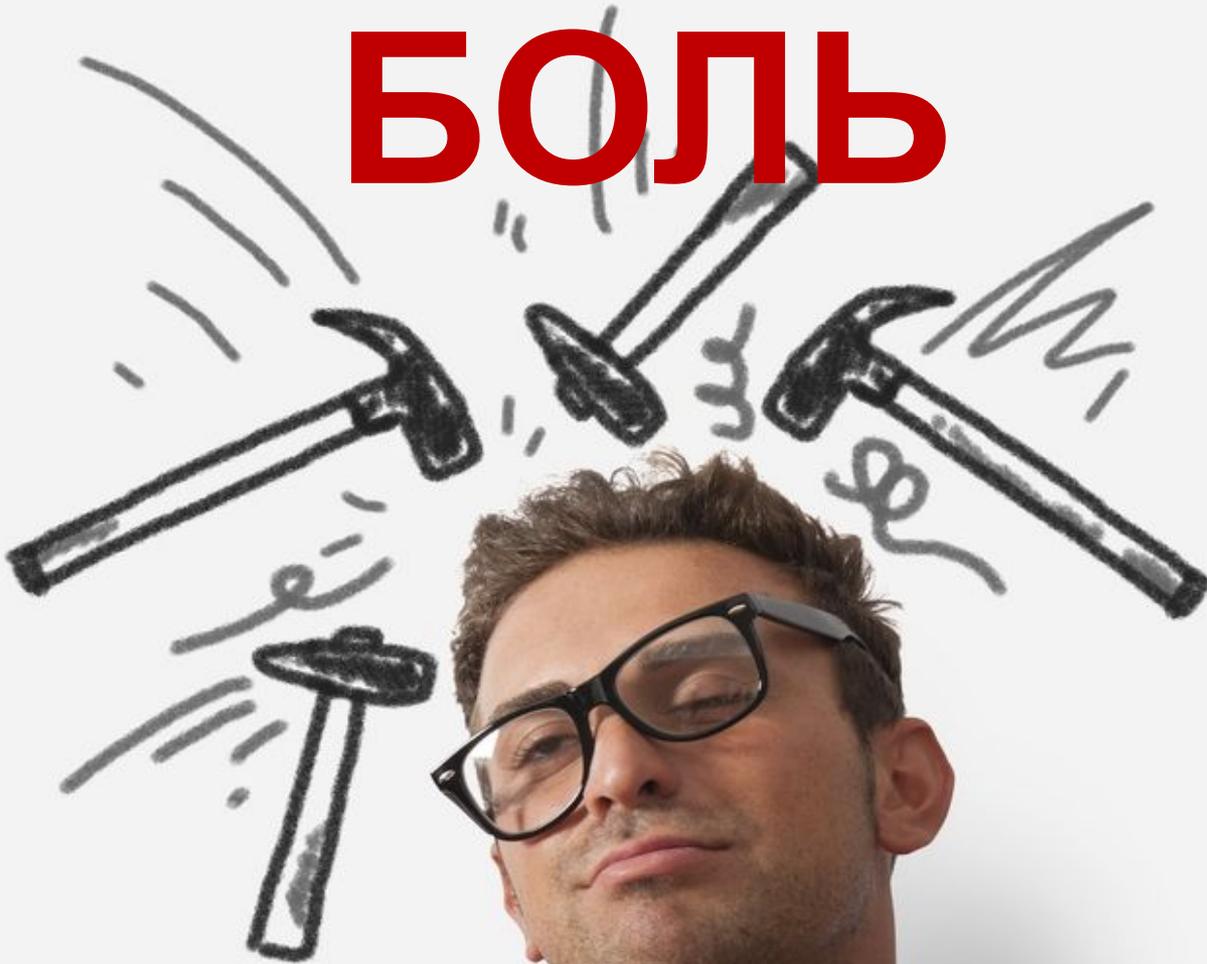


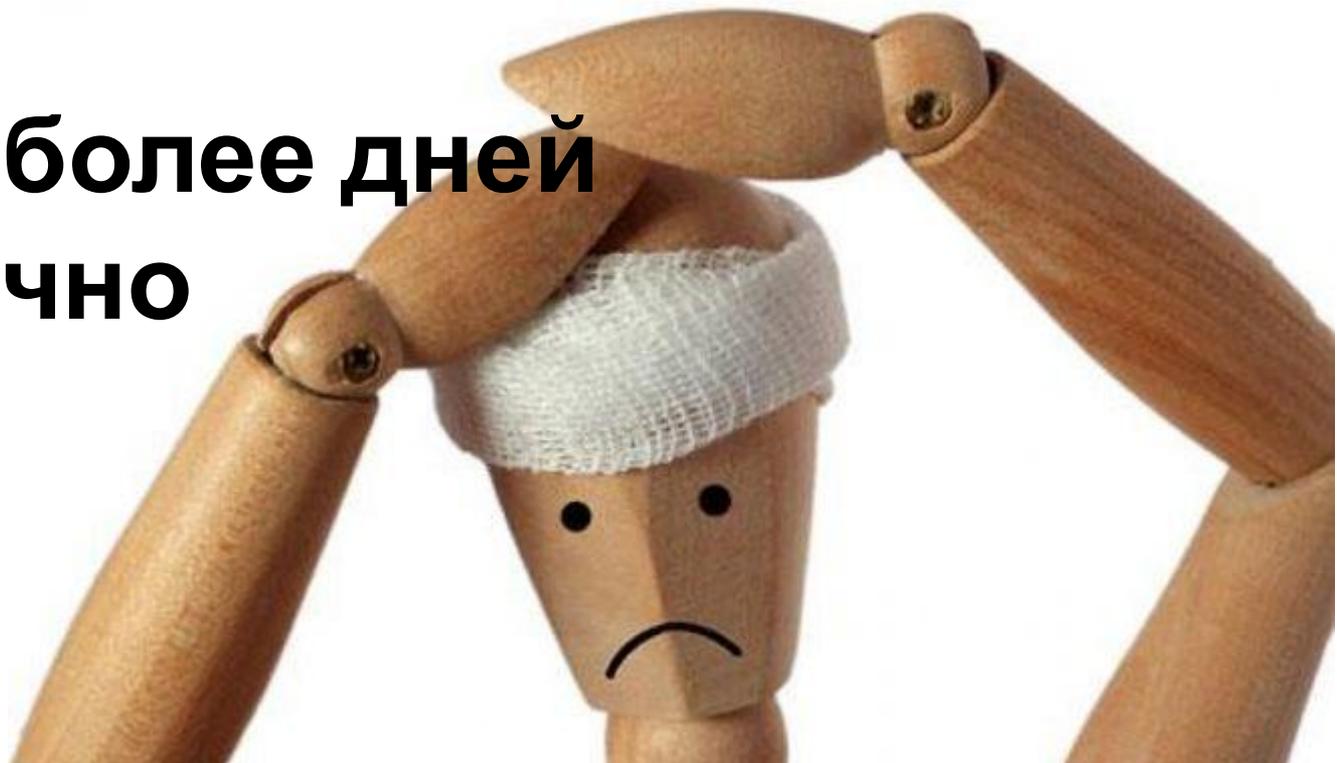
ГОЛЮБНАЯ

БОЛЬ



ВОЗ 2016

- 50% 1 раз в течение полугода
- 46% 1 раз в месяц в течение года
- 4% 15 и более дней ежемесячно



ОУ ВО РНИМУ ИМ. Н.И. ПИРОГОВА МИНЗДРАВА РОССИИ

ЦЕНТРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ ИМ. АКАДЕМИКА А.И.
НЕСТЕРОВА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ. ЦЕРВИКОГЕННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ.

Руководитель:

к.м.н., асс. Андрияшкина Д.Ю.

Выполнила:

студентка 1.5.08 А группы Данченко М.М.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ



ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ

- ▶ диффузная, слабая или умеренная, двусторонняя, неппульсирующая, сжимающая по типу «каска» или «обруча»
- ▶ Не усиливается при физической нагрузке
- ▶ Редко сопровождается тошнотой
- ▶ Возможна фото- или фонофобия
- ▶ Чувство напряжения в области затылка, задней поверхности шеи и надплечий («синдром вешалки для пальто»)
- ▶ ГБ появляется после пробуждения, присутствует на протяжении всего дня, то усиливаясь, то ослабевающая

ОСМОТР

- ▶ При пальпации отмечается напряжение или болезненность в области мышц шеи, затылка и надплечий.



ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ (МКГБ-3 БЕТА, 2013)

▶ 2.1. Нечастая эпизодическая ГБН

- ▶ 2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
- ▶ 2.1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с НПМ

▶ 2.2. Частая эпизодическая ГБН

- ▶ 2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с НПМ
- ▶ 2.2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с НПМ

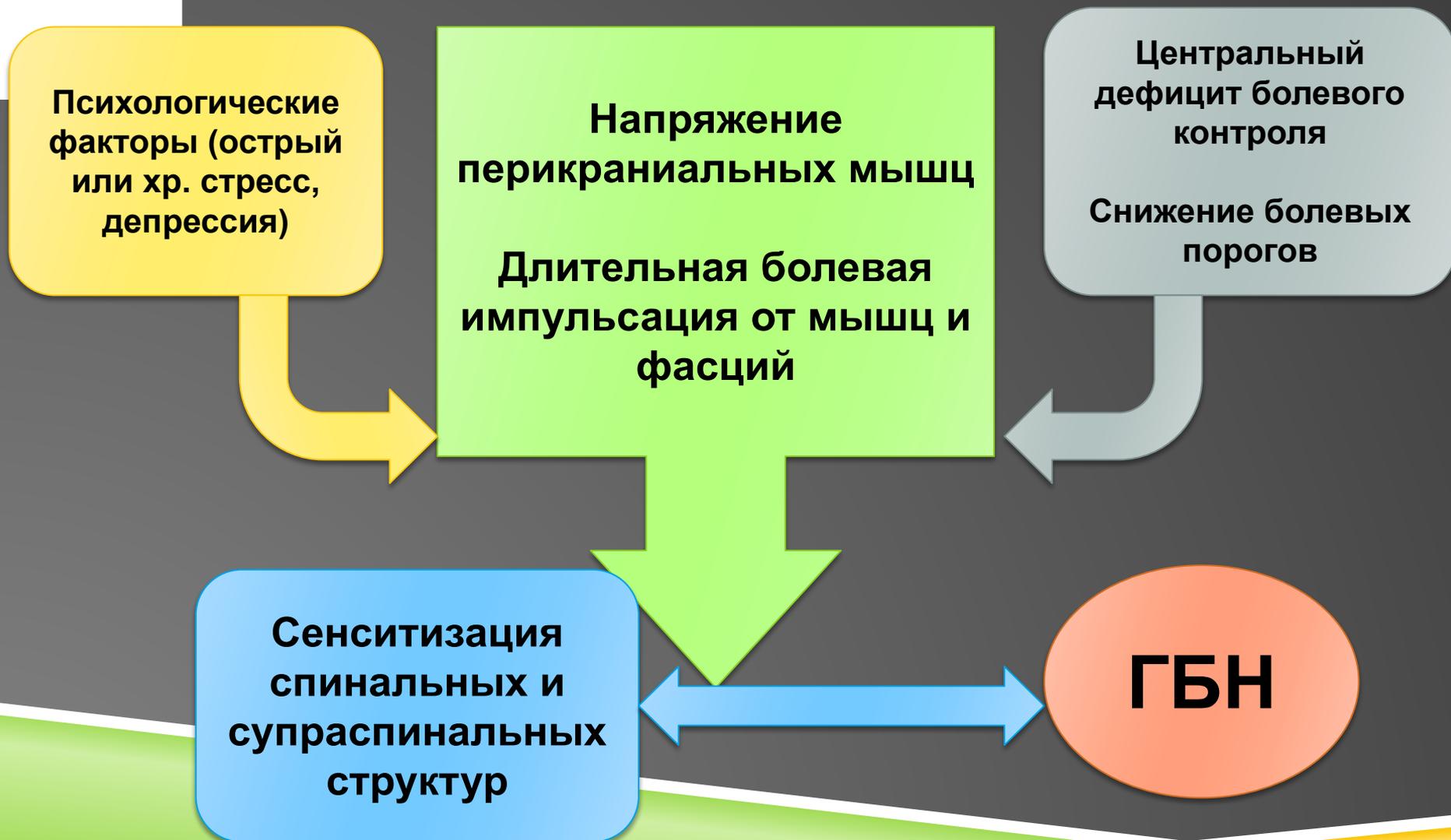
▶ 2.3. Хроническая ГБН

- ▶ 2.3.1. Хроническая ГБН, сочетающаяся с НПМ
- ▶ 2.3.2. Хроническая ГБН, не сочетающаяся с НПМ

▶ 2.4. Возможная ГБН

- ▶ 2.4.1. Возможная нечастая ГБН
- ▶ 2.4.2. Возможная частая ГБН
- ▶ 2.4.3. Возможная хроническая ГБН

ПАТОГЕНЕЗ ГБН



КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ГБН

(МКГБ-3 БЕТА, 2013)

- ▶ **А. ГБ длительностью от 30 минут до 7 дней**
- ▶ **В. Как минимум два из следующих признаков:**
 - ▶ двухсторонняя локализация
 - ▶ давящий/сжимающий/не пульсирующий характер
 - ▶ легкая или умеренная интенсивность
 - ▶ боль не усиливается при обычной физической нагрузке (ходьба, подъем по лестнице)
- ▶ **С. Оба из следующих признаков:**
 - ▶ отсутствует тошнота или рвота
 - ▶ только фотофобия или только фонофобия
- ▶ **Д. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше)**

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГБН

- ▶ Рисунок боли по типу «обруча» или «каска»
- ▶ Слабая или умеренная интенсивность (до 6 баллов по ВАШ)
- ▶ Усиление боли на фоне эмоциональных переживаний
- ▶ Облегчение боли при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления



Stress-O-meter



ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ГБН

Препарат	Разовая доза, мг	Уровень рекомендаций
Ибупрофен	200-800	A
Кетопрофен	25	A
Ацетилсалициловая кислота	500-1000	A
Напроксен	375-500	A
Диклофенак	12,5-100	A
Парацетамол	1000	A

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГБН

- ▶ Антидепрессанты
- ▶ Антиконвульсанты
- ▶ Миорелаксанты



НЕЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГБН

Метод лечения

Уровень
рекомендаций

Психо-поведенческие методы:

**Электромиографическая
биологическая обратная связь**

A

Релаксационный тренинг

C

Когнитивно-поведенческая терапия

C

Физиотерапия

C

Акупунктура

C

ЦЕРВИКОГЕННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ



ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ

- ▶ Односторонняя боль, возникающая в затылке и распространяющаяся в лобно-глазнично-височную область
- ▶ Умеренная интенсивность
- ▶ Наличие некорешковой боли в шее, плече, руке
- ▶ Тошнота, рвота, фоно- и фотофобия, отек или покраснение вокруг глаза, мерцание зрения на стороне боли и трудности глотания
- ▶ Боль провоцируется движениями в шее, усиливается после позного перенапряжения
- ▶ Травма головы, шеи в анамнезе

