

# Алгоритмы диагностики и лечения головной боли

*Н.В. Шахпаронова, А.С. Кадыков*

Головная боль – одна из самых распространенных жалоб среди населения. По данным разных авторов, для 20% населения головные боли становятся серьезной проблемой, снижающей качество жизни. Разработанная международная классификация головной боли (1988 г.) и ее пересмотренная версия (2004 г.) различают *первичные* головные боли, являющиеся самостоятельными нозологиями, и *вторичные*, представляющие собой проявления различных неврологических и системных заболеваний.

Алгоритм поиска верного диагноза головной боли включает (рис. 1–3, табл. 1):

1) внимательный анализ жалоб больного; анализ характера головной боли;

2) изучение анамнеза: времени возникновения головной боли, возможной ее связи с различными заболеваниями; наличие психотравмирующих ситуаций;

3) изучение семейного анамнеза и возможной наследственной природы головной боли;

4) исследование соматического и неврологического статуса больного, при необходимости – проведение нейропсихологического исследования;

5) необходимые для каждого конкретного случая параклинические методы исследования: консультация терапевта, нейроофтальмолога, нейрохирурга, ЛОР-врача, исследование сосудов головного мозга (УЗДГ, дуплексное сканирование), КТ/МРТ головного мозга, общий анализ крови и мо-

чи, биохимическое исследование крови, исследование ликвора.

б) оценку результатов исследования.

## Алгоритмы лечения первичных головных болей Лечение мигрени

Исходя из клиники и существующих представлений о патогенезе миг-

рени выделяют следующие алгоритмы ее лечения:

1) купирование мигренозного приступа;

2) профилактика возникновения мигренозного приступа.

**Лечение мигренозного приступа.** В период приступа в связи с кратковременностью вазоконстрикторной фазы препараты целесообразно применять в самом начале, до появления

