

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

ПЕРВИЧНАЯ
(в основном
мигрень/ГБН)

90%

ВТОРИЧНАЯ
10%

Красные флаги (опасность!)

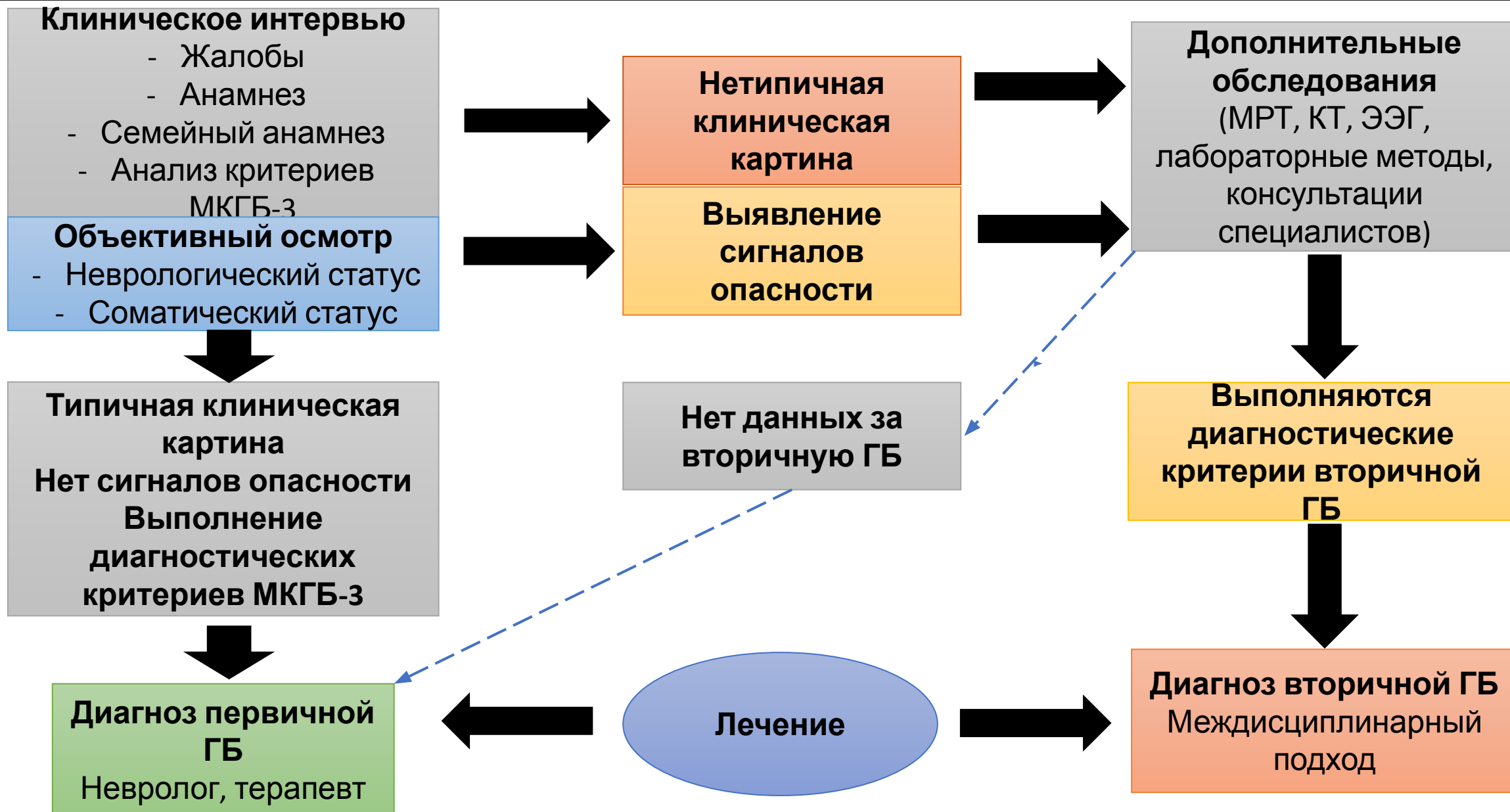
Алгоритм НПВС (SNOOP):

- Н** – новая/острая/начало после 50 лет/неврологическая симптоматика
- П** – постоянная/прогрессирующая/позиционная
- В** – вызывается при пробе Вальсальвы
- С** – системные симптомы/системные заболевания

Еще раз – красные флаги! SNOOPRR!

