

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии и нейрохирургии

ЦЕФАЛГИИ: ОБЗОР

ICHD-3 / Мигрень / ГБН / ПГБ

Выполнил: студент 5 курса леч.фак.

Акимов Курсанбек Акылбекович

Рязань, 2021



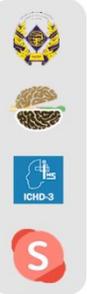
План заседания

ICHD-3

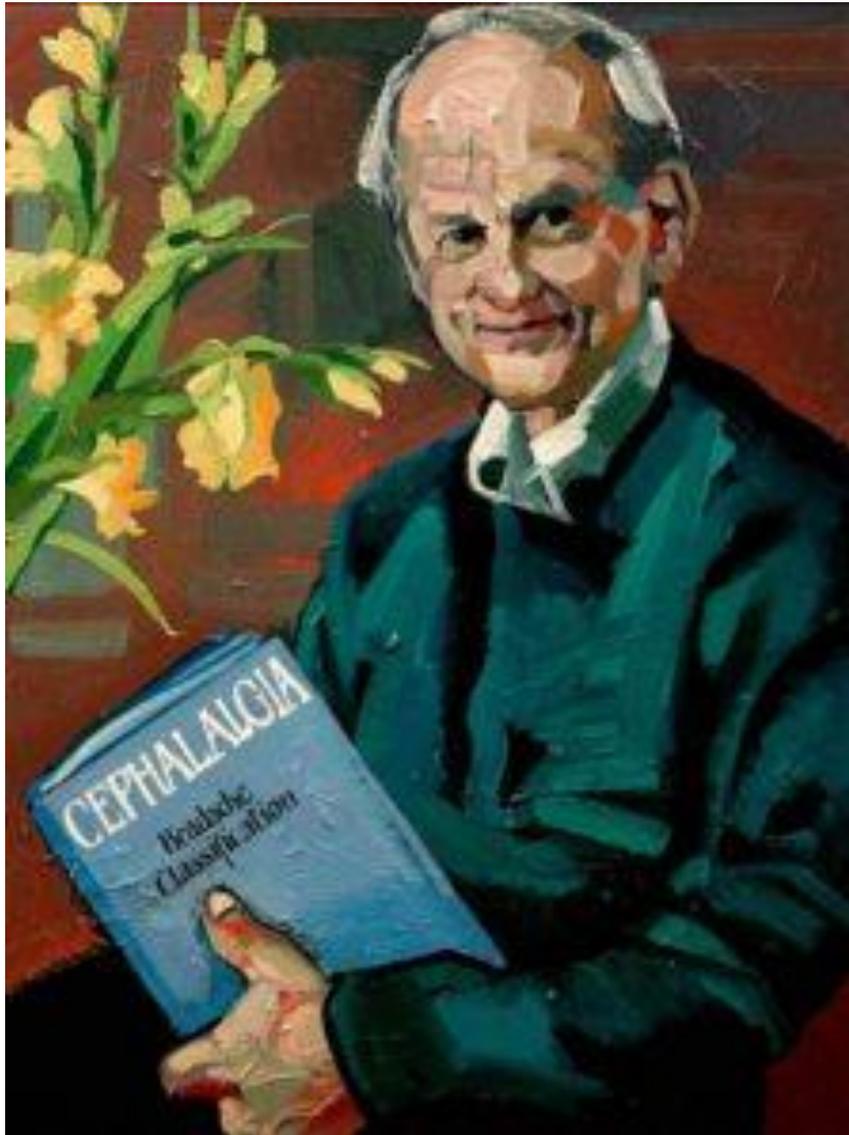
МИГРЕН
Ь

ГБН

ПГБ

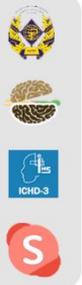


ICHD



- ICD-1 / 1988
- ICD-2 / 2004
- ICD-3 / 2018
- ICD-4 / 202X

- Иерархическая классификация
- Максимальный охват
- Удобность применения
- Диагностические критерии



ICHD-3

Part I: The primary headaches

1. Migraine

2. Tension-type headache (TTH)

3. Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs)

4. Other primary headache disorders

Part II: The secondary headaches

5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck

6. Headache attributed to cranial or cervical vascular disorder

7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder

8. Headache attributed to a substance or its withdrawal

9. Headache attributed to infection

10. Headache attributed to disorder of homeostasis

11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure

12. Headache attributed to psychiatric disorder

Part III: Neuropathies & Facial Pains and other headaches

13. Painful lesions of the cranial nerves and other facial pain

14. Other headache disorders

Part IV: Appendix

Appendix



ICHD-3

Part I: The primary headaches

1. Migraine

2. Tension-type headache (TTH)

3. Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs)

4. Other primary headache disorders

disorders 4. Other primary headache

1. Migraine

1.1 Migraine without aura

1.2 Migraine with aura

1.2.1 Migraine with typical aura

1.2.1.1 Typical aura with headache

1.2.1.2 Typical aura without headache

1.2.2 Migraine with brainstem aura

1.2.3 Hemiplegic migraine

1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)

1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1)

1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2 (FHM2)

1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3 (FHM3)

1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci

1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine (SHM)

1.2.4 Retinal migraine

1.3 Chronic migraine

1.4 Complications of migraine

1.4.1 Status migrainosus

1.4.2 Persistent aura without infarction

1.4.3 Migrainous infarction

1.4.4 Migraine aura-triggered seizure

1.5 Probable migraine

1.5.1 Probable migraine without aura

1.5.2 Probable migraine with aura

1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine

1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance

1.6.1.1 Cyclical vomiting syndrome

1.6.1.2 Abdominal migraine

1.6.2 Benign paroxysmal vertigo

1.6.3 Benign paroxysmal torticollis

Diagnostic criteria:

A. At least two attacks fulfilling criteria B and C

B. One or more of the following fully reversible aura symptoms:

1. visual
2. sensory
3. speech and/or language
4. motor
5. brainstem
6. retinal

C. At least three of the following six characteristics:

1. at least one aura symptom spreads gradually over ≥ 5 minutes
2. two or more aura symptoms occur in succession
3. each individual aura symptom lasts 5-60 minutes¹
4. at least one aura symptom is unilateral²
5. at least one aura symptom is positive³
6. the aura is accompanied, or followed within 60 minutes, by headache

D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.

