



О.Р. ЕСИН, М.А. СИТНОВА, Э.И. ГИСМАТУЛЛИНА, И.Х. ХАЙРУЛЛИН, Р.Г. ЕСИН
Казанская государственная медицинская академия

УДК 616.831-009.7

Лечение редких идиопатических первичных головных болей

Есин Олег Радиевич

очный аспирант кафедры неврологии и мануальной терапии

420097, г. Казань, ул. Товарищеская, 21-82, тел. 8-917-899-63-36, e-mail: olegesin@gmail.com

В обзоре представлены современные данные о принципах диагностики и лечения редких видов первичных головных болей: первичной колющей головной боли, первичной кашлевой головной боли, первичной головной боли при физическом напряжении, головной боли, связанной с сексуальной активностью, гипнической, первичной громкоподобной головной боли, гемикрании континуа, новой ежедневной персистирующей головной боли.

Ключевые слова: первичная головная боль, диагностика, лечение.

O.R. ESIN, M.A. SITNOVA, E.I. GISMATULLINA, I.H. HAYRULLIN, R.G. ESIN
Kazan State Medical Academy

Treatment of rare idiopathic primary headaches

In this review we present up-to-date principles of diagnostic and treatment of miscellaneous idiopathic headache disorders: primary stabbing headache, primary cough headache, primary exertional headache, primary headache associated with sexual activity, hypnic headache, primary thunderclap headache, hemicrania continua, new daily-persistent headache.

Keywords: primary headache, diagnostic, treatment.

Во втором издании международной классификации головных болей (МКГБ-II) [1] есть группа редких идиопатических головных болей (ГБ). Эти ГБ отличаются от других часто встречающихся ГБ (мигрень, головная боль напряжения и тригеминальные вегетативные цефалгии), очень разнообразны и часто неправильно диагностируются. Они классифицируются только по клинической картине, описываемой самим пациентом, и нет каких-либо иных методов подтверждения диагноза.

Первичная колющая (stabbing) головная боль

Пациенты жалуются на очень короткую (менее 1 секунды) атаку боли, которая может быть однократной или повторяться сериями. Возникает в области не более 20 мм и обычно локализуется в зоне иннервации первой ветви тройничного нерва (лоб, орбиты, темя и висок). Характер боли колющий, интенсивность от умеренной до выраженной. Частота варьирует от одной атаки в год до 100 в день. Атаки могут быть однократными или на протяжении нескольких лет, могут возникать спонтанно, или могут быть спровоцированы холодными напитками или льдом. ГБ всегда включает синдром «колющих ударов» (различные, четко локализованные), боль по типу «укола ледынкой» (усиливается холодом) и офтальмодию (острая кратковременная боль в области внутреннего угла глаза). Основным клиническим отличием от тригеминальных вегетативных цефалгий является отсутствие вегетативных расстройств в области головы. Патология ПКТБ неизвестна.

ПКТБ обычно встречается у пациентов с мигренью, головной болью напряжения и кластерной головной болью. Частота ее в этих группах 2-35% [2,3], она может встречаться и у детей, но зарегистрированных случаев в этой возрастной группе мало. В детском возрасте данная головная боль вызывает дезадаптацию от недели до нескольких месяцев. У женщин ПКТБ встречается чаще в 1,5-6 раз, частота находится в прямой связи с возрастом [3].

Обычно ПКТБ не требует лечения. Пациентам с большой частотой атак, выраженным влиянием на качество жизни рекомендуется индометацин, который снижает атаки более чем у 65% пациентов [4]. Индометацин назначают вместе с гастропротекторами, такими как антациды, антагонисты H₂-рецепторов, блокаторы протонной помпы.