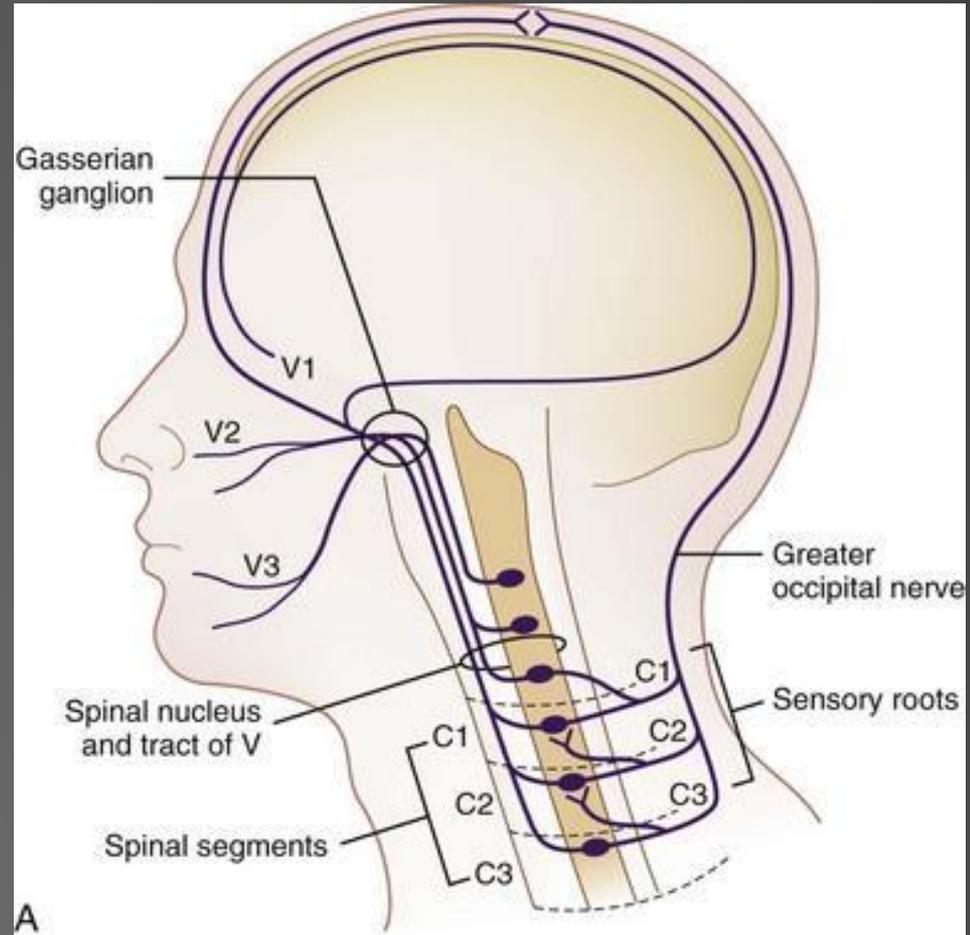
ОСМОТР

- ▶ Болезненность и напряжение при пальпации мышц шеи
- ▶ Болезненность триггерных точек
- ▶ Уменьшение объема движений в шейном отделе позвоночника



ПАТОГЕНЕЗ ЦГБ

- ▶ Суставы и связки медиального атлanto-аксиального сочленения
- ▶ Латеральные атлanto-аксиальные суставы
- ▶ Атлanto-окципитальное сочленение
- ▶ C2/3 и C3/4 фасеточные суставы
- ▶ C2/3 межпозвонковый диск
- ▶ Мышцы: субокципитальные, верхние задние цервикальные, верхние вертебральные цервикальные, трапецевидная, грудино-ключично-сосцевидная



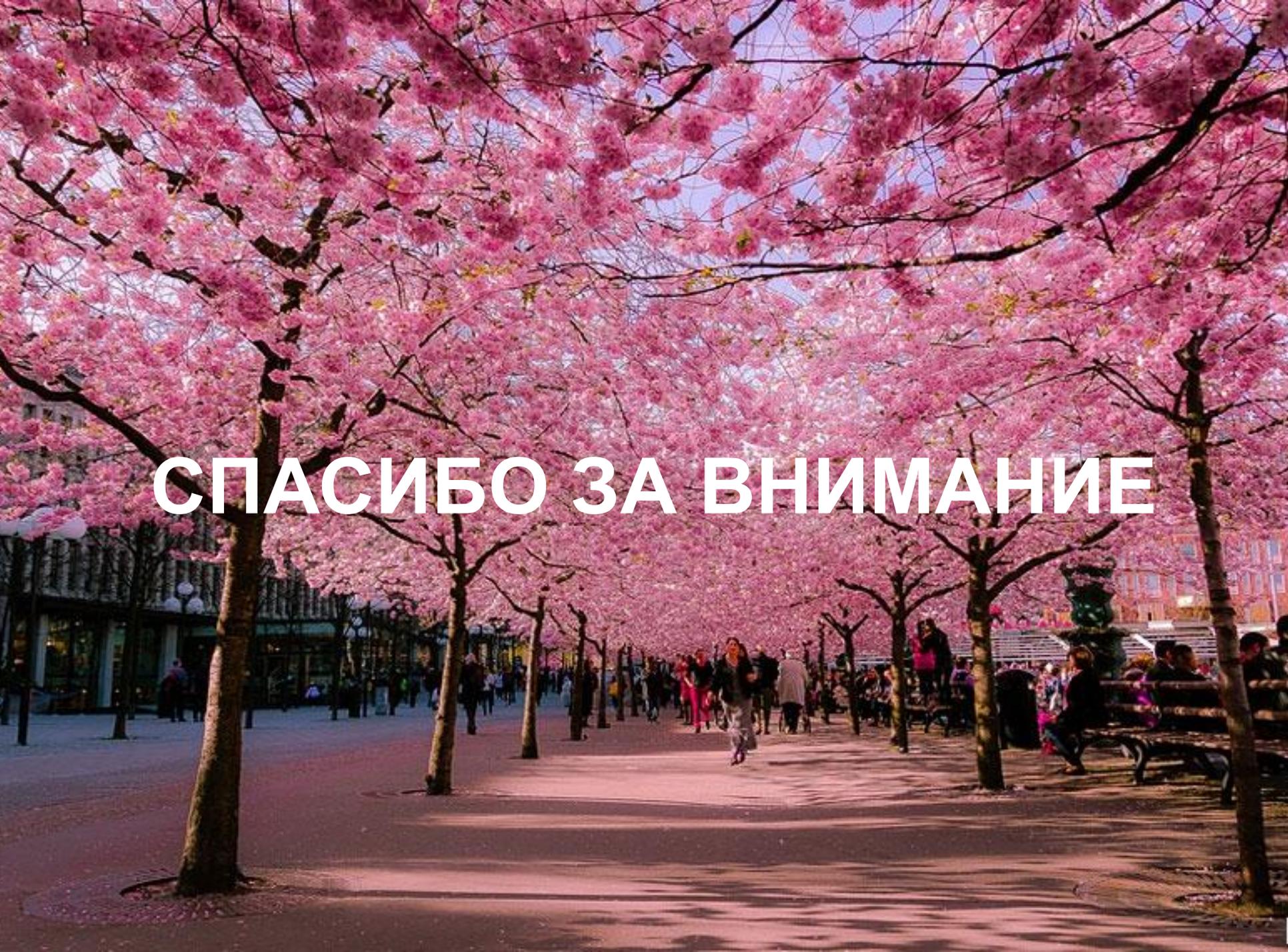
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЦГБ (МКГБ-3 БЕТА, 2013)

- ▶ А. Любая головная боль, отвечающая критериям С
- ▶ В. Клинические, лабораторные и/или нейровизуализационные признаки нарушения или повреждения в области шейного отдела позвоночника или мягких тканей шеи, которые являются достоверной или возможной причиной головной боли
- ▶ С. Причинная связь головной боли с патологией шейной области основывается по меньшей мере на двух из следующих симптомов:
 - ▶ головная боль развивается после возникновения нарушения/поражения в области шейного отдела позвоночника
 - ▶ значительное уменьшение или прекращение головной боли происходит параллельно с уменьшением или разрешением нарушения/повреждения шейного отдела позвоночника
 - ▶ ограничение объема движений в шее и усиление головной боли различными провокационными маневрами на шейном уровне
 - ▶ прекращение боли после диагностической блокады структур шеи или нервных образований
- ▶ D. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше)

ЛЕЧЕНИЕ ЦГБ

- ▶ **Медикаментозные методы**
 - ▶ НПВП
 - ▶ антидепрессанты
 - ▶ миорелаксанты
 - ▶ антиконвульсанты
- ▶ **Немедикаментозные методы**
 - ▶ мануальная терапия
 - ▶ массаж
 - ▶ физиотерапия
 - ▶ постизометрическая релаксация
 - ▶ лечебная гимнастика
- ▶ **Инвазивные методы**





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

**Психогенные
головные боли,
мигрень**

Миссаров М.Э.

Доктор, у меня болит голова!



Классификация?

