

# КЛАСТЕРНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ИЛИ СИНДРОМ СУИЦИДАЛЬНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ



Студентка **5** курса, Л-**533**, Шевчун Анастасия Юрьевна

Студентка **4** курса, Л-**435**, Микитюк Александра Валерьевна

## **КЛАСТЕРНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ (МИГРЕНЬ ХОРТОНА)**—

ЭТО РЕЗКО ВЫРАЖЕННАЯ СЕРИЯ ПРИСТУПОВ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОБЛАСТЯХ ПРОЕКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА СТЕНКИ ЧЕРЕПНОЙ КОРОБКИ, В ОГРАНИЧЕННЫЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ (ОТ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ ДО НЕСКОЛЬКИХ МЕСЯЦЕВ) С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ РЕМИССИЕЙ (ОТ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ ДО НЕСКОЛЬКИХ МЕСЯЦЕВ). СИЛА БОЛИ НАСТОЛЬКО ВЕЛИКА, ЧТО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ПОПЫТКАМ САМОУБИЙСТВА С ЦЕЛЮ ИЗБАВЛЕНИЯ ОТ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ.



# ОПЫТНЫМ ЦЕФАЛГОЛОГАМ – СПЕЦИАЛИСТАМ ПО ГОЛОВНОЙ БОЛИ – ХОРОШО ИЗВЕСТНЫ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕДКОЙ ПОЧТИ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО МУЖСКОЙ, ЦЕФАЛГИИ – КЛАСТЕРНОЙ, ИЛИ ПУЧКОВОЙ, ГОЛОВНОЙ БОЛИ (ПГБ)

**Пациенты описывают проявления ПГБ следующим образом:** «Боль часто будит меня среди ночи, в течение нескольких секунд нарастает и становится нестерпимой. Болит только правый глаз, который сильно краснеет и слезится, иногда правое веко отекает и опускается. Такие же приступы могут быть и днем. В этот момент я не нахожу себе места. Я должен двигаться, чтобы хоть немного отвлечься от жуткой боли. Хожу взад-вперед по комнате, держась за голову, сажусь и опять встаю, иногда раскачиваюсь на стуле».



# Описание



## **КЛАСТЕРНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ**

Кластерная боль возникает сериями (кластерами, отсюда название синдрома) приступов по несколько раз в день в течение ряда недель, а то и месяцев, затем внезапно проходит и не отмечается месяцы, а то и годы. Длится приступ от 15 минут до часа и характеризуется такой острой болью, что отмечаются даже случаи суицида среди больных этой разновидностью головной боли. Больные, испытавшие приступы этой боли, рассказывали, что это похоже на прокалывание глаза раскаленной спицей.

Наряду с мигренью, головной болью напряжения и некоторыми другими цефалгиями ПГБ относится к первичным формам головной боли (т. е. не связанным с органическим повреждением головного мозга или структур, расположенных в области головы и шеи) и входит в раздел «Тригеминальные вегетативные



При приступе сначала закладывает ухо, потом начинается острая боль позади глаза. Наблюдается покраснение глаза и появление слез, закупорка носовой полости, прилив крови к лицу и потоотделение. Такая боль обычно поражает только одну сторону лица, но может переходить и на другую при последующих приступах. Боли могут носить сезонный характер, весна и осень — наиболее опасные времена года.

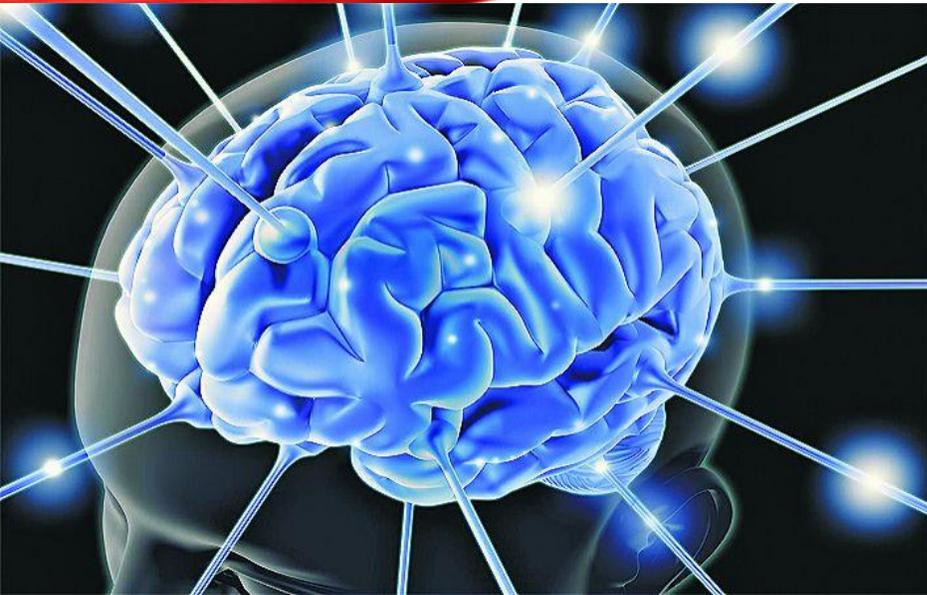
ХОТЯ ДО СИХ ПОР НЕ ОБНАРУЖЕНО ГЕНА, ОТВЕТСТВЕННОГО ЗА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ДАННОГО ТИПА БОЛИ, ВЕРОЯТНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЕЁ У РОДСТВЕННИКОВ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ СТРАДАЮЩЕГО ОТ НЕЁ ВЫШЕ, ЧЕМ В СРЕДНЕМ ПО ПОПУЛЯЦИИ.

