

ЕВРОПЕЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ совместно с Глобальной кампанией по уменьшению бремени головной боли в мире «Преодоление бремени головной боли» при содействии Всемирной организации здравоохранения, Всемирного альянса головной боли и Международного общества головной боли

Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике

Т.Дж. Стайнер, К. Пемелера, Р. Йенсен,
Д. Валаде, Л. Сави, М.Дж.А Лайнец,
Х-К. Динер, П. Мартеллетти
и Е.Г.М. Кутюрье

Москва 2010

Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике / Т. Дж.Стайнер и соавт. Практическое руководство для врачей; перевод с английского Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; научная редакция В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табеевой. – Москва, ООО «ОГИ.РП», 2010.–56 с.

ISBN 978-5-9901141-5-9

Русскоязычная версия подготовлена сотрудниками Отдела неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова» Росздрава в соответствии с требованиями Глобальной компании «Преодоление бремени головной боли» по инициативе Российского общества по изучению головной боли (РОИГБ) и Российской ассоциации врачей общей практики (РАВОП).

УДК 616.857(082)
ББК 56.12

Издано при спонсорской поддержке компании «Новартис»

European Headache Federation in conjunction with Lifting The Burden: The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide a partnership in action between The World Health Organization, World headache Alliance, International Headache Society and European Headache Federation

European principles of management of common headache disorders in primary care

T.J. Steiner¹, K. Paemeleire², R. Jensen³, D. Valade⁴, L. Savi⁵, M.J.A. Lainez⁶, H.-C. Diener⁷, P. Martelletti⁸ and E.G.M. Couturier⁹

on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden:
The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide

1 Division of Neuroscience and Mental Health, Imperial College London, London, UK; 2 Department of Neurology, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium; 3 Danish Headache Centre, Department of Neurology, University of Copenhagen, Glostrup Hospital, Glostrup, Denmark; 4 Centre d'Urgence des Cephalées, Hospital Lariboisière, Paris, France; 5 Headache Centre, Department of Neurosciences, University of Turin, Italy; 6 Department of Neurology, University Clinic Hospital, Valencia University, Valencia, Spain; 7 Department of Neurology, University of Duisburg-Essen, Essen, Germany; 8 Department of Medical Sciences, Regional Referral Headache Centre, Sant'Andrea Hospital, Sapienza University, Rome, Italy; 9 Medisch Centrum Boerhaave, Amsterdam, The Netherlands

Journal of Headache and Pain, 2007; 8 (supplement 1)

СОДЕРЖАНИЕ

Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: цели и задачи.....	5
Головная боль как настоящая жалоба	9
Диагностика головной боли	10
Типичные проявления наиболее распространенных цефалгий	13
Мигрень.....	13
Головная боль напряжения	14
Пучковая (кластерная) головная боль (ПГБ)	14
Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов	15
Дифференциальный диагноз наиболее распространенных форм головной боли.....	17
Общие принципы ведения пациентов с головной болью	18
Советы пациентам	21
Лекарственная терапия приступа мигрени	23
Профилактическое лечение мигрени.....	27
Лекарственная терапия головной боли напряжения	30
Лекарственная терапия пучковой (кластерной) головной боли	33
Ведение пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью	35
Ведение пациентов с головной болью врачом общей практики: когда направить пациента к специалисту?	37
Информация для пациентов, страдающих наиболее распространенными формами головной боли.....	40
Информация для пациентов, страдающих мигренью	40
Информация для пациентов, страдающих головной болью напряжения.....	46
Информация для пациентов, страдающих пучковой (кластерной) головной болью.....	49
Информация для пациентов, страдающих хронической ежедневной головной болью.....	52

ЕВРОПЕЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

совместно с Глобальной кампанией «Преодоление бремени головной боли» при содействии Всемирной организации здравоохранения, Всемирного альянса головной боли и Международного общества головной боли

ЕВРОПЕЙСКИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ В ОБЩЕЙ ПРАКТИКЕ

Цели и задачи

Головные боли (цефалгии) входят в десятку самых частых причин нетрудоспособности в Европе. Знание четырех типов цефалгий особенно важно для врача общей практики, так как они встречаются наиболее часто и определяют основную часть социально-экономического и других видов ущерба, связанных с головными болями в обществе. Ведение пациентов с этими наиболее распространенными типами головной боли в основном входит в обязанности врачей общей практики.

Задачей данных рекомендаций является помочь врачам общей практики правильно диагностировать эти распространенные типы головных болей, грамотно распознавать признаки серьезных заболеваний, проявляющихся головной болью, и, при необходимости, направлять пациентов за специализированной помощью. Целью настоящих рекомендаций является предоставление четких и легко выполнимых алгоритмов врачам, не являющимся экспертами в области головных болей.

Поскольку при создании рекомендаций принимались во внимание существующие между странами различия, касающиеся регистрации фармакологических препаратов и политики государственной компенсации лечения, в определенных разделах могут быть приведены различные точки зрения на ведение и лечение пациентов, не противоречащие друг другу.

В целях наибольшей практической пользы руководство следует хотя бы один раз прочитать целиком, хотя оно разделено на 12 независимых глав, заключающих в себе 3 основных раздела:

Руководство по диагностике (определенные части этого раздела должны быть внедрены в повседневную практику, другие могут использоваться в качестве памяток)

1. Головная боль как жалоба
2. Диагностика головной боли
3. Типичные проявления часто встречающихся типов головных болей
4. Дифференциальная диагностика часто встречающихся типов головных болей

Руководство по ведению (к этой части руководства необходимо обращаться, когда диагноз головной боли уже поставлен; глава 6 содержит информацию для пациентов)

5. Общие аспекты ведения пациентов с головной болью
6. Советы пациентам
7. Медикаментозное лечение приступа мигрени
8. Профилактика мигрени
9. Медикаментозное лечение головной боли напряжения
10. Медикаментозное лечение кластерной головной боли
11. Ведение пациентов с медикаментозно-индуцированной головной болью

Руководство по направлению за специализированной помощью (направление и напоминание)

12. Ведение пациентов с головной болью на этапе первичной медицинской помощи: когда направить к специалисту.

Руководство дополнено индексом HALT (Headache-Attributed Lost Time, время, потерянное из-за головной боли), измеряющим негативное влияние головной боли, и серией информационных листов для пациентов, разработанных кампанией «Преодоление бремени головной боли».

В стадии разработки находится диагностический дневник головной боли (разрабатывается организацией Eurohead при поддержке Европейского совета по проблемам мозга) и Индекс недостаточной эффективности терапии головной боли (ИНЭТ, Headache Under-Response to Treatment (HURT) (разрабатывается кампанией «Преодоление бремени головной боли»); последний разработан для катамнестической оценки эффективности терапии.

Процесс разработки рекомендаций

Привлечение партнеров

Первоначально группа разработчиков включала ведущих специалистов по головной боли (цефалгологов) Европейской федерации головной боли (ЕФГБ) и организации «Преодоление бремени головной боли» из различных Европейских стран: Бельгии, Дании, Франции, Германии, Италии, Нидерландов, Испании и Великобритании. Пилотную группу составили врачи первичного звена тех же стран. В консультативную группу вошли члены национальных обществ головной боли ЕФГБ – представители Албании, Австрии, Бельгии, Беларуси, Болгарии, Хорватии, Дании, Финляндии, Франции, Германии, Греции, Венгрии, Израиля, Италии, Литвы, Нидерландов, Польши, Португалии, Румынии, России, Сербии и Черногории, Словении, Испании, Швеции, Швейцарии и Великобритании. К разработке настоящих принципов также были привлечены представители пациентов и общественных организаций, представляющих их интересы, при поддержке Совета Европейского альянса головной боли.*

Требования к разработке

Процесс разработки основывался на обзоре всех опубликованных и используемых в настоящее время в Европе принципах лечения и ведения пациентов с головными болями, с последующим согласованием и выбором наиболее распространенных и эффективных подходов.

Приоритет отдавался данным, полученным с использованием принципов доказательной медицины. Противоречия в рекомендациях разрешались при помощи прямой ссылки на доказательный первоисточник или, если этого было недостаточно, вырабатывалось согласованное экспертное мнение.

Доступность и представление материала

Целью настоящих принципов является предоставление четких и легко выполнимых алгоритмов врачам, не являющимся экспертами в области головных болей. При создании настоящих принципов принимались во внимание существующие между странами различия, касающиеся регистрации фармакологических препаратов и политики государственной компенсации лечения. Поэтому в некоторых разделах могут быть приведены различные точки зрения на ведение и лечение пациентов, не противоречащие друг другу.

* Европейский альянс головной боли (European Headache Alliance) – Европейская организация, объединяющая пациентов с головной болью и представляющая их интересы.

Применение

Эти принципы подразумевают, что во всех странах Европы помощь пациентам с головной болью имеет достаточное развитие и адекватное обеспечение, даже если в настоящее время это пока не так. ЕФГБ и кампания «Преодоление бремени головной боли» предпринимали дополнительные усилия, направленные на совершенствование организации помощи пациентам с цефалгиями во всех странах Европы.

Настоящие рекомендации будут проверяться пилотной группой и ежегодно анализироваться группой разработчиков.

Независимая редакция

Поддержка разработки настоящих принципов полностью осуществлялась ЕФГБ.

Члены группы разработчиков открыто декларировали сведения, касающиеся конфликта интересов, в том числе о получении исследовательских грантов или консультировании таких компаний, как: ACRAF SpA, Addex Pharma, Allergan, Almirall, Astra Zeneca, Bayer Helthcare, Berlin Chemie, Boehringer Ingelheim, Bristol-Myers Squibb, CoLucid, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Grunenthal, Helsinn Healthcare, Hoffman la Roche, Jansen-Cilag, Johnson & Johnson, Lusofarmaco, Menarini, Merck Sharpe and Dohme, 3M Medica, Novartis, Pfizer, Pierre Fabre, Solvay Pharma, SanofiAventis, Sanofi-Synthelabo, Schaper and Brummer, Weber & Weber.

Данные принципы не содержат рекомендаций, которые бы отдавали предпочтение одним препаратам перед другими с аналогичным механизмом действия.

1. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ КАК НАСТОЯЩАЯ ЖАЛОБА

У большинства людей периодически возникает головная боль, и это можно расценивать как вариант нормы.

Головная боль в определенный период жизни становится проблемой примерно для 40% европейцев. В общей практике наиболее часто встречаются четыре типа головной боли (таблица), каждая из которых имеет нейробиологическую основу. Все эти цефалгии в той или иной степени вызывают дезадаптацию и снижают качество жизни пациентов.

У одного пациента может быть несколько типов головной боли.

Существует большое число вторичных головных болей (см. пособие по ведению №4 Дифференциальный диагноз часто встречающихся типов головных болей), некоторые из которых весьма серьезны; врачи должны уметь их распознавать. В целом частота вторичных форм среди пациентов с жалобами на цефалгии не превышает 1%.

Часто встречающиеся в общей практике типы головных болей

Мигрень	Обычно эпизодическая, возникает у 12–16% общей популяции, соотношение мужчин и женщин 1:3
Головная боль напряжения (ГБН)	Обычно эпизодическая, время от времени возникает более чем у 80% людей; по крайней мере у 10% возникает часто, у 2–3% взрослых и иногда у детей может быть хронической, то есть наблюдаться большую часть времени
Пучковая (кластерная) головная боль (ПГБ)	Интенсивные и часто повторяющиеся, но кратковременные приступы головной боли, которыми страдают 3 из 1000 мужчин и 1 из 2000 женщин
Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов (лекарственно-индуцированная или абзусная головная боль)	Синдром хронической ежедневной головной боли, возникающий у 3% взрослых, соотношение женщин и мужчин 5:1; в детской и подростковой популяции встречается у 1%; этот тип цефалгии относится к вторичным формам головной боли и возникает как осложнение предшествующей первичной головной боли, обычно мигрени или головной боли напряжения.

2. ДИАГНОСТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Анализ жалоб и анамнез заболевания

Сбор жалоб и анамнеза является ключевым методом в диагностике первичных головных болей и лекарственно-индуцированной головной боли (таблица). В диагностике головных болей (ГБ) не существует каких-либо значимых диагностических тестов. Анализ жалоб и анамнеза может выявить «тревожные» признаки и симптомы серьезных вторичных (симптоматических) цефалгий.