На данный момент нет
чёткой и удовлетворяющей
всех классификации
психогенной головной боли

Характерные жалобы

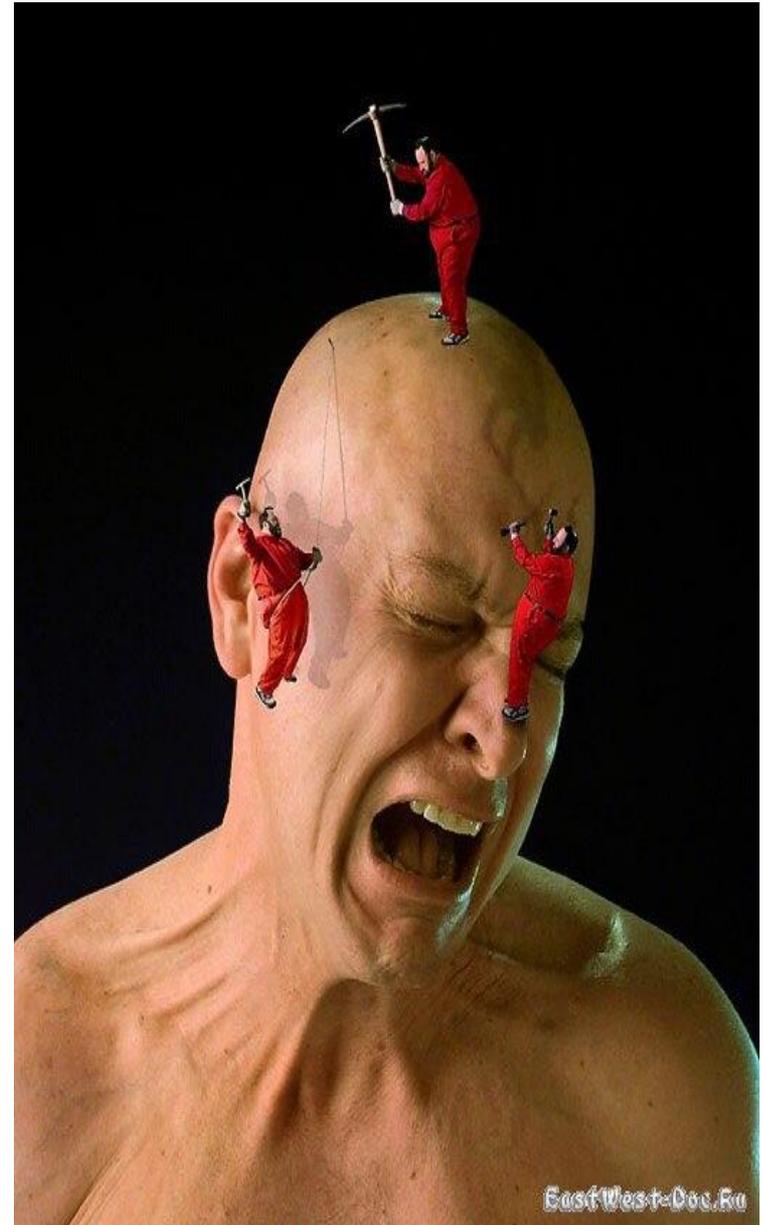
	Сенестоалгии	Маска депрессии	Конверсионные алгии
Характер боли	Тягостная, вычурная («как будто злые черти грызут с разных сторон»)	Жжение, распирающее, сдавливание, горение, стягивание, пустота...	Часто имитирует характер болей, присущих различным заболеваниям (мигрень, боль напряжения)
Локализация	Без точной локализации	Без точной локализации	Без точной локализации
Особенности пациента	Коморбидно другим псих. патологиям	Бессонница, отсутствие аппетита, усталость...	Истерический, астенический, психастенический, чувствительный тип личности

Психогенные головные боли

- Сенестоалгии
- Маска депрессии
- Соматоформное расстройство

Мигрень

Сенестоалгии –
неопределенные,
мучительные,
часто вычурные
болевые
ощущения, не
вызванные
соматическими
причинами



Сенесто патии

Невротич
еские

Аффекти
вные

Эндогенн
ые

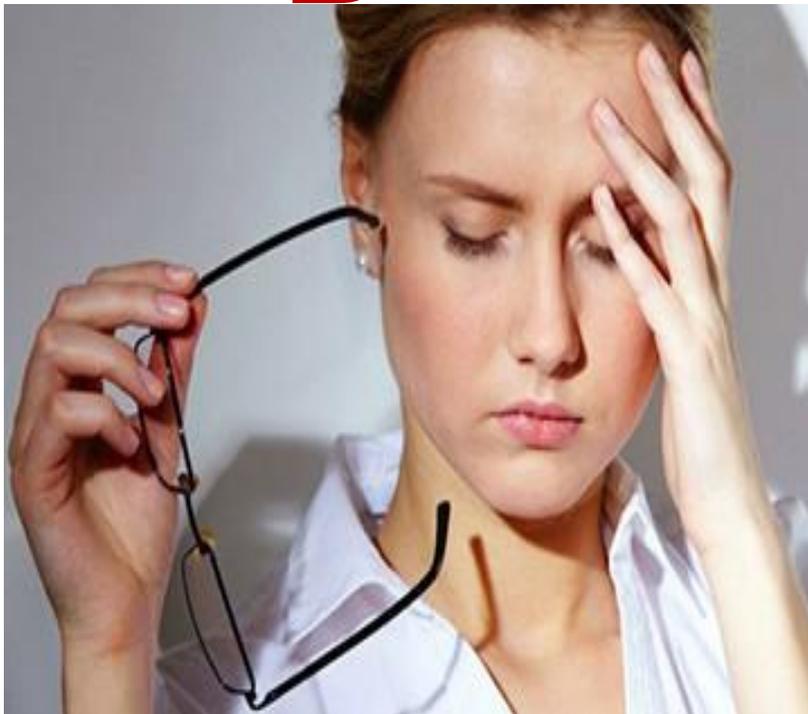
расстрой
ства

расстрой
ства

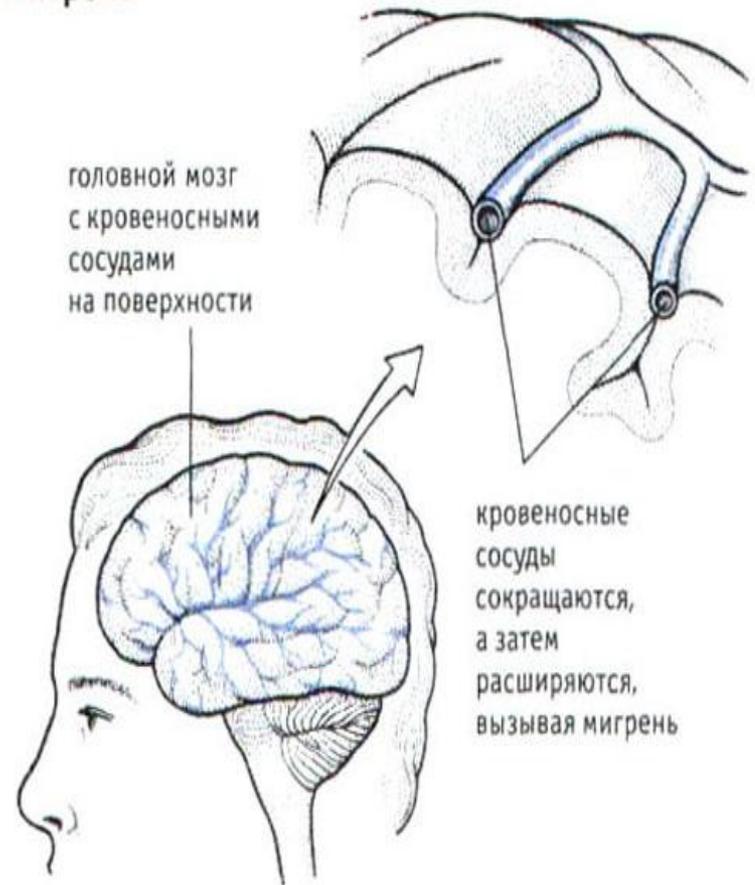
расстрой
ства

Дифференциальный диагноз с висцеральными
галлюцинациями

Мигрень



Мигрень



Сосуды, расположенные внутри и на поверхности головного мозга, сначала суживаются, а затем расширяются, что приводит к появлению симптомов мигрени.

