

«Первичные головные боли: ГБН и Мигрень в амбулаторной практике врача - терапевта»



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Выполнила: Студентка 4 курса
ЛФ Группы 1804 Григорьева

КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

МКГБ-3, 2013 ГБ подразделяются :

- **Первичные**, не связанные с заболеваниями головного мозга, мозговых сосудов и других структур, расположенных в области головы и шеи, когда не удастся выявить органическую причину боли
- **Вторичные** или симптоматические, обусловленные причинным заболеванием,
- Краниальные невралгии и лицевые боли



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Часть I. Первичные ГБ

- Мигрень
- Головная боль напряжения (ГБН)
- Кластерная ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии

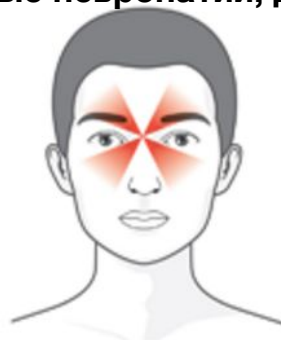
Часть II. Вторичные ГБ

- ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи.
- ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника.
- ГБ, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями
- ГБ, связанные с различными веществами или их отменой (в т.ч. лекарственно-индуцированная (абузусная) ГБ, связанная с избыточным применением анальгетиков или триптанов)
- ГБ, связанные с инфекциями
- ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза (в т.ч. ГБ, связанная с артериальной гипертензией)
- Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи (в т.ч. цервикогенная), глаз (в т.ч. связанная с глаукомой), ушей, носовой полости, пазух (в т.ч. связанная с синуситами), зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица (в т.ч. ГБ, связанная с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава)
- ГБ, связанные с психическими заболеваниями

Часть III. Болевые краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



Головная боль тензионного типа
«головная боль напряжения»



Мигрень



Кластерные головные
боли

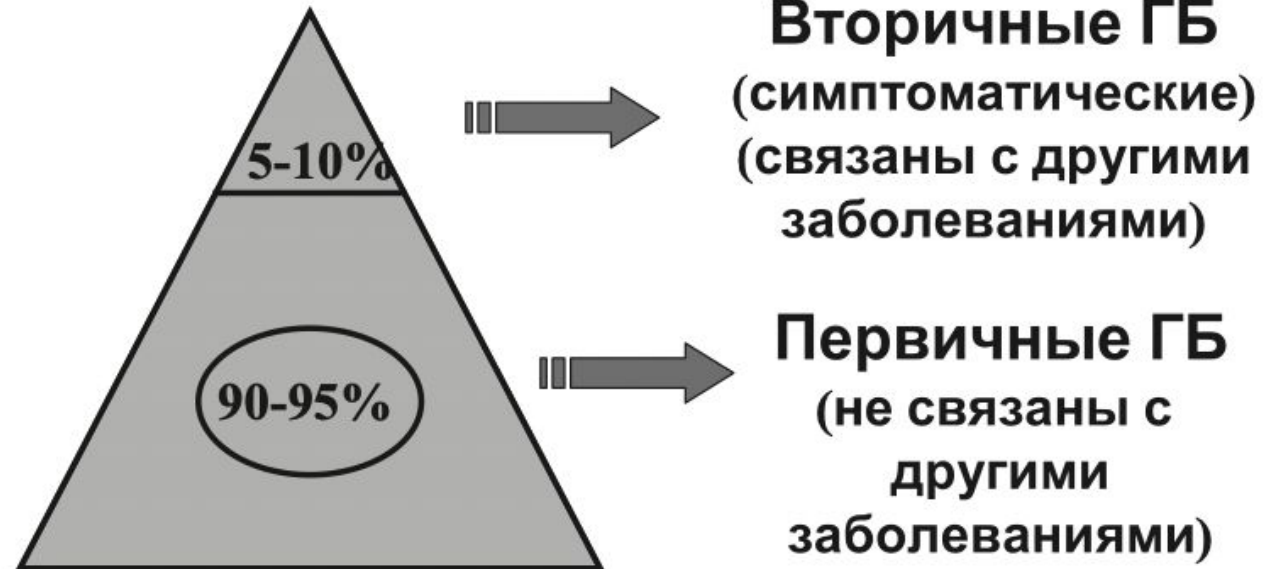
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Наибольшее распространение :

1-ГБН

2-Мигрень

3-Лекарственно-индуцированная (абузусная) ГБ (ЛИГБ)



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



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

ПАТОГЕНЕЗ

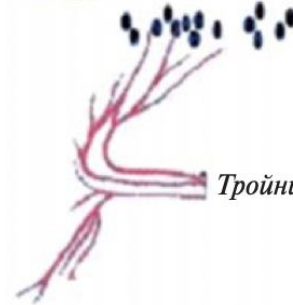
Тригеминальная система состоит из тригемино-вазкулярной(1) и тригемино-цервикальной частей(2).

