

Головные боли в общеврачебной практике

Г.Р. Табеева[✉]

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация

В первичном звене медико-санитарной помощи наблюдается основная часть пациентов с первичными головными болями – ГБ (цефалгиями). Оптимальный диагностический алгоритм подразумевает исключение потенциально опасных причин ГБ и вторичных цефалгий, требующих специфического лечения. Верификация формы первичной ГБ осуществляется клинически, не требует дополнительных методов диагностики и основывается на использовании критериев Международной классификации ГБ. Среди всех цефалгий в общей клинической практике подавляющее большинство случаев представлено четырьмя формами: мигрень, ГБ напряжения, кластерная ГБ и лекарственно-индуцированная ГБ. Комплексное применение современных методов фармакологического и нефармакологического лечения с использованием профилактических стратегий обеспечивает высокую эффективность ведения пациентов с ГБ.

Ключевые слова: первичные головные боли, вторичные головные боли, мигрень, головная боль напряжения, кластерная головная боль, лекарственно-индуцированная головная боль

Для цитирования: Табеева Г.Р. Головные боли в общеврачебной практике. Терапевтический архив. 2022;94(1):114–121. DOI: 10.26442/00403660.2022.01.201325

REVIEW

Headaches in general medical practice

Gyuzyal R. Tabeeva[✉]

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract

The bulk of patients with primary headaches – HA (cephalalgias) are observed in primary care. The optimal diagnostic algorithm implies the exclusion of potentially dangerous causes of HA and secondary cephalalgias requiring specific treatment. Verification of the form of primary HA is carried out clinically, does not require additional diagnostic methods and is based on the use of the criteria of the International Classification of Headache Disorders. Among all cephalalgias in general clinical practice, the vast majority of cases are represented by four forms: migraine, tension type headache, cluster headache, and medication overuse headache. The complex application of modern methods of pharmacological and non-pharmacological treatment with the use of preventive strategies ensures high efficiency in the management of patients with HA.

Keywords: primary headaches, secondary headaches, migraine, tension type headache, cluster headache, medication overuse headache

For citation: Tabeeva GR. Headaches in general medical practice. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2022;94(1):114–121. DOI: 10.26442/00403660.2022.01.201325

Введение

Головные боли – ГБ (цефалгии) – частая жалоба в клинической практике. Несмотря на то, что подавляющее большинство случаев составляют первичные ГБ (ПГБ), которые в целом являются доброкачественными заболеваниями с благоприятным прогнозом, они значительно влияют на трудоспособность, социальную активность пациентов и качество их жизни в целом.

По совокупным данным эпидемиологических исследований, около 50–75% взрослого населения в возрасте 18–65 лет испытывают повторяющиеся ГБ [1], что составляет более 3 млрд человек в год во всем мире, из них 1,89 млрд случаев приходится на ГБ напряжения (ГБН) и 1,04 млрд – на мигрень [2]. Примерно у 40% этих людей ГБ становятся рецидивирующими, и это состояние превращается из обычного симптома в хроническое расстройство. Около 1,7–4% взрослого населения мира страдают от хронических ГБ (ХГБ), продолжающихся 15 и более дней в месяц [1]. Учитывая, что численность взрослого населения мира (>14 лет) составляла 5,82 млрд в 2020 г., а распространенность ХГБ – 2% в популяции, можно констатировать, что 116,4 млн взрослых людей в мире в

2020 г. ежемесячно страдали от ГБ продолжительностью ≥15 дней в месяц [3].

Бремя этих заболеваний определяется не только их высокой распространенностью в популяции, но также значительным влиянием на все аспекты повседневного функционирования. По данным Отчета о глобальном бремени болезней (Global Burden of Disease – GBD) 2016 г. [4], среди 328 заболеваний и травм ГБН расценивается как 3-е (а мигрень – 6-е) по распространенности расстройство, при этом показатель количества лет, прожитых с дезадаптацией (Years of healthy life lost due to disability – YLD), для мигрени существенно выше (45,1 млн YLD) по сравнению с таковым при ГБН (7,2 млн YLD) [4]. В совокупности на эти 2 расстройства приходится 6,5% всех YLD [4]. Среди них мигрень занимает лидирующее положение по этому показателю у женщин работоспособного возраста (15–49 лет) [2, 5].

Одной из главных причин тяжелого бремени ГБ является низкий уровень обращаемости среди пациентов. В общемедицинской практике количество консультаций по поводу ГБ составляет 4,44 на 100 пациентов в год (6,4 – среди женщин и 2,5 – среди мужчин). При этом ГБ входит в десятку самых частых причин визитов к врачу [6].

Информация об авторе / Information about the author

[✉]Табеева Гюзьяль Рафкатовна – д-р мед. наук, проф. каф. нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). Тел.: +7(916)990-31-01; e-mail: grtabeeva@gmail.com; ORCID: 0000-0002-3833-532X

[✉]Gyuzyal R. Tabeeva. E-mail: grtabeeva@gmail.com; ORCID: 0000-0002-3833-532X

В исследовании, проведенном в Российской Федерации среди 2110 лиц различных социальных групп, уровень обращаемости к врачу по поводу ГБ составил 23% [7]. Несмотря на то, что среди всех форм цефалгий мигрень является наиболее частой причиной визитов к врачам, и среди этих пациентов обращаемость к специалистам является невысокой. Более 50% больных, испытывающих приступы мигрени, никогда не обращаются к врачам, а диагноз «мигрень» имеют только 20% пациентов [8]. По данным French Nationwide Population-Based Survey (FRAMIG 3) [9], среди 15 тыс. участников около 60% пациентов с мигренью не знали о существовании у них этого заболевания, 79,7% больных с установленным диагнозом не находились под постоянным наблюдением, а среди тех, кто наблюдался врачами, 83,4% лечились у врачей общей практики (ВОП). По данным большого российского онлайн-опроса 1598 респондентов с ГБ, 37% лиц никогда не обращались к врачам, а 41,6% пациентов с мигренью не имели данного диагноза [10].