Как использовать классификацию

- Эта классификация иерархична, и вы должны решить, насколько подробно вы хотите поставить свой диагноз: от I до V уровня.
- В общей практике обычно применяются только диагнозы первого или второго уровня, в то время как в специализированной практике и центрах головной боли уместен диагноз на уровне четвертого или пятого.
- Каждый отдельный тип, подтип или подформа головной боли, которую имеет пациент, должен быть отдельно диагностирован и закодирован.
- Когда пациенту ставится более одного диагноза, они должны быть перечислены в порядке важности для пациента.

1. Migraine

1.1 Migraine without aura

1.2 Migraine with aura

1.2.1 Migraine with typical aura

1.2.1.1 Typical aura with headache

1.2.1.2 Typical aura without headache

1.2.2 Migraine with brainstem aura

1.2.3 Hemiplegic migraine

1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM)

1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1)

1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2 (FHM2)

1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3 (FHM3)

1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci

1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine (SHM)

1.2.4 Retinal migraine

1.3 Vestibular migraine

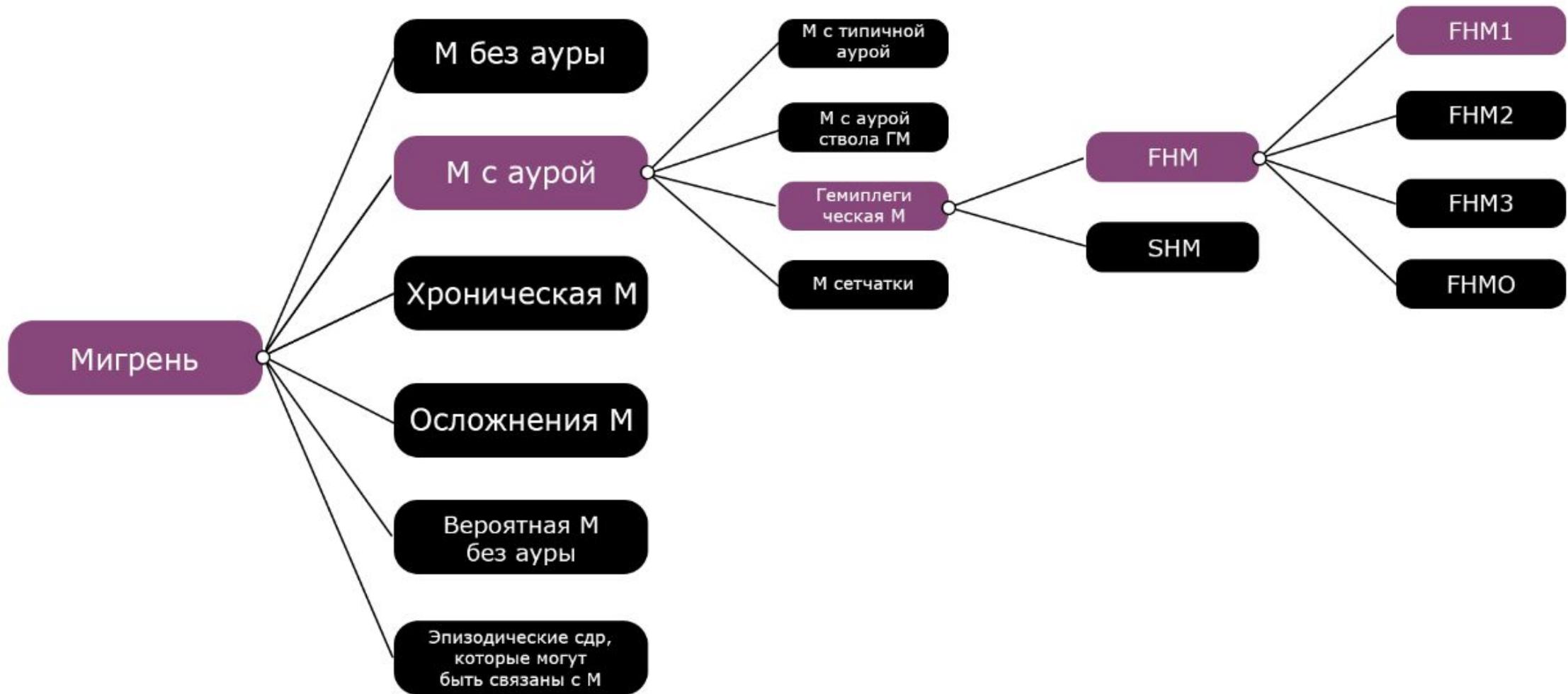
1.3.1 Sporadic vestibular migraine (SHM)

1.3.1.1 Familial vestibular migraine, other loci

1.3.1.2 Familial vestibular migraine type 2 (FHM2)



Диагностическая иерархия



I

II

III

IV

V



Как использовать классификацию

- Когда один тип головной боли у конкретного пациента удовлетворяет двум различным наборам диагностических критериев, следует использовать всю остальную имеющуюся информацию, чтобы решить, какой из вариантов является правильным или более вероятным диагнозом. Это может включать продолжительность головной боли (как и когда началась головная боль?), семейный анамнез, влияние лекарств, возраст, пол и ряд других особенностей.
- Чтобы записать конкретный диагноз головной боли, пациент должен во многих случаях испытывать минимальное количество приступов (или дней с этой головной болью). Это число указывается в диагностических критериях для типа, подтипа или подформы головной боли. Кроме того, головная боль должна удовлетворять ряду других требований, описанных в критериях под отдельными буквенными заголовками: А, В, С и т.д.