1)ядро спинномозгового пути тройничного нерва и нервные волокна

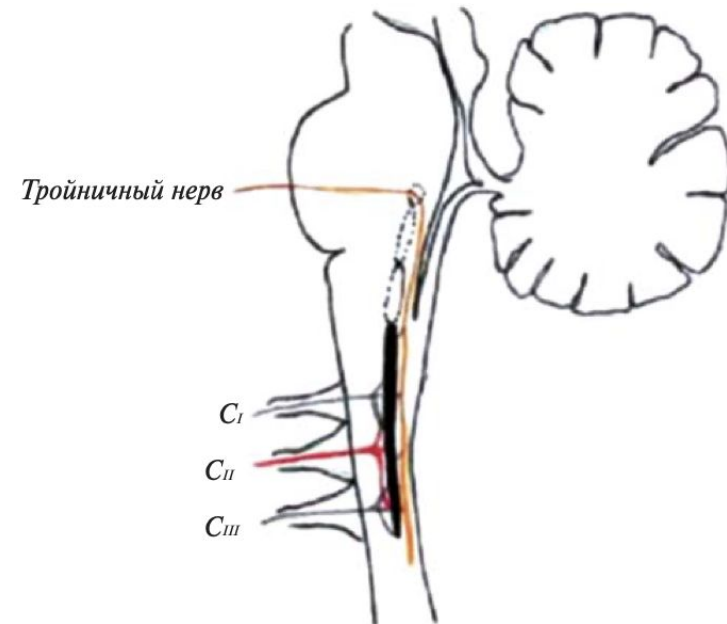
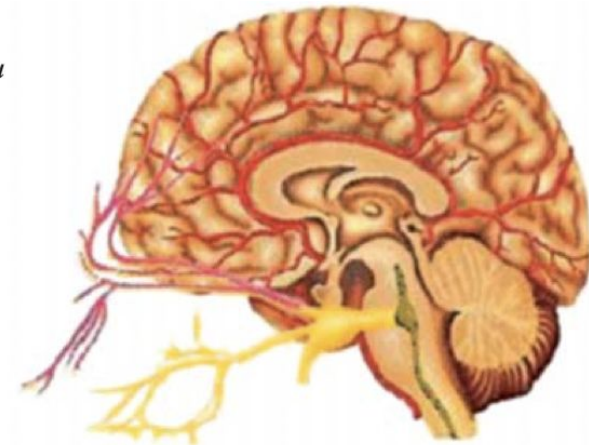
2)переключение болевой импульсации от нейронов первых 3 шейных сегментов через вставочные нейроны на ядро спинномозгового пути тройничного нерва

Снижение ингибиторной антиноцицептивной активности ствола мозга, что облегчает болевую трансмиссию и способствует хронизации ГБН