Мигрень

- Интенсивная, пульсирующая, может быть с нарушениями зрения и т.п. (**аура**)
- Гемикраналгия** (реже обе половины)
- Страдают чаще женщины**
- Часто связаны с циклом женской репродуктивной системы**

Мигренозный приступ

- Продром (за 2 суток до приступа; эйфория или снижение настроения, гиперактивность или сонливость, желание съесть сладкое или соленое)
- Аура (<60 минут, «позитивные» и «негативные» симптомы)
- Краниалгия (от 10 минут до нескольких часов)

Диагностика

- Общее терапевтическое обследование
- Назначение нейровизуализационных методов исследования, ЭЭГ
- Консультация врача-невролога, консультация врача-психиатра

Лечение

- **Сенестоалгии** – рекомендация консультации врача-психиатра или психотерапевта
- **Маска депрессии** – психогигиена (режим труда и отдыха), симптоматически анальгетики (цитрамон), консультация врача-психотерапевта
- **Конверсионные алгии** – консультация врача-психотерапевта
- **Мигрень** – триптаны (суматриптан).

Дифференциальная диагностика головных болей:

Головная боль при
гигантоклеточном
артериите.

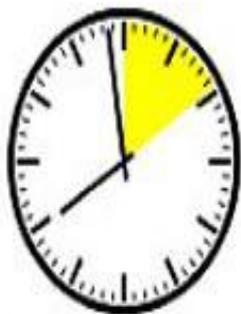
Кластерная головная
боль и
тригеминальная
невралгия.



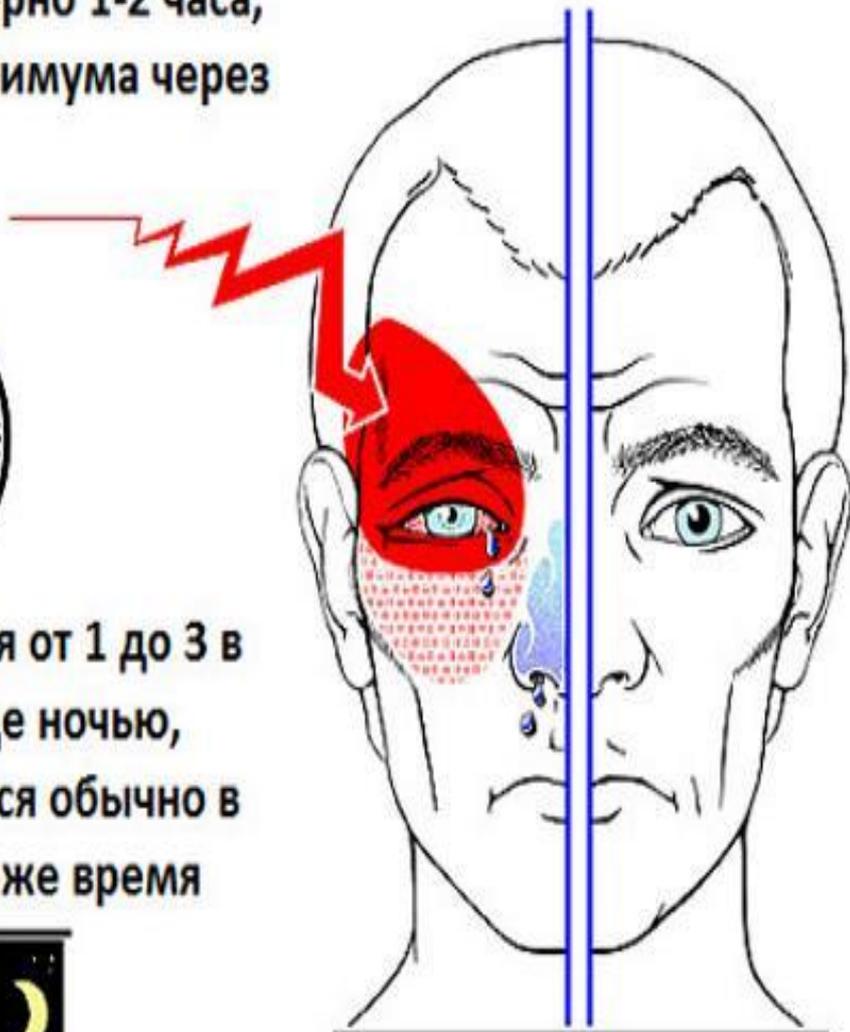
КЛАСТЕРНАЯ =
ПУЧКОВАЯ =
БУДИЛЬНИКОВАЯ
ГОЛОВНАЯ БОЛЬ



Длится примерно 1-2 часа,
достигая максимума через
20 минут



появляются от 1 до 3 в
день, чаще ночью,
начинаются обычно в
одно и то же время



Характеристики

кластерной боли

- ✓ чаще у мужчин (4:1)
- ✓ строго односторонняя, чрезвычайной **ИНТЕНСИВНОСТИ**
- ✓ локализация - **периорбитальная область**
- ✓ возникает часто, обычно один и более раз в сутки, типично - **в ночное время**
- ✓ кратковременная (**30-180 минут**)
- ✓ сопровождается **вегетативными симптомами** на стороне боли:
 - покраснение глаза и слезотечение
 - заложенность носа или ринорею
 - птоз/миоз
 - отечность век
 - потливость лица



Диагностические критерии (МКГБ-2, 2004*)

- Как минимум **5 приступов** с характерными признаками, описанными на предыдущем слайде
- **Частота** приступов – от 1 раза в два дня до 8 раз в сутки
- Не связана с другими причинами (нарушениями)

* МКГБ-2 – Международная классификация головных болей 2-го пересмотра, разработанная международным обществом головной боли, 2004



Пара слов о патогенезе...

Активация ядер гипоталамуса и вследствие этого тригемино-васкулярной системы приводит к:

1) нарушению регуляции сосудистого тонуса с избыточной вазодилатацией и воспалением глазничной артерии

2) к активации симпатических и парасимпатических нервных волокон → появление вегетативных симптомов



Некоторые понятия

- **Атака** – единичный приступ боли
- **«Пучок» или «кластерный период»** - период времени, в течение которого у пациента возникают множественные повторные болевые приступы на одной и той же стороне (недели-месяцы)
- **Ремиссия** – период, свободный от приступов боли (месяцы-годы)



Тригеминальная невралгия (невралгия тройничного нерва)

- односторонний синдром,
характеризующийся
короткими
простреливающими болями,
внезапно начинающимися и
так же внезапно
заканчивающимися, и
ограничивающимися зоной



Тригеминальная невралгия и жизнь пациента

- **сильнейшие** атаки болей в области лица, которые возникают спонтанно или провоцируются разговором, жеванием, чисткой зубов, бритьем, прикосновением
- частота - от единичных атак боли **до сотен в день**
- во время приступов больной **замирает** в напряжении
- даже в периоды ремиссий больные живут в страхе, опасаясь обострения заболевания, ходят,



Диагностические критерии тригеминальной невралгии

А. Пароксизмальные приступы боли продолжительностью **от доли секунды до 2 минут** в зоне иннервации одной или более ветвей тройничного нерва

В. Боль имеет, по меньшей мере, одну из следующих характеристик:

1. **интенсивная, острая, поверхностная, колющая**
2. **провоцируется воздействием на триггерные точки или при воздействии триггерных факторов**

С. У одного и того же пациента приступы имеют стереотипный характер

Д. Отсутствуют клинические признаки



Кластерная (пучковая) ГБ

Невралгия тройничного нерва

Приступ боли – 15-180 минут

Приступ боли – секунды
(«прострел», «удар током»)

До 8 раз в сутки

До сотен раз в сутки

Односторонняя

Односторонняя

Вегетативные симптомы на
стороне боли

Триггерные точки на стороне
боли

Чувство беспокойства при
атаке (ажитация), больные
хватаются за голову

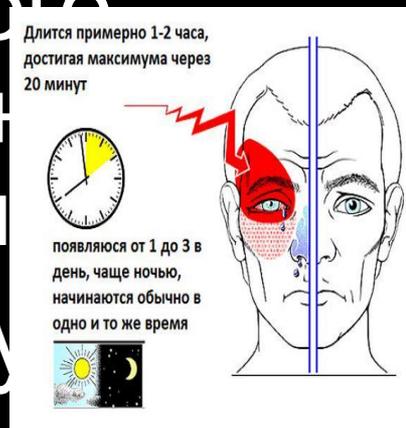
Пациент замирает и
старается не дотрагиваться
до лица

Страдают чаще молодые
мужчины (20-30 лет)