От других форм первичной ГБ (мигрени и ГБН) ТВЦ отличаются чрезвычайно интенсивный, мучительный характер боли и уникальное сочетание симптомов парасимпатической активации (слезотечение, покраснение конъюнктивы, заложенность носа или ринорея) и дисфункции симпатической нервной системы (миоз, птоз, частичный синдром Горнера)



# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота ПГБ в популяции невысока – **0,1–0,4%**. Мужчины страдают **в 3–4 раза чаще**, чем женщины, возрастной пик заболеваемости у мужчин приходится на второе десятилетие, женщины имеют два пика – **от 15 до 20 лет** и **от 45 до 50 лет**; возможно появление первых симптомов как в раннем детстве, так и в пожилом возрасте



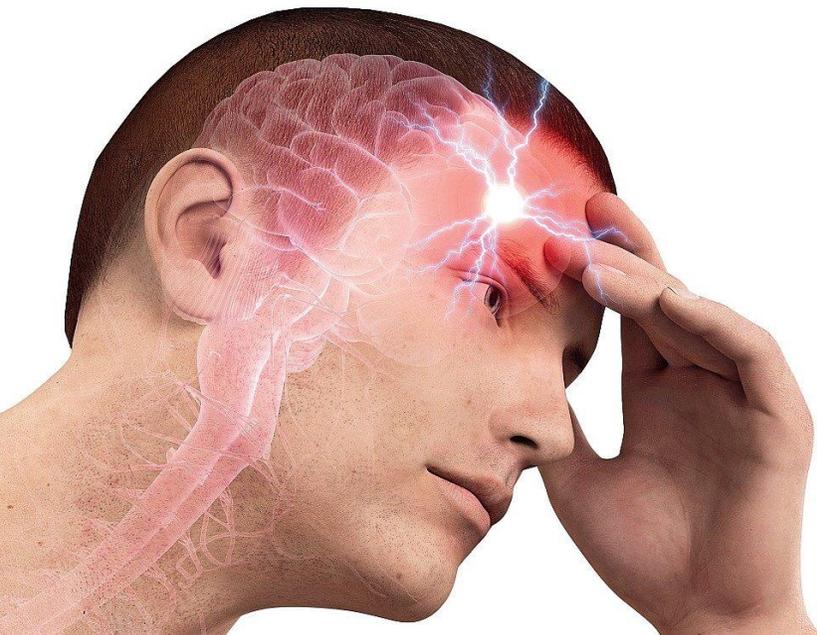
# ПРИЧИНЫ

Ученые потратили немало времени, чтобы разгадать тайну этой болезни. И сошлись во мнении, что возникновение кластерной боли провоцирует избыточная выработка особого вещества — гистамина. Затем исследователи единодушно согласились с тем, что такие приступы могут возникать из-за нарушения регуляции тонуса сосудов головного мозга. Была названа еще одна причина: сбой в работе гипоталамуса — особого отдела головного мозга, ответственного за биоритмы человека, которые нарушаются именно по ночам.



*Впрочем, у некоторых людей приступы возникают без всякой видимой причины, ежедневно повторяются в течение нескольких недель, после чего так же внезапно самопроизвольно исчезают.*

Специалисты даже попытались нарисовать портрет такого страдальца. Оказалось, кластерная боль — спутник чувствительных и интеллектуальных мужчин. На работе их ценят за ум и профессионализм, а дома это типичные подкаблучники, которыми командуют жены. Был отмечен также любопытный **анатомический признак**: у человека, которого донимает кластерная боль, раздвоенный подбородок, квадратные контуры лица, светло-серые или голубые глаза. Преимущественно такими приступами страдают мужчины высокого роста и крепкого телосложения.