Сосуд твердой мозговой оболочки



Тройничный нерв



Кальцитонин-ген-связанный пептид (КГСП), нейрокинин А и субстанция Р



Активации болевых рецепторов в стенке сосудов ТМО



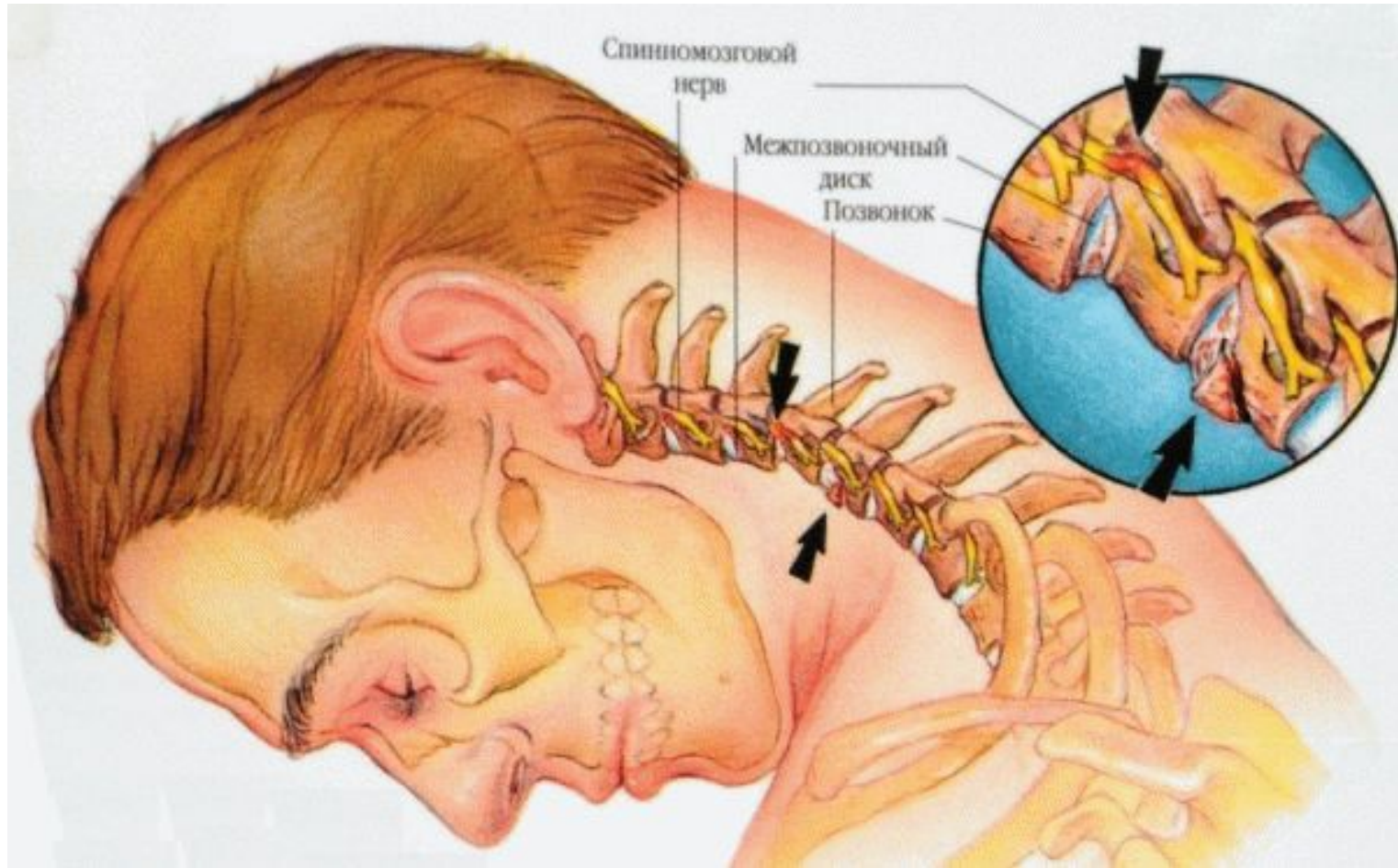
Болевые импульсы поступают в сенсорную кору головного мозга



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ПАТОГЕНЕЗ

Патологические изменения в любой структуре, иннервируемой верхними шейными спинальными нервами, могут быть источниками головной боли



ДИАГНОСТИКА

Анализ жалоб;
Сбор анамнеза;
Общий и неврологический осмотр;
«Фармакологическое» интервью;
Дневник головной боли.

Основа правильной диагностики ГБ
– тщательный расспрос пациента и
знание диагностических критериев
МКГБ



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

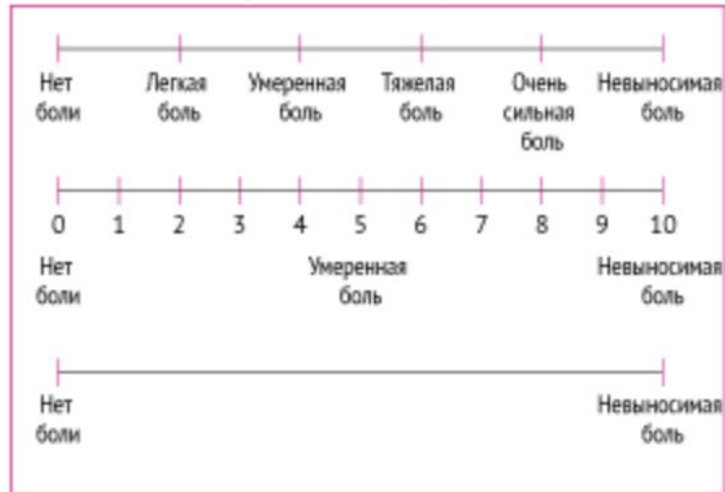
Вопросы, связанные с временем	<ul style="list-style-type: none">– Как давно началась ГБ?– Причина обращения к врачу именно сейчас– Как часто возникает ГБ? Число дней с ГБ в месяц? (Эпизодическая – редкая (до 2 приступов в мес), частая (до 10 в мес) или хроническая (более 15 дней с ГБ в мес)– Какова продолжительность эпизодов ГБ? (от 4 до 72 ч)
Вопросы о характере ГБ	<ul style="list-style-type: none">– Интенсивность ГБ– Характер и качество ГБ– Локализация и распространение ГБ– Сопутствующие симптомы
Вопросы о причине ГБ	<ul style="list-style-type: none">– Предрасполагающие и/или провоцирующие факторы– Факторы, усиливающие ГБ и/или уменьшающие ГБ– Наследственный анамнез
Поведение и общее состояние пациента во время приступа ГБ	<ul style="list-style-type: none">– Поведение (необходим покой, сонливость или агитация, возбуждение)– Степень нарушения повседневной активности работоспособности
История лечения ГБ	<ul style="list-style-type: none">– Купирование приступа:<ul style="list-style-type: none">– какие лекарственные препараты пациент использовал раньше и в настоящее время: классы препаратов (простые, комбинированные анальгетики, в т.ч. с кодеином, эрготаминсодержащие, есть ли опыт применения триптанов)– эффект от лечения, динамика эффекта с годами– число дней с приемом обезболивающих в месяц, общее число доз в месяц– профилактическое (курсовое) лечение в прошлом, названия препаратов и их эффективность
Состояние здоровья в межприступном периоде*	<ul style="list-style-type: none">– Есть ли сопутствующие нарушения/жалобы вне эпизодов ГБ– Наличие коморбидных нарушений: тревога, депрессия, панические атаки, нарушение сна, другие болевые синдромы, заболевания ЖКТ и др.