ГБ – одна из самых частых жалоб среди пациентов в общемедицинской практике [11]. На ГБ приходится 3–4,4% всех консультаций в системе первичной медико-санитарной помощи [6], около 20% всех пациентов с ГБ наблюдаются в неврологической практике [12], и ГБ является 5-й по частоте причиной и составляет 1,2–4% всех обращений в неотложную помощь [13]. ГБ занимает 14-е место среди самых частых причин обращений к ВОП [14], на долю которых приходится около 1,5% всех посещений практикующих врачей первичного звена [15].

Уровень диагностики ПГБ в первичном звене

Все формы ГБ подразделяются на ПГБ и вторичные (симптоматические) ГБ – ВГБ [16]. При этом ПГБ существенно доминируют и составляют около 96% всех цефалгий [16], среди которых более 90% случаев приходится на ГБН и мигрень [2]. Несмотря на разработанность принципов диагностики и лечения пациентов с ГБ в первичном звене медицинской помощи [17–19], на сегодняшний день ведение этих пациентов остается на неудовлетворительном уровне. В 70% случаев взрослые пациенты с впервые возникшей ГБ, обращающиеся к своему терапевту, не получают корректного диагноза [20], что связано прежде всего с гипердиагностикой симптоматических ГБ. Часто тяжесть цефалгического синдрома заставляет подозревать серьезное заболевание, такое как опухоль головного мозга (ГМ). Между тем известно, что вероятность такой причины ГБ, особенно у пациентов с длительным анамнезом ГБ, крайне низка и составляет 1 случай на 1 тыс. населения [21]. Риск развития височного артериита в этих случаях является самым высоким: 0,66% при впервые возникшей ГБ и 0,18% в группе пациентов с первичными цефалгиями [22].

Даже в случаях многократных обращений уровень диагностики ПГБ остается крайне низким: в целом диагноз мигрени и ГБН выставляется в лучшем случае 40% пациентов, а лекарственно-индуцированной ГБ (ЛИГБ) – только 10% пациентов [23]. Даже у пациентов с мигренью и высоким уровнем дезадаптации адекватная диагностика ГБ осуществляется только у 1/2 пациентов [24], а у пациентов с кластерной ГБ (КГБ) – менее чем в 10% случаев [25].

Недодиагностика ПГБ закономерно приводит к недостаточному использованию современных эффективных стратегий их лечения, часто сопровождается хронификацией заболевания и значительным снижением качества жизни пациентов. Так, анализ амбулаторной общемедицинской практики показал, что из 91 121 обращения к ВОП диагноз ПГБ поставлен 23,9% пациентов (КГБ – 4,0%, ГБН – 23,0%

и мигрени – 73,0%) [20]. ВГБ выявлены у 6,0% пациентов, а 70,1% не получили диагноз. В другом исследовании 3 тыс. пациентов с первичным диагнозом «ГБ при патологии параназальных синусов» последующие наблюдение и консультирование у специалистов привели к тому, что в 80% случаев выявлена мигрень [26]. Схожие результаты получены в исследовании амбулаторной общей врачебной практики различных учреждений 15 стран, которое показало, что при экспертном анализе первичных диагнозов среди пациентов с жалобами на рецидивирующие ГБ мигрень верифицируется в 94%, первичные немигренозные ГБ – в 12%, а ВГБ – в 4% случаев [27]. Мигрень – самый частый диагноз в амбулаторной практике и выявляется более чем у 1/2 пациентов с неуточненным при первичном осмотре диагнозом.

Основная проблема состоит в многообразии клинических форм и проявлений цефалгий, а верификация конкретной формы ГБ требует навыков их диагностики, знания, прежде всего, сигналов опасности («красных флагов»), показаний для проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) и других методов исследования. Подозрение на симптоматический характер ГБ вынуждает врача назначать большое количество дополнительных методов исследования и использовать «шаблонные» диагнозы и, соответственно, ведет к назначению «неспецифических» методов лечения [28]. Так, детальный анализ 50 пациентов 45–75 лет с диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии позволил обнаружить сосудистые когнитивные нарушения и признаки сосудистого поражения мозга только в 18% случаев, а у 72% пациентов выявлены иные диагнозы, при этом ПГБ верифицированы на основании классификационных критериев Международной классификации ГБ 3-го пересмотра у 24% пациентов [29, 30]. С другой стороны, анализ 45 пациентов с хронической ежедневной ГБ показал, что у 82,2% диагноз установлен впервые, несмотря на длительный анамнез заболевания, причем в 60% случаев пациенты имели диагноз дисциркуляторной энцефалопатии [31].