Вопросы, которые необходимо задать пациенту при сборе жалоб и анамнеза

Сколько типов головной боли у Вас имеется? Для каждого типа головной боли (ГБ) жалобы и анамнез собираются отдельно	
Вопросы, связанные со временем	Что заставило Вас обратиться к врачу именно сейчас? Как давно началась Ваша ГБ? Как часто возникает ГБ и какое она имеет распределение по времени (эпизодическая, или ежедневная и/или постоянная)? Какова продолжительность ГБ?
Вопросы о характере ГБ	Какова интенсивность ГБ? Характер и качество ГБ Локализация и распространение ГБ Сопутствующие симптомы
Вопросы о причине ГБ	Предрасполагающие и/или провоцирующие факторы Факторы, усиливающие и/или уменьшающие ГБ Наследственный анамнез по похожим ГБ
Вопросы о лечении ГБ	Что пациент делает во время ГБ? Насколько сильно ограничена или затруднена повседневная активность (функции) пациента в связи с ГБ? Какие медикаментозные средства пациент использовал в прошлом и в настоящее время, путь введения и каков эффект от лечения?
Состояние здоровья в межприступном периоде	Самочувствие нормальное или сохраняются какие-либо симптомы? Полностью нормальное или есть резидуальные или стойко сохраняющиеся симптомы Опасения, тревога, страх повторения приступов или страх при мысли о причинах ГБ

Настораживающие симптомы в жалобах и анамнезе

Любая вновь возникшая головная боль у каждого конкретного пациента должна быть предметом пристального внимания.

Специфическими настораживающими симптомами («сигналами опасности») являются:

- громоподобная головная боль (интенсивная ГБ с «взрывоподобным» или внезапным началом) характерна для субарахноидального кровоизлияния
- ГБ с атипичной аурой (длительность > 1 часа или с двигательной слабостью) характерна для транзиторной ишемической атаки (ТИА) или инсульта
- аура без ГБ без указаний на мигрень с аурой в анамнезе может быть симптомом ТИА или инсульта
- аура, впервые возникшая у пациентки, принимающей комбинированные оральные контрацептивы, может указывать на риск возникновения инсульта
- впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет может быть проявлением височного артериита или внутричерепной опухоли; внутричерепную опухоль также следует заподозрить при возникновении ГБ у детей в препубертатном периоде
- нарастающая ГБ, усиливающаяся в течение нескольких недель и более, может быть вызвана интракраниальным объемным образованием
- ГБ, усиливающиеся при изменении позы или нагрузках, повышающих внутричерепное давление (кашель, чихание, натуживание) могут быть проявлением внутричерепной опухоли
- вновь возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе.

Диагностический дневник

Когда серьезные причины головной боли исключены, следует попросить пациента в течение нескольких недель вести дневник головной боли, что поможет выявить паттерн (течение и характеристики) головной боли и сопутствующих симптомов, а также употребления или злоупотребления обезболивающими препаратами.

Осмотр пациентов с головной болью

Мигрень, головная боль напряжения, кластерная головная боль и головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов диагностируются исключительно на основании жалоб и анамнеза. Объективные симптомы можно увидеть у пациентов с кластерной головной болью во время приступа.

Осмотр пациента обязателен, если в жалобах или анамнезе имеются признаки возможной вторичной головной боли.

Настораживающие симптомы при осмотре:

- лихорадка в сочетании с головной болью
- очаговые неврологические симптомы в сочетании с головной болью.

Дополнительные исследования у пациентов с головной болью

Дополнительные методы исследования, такие как нейровизуализация, показаны, если по данным анамнеза и осмотра предполагается вторичный характер головной боли.

3. ТИПИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЦЕФАЛГИЙ

Мигрень

Различают две основные формы мигрени: мигрень с аурой и мигрень без ауры. У одного и того же пациента могут наблюдаться сразу два типа мигрени

Мигрень без ауры

Взрослые с этим заболеванием обычно отмечают:

- повторяющиеся эпизодические головные боли умеренной или высокой интенсивности, которые:
 - чаще односторонние и/или пульсирующие
 - длятся от 4 часов до 3 дней
 - обычно сопровождаются тошнотой и/или рвотой
 - усиливаются при обычной физической нагрузке
- Во время приступов головной боли повседневная активность пациентов ограничена, они предпочитают находиться в темноте и тишине
- В межприступном периоде отсутствует какая-либо симптоматика

У детей:

- приступы могут быть менее продолжительными
- головная боль чаще двусторонняя и реже пульсирующая
- более выражены желудочно-кишечные нарушения

Мигрень с аурой

Отмечается у трети пациентов с мигренью, составляет 10% от всех типов мигренозных атак и характеризуется:

- наличием ауры, предшествующей развитию головной боли и включающей неврологические симптомы, которые развиваются постепенно на протяжении > 5 минут и разрешаются в течение часа:
 - зрительные нарушения по типу гемианопсии или распространяющаяся мерцающая скотома (если попросить пациента нарисовать зрительный феномен, то это будет зигзагообразный полумесяц)
 - и/или односторонние парестезии в кисти, руке и/или лице
 - и/или (редко) нарушение речи (дисфазия)
- Остальные проявления аналогичны таковым при мигрени без ауры

У пациентов, имеющих в анамнезе мигрень с аурой, может возникать типичная аура без головной боли.

Головная боль напряжения (ГБН)

Существует три подтипа этой формы головной боли. Однако с медицинской точки зрения важными являются две из них: частая эпизодическая головная боль напряжения и хроническая головная боль напряжения.

Частая эпизодическая ГБН (ЭГБН)

Возникает приступообразно, не реже 1 раза в месяц, длится от нескольких часов до нескольких дней.

- Может быть односторонней, но чаще генерализованная (диффузная)
- Обычно описывается как сдавливающая или сжимающая подобно тискам (обручу) или тугий повязке (каска) вокруг головы или в области шеи
- Не характерны типичные для мигрени сопутствующие симптомы

Хроническая ГБН

- Возникает ≥ 15 дней в месяц на протяжении > 3 месяцев и может быть ежедневной и постоянной
- Остальные проявления схожи с таковыми при частой ЭГБН

Пучковая (кластерная) головная боль (ПГБ)

Это легко распознаваемая первичная головная боль бывает двух подтипов: эпизодическая ПГБ и хроническая ПГБ.

Эпизодическая ПГБ возникает в виде сгруппированных во времени приступов – болевых периодов или пучков (кластеров) – обычно продолжительностью 6–12 недель, с частотой один раз в год или в два года, затем наступает ремиссия до следующего пучка.

Хроническая ПГБ, которая протекает без ремиссий, встречается реже. Она может развиваться из эпизодической формы и/или претерпевать обратное развитие в эпизодическую ПГБ.

Кластерная головная боль имеет следующие характеристики:

- наблюдается в основном у мужчин
- строго односторонняя боль чрезвычайной интенсивности, локализованная в перiorбитальной области
- возникает часто, обычно один и более раз в сутки, типично возникновение атак в ночное время
- приступы кратковременные, 15–180 минут (обычно 30–60 минут)
- чрезвычайно характерны вегетативные симптомы, возникающие на стороне боли, которые включают:
 - покраснение глаза и слезотечение
 - заложенность носа или ринорею
 - птоз
- болевой приступ сопровождается выраженной ажитацией (психомоторным возбуждением): пациент не может находиться в постели, перемещается по комнате, даже выходит на улицу.

Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов (лекарственно-индуцированная или абзусная головная боль)

Лекарственно индуцированная головная боль (ЛИГБ) – разновидность синдрома хронической ежедневной головной боли – является осложнением существовавшей ранее головной боли (как правило, мигрени или ГБН), возникшим в результате хронического злоупотребления препаратами для лечения головной или другой боли.

ЛИГБ может возникать при злоупотреблении любыми препаратами, купирующими головную боль. Важнейшими факторами риска развития этой формы цефалгии являются частота, регулярность и длительность приема препарата.

В анамнезе можно выявить нарастающую частоту эпизодов приступов головной боли и учащение приема препаратов для купирования приступов на протяжении от нескольких месяцев до многих лет.

Лекарственно индуцированная головная боль:

- вызывается приемом:
 - простых анальгетиков ≥ 15 дней в месяц и/или
 - опиоидов, препаратов эрготамина или триптанов, а также любой комбинацией этих препаратов ≥ 10 дней в месяц

- возникает ежедневно или практически ежедневно
 - присутствует, и обычно наиболее выражена, при пробуждении утром
 - первоначально усиливается при попытке отмены препаратов для купирования головной боли
- Диагноз ЛИГБ подтверждается, если головная боль облегчается в течение 2 месяцев после успешной отмены препарата(ов) злоупотребления («виновного» препарата).

Клинические проявления наиболее часто встречающихся первичных головных болей

(NB: у пациента одновременно могут отмечаться два и более типов головной боли)

	Мигрень	Головная боль напряжения (ГБН)	Пучковая головная боль
Временной паттерн	<ul style="list-style-type: none"> • Повторные приступы длительностью от 4 часов до 3 дней • Частота приступов 1–2 в месяц, может варьировать от 1 в год до 2 в неделю • Отсутствие симптоматики в межприступном периоде 	<p>Эпизодическая ГБН:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Повторяющиеся приступообразные эпизоды, длящиеся от нескольких часов до нескольких дней • 1–14 дней с ГБ (болевыми днями) в месяц • Отсутствие симптоматики в межприступном периоде <p>Хроническая ГБН:</p> <p>Более 15 болевых дней в месяц (обычно ежедневная и постоянная)</p>	<p>Эпизодическая ПГБ:</p> <p>Кратковременные приступы (15–180 минут), возникающие часто (обычно более 1 раза в день) в виде пучков продолжительностью 6–12 недель один раз в год или два года, чередующихся с ремиссиями</p> <p>Хроническая ПГБ:</p> <p>Такая же, но без ремиссии между пучками</p>
Типичные характеристики ГБ	Обычно односторонняя и/или пульсирующая	Может быть односторонней, но значительно чаще генерализованная, может быть в шее. Обычно описывается как чувство сдавливания или напряжения	Строго односторонняя, в периорбитальной области
Интенсивность ГБ	Обычно умеренная или сильная	Обычно легкая или умеренная	Очень интенсивная
Сопутствующие симптомы	Часто тошнота и/или рвота Часто свето- и/или звукобоязнь	Нет (легкая тошнота, но без рвоты, может сопровождать хроническую ГБН)	Строго односторонние вегетативные проявления на стороне боли: покраснение глаза или слезотечение, заложенность носа или ринорея, птоз
Поведенческая реакция	Избегание физической активности (возможно постельный режим); предпочтение находиться в темноте и тишине	Неспецифическая (без особенностей)	Значительная агитация (психомоторное возбуждение)

4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ТИПОВ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Все первичные типы головной боли приходится дифференцировать между собой. ЛИГБ следует дифференцировать с мигренью и ГБН.

С другой стороны, дифференциальный диагноз включает в себя несколько серьезных вторичных головных болей, которые важно уметь распознавать.

Настораживающие симптомы в анамнезе или при объективном осмотре

- впервые возникшая или нетипичная для данного пациента ГБ или появление новых симптомов уже имеющейся ГБ
- громоподобная ГБ (интенсивная ГБ с «взрывоподобным» или внезапным началом) характерна для субарахноидального кровоизлияния
- ГБ с атипичной аурой (длительность > 1 часа) или с моторной слабостью характерна для ТИА или инсульта
- аура без ГБ без указаний в анамнезе на мигрень с аурой может быть симптомом ТИА или инсульта
- аура, впервые возникшая у пациентки, принимающей комбинированные оральные контрацептивы, может указывать на риск инсульта
- впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет или у ребенка в препубертате может быть проявлением височного артериита или внутричерепной опухоли
- нарастающая ГБ, усиливающаяся в течение нескольких недель и более, может быть вызвана внутричерепным объемным образованием
- ГБ, усиливающиеся при изменении позы или нагрузках, повышающих внутричерепное давление (кашель, чихание, натуживание) могут быть проявлением интракраниальной опухоли
- впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе
- лихорадка в сочетании с ГБ, не связанная с другими причинами, может быть признаком менингита
- очаговые неврологические симптомы, сочетающиеся с ГБ

5. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

Следующие принципы имеют важное значение для пациентов со всеми типами головной боли, наблюдающихся у врачей общей практики.

