



Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова

Российское общество по изучению головной боли



В.В.Осипова

Головная боль напряжения

Практическое руководство для врачей

Москва

2009

Осипова В.В.

Головная боль напряжения: практическое руководство для врачей. – Москва: **название
издательства, 2009. - ? стр.**

Практическое руководство разработано в Отделе неврологии и клинической нейрофизиологии ММА им. И.М.Сеченова. В руководстве представлены основные сведения о клинических проявлениях, диагностике и лечении головной боли напряжения. Особое внимание уделено патогенетическим механизмам ГБН. Руководство предназначено для неврологов и врачей общей практики.

Руководство издано при спонсорской поддержке компании **«Новартис»**

Введение

Головная боль напряжения (ГБН) – самая частая форма головной боли, с которой пациенты обращаются к неврологам и врачам общей практики. Несмотря на то, что ГБН относится к первичным (доброкачественным) формам цефалгий и не связана с поражением головного мозга, она в значительной степени нарушает работоспособность и качество жизни пациентов. Особую проблему представляет хроническая ГБН, которая часто сочетается с напряжением перикраниальных мышц, эмоциональными расстройствами и злоупотреблением лекарственными препаратами.

В руководстве рассматриваются клинические проявления, принципы диагностики, патогенетические механизмы и подходы к терапии ГБН.

Д.м.н. В.В.Осипова

Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии ММА им. И.М.Сеченова,
секретарь Российского общества по изучению головной боли,
представитель России в Европейской федерации головной боли

osipova_v@mail.ru

www.migreni.net

Оглавление

Список сокращений.....	
Общие принципы диагностики головных болей.....	
Эпидемиология ГБН	
Клинические проявления ГБН.....	
Классификация и клинические разновидности ГБН	
Патогенез ГБН	
Комплексный механизм развития ГБН	
Механизм формирования и диагностика мышечно-тонического синдрома	
Факторы хронизации головной боли	
Обследование пациентов с ГБН	
Лечение ГБН	
О Международной классификации головных болей	
Краткая версия МКГБ-2.....	
Список литературы.....	

Список сокращений

АГБ – абзусная головная боль

ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли (10 баллов)

ГБ – головная боль

ГБН - головная боль напряжения

ДПМ – дисфункция перикраниальных мышц

ДССГ – дуплексное сканирование сосудов головы

КТ – компьютерная томография

МКГБ-2 – международная классификация головной боли, 2-ое издание

МРТ - магниторезонансная томография

МТС – мышечно-тонический синдром

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

УЗДГ – ультразвуковая доплерография

ХГБН – хроническая головная боль напряжения

ХЕГБ - хроническая ежедневная головная боль

ХМ - хроническая мигрень

ЭГБН – эпизодическая головная боль напряжения

ЭЭГ - электроэнцефалография

Головная боль напряжения

Общие принципы диагностики головных болей

Головная боль (ГБ) является одной из наиболее частых жалоб, с которой сталкиваются неврологи и врачи общей практики. Второе издание Международной классификации головной боли (МКГБ-2) выделяет более 160 разновидностей цефалгий. Все многообразие ГБ можно разделить на **первичные** (когда не удается выявить органическую причину боли; в МКГБ-2 главы 1-4), **вторичные** (обусловленные органическими поражениями головного мозга или других органов и систем; главы 5-12), а также **краниальные невралгии и лицевые боли** (главы 13-14). Первичные формы ГБ составляют 95-98% всех форм цефалгий, с вторичными врачам приходится сталкиваться достаточно редко (не более 2-5% всех случаев цефалгий). Краткий вариант Международной классификации головных болей 2-го пересмотра приведен в конце брошюры.

Международная классификация головных болей (2-ое издание, 2004). Оглавление

Часть I: Первичные головные боли

1. Мигрень
2. Головная боль напряжения (ГБН)
3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии
4. Другие первичные головные боли

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

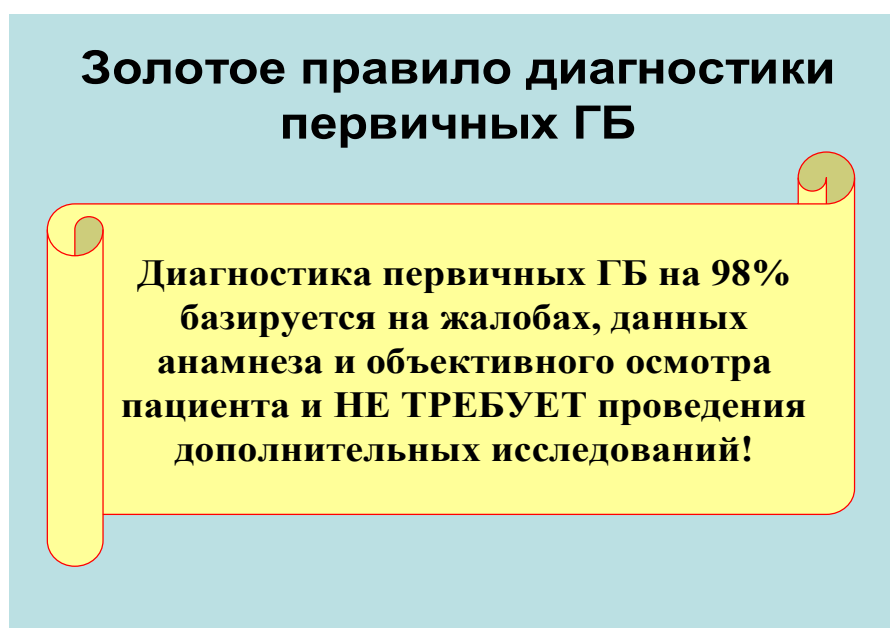
Часть III: Краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и другие головные боли

13. Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли
14. Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли

Согласно МКГБ-2 при **первичных формах ГБ** анамнез, физикальный и неврологический осмотры, а также дополнительные методы исследования не выявляют органической причины боли, т.е. исключают вторичный характер ГБ. 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. Причина ГБ может быть установлена с помощью анамнеза, физикального и неврологического осмотра, а также дополнительных методов исследования.