1.2 Migraine with aura

Diagnostic criteria:

- A. At least two attacks fulfilling criteria B and C
- B. One or more of the following fully reversible aura symptoms:
1. visual
 2. sensory
 3. speech and/or language
 4. motor
 5. brainstem
 6. retinal
- C. At least three of the following six characteristics:
1. at least one aura symptom spreads gradually over ≥ 5 minutes
 2. two or more aura symptoms occur in succession
 3. each individual aura symptom lasts 5-60 minutes¹
 4. at least one aura symptom is unilateral²
 5. at least one aura symptom is positive³
 6. the aura is accompanied, or followed within 60 minutes, by headache
- D. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.



Как использовать классификацию

- Полный набор диагностических критериев представлен для некоторых расстройств головной боли только на уровне первого и второго разряда. Диагностические критерии на уровнях третьего, четвертого и иногда пятого разрядов затем требуют в качестве критерия А выполнения критериев для уровней один и/или два, а в критериях В и далее указывают дальнейшие конкретные критерии, подлежащие выполнению.
- Частота первичных расстройств головной боли варьируется в широких пределах, от приступов каждые 1-2 года до ежедневных приступов. Степень тяжести приступов также варьируется.

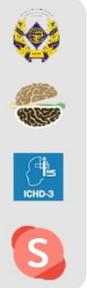
1.2.1 Migraine with typical aura

Diagnostic criteria:

A. Attacks fulfilling criteria for 1.2 *Migraine with aura* and criterion B below

B. Aura with both of the following:

1. fully reversible visual, sensory and/or speech/language symptoms
2. no motor, brainstem or retinal symptoms.



Как использовать классификацию

- Если у пациента есть подозрение на наличие более чем одного типа или подтипа головной боли, настоятельно рекомендуется, чтобы он заполнил **диагностический дневник головной боли**, в котором для каждого эпизода головной боли записываются важные характеристики.
- Было показано, что такой дневник головной боли улучшает диагностическую точность, а также позволяет более точно судить о потреблении лекарств. Дневник помогает судить о количестве двух или более различных типов или подтипов головной боли. Наконец, он учит пациента различать различные головные боли: например, между мигренью без ауры и эпизодической головной болью типа напряжения.

Ф.И.О.: _____ Дата рождения (д/м/г) _____

Начало заполнения дневника: _____ Окончание заполнения дневника _____

Перед заполнением дневника внимательно прочитайте инструкцию! Заполняйте одну колонку **каждый вечер**, отмечая подходящие квадратики.

		ПНД	ВТ	СР	ЧЕТ	ПТН	СББ	ВС	ПНД	ВТ	СР	ЧЕТ	ПТН	СББ	ВС
2. Была ли у Вас сегодня ГБ? (Если нет, сразу переходите к вопросу №15)	Нет Да	<input type="checkbox"/>													
3. Если да, когда Вы впервые ее заметили? (ч:мин)															
4. Когда Ваша ГБ прекратилась? (ч:мин)															
5. В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения (выпадки света, линии-зигзаги, слезные пятна, др.)?	Нет Да	<input type="checkbox"/>													
6. Где отмечалась ГБ?	С одной стороны С обеих сторон	<input type="checkbox"/>													
7. Характер ГБ	Пульсирующая: Сжимающая:	<input type="checkbox"/>													
8. Ухудшалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?	Нет Да	<input type="checkbox"/>													
9. Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкцию)	Незначительная Сильная Очень сильная	<input type="checkbox"/>													
10. Была ли у Вас тошнота?	Нет Незначительная: Заметная:	<input type="checkbox"/>													
11. Была ли у Вас рвота?	Нет Да	<input type="checkbox"/>													
12. Вас раздражал свет?	Нет Да	<input type="checkbox"/>													
13. Вас раздражал звук?	Нет Да	<input type="checkbox"/>													
14. Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?	Если Да, уточните														
15. Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли															
Для каждого препарата укажите: А) название Б) принятая доза В) время приема															



Как использовать классификацию

- В каждой главе, посвященной вторичным головным болям, упоминаются наиболее известные и хорошо известные причины и приводятся критерии для последующих головных болей. Однако во многих главах, например **9. головная боль, вызванная инфекцией**, существует почти бесконечное число возможных инфекционных причин. Чтобы избежать очень длинного списка, упоминаются только самые важные. В приведенном примере более редкие причины отнесены к **9.2.3 головная боль, вызванная другой системной инфекцией**. Та же система используется и в других главах, посвященных вторичным головным болям.