Негативное влияние головной боли

- Повторяющиеся дезадаптирующие головные боли негативно влияют как на самого пациента, так и на окружающих его людей, включающих членов семьи, коллег по работе и работодателей
- Повторяющиеся дезадаптирующие головные боли изменяют привычный образ жизни пациентов из-за самих приступов или ограничительного поведения, направленного на избегание приступов. Таким образом, эпизодические головные боли могут оказывать постоянное негативное влияние

Индекс HALT (время, потерянное из-за головной боли), разработанный «Преодолением бремени головной боли» и в настоящее время доступный на датском, английском, французском, немецком, итальянском, португальском и испанском языках, является методом оценки времени, потерянного из-за головной боли.

Реалистичность ожиданий

- Головные боли нельзя излечить, но у большинства пациентов их возможно эффективно контролировать
- Обычно головные боли прекращаются в пожилом возрасте.

Эмоциональная поддержка и разъяснение сути заболевания

- Многие пациенты с повторяющимися приступами головной боли опасаются возможного серьезного заболевания, лежащего в основе их цефалгий. Следует успокоить пациента, разъяснив ему доброкачественную природу его заболевания
- Такое разъяснение является важнейшим элементом превентивной терапии в профилактическом лечении у пациентов с мигренью и частой эпизодической головной болью напряжения, находящихся в группе риска по развитию лекарственно-индуцированной головной боли.

Серия информационных буклетов для пациентов, разработанных компанией «Преодоление бремени головной боли», в настоящее время доступны на датском, английском, французском, немецком, итальянском, португальском, испанском и русском языках. Буклеты содержат основную информацию о мигрени, головной боли напряжения, кластерной, лекарственно индуцированной головной боли и их лечении.

Причины и провоцирующие факторы

- Многие пациенты хотят выяснить причину своей головной боли, но чаще всего это невозможно. Каким образом генетические и внешние факторы влияют на развитие заболевания, до конца не изучено.
- Многие пациенты нуждаются в помощи по определению провоцирующих факторов (триггеров) приступов. Важность триггерных факторов при мигрени переоценивается. Если триггер на самом деле имеет место, то, как правило, пациенты знают о нем. Реже пациенты обращают внимание на триггеры, если этих факторов несколько и они имеют кумулятивный эффект. Суммация нескольких триггеров способствует превышению «порога», после которого начинается приступ. Однако выявление провоцирующих факторов не всегда означает возможность их избежать.
- Вопреки распространенному мнению не существует «мигренозной диеты». Четкая связь возникновения приступов мигрени установлена лишь с употреблением алкоголя и глутамат-содержащих продуктов (консервы, фаст-фуд, китайская кухня, приправы).

Динамическое наблюдение

Каждый пациент, которому было назначено лечение или схема лечения была изменена, нуждается в динамическом наблюдении для контроля оптимальности терапии.

Рекомендуется использовать показатели эффективности лечения. Для использования врачами первичного звена общей практики кампания «Преодоление бремени» разработало индекс HURT (Headache Under-Response to Treatment), отражающий недостаточную эффективность терапии головной боли.

Дневники и календари

Ведение дневника рекомендуется для:

- записи симптомов и временных параметров, позволяющих правильно поставить диагноз
- оценки приема лекарственных средств и выявления возможного злоупотребления препаратами
- анализа взаимосвязи головной боли с менструальным циклом и другими провоцирующими факторами

Диагностический дневник в настоящее время разрабатывается организацией «ЕвроГолова» (EuroHead) совместно с кампанией *«Преодоление бремени головной боли»*.

Календари рекомендуется использовать для:

- того, чтобы пациент видел положительные обнадеживающие результаты профилактического лечения
- регистрации записи эффекта лечения
- мониторинга приема препаратов и выявления возможного злоупотребления лекарственными средствами
- оценки эффективности лечения

6. СОВЕТЫ ПАЦИЕНТАМ

Обычно пациенты с головными болями нуждаются в получении информации о своем заболевании. Многие из них находят неправильную информацию в Интернете.

Нелекарственные методы лечения

Для пациентов могут быть полезны следующие сведения:

- **Биологическая обратная связь и техники релаксации** могут быть полезны и эффективны в тех случаях, когда не может быть использована лекарственная терапия. Эти методики должны проводиться дипломированными специалистами, которые во многих странах мало доступны
- **Психотерапия** может быть весьма эффективна у пациентов с головной болью напряжения. Психотерапия также требует индивидуального и профессионального подхода; доступность этого метода также ограничена
- **Акупунктура** может помочь некоторым пациентам с мигренью или головной болью напряжения, хотя крупные клинические исследования не доказали эффективность этого метода по сравнению с бутафорскими процедурами. Метод также требует дипломированного специалиста и индивидуального подхода
- **Чрескожная электрическая стимуляция нервов (ЧЭСН)** может помочь пациентам с хроническими болевыми синдромами, однако эффективность метода при цефалгиях не доказана
- **Лечение у стоматолога**, включая шины и брекет-системы: поскольку эффективность этих методов не доказана, стоматологическое лечение не должно рекомендоваться пациентам с цефалгиями
- **Очки** должны быть подобраны окулистом, и пациенты должны их носить при наличии показаний. Однако нарушения рефракции редко являются причиной дезадаптирующих головных болей.
- **Растительные препараты** в большинстве своем не рекомендованы. Белокопытник оказался эффективен в ряде клинических исследований и разрешен к применению в некоторых странах, однако лекарственные формы имеют различный состав и неопределенную токсичность. Широко распространены на рынке препараты ромашки девичьей, однако лекарственные формы имеют различный состав, а токсичность до конца не исследована.
- Эффективность **гомеопатии** не доказана; продажу гомеопатических безрецептурных препаратов от головной боли нельзя считать обоснованной
- Метод **рефлексотерапии** не имеет под собой научной основы
- **Приборы и технические приспособления**, широко представлены на рынке, многие из них дороги и не имеют доказательств эффективности. Поскольку известные случаи «ложной эффективности» отдельных приспособлений обусловлены плацебо-эффектом, эти подходы не должны применяться у пациентов с цефалгиями

- **Операция по закрытию незаращенного овального окна:** гипотезу о том, что частота приступов мигрени снижается после оперативного лечения открытого овального окна нельзя считать доказанной. В то же время, это вмешательство сопряжено хоть и с небольшим, но серьезным риском таких осложнений, как инсульт, тампонада перикарда, фибрилляция предсердий и летальный исход. Ведется дальнейшее изучение эффективности данной процедуры. В настоящее время за рамками научных исследований такая операция с целью профилактики мигрени проводится не должна
- **Другие хирургические операции на лице и шее** не эффективны и потенциально опасны

Гормональная контрацепция и заместительная гормональная терапия (ЗГТ)

Головная боль является частым побочным эффектом при приеме комбинированных оральных контрацептивов (КОК), и многие женщины сообщают о дебюте или ухудшении течения мигрени после начала приема этих препаратов.

Пациенткам с мигренью могут быть даны следующие советы по гормональной контрацепции:

- как мигрень с аурой, так и этинилэстрадиол (компонент КОК) являются независимыми факторами риска развития инсульта у молодых женщин
- пациенткам мигренью с аурой и дополнительными факторами риска инсульта (например, курение) показаны альтернативные методы контрацепции
- контрацептивы, содержащие исключительно прогестерон, могут применяться при любой форме мигрени. ЗГТ не противопоказана при мигрени; решение о начале или продолжении ЗГТ должно приниматься с учетом общепринятых критериев.

Информация для пациентов

Кампания «Преодоление бремени головной боли» выпустила для пациентов серию информационных материалов, посвященных основным формам головной боли и методам их лечения, а также проблеме женских половых гормонов и головной боли. Эти материалы в настоящее время доступны на датском, английском, французском, немецком, итальянском, португальском и испанском языках.

Всемирный альянс головной боли (World Headache Alliance)

Всемирный альянс головной боли является благотворительной организацией, защищающей интересы пациентов с цефалгиями. На веб-сайте этой организации содержится много полезной информации для пациентов, включая ссылки на другие сайты, в том числе страницы организаций 26 стран, входящих в состав альянса.

Адрес веб-сайта: www.w-h-a.org

7. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИСТУПА МИГРЕНИ

Всем **взрослым пациентам** с мигренью должны быть даны рекомендации по медикаментозному купированию приступа.

Для **детей** с более кратковременными приступами может оказаться эффективным отдых и постельный режим без использования медикаментов.

Как у взрослых, так и у детей регулярное (> 2 дней в неделю) использование препаратов для купирования головной боли является фактором риска возникновения лекарственно индуцированной головной боли.

Процесс лечения

У всех пациентов с мигренью должен быть применен ступенчатый подход, который предполагает купирование трех приступов на каждом этапе, прежде чем пациент перейдет на следующую ступень. При правильном использовании этой стратегии можно добиться наиболее эффективного и оптимального по цене индивидуального лечения.

1 этап: симптоматическая терапия.

- Простой анальгетик
- Плюс, при необходимости, противорвотное средство

Анальгетики	Противорвотные
Ацетилсалициловая кислота 900–1000 мг (только для взрослых) или Ибупрофен 400–800 мг или Диклофенак 50–100 мг или Напроксен 500–1000 мг или (если есть противопоказания) Парацетамол 1000 мг	Домперидон 20 мг или Метоклопрамид 10 мг

Национальные руководства могут содержать рекомендации пробовать на первом этапе более чем один анальгетик, прежде чем переходить ко второму этапу.

Доказательная база для парацетамола ограничена, поэтому он не должен быть препаратом первого выбора.

Принципы 1-го этапа

- Использовать растворимые формы или рассасываемые таблетки
- Принимать препарат следует в самом начале приступа в адекватной дозе
- Противорвотные препараты, улучшающие моторику желудочно-кишечного тракта, уменьшают гастростаз и повышают биодоступность пероральных препаратов для купирования приступа
- При наличии у пациента рвоты предпочтительны препараты в форме ректальных свечей:
 - суппозитории с анальгетиком (что-либо из списка: диклофенак 100 мг, ибупрофен 400 мг, кетопрофен 100–200 мг или напроксен 500–1000 мг)
 - при необходимости противорвотные средства в суппозиториях (домперидон 30 мг или метоклопрамид 20 мг).

1 этап для детей

- Для обезболивания использовать ибупрофен от 200 до 400 мг в зависимости от возраста и веса ребенка
- Противорвотные: домперидон от 10 до 20 мг в зависимости от возраста и веса ребенка.