ДИАГНОСТИКА

Шкала оценки интенсивности боли



Визуальная аналоговая шкала



Мировая шкала показателей

- 0 = Нет боли
- 1 = Легкая боль
- 2 = Средней тяжести боль
- 3 = Тяжелая боль
- 4 = Ужасная боль
- 5 = Мучительная боль

Графическая шкала



Вербальная шкала

«Интенсивность боли по шкале от 0 до 10, 0 – отсутствие боли, 10 – невыносимая боль. По шкале охарактеризуйте боль, которую вы в настоящий момент испытываете»

Функциональная шкала боли

- 0 = Нет боли
- 1 = Допустимая боль, не препятствующая любой деятельности
- 2 = Допустимая боль, мешающая осуществлению некоторых видов деятельности
- 3 = Невыносимая боль, не препятствующая использованию телефона, просмотру телевизора, чтению
- 4 = Невыносимая боль, препятствующая использованию телефона, просмотру телевизора, чтению
- 5 = Невыносимая боль, препятствующая речевой коммуникации



ДИАГНОСТИКА

Объективный осмотр

При первичных ГБ и ЛИГБ : органические изменения в соматическом и неврологическом статусе не выявляются;

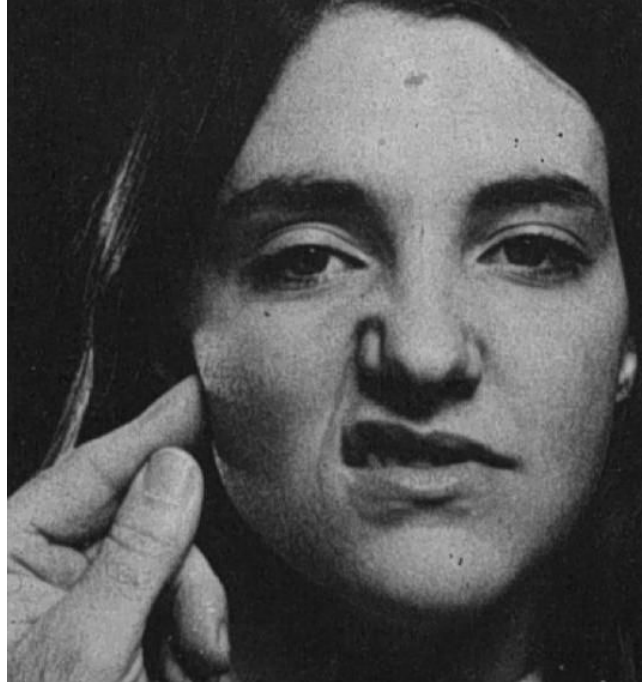
При осмотре больного с Мигренью можно отметить признаки вегетативной дисфункции:

ладонный гипергидроз,

изменение окраски пальцев кистей (синдром Рейно),

признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости (симптом Хвостека).

При пальпации у пациентов с Мигренью и ГБН часто обнаруживается болезненность и напряжение перикраниальных мышц (височных, жевательных, заднешейных, трапециевидных), что является отражением мышечно-тонического синдрома.



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ДИАГНОСТИКА

Параклинические исследования.

Инструментальные (МРТ, КТ, ЭЭГ, УЗИ), лабораторные методы исследования и консультации специалистов в большинстве случаев не имеют диагностической ценности при первичных ГБ и ЛИГБ.