**Патологии гипоталамуса. Гипоталамус представляет собой сложную структуру. Благодаря исследованиям выяснено, он оказывает воздействие на кластерные головные боли. Методы визуализации продемонстрировали, что при приступе активизируется область гипоталамуса:**

**Нарушения суточных ритмов. Кластерная головная боль случается при конкретных стадиях сна. Еще их вызывает увеличение света и тепла в весенний и летний период.**

**Расширение кровеносных сосудов. Причинами кластерной боли в голове иногда является расширение кровеносных сосудов и воспаление нервов за глазом;**

**Отклонения симпатической нервной системы.**



ДАТЬ СТАРТ КЛАСТЕРНОЙ БОЛИ МОГУТ И НЕКОТОРЫЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ: **ГОЛЛАНДСКИЙ СЫР, КОПЧЕННЫЕ КОЛБАСЫ, ЦИТРУСОВЫЕ, ОРЕХИ, СЕЛЬДЕРЕЙ, КОФЕ, ШОКОЛАД.** ВСЕ ОНИ БОГАТЫ ТИРАМИНОМ. ВНАЧАЛЕ ЭТО ВЕЩЕСТВО СУЖАЕТ СОСУДЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА, А ЗАТЕМ РЕЗКО РАСШИРЯЕТ ИХ.



# ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- **Вредные привычки.** Употребление табака, спиртосодержащих напитков и стрессовые состояния нередко вызывают кластерные головные боли. Сигареты вызывают симптомы, при этом отказ от них не избавит навсегда от цефалгии;
- **Погодные изменения;**
- **Пребывание на большой высоте;**
- **Тепло;**
- **Пища с нитритами в составе (бекон);**
- **Определенные препараты, вызывающие расширение сосудов, например, «Нитроглицерин», гипотензивные и гипертензивные средства.**

## Вредные привычки



# КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Ранее для обозначения этой клинической разновидности использовали другие термины: *гистаминная цефалгия*, *синдром Хортон*, *мигренозная невралгия Харриса*. При описании ПГБ важно знать 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.

●  
Сильная  
пульсирующая  
боль с одной  
стороны



# ПРИСТУП



Атаки чрезвычайно интенсивной (10 баллов по визуальной аналоговой шкале), строго односторонней боли, локализующейся вокруг глаза, в надбровной, височной или в нескольких из этих областей, продолжительностью от 15 до 180 минут; приступы возникают ежедневно с частотой от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки, типично возникновение атак в ночное время. Внезапно начавшись, боль нарастает и достигает максимума в течение 10–15 минут, сохраняется на протяжении в среднем 30–45 минут, затем постепенно проходит. Во время 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, постоянная смена положения тела, плач, агрессия и ажитация. Многие пациенты используют отвлекающие стимулы: бег или ходьба на месте, удары головой об стену, прикладывание льда или, напротив, воздействие горячей воды в область боли.



На высоте боли у большинства пациентов возникают типичные вегетативные симптомы на болевой стороне: слезотечение, покраснение конъюнктивы, отек века, заложенность носа или ринорея (признаки парасимпатической активации), птоз, миоз (симптомы симпатической гипофункции). Редко может отмечаться потливость и покраснение, реже – побледнение лица, гиперчувствительность кожи головы и брадикардия. У некоторых пациентов могут отмечаться мигренозные симптомы (тошнота, рвота, фоно- и фотофобия), что не отменяет диагноз кластерной головной боли, но требует проведения дифференциальной диагностики с мигренью.

# СИМПТОМЫ

1. Головные боли начинают появляться после периода полового созревания — между 20 и 50 годами и, вероятней всего, около 30 лет.
2. Головная боль не имеет предваряющего периода или каких-либо признаков, предупреждающих о её приближении.
3. Очень болезненные, но короткие по продолжительности приступы идут один за другим несколько дней, недель или даже месяцев подряд. Человек чаще всего испытывает от одного до трёх приступов в день, хотя может произойти серия из 10 приступов головной боли за сутки.
4. Во время кластерного периода головная боль появляется в одно и то же время суток ежедневно.
5. По завершении серии головных болей следует период без них до 3 лет.
6. Соотношение мужчин и женщин, страдающих этим типом головной боли, составляет приблизительно 6:1. Для женщин головная боль не имеет связи с менструальным циклом.
7. Обычно больной — единственный человек в семье, страдающий этим типом головной боли.



8. Боль локализуется только на одной стороне головы, сильнее всего вокруг одного из глаз, но болезненные ощущения могут распространяться на лоб, висок или щеку. В большинстве случаев боль ощущается на одной и той же стороне лица. Только примерно у 15 % больных она меняла стороны

9. Головная боль часто будит больных ночью. В течение длящейся несколько дней серии приступов головные боли появляются с точностью, подобной работе часового механизма, в одно и то же время каждую ночь. Глаза слезятся. Нос заложен.

10. Лицо может краснеть от прилива крови к нему; лоб может потеть.

11. Веко на пораженной стороне головы опускается и может выглядеть припухшим.

12. Глаз часто налит кровью.

13. Зрачок временно сужается, а зрение может быть расплывчатым.