9. Headache attributed to infection

9.1 Headache attributed to intracranial infection

9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1.1 Acute headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1.2 Chronic headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.1.3 Persistent headache attributed to past bacterial meningitis or meningoencephalitis

9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis

9.1.2.1 Headache attributed to viral meningitis

9.1.2.2 Headache attributed to viral encephalitis

9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.3.1 Acute headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.3.2 Chronic headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection

9.1.4 Headache attributed to localized brain infection

9.2 Headache attributed to systemic infection

9.2.1 Headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1.1 Acute headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.1.2 Chronic headache attributed to systemic bacterial infection

9.2.2 Headache attributed to systemic viral infection

9.2.2.1 Acute headache attributed to systemic viral infection

9.2.2.2 Chronic headache attributed to systemic viral infection

9.2.3 Headache attributed to other systemic infection

9.2.3.1 Acute headache attributed to other systemic infection

9.2.3.2 Chronic headache attributed to other systemic infection

Как использовать классификацию

- При некоторых вторичных головных болях, например, при хронической головной боли, вызванной травматическим повреждением головы, распознаются устойчивые типы или подтипы головной боли; то есть головная боль, первоначально вызванная другим расстройством, не проходит после устранения этого расстройства. В таких случаях диагноз меняется с острого типа (например, **5.1 острая головная боль, вызванная травматическим повреждением головы**) на стойкий тип (**5.2 стойкая головная боль, вызванная травматическим повреждением головы**) после указанного интервала времени (3 месяца в данном примере).

**Доказательство причинно-следственной связи зависит от более раннего выполнения критериев диагностики острого типа и персистенции той же головной боли. Большинство таких диагнозов находятся в приложении из-за недостаточных доказательств их существования. Они обычно не применяются, но существуют для того, чтобы стимулировать исследования по лучшим критериям причинности.*

5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck

5.1 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

5.1.1 Acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

5.1.2 Acute headache attributed to mild traumatic injury to the head

5.2 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head

5.2.1 Persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head

5.2.2 Persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head

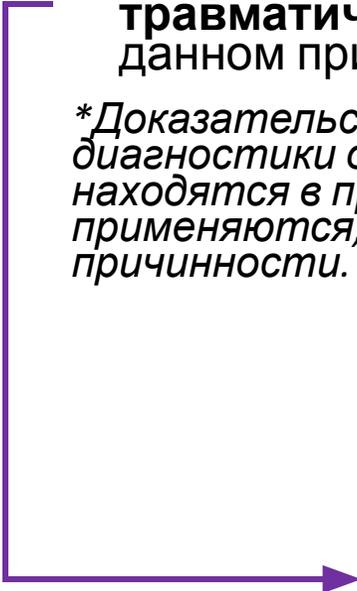
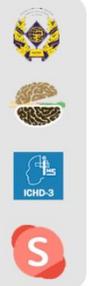
5.3 Acute headache attributed to whiplash¹

5.4 Persistent headache attributed to whiplash

5.5 Acute headache attributed to craniotomy

5.6 Persistent headache attributed to craniotomy

5.7 Persistent headache attributed to craniotomy



Как использовать классификацию

- Диагностические критерии вторичных головных болей больше не требуют ремиссии или существенного улучшения основного причинного расстройства, **прежде чем** диагноз головной боли может быть поставлен. Диагностические критерии ICHD-3 могут быть применены уже при предъявлении или сразу после подтверждения основного заболевания.
- Критерий А - наличие головной боли; критерий В - наличие причинного расстройства; критерий С - наличие причинной связи.
- В острых состояниях тесная временная связь между возникновением головной боли и возникновением предполагаемого причинного расстройства часто достаточна для установления причинной связи, в то время как менее острые состояния обычно требуют большего количества доказательств причинной связи.
- Во всех случаях в качестве проверки должен применяться последний критерий: “ГБ не соответствует другому диагнозу по МКГБ-3”

5.1 Acute headache attributed to traumatic injury to the head

Diagnostic criteria:

- A. Any headache fulfilling criteria C and D
- B. Traumatic injury to the head¹ has occurred
- C. Headache is reported to have developed within 7 days after one of the following:
 1. the injury to the head
 2. regaining of consciousness following the injury to the head
 3. discontinuation of medication(s) impairing ability to sense or report headache following the injury to the head
- D. Either of the following:
 1. headache has resolved within 3 months after its onset
 2. headache has not yet resolved but 3 months have not yet passed since its onset
- E. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis.



