

Клинические рекомендации

Головная боль напряжения (ГБН)

Кодирование по Международной
статистической классификации
болезней и проблем, связанных со
здоровьем:

МКБ10: G44.2

Возрастная группа:

взрослые

Год утверждения:

2021

Разработчики клинических рекомендаций:

- **Всероссийское общество неврологов (ВОН)**
- **Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ)**

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	7
1.1 Определение	7
1.2 Этиология и патогенез.....	7
1.3 Эпидемиология	7
1.4 Кодирование по МКБ-10	8
1.5 Классификация	8
1.6 Клиническая картина.....	99
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики	100
2.1 Жалобы и анамнез	144
2.2 Физикальное обследование	155
2.3 Лабораторная диагностика	156
2.4 Инструментальная диагностика	166
2.5 Иная диагностика	1617
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	1818
3.1. Поведенческая терапия.....	1818

3.2 Купирование эпизодов головной боли	19
3.3 Профилактическое лечение.....	200
3.4 Иное лечение	266
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.	28
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	29
6. Организация медицинской помощи.....	29
6.1 Показания для экстренной госпитализации пациента в неврологическое отделение:	29
6.2 Показания для плановой госпитализации пациента в неврологическое отделение: .	29
6.3 Показания к выписке пациентов из неврологического отделения:	30
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	30
7.1 Оценка эффекта проводимой терапии у пациента с головной болью	31
8. Критерии оценки качества медицинской помощи.....	32
Список литературы:	34
Приложение А1. Состав рабочей группы	41
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	44
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	46
Приложение Б. Алгоритмы действий врача: ведения пациента с головной болью напряжения.....	47
Приложение В. Информация для пациента	48
Приложение Г	522
Дневник ГБ.....	522

Список сокращений

- АГБ – абюзусная головная боль
- БОС – биологическая обратная связь
- ВАШ – визуальная аналоговая шкала.
- ГБ – головная боль
- ГБН – головная боль напряжения
- ДПМ – дисфункция перикраниальных мышц
- КН – коморбидные нарушения
- КПТ – когнитивно-поведенческая терапия
- ЛИГБ – лекарственно-индуцированная (абюзусная) головная боль
- ЛФК - лечебная физкультура
- МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра
- МКГБ-3 – Международная классификация головных болей 3-го пересмотра
- МРТ - магнитно-резонансная томография
- МТС – мышечно-тонический синдром
- МФС – миофасциальный синдром
- НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
- РКИ – рандомизированные клинические исследования
- СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- УЗДГ - ультразвуковая доплерография
- ХГБН – хроническая головная боль напряжения
- ХМ – хроническая мигрень
- ЭГБН – эпизодическая головная боль напряжения

Термины и определения

Абузусная головная боль (АГБ) - см. лекарственно-индуцированная головная боль.

Виновные препараты (препараты, которыми злоупотребляют) – препараты, которые при избыточном приеме могут приводить к развитию лекарственно-индуцированной головной боли (все классы простых и комбинированных анальгетиков, нестероидные противовоспалительные препараты, опиоиды, триптаны).

Вторичные головные боли (ГБ) - ГБ, являющиеся симптомом другого заболевания (симптоматические) ГБ, возникающие *de novo* в тесной временной связи с другим (причинным) заболеванием, которое согласно по научным данным может быть причиной ГБ.

Головная боль напряжения (ГБН) - одна из наиболее распространенных форм первичной ГБ, проявляющаяся болевыми эпизодами продолжительностью от 30 минут до нескольких суток.

Дисфункция перикраниальных мышц (ДПМ) - болезненное напряжение мышц головы, лица и шеи.

Ингибиторные антиноцицептивные механизмы - система нисходящего противоболевого или антиноцицептивного контроля.

Коморбидные нарушения (КН) - одно или несколько патологических состояний, наблюдающихся у одного больного, этиопатогенетически связанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них.

Лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) – клиническая разновидность вторичной хронической ГБ, развивающаяся у пациентов с первичными ГБ (мигренью и ГБН) при избыточном применении препаратов для купирования ГБ.

Лекарственный абюзус (ЛА) - избыточное применение обезболивающих препаратов для купирования ГБ.

Первичные головные боли - идиопатические (доброкачественные) ГБ, которые не связаны с органической патологией головного мозга, церебральных сосудов, любых структур головы и шеи и системными заболеваниями.

Периферическая сенситизация – повышенный ответ возбужденных ноцицептивных нейронов периферической нервной системы в ответ на обычную и/или подпороговую стимуляцию.

Триггеры головной боли - эндогенные и экзогенные факторы, способные спровоцировать приступ/эпизод ГБ.

Факторы хронизации головной боли - генетические, метаболические, средовые, поведенческие и/или психические факторы, способствующие учащению имеющейся ГБ.

Хронизация головной боли - постепенное увеличение числа дней с ГБ в месяц.

Хронические головные боли - ГБ, которые возникают 15 и более дней в месяц в течение ≥ 3 месяцев.

Центральная сенситизация (ЦС) - усиление нервных импульсов в центральной нервной системе, что приводит к гиперчувствительности организма к болевым ощущениям. ЦС отражает повышенную активность систем восприятия боли, сниженную активность нисходящих ингибирующих боль путей и в результате нарушение эндогенного контроля боли.

Цефалгия – головная боль (синоним).

Цефалголог - невролог, специализирующийся на диагностике и лечении ГБ.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение

Головная боль напряжения (ГБН) — одна из наиболее распространенных форм первичной головной боли (ГБ), проявляющаяся двухсторонней ГБ давящего или стягивающего характера, слабой или умеренной интенсивности продолжительностью от 30 минут до нескольких суток. ГБ не усиливается при обычной физической активности и не сопровождается тошнотой, но могут наблюдаться снижение аппетита, фото- или фонофобия [1].

1.2 Этиология и патогенез

В происхождении ГБН принимают участие как периферические, так и центральные ноцицептивные (болевые) механизмы [2,3]. Периферические механизмы связаны с болезненным напряжением мышц головы и шеи, гипоксией мышц и выделением в кровь болевых провоспалительных медиаторов. В результате повышается возбудимость ноцицептивных нейронов передних рогов спинного мозга [3,4]. Основным центральным механизмом ГБН заключается в снижении активности ингибиторной антиноцицептивной системы ствола мозга, что облегчает передачу болевых импульсов и приводит к формированию центральной сенситизации (ЦС), что в свою очередь способствует хронизации ГБН [3]. При эпизодической ГБН (ЭГБН) существенную роль играют периферические патологические факторы, при хронической ГБН (ХГБН) – центральные, связанные с развитием ЦС. Аффективные нарушения (депрессия и тревога) способствуют хронизации имеющегося болевого синдрома [2,3,5].

1.3 Эпидемиология

Представленность ГБН в популяции на протяжении жизни составляет 78% [6]. Распространенность ГБН за один год в России в 2009-2011 гг. составила около 31% случаев [7]. Наибольшее распространение имеет ЭГБН (1 день с ГБ в месяц и менее), не требующая лечения. У 24–37% пациентов эпизоды ГБ отмечаются несколько раз в месяц, у 10% - еженедельно и у 2–3% наблюдается 15 и более дней с ГБ в месяц или ХГБН. У женщин ГБН встречается несколько чаще - приблизительно Ж:М=5:4. Средний возраст начала ГБН - 25-30 лет [8].

1.4 Кодирование по МКБ-10

Головная боль напряженного типа (эпизодическая и хроническая) (G44.2) [9].

Комментарии: хроническая головная боль напряжения (ХГБН) может сочетаться с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ) (G44.4) [9].

1.5 Классификация

В соответствии с последней версией Международной классификаций расстройств, сопровождающихся головной и лицевой болью (МКГБ-3, 2018), ГБН относится к первичным (доброкачественным) цефалгиям (часть I, МКГБ-3), которые не связаны с органическим поражением головного мозга, мозговых сосудов и других структур, расположенных в области головы и шеи, а также системными заболеваниями (табл.1) [1].

Таблица 1. Оглавление Международной Классификации Головной Боли-3 (2018) [1]

Часть I. Первичные головные боли
1. Мигрень
2. Головная боль напряжения
3. Тригеминальные вегетативные цефалгии
4. Другие первичные ГБ
Часть II. Вторичные головные боли
5. ГБ, связанные с травмой или повреждением головы и/или шеи
6. ГБ, связанные с поражением сосудов головного мозга и шеи.
7. ГБ, связанные с не сосудистыми внутричерепными поражениями
8. ГБ, связанные с различными веществами или их отменой
9. ГБ, связанные с инфекциями
10. ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза
11. Головные и лицевые боли, связанные с патологией структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
12. ГБ, связанные с психическими расстройствами
Часть III. Болевые краниальные невропатии, другие лицевые и головные боли
13. Болевые краниальные невропатии и другие лицевые боли
14. Другие ГБ

В соответствии с МКГБ-3 выделяют две основные формы ГБН: *эпизодическую (ЭГБН)*, возникающую не более 15 дней в месяц (или 180 дней в течение года) и *хроническую (ХГБН)* - более 15 дней в месяц (или более 180 дней в течение года). ЭГБН в свою очередь подразделяют на частую и нечастую ЭГБН (с последней формой пациенты как правило не обращаются за медицинской помощью).

В зависимости от наличия или отсутствия мышечной дисфункции различают ЭГБН и ХГБН «без напряжения» и значительно чаще встречаемую - «с напряжением перикраниальных мышц» [4]. При невыполнении одного из критериев ГБН может быть поставлен диагноз «Возможная головная боль напряжения» (табл. 2) [1].

Таблица 2. Классификация головной боли напряжения (согласно Международной Классификации Головной Боли-3, 2018) [1]

2. Головная боль напряжения
2.1. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения (ЭГБН)
2.1.1. Нечастая ЭГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.1.2. Нечастая ЭГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2. Частая эпизодическая головная боль напряжения (ЭГБН)
2.2.1. Частая ЭГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2.2. Частая ЭГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3. Хроническая головная боль напряжения (ХГБН)
2.3.1. ХГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3.2. ХГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.4. Возможная головная боль напряжения
2.4.1. Возможная нечастая ЭГБН
2.4.2. Возможная частая ЭГБН
2.4.3. Возможная ХГБН

1.6 Клиническая картина

ГБН проявляется повторяющимися эпизодами двусторонней диффузной сжимающей неппульсирующей ГБ по типу «каска» или «обруча» в лобной, височной, теменной, возможно затылочной области или во всей голове слабой или умеренной интенсивности (4-7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ)). ГБ не усиливается при выполнении обычной физической нагрузки; напротив, прогулка и легкая физнагрузка могут облегчить ГБН. Сопровождающие симптомы не характерны, однако возможно возникновение легкой

тошноты и снижение аппетита. Фотофобия и фонофобия при ГБН отмечаются редко и не развиваются одновременно, как при мигрени [1].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств –1).

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Рекомендована клиническая диагностика, основанная на анализе жалоб, данных анамнеза пациента, нормальных результатах неврологического осмотра и соответствии клинических проявлений заболевания диагностическим критериям МКГБ-3 (табл.3а-3i) [1].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий. В таблицах 3а-3i представлены диагностические критерии эпизодической и хронической ГБН и их подтипов.

Таблица 3а. Диагностические критерии нечастой эпизодической ГБН (согласно МКГБ-3, 2018) [1]

2.1. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения
А. По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой не более одного дня в месяц (не более 12 дней в год) и отвечающие критериям В– Д
В. Продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней
С. ГБ имеет как минимум две из следующих четырех характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).
Д. ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. отсутствие тошноты или рвоты; 2. только фото- или только фонофобия.
Е. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Таблица 3б. Диагностические критерии нечастой эпизодической ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (согласно МКГБ-3, 2018) [1]

2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
А. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.1 Нечастой эпизодической ГБН из МКГБ-3
В. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Таблица 3с. Диагностические критерии нечастой эпизодической ГБН, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (согласно МКГБ-3, 2018) [1]

2.1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
А. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.1 Нечастой эпизодической ГБН из МКГБ-3
В. Нет болезненности перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Таблица 3д. Диагностические критерии частой эпизодической ГБН (согласно МКГБ-3, 2018) [1]

2.2. Частая эпизодическая ГБН
А. По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой от 1 до 14 дней в месяц (более 12 дней на протяжении в среднем более 3-х месяцев и менее 180 дней в год) и отвечающие критериям В-Д .
В. ГБ продолжается от 30 минут до 7 дней.
С. ГБ имеет как минимум две из следующих четырех характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).
Д. ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. отсутствие тошноты или рвоты 2. только фото- или фонофобия
Е. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Таблица 3е. Диагностические критерии частой эпизодической ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (согласно МКГБ-3, 2018) [1]

2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
А. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.2. Частой эпизодической ГБН из МКГБ-3
В. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Таблица 3ф. Диагностические критерии частой эпизодической ГБН, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (согласно МКГБ-3, 2018) [1]

2.2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
А. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.2. Частой эпизодической ГБН из МКГБ-3
В. Нет болезненности перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Таблица 3г. Диагностические критерии хронической ГБН (согласно Международной Классификации Головной Боли-3, 2018) [1]

2.3. Хроническая ГБН (ХГБН)
А. ГБ, возникающая более 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3-х месяцев (более 180 дней в год), отвечающая критериям В–D .
В. ГБ продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер.
С. ГБ имеет как минимум две из следующих четырёх характеристик: <ol style="list-style-type: none"> 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).
D. ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: <ol style="list-style-type: none"> 1. только фото-, фонофобия или легкая тошнота; 2. отсутствие умеренной или сильной тошноты или рвоты.
Е. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Таблица 3h. Диагностические критерии хронической ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (согласно Международной Классификации Головной Боли-3, 2018) [1]

2.3.1 ХГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
А. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.3. Хронической ГБН из МКГБ-3
В. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Таблица 3i. Диагностические критерии хронической ГБН, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (согласно МКГБ-3, 2018) [1]

2.3.2 ХГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
А. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.3. Частой хронической ГБН из МКГБ-3
В. Нет болезненности перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Рекомендовано выставить соответствующий диагноз, например: «ХГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц» при выявлении у пациента болезненного напряжения в одной или более мышечных группах. Для этого проводится мануальная пальпация мышц пациента для определения напряжения перикраниальных мышц [1,4,6].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Сочетание ГБН и лекарственного абзуса. ГБН, особенно ХГБН, может сочетаться с лекарственным абзусом (ЛА). При значительном злоупотреблении обезболивающими препаратами возможно развитие лекарственно-индуцированной ГБ или абзусной ГБ

(ЛИГБ или АГБ), представленной в п.8.2 МКГБ-3 («Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов» (табл.4) [1].

Лекарственный абюзуз способствует увеличению количества эпизодов ГБ вплоть до развития ХГБН и рассматривается как один из ведущих факторов хронизации мигрени и ГБН)[2,8,14].

Таблица 4. Обобщенные диагностические критерии ЛИГБ (согласно МКГБ-3, 2018)
[1]

А. ГБ, возникающая ≥ 15 дней в месяц у пациента, исходно имеющего первичную ГБ
В. Регулярное злоупотребление на протяжении более чем 3-х месяцев одним или более препаратами для купирования острой боли и/или симптоматического лечения ГБ
С. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Рекомендована клиническая диагностика ЛИГБ, основанная на анализе жалоб, данных анамнеза пациента, типе исходной формы ГБ, нормальных результатах неврологического осмотра и на соответствии клинических проявлений заболевания диагностическим критериям МКГБ-3 (табл. 4) [1].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

***Комментарий:** диагностика ЛИГБ основывается на клинической оценке ГБ, анализе данных о числе, кратности приема обезболивающих средств и типе препаратов злоупотребления [1]. Для уточнения этих характеристик желательно ведение пациентами дневника ГБ (Приложение Г).*

ЛИГБ проявляется диффузной монотонной чаще утренней или ночной головной болью, которая нарастает по интенсивности с прекращением действия принятого ранее обезболивающего средства. Сходство клинических характеристик ЛИГБ и ХГБН нередко затрудняет дифференциальную диагностику этих цефалгий.

Основным диагностическим критерием ЛИГБ является «число дней с приемом обезболивающих средств в месяц»). Например, диагноз «ГБ, связанная с избыточным приемом комбинированных анальгетиков» выставляется при регулярном приеме одного или более комбинированных анальгетиков ≥ 10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, а «ГБ, связанная с избыточным приемом других НПВП» - при регулярном приеме одного или более НПВП ≥ 15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев [1,12].

Наибольший риск ЛИГБ отмечается при использовании комбинированных анальгетиков, содержащих наркотические компоненты (кодеинидр.), барбитураты и кофеин[10,13,15,16].

Инструментальные методы исследования для диагностики ЛИГБ не применяются вследствие их неинформативности [17].

Рекомендовано при выявлении ЛИГБ выставить два диагноза: ГБН и ЛИГБ (например, «ХГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц. ЛИГБ, связанная с избыточным приемом комбинированных анальгетиков».) [1,15].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

2.1 Жалобы и анамнез

Опрос пациента с ГБ проводят для выявления типичных для ГБН клинических характеристик. Это повторяющиеся эпизоды двусторонней диффузной сжимающей и неппульсирующей ГБ по типу «каска» или «обруча» в лобной, височной, теменной, возможно затылочной области или всей головы слабой или умеренной интенсивности (4-7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ)). ГБ не усиливается при выполнении обычной физической нагрузки; для ГБН не характерны сопровождающие симптомы, однако возможна легкая тошнота и снижение аппетита. Фотофобия и фонофобия при ГБН отмечаются редко и не развиваются одновременно, как при мигрени [1].

***Комментарий.** Эпизоды ГБ имеют продолжительность от 30 минут до нескольких дней; при ХГБН возможно присутствие ГБ на протяжении всего дня с периодическими усилениями и облегчениями боли.*

Рекомендуется выявить факторы, провоцирующие и облегчающие ГБ и получить данные о динамике заболевания на протяжении жизни [2,6,8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

***Комментарий.** Эпизоды ГБ провоцируются психическим или позным напряжением головы и шеи, а облегчаются в состоянии психологической релаксации и/или при расслаблении перикраниальных мышц. Поэтому частота болевых эпизодов может увеличиваться в периоды эмоционального напряжения и интенсивной работы, связанной с перенапряжением мышц головы, лица и шеи, и напротив, снижаться при положительных эмоциях, психологическом и мышечном расслаблении.*

Рекомендовано выявлять сопутствующие коморбидные нарушения (КН), которые могут поддерживать мышечное напряжение и существенно ухудшать качество жизни пациентов с ГБН. КН способствуют хронизации ГБН и требуют терапевтической коррекции [2,8,14].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий. Наиболее частыми КН у пациентов с ГБН являются депрессия, тревожные расстройства (в т.ч. панические атаки), соматоформные и сенестопатические расстройства, нарушение ночного сна и другие болевые синдромы (в т.ч. фибромиалгия).

2.2 Физикальное обследование

Рекомендовано исследование ГБ неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики [2,8,14,16,17].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии. При типичном течении ГБН не обнаруживаются патологических изменений в неврологическом статусе. Может отмечаться снижение настроения, признаки повышенной тревожности, вегетативные нарушения (гипервентиляция, ладонный гипергидроз, признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости в виде симптома Хвостека I-III степени), неспособность пациента к психологическому и мышечному расслаблению.

Рекомендовано провести пальпацию перикраниальных мышц с целью выявления болезненного мышечного напряжения (синонимы: дисфункция перикраниальных мышц (ДПМ), мышечно-тонический синдром (МТС), мышечный спазм) [2,4,6].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 4) .

Комментарии. Пальпацию следует проводить мелкими вращательными движениями вторым и третьим пальцами при надавливании с обеих сторон в области височных, жевательных, грудино-ключично-сосцевидных, трапецевидных мышц, а также в области задней группы мышц шеи (ременных, нижних косых).

Рекомендовано при выявлении болезненного напряжения в одной или более мышечных группах поставить соответствующий диагноз, например: «ХГБН с напряжением перикраниальных мышц» [1].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1) .

2.3 Лабораторная диагностика

Не рекомендованы для диагностики ГБН лабораторные методы исследования [2,6,8,14,16,17].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 4).

2.4 Инструментальная диагностика

Не рекомендовано проведение инструментальных исследований при типичной клинической картине ГБН и нормальных данных неврологического осмотра у пациентов для диагностики ГБН, поскольку они не выявляют специфических для этого заболевания изменений [6,8,11,14,16,17].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 4).

Рекомендованы инструментальные исследования и консультации специалистов при подозрении на симптоматический характер ГБ, то есть при нетипичном течении ГБН или при обнаружении одного или более «сигналов опасности» (табл. 5) [2, 6,8,11,14,16].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 4).

Таблица 5. Переченьстораживающих симптомов - «сигналов опасности» у пациентов с головной болью [8,14-16].

1) ГБ, впервые возникшая после 50 лет, или ГБ, изменившая свое течение
2) «Громоподобная ГБ» или ГБ, нарастающая до 10 баллов по визуальной аналоговой шкале за 1-2 секунды
3) Строго односторонняя ГБ
4) Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий
5) Внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ
6) Атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/или продолжительностью >1 часа)
7) Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения
8) Очаговые неврологические знаки и симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность шеи, артралгии или миалгии)
9) Признаки внутричерепной гипертензии (усиление ГБ при кашле, натуживании, физическом напряжении)
10) Отек диска зрительного нерва
11) ВИЧ-инфекция, онкологическое, эндокринное и другое системное заболевание или травма головы в анамнезе
12) Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде
13) Неэффективность адекватного проводимого лечения

2.5 Иная диагностика

2.5.1 Дневник головной боли

Для установления числа дней с ГБ в месяц (определение формы ГБН) и числа дней с приемом обезболивающих препаратов целесообразно ведение пациентом *дневника ГБ* (Приложение Г) [2,5,8].

Комментарии. Ведение *дневника ГБ* в течение 1-3 месяцев помогает пациенту и врачу отличить один вариант ГБ от другого (например, приступ мигрени от эпизода ГБН), установить число дней с ГБ в месяц и число дней с приемом обезболивающих средств в месяц. Использование *дневника ГБ* является обязательным для пациента в специализированных центрах ГБ.

2.5.2 Дифференциальная диагностика

Рекомендована дифференциальная диагностика ГБН и мигрени, ГБ, связанной с интракраниальной венозной дисфункцией, ГБ, связанной с изменением ликворного давления, миофасциальной дисфункцией перикраниальных мышц и с цервикогенной ГБ. У пациентов с ХГБН необходимо проводить дифференциальную диагностику с хронической мигренью (ХМ). Для облегчения дифференциальной диагностики целесообразно ведение пациентом *дневника ГБ* [2,6,8,11,15].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии. Трудности дифференциальной диагностики ХГБН и ХМ связаны с тем, что ведущими клиническими проявлениями ХМ являются как сохраняющиеся частые приступы М, так и ГБН-подобная «фоновая» боль. В этом случае следует опираться на данные раннего анамнеза: у пациентов с ХМ в отличие от ХГБН в начале заболевания отмечаются типичные приступы эпизодической мигрени и другие, характерные для мигрени признаки (наследственный анамнез, типичные мигренозные триггеры, облегчение ГБ во время беременности)[15,18].

Рекомендовано при сочетании ГБН с другими формами первичных и вторичных цефалгий внести другие формы ГБ в диагноз, например: «ЭГБН с напряжением перикраниальных мышц. Мигрень без ауры» [1, 8].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 4).

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Рекомендованы три подхода к лечению ГБН: поведенческая терапия, купирование эпизодов ГБ и профилактическая терапия [2,8,14,15]

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии. Лечение ГБН направлено на нормализацию эмоционального состояния пациента, устранение мышечного напряжения, коррекцию КН, в первую очередь, психических нарушений, и при необходимости преодоление лекарственного абзуса/лечение ЛИГБ

3.1. Поведенческая терапия

Рекомендовано проведение поведенческой терапии, направленной на модификацию образа жизни пациента [2,5,14,19].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии. Основные положения поведенческой терапии включают:

1. разъяснение пациентам доброкачественной природы ГБН и механизмов ее возникновения и разубеждение в наличии органической причины ГБ;
2. обоснование нецелесообразности дополнительных исследований (за исключением случаев подозрения на симптоматический характер ГБ);
3. разъяснение роли провокаторов эпизодов ГБН: эмоционального и мышечного напряжения, коморбидных эмоциональных расстройств (тревоги, депрессии и фобических нарушений);
4. разъяснение необходимости обучения психологическому и мышечному расслаблению;
5. обсуждение роли факторов риска учащения (хронизации) ГБН: лекарственного абзуса, мышечного напряжения, эмоциональных факторов; пациентам с ХГБН, злоупотребляющим обезболивающими средствами, следует разъяснить необходимость отказа от приема обезболивающих;
6. разъяснение целей лечения, механизмов действия профилактических препаратов и пользы от использования немедикаментозных методов.

3.2 Купирование эпизодов головной боли

Рекомендованы для купирования эпизодов ГБН простые анальгетики/нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (табл.6) [5,6,20-23,25].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Не рекомендованы для купирования эпизодов ГБН любые препараты, содержащие метамизол натрия в связи с высоким риском развития агранулоцитоза, серотонинергические средства или триптаны, опиоидные анальгетики, миорелаксанты, а также комбинированные обезболивающие лекарственные средства, содержащие помимо простого анальгетика кодеин или барбитураты в связи с высоким риском развития ЛИГБ [11,21,22].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

Таблица 6. Лекарственные средства для купирования приступа ГБН [20-28]

Вещество	Разовая доза, мг	Уровень убедительности рекомендаций	Нежелательные явления
Ибупрофен	200-800	А	НПВП-гастропатия, риск кровотечения
Кетопрофен	25	А	То же
Ацетилсалициловая кислота	500-1000	А	То же
Напроксен	375-500	А	То же
Диклофенак	12,5-100	А	То же. Изучены при головной боли напряжения только для доз 12,5-25 мг
Парацетамол	1000	А	Менее выражены, чем у НПВП
Кофеин в составе комбинированных анальгетиков	65-200	В	См. комментарии*

***Комментарии:** комбинация с кофеином в дозе 65–200 мг повышает эффективность препаратов, содержащих ибупрофен [26] и парацетамол [24,26-28], но, возможно, также увеличивает риск развития ЛИГБ у пациентов с ГБ. Поэтому комбинированные препараты, содержащие кофеин, имеют уровень рекомендаций В.*

При назначении пациентам с ГБ обезболивающих средств необходимо использовать следующие принципы:

1. выбор анальгетического средства должен быть сделан на основании их эффективности и возможных побочных эффектов;
2. НПВП более эффективны, чем ацетилсалициловая кислота, которая, в свою очередь, более эффективна, чем парацетамол;
3. более быстрый эффект достигается при применении диспергируемых форм обезболивающих средств (ибупрофена, кетопрофена, ацетилсалициловой кислоты).
4. применение НПВП возможно у пациентов с ЭГБН при частоте эпизодов ГБ не более 2 раз в неделю (до 10 болевых дней в месяц); при увеличении частоты использования этих средств их эффект снижается, и возникает риск развития ЛИГБ;
5. при использовании НПВП необходимо учитывать возможные побочные явления, в первую очередь, воздействие на желудочно-кишечный тракт и риск кровотечений;
6. использование комбинированных средств, содержащих парацетамол, ацетилсалициловую кислоту и кофеин более эффективно, чем монотерапия, однако при использовании этих препаратов более 8 дней в месяц возникает риск развития ЛИГБ.

3.3 Профилактическое лечение

Рекомендована профилактическая терапия у пациентов с частой ЭГБН и ХГБН с целью уменьшения частоты эпизодов ГБ [29-36].**Error! Reference source not found.**

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии. Общие рекомендации по ведению пациентов с ГБН включают:

1. следует разъяснить пациенту целесообразность терапии антидепрессантами, механизмы действия и возможные побочные эффекты назначаемых лекарственных средств, например, что антидепрессанты обладают не только антидепрессивным, но и противоболевым действием;
2. для минимизации побочных эффектов целесообразно медленное (постепенное) увеличение дозы препаратов;
3. необходимо продолжительное использование выбранного профилактического средства в адекватно переносимой дозе на протяжении 6-12 месяцев;
4. при отсутствии эффекта в течение 3-х месяцев следует отменить выбранное профилактическое средство и использовать другой препарат или комбинацию средств;
5. при наличии положительного эффекта через 6-12 месяцев следует прекратить профилактическое лечение.

Рекомендовано оценивать эффективность лечения через 3 месяца после начала приёма лекарственного средства в рекомендованной дозе [2,8,11].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендованы антидепрессанты для профилактической терапии ГБН (табл.7).

Уровень убедительности рекомендаций – А-В (уровень достоверности доказательств – 1-4).

Таблица 7. Лекарственные средства для профилактического лечения головной боли напряжения [15,16,29-33,35,36]

Вещество	Суточная доза, мг	Уровень убедительности рекомендаций
Амитриптилин	50-150	А
Кломипрамин	75-150	В
Доксепин *	50-150	В
Венлафаксин	150	В
Миртазапин	30	В

*Доксепин и его дженерики в настоящее время отсутствуют в РФ

***Комментарии.** Эффект антидепрессантов обусловлен их собственным противоболевым действием вследствие усиления активности антиноцицептивных систем [3,6]. Анальгетическое действие наступает раньше, чем собственно антидепрессивный эффект и наблюдается при использовании антидепрессантов в меньших дозах.*

Рекомендован амитриптилин в качестве препарата первого выбора для профилактической терапии ГБН [15,31,32].**Error! Reference source not found.**

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

***Комментарии.** Лечение амитриптилином начинают с небольших доз (5-10 мг в сутки), затем каждую неделю суточную дозу увеличивают (титруют) на 5-10 мг в сутки до наступления клинического эффекта или появления нежелательных явлений; средняя эффективная доза амитриптилина составляет 50-75 мг в сутки (разброс от 25 до 150 мг в сутки). Для облегчения переносимости препарата и у пациентов с сопутствующими жалобами на нарушение ночного сна большая часть дозы амитриптилина должна быть принята за 1-2 часа до сна. Важно разъяснить пациенту, что, хотя амитриптилин*

является антидепрессантом, он также обладает выраженным противоболевым действием и высокой эффективностью в лечении ГБН.

Рекомендованы кломипрамин, доксефин, венлафаксин и миртазапин в качестве препаратов второго выбора (табл.7) [6,11,15,33- 36].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии:

1. при отсутствии эффекта через 3 месяца приёма терапевтической дозы amitriptyline или при его плохой переносимости могут быть использованы кломипрамин, доксефин или венлафаксин [36,37]. Эффективность других антидепрессантов в профилактике ГБН недостаточно доказана;
2. антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) обладают менее выраженными противоболевыми свойствами и не имеют достаточной доказательной базы в лечении ХГБН, однако лучше переносятся пациентами из-за менее выраженных побочных явлений [30]. Возможно применение препаратов из группы СИОЗС при наличии у пациента с ГБН сопутствующих панических и/или фобических расстройств, при которых этот класс антидепрессантов имеет уровень доказательности А;
3. при выборе средств из группы антидепрессантов следует учитывать характер сопутствующих КН (панические атаки, тревожно-фобические, соматоформные, невротические и астенические расстройства, нарушения сна и др.) [38]. Предпочтение следует отдавать лекарственному средству с соответствующим дополнительным лечебным действием: анксиолитическим, седативным, гипнотическим, противотревожным или активирующим. Например, при наличии у пациента с ГБН тревожно-фобических нарушений целесообразно применение антидепрессантов с седативным и противотревожным действием (амитриптилин или кломипрамин), при ведущих депрессивных и астенических проявлениях – средств с активирующим влиянием (флуоксетин). При сенесто-ипохондрических и соматизированных нарушениях необходима консультация и дальнейшее наблюдение психиатра.

Рекомендованы для профилактики ХГБН лекарственные средства из группы антиконвульсантов в качестве препаратов резерва при неэффективности или непереносимости антидепрессантов [39].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 4).

Рекомендованы миорелаксанты тизанидин (6-8 мг в сутки) и толперизон (450 мг в сутки) в качестве дополнительной терапии у пациентов с ХГБН, имеющих выраженное напряжение перикраниальных мышц [2,8,11,40].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии. Длительность терапии миорелаксантами составляет не более 2 месяцев (в среднем 3-4 недели). Поскольку клинический эффект этих лекарственных средств наступает быстрее, чем у антидепрессантов, назначение комбинированной терапии - применение антидепрессанта вместе с миорелаксантом - может способствовать увеличению приверженности пациентов лечению.

Не рекомендованы вазоактивные и ноотропные средства для профилактики ГБН [11,29,31].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий. Вазоактивные и ноотропные лекарственные средства не обладают доказанным специфическим действием в профилактическом лечении ГБН, однако они могут применяться у пациентов с ГБН в качестве дополнительных средств для коррекции легких когнитивных нарушений [8].

3.4 Особенности лечения ГБН, сочетающейся с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ)

Рекомендовано у пациентов с сочетанием ХГБН и ЛИГБ лечение ЛИГБ, включающее поведенческую терапию, отмену препаратов злоупотребления и профилактическое лечение ГБН [8,15,19,29, 41,42Тасор].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

Рекомендована поведенческая терапия (информирование пациентов) для предотвращения развития ЛИГБ у пациентов с частой эпизодической ГБН [10,19,41,42].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Пациенты с частой эпизодической ГБН (число дней с ГБ 8 и более в месяц и около 8-10 дней с приемом обезболивающих средств в месяц) представляют группу риска по развитию ЛИГБ. У пациентов группы риска предотвращение лекарственного злоупотребления с помощью поведенческой терапии более эффективно, чем лечение уже развившейся ЛИГБ.

Основные стратегии профилактики развития ЛИГБ в группе риска включают: информирование пациентов о безопасном режиме приема средств для купирования болевых эпизодов (не чаще 2 дней в неделю – не более 8 дней в месяц) и контроль других факторов риска хронизации ГБН (эмоциональный стресс, тревога, депрессия, напряжение перикраниальных мышц). Необходимо объяснить пациенту, что злоупотребление препаратами для купирования эпизодов ГБН способствует учащению дней с ГБ (хронизации ГБН и развитию ЛИГБ), и что единственный путь к облегчению ГБ - это отмена препарата(ов) злоупотребления.

Рекомендованы консультирование и советы по временной отмене или значительному сокращению приема препаратов, вызвавших ЛИГБ, у пациентов, злоупотребляющих анальгетиками [43-45]

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

***Комментарии:** Эти методы недостаточно эффективны у пациентов с коморбидными психическими нарушениями (депрессия, тревога), злоупотребляющих опиоидами, транквилизаторами, барбитуратами или несколькими классами обезболивающих средств одоовременно, и у имеющих неудачные попытки отмены препаратов злоупотребления в анамнезе [44-46]*

Рекомендована отмена препарата(ов) злоупотребления или существенное ограничение их приема с целью лечения ЛИГБ и облегчения обратной трансформации ХГБН в эпизодическую форму [41,42].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

***Комментарий:** Может применяться как полная, так и частичная отмена препарата(ов) злоупотребления. Число дней с приемом любых обезболивающих средств не должно превышать 2 в неделю (8 в месяц). Отмену неопиодных анальгетиков можно проводить в амбулаторных условиях; отмену опиоидов, барбитурат-содержащих анальгетиков, в том числе при сочетании со злоупотреблением бензодиазепинами, - в условиях стационара/дневного стационара [43,44]*

Рекомендованы в период отмены кортикостероиды, НПВС, противорвотные средства и анксиолитики для лечения «рикошетной» ГБ, и других симптомов отмены (Таб. 8) [10,47-50].

Уровень убедительности рекомендаций – В-С (уровень достоверности доказательств – 3-5).

Таблица 8. Лекарственные средства, рекомендованные для лечения ГБ отмены и других симптомов отмены у пациентов с ЛИГБ

Лекарственные средства	Дозы (разовая/суточная) и путь введения	Комментарий
Преднизолон	100 мг или 1мг на кг веса (в среднем 60 мг в сутки)	Существуют 2 схемы: 100 мг 5 дней или 60 мг с постепенным снижением дозы на 5-10 мг каждые 3 дня в течение 1-2 недель вплоть до отмены препарата
Метилпреднизолон	125-500 мг на 250.0 - 400.0 мл физ р-ра внутривенно капельно 1р в сут, 5 дней	Возможно сочетание с диазепамом 10 мг внутривенно капельно
Дексаметазон	8 мг на 250.0- 400.0 мл физ р-ра внутривенно капельно 1р в сут, 5 дней	Дексаметазон предотвращает возврат головной боли
Целекоксиб	400 мг в сутки перорально 5 дней, затем снижение дозы по 100 мг каждые 5 дней	
Метоклопрамид	10 мг 1р в сутки перорально или внутримышечно 5-7 дней	
Диазепам	5-15 мг на 250.0 мл физ р-ра внутривенно капельно 1р в сут, 5 дней	

Комментарий: Лечение ГБ отмены (детоксикацию) следует проводить в первые две недели периода отмены. Выбор препаратов определяется клиническими проявлениями (например, при наличии рвоты целесообразно применение противорвотных средств).

В период отмены привычных «виновных» анальгетиков в качестве альтернативных обезболивающих средств могут применяться препараты тех классов, которыми пациент ранее не злоупотреблял (например, при злоупотреблении комбинированными анальгетиками, особенно содержащими кодеин, могут быть рекомендованы простые анальгетики)

При назначении кортикостероидов или НПВС необходимо добавлять ингибиторы протонной помпы (омепразол) для снижения риска нежелательных явлений со стороны ЖКТ. Пациентам, злоупотребляющим опиоидами, бензодиазепинами, барбитуратами, необходим мониторинг метаболических показателей крови, артериального давления и восполнение жидкости (в т.ч. обильное питье).

Рекомендуется наряду с лечением ЛИГБ профилактическая терапия ГБН (табл.7) [29-36].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

***Комментарий:** Профилактическую терапию ХГБН сочетающейся с ЛИГБ, предпочтительно начинать вместе с отменой препарата(ов), вызвавшего(их) ЛИГБ и лечением ГБ отмены, однако можно назначать ее и до отмены препаратов злоупотребления [42-45]*

Рекомендован amitriptyline в качестве препарата первого выбора для профилактической терапии ХГБН, сочетающейся с ЛИГБ[32, 45,46]

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

***Комментарий:** в клинической практике возможно использование и других антидепрессантов, но их эффективность при ЛИГБ не доказана*

Рекомендовано врачам общей практики и неврологам, которые испытывают трудности ведения пациентов с ЛИГБ, кратко разъяснить пациенту негативную роль лекарственного абзуса в учащении ГБ, проинформировать его о необходимости полного или частичного отказа от приема препаратов злоупотребления и перенаправить пациента к специалисту по диагностике и лечению ГБ или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [8,10,11].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

3.4 Иное лечение

3.4.1 Немедикаментозное лечение

Рекомендовано комбинировать фармакологическое лечение у пациентов с ГБН с немедикаментозными методами терапии (табл. 8) [51-54].

Уровень убедительности рекомендаций – А-В (уровень достоверности доказательств – 1-3)

Таблица 8. Нелекарственные методы лечения у пациентов с головной болью напряжения [51-73]

Нелекарственные методы лечения	Уровень убедительности рекомендаций
Электромиографическая биологическая обратная связь*	А
Когнитивно-поведенческая терапия	А
Физиотерапия	В
Акупунктура	В
Транскраниальная магнитная стимуляция	В

*БОС-- тренинг с обратной связью по электромиографической активности мышц скальпа и шеи

Рекомендован метод биологической обратной связи (БОС) по электромиограмме перикраниальных мышц для обучения пациентов с ГБН психологическому и мышечному расслаблению [53].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий. Экспериментальные работы [63] демонстрируют увеличенные активности антиноцицептивных систем с увеличением уровня β -эндорфинов в плазме крови на фоне применения метода БОС. Серия повторных сеансов (от 8 до 15) БОС позволяет существенно снизить у пациентов с ГБН частоту эпизодов ГБ и уровень тревоги.

Рекомендована когнитивно-поведенческая терапия, в том числе релаксационный тренинг и майндфулнесс-терапия. [53-56].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: Одним из психологических методов лечения пациентов с ГБН, особенно хронической формы заболевания, является майндфулнесс-терапия, основанная на осознанности своего состояния и направленная на повышение концентрации внимания пациента на текущих жизненных событиях, умение преодолевать стресс и получать удовольствие от жизни [55,56].

Рекомендована физиотерапия [51,54,57-61].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарий. Вклад различных методов физиотерапевтического воздействия в эффективность терапии пациентов с ГБН неравнозначен. Физиотерапия должна включать постизометрическую релаксацию и лечебную физкультуру (ЛФК).

Постизометрическая релаксация является одним из наиболее эффективных физиотерапевтических методов, используемых для лечения пациентов с ГБН как самостоятельный метод, так и в сочетании с лекарственной терапией [57-59].

Программа ЛФК включает упражнения на укрепление глубоких мышц шеи, координацию, растяжение мышц, коррекцию осанки, дыхательные упражнения, а также аэробные нагрузки [68], силовые тренировки [60] и занятия йогой с меньшим уровнем доказательности [61]. Как правило, рекомендовано проведение не менее 10 сеансов.

Рекомендована акупунктура как дополнительный метод терапии в комбинации с другими нелекарственными вариантами лечения и фармакологической терапией [62,64,65,70,71].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарий: При наличии триггерных точек в напряжённых перикраниальных мышцах и мышцах шеи у пациентов с ГБН, сопровождающейся напряжением перикраниальных мышц, показана пункция триггерных точек сухой иглой [71].

Рекомендована транскраниальная магнитная стимуляция [72,73].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.

Реабилитационные мероприятия у пациентов с ГБН не разработаны. В дополнение к перечисленным нелекарственным методам лечения могут быть рекомендованы релаксационный и аутотренинг, общеукрепляющие и водные процедуры, занятия фитнесом, массаж воротниковой зоны, мануальная терапия, остеопатия и санаторно-курортное лечение [2,8,58,73,74].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

Рекомендовано для профилактики ГБН разъяснение пациентам роли провоцирующих факторов (в первую очередь, стресса и позного мышечного напряжения) и необходимости их избегать [2,8,54,56,57,66,67].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано для предотвращения учащения эпизодов ГБН разъяснение пациентам роли факторов хронизации ГБ в частности, лекарственного злоупотребления, хронического эмоционального стресса, депрессии, тревоги и перенапряжения перикраниальных мышц, а также необходимости модификации образа жизни пациентов [2,5,8,19].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии. *Разъяснительная работа может проводиться врачами общей практики и неврологами, к которым обращаются пациенты с ГБН. Следует рекомендовать избегать длительной работы в вынужденной позе со статическим напряжением перикраниальных мышц, конфликтных и стрессорных ситуаций, избыточного приема обезболивающих средств, обучение психологическому и мышечному расслаблению.*

6. Организация медицинской помощи

6.1 Показания для экстренной госпитализации пациента в неврологическое отделение:

- 1) Головная боль, сопровождающаяся изменением сознания
- 2) Головная боль, сопровождающаяся лихорадкой и менингеальными симптомами
- 3) Головная боль с нарастающей очаговой неврологической симптоматикой
- 4) Головная боль с нарастающей общемозговой симптоматикой
- 5) «Громоподобная» головная боль

6.2 Показания для плановой госпитализации пациента в неврологическое отделение:

- 1) Прогрессирующая головная боль
- 2) Некупируемая головная боль
- 3) Головная боль, связанная с избыточным потреблением опиоидов, барбитурат- и бензодиазепин-содержащих обезболивающих средств

6.3 Показания к выписке пациентов из неврологического отделения:

- 1) Купирование головной боли
- 2) Уменьшение головной боли до 3-4 баллов по визуальной аналоговой шкале
- 3) Успешная замена препарата злоупотребления на адекватную лекарственную терапию

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Течение заболевания может существенно ухудшаться у пациентов с ГБН при отсутствии лечения и при применении неадекватного лечения.

Одной из предпосылок для назначения неэффективного лечения является установление вместо диагноза «ГБН» ложных, так называемых «органических» диагнозов [2,8,75].

Комментарий: *Примеры ошибочных диагнозов, маскирующих диагноз ГБН:*

- дисциркуляторная энцефалопатия
- остеохондроз шейного отдела позвоночника;
- вегетососудистая дистония с цефалгическим синдромом;
- гипертензионно-гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом;
- ГБ, связанная с артериальной гипертензией;
- посттравматическая ГБ.

Не рекомендуется устанавливать вместо диагноза «ГБН» ошибочные диагнозы [2,8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

К установлению ложных диагнозов нередко приводит неверная трактовка результатов полученных инструментальных исследований [2,8,75].

Комментарии. *Неспецифические изменения, выявленные при проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга и шейного отдела позвоночника, ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) и /или дуплексном исследовании сосудов головы и шеи часто ошибочно расцениваются врачами как признаки органического поражения головного мозга или церебральных сосудов.*

Например, незначительное снижение линейной скорости кровотока на ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) краниовертебральных артерий часто является основанием для ошибочных диагнозов «дисциркуляторная энцефалопатия» или «хроническая ишемия головного мозга», незначительное расширение субарахноидальных пространств – для диагноза «гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом», а признаки дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника – для диагноза «остеохондроз шейного отдела позвоночника с цефалгическим синдромом». Установление неверного диагноза приводит к выбору неадекватного лечения (например, вазоактивных лекарственных средств), которое не улучшает течение ГБН, а, напротив, способствует ее хронизации.

Установление неверного диагноза в свою очередь является причиной выбора неправильной тактики лечения [2,8,75].

Комментарий. *Например, если вместо диагноза «ХГБН» устанавливается диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия», то пациенту будут рекомендованы вазоактивные и ноотропные лекарственные средства, а не антидепрессанты, обладающие доказанной эффективностью в лечении ГБН [8,75].*

Перечисленные ошибки диагностики и неадекватное лечение могут приводить к ухудшению качества жизни пациентов, повышают риск лекарственного злоупотребления, что в конечном итоге способствует хронизации ГБН.

7.1 Оценка эффекта проводимой терапии у пациента с головной болью

Рекомендовано профилактическое лечение считать эффективным, если частота эпизодов ГБН (число дней с ГБ в месяц) сокращается через 3-х месяца терапии на 50% и более от исходной. [8,11,15].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано к дополнительным критериям эффективности относить: уменьшение использования обезболивающих препаратов и выраженности коморбидных нарушений (улучшение настроения, снижение тревоги, нормализация сна), повышение работоспособности, уровня социальной адаптации и качества жизни пациента в целом [2,6,37].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

8. Критерии оценки качества медицинской помощи

Таблица 9. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым с головной болью напряжения [2,6,10].

№	Критерий качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Выполнен осмотр врачом-неврологом и установлена форма ГБН в соответствии с критериями МКГБ-3	1	A
2.	Выполнен поискстораживающих симптомов для исключения симптоматической природы ГБ	1	A
3.	При выявлении одного или более «сигналов опасности» и/или нетипичном течении ГБН проведены необходимые дополнительные обследования и/или пациент перенаправлен в профильное учреждение для дальнейшего наблюдения и лечения	1	A
4.	У пациентов с частыми эпизодами ГБН выполнена клиническая диагностика ЛИГБ/лекарственного абзуса в соответствии с критериями МКГБ-3	1	A
5.	У пациента с ГБН выполнена клиническая диагностика основных коморбидных нарушений	4	B
6.	Проведена поведенческая терапия	1	A
7.	При частой ЭГБН и ХГБН назначено одно или комбинация адекватных профилактических лекарственных средств (не менее, чем на 3 месяца): - amitриптилин - другие антидепрессанты - миорелаксанты - другие лекарственные средства	1 4 5 4	A B C B/C
8.	При выявлении ЛИГБ/лекарственного абзуса проведены: • поведенческая терапия • полная или частичная отмена препарата(ов) злоупотребления	1 1 4 5	A A B C

	<ul style="list-style-type: none"> детоксикационная терапия подбор обезболивающего средства другой фармакологической группы для купирования ГБ на период отмены препарата(ов) злоупотребления профилактическое лечение ГБН 	1	A
9.	При необходимости/возможности назначены адекватные немедикаментозные методы лечения	1/5	A/C
10.	Выполнен динамический осмотр пациента через 3 месяца профилактического лечения	3	B
11.	Число дней ГБ в месяц через 3 месяца адекватной профилактической терапии уменьшилось не менее, чем на 50%	1	A
12.	Улучшилась работоспособность и качество жизни пациента	4	B
13.	Пациент с тяжелым течением ГБН (<i>хроническое течение, сопутствующая ЛИГБ, выраженные КН</i>) перенаправлен к цефалгологу/в специализированный центр ГБ/специализированное отделение для дальнейшего наблюдения	4	B

Список литературы:

1. The The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). Cephalalgia. 2018; 38(1): 1-211.
2. Артеменко А.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г. с соавт. Первичные головные боли хронического течения (диагностика, клиника, терапия). Методические рекомендации №26. Правительство Москвы, департамент здравоохранения г.Москвы, 2014; 28 с.
3. Bendtsen L. Central and peripheral sensitization in tension-type headache. Curr. Pain Headache Rep. 2003; 7(6): 460-465.
4. Осипова В.В. Дисфункция перикраниальных мышц при первичной головной боли и ее коррекция. Неврология,нейропсихиатрия,психосоматика. 2011; 4: 29-35.
5. Holroyd K.A., Martin P.R., Nash J.M. Psychological treatments of tension-type headache. In: Olesen J.,Goadsby P.J.,Ramadan N. et al.The Headaches, 3rd edn. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2005: 711-719.
6. Bendtsen L., Evers S., Linde M. et al. EFNS. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache-report of an EFNS task force. Eur. J. Neurol. 2010; 17(11): 1318-1325.
7. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A. et al. Lifting the Burden.The prevalence of primary headache disorders in Russia: a country wide survey.Cephalalgia. 2012; 32(5): 373-381.
8. Осипова В.В. Мигрень и головная боль напряжения. В: Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 424 с.
9. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, 2016. <https://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>.
10. Trucco M., Meineri P., Ruiz L., Gionco M. Medication overuse headache: withdrawal and prophylactic therapeutic regimen. Headache. 2010; 50: 989–997.
11. Bendtsen L., Birk S., Kasch H. et al. Reference programme: Diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 2nd Edition, 2012. J. Headache Pain. 2012; 13: S1–S29.
12. Zeeberg P., Olesen J., Jensen R. Medication overuse headache and chronic migraine in a specialized headache centre: field-testing proposed new appendix criteria. Cephalalgia. 2009; 29(2): 214-220.
13. Westergaard M.L., Hansen E.H., Glümer C. et al. Definitions of medication-overuse headache in population-based studies and their implications on prevalence estimates: a systematic review. Cephalalgia. 2014; 34(6): 409-425.

14. Silver N. Headache (chronic tension-type). *BMJ Clin. Evid.* 2007; 1: 1-21.
15. Tassorelli C., Jensen R., Allena M. et al. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: Evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalalgia.* 2014; 34: 645–655.
16. Mitsikostas D., Ashina M., Craven A. et al. European headache federation consensus on technical investigation for primary headache disorders on behalf of EHF committee. *J. Headache Pain.* 2016; 17: 5.
17. American Academy of Neurology. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurological examinations. *Neurology.* 1994; 44: 1353–1354.
18. Осипова В.В., Филатова Е.Г., Артеменко А.Р. с соавт. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова* 2017; 2: 28-42.
19. Verhagen A.P., Damen L., Berger M.Y. et al. Behavioral treatments of chronic tension-type headache in adults: are they beneficial? *CNS Neurosci. Ther.* 2009; 15: 183-205.
20. Derry S., Wiffen P.J., Moore R.A., Bendtsen L. Ibuprofen for acute treatment of episodic tension-type headache in adults (Review). *Cochrane Database of Syst. Rev.* 2015; 7: CD011474.
21. Stephens G., Derry S., Moore R.A. Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; 6: CD011889.
22. Derry S., Wiffen P.J., Moore R.A. Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017; 13(1): CD011888.
23. Veys L., Derry S., Moore R.A. Ketoprofen for episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; 9: CD012190.
24. Pini L.A., Del B.E., Zanchin G. et al. Tolerability and efficacy of a combination of paracetamol and caffeine in the treatment of tension-type headache: a randomised, double-blind, double-dummy, cross-over study versus placebo and naproxen sodium. *J. Headache Pain.* 2008; 9: 367-373.
25. Prior M.J., Cooper K.M., May L.G., Bowen D.L. Efficacy and safety of acetaminophen and naproxen in the treatment of tension-type headache. A randomized, double blind, placebo-controlled trial. *Cephalalgia.* 2002; 22: 740-748.
26. Diamond S., Balm T.K., Freitag F.G. Ibuprofen plus caffeine in the treatment of tension-type headache. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2000; 68: 312-319.

27. Migliardi J.R., Armellino J.J., Friedman M. et al. Caffeine as an analgesic adjuvant in tension headache. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1994; 56: 576-586.
28. Ward N., Whitney C., Avery D., Dunner D. The analgesic effects of caffeine in headache. *Pain.* 1991; 44: 151-155.
29. Ghadiri-Sani M., Silver N. Headache (chronic tension-type). *BMJ Clin. Evid.* 2016; 5: 1205.
30. Moja P.L., Cusi C., Sterzi R.R., Canepari C. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for preventing migraine and tension-type headaches. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005; 3: CD002919.
31. Mesa-Jiménez J.A., Lozano-López C., Angulo-Díaz-Parreño S. et al. Multimodal manual therapy vs. pharmacological care for management of tension type headache: A meta-analysis of randomized trials. *Cephalalgia.* 2015; 35(14): 1323-1332.
32. Palacios-Ceña M., Wang K., Castaldo M. et al. Variables associated with the use of prophylactic amitriptyline treatment in patients with tension-type headache. *Clin. J. Pain.* 2019; 35(4): 315-320.
33. Langemark M., Loldrup D., Bech P., Olesen J. Clomipramine and mianserin in the treatment of chronic tension headache. A double-blind, controlled study. *Headache.* 1990; 30: 118-121.
34. Bendtsen L., Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology.* 2004; 62(10): 1706-1711.
35. Zissis N., Harmoussi S., Vlaikidis N. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of venlafaxine XR in out-patients with tension-type headache. *Cephalalgia.* 2007; 27: 315-324.
36. Латышева Н.В., Филатова Е.Г. Венлафаксин (велафакс) в лечении хронической ежедневной головной боли: механизм действия. *Лечение заболеваний нервной системы.* 2010; 2: 24-27.
37. Наприенко М.В., Латышева Н.В., Филатова Е.Г. Новые возможности лечения хронической ежедневной головной боли. *Журн. неврол. и психиатр. им С.С.Корсакова.* 2010; 110(1): 49-54.
38. Екушева Е.В. Современные подходы к терапии хронической ежедневной головной боли. *Сибирское медицинское обозрение.* 2017; 1: 93-98.
39. Spira P.J., Beran R.G. Australian Gabapentin Chronic Daily Headache Group. Gabapentin in the prophylaxis of chronic daily headache: a randomized, placebo-controlled study. *Neurology.* 2003; 61: 1753.

40. Fogelholm R., Murros K. Tizanidine in chronic tension-type headache: a placebo controlled double-blind crossover study. *Headache*. 1992; 32: 509-513.
41. Chiang C.C., Schwedt T.J., Wang S.J., Dodick D.W. Treatment of medication-overuse headache: A systematic review. *Cephalalgia*. 2016; 36: 371-386.
42. de Goffau M.J., Klaver A.R.E., Willemsen M.G. et al. The effectiveness of treatments for patients with medication overuse headache: a systematic review and meta-analysis. *J. Pain*. 2017; 18(6): 615-627
43. Rossi P., Di Lorenzo C., Faroni J. et al. Advice alone vs. structured detoxification programmes for medication overuse headache: a prospective, randomized, open-label trial in transformed migraine patients with low medical needs. *Cephalalgia*. 2006; 26: 1097–1105.
44. Hagen K., Albrechtsen C., Vilming S.T. et al. Complete detoxification is the most effective treatment of medication-overuse headache: a randomized controlled open-label trial. *Cephalalgia*. 2018; 38: 225-236.
45. Hagen K., Albrechtsen C., Vilming S.T. et al. Management of medication overuse headache: 1-year randomized multicentre open-label trial. *Cephalalgia*. 2009; 29: 221–232.
46. Bottiroli S., Allena M., Sances G. et al. COMOESTAS Consortium. Psychological, clinical, and therapeutic predictors of the outcome of detoxification in a large clinical population of medication-overuse headache: A six-month follow-up of the COMOESTAS Project. *Cephalalgia*. 2018; 1: 333102418783317.
47. Pageler L., Katsarava Z., Diener H.C. et al. Prednisone vs. placebo in withdrawal therapy following medication overuse headache. *Cephalalgia*. 2008; 28: 152-156.
48. Rabe K., Pageler L., Gaul C. et al. Prednisone for the treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia*. 2013; 33: 202-207.
49. Paolucci M., Altamura C., Brunelli N. et al. Methylprednisolone plus diazepam i.v. as bridge therapy for medication overuse headache. *Neurol. Sci*. 2017; 38: 2025-2029
50. Taghdiri F., Togha M., Razeghi J.S., Paknejad S.M. Celecoxib vs prednisone for the treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: a randomized, double-blind clinical trial. *Headache*. 2015; 55(1): 128-35.
51. Vernon H., McDermaid C.S., Hagino C. Systematic review of randomized clinical trials of complementary/alternative therapies in the treatment of tension-type and cervicogenic headache. *Complement Ther. Med*. 1999; 7: 142-155.
52. Nestoriuc Y., Rief W., Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *J.Consult Clin.Psychol*. 2008; 76: 379-396.

53. Lee H.J., Lee J.H., Cho E.Y. et al. Efficacy of psychological treatment for headache disorder: a systematic review and meta-analysis. *J. Headache Pain*. 2019; 20(1): 17.
54. Probyn K., Bowers H., Mistry D. et al. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open*. 2017; 7(8): e016670.
55. Anheyer D., Leach M.J., Klose P. et al. Mindfulness-based stress reduction for treating chronic headache: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2019; 39(4): 544-555.
56. Gu Q, Hou JC, Fang XM. Mindfulness Meditation for Primary Headache Pain: A Meta-Analysis. *Chin Med J (Engl)*. 2018 Apr 5;131(7):829-838. doi: 10.4103/0366-6999.228242. PMID: 29578127; PMCID: PMC5887742.
57. Jiang W., Li Z., Wei N. et al. Effectiveness of physical therapy on the suboccipital area of patients with tension-type headache. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(19): e15487.
58. Falsiroli M.L., Geri T., Gianola S. et al. Effectiveness of trigger point manual treatment on the frequency, intensity, and duration of attacks in primary headaches: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front. Neurol*. 2018; 9: 254.
59. Cumplido-Trasmonte C., Fernández-González P., Alguacil-Diego I.M. et al. Manual therapy in adult with tension-type headache: A systematic review. *Neurologia*. 2018; pii: S0213-4853(18)30013-6.
60. Machado-Oliveira L., da Silva Gauto Y.O., de Santana Neto F.J. et al. Effects of different exercise intensities on headache: a systematic review. *Am. J. Phys. Med. Rehabil*. 2019 [Epub ahead of print].
61. Anheyer D., Klose P., Lauche R. et al. Yoga for treating headaches: a systematic review and meta-analysis. *J. Gen. Intern. Med*. 2019 [Epub ahead of print].
62. Endres H.G., Bowing G., Diener H.C. et al. Acupuncture for tension-type headache: a multicentre, sham-controlled, patient- and observer-blinded, randomised trial. *J. Headache Pain*. 2007; 8: 306-314.
63. Torelli P., Jensen R., Olesen J. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study. *Cephalalgia*. 2004; 24: 29-36.
64. Schiller J., Kellner T., Briest J. et al. The best from East and West? Acupuncture and medical training therapy as monotherapies or in combination for adult patients with episodic and chronic tension-type headache: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019; 20(1): 623.

65. Li L., Zheng H., Zheng Q. et al. The long-term effect of acupuncture for patients with chronic tension-type headache: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017; 18(1): 453.
66. Söderlund A., Lagerlöf H. An individually tailored behavioral medicine treatment in physical therapy for tension-type headache - two experimental case studies. *J. Pain Res.* 2016; 9: 1089-1099.
67. Nichols V.P., Ellard D.R., Griffiths F.E. et al. The CHESST trial: protocol for the process evaluation of a randomised trial of an education and self-management intervention for people with chronic headache. *Trials*. 2019; 20(1): 323.
68. Krøll L.S., Hammarlund C.S., Linde M. et al. The effects of aerobic exercise for persons with migraine and co-existing tension-type headache and neck pain. A randomized, controlled, clinical trial. *Cephalalgia*. 2018; 38(12): 1805-1816.
69. Madsen B.K., Søgaard K., Andersen L.L. et al. Efficacy of strength on tension-type headache: A randomized controlled study. *Cephalalgia*. 2018; 38: 1071.
70. Nielsen A. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Explore (NY)*. 2017; 13(3): 228-231.
71. Gildir S., Tüzün E.H., Eroğlu G. et al. A randomized trial of trigger point dry needling versus sham needling for chronic tension-type headache. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(8): e14520.
72. Stilling J.M., Monchi O., Amoozegar F., Debert C.T. Transcranial magnetic and direct currents (TMS/tDCS) for the treatment of headache: a systematic review. *Headache*. 2019; 59(3): 339-357.
73. Исагулян Э.Д., Екушева Е.В., Артёменко А.Р. с соавт. Нейромодуляция в лечении первичных форм головной боли: механизмы эффективности, обзор методов и показания к применению. *Российский журнал боли*. 2018; 57(3): 5-15.
74. Мирошниченко Д.Б., Мохов Д.Е., Рачин А.П. Патогенетическое действие остеопатии при хронической головной боли напряжения. *РМЖ*. 2017; 25(21): 1533-1536.
75. Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. с соавт. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клин. и эксперимен. неврологии*. 2012; 6(2): 16-21.

Приложение А1. Состав рабочей группы

Азимова Юлия Эдвардовна, к.м.н., врач-невролог Университетской клиники головной боли. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли».

Амелин Александр Витальевич, д.м.н., профессор кафедры неврологии, Руководитель отдела общей неврологии НИИ Неврологии НКИЦ ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им акад. И.П. Павлова МЗ РФ». Руководитель комитета по головной боли Российского Межрегионального Общества по изучению боли, Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли».

Артеменко Ада Равильевна, д.м.н., доцент кафедры нервных болезней Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли».

Ахмадеева Лейла Ринатовна, д.м.н., профессор, кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ». Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли», председатель Башкирского отделения межрегионального общества специалистов доказательной медицины, член Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии.

Екушева Евгения Викторовна - д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Академии последипломного образования ФГБК ФНКЦ ФМБА России. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению боли». Член комитетов по головной и лицевой боли Российского Межрегионального Общества по изучению боли. Член межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии. Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли» и международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Каракулова Юлия Владимировна, д.м.н., профессор кафедры неврологии им. В.П.Первушина ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет МЗ РФ». Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли».

Корешкина Марина Игоревна, д.м.н., руководитель Центра лечения головной боли клиники «Скандинавия» (г. Санкт-Петербург). Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Курушина Ольга Викторовна, д.м.н., заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики, с курсом мануальной терапии и рефлексотерапии ФУВ ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет МЗ РФ». Главный внештатный специалист-невролог МЗ РФ по Южному федеральному округу. Член

Правления Всероссийского общества неврологов. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли».

Латышева Нина Владимировна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней Института профессионального образования, ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ», г. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Член международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Лебедева Елена Разумовна, д.м.н., доцент кафедры СМП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ». Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член международной общественной организации «Международное общество головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Член секции головной боли в европейской общественной организации «Европейская Академия неврологии». Представитель России в образовательном комитете европейской общественной организации «Европейская Академия неврологии»

Наприенко Маргарита Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры интегративной медицины Института профессионального образования, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Главный врач Клиники головной боли имени академика Александра Вейна. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии.

Осипова Вера Валентиновна, д.м.н., ведущий научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. Соловьева» ДЗ г. Москвы. Врач-невролог Университетской клиники головной боли (Москва). Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Член секции головной боли в европейской общественной организации «Европейская Академия неврологии». Член классификационного комитета международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Парфенов Владимир Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет). Член правления общественной организации «Всероссийское общество неврологов», член правления Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, член панели «Общая неврология» Европейской академии неврологии.

Рачин Андрей Петрович, д.м.н., профессор, зав. отделом эволюционной неврологии и нейрофизиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» МЗ РФ. Член Правления Всероссийского общества неврологов. Член Президиума и Ревизор Российского общества по изучению головной боли (РОИГБ). Ответственный секретарь медицинского общества специалистов по дисфункциональным неврологическим расстройствам и нейростоматологии.

Сергеев Алексей Владимирович, к.м.н. доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет). Член общероссийской общественной организации «Российское

общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Представитель России в международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Скоробогатых Кирилл Владимирович, к.м.н., врач-невролог, директор Университетской клиники головной боли (г. Москва). Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Представитель РФ в европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Член международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Табеева Гюзьяль Рафкатовна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет). Президент общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли».

Филатова Елена Глебовна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет)..Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли».

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи неврологи*, терапевты, врачи общей практики;
2. студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты;
3. преподаватели, научные сотрудники;

*в т.ч. специалисты по диагностике и лечению ГБ (цефалгологи).

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества проведенных исследований по данной проблеме (табл.1-3).

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа

3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

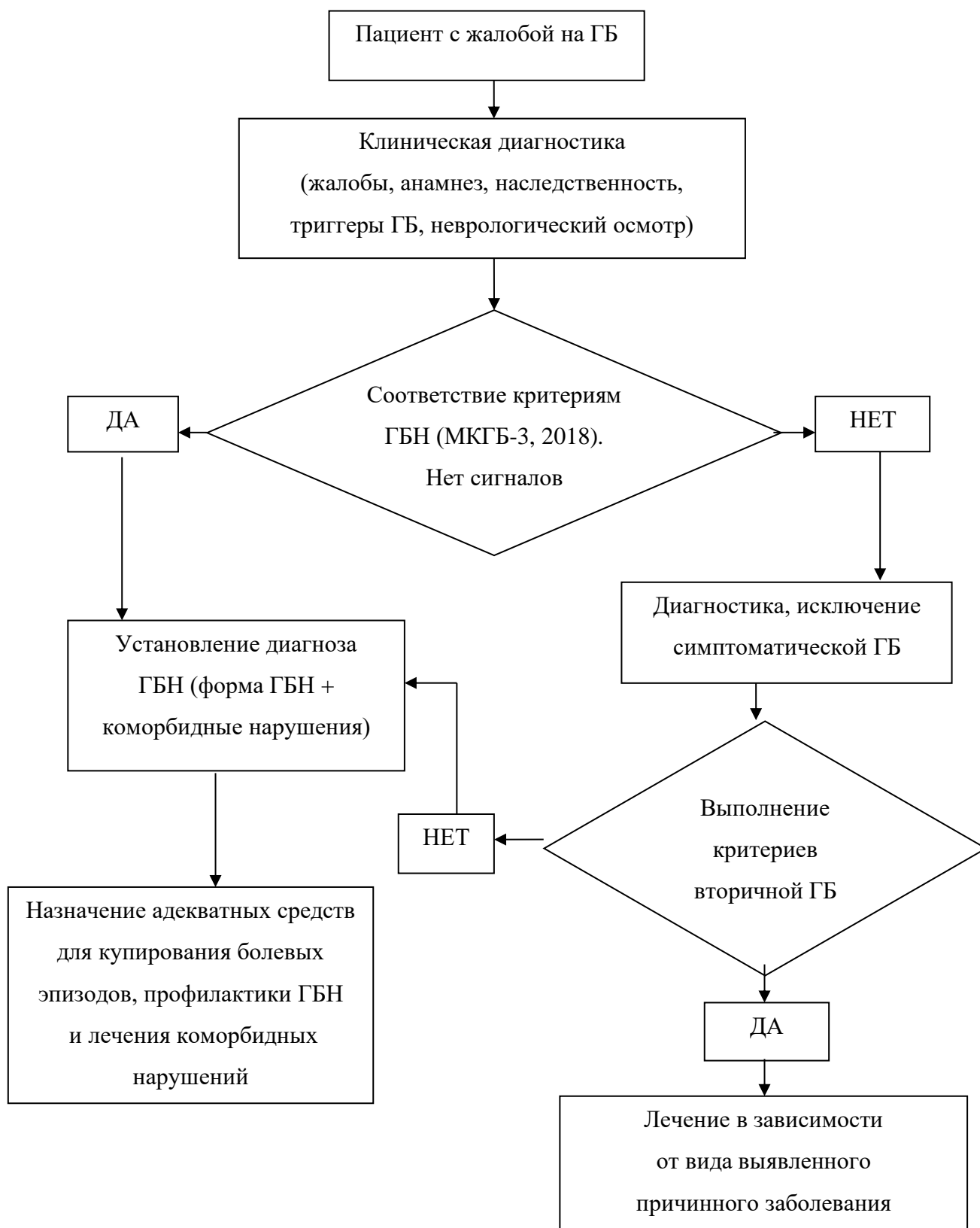
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. **Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N323-ФЗ.**
2. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы (приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 15ноября 2012г. N926н).
3. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 28 февраля 2019г. N103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача: ведения пациента с головной болью напряжения



Приложение В. Информация для пациента

Что такое головная боль напряжения?

«Головная боль у меня может длиться несколько дней, я чувствую как будто на мне надета тесная шапка, обруч или шлем; это больше похоже на напряжение или давление, чем на настоящую боль. Эти ощущения полностью не нарушают, но существенно ограничивает мою активность в течение дня».

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

Кто страдает ГБН?

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

Какие бывают виды ГБН?

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

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

Каковы симптомы ГБН?

Обычно ГБН описывается как сжимающая или сдавливающая, по типу обруча или тесной шапки. Боль, как правило, двухсторонняя, обычно имеет слабую или умеренную интенсивность, но иногда может быть достаточно сильной и затруднять ежедневную активность. В большинстве случаев ГБН не сопровождается сопутствующими симптомами, но некоторые люди могут плохо переносить яркий свет или громкие звуки; иногда снижается аппетит.

Что вызывает ГБН?

Предполагают, что ГБН связана с напряжением мышц и связок головы и шеи. Напряжение мышц сопровождается ухудшением их кровоснабжения и выделением в кровь

«болевыми» субстанций, что и обуславливает ощущение сжимающей боли. Причин ГБН много, но есть несколько факторов, которые наиболее важны:

-- **Эмоциональное напряжение:** повышенная тревожность, стресс

-- **Физическое напряжение** в мышцах скальпа, шеи, причиной которого может быть работа в неудобной позе, например, длительная работа за компьютером, вынужденная поза при поднятии тяжестей и др. подобные нагрузки. В свою очередь, эмоциональное напряжение поддерживает мышечный спазм.

Что Вы можете сделать, чтобы помочь себе?

1. **Релаксация:** перерывы при длительной работе, массаж головы и шеи, теплые ванны, прогулки на свежем воздухе, гимнастика, фитнес.
2. **Преодоление стресса.** Если Ваша работа связана с эмоциональным напряжением или Вы столкнулись со стрессовой ситуацией, которой нельзя избежать, начните выполнять дыхательные и релаксационные упражнения; это поможет предотвратить ГБН. Для обучения релаксации используйте имеющиеся в продаже аудио- и видео записи.
3. **Регулярная гимнастика.** ГБН чаще встречается у лиц, которые не имеют даже легкой физической нагрузки. Чаще гуляйте на свежем воздухе, поднимайтесь по лестнице, а не на лифте, делайте гимнастику, так чтоб это стало неотъемлемой частью Вашей жизни.
4. **Лечение депрессии.** Если большую часть времени у Вас плохое настроение, обязательно обратитесь к врачу. Существуют эффективные лекарства, прием которых в течение достаточного времени помогает снизить тревогу и улучшить настроение.

Ведение дневника головной боли

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

Принимайте обезболивающие препараты, если требуется ...

Простые анальгетики, такие как аспирин или ибупрофен обычно хорошо помогают при ЭГБН. Ацетоминофен имеет более слабый эффект.

... но не слишком часто!

Обезболивающие препараты лечат только симптомы ГБН, что полезно при нечастых эпизодах ГБН. При лечении частых и хронических форм ГБН следует попытаться

воздействовать на причину головной боли (стресс, эмоциональные нарушения, напряжение мышц). Всегда тщательно следуйте инструкции по применению препарата. Не следует слишком часто принимать обезболивающие, т.к. это может вызвать учащение головной боли и привести к развитию *головной боли, связанной с избыточным применением анальгетиков («абузусная ГБ)*. Для того чтобы ее избежать не следует принимать обезболивающие препараты чаще 2-х раз в неделю.

Какие ещё есть способы лечения?

Если у Вас частая или хроническая ГБН, то прием анальгетиков не является решением проблемы. Наоборот, при частом использовании обезболивающих препаратов, головная боль будет возникать чаще и протекать тяжелее. В данном случае показано *профилактическое лечение*. В отличие от эпизодического приема анальгетиков профилактическое лечение следует принимать ежедневно, что связано с различными механизмами действия этих групп препаратов. Профилактическая терапия направлена на снижение Вашей чувствительности к боли и на предотвращение развития болевых эпизодов.

Доктор посоветует Вам лекарственные средства для профилактической терапии и предупредит о возможных побочных эффектах. Большинство из них первоначально были разработаны для лечения других заболеваний, поэтому не следует удивляться, если Вам назначат препарат из группы антидепрессантов, противоэпилептических средств или препарат, расслабляющий мышцы. Препараты этих групп эффективны для предотвращения эпизодов ГБН.

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

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

Ботулинический токсин не обладает эффективностью в лечении ГБН.

Будет ли лечение эффективным?

Если причина головной боли выявлена и устранена, эпизодическая ГБН редко перерастает в серьезную проблему. Если устранена причина, ЭГБН, как правило, проходит сама, и нет необходимости в дальнейшей терапии. Но для некоторых пациентов, особенно с ХГБН многие способы лечения оказываются частично эффективными или неэффективными вовсе. В таком случае необходимо обратиться к специалисту по головной боли (цефалгологу) или в специализированный центр лечения головной боли, в котором имеется широкий спектр методов терапии ГБН.

Нужны ли Вам дополнительные обследования?

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

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

Приложение Г

Дневник ГБ

ДНЕВНИК ГОЛОВНОЙ БОЛИ

НЕЗАБУДЬТЕ ПРИНЕСТИ ЗАПОЛНЕННЫЙ ДНЕВНИК НА ПРИЕМ К СВОЕМУ
ВРАЧУ!

ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ДНЕВНИКА

Перед консультацией в Центре головной боли очень важно, чтобы Вы ежедневно заполняли этот дневник. Сведения, которые Вы внесете в дневник, помогут врачу правильно определить диагноз и степень тяжести Вашей головной боли (ГБ), а также оперативно назначить оптимальное для Вас лечение.

Вверху напишите свое имя (ФИО), дату рождения, а также дату, когда Вы начали заполнять дневник. Затем напротив Вопроса 1 в 1-ой колонке напишите дату (число месяца) заполнения дневника. Вы можете сразу проставить даты во всех колонках, поскольку Вам предстоит заполнять дневник ежедневно. Пожалуйста, заполняйте дневник каждый вечер перед отходом ко сну, отмечая галочкой [] клетки () в вертикальной колонке. Эти данные представляют собой сжатую информацию о любой (ых) ГБ, если она (и) возникла (и) в этот день. Если ГБ в этот день у Вас не было, ответьте только на Вопросы 2 и 15. Если Вы завершили заполнение одной страницы дневника, пожалуйста, продолжайте на следующей странице (прилагаются несколько копий).

Ниже приведены инструкции по ответам на вопросы.

1. Укажите только число (например, 12); месяц и год указывать не нужно.
2. Отмечайте «Да» или «Нет» в клетках напротив всех вопросов, или сразу переходите к Вопросу 15 (если ГБ в этот день не было).
3. Укажите время (час в 24-часовом формате), когда Вы впервые заметили появление ГБ. Если Вы проснулись уже с головной болью, укажите время пробуждения. (Если утренняя ГБ является продолжением вечерней, поставьте в колонке знак X).

4. Укажите время (час и минуты в 24-часовом формате), когда головная боль полностью прекратилась. Если в этот день перед отходом ко сну ГБ еще сохранялась, оставьте клетку не заполненной. Если ГБ утром отсутствовала, укажите время отхода ко сну. Если ГБ утром сохранялась, поставьте X в графе этого дня, а также X в графе Вопроса 3 в следующей колонке. Продолжайте Ваши записи на следующий день обычным образом.
5. У некоторых людей в пределах 1 часа до начала ГБ отмечаются определенные зрительные нарушения. Это могут быть вспышки света, светящиеся зигзагообразные линии, «слепые» пятна или «черные дыры», присутствующие даже при закрытии глаз. Отметьте «Да», если у Вас отмечалось нечто подобное, или «Нет», если такие явления не возникали. Если Вас просто раздражал свет (см. Вопрос 12) и ничего более, отметьте «Нет».
6. Отметьте клетку, соответствующую локализации ГБ (преимущественно с одной стороны головы или с обеих сторон).
7. Хотя существует множество описаний характера ГБ, большинство ГБ являются либо «пульсирующими» (боль усиливается в такт с биением сердца) или «сжимающими» (по типу «обруча»). Отметьте ту характеристику, которая в большей степени отражает тип Вашей ГБ.
8. Некоторые виды ГБ усиливаются даже от незначительной физической нагрузки (например, при подъеме по лестнице) или вынуждают человека избегать такой активности. Отметьте «Да», если это относится к Вашей ГБ, и «Нет», если это для Вас не характерно.
9. Интенсивность (сила) ГБ – важная составляющая диагноза. Оцените силу Вашей ГБ, отметив соответствующую клетку, если: «незначительная» ГБ это – ГБ, которая не нарушает выполнение обычных видов деятельности (т.е. Вашу работоспособность и обычную активность), «сильная» – затрудняет, но полностью не препятствует обычным видам деятельности, наконец, «очень сильная» боль – ГБ, которая полностью нарушает Вашу обычную активность. Постарайтесь оценить интенсивность ГБ в течение дня в целом. Например, если боль была незначительной в первой половине дня, а затем стала очень сильной, отметьте клетку «сильная». Если же боль на протяжении почти всего дня была очень интенсивной, отметьте «очень сильная».
10. Отметьте «Нет», если в течение дня у Вас совсем не было тошноты. Если отмечалась легкая тошнота, которая Вас почти не беспокоила, не вызывала отрыжки и позывов на рвоту, отметьте «незначительная», в случае более выраженной тошноты – «заметная».
11. Отметьте «Да» или «Нет». Отрыжка и позыв на рвоту не считается рвотой.
12. Вопрос касается обычного дневного или комнатного света, а не очень яркого света. Отметьте «Да», если обычный свет раздражал Вас или Вы пытались избежать его, путем затемнения комнаты или ношения темных очков. В противном случае отметьте «Нет».
13. Вопрос касается обычного шума, а не очень громких звуков. Отметьте «Да», если шум раздражал Вас или Вы пытались избежать его, путем уединения в тихой комнате. В противном случае отметьте «Нет».
14. Перечислите, пожалуйста, любые причины (факторы) которые, по Вашему мнению, могли вызвать ГБ. Возможно, Вы что-то съели, выпили, сделали (например, пропустили обед, провели бессонную ночь, работали физически) или были др. причины (перемена погоды, стресс, месячные).
15. Перечислите названия любых препаратов (таблетки, свечи, инъекции, назальные спреи), которые Вы принимали от головной или любой другой боли. Для каждого препарата укажите количество принятых доз, а также время приема (часы в 24-часовом формате) каждого из препаратов. Не указывайте препараты, принятые Вами по другим показаниям.

Ф.И.О: _____
 (д/м/г) _____

Дата рождения _____

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	вторник	среда	четверг	пятница	суббота	воскресенье
2.БЫЛА ЛИ У ВАС СЕГОДНЯГБ?(ЕСЛИ НЕТ, СРАЗУ ПЕРЕХОДИТЕ К ВОПРОСУ №15)	НЕТ ДА	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.ЕСЛИ ДА, КОГДА ВЫ В ПЕРВЫЕ ЕЕ ЗАМЕТИЛИ?(Ч:МИН)								
4.КОГДА ВАША ГБ ПРЕКРАТИЛАСЬ?(Ч:МИН)								
5.В ТЕЧЕНИЕ ЧАСА ДО НАЧАЛА РАБОТЫ МЕЧАЛИЛИ ВЫ ЗРИТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ(ВСПЫШКИ СВЕТА, ЛИНИИ-ЗИГЗАГИ, СЛЕПЫЕ ПЯТНА, ДР.)?	НЕТ ДА:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.ГДЕ ОТМЕЧАЛАСЬ ГБ?	СО ДНОЙ СТОРОНЫ СОБЕИХ СТОРОН	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.ХАРАКТЕР ГБ	ПУЛЬСИРУЮЩАЯ: СЖИМАЮЩАЯ:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.УХУДАЛАСЬ ЛИ ГБ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ(ПОДЪЕМ ПОЛЕСТНИЦЕ, ДР.)?	НЕТ ДА:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.КАКОВА БЫЛА ВАЩЕЛОМИНТЕНСИВНОСТЬ ГБ?(СМ.ИНСТРУКЦИИ)	НЕЗНАЧИТЕЛЬНАЯ СИЛЬНАЯ ОЧЕНЬ СИЛЬНАЯ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.БЫЛА ЛИ У ВАС РВОТА?	НЕТ ДА	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.ВА СРАЗ ДРАЖАЛ СВЕТА?	НЕТ ДА	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.ВА СРАЗ ДРАЖАЛ ЗВУК?	НЕТ ДА	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14.МОГЛО ЛИ ЧТО-НИБУДЬ ПОСЛУЖИТЬ ПРИЧИНОЙ ВАШЕЙ ГБ?	ЕСЛИ ДА, УТОЧНИТЕ							

<p>15. ПРИНИМАЛИ ЛИ ВЫ СЕГОДНЯ КАКИЕ-НИБУДЬ ПРЕПАРАТЫ ОТ ГБ ИЛИ ЛЮБОЙ ДРУГОЙ БОЛИ</p> <p>ДЛЯ КАЖДОГО ПРЕПАРАТА УКАЖИТЕ:</p> <p>А) НАЗВАНИЕ Б) ПРИНЯТАЯ ДОЗА В) ВРЕМЯ ПРИЕМА</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