2-ой этап: специфическая терапия

Специфические противомигренозные средства, лекарственные формы и дозы, использующиеся на втором этапе	
Олмотриптан*	Таблетки 12.5 мг
Элетриптан	Таблетки 20 и 40 мг (доза 80 мг может быть эффективна, если доза 40 мг не подействовала)
Фроватриптан*	Таблетки 2.5 мг
Наратриптан	Таблетки 2.5 мг
Ризатриптан*	Таблетки 10 мг (и 5 мг используются только при сочетанном применении с пропранололом); рассасываемые пластинки 10 мг
Суматриптан	Таблетки 50 мг и 100 мг, быстрорастворимые таблетки 50 и 100 мг*, суппозитории 25 мг*, назальный спрей 10 мг (разрешен к применению у подростков) и 20 мг, подкожные инъекции 6 мг*
Золмитриптан	Таблетки 2.5 мг и 5 мг*, рассасываемые таблетки 2.5 мг** и 5 мг*, назальный спрей 5 мг*
Эрготамина тартрат	Таблетки 1 мг и 2 мг*, суппозитории 2 мг

Принципы 2-го этапа

- Если есть возможность, и нет противопоказаний, то триптаны должны быть рекомендованы всем пациентам, которым не удалось помочь на первом этапе
- Препараты эрготаминового ряда имеют очень низкую и непредсказуемую биодоступность, что нарушает их эффективность, а также характеризуются сложной фармакодинамикой, фармакокинетикой и длительным действием, что приводит к плохой переносимости
- Триптаны нельзя принимать регулярно более 10 дней в месяц, так как это увеличивает риск лекарственно индуцированной головной боли
- Триптаны мало отличаются друг от друга, но могут иметь различную и непредсказуемую эффективность у разных пациентов: один препарат может быть эффективным, а другой нет. Пациентам следует попробовать несколько триптанов, в различных лекарственных формах, и выбрать наиболее подходящий
- Первая доза любого триптана (за исключением некоторых случаев использования элетриптана) – 1 таблетка
- При неэффективности первой дозы триптана прием второй дозы не рекомендуется большинством производителей, однако у некоторых пациентов вторая доза может оказаться эффективной
- Триптаны более эффективны, если принимаются в начале приступа, когда головная боль еще слабая (эта рекомендация должна даваться пациентам, которые четко отличают мигрень от головной боли напряжения)
- При наличии тошноты можно добавить домперидон 20 мг или метоклопрамид 10 мг
- При наличии рвоты предпочтительно использовать суматриптан в суппозиториях, золмитриптан назальный спрей* (всасывается через слизистую носа) или подкожные инъекции суматриптана*
- Если все триптаны оказались неэффективны, следует использовать подкожные инъекции суматриптана в дозе 6 мг*
- У 40% пациентов с хорошим ответом на триптаны в течение 48 часов отмечается возврат симптомов (рецидив приступа)

Лечение рецидива головной боли

- Вторая доза триптана, как правило, дает эффект
- После второй дозы триптана может также отмечаться возврат головной боли (если это происходит регулярно, то триптан необходимо сменить)
- НПВС могут быть эффективной альтернативой триптанам при наличии рецидива приступа мигрени

* В России не зарегистрированы

**Лекарственная форма находится в процессе регистрации

Профилактика рецидива головной боли

- Имеются некоторые данные, что следующие рекомендации могут помочь избежать возврата головной боли:
 - комбинированный прием триптана и НПВС
 - принимать НПВС спустя 6–12 часов после приема триптана

Противопоказания ко 2-му этапу лечения

Беременность является общим противопоказанием к приему препаратов эрготамина и всех триптанов.

Некоторые триптаны необходимо в ряде случаев применять с осторожностью (*см. Инструкцию по применению*).

Следует избегать применения всех триптанов и препаратов эрготамина у лиц с:

- неконтролируемой артериальной гипертензией
- ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями и облитерирующим энтеритом
- множественными факторами риска цереброваскулярных заболеваний

Этап 2 для детей

Нет данных об эффективности какого-либо из специфических противомигренозных препаратов у детей (младше 12 лет). Неэффективность первого этапа лечения является показанием для консультации ребенка у специалиста по головной боли.

Динамическое наблюдение

Каждый пациент, которому было назначено лечение или схема лечения была изменена, нуждается в динамическом наблюдении для контроля оптимальности терапии.

Для оценки эффективности препаратов для купирования приступов, возможного злоупотребления ими и эффективности лечения в целом пациентам следует рекомендовать ведение календарей.

Также рекомендуется использовать показатели эффективности лечения. Для врачей первичного звена кампания «Преодоление бремени головной боли» разработало индекс HURT, отражающий недостаточную эффективность терапии головной боли.

Информация для пациентов

Кампания «Преодоление бремени» выпустила для пациентов информационный буклет, посвященный мигрени и ее лечению на английском, датском, французском, немецком, итальянском, португальском, испанском и русском языках.

8. ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИГРЕНИ

В отношении любого пациента, даже ребенка или подростка, чьи приступы мигрени оказывают существенное влияние на качество жизни, должен рассматриваться вопрос о профилактическом лечении в дополнении к препаратам для купирования приступов.

Показания для профилактики:

Профилактическая терапия может быть *добавлена* если:

- приступы мигрени вызывают снижение повседневной активности в течение двух и более дней в месяц *и*
- оптимизированное лечение приступов мигрени не предотвращает этого *и*
- пациент изъявляет желание принимать препараты ежедневно

Дополнительными показаниями для профилактического лечения могут быть:

- риск избыточного применения препаратов для купирования головной боли, даже если эти препараты эффективны (хотя препараты для профилактики мигрени не являются специфическими для лечения лекарственно индуцированной головной боли)
- для детей с мигренью – частые пропуски занятий в школе

Препараты, эффективные для профилактики мигрени

Препараты для профилактики мигрени с доказанной эффективностью (доступность и способ выписки препаратов может варьировать в различных странах; использование нелегальных препаратов остается на усмотрении клиницистов)	
Бета-блокаторы (неселективные)	Атенолол 25–100 мг 2 раз в день или Бисопролол 5–10 мг 1 раз в день или Метопролол 50–100 мг 2 раза в день или Пропранолол LA (длительного действия) 80 мг 1 раз в день – 160 мг 2 раза в день
Топирамат	25 мг 1 раз в день – 50 мг 2 раза в день
Флунаризин	5–10 мг 1 раз в день
Вальпроевая кислота	600–1500 мг в день
Амитриптилин	10–100 мг на ночь

Все препараты имеют противопоказания и побочные эффекты (см. *Инструкции по применению*).

Принципы профилактики

- Пациенты должны вести дневник головной боли для оценки эффективности профилактического лечения и повышения комплаентности
- Недостаточная комплаентность является основным фактором, нарушающим эффективность профилактической терапии; однократный в течение суток прием препарата повышает комплаентность пациента
- Необходимо начинать лечение с минимальных доз, затем наращивать дозу до получения клинического эффекта или развития побочных эффектов
- Не следует быстро отказываться от препаратов, которые кажутся неэффективными; 2–3 месяца – это минимальный срок для развития и оценки эффекта большинства профилактических средств
- Через 6 месяцев эффективного лечения препарат можно медленно отменить. Не следует принимать препараты для профилактики мигрени дольше, чем 1 год.
- Амитриптилин является препаратом выбора для пациентов с сопутствующими головной болью напряжения, депрессией или нарушениями сна
- Пропранолол является наиболее безопасным препаратом для беременных пациенток

Профилактика у детей

У детей можно использовать бета-блокаторы (доза подбирается в зависимости от массы тела) или флунаризин (доза подбирается в зависимости от возраста).

Динамическое наблюдение

Каждый пациент, которому было назначено профилактическое лечение или схема лечения была изменена, нуждается в динамическом наблюдении для контроля оптимальности терапии. Для оценки эффективности терапии и повышения комплаентности пациенты должны вести календарь (дневник головной боли).

Также рекомендуется использовать показатели эффективности лечения. Для врачей первичного звена кампания «Преодоление бремени головной боли» разработало индекс HURT (индекс недостаточной эффективности терапии головной боли).

Если профилактическое лечение неэффективно

- Неэффективность может быть связана с недостаточной дозировкой или продолжительностью лечения.
Кроме того, необходимо:

- удостовериться в правильности диагноза
 - проанализировать степень комплаентности пациента
 - оценить прием других препаратов, особенно злоупотребление ими
- Если после всех этих мер лечение остается неэффективным, его следует прекратить

Информация для пациентов

Кампания «Преодоление бремени головной боли» выпустила для пациентов информационный буклет, посвященный мигрени и ее лечению. Эта информация в настоящее время доступна на датском, английском, французском, немецком, итальянском, португальском, испанском и русском языках.

Гормональная контрацепция и ЗГТ

Многие женщины жалуются на дебют или ухудшение течения мигрени после начала приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Другие, напротив, отмечают облегчение бывшей у них ранее мигрени.

Советы по гормональной контрацепции:

- как мигрень с аурой, так и этинилэстрадиол (компонент КОК) являются независимыми факторами риска развития инсульта у молодых женщин
- пациенткам мигренью с аурой и дополнительными факторами риска инсульта (например, курение) показаны альтернативные методы контрацепции
- контрацептивы, содержащие исключительно прогестерон, могут применяться при любой форме мигрени

ЗГТ не противопоказана при мигрени; решение о начале или продолжении ЗГТ должно приниматься с учетом общепринятых критериев. Кампания «Преодоление бремени головной боли» выпустила информационный листок по проблеме головной боли и гормонам.

Препараты ботулинического токсина (Ботокс).

Пациенты могут задавать вопросы о возможности такого лечения
Не следует рекомендовать это лечение пациентам с мигренью

Открытое овальное окно и мигрень

Пациенты могут задавать вопросы о возможности и целесообразности лечения этой аномалии.

Гипотезу о том, что частота приступов мигрени снижается после оперативного лечения открытого овального окна нельзя считать доказанной. В то же время, это вмешательство сопряжено хоть и с небольшим, но серьезным риском таких осложнений, как инсульт, тампонада перикарда, фибрилляция предсердий и летальный исход. Ведется дальнейшее изучение эффективности данной процедуры. В настоящее время с целью профилактики мигрени за рамками научных исследований такая операция проводиться не должна.

9. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Лекарственная терапия при головной боли напряжения (ГБН) имеет ограниченные возможности, однако у многих пациентов может быть эффективной.

Можно использовать как средства для купирования головной боли, так и для профилактики.

Препараты для купирования приступов должны применяться с осторожностью, так как при большой частоте болевых эпизодов существует риск развития лекарственно индуцированной головной боли (ЛИГБ).

Купирование приступов

- Симптоматическое лечение безрецептурными анальгетиками может применяться у пациентов с эпизодической ГБН при частоте болевых эпизодов ≤ 2 раз в неделю:
 - ацетилсалициловая кислота 600–1000 мг (только взрослым)
 - ибупрофен 400–800 мг
 - менее эффективен парацетамол 1000 мг
 - При эпизодической ГБН с частотой > 2 дней в неделю более предпочтительным по сравнению с купированием приступов является профилактическое лечение
- Указанные выше обезболивающие препараты обладают сомнительной эффективностью при хронической ГБН и повышают риск развития ЛИГБ.

Принципы лечения приступов ГБН

- Необходимо избегать опиат-содержащих препаратов, в частности:
 - кодеина и дигидрокодеина
 - декстропропаксифена
 - комбинированных анальгетиков, содержащих эти субстанции
- Барбитуратам нет места в лечении ГБН
- С увеличением частоты болевых эпизодов, повышается риск развития ЛИГБ

Профилактика

- Амитриптилин, 10–100 мг на ночь, является препаратом выбора при лечении частой эпизодической или хронической ГБН
- Нортриптилин вызывает меньшее количество антихолинергических побочных эффектов, но обладает меньшей эффективностью (амитриптилин может быть заменен нортриптилином в той же дозе).

Принципы профилактики

- Для лучшей переносимости препарат сначала назначается в минимальной дозировке (10 мг) с последующим наращиванием дозы по 10–25 мг каждые 1–2 недели
- Для анализа эффективности терапии и повышения комплаентности пациента рекомендуется вести календарь
- Профилактика, кажущаяся неэффективной, не должна быстро прерываться; 2–3 месяца – это минимальный срок для достижения очевидного терапевтического эффекта
- Через 6 месяцев эффективной терапии препарат может быть постепенно отменен, но иногда показано более длительное лечение

Динамическое наблюдение

Каждый пациент, которому было назначено лечение или схема лечения была изменена, нуждается в динамическом наблюдении для контроля оптимальности терапии.

Для оценки эффективности препаратов для купирования приступов, возможного злоупотребления этими средствами и эффективности лечения в целом пациентам следует рекомендовать ведение календарей.

Также рекомендуется использовать показатели эффективности лечения. Для врачей первичного звена кампания «Преодоление бремени головной боли» разработало индекс HURT (Индекс недостаточной эффективности терапии головной боли).

Если профилактическое лечение неэффективно

- Неэффективность может быть связана с недостаточной дозировкой или недостаточной продолжительностью лечения
- Необходимо удостовериться в правильности диагноза
- Следует проанализировать степень комплаентности пациента (пациенты, не информированные о целях и характере терапии, узнав, что им назначен антидепрессант, могут прекратить лечение)
- Оценить прием других препаратов, особенно злоупотребление ими
- Если после всех этих мер лечение остается неэффективным, его следует прекратить.