Рекомендации Европейской федерации неврологических обществ по лечению первичной колющей (stabbing) головной боли [5]:

1. Индометацин 25-50 мг два раза в день (уровень рекомендаций В)
2. Выбор: Мелатонин* 3-12 мг вечером или Габапентин* два раза в день (уровень рекомендаций С)

Примечание: * не зарегистрирован в РФ для лечения и/или профилактики головной боли [6]



Первичная кашлевая головная боль (ПКШГБ) начинается внезапно и длится от нескольких секунд до 30 минут. Она вызывается только кашлем или пробой Вальсальвы и в 11-50% случаев является симптоматической головной болью [7]. Наиболее частой причиной этой ГБ является Аномалия Арнольда – Киари I типа. Другими причинами ПКШГБ могут быть объемные процессы задней черепной ямки, аномалии краниовертебрального перехода (базиллярная импрессия, платибазия), неразорвавшаяся церебральная аневризма и патология сонных и позвоночных артерий [8].

Этиология ПКШГБ изучена недостаточно. Предполагают, что кашель приводит к повышению давлению в грудной и брюшной полостях, далее происходит повышение центрального венозного и внутричерепного давления [9]. Ацетазолamid, снижающий продукцию СМЖ, и поясничная пункция являются сочетанием, приводящим к значительному улучшению самочувствия пациента [10].

Распространенность ПКШГБ составляет около 1% в возрастной группе 25-64 лет [2] или 1,6% от всех пациентов, обратившихся в клинику головной боли [5]. Средний возраст начала заболевания 55-65 лет. У мужчин ПКШГБ возникает в 3-5 раз чаще, чем у женщин, а 57% от всех пациентов с ПКШГБ, страдают симптоматической ПКШГБ с ранним возрастом начала (39±14 лет). Течение данной ГБ обычно имеет спонтанные ремиссии. У большинства пациентов боль присутствует от 2 месяцев до 2 лет, есть сведения о пациентах, которые страдали данной головной болью 12 лет и более [5].

Поскольку большинство атак кратковременны, они не требуют какого-либо срочного лечения. ПКШГБ может быть предотвращена эффективным лечением заболеваний дыхательных путей для предотвращения кашля. При большой частоте атак возможно профилактическое лечение. Индометацин эффективен у 73% пациентов с ПКШГБ и у 37% пациентов с симптоматической кашлевой головной болью [5, 9]. Эффективная суточная доза варьирует от 25 до 200 мг (средняя доза 78 мг). Длительность лечения составляет от 6 месяцев до 4 лет. Альтернативным средством является ингибитор карбоангидразы ацетазолamid [5] с начальной дозой 125 мг три раза в день и средней поддерживающей дозой 625 мг (максимальная доза 2000 мг) в течение 4 недель. Сообщается, что у пациентов с первичной или симптоматической кашлевой головной болью отмечается положительный терапевтический эффект поясничной пункции (выведение 40 мл СМЖ) [5].

Рекомендации Европейской федерации неврологических обществ по лечению первичной кашлевой головной боли [5]:

1. Индометацин 25-200 мг в день (В).
2. Ацетазолamid 125 три раза в день (до 200 мг три раза в день) (В).
3. Поясничная пункция для снижения давления СМЖ (В).
4. Метисергид 2 мг^{*}, Напроксен 550 мг в день (С).

Примечание: в РФ зарегистрирован только для лечения мигрени [6]

Первичная головная боль при физическом напряжении

Эта головная боль провоцируется физическим напряжением. К типичным провоцирующим факторам относят тяжелую атлетику, плавание и бег [9]. Характер ГБ пульсирующий, длительность от 5 минут до 48 часов, но ГБ не соответствует критериям мигрени [10]. Согласно определению, ГБ провоцируется только физической активностью и возникает во время или после активности. Существуют вторичные типы головной

боли при физическом напряжении (ГБФН) и их доля составляет 22-43% всех случаев, что требует кропотливого диагностического поиска причин, особенно при первом случае возникновения ГБФН [7]. Серьезными причинами ГБФН могут быть субарахноидальное кровоизлияние, цервико-цефалическая артериальная диссекция, мальформация Арнольда – Киари, аномалии краниовертебрального перехода, объемный процесс в задней черепной ямке и синусит [7, 11], аномалии венозных синусов или интракраниальных стенозов [5]. При возникновении ГБФН в пожилом возрасте следует исключить сердечно-сосудистые заболевания, ишемическую болезнь сердца, поскольку они являются причиной симптоматической головной боли (так называемой сердечной головной боли) [12]. Точный механизм этой первичной головной боли неизвестен.