План заседания

ICHD-3

МИГРЕН
Ь

ГБН

ПГБ



ВАШ

Шкала оценки интенсивности боли



Мигрень

Мигрень без ауры

Мигрень с аурой

Хроническая мигрень

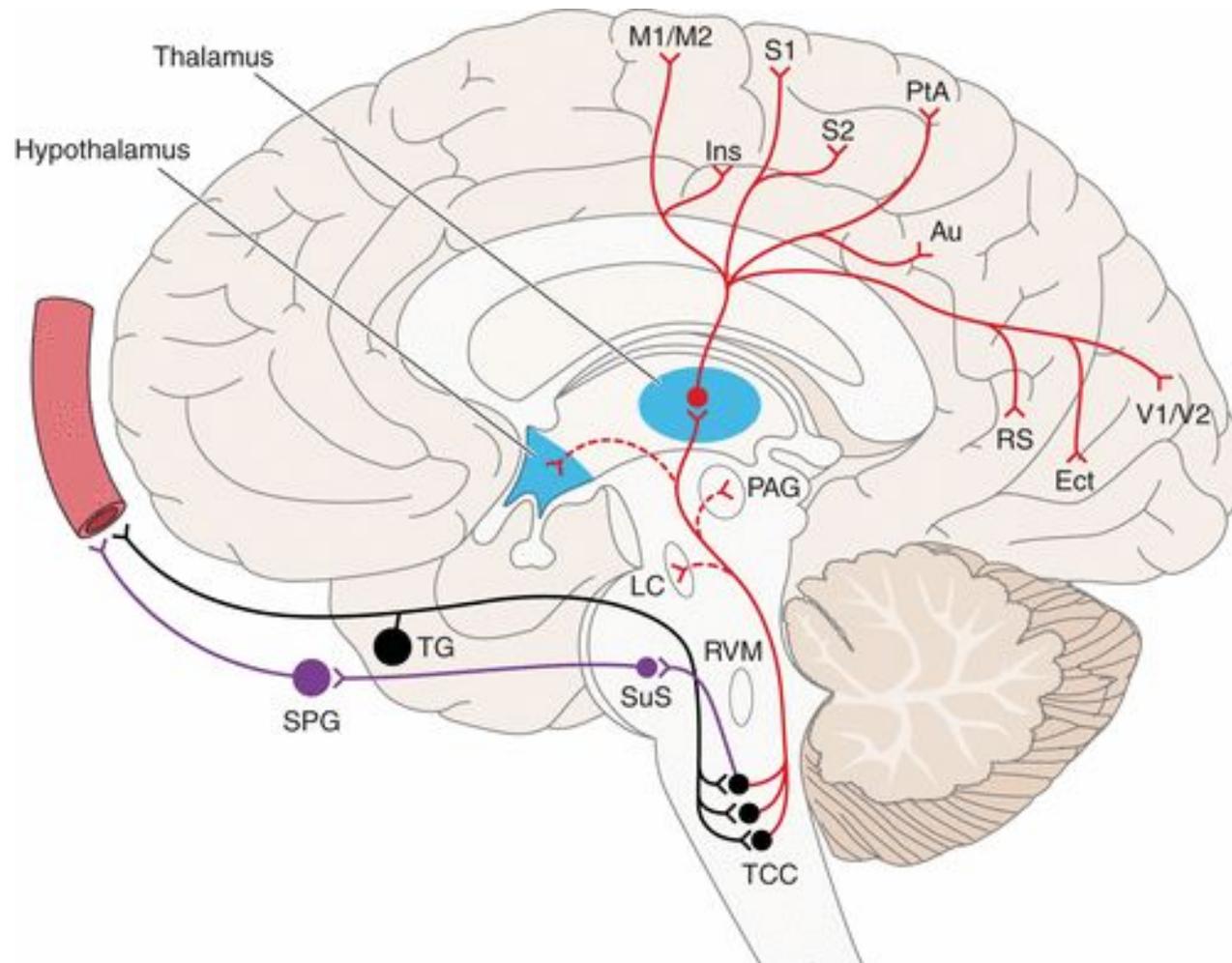
Осложненная мигрень (мигренозный статус, персистирующая аура без инфаркта, мигренозный инфаркт и эпилептический приступ, вызванный мигренозной аурой)

Вероятная мигрень

Эпизодический синдром, которые могут сочетаться с мигренью

- Мигрень проявляется повторными приступами интенсивной, часто односторонней, пульсирующей ГБ, сопровождающейся вегетативными симптомами (тошнота, рвота) и в части случаев переходящей полностью обратимой неврологической симптоматикой (аурой).
- Боль чаще пульсирующего и давящего характера обычно захватывает половину головы и локализуется в области лба и виска, вокруг глаза.
- Приступ обычно сопровождается тошнотой, повышенной чувствительностью к свету (фотофобия) и звукам (фонофобия).
- Боль во время приступа усиливается от обычной физической активности, например, при ходьбе или подъеме по лестнице. Чаще всего приступы провоцируются эмоциональным стрессом, изменением погоды, менструацией, голодом, недосыпанием или избыточным сном, приемом алкоголя.

Патогенез мигрени



- У 60–70% больных мигрень имеет наследственный характер. Для мигрени характерна повышенная возбудимость нейронов коры головного мозга, гипоталамуса и спинномозгового ядра тройничного нерва, усиливающаяся при воздействии эндо- и экзогенных триггеров. Важно также отметить вовлечение тригемино-вазкулярного пути, которое приводит к выделению vasoактивных нейропептидов (кальцитонин-ген-родственный пептид (CGRP), субстанция P, vasoактивный интестинальный пептид). Данные нейропептиды вызывают вазодилатацию, экстравазацию плазмы и активацию тучных клеток, что приводит к асептическому нейрогенному воспалению.

Характеристика приступа мигрени



1 фаза –
продромал
ьная



2 фаза –
мигренозн
ая аура



3 фаза –
головная
боль



4 фаза – стадия
разрешения
(постдром)

Диагностические критерии мигрени

	Без ауры	С аурой
A	По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям B-D	По меньшей мере 2 приступа, отвечающим критериям B-C
B	Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении)	Один или более из следующих симптомов ауры (обратимых): <ol style="list-style-type: none"> 1. Зрительные 2. Сенсорные 3. Речевые/связанные с языком 4. Двигательные 5. Стволовые 6. ретинальные
C	ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик: <ol style="list-style-type: none"> 1. Односторонняя локализация 2. Пульсирующий характер 3. Интенсивность боли от средней до значительной 4. Головная боль ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности 	Две или более из следующих характеристик: <ol style="list-style-type: none"> 1. Один или более симптомов ауры постепенно развиваются в течение 5 минут и более 2. Каждый симптом ауры продолжается 5-60 минут 3. Один и более симптомов является односторонним 4. Аура сопровождается ГБ или ГБ возникает в течении 50 минут после ауры
D	ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов: <ol style="list-style-type: none"> 1. тошнота/рвота 2. Фотофобия/фонофобия 	ГБ не соответствует другому диагнозу по МКГБ-3
E	ГБ не соответствует другому диагнозу по МКГБ-3	

