

## **Международные принципы диагностики головных болей.**

### **Проблемы диагностики головных болей в России**

В.В.Осипова, Ю.Э.Азимова, Г.Р.Табеева

Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии

ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова»

*Опубликовано: В.В.Осипова Современные подходы к диагностике и лечению мигрени, / Вестник семейной медицины, №2, 2010, стр. 19-24.*

Головные боли (цефалгии) являются причиной значительного социально-экономического ущерба для общества и входят в десятку самых частых причин нетрудоспособности (3,13). В настоящее время в развитых странах мира головная боль рассматривается как серьезная проблема, требующая внимания медицинской общественности и государства. Отражением возрастающего интереса к проблеме головных болей в мире стало создание и активная на протяжении более 15 лет деятельность таких организаций, как Международное общество головной боли, Европейская федерация головной боли, Всемирная кампания по уменьшению бремени головной боли, а также общественных организаций, представляющих интересы пациентов с цефалгиями (Мировой альянс головной боли и др.). В 2007 г. в нашей стране создано Российское общество по изучению головной боли, основными задачами которого являются объединение специалистов в различных регионах нашей страны, интересующихся проблемой головной боли, координация образовательной, лечебной и исследовательской работы в этой области.

### **Современные международные основы диагностики цефалгий**

Основным и обязательным инструментом диагностики любых цефалгических синдромов в мире является **Международная классификация головных болей второго пересмотра** (ICHD-2, МКГБ-2), которая содержит не только диагностические критерии всех известных цефалгических синдромов, но и основные принципы диагностики первичных и вторичных цефалгий (16). Основная цель этой международной рубрификации - дать возможность врачам разных стран правильно диагностировать и одинаково трактовать различные формы ГБ. После перевода на русский язык в 2005 г. МКГБ-2 стала доступна и российским врачам (4,7,11). С полной русскоязычной версией классификации можно ознакомиться на сайтах [www.migreni.net](http://www.migreni.net) и [www.headache-society.ru](http://www.headache-society.ru).

Важнейшим принципом диагностики, содержащимся в классификации, является деление всех цефалгий на *первичные (Часть I)*, когда не удается выявить органическую причину боли и *вторичные (Часть II)*, обусловленные органическими поражениями головного мозга или других структур, расположенных в области головы и шеи, а также системными расстройствами и заболеваниями; выделяют также *краниальные невралгии и лицевые боли (Часть III, Таблица 1)*. Многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные на протяжении последних десятилетий в большинстве стран мира, подтвердили преобладание (90-95%) первичных цефалгических синдромов над вторичными (2,9,10,12,17). Первое крупное российское клинико-эпидемиологическое исследование городского населения Ростова-на-Дону, проведенное в 2004 г., также выявило значительное преобладание первичных типов головной боли (91.4%) над симптоматическими ГБ (5.3%) (5,6). При этом доминировали эпизодические формы первичных цефалгий: эпизодическая ГБН и мигрень без ауры. С вторичными формами врачам приходится сталкиваться достаточно редко (не более 10% всех случаев цефалгий).

---

**Таблица 1 Оглавление Международной классификации головных болей (2-ое издание, 2004)**

---

**Часть I: Первичные головные боли**

1. Мигрень
2. Головная боль напряжения
3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии (ТВЦ)
4. Другие первичные головные боли (кашлевая, связанная с физическим напряжением, сексуальной нагрузкой, и др.)

**Часть II: Вторичные головные боли**

5. Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи
6. Головные боли, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника
7. Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями
8. Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой
9. Головные боли, связанные с инфекциями
10. Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза
11. Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
12. Головные боли, связанные с психическими заболеваниями

**Часть III: Краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и другие головные боли**

13. Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли

14. Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли

---

**По данным эпидемиологических исследований в популяции преобладают первичные формы головной боли. Большинство пациентов с цефалгиями, обращающиеся к терапевтам и неврологам, имеют мигрень и головную боль напряжения.**

Классификация построена по иерархическому принципу, поэтому сложность диагноза колеблется от 1 до 4 уровня. Диагноз 1 уровня даёт представление о группе, к которой относится цефалгический синдром. Например, *1. Мигрень* или *2. ГБН* (кодировка 1 уровня). Клиническая форма ГБ обозначается кодировкой 2 уровня (*1.1. Мигрень без ауры* или *2.2. Частая эпизодическая ГБН*). При необходимости можно использовать кодировки более сложных уровней (*2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц*). Терапевты должны использовать кодировки 1 уровня, неврологи 1 и 2 уровней, цефалгологи и эксперты специализированных болевых центров – кодировки 3-4 уровней.

#### Основные принципы использования классификации

1. Диагноз устанавливается в соответствии с тем типом ГБ, которая имеется у пациента в настоящий момент или отмечалась в течение последнего года.
2. Если у пациента отмечается несколько типов ГБ, все они должны быть кодированы. Следовательно, один пациент может иметь несколько диагнозов, например «*Мигрень без ауры. Нечастая эпизодическая ГБН с напряжением перикраниальных мышц*» или «*Острая посттравматическая ГБ. Частая эпизодическая ГБН без напряжения перикраниальных мышц*». При установлении пациенту нескольких диагнозов их следует располагать в порядке значимости для пациента. При наличии у пациента нескольких типов ГБ рекомендуется предложить ему заполнить диагностический дневник головной боли, в котором были бы отражены важнейшие характеристики различных видов цефалгий.
3. Один из главных вопросов, который стоит перед врачом и на который поможет ответить МКГБ-2 - «*Является ли ГБ первичной, вторичной или имеет смешанный характер?*» При **первичных формах ГБ** анамнез, физикальный и неврологический осмотры, а также дополнительные методы исследования исключают вторичный характер ГБ, т.е. не удастся выявить органическую причину боли. В большинстве случаев диагноз первичной ГБ базируется исключительно на данных жалоб и анамнеза

и не требует проведения дополнительных методов исследований. Для **вторичных ГБ** характерно наличие тесной временной связи между началом цефалгии и дебютом заболевания, усиление клинических проявлений ГБ при обострениях заболевания и облегчение течения цефалгии при уменьшении симптомов или излечении заболевания. При подозрении на вторичный характер ГБ необходимо провести тщательное обследование пациента, включая методы нейровизуализации.

4. Необходимо отметить, что течение первичных ГБ также может ухудшиться на фоне другого заболевания. В этом случае возможны две интерпретации: установление только диагноза ранее существовавшей первичной ГБ, или использование двух кодировок – первичной и вторичной ГБ, вызванной этим заболеванием. *Например: 1) Мигрень без ауры. Острая посттравматическая головная боль, связанная с умеренной травмой головы. 2) Эпизодическая ГБН с напряжением перикраниальных мышц. Головная боль, связанная с патологией носовых пазух.* Установление двух диагнозов - более правильно, если имеется тесная временная связь между утяжелением течения первичной ГБ и началом заболевания, доказано, что заболевание может провоцировать приступы первичной ГБ и если с уменьшением симптомов заболевания течение первичной ГБ также облегчается. В практике нередко встречаются и смешанные цефалгии – сочетание первичной и вторичной типов ГБ.
5. В большинстве разделов, посвящённых вторичным ГБ, присутствует такой критерий, как: *«ГБ существенно облегчается в течение определённого периода времени после устранения причины цефалгии (то есть после успешного лечения или спонтанной ремиссии основного заболевания)»*. Выполнение этого критерия является важным доказательством причинной связи между ГБ и основным заболеванием. В случаях, когда возникает необходимость установить диагноз до начала лечения заболевания, следует использовать кодировку *ГБ, возможно связанная с тем или иным заболеванием*; при невыполнении указанного выше критерия диагноз вторичной цефалгии позднее может быть отвергнут.
6. В ряде случаев приходится сталкиваться с хроническими формами ГБ, когда остро возникшая цефалгия персистирует в течение длительного времени после причины, вызвавшей боль. Одним из примеров может служить посттравматическая ГБ. При этом основное отличие между острой и хронической ГБ состоит в том, что острая цефалгия должна разрешиться в течение 3 месяцев после появления причинного фактора, а хроническая – персистировать в течение >3 месяцев после появления, ремиссии или лечения причинного фактора. Таким образом, спустя 3 месяца диагноз может измениться на *Хроническую ГБ, связанную с тем или иным заболеванием*.