- S – системные симптомы: лихорадка, онкология, иммуносупрессия, беременность, прием антикоагулянтов
- N – неврологические симптомы: отек ДЗН, патология ЧМН, двигательные нарушения
- O – внезапное начало, начало после 50 лет
- P – предшествующее начало: прогрессирование ежедневной боли, новый тип боли, неэффективность стандартной терапии
- P – поза: боль усиливается стоя/лежа
- P – провокаторы: боль усиливается при кашле/чихании

Головная боль: диагностический алгоритм



ПЛАН ОПРОСА ПАЦИЕНТА

1. Когда впервые началась головная боль?
2. На момент визита к врачу состояние ухудшилось?
3. Локализация
4. Характер
5. Интенсивность (ВАШ в помощь)
6. Сопутствующие симптомы
7. Зависимость от физической/умственной нагрузки
8. Провокаторы
9. Зависимость от времени суток
10. Периодичность
11. Прием НПВС
12. Сопутствующие заболевания
13. Наследственность



Оценить эмоциональный фон – выявление коморбидной депрессии/тревоги

- Радует или не очень?
- Как дела на работе и дома?
- Есть ли стресс? «Не сидите ли вы на вулкане?»
- Насколько силен стресс, и виден ли ему конец?
- Не снижено ли настроение? В какой степени?
- Не тревожны ли вы? В какой степени?

**В помощь тестирование по
HADS**

«Take home messages» для пациента:

- 1. Стресс может «запускать» ГБ и провоцировать приступ ГБ
- 2. Стресс может учащать ГБ
- 3. Преодоление стресса может облегчить течение ГБ

Выявление периода трансформации/усиления боли

- Как давно боль начала учащаться и что этому предшествовало?
- Период, когда начинают работать факторы хронизации (стресс, депрессия, кофеин, зарождается абюзус)



Важные моменты

- Пациент может иметь **несколько типов головной боли**
- Необходимо оценить каждый тип по-отдельности
- Также важно выявить наличие **абузусной головной боли**



А что если абзус?

- Развивается при приеме более **15** таблеток НПВС, либо **10** таблеток триптанов и комбинированных анальгетиков в течение месяца на протяжении 3-х месяцев
- Обучение пациентов
- Детоксикация
- Медикаментозная поддержка
- Профилактическая терапия

ВАЖНО! Не всегда прием большого количества НПВС/триптанов = абзус

Как преодолеть абзус?

- **Основное – отменить полностью абзусный препарат!** – 90% успеха (важно правильно достучаться до пациента)
- Детоксикация – обильное питье, либо в/в физ-й р-р, витамины (учитывайте преморбидный фон пациента – хочет лежать в стационаре и капаться – ОК – обеспечьте)
- Медикаментозная поддержка – коротким курсом НПВС другой группы (Целебрекс 200 мг, либо Ксефокам 4 мг), либо преднизолон 1 мг/кг в течение 5 дней (выбор опять же за вами)
- Профилактическая терапия !

Ваш диагноз «Мигрень/ГБН»: Что должен узнать пациент?

- **Вы уверены в диагнозе !**
- ГБ у пациента **доброкачественная и неопасная** : нет патологии мозга и сосудов, нет риска смерти и опасных осложнений
- **Доп. исследования не обязательны т.к. не информативны** + Дать трактовку предыдущих исследований (МРТ, УЗДГ, ЭЭГ...)

