

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	4
Введение	5
Глава 1. Классификация и общие принципы диагностики цефалгий	6
1.1. Классификация цефалгий	6
1.2. Основные принципы диагностики цефалгий	8
Глава 2. Общие принципы ведения пациентов с первичными цефалгиями.	17
Глава 3. Клиническая характеристика, патофизиология, диагностика и лечение наиболее распространенных форм головной боли	21
3.1. Мигрень	21
3.2. Головная боль напряжения	38
3.3. Кластерная (пучковая) головная боль и другие тригеминальные вегетативные цефалгии	45
3.4. Другие первичные головные боли	59
Приложения	83
Приложение 1. Краткая версия Международной классификации головных болей	83
Приложение 2. Информация об обучающих курсах по диагностике и лечению головной боли	94

ВВЕДЕНИЕ

Первичные формы головной боли (ГБ) имеют наибольшее распространение в популяции и чаще всего встречаются в практике невролога и врача общей практики (ВОП).

В настоящем издании представлены краткая классификация, современные принципы и распространенные ошибки диагностики цефалгий, план обследования пациентов и показания к дополнительным исследованиям. Для каждой формы первичной ГБ приведены диагностические критерии, краткая клиническая характеристика и патофизиологические механизмы; перечислены эффективные подходы к купированию и профилактике болевых эпизодов. Наряду с наиболее распространенными клиническими разновидностями — мигренью и ГБ напряжения — рассмотрены тригеминальные вегетативные цефалгии, в том числе кластерная ГБ, а также другие, более редкие первичные ГБ (связанные с физической и сексуальной активностью, кашлевая, гипническая, громоподобная и др.).

В Приложениях приведены краткая версия Международной классификации ГБ, 3-е издание (МКГБ-3, 2018), и информация о специализированных обучающих курсах по диагностике и лечению цефалгий.

Информация предназначена для неврологов и ВОП.

Глава 2

Общие принципы ведения пациентов с первичными цефалгиями

Для проведения грамотного клинического опроса, установления верного диагноза и назначения адекватного лечения невролог и ВОП должны знать диагностические критерии МКГБ наиболее распространенных форм ГБ (мигрени, ГБН, ЛИГБ) и обладать начальными специальными знаниями в области диагностики и лечения ГБ. Основные стратегии ведения пациентов включают *поведенческую терапию*, *купирование болевого приступа* и *профилактическое лечение* (Амелин А.В., Игнатов Ю.Д. и др., 2011; Осипова В.В., Табеева Г.Р., 2014; Nappi G., Sandrini G., 2011; Bendtsen L., Birk S., Kasch H. et al., 2012).

Перед назначением лечения следует провести *поведенческую терапию*, включающую разубеждение пациента в органической причине ГБ (разъяснение доброкачественной природы ГБ и нецелесообразности дополнительных исследований), обсуждение роли провокаторов болевых эпизодов и факторов риска хронизации ГБ (лекарственный абюзуз, психические и другие коморбидные нарушения, избыточный прием кофеина и т.д.) и необходимости их избегать, советы по модификации образа жизни (преодоление стресса, жизненных конфликтов, обучение психологической релаксации и др.).

Следует дать пациенту советы по эффективному купированию болевых эпизодов в зависимости от формы ГБ; пациентам с частыми приступами мигрени и ГБН (>6 эпизодов в месяц) разъяснить риск учащения эпизодов ГБ при злоупотреблении обезболивающими препаратами.

При наличии показаний следует назначить *адекватную профилактическую терапию* достаточной продолжительности (4–12 мес), как лекарственную, так и немедикаментозную, направленную на снижение частоты приступов ГБ, лечение коморбидных нарушений и предотвращение хронизации ГБ.

Необходимо сформировать у пациента правильные ожидания от лечения (Осипова В.В., Филатова Е.Г., Артеменко А.Р. и др., 2017; Silberstein S., Tfelt-Hansen P., Dodick D.W. et al., 2008; Bendtsen L., Birk S., Kasch H. et al., 2012). Профилактическое лечение считается эффективным, если в течение 3 мес терапии число дней с ГБ уменьшается на 50% и более от исходного уровня. Для повышения комплаентности следует информировать пациента о препаратах, которые были выбраны в качестве превентивных средств, обосновать целесообразность их применения, коротко разъяснив механизм их действия при ГБ. В первую очередь это касается антидепрессантов и антиконвульсантов, к приему которых у пациентов нередко имеется предубеждение. Для оценки эффективности и обеспечения приверженности пациента к лечению каждые 2–3 мес должны проводиться контрольные осмотры/телефонные визиты.