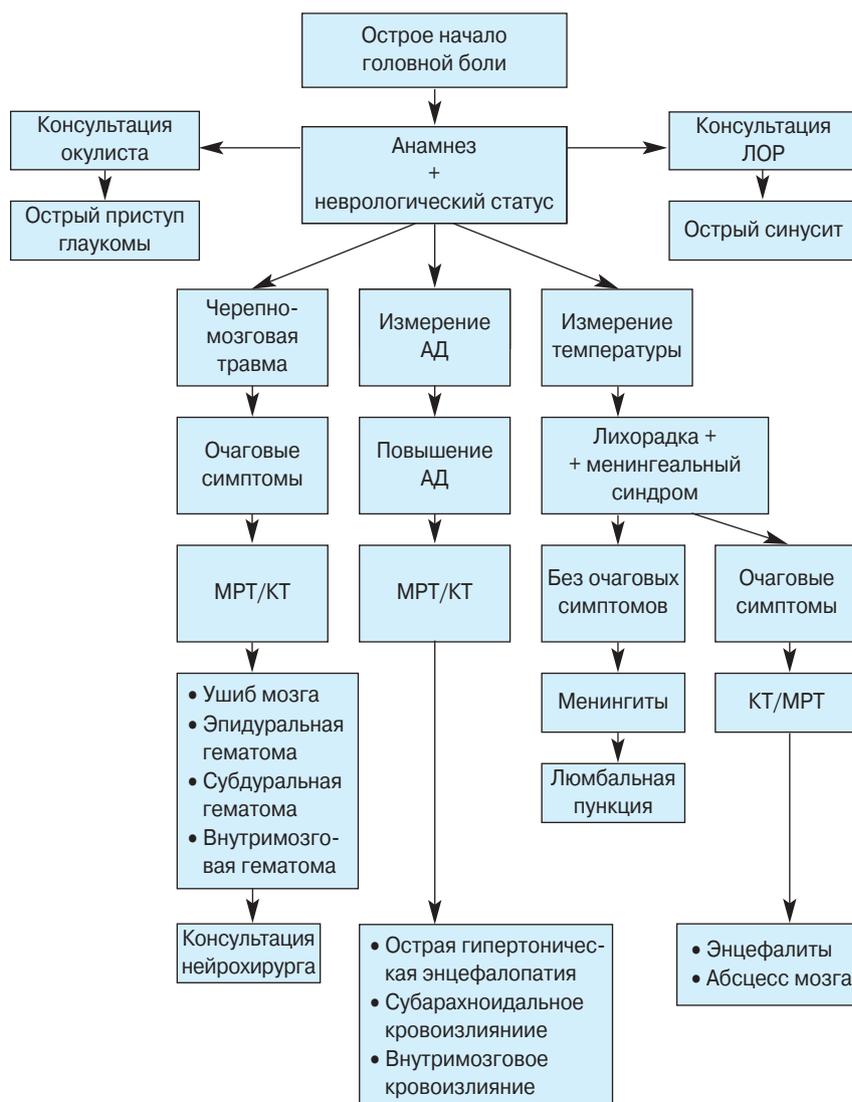


Рис. 1. Диагностический алгоритм при остро развившейся головной боли.

ГУ НИИ неврологии РАМН,  
3-е сосудистое отделение.  
**Наталья Владимировна Шахпаронова** – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник.  
**Альберт Серафимович Кадыков** – профессор, рук. отделения.

Таблица 1. Алгоритм дифференциальной диагностики первичных головных болей

Признак	Мигрень	Головная боль напряжения	Абузусная головная боль	Кластерная головная боль	Хроническая ежедневная головная боль
Характер боли	Пульсирующая	Стягивающая ("каска", "шлем", "обруч")	Соответствует типу начальной головной боли	Острая, жгучая, пульсирующая	Сжимающая, тупая
Локализация	Односторонняя (гемикрания), лобно-глазнично-височная область	Двусторонняя диффузная	Двусторонняя, часто диффузная	Односторонняя, орбитальная, супраорбитальная, височная	Двусторонняя диффузная
Интенсивность	Выраженная, усугубляющаяся при физической работе и ходьбе	Легкая, умеренная, уменьшающаяся при физической работе	Умеренная, усиливающаяся при физической работе	Резко выраженная	Умеренная
Длительность	От 4 до 72 ч	От 30 мин до 7 дней	В течение суток	От 15 до 180 мин	Более 4 ч в день
Течение	3 фазы (продромальная, возникновение боли, постепенное уменьшение боли)	Постепенно усиливается	Постепенно усиливается	Быстрое усиление	Периодически усиливается
Частота приступов	От нескольких в год до нескольких в неделю	От 2 нед в месяц до нескольких месяцев в год	15 дней в месяц и более	Несколько раз в день; длительность "пучка" – от нескольких недель до нескольких месяцев	Более 15 дней в месяц
Время возникновения приступа	В любое время дня/ночи	В любое время дня/ночи (редко)	В любое время дня/ночи	Ночное время	В любое время дня/ночи
Аура	20%	Нет	Нет	Нет	Нет
Сопутствующие симптомы	Фотофобии, фонофобии, тошнота, рвота	Фонофобии, фотофобии, нет тошноты и рвоты	Раздражительность, тревожность, депрессия, астения	Покраснение глаза, слезотечение, заложенность носа, ринорея, повышение потоотделения на коже лица и лба, миоз, птоз, отек века	Астения, депрессия, ВСД с вегетативными пароксизмами, легкая тошнота
Условия возникновения	Стресс, менструация, недосыпание или избыток сна, физическая нагрузка, употребление продуктов, богатых тирамином, употребление алкоголя, лекарственных препаратов, гипогликемия, изменение погоды	Длительное мышечное напряжение, стресс, изменение погоды, нарушение сна, употребление алкоголя, менструация	Длительный прием анальгетиков, седативных препаратов	Стресс, прием алкоголя	Переутомление физическое и умственное, изменение погоды, прием алкоголя, стресс
Возраст, годы	18–33	20–50	40–60	20–40	20–50
Пол	Чаще женщины (3 : 1)	Чаще женщины (2 : 1)	Чаще женщины	Преимущественно мужчины	Чаще женщины
Наследственность	При мигрени у родителей – риск заболевания 60–90%	До 50% в случае заболевания у родственников	Нет	Нет	Нет
Поведение больного	Стремление к покою, уединению, темноте	Разное	Возврат к приему анальгетиков	Возбуждены, беспокойны, мечутся по комнате, часто агрессивны	Возврат к приему анальгетиков