«Наглядная агитация» пациента с ГБ: **Что показать/рассказать пациенту с ГБ?**

- Форма (место) ГБ в МКГБ: МБА-МА, ХМ, аура без ГБ, ГБН, КГБ... Если есть ЛИГБ – спец. акцент!
- Простая схема патогенеза: «очень активный мозг и болевые вещества в крови»
- Изменения на МРТ: **неопасно**
- Триггеры: **избегать**
- Факторы хронизации: **анализ**
- **Препараты для купирования (триптаны!) и профилактики: нет «сосудистых»**

История лечения пациента: разбор прошлых полетов

- **Купирование приступов:** названия препаратов, число дней и доз в месяц с анальгетиками, ночной прием...
- **Предыдущие курсы профилактики:** классы препаратов, длительность лечение, дозы... Почти всегда неадекватное лечение!
- **Был ли выявлен лек. абюзус и принимались ли меры:** отмена, детокс, адекватная профилактика ГБ? Важно! Преодоление недоверия и прошлого негативного опыта пациента

Что должен знать пациент о своей головной боли

- Течение перв. ГБ можно существенно облегчить с помощью профилактической терапии (ПТ)
- В мире разработаны эффективные схемы лечения, которые доступны в РФ
- Эффект достигается только при лечении «правильными» препаратами, которые влияют на механизм головной боли
«Сосудистые» препараты не эффективны!
- Не следует бояться побочных эффектов, «заявленных» в инструкции **(инструкция для врача!)**

Стратегии лечения

- Советы по купированию приступов ГБ: разбор ошибок, риск абзуса: мантра - **«8 дней в месяц с приемом анальгетиков по одной дозе в сутки и не больше!»**
- Профилактика:
- Выбор подходящих препаратов с учетом коморбидности
- Разъяснение механизма их действия
- Разговор о побочных эффектах и



Надежды пациента: поговорите об этом

- Ожидания от лечения должны быть реальными: **через 3 месяца лечения число дней с ГБ должно снизиться на 50%**
- Для достижения эффекта необходимо **длительное лечение под контролем врача (4-6-12-... мес)**



Важна комплаентность и обратная связь!

- Ведение дневника головной боли в **Мигребот** – онлайн-дневник головной боли в Телеграме – Университетская клиника головной боли (Москва) – разработали в 2019 году.
- Как пользоваться – перейти в Мигребота в телеграмм или найти [@migrebot](https://www.instagram.com/migrebot) в списке каналов в Telegram и нажать Start → Выбрать удобное время для вопросов и оставить e-mail → Готово!
- Каждый день Мигребот будет задавать несколько вопросов
- Если бот заметит, что вы перебираете обезболивающих или приступы стали чаще, то предупредит вас
- **Скачать дневник можно в любое время и потом отправить врачу**