К нефармакологическим методам профилактики ГБФН относят уменьшение физической нагрузки, особенно при повышенной температуре окружающей среды, рекомендуется также регулярная физическая активность и поддержание нормального индекса массы тела. Препаратом первого выбора является индометацин [7, 13], а также пропранолол. Если пациент нерегулярно занимается спортом, то возможна кратковременная профилактика индометацином по 25-50 мг за 1 час до предполагаемой физической активности. В случае регулярных занятий спортом и регулярной головной боли при физическом напряжении рекомендуется профилактический прием индометацина 25-50 мг три раза в день. В некоторых случаях рекомендуется добавлять гастропротекторы.

Рекомендации Европейской федерации неврологических обществ по лечению головной боли при физическом напряжении [5]:

1. Избегать физической активности во время жары и на большой высоте.
2. Регулярные занятия спортом и постепенное увеличение физической нагрузки,
3. Нормализация индекса массы тела.
4. Индометацин 50-100 мг для коротко-временной и длительной профилактики (уровень рекомендаций С);
либо: Индометацин 25-50 мг три раза в день (уровень рекомендаций В);
либо: Пропранолол 20-80 мг три раза в день^{*}, Флунаризин 10 мг в день^{*} (уровень рекомендаций С).

*Примечания: * зарегистрированы в РФ для профилактики мигрени [6].*

Головная боль, связанная с сексуальной активностью

Эта головная боль возникает только во время сексуальной активности, не связана с другими видами физической активности, но может сочетаться с головной болью при физическом напряжении и кашлевой головной болью. Согласно МКГБ-II головная боль, связанная с сексуальной активностью (ГБСА), подразделяется на оргазмическую и преоргазмическую. Преоргазмическая ГБ характеризуется тугой болью в области шеи и головы, которая нарастает по мере возрастания сексуальной активности, и сопровождается спазмом жевательных мышц и мышц шеи. Оргазмическая ГБ возникает неожиданно, внезапно, непосредственно перед или во время оргазма, и описывается как взрыв. Чаще всего ГБ двусторонняя, диффузная, преимущественно в области затылка. Среднее время длительности ГБ 30 минут, максимальная длительность до 24 часов. В редких случаях ГБ может длиться до 72 часов, она не зависит от сексуального опыта [14]. Перед постановкой диагноза



ГБСА необходимо исключить вторичную головную боль. В 11% случаев ГБСА во время сексуальной активности происходит субарахноидальное кровоизлияние, поэтому необходима РКТ головного мозга, поясничная пункция или ангиография [15]. Диссекция артерии может напоминать клинически первичную оргазмическую головную боль [5].

Патофизиологический механизм ГБСА неизвестен. Предполагается взаимосвязь преоргазмической головной боли с головной болью напряжения и оргазмической головной боли с мигренью. У пациентов с ГБСА обнаруживается обратимый спазм интракраниальных артерий [9].

В общей популяции данный вид головной боли встречается у 1% [2]. У мужчин атаки в 3-4 раза чаще, чем у женщин [5]. Возраст начала заболевания имеет два пика — в 20-24 года и в 35-44 года [14], самое раннее начало описано в 12 лет [16]. Оргазмическая головная боль встречается в 3-4 раза чаще в сравнении с преоргазмической [14], в 11-47% случаев сочетаются с мигренью, в 29-40% случаев с первичной головной болью при физическом напряжении и в 45% случаев — коморбидна головной боли напряжения [5, 7, 14]. Как правило, имеет место спонтанная ремиссия, симптомные эпизоды могут длиться от нескольких дней до нескольких лет, но могут рецидивировать [5].

К нефармакологическому лечению относят снижение интенсивности сексуальной активности. Рекомендуется прекратить сексуальную активность при появлении первых симптомов головной боли, что на 40% может снизить ее интенсивность, и особенно эффективно при преоргазмической головной боли [14]. При умеренной ГБ повышение сексуальной активности практически всегда приводит к новой атаке ГБСА, поэтому пациентам рекомендуется покой во время ГБ [5, 14].