14. Частота сердечных сокращений увеличивается (**тахикардия**).

15. Возможна сезонная регулярность в появлении головных болей, которые могут преобладать весной и осенью.

16. Употребление алкоголя во время периода головных болей может вызывать боль.

# ПЯТЬ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ КЛАСТЕРНОЙ (ПУЧКОВОЙ) ГОЛОВНОЙ БОЛИ:

**1. Быстрое развитие с достижением максимальной выраженности головной боли примерно через 10—15 минут.**

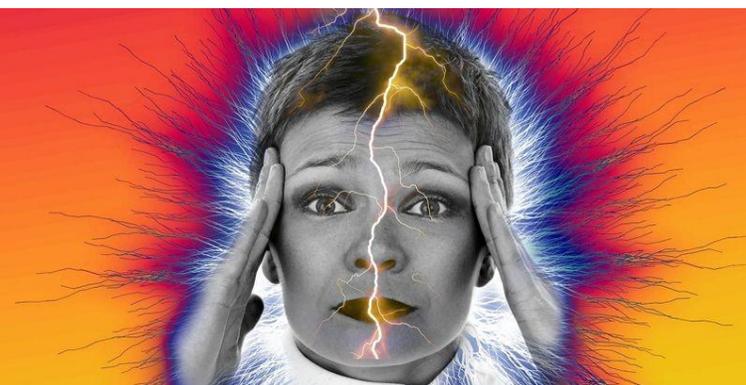


**2. Возникновение приступов преимущественно во время сна. Развившаяся болевая атака будит человека среди ночи.**

**3. Двигательное возбуждение — невозможность находиться в состоянии покоя:**

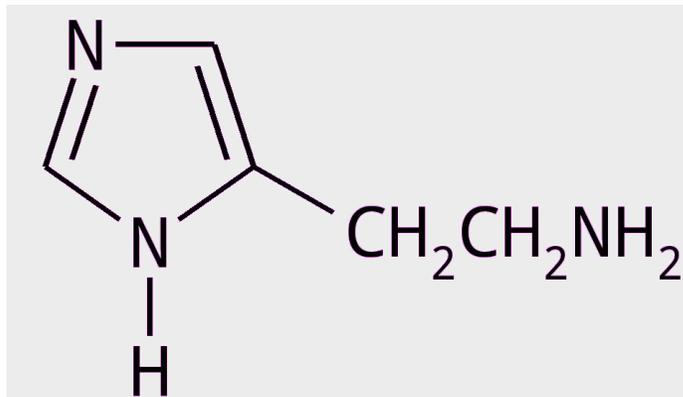
**4. Голова болит строго с одной стороны.**

**5. Чувство сильной усталости и опустошения по окончании приступа.**



НАИБОЛЕЕ ЧАСТО (90% ВСЕХ СЛУЧАЕВ) ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИЗОДИЧЕСКАЯ ФОРМА ПГБ, РЕЖЕ ХРОНИЧЕСКАЯ (10%), КОГДА РЕМИССИИ ИЛИ ОТСУТСТВУЮТ СОВСЕМ, ИЛИ НЕ ПРЕВЫШАЮТ 1 МЕСЯЦ. ХРОНИЧЕСКАЯ ПГБ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ DE NOVO ИЛИ ПРОИСХОДИТЬ ИЗ ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ФОРМЫ. У НЕКОТОРЫХ ПАЦИЕНТОВ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПЕРЕХОД ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ В ЭПИЗОДИЧЕСКУЮ. ОПИСАНО СОЧЕТАНИЕ ПГБ И ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ (Т. Н. «КЛАСТЕР-ТИК СИНДРОМ»).

Ученые обнаружили, что **инъекция** (введение) небольшого количества **гистамина** пациентам вызывает головную боль. На этот факт ссылаются как на доказательство связи между гистамином и головной болью.



ГИСТАМИН

# ДИАГНОСТИКА

Диагноз является целиком клиническим и основывается на типичной клинической картине и характерном течении заболевания и не требует дополнительных обследований.

Быстронарастающая, строго односторонняя мучительная боль, ее неоднократное повторение в течение суток, облигатность ночных атак, типичные лицевые 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.