Часть 2

- **Тонкости подбора терапии**

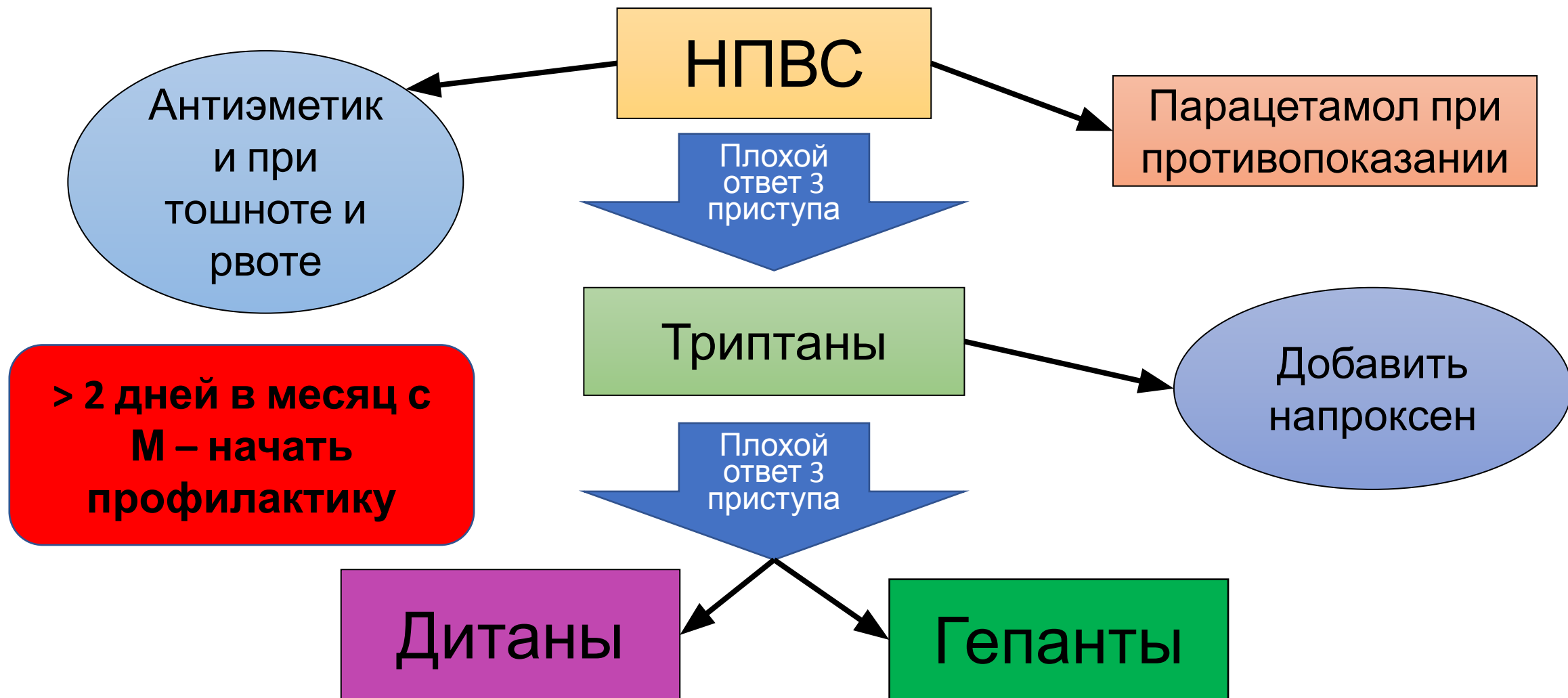


С чего начать?

- Возраст
- Оценить соматическое состояние пациента
- Сопутствующие заболевания
- Сфера деятельности пациента
- Коморбидные состояния



Новая терапия мигрени



Профилактическая терапия мигрени

УРОВЕНЬ А

- Метопролол – 50-200 мг (под контролем ЭКГ!)
- Пропранолол – 40-240 мг (под контролем ЭКГ!)
- Топирамат – 25-100 мг
- Вальпроат натрия – 500-800 мг
- Ботулотоксин А (только хроническая мигрень!) – 155-195 ЕД

УРОВЕНЬ В,С

- Amitриптилин – 50-150 мг
- Венлафаксин – 75-150 мг
- Кандесартан – 16 мг

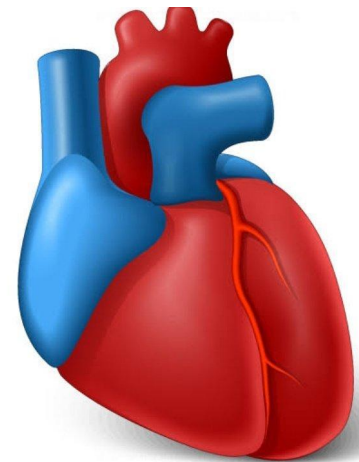
Бета-блокаторы

Противопоказания

- Гипотензия
- Бронхиальная астма
- Сердечная недостаточность
- Нарушения проводимости сердца

Побочные эффекты

- Ортостатическая гипотензия
- Диспноэ
- Бронхоспазм
- Брадикардия
- АВ-блокада



Препараты вальпроевой кислоты

Преимущества

- Повышают уровень серотонина в стриатуме и гиппокампе
- Являются стабилизаторами настроения

Побочные действия

- Гепатотоксичность
- Тромбоцитопения
- Алопеция
- Дисменорея, СПКЯ
- Тератогенность
- Повышение массы тела