При продолжительной или частой ГБ рекомендуется медикаментозное лечение, одинаковое для обоих подтипов. Основной целью лечения является профилактика атак, поскольку во время самой атаки такие препараты как парацетамол, ибупрофен, ацетилсалициловая кислота и диклофенак неэффективны в 90% случаев [5]. Триптаны иногда могут прерывать атаку ГБ после оргазма. Если запланирована сексуальная активность, рекомендуется кратковременная профилактика индометацином (50-75 мг за 1 час до сексуальной активности). Описаны случаи эффективности наратриптана 2,5 мг и других триптанов [17] для кратковременной профилактики. Некоторые пациенты нуждаются в назначении длительного профилактического курса лечения. В таком случае препаратом первого выбора является пропранолол (20-80 мг три раза в день) [5, 7], который эффективен у 80% пациентов. Профилактическое лечение следует назначать на срок не более 6-8 недель, поскольку у пациентов с ГБСА часто возникают спонтанные ремиссии.

Рекомендации Европейской федерации неврологических сообществ по лечению головной боли, связанной с сексуальной активностью [5]:

1. Избегать повышенной физической активности во время полового акта.
2. Индометацин 50-75 мг для коротко-временной профилактики (уровень рекомендаций В).
3. Пропранолол 20-80 мг три раза в день для длительной профилактики (уровень рекомендаций В).

Гипническая головная боль

Согласно определению, эта ГБ возникает каждую ночь (каждую неделю), атака начинается во время сна, тем самым пробуждая пациента. ГГБ двусторонняя, лобно-височной локализации или диффузная, может быть пульсирующей или тупой, различной интенсивности и длительностью от 30 минут до 3 часов. Не сопровождается вегетативными симптомами. Очень

редко вторая атака ГБ возникает в ту же ночь. Обычно эта ГБ дебютирует после 50 лет, средний возраст начала 63 года, начало заболевания колеблется от 36 до 83 лет. ГГБ обычно имеет хроническое или рецидивирующее течение, у 20% пациентов наступает спонтанная ремиссия. Основной проблемой этой ГБ является нарушение качества жизни, поскольку она приводит к нарушению сна [18].

Патофизиология ГГБ неизвестна. Полисомнографические исследования выявили, что часто ГГБ возникает REM-фазу сна. Второй важной причиной ГГБ является ночное повышение артериального давления, лечение которого приводит к устранению ГГБ [5].

Распространенность ГГБ точно неизвестна. Женщины болеют в два раза чаще мужчин. Не установлена коморбидность этой ГБ с идиопатическими головными болями и психиатрическими заболеваниями.

Лечение ГГБ не показано, если она возникает менее 3 раз в неделю и не снижает качество жизни пациента. Часто возникает необходимость убеждения пациента в том, что эта ГБ неопасна. Согласно результатам мета-анализа, первым шагом является употребление крепкого кофе или орального кофеина [18]. Около 50% пациентов отметили положительный результат, что проявлялось в ремиссии ночных атак. Если кофеин неэффективен, можно использовать превентивную терапию. Препаратом первого выбора является лития карбонат 150-600 мг в день (у 75% пациентов отмечается хороший и отличный эффект). Препаратами второго выбора является индометацин (100-150 мг в сутки), флунаризин (10 мг вечером) и верапамил (80 мг три раза в день зарегистрирован в РФ для лечения и профилактики головной боли).

Рекомендации Европейской федерации неврологических сообществ по лечению гипнической головной боли [5]:

1. Кофеин перед сном (уровень рекомендаций В).
2. выбор: Лития карбонат 300-600 мг в день (уровень рекомендаций В)*.
3. выбор: Индометацин 100-150 мг в день, Флунаризин 10 мг в день (уровень рекомендаций С).