Важным документом, регламентирующим диагностику и подходы к терапии частых цефалгических синдромов, являются опубликованные в 2007 г. **Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли для врачей общей практики**, разработанные Европейской федерацией головной боли и Глобальной кампанией по уменьшению бремени головной боли в мире (13).

В этом руководстве выделены 4 типа цефалгий, которые наиболее часто встречаются в практике врача и определяют основную часть социально-экономического и других видов ущерба, связанных с головными болями в обществе. Три первые разновидности относятся к первичным, четвертая к вторичным цефалгиям. К этим наиболее распространенным типам головной боли относятся: 1. Мигрень; 2. Головная боль напряжения (ГБН); 3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные цефалгии; 4. Головная боль, связанная с избыточным применением лекарственных препаратов (абузусная головная боль). В *Принципах* изложены основные критерии диагностики и подходы к терапии этих типов головной боли и постулируется, что умение их диагностировать - чрезвычайно важно как для неврологов, так и для терапевтов, к которым в основном обращаются эти пациенты.

Следует подчеркнуть, что согласно международным стандартам большинству пациентов, особенно с первичными цефалгиями, диагноз должен быть установлен на этапе первичной медицинской помощи, то есть терапевтом в поликлинике. В большинстве развитых стран врачи общей практики имеют достаточный уровень знаний по проблеме цефалгий, что позволяет им на высоком уровне осуществлять диагностику и лечение большинства пациентов с первичными цефалгиями. В трудных случаях и при подозрении на вторичный характер головной боли врачи первичного звена могут направить пациентов в специализированный центр головной боли к специалисту (цефалгологу).

## **План диагностического поиска у пациентов с жалобой на головную боль**

Диагностический поиск у пациентов с ведущей жалобой на головную боль включает: клиническое интервью с детальным анализом жалоб, анамнеза, сопутствующих/коморбидных состояний с использованием диагностических критериев МКГБ-2 и диагностического дневника головной боли, объективный осмотр, а также, при наличии показаний, дополнительные исследования (3,13,14).

Клиническое интервью. Диагностика цефалгического синдрома в большой степени (а при первичных формах головной боли исключительно) базируется на тщательном анализе жалоб и анамнеза пациента. В типичных случаях диагноз мигрени, ГБН и тригеминальных вегетативных цефалгий может быть достаточно легко поставлен после клинического интервью и осмотра пациента. В Таблице 2 представлен обязательный перечень вопросов, которые следует задать пациенту, обратившемуся с жалобами на ГБ.

Как видно из перечня обязательных вопросов беседа с пациентом позволяет врачу получить важную информацию, которая в большинстве случаев при типичной клинической картине достаточна для установления диагноза основных форм первичной головной боли (мигрени, ГБН, пучковой (кластерной) головной боли). Чрезвычайно важно помнить о том, что пациент может иметь не один, а несколько типов головной боли (чаще не более 2-х), каждый из которых требует отдельного клинического анализа. Расспрос позволяет заподозрить, а в типичных случаях, даже без дневника головной боли выявить хроническую форму цефалгии, наличие лекарственного абзуса, выявить провокаторы боли и коморбидные нарушения в межприступном периоде, составить представление о лечении, которое пациент получал ранее и его эффективности.

**Таблица 2**

<b>Вопросы пациенту с ГБ</b>	
<b>Сколько типов ГБ у Вас есть?</b> Следует подробно расспросить о каждом из них.	
<b>История заболевания</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Почему Вы обратились к врачу именно сейчас?</li> <li>• Как давно началась Ваша ГБ? С чем Вы связываете ее появление?</li> <li>• Периоды жизни, когда ГБ ухудшалась/улучшалась (например, беременность, период стресса)</li> <li>• Какие диагнозы устанавливались Вам ранее?</li> </ul>
<b>Частота и продолжительность ГБ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как часто возникает боль? Число болевых дней в месяц (в неделю)? Менее 15 или более 15 в мес?</li> <li>• Является ли ГБ эпизодической или хронической (постоянной или почти постоянной)?</li> <li>• Как долго длится ГБ?</li> </ul>
<b>Характер ГБ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Интенсивность ГБ?</li> <li>• Характер (качество) боли?</li> <li>• Локализация и распространение ГБ?</li> <li>• Предвестники ГБ (продром)?</li> <li>• Сопутствующие симптомы?</li> <li>• Состояние после ГБ (постдром)?</li> </ul>
<b>Семейный анамнез</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• История похожих ГБ в семье?</li> </ul>
<b>Время возникновения ГБ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• День (период бодрствования), ночь (во время сна), при пробуждении утром</li> </ul>
<b>Причины ГБ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предрасполагающие факторы (провокаторы ГБ)?</li> <li>• Факторы усугубляющие и облегчающие ГБ?</li> </ul>
<b>Влияние ГБ на пациента и принимаемые меры</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поведение пациента во время приступа ГБ?</li> <li>• Степень нарушения активности и работоспособности во время ГБ?</li> <li>• Что Вы принимаете от ГБ, в каком количестве и насколько это эффективно? Число обезболивающих препаратов (доз) в месяц (неделю)</li> <li>• Назначалось ли когда-либо профилактическое(курсовое) лечение от ГБ и его эффективность?</li> </ul>
<b>Состояние между приступами ГБ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Самочувствие нормальное или сохраняются какие-либо</li> </ul>

	симптомы? • Другие сопутствующие / коморбидные нарушения? • Эмоциональное состояние?
--	--------------------------------------------------------------------------------------------

В специализированных цефалгических центрах обязательным инструментом обследования пациента является дневник головной боли (13,17). В идеальном случае пациент должен вести дневник в течение 1-2 месяцев до назначения терапии. Дневник, с одной стороны, облегчает врачу диагностику цефалгий, позволяя объективно оценить частоту эпизодов головной боли, количество обезболивающих препаратов, которыми пользуется пациент (т.е. выявить лекарственный абюзус); с другой стороны – дневник помогает пациентам научиться отличать один тип цефалгии от другого, например, приступы мигрени от приступов эпизодической ГБН, осознать наиболее частые факторы, провоцирующие головную боль, а при наличии абюзуса - проблему злоупотребления лекарственными препаратами. Один из вариантов диагностического дневника для выявления первичных форм головной боли и абюзусной цефалгии, разработанный ЕФГБ в 2006 г., приведен в конце статьи.

Как было сказано выше, у большинства пациентов, обращающихся с жалобой на ГБ, имеется первичная, то есть доброкачественная форма цефалгии. Тем не менее, как неврологи, так и терапевты должны быть знакомы с признаками, выявление которых может указывать на вторичный (симптоматический) характер боли, то есть на патологию головного мозга или других структур, расположенных в области головы, а также на системное заболевание. Такие «сигналы опасности» приведены в Таблице 3. Выявление этих признаков требует обязательного проведения дополнительных исследований, в первую очередь, нейровизуализационных.