Препараты вальпроевой к-ты: недостатки

- Высокая связь с белками плазмы – высокий риск лекарственных взаимодействий и развития побочных эффектов
- Ингибирование микросомальных ферментов печени
- При повышении дозировки необходимость лекарственного мониторинга

Топирамат

Преимущества

- Низкая связь с белками плазмы (15%) – низкий риск лекарственных взаимодействий

Недостатки

- Высокая частота поведенческих, когнитивных и аффективных нарушений
- Индукция микросомальных ферментов печени

Топирамат: побочные эффекты

- Кожный зуд и парастезии
- Олиго- и ангидроз
- Риск остеопороза у детей
- Снижение массы тела
- Метаболический ацидоз (ингибирование карбангидразы – нарушение всасывания бикарбонатов)

А что нового ?

Дитаны

- Агонисты рецептора серотонина 5-HT_{1F}
- Не влияют на тонус сосудов
- Разрешены у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями
- Ласмидитан (не зарегистрирован в РФ)

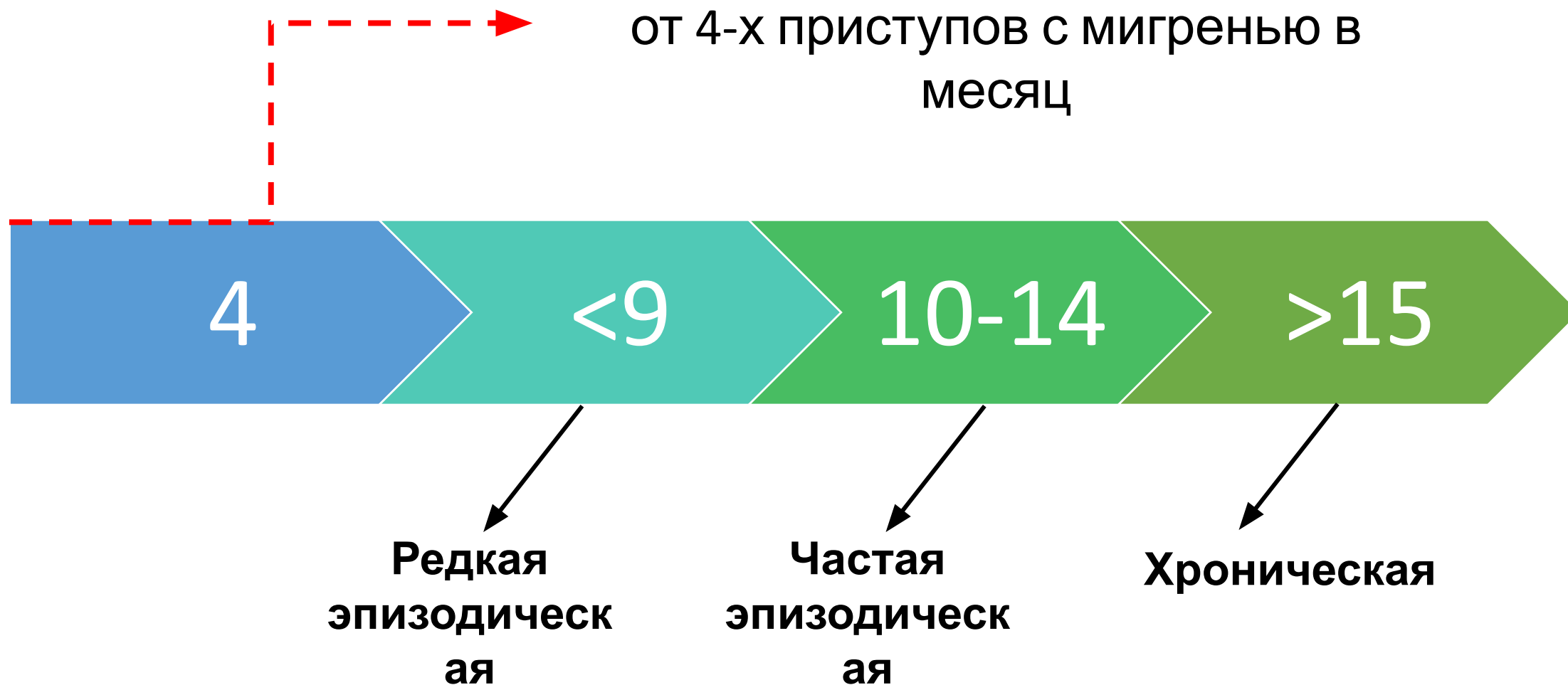
Гепанты

- Антагонисты рецепторов CGRP
- Купирование приступа и профилактика одним препаратом
- Римегепант (не зарегистрирован в РФ)

Анти – CGRP антитела

Характеристики	Фреманезумаб	Эренумаб	Галканезумаб	Эптинезумаб
Путь введения	Подкожно	Подкожно	Подкожно	Внутривенно
Мишень	Лиганд	Рецептор	Лиганд	Лиганд
T ½ max	31	28	27	32
Частота дозирования	Ежемесячно/ ежеквартально	Ежемесячно	Ежемесячно	Ежеквартально
Тип АТ	Полностью гуманизованно е	Человеческое	Гуманизованн ое	Гуманизованн ое
Субтип IG	IgG2Δα	IgG2	IgG4	IgG1

Показания к назначению моноклональных антител



Когда нужны анти-CGRP МАТ?

- Эпизодическая мигрень (от 4-х приступов в месяц)
- Хроническая мигрень
- Мигрень + абузусная ГБ
- Рефрактерная мигрень
- Мигрень + депрессия

Оценка эффективности

- Через 3 месяца при ежемесячном введении
- Через 6 месяцев при ежеквартальном введении

Основные принципы профилактической терапии мигрени

