

Современные стандарты диагностики и лечения головной боли

Амелин А.В.



Международные стандарты диагностики ГБ



Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной болью = Международная классификация головных болей, 2-ое издание (МКГБ-2, 2004, IHS)

Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике



www.headache-society.ru



МКГБ-2. Содержание

Часть I: Первичные ГБ (Главы 1-4)

(цефалгии, не связанные с заболеваниями мозга и других структур головы и шеи)

1.1 Мигрень (11-22%)

1.2. Головная боль напряжения (40-65%)

1.3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные цефалгии

1.4. Другие первичные головные боли

Часть II: Вторичные ГБ (Главы 5-12)

(цефалгии, связанные с другими заболеваниями)

Часть III: Краниальные невралгии, центральные и лицевые боли (Главы 13-14)

3.1. Пучковая (кластерная) головная боль (ПГБ).

3.2. Пароксизмальная гемикрания

3.3. Кратковременная односторонняя невралгическая ГБ с инъекированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС) (*Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT)*)

3.4. Возможные тригеминальные вегетативные цефалгии

Часть 2. Вторичные ГБ

ГБ, связанные с:

5. травмой головы и/или шеи
6. поражением сосудов головного мозга и шеи
7. несосудистыми внутричерепными поражениями
8. различными веществами или их отменой
9. инфекциями
10. нарушениями гомеостаза
11. головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и шеи
12. психическими заболеваниями

Диагностические критерии вторичной ГБ

1. ГБ непосредственно связана с началом или обострением основного заболевания



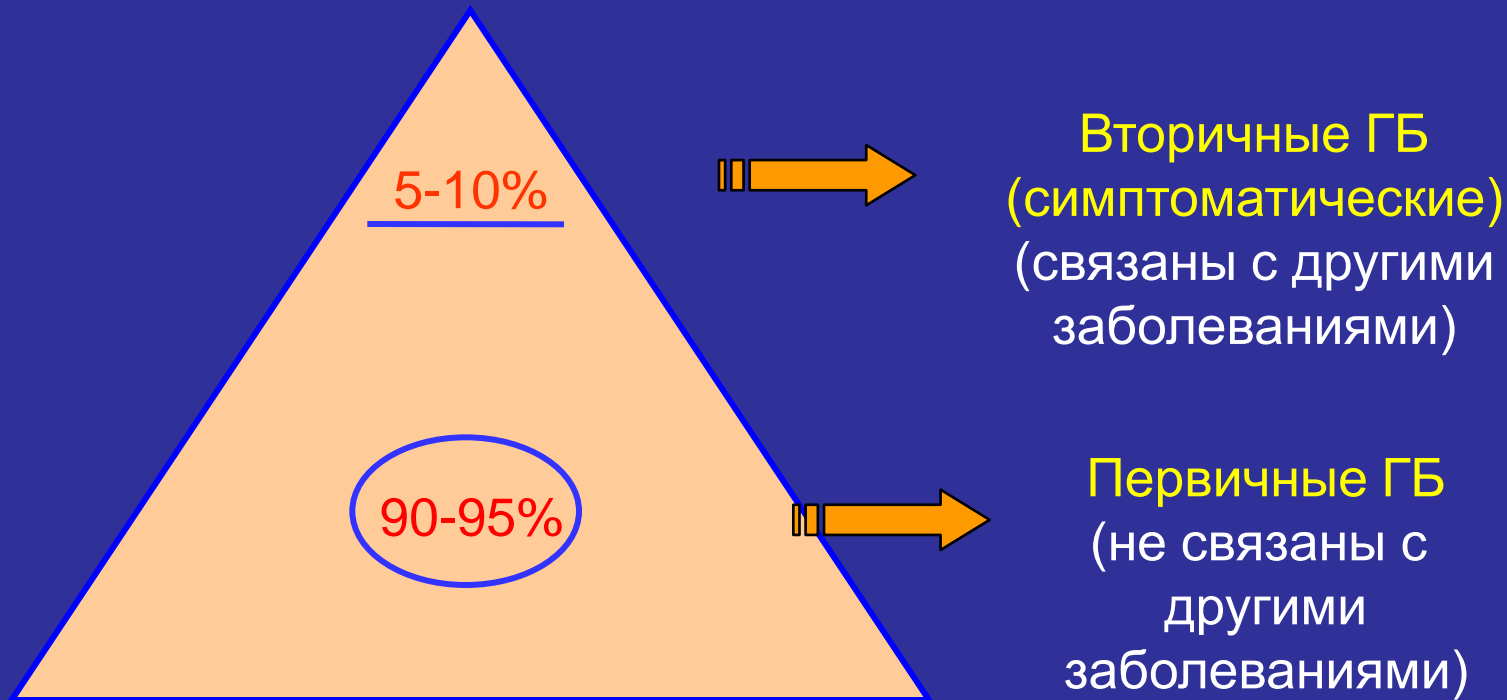
Наличие клинических симптомов основного заболевания	Данные лабораторных и инструментальных обследований подтверждают наличие основного заболевания
---	--