Лечение болевого синдрома

Несмотря на все усилия, хроническая ГБН часто остается рефрактерной к медикаментозному лечению

Для таких пациентов должна рассматриваться программа терапии с акцентом на психотерапевтические методики.

Информация для пациентов

Кампания «Преодоление бремени головной боли» выпустила для пациентов информационный буклет по ГБН и ее лечению. Эта информация в настоящее время доступна на датском, английском, французском, немецком, итальянском, португальском, испанском и русском языках.

Препараты ботулотоксина (Ботокс).

Пациенты могут задавать вопросы о возможности такого лечения.

Нет убедительных данных об эффективности Ботокса в терапии головной боли напряжения. Не следует рекомендовать это лечение пациентам с ГБН.

10. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПУЧКОВОЙ (КЛАСТЕРНОЙ) ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Пациентов с пучковой головной болью (ПГБ) должны наблюдать специалисты по головной боли (цефалгологи), которые чаще встречаются с этим заболеванием.

Целью лечения как эпизодической, так и хронической ПГБ является полное подавление атак. Однако не всегда можно достичь подобного результата.

Для ведения пациентов с ПГБ важны, как профилактика, так и купирование приступов, однако в большинстве случаев приоритетным является профилактическое лечение.

Купирование приступов

- Единственным средством с доказанной высокой эффективностью является подкожный суматриптан 6 мг*, однако препарат не может быть использован чаще, чем два раза в день.
- Некоторым пациентам помогают ингаляции 100% кислорода (≥ 7 л/мин, в течение 15 минут, требуется маска (выдох осуществляется в окружающую среду) и регулятор; может использоваться без ограничений
- Анальгетики, включая опиоиды, не должны использоваться для купирования атак ПГБ

Профилактика

Принципы

- Таблетированные препараты должны подбираться специалистом, с учетом эффективности и токсичности
- Профилактика эпизодической формы ПГБ должна начинаться как можно раньше после начала болевого пучка (за исключением преднизолона, который следует использовать только короткими курсами) и завершаться через 2 недели после достижения полной ремиссии

- При хронической форме ПГБ лечение должно быть длительным
- Неэффективность одного препарата не означает неэффективность других
- Можно использовать комбинации препаратов, но при этом увеличивается потенциальная токсичность

Препараты, используемые специалистами, для профилактики пучковой (кластерной) головной боли (все препараты потенциально токсичны, следуйте Инструкциям по применению)	
Верапамил 240–960 мг в сутки	Рекомендован мониторинг ЭКГ
Преднизолон 60–80 мг 1 раз в день в течение 2–4 дней с последующим снижением дозы в течение 2–3 недель	Может потребоваться повторный курс, так как при снижении дозы возможно возобновление болевых приступов
Лития карбонат 600–1600 мг/сут	Необходимо контролировать уровень препарата в крови
Эрготамина тартрат 2–4 мг в день ректально	Обычно после 7 дней лечения делается перерыв Нельзя сочетать с суматриптаном
Метисергид 1–2 мг в таблетках*	Необходимо делать перерыв как минимум на месяц каждые полгода Не рекомендуется сочетать суматриптаном

Динамическое наблюдение

Каждый пациент в период болевого пучка нуждается в динамическом наблюдении для контроля оптимальности терапии и мониторинга токсичности препаратов.

Информация для пациентов

Кампания «Преодоление бремени головной боли» выпустила для пациентов информационный буклет о ПГБ и ее лечении. Эта информация в настоящее время доступна на датском, английском, французском, немецком, итальянском, португальском, испанском и русском языках.

* В России не зарегистрирован

11. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННО ИНДУЦИРОВАННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

Головная боль, связанная с избыточным применением лекарственных препаратов (лекарственно-индуцированная или абюзусная головная боль (ЛИГБ, АГБ), – осложнение изначально имеющейся первичной головной боли, вызванное чрезмерным употреблением средств для ее купирования.

Лечение ЛИГБ следует начинать сразу после ее выявления. Прогноз заболевания зависит от длительности злоупотребления препаратами.

Ведение пациентов

- Предотвращение ЛИГБ путем обучения пациентов (разъяснения причины головной боли) является более эффективным, чем лечение уже развившейся лекарственно-индуцированной головной боли
- Единственным эффективным методом борьбы с уже имеющейся ЛИГБ, является отмена «виновного» препарата(ов) – препарата(ов) злоупотребления.

Цели ведения

Существует четыре одинаково важные цели ведения пациентов с ЛИГБ:

- первая – отмена абюзусного препарата(ов)
- вторая – избавление от ЛИГБ
- третья – уточнение характера первичной формы головной боли (мигрень или головная боль напряжения)
- четвертая – профилактика рецидива

Принципы

- Необходимо четко разъяснить пациенту, что «лечение», которое пациент принимает от своей головной боли, по существу является ее причиной

- Пациента необходимо убедить, что отмена препарата приведет к положительному результату
- Следует разъяснить пациенту, что предпочтительна резкая, одномоментная отмена препарата; необходимость в госпитализации при этом возникает редко
- Отмена «виновного» препарата сначала ведет к усилению головной боли, поэтому процесс отмены должен быть запланирован таким образом, чтобы он не оказывал заметного влияния на жизнь пациента (может возникнуть потребность в 1–2 недельном больничном листе).
- Через 1–2 недели головная боль обычно начинает уменьшаться
- Полное восстановление может занимать недели или даже месяцы

Динамическое наблюдение

- Каждый пациент, которому проводится отмена препарата, нуждается в динамическом наблюдении с целью эмоциональной поддержки и оценки эффективности.
- Через 2–3 недели рекомендован повторный визит для оценки успешности отмены препарата
- Для оценки динамики цефалгического синдрома рекомендуется ведение календаря (дневника головной боли) для регистрации симптомов и количества принимаемых препаратов
- Большинство пациентов после 2-х месяцев отмены абюзусного препарата возвращаются к исходной форме головной боли (мигрени или ГБН), каждая из которых требует соответствующего лечения
- Дальнейшее наблюдение необходимо с целью предотвращения рецидива АГБ. Большинство пациентов требуют длительного наблюдения: рецидив в течение последующих пяти лет отмечается у 40% пациентов.

Возобновление приема отмененного препарата

- Желательно максимально отсрочить возврат к приему абюзусного препарата
- При необходимости препарат можно вновь с осторожностью начать принимать через 2 месяца
- Кратность приема не должна превышать 2-х раз в неделю

Информация для пациентов

Кампания «Преодоление бремени головной боли» выпустила для пациентов информационный буклет о ЛИГБ и ее лечении. Эта информация в настоящее время доступна на датском, английском, французском, немецком, итальянском, португальском, испанском и русском языках.

12. ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ: КОГДА НАПРАВИТЬ ПАЦИЕНТА К СПЕЦИАЛИСТУ?

Большинство первичных форм головных болей (ГБ), а также лекарственно-индуцированная головная боль успешно лечатся врачом общей практики.

Основания для консультации специалиста по головной боли (цефалголога):

- диагноз неясен даже после полного обследования
- диагноз кластерной головной боли (в большинстве случаев лучше, если таких пациентов ведут специалисты по головной боли)
- подозрение на вторичную ГБ, как проявление серьезного заболевания или необходимость в проведении дополнительных исследований для исключения серьезной патологии:
+ любой случай вновь возникшей или нехарактерной для данного пациента ГБ, в особенности:
- впервые возникшая громоподобная ГБ (интенсивная ГБ с острым или «взрывоподобным» началом)
- впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет
- впервые возникшая ГБ у ребенка в препубертате
- впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе
+ атипичная мигренозная аура, в особенности:
- длительность ауры больше часа

- аура, проявляющаяся двигательной слабостью
- аура без ГБ у пациента без мигрени с аурой в анамнезе
- аура, впервые возникшая на фоне приема комбинированных оральных контрацептивов
 - + прогрессирующее ухудшение ГБ на протяжении нескольких недель и дольше
 - + ГБ, связанная с изменением позы, приводящим к снижению или повышению давления ликвора
 - + ГБ в сочетании с лихорадкой неясного генеза
 - + ГБ в сочетании с неврологической симптоматикой неясного генеза
- резистентность к проводимому лечению
- коморбидные нарушения, требующие консультации специалиста
- наличие факторов риска ишемической болезни сердца может быть показанием для консультации кардиолога перед назначением триптанов.

В заключение руководства приведены четыре информационные брошюры для пациентов, страдающих наиболее распространенными формами цефалгии: мигренью, головной болью напряжения, пучковой головной болью и хронической ежедневной головной болью. Врач общей практики может использовать информацию, содержащуюся в этих брошюрах, для того, чтобы облегчить пациенту понимание его диагноза, причин головной боли и возможностей ее эффективного лечения.

Для того чтоб узнать больше о проблеме головной боли, посетите сайты:

- www.migreni.net
- www.headache-society.ru
- www.paininfo.ru
- www.shkolagb.ru
- www.w-h-a.org

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Информация для пациентов, страдающих мигренью

Что такое мигрень?

«Когда у меня приступ мигрени, то я совершенно разбита и абсолютно вырвана из своей повседневной жизни на сутки или даже больше. Начавшись, приступ все нарастает и я чувствую себя настолько ужасно, что должна лечь в постель. Боль становится все сильнее и сильнее, появляется тошнота, иногда меня может вырвать; наконец, боль начинает утихать. На следующий день моя голова тяжелая, я чувствую себя опустошенной, но, все же значительно лучше, чем накануне».

Мигрень – это неврологическое заболевание. Оно проявляется приступами, которые могут возникать с различной частотой – от 1–2 раз в год, до нескольких раз в месяц.

Основным проявлением мигренозной атаки является головная боль, которая может быть очень сильной. К другим частым проявлениям относятся тошнота и рвота, а также непереносимость света и звуков.

Если во время головной боли Вас тошнит, раздражает свет или звук и головная боль нарушает привычную активность, то, скорее всего, это мигрень.

Почему возникает мигрень?

Причина мигрени кроется в головном мозге. Боль при мигрени связана с нарушениями в структурах, которые отвечают за проведение боли и других ощущений. Существует наследственная предрасположенность к развитию мигрени: то есть Вы можете унаследовать ее от кто-то из родителей.

У кого бывает мигрень?

Мигренью страдает каждый седьмой взрослый, так что заболевание встречается достаточно часто. У женщин мигрень возникает в три раза чаще, чем у мужчин. Обычно заболевание начинается в детстве или подростковом возрасте. У девочек мигрень, как правило, начинается в период полового созревания. Так как имеется наследственная предрасположенность к развитию мигрени, то это заболевание передается из поколения в поколение.

Какие бывают виды мигрени?

Самый частый вид мигрени – мигрень без ауры (об ауре речь пойдет ниже). Этот тип мигрени встречается у трех четвертей пациентов с мигренью; исключительно мигрень с аурой встречается лишь у каждого десятого, у остальных могут быть приступы как мигрени с аурой, так и мигрени без ауры. Гораздо реже (чаще у лиц старшего возраста) наблюдаются приступы только ауры без головной боли. Существуют и другие виды мигрени, но они исключительно редки.

Как проявляется мигрень?

Все симптомы мигрени возникают во время приступа, который имеет четыре стадии развития, хотя не все из них могут быть полностью представлены. Между приступами большинство людей с мигренью чувствуют себя хорошо.

Фаза предвестников мигрени (продром) возникает раньше всех других симптомов приступа и не более чем у половины пациентов. Если у Вас есть продром, то Вы можете ощущать раздражительность, подавленность или усталость за несколько часов или даже за пару дней до развития головной боли. Некоторые наоборот могут отмечать необычное повышение активности. У некоторых людей может повышаться аппетит, некоторые «просто знают», что у них разовьется приступ.