Таблица 2. Лечение мигренозного приступа

Группы лекарственных препаратов	Дозы	Показания к назначению	Побочные действия	Противопоказания к назначению
Анальгетики парацетамол 0,5 ацетилсалициловая кислота 0,5 комбинированные препараты (пенталгин, седалгин, спазмовералгин и т.д.)	до 4 таблеток до 3 таблеток до 2 таблеток	Легкие и средние приступы	Аллергия, боли в животе, метгемоглобинемия, нарушение функции печени и почек, анемия	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, склонность к кровотечениям, чувствительность к салицилатам, беременность, анемия
Препараты дигидроэрготамина дигидроэрготамин 2,5 мг дигидергот-спрей	до 10 мг по дозе в каждую ноздрю	Средние и тяжелые приступы	Эрготизм, тошнота, судороги в ногах, отеки	Артериальная гипертония, беременность, периферическая ангиопатия, лица старше 60 лет, ИБС
Препараты серотонинового ряда суматриптан (имигран) 100 мг золмитриптан (зомиг) 2,5 мг наратриптан (нарамиг) 2,5 мг	до 300 мг в сутки до 15 мг в сутки до 5 мг в сутки	Тяжелые и средние приступы	Ощущение покалывания в любой части тела, гиперемия лица, сонливость, слабость	Неконтролируемая артериальная гипертония, ИБС, лица старше 60 лет, детский возраст

сильной боли. Базовые препараты, влияющие на механизм развития болевой атаки, указаны в табл. 2.

**Профилактическая терапия приступов мигрени.** Профилактическая терапия приступов мигрени проводится при частых и тяжелых приступах. В настоящее время применяют следующие основные группы препаратов (см. табл. 3). Курс профилактического лечения указанными препаратами составляет 4–6 мес.

При недостаточной эффективности одного из препаратов возможно их

комбинированное применение. Рекомендуют следующие комбинации:

- антидепрессанты + вазоактивные препараты;
- антидепрессанты + препараты вальпроевой кислоты.

При выборе профилактического средства следует учитывать возраст больного, тип мигрени, сопутствующие симптомы и заболевания.

### Лечение головной боли напряжения

Современный подход к лечению головной боли напряжения предполагает назначение антидепрессантов. Рекомендуют назначение amitriptyline в дозе не менее 75 мг/сут длительное время.

При плохой переносимости amitriptyline средствами выбора являются ингибиторы обратного захвата серотонина:

- флуоксетин (прозак) в дозе 20 мг утром, курс лечения 3–4 мес.

Определенного эффекта можно достичь, назначая другие антидепрессанты:

- четырехциклический антидепрессант норадренергического дейст-

вия миансерин (леривон) в дозе 30 мг/сут в 2 приема. Противопоказан при нарушении функции печени. Побочные действия – сонливость, снижение АД, увеличение массы тела.

- Миртазапин (ремерон), блокирующий  $\alpha_2$ -адренергические рецепторы и повышающий серотонинергическую трансмиссию – 15–30 мг перед сном. Из побочных действий можно отметить сонливость, усиление аппетита, снижение АД.

- Алпразолам (ксанакс) – атипичный бензодиазепин с антидепрессивным эффектом. Назначают в дозе 0,25–0,5 мг в день. Побочные действия – сонливость, слабость. Противопоказан при миастении, патологии щитовидной железы.

Помимо антидепрессантов используют миорелаксанты, в первую очередь сирдалуд (tizanidine), обладающий не только мышечно-релаксирующим, но и анальгетическим эффектом. Назначают в дозе 4 мг/сут. Побочные явления: слабость, сонливость, снижение АД. Другие миорелаксанты (мидокалм, баклофен) обладают меньшим терапевтическим эффектом.

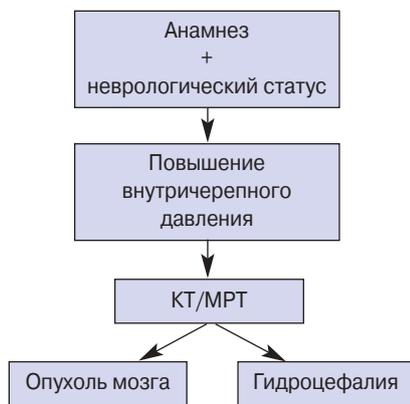


Рис. 2. Диагностический алгоритм при нарастающей головной боли.