2. ГБ исчезает во время ремиссии или при успешном лечении основного заболевания!



*При невыполнении этого критерия
диагноз вторичной ГБ должен быть отвергнут!*

Соотношение первичных и вторичных ГБ



NB! Только в 2-4% ГБ является симптомом тяжелого угрожающего жизни заболевания

Rasmussen BK, Jensen R, et al. 1991,
Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, Liberman J, Steiner TJ, Stewart WF. 2002,
European principles of management of common headache disorders in primary care 2007

Распространенность ГБ в России: клинико-эпидемиологический анализ ГБ взрослого населения г. Ростов-на-Дону, n=2753

Распространенность ГБ – 56.3%

Хронические ГБ: 17% (!)

Первичные ГБ: 91.4%

- ГБН – 66%
- Мигрень – 14%

Вторичные ГБ: 8.6%

- Абузусная ГБ - 6%



Куцемелов И.Б., Табеева Г.Р. 2005
Амелин А.В., Тарасова С.В. 2006

1-ое правило диагностики ГБ

Диагностика первичных ГБ (мигрень, ГБН, кластерная ГБ) является исключительно клинической, т.е. базируется на жалобах, данных анамнеза и объективного осмотра и не требует дополнительных исследований.

European principles of management of common headache disorders in primary care, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1),
7 национальных руководств по диагностике ГБ, руководство EFNS, РОИГБ

2-ое правило диагностики ГБ

При подозрении на вторичный (симптоматический) характер ГБ следует провести тщательное обследование пациента

European principles of management of common headache disorders in primary care, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1), РОИГБ

Показания для проведения дополнительных исследований при ГБ (РОИГБ, 2009)



- Сомнения в вероятном клиническом диагнозе первичной формы ГБ (мигрень, ГБН, кластерная ГБ)
 - Т.е несоответствие критериям диагностики, нетипичные жалобы или течение ГБ)
- Наличие сигналов опасности
- Признаки симптоматического характера цефалгии
 - Т.е выполняются диагностические критерии вторичной ГБ
- Требование пациента или его родственников

«Сигналы опасности» при ГБ

- ↪ Прогрессивно нарастающая ГБ
- ↪ Начало ГБ после 50 лет
- ↪ Внезапное возникновение новой, необычной для пациента ГБ
- ↪ Продолжительная атипичная аура (> 1 часа)
- ↪ Изменение силы ГБ при перемене положения головы или при нагрузках, связанных с повышением внутричерепного давления (физическое напряжение, кашель, сексуальная активность)
- ↪ Впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим анамнезом, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитным состоянием
- ↪ Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти)
- ↪ Присутствие фокальных неврологических знаков или симптомов системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии)

Признаки симптоматического характера цефалгии

- ГБ непосредственно связана с началом или обострением основного заболевания;
- наличие клинических симптомов основного заболевания;
- данные лабораторных и инструментальных обследований подтверждают наличие основного заболевания;
- ГБ исчезает во время ремиссии или при успешном лечении основного заболевания.