Страдают чаще женщины в
возрасте

Принципы лечения пучковой головной боли

1. Выявить возможные провокаторы приступов (алкоголь, ЛС, продукты с вазодилатирующим эффектом, нарушение привычного суточного ритма) и по возможности исключить их влияние
2. Купирование приступов
3. Профилактическое лечение



Купирование атак кластерной боли

- **Триптаны** (суматриптан, элетриптан, золмитриптан) – сужают сосуды, воздействуя на серотониновые рецепторы
- **Ингаляции 100% кислорода** (7-10 л/мин в течение 15 мин) – эффективно, безопасно
- **Препараты эрготамина** (алкалоид спорыньи) – также сужают сосуды мозга
- **Местные анестетики** – 4% лидокаин интраназально



Профилактика приступов кластерной боли

После начала болевого периода:

Препараты для профилактического лечения ПГБ с доказанной эффективностью

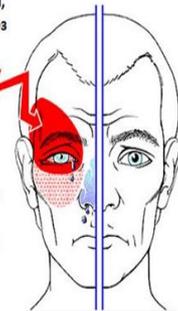
Лекарственные препараты	Особенности применения
Верапамил 240-960 мг в сутки	Необходим контроль АД
Преднизолон 60-80 мг 1 раз в день в течение 2-4 дней с последующим снижением дозы в течение 2-3 недель	Может потребоваться повторный курс, так как при снижении дозы возможно возобновление болевых приступов
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



Длится примерно 1-2 часа, достигая максимума через 20 минут

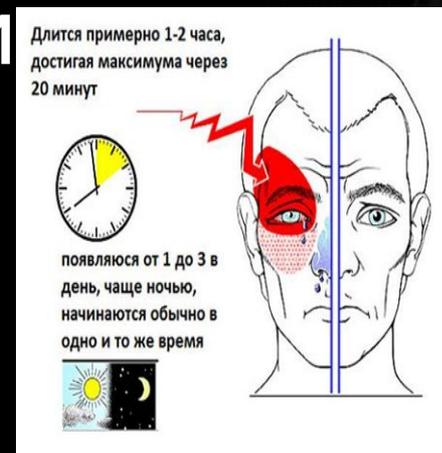


появляются от 1 до 3 в день, чаще ночью, начинаются обычно в одно и то же время



Хирургическое лечение кластерной боли

- Радиочастотная термокоагуляция тригеминального ганглия
- Радиочастотная тригеминальная ризотомия
- Микроваскулярная декомпрессия
- Нейростимуляция



Лечение невралгии тройничного нерва

Основной метод – хирургический

- Микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва
 - Методы радиохирургии: гамма-нож и кибер-нож (разрушение нерва)
 - Чрескожная баллонная компрессия
 - Чрескожная радиочастотная деструкция корешков нерва
 - Радиочастотная тригеминальная ризотомия
- + те, что используются в лечении кластерных болей.

Консервативное лечение:



Контролировать прием препаратов!

Лекарственно индуцированная (абузусная) головная боль:

- Вызывается приемом:
 - **простых анальгетиков** ≥ 15 дней в месяц и/или
 - **опиоидов**, препаратов **эрготамина** или **триптанов** ≥ 10 дней в месяц на протяжении более чем 3 месяцев.
- Возникает практически **ежедневно**
- **Двусторонняя, давящая, сжимающая**
- Присутствует **при пробуждении утром**
- Первоначально усиливается при попытке отмены препаратов для купирования головной боли



Кластер-тик синдром

- сочетание симптомов кластерной головной боли и типичной тригеминальной невралгии или же чередованием этих форм через определенные промежутки времени
- обе составляющие синдрома «кластер-тик»



Головная боль при гигантоклеточном артериите (ГКА)

ГКА = височный артериит =
б-нь Хортона - это
системный
гранулематозный артериит,
поражающий аорту и её
основные ветви,
преимущественно
экстракраниальные ветви



Симптомы и признаки ГКА:

Триада клинических симптомов ГКА (1959, R.Russel):

1. **Нарушение зрения** (поражение глазничных артерий)
2. **Головные боли**
3. **Системные проявления** (лихорадка, слабость, потливость, боли в руках, чувство онемения в конечностях, снижение массы тела)



Диагностические критерии гигантоклеточного артериита:

Hunder, 1990:

1. Дебют заболевания после 50 лет
2. Появление «новых» головных болей
3. Поражение височной артерии – болезненность при пальпации или ослабление пульсации височных артерий, не связанное с атеросклерозом шеи
4. Увеличение СОЭ (>50 мм/ч)
5. Изменения при биопсии височной артерии – васкулит с клеточной инфильтрацией, развитием гранулематозного воспаления с наличием гигантских многоядерных клеток



Диагностические критерии головной боли при ГКА (МКГБ-2, 2004)

A. Любая **впервые возникшая** персистирующая головная боль, отвечающая критериям C и D

B. По меньшей мере одна из следующих характеристик:

1. припухание и болезненность **височной артерии**, сочетающиеся с повышением **СОЭ и СРБ**

2. признаки гигантоклеточного артериита при биопсии височной артерии

C. Головная боль развивается в тесной временной связи с **другими симптомами и признаками** гигантоклеточного артериита

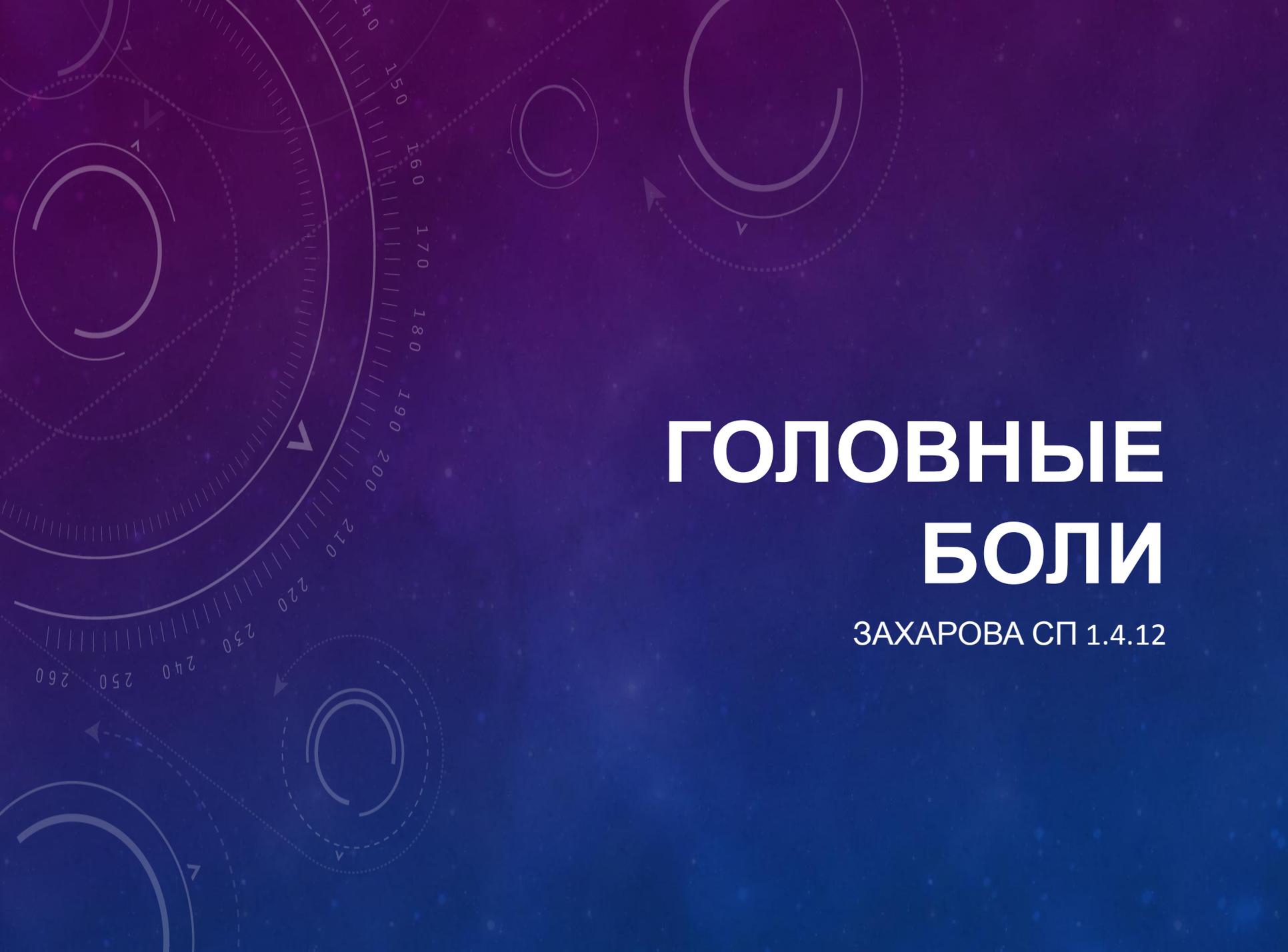
D. Головная боль проходит или существенно облегчается в течение 3 дней после начала лечения высокими дозами кортикостероидов



Лечение ГКА

- Преднизолон (20 мг/день – при отсутствии нарушений зрения и поражения крупных сосудов; 60-80 мг – при угрозе слепоты, инсультов и других осложнений)
- Ацетилсалициловая кислота – для профилактики ишемических осложнений
- Цитостатики (метотрексат) – если не достигается полная ремиссия.