Имеются сведения об определенном эффекте лечения головной боли напряжения инъекциями ботулотоксина (ботокса), вызывающего релаксацию напряженных мышц.

Возможно и другое воздействие на напряженные болезненные мышцы – физиотерапевтические процедуры (релаксирующий массаж, растирание анальгетическими мазями, постизометрическая релаксация, водные процедуры, аутотренинг).

**Лечение пучковой (кластерной) головной боли**

В лечении можно выделить два этапа:

1) лечение самого приступа головной боли;

2) профилактика приступов во время пучкового периода.

**Лечение приступа пучковой головной боли.**

1. Антагонисты серотониновых рецепторов: суматриптан (имигран),

золмитриптан (зомиг), наратриптан (нарамиг). Эти препараты лучше применять в инъекциях с помощью аутоинъектора.

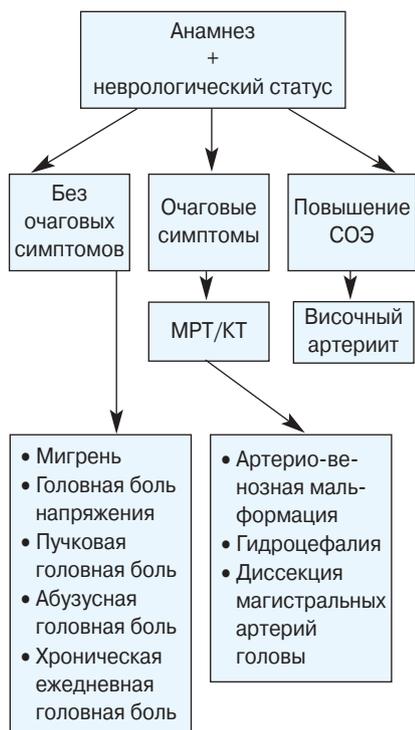
2. Ингаляции кислорода со скоростью 7 л в минуту в течение 10–15 мин.

3. В тяжелых случаях:

- прием преднизолона (30–60 мг) или дексаметазона (4–6 мг) с однократным внутривенным капельным назначением реополиглюкина (400,0 мл);

Таблица 3

Группа лекарственных препаратов	Доза	Побочное действие	Противопоказания к применению
β-блокаторы пропранолол (обзидан, анаприлин)	120–240 мг	Брадикардия, снижение АД	Брадикардия, гипотония, нарушение внутрисердечной проводимости, бронхиальная астма, обструктивные заболевания дыхательных путей, сахарный диабет
Антагонисты кальция верапамил (изоптин, финоптин) флунаризин	160–320 мг 10 мг	Брадикардия, гипотония, аллергия, гиперемия лица, диспепсия	Гипотония, атриовентрикулярные блокады, брадикардия
Антагонисты серотонина (комбинированные)			
кафетамин	до 2 таблеток в день	Диспепсия, аллергия	Гиперчувствительность
вазобрал	по 2,0–4,0 мг дважды в день	Диспепсия, аллергия, снижение АД	Гиперчувствительность
белласпон	до 3 таблеток в день	Аллергия, нарушение менструального цикла	Гиперчувствительность, порфирия, выраженные нарушения функции печени и почек, глаукома, беременность
перитол (ципрогептадин)	3–12 мг/сут	Сухость во рту, тошнота, головокружение, сонливость	Глаукома, задержка мочи, беременность
пизотифен (сандомигран)	1,5–30 мг/сут	Сонливость, слабость, повышение массы тела	Глаукома, аденома простаты
Нестероидные противовоспалительные средства			
ибупрофен	1200 мг/сут	Диспепсия, желудочно- кишечные кровотечения, тромбоцитопения, аллергия	Гиперчувствительность, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, детский возраст, беременность
мелоксикам (мовалис)	7,5–15 мг/сут		
нимесулид (найз)	200 мг/сут		
целекоксиб (целебрекс)	300 мг/сут		
Антиконвульсанты			
карбамазепин (финлепсин)	200–600 мг/сут	Головокружение, тошнота, сонливость, атаксия, слабость	Гиперчувствительность, миелодепрессия, порфирия
препараты вальпроевой кислоты (депакин)	500–1500 мг/сут	Диспепсия, поражение печени, тромбоцитопения, анемия	Гиперчувствительность, гепатит
Антидепрессанты			
амитриптилин	25–75 мг/сут	Сонливость, слабость, сухость во рту	Глаукома, аденома простаты, эпилепсия
флуоксетин (прозак)	20 мг утром	Сухость во рту, снижение аппетита, аллергия	Атония мочевого пузыря, аденома простаты



**Рис. 3.** Диагностический алгоритм при хронической/интермиттирующей головной боли.

- назначение лазикса (фуросемида) 2,0 внутримышечно или маннитола внутривенно капельно в расчете 0,5–1,0 г/кг массы тела.