Дополнительные и лабораторные исследования следует проводить пациентам с жалобой на головную боль только при наличии показаний, а есть при подозрении на симптоматический характер ГБ, это в двух случаях:

1. Нетипичное течение ГБ
2. Наличие одного или более «сигналов опасности»;
3. Требование пациента или его родственников.

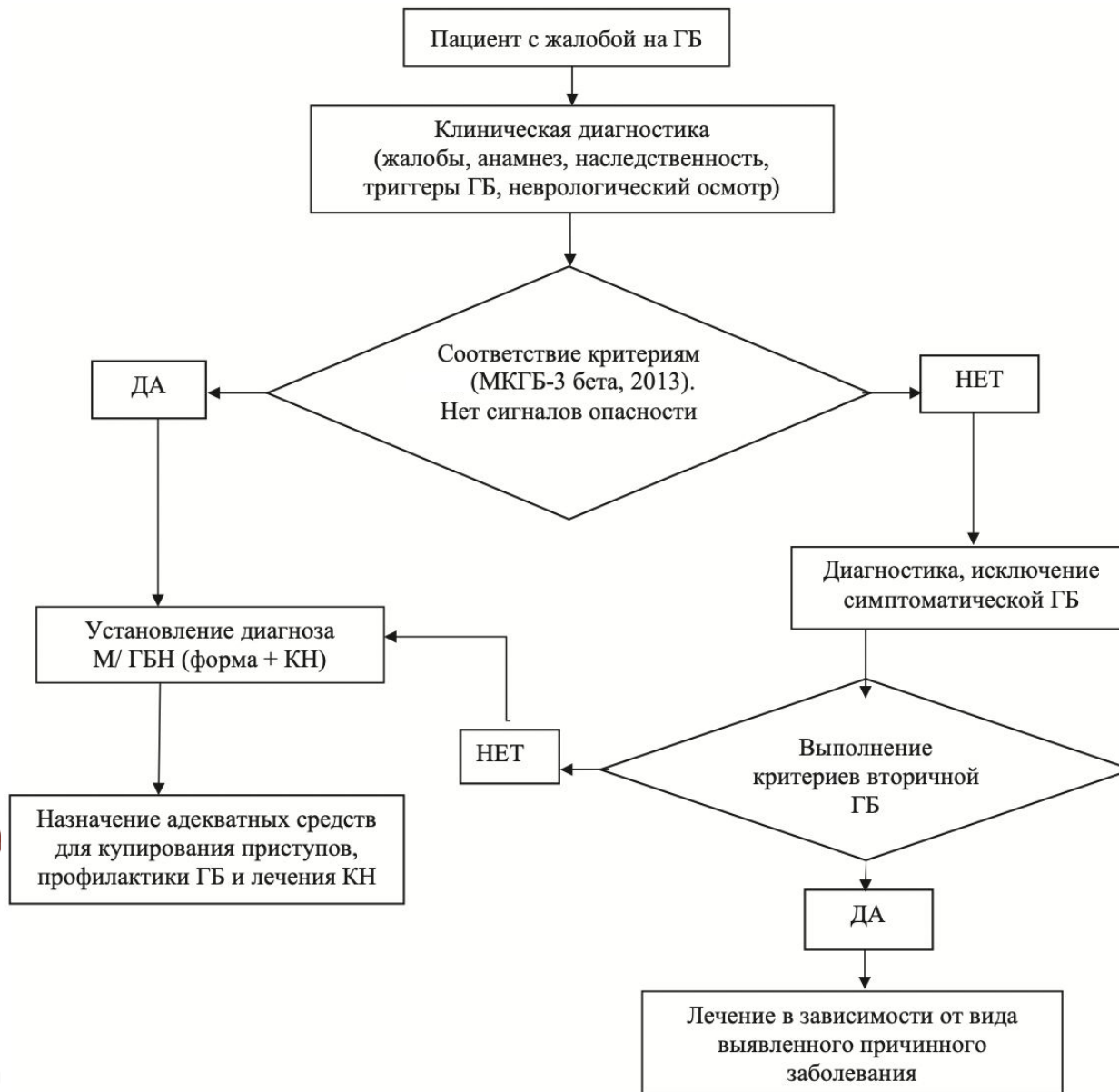


СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Переченьстораживающих симптомов – «сигналов опасности» у пациентов с ГБ:

- 1) ГБ, впервые возникшая после 50 лет, или ГБ, изменившая свое течение
- 2) «Громоподобная ГБ» (ГБ нарастающая до 10 баллов по ВАШ за 1-2 секунды)
- 3) Строго односторонняя ГБ
- 4) Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий
- 5) Внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ
- 6) Атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/или продолжительностью >1 часа)
- 7) Изменения в сфере сознания или психические нарушения
- 8) Очаговые неврологические знаки, симптомы системного заболевания
- 9) Признаки внутричерепной гипертензии
- 10) Отек диска зрительного нерва
- 11) ВИЧ-инфекция, онкологическое, эндокринное и др. системное заболевание или травма головы в анамнезе
- 12) Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде
- 13) Неэффективность адекватного лечения

ДИАГНОСТИКА



МИГРЕНЬ

Мигрень– первичная форма головной боли, проявляющаяся :

- Приступами пульсирующей односторонней ГБ,
- Продолжительностью 4-72 часа,
- Повышенной чувствительностью к свету, звуку, тошнотой и/или рвотой.

Мигрень обычно возникает в молодом возрасте, до 20 лет.

В детском возрасте чаще у мальчиков;

Взрослые женщины болеют в 2.5–3 раза чаще, чем мужчины.

В возрасте 35-45 лет частота и интенсивность мигренозных приступов достигает максимума, а после 55-60 лет течение болезни облегчается или приступы ГБ полностью прекращаются.



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



КЛАССИФИКАЦИЯ

МКГБ-3:

G43 – Мигрень

G43.0 – Мигрень без ауры (простая мигрень)

G43.1 – Мигрень с аурой (классическая мигрень)

1.3. Хроническая мигрень

1.4. Осложнения мигрени

1.4.1. Мигренозный статус

1.4.2. Персистирующая аура без инфаркта

1.4.3. Мигренозный инфаркт

1.4.4. Мигренозная аура- триггер эпилептического припадка

+Истинная менструальная мигрень



ЗРИТЕЛЬНАЯ АУРА - БЛИКИ И ИСКАЖЕНИЕ



НАЧАЛО

МЕРЦАЮЩАЯ СКОТОМА



КЛАССИФИКАЦИЯ

Мигрень без ауры:

- Повторяющиеся, однотипные приступы
- Интенсивной;
- Односторонней;
- Пульсирующей ГБ;
- Тошнота;
- Рвота;
- Повышенная чувствительность к свету, звукам и усилению боли при физической нагрузке.

Преимущественно в области:

- Виска, глаза и темени.

Продолжительность приступа – от 4 часов до 3 суток;

Частота дней с ГБ при эпизодической мигрени колеблется от 1 дня в год до 14 дней в месяц (в среднем 2-4 дня с ГБ в месяц)

При ХМ – от 15 и более дней с ГБ в месяц

Мигрени с аурой:

Фазе ГБ предшествуют преходящие неврологические нарушения.

Мигрень с типичной аурой:

- Полностью обратимые зрительные, чувствительные и/или речевые симптомы,
- Нет двигательных и стволовых нарушений.

В редких случаях после ауры ГБ не развивается - типичная аура без ГБ.

Клинические фазы приступа мигрени:

1. Продромальная фаза(1-3 часа): Раздражительность, беспокойство, повышенная чувствительность к свету и запаху, эмоциональная лабильность
2. Аура(не более часа): Фокальные, однотипные неврологические симптомы
3. Фаза ГБ(4-72 часа): Со светобоязнью, фотобоязнью, тошнотой или рвотой
4. Постдромальная фаза(до 24 часов): уменьшение ГБ, трансформация боли, повышение сонливости с длительным сном, повышенная утомляемость, усиление диуреза.



МИГРЕНОЗНЫЕ ТРИГГЕРЫ

Экзо- и эндогенные факторы:

- Психологические факторы: стресс, тревожные или депрессивные нарушения, переутомление;
- Расслабление после стресса;
- Изменения погоды;
- Гормональные факторы: менструация, овуляция, приём заместительной гормональной эстроген-содержащей терапии или оральных контрацептивов;
- Диетические факторы: голод, употребление ряда пищевых продуктов (сыра, шоколада, орехов, копчёностей, куриной печени, авокадо, цитрусовых или кофеинсодержащих продуктов);
- Приём алкоголя (особенно красного вина);
- Другие факторы: недостаток или избыток ночного сна, духота, физическая аэробная нагрузка, зрительные стимулы (яркий или мерцающий свет), шум, пребывание на высоте.