Часто в клинической практике в качестве причины ГБ обсуждается артериальная гипертензия (АГ). Так, опрос 276 терапевтов выявил, что 91% из них рассматривают ГБ как основное проявление АГ, 57,45% считают, что ГБ наряду с головнокружением, шумом в голове и нарушениями памяти повышают риск инсульта, а 62,85% оценивают эти симптомы как повод для направления на ультразвуковое исследование [32]. Хорошо известно, что пациенты с легкой (140–159/90–99 мм рт. ст.) и умеренной (160–179/100–109 мм рт. ст.) АГ жалоб на ГБ не предъявляют, эта связь не подтверждается в большинстве случаев при специальном исследовании, и у этих пациентов чаще выявляется ПГБ [33]. Несмотря на сложный характер взаимоотношений между АГ и мигренью и их частое сочетание, в качестве причины цефалгического синдрома повышение артериального давления (АД) можно рассматривать в очень редких случаях [34, 35].

Принципы диагностики ПГБ в общеврачебной практике

Первым этапом диагностики ГБ является исключение вторичных (симптоматических) цефалгий. Следует иметь в виду, что их доля в общей структуре ГБ не превышает 10% [36]. Тщательного сбора анамнеза и целенаправленного неврологического обследования обычно достаточно для исключения ВГБ. Детали анамнестических сведений важны также для выработки стратегии последующего лечения [37].

Таблица 1. «Красные флаги» (сигналы опасности) у пациента с жалобой на ГБ**Table 1.** "Red flags" (danger signals) in a patient complaining of headache

«Красные флаги»	Возможные причины ГБ
Начало ГБ после 50 лет	Височный артериит
	Объемное образование ГМ
	САК
Внезапное начало ГБ («громоподобная» ГБ)	Кровоизлияние в объемное образование
	Объемное образование (особенно задней черепной ямки)
	Острая гипертензивная энцефалопатия
Прогрессирующее ухудшение и нарастание частоты эпизодов ГБ	ЛИГБ
	Объемное образование ГМ
ГБ сопровождается симптомами системного заболевания (лихорадкой, напряжением мышц шеи, фотофобией, хронической астенией)	Субдуральная гематома
	Менингит/энцефалит
	Объемное образование ГМ
Очаговые неврологические знаки (прогрессирующее нарушение зрения, слабость, неловкость, нарушение равновесия)	Сосудистая мальформация
	Инсульт
Отек диска зрительного нерва (повышение внутричерепного давления)	Энцефалит
	Объемное образование ГМ
	Менингит
ГБ после травмы головы	Внутричерепное кровоизлияние
	Эпидуральная, субдуральная гематома
Локальная болезненность височной артерии	Посттравматическая ГБ
	Височный артериит
Беременность или ранний послеродовой период	Тромбоз венозных синусов
	Диссекция каротидной артерии
	Гипертензия при беременности (преэклампсия)

Примечание. Здесь и далее в табл. 2, 3: САК – субарахноидальное кровоизлияние.

В целом для исключения серьезных заболеваний и потенциально опасных ГБ оптимальным является использование хорошо отработанного алгоритма «красных флагов» (сигналов опасности); **табл. 1** [38], позволяющего эффективно осуществить диагностическую сортировку в подавляющем большинстве случаев.

При наличии по крайней мере одного из перечисленных признаков пациент нуждается в дополнительном обследовании. ГБ может быть связана с рядом серьезных вторич-

Таблица 2. Клинические особенности ГБ, требующие немедленных действий или срочного обследования пациента**Table 2.** Clinical features of headache requiring immediate action or urgent examination of the patient

«Красные флаги», требующие немедленных действий	«Красные флаги», требующие безотлагательного обследования в течение нескольких часов или дней
<ul style="list-style-type: none"> ГБ, сопровождающаяся лихорадкой и ригидностью шейных мышц, предполагает возможность менингита ГБ с внезапным односторонним покраснением глаза, тошнотой и рвотой предполагает острую закрытоугольную глаукому Внезапное появление сильной ГБ с максимальной интенсивностью от секунд до 1 мин требует срочного выполнения КТ для исключения САК Отек диска зрительного нерва при изменении сознания и/или с наличием очаговой неврологической симптоматики предполагает возможное объемное образование ГМ Возникновение у пожилого пациента новой ГБ, когнитивного дефекта после травмы предполагает возможность субдуральной гематомы 	<ul style="list-style-type: none"> Новый тип ГБ у пациента старше 50 лет с клаудикацией (боль в челюсти после жевания или разговора) должна рассматриваться как гигантоклеточный височный артериит, пока не будет доказано обратное Впервые возникший неврологический дефицит должен рассматриваться как повод для исключения внутричерепной опухоли Впервые возникшая постуральная ГБ требует исключения спонтанных утечек ликвора, например после эпидуральной анестезии Новая ГБ у пациента с онкологическим анамнезом или ВИЧ-инфицированного пациента требует исключения инфекционного или метастатического поражения ГМ

ных причин, таких как субдуральная гематома, внутричерепная опухоль, энцефалит, гигантоклеточный артериит или преэклампсия. У пациентов с новым началом ГБ необходимый минимум дополнительных методов исследования должен включать [39]:

- 1) фундоскопию;
- 2) оценку остроты зрения (возможно снижение при острой закрытоугольной глаукоме, herpes zoster ophthalmicus);
- 3) оценку объема движений, крепитации в шейном отделе позвоночника;
- 4) обследование височных артерий (наличие эритемы, припухлости, болезненности при пальпации);
- 5) прицельную оценку неврологического статуса;
- 6) измерение АД, температуры и частоты пульса (повышенное АД редко является причиной ГБ, однако эта информация может быть полезной при последующей оценке, в том числе подборе методов лечения).

