

# «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

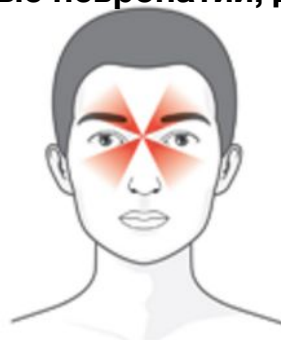
## Часть II. Вторичные ГБ

- 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

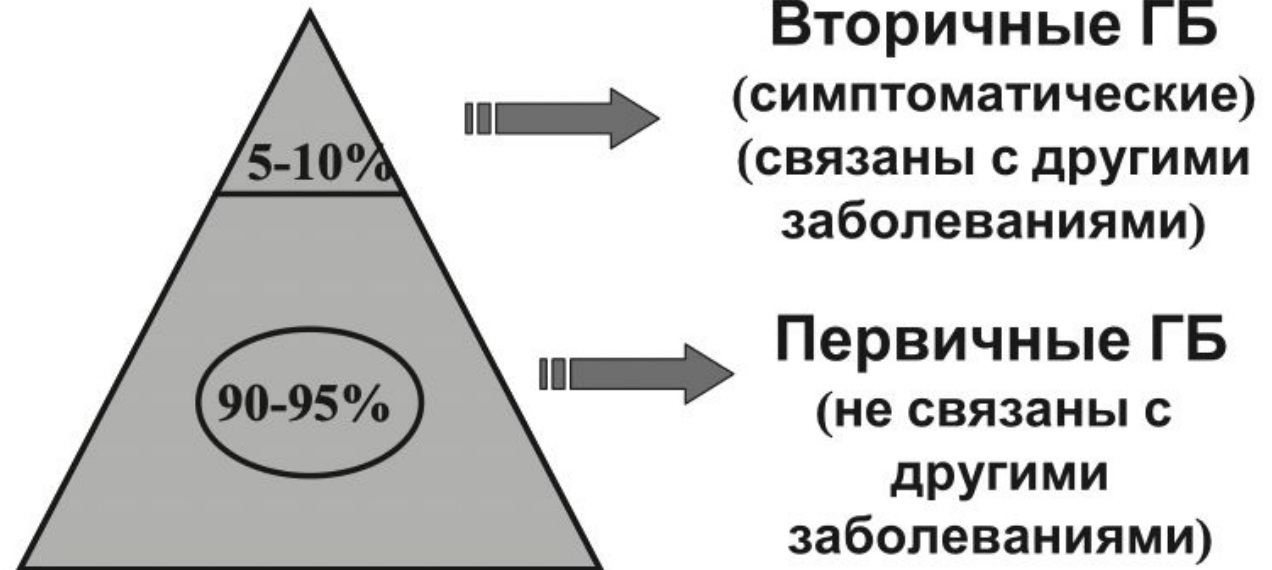
# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

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

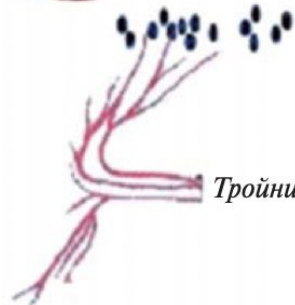
Тригеминальная система состоит из тригемино-вазкулярной(1) и тригемино-цервикальной частей(2).