*Примечание: * не зарегистрирован в РФ для лечения и профилактики головной боли, ** зарегистрирован в РФ для профилактики мигрени [6]*

Первичная громopodobная головная боль (ПГГБ) — внезапная ГБ максимальной интенсивности, напоминающая ГБ при разрыве интракраниальной аневризмы. Для дифференциальной диагностики необходима РКТ или МРТ головного мозга или исследование ликвора. У некоторых пациентов по данным панангиографии во время острой фазы головной боли отмечается диффузный, сегментарный или мультифокальный вазоспазм без признаков аневризмы или кровотечения [5]. При контрольных исследованиях через 2-5 недель отмечено полное разрешение вазоспазма. В последние годы к ПГГБ стали относить синдром обратимой церебральной вазоконстрикции [19].

Обычно ПГГБ возникает один раз в жизни. Может быть спровоцирована теплом [20]. У 44% пациентов возникают от одного до нескольких не регулярных рецидивов без каких-либо признаков субарахноидального кровоизлияния [5, 21].

При ПГГБ следует исключить: субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговую гематому, тромбоз венозного синуса, сосудистую мальформацию, диссекцию артерии, изолированный васкулит ЦНС, апоплексию гипофиза, коллоидную кисту третьего желудочка, спонтанную внутричерепную гипотензию,



острый синусит и гипертонический криз (например, при феохромоцитоме).

Точных данных о распространенности ПГГБ нет. Примерно в 2 раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Средний возраст первой атаки — 45 лет, с вариабельностью от 25 до 67 лет [21]. У 30-46% пациентов в анамнезе мигрень или головная боль напряжения [5, 21].

Интенсивность ПГГБ максимальна в первые часы и поэтому рекомендуется только однократное назначение анальгетиков в приемном покое. Даже после исключения субарахноидального кровоизлияния, рекомендуется в течение первых суток проведение нейровизуализации и других исследований для убедительной дифференциальной диагностики. Следует избегать сосудосуживающих препаратов, таких как эрготамин или триптаны, ингибиторов тромбоцитов, таких как ацетилсалициловая кислота или нестероидные противовоспалительные препараты. В острой фазе рекомендуется использовать парацетамол, метамизол или опиоиды. Обычно выраженная интенсивная головная боль длится несколько часов и возникает только один раз в жизни, и дальнейшего лечения не требует.

Рекомендации Европейской федерации неврологических сообществ по лечению первичной громкоподобной головной боли [5]:

1. Острая фаза: исключение субарахноидального кровоизлияния и диссекции артерии при помощи РКТ/МРТ/МРА и поясничной пункции.

2. В острой фазе: Парацетамол 500 мг три раза в день, Метамизол 500 мг три раза в день или Трамадол 200 мг три раза в день (или подобные опиоиды), в подострой фазе в случае рецидивов Нимодипин 30-60 мг каждые 4 часа в течение 14 дней (С).

Примечание: не зарегистрирован в РФ для лечения и профилактики головной боли [6]

Гемикрания континуа (ГК) характеризуется продолжительной ГБ, интенсивность которой увеличивается с частотой атак различной продолжительности. Эти атаки могут сопровождаться легкими вегетативными расстройствами в области головы [5]. Около 50% пациентов отмечают усиление интенсивности ГБ ночью. Более чем у 50% пациентов ГК принимает хроническое течение с самого начала. Менее 15% пациентов страдают эпизодической формой ГК с альтернативой активности и периодами затишья. Описаны вторичные типы этой ГБ [22]. При сборе анамнеза следует обратить пристальное внимание на количество употребляемых анальгетиков, поскольку клиническая картина ГК может быть сходной с клинической картиной головной боли при злоупотреблении анальгетиков.

Распространенность ГК неизвестна, так как часто этот вид ГБ не диагностируется, возраст начала — 20-30 лет, но может дебютировать и в 11, и в 58 лет, женщины страдают в 1,5 раза чаще, чем мужчины [5].

Положительный ответ на индометацин является диагностическим критерием. Эффект обычно наступает быстро, но возможен и отсроченный эффект. Индометацин назначается по 25 мг три раза в день, в случае неэффективности дозировку можно увеличить до 225 мг в сутки. Есть индометациновый тест, который заключается во внутримышечном введении 50 мг индометацина, купирование или значительное уменьшение головной должно наблюдаться в течение первых 30 минут [9]. Если высокие дозы индометацина неэффективны, следует усомниться в диагнозе.