**Таблица 3. СИГНАЛЫ ОПАСНОСТИ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ**

- Внезапное появление сильной «громоподобной» ГБ
- Впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет
- ГБ, прогрессивно нарастающая на протяжении нескольких недель, месяцев
- Усиление ГБ при перемене положения головы или при нагрузках, связанных с повышением внутричерепного давления (физическое напряжение, кашель)
- Впервые возникшая ГБ у пациента с раковым процессом, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитным состоянием в анамнезе
- ГБ с атипичной аурой (продолжительностью > 1 часа или с симптомами слабости в конечностях)
- Аура без ГБ у пациента без предшествующего анамнеза мигрени
- Аура, впервые возникшая на фоне приема гормональных контрацептивов
- Объективные сигналы опасности: изменение в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти), психические нарушения, гипертермия, присутствие

фокальных неврологических знаков или симптомов системного заболевания (артралгии, миалгии, изменени в крови)

Физикальное обследование. У подавляющего большинства пациентов с первичными ГБ при осмотре не выявляется никаких неврологических симптомов. Лишь приступ пучковой ГБ сопровождается яркими вегетативными проявлениями на лице: слезотечение, покраснение конъюнктивы, отек века, ринорея, потливость кожи лба, нередко синдром Горнера. Во время приступа мигрени может отмечаться бледность лица, повышение АД, гиперемия конъюнктивы, сонливость. Соответствующие жалобы и симптомы могут наблюдаться при гемиплегической, ретинальной мигрени, при мигрени с гемипарестетической или афатической аурой. В случае выявления при осмотре объективных «сигналов опасности» (Таблица 3), необходимо тщательное обследование пациента.

Лабораторные и инструментальные исследования. Чрезвычайно важным вопросом является правильное понимание роли дополнительных методов исследования в диагностике первичных и вторичных форм головной боли. В международных руководствах, посвященных диагностике цефалгий, постулируется, что дополнительные методы не являются обязательными в диагностике первичных форм цефалгий, поскольку не выявляют специфических отклонений, поэтому диагностика первичных форм головной боли является исключительно клинической, то есть основывается на данных жалоб, анамнеза и объективного осмотра пациента. (8,14,15).

При первичных цефалгиях большинство традиционных методов исследования (ЭЭГ, РЭГ, рентгенография черепа, методы нейровизуализации – КТ и МРТ) оказываются неинформативными, т.е. не выявляют никакой патологии. Показано, что у пациентов без патологических отклонений в неврологическом статусе информативность КТ и МРТ составляет не более 2% (14). У ряда пациентов могут обнаруживаться неспецифические изменения, патогенетически не связанные с головной болью. К таким изменениям, например при ультразвуковой, транскраниальной доплерографии и дуплексном сканировании сосудов головного мозга можно отнести: «признаки нарушения венозного оттока, снижение скорости кровотока в бассейнах некоторых артерий, вертеброгенное влияние на кровоток в позвоночных артериях» и др. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника могут обнаруживаются «дистрофические и деформационные изменения», на МРТ головного мозга – «признаки повышения внутричерепного давления» или «дисциркуляторной энцефалопатии». Следует еще раз подчеркнуть, что подобные неспецифические изменения не могут считаться признаками той или иной формы головной боли и служить основанием для диагноза.

В то же время, несомненную ценность дополнительные методы, включая нейровизуализацию и консультации специалистов (нейроофтальмолога, вертеброневролога,

нейрохирурга, психиатра) могут иметь при подозрении на вторичный (симптоматический) характер головной боли.

Таким образом, диагностические процедуры должны назначаться пациентам с цефалгиями только при наличии показаний, важнейшим из которых являются: обнаружение при осмотре фокальных неврологических знаков, симптомов системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии), изменений в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти), а также других «сигналов опасности».

**Диагностика первичных форм головной боли (в первую очередь, мигрени и ГБН) является исключительно клинической, то есть основывается на данных жалоб, анамнеза и объективного осмотра и не требует проведения дополнительных исследований.**

**Дополнительные исследования назначаются при подозрении на вторичный (симптоматический) характер головной боли**

### **Диагностика головных болей в России: состояние проблемы**

Потребность населения РФ в специализированной помощи при головных болях чрезвычайно велика. Согласно проведенному интернет-опросу, включавшему 703 человека из различных регионов России, постоянную или периодическую головная боль, существенно влияющую на качество жизни, отмечали 52.2% населения, из них лишь половина обращалась за помощью к врачу (2). В одном из небольших эпидемиологических исследований, проведенных в Москве и Смоленске, было показано, что 72% населения регулярно жаловались на головные боли, из которых 11% подпадает под диагноз мигрень, 12% - вероятная мигрень, 46% - головная боль напряжения, 3% - хроническая ежедневная головная боль, что в целом совпадает с данными о распространенности головных болей в мире (2,17).

К сожалению, уровень диагностики цефалгий и качество специализированной медицинской помощи оказываемой пациентам с головными болями в РФ в настоящее время не отвечает потребностям клинической практики и не соответствует мировым стандартам.

Несмотря на доступность русскоязычной версии МКГБ-2 многие неврологи и терапевты до сих пор испытывают трудности в диагностике и трактовке цефалгических синдромов. По-прежнему широко распространено использование старых «диагностических клише», которые не отражают истинную природу головной боли. Особенно это касается пациентов с хронической головной болью, составляющих большинство среди больных с жалобами на цефалгию на приеме у терапевта и невролога.

Этот факт был подтвержден в исследовании, проведенном в 2005-2006 гг. специалистами по головной боли (цефалгологами) Санкт-Петербурга и Самары (10). Исследование было основано на анонимном опросе неврологов стационаров и поликлиник

этих городов о методах диагностики и лечения хронических головных болей и анализе медицинской документации 597 пациентов с хронической ежедневной головной болью (ХЕГБ).

В результате исследования была выявлена явная тенденция к гипердиагностике вторичных головных болей. Так, 70% врачей были убеждены в том, что основными причинами ХЕГБ у пациентов являются не первичные формы головной боли, а органические заболевания головного мозга. Вот перечень диагнозов, которые выставлялись пациентам с ХЕГБ: *посттравматический арахноидит, посттравматическая энцефалопатия или посттравматическая головная боль, гипертензионно-гидроцефальный синдром (особенно у детей с жалобами на головную боль), остеохондроз шейного отдела позвоночника, дисциркуляторная энцефалопатия вследствие артериальной гипертензии и/или атеросклероза мозговых сосудов, вегетативно-сосудистая дисфункция, вертебро-базилярная недостаточность.*

Последующее обследование больных цефалгологом, а также оценка цефалгических синдромов в соответствии с диагностическими критериями МКГБ-2 существенно изменили трактовку причин ХЕГБ у этих пациентов. У 86 % больных были диагностированы первичные формы головной боли: хроническая мигрень (51 %), хроническая головная боль напряжения (22 %), в 13 % головная боль носила смешанный характер; симптоматические формы головной боли (в том числе абзусная головная боль, связанная с избыточным применением обезболивающих лекарственных препаратов) отмечены лишь у 14 % больных. Кроме того, выявлена крайне низкая осведомленность врачей о диагностических критериях головной боли, вызванной избыточным употреблением анальгетиков, роли лекарственного абзуса и эмоциональных нарушений в хронизации цефалгий, а также стратегиях лечения лекарственно-индуцированной головной боли.

**Большинство российских неврологов и терапевтов склонны расценивать головные боли, особенно хронического течения, как вторичные, т.е. возникшие вследствие какого-либо органического заболевания**

Исследование также выявило еще одну важную причину ошибочной гипердиагностики вторичных форм цефалгий. Было показано, что, как и на протяжении предшествующих десятилетий, российские неврологи в стационарах и поликлиниках до сих пор широко практикуют назначение пациентам с головными болями традиционного набора исследований, включающих: ЭЭГ, УЗДГ или ДССГ (в прошлом широко назначалась РЭГ), нередко рентгенографию черепа и шейного отдела позвоночника, консультацию окулиста и др. Причем дополнительные обследования назначаются без конкретных показаний, как бы «по привычке».