Аура, если она есть, является следующей фазой. Лишь треть пациентов с мигренью когда-либо отмечали ауру, и она может развиваться не в каждом приступе. Аура – это отражение определенного процесса (преходящего и неопасного для здоровья), происходящего в мозге и связанного с механизмом приступа мигрени. Она длится 10–30 минут, но может быть и более продолжительной. Чаще всего бывает зрительная аура. Вы можете «видеть» слепые пятна, вспышки света или разноцветную зигзагообразную линию, распространяющуюся из центра поля зрения на периферию. Реже возникают чувствительные симптомы – ощущение покалывания или онемение, которое возникает в кончиках пальцев с одной стороны, распространяется вверх к плечу, иногда переходит на щеку или язык на той же стороне. Чувствительные симптомы практически всегда сопровождаются зрительными нарушениями. Кроме этого, во время ауры бывают затруднения речи или трудности в подборе слов.

Фаза головной боли – самая тяжелая для большинства людей, длится от нескольких часов до 2–3 суток. Мигренозная головная боль обычно бывает очень сильной, чаще возникает в одной половине головы, но может захватывать и всю голову. Чаще всего боль возникает в лобной или височной области, хотя может локализоваться в любой части головы. Обычно это пульсирующая или распирающая боль, которая усиливается при движении и физических нагрузках. Нередко возникает тошнота, и даже рвота,

которая субъективно облегчает головную боль. Во время приступа могут быть неприятны свет и звуки, большинство пациентов предпочитают остаться в одиночестве в тихом и затемненном помещении.

За фазой головной боли следует фаза разрешения. В этот период Вы вновь можете чувствовать усталость, раздражительность или подавленность, Вам трудно концентрировать внимание. Эти симптомы могут сохраняться в течение суток до того, как Вы почувствуете себя полностью здоровым.

Что такое «порог развития мигренозного приступа»?

Приступ мигрени не предсказуем, он может начаться в любой момент. Тем не менее, некоторые люди более склонны к возникновению приступов. Чем выше Ваш порог развития мигрени, тем меньше вероятность развития приступа, чем ниже порог, тем эта вероятность больше.

Существенную роль играют **провоцирующие факторы (триггеры)** мигрени. Триггер может спровоцировать приступ мигрени (хотя не известно, как это происходит). Особенно быстро это происходит, если порог мигрени низкий. Если Ваш порог высокий, то для того, чтобы развился приступ необходимо действие двух или трех триггеров одновременно.

Триггеры необходимо отличать от **предрасполагающих факторов**, которые снижают порог развития приступа, тогда как триггеры запускают приступ. Предрасполагающими факторами являются хроническая усталость, тревожность и стресс, у женщин это могут быть период менструации, беременность и менопауза.

Что такое триггеры мигрени?

Каждый пациент с мигренью хотел бы знать, что может вызвать приступ. Как правило, это трудно или невозможно, поскольку у каждого пациента разные триггеры; даже у одного и того же пациента разные приступы могут вызываться различными триггерами. Многие пациенты не могут идентифицировать свои триггеры, поскольку они весьма разнообразны.

Диета: некоторые продукты (и алкоголь), но лишь у части пациентов; гораздо чаще приступ могут вызвать пропуск приема пищи, неадекватное питание, отмена кофеина и недостаточное потребление воды.

Сон: изменение режима сна, как недосыпание, так и избыточный сон

Другие жизненные факторы: интенсивная физическая нагрузка, длительные переезды, особенно со сменой часовых поясов.

Внешнесредовые: яркий или мерцающий свет, резкие запахи, перемена погоды

Психологические: эмоциональное напряжение или, как ни странно, расслабление после стресса.

Гормональные факторы у женщин: менструации, гормональные контрацептивы и гормональная заместительная терапия.

Один из частых триггеров – это голод или недостаточный прием пищи. Особенно это касается молодых пациентов – дети, страдающие мигренью, не должны пропускать завтрак! У женщин значимым потенциальным триггером является колебания гормонов, связанные с менструальным циклом.

Эти и большинство других триггеров представляют собой некий стресс, что подтверждает предположение о том, что люди с мигренью в целом плохо реагируют на какие-либо изменения.

Какое лечение можно использовать?

Лекарственные средства, которые используют для снятия имеющегося приступа мигрени, называют **средствами для купирования мигрени**. Правильно подобранные лекарства могут быть весьма эффективными, если принимаются правильно и в небольших количествах. К таким средствам относятся безрецептурные анальгетики, большинство из которых содержит аспирин, ибупрофен или парацетамол; среди них парацетамол наименее эффективен. Растворимые формы этих препаратов, например, в виде шипучих таблеток действуют быстрее и лучше.

Если Вас очень беспокоит тошнота или рвота, можно использовать **противорвотные средства**. Некоторые из них фактически усиливают действие анальгетиков, так как увеличивают их всасывание в желудочно-кишечном тракте. Если Вы испытываете сильную тошноту или рвоту, то можно использовать эти препараты в форме ректальных свечей.

При покупке препарата фармацевт может посоветовать Вам, какой безрецептурный анальгетик лучше принимать. Если ни один из препаратов этого класса Вам не помогает, или же Вам требуется доза препарата, превышающая рекомендуемую, то Вам следует обратиться к врачу.

Врач может прописать Вам один из **специфических антимигренозных препаратов**. К этим препаратам необходимо прибегнуть, если анальгетики и противорвотные средства не снимают имеющиеся у Вас симптомы и быстро не возвращают Вам повседневную активность. По принципу действия антимигренозные средства отличаются от обычных обезболивающих. Они воздействуют не на боль, а на патологические процессы, происходящие в головном мозге во время мигренозной атаки. К таким средствам относят эрготамин, широко использующийся в одних странах и отсутствующий в продаже в других, и группу более новых препаратов, носящих название **триптаны**. Если доктор прописал Вам эти препараты, то при необходимости Вы можете сочетать их с анальгетиками и противорвотными средствами.

Существует несколько приемов, позволяющих повысить эффективность медикаментозного лечения приступа мигрени.

1. Принимать препарат в самом начале приступа...

Всегда имейте при себе хотя бы одну дозу препарата, рекомендованного врачом. Принимайте препарат, как только почувствуете наступление приступа. Чем раньше Вы примете лекарство, тем оно будет эффективнее. Во время приступа мигрени работа желудочно-кишечного тракта замедляется, поэтому лекарства, принимаемые в виде таблеток, всасываются в кровь медленнее, чем обычно. Если позволяет состояние, съешьте что-нибудь или выпейте что-нибудь сладкое.

2. ...но не очень часто

Всегда строго придерживайтесь инструкций по применению препарата. В частности, не используйте средства для снятия головной боли слишком часто, так как это может привести к развитию *головной боли от приема обезболивающих*. Это так называемая головная боль, связанная с избыточным применением лекарственных средств (абузусная головная боль). Чтобы у Вас не развилась такая головная боль, ни в коем случае не используйте средства для купирования мигрени на регулярной основе, то есть более чем 2–3 раза в неделю.

Что делать, если это лечение не помогает?

Если приступы мигрени очень частые или тяжелые, и плохо поддаются лечению средствами для купирования, то существует **профилактическое лечение**. В отличие от средств для купирования приступа при профилактическом лечении необходимо принимать препараты **каждый день**, поскольку это лечение направлено на предотвращение развития приступов мигрени. Другими словами, профилактическое лечение позволяет повысить порог возникновения мигренозного приступа.

Ваш доктор посоветует Вам лекарственные средства для профилактической терапии и предупредит о возможных побочных эффектах. Большинство из них первоначально были разработаны для лечения других заболеваний, поэтому не следует удивляться, если Вам назначат препарат из группы антидепрессантов, противосудорожных средств или применяющийся для снижения артериального давления. Вам назначили лечение не в связи с этими показаниями, просто эти препараты также обладают и противомигренозным действием.

При назначении Вам одного или более препаратов, аккуратно следуйте инструкциям по их применению. Исследования показали, что наиболее частая причина недостаточной эффективности профилактического лечения – несоблюдение режима терапии.

Что еще Вы можете сделать, чтобы помочь себе?

Регулярные занятия спортом и поддержание себя в форме существенно улучшат Ваше самочувствие. Целесообразно избегать предрасполагающих факторов и триггеров, поэтому имеет смысл знать все возможные провокаторы. Постарайтесь исключить хотя бы некоторые из них, даже если прочие триггеры сложно выявить или их никак нельзя избежать.

Ведение дневника головной боли

Ведение дневника поможет собрать важную информацию о Вашей головной боли: как часто болит голова, когда возникает и как долго длится головная боль, какие симптомы ее сопровождают. Эта информация является очень ценной для постановки правильного диагноза, выявления факторов провоцирующих головную боль и оценки эффективности лечения.

Что делать, если Вы подозреваете, что забеременели?

Вам необходимо проконсультироваться с врачом, поскольку некоторые из противомигренозных средств во время беременности противопоказаны.

Нужны ли Вам дополнительные обследования?

В большинстве случаев диагностика мигрени не вызывает затруднений. Не существует методов обследования, подтверждающих диагноз мигрени. Диагностика основывается на Вашем описании характеристик головной боли и сопутствующих симптомов, при этом обязательным является отсутствие каких-либо отклонений при медицинском осмотре. Постарайтесь, как можно подробнее описать врачу свою головную боль. Очень важно сообщить врачу о том, как часто и в каких количествах Вы принимаете обезболивающие или другие лекарственные препараты в связи с головной болью.

Сканирование головного мозга, как правило, является неинформативным. Если Ваш доктор не уверен в правильности диагноза, он может назначить Вам дополнительные методы обследования, для исключения других причин головной боли. Как правило, в этом нет частой необходимости. Если Ваш доктор не назначил дополнительных исследований, это означает, что он уверен в диагнозе и проведение обследований никаким образом не облегчит назначение лечения.

Можно ли вылечить мигрень?

Не существует методов полного излечения от мигрени. Тем не менее, у большинства людей с мигренью с возрастом приступы становятся реже.

Советы и рекомендации, содержащиеся в этой листовке, помогут Вам наладить эффективный контроль над мигренью.

Информация для пациентов, страдающих головной болью напряжения

Что такое головная боль напряжения?

«Моя головная боль может длиться несколько дней, я чувствую как будто на мне надета тесная шапка, обруч или шлем; это больше похоже на напряжение или давление, чем на настоящую боль. Эта боль полностью не нарушает, но существенно ограничивает мою активность в течение дня».

Головная боль напряжения (ГБН) – наиболее распространенная форма головной боли, которая время от времени может возникать у каждого человека. Несмотря на то, что ГБН не представляет угрозы для жизни и здоровья человека, она может значительно затруднять повседневную активность. Люди с частыми эпизодами ГБН должны наблюдаться у врача.

Кто страдает ГБН?

Большинство людей, время от времени, испытывают эпизоды ГБН, при этом у женщин она наблюдается чаще, чем у мужчин; ГБН может отмечаться и в детском возрасте.

Какие бывают виды ГБН?

Эпизодическая головная боль напряжения (ЭГБН) часто описывается как «нормальная» или «обычная» головная боль. Для ЭГБН характерны эпизоды головной боли продолжительностью от 30 минут до нескольких суток. Частота эпизодов ГБН может быть различной, как у разных людей, так и у одного человека в разные периоды жизни.

Около 3-х человек из 100 испытывают ГБН большую часть времени (дней с головной болью больше, чем дней без неё). Это – **хроническая головная боль напряжения (ХГБН)**, которая является одним из вариантов хронической ежедневной головной боли. В некоторых случаях ГБН присутствует постоянно, она может быть легкой, но полностью не проходит. Такой вариант течения ГБН является для человека постоянным стрессом и приводит к значительному снижению качества жизни.

Каковы симптомы ГБН?

Обычно ГБН описывается как сжимающая или сдавливающая, по типу обруча, каски или тесной шапки. Головная боль, как правило, двухсторонняя, часто распространяется в область затылка или, наоборот, берет начало от затылка и распространяется вверх. Боль обычно имеет слабую или умеренную интенсивность, но иногда может быть достаточно сильной и затруднять ежедневную активность. В большинстве случаев ГБН не сопровождается сопутствующими симптомами, но некоторые люди могут плохо переносить яркий свет, громкие звуки; иногда снижается аппетит.

Что вызывает ГБН?