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

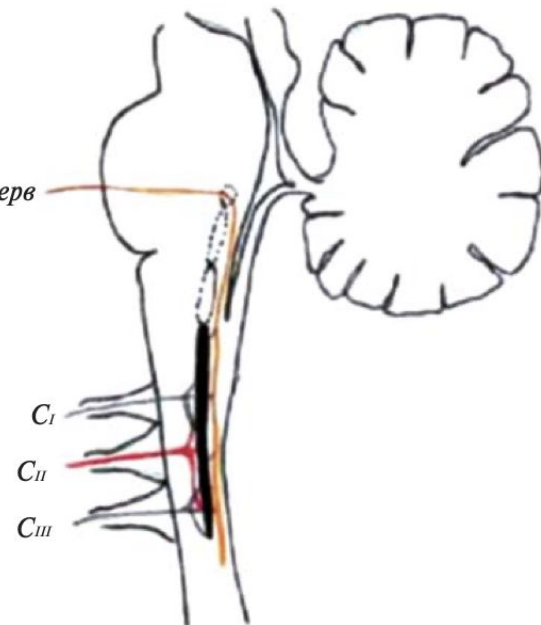


Активации болевых рецепторов в стенке сосудов ТМО



Болевые импульсы поступают в сенсорную кору головного мозга

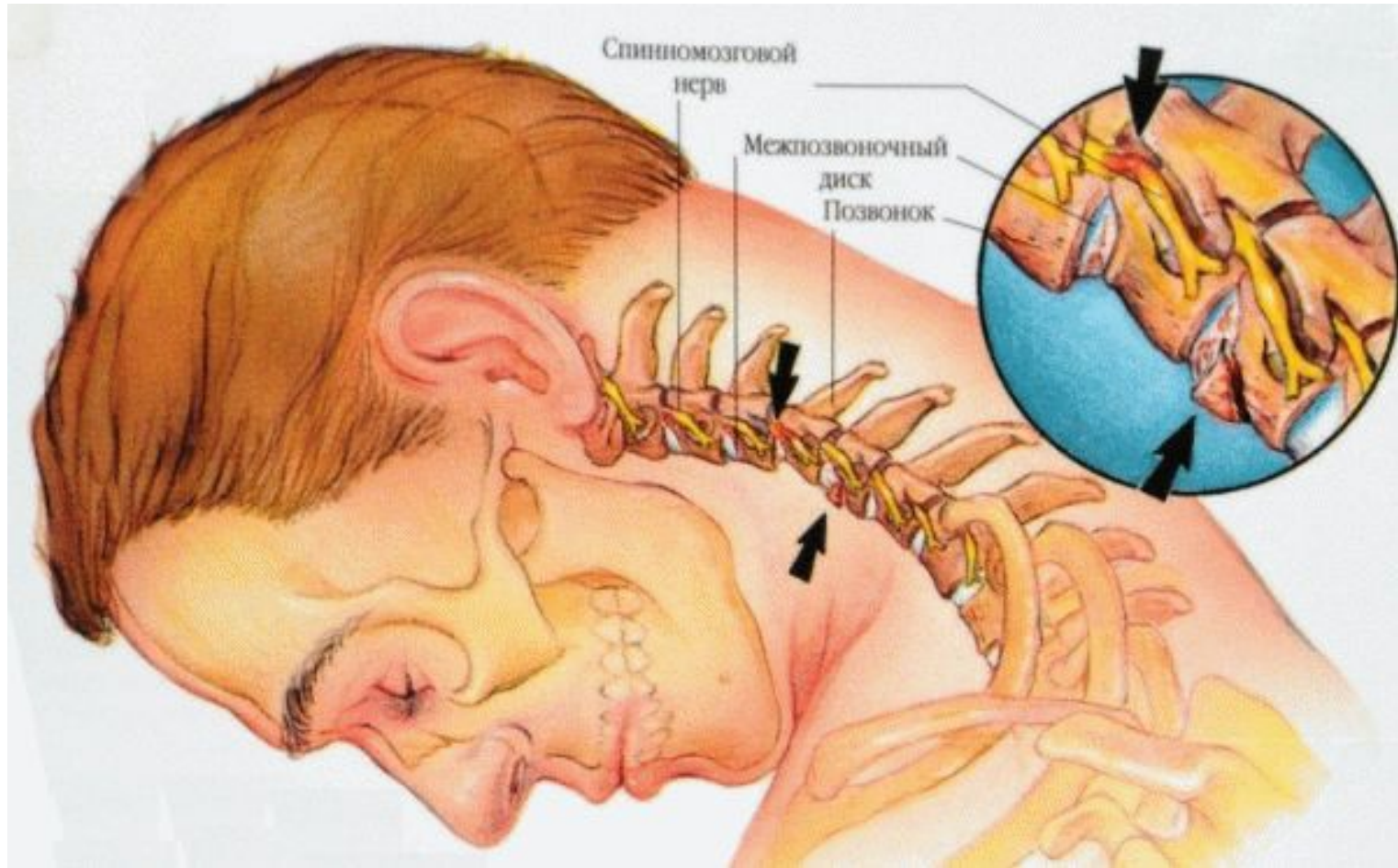
*Тройничный нерв*



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

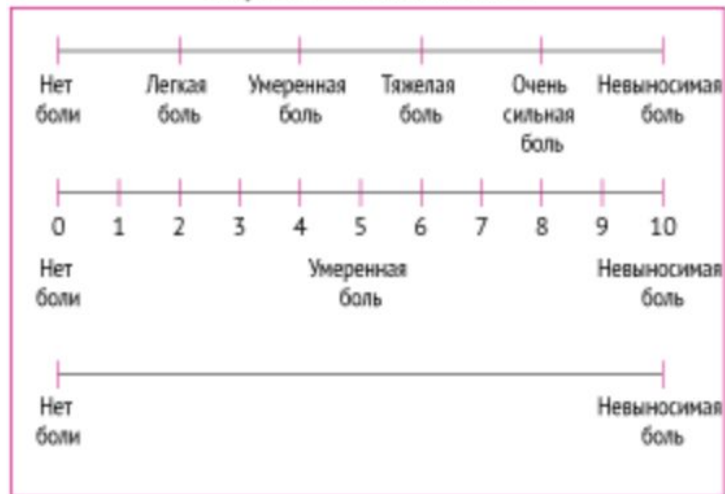
<b>Вопросы, связанные с временем</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Как давно началась ГБ?