- **Начало с минимальной дозы**

- **Повышаем постепенно до:**

1. Клинически эффективной дозы
2. Или до побочных эффектов
3. Или до максимально рекомендуемой дозы

- Оценка эффективности не ранее 2-3 месяцев

- Выбор реалистичной цели

- Курс 6-12 месяцев

- **Обязательный дневник и обратная связь!**

Профилактическая терапия ГБН

- **Амитриптилин 30–75 мг - А Первый выбор**
- Кломипрамин 75-150 мг – В
- Доксепин 50-150 мг – В
- Венлафаксин 150 мг – В
- Миртазапин 30 мг - В

Амитриптилин – наш лучший друг

Антихолинергическое действие:

- Быстрая редукция бессонницы и тревоги +
- Нет первичного активирующего аффекта СИОЗС +

Антихолинергическое действие:

- Замедление когнитивных процессов –
- Сухость во рту, запор, нарушение зрения, задержка мочи
- Сексуальная дисфункция
- Прибавка веса

Амитриптилин – наш лучший друг

Норадренергическое действие:

- Самый сильный противоболевой антидепрессант +
- ССС нарушения -

Антигистаминное действие:

- быстрая редукция бессонницы и тревоги +
- Нет первоначального активирующего аффекта СИОЗС +
- Замедление когнитивных процессов -
- Сексуальная дисфункция -
- Дневная сонливость -

АМИТРИПТИЛИН – начальная дозировка $\frac{1}{4}$ таб х 2 раза в день, шаг титрации $\frac{1}{4}$ таб каждые 3-4 дня до 25-37.5 мг/сут

ПЛЮСЫ

- Эффективность около 70%
- Уряжает любую головную боль
- Улучшает сон
- Снижает тревогу
- Разрешен к применению с 6 лет

МИНУСЫ

- 17% не переносят лечение
- Более 50% испытывают побочные эффекты (сонливость, запор, сухость во рту, нарушение мочеиспускания)
- Может повышать вес
- Много противопоказаний

А что если при ГБН не работает Амитриптилин ? – выход Кломипрамин

- Разрешен к применению с 5 лет
- По механизму действия схож с Амитриптилином
- Седативный эффект менее выражен, чем у Амитриптилина
- Шаг титрации как у Амитриптилина