Предполагают, что ГБН связана с напряжением мышц и связок головы и шеи. Причин ГБН много, но есть несколько факторов, которые наиболее важны:

- **Эмоциональное напряжение:** повышенная тревожность, стресс
- **Физическое напряжение** в мышцах скальпа, шеи, причиной которого может быть работа в неудобной позе, например, длительная работа за компьютером, вынужденная поза при поднятии тяжестей и др. подобные нагрузки.

Что Вы можете сделать, чтобы помочь себе?

1. Релаксация: перерывы при длительной работе, массаж головы и шеи, теплые ванны, прогулки на свежем воздухе, гимнастика, фитнес.

2. Преодоление стресса. Если Ваша работа связана с эмоциональным напряжением или Вы столкнулись со стрессовой ситуацией, которой нельзя избежать, начните выполнять дыхательные и релаксационные упражнения; это поможет предотвратить появление ГБН. Для обучения преодоления стресса используйте имеющиеся в продаже аудио- и видео записи.

3. Регулярная гимнастика. ГБН чаще встречается у лиц, которые не имеют даже легкой физической нагрузки. Чаще гуляйте на свежем воздухе, поднимайтесь по лестнице, а не на лифте, делайте гимнастику, так чтоб это стало неотъемлемой частью Вашей жизни.

4. Лечение депрессии. Если большую часть времени у Вас плохое настроение, обязательно обратитесь к врачу.

Ведение дневника головной боли

Ведение дневника поможет собрать важную информацию о вашей головной боли: как часто болит голова, когда возникает и как долго длится головная боль, какие симптомы ее сопровождают. Эта информация является очень ценной для постановки правильного диагноза, выявления факторов провоцирующих головную боль и оценки эффективности лечения.

Принимайте обезболивающие препараты, если требуется...

Простые анальгетики, такие как аспирин или ибупрофен обычно хорошо помогают при ЭГБН. Парацетамол имеет более слабый эффект, но у некоторых людей дает облегчение.

...но не слишком часто!

Обезболивающие препараты лечат только симптомы ГБН, что полезно при нечастых эпизодах ГБН. При лечении частых и хронических форм ГБН следует попытаться воздействовать на причину головной боли. Всегда тщательно следуйте инструкции по применению препарата. Не следует слишком часто принимать обезболивающие, т.к. это может вызвать учащение **головной боли и привести к развитию головной боли, связанной с избыточным применением анальгетиков («абзусной головной боли»)**. Для того чтобы ее избежать не следует принимать обезболивающие препараты чаще 2–3 раз в неделю.

Какие ещё есть способы лечения?

Если у Вас частая или хроническая ГБН, то прием анальгетиков не является решением проблемы. Наоборот, при частом использовании обезболивающих препаратов, головная боль будет возникать чаще, и протекать тяжелее. В данном случае показано **профилактическое лечение**. В отличие от эпизодического приема анальгетиков профилактическое лечение **следует принимать**

ежедневно, что связано с различными механизмами действия этих групп препаратов. Профилактическая терапия направлена на снижение Вашей чувствительности к боли и на предотвращение развития эпизодов головной боли.

Ваш доктор посоветует Вам лекарственные средства для профилактической терапии и предупредит о возможных побочных эффектах. Большинство из них первоначально были разработаны для лечения других заболеваний, поэтому не следует удивляться, если Вам назначат препарат из группы антидепрессантов, противоэпилептических средств или препарат, расслабляющий мышцы. Вам назначили лечение не в связи с этими показаниями: эти препараты также эффективны при ГБН, как и при других видах боли.

При назначении Вам одного или более препаратов, аккуратно следуйте инструкциям по их применению. Исследования показали, что наиболее частая причина недостаточной эффективности лечения – несоблюдение режима терапии.

Поскольку длительная работа в неудобной позе или нарушения осанки с последующим напряжением мышц могут быть причиной ГБН, Ваш врач может назначить с лечебной целью физиотерапевтические процедуры на область головы и шеи. Некоторым людям физиотерапия помогает очень хорошо. Нелекарственные методы лечения также включают проведение черескожной электрической стимуляции (как метода терапии боли), релаксационную терапию, биологическую обратную связь, акупунктуру, занятия йогой. Эти методы не всегда эффективны и подходят не каждому пациенту. Врач даст Вам совет и рекомендации по использованию этих методов.

Будет ли лечение эффективным?

Если причина головной боли выявлена и устранена, эпизодическая ГБН редко перерастает в серьезную проблему. Часто, если устранена причина, ЭГБН проходит сама, и нет необходимости в дальнейшей терапии. Но для некоторых пациентов, особенно с ХГБН многие способы лечения оказываются частично эффективными или неэффективными вовсе. В таком случае необходимо обратиться в клинику головной боли, в которой имеется широкий спектр методов терапии ГБН.

Нужны ли Вам дополнительные обследования?

В настоящее время, не существует методов обследования, подтверждающих диагноз ГБН. Диагностика основывается на Вашем описании характеристик головной боли и сопутствующих симптомов, при этом обязательным является отсутствие каких-либо отклонений при медицинском осмотре. Постарайтесь, как можно подробнее описать врачу свою головную боль. Очень важно сообщить врачу о том, как часто и в каких количествах Вы принимаете обезболивающие или другие лекарственные препараты в связи с головной болью.

При ГБН сканирование головного мозга, как правило, является неинформативным. Однако если Ваш доктор не уверен в правильности диагноза, он может назначить Вам дополнительные методы обследования, включая нейровизуализацию (компьютерная или магниторезонансная томография), для исключения других причин головной боли. Как правило, в этом нет частой необходимости. Если Ваш доктор не назначил дополнительных исследований, это означает, что он уверен в диагнозе и проведение обследований никаким образом не облегчит назначение лечения.

Информация для пациентов, страдающих пучковой (кластерной) головной болью

Что такое пучковая (кластерная) головная боль?

«Боль часто будит меня посреди ночи, через 1–2 часа после засыпания. Она нарастает в течение нескольких секунд и становится нестерпимой и мучительной. Болит только правый глаз, который при этом сильно краснеет и становится похож на «раскаленную кочергу». В этот момент я не нахожу себе места. Я должен что-то делать, чтобы избавиться от боли. Иногда я хожу по комнате взад-вперед, держась за голову, сажусь и опять встаю, иногда раскачиваюсь на стуле».

Пучковая (кластерная) головная боль (ПГБ) характеризуется короткими приступами чрезвычайно интенсивной односторонней боли в одном глазу или вокруг него. Как правило, ПГБ возникает внезапно, один или несколько раз в день, обычно в одно и то же время дня и/или ночи. Часто первый приступ начинается ночью и будит человека через 1–2 часа после засыпания.

ПГБ иногда называют вариантом мигрени, но это неправильно. Это особая форма головной боли, которая требует совершенно другого лечения.

Кто страдает кластерной головной болью?

Кластерная цефалгия это – редкое заболевание (встречается примерно у 3-х человек из 1000). ПГБ встречается в 5 раз чаще у мужчин, в отличие от большинства других форм головной боли, где преобладают женщины. Как правило, первый приступ приходится на возраст от 20 до 40 лет, однако начало ПГБ может отмечаться в любом возрасте.

Какие типы ПГБ существуют?

Эпизодическая кластерная головная боль встречается наиболее часто. Для этой формы характерна смена болевых периодов, во время которых ежедневно днем и ночью возникают приступы мучительной головной боли (болевого «пучок» или «кластер»), и периодов без головной боли (ремиссий). Обычно болевой пучок длится от 6 до 12 недель, он может закончиться через 2 недели, может продолжаться и до 6 месяцев. Болевые периоды, как правило, имеют сезонный характер, т.е. возникают в одно и то же время года (чаще весной и осенью); у некоторых пациентов отмечается 2–3 болевых периода в год, у других могут быть длительные ремиссии (в течение 2–3 лет). Вне кластерного периода пациенты с эпизодической ПГБ не имеют никаких симптомов.

Хроническая кластерная головная боль характеризуется ежедневными, или практически ежедневными, приступами головной боли, продолжающимися из года в год, без светлых промежутков; частота хронической формы ПГБ не превышает 10%. Эпизодическая ПГБ может переходить в хроническую и наоборот.

Каковы симптомы ПГБ?

Симптомы ПГБ хорошо узнаваемы. Один из основных симптомов – мучительный, нестерпимый характер боли. Боль всегда возникает с одной стороны; редко при эпизодической форме ПГБ сторона боли может меняться от одного болевого периода к другому. Боль локализуется вокруг или в области глаза и описывается как жгучая, кинжальная, сверлящая. Боль нарастает стремительно, достигает максимума в течение 5–10 минут и при отсутствии лечения продолжается от 15 минут до 3 часов (в среднем 30–60 минут). В отличие от приступа мигрени, во время которого большинство пациентов стремятся лечь и сохранять максимальный покой, пациенты с ПГБ, напротив, не могут ни сидеть, ни лежать, становятся возбужденными и беспокоящими.

Также, на стороне боли у большинства пациентов возникает покраснение глаза, слезотечение, отечность, а иногда опущение верхнего века. Может отмечаться заложенность носа, или выделение из носа прозрачного секрета на стороне боли. При этом другая сторона головы абсолютно не беспокоит пациента.

Каковы причины ПГБ?

Несмотря на большое количество исследований, причина ПГБ остается неясной. Предполагают, что ритмичное возникновение болевых периодов связано с активностью гипоталамуса – области головного мозга, называемой «биологическими часами» и определяющей смену биологических и циркадианных ритмов в человеческом организме.

Интересным фактом является то, что большинство пациентов с кластерной головной болью много курят или курили в прошлом. Каким образом курение может способствовать возникновению ПГБ, до настоящего момента неизвестно. Отказ от курения всегда полезен для здоровья, но редко оказывает какой-либо эффект на течение ПГБ.

Какие факторы провоцируют ПГБ?

Знание триггеров может помочь Вам избежать приступа головной боли. Алкоголь, в том числе в небольших количествах, может провоцировать приступ ПГБ во время кластерного периода, но в период ремиссии алкоголь не является провокатором. Неизвестно, каким образом это происходит. Другие триггерные факторы неизвестны.

Нужны ли Вам дополнительные обследования?

Из-за характерных симптомов кластерная головная боль легко распознается. В настоящее время, не существует методов обследования подтверждающих диагноз ПГБ. Диагностика основывается на Вашем описании характеристик головной боли и сопутствующих симптомов, при этом обязательным является отсутствие каких-либо отклонений при медицинском осмотре. Постарайтесь, как можно подробнее описать врачу свою головную боль.

Если врач не уверен в правильности диагноза, он может назначить Вам дополнительные методы обследования, включая нейровизуализацию (компьютерная или магниторезонансная томография), для исключения других причин головной боли. Как правило, в этом нет частой необходимости. Если Ваш доктор не назначил дополнительных исследований, это означает, что он уверен в диагнозе и проведение обследований никаким образом не облегчит назначение лечения.

Какие существуют методы лечения?

Есть несколько видов эффективного лечения ПГБ; все они требуют врачебного назначения. Для купирования приступов наиболее эффективным методом являются ингаляции 100% кислорода, для которых необходимо специальное оборудование, включающее маску, дозатор потока и концентрации O_2 , а также резервуар O_2 . Также применяются инъекции препарата суматриптан, которые Вы можете осуществлять самостоятельно с помощью специального инъекционного устройства. Другие формы выпуска триптанов обладают меньшей эффективностью, но также могут применяться для купирования приступа ПГБ.

Профилактическое лечение – один из наиболее эффективных методов борьбы с ПГБ. Для предотвращения атак кластерной головной боли и уменьшения продолжительности кластерного периода лекарственные препараты следует принимать **ежедневно в течение всего болевого пучка**. Профилактическая терапия у большинства пациентов является эффективной, однако, требует тщательного медицинского наблюдения, включая контроль анализов крови, что обусловлено возможностью побочных эффектов. Терапевт или невролог, к которому Вы обратитесь в случае начала болевого периода, может направить Вас к специалисту по головной боли, поскольку, из-за мучительного характера болей пациенты с ПГБ должны получать специализированную помощь.

Что делать, если терапия неэффективна?

Существует несколько препаратов для профилактического лечения. При неэффективности одного, может быть использован другой; иногда применяют комбинации из двух или более лекарственных средств.