Некоторые признаки могут потребовать безотлагательных действий, поэтому целесообразным является подразделение «красных флагов» на 2 категории в зависимости от срочности применяемых мероприятий (**табл. 2**) [39].

Таблица 3. Показания, принципы и выбор методов нейровизуализации у пациентов с ГБ**Table 3. Indications, principles and choice of neuroimaging techniques in patients with headache**

Показания	Принципы	МРТ или КТ
<p><i>Временной паттерн и характеристики ГБ:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • впервые возникший эпизод тяжелой ГБ • подострые ГБ с увеличением частоты и тяжести приступов • прогрессирующие (в том числе впервые возникшие) ежедневные персистирующие ГБ • хронические ежедневные ГБ • строгая латерализация ГБ • ГБ, устойчивые к терапии 	<p>Нейровизуализация не показана пациентам с достоверным диагнозом и неосложненным течением ПГБ, без «красных флагов» и с нормальным неврологическим статусом</p>	<p>В острых случаях при подозрении на САК, очаговую патологию или повышенное внутричерепное давление КТ является методом 1-й линии. В зависимости от результатов КТ и клинической картины может потребоваться дальнейшая визуализация с помощью МРТ или МРА</p>
<p><i>Демографические характеристики:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • дебют ГБ у пациента с онкологическим анамнезом или ВИЧ • начало ГБ после 50 лет • наличие эпилептических припадков 	<p>Нейровизуализация, рентгенография придаточных пазух или шейного отдела позвоночника не рекомендуются для рутинной оценки пациентов с ГБ: данных анамнеза, а также результатов физического и неврологического обследований обычно достаточно для постановки диагноза ПГБ</p>	<p>У пациентов с ПГБ или ВГБ, для диагностики неострых цефалгий, которые, по мнению клиницистов, требуют исследования, МРТ является методом 1-й линии</p>
<p><i>Сопровождающие симптомы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • лихорадка, напряжение мышц шеи, тошнота или рвота • фокальные неврологические симптомы (за исключением симптомов ауры) • отек диска зрительного нерва, когнитивные нарушения или изменения личности 	<p>При нейровизуализации возможно выявление случайных «находок», которые могут вызвать беспокойство пациента, а также затруднения в оценке ГБ и дальнейшем практическом ведении пациента</p>	<p>Диагностика некоторых типов ГБ, таких как ГБ при внутричерепной гипотензии, позиционная или кашлевая ГБ с возможным нарушением оттока спинномозговой жидкости (мальформация Киари или коллоидная киста), при менингите, васкулите или невралгии черепных нервов, требует специальных протоколов МРТ и консультации нейрорадиолога</p>

Примечание. МРА – магнитно-резонансная ангиография.

В качестве наиболее информативного метода диагностики ГБ для большинства пациентов используется нейровизуализация, хотя ее диагностическая ценность не является абсолютной. В целом у пациентов с ПГБ часто обнаруживаются структурные изменения при проведении нейровизуализации (в 26,6% случаях при проведении МРТ и в 17,3% – компьютерной томографии – КТ) [29, 40]. Частота выявления значимых изменений на МРТ при мигрени не превышает 0,4%, а при ГБН – 0,8% [41]. Учитывая, что само исследование является дорогостоящим и даже при наличии «находок» далеко не всегда способствует оптимальной диагностике причины ГБ, в клинической практике рекомендовано его назначение строго по показаниям [39]. Основные показания, принципы и методы выбора нейровизуализации представлены в **табл. 3** [40, 41].

Следующим этапом после исключения ВГБ является идентификация формы цефалгии. Диагностика осуществляется по критериям Международной классификации ГБ 3-го пересмотра [16]. Диагноз устанавливается в соответствии с тем типом ГБ, который имеется у пациента в настоящий момент или в течение последнего года. Если у пациента имеется несколько типов ГБ, все они должны быть верифицированы.

Среди основных типов ПГБ в терапевтической и неврологической практике наиболее часто встречаются 4 формы: мигрень, ГБН, КГБ (пучковая) и ЛИГБ. Их основные характеристики представлены в **табл. 4**.

Важным инструментом, существенно облегчающим ведение пациентов в клинической практике, является дневник ГБ. Он не только помогает врачу в диагностике цефалгий,

но также позволяет оценить эффективность лечения и количество обезболивающих препаратов (т.е. выявить лекарственный абюз).

Принципы ведения пациентов с ПГБ в общемедицинской практике

Несмотря на различия в клинических проявлениях, типе течения и специфических методах лечения при разных формах цефалгий, существуют общие принципы ведения пациентов с ПГБ [17, 18]. При установлении диагноза пациенту необходимо разъяснить природу и механизмы развития конкретной формы ГБ, а также дать информацию по ее эффективному лечению. При этом важно формировать реалистичные ожидания от лечения, фокусируясь на закономерностях течения заболевания в целом. Следует обратить внимание пациента на неинформативность и нецелесообразность дополнительного обследования при отсутствии признаков симптоматических ГБ. Следует дать пациенту рекомендации по стилю жизни, контролю провоцирующих факторов и роли немедикаментозных методов лечения. Особое внимание следует привлечь к значимости применения методов профилактического лечения.