КЛАСТЕРНАЯ = ПУЧКОВАЯ =  
БУДИЛЬНИКОВАЯ  
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

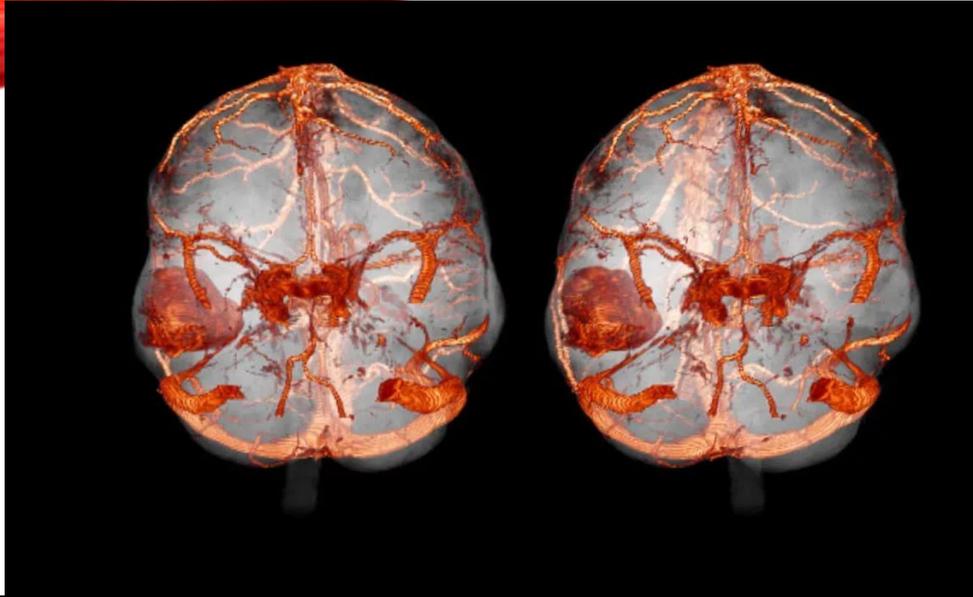


## Диагностические критерии пучковой головной боли



- A.** Как минимум 5 приступов, отвечающих критериям В–D.
- B.** Интенсивная или чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и/или височной локализации продолжительностью 15–180 минут без лечения.
- C.** Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов на стороне боли:
- 1) инъекцирование 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 ажитация.*
- D.** Частота приступов – от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки.
- E.** Не связана с другими причинами (нарушениями).





Большинство дополнительных исследований (КТ, МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника, церебральная ангиография, УЗДГ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, рентгенография черепа и шейного отдела позвоночника) как в период болевого «пучка», так и во время ремиссии являются неинформативными, поэтому их проведение пациентам с ПГБ нецелесообразно. По данным единичных описаний результатов ангиографии и МРТ, во время атаки боли выявляется спазм каротидной артерии в области сифона и расширение глазничной артерии

При нетипичной клинической картине, когда выполняются не все диагностические критерии кластерной головной боли, т. е. при наличии сомнений в первичном характере ПГБ, необходимо исключить симптоматическую (вторичную) природу ПГБ и провести тщательное обследование пациента. Наиболее информативными являются МРТ и КТ с контрастированием.



# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

При наличии у пациента нетипичных для ПГБ мигренозных сопутствующих симптомов, таких как тошнота/рвота, фоно- и фотофобия, возникает необходимость в дифференциальной диагностике с мигренью. В то же время у **2–5%** пациентов с мигренью во время приступа могут возникать локальные вегетативные проявления на лице, аналогичные симптомам ПГБ. В этом случае следует опираться на другие симптомы, типичные для этих форм цефалгии: несколько коротких атак в день, преобладание ночных атак, высокая интенсивность боли, возбуждение в приступе, периодичность течения – типичны для ПГБ, преобладание пациентов женского пола, как правило, не более одного приступа в день, большая продолжительность приступа, умеренная боль, необходимость покоя во время приступа, другие провокаторы (перемена погоды, стресс, голод) – типичны для мигрени.



## Невралгия тройничного нерва

- это хроническое заболевание, проявляющееся приступами интенсивной, стреляющей боли в зонах иннервации тройничного нерва.



Из-за характерной локализации боли (преимущественно область лица) пациентам с ПГБ нередко выставляется ошибочный диагноз невралгии тройничного нерва. Для тригеминальной невралгии в отличие от атак ПГБ характерна кратковременная (в течение нескольких секунд) простреливающая боль в области угла рта или глаза (в зоне иннервации второй ветви тройничного нерва), наличие триггерных зон в области лица, провокация боли жеванием, разговором, чисткой зубов. В отличие от больных ПГБ, которые во время атаки сжимают голову, растирают и массируют болевые зоны, пациенты с тригеминальной невралгией боятся дотрагиваться до лица, чтобы не спровоцировать болевой приступ. В отличие от ПГБ, которая поражает молодых мужчин в возрасте 20–30 лет, невралгия тройничного нерва, как правило, развивается у людей после 50 лет.

# ЛЕЧЕНИЕ

Во время болевого «пучка» пациенты должны избегать возможных провокаторов атак: не принимать алкоголь, лекарственные препараты или продукты, обладающие вазодилататорными свойствами, а также соблюдать режим сна – бодрствования.

Лечение ПГБ, так же как и мигрени, складывается из двух подходов: купирование приступа и профилактика (предотвращение) атак.