Как уже отмечалось выше, перечисленные методы исследования, широко используемые российскими неврологами и терапевтами, не входят в международные алгоритмы диагностики первичных головных болей (13-15).

Широкое назначение дополнительных исследований, в немалой степени обусловлено тем обстоятельством, что практикующие врачи вынуждены придерживаться действующих в РФ значительно устаревших стандартов оказания медицинской помощи пациентам с головными болями. Так, в перечень обязательных диагностических процедур пациентов с мигренью входят ЭЭГ, УЗДГ экстракраниальных сосудов, рентгенография черепа. Обязательны консультации окулиста, терапевта, физиотерапевта, психиатра.

Выявленные при этих обследованиях отклонения, затем трактуются врачами как непосредственная причина головной боли. Необходимо отметить, что большинство из выявленных отклонений имеют неспецифический характер, то есть с той же частотой обнаруживаются и у лиц без жалоб на головную боль (10). Еще раз следует подчеркнуть, что подобные неспецифические изменения не могут считаться признаками той или иной формы головной боли и служить основанием для диагноза.

**Неспецифические отклонения, найденные при дополнительных обследованиях, часто трактуются как непосредственная причина головной боли, что можно считать одной из основных причин гипердиагностики вторичных форм головной боли**

Важным фактором, снижающим качество диагностики цефалгических синдромов, да и любых других неврологических расстройств является установленное теми же стандартами время, отведенное на осмотр одного пациента: 10-12 мин. Совершенно очевидно, что этого времени недостаточно для осуществления качественного клинического интервью, осмотра и выписки лечебных назначений для пациента.

Описанные выше ошибки в подходах к диагностике цефалгий подтверждены и результатами клинико-эпидемиологического исследования основных типов головных болей, проведенного в 2004 г. в Ростове-на-Дону на большой популяции взрослого городского населения (n=2753) (5). Анализ диагностических навыков врачей, наблюдавших пациентов с цефалгиями, выявил недостаточное знание Международной классификации головных болей среди практикующих врачей, а, следовательно, в большинстве случаев неадекватную диагностику и лечение. Исследование выявило широкое распространение простых и комбинированных анальгетиков для купирования приступов мигрени и недостаточное применение патогенетически оправданных средств (триптанов, эрготаминовых препаратов и препаратов из группы НПВС). Была также подчеркнута крайне низкая частота назначения специфической профилактической терапии при мигрени (бета-блокаторы, блокаторы

кальциевых каналов, антиконвульсанты, антидепрессанты). В случае назначения курсового лечения пациентам с жалобами на головную боль врачи предпочитали вазоактивные препараты (кавинтон, циннаризин и т.д.) или церебропротекторы (пирацетам, глицин и т.д.), не обладающие специфическим эффектом при первичных головных болях.

Нерациональные подходы к лечению головных болей во многом связаны с наличием в уже упомянутых стандартах оказания медицинской помощи неврологическим пациентам в РФ обязательного списка препаратов, который включает в себя анальгетики, алкалоиды спорыньи, седативные препараты, транквилизаторы, ангиопротекторы, вазоактивные и психотропные средства; именно эти препараты практикующие врачи чаще всего назначают пациентам с первичными головными болями. Вместе с тем, с позиции доказательной медицины среди перечисленных средств лишь анальгетики могут использоваться для лечения головной боли. Из специфических противомигренозных средств в стандарты включены лишь алкалоиды спорыньи, которые не являются препаратами выбора, к тому же отсутствуют в продаже в большинстве аптек. В то же время широко используемые во всем мире триптаны, обладающие специфическим противомигренозным эффектом, не входят в российские стандарты лечения приступов мигрени. Рекомендованные в современных международных руководствах препараты для профилактики мигрени (бета-блокаторы, антиконвульсанты, трициклические антидепрессанты, блокаторы кальциевых каналов), эффективность которых доказана в масштабных исследованиях, проведенных во многих странах мира, также не включены в национальные стандарты.

В 2008 г. сотрудниками Отдела неврологии и клинической нейрофизиологии Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова проводился интернет-опрос 81 врача крупных городов Российской Федерации о применяемых ими подходах к диагностике и лечению головных болей (1). Результаты выявили большую представленность пациентов с головной болью на приеме у невролога в крупных городах Российской Федерации и показали, что около 40% врачей до сих пор не используют критерии МКГБ-2 для диагностики цефалгий, большинство специалистов используют чрезмерное количество дополнительных методов исследования, многие из которых являются малоинформативными в диагностике цефалгий. Было установлено, что не все врачи рекомендуют профилактическое лечение мигрени, а те, кто рекомендует, выбирают препараты второго ряда или неспецифические препараты, не показанные для профилактики мигрени.

**Установление ложных «органических» диагнозов является основанием для назначения ошибочной терапии с использованием сосудистых и ноотропных препаратов, которые не обладают специфическим патогенетическим действием при первичных головных болях**

Хотя аналогичные исследования в других регионах России не проводились, можно предположить, что сложившаяся ситуация с диагностикой и лечением цефалгий имеет место и в других областях страны.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно заключить, что состояние диагностики и лечения различных форм головной боли в России на сегодняшний день нельзя считать удовлетворительным. Основными причинами трудностей диагностики, понимания природы и лечения головных болей неврологами и терапевтами являются:

1. недостаточная осведомленность о критериях и принципах диагностики первичных и вторичных форм головной боли, представленных в Международной классификации головных болей последнего пересмотра (МКГБ-2), и отсутствие опыта работы с ними, что затрудняет использование универсальной принятой во всем мире терминологии и диагностику цефалгий;
2. недостаточная информированность об эпидемиологической представленности различных форм головной боли и, в частности, о преобладании в популяции первичных (доброкачественных) форм головной боли, среди которых основное место принадлежит мигрени и головной боли напряжения;
3. избыточное необоснованное конкретными показаниями назначение дополнительных обследований с последующим ошибочным выводом о причинно-следственной связи между обнаруженными неспецифическими изменениями и головной болью;
4. убежденность врачей в «органической» природе головной боли приводит к гипердиагностике вторичных (симптоматических) цефалгий и назначению необоснованного лечения; гипердиагностика вторичных цефалгий, в свою очередь, приводит к недостаточной диагностике наиболее распространенных первичных форм головной боли, что делает невозможным выбор правильной тактики лечения и способствует их хронизации;
5. недостаточное представление о проблеме хронических головных болей (в первую очередь, хронической мигрени и хронической головной боли напряжения), факторах хронизации головных болей и неумение их выявлять; в первую очередь речь идет о лекарственном злоупотреблении и эмоциональных нарушениях (депрессия и тревога), диагностика которых на сегодняшний день недостаточна;
6. незнание современных эффективных подходов к купированию и профилактике первичных форм головной боли, в первую очередь мигрени и хронической ежедневной головной боли; выбор большинством врачей неспецифических препаратов для курсового лечения и купирования приступов цефалгий вместо патогенетически обоснованных средств.

## Пути совершенствования диагностики головных болей в России

К сожалению, на настоящий момент в России специализированная помощь пациентам с головными болями находится только в процессе становления. В числе первых шагов в этом направлении можно назвать: 1) создание специализированных центров по головной боли в Москве, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону, Екатеринбурге, Смоленске и кабинетов головной боли при городских поликлиниках и клиничко-диагностических центрах; 2) организацию в 2007 г. Российского общества по изучению головной боли (РОИГБ); 3) проведение под эгидой РОИГБ ежегодных школ по головной боли в различных регионах страны, а также раз в два года межрегиональных научно-практических конференций «Головная боль» (подобные конференции состоялись в 2007 и 2009 гг. в Москве и Смоленске, соответственно).

