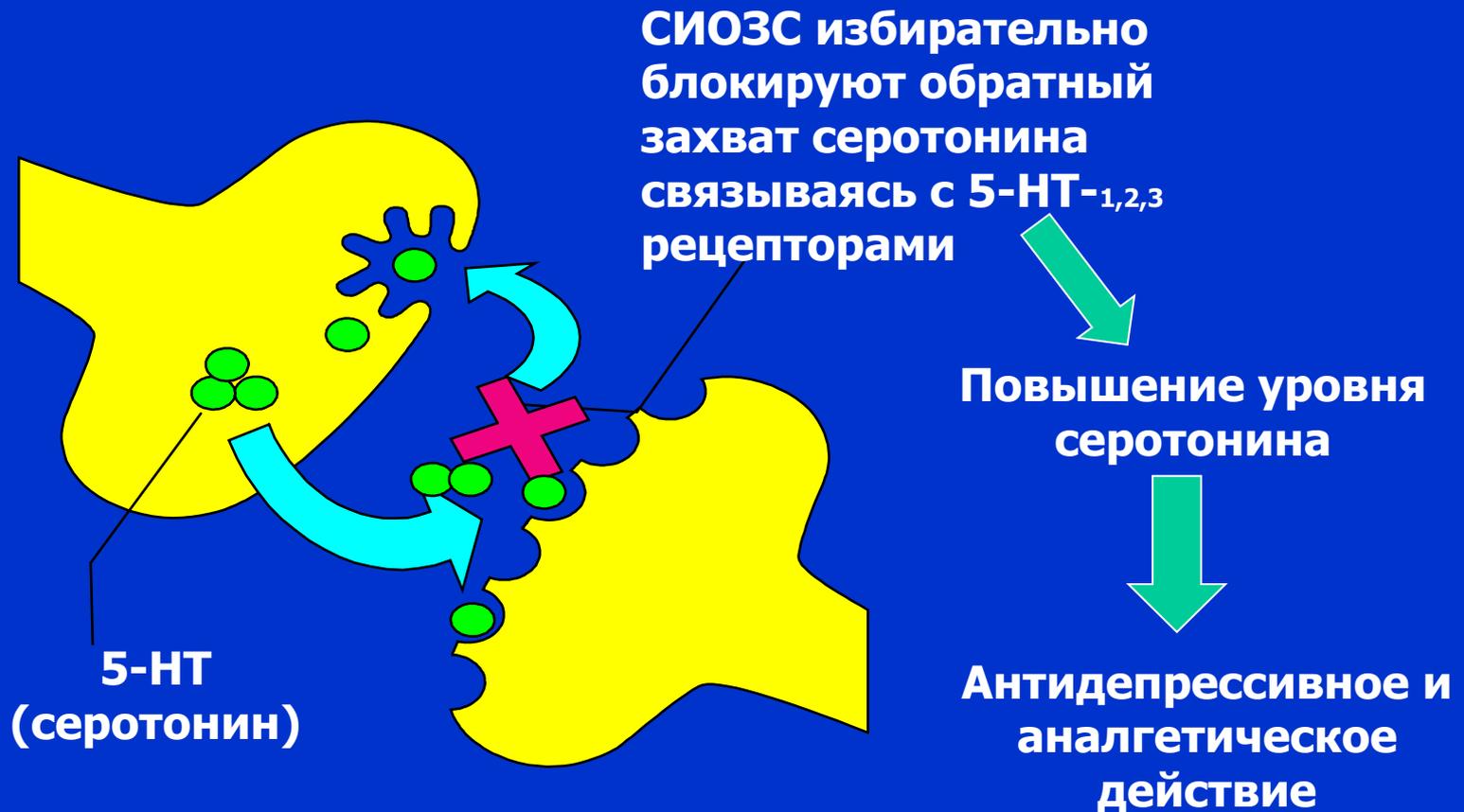


Лекарственная терапия хронической и частой ГБН

- Психотропные препараты (выбор зависит от эмоционально-личностных качеств)
 - Антидепрессанты
 - Амитриптилин
 - СИОЗС (пароксетин, флуоксетин, сертралин)
 - Транквилизаторы
- Миорелаксанты
- Курсы метаболических, ноотропных препаратов



Механизм действия селективных ингибиторов обратного захвата серотонина



ПУЧКОВАЯ (КЛАСТЕРНАЯ) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ДРУГИЕ ТРИГЕМИНАЛЬНЫЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ (АВТОНОМНЫЕ) ЦЕФАЛГИИ (МКГБ, 2003)

3.1. Пучковая (кластерная) головная боль

3.1.1. Эпизодическая пучковая головная боль

3.1.2. Хроническая пучковая головная боль

3.2. Пароксизмальная гемикрания

3.2.1. Эпизодическая пароксизмальная гемикрания

3.2.2. Хроническая пароксизмальная гемикрания

3.3. Кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъекцией конъюнктивы и слезотечением (КОНКС, SANCT)