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ
НАПРЯЖЕНИЕ



НЕКОТОРЫЕ
ЛЕКАРСТВА



ПЕРЕМЕНА
ПОГОДЫ



ФИЗИЧЕСКОЕ
ПЕРЕУТОМЛЕНИЕ



ДЛИТЕЛЬНЫЕ
ПЕРЕРЫВЫ В
ПРИЕМЕ ПИЩИ



НЕДОСТАТОЧНЫЙ,
ИЛИ ИЗБЫТОЧНЫЙ
СОН

ДИАГНОСТИКА

Диагностические критерии мигрени с аурой:

Минимум 2 приступа, отвечающих критериям В и С

В. Должен быть один или более из следующих полностью обратимых симптомов ауры:

1. зрительные
2. сенсорные
3. речевые и/или связанные с языком
4. двигательные
5. стволотые
6. ретинальные

С. По меньшей мере три из следующих шести характеристик:

1. Как минимум один симптом ауры постепенно нарастает в течение >5 минут
2. Два или более симптома возникают последовательно
3. Каждый из отдельно взятых симптомов длится 5-60 минут
4. Как минимум один из симптомов ауры является односторонним
5. Как минимум один из симптомов ауры является положительным
6. В течение 60 минут после ауры или во время нее возникает ГБ

Диагностические критерии мигрени без ауры:

По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В-D.

В. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при отсутствии эффекта от лечения)

С. ГБ имеет как минимум 2 из следующих характеристик:

1. односторонняя локализация
2. пульсирующий характер
3. средняя или выраженная интенсивности боли

D. ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:

1. тошнота и/или рвота
2. фотофобия и фонофобия

Диагностические критерии хронической мигрени:

ГБ (мигреноподобная ГБ и/или ГБ по типу головной боли напряжения) ≥ 15 дней в месяц на протяжении ≥ 3 месяцев,

При чем возникновение ГБ ≥ 8 дней в месяц в течение 3 месяцев, соответствующей любому из следующих критериев:

- мигрень без ауры (1.1 по критериям С и D)
- мигрень с аурой (1.2 по критериям В и С)
- по мнению пациента имелся приступ мигрени, купированный или облегчаемый приемом триптанов или препаратов, содержащих эрготамин



ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендуется три подхода к лечению:

Поведенческая терапия:

- Разъяснение доброкачественной природы и механизмов М;
- Обсуждение роли провокаторов приступов ГБ и необходимости их избегать;
- Обсуждение факторов риска хронизации заболевания (стресса, лекарственного злоупотребления, психических и других коморбидных нарушений) и необходимости их профилактики;
- Разъяснение целей лечения М, механизмов действия профилактических препаратов
- Пациентам, злоупотребляющим обезболивающими средствами, следует разъяснить необходимость временного отказа от приема обезболивающих и строгого постоянного контроля числа принимаемых анальгетиков.

Купирование приступа мигрени:

- Рекомендуется для уменьшения интенсивности, длительности ГБ, сопутствующих симптомов и восстановления общего состояния пациента назначать медикаментозную терапию в зависимости от тяжести приступа и степени дезадаптации пациента.

Профилактическая терапия:

- Рекомендуется профилактическое лечение пациентам с М, у которых наблюдается 3 или более интенсивных приступа ГБ в течение месяца;
- 8 или более дней в месяц с ГБ при адекватном купировании приступов М;
- Пациентам с тяжёлой и пролонгированной аурой, даже при небольшой частоте приступов.

ЛЕЧЕНИЕ

Купирование приступа мигрени

Лекарственное средство	Доза, мг	Комментарий
Ацетилсалициловая кислота	1000 внутрь	Гастроэнтерологические побочные эффекты
Ибупрофен	200-800 внутрь	Такие же, как и для ацетилсалициловой кислоты
Напроксен	500-1000 внутрь	
Диклофенак	50-100 внутрь	Включая диклофенак калия
Парацетамол	1000 внутрь	Назначать с осторожностью, так как может вызывать почечную и печеночную недостаточность

Лекарственное средство	Доза
Суматриптан	Таблетки 50 мг, 100мг
Элетриптан	Таблетки 40 мг
Золмитриптан	Таблетки 2,5 мг

ЛЕЧЕНИЕ

Профилактика приступа мигрени

Лекарственные средства	Суточная доза, мг
Лекарственные средства первого выбора	
Бета-блокаторы Метопролол Пропранолол	50-200, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
	80-240, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
Антиконвульсанты Вальпроевая кислота Топирамат	500-2000, перорально, ежедневно в течение 6 месяцев
	50-200, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
Ботулинический токсин типа А-гемагглютинин комплекс* *Только для лечения хронической мигрени	155-195 ЕД, по протоколу PREEMPT ¹ каждые 12 недель
Моноклональные антитела (mAb) к КГСН или его рецепторам* Фреманезумаб Эренумаб *при 4 и более дней с М в месяц	подкожно 225 мг 1 раз в месяц или 675 мг 1 раз в 3 месяца подкожно 70 мг или 140 мг 1 раз в месяц
Лекарственные средства второго выбора	
Бета-блокаторы Атенолол	50-200, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
Антидепрессанты Амитриптилин	50-150, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
Венлафаксин	75-225, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
Антагонисты рецепторов ангиотензина II Кандесартан	16-32, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

Головная боль напряжения (ГБН) — одна из наиболее распространенных форм первичной головной боли (ГБ), проявляющаяся болевыми эпизодами продолжительностью от 30 минут до нескольких суток.