Для распространения информации среди врачей и пациентов созданы тематические интернет-сайты, на которых можно познакомиться с полной версией Международной классификации головных болей 2-го пересмотра, научными статьями и монографиями, посвященными диагностике и лечению первичных и вторичных головных болей, переводными материалами последних международных конференций и конгрессов, а также с предстоящими научными мероприятиями по проблеме цефалгий. Приводим адреса этих сайтов: [www.migreni.net](http://www.migreni.net), [www.headache-society.ru](http://www.headache-society.ru), [www.paininfo.ru](http://www.paininfo.ru)

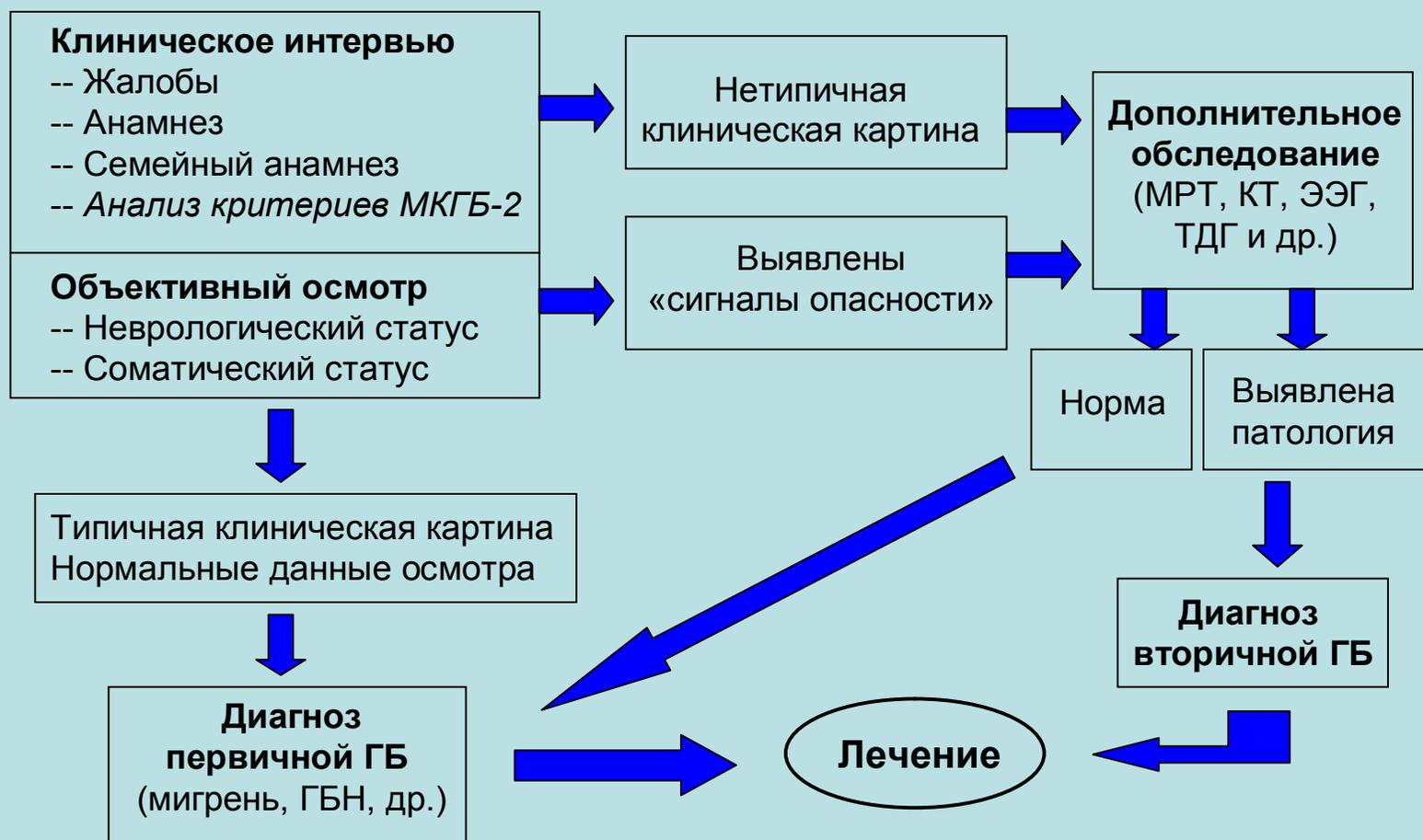
По любым вопросам, касающимся диагностики и лечения головных болей, получения информационных материалов, а также участия в школах и конференциях, можно обращаться в Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ): Москва, ул. Россолимо, 11, клиника нервных болезней Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, тел. 499-248-69-44. Электронный адрес: [russia@headache-society.ru](mailto:russia@headache-society.ru)

### Библиография

1. Азимова Ю.Э. Паттерны диагностики и лечения головных болей. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Головная боль – актуальная междисциплинарная проблема, Смоленск, 2009, 141.
2. Азимова Ю.Э. Распространенность головных болей и причины необращения к врачу по поводу головной боли по данным Интернет-опроса. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Головная боль – актуальная междисциплинарная проблема, Смоленск, 2009, 122.
3. Боль: руководство для врачей и студентов / под ред. акад. РАМН Н.Н.Яхно. – М.:МЕДпресс-информ, 2009. – 304 с.:ил.
4. В.В.Осипова, Г.Р.Табеева. Первичные головные боли. Практическое руководство/ М.:, ООО «ПАГРИ-Принт», 2007. – 60с.
5. Куцемелов И.Б. Клинико-эпидемиологический анализ первичных головных болей взрослого городского населения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М.2005, 25 с.

6. Куцемелов И.Б., Табеева Г.Р. Эпидемиология первичных головных болей (по данным популяционного исследования взрослого населения г. Ростова-на-Дону). Журнал Боль. 2004;5:25-31.
7. Международная классификация головных болей 2-ое издание (полная русскоязычная версия), 2006, 380 с.
8. Неврология: национальное руководство / под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, В.И.Скворцовой, А.Б.Гехт. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
9. Табеева Г.Р., Вознесенская Т.Г., Осипова В.В., Фокина Н.М., Рачин А.Н., Азимова Ю.Э., Айзенберг И.В. Распространенность первичных головных болей в Российской Федерации. Пилотное исследование. // Сборник тезисов Российской научно-практической конференции с международным участием «Головная боль – 2007». 13-15 декабря 2007 года. Москва. С. 38-42.
10. Тарасова С.В., Амелин А.В., Скоромец А.А. Распространенность и выявляемость первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. Казанский мед. Журнал, 2008, №4, т.89, стр. 427-431.
11. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. – М.: Ремедиум, 2000. – 150с.
12. Ayzenberg I, Cernysh M, Osipova V, Tabeeva G, Steiner TJ, Katsarava Z. Population-based survey of primary headache disorders in Russia: validation of questionnaire and methodology, Cephalalgia, 29 (Suppl. 1), 2009, PO160.
13. European principles of management of common headache disorders in primary care, TJ Steiner, K Paemeliere, R Jensen, D Valade, L Savi, MJA Lainez, H-D Diener, P martelletti and EGM Couturier (on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1).
14. Evans RW. Diagnostic testing for headaches. Med Clin North Am 2001;85(4):865-885.
15. Evans RW. The evaluation of headaches. In Evans RW, ed., Diagnostic testing in neurology. Philadelphia: WB Saunders, 1999:1-18.
16. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> ed. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1-232.
17. Olesen J, Tfelt-Hensen P, Welch KMA (eds). The headaches, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002.

