

# Содержание

Список сокращений .....	5
Введение .....	6
Глава 1. Первичные формы головной боли ...	11
1.1. Мигрень .....	12
1.2. Головная боль напряжения (головная боль напряженного типа) ...	36
Глава 2. Вторичные формы головной боли ...	53
Заключение .....	63
Рекомендуемая литература .....	65

## 1.1. Мигрень

Мигрень представляет собой одну из наиболее распространенных форм первичной ГБ, которая характеризуется повторными рецидивирующими приступами нарастающей по интенсивности пульсирующей цефалгии, сопровождающейся рядом других болевых и неболевых проявлений.

**Клиническая картина.** У большинства пациентов приступ МГ имеет 4 достаточно четко выраженные и последовательно развивающиеся стадии. Около 50 % пациентов, страдающих МГ, отмечают предвестник – продром, или продромальный период, который возникает за несколько часов (реже – за 1–2 сут) до приступа и характеризуется сочетанием эмоциональных (беспричинная смена настроения, раздражительность, снижение настроения) и поведенческих (двигательное возбуждение или заторможенность, повышенный аппетит, жажда и пр.) нарушений.

Вслед за продромальным периодом наступает аура, которая представляет собой очаговую неврологическую симптоматику, интенсивность которой

нарастает на протяжении 5–15 мин, сохраняется в период от 0,5 до 1 ч, непосредственно после которой в течение 30–60 мин развивается приступ МГ. Как правило, аура проявляется зрительными (скотомы, мерцающие скотомы, ломаные яркие линии по периферии полей зрения), сенсорными (ощущения покалывания, инородного тела на кожных покровах, онемения, их сочетания), намного реже – двигательными, речевыми и другими проявлениями. Аура представляет собой важный компонент приступа МГ: в зависимости от ее наличия или отсутствия выделяют МГ с аурой (наблюдается примерно у 4/5 больных с МГ) и без ауры.

После ауры развивается непосредственно приступ ГБ, нарастающей по своей интенсивности, от умеренной до труднопереносимой, который продолжается от 3–5 до 48 ч (интенсивность ГБ по визуально-аналоговой шкале составляет 5–8 баллов). Боль носит односторонний характер (гемикрания), реже распространяется на обе половины головы, локализуясь преимущественно в лобно-височной области. Боль усиливается при физической

нагрузке (натуживание), характеризуется плохой переносимостью звуков и света (фоно- и фотофобия соответственно), в связи с чем больной предпочитает по возможности оставаться один в затемненном тихом помещении. По мере нарастания ГБ появляется или усиливается тошнота, заканчивающаяся рвотой, нередко повторной, после которой интенсивность ГБ может на время несколько снизиться.

Заканчивается приступ МГ постдромальным периодом (синоним: постдром), который характеризуется выраженными астеническими проявлениями (общая слабость, ощущение усталости, сонливость, адинамия), способными продолжаться на протяжении 1–2 сут.

Приступы МГ могут провоцироваться избыточными физическими или эмоциональными нагрузками, нарушением режима питания, употреблением в пищу некоторых продуктов (шоколад, копчености, красное вино), сменой метеорологических условий, менструальным циклом, однако у значительной части пациентов отсутствует четко выраженная связь приступов МГ с провоцирующими факторами.

### Диагностические критерии МГ без ауры:

- A. Не менее 5 приступов, удовлетворяющих критериям B–D.
- B. Продолжительность приступа от 4 до 72 ч без лечения или при его неэффективности.
- C. ГБ характеризуется не менее чем 2 перечисленными признаками:
  - односторонняя локализация;
  - пульсирующий характер;
  - интенсивность от средней до высокой;
  - нарастание ГБ от привычной для пациента физической нагрузки (или, наоборот, необходимость прекращения привычной физической нагрузки – ходьбы и пр.).
- D. ГБ сопровождается не менее чем 1 из перечисленных симптомов:
  - тошнота и/или рвота;
  - фото- и/или фонофобия.
- E. Головная боль не соответствует в большей степени другому диагнозу по МКГБ-3.

Головная боль часто представляет собой одно из проявлений разнообразных соматических и неврологических заболеваний. Важно принимать во внимание, что в понимании больного ГБ может являться ведущим симптомом в клинической картине его страдания, тогда как другие, не менее значимые проявления, связанные с угрозой здоровью и оказывающие влияние на прогноз заболевания, частично или полностью игнорируются. В этой ситуации трудно переоценить значимость правильно собранного анамнеза путем активного расспроса, направленного на выявление жалоб, характерных для предполагаемого основного заболевания.

Головная боль часто является одним из ключевых проявлений черепно-мозговой травмы (в первую очередь, легкой травмы в рамках сотрясения или ушиба головного мозга легкой степени тяжести). Распространение боли может иметь как локальный характер, обусловленный местным повреждением тканей головы (ушибы, ссадины, кровоподтеки и пр.), так и диффузный за счет повышения внутричерепного давления, артериальной гипертензии,

гиперемии мозговых оболочек и пр. ГБ у пациентов с легкой черепно-мозговой травмой имеет доброкачественный характер и регрессирует по мере протекания процессов заживления. Пациенты с такой болью не нуждаются в специфической терапии и только в случае необходимости могут получать анальгетики, НПВП, комбинированные препараты, приготовленные на их основе. Своевременная активизация пациентов, при необходимости – коррекция или устранение эмоциональных нарушений – позволяют снизить риск трансформации боли в хроническую, которая может развиваться в рамках посттравматического стрессового расстройства.

Требуют внимания врача пациенты, у которых ГБ, возникшая сразу или вскоре после травмы, в последующем нарастает по интенсивности, сопровождается признаками вегетативных нарушений, среди которых важное диагностическое значение имеет феномен Кушинга, обусловленный раздражением вегетативных центров при повышении внутричерепного давления (проявляется сочетанием брадикардии и артериальной гипертензии

с возможной тошнотой и рвотой). Безотлагательного дообследования и начала лечения требуют ситуации, характеризующиеся нарастающим угнетением сознания и очаговым неврологическим дефицитом. При наличии указанной клинической картины необходимо проведение нейровизуализационного обследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга и черепа), при изменении клинической картины – повторного обследования с целью исключения травматических поражений головного мозга, внутричерепных кровоизлияний. Отдельным пациентам может потребоваться люмбальная пункция (после предварительного проведения компьютерной томографии головы с целью исключения синдрома дислокации мозга). Ведение больного должно проводиться с участием травматолога (нейрохирурга), в последующем – невролога, реабилитолога, психотерапевта.

Стойкая, плохо купируемая противобольными препаратами или нарастающая по интенсивности ГБ в сочетании с тошнотой и рвотой, возникшими сразу или вскоре после перенесенного

воспалительного заболевания, в первую очередь, органов головы (синуситов, отитов и др.), требует обязательного исключения воспалительного процесса с поражением мозговых оболочек – менингита. Вероятность выявления менингита повышается при перенесенных в недавнем прошлом воспалительных или инфекционных заболеваниях, повышении температуры тела, изменении формулы крови. ГБ у пациента с очагом инфекционного процесса в организме нередко обусловлена не только поражением мозговых оболочек, но и формированием локального гнойного процесса, в частности абсцесса мозга. В силу ряда причин, включающих проведенную ранее терапию противовоспалительными и противомикробными препаратами, особенности реактивности организма и некоторые другие, клинические проявления менингита могут носить стертый характер; при этом менингеальный синдром может быть умеренно выраженным или отсутствовать.

Правильной диагностике в данной ситуации помогает тщательно собранный анамнез с получением сведений о перенесенных заболеваниях