3.4. Возможные тригеминальные вегетативные цефалгии

3.1 ПУЧКОВАЯ (КЛАСТЕРНАЯ) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

- Ранее используемые термины: пучковая мигрень, мужская мигрень, будильниковая головная боль, синдром Хортона, мигренозная невралгия Харриса, эритромелалгия головы

ПУЧКОВАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Диагностические критерии

1. 5 приступов, отвечающих критериям 2-6
2. Продолжительность головной боли от 15 до 180 минут
3. Головная боль имеет как минимум 2 из следующих характеристик:
 - ✓ односторонняя локализация
 - ✓ орбитальная, супраорбитальная и/или височная локализация
 - ✓ интенсивность высокая или чрезвычайно высокая

ПУЧКОВАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

Диагностические критерии

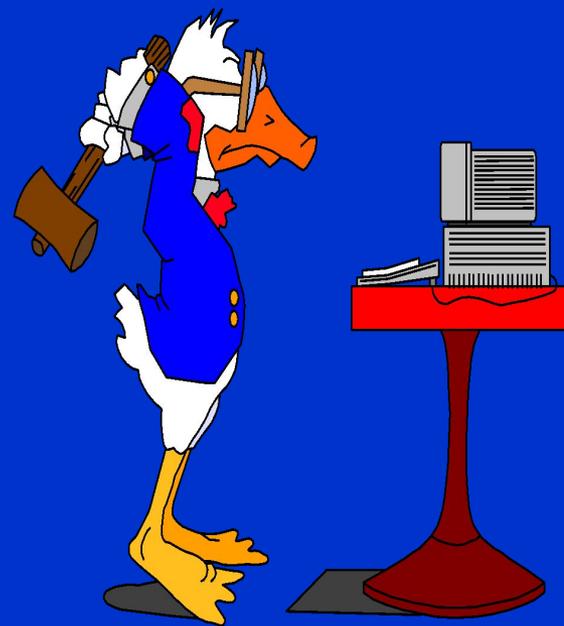
4. **Головная боль сопровождается как минимум 1 из следующих вегетативных симптомов на стороне поражения:**
 - инъекцирование конъюнктивы и/или слезотечение
 - заложенность носа и/или ринорея
 - отечность век
 - потливость лба и лица
 - миоз и/или птоз
 - чувство беспокойства или агитация
5. **Частота приступов от 1 раза в 2 дня до 8 раз в сутки**
6. **Не связана с другими причинами (нарушениями)**

ПАТОГЕНЕЗ КЛАСТЕРНОЙ ЦЕФАЛГИИ



ЛЕЧЕНИЕ ПУЧКОВОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

- Купирование приступа
- Межприступное лечение (профилактическое)



ЛЕЧЕНИЕ ПРИСТУПА ПУЧКОВОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

1. Ингаляции 100% кислорода со скоростью 7 л/мин
2. Закапывание 2% р-ра лидокаина в нос на стороне головной боли, ингаляция 2% спрея лидокаина
3. Неселективные агонисты 5HT₁ рецепторов (монопрепараты и комбинированные):
Эрготамина тартрат, Кофергот, Саридон, Мидрин, Солпадеин, Мигренол