Важную роль в хронификации ПГБ играют стресс, реакции адаптации, тревога и депрессивные эпизоды [42]. Анализ провоцирующих факторов, таких как нерегулярное питание, нарушение режима сна и бодрствования, недостаточное потребление жидкости, чрезмерное употребление алкоголя, кофеина, а также низкая физическая активность, может сыграть ключевую роль в оптимальном контроле заболевания. Некоторые специфические факторы, такие как

Таблица 4. Основные формы ГБ и их диагностические признаки [11]**Table 4. Main forms of headache and their diagnostic features [11]**

	Мигрень	ГБН	КГБ	ЛИГБ
Аура	Да	Нет	Нет	Нет
Длительность приступа	4–72 ч	От 30 мин до 7 дней	15–180 мин	Длительные, на протяжении всего дня
Частота	Вариабельная	Вариабельная	От 1 до 8 приступов в день в период пучка (в среднем 1 раз в год)	≥15 дней в мес
Локализация боли	Односторонняя	Двусторонняя	Односторонняя	Односторонняя/двусторонняя
Характер боли	Пульсирующий	Давящий, стягивающий	Простреливающий, кинжальный	Давящий, стягивающий, пульсирующий
Интенсивность боли	Умеренная, тяжелая	Легкая, умеренная	Тяжелая, непереносимая	Легкая, умеренная, тяжелая
Усиление при физической активности	Да	Нет	Нет	Нет
Облегчение при движении	Нет	Нет	Да	Нет
Тошнота, рвота	Да	Нет	Нет	Нет
Фото-, фонофобия	Да	Нет	Нет	Нет
Покраснение глаза	Нет	Нет	Да	Нет
Ринорея	Нет	Нет	Да	Нет

сенсорные стимулы, менструации, лекарственные препараты (например, оральные контрацептивы, вазодилаторы) или пищевые продукты (например, вино, сыр), могут провоцировать приступы мигрени у предрасположенных пациентов. Анализ этих триггеров и их контроль могут существенно модифицировать течение заболевания. Контроль количества потребляемых анальгетиков необходим пациентам с частыми приступами ГБ из-за высокого риска формирования ЛИГБ [42].

Таким образом, изменение образа жизни, включая регулярную физическую активность, диету при мигрени, соблюдение режима сна, психологические методы терапии, отказ от избыточного приема анальгетиков составляют основу ведения пациентов с хронической ежедневной ГБ [43].

Фармакологическое лечение ПГБ традиционно подразделяют на купирование приступов и профилактическую терапию. Основной целью купирования приступов ГБ является облегчение боли, сопровождающих симптомов и быстрый возврат к полноценному функционированию. Профилактическое лечение направлено на снижение частоты приступов ГБ, в некоторых случаях – воздействие на коморбидные расстройства (тревога, депрессия, повышение АД) и улучшение качества жизни пациентов. Основные методы фармакологического лечения наиболее распространенных форм ПГБ представлены в **табл. 5** [17, 18, 44, 45].

При адекватной диагностике и оптимальном использовании профилактических стратегий применяемые методы фармакологического и нефармакологического лечения

Таблица 5. Основные средства фармакологического и нефармакологического лечения ПГБ**Table 5. Primary pharmacological and non-pharmacological treatment of primary headache**

	Мигрень	ГБН	КГБ	ЛИГБ
Купирование приступов	Простые анальгетики и НПВП: ацетилсалициловая кислота 1000 мг ибупрофен 200–800 мг напроксен 500–1000 мг диклофенак 50–100 мг парацетамол 1000 мг Антиэметики: метоклопрамид 10–20 мг домперидон 20–30 мг Триптаны: суматриптан 50–100 мг элетриптан 40 мг золмитриптан 2,5 мг	Простые анальгетики и НПВП: ацетилсалициловая кислота 500–1000 мг ибупрофен 200–800 мг парацетамол 1000 мг кетопрофен 25 мг напроксен 375–550 мг диклофенак 12,5–100 мг	Ингаляции 100% кислорода 7–15 л/мин в течение 15 мин Суматриптан подкожно 6 мг или назальный спрей 20 мг Золмитриптан таблетки 5, 10 мг	Отмена абюзусного препарата Купирование ГБ «альтернативными» анальгетиками Антиэметики: метоклопрамид 10 мг внутримышечно или по 1 таб. от 1–3 раз в сут домперидон 30 мг ректально или 10 мг перорально Анальгетики и НПВП: парацетамол 1 тыс. мг напроксен 500 мг индометацин 100 мг Триптаны: элетриптан 40 мг суматриптан 100 мг золмитриптан 2,5 мг

Таблица 5. Основные средства фармакологического и нефармакологического лечения ПГБ (Окончание)**Table 5. Primary pharmacological and non-pharmacological treatment of primary headache (End)**