Стандарт медицинской помощи больным с мигренью (приказ МЗ СР России от 14 июля 2010 г. (Приложение 1))

Перечень обязательных работ и услуг для диагностики мигрени

Лабораторные методы исследования

- Анализ крови биохимический
- Анализ крови общий
- Анализ мочи общий

Инструментальные методы исследования

- Электроэнцефалография
- Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях

В России действуют несовершенные стандарты диагностики и лечения ГБ



Диагностика ГБ в России: все ли мы правильно делаем?

Исследование подходов к диагностике и лечению хронических ГБ в Санкт-Петербурге и Самаре(2005-2006)

N= 597 пациентов с ХГБ

Методы:

- анонимный опрос неврологов стационаров и поликлиник
- анализ медицинской документации:
 - установленные диагнозы
 - назначаемые методы исследования и трактовка результатов

Амелин А.В., 2006

Результаты

Большинству пациентов с ХГБ назначались дополнительные исследования

Наиболее частые ДИАГНОЗЫ ХГБ:

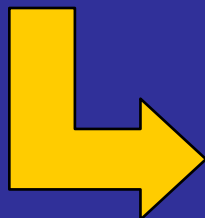
- Гипертензионно-гидроцефальный синдром
(особенно у детей с ГБ!)
- Дисциркуляторная / атеросклеротическая /
гипертоническая энцефалопатия
- Последствия ЧМТ / Посттравматический арахноидит
- Остеохондроз шейного отдела позвоночника
- Вертебро-базиллярная недостаточность
- Вегетативно-сосудистая дистония

Амелин А.В., Тарасова С.В., 2006, Молдовану И.В., Одобеску С. 2006,
Ю.Э.Азимова 2009

Возможные находки при дополнительных исследованиях у пациентов с первичными ГБ

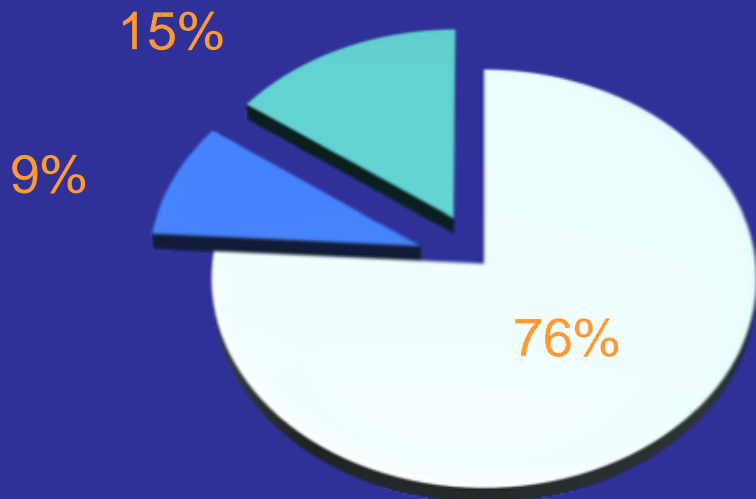
Неспецифические изменения

- ЭЭГ: дисфункция срединных структур мозга, снижение порога судорожной готовности
- УЗДГ, РЭГ: снижение ЛСК в бассейнах некоторых артерий, затруднение венозного оттока
- МРТ, КТ: расширение субарахноидальных пространств, кисты
- Р-графия ШОП: дегенеративные изменения
- Окулист: ангиопатия сетчатки



Ошибочный
«органический»
диагноз

Препараты, используемые для профилактического лечения мигрени в России



Комбинации ноотропов и вазоактивных препаратов

Антиконвульсанты

Амитриптилин

- 56.3% имели опыт профилактического лечения, из них 70% оценивали его как неэффективное
- Большинству пациентов назначалось неспецифическое и малоэффективное лечение