# Головная боль: диагностический алгоритм



Ф.И.О: \_\_\_\_\_

Дата рождения (д/м/г) \_\_\_\_\_

Начало заполнения дневника: \_\_\_\_\_ Окончание заполнения дневника \_\_\_\_\_

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

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

Пожалуйста, удостоверьтесь, что Вы заполнили все колонки

**Краткая версия Международной классификации головных болей (2-ое издание, 2004) с кодами МКБ-10NA ВОЗ**  
 С полной версией МКГБ-2 можно познакомиться на сайтах: [www.migreni.net](http://www.migreni.net), [www.headache-society.ru](http://www.headache-society.ru) и [www.paininfo.ru](http://www.paininfo.ru).

Код МКГБ-2	Код МКБ-10NA ВОЗ	Диагноз
<b>1.</b>	<b>[G43]</b>	<b>Мигрень</b>
1.1.	[G43.0]	Мигрень без ауры
1.2.	[G43.1]	Мигрень с аурой
1.2.1.	[G43.10]	Типичная аура с мигренозной головной болью
1.2.2.	[G43.10]	Типичная аура с немигренозной головной болью
1.2.3.	[G43.104]	Типичная аура без головной боли
1.2.4.	[G43.105]	Семейная гемиплегическая мигрень (СГМ)
1.2.5.	[G43.105]	Спорадическая гемиплегическая мигрень
1.2.6.	[G43.103]	Мигрень базилярного типа
1.3.	[G43.82]	Периодические синдромы детского возраста - предшественники мигрени
1.3.1.	[G43.82]	Циклические рвоты
1.3.2.	[G43.820]	Абдоминальная мигрень
1.3.3.	[G43.821]	Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста
1.4.	[G43.81]	Ретинальная мигрень
1.5.	[G43.3]	Осложнения мигрени
1.5.1.	[G43.3]	Хроническая мигрень
1.5.2.	[G43.2]	Мигренозный статус
1.5.3.	[G43.3]	Персистирующая аура без инфаркта
1.5.4.	[G43.3]	Мигренозный инфаркт
1.5.5.	[G43.3] +	Мигрень – триггер эпилептического припадка
	[G40.x или G41.x]	
	[G43.83]	
1.6.	[G43.83]	Возможная мигрень
1.6.1.	[G43.83]	Возможная мигрень без ауры
1.6.2.	[G43.83]	Возможная мигрень с аурой
1.6.3.	[G43.83]	Возможная хроническая мигрень

<b>2.</b>	<b>[G44.2]</b>	<b>Головная боль напряжения (ГБН)</b>
2.1.	[G44.2]	Нечастая эпизодическая ГБН
2.1.1.	[G44.20]	Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.1.2.	[G44.21]	Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2.	[G44.2]	Частая эпизодическая ГБН
2.2.1.	[G44.20]	Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2.2.	[G44.21]	Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3.	[G44.2]	Хроническая ГБН
2.3.1.	[G44.22]	Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3.2.	[G44.23]	Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.4.	[G44.28]	Возможная ГБН
2.4.1.	[G44.28]	Возможная нечастая ГБН
2.4.2.	[G44.28]	Возможная частая ГБН
2.4.3.	[G44.28]	Возможная хроническая ГБН
<b>3.</b>	<b>[G44.0]</b>	<b>Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии</b>
3.1.	[G44.0]	Пучковая головная боль
3.1.1.	[G44.01]	Эпизодическая пучковая головная боль
3.1.2.	[G44.02]	Хроническая пучковая головная боль
3.2.	[G44.03]	Пароксизмальная гемикрания
3.2.1.	[G44.03]	Эпизодическая пароксизмальная гемикрания
3.2.2.	[G44.03]	Хроническая пароксизмальная гемикрания (ХПГ)
3.3.	[G44.08]	Кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъекированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС) ( <i>Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)</i> )
3.4.	[G44.08]	Возможные тригеминальные вегетативные цефалгии
3.4.1.	[G44.08]	Возможная пучковая головная боль
3.4.2.	[G44.08]	Возможная пароксизмальная гемикрания
3.4.3.	[G44.08]	Возможная КОНКС (SUNCT)

<b>4.</b>	<b>[G44.80]</b>	<b>Другие первичные головные боли</b>
4.1.	[G44.800]	Первичная колющая (stabbing) головная боль
4.2.	[G44.803]	Первичная кашлевая головная боль
4.3.	[G44.804]	Первичная головная боль при физическом напряжении
4.4.	[G44.805]	Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью
4.4.1.	[G44.805]	Преоргазмическая головная боль
4.4.2.	[G44.805]	Оргазмическая головная боль
4.5.	[G44.08]	Гипническая головная боль ( <i>hypnic headache</i> )
4.6.	[G44.08]	Первичная громоподобная головная боль ( <i>thunderclap headache</i> )
4.7.	[G44.08]	Гемикрания континуа ( <i>hemicrania continua</i> )
4.8.	[G44.2]	Новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль ( <i>New daily-persistent headache (NDPH)</i> )
<b>5.</b>	<b>[G44.88]</b>	<b>Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи</b>
5.1.	[G44.880]	Острая посттравматическая головная боль
5.1.1.	[G44.880]	Острая посттравматическая головная боль, связанная с умеренной или тяжёлой травмой головы
5.1.2.	[G44.880]	Острая посттравматическая головная боль, связанная с легкой травмой головы
5.2.	[G44.3]	Хроническая посттравматическая головная боль
5.2.1.	[G44.30]	Хроническая посттравматическая головная боль, связанная с умеренной или тяжёлой травмой головы
5.2.2.	[G44.31]	Хроническая посттравматическая головная боль, связанная с легкой травмой головы
5.3.	[G44.841]	Острая головная боль, связанная с хлыстовой травмой
5.4.	[G44.841]	Хроническая головная боль, связанная с хлыстовой травмой
5.5.	[G44.88]	Головная боль, связанная с травматической внутричерепной гематомой
5.5.1.	[G44.88]	Головная боль, связанная с эпидуральной гематомой
5.5.2.	[G44.88]	Головная боль, связанная с субдуральной гематомой
5.6.	[G44.88]	Головные боли, связанные с другими травмами головы и/или шеи
5.6.1.	[G44.88]	Острая головная боль, связанная с другими травмами головы и/или шеи
5.6.2.	[G44.88]	Хроническая головная боль, связанная с другими травмами головы и/или шеи
5.7.	[G44.88]	Головная боль после краниотомии