	Хроническая мигрень
A	ГБ (мигреноподобная и/или по типу ГБН) более 15 дней в месяц, продолжающаяся 3 и более месяца, отвечающая критериям B и C
B	В анамнезе 5 и более приступов мигрени без или с аурой
C	8 и более дней в месяц в течение 3 и более месяцев соответствует одному или более из следующих критериев: <ol style="list-style-type: none"> 1. Мигрень без ауры 2. Мигрень с аурой 3. Имелся приступ мигрени, прерванный триптаном или другим средством
D	ГБ не соответствует другому диагнозу по МКГБ-3



Лечение мигрени

Лечение

Терапия острого приступа мигрени

Симптоматическая:

- **Анальгетики:** НПВС (АСК, ибупрофен, диклофенак), Комбинация парацетамола с АСК/ибупрофен
- **Антиэметики:** Домперидон, метоклопрамид

Специфическая: триптаны (Алмо, Эле, Нара, Фрова, Сума, Золми, Риза)

Профилактическая терапия мигрени

- Бета-блокаторы: Атенолол, Бисопролол, Метопролол, Пропранолол
- Амитриптилин
- Топирамат
- Кандесартан
- Вальпроат натрия
- Флунаризин
- Моноклональные антитела к CGRP: Эренумаб, Фреманезумаб, Галканезумаб, Эптинезумаб

Терапия хронической мигрени

- Топирамат
- Онаботулотоксин А
- Моноклональные антитела к CGRP: Эренумаб, Фреманезумаб, Галканезумаб, Эптинезумаб