Диагноз первичных форм ГБ базируется исключительно на анализе жалоб и данных анамнеза (Рис. 1). Следует также помнить о том, что пациент может иметь не один, а несколько типов головной боли. В этом случае, следует внимательно расспросить пациента о каждом из них. Вопросы, которые следует задать пациенту с жалобой на головную боль, перечислены в Таблице 1.

Рис. 1.



В Таблице 2 перечислены клинические симптомы и проявления, выявление которых при беседе с пациентом может указывать на вторичный (симптоматический) характер ГБ и требует тщательного обследования пациента.

Таблица 1

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

Неврологический статус. У подавляющего большинства пациентов с первичными ГБ при общем и неврологическом осмотре не выявляется никаких органических неврологических симптомов. При осмотре могут выявляться признаки вегетативной дисфункции: ладонный гипергидроз, усиленный дермографизм, проявления синдрома Рейно (похолодание и изменение окраски кистей), симптом Хвостека – признак повышенной нервно-мышечной возбудимости, а также напряжение и болезненность перикраниальных мышц, о чем будет подробно сказано ниже. Приступ пучковой (кластерной) головной боли

всегда сопровождается яркими вегетативными проявлениями на лице на болевой стороне: слезотечением, покраснением конъюнктивы ринореей, потливостью в области лба, иногда синдромом Горнера.

Таблица 2 «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, изменения в крови)

Лабораторные и инструментальные исследования. При первичных ГБ, в том числе при мигрени и ГБН, большинство традиционных методов исследования (ЭЭГ, УЗДГ, ДССГ, рентгенография черепа, методы нейровизуализации – КТ и МРТ) оказываются неинформативными, т.е. не выявляют никакой патологии. При ультразвуковой, транскраниальной доплерографии и дуплексном сканировании сосудов головного мозга у многих пациентов выявляются неспецифические изменения: признаки нарушения венозного оттока, снижение скорости кровотока в бассейнах некоторых артерий, вертеброгенное влияние на кровоток в позвоночных артериях. Эти изменения не могут считаться причинными факторами головной боли. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника нередко обнаруживаются дистрофические и деформационные изменения, которые могут служить основой развития мышечной дисфункции.

Однако в тех случаях, когда у врача есть малейшие сомнения в доброкачественной природе приступов ГБ, а также при наличии симптомов, перечисленных в Таблице 2, необходимо провести тщательное обследование (КТ, МРТ, ЭЭГ, УЗДГ, люмбальная пункция и др.) с целью исключения органической причины цефалгии. Таким образом, дополнительные обследования, включая нейровизуализацию и консультации специалистов

(нейроофтальмолога, вертеброневролога, нейрохирурга, психиатра) показаны только при подозрении на вторичный (симптоматический) характер ГБ.

При наличии сомнений в доброкачественной природе приступов ГБ, а также при выявлении «сигналов опасности», необходимо провести тщательное обследование пациента с целью исключения органической причины цефалгии.

Эпидемиология ГБН

Раньше ГБН рассматривалась как преимущественно психогенное расстройство, ее называли болью «мышечного напряжения» или «стрессовой цефалгией». Однако результаты исследований подтвердили нейробиологическую природу ГБН. По сравнению с другими формами первичной головной боли ГБН приводит к самым значительным социально-экономическим последствиям. Распространенность ГБН в течение жизни (life prevalence) в общей популяции по данным различных исследований варьирует от 30 до 78%, что значительно превышает распространенность мигрени (8-20%).

Клинические проявления ГБН

- Головная боль, обычно двусторонняя, имеет сжимающий или давящий неп пульсирующий характер, часто по типу «обруча» или «каска», многие пациенты описывают боль, как «опоясывающую вокруг висков».
- В отличие от мигрени, для которой характерна очень сильная пульсирующая боль в одной половине головы и такие симптомы, как тошнота, рвота, непереносимость дневного света, звуков, запахов, головная боль при ГБН имеет легкую или умеренную интенсивность, обычно не сопровождается тошнотой и рвотой, но может снижаться аппетит; иногда боли может сопутствовать умеренно выраженная чувствительность к свету или звукам. У некоторых пациентов головная боль может быть больше выражена с одной стороны, но чаще является двусторонней, диффузной.
- Большинство пациентов во время эпизода ГБН сохраняют способность работать и выполнять свои обычные обязанности, в отличие от больных мигренью, у которых во время приступа наблюдается существенное нарушение работоспособности и общего состояния. Исключение составляет хроническая форма ГБН, при которой несильные, но практически ежедневные тупые головные боли изматывают пациентов, существенно снижая их работоспособность и качество жизни в целом.
- Боль может появляться вскоре после пробуждения, и присутствует на протяжении всего дня, то, усиливаясь, то ослабевая. Нередко приступ ГБН начинается во второй половине дня после напряженной работы или стресса.

- Характерными признаками ГБН можно считать возникновение или усиление боли на фоне эмоциональных переживаний, тревоги, стресса и ее облегчение при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления (отдых, приятное, интересное времяпрепровождение). Иногда даже переключение внимания (например, приятная встреча, телефонный разговор, просмотр кинофильма) может ослабить боль.

На рисунках 2 и 3 представлены основные и дополнительные критерии диагностики ГБН.

Рис. 2

Критерии диагностики ГБН
(Международная классификация головных болей, 2004)

- **ГБ длительностью от 30 минут до 7 дней**
- **Как минимум два из следующих признаков:**
 - двухсторонняя локализация
 - давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер
 - легкая или умеренная интенсивность
 - боль не усиливается при обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице)
- **Оба из следующих признаков:**
 - отсутствует тошнота или рвота (может снижаться аппетит)
 - только один из симптомов: чувствительность к свету или звукам
- **ГБ не связана с другими расстройствами**

Рис. 3

**Дополнительные
диагностические признаки ГБН**

- Рисунок боли по типу «обруча» или «каска»
- Слабая или умеренная интенсивность (до 6 баллов по ВАШ)
- Облегчение боли при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления
- Усиление боли на фоне эмоциональных переживаний

Классификация и клинические разновидности ГБН

В соответствии МКГБ-2 ГБН подразделяют на *нечастую* и *частую эпизодическую* форму, возникающую, соответственно, не более 10 и не более 15 дней в течение 1 месяца (ЭГБН), и *хроническую* форму, при которой головная боль возникает не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (ХГБН, Таблица 3). Кроме того, обе формы

подразделяются (в зависимости от наличия или отсутствия болезненности и напряжения перикраниальных мышц) на подтипы «с напряжением» и «без напряжения перикраниальных мышц». О роли мышечного напряжения будет сказано ниже.

Таблица 3 **Классификация головной боли напряжения (МКГБ-2, 2004)**

-
- 2.1. Нечастая эпизодическая ГБН
 - 2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением (болезненностью) перикраниальных мышц
 - 2.1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.2. Частая эпизодическая ГБН
 - 2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.3. Хроническая ГБН
 - 2.3.1. Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.3.2. Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.4. Возможная ГБН
 - 2.4.1. Возможная нечастая эпизодическая ГБН
 - 2.4.2. Возможная частая эпизодическая ГБН
 - 2.4.3. Возможная хроническая ГБН
-

При нечастой **эпизодической ГБН** пациенты редко обращаются к врачу; как правило, специалисту приходится сталкиваться с частой ЭГБН и ХГБН.

Хроническая ГБН происходит из эпизодической формы и проявляется очень частыми или ежедневными эпизодами головной боли продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток. При тяжелом течении пациенты могут совсем не иметь безболевого промежутков и испытывают ГБ постоянно изо дня в день (*хроническая ежедневная головная боль*). Эта форма всегда сопряжена с выраженной дезадаптацией и снижением качества жизни пациентов. Важным диагностическим признаком хронической ГБН является предшествующая история эпизодической ГБН (так же, как для установления диагноза хронической мигрени необходимо наличие в анамнезе типичных эпизодических мигренозных атак).

Сочетание мигрени и ГБН. У некоторых пациентов отмечается сочетание мигрени и ГБН. Как правило, это пациенты с мигренью, у которых со временем, наряду с типичными мигренозными атаками, появляются приступы эпизодической ГБН, причиной которых чаще всего являются эмоциональные перегрузки или длительное позное напряжение. Учитывая явные различия этих двух форм цефалгий, пациенты, как правило, отличают приступы мигрени от приступов ЭГБН.

Как отличить ГБН от мигрени?

Для мигрени характерны следующие основные признаки:

- повторяющиеся приступы пульсирующей (не сжимающей) односторонней головной боли в области виска, лба, в теменной реже затылочной области; чередование стороны боли от приступа к приступу;
- начало приступов в детстве, пубертате или юности;
- типичные сопровождающие симптомы: тошнота и/или рвота, фото- и фонофобия, повышенная чувствительность к запахам, усиление боли от обычной физической нагрузки (например, подъем по лестнице);
- типичные провоцирующие факторы: стресс, перемена погоды, голод, недостаточный или избыточный сон («мигрень выходного дня»), прием алкоголя (красное вино, пиво, шампанское), духота, менструация;
- наследственный характер мигрени (у 60% пациентов);
- прекращение приступов в 3 и 4 триместрах беременности.

Клиническая характеристика	Мигрень	ГБН
Сторона боли	Односторонняя боль (половина головы), чередование сторон	Двусторонняя, диффузная
Характер боли	Пульсирующий	Сжимающий, опоясывающий, по типу «обруча» или «каска»
Локализация боли	Висок, область глаза, лоб, темя	Вокруг висков, темя, затылок
Интенсивность боли	Сильная, невыносимая (более 8 баллов по ВАШ)*	Слабая или умеренная (3-5 баллов по ВАШ)*
Сопутствующие симптомы	Тошнота и/или рвота, фоно-, и фотофобия	Редко тошнота, возможно присутствие либо фото-, либо фонофобии
Связь с физической нагрузкой	Обычная физическая нагрузка (подъем по лестнице) усиливает боль	Нет связи
Провоцирующие факторы	Стресс, перемена погоды, избыточный или недостаточный сон, менструация, алкоголь, голод, духота	Стресс, вынужденная неудобная поза, вызывающая напряжение мышц головы или шие
Наследственность	Положительная у 60%	Нет

	пациентов	
--	-----------	--

* *ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли (10 баллов)*

Сложнее обстоит дело, если возникает необходимость дифференцировать хроническую ГБН и хроническую мигрень (ХМ), когда приступы мигрени утрачивают типичность. Если из расспроса не удастся установить, сколько эпизодов головной боли соответствуют критериям ХМ, а сколько ХГБН, следует предложить пациенту в течение определенного времени вести диагностический дневник головной боли, отмечая в нём клинические проявления, провоцирующие и облегчающие факторы каждого болевого эпизода. При этом наряду с диагностическими критериями следует опираться на анамнестические сведения: предшествующую историю эпизодических ГБН для ХГБН и типичных эпизодических мигренозных атак для ХМ.

Сочетание хронической ГБН и абюзусной головной боли (АГБ). При наличии у пациента с ХГБН избыточного применения лекарственных препаратов, отвечающего диагностическим критериям *ГБ при избыточном применении лекарственных препаратов (абюзусной головной боли (АГБ))*, следует установить два диагноза: «*Возможная ХГБН*» и «*Возможная АГБ*». Если 2-х месячная отмена препарата, вызвавшего абюзус, не привела к облегчению головной боли, устанавливается диагноз ХГБН. Если же на фоне отмены препарата в течение этих 2-х месяцев наступает улучшение, и критерии ХГБН перестают выполняться, правильнее установить диагноз АГБ.

В очень редких случаях хроническая форма ГБН приобретает хронический характер очень быстро - в течение первых 3 дней после возникновения, как бы минуя стадию ЭГБН. В этом случае следует установить диагноз «*Новая ежедневно (изначально) персистирующая ГБ (НЕПГБ)*» (см. раздел 4. *Другие первичные ГБ*). Важнейший фактор диагностики НЕПГБ - способность пациента точно вспомнить начало своей боли, её изначально хронический характер. Пациентов с таким молниеносным началом ГБН следует обязательно обследовать, чтобы исключить симптоматический характер головной боли.

Патофизиология ГБН

Комплексный механизм развития ГБН. Хотя изначально ГБН рассматривалась как преимущественно психогенное расстройство, исследования, проведенные в последние годы, подтвердили ее нейробиологическую природу. Предполагают, что в происхождении ГБН принимают участие как периферические, так и центральные ноцицептивные механизмы, основные из которых представлены на Рис. 4.

Рис. 4

Современные представления о патогенезе ГБН



Х.В.Штрибель «Терапия хронической боли», 2005

Эмоциональный фактор является одним из важнейших в происхождении ГБН. Для *эпизодических ГБН* причиной служат преходящие эмоциональные переживания, например, конфликт на работе, ссора с близкими, тревога за ребенка, неудачно выполненное ответственное поручение и любые другие, внезапно возникающие неприятности.

В случаях, когда конфликтная или стрессовая ситуация затягивается надолго (более 2-3 недель) возникает опасность того, что редкие эпизоды ГБН станут повторяться все чаще и чаще, вплоть до появления ежедневных головных болей. Так формируется *хроническая форма ГБН*, когда постоянная сжимающая боль вокруг головы превращается для человека в тяжкое бремя. Пребывание в состоянии хронического эмоционального напряжения не позволяет человеку расслабиться, сбросить груз проблем оказывается для него неразрешимой задачей. Пациент оказывается в замкнутом круге: хронический стресс – хроническая головная боль.

Второй причиной боли при ГБН является *фактор мышечного напряжения*, которое приводит к формированию *мышечно-тонического синдрома* - болезненного напряжения мышц, оплетающих голову и шею. В качестве таких «мышечных провокаторов» может выступать позное напряжение, то есть состояние, связанное с длительным или вынужденным, неудобным положением шеи и головы. Такое напряжение нередко возникает во время длительной работы за компьютером, на приусадебном участке (прополка, сбор урожая), за рулем автомобиля, после продолжительного пребывания в зубо врачебном кресле и др. Необходимо подчеркнуть, что эмоциональный стресс является фактором, не только вызывающим, но и поддерживающим мышечное напряжение. Формируется порочный круг: стресс – мышечное напряжение – боль.

Механизм формирования и диагностика мышечно-тонического синдрома

В основе формирования мышечно-тонического синдрома (МТС) лежит механизм «порочного круга», когда повторяющееся напряжение мышцы, возникающее в ответ на эмоциональный стресс, приводит к рефлекторному напряжению и ишемизации (нарушению кровообращения) мышцы, перевозбуждению спинальных нейронов, повышению чувствительности (сенситизации) болевых рецепторов мышцы, поздним нарушениям и еще большему усилению боли (Рис. 5). Болезненность и напряжение мышц нарастают по мере увеличения интенсивности и частоты эпизодов головной боли.



Облигатные для пациентов с ГБН (особенно при хронической форме) эмоциональный стресс и психические нарушения (депрессия и тревога), в свою очередь, поддерживают мышечное напряжение, приводя к персистированию боли. Как уже говорилось выше, фактор мышечного напряжения учитывается в МКГБ-2 при разделении ГБН на формы «с напряжением» и «без напряжения перикраниальных мышц».

Рис. 5



Эмоциональный стресс и психические нарушения (депрессия и тревога) поддерживают мышечное напряжение и способствуют хронизации головной боли

Шейный МТС приводит к тому, что наряду с головной болью, большинство пациентов с ГБН жалуются на преходящие или постоянные болевые ощущения или чувство напряжения и дискомфорта в области затылка, задней поверхности шеи и надплечий (синдром «вешалки для пальто»), а также в мышцах лица, чаще жевательных и височных.

Диагностика МТС. МТС может быть выявлен с помощью пальпаторного исследования перикраниальных мышц, который является важной частью осмотра пациента с ГБН, тем более что других неврологических проявлений у этих пациентов, как правило, не обнаруживается (Рис. 6). Необходимо отметить, что у значительного числа пациентов с мигренью при осмотре также обнаруживается напряжение и болезненность перикраниальных мышц.

Рис. 6



Пальпацию следует проводить мелкими вращательными движениями вторым и третьим пальцами, а также при надавливании в области височных, жевательных, грудино-ключично-сосцевидных, трапецевидных, а также мышц задней поверхности шеи и прикрепляющихся к сосцевидному отростку черепа сзади. Диагноз МТС ставится при наличии выраженной болезненности вплоть до «симптома прыжка» (из-за боли в мышцах пациент активно сопротивляется пальпации) в двух или более мышечных группах.

Учитывая большую роль МТС в патогенезе и хронизации ГБН, лечение мышечного напряжения должно быть одной из важнейших задач терапии ГБН.

Пальпация лицевых и шейных мышц является важной частью осмотра пациента с ГБН.

При выявлении у пациента с ГБН мышечно-тонического синдрома на шейном уровне следует поставить диагноз «ЭГБН (ХГБН) с напряжением перикраниальных мышц».

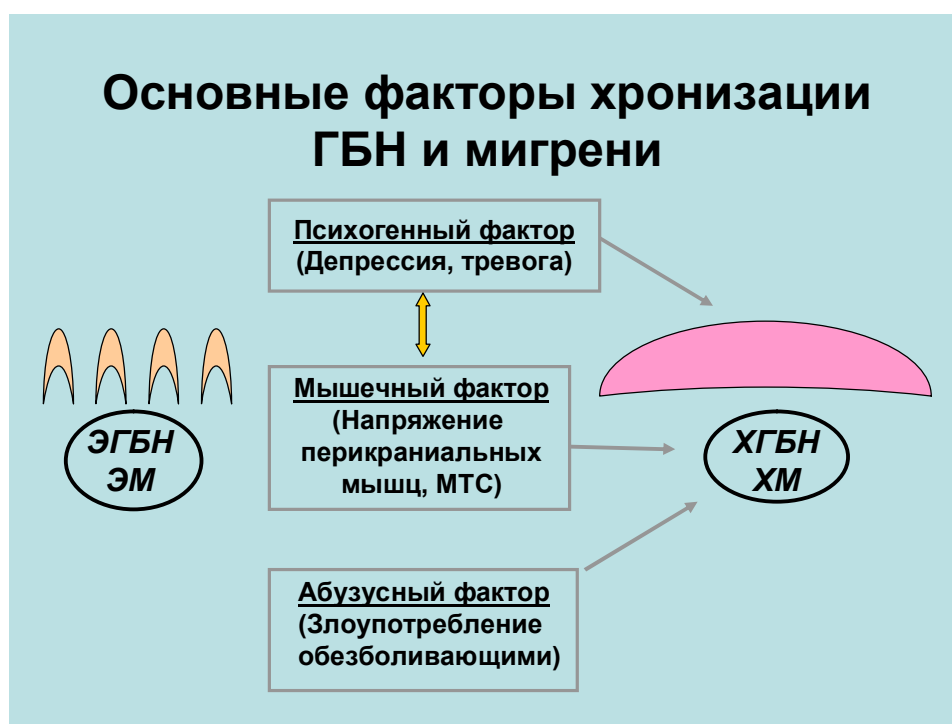
При беседе с пациентом необходимо разъяснить ему взаимосвязь боли, стресса и мышечного напряжения и значение этих факторов для формирования и течения ГБН.

Факторы хронизации головной боли

Важную роль в формировании хронического паттерна боли, (т.е. в трансформации эпизодических ГБ в хронические), как при ГБН, так и при мигрени, играют т.н. *факторы хронизации* (Рис. 7).

Среди психических факторов, предрасполагающих к хронизации боли, на первом месте стоит *депрессия*. Частым механизмом формирования хронического стресса и депрессии является накопление травмирующих жизненных событий, когда больной оказывается перед лицом неразрешимых для себя проблем. Показано также, что особые характеристики личности и выбор пациентом несовершенных поведенческих стратегий преодоления боли также играют важную роль в трансформации эпизодической ГБ в хроническую и ее персистировании.

Рис. 7



Депрессия и тревожные расстройства являются частыми спутниками ГБН и способствуют хронизации головной боли.

Вторым важнейшим фактором хронизации является *лекарственный абюзус*, т.е. избыточное применение симптоматических обезболивающих препаратов. Установлено, что более 70% пациентов с ХЕГБ злоупотребляют анальгетиками, производными эрготамина, а также комбинированными препаратами, в состав которых могут входить анальгетики, кофеин, кодеин, седативные компоненты. Показано, что у пациентов с большим потреблением анальгетиков формирование хронического типа боли протекает в 2 раза быстрее и что лекарственный абюзус существенно затрудняет лечение пациентов с ХЕГБ. Поэтому для развития эффекта профилактической терапии при ГБН и мигрени важнейшим условием является отмена «виновного» препарата, вызвавшего абюзус.

Хронизации цефалгических синдромов также способствует фактор стойкого *мышечного напряжения*, в формировании которого играет роль механизм «порочного круга», о котором говорилось выше.

Как обследовать пациентов с ГБН?

У подавляющего числа пациентов диагноз ГБН ставится на основании анализа жалоб (характерный немигренозный рисунок боли) и анамнеза заболевания (связь эпизодов головной боли с негативными эмоциями, хроническим стрессом, длительным позным напряжением). Выше уже говорилось о роли эмоционального стресса в возникновении и хронизации ГБН. Тщательный расспрос позволяет выявить у большинства пациентов жалобы на повышенную тревожность, сниженный фон настроения, тоску, апатию, или наоборот агрессивность и раздражительность, плохое качество ночного сна. Эти проявления - следствие тревожных и депрессивных расстройств, степень которых у пациентов с ГБН варьирует от легкой до тяжелой. Высокий уровень депрессии наиболее часто обнаруживается у пациентов с хронической ГБН; она поддерживает мышечное напряжение и болевой синдром, приводя к серьезной дезадаптации и снижению качества жизни. Дополнительным диагностическим критерием ГБН является облегчение боли при психологическом расслаблении или переключении внимания.

При осмотре, как и при дополнительных электрофизиологических и нейровизуализационных обследованиях органических неврологических нарушений у этих пациентов не обнаруживается. Единственной объективной находкой у пациентов с ГБН является выявление напряжения и болезненности перикраниальных мышц, о чем подробно говорилось выше. У большинства пациентов с ГБН проведение дополнительных исследований (ЭЭГ, УЗДГ, дуплексное сканирование, КТ, МРТ) не является необходимым

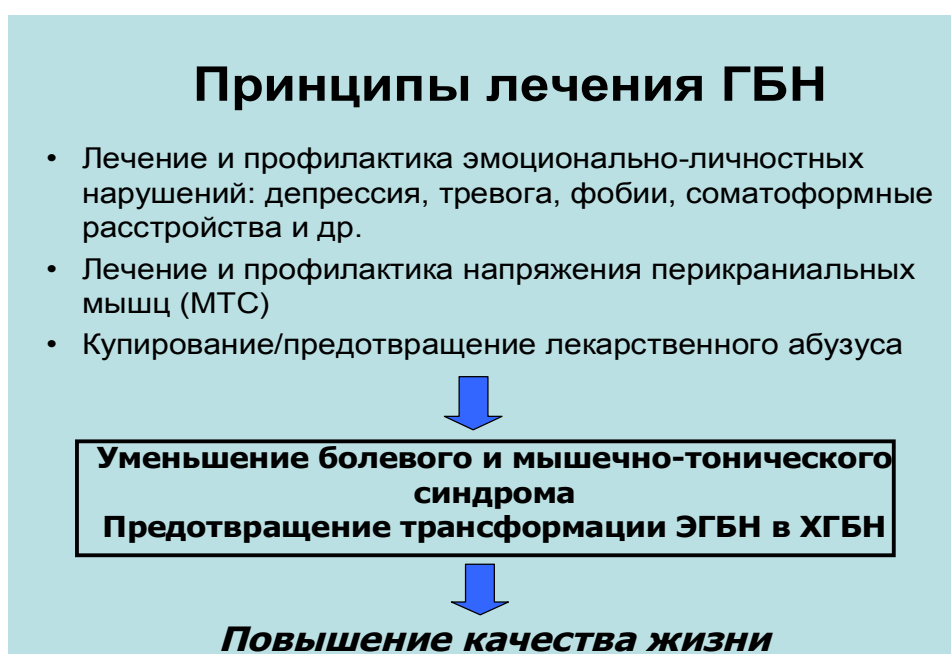
мероприятием. Как уже говорилось, эти методы исследования и консультации специалистов показаны только при подозрении на симптоматический (вторичный) характер ГБ.

Лечение ГБН

Основные принципы лечения ГБН представлены на Рис. 8. Только комплексный подход, направленный на нормализацию эмоционального состояния пациента (лечение депрессии и тревоги), устранение МТС (уменьшение мышечного напряжения) и, при необходимости, лекарственного абзуса позволяет облегчить течение ГБН, предотвратить хронизацию (переход ЭГБН в ХГБН) и повысить качество жизни пациентов.

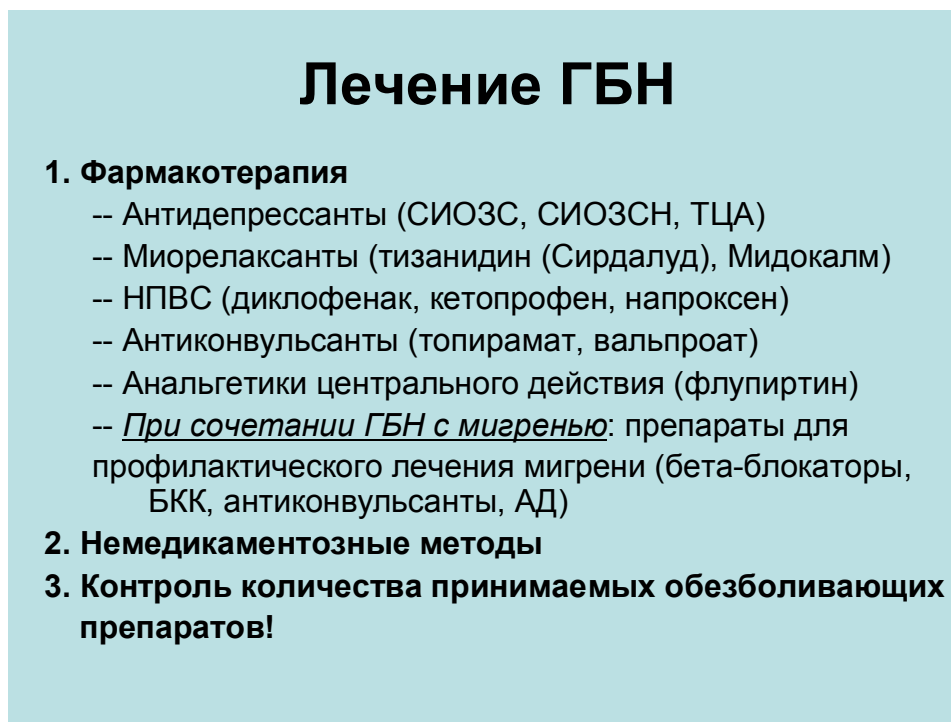
Перед назначением терапии необходимо провести разъяснительную беседу с пациентом. Учитывая, что многие больные с ГБН склонны связывать свои головные боли с заболеванием мозга и испытывают по этому поводу тревогу, чрезвычайно важно объяснить пациенту, что его головная боль является доброкачественной, т.е. не является следствием органического повреждения головного мозга. Избавление от подобных опасений обладает большим психотерапевтическим эффектом. Следует объяснить пациенту, что эмоциональный стресс, мышечное напряжение, вызванное, в том числе, длительной неудобной позой, играют основную роль в происхождении и хроническом течении его головной боли и что методы, позволяющие достигнуть психологической и мышечной релаксации (как лекарственные, так и немедикаментозные), являются наиболее эффективными в облегчении болевого синдрома. Особое внимание следует обратить на количество обезболивающих препаратов, которые использует пациент для купирования головной боли и разъяснить пациенту, что злоупотребление лекарственными препаратами (прием более 10 доз в месяц) может привести к лекарственному абзусу и учащению (хронизации) головной боли.

Рис. 8



Терапевтические подходы, использующиеся при лечении ГБН (в основном частой ЭГБН и ХГБН) перечислены на Рис. 9. Наиболее эффективными являются антидепрессанты, миорелаксанты и препараты из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Для лечения хронической формы ГБН в последние годы все чаще применяют антиконвульсанты.

Рис. 9



Лечение ГБН

- 1. Фармакотерапия**
 - Антидепрессанты (СИОЗС, СИОЗСН, ТЦА)
 - Миорелаксанты (tizанидин (Сирдалуд), Мидокалм)
 - НПВС (диклофенак, кетопрофен, напроксен)
 - Антиконвульсанты (топирамат, вальпроат)
 - Анальгетики центрального действия (флупиртин)
 - При сочетании ГБН с мигренью: препараты для профилактического лечения мигрени (бета-блокаторы, БКК, антиконвульсанты, АД)
- 2. Немедикаментозные методы**
- 3. Контроль количества принимаемых обезболивающих препаратов!**

Антидепрессанты. При частых приступах ГБН в последнее время наиболее широко применяют антидепрессанты из группы СИОЗС - селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (пароксетин, флуоксетин, сертралин, флувоксамин, циталопрам) и СИОЗСН - селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, дулоксетин). Трициклические антидепрессанты (амитриптилин) в последнее время применяются реже, в связи с большим числом побочных эффектов. Необходимо отметить, что наряду с прямым антидепрессивным и противотревожным действием антидепрессанты обладают и непосредственным противоболевым эффектом. Антидепрессанты, с одной стороны, потенцируют действие как экзогенных, так и эндогенных анальгетиков - опиоидных пептидов, с другой - усиливают действие нисходящих антиноцицептивных (противоболевых), в основном серотонинэргических систем. Важно подчеркнуть, что лечение антидепрессантами должно иметь достаточную продолжительность (3-6 месяцев, в среднем 4 месяца), а при значительной депрессии до 8-12 месяцев. При преждевременном прекращении терапии возникает риск рецидива головной боли и депрессии.

Миорелаксанты. При наличии выраженного напряжения перикраниальных мышц терапия ГБН должна включать миорелаксанты. Одним из наиболее эффективных миорелаксантов, применяющихся для лечения мышечно-тонического синдрома у пациентов с ГБН и мигренью, является препарат *тизанидин (Сирдалуд)*, который, в отличие от других препаратов этой группы обладает не только миорелаксирующим, но непосредственным, не связанным со снижением мышечного тонуса, обезболивающим действием (Рис. 10). Основные механизмы действия Сирдалуда представлены на Рис. 10а.

Рис. 10



Рис. 10а



При наличии выраженного напряжения перикраниальных мышц терапия ГБН должна включать миорелаксанты

Лечение следует начинать с малых доз: по 2 мг 1 раз в сутки на ночь (в течение 3-х дней), затем дозу постепенно повышают до 2 мг 2 раза в сутки (утром и на ночь); при недостаточном эффекте и хорошей переносимости доза может быть повышена до 6-8 мг в сутки (по 2 мг 3 раза в день или по 2 мг утром и днем и 4 мг на ночь). Продолжительность лечения может составлять от 2 недель до 2 месяцев.

НПВС. Также для лечения ГБН применяют препараты из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС): диклофенак нимесулид, кетопрофен и др. НПВС могут применяться как для купирования приступа ГБН, так и для профилактического лечения при условии отсутствия лекарственного абзуса. Хорошим эффектом в отношении купирования приступов, как мигрени, так и ГБН обладает Вольтарен Рапид (50 мг) в форме саше, который действует уже в первые 15 минут боли и обеспечивает более длительное сохранение эффекта. У пациентов без лекарственного абзуса НПВС также могут назначаться в виде курсового лечения (диклофенак 50 мг 2-3 раза в сутки, аспирин 300 мг 2-3 раза в сутки после еды на протяжении 1-2 месяцев).

Необходимо отметить, что тизанидин (Сирдалуд), о котором говорилось выше, обладает также дополнительным гастропротективным действием. Поэтому при сочетанном применении с НПВС (например, с диклофенаком (Вольтареном) тизанидин усиливает обезболивающее и противовоспалительное действие вольтарена, что позволяет снизить его дозу и уменьшить риск возникновения гастропатий, обусловленных механизмом действия НПВС (Рис. 11).

Рис. 11

Сирдалуд®

- Обладает выраженным миорелаксирующим эффектом
- Влияет лишь на тонический компонент мышечного сокращения, поэтому не вызывает мышечной слабости
- Имеет уникальный двойной механизм действия – миорелаксирующий и анальгетический
- Обладает гастропротективным действием



При сочетании ГБН с мигренью следует применять традиционные средства для профилактики мигрени: бета-адреноблокаторы (метопролол, пропранолол), блокаторы кальциевых каналов (нимодипин, верапамил), антидепрессанты (см. выше), в более сложных случаях – антиконвульсанты (топирамат, препараты вальпроевой кислоты). В последние годы показано, что антиконвульсанты эффективны не только при лечении хронической мигрени, но могут с успехом использоваться и у пациентов с хронической формой ГБН.

В ряде исследований показана эффективность ботулинического токсина при ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц.

Немедикаментозные методы. У многих пациентов, особенно при наличии выраженной депрессии, стойкого психологического конфликта и мышечного напряжения хорошим эффектом обладают *немедикаментозные методы*: психотерапия, психологическая релаксация, биологическая обратная связь. Большое значение имеют также методы, направленные на уменьшение выраженности мышечно-тонического синдрома: постизометрическая мышечная релаксация, массаж воротниковой зоны, при наличии показаний мануальная терапия, а также фитнес и водные процедуры.

Для профилактики рецидивов ГБН пациентам следует порекомендовать избегать стрессов и нагрузок, связанных с перенапряжением перикраниальных мышц, а при наступлении «периодов риска» (семейные конфликты, трудности во взаимоотношениях, неудачи в профессиональной деятельности и т.п.) – самостоятельно проводить курсы лечения (от 2 недель до 2 месяцев) препаратами, позволяющими снять нервное перенапряжение. В первую очередь, можно порекомендовать грандаксин, афобазол, атаракс, а также средства растительного происхождения: персен, новопассит, пассифит, лотосоник, а также растительные антидепрессанты – геллариум, деприм и др.

О Международной классификации головных болей

Разработанное в 2003 г. классификационным комитетом Международного общества головной боли, второе издание МКГБ уже несколько лет во всем мире является необходимым пособием в работе практикующих неврологов, в том числе цефалгологов (специалистов в области диагностики и лечения головной боли). Основная цель классификации - дать возможность врачам разных стран правильно диагностировать и одинаково трактовать различные формы головной боли. Годы использования МКГБ показали, что она стала основой для обучения принципам диагностики различных форм ГБ и позволила существенно улучшить подходы к ведению пациентов с цефалгиями во многих странах мира.

В основу МКГБ были положены результаты клинических наблюдений, генетических, эпидемиологических и патофизиологических исследований, клинических исследований лекарственных препаратов, а также данные, полученные с помощью нейровизуализационных методов исследования.

После перевода на русский язык в 2005 г. МКГБ-2 стала доступна и российским неврологам. В последние годы классификация получила широкое распространение, что позволило Российским неврологам и терапевтам перейти к использованию единой международной терминологии и универсальных диагностических критериев с целью унификации принципов диагностики и лечения цефалгических синдромов.

С полной русскоязычной версией классификации можно ознакомиться на сайтах www.migreni.net и www.paininfo.ru.

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 напряжением 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. Дневник ГБ, с одной стороны, облегчает врачу диагностику цефалгий и позволяет, объективно оценить количество обезболивающих препаратов, которыми пользуется пациент (т.е. выявить лекарственный абюзус), с другой - помогает пациентам научиться отличать один тип цефалгии от другого, например, приступы мигрени от приступов эпизодической ГБН.

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. 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. 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.

Список литературы

1. Болевые синдромы в неврологической практике «Психологические аспекты боли». А.М.Вейн и др. – М.: МЕДпресс. 1999, с. 90-102.
2. В.В.Осипова, Г.Р.Табеева. Первичные головные боли. Практическое руководство / – М.:, ООО «ПАГРИ-Принт», 2007. – 60с.
3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессии в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). М:1998, 128с.
4. Карлов В.А., Яхно Н.Н. Мигрень, пучковая головная боль, головная боль напряжения. // Болезни нервной системы/Под ред. Н.Н.Яхно, Д.Р.Штульмана, П.В.Мельничука. М: Медицина, 1995;Т.2:13:325-337.
5. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия \ под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, А.Б.Гехт. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. – 368 с. Разделы «Головная боль напряжения» (с.83-96) и «Мигрень» (с.177-198).
6. Международная классификация головной боли, 2-ое издание. Международное общество головной боли, 2003. Пер. с англ. Осиповой В.В., Вознесенской Т.Г. Изд. А.О."Гедеон Рихтер". – 2003. – 326 стр.
7. Штрибель.Х.В. Терапия хронической боли: практическое руководство // Под ред. Н.А.Осиповой, А.Б.Данилова, В.В.Осиповой; Перевод с нем.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.-304с.

Код МКГБ-2	Код МКБ-10NA ВОЗ	Диагноз
1.	[G43]	Мигрень
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] + [G40.x или G41.x]	Мигрень – триггер эпилептического припадка
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.		Возможная хроническая мигрень

2.	[G44.2]	Головная боль напряжения (ГБН)
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
3.	[G44.0]	Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии
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 инъектированием 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)
4.	[G44.80]	Другие первичные головные боли

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 громopodobная 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>)
5.	[G44.88]	Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи
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
6.	[G44.81]	Головные боли, связанные с поражениями сосудов головного мозга и шеи
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 Leukoencephalopathy (CADASIL)</i>)
6.7.2.	[G44.81]	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
7.	[G44.82]	Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями
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 (идопатическим) 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
8.	[G44.4 или G44.83]	Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой
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 G44.83]	Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов (абузусная головная боль)
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 приёма лекарственных препаратов
8.3.1.	[G44.418]	Головная боль, вызванная приёмом 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

9.		Головные боли, связанные с инфекциями
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
10.	[G44.882]	Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза
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

11.	[G44.84]	Головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
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
12.	[R51]	Головные боли, связанные с психическими заболеваниями
12.1.	[R51]	Головная боль, связанная с соматизированными расстройствами
12.2.	[R51]	Головная боль, связанная с психотическими нарушениями
13.	[G44.847, G44.848 или G44.85]	Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли
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 холодовыми 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 веществ)
13.12.	[G44.848]	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
14.	[R51]	Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли
14.1.	[R51]	Головные боли, полностью не подпадающие под диагностические критерии
14.2.	[R51]	Неустановленные (неклассифицируемые) головные боли