**ХОРОШЕЕ ЛЕКАРСТВО  
ОТ ГОЛОВНОЙ БОЛИ**



**Купирование атак ПГБ.** Основная задача лечения приступа ПГБ – быстрое и полное купирование мучительной боли. Наиболее эффективными способами являются ингаляции кислорода, *триптаны, дигидроэрготамин, а также местные анестетики*

## Международные стандарты: купирование приступа ПГБ

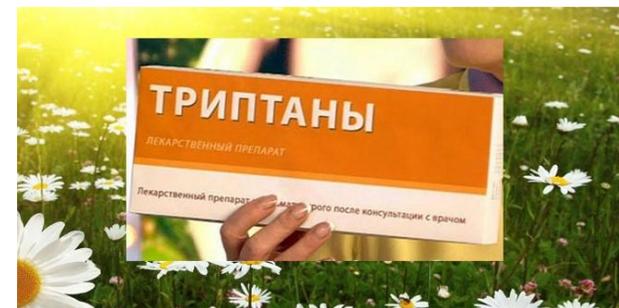
1. Ингаляции 100% кислорода (7 л/мин в течение 15 минут)
2. Триптаны– агонисты 5-НТ1 рецепторов:
  - суматриптан 6 мг подкожные инъекции
  - другие триптаны (сума-, золми-, наратриптан)
3. Дигидроэрготамин\* 1 мг в/м, в/в, п/к
4. Лидокаин, капсаицин интраназально



**Кислород**. Показано, что кислород обладает выраженным вазоконстрикторным эффектом на церебральные сосуды и снижает выделение CGRP во время атаки ПГБ. Для купирования болевого приступа доза кислорода, подаваемая через маску, составляет 7 л/мин в течение 10 минут от начала приступа.



**Триптаны**. Наибольшим эффектом при приступах ПГБ обладают агонисты серотониновых рецепторов 5HT<sub>1</sub> – триптаны. Обладающие специфическим (патогенетическим) противомигренозным действием, блокируют выделение из тригеминоваскулярных окончаний болевых нейропептидов (в первую очередь CGRP), вызывают сужение расширенных во время приступа сосудов твердой мозговой оболочки, тем самым обрывая болевой приступ при мигрени и ПГБ. Одним из наиболее эффективных является суматриптан. Пациенты могут принимать его в таблетированной форме (таблетки 50 и 100 мг).



**ДИГИДРОЭРГОТАМИН (ДГЭ). ДГЭ, ДОСТУПНЫЙ В НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ В ФОРМЕ ИНЪЕКЦИЙ И НАЗАЛЬНОГО СПРЕЯ, ОБЛАДАЕТ ХОРОШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПГБ. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ДГЭ ОБЛЕГЧЕНИЕ БОЛИ НАСТУПАЕТ УЖЕ ЧЕРЕЗ 10 МИНУТ, ПРИ ВНУТРИМЫШЕЧНОМ И НАЗАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ – ЧЕРЕЗ 15–25 МИНУТ.**

*Пероральные анальгетики и наркотические препараты не являются эффективными при ПГБ и других формах ТВЦ*





Есть данные об эффективности местных анестетиков, в частности, **4%** **ЛИДОКАИНА** в виде назальных капель или аэрозоля (1 мл интраназально; при неэффективности возможно повторное введение через 15 минут). Механизм противоболевого действия местных анестетиков состоит в подавлении активности болевых волокон, расположенных в слизистой оболочке носа и подходящих к крылонебному ганглию.



# ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ – ОСНОВНОЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПГБ

**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» при эпизодической форме и на протяжении длительного времени или постоянно при хронической форме ПГБ. Не следует резко отменять терапию.**

## Международные стандарты: профилактическое лечение ПГБ

- Верапамил (120–960 мг/сут)
- Преднизолон (40–80 мг/сут 2–4 дня, затем снижение дозы в течение 2 недель) + омепразол!
- Карбонат лития (600–1600 мг/сут)
- Эрготамина тартрат (2–4 мг/сут (per rectum) – -----
- Антиконвульсанты (вальпроевая кислота, топирамат, габапентин)

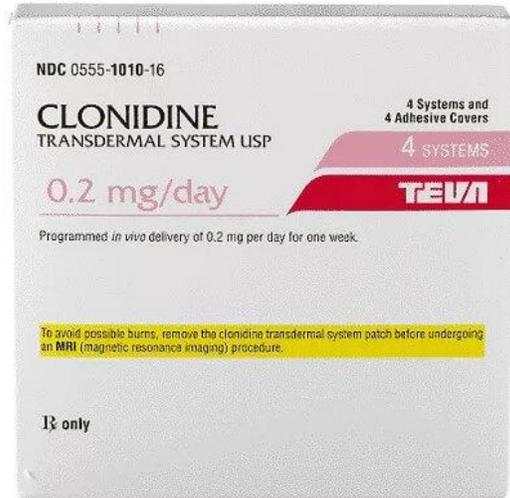
Препаратом выбора в превентивном лечении как эпизодической, так и хронической ПГБ является **верапамил** в дозах 120–480 мг/сут, при хронических формах – до 1 200 мг. При недостаточной эффективности возможна комбинация **верапамила с эрготамином**.