</li><li>– Причина обращения к врачу именно сейчас</li><li>– Как часто возникает ГБ? Число дней с ГБ в месяц? (Эпизодическая – редкая (до 2 приступов в мес), частая (до 10 в мес) или хроническая (более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

# 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

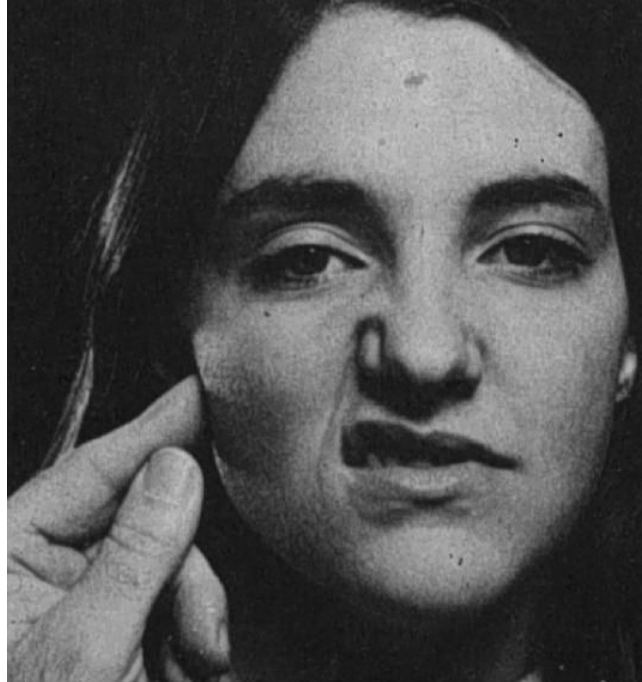
## Объективный осмотр

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.