Амелин А.В., Тарасова С.В. 2006

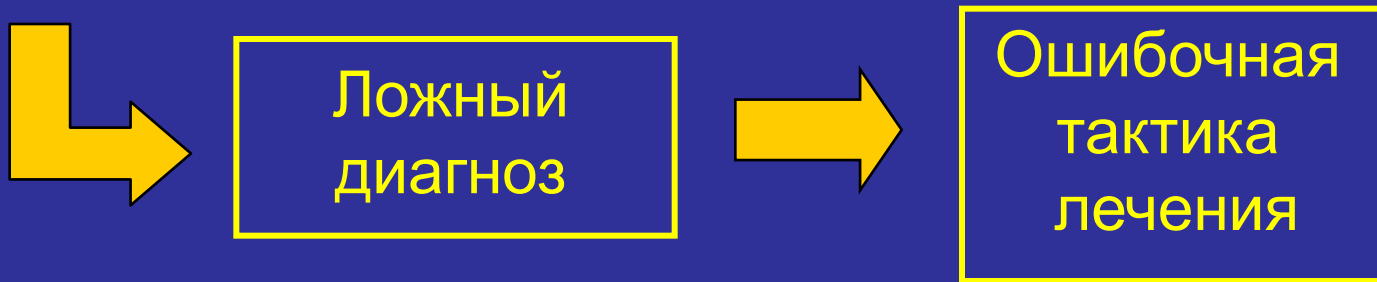
Азимова Ю.Э., 2006

NB! Вазоактивные и ноотропные средства не входят в международные стандарты лечения мигрени и ГБН, т.к. не обладают специфическим действием при первичных ГБ

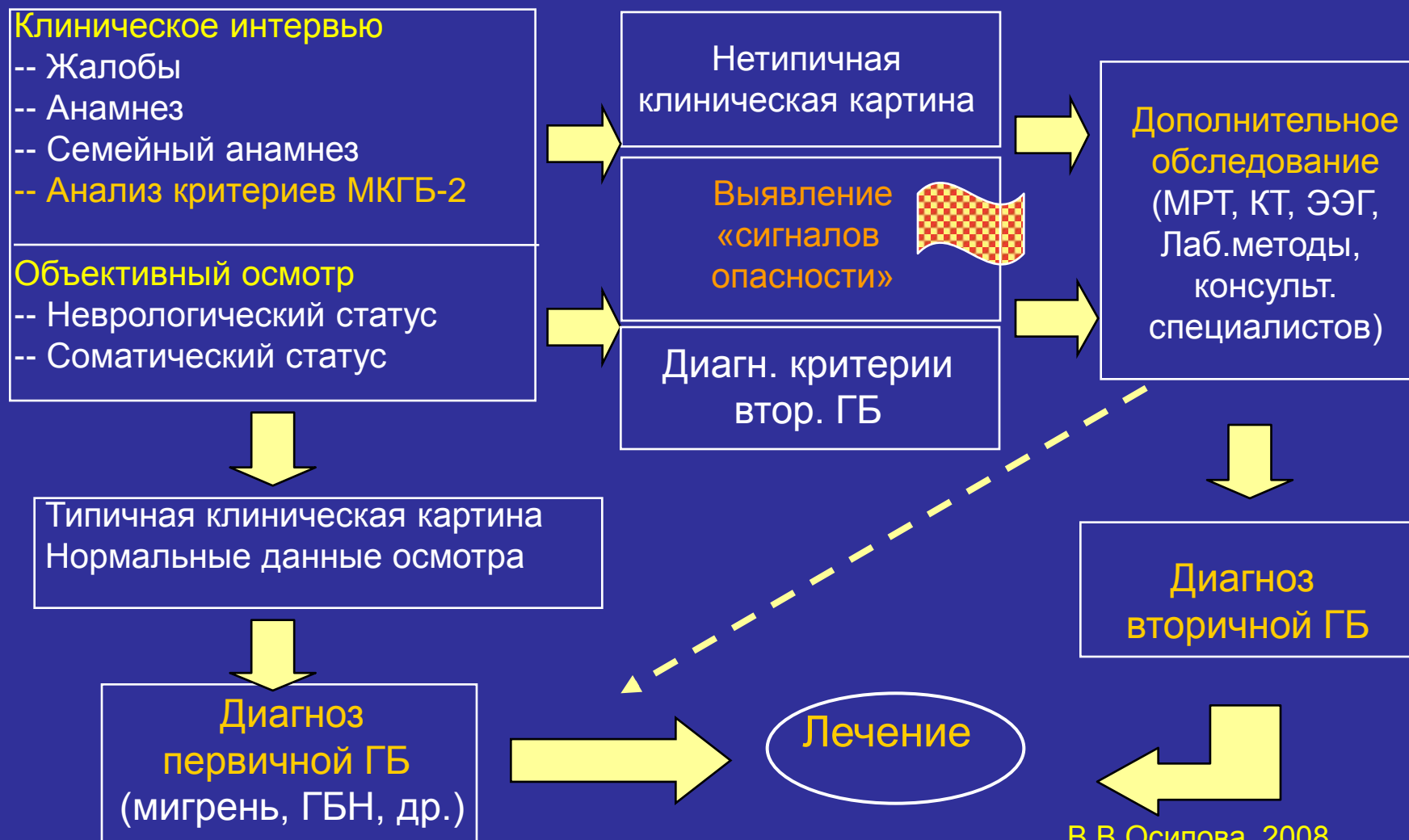
А что на самом деле?