	Мигрень	ГБН	КГБ	ЛИГБ
Профилактическое лечение	β-адреноблокаторы: метопролол 50–200 мг пропранолол 80–240 мг Антиконвульсанты: вальпроевая кислота 500–2000 мг топирамат (50–200 мг) Ботулинический токсин типа А (при хронической мигрени (155–195 ед.) МАт к КГРП или его рецепторам: фреманезумаб 225–675 мг эренумаб 70–140 мг Антидепрессанты: амитриптилин 50–150 мг венлафаксин 75–225 мг Блокаторы рецепторов ангиотензина II: кандесартан 16–32 мг	Антидепрессанты: амитриптилин 30–75 мг венлафаксин 150 мг миртазапин 30 мг кломипрамин 75–150 мг мапротилин 75 мг	Профилактическое лечение в начале кластерного периода: преднизолон 60–100 мг утром верапамил 240–960 мг лития карбонат 600–1500 мг топирамат 100 мг вальпроевая кислота 600–1500 мг мелатонин 10 мг	Детоксикационная терапия: преднизолон 6 дней по схеме: 60 мг – 1, 2-й день, 40 мг – 3, 4-й день, 20 мг – 5, 6-й день Дезинтоксикационный мост (курс 7 дней): утром внутривенно капельно – дексаметазон 4–8 мг на 200 мл физраствора и магния 10% 25 мл; вечером внутривенно капельно – амитриптилин 2,0 мл или Реланиум на 100 мл физраствора Профилактика: β-адреноблокаторы блокаторы кальциевых каналов ТЦА антиконвульсанты ботулинический токсин типа А МАт к КГРП фреманезумаб 225–675 мг эренумаб 70–140 мг
Альтернативные методы	Нейростимуляция супраорбитального нерва Транскраниальная магнитная стимуляция КПТ Релаксационный тренинг Аэробные физические упражнения	Релаксационный тренинг КПТ Аутогенная тренировка БОС ПИР	Нейростимуляция супраорбитального нерва Транскраниальная магнитная стимуляция	КПТ

Примечание. НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты, МАт к КГРП – моноклональные антитела к кальцитонин ген-родственному пептиду, ТЦА – трициклические антидепрессанты, КПТ – когнитивно-поведенческая терапия, БОС – биологическая обратная связь, ПИР – постизометрическая релаксация.

позволяют добиться высокой эффективности у подавляющего большинства больных с ПГБ. Такая помощь может эффективно осуществляться в первичном звене в 90% случаев [11, 18, 23, 46]. Некоторые пациенты нуждаются в направлении к специалисту, чаще неврологу. Направление к неврологу по поводу ПГБ следует рассматривать в случаях диагностических сложностей, отсутствия эффективности по крайней мере двух курсов профилактического лечения, частых обращений за неотложной помощью, высокого уровня дезадаптации пациента, при наличии продолжительной или сложной ауры у пациента с мигренью [18].

Заключение

ГБ – одна из наиболее распространенных жалоб в общемедицинской практике. ГБ может быть симптомом различных заболеваний (около 160 форм), однако подавляющее большинство случаев представлено первичными цефалгиями, имеющими благоприятный прогноз и эффективные методы лечения. Несмотря на это, они оказывают существенное негативное влияние на качество жизни, уровень адаптации, трудоспособность, социальное функционирование пациентов. Более 90% расходов в связи с ПГБ составляют не прямые затраты, в том числе потеря трудоспособности. Ведение пациентов с ПГБ в основном

осуществляется в общемедицинской сети. Учитывая абсолютное доминирование среди этих пациентов лиц с ПГБ, подавляющему большинству из них диагноз ставится клинически и не требует параклинической диагностики. Несмотря на существующие рекомендации, в общемедицинской практике наблюдается тенденция гипердиагностики ВГБ. Часто в качестве причин рецидивирующих ГБ рассматриваются АГ, цереброваскулярные заболевания, что необоснованно приводит к частому назначению дополнительных методов обследования и высокой утилизации медицинской помощи, с одной стороны, и неудовлетворительным результатам лечения – с другой.

В нашей стране отсутствуют университетские специализированные центры по ведению пациентов с ХГБ, создание которых могло бы существенно уменьшить экономические потери, связанные с ГБ. Основная задача ВОП состоит, с одной стороны, в умении выявить серьезные, потенциально опасные заболевания и симптоматические формы ГБ, а с другой – осуществлять адекватную диагностику первичных цефалгий и их лечение с применением современных терапевтических стратегий.

Раскрытие интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The author declares that she has no competing interests.

Вклад автора. Автор декларирует соответствие своего авторства международным критериям ICMJE.

Author's contribution. The author declares the compliance of her authorship according to the international ICMJE criteria.

Источник финансирования. Автор декларирует отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The author declares that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список сокращений

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
ВГБ – вторичные головные боли
ВОП – врач общей практики
ГБ – головная боль
ГБН – головная боль напряжения
ГМ – головной мозг
КГБ – кластерная головная боль

КТ – компьютерная томография
ЛИГБ – лекарственно-индуцированная головная боль
МРТ – магнитно-резонансная томография
ПГБ – первичные головные боли
ХГБ – хроническая головная боль
Years of healthy life lost due to disability (YLD) – показатель количества лет, прожитых с дезадаптацией