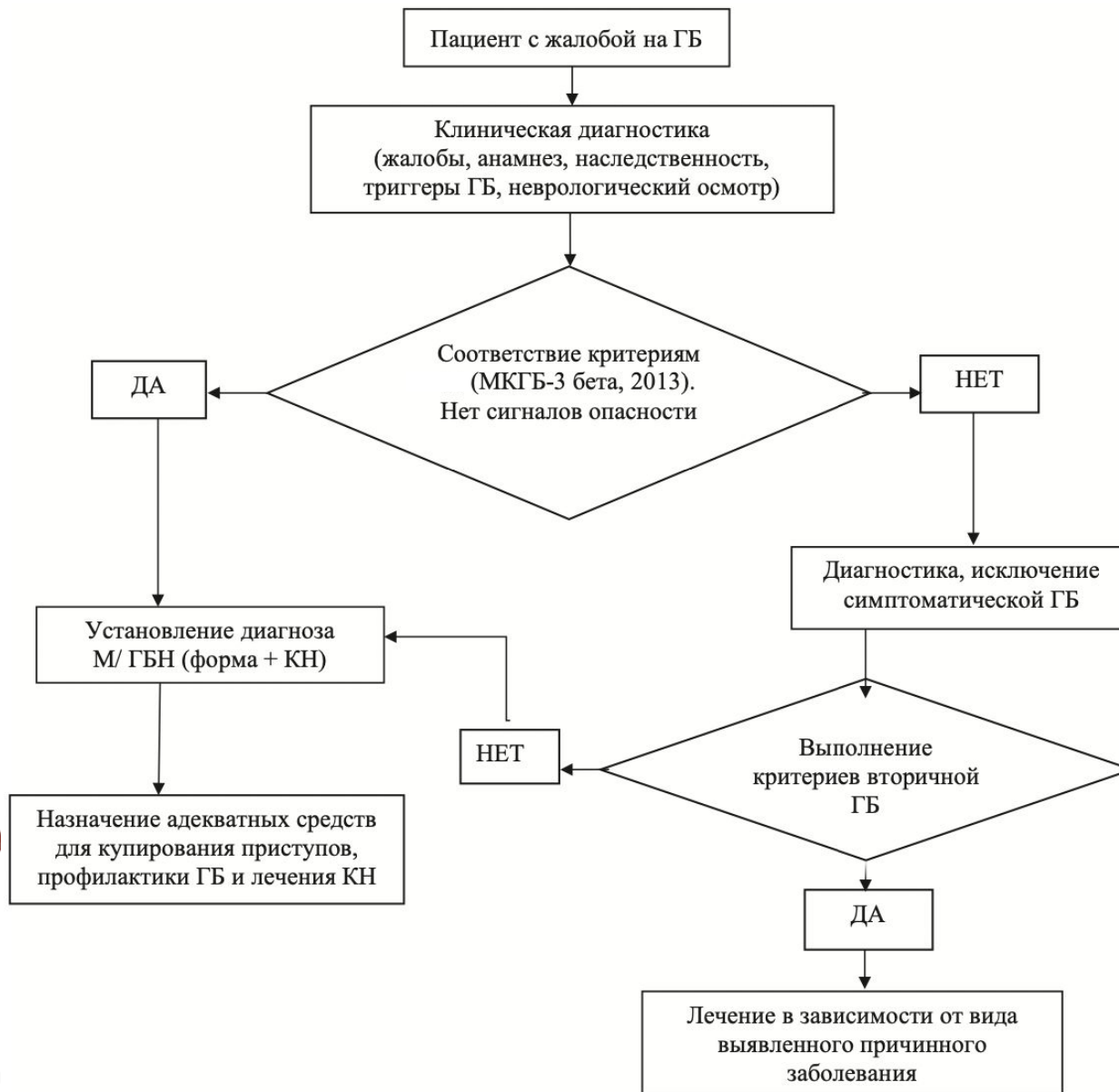


СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

## 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.



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. стволловые
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)  $\geq 15$  дней в месяц на протяжении  $\geq 3$  месяцев,

При чем возникновение ГБ  $\geq 8$  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 приёмом 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
<b>Лекарственные средства первого выбора</b>	
<b>Бета-блокаторы</b> Метопролол Пропранолол	50-200, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
	80-240, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
<b>Антиконвульсанты</b> Вальпроевая кислота Топирамат	500-2000, перорально, ежедневно в течение 6 месяцев
	50-200, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
<b>Ботулинический токсин типа А-гемагглютинин комплекс*</b> *Только для лечения хронической мигрени	155-195 ЕД, по протоколу PREEMPT <sup>1</sup> каждые 12 недель
<b>Моноклональные антитела (mAb) к КГСН или его рецепторам*</b> 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
<b>Лекарственные средства второго выбора</b>	
<b>Бета-блокаторы</b> Атенолол	50-200, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
<b>Антидепрессанты</b> Амитриптилин	50-150, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
Венлафаксин	75-225, перорально, ежедневно в течение 6-12 месяцев
<b>Антагонисты рецепторов ангиотензина II</b> 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).

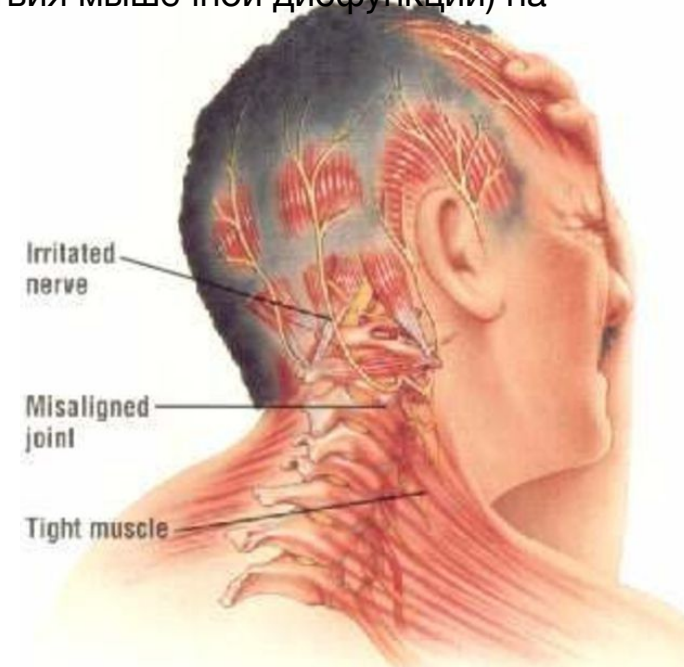
G44.4 – Головная боль, вызванная применением лекарственных средств (при сочетании ГБН с ЛИГБ).

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



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Спасибо за внимание!**



СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Выполнила: Студентка 4 курса  
ЛФ Группы 1804 Григорьева