Пациенты с первичными ГБ после назначения лечения должны находиться под наблюдением терапевта или невролога на протяжении 4–12 мес (в зависимости от тяжести течения ГБ). Повторные, в том числе телефонные, визиты для оценки эффективности и коррекции терапии проводятся 1 раз в 2–3 мес. В последнее время для лечения первичных цефалгий, рефрактерных к медикаментозной терапии (рефрактерная мигрень и ПГБ), все чаще используются методики нейромодуляции. Пациенты с рефрактерными формами мигрени и ПГБ должны быть проинформированы о возможности лечения этими методами и перенаправлены к нейрохирургу.

Прогноз

У большинства пациентов своевременная и правильная поведенческая терапия, эффективное купирование болевых эпизодов и адекватное профилактическое лечение уже через 2–3 мес позволяют су-

щественно снизить число дней с ГБ и число доз обезболивающих, уменьшить выраженность коморбидных нарушений, нормализовать эмоциональное состояние и работоспособность пациента.

Для хорошего прогноза важнейшими предпосылками являются: модификация образа жизни пациента, разрешение конфликтов, избегание провокаторов приступов и факторов хронизации ГБ, контроль приема обезболивающих препаратов, соблюдение необходимой продолжительности профилактической терапии.

В последнее время для лечения первичных цефалгий, рефрактерных к медикаментозной терапии (рефрактерная мигрень и ПГБ), все чаще используются методики нейромодуляции, применяемые при других некупируемых болевых синдромах (Табеева Г.Р., Яхно Н.Н., 2011; Латышева Н.В., Филатова Е.Г., Табеева Г.Р. и др., 2015; Schoenen J., Allena M., Magis D., 2011). Методы нейростимуляции классифицируют в соответствии с местом имплантации (периферическая или центральная нервная система) и со степенью инвазивности (неинвазивные и инвазивные). При рефрактерной мигрени методом выбора является нейростимуляция большого затылочного нерва, при рефрактерной ПГБ — крылонёбного ганглия. Пациенты с рефрактерными формами мигрени и ПГБ должны быть проинформированы о возможности лечения этими методами и перенаправлены к нейрохирургу.

Литература

1. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А., Соколов А.Ю. Мигрень. Патогенез, клиника, лечение. М. : МЕДпресс, 2011. 265 с.
2. Артеменко А.Р., Куренков А.Л., Беломестова К.В. Классификация, диагностика и лечение хронической мигрени: обзор новых данных // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. 2013. № 11. С. 91–96.
3. Боль: практическое руководство для врачей / под ред. Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. М. : Изд-во РАМН, 2011. 512 с.
4. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: практическое руководство для врачей / Т.Дж. Стайнер и др.; пер. с англ. Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; науч. ред. В.В. Осипова, Т.Г. Вознесенская, Г.Р. Табеева. М. : ОГГИ, 2010. 56 с.
5. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия: практическое руководство. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 336 с.
6. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. М. : Ремедиум, 2000. 150 с.
7. Bendtsen L., Birk S., Kasch H. et al. Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society.

- 2nd ed. // *J. Headache Pain*. 2012. Vol. 13, N S. P. 1–29. DOI: 10.1007/s10194-011-0402-9.
8. Lipton R.B., Bigal M.E. Differential diagnosis of primary headaches. An algorithm based approach // *Migraine and Other Headache Disorders* / eds R.B. Lipton, M.E. Bigal. New York : Informa Healthcare, 2006. P. 145–154.
 9. Nappi G., Sandrini G. Other primary headaches — general aspects // *Handbook of Clinical Neurology*. Vol. 97. 3rd ser. Headache / eds G. Nappi, M.A. Moskowitz. Elsevier B.V., 2011. P. 735–743.
 10. Olesen J., Goadsby P.J., Ramadan N.M., Tfelt-Hansen P. et al. (eds). *The Headaches*. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2006. 1210 p.
 11. Olesen J., Tfelt-Hansen P., Welch K.M.A. (eds). *The Headaches*. 2nd ed. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2002.
 12. Silberstein S., Tfelt-Hansen P., Dodick D.W. et al. Guidelines for controlled trials of prophylactic treatment of chronic migraine in adults // *Cephalalgia*. 2008. Vol. 28. P. 484–495.
 13. Silberstein S.D., Lipton R.B., Goadsby P.J. *Headache in Clinical Practice*. 2nd ed. London : Martin Dunitz, 2002.