Кодирование по МКБ-10:

G44.2 – Головная боль напряженного типа (эпизодическая и хроническая).

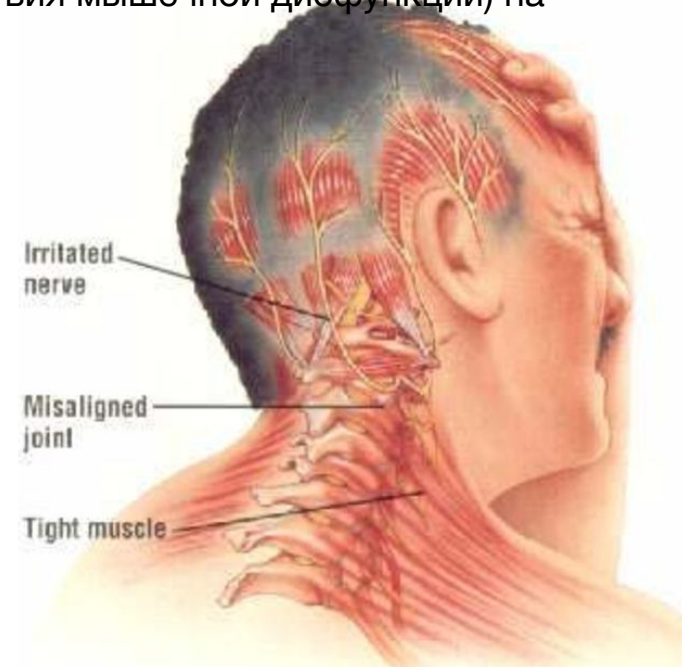
G44.4 – Головная боль, вызванная применением лекарственных средств (при сочетании ГБН с ЛИГБ).

- 1. Эпизодическую (ЭГБН)**, возникающую не более 15 дней в течение 1 месяца (или 180 дней в течение года)
- 2. Хроническую формы (ХГБН)** – более 15 дней в месяц (или более 180 дней в течение года).
Обе формы подразделяются (в зависимости от наличия или отсутствия мышечной дисфункции) на подтипы:
 - «ГБН с напряжением перикраниальных мышц»
 - «Без напряжения перикраниальных мышц»

Генетические факторы не принимают участие в патогенезе ГБН!



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

Обобщенные диагностические критерии ГБН:

- Продолжительность ГБ от 30 минут до 7 дней
- ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:
 - двухсторонняя локализация
 - давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер
 - легкая или умеренная интенсивность
 - боль не усиливается от обычной физической активности
- Оба симптома из нижеперечисленных:
 - отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита)
 - только фотофобия или только фонофобия

Диагностические критерии хронической ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц:

- ГБ, возникающая более 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (не менее 180 дней в год), отвечающая общепринятым критериям
- ГБ продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер;
- Повышенная чувствительность (болезненность) перикраниальных мышц при пальпации.

- Среди основных провокаторов ГБН – **«мышечный фактор»** (позное напряжение) и **эмоциональный стресс**, который, в свою очередь, вызывает и усиливает напряжение мышц головы и шеи
- Нередко присутствуют жалобы на повышенную тревожность, сниженный фон настроения, плохое качество ночного сна.
- Депрессия, часто обнаруживаемая у пациентов ГБН, поддерживает мышечное напряжение и болевой синдром, приводя к хронизации ГБН.



ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ

ЛЕЧЕНИЕ

Симптоматическое:

Вещество	Разовая доза, мг	Уровень рекомендаций	Нежелательные явления
Ибупрофен	200-800	A	НПВС- гастропатия, риск кровотечения
Кетопрофен	25	A	То же
Ацетилсалициловая кислота (АСК)	500-1000	A	То же
Напроксен	375-500	A	То же
Диклофенак	12,5-100	A	То же
Парацетамол	1000	A	Меньше, чем у НПВС

Профилактическое:

Вещество	Суточная доза, мг	Уровень рекомендаций
Амитриптилин	30–75	A
Митразапин	30	B
Венлафаксин	150	B
Кломипрамин	75-150	B
Мапротилин	75	B
Миансерин	30-60	B



Спасибо за внимание!



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Выполнила: Студентка 4 курса
ЛФ Группы 1804 Григорьева