Что Вы можете сделать, чтобы помочь себе?

Обычные анальгетики при кластерной головной боли не работают: они действуют слишком медленно, и головная боль успевает развиться до наступления обезболивающего эффекта. Для правильной и успешной терапии вам необходима медицинская консультация. Постарайтесь обратиться к врачу в самом начале болевого периода, поскольку, чем раньше начато лечение, тем выше его эффективность.

Ведение дневника головной боли

Ведение дневника поможет собрать важную информацию о головной боли: как часто болит голова, когда возникает и как долго длится головная боль, какие симптомы ее сопровождают. Эта информация является очень ценной для постановки правильного диагноза, выявления факторов провоцирующих головную боль и оценки эффективности лечения.

Можно ли вылечить ПГБ?

ПГБ может повторяться в течение многих лет. Тем ни менее, у большинства людей с возрастом отмечается улучшение (уменьшение количества кластерных периодов или их прекращение), особенно это характерно для хронического варианта кластерной головной боли.

Информация для пациентов, страдающих хронической ежедневной головной болью

Что такое хроническая ежедневная головная боль?

«У меня начались головные боли, которые обычно возникали во второй половине дня. Я мог продолжать работать с головной болью, хотя мне трудно было сконцентрироваться. Я заметил, что пара обезболивающих таблеток может уменьшить боль. Постепенно головные боли возникали все чаще и чаще, и сейчас я пью обезболивающие почти каждый день. Моя голова болит уже практически постоянно».

Хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ) – это не диагноз. Это термин, который объединяет головные боли, возникающие 15 и более дней в месяц на протяжении более чем 3-х месяцев.

Какие бывают виды хронической ежедневной головной боли?

Существуют несколько типов ХЕГБ и они различаются по причине. Наиболее частыми являются **хроническая головная боль напряжения и головная боль, связанная с избыточным применением лекарственных (обезболивающих) препаратов (абузусная головная боль)**. Абузусная головная боль может развиваться из мигрени и головной боли напряжения.

У кого возникает ХЕГБ?

Как ни странно, это состояние встречается очень часто. Примерно у одного пациента из 20 в разные периоды жизни возникает эта проблема. У женщин ХЕГБ встречается чаще, чем у мужчин; она может развиваться и у детей.

Каковы симптомы ХЕГБ?

Основное проявление – это очень частые головные боли. Боль может иметь различную интенсивность, характер ее обычно тупой. Кроме боли часто бывают ощущение усталости, дурноты, раздражительность, нарушения сна. Иногда головная боль может быть нестерпимой, хотя выраженность ее может меняться в течение дня. Интенсивность головной боли, связанной с избыточным применением лекарственных препаратов, как правило, наибольшая в утренние часы.

Может ли ХЕГБ пройти?

Лечение ХЕГБ зависит от диагноза и ее причины. Очень важен подбор правильной терапии, поэтому необходимо наблюдение врача.

При всех типах ХЕГБ временное облегчение могут принести обезболивающие препараты и антимигренозные средства, но во многих случаях эффект – лишь частичный и быстро проходит. Такое лечение может ухудшить состояние.

Если головная боль уже спровоцирована чрезмерным приемом обезболивающих препаратов, то необходимо отменить эти лекарственные средства. Прекращение приема «виновного» препарата способствует уменьшению частоты головной боли.

Нужны ли Вам дополнительные обследования?

Независимо от причины хронической ежедневной головной боли в настоящее время, не существует методов обследования, подтверждающих этот диагноз. Диагностика основывается на Вашем описании характеристик головной боли и сопутствующих симптомов, при этом обязательным является отсутствие каких-либо отклонений при медицинском осмотре. Постарайтесь, как можно подробнее описать врачу свою головную боль. Очень важно сообщить врачу о том, как часто и в каких количествах Вы принимаете обезболивающие или другие лекарственные препараты в связи с головной болью.

Скорее всего, что Ваш доктор скажет Вам, что ничего серьезного у Вас нет, что у Вас просто хроническая ежедневная головная боль. Если характер Вашей боли внезапно изменился или при наличии у врача сомнений в правильности диагноза, он может назначить Вам дополнительные методы обследования, включая нейровизуализацию (компьютерная или магниторезонансная томография), для исключения других причин головной боли. Как правило, в этом нет частой необходимости. Если врач не назначил дополнительных исследований, это означает, что он уверен в диагнозе и проведение обследований никаким образом не облегчит назначение лечения.

Что такое головная боль, связанная с избыточным применением лекарственных (обезболивающих) препаратов (абузусная головная боль)?

Любой лекарственный препарат, который Вы принимаете от головной боли, может вызвать абузусную головную боль, если принимается очень часто на протяжении продолжительного времени. Аспирин, парацетамол, ибупрофен, кодеин – фактически все анальгетики, используемые чрезмерно, могут привести к этой проблеме. Однако это могут быть не только анальгетики. Препараты, предназначенные для специфического лечения приступа мигрени, при злоупотреблении ими также могут вызвать абузусную головную боль. К таким препаратам относятся триптаны и в большей степени эрготамин.

Схожие головные боли (хотя это не совсем лекарственно-индуцированная головная боль) могут возникать от чрезмерного употребления кофеина. Обычно кофеин поступает в организм с кофе, чаем или колой, но может содержаться и в таблетках от головной боли (комбинированных анальгетиках).

Механизм развития лекарственно-индуцированной головной боли до конца не выяснен и может различаться в зависимости от препарата, вызвавшего эту головную боль. Триптаны или препараты эрготамина могут вызывать головную боль отмены: боль вновь возвращается после того, как заканчивается действие препарата. Предполагается, что анальгетики со временем вызывают изменения в системах мозга, проводящих болевые импульсы. Таким образом, препараты начинают использоваться для лечения абузусной головной боли, и Вам необходимо все больше и больше обезболивающих таблеток.

Для большинства людей с эпизодическими головными болями анальгетики безопасны и эффективны. Тем не менее, лекарственно-индуцированная головная боль может развиваться у

любого, кто принимает анальгетики чаще 3-х дней в неделю. Обычно в начале у пациентов с абюзусной головной болью бывает *головная боль напряжения* или, более часто, *мигрень*. По разным причинам приступы головной боли становятся все чаще и чаще. Это может быть естественным течением заболевания или из-за присоединения другого вида головной боли, возможно, связанной со стрессом или мышечным напряжением. Нарастание частоты болевых приступов ведет к увеличению приема лекарств для уменьшения имеющихся симптомов, что, в конце концов, приводит к ежедневному и многократному приему препаратов.

Многие люди, оказавшиеся в такой ситуации, отдают себе отчет в том, что они злоупотребляют препаратами, и пытаются отменить их. Это приводит к развитию синдрома отмены и усилению головной боли, что вновь требует приема анальгетика. Нетрудно догадаться, что возникает порочный круг, который очень тяжело разорвать. Определяющим является не то, сколько Вы принимаете лекарств: если Вы используете полную дозу анальгетика лишь 1–2 дня в неделю, то маловероятно, что у Вас разовьется абюзусная головная боль. Но если Вы будете принимать всего 2 таблетки анальгетика, но большую часть времени, то вероятность развития лекарственно-индуцированной головной боли существенно возрастет. **Таким образом, проблемой является частое использование препаратов на протяжении длительного времени.**

Что Вы можете сделать, чтобы помочь себе?

Единственным способом избавления от медикаментозно-индуцированной головной боли является **отмена препарата, вызвавшего зависимость**; клинические исследования показали, что отмена «виновного» препарата существенно улучшает самочувствие. Тем не менее, может пройти до трех месяцев, пока Вы почувствуете окончательное улучшение. Даже если, несмотря на отмену препарата, головные боли сохраняются, они становятся более легкими и лучше отвечают на правильно подобранное лечение.

Вы можете отменить препарат одномоментно, или делать это постепенно, снижая дозу на протяжении 2–3 недель. Какой бы путь Вы не выбрали, пейте в это время больше жидкости (но избегайте приема кофеин-содержащих напитков). Если Вы отмените препарат одномоментно, почти наверняка, у Вас возникнут симптомы отмены: усиление головной боли, тошнота, возможно рвота, тревожность, нарушения сна. Эти симптомы возникают в течение 48 часов после отмены и сохраняются максимум две недели. Тем не менее, пациенты, которые пытаются медленно отменить препарат, чаще испытывают неудачу, возможно, потому что это занимает больше времени.

Принимая решение об отмене препарата, не делайте это перед ответственными событиями. Предупредите коллег, что можете не выйти на работу в течение нескольких дней.

Что будет, если Вы оставите все как есть?

Если злоупотребление анальгетиками является причиной Вашей головной боли, то пускание дела на самотек – не выход из ситуации. У Вас будут развиваться еще более частые головные боли, которые уже не будут сниматься анальгетиками и отвечать на профилактическое лечение. Со временем Вы можете нанести вред своему организму, в частности повредить печень или почки.

Какие ещё есть способы лечения?

Доктор может прописать Вам определенные препараты, которые Вы должны будете принимать каждый день, и это поможет Вам отказаться от анальгетиков. Но эти препараты будут работать лишь в том случае, если Вы прекратите прием всех обезболивающих средств.

Можно ли быть уверенным, что головная боль больше не вернется?

Лекарственно-индуцированная головная боли существенно видоизменяет течение первичной головной боли (мигрени или головной боли напряжения), от которой Вы начали принимать обезболивающие средства. Это означает, что после того, как после отмены «виновного» препарата Ваша абюзусная головная боль отступит, Вы вновь вернетесь к своему первоначальному типу головной боли.

При необходимости Вы можете с осторожностью возобновить прием обезболивающих препаратов, как только характер головной боли станет прежним, но не раньше чем через несколько недель.

Будьте осторожны, так как существует риск повторного развития того же состояния. Чтобы этого не случилось, избегайте приема обезболивающих чаще, чем три дня подряд или на регулярной основе чаще, чем три раза в неделю. Не забывайте знакомиться с информацией на упаковке лекарства и с инструкцией по применению препарата.

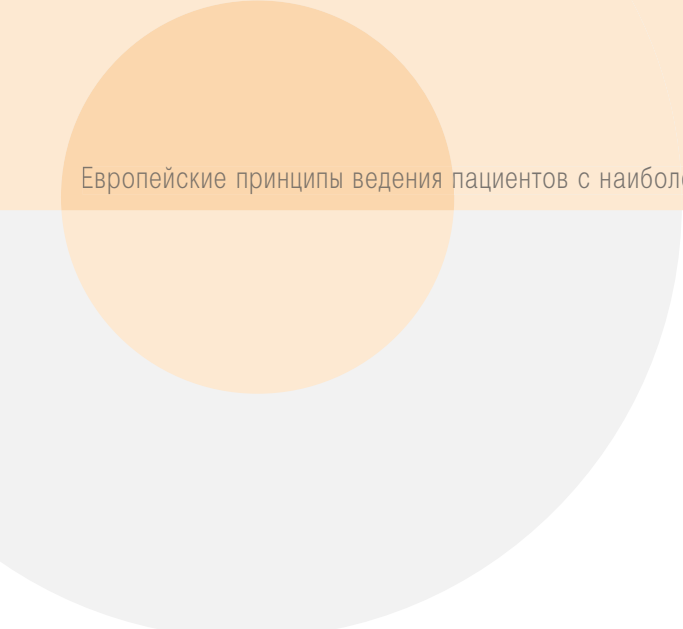
Если головная боль не проходит, или вновь возвращается, без консультации врача самостоятельно не принимайте медикаменты.

В случае сохранения или возобновления частых головных болей обязательно обратитесь к врачу!

Ведение дневника головной боли

Ведение дневника поможет собрать важную информацию о вашей головной боли: как часто болит голова, когда возникает и как долго длится головная боль, какие симптомы ее сопровождают. Эта информация является очень ценной для постановки правильного диагноза, выявления факторов провоцирующих головную боль и оценки эффективности лечения.

Для людей с высоким риском развития лекарственно-индуцированной головной боли ведение дневника особенно важно, так как позволяет получить представление о частоте приема и количестве лекарственных средств.



Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике

