



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при острой головной боли

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП37**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

АВТОРЫ-РАЗРАБОТЧИКИ:

Амелин А.В. – профессор кафедры неврологии и нейрохирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Вознюк И.А. – заместитель директора по научной работе «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе», профессор кафедры нервных болезней ВМедА им. С.М. Кирова.

| | |
|---------------|-------------------------------|
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| G 44 | Другие синдромы головной боли |
| G 43 | Мигрень |
| R51 | Головная боль |

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Головная боль (цефалгия) – это частный случай регионального болевого синдрома, с фокальным или генерализованным распространением, имеющего внутричерепную локализацию или ограниченного на поверхности черепа областью от надбровных дуг до кранио-цервикального перехода.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Головные боли делятся на первичные и вторичