

Головные боли

В.В.Осипова

Опубликовано: Осипова В.В. Головные боли. В: Боль (практическое руководство для врачей) / Под редакцией Н.Н.Яхно, М.Л.Кукушкина. М.: Издательство РАМН, 2011. 512 с.

Головные боли (цефалгии) являются причиной значительного социально-экономического ущерба для общества и входят в десятку самых частых причин нетрудоспособности. В развитых странах мира головная боль (ГБ) рассматривается как серьезная медицинская и экономическая проблема. В 2007 г. в нашей стране создано *Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ)**, основными задачами которого являются объединение специалистов различных регионов нашей страны, занимающихся проблемой ГБ, координация образовательной, исследовательской и практической работы в этой области.

Современные основы диагностики цефалгий

Основными инструментами диагностики ГБ являются: *Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной болью 2-го пересмотра (МКГБ-2*, разработана Международным обществом головной боли, 2004), которая содержит основные принципы диагностики цефалгий и диагностические критерии всех известных форм ГБ, и *Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли для врачей общей практики* (далее «Европейские принципы»; разработаны Европейской федерацией головной боли и Всемирной кампанией по уменьшению бремени головной боли, 2007)**.

В соответствии с МКГБ-2 ГБ подразделяются на *первичные*, когда не удается выявить органическую причину боли, *вторичные* или симптоматические, обусловленные органическими заболеваниями головного мозга, других структур, расположенных в области головы и шеи, а также системными заболеваниями; *краниальные невралгии и лицевые боли* (Таблица 1). Многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные на протяжении последних десятилетий в большинстве стран мира, в том числе и в России, подтвердили преобладание (90-95%) первичных цефалгий над вторичными.

* Официальный сайт РОИГБ: Электронная почта: russia@headache-society.ru.

** Полные русскоязычные версии этих руководств размещены на сайтах: www.headache-society.ru, www.migreni.net, www.paininfo.ru.

Большинство пациентов, обращающихся за медицинской помощью по поводу ГБ, имеют первичные формы: мигрень и головную боль напряжения (ГБН). Среди вторичных цефалгий широко распространена медикаментозно индуцированная (абузусная) головная боль, связанная с избыточным применением обезболивающих препаратов.

Таблица 1 Международной классификации головных болей (2-ое издание, 2004 г.)

Часть I: Первичные головные боли

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

Часть II: Вторичные головные боли

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

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

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

Диагностика первичных форм ГБ является исключительно клинической, то есть основывается на данных жалоб, анамнеза и объективного осмотра пациента; дополнительные методы не являются обязательными в диагностике первичных ГБ, поскольку не выявляют специфических отклонений. В то же время, несомненную ценность дополнительные методы

имеют при подозрении на симптоматический характер ГБ (см. «Алгоритм диагностики при головных болях», Рис 1). Показаниями для назначения дополнительных исследований пациентам с жалобой на ГБ являются:

1. Сомнения в вероятном клиническом диагнозе первичной формы ГБ (нетипичные жалобы и течение ГБ)
2. Наличие сигналов опасности (Таблица 2)
3. Подозрение на симптоматический характер цефалгии (наличие диагностических критериев вторичной ГБ):
 - ГБ непосредственно связана с началом или обострением основного заболевания;
 - наличие клинических симптомов основного заболевания;
 - данные лабораторных и инструментальных обследований подтверждают наличие основного заболевания;
 - ГБ исчезает во время ремиссии или при успешном лечении основного заболевания.
4. Требование пациента или его родственников

Нередко, «показанием» для направления пациента на дополнительные обследования (даже если у врача нет сомнений в диагнозе) служит требование пациента или его родственников.

Таблица 2. СИГНАЛЫ ОПАСНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖАЛОБОЙ НА ГОЛОВНУЮ БОЛЬ
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Внезапное появление сильной «громоподобной» ГБ<input type="checkbox"/> ГБ с атипичной аурой (продолжительностью > 1 часа или с симптомами слабости в конечностях)<input type="checkbox"/> Аура без ГБ у пациента без предшествующей мигрени<input type="checkbox"/> Аура, впервые возникшая на фоне приема гормональных контрацептивов<input type="checkbox"/> Впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет<input type="checkbox"/> ГБ, прогрессивно нарастающая на протяжении нескольких недель, месяцев<input type="checkbox"/> Усиление ГБ при перемене положения головы или при нагрузках, связанных с повышением внутричерепного давления (физическое напряжение, кашель)<input type="checkbox"/> Впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитным состоянием в анамнезе или в актуальном статусе |
|---|

- Изменение в сфере сознания (оглушенность, спутанность) или нарушения памяти
- Присутствие очаговых неврологических знаков или симптомов системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии)

Нередко врачи ошибочно расценивают ГБ (особенно хронического течения) как вторичные, то есть возникшие вследствие органического заболевания ЦНС. Пациентам, имеющим в действительности мигрень или ГБН, нередко выставляются такие ошибочные диагнозы, как: *посттравматический арахноидит/энцефалопатия, гипертензионно-гидроцефальный синдром (особенно у детей с жалобами на головную боль), остеохондроз шейного отдела позвоночника, дисциркуляторная энцефалопатия, вегетативно-сосудистая дистония*. Одной из ведущих причин гипердиагностики вторичных цефалгий является широко распространенная практика назначения пациентам с жалобой на ГБ дополнительных исследований, которые не входят в международные стандарты диагностики первичных ГБ: ЭЭГ, УЗДГ или РЭГ, R-графия черепа и шейного отдела позвоночника, консультации окулиста и др. Выявленные при этих обследованиях неспецифические отклонения затем трактуются как причина ГБ. Установление ложных «органических» диагнозов в свою очередь является основанием для назначения пациентам с первичными ГБ ошибочной терапии с использованием «сосудистых», ноотропных и других препаратов, которые не обладают специфическим патогенетическим действием при мигрени и ГБН (не входят в международные стандарты лечения первичных ГБ). Эти ошибки могут приводить к хронизации и утяжелению течения ГБ, удорожанию лечения, утрате доверия пациента к врачу. Краткий алгоритм диагностики при ГБ представлен на Рис. 1.

Рис. 1



Мигрень

Мигрень (М) - вторая по частоте форма первичной цефалгии после головной боли напряжения, которая М значительно чаще встречается у женщин (распространенность в популяции у женщин 11%-25%, у мужчин – 4%-10%). Обычно М впервые проявляется в возрасте от 10 до 20 лет, у 60-70% больных имеет наследственный характер и после 55-60 лет у большинства больных прекращается. В списке заболеваний, в наибольшей степени нарушающих социальную адаптацию пациентов, составленном ВОЗ, мигрень занимает 19-ое место.

М проявляется интенсивными приступообразными чаще односторонними головными болями, со средней частотой 2-4 в месяц, а также различным сочетанием неврологических, желудочно-кишечных и вегетативных проявлений. Боль чаще пульсирующего и давящего характера обычно захватывает половину головы и локализуется в области лба и виска, вокруг глаза. Приступ обычно сопровождается тошнотой, повышенной чувствительностью к дневному свету (фотофобия) и звукам (фонофобия). Боль во время приступа усиливается от обычной физической активности, например, при ходьбе или подъеме по лестнице. Чаще всего приступы провоцируются эмоциональным стрессом, изменением погоды, менструацией,

голодом, недосыпанием или избыточным сном, приемом алкоголя. Классификация М представлена в Таблице 3.

Таблица 3 Классификация мигрени (МКГБ-2, 2004 г.)

1.1. Мигрень без ауры
1.2. Мигрень с аурой
1.2.1. Типичная аура с мигренозной головной болью
1.2.2. Типичная аура с немигренозной головной болью
1.2.3. Типичная аура без головной боли
1.2.4. Семейная гемиплегическая мигрень (СГМ)
1.2.5. Спорадическая гемиплегическая мигрень
1.2.6. Мигрень базилярного типа
1.3. Периодические синдромы детства, обычно предшествующие мигрени
1.3.1. Циклические рвоты
1.3.2. Абдоминальная мигрень
1.3.3. Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста
1.4. Ретинальная мигрень
1.5. Осложнения мигрени
1.5.1. Хроническая мигрень
1.5.2. Мигренозный статус
1.5.3. Персистирующая аура без инфаркта
1.5.4. Мигренозный инфаркт
1.5.5. Припадок, вызванный мигренью
1.6. Возможная мигрень
1.6.1. Возможная мигрень без ауры
1.6.2. Возможная мигрень с аурой
1.6.3. Возможная хроническая мигрень

Наиболее часто встречается *М без ауры*, а у 10-15% пациентов болевому приступу предшествует мигренозная аура - комплекс преходящих неврологических симптомов, возникающих непосредственно перед или реже в начале ГБ (*М с аурой*). Продолжительность ауры обычно не превышает 60 мин (в среднем 10-15 мин); возможно развитие ауры без ГБ. Наиболее часто встречается зрительная аура в виде фотопсий, зигзагообразной светящейся линии, мерцающей скотомы или одностороннего выпадения поля зрения; реже могут отмечаться односторонняя слабость или парестезии в конечностях (гемипаретическая и гемипарестетическая ауры) и преходящие дисфазические речевые расстройства.

В зависимости о частоты и продолжительности ГБ мигрень разделяют на *эпизодическую*, при которой мигренозная ГБ наблюдается менее 15 дней в месяц, и *хроническую*, когда мигренозная боль отмечается 15 и более дней в месяц в течение более 3 месяцев. У 15- 20% пациентов с типичной эпизодической М с годами частота приступов увеличивается вплоть до появления ежедневных головных болей. Приступы М при этом

становятся менее сильными и утрачивают некоторые типичные симптомы; между приступами присутствует постоянная «фоновая» ГБ. Показано, что в трансформации эпизодической М в хроническую играют роль два основных фактора: злоупотребление обезболивающими препаратами (так называемый «лекарственный абюзус») и депрессия.

Такие формы, как ретинальная, семейная гемиплегическая и М базилярного типа встречаются значительно реже. Диагностические критерии этих разновидностей описаны в полной версии МКГБ-2.

У женщин М имеет тесную связь с гормональным циклом. У 5-12% пациенток отмечается *истинная менструальная мигрень*, при которой приступы возникают исключительно в пределах 48 ч от начала менструации. Во 2-м и 3-м триместрах беременности у 2/3 женщин отмечается значительное облегчение или полное прекращение мигренозных атак. Прием гормональных препаратов и контрацептивов нередко ухудшает течение М.

Показано, что течение приступа, состояние пациентов в межприступном периоде и качество жизни существенно ухудшаются при наличии таких коморбидных нарушений, как депрессия и тревога, вегетативные расстройства (например, панические атаки), нарушение ночного сна, мышечно-тонический синдром на шейном уровне и др. Поэтому устранение коморбидных расстройств является одной из важных целей профилактической терапии М.

Как и при других первичных ГБ *диагностика М* полностью базируется на типичных жалобах и характерных данных анамнеза; неврологические симптомы при объективном осмотре отмечаются не более чем у 3% пациентов, и в этих случаях показаны дополнительные методы исследования. В Таблице 4 приведены диагностические критерии двух наиболее распространенных форм М.

Таблица 4 Диагностические критерии М без ауры и М с аурой (МКГБ-2, 2004 г.).

1. Мигрень без ауры

А. По меньшей мере 5 приступов, отвечающих критериям В-D

В. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении)

С. ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:

1. односторонняя локализация

2. пульсирующий характер

3. интенсивность боли от средней до значительной

4. головная боль ухудшается от обычной физической активности или требует прекращения обычной физической активности (например, ходьба, подъем по лестнице)

Д. ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:

1. тошнота и/или рвота

2. фотофобия или фонофобия

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

2. Типичная аура с мигренозной головной болью

А. По меньшей мере 2 приступа, отвечающие критериям В-D

В. Аура включает по меньшей мере один из следующих симптомов и не включает двигательную слабость

1. полностью обратимые зрительные симптомы, в том числе позитивные (мерцающие пятна или полосы) и/или негативные (нарушение зрения)

2. полностью обратимые чувствительные симптомы, в том числе позитивные (ощущение покалывания) и/или негативные (онемение)

3. полностью обратимые нарушения речи

С. По меньшей мере два из нижеперечисленных:

1. гомонимные зрительные нарушения и/или односторонние чувствительные симптомы

2. как минимум один симптом ауры постепенно развивается на протяжении ≥ 5 минут и/или различные симптомы ауры возникают последовательно на протяжении ≥ 5 минут

3. каждый симптом имеет продолжительность ≥ 5 минут, но ≤ 60 минут

Д. ГБ, соответствующая критериям В-D для 1.1. Мигрени без ауры, начинается во время ауры или в течение 60 минут после её начала

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями).

Чаще всего приходится дифференцировать М от головной боли напряжения (ГБН) (Таблица 5).

Таблица 5 Сравнительная клиническая характеристика мигрени и ГБН

Клиническая характеристика	Мигрень	ГБН
Локализация ГБ	Чаще односторонняя боль (половина головы), типично чередование сторон Висок, область глаза, лоб, темя	Двусторонняя, диффузная В области висков, темени, затылка
Характер боли	Чаще пульсирующий	Сжимающий, опоясывающий, по типу «обруча» или «каска»
Интенсивность боли	Сильная, невыносимая (более 8 баллов по ВАШ)*	Слабая или умеренная (3-5 баллов по ВАШ)*
Сопутствующие симптомы	Тошнота и/или рвота, фоно-, и фотофобия	Редко тошнота, возможно присутствие либо фото-, либо фонофобии
Связь интенсивности боли с физической нагрузкой	Обычная физическая нагрузка (подъем по лестнице) усиливает боль	Не характерна
Провоцирующие факторы	Эмоц. стресс, перемена погоды, избыточный или недостаточный сон, менструация, алкоголь, голод, духота	Эмоц. стресс, вынужденная неудобная поза, вызывающая напряжение мышц головы или шеи
Наследственность	Положительная у 60%	Не отмечена

	пациентов	
--	-----------	--

* *ВАШ* – визуальная аналоговая шкала боли

Этиология и патогенез М имеют комплексный характер. Среди основных механизмов обсуждаются генетические, нейрохимические и нейрогенные факторы. На сегодняшний день доказано, что *М* имеет нейроваскулярную природу. Важнейшим механизмом, запускающим приступ *М* и обуславливающим развитие и сохранение боли, является активация тригемино-васкулярной системы (ТВС), которая рассматривается как ключевая система реализации болевой фазы приступа. Другие компоненты патофизиологии боли при мигрени включают нейрогенное воспаление с вазодилатацией интракраниальных сосудов, в первую очередь сосудов твердой мозговой оболочки, и экстравазацию - выделение в кровь болевых нейропептидов: кальцитонин-ген-родственного пептида (КГРП), оксида азота, гистамина. Механизм активации ТВС связывают с повышенной возбудимостью коры головного мозга, присущей пациентам с *М*. Многочисленные клинические наблюдения и электрофизиологические исследования подтверждают концепцию центральной гипервозбудимости, как базового патофизиологического феномена, предполагающего наличие определенного «мигренозного порога». Этот порог может быть преодолен под воздействием целого комплекса эндогенных и экзогенных провоцирующих факторов; мигренозные триггеры являются лишь одним из них. Показано также, что у пациентов с частыми приступами (более 3 в месяц) и длительно болеющих лиц развивается избыточная чувствительность (сенситизация) тригемино-васкулярных волокон и других болевых структур. Феномен центральной сенситизации, клинически проявляющийся симптомами кожной аллодинии и тесно связанный с повышенной нейрональной возбудимостью, лежит в основе хронизации *М*.

Лечение мигрени. Традиционная терапия *М* складывается из купирования уже развившегося приступа и профилактического лечения, направленного на предотвращение приступов (Таблицы 6.1.–6.3.). Другие подходы включают профилактику и лечение коморбидных нарушений, поведенческую терапию и воздействие на факторы риска хронизации *М* (лечение эмоциональных нарушений, лекарственного злоупотребления и др.).

Медикаментозную *терапию приступа М* следует назначать в зависимости от его интенсивности (стратифицированный подход). При нечастых приступах слабой или умеренной интенсивности и относительно сохранном общем состоянии пациента показаны простые или комбинированные анальгетики, в том числе НПВС. При необходимости можно

добавлять противорвотные средства, которые стимулируют ослабленную во время приступа М перистальтику желудка и кишечника, уменьшая тошноту/рвоту и улучшая всасывание препаратов (Таблица 6.1.). У пациентов с большой частотой атак (≥ 10 в мес) при систематическом избыточном приеме обезболивающих существует риск развития абзусной ГБ и привыкания (особенно при использовании кодеин-содержащих препаратов).

Таблица 6.1. Симптоматическая терапия приступа мигрени (1 этап)

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

При большой интенсивности боли и значительной дезадаптации показано назначение специфической терапии (Таблица 6.2.). Наибольшей эффективностью обладают агонисты серотониновых рецепторов типа 5HT₁ – триптаны. Путем воздействия на 5-HT₁ рецепторы, расположенные как в ядре тройничного нерва, так и в стенках сосудов, триптаны блокируют выделение болевых нейропептидов, избирательно суживают расширенные сосуды твердой мозговой оболочки и прерывают приступ М.

Таблица 6.2. Специфическая терапия приступа мигрени (2-ой этап)*

Суматриптан	Таблетки 50 мг и 100 мг, назальный спрей 20 мг, ректальные свечи 25 мг
Элетриптан	Таблетки 20 и 40 мг
Золмитриптан	Таблетки 2.5 мг
Наратриптан	Таблетки 2.5 мг

* Указаны триптаны, доступные в России на январь 2011 г.

Триптаны могут иметь различную и непредсказуемую эффективность у разных пациентов, поэтому пациенты должны попробовать несколько триптанов и выбрать наиболее подходящий. Эффективность триптанов гораздо выше при их раннем назначении, когда интенсивность боли еще незначительная. У пациентов с гастростазом и выраженной рвотой

показано применение непероральных форм (назальный спрей, ректальные свечи). В целом триптаны хорошо переносятся, а противопоказания к их назначению (например, ИБС, злокачественная гипертензия и др.) почти не встречаются у больных М. Тем не менее, в связи с возможностью развития нежелательных явлений, перед началом приема триптана пациент должен внимательно ознакомиться с инструкцией по применению препарата.

Эрготамин-содержащие препараты, также обладающие вазоконстрикторным действием, используются реже. Примером комплексного препарата, содержащего эрготамин и рекомендованного для купирования приступов мигрени, является номигрен.

Профилактическая терапия должна назначаться, если приступы М вызывают снижение повседневной активности в течение 2-х и более дней в месяц и если правильно подобранное лечение приступов оказывается недостаточно эффективным (Таблица 6.3.). Превентивное лечение направлено на снижение частоты, длительности и тяжести приступов М, частоты приема обезболивающих препаратов и лечение коморбидных нарушений. Продолжительность курсового лечения должна быть достаточной: от 2 до 6 месяцев в зависимости от тяжести М (минимальный срок для объективной оценки эффекта большинства профилактических средств 2-3 месяца).

Таблица 6.3. Препараты для профилактического лечения с доказанной эффективностью

Бета-блокаторы (неселективные)	Атенолол 25-100 мг 2 раз в день или Бисопролол 5-10 мг 1 раз в день или Метопролол 50-100 мг 2 раза в день или Пропранолол 40-80 мг 2 раза в день
Антиконвульсанты -- Топирамат -- Вальпроевая кислота	25 мг 1 раз в день – 50 мг 2 раза в день 600-1500 мг в день в 2-3 приема
Антидепрессанты -- Амитриптилин	10-100 мг на ночь
Блокаторы кальциевых каналов -- Флунаризин**	5-10 мг 1 раз в день

** В России не зарегистрирован

Определенной эффективностью в предотвращении приступов М также обладают другие блокаторы кальциевых каналов (верапамил 40-80 мг 2-3 раза в сутки, нимодипин 30

мг 3 раза в сутки), дигидроэргокриптин (вазобрал 4 мг 2 раза в сутки), ацетилсалициловая кислота (100-300 мг 2-3 раза в сутки после еды). В связи с непосредственным антиболевым механизмом действия, применение антидепрессантов в профилактике М и других хронических болевых синдромов целесообразно и при отсутствии у пациента депрессии. При наличии выраженной депрессии показано применение других антидепрессантов: флуоксетин, эсциталопрам, сертралин, пароксетин, венлафаксин, дулоксетин. Обезболивающий эффект этих препаратов значительно слабее, чем у amitриптилина. Пациентам с тяжелыми частыми приступами М, в том числе с хронической М устойчивым к другим видам лечения, показаны антиконвульсанты. У многих больных целесообразно применение комплексной терапии, то есть сочетание двух или трех профилактических средств.

Есть данные об эффективности ботулотоксинов при хронической М, в то же время, многие опубликованные клинические исследования не подтверждают это.

Профилактическая терапия должна быть направлена и на лечение коморбидных расстройств (депрессии и тревоги, нарушений ночного сна, панических атак, других болевых синдромов), если они существенно нарушают состояние пациентов в межприступном периоде. При наличии выраженной дисфункции перикраниальных мышц показаны миорелаксанты (tizанидин 4-6 мг в сутки, баклофен 10-25 мг 2-3 раза в сутки). Сосудорасширяющие, ноотропные препараты и антиоксиданты, до сих пор широко назначаемые пациентам с М в нашей стране, не обладают специфическим противомигренозным действием, но могут быть полезными для коррекции легких когнитивных нарушений у пациентов с М старшего возраста. Могут быть рекомендованы и немедикаментозные методы: психотерапия, биологическая обратная связь, акупунктура; при наличии сопутствующего напряжения перикраниальных мышц – постизометрическая релаксация, массаж, мануальная терапия.

Только комплексный подход, включающий раннее и эффективное купирование приступов, профилактику атак, лечение коморбидных нарушений и воздействие на факторы риска хронизации, позволяет улучшить качество жизни пациентов и предотвратить прогрессирование мигрени.

Головная боль напряжения

ГБН является самой частой формой первичной ГБ. Распространенность ГБН в течение жизни в общей популяции по различным данным варьирует от 30 до 78%, что значительно превышает распространенность М.

ГБ, обычно двусторонняя и умеренной интенсивности, имеет сжимающий или давящий неп пульсирующий характер, часто по типу «обруча» или «каска», может появляться вскоре после пробуждения, и присутствует на протяжении всего дня, то, усиливаясь, то ослабевая. Характерно возникновение или усиление боли на фоне эмоционального напряжения, и ее облегчение в состоянии психологического расслабления.

В отличие от мигрени ГБ при ГБН чаще является двусторонней, имеет легкую или умеренную интенсивность, обычно не сопровождается тошнотой и рвотой, но может снижаться аппетит; иногда боли может сопутствовать умеренно выраженная чувствительность к свету или звукам; во время эпизода ГБН пациенты сохраняют способность работать и выполнять свои обычные обязанности (Таблица 5).

Среди основных провокаторов ГБН - «мышечный фактор» (позное напряжение) и эмоциональный стресс, который, в свою очередь, вызывает и усиливает напряжение мышц головы и шеи. Большинство пациентов часто жалуются на болезненность и чувство напряжения в мышцах затылка и шеи, что является клиническим отражением дисфункции перикраниальных мышц (мышечно-тонического синдрома). Нередко присутствуют жалобы на повышенную тревожность, сниженный фон настроения, плохое качество ночного сна. Депрессия, часто обнаруживаемая у пациентов ГБН, поддерживает мышечное напряжение и болевой синдром, приводя к хронизации ГБН.

В соответствии с МКГБ-2 ГБН подразделяют на *эпизодическую* (ЭГБН), возникающую не более 15 дней в течение 1 месяца (или 180 дней в течение года) и *хроническую* формы (ХГБН) - более 15 дней в месяц (или более 180 дней в течение года). Кроме того, обе формы подразделяются (в зависимости от наличия или отсутствия мышечной дисфункции) на подтипы «ГБН с напряжением перикраниальных мышц» и «без напряжения перикраниальных мышц» (Таблица 7).

Таблица 7 Головная боль напряжения (МКГБ-2, 2004)

-
- 2.1. Нечастая эпизодическая ГБН
 - 2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением (болезненностью) перикраниальных мышц
 - 2.1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.2. Частая эпизодическая ГБН
 - 2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.3. Хроническая ГБН

- 2.3.1. Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.3.2. Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.4. Возможная ГБН
 - 2.4.1. Возможная нечастая эпизодическая ГБН
 - 2.4.2. Возможная частая эпизодическая ГБН
 - 2.4.3. Возможная хроническая ГБН
-

Хроническая ГБН, так же как и хроническая мигрень, представляет собой одну из форм хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ) и всегда сопряжена с выраженной дезадаптацией. При тяжелом течении пациенты испытывают ГБ ежедневно или постоянно. Важным диагностическим признаком ХГБН является предшествующее наличие ЭГБН. У некоторых пациентов отмечается сочетание мигрени и ГБН.

Диагностика ГБН, как и М, является клинической. При типичной клинической картине проведение дополнительных обследований не показано и не информативно. В связи с частыми жалобами на напряжение и болезненность мышц шеи и затылка, важной частью осмотра является пальпаторное исследование перикраниальных мышц. Следует также расспросить пациента о наличии коморбидных нарушений, которые могут дополнительно ухудшать качество жизни (нарушения ночного сна, депрессия, тревожность, панические атаки и др.) В Таблицах 81.- 83. представлены обобщенные диагностические критерии ГБН, а также для примера критерии нечастой ЭГБН и ХГБН.

Таблица 8.1. Обобщенные диагностические критерии головной боли напряжения (МКГБ-2, 2004).

- Продолжительность ГБ от 30 минут до 7 дней
- ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:
 - двухсторонняя локализация
 - давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер
 - легкая или умеренная интенсивность
 - боль не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице)
- Оба симптома из нижеперечисленных:
 - отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита)
 - только фотофобия или только фонофобия
- ГБ не связана с другими расстройствами:

Таблица 8.2 Диагностические критерии нечастой эпизодической ГБН, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц

А. По меньшей мере 10 эпизодов, возникающих с частотой не более 1 дня в месяц (не более 12 дней в год), отвечающие общепринятым критериям (Таблица 81.)

Б. При пальпации не выявляется повышенная чувствительность (болезненность) перикраниальных мышц

Таблица 8.3. Диагностические критерии хронической ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц

А. ГБ, возникающая не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (не менее 180 дней в год), отвечающая общепринятым критериям (Таблица 2.1.)

Б. ГБ продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер

В. Повышенная чувствительность (болезненность) перикраниальных мышц при пальпации

Этиология и патогенез. В происхождении ГБН принимают участие как периферические, так и центральные ноцицептивные механизмы; среди последних - снижение активности антиноцицептивной системы, в частности недостаточность ингибиторных механизмов ствола мозга. Боль при ГБН связана с болезненным напряжением перикраниальных мышц (мышечно-тоническим синдромом, МТС). В основе формирования МТС лежит механизм «порочного круга», когда повторяющееся напряжение мышцы, возникающее в ответ на эмоциональный стресс, приводит к ее рефлекторному напряжению (спазму). В результате повышается возбудимость ноцицептивных нейронов в структурах ЦНС, в том числе мотонейронов передних рогов спинного мозга; длительное тоническое напряжение приводит к гипоксии мышцы, ее воспалению, позднее формируется вторичная гипералгезия, усиливающая мышечный спазм и приводящая к хронизации боли.

При беседе с пациентом необходимо разъяснить ему механизм мышечного напряжения и его значение для течения заболевания. Высокие уровни депрессии и тревожности, выявляемые у большинства пациентов с ГБН, также облегчают болевую трансмиссию и способствуют хронизации болевого синдрома.

Важную роль в трансформации эпизодических ГБ в хронические, как при ГБН, так и при М, играют *факторы хронизации*, к которым относят психические нарушения (депрессия, тревожные расстройства) и лекарственный абюзус – избыточное применение симптоматических обезболивающих препаратов. Фактор мышечного напряжения также способствует хроническому течению цефалгических синдромов.

Лечение ГБН. В соответствии с рекомендациями Европейской федерации головной боли *симптоматическое лечение болевого эпизода* безрецептурными анальгетиками может применяться у пациентов с ЭГБН при частоте приступов не более 2 раз в неделю (8 болевых дней в месяц): ацетилсалициловая кислота 600-1000 мг (только взрослым), ибупрофен 400-

800 мг, менее эффективен парацетамол 100 мг. Есть данные об эффективности при ГБН диклофенака (50-100 мг) и флупиртина (100 мг).

При хронической форме ГБН эти препараты обладают сомнительной эффективностью и повышают риск абзусной ГБ, поэтому при частоте болевых дней более 2 в неделю (более 8 в месяц), показано профилактическое лечение. Особую осторожность следует соблюдать при применении комбинированных анальгетиков, особенно содержащих кодеин, дигидрокодеин, декстропропаксифен и барбитураты. При частом применении (10 и более доз в месяц) анальгетики, содержащие эти субстанции, быстро приводят к формированию медикаментозно-индуцированной (абзусной) ГБ.

Доказанной эффективностью в *профилактическом лечении* частой ЭГБН и ХГБН обладают amitриптилин 10-100 мг в сутки и нортитилин* в тех же дозах.

У пациентов с выраженными тревожно-депрессивными нарушениями возможно применение антидепрессантов из групп СИОЗС (флуоксетин, эсциталопрам, флувоксамин, сертралин) и СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин) в общепринятых для лечения депрессии дозах. Пациентам с выраженной болезненностью и напряжением перикраниальных мышц могут быть назначены миорелаксанты (tizанидин 2-6 мг в сутки, баклофен 10-25 мг 2-3 раза в сутки).

Есть данные об эффективности антиконвульсантов у пациентов с ХГБН. При сочетании М и ГБН показано противомигренозное профилактическое лечение (см. Таблица 6.3). Продолжительность терапии – от 3 до 6 месяцев; через 6 месяцев эффективной терапии препарат может быть постепенно отменен, но иногда показано более длительное лечение. Комплексная терапия ГБН также может включать немедикаментозные методы: психотерапию, психологическую релаксацию, БОС, постизометрическую мышечную релаксацию, массаж воротниковой зоны, фитнес, водные процедуры. Важными компонентами терапии является разъяснение пациенту природы ГБН, в том числе роли эмоциональных факторов и перенапряжения перикраниальных мышц, и обучение методикам психологической и мышечной релаксации.

* В России не зарегистрирован

Тригеминальные вегетативные цефалгии

Согласно МКГБ-2 тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ) также относятся к первичным формам цефалгий и сочетают в себе как черты головной боли, так и типичные признаки краниальных парасимпатических невралгий. Клинические разновидности ТВЦ представлены в Таблице 9.

Таблица 9 Кластерная (пучковая) головная боль и другие ТВЦ (МКГБ-2, 2004)

3.1. Кластерная (пучковая) головная боль (ПГБ)

3.1.1. Эпизодическая кластерная (пучковая) головная боль

3.1.2. Хроническая кластерная (пучковая) головная боль

3.2. Пароксизмальная гемикрания (ПГ)

3.2.1. Эпизодическая пароксизмальная гемикрания (ЭПГ)

3.2.2. Хроническая пароксизмальная гемикрания (ХПГ)

3.3. Кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъекированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС) (*Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)*)

3.4. Возможная тригеминальная вегетативная цефалгия

3.4.1. Возможная кластерная головная боль

3.4.2. Возможная пароксизмальная гемикрания

Таблица 10 Клинические характеристики ТВЦ и невралгии тройничного нерва (НТН)

Характеристика	ПГБ	ХПГ	ЭПГ	КОНКС (SUNCT)	НТН
Соотношение М:Ж	9:1	1:3	1:1	2.3:1	Ж > М
Продолжительность атак	15-180 мин	2-30 мин	1-30 мин	2-240 сек	От нескольких секунд до минут
Частота атак	1-8/сут	1-40/сут	3-30/сут	1/сут - 30/ч	Различная
Вегетативные симптомы	+	+	+	+	-
Алкоголь-провокатор атак	+	+	+	+	-
Положительный эффект индометацина	+/-	+	+	-	-

Кластерная (пучковая) головная боль (ПГБ)

Частота ПГБ в популяции невысока – 0.1-0.4%; мужчины страдают в 3-4 раза чаще, чем женщины. При описании ПГБ используют следующие основные понятия: *атака* – единичный приступ боли, *«пучок»* или *кластерный период* – период времени, в течение которого у пациента возникают множественные повторные болевые приступы, *ремиссия* – период, свободный от приступов боли. От других форм цефалгий ПГБ отличает периодичность течения заболевания – смена болевых «пучков» и ремиссий.

Для ПГБ характерны приступы чрезвычайно интенсивной строго односторонней боли, продолжительностью от 15 до 180 минут, локализуемой вокруг глаза, надбровной, височной или в нескольких из этих областей; возможно иррадиация в верхнюю или нижнюю челюсть. Приступы возникают с частотой от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки, типично их возникновение в ночное время. В период «болевого пучка» боль почти всегда возникает с одной и той же стороны; возможна смена стороны боли во время следующего обострения. Из-за невыносимой боли пациенты не могут находиться в покое, у них отмечается двигательное беспокойство, плач, агрессия и ажитация. На высоте боли на болевой стороне у большинства пациентов наблюдаются типичные вегетативные симптомы: покраснение конъюнктивы, слезотечение, заложенность носа, ринорея, потливость лба и лица, миоз, птоз, отечность век.

При эпизодической форме ПГБ приступы возникают сериями (пучками), продолжительностью от нескольких недель до нескольких месяцев; болевые периоды сменяются ремиссиями (от нескольких месяцев до нескольких лет); характерна сезонность обострений – чаще весной и осенью. У 10% пациентов отмечается хроническое течение с ремиссиями менее 6 месяцев или без ремиссий.

Диагноз ПГБ является клиническим и основывается на типичной клинической картине и характерном течении заболевания. Быстро нарастающая строго односторонняя мучительная боль, ее неоднократное повторение в течение суток, облигатность ночных атак, типичные вегетативные проявления на стороне боли, двигательное и эмоциональное возбуждение во время атаки, а также периодичность течения заболевания – смена болевых «пучков» и ремиссий - являются основными критериями диагностики ПГБ. Дополнительные методы исследования, включая нейровизуализационные, как в период болевого пучка, так и во время ремиссии, являются неинформативными, поэтому их проведение пациентам с ПГБ нецелесообразно. Дополнительные исследования проводятся при нетипичной клинической

картине с целью исключения симптоматической природы ПГБ. Диагностические критерии ПГБ представлены в Таблице 11.

Таблица 11 Диагностические критерии пучковой головной боли (МКГБ-2, 2004)

-
- А. Как минимум 5 приступов, отвечающих критериям В-D
- В. Интенсивная или чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и/или височной локализации, продолжительностью 15-180 минут без лечения
- С. ГБ сопровождается как минимум одним из следующих симптомов на стороне боли:
1. инъекирование конъюнктивы и/или слезотечение
 2. заложенность носа и/или ринорея
 3. отечность век
 4. потливость лба и лица
 5. миоз и/или птоз
 6. чувство беспокойства (невозможность находиться в покое) или агитация
- Д. Частота приступов - от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки
- Е. Не связана с другими причинами (нарушениями)
-

Следует помнить о том, что приступы, напоминающие ПГБ, иногда могут наблюдаться при органических внутричерепных повреждениях. Вторичная природа ПГБ может быть заподозрена при наличии следующих атипичных симптомов: недостаточная интенсивность боли (менее 10 баллов по ВАШ), пациент способен находится в покое во время приступа, отсутствие ночных атак, наличие «фоновой» головной боли между приступами ПГБ, наличие в статусе пациента неврологических симптомов (кроме миоза и птоза), неэффективность традиционных средств купирования приступов (триптаны, эрготамин, ингаляции кислорода). Наиболее информативными методами при исключении вторичной природы ПГБ являются МРТ и КТ с контрастированием.

Этиология и патогенез. Патогенез ПГБ до конца не изучен. Ведущая роль отводится дисфункции гипоталамуса и нарушению регуляции биологических ритмов. Предполагается, что по неизвестным причинным, периферические или центрально обусловленные триггеры вызывают активацию супрахиазмального ядра гипоталамуса, что соответствует периоду болевого пучка. При ПЭТ у пациентов во время болевого приступа отмечается активация в области серого вещества гипоталамуса. Поскольку такой активационный паттерн не наблюдается во время приступа мигрени и других форм цефалгий, возбуждение именно этой области гипоталамуса считается специфическим патофизиологическим маркером ПГБ. Ритмическая активация супрахиазмального ядра, в свою очередь, приводит к активации тригемино-васкулярной системы, дилатации сосудов твердой мозговой оболочки, выделению

болевых нейропептидов (КГРП, субстанция Р) и собственно болевому приступу (аналогично приступу М). Возникновение ярких вегетативных симптомов, сопровождающих боль при ПГБ, объясняется тесной связью гипоталамуса с парасимпатическими ядрами и симпатическими нейронами ствола мозга.

Лечение ПГБ. Во время болевого периода пациенты должны избегать возможных провокаторов приступов: не принимать алкоголь, лекарственные препараты или продукты, обладающие сосудорасширяющими свойствами, а также соблюдать режим сна-бодрствования. Терапия ПГБ, также как и мигрени, включает купирование приступов и профилактическое лечение болевых периодов.

В соответствии с «Европейскими принципами ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике» доказанной эффективностью при купировании атак ПГБ обладают: триптаны (суматриптан, элетриптан, золмитриптан), препараты эрготамина (см. раздел «Мигрень») и ингаляции 100% кислорода (7-10 л/мин в течение 15 мин). Есть данные об эффективности местных анестетиков, в частности, 4% лидокаина в виде назальных капель или аэрозоля (1 мл интраназально), а также препаратов, содержащих капсаицин. Анальгетики, включая опиоиды, не должны использоваться для купирования приступов ПГБ.

Профилактика эпизодической формы ПГБ должна начинаться как можно раньше после начала болевого периода, а у пациентов с предсказуемыми обострениями за 2-3 недели до начала ожидаемого болевого периода. (Таблица 11). Важно подчеркнуть, что даже при заметном улучшении в течение первых 1-2 недель терапии пациенты не должны прерывать курс: лечение должно продолжаться в течение всего ожидаемого болевого «пучка» и завершаться через 2 недели после достижения полной ремиссии. Таблетированные препараты должны подбираться с учетом эффективности и токсичности. Неэффективность одного препарата не означает неэффективность других; возможно применение комбинации препаратов. В связи с потенциальной токсичностью препаратов, необходимо следовать инструкциям по их применению.

Таблица 11. Препараты для профилактического лечения ПГБ с доказанной эффективностью

Лекарственные препараты	Особенности применения
Верапамил 240-960 мг в сутки	Необходим контроль АД

Преднизолон 60-80 мг 1 раз в день в течение 2-4 дней с последующим снижением дозы в течение 2-3 недель	Может потребоваться повторный курс, так как при снижении дозы возможно возобновление болевых приступов
Лития карбонат 600-1600 мг/сут	Необходимо контролировать уровень препарата в крови
Эрготамина тартрат* 2-4 мг в день ректально	Обычно после 7 дней лечения делается перерыв Нельзя сочетать с суматриптаном
Метисергид 1-2 мг в таблетках*	Необходимо делать перерыв как минимум на месяц каждые полгода Не рекомендуется сочетать с суматриптаном

*В России не зарегистрированы

Есть данные об эффективности антиконвульсантов (габапентин, топирамат) у пациентов с продолжительными болевыми периодами и хронической формой ПГБ. При неэффективности медикаментозных подходов и тяжелых хронических формах могут применяться хирургические методы лечения: радиочастотная термокоагуляция тригеминального ганглия, радиочастотная ризотомия, микроваскулярная декомпрессия, глубокая стимуляция гипоталамической области.

Пароксизмальные гемикрании (ПГ). ПГ представляют собой группу редких доброкачественных цефалгий, развивающихся преимущественно у женщин (соотношение Ж:М=3:1) в возрасте от 20 до 30 лет, с характеристиками боли и сопутствующими симптомами, аналогичными симптомам ПГБ, но более кратковременными, возникающими с большей частотой, и отвечающими на терапию индометацином.

Боль при ПГ имеет строго односторонний характер, как правило, без смены стороны. Боль максимально выражена в вокруг глаза, в области виска, лба и верхней челюсти, реже в носовой, затылочной и ретроорбитальной областях; может иррадиировать в плечо и руку на ипсилатеральной стороне. Большинство пациентов описывают боль как пульсирующую, ноющую или колющую; интенсивность болевых ощущений колеблется от умеренной до невыносимой. Отличительными симптомами ПГ являются кратковременность приступов (от 2 до 30 мин) и их большая частота, которая может достигать 40 в сутки (в среднем 5-10 атак в сутки); продолжительность боли колеблется от 2 до 120 мин (в среднем – 2-25 мин). Такие признаки, как возникновение приступов в ночное время и их провокация алкоголем при ПГ отмечаются существенно реже, чем у больных ПГБ. Во время приступа большинство

больных предпочитают находиться в покое, в постели, у некоторых отмечается двигательное возбуждение, характерное для ПГБ. Для ПГ, также как и для кластерной ГБ, характерны вегетативные симптомы, являющиеся отражением локальной парасимпатической активации. Специфическим диагностическим признаком ПГ, отличающим эту форму ТВЦ от других, является эффективность индометацина.

Так же как и при ПГБ, различают *эпизодическую* (с ремиссиями от 1 месяца и более) и *хроническую* формы ПГ, при которой приступы повторяются без ремиссий или с ремиссиями менее 1-го месяца. В ряде случаев ПГ может иметь вторичный (симптоматический) характер, что следует учитывать при неэффективности лечения.

У подавляющего большинства пациентов регулярный прием индометацина в достаточных дозах позволяет полностью купировать или существенно уменьшить болевые проявления уже в течение первых 48 часов лечения. В среднем рекомендованная доза составляет 150 мг внутрь (50 мг 3 раза в сутки) или в свечах, а также 100 мг в виде инъекций с последующим снижением до поддерживающей (50-100 мг). Учитывая возможность развития нежелательных явлений, в первую очередь со стороны ЖКТ, целесообразно применение индометацина совместно с омепразолом (20 мг/сут). При полной неэффективности максимальной терапевтической дозы индометацина диагноз «ПГ» должен быть поставлен под сомнение.

Кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъектированием конъюнктивы и слезотечением (синдром КОНКС (SUNCT))

Этот вид ТВЦ встречается чрезвычайно редко и чаще у мужчин. Боль во время атаки локализуется в области иннервации первой ветви тройничного нерва: вокруг глаза, в области виска и лба строго с одной стороны; возможна иррадиация боли в область носа, щеки и небо на болевой стороне; чрезвычайно редко боль может возникать с обеих сторон. Продолжительность болевых эпизодов при КОНКС значительно меньше, чем при других формах ТВЦ - от 5 до 240 сек (в среднем 10-60 сек), частота достигает в среднем 30 атак в сутки (от 1 до 80). Приступы могут возникать в любое время суток. Интенсивность боли колеблется от умеренной до сильной и описывается пациентами как колющая, жгучая, нередко с ощущением прохождения электрического тока. В то же время, вегетативные симптомы (особенно слезотечение и покраснение конъюнктивы) могут быть выражены более значительно, чем при ПГБ. Слезотечение и покраснение конъюнктивы начинаются уже на 1-2 секунде приступа и могут сохраняться в течение 30 сек после прекращения боли; ринорея,

напротив, проявляется в конце атаки. Большинство приступов развивается спонтанно, однако описаны случаи провокации такими стимулами, как жевание, кашель, усиленное дыхание носом, прикосновение к векам или области лба, движения шеи (повороты, наклоны головы вперед и назад), а также при употреблении холодных продуктов и напитков (мороженого). В отличие от приступа невралгии тройничного нерва, при КОНКС отсутствует рефрактерный период, так что следующий приступ может начаться сразу после предыдущего. Большинство приступов возникает во время бодрствования.

КОНКС характеризуется ремитирующим течением, причем болевой период может длиться от нескольких дней до нескольких месяцев; большинство пациентов имеют 1-2 обострения в год. Ремиссии имеют продолжительность от нескольких месяцев, иногда лет; с течением времени наблюдается тенденция к утяжелению и учащению болевых эпизодов.

Симптомы КОНКС могут отмечаться при поражениях, локализующихся в задней черепной ямке (артериовенозная мальформация мостомозжечкового угла, кавернозная ангиома моста, инфаркт ствола, базилярная импрессия, краниостеноз) или вовлекающих гипофиз. Поэтому диагноз первичной формы КОНКС может быть поставлен только после того, как тщательное обследование (включая методы нейровизуализации), исключит вторичную природу симптомов. Учитывая вышесказанное, всем пациентам с клинической картиной, напоминающей КОНКС, необходимо проведение МРТ головного мозга для исключения вторичной природы приступов.

Лечение. КОНКС плохо поддается терапии. Учитывая кратковременность атак, целью лечения является не их купирование, а уменьшение частоты болевых эпизодов. Синдром КОНКС не чувствителен к индометацину и большинству других препаратов, применяющихся для лечения первичных форм головной боли. В последнее время получены свидетельства эффективности в виде снижения частоты атак КОНКС таких антиконвульсантов, как ламотриджин, топирамат и габапентин.

Другие первичные головные боли

Этот раздел включает клинически гетерогенные типы цефалгий, которые могут возникать у здоровых людей при воздействии различных внешних факторов, в ответ на раздражение периферических нервов или расширение сосудов при приеме вазодилататоров, быть проявлением некоторых органических заболеваний головного мозга или возникать без видимых причин (Таблица 12). Патогенез их остается до конца не изученным, а лечебные подходы пока не обоснованы контролируемыми клиническими исследованиями. В

большинстве случаев перечисленные формы являются первичными (доброкачественными); в то же время симптомы некоторых из них могут напоминать клинические проявления вторичных цефалгий, поэтому при первом обращении пациенты с этими формами головной боли должны быть тщательно обследованы. Приоритетная роль принадлежит методам нейровизуализации.

Таблица 12 **Другие первичные головные боли (МКГБ-2, 2004)**

- 4.1. Первичная колющая головная боль
 - 4.2. Первичная кашлевая головная боль
 - 4.3. Первичная головная боль при физическом напряжении
 - 4.4. Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью
 - 4.4.1. Преоргазмическая головная боль
 - 4.4.2.оргазмическая головная боль
 - 4.5. Гипническая головная боль
 - 4.6. Первичная громоподобная головная боль
 - 4.7. Гемикрания континуа
 - 4.8. Новая ежедневно (изначально) персистирующая головная боль (НЕПГБ)
-

Диагностические критерии этих цефалгий представлены ниже.

Первичная колющая головная боль

- A. боль, возникающая как ощущение одного укола (прокола) или серии уколов в области головы и отвечающая критериям В-D
 - B. Боль локализуется исключительно или преимущественно в зоне иннервации первой ветви тройничного нерва (в области глаза, виска или темни)
 - C. Колющая боль длится в течение нескольких секунд и повторяется в течение дня с нерегулярной частотой от одного укола до нескольких серий уколов
 - D. Боль не сопровождается сопутствующими симптомами
 - E. Не связана с другими причинами (нарушениями)
-

Первичная кашлевая головная боль

- A. U<, отвечающая критериям В и С
 - B. Внезапное начало, продолжительность боли от 1 секунды до 30 минут
 - C. Боль возникает только в связи с кашлем, напряжением (натуживанием) или при пробе Вальсальвы
 - D. Не связана с другими причинами (нарушениями)
-

Первичная головная боль при физическом напряжении

- A. Пульсирующая головная боль, отвечающая критериям В и С
 - B. Продолжительность боли от 5 минут до 48 часов
 - C. Боль возникает только во время или после физического напряжения
 - D. Не связана с другими причинами (нарушениями)
-

Первичная ГБ, связанная с сексуальной активностью

Преоргазмическая головная боль

- A. Тупая боль в голове или шее, сочетающаяся с чувством напряжения шейных и/или жевательных мышц и отвечающая критерию В
- B. Боль возникает во время сексуальной активности и нарастает вместе с сексуальным возбуждением
- C. Не связана с другими причинами (нарушениями)

Оргазмическая головная боль

- A. Внезапная интенсивная («взрывоподобная») головная боль, отвечающая критерию В
 - B. Боль возникает во время оргазма
 - C. Не связана с другими причинами (нарушениями)
-

Гипническая ГБ

- A. Тупая ГБ, отвечающая критериям В-D
 - B. Боль развивается только во время сна и пробуждает пациента
 - C. Как минимум две из следующих характеристик:
 - 1. возникает >15 раз в месяц
 - 2. продолжается в течение ≥ 15 минут после пробуждения
 - 3. впервые возникает после 50 лет
 - D. Не сопровождается вегетативными симптомами; может отмечаться один из следующих симптомов: тошнота, фото- или фонофобия
 - E. Не связана с другими причинами (нарушениями)
-

Первичная громоподобная головная боль*

- A. Интенсивная ГБ, отвечающая критериям В и С
 - B. Обе из следующих характеристик:
 - 1. внезапное начало с достижением максимальной интенсивности меньше чем через 1 минуту
 - 2. продолжительность боли от 1 часа до 10 дней
 - C. Не повторяется регулярно в течение последующих недель или месяцев
 - D. Не связана с другими причинами (нарушениями)
-

* Из всех перечисленных в этом разделе форм громоподобная или «взрывная» головная боль (ГрГБ) требует особого внимания, поскольку может быть симптомом серьезных внутричерепных нарушений, в первую очередь, субарахноидального кровоизлияния.

Гемикрания континуа (hemicrania continua)

- A. ГБ продолжительностью >3 месяцев, отвечающая критериям В-D
- B. Все из перечисленных характеристик:
 - 1. односторонняя боль без смены стороны
 - 2. ежедневная продолжительная боль без светлых промежутков
 - 3. умеренная интенсивность с эпизодами усиления боли
- C. Во время обострения (усиления) боли на стороне её возникает как минимум один из следующих вегетативных симптомов:
 - 1. инъекирование конъюнктивы и/или слезотечение
 - 2. заложенность носа и/или ринорея
 - 3. птоз и/или миоз
- D. Эффективность терапевтических доз индометацина

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями)

Новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль

А. ГБ продолжительностью >3 месяцев, отвечающая критериям В и D

В. ГБ возникает ежедневно, с самого начала протекает без ремиссий или хронизация происходит не позднее 3-х дней от начала боли

С. По меньшей мере две из следующих характеристик боли:

1. двусторонняя локализация

2. давящий/сжимающий (непульсирующий) характер

3. легкая или умеренная интенсивность

4. не усиливается от обычной физической нагрузки (например, ходьба, подъем по лестнице)

Д. Оба симптома из нижеперечисленных:

1. не более чем один из следующих симптомов: фотофобия, фонофобия или легкая тошнота

2. отсутствие умеренной или сильной тошноты и рвоты

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями)

Диагноз любой из форм, относящихся к разделу «Другие первичные головные боли» может быть установлен только после исключения ее симптоматической природы, то есть при соблюдении всех диагностических критериев и при нормальных результатах дополнительных методов исследования, в первую очередь, методов нейровизуализации.

Медикаментозно индуцированная головная боль

Медикаментозно-индуцированная, или абзусная головная боль (МИГБ, АГБ) является одной из форм хронической ежедневной головной боли и занимает третье место по частоте после ГБН и мигрени. Распространенность АГБ в популяции составляет 1%, а среди пациентов специализированных центров головной боли - 10%; у пациентов с жалобами на хронические головные боли частота МИГБ достигает 60%.

Хотя АГБ относится к вторичным цефалгиям, она чаще всего развивается у пациентов с первичными головными болями при регулярном приеме обезболивающих препаратов на протяжении продолжительного времени. МИГБ может возникать при злоупотреблении любыми препаратами, купирующими головную боль. Классификация МИГБ (с учетом ревизии 2005 года) представлена в таблице 13.

Таблица 13 Медикаментозно-индуцированная (абзусная) головная боль (МКГБ-2R, 2005)

8.2.1. Головная боль при избыточном применении эрготамина

8.2.2. Головная боль при избыточном применении триптанов

8.2.3. Головная боль при избыточном применении анальгетиков

- 8.2.4. Головная боль при избыточном применении опиатов
 - 8.2.5. Головная боль при избыточном применении комбинированных анальгетиков
 - 8.2.6. Головная боль при избыточном применении нескольких классов обезболивающих препаратов*
 - 8.2.7. Головные боли, вызванные избыточным применением других лекарственных препаратов
 - 8.2.8. Возможная медикаментозно-индуцированная головная боль
-

* Например, эрготов, триптанов и анальгетиков без явного превалирования какого-либо одного класса

Среди всех видов МИГБ наибольшее клиническое значение в России, как и в мире, имеет «ГБ при избыточном применении анальгетиков или комбинированных анальгетиков» (т.е. комбинации анальгетиков с кодеином, кофеином и т.д.); именно этот вид МИГБ наиболее быстро формируется и очень трудно поддается терапии. К развитию МИГБ могут приводить и препараты, предназначенные для специфического лечения приступа мигрени: триптаны и эрготаминамсодержащие средства.

Из двух факторов - количество доз обезболивающих в месяц и регулярность приема - второй является более значимым для формирования лекарственного злоупотребления. Так, если пациент будет принимать всего 2 таблетки анальгетика, но практически ежедневно, то вероятность развития АГБ существенно возрастет. Чередование периодов частого применения препарата с относительно продолжительными периодами без лечения гораздо реже приводит к формированию МИГБ.

МИГБ может иметь разнообразные клинические проявления у разных пациентов даже на протяжении суток, от мигренеподобных, до присущих ГБН. Чаще всего МИГБ проявляется почти ежедневными тупыми болями во всей голове давящего или сжимающего характера, незначительной или умеренной интенсивности; наибольшая сила боли отмечается, как правило, в утренние часы; часто бывают ощущение усталости, дурноты, снижение работоспособности, раздражительность, нарушения сна. У пациентов с мигренью на фоне постоянной тупой боли несколько раз в месяц могут возникать более или менее типичные приступы мигрени: сильная пульсирующая односторонняя боль, сопровождающаяся тошнотой/рвотой, чувствительностью к звукам и свету (хроническая мигрень).

Диагностика МИГБ является клинической, то есть основывается на описании пациентом своей ГБ, анамнестических сведениях и анализе обезболивающей терапии. Наиболее информативным методом, подтверждающим наличие лекарственного злоупотребления, является ведение пациентом *дневника головной боли*, в котором он отмечает время возникновения болевых эпизодов и количество принимаемых обезболивающих препаратов. Методов

обследования, подтверждающих диагноз АГБ, не существует. В Таблицах 14 и 15 представлены обобщенные диагностические критерии АГБ и (для примера) критерии ГБ при избыточном применении анальгетиков.

Таблица 14 Обобщенные диагностические критерии медикаментозно-индуцированной головной боли (МКГБ-2R, 2005)

А. ГБ, присутствующая на протяжении 15 или более дней в месяц, отвечающая критериям С и D

В. Регулярное на протяжении более чем 3 месяцев злоупотребление одним или более препаратами для купирования острого приступа и/или симптоматического лечения головной боли

С. ГБ развилась или значительно ухудшилась во время избыточного приема препарата(ов)

Д. ГБ прекращается или возвращается к прежнему паттерну в течение 2 месяцев после прекращения приема «виновного» препарата*

* До истечения 2-х месяцев после отмены (в ожидании улучшения или прекращения головной боли) следует установить диагноз *Возможная МИГБ*. Если спустя 2 месяца после отмены препарата улучшение не наступило, диагноз «МИГБ» должен быть поставлен под сомнение.

Таблица 3 Диагностические критерии ГБ при избыточном применении анальгетиков (МКГБ-2R, 2005).

А. ГБ, отвечающая критериям А, С и D для МИГБ (8.2.)

В. Прием простых анальгетиков в течение 15 дней в месяц на регулярной основе на протяжении не менее 3 месяцев

Этиология и патогенез. Установлено, что ЛИГБ может возникать при злоупотреблении любыми препаратами, купирующими ГБ. К числу потенциально опасных медикаментов относятся: комбинированные анальгетические препараты, производные эрготамина, опиоиды, специфические препараты для купирования приступов мигрени – агонисты серотониновых рецепторов (триптаны), в меньшей степени НПВС. Доказано, что частый прием опиоидов и барбитуратов повышает риск прогрессирования мигрени (даже при кратковременных курсах лечения); потенциал триптанов и НПВС как факторов прогрессирования не столь велик.

Обычно в начале у пациентов с МИГБ бывает эпизодическая мигрень или ЭГБН, затем происходит учащение болевых эпизодов. В роли факторов хронизации чаще всего выступают эмоциональный стресс (депрессия, тревога), присоединение другого типа головной боли, напряжение перикраниальных мышц. Нарастание частоты болевых приступов ведет к

увеличению приема обезболивающих, что, в конце концов, приводит к ежедневному и многократному приему препаратов. С течением времени облегчение от обезболивающих становится преходящим и неполным, что вынуждает пациентов вновь и вновь принимать лекарства.

Показано, что с течением времени и увеличением частоты атак у пациентов с МИГБ формируется дисфункция ноцицептивных систем мозга: сенситизация периферических и активация «немых» ноцицепторов тригемино-вазкулярной системы, гиперчувствительность нейронов ядра тройничного нерва, а также недостаточность нисходящих ингибиторных (антиноцицептивных) путей. В качестве одного из ведущих механизмов формирования МИГБ обсуждается феномен гипералгезии, возникающий на фоне длительного приема обезболивающих препаратов, например опиатов. Подавление ингибиторных противоболевых механизмов («ингибирование ингибирования»), прямые возбуждающие эффекты, приводящие к повышению корковой возбудимости и облегчающие «запуск» корковой распространяющейся депрессии, а также активация «молчащих» ноцицепторов обсуждаются в качестве возможных механизмов опиоидной гипералгезии. Нейрохимическими коррелятами сенситизации является повышение уровня глутамата, субстанции P, кальцитонин-ген-родственного пептида (CGRP), нейрокина А, нейротрофического фактора роста. Важная роль принадлежит также активации NMDA-рецепторов и повышению уровня глутамата. Эти нейрохимические изменения лежат в основе процессов нейротоксичности и апоптоза.

Лечение МИГБ следует начинать сразу после ее выявления. Прогноз заболевания зависит от длительности злоупотребления препаратами. Профилактика (разъяснение риска развития МИГБ при злоупотреблении обезболивающими препаратами особенно пациентам с большой частотой эпизодов ГБ) является более эффективной, чем лечение уже развившейся АГБ. Необходимо, с одной стороны, разъяснить пациенту, что лечение, которое он принимает, чтобы снять ГБ, по существу является ее причиной; с другой стороны, необходимо убедить пациента, что отмена препарата – единственный путь к облегчению ГБ.

Основные цели ведения пациентов с МИГБ:

- отмена «виновного» препарата(ов), при необходимости, дезинтоксикация
- уточнение характера первичной формы ГБ (мигрень или ГБН)
- назначение профилактического лечения в зависимости от исходной формы цефалгии
- профилактика рецидива.

Предпочтительна резкая, одномоментная отмена препарата. В течение 48 часов после отмены могут возникнуть усиление ГБ, тошнота или рвота, тревожность, нарушения сна, которые могут сохраняться максимум две недели. В связи с этим процесс отмены должен быть запланирован таким образом, чтобы он не оказывал заметного влияния на жизнь пациента (может возникнуть потребность в 1-2 недельном больничном листе). Через 1-2 недели ГБ обычно начинает уменьшаться. Даже если, несмотря на отмену препарата, ГБ сохраняются, они становятся более легкими и лучше отвечают на правильно подобранное лечение. Большинство пациентов после 2-х месяцев отмены возвращаются к исходной форме цефалгии. Полное восстановление может занимать недели или даже месяцы. Для оценки динамики цефалгического синдрома рекомендуется ведение календаря (дневника ГБ) для регистрации симптомов и количества принимаемых препаратов.

Большинство пациентов с МИГБ при отмене абюзусного препарата нуждаются в *подборе заместительного средства* для купирования ГБ. Обычно в качестве замены рекомендуется препарат другой фармакологической группы (например, если абюзус у пациента с М был вызван простым анальгетиком, для купирования приступов могут быть рекомендованы триптаны, препараты эртогомина или НПВП). Для купирования постоянной (фоновой) ГБ у пациентов с мигренью и ГБН может быть рекомендован флупиртин (катадолон), который назначается на регулярной основе в дозе 100 мг 3 раза в сутки в течение первых 3-4 недель периода отмены.

При тяжелом абюзусе и выраженной психологической зависимости можно применять парентеральное *дезинтоксикационное лечение*, которое включает: утром в/в дексаметазон 6-8 мг + магния 25% 10 мл + физ. раствор 100 мл (№7 капельниц), вечером в/в amitriptilin 2 мл + физ. раствор 100 мл (№7 капельниц). Возможно в/в применение эртогомина (если абюзус не обусловлен применением эрготов).

Параллельно с отменой «виновного» препарата и дезинтоксикацией назначается традиционная *профилактическая терапия* в зависимости от первичной формы ГБ (мигрень или ГБН). Следует разъяснить пациенту, что эффект профилактической терапии будет недостаточным, если не происходит отмена препарата, вызвавшего абюзус. Наиболее эффективными средствами для лечения МИГБ, как у пациентов с мигренью, так и ГБН являются антидепрессанты (амитриптилин, флуоксетин, эсциталопрам, дулоксетин, милнаципран, венлафаксин) и антиконвульсанты (топирамат, габапентин, препараты вальпроевой кислоты). Дозы антиконвульсантов необходимо титровать до рекомендованной дозы. Например начальная доза топирамата составляет 25 мг/сут однократно вечером (в

течение 1 недели), затем повышается на 25 мг каждые 7-10 дней до достижения терапевтической дозы 100 мг/сут. Продолжительность профилактической терапии МИГБ в среднем составляет 6-12 месяцев.

Рецидив АГБ в течение последующих пяти лет отмечается у 40% пациентов, поэтому большинство пациентов требуют длительного наблюдения. После успешного снятия абзуса важно разъяснить пациенту риск возврата МИГБ и необходимость строго контролировать количество обезболивающих препаратов. Желательно максимально отсрочить возврат к приему абзусного препарата; предпочтительно перейти на препарат другой фармакологической группы. При необходимости обезболивающий препарат можно вновь с осторожностью начать принимать через 2 месяца (кратность приема не должна превышать 2-х раз в неделю).

ТЕСТЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Какие формы головной боли (ГБ) преобладают в популяции

- А. Вторичные
 - Б. Первичные
 - В. Встречаются одинаково часто
- Ответ: Б

2. Какие формы первичных ГБ наиболее распространены

- А. Мигрень и головная боль напряжения (ГБН)
 - Б. Мигрень и кластерная ГБ
 - В. ГБН и первичная кашлевая ГБ
- Ответ: А

3. Какие методы исследования наиболее информативны в диагностике первичных ГБ

- А. Нейровизуализация
 - Б. Лабораторные
 - В. Исследование сосудов головного мозга
 - Г. Клинический (жалобы, анамнез, осмотр)
- Ответ: Г

4. Какой из критериев НЕ относится к диагностическим критериям вторичной ГБ

- А. ГБ непосредственно связана с началом или обострением основного заболевания
 - Б. основное заболевание подтверждается клиническими симптомами и данными лаб. и инструментальных обследований
 - В. ГБ ухудшается при лечении основного заболевания
- Ответ: В

5. Какой симптом не относится к типичным для приступа мигрени

- А. Тошнота
 - Б. Светобоязнь
 - В. Осмофобия
 - Г. Ослабление ГБ при физической нагрузке
- Ответ: Г

6. В каких случаях следует направить пациента с первичной ГБ на дополнительные обследования

- А. Нетипичная клиническая картина
 - Б. Локальные неврологические нарушения в статусе
 - В. Наличие «сигналов опасности»
 - Г. Все верно
- Ответ: Г

7. Чем в основном определяется качество жизни пациентов мигренью в межприступном периоде

- А. Коморбидные нарушения
- Б. Семейное положение
- В. Соматические заболевания

Ответ: А

8. Что не относится к факторам хронизации головной боли

- А. Злоупотребление обезболивающими препаратами
- Б. Эмоциональные расстройства
- В. Заболевания желудочно-кишечного тракта
- Г. Напряжение перикраниальных мышц

Ответ: В

9. Наиболее частым осложнением мигрени является

- А. Мигренозный инсульт
- Б. Хроническая мигрень
- В. Эпиприпадок, вызванный мигренью

Ответ: Б

10. Какие препараты являются препаратами выбора для купирования тяжелых дезадаптирующих приступов мигрени

- А. Комбинированные анальгетики
- Б. НПВП
- В. Триптаны

Ответ: В

11. На чем основывается выбор средства для купирования приступа мигрени

- А. Тяжесть приступа и степень дезадаптации
- Б. Предпочтение больного
- В. Форма мигрени

Ответ: А

12. Какие препараты не относятся к противомигренозным профилактическим средствам

- А. Ноотропные и вазоактивные
- Б. Антиконвульсанты
- В. Бета-адреноблокаторы
- Г. Антидепрессанты

Ответ: А

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. Мигрень. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 624 с.
2. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли. Практическое руководство/ М.;; ООО «ПАГРИ-Принт», 2007. – 60с.
3. Боль: руководство для врачей и студентов / под ред. акад. РАМН Н.Н.Яхно. – М.:МЕДпресс-информ, 2009. – 304 с..ил.
4. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике / Т.Дж.Стайнер и соавт.: Практическое руководство для врачей; перевод а английского Ю.Э.Азимовой, В.В.Осиповой; научная редакция В.В.Осиповой, Т.Г.Вознесенской, Г.Р.Табеевой. – М.: 000 «ОГГИ. Рекламная продукция», 2010. – 56 с.
5. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А., Соколов А.Ю. Мигрень (патогенез, клиника, лечение). // Москва. – МЕДпресс. - 2011.-265с.
6. Международная классификация головных болей 2-ое издание (полная русскоязычная версия), 2006, 380 с.
7. Осипова В.В. Первичные головные боли. Неврология: национальное руководство / по ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, В.И.Скворцовой, А.Б.Гехт. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. С.700-732.
8. Штрибель Х.В. Терапия хронической боли: Практическое руководство: Пер. с нем. / Под ред. Н.А. Осиповой, А.Б. Данилова, В.В. Осиповой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 304 с.

Краткая версия Международной классификации головных болей (2-ое издание, 2004) с кодами МКБ-10NA ВОЗ

С полной версией МКГБ-2 можно познакомиться на сайтах: www.migreni.net, www.headache-society.ru и www.paininfo.ru.

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

1.6.1.	[G43.83]	Возможная мигрень без ауры
1.6.2.	[G43.83]	Возможная мигрень с аурой
1.6.3.		Возможная хроническая мигрень
2.	[G44.2]	Головная боль напряжения (ГБН)
2.1.	[G44.2]	Нечастая эпизодическая ГБН
2.1.1.	[G44.20]	Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.1.2.	[G44.21]	Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2.	[G44.2]	Частая эпизодическая ГБН
2.2.1.	[G44.20]	Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2.2.	[G44.21]	Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3.	[G44.2]	Хроническая ГБН
2.3.1.	[G44.22]	Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3.2.	[G44.23]	Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.4.	[G44.28]	Возможная ГБН
2.4.1.	[G44.28]	Возможная нечастая ГБН
2.4.2.	[G44.28]	Возможная частая ГБН
2.4.3.	[G44.28]	Возможная хроническая ГБН
3.	[G44.0]	Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии
3.1.	[G44.0]	Пучковая головная боль
3.1.1.	[G44.01]	Эпизодическая пучковая головная боль
3.1.2.	[G44.02]	Хроническая пучковая головная боль
3.2.	[G44.03]	Пароксизмальная гемикрания
3.2.1.	[G44.03]	Эпизодическая пароксизмальная гемикрания
3.2.2.	[G44.03]	Хроническая пароксизмальная гемикрания (ХПГ)
3.3.	[G44.08]	Кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъектированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС) (<i>Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)</i>)

3.4.	[G44.08]	Возможные тригеминальные вегетативные цефалгии
3.4.1.	[G44.08]	Возможная пучковая головная боль
3.4.2.	[G44.08]	Возможная пароксизмальная гемикрания
3.4.3.	[G44.08]	Возможная КОНКС (SUNCT)
4.	[G44.80]	Другие первичные головные боли
4.1.	[G44.800]	Первичная колющая (stabbing) головная боль
4.2.	[G44.803]	Первичная кашлевая головная боль
4.3.	[G44.804]	Первичная головная боль при физическом напряжении
4.4.	[G44.805]	Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью
4.4.1.	[G44.805]	Преоргазмическая головная боль
4.4.2.	[G44.805]	Оргазмическая головная боль
4.5.	[G44.08]	Гипническая головная боль (<i>hypnic headache</i>)
4.6.	[G44.08]	Первичная громоподобная головная боль (<i>thunderclap headache</i>)
4.7.	[G44.08]	Гемикрания континуа (<i>hemicrania continua</i>)
4.8.	[G44.2]	Новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль (<i>New daily-persistent headache (NDPH)</i>)
5.	[G44.88]	Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи
5.1.	[G44.880]	Острая посттравматическая головная боль
5.1.1.	[G44.880]	Острая посттравматическая головная боль, связанная с умеренной или тяжелой травмой головы
5.1.2.	[G44.880]	Острая посттравматическая головная боль, связанная с легкой травмой головы
5.2.	[G44.3]	Хроническая посттравматическая головная боль
5.2.1.	[G44.30]	Хроническая посттравматическая головная боль, связанная с умеренной или тяжелой травмой головы
5.2.2.	[G44.31]	Хроническая посттравматическая головная боль, связанная с легкой травмой головы
5.3.	[G44.841]	Острая головная боль, связанная с хлыстовой травмой
5.4.	[G44.841]	Хроническая головная боль, связанная с хлыстовой травмой
5.5.	[G44.88]	Головная боль, связанная с травматической внутричерепной гематомой

5.5.1.	[G44.88]	Головная боль, связанная с эпидуральной гематомой
5.5.2.	[G44.88]	Головная боль, связанная с субдуральной гематомой
5.6.	[G44.88]	Головные боли, связанные с другими травмами головы и/или шеи
5.6.1.	[G44.88]	Острая головная боль, связанная с другими травмами головы и/или шеи
5.6.2.	[G44.88]	Хроническая головная боль, связанная с другими травмами головы и/или шеи
5.7.	[G44.88]	Головная боль после краниотомии
5.7.1.	[G44.880]	Острая головная боль после краниотомии
5.7.2.	[G44.30]	Хроническая головная боль после краниотомии
6.	[G44.81]	Головные боли, связанные с поражениями сосудов головного мозга и шеи
6.1.	[G44.810]	Головная боль, связанная с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой
6.1.1.	[G44.810]	Головная боль, связанная с ишемическим инсультом (церебральным инфарктом)
6.1.2.	[G44.810]	Головная боль, связанная с транзиторной ишемической атакой (ТИА)
6.2.	[G44.810]	Головная боль, связанная с нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием
6.2.1.	[G44.810]	Головная боль, связанная с внутричерепным кровоизлиянием
6.2.2.	[G44.810]	Головная боль, связанная с субарахноидальным кровоизлиянием (САК)
6.3.	[G44.811]	Головная боль, связанная с неразорвавшейся сосудистой мальформацией
6.3.1.	[G44.811]	Головная боль, связанная с мешотчатой аневризмой
6.3.2.	[G44.811]	Головная боль, связанная с артериовенозной мальформацией
6.3.3.	[G44.811]	Головная боль, связанная с артериовенозной фистулой твердой мозговой оболочки
6.3.4.	[G44.811]	Головная боль, связанная с кавернозной ангиомой
6.3.5.	[G44.811]	Головная боль, связанная с энцефалотригеминальным или лептоменингеальным ангиоматозом (синдром Штурге-Вебера)
6.4.	[G44.812]	Головные боли, связанные с артериитами
6.4.1.	[G44.812]	Головная боль, связанная с гигантоклеточным артериитом
6.4.2.	[G44.812]	Головная боль, связанная с первичным ангиитом центральной нервной системы
6.4.3.	[G44.812]	Головная боль, связанная с вторичным ангиитом центральной нервной системы
6.5.	[G44.810]	Боли, связанные с каротидными или вертебральными артериями
6.5.1.	[G44.810]	Головная, лицевая или боль в шее, связанная с расслоением артерий
6.5.2.	[G44.814]	Головная боль после эндартерэктомии
6.5.3.	[G44.810]	Головная боль, связанная с ангиопластикой каротидных артерий

6.5.4.	[G44.810]	Головная боль, связанная с внутрочерепными эндоваскулярными вмешательствами
6.5.5.	[G44.810]	Головная боль при ангиографии
6.6.	[G44.810]	Головная боль, связанная с тромбозом церебральных вен
6.7.	[G44.81]	Головные боли, связанные с другими внутрочерепными сосудистыми процессами
6.7.1.	[G44.81]	Церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с подкорковыми инфарктами и лейкоэнцефалопатией (<i>Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL)</i>)
6.7.2.	[G44.81]	Митохондриальная энцефалопатия с лактоацидозом и инсультоподобными эпизодами (<i>Mitochondrial Encephalopathy, Lactic Acidosis and Stroke-like episodes (MELAS)</i>)
6.7.3.	[G44.81]	Головная боль, связанная с доброкачественной ангиопатией центральной нервной системы
6.7.4.	[G44.81]	Головная боль, связанная с апоплексией гипофиза
7.	[G44.82]	Головные боли, связанные с несосудистыми внутрочерепными поражениями
7.1.	[G44.820]	Головная боль, связанная с высоким давлением ликвора
7.1.1.	[G44.820]	Головная боль, связанная с идиопатической (доброкачественной) внутрочерепной гипертензией
7.1.2.	[G44.820]	Головная боль, связанная с вторичной внутрочерепной гипертензией вследствие метаболических, токсических или гормональных причин
7.1.3.	[G44.820]	Головная боль, связанная с вторичной внутрочерепной гипертензией вследствие гидроцефалии
7.2.	[G44.820]	Головная боль, связанная с низким давлением ликвора
7.2.1.	[G44.820]	Головная боль после люмбальной пункции
7.2.2.	[G44.820]	Головная боль при ликворной фистуле
7.2.3.	[G44.820]	Головная боль, связанная со спонтанным (идиопатическим) понижением ликворного давления
7.3.	[G44.82]	Головные боли, связанные с неинфекционными воспалительными заболеваниями
7.3.1.	[G44.823]	Головная боль, связанная с нейросаркоидозом
7.3.2.	[G44.823]	Головная боль, связанная с асептическим (неинфекционным) менингитом
7.3.3.	[G44.823]	Головные боли, связанные с другими неинфекционными воспалительными заболеваниями
7.3.4.	[G44.82]	Головная боль, связанная с лимфоцитарным гипофизитом
7.4.	[G44.822]	Головные боли, связанные с внутрочерепной опухолью
7.4.1.	[G44.822]	Головная боль, связанная с повышением внутрочерепного давления или гидроцефалией вследствие опухоли
7.4.2.	[G44.822]	Головная боль, непосредственно связанная с опухолью
7.4.3.	[G44.822]	Головная боль, связанная с карциноматозным менингитом

7.4.4.	[G44.822]	Головная боль, связанная с избыточностью или недостаточностью секреторной функции гипоталамуса или гипофиза (вследствие опухолевого поражения этих образований)
7.5.	[G44.824]	Головная боль, связанная с инъекцией в оболочечное пространство
7.6.	[G44.82]	Головная боль, связанная с эпилептическим припадком
7.6.1.	[G44.82]	Эпилептическая гемикрания (<i>hemicrania epileptica</i>)
7.6.2.	[G44.82]	Головная боль, возникающая после эпилептического припадка
7.7.	[G44.82]	Головная боль, связанная с мальформацией Киари I типа
7.8.	[G44.82]	Синдром транзиторной головной боли с неврологическими проявлениями и лимфоцитозом ликвора (<i>Syndrome of transient Headache and Neurological Deficits with cerebrospinal fluid Lymphocytosis (HaNDL)</i>)
7.9.	[G44.82]	Головные боли, связанные с другими несосудистыми внутричерепными поражениями
8.	[G44.4 или G44.83]	Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой
8.1.	[G44.40]	Головная боль, связанная с острым или длительным воздействием веществ
8.1.1.	[G44.400]	Головная боль, вызванная донорами оксида азота (NO)
8.1.1.1.	[G44.400]	Немедленная головная боль, вызванная донорами NO
8.1.1.2.	[G44.400]	Отсроченная головная боль, вызванная донорами NO
8.1.2.	[G44.40]	Головная боль, вызванная ингибиторами фосфодиэстеразы (ФДЭ) (<i>PDE</i>)
8.1.3.	[G44.402]	Головная боль, вызванная монооксидом углерода
8.1.4.	[G44.83]	Головная боль, вызванная алкоголем
8.1.4.1.	[G44.83]	Немедленная головная боль, вызванная алкоголем
8.1.4.2.	[G44.83]	Отсроченная головная боль, вызванная алкоголем
8.1.5.	[G44.4]	Головная боль, вызванная пищевыми продуктами и добавками
8.1.5.1.	[G44.401]	Головная боль, вызванная мононитратом глутамата
8.1.6.	[G44.83]	Головная боль, вызванная кокаином
8.1.7.	[G44.83]	Головная боль, вызванная гашишем
8.1.8.	[G44.40]	Головная боль, вызванная гистамином
8.1.8.1.	[G44.40]	Немедленная головная боль, вызванная гистамином
8.1.8.2.	[G44.40]	Отсроченная головная боль, вызванная гистамином
8.1.9.	[G44.40]	Головная боль, вызванная пептидом, родственным с геном кальцитонина (ПРГК) (<i>Calcitonin gene-</i>

		<i>related peptide (CGRP))</i>
8.1.9.1.	[G44.40]	Немедленная головная боль, вызванная ПРГК
8.1.9.2.	[G44.40]	Отсроченная головная боль, вызванная ПРГК
8.1.10.	[G44.41]	Головная боль как острый побочный эффект на воздействие других лекарственных препаратов
8.1.11.	[G44.4 или G44.83]	Головная боль, вызванная острым или длительным воздействием других веществ
8.2.	[G44.41 или G44.83]	Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов (абузусная головная боль)
8.2.1.	[G44.411]	Головная боль при избыточном применении эрготамина
8.2.2.	[G44.41]	Головная боль при избыточном применении триптанов
8.2.3.	[G44.410]	Головная боль при избыточном применении анальгетиков
8.2.4.	[G44.83]	Головная боль при избыточном применении опиатов
8.2.5.	[G44.410]	Головная боль при избыточном применении комбинации препаратов
8.2.6.	[G44.410]	Головные боли, связанные с избыточным применением других лекарственных препаратов
8.2.7.	[G44.41 или G44.83]	Головные боли, возможно связанные с избыточным применением лекарственных препаратов
8.3.	[G44.4]	Головная боль как побочный эффект длительного приёма лекарственных препаратов
8.3.1.	[G44.418]	Головная боль, вызванная приёмом гормонов
8.4.	[G44.83]	Головная боль, связанная с отменой препаратов
8.4.1.	[G44.83]	Головная боль при отмене кофеина
8.4.2.	[G44.83]	Головная боль при отмене опиатов
8.4.3.	[G44.83]	Головная боль при отмене эстрогенов
8.4.4.	[G44.83]	Головная боль при отмене других веществ
9.		Головные боли, связанные с инфекциями
9.1.	[G44.821]	Головная боль, связанная с внутричерепной инфекцией
9.1.1.	[G44.821]	Головная боль, связанная с бактериальным менингитом
9.1.2.	[G44.821]	Головная боль, связанная с лимфоцитарным менингитом
9.1.3.	[G44.821]	Головная боль, связанная с энцефалитом
9.1.4.	[G44.821]	Головная боль, связанная с мозговым абсцессом
9.1.5.	[G44.821]	Головная боль, связанная с субдуральной эмпиемой
9.2.	[G44.881]	Головные боли, связанные с системными инфекциями

9.2.1.	[G44.881]	Головная боль, связанная с системной бактериальной инфекцией
9.2.2.	[G44.881]	Головная боль, связанная с системной вирусной инфекцией
9.2.3.	[G44.881]	Головная боль, связанная с другими системными инфекциями
9.3.	[G44.821]	Головная боль, связанная со СПИДом/ВИЧ-инфекцией
9.4.	[G44.821 или G44.881]	Хроническая постинфекционная головная боль
9.4.1.	[G44.821]	Хроническая головная боль после бактериального менингита
10.	[G44.882]	Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза
10.1.	[G44.882]	Головная боль, связанная с гипоксией и/или гиперкапнией
10.1.1.	[G44.882]	Высотная головная боль
10.1.2.	[G44.882]	Головная боль ныряльщиков
10.1.3.	[G44.882]	Головная боль, связанная с сонными апноэ
10.2.	[G44.882]	Головная боль при гемодиализе
10.3.	[G44.813]	Головная боль, связанная с артериальной гипертензией
10.3.1.	[G44.813]	Головная боль, связанная с феохромоцитомой
10.3.2.	[G44.813]	Головная боль, связанная с гипертоническим кризом без гипертонической энцефалопатии
10.3.3.	[G44.813]	Головная боль, связанная с гипертонической энцефалопатией
10.3.4.	[G44.813]	Головная боль, связанная с преэклампсией
10.3.5.	[G44.813]	Головная боль, связанная с эклампсией
10.3.6.	[G44.813]	Головная боль, связанная с острым повышением артериального давления в ответ на приём различных веществ
10.4.	G44.882]	Головная боль, связанная с гипотиреозом
10.5.	[G44.882]	Головная боль, связанная с голодом
10.6.	[G44.882]	Головная боль при заболеваниях сердца (ишемии миокарда)
10.7.	[G44.882]	Головные боли, связанные с другими нарушениями гомеостаза
11.	[G44.84]	Головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
11.1.	[G44.840]	Головная боль, связанная с патологией костей черепа
11.2.	[G44.841]	Головная боль, связанная с патологией в области шеи

11.2.1.	[G44.841]	Цевикогенная головная боль
11.2.2.	[G44.842]	Головная боль, связанная с ретрофарингеальным тендинитом
11.2.3.	[G44.841]	Головная боль, связанная с краниоцервикальной дистонией
11.3.	[G44.843]	Головная боль, связанная с патологией глаз
11.3.1.	[G44.843]	Головная боль, связанная с острой глаукомой
11.3.2.	[G44.843]	Головная боль, связанная с нарушениями рефракции
11.3.3.	[G44.843]	Головная боль, связанная с косоглазием (скрытым или явным)
11.3.4.	[G44.843]	Головная боль, связанная с воспалительными заболеваниями глаз
11.4.	[G44.844]	Головная боль, связанная с патологией ушей
11.5.	[G44.845]	Головная боль, связанная с патологией носовых пазух
11.6.	[G44.846]	Головная боль, связанная с патологией зубов, челюстей и связанных с ними структур
11.7.	[G44.846]	Головная или лицевая боль, связанная с патологией височно-нижнечелюстного сустава
11.8.	[G44.84]	Головная боль, связанная с другими патологическими процессами в области черепа, шеи, глаз, ушей, носа, пазух, зубов, ротовой полости или других структурах черепа и шеи
12.	[R51]	Головные боли, связанные с психическими заболеваниями
12.1.	[R51]	Головная боль, связанная с соматизированными расстройствами
12.2.	[R51]	Головная боль, связанная с психотическими нарушениями
13.	[G44.847, G44.848 или G44.85]	Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли
13.1.	[G44.847]	Тригеминальная невралгия
13.1.1.	[G44.847]	Классическая тригеминальная невралгия
13.1.2.	[G44.847]	Симптоматическая тригеминальная невралгия
13.2.	[G44.847]	Глоссофарингеальная невралгия
13.2.1.	[G44.847]	Классическая глоссофарингеальная невралгия
13.2.2.	[G44.847]	Симптоматическая глоссофарингеальная невралгия
13.3.	[G44.847]	Невралгия промежуточного нерва
13.4.	[G44.847]	Невралгия верхнего нерва гортани
13.5.	[G44.847]	Назоцилиарная невралгия
13.6.	[G44.847]	Супраорбитальная невралгия

13.7.	[G44.847]	Невралгии других ветвей тройничного нерва
13.8.	[G44.847]	Невралгия затылочного нерва (окципитальная невралгия)
13.9.	[G44.851]	Шейно-язычный синдром
13.10.	[G44.801]	Головная боль, связанная с внешним сдавлением
13.11.	[G44.802]	Головная боль, связанная с холодowymi стимулами
13.11.1.	[G44.8020]	Головная боль, связанная с внешним воздействием холода
13.11.2.	[G44.8021]	Головная боль, связанная с внутренним воздействием холода (вдыхание, приём внутрь охлаждённых веществ)
13.12.	[G44.848]	Постоянная боль, вызванная компрессией, раздражением или растяжением краниальных нервов или верхних шейных корешков структурными повреждениями
13.13.	[G44.848]	Неврит зрительного нерва
13.14.	[G44.848]	Диабетическая нейропатия зрительного нерва
13.15.	[G44.881 или G44.847]	Головная или лицевая боль, связанная с острой инфекцией опоясывающего герпеса (herpes zoster)
13.15.1.	[G44.881]	Головная или лицевая боль при остром herpes zoster
13.15.2.	[G44.847]	Постгерпетическая невралгия
13.16.	[G44.850]	Синдром Толоса-Ханта
13.17.	[G43.80]	Офтальмоплегическая «мигрень»
13.18.	[G44.810 или G44.847]	Центральные лицевые боли
13.18.1.	[G44.847]	Болезненная анестезия (anaesthesia dolorosa)
13.18.2.	[G44.810]	Центральная боль после инсульта
13.18.3.	[G44.847]	Лицевая боль при рассеянном склерозе
13.18.4.	[G44.847]	Персистирующая идиопатическая лицевая боль
13.18.5.	[G44.847]	Синдром «пылающего рта»
13.19.	[G44.847]	Другие краниальные невралгии или другие центральные лицевые боли
14.	[R51]	Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли
14.1.	[R51]	Головные боли, полностью не подпадающие под диагностические критерии
14.2.	[R51]	Неустановленные (неклассифицируемые) головные боли