5.7.1.	[G44.880]	Острая головная боль после краниотомии
5.7.2.	[G44.30]	Хроническая головная боль после краниотомии
<b>6.</b>	<b>[G44.81]</b>	<b>Головные боли, связанные с поражениями сосудов головного мозга и шеи</b>
6.1.	[G44.810]	Головная боль, связанная с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой
6.1.1.	[G44.810]	Головная боль, связанная с ишемическим инсультом (церебральным инфарктом)
6.1.2.	[G44.810]	Головная боль, связанная с транзиторной ишемической атакой (ТИА)
6.2.	[G44.810]	Головная боль, связанная с нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием
6.2.1.	[G44.810]	Головная боль, связанная с внутричерепным кровоизлиянием
6.2.2.	[G44.810]	Головная боль, связанная с субарахноидальным кровоизлиянием (САК)
6.3.	[G44.811]	Головная боль, связанная с неразорвавшейся сосудистой мальформацией
6.3.1.	[G44.811]	Головная боль, связанная с мешотчатой аневризмой
6.3.2.	[G44.811]	Головная боль, связанная с артериовенозной мальформацией
6.3.3.	[G44.811]	Головная боль, связанная с артериовенозной фистулой твердой мозговой оболочки
6.3.4.	[G44.811]	Головная боль, связанная с кавернозной ангиомой
6.3.5.	[G44.811]	Головная боль, связанная с энцефалотригеминальным или лептоменингеальным ангиоматозом (синдром Штурге-Вебера)
6.4.	[G44.812]	Головные боли, связанные с артериитами
6.4.1.	[G44.812]	Головная боль, связанная с гигантоклеточным артериитом
6.4.2.	[G44.812]	Головная боль, связанная с первичным ангиитом центральной нервной системы
6.4.3.	[G44.812]	Головная боль, связанная с вторичным ангиитом центральной нервной системы
6.5.	[G44.810]	Боли, связанные с каротидными или вертебральными артериями
6.5.1.	[G44.810]	Головная, лицевая или боль в шее, связанная с расслоением артерий
6.5.2.	[G44.814]	Головная боль после эндартерэктомии
6.5.3.	[G44.810]	Головная боль, связанная с ангиопластикой каротидных артерий
6.5.4.	[G44.810]	Головная боль, связанная с внутричерепными эндоваскулярными вмешательствами
6.5.5.	[G44.810]	Головная боль при ангиографии
6.6.	[G44.810]	Головная боль, связанная с тромбозом церебральных вен
6.7.	[G44.81]	Головные боли, связанные с другими внутричерепными сосудистыми процессами
6.7.1.	[G44.81]	Церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с подкорковыми инфарктами и лейкоэнцефалопатией ( <i>Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and</i>

6.7.2.	[G44.81]	<i>Leukoencephalopathy (CADASIL)</i> Митохондриальная энцефалопатия с лактоацидозом и инсультоподобными эпизодами ( <i>Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)</i> )
6.7.3.	[G44.81]	Головная боль, связанная с доброкачественной ангиопатией центральной нервной системы
6.7.4.	[G44.81]	Головная боль, связанная с апоплексией гипофиза
<b>7.</b>	<b>[G44.82]</b>	<b>Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями</b>
7.1.	[G44.820]	Головная боль, связанная с высоким давлением ликвора
7.1.1.	[G44.820]	Головная боль, связанная с идиопатической (доброкачественной) внутричерепной гипертензией
7.1.2.	[G44.820]	Головная боль, связанная с вторичной внутричерепной гипертензией вследствие метаболических, токсических или гормональных причин
7.1.3.	[G44.820]	Головная боль, связанная с вторичной внутричерепной гипертензией вследствие гидроцефалии
7.2.	[G44.820]	Головная боль, связанная с низким давлением ликвора
7.2.1.	[G44.820]	Головная боль после люмбальной пункции
7.2.2.	[G44.820]	Головная боль при ликворной фистуле
7.2.3.	[G44.820]	Головная боль, связанная со спонтанным (идиопатическим) понижением ликворного давления
7.3.	[G44.82]	Головные боли, связанные с неинфекционными воспалительными заболеваниями
7.3.1.	[G44.823]	Головная боль, связанная с нейросаркоидозом
7.3.2.	[G44.823]	Головная боль, связанная с асептическим (неинфекционным) менингитом
7.3.3.	[G44.823]	Головные боли, связанные с другими неинфекционными воспалительными заболеваниями
7.3.4.	[G44.82]	Головная боль, связанная с лимфоцитарным гипофизитом
7.4.	[G44.822]	Головные боли, связанные с внутричерепной опухолью
7.4.1.	[G44.822]	Головная боль, связанная с повышением внутричерепного давления или гидроцефалией вследствие опухоли
7.4.2.	[G44.822]	Головная боль, непосредственно связанная с опухолью
7.4.3.	[G44.822]	Головная боль, связанная с карциноматозным менингитом
7.4.4.	[G44.822]	Головная боль, связанная с избыточностью или недостаточностью секреторной функции гипоталамуса или гипофиза (вследствие опухолевого поражения этих образований)
7.5.	[G44.824]	Головная боль, связанная с инъекцией в оболочечное пространство
7.6.	[G44.82]	Головная боль, связанная с эпилептическим припадком
7.6.1.	[G44.82]	Эпилептическая гемикрания ( <i>hemicrania epileptica</i> )
7.6.2.	[G44.82]	Головная боль, возникающая после эпилептического припадка

7.7.	[G44.82]	Головная боль, связанная с мальформацией Киари I типа
7.8.	[G44.82]	Синдром транзиторной головной боли с неврологическими проявлениями и лимфоцитозом ликвора ( <i>Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)</i> )
7.9.	[G44.82]	Головные боли, связанные с другими несосудистыми внутричерепными поражениями
<b>8.</b>	<b>[G44.4 или G44.83]</b>	<b>Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой</b>
8.1.	[G44.40]	Головная боль, связанная с острым или длительным воздействием веществ
8.1.1.	[G44.400]	Головная боль, вызванная донорами оксида азота (NO)
8.1.1.1.	[G44.400]	Немедленная головная боль, вызванная донорами NO
8.1.1.2.	[G44.400]	Отсроченная головная боль, вызванная донорами NO
8.1.2.	[G44.40]	Головная боль, вызванная ингибиторами фосфодиэстеразы (ФДЭ) ( <i>PDE</i> )
8.1.3.	[G44.402]	Головная боль, вызванная монооксидом углерода
8.1.4.	[G44.83]	Головная боль, вызванная алкоголем
8.1.4.1.	[G44.83]	Немедленная головная боль, вызванная алкоголем
8.1.4.2.	[G44.83]	Отсроченная головная боль, вызванная алкоголем
8.1.5.	[G44.4]	Головная боль, вызванная пищевыми продуктами и добавками
8.1.5.1.	[G44.401]	Головная боль, вызванная мононитратом глутамата
8.1.6.	[G44.83]	Головная боль, вызванная кокаином
8.1.7.	[G44.83]	Головная боль, вызванная гашишем
8.1.8.	[G44.40]	Головная боль, вызванная гистамином
8.1.8.1.	[G44.40]	Немедленная головная боль, вызванная гистамином
8.1.8.2.	[G44.40]	Отсроченная головная боль, вызванная гистамином
8.1.9.	[G44.40]	Головная боль, вызванная пептидом, родственным с геном кальцитонина (ПРГК) ( <i>Calcitonin gene-related peptide (CGRP)</i> )
8.1.9.1.	[G44.40]	Немедленная головная боль, вызванная ПРГК
8.1.9.2.	[G44.40]	Отсроченная головная боль, вызванная ПРГК
8.1.10.	[G44.41]	Головная боль как острый побочный эффект на воздействие других лекарственных препаратов
8.1.11.	[G44.4 или G44.83]	Головная боль, вызванная острым или длительным воздействием других веществ
8.2.	[G44.41 или	Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов (абузусная головная боль)