Рекомендации Европейской федерации неврологических сообществ по лечению гемикрании континуа [5]:

1. Индометацин 25 мг три раза в день, возможно увеличение до 200 мг в день (уровень рекомендаций А).

Новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль. Дифференцировать ее от головной боли напряжения очень трудно и этот вопрос до сих пор остается дискуссионным, поскольку они имеют общую природу. Начало новой ежедневной персистирующей головной боли (НЕПГБ) протекает остро или подостро в течение 3 дней, после чего ГБ продолжается ежедневно. Симптоматология этой ГБ сходна с хронической головной болью напряжения; иногда может приобретать мигренозный характер. Эта ГБ двусторонняя, в основном не пульсирующая, больше тупая и интенсивность от легкой до выраженной; легкая фото- и фонофобия и/или тошнота могут быть сопутствующими симптомами, которые встречаются у 60% пациентов [5, 23].

Обязательной фактом является то, что пациенты помнят острое или подострое начало головной боли, а так же то, что до этого у пациента не было никакой эпизодической ГБ с усиливающейся частотой до начала НЕПГБ. При дифференциальной диагностике следует исключить другие заболевания (идиопатическая интракраниальная гипертензия, тромбоз синусов или хронический менингит) с подострым началом продолжительной головной боли, головные боли при злоупотреблении анальгетиками и триптанами.

Согласно популяционным исследованиям около 3-5% населения страдают хронической головной болью (то есть более 15 дней в месяц). Большинство, а именно 2-3% популяции страдают хронической головной болью напряжения, причем большинство из них женщины [1]. У 1-2% — хроническая мигрень, и только 0.2% страдают НЕПГБ, и очень небольшой процент населения испытывает гемикранию континуа [5]. Существуют два возрастных пика начала заболевания: 10-30 лет и 50-60 лет.

Согласно консенсусу экспертов Европейской федерации неврологических сообществ, лечение данного типа ГБ является сложной проблемой [23, 24]. Основная терапия должна основываться на клинической картине. Если ГБ напоминает мигрень, то рекомендуется лечение вальпроевой кислотой (900 мг в день), а если ГБ схожа с головной болью напряжения, то следует использовать трициклические антидепрессанты (амитриптилин до 150 мг в день) [23]. Стратегия специфического лечения заключается в первичной медикаментозной релаксации заинтересованных мышц, затем СИОЗС и в конце противосудорожные препараты, которые сокращают на 50% количество дней с ГБ примерно у 25% пациентов [24]. Нет наблюдений о большой продолжительности данного типа головной боли. В первых исследованиях было выявлено, что у 30% пациентов головная боль проходит в течение 3 месяцев, а у 80% через 24 месяца [5]. Обычно, это головная боль трудно поддается лечению, в среднем продолжается до 40 месяцев более чем у 50% пациентов [24]. Внутривенное введение Метилпреднизолона было эффективно для купирования ГБ в серии исследований пациентов с новой ежедневной персистирующей головной болью и вирусной инфекцией [25].

Рекомендации Европейской федерации неврологических сообществ по лечению новой ежедневной (изначально) персистирующей головной боли [5]:

1. Вальпроевая кислота 600-900 мг в день *
2. Amitriptylin до 150 мг в день.

Примечание: не зарегистрирована в РФ для лечения и профилактики головной боли [6]