План заседания

ICHD-3

МИГРЕН
Ь

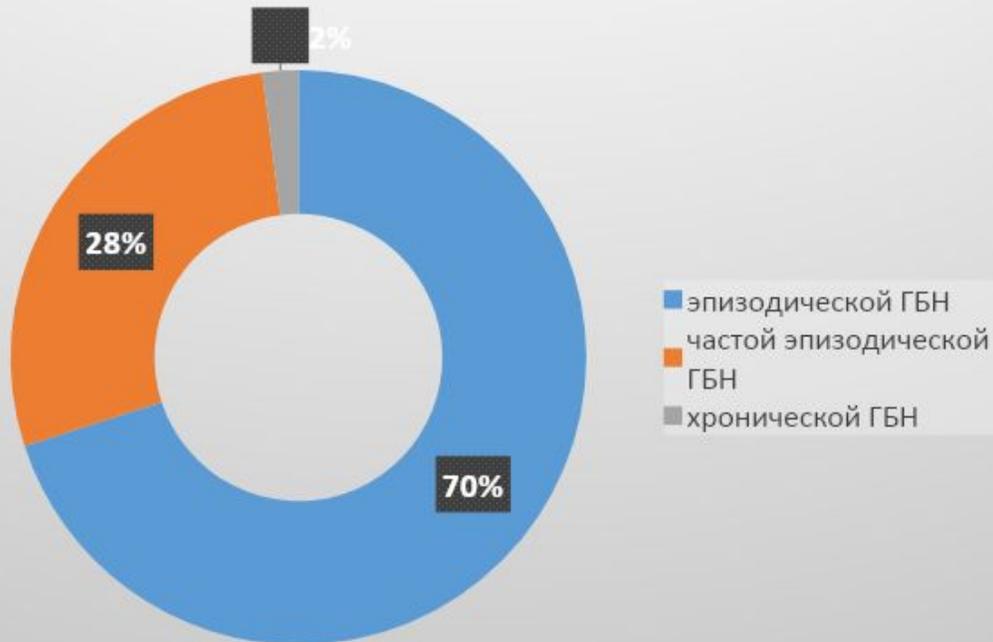
ГБН

ПГБ



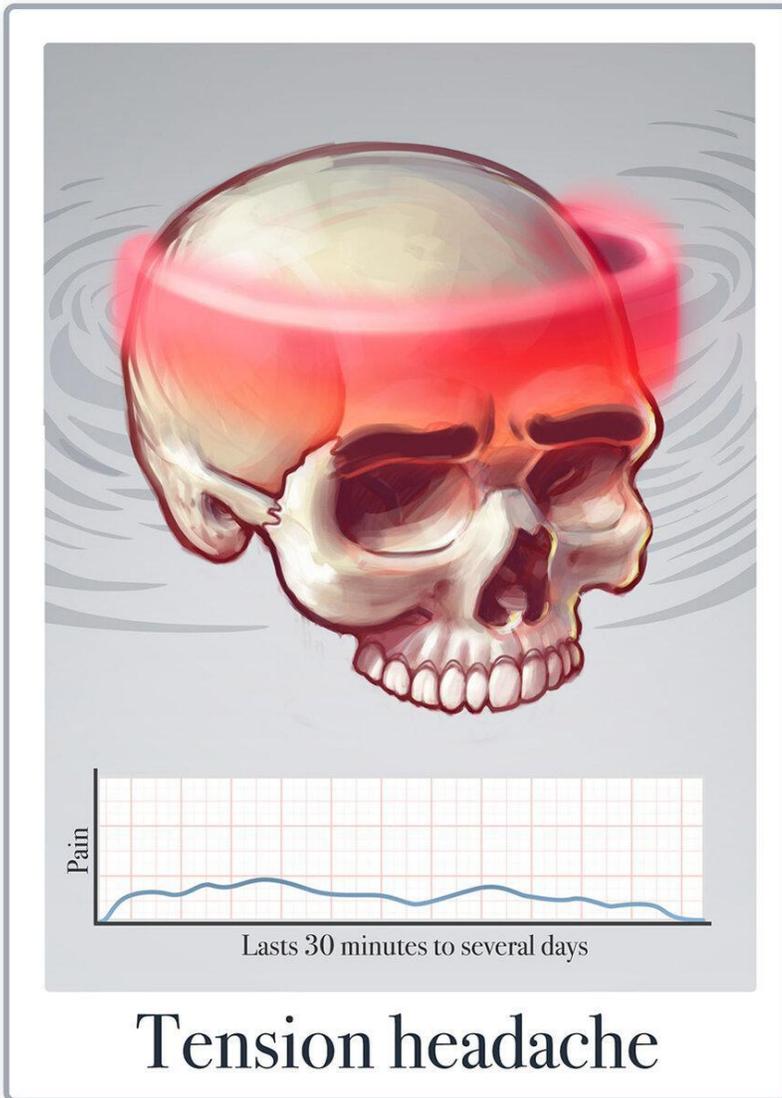
Головная боль напряжения

Классификация



- Головная боль напряжения (ГБН) – это первичная форма цефалгий, которая проявляется двусторонней «опоясывающей» головной болью, сжимающего или давящего (непульсирующего) характера, легкой или умеренной интенсивности, с/без напряжения перекраниальных мышц.
- При анализе гендерных отличий показано, что среди больных несколько преобладают женщины. Пик распространенности и частоты ГБН приходится на возрастной промежуток 15-49 лет.

Факторы риска/Патогенез



- Среди основных факторов риска развития ГБН большое значение имеют психоэмоциональные факторы (стресс, тревога, депрессия), особенности образа жизни (плохое качество ночного сна, недостаток отдыха) и «мышечный фактор» (длительное вынужденное положением шеи и головы).
- В генезе ГБН принимают участие как периферические, так и центральные ноцицептивные механизмы (снижение активности антиноцицептивной системы, в частности недостаточность ингибиторных механизмов ствола мозга).
- Одним из компонентов патогенеза ГБН является болезненное напряжение перикраниальных мышц, в том числе механизм «порочного круга», когда повторяющееся напряжение мышцы, возникающее в ответ на эмоциональный стресс, приводит к ее рефлекторному напряжению (спазму). Длительный рефлекторный спазм приводит к гипоксии мышцы и ее асептическому воспалению. Повторяющаяся или продолжающаяся болевая импульсация от мышц и связок вызывает периферическую сенситизацию ноцицепторов, а впоследствии – центральную сенситизацию.



Характеристика ГБН

Болевой синдром

Интенсивность	от легкой до умеренной
Локализация	двусторонняя, диффузная
Продолжительность приступа	от 30 минут до 7 дней
Характеристики боли	давящая, сжимающая, «ноющая», «тяжесть в голове», «сдавливает обручем» или «что-то тяжелое давит на голову» (т.е. имеет не пульсирующий характер); боль не усиливается при обычной физической нагрузке

Сопутствующие симптомы:

- Возможна повышенная чувствительность к звукам и дневному свету
- Тошнота и рвота не характерны.
- При ГБН с вовлечением перикраниальной мускулатуры отмечается локальная болезненность (повышенная чувствительность) при пальпации перикраниальных мышц (лобных, височных, жевательных, крылонебных, грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных)



Диагностический критерий

	Нечастая ЭГБН	Частая ЭГБН	Хроническая ГБН
А	По меньшей мере 10 эпизодов, возникающих с частотой менее 1 дня в месяц (менее 12 дней в год) и отвечающих критериям В-D	По меньшей мере 10 эпизодов, возникающих с частотой от 1 до 15 дней в месяц (от 12 до 180 дней в год) и отвечающих критериям В-D	ГБ >15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев (>180 дней в год) и отвечающая критериям В-D
В	Продолжительность ГБ от 30 минут до 7 дней		ГБ продолжается в течение нескольких часов и имеет постоянный характер
С	ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик: 1. Двусторонняя локализация 2. Сжимающий/давящий характер 3. Интенсивность боли от легкой до умеренной 4. ГБ не усиливается от обычной физической нагрузки		
Д	Оба симптома из нижеперечисленных: 1. Отсутствие тошноты или рвоты 2. Только фотофобия или фонофобия		
Е	ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу		



Лечение ГБН

- Медикаментозная терапия приступа ГБ.
- 2. Профилактическое лечение частых и хронических форм ГБН.
- 3. Нелекарственные методы терапии (гигиена сна, регулярная физическая нагрузка, психотерапия).

Пациентам с выраженной болезненностью и напряжением перикраниальных мышц в составе комплексной терапии могут быть рекомендованы миорелаксанты (напр., тизанидин или толперизон).

Терапия эпизодической ГБН	Профилактическая терапия частой эпизодической и хронической ГБН
Ибупрофен АСК Комбинация с парацетамолом Комбинация с кофеином	Амитриптилин Нортриптилин Миртазапин Венлафаксин

Основными задачами профилактического лечения являются:

- снижение частоты и длительности приступов ГБ;
- восстановление качества жизни пациента;
- предотвращение хронизации боли и развития ЛИГБ.