	G44.83]	
8.2.1.	[G44.411]	Головная боль при избыточном применении эрготамина
8.2.2.	[G44.41]	Головная боль при избыточном применении триптанов
8.2.3.	[G44.410]	Головная боль при избыточном применении анальгетиков
8.2.4.	[G44.83]	Головная боль при избыточном применении опиатов
8.2.5.	[G44.410]	Головная боль при избыточном применении комбинации препаратов
8.2.6.	[G44.410]	Головные боли, связанные с избыточным применением других лекарственных препаратов
8.2.7.	[G44.41 или G44.83]	Головные боли, возможно связанные с избыточным применением лекарственных препаратов
8.3.	[G44.4]	Головная боль как побочный эффект длительного приема лекарственных препаратов
8.3.1.	[G44.418]	Головная боль, вызванная приемом гормонов
8.4.	[G44.83]	Головная боль, связанная с отменой препаратов
8.4.1.	[G44.83]	Головная боль при отмене кофеина
8.4.2.	[G44.83]	Головная боль при отмене опиатов
8.4.3.	[G44.83]	Головная боль при отмене эстрогенов
8.4.4.	[G44.83]	Головная боль при отмене других веществ
<b>9.</b>		<b>Головные боли, связанные с инфекциями</b>
9.1.	[G44.821]	Головная боль, связанная с внутричерепной инфекцией
9.1.1.	[G44.821]	Головная боль, связанная с бактериальным менингитом
9.1.2.	[G44.821]	Головная боль, связанная с лимфоцитарным менингитом
9.1.3.	[G44.821]	Головная боль, связанная с энцефалитом
9.1.4.	[G44.821]	Головная боль, связанная с мозговым абсцессом
9.1.5.	[G44.821]	Головная боль, связанная с субдуральной эмпиемой
9.2.	[G44.881]	Головные боли, связанные с системными инфекциями
9.2.1.	[G44.881]	Головная боль, связанная с системной бактериальной инфекцией
9.2.2.	[G44.881]	Головная боль, связанная с системной вирусной инфекцией
9.2.3.	[G44.881]	Головная боль, связанная с другими системными инфекциями
9.3.	[G44.821]	Головная боль, связанная со СПИДом/ВИЧ-инфекцией
9.4.	[G44.821 или G44.881]	Хроническая постинфекционная головная боль
9.4.1.	[G44.821]	Хроническая головная боль после бактериального менингита

<b>10.</b>	<b>[G44.882]</b>	<b>Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза</b>
10.1.	[G44.882]	Головная боль, связанная с гипоксией и/или гиперкапнией
10.1.1.	[G44.882]	Высотная головная боль
10.1.2.	[G44.882]	Головная боль ныряльщиков
10.1.3.	[G44.882]	Головная боль, связанная с сонными апноэ
10.2.	[G44.882]	Головная боль при гемодиализе
10.3.	[G44.813]	Головная боль, связанная с артериальной гипертензией
10.3.1.	[G44.813]	Головная боль, связанная с феохромоцитомой
10.3.2.	[G44.813]	Головная боль, связанная с гипертоническим кризом без гипертонической энцефалопатии
10.3.3.	[G44.813]	Головная боль, связанная с гипертонической энцефалопатией
10.3.4.	[G44.813]	Головная боль, связанная с преэклампсией
10.3.5.	[G44.813]	Головная боль, связанная с эклампсией
10.3.6.	[G44.813]	Головная боль, связанная с острым повышением артериального давления в ответ на приём различных веществ
10.4.	G44.882]	Головная боль, связанная с гипотиреозом
10.5.	[G44.882]	Головная боль, связанная с голодом
10.6.	[G44.882]	Головная боль при заболеваниях сердца (ишемии миокарда)
10.7.	[G44.882]	Головные боли, связанные с другими нарушениями гомеостаза
<b>11.</b>	<b>[G44.84]</b>	<b>Головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица</b>
11.1.	[G44.840]	Головная боль, связанная с патологией костей черепа
11.2.	[G44.841]	Головная боль, связанная с патологией в области шеи
11.2.1.	[G44.841]	Цевикогенная головная боль
11.2.2.	[G44.842]	Головная боль, связанная с ретрофарингеальным тендинитом
11.2.3.	[G44.841]	Головная боль, связанная с краниоцервикальной дистонией
11.3.	[G44.843]	Головная боль, связанная с патологией глаз
11.3.1.	[G44.843]	Головная боль, связанная с острой глаукомой
11.3.2.	[G44.843]	Головная боль, связанная с нарушениями рефракции
11.3.3.	[G44.843]	Головная боль, связанная с косоглазием (скрытым или явным)

11.3.4.	[G44.843]	Головная боль, связанная с воспалительными заболеваниями глаз
11.4.	[G44.844]	Головная боль, связанная с патологией ушей
11.5.	[G44.845]	Головная боль, связанная с патологией носовых пазух
11.6.	[G44.846]	Головная боль, связанная с патологией зубов, челюстей и связанных с ними структур
11.7.	[G44.846]	Головная или лицевая боль, связанная с патологией височно-нижнечелюстного сустава
11.8.	[G44.84]	Головная боль, связанная с другими патологическими процессами в области черепа, шеи, глаз, ушей, носа, пазух, зубов, ротовой полости или других структурах черепа и шеи
<b>12.</b>	<b>[R51]</b>	<b>Головные боли, связанные с психическими заболеваниями</b>
12.1.	[R51]	Головная боль, связанная с соматизированными расстройствами
12.2.	[R51]	Головная боль, связанная с психотическими нарушениями
<b>13.</b>	<b>[G44.847, G44.848 или G44.85]</b>	<b>Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли</b>
13.1.	[G44.847]	Тригеминальная невралгия
13.1.1.	[G44.847]	Классическая тригеминальная невралгия
13.1.2.	[G44.847]	Симптоматическая тригеминальная невралгия
13.2.	[G44.847]	Глоссофарингеальная невралгия
13.2.1.	[G44.847]	Классическая глоссофарингеальная невралгия
13.2.2.	[G44.847]	Симптоматическая глоссофарингеальная невралгия
13.3.	[G44.847]	Невралгия промежуточного нерва
13.4.	[G44.847]	Невралгия верхнего нерва гортани
13.5.	[G44.847]	Назоцилиарная невралгия
13.6.	[G44.847]	Супраорбитальная невралгия
13.7.	[G44.847]	Невралгии других ветвей тройничного нерва
13.8.	[G44.847]	Невралгия затылочного нерва (окципитальная невралгия)
13.9.	[G44.851]	Шейно-язычный синдром
13.10.	[G44.801]	Головная боль, связанная с внешним сдавлением
13.11.	[G44.802]	Головная боль, связанная с холодowymi стимулами
13.11.1.	[G44.8020]	Головная боль, связанная с внешним воздействием холода
13.11.2.	[G44.8021]	Головная боль, связанная с внутренним воздействием холода (вдыхание, приём внутрь охлаждённых

13.12.	[G44.848]	веществ) Постоянная боль, вызванная компрессией, раздражением или растяжением краниальных нервов или верхних шейных корешков структурными повреждениями
13.13.	[G44.848]	Неврит зрительного нерва
13.14.	[G44.848]	Диабетическая нейропатия зрительного нерва
13.15.	[G44.881 или G44.847]	Головная или лицевая боль, связанная с острой инфекцией опоясывающего герпеса (herpes zoster)
13.15.1.	[G44.881]	Головная или лицевая боль при остром herpes zoster
13.15.2.	[G44.847]	Постгерпетическая невралгия
13.16.	[G44.850]	Синдром Толоса-Ханта
13.17.	[G43.80]	Офтальмоплегическая «мигрень»
13.18.	[G44.810 или G44.847]	Центральные лицевые боли
13.18.1.	[G44.847]	Болезненная анестезия (anaesthesia dolorosa)
13.18.2.	[G44.810]	Центральная боль после инсульта
13.18.3.	[G44.847]	Лицевая боль при рассеянном склерозе
13.18.4.	[G44.847]	Персистирующая идиопатическая лицевая боль
13.18.5.	[G44.847]	Синдром «пылающего рта»
13.19.	[G44.847]	Другие краниальные невралгии или другие центральные лицевые боли
<b>14.</b>	<b>[R51]</b>	<b>Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли</b>
14.1.	[R51]	Головные боли, полностью не подпадающие под диагностические критерии
14.2.	[R51]	Неустановленные (неклассифицируемые) головные боли