NB! При коморбидной депрессии и тревоге возможна комбинация низких доз Кломипрамина и СИОЗС

Венлафаксин

- СИОЗСН
- Серотонин:НА – 30:1
- Обратный захват НА блокируется позже и дозах выше 150 мг
- Косвенно действует на опиоидные рецепторы (мю-, каппа1, каппа3, дельта)
- Воздействует на альфа2-адренорецепторы

- Сильный антидепрессант
- Обладает противотревожным действием
- Высокое противоболевое действие
- Возможность сочетать антидепрессивное, противотревожное и антиноцицептивное действие

Венлафаксин: недостатки

- Очень короткий период полувыведения
- Высокая вероятность синдрома отмены
- Частое развитие тошноты
- По мере увеличения дозировки проявление побочных эффектов, связанных с активацией НА (активация, потливость, повышение АД, запоры, обмороки)

Венлафаксин (целевая доза 75-225)

ПЛЮСЫ:

- Уровень доказательности В
- Урежает любую головную боль
- Переносимость лучше, чем у ТЦА

МИНУСЫ:

- Эффективность ниже, чем у топирамата и амитриптилина
- Побочные эффекты реже, чем у ТЦА, но все-таки есть
- Чаще тошнота, запор
- Не улучшает сон
- Противотревожное действие слабее

Часть 3

Клинические примеры



Пациент №1

Вариант 7.

Мужчина 24 лет. Менеджер. 2 года назад была травма головы (с полки на голову упал тяжелый ящик). Была кратковременная потеря сознания, больше ничего не беспокоило. КТ без патологии. В течение года отмечает приступы головной боли по несколько часов 3-4 дня в месяц. Боль интенсивная, с пульсацией, чередованием сторон, с тошнотой, фото- и фонофобией. Купирует ибупрофеном. Неврологический статус в норме.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования? Если да, то какие?
3. Терапия?

Ответ

1. Эпизодическая мигрень
2. Не требуются
3. Купирование приступов НПВС+Антиэметик, при неэффективности - триптаны

Пациент №2

Вариант 8.

Девушка 19 лет. Студентка. Обратилась с жалобами на ежедневную головную боль, которая не прекращается в течение дня, и ощущение заложенности в ушах («как будто под водой») в течение последних двух недель.

Боль интенсивностью 3-8 баллов, нарастает после пробуждения в течение часа, заставляет полежать. Двусторонняя, давящая, без тошноты, рвоты, без фоно- и фотофобии. Немного облегчается НПВП, но не до конца. Неврологический статус в норме. Отмечается гипермобильность в шейном отделе. На МРТ головного мозга без контраста небольшое опущение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, 2-3 мм, в остальном без изменений. Начала заниматься йогой около 2 месяцев назад, учится выполнять асану на голове. Никогда до этого таких головных болей не испытывала.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Нужны ли другие дополнительные исследования? Если да, то какие?
3. Терапия?

Ответ

1. Головная боль на фоне внутричерепной гипотензии
2. Поиск утечек ликвора – КТ-миелография
3. Лечение:
 - Консервативное – постельный режим, обильное питье, бандаж на живот
 - Эпидуральный blood-patch
 - Хирургическая пластика дефекта ТМО

Пациент №3

Вариант 5.

Пациентка 45 лет. С 27 лет – мигрень с аурой. Аура с типичными зрительными нарушениями, продолжительностью до 6 часов. После ауры – типичная мигренозная головная боль. Соматический и неврологический статус – норма.

1. Программа обследования пациентки?
2. Спектр дифференциального диагноза?
3. Какие симптомы ауры могут быть «красными флажками»?

Ответ

1. МРТ с МР-ангиографией, ЭЭГ
2. ТИА, ЦАДАСИЛ, ОЦВЦ
3. В данном случае длительность (продолжительная аура)
4. Красные флажки ауры: длительность больше 60 минут, только негативные симптомы, ацефалическая аура (без головной боли)