The background is a dark blue gradient with a starry texture. On the left side, there are several circular elements: a large scale with numbers from 140 to 260, and several smaller circles with arrows indicating rotation. The main title is in large, bold, white Cyrillic letters.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

ЗАХАРОВА СП 1.4.12

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ПРИ МЕНИНГИТЕ

**Гнойный
менингит**

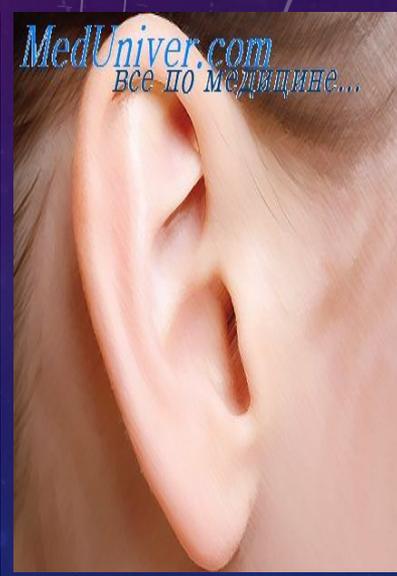
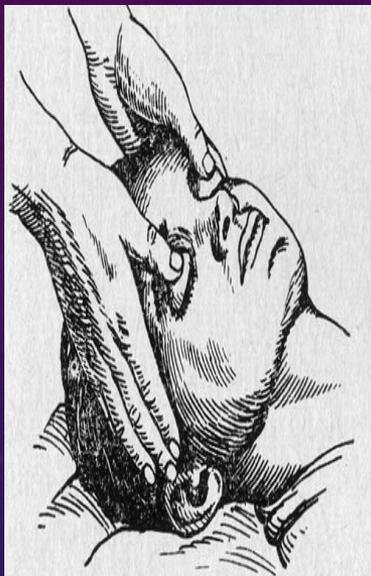
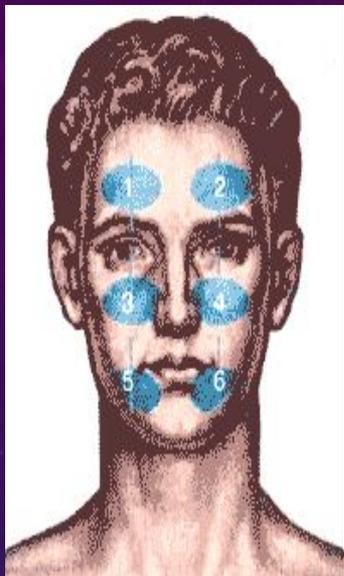
Очень сильная
головная боль
Резкий,
распирающий,
диффузный
характер

**Серозный
менингит**

**Умеренно
выраженная**
головная боль
Резкий
распирающий,
диффузный



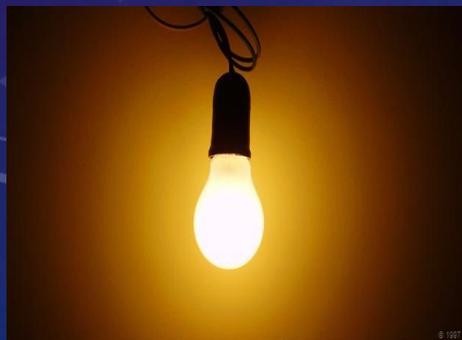
ДИАГНОСТИКА



Рефлекс
с
Пулато

Симпто
м
Флатау

Симпто
м
Мендел
я



Гнойный менингит	Распирающие головные боли	Быстро нарастающие, резкое выраженные менингеальные симптомы , t=39-40°C, озноб , гиперемия кожи
Серозные вирусные менингиты	Менее выраженные головные боли	Озноб, тошнота, рвота, начало острое, умеренно выраженные менингеальные симптомы, лихорадка (3-7 суток)
Туберкулезный менингит	Несильная диффузная головная боль	Утомляемость, потливость, тошнота. Начало постепенное, вначале незначительные постепенно нарастающие менингеальные знаки, субфебрильная температура
Субарахноидальное кровоизлияние	Интенсивные головные боли	Тошнота, рвота, иногда двоение, начало инсультообразное "кинжальный удар в голову", резко

ДИАГНОСТИКА

Что может/должен сделать терапевт?

Анализ жалоб пациента:

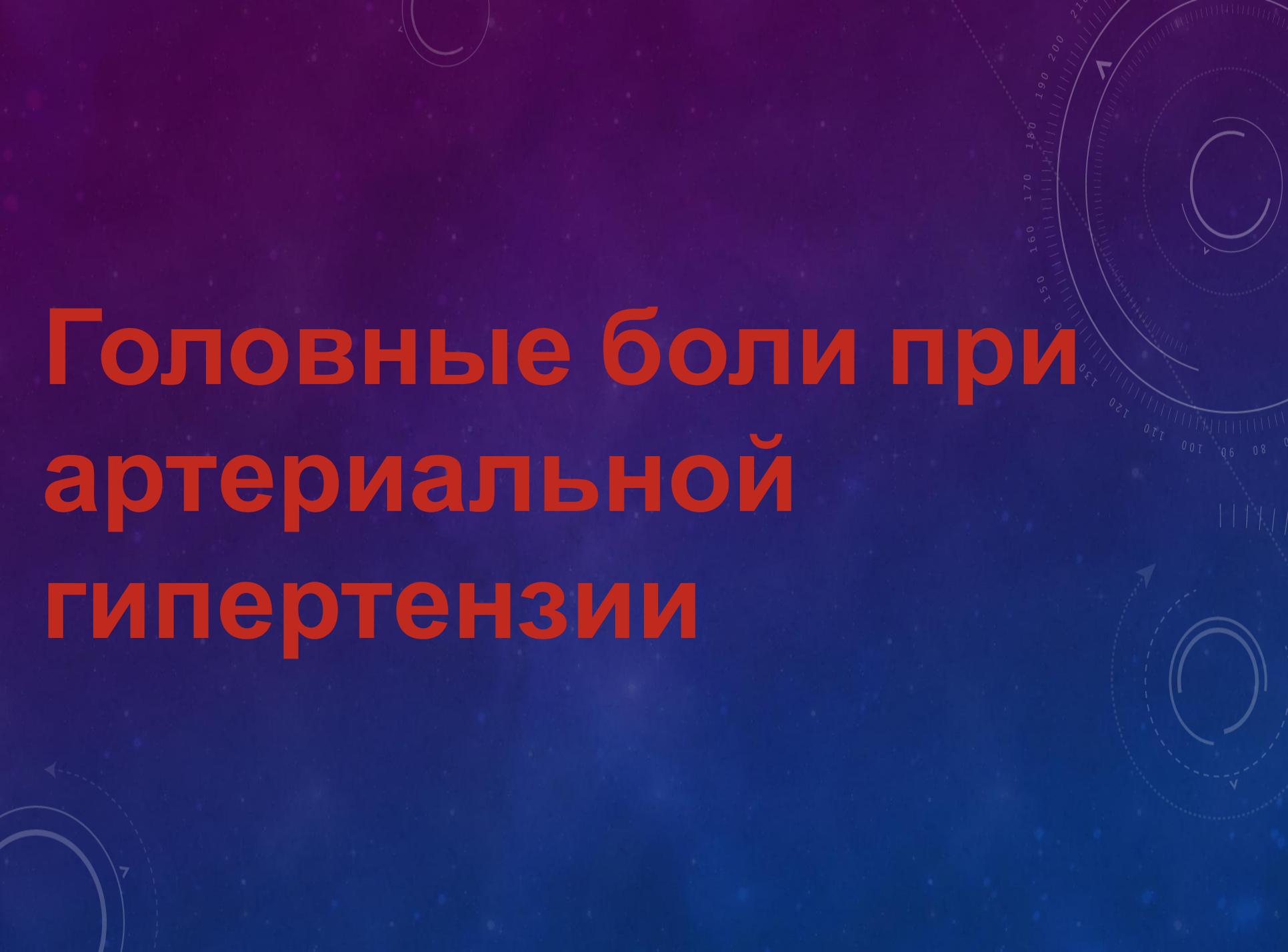
- Как давно появились симптомы менингита;
- Не отмечалось ли в недавнем прошлом укусы
- Не было ли пребывания пациента в странах , в которых имеются комары - разносчики менингококковой инфекции