Вспомогательные средства**

Метоклопрамид,

Ам

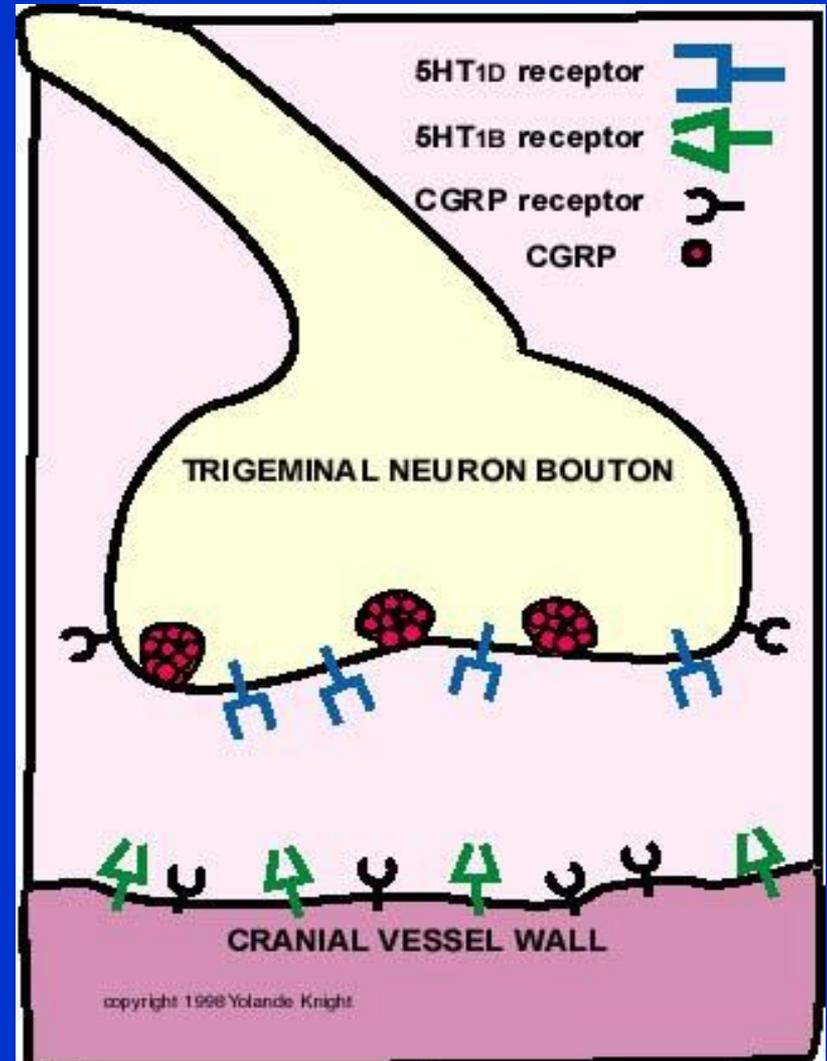
Домперидон

)4

ЛЕЧЕНИЕ ПРИСТУПА ПУЧКОВОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Селективные агонисты 5HT₁ рецепторов, «триптаны»:
Суматриптан (Имигран, Амигренин), Золмитриптан (Зомиг), Элетриптан (Релпакс)

Аме.



ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЧКОВОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

- **Общие мероприятия:**
 - Избегать приема алкоголя, никотина, нитроглицерина
 - Избегать физического перенапряжения
 - Избегать нахождение на большой высоте

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУЧКОВОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

- Медикаментозное лечение проводится в течение

3-6 месяцев:

- Верапамил с постепенным увеличением дозы до 240 мг в сутки
- Преднизолон 80 мг в течение 5 дней с постепенным снижением дозы
- Литий 600-1200 мг в день с контролем показателей крови, ЭКГ
- Депакин 500-1000 мг 2 раза в день
- Габапентин (Тебантин, Нейронтин) 600-1800 мг 3 раза в день

Аме.

†

ДРУГИЕ ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

- 4.1. Первичная колющая головная боль**
- 4.2. Первичная кашлевая головная боль**
- 4.3. Первичная головная боль при
физическом напряжении**
- 4.4. Первичная головная боль сексуального
напряжения**

ДРУГИЕ ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

4.5. Гипническая головная боль

**4.6. Первичная громopodobная головная
боль**

4.7. Гемикрания континуа

**4.8. Новая ежедневная (изначально)
персистирующая головная боль**

3.2. Пароксизмальная гемикрания

встречается у женщин зрелого возраста

Диагностические критерии

- 1. 20 приступов, отвечающих критериям 2-5**
- 2. Продолжительность головной боли от 2 до 30 минут**
- 3. Головная боль имеет следующие характеристики:**
 - ✓ односторонняя локализация**
 - ✓ орбитальная, супраорбитальная и/или височная локализация**
 - ✓ интенсивность высокая**

3.2. Пароксизмальная гемикрания

Диагностические критерии

4. **Головная боль сопровождается как минимум 1 из следующих вегетативных симптомов на стороне поражения:**
 - инъекцирование конъюнктивы и/или слезотечение
 - заложенность носа и/или ринорея
 - отечность век
 - потливость лба и лица
 - миоз и/или птоз
5. **Частота приступов более 5 раз в сутки**
6. **Приступы купируются приемом индометацина в дозе 75-150 мг/сут**

3.3. КОНКС, SANCT-синдром

Диагностические критерии

1. 20 приступов, отвечающих критериям 2-5
2. Продолжительность головной боли от 5 до 240 секунд
3. Головная боль имеет следующие характеристики:
 - ✓ односторонняя локализация
 - ✓ пульсирующий характер
 - ✓ орбитальная, супраорбитальная и/или височная локализация
 - ✓ интенсивность высокая
4. Головная боль сопровождается следующими симптомами на стороне поражения:
 - инъектирование конъюнктивы
 - слезотечение
5. Частота приступов от 3 раз до 200 раз в сутки
6. Не связана с другими причинами (нарушениями)

ЛЕЧЕНИЕ КНОКС-СИНДРОМА

1. *Селективные агонисты 5HT₁ рецепторов, «триптань»:* Суматриптан (Имигран), Золмитриптан (Зомиг), Элетриптан (Релпакс)
2. *Неселективные агонисты 5HT₁ рецепторов (монопрепараты и комбинированные):* Эрготамина тартрат, Кофергот, Саридон, Мидрин, Солпадеин, Мигренол
3. *Ингаляции 100% кислорода со скоростью 7 л/мин*
4. *Антиконвульсанты: карбамазепин, габапентин*

БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ!