**Лечение приступов во время пучкового периода.** Наиболее эффективен карбонат лития в дозе 300–900 мг/сут, после прекращения приступов дозу постепенно снижают.

Хорошим профилактическим эффектом обладают препараты спорыньи, сандомигран (пизотифен), ци-

прогептадин (перитол), блокаторы кальциевых каналов (верапамил).

При пучковой головной боли **неэффективны:** анальгетики, антиконвульсанты, антидепрессанты, β-блокаторы, психотерапия, иглорефлексотерапия, биологическая обратная связь, различные физические методы лечения.

### Лечение абузусной головной боли

Единственным эффективным методом лечения является быстрая и полная отмена анальгетиков. Первые 2 нед после отмены анальгетиков лечение лучше всего проводить в стационаре, так как в ряде случаев приходится проводить дезинтоксикационную терапию. Помимо этого назначают антидепрессанты. Чаще всего применяют amitриптилин в дозе от 75 до 150 мг/сут в три приема или ингибиторы обратного захвата серотонина (прозак) по 20 мг/сут. При выраженной тревоге к лечению добавляют транквилизаторы, при нарушении сна – имован или ивадал, при сопутствующей тошноте и рвоте – метоклопрамид (церукал).

### Лечение хронической ежедневной головной боли

1. Необходимо выявить заболевание, предшествующие развитию хронической ежедневной головной боли (мигрень, головная боль напряжения).

2. Отказ от приема анальгетиков и других постоянно принимаемых пре-

паратов (кофеин, барбитураты, эрготамин).

3. Нормализация эмоционального состояния больных (назначение антидепрессантов, транквилизаторов).

4. При трансформированной мигрени – антимигренозная терапия.

### Рекомендуемая литература

Кадыков А.С. и др. Справочник по головной боли. М., 2005.

Колосова О.А. Головная боль напряжения // Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. Вейна А.М. М., 2001. С. 149–166.

Моренкова А.Э., Орлова О.Р. // Лечение нервных болезней. 2001. № 2. С. 28.

Осипова В.В. // Лечение нервных болезней. 2003. № 4. С. 3.

Пузин М.Н., Решковский В.М. // Вегетативные лицевые боли / Под ред. Пузина М.Н. М., 1999. С. 66–71.

Рябус М.В. // Лечение нервных болезней. 2000. № 2. С. 30.

Феоктистов А.П. и др. // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. № 12. С. 58.

Филатова Е.Г. // Лечение нервных болезней. 2000. № 2. С. 3.

Филатова Е.Г. Лицевые боли // Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. Вейна А.М. М., 2001. С. 169–216.

Филатова Е.Г., Яковлев О.Н. // Лечение нервных болезней. 2001. № 3. С. 22–25.

Bahra A. et al. // Neurology. 2000. V. 54. P. 1832.

Diener H.C. // Cephalgia. 1993. Suppl. 12. P. 68.

May A. // Br. Med. Bull. 2003. V. 65. P. 223.

Zed P.J., Robinson G. // Ann. Pharmacother. 1999. V. 33. P. 6. ●

# АТМОСФЕРА

*Atmosphere*

Посетите наш сайт!

На сайте [www.atmosphere-ph.ru](http://www.atmosphere-ph.ru) вы найдете электронную версию нашего журнала, а также журналов “Нервы”, “Атмосфера. Кардиология”, “Легкое сердце”, “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”, “Астма и Аллергия”, “Лечебное дело”, переводов на русский язык руководств и популярных брошюр GINA (Глобальная инициатива по бронхиальной астме) и GOLD (Глобальная инициатива по хронической обструктивной болезни легких), ARIA (Лечение аллергического ринита и его влияние на бронхиальную астму), ИКАР (Качество жизни у больных бронхиальной астмой и ХОБЛ).