Результаты обследования специалистом по ГБ (цефалгологом):

- У 86 % больных диагностированы первичные формы ГБ:
 - хроническая мигрень (51 %)
 - хроническая ГБН (22 %)
 - смешанные ГБ (13 %)
- Вторичные ГБ диагностированы у 14% пациентов, из них 8% имели МИГБ=абузусную ГБ



Головная боль: диагностический алгоритм



Диагностика ГБ: выводы

- Подавляющее большинство пациентов, обращающихся с жалобой на ГБ к терапевтам и неврологам имеют **первичные ГБ**
- Наиболее распространенные формы:
 - Мигрень
 - Головная боль напряжения
 - Медикаментозно-индуцированная ГБ (абузусная)
- Диагностика первичных ГБ является исключительно клинической; дополнительные исследования не показаны и не информативны
- Дополнительные исследования проводятся только при наличии показаний

Лечение приступа мигрени

Триптаны, рекомендованные EFNS

Препарат	Доза, мг	Уровень рекомендаций	Комментарии
Суматриптан	Таблетки 25;50;100; мг Суппозитории 25 мг Назальный спрей 10; 20 мг Подкожные инъекции 6 мг	A	Доза 100 мг – является дозой сравнения для других триптанов
Золмитриптан	Таблетки 2,5; 5 мг Назальный спрей 2,5; 5 мг	A	
Наратриптан	Таблетки 2,5 мг	A	
Элетриптан	Таблетки 40; 80 мг	A	Доза 80 мг эффективнее других триптанов, но её следует принимать при неэффективности 40 мг
Алмотриптан	Таблетки 12,5 мг	A	Меньше побочных эффектов, чем у суматриптана
Фроватриптан	Таблетки 2,5	A	Менее эффективен, чем суматриптан, но действует дольше
Ризатриптан	Таблетки 10 мг	A	

Лечение приступа мигрени.

Анальгетики, рекомендованные EFNS

Препарат	Доза, мг, путь введения	Уровень рекомендаций	Комментарии
Ацетилсалициловая кислота (АСК)	1000 (внутрирь)	A	Гастроинтестинальные осложнения
АСК	1000 (внутривенно)	A	Риск кровотечения
Ибупрофен	200-800 (внутрирь)	A	Гастроинтестинальные осложнения
Напроксен	500-1000 (внутрирь)	A	Гастроинтестинальные осложнения
Диклофенак	50-100 (внутрирь, внутриримышечно)	A	Гастроинтестинальные осложнения. Включая калиевую соль
Парацетамол	1000 (внутрирь) 1000 (суппозитории)	A	Осторожно при заболеваниях печени и почек
АСК+парацетамол +кофеин	250+250+50 (внутрирь)	A	Побочные эффекты компонентов
Метамизол	1000 (внутрирь, внутривенно)	B	Риск агранулоцитоза, Риск гипотензии (B/B), запрещен в ряде стран
Толфенамовая кислота	200 (внутрирь)	B	Гастроинтестинальные осложнения
Феназон	1000 (внутрирь)	B	Осторожно при заболеваниях печени и почек

Классы лекарственных средств, применяемые для профилактического лечения хронической мигрени (IHS, EFNS 2010)

- Бета - блокаторы
- Антагонисты кальция
- Антиконвульсанты
- Антидепрессаны

Спасибо!