Хорошей эффективностью, особенно при хронических формах и формах с короткими ремиссиями, обладают антиконвульсанты: **вальпроат натрия** (в дозах от 600 до 2 000 мг/сут) и **топирамат** (от 25 до 200 мг/сут (средняя доза 100 мг/сут). Для последнего необходимо титрование дозы от 25 до 100 мг с постепенным повышением на 25 мг каждые 3–7 дней.

**Карбонат лития** (от 600 до 900 мг/сут в 3 приема) также широко используется в превентивном лечении эпизодической и хронической форм ПГБ. В связи с возможностью развития побочных эффектов со стороны системы кроветворения при длительной терапии литием необходимо контролировать состав крови. Возможно сочетанное применение **лития и верапамила**.



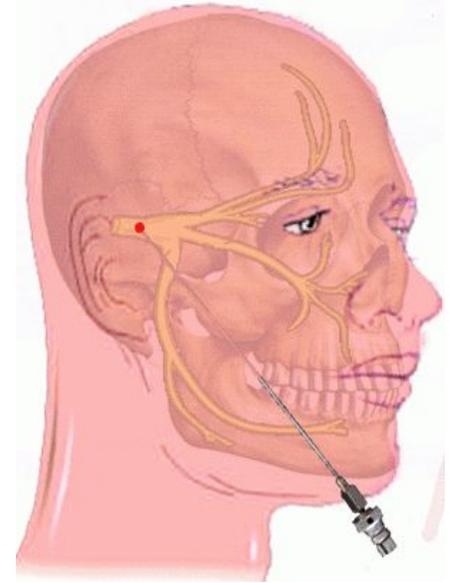
**ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОДХОДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ, А ТАКЖЕ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПГБ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ (60–80 МГ 1 РАЗ В ДЕНЬ В ТЕЧЕНИЕ 2–4 ДНЕЙ С ПОСЛЕДУЮЩИМ СНИЖЕНИЕМ ДОЗЫ В ТЕЧЕНИЕ 2–3 НЕДЕЛЬ).**



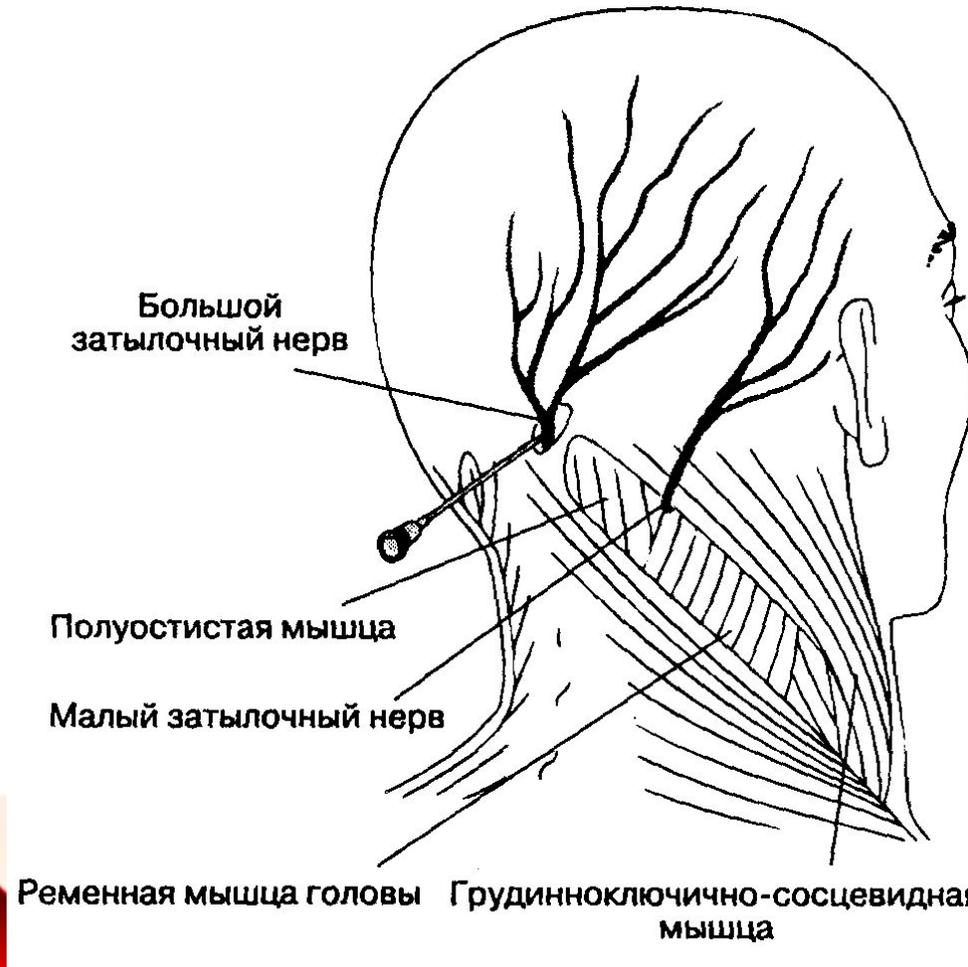
**В последние годы получены достоверные данные об эффективности в профилактике ПГБ таких средств, как капсаицин (интраназальные аппликации 0,025%-ного крема) и трансдермальный клонидин (в дозе 5–7,5 мг).**

# НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПГБ

По данным многочисленных исследований, наиболее эффективным из хирургических методов является радиочастотная тригеминальная ризотомия, после которой у 70–75% пациентов болевой «пучок» прекращается. При возобновлении приступов ПГБ возможно проведение повторного вмешательства на противоположной стороне. Показано, что наилучшие результаты после радиочастотной ризотомии достигаются у пациентов со строго односторонними приступами ПГБ.



У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПГБ КРАТКОВРЕМЕННАЯ РЕМИССИЯ (ОТ 5 ДО 73 ДНЕЙ) МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТА ВВЕДЕНИЕМ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА (120 МГ) С ЛИДОКАИНОМ В БОЛЬШОЙ ЗАТЫЛОЧНЫЙ НЕРВ НА СТОРОНЕ БОЛИ. ВРЕМЕННЫЙ ЭФФЕКТ ТАКЖЕ ВЫЗЫВАЮТ БЛОКАДЫ КРЫЛОНЕБНОГО ГАНГЛИЯ КОКАИНОМ ИЛИ ЛИДОКАИНОМ.



**В последнее время для лечения тяжелых хронических форм ПГБ применяют методы нейромодуляции: чрескожную нейростимуляцию большого затылочного, надглазничного нерва, крылонебного ганглия, а также глубоких отделов гипоталамуса на стороне боли. Подобные методики могут быть как инвазивными, так и неинвазивными**



## **ЛИТЕРАТУРА**

1. БОЛЬ (ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ) / ПОД РЕД. Н.Н. ЯХНО, М.Л. КУКУШКИНА. М.: ИЗД. РАМН, 2011. 512 С.
2. КАРЛОВ В.А., ЯХНО Н.Н. МИГРЕНЬ, ПУЧКОВАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ // БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ / ПОД РЕД. Н.Н. ЯХНО, Д.Р. ШТУЛЬМАНА, П.В. МЕЛЬНИЧУКА. М.: МЕДИЦИНА, 1995. –Т.2. –№13. – С. 325-337.
3. КОЛОСОВА О.А., ОСИПОВА В.В., ХОМАК Е.Б., БОБЕЙКО Л.А. СУМАТРИПТАН В ЛЕЧЕНИИ АТАК ПУЧКОВОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ И МИГРЕНИ // ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ ИМ. С.С. КОРСАКОВА. – 1994. – №5. – С. 12-14. (33).
4. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ. 2-Е ИЗД. / МЕЖДУНАРОДНОЕ ОБЩЕСТВО ГОЛОВНОЙ БОЛИ. 2003/ ПЕР. С АНГЛ. В.В. ОСИПОВОЙ, Т.Г. ВОЗНЕСЕНСКОЙ. ГЕДЕОН РИХТЕР, 2003. 326 С.
5. ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ. ПРАКТИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО / ОСИПОВА В.В., ТАБЕЕВА Г.Р. М.: ООО «ПАГРИ-ПРИНТ», 2007. 60 С.
6. СЕРГЕЕВ А.В., ОСИПОВА В.В., ТАБЕЕВА Г.Р. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КЛАСТЕРНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИНЫ: КЛИНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ, ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ // РОССИЙСКИЙ ЖУРНАЛ БОЛИ, №3–4, 2010. 33–39.
7. HANDBOOK OF HEADACHE / RANDOLPH W. EVANS, NINAN T. MATHEW. – 2ND ED. LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS, 2005.
8. KUDROW L. CLUSTER HEADACHE. MECHANISMS AND MANAGEMENT. OXFORD: OXFORD UNIVERSITY PRESS, 1980.
9. MANZONI GC, PRUSINSKI A. CLUSTER HEADACHE: INTRODUCTION. IN OLESEN J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, EDS. THE HEADACHES. NEW YORK: RAVEN PRESS, 1993: 543–545.

# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

У тебя болит  
голова? Радуйся!  
Значит, она есть)))



Прочь печали,  
прочь сомненья.  
Не болит пусть голова  
от забот и настроенья.  
Верь в хорошее всегда!