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Atlas of headache disorders and resources in the world. A collaborative project of World Health Organization and Lifting The Burden. World Health Organization, 2011.
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22. DOI:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
- Martelletti P, Luciani M, Spuntarelli V, Bentivegna E. Deprescribing in migraine. *Expert Opin Drug Saf*. 2021;20(6):623-5. DOI:10.1080/14740338.2021.1907342
- GBD 2016 Headache Collaborators. Global, Regional, and National Burden of Migraine and Tension-Type Headache, 1990–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018;17(11):954-76. DOI:10.1016/S1474-4422(18)30322-3
- Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, et al. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. *J Headache Pain*. 2020;21(1):137. DOI:10.1186/s10194-020-01208-0
- Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77(3):385-7. DOI:10.1136/jnnp.2005.073221
- Лебедева Е.Р., Кобзева Н.Р., Гилев Д.В., Олесен Е. Анализ качества диагностики и лечения первичной головной боли в разных социальных группах Уральского региона. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;1:19-26 [Lebedeva ER, Kobzeva NR, Gilev DV, Olesen E. Analysis of the quality of diagnosis and treatment of primary headache in different social groups of the Ural Region. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;1:19-26 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2015-1-19-26
- Stovner L, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27:193-210. DOI:10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x
- Lucas C, Geraud G, Valade D, et al. Recognition and therapeutic management of migraine in 2004, in France: results of FRAMIG 3, a French Nationwide Population-Based Survey. *Headache*. 2006;46:715-25. DOI:10.1111/j.1526-4610.2006.00430.x
- Ковальчук Н.А., Кирьянова Е.А., Табеева Г.Р. Приверженность терапии пациентов с мигренью (по данным интернет-опроса). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(4):81-7 [Kovalchuk NA, Kiryanova EA, Tabeeva GR. Medication adherence in migraine patients (data of an online survey). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(4):81-7 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2021-4-81-87
- McNeil M. Headaches in Adults in Primary Care: Evaluation, Diagnosis, and Treatment. *Med Clin North Am*. 2021;105(1):39-53. DOI:10.1016/j.mcna.2020.09.005
- Fejes E, Feher G, Gurdan Z, et al. Characteristics of Patients Referred To A Specialized Headache Clinic. *Sci Rep*. 2020;10(1):1146. DOI:10.1038/s41598-020-58234-w
- Smitherman TA, Burch R, Sheikh H, Loder E. The prevalence, impact, and treatment of migraine and severe headaches in the United States: a review of statistics from national surveillance studies. *Headache*. 2013;53(3):427-36. DOI:10.1111/head.12074
- Green LA, Phillips RL, Fryer GE. The nature of primary medical care. In: Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford University Press, Oxford, UK, 2005.
- Becker LA, Iverson DC, Reed FM, et al. Study of Headache in North America in primary care. *J R Coll Gen Pract*. 1987;37:400-3.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211. DOI:10.1177/0333102417738202
- Steiner TJ, Jensen R, Katsarava Z, et al. Aids to management of headache disorders in primary care (2nd edition). *J Headache Pain*. 2019;20:57. DOI:10.1186/s10194-018-0899-2
- Стайнер Т.Дж., Пемелера К., Йенсен Р., и др. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. *Практическое руководство для врачей*. Пер. с англ. Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; науч. ред. В.В. Осипова, Т.Г. Вознесенская, Г.Р. Табеева. М., 2010 [Steiner TJ, Paemeleir K, Jensen R, et al. European principles of management of common headache disorders in primary care. *J Headache Pain*. 2007;8(Suppl. 1)].
- Becker WJ, Findlay T, Moga C, et al. Guideline for primary care management of headache in adults. *Can Fam Physician*. 2015;61(8):670-9. PMID: 26273080; PMCID: PMC4541429
- Kernick D, Stapley S, Hamilton W. GPs' classification of headache: is primary headache underdiagnosed? *Br J Gen Pract*. 2008;58(547):102-4. DOI:10.3399/bjgp08X264072
- Hamilton W, Kernick D. Clinical features of primary brain tumours: a case-control study using electronic primary care records. *Br J Gen Pract*. 2007;57(542):695-9. PMID: 17761056; PMCID: PMC2151783
- Kernick D, Stapley S, Goadsby PJ, Hamilton W. What happens to new-onset headache presented to primary care? A case-cohort study using electronic primary care records. *Cephalalgia*. 2008;28(11):1188-95. DOI:10.1111/j.1468-2982.2008.01674.x
- O'Flynn N, Ridsdale L. Headache in primary care: how important is diagnosis to management? *Br J Gen Pract*. 2002;52(480):569-73. PMID: 12120731; PMCID: PMC1314361
- Lipton RB, Diamond S, Reed M, et al. Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache*. 2001;41(7):638-45. DOI:10.1046/j.1526-4610.2001.041007638.x