ЛИТЕРАТУРА

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders, 2nd edn. Cephalgia 2004; 24 (Suppl. 1): 1-151.
2. Rasmussen B.K., Olesen J. Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. Neurology 1992; 42: 1225-1231.
3. Sjaastad O., Pettersen H., Bakketeig L.S. The Vaga study; epidemiology of headache I: the prevalence of ultrashort paroxysms. Cephalgia 2001; 21: 207-215.
4. Fuh J.L., Kuo K.H., Wang S.J. Primary stabbing headache in a headache clinic. Cephalgia 2007; 27: 1005-1009.
5. Eversa S., Goadsby P., Jensenc R. et al. Treatment of miscellaneous idiopathic headache disorders (group 4 of the IHS classification) — Report of an EFNS task force. European Journal of Neurology 2011; 18: 803-812.
6. Энциклопедия лекарств и товаров аптечного ассортимента. <http://www.rlsnet.ru/>
7. Pascual J., Iglesias F., Oterino A. et al. Cough, exertional and sexual headache. Neurology 1996; 46: 1520-1524.
8. Smith W.S., Messing R.O. Cerebral aneurysm presenting as cough headache. Headache 1993; 33: 203-204.
9. Indo T., Takahashi A. Swimmer's migraine. Headache 1990; 30: 485-487.
10. Sjaastad O., Bakketeig L.S. Exertional headache — II. Clinical features Vaga study of headache epidemiology. Cephalgia 2003; 23: 803-807.
11. Maggioni F., Marchese-Ragona R., Mampreso E. et al. Exertional headache as unusual presentation of the syndrome of an elongated styloid process. Headache 2009; 49: 776-779.
12. Wei J.H., Wang H.F. Cardiac cephalgia: case reports and review. Cephalgia 2008; 28: 892-896.
13. Moorjani B., Rothner A.D. Indomethacin-responsive headaches in children and adolescents. Semin Pediatr Neurol 2001; 8: 40-45.
14. Frese A., Eikermann A., Frese K. et al. Headache associated with sexual activity. Demography, clinical features, and comorbidity. Neurology 2003; 61: 796-800.
15. Lundberg P.O., Osterman P.O. The benign and malignant forms of orgasmic cephalgia. Headache 1974; 14: 164-165.
16. Evers S., Peikert A., Frese A. Sexual headache in young adolescence: a case report. Headache 2009; 49: 1234-1235.
17. Frese A., Gantenbein A., Marziniak M. et al. Triptans in orgasmic headache. Cephalgia 2006; 26: 1458-1461.
18. Evers S., Goadsby P.J. Hypnic headache. Clinical features, pathophysiology, and treatment. Neurology 2003; 60: 905-910.
19. Gerretsen P., Kern R.Z. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome: a thunderclap headache-associated condition. Curr Neurol Neurosci Rep 2009; 9: 108-114.
20. Liao Y.C., Fuh J.L., Lirng J.F. et al. Bathing headache: a variant of idiopathic thunderclap headache. Cephalgia 2003; 23: 854-859.
21. Linn F.H.H., Rinkel G.J.E., Algra A. et al. Follow-up of idiopathic thunderclap headache in general practice. J Neurol 1999; 246: 946-948.
22. Trucco M., Mainardi F., Maggioni F. et al. Chronic paroxysmal hemicrania, hemicrania continua and SUNCT syndrome in association with other pathologies: a review. Cephalgia 2004; 24: 173-184.
23. Goadsby P.J., Boes C. New daily persistent headache. J Neurol Neurosurg Psychiatr 2002; 72(Suppl. 2): 116-119.
24. Takase Y., Nakano M., Tatsumi C. et al. Clinical features, effectiveness of drug-based treatment, and prognosis of new daily persistent headache (NDPH): 30 cases in Japan. Cephalgia 2004; 24: 955-959.
25. Prakash S., Shah N.D. Post-infectious new daily persistent headache may respond to intravenous methylprednisolone. J Headache Pain 2010; 11: 59-66.

МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ

ВЕСТНИК Поволжья

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ РЕКЛАМНО-ИНФОРМАЦИОННОЕ ИЗДАНИЕ

www.mfvf.ru | mfvf@mfvf.ru

- официальная и нормативная информация
- новости медико-фармацевтического рынка (брифинги, симпозиумы, конференции, выставки)
- научно-практические материалы от ведущих специалистов в области медицины, обзоры конференций, круглых столов, съездов
- информационные данные от производителей и дистрибьютеров. Оптовые и розничные цены на медоборудование, изделия медицинского назначения и медикаменты

**420012, Казань, ул. Щапова, 26,
корп. Д, офис 200, а/я 142
многоканальный телефон (843) 267-60-96**

ОПЕРАТИВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ — ЗАЛОГ ВАШЕГО УСПЕХА!