Менингеальные симптомы:

- 1) ригидность мышц затылка (пассивные движения головы, наклон вперед);
- 2) симптом Кернига (пассивно сгибается нога в тазобедренном и коленном суставах, пациент обратно не может разогнуть ногу из-за повышения тонуса мышц);

- ✓ посев крови;
- ✓ консультация невролога (люмбальная пункция);
- ✓ госпитализация в инфекционное отделение;
- ✓ КТ или МРТ

Головные боли при артериальной гипертензии



**ЛИКВО
РНАЯ**

**Артери
альная
гипертен
зия**

**Ишемиче
ская**

**Типич
ная**

**Мышеч
ная**



Головная боль при артериальной гипертензии

Типичная	Ликворная	Ишемическая	Мышечная
Нарушение венозного оттока и венозной внутричерепной гипертензии	Нарушение венозного оттока и недостаточным компенсаторным сопротивлением мозговых артерий притоку	Чрезмерное повышение тонуса мозговых артерий на повышение АД, ишемия мозга, периваскулярный отек	Напряжение мышц мягких покровов головы

"ТИПИЧНЫЕ" ГОЛОВНЫЕ БОЛИ



- возникает ночью или рано утром, после пробуждения (больной просыпается с головной болью);
- не очень интенсивная боль;
- ощущается чувством расписания в затылке, в области лба или по всей голове ("тупая головная боль");
- усиливается при кашле,



"ЛИКВОРНАЯ" ГОЛОВНАЯ БОЛЬ



Поздние стадии
ГБ,
гипертонический
криз,

- диффузная распирающая головную боль «голова как будто налита свинцом»;
- малейшее напряжение усиливает боль (натуживании, кашель, изменение положения головы);
- иногда боль

ИШЕМИЧЕСКАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ



- ощущение «сдавления»;
- тупая головная боль;
- тошнота;
- несистемное головокружение;
- мелькание мушек перед

Быстрое и резкое \uparrow АД, гипертонический криз



"МЫШЕЧНАЯ" ГОЛОВНАЯ БОЛЬ



- медленное начало и медленный регресс;
- ощущение «сдавления» или «стягивания повязкой»;
- неприятно расчесывать волосы, носить головной убор;
- раздражительность,



ДИАГНОСТИКА

- 1) ОАК;
- 2) БХ;
- 3) ОАМ;
- 4) суточное Мониторирование АД;
- 5) ЭКГ;
- 6) ЭХОкГ;
- 7) офтальмоскопия глазного дна ;

ЛЕЧЕНИЕ

При менингите и при артериальной гипертензии нужно лечить основное заболевание ;

Еще немного статистики...

Головная боль напряжения 85%

Мигрень 10%

Кластерные головные боли

Цервикогенная головная боль

Головная боль при АГ

Менингит

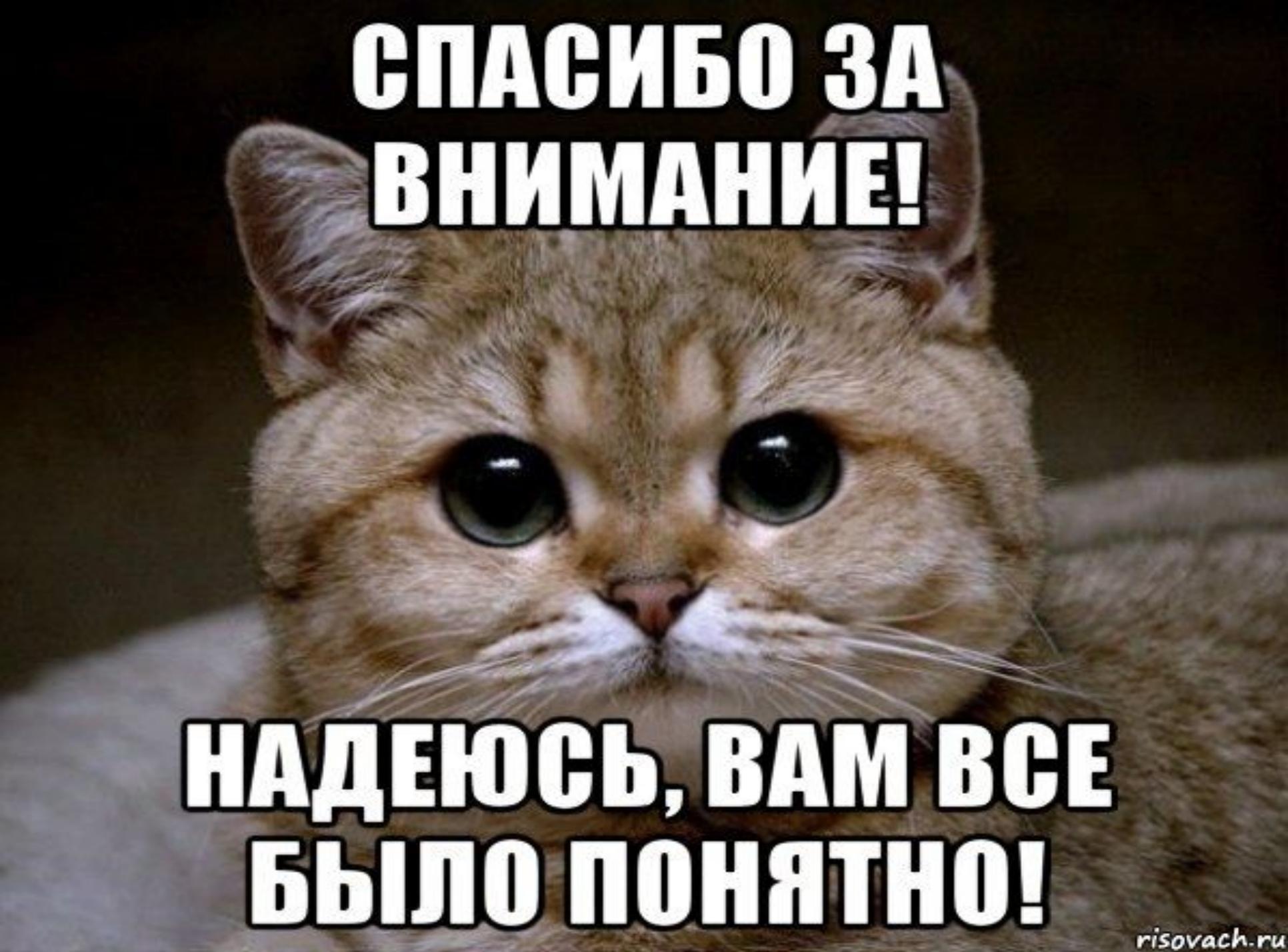
Психические расстройства



5 %

ВНИМАНИЕ!

- Резкая боль ощущается впервые;
- Приступ головной боли сопровождается очаговой симптоматикой;
- Появление ауры и спутанного сознания;
- Сильная тошнота;
- Жалобы на постоянную боль одной локализации в голове – один из симптомов развивающейся опухоли.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

**НАДЕЮСЬ, ВАМ ВСЕ
БЫЛО ПОНЯТНО!**