25. Kernick D, Matharu MS, Goadsby PJ. Cluster headache in primary care: unmissable, underdiagnosed and undertreated. *Br J Gen Pract.* 2006;56(528):486-7. PMID: 16834873; PMCID: PMC1872057
26. Schreiber CP, Hutchinson S, Webster CJ, et al. Prevalence of migraine in patients with a history of self-reported or physician-diagnosed "sinus" headache. *Arch Intern Med.* 2004;164(16):1769-72. DOI:10.1001/archinte.164.16.1769
27. Tepper SJ, Dahlöf CG, Dowson A, et al. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark Study. *Headache.* 2004;44(9):856-64. DOI:10.1111/j.1526-4610.2004.04167.x
28. Ridsdale L, Clark LV, Dowson AJ, et al. How do patients referred to neurologists for headache differ from those managed in primary care? *Br J Gen Pract.* 2007;57(538):388-95. PMID: 17504590; PMCID: PMC2047014
29. Парфенов В.А., Неверовский Д.В. Ведение пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в амбулаторной практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2015;1:37-42 [Parfenov VA, Neverovsky DV. Outpatient management of patients with dyscirculatory encephalopathy. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2015;1:37-42 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2015-1-37-42
30. Парфенов В.А. Сосудистые когнитивные нарушения и хроническая ишемия головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2019;11(3S):61-7 [Parfenov VA. Vascular cognitive impairment and chronic cerebral ischemia (dyscirculatory encephalopathy). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2019;11(3S):61-7 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2019-3S-61-67
31. Головачева В.А., Парфенов В.А. Хроническая ежедневная головная боль под маской дисциркуляторной энцефалопатии. *Медицинский совет.* 2015;2:72-7 [Golovacheva VA, Parfenov VA. Chronic daily headaches clinically simulating dyscirculatory encephalopathy. *Medical Council.* 2015;2:72-7 (in Russian)]. DOI:10.21518/2079-701X-2015-2-72-77
32. Манойлов А.Е. Утраченные критерии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2010;2(4):62-4 [Manoylov AE, Lost criteria. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2010;2(4):62-4 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2010-119
33. Парфенов В.А., Остроумова Т.М., Остроумова О.Д. Артериальная гипертензия и головная боль: влияние антигипертензивных препаратов. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* 2019;15(3):416-23 [Parfenov VA, Ostroumova TM, Ostroumova OD. Hypertension and Headache: the Effect of Antihypertensive Drugs. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2019;15(3):416-23 (in Russian)]. DOI:10.20996/1819-6446-2019-15-3-416-423
34. Табеева Г.Р., Муранова А.В., Кострыгина Е.Н., Сергеев А.В. Мигрень и артериальная гипертензия. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2015;7(4):4-10 [Tabeeva GR, Muranov AV, Kostrygina EN, Sergeev AV. Migraine and hypertension. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2015;7(4):4-10 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2015-4-4-10
35. Остроумова Т.М., Остроумова О.Д., Парфенов В.А. Ранние признаки поражения головного мозга как органа-мишени при артериальной гипертензии. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2019;11(3S):32-7 [Ostroumova TM, Ostroumova OD, Parfenov VA. Early signs of damage to the brain as a target organ in hypertension. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2019;11(3S):32-7 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2019-3S-32-37
36. Dodick DW. Pearls: headache. *Semin Neurol.* 2010;30(1):74-81. DOI:10.1055/s-0029-1245000
37. Gago-Veiga AB, Camiña Muñiz J, García-Azorín D, et al. Headache: What to ask, how to examine, and which scales to use. Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. *Neurologia (Engl Ed).* 2019;S0213-4853(19)30024-6. DOI:10.1016/j.nrl.2018.12.006
38. Simon C, Everitt H, Kendrick T. Assessment of headache. In: Oxford Handbook of General Practice. 3rd ed. Oxford, GB: Oxford University Press, 2010; p. 560.
39. Toward Optimized Practice (TOP) Headache Working Group. Primary care management of headache in adults: clinical practice guideline. 2016. Available at: <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/10065>. Accessed: 31.11.2017.
40. Jordan JE, Flanders AE. Headache and Neuroimaging: Why We Continue to Do It. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2020;41(7):1149-55. DOI:10.3174/ajnr.A6591
41. Expert Panel on Neurologic Imaging; Whitehead MT, Cardenas AM, Corey AS, et al. ACR Appropriateness Criteria® Headache. *J Am Coll Radiol.* 2019;16(11S):S364-77. DOI:10.1016/j.jacr.2019.05.030
42. Шагбазян А.Э., Ковальчук Н.А., Табеева Г.Р. Роль образовательных программ в ведении пациентов с медикаментозно-индуцированной головной болью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(3):27-33 [Shagbazyan AE, Kovalchuk NA, Tabeeva GR. Role of educational programs in management of patients with medication-overuse headache. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(3):27-33 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2021-3-27-33
43. Головачева В.А., Головачева А.А., Парфенов В.А., и др. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической мигрени: описание клинического случая. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(1):74-80 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA, et al. Cognitive behavioral therapy in the treatment of chronic migraine: a clinical case report. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(1):74-80 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2021-1-74-80
44. McNeil M. Headaches in Adults in Primary Care: Evaluation, Diagnosis, and Treatment. *Med Clin North Am.* 2021;105(1):39-53. DOI:10.1016/j.mcna.2020.09.005
45. Филатова Е.Г., Осипова В.В., Табеева Г.Р., и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2020;12(4):4-14 [Filatova EG, Osipova VV, Tabeeva GR, et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2020;12(4):4-14 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2020-4-4-14
46. Табеева Г.Р., Амелин А.В., Ахмадеева Л.Р., и др. Пути оптимизации ведения пациентов с мигренью в России (резюльция совета экспертов). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2018;118(6):124-8 [Tabeeva GR, Amelin AV, Akhmadeeva LR, et al. Ways of optimizing the management of patients with migraine in Russia (resolution of the council of experts). *Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry.* 2018;118(6):124-8 (in Russian)]. DOI:10.17116/jnevro201811861124

Статья поступила в редакцию / The article received: 02.11.2021



OMNIDOCTOR.RU