Принципы профилактической медикаментозной терапии:

- начало терапии с минимальных дозировок, с постепенным наращиванием дозы до эффективной;
- эффективным считается лечение, если число дней с ГБ в месяц сокращается на 50% и более через 3 месяца от начала терапии;
- препарат заменяется на другой при отсутствии эффекта от лечения или развитии побочных эффектов;
- длительность терапии составляет не менее 6-12 месяцев, с последующей постепенной отменой препарата



План заседания

ICHD-3

МИГРЕН
Ь

ГБН

ПГБ



Тригеминальные автономные цефалгии (ТАСs)

Тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии представляют собой группу первичных ГБ, основными проявлениями которых являются приступы интенсивной односторонней головной боли с сопутствующими вегетативными симптомами.

- **Кластерная (пучковая) головная боль** характеризуется приступами чрезвычайно интенсивной односторонней боли, локализуемой в орбитальной или супраорбитальной области, которые сопровождаются ипсилатеральными вегетативными проявлениями (слезотечением, гиперемией конъюнктивы, миозом, ринореей и др.).
- Кластерная (пучковая) ГБ является относительно редким заболеванием (распространенность в популяции составляет 0,1–0,4%), мужчины страдают в 3–4 раза чаще, чем женщины. Возрастной пик заболеваемости у мужчин приходится на возраст 20-40 лет.
- *Провоцирующими факторами* может быть смена часовых поясов, недосыпание, прием алкоголя, нитроглицерина, апноэ сна. Природа кластерной головной боли до конца не раскрыта. Особенности возникновения болевых приступов связывают с избыточной активностью глубинных структур мозга, а именно гипоталамуса

Классификация ТАСs

1	Кластерная (пучковая) ГБ <ul style="list-style-type: none">• Эпизодическая• Хроническая
2	Пароксизмальная гемикрания <ul style="list-style-type: none">• Эпизодическая• Хроническая
3	Кратковременные односторонние невралгические приступы ГБ с инъекцированием конъюнктивы и слезотечением (SUNCT) <ul style="list-style-type: none">• Эпизодический вариант SUNCT• Хронический вариант SUNCT
4	Кратковременные односторонние невралгические приступы ГБ с краниальными вегетативными симптомами (SUNA) <ul style="list-style-type: none">• Эпизодический вариант SUNA• Хронический вариант SUNA
5	Гемикрания континуа

Характеристика кластерной (пучковой) ГБ

Болевой синдром

Интенсивность	чрезвычайно интенсивная (до 10 баллов по визуальной аналоговой шкале)
Локализация	строго односторонняя в орбитальной, супраорбитальной или височной областях; возможна смена стороны боли во время следующего приступа
Продолжительность	от 15 до 180 минут
Боль возникает приступами (пучками) от 1 раза в 2 дня до 8 раз в сутки	приступ начинается внезапно, нарастает и в течение нескольких минут достигает максимума

Сопутствующие симптомы:

- вегетативные проявления на стороне боли (слезотечение, покраснение конъюнктивы, заложенность носа или ринорея, миоз, отечность верхнего века, потливость и гиперемия половины лица).
- Приступ может сопровождаться двигательным беспокойством, ажитацией.



Диагностический критерий кластерной ГБ

Диагностический критерий	
А	Как минимум 5 приступов, отвечающих критериями В-D
В	Чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и/или височной локализации, продолжительностью 15-180 мин (без лечения)
С	Один или оба из следующих проявлений: ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов на стороне боли: <ul style="list-style-type: none">• Инъецирование конъюнктивы и/или слезотечение• Заложенность носа и/или ринорея• Отечность век• Потливость лба и лица• Жжение в области лба и лица• Чувство распирания в ухе• Миоз и/или птоз Чувство беспокойства
Д	В период обострения (болевого пучка) частота приступов – от 1 раза в 2 дня до 8 раз в сутки
Е	Не соответствует в большей степени никакому другому диагнозу

- Эпизодическая кластерная (пучковая) ГБ (80%) возникает в виде обострений (приступов, пучков), продолжительностью от 7 дней до 1 года (без лечения), разделенных периодами ремиссий (не менее 1 месяца).
- При хронической кластерной (пучковой) ГБ (20%) приступы повторяются в течение 1 года без ремиссий или с ремиссиями, продолжительностью менее 1 месяца.



Лечение кластерной (пучковой) ГБ

- Купирование болевого приступа
- Профилактическое лечение
- Немедикаментозная терапия

- При неэффективности медикаментозной терапии, а также при хронической кластерной (пучковой) ГБ применяются методы нейромодуляции. К неинвазивным методам нейромодуляции относятся чрескожная нейростимуляция ветвей тройничного и затылочного нервов, а также транскраниальная магнитная стимуляция.

Терапия острого приступа кластерной ГБ	Профилактическая терапия кластерной ГБ
<ul style="list-style-type: none">• Кислород 100%, >12л/мин• Триптаны (Суматриптан, Золмитриптан)	<ul style="list-style-type: none">• Верапамил• Карбонат лития• Топирамат

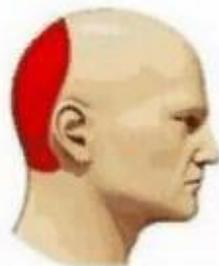


ПРИЧИНЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ:

МИГРЕНЬ



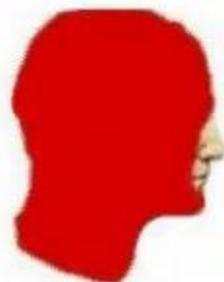
ГИПЕРТОНИЯ



СТРЕСС



КЛАССИФИКАЦИЯ ICHD



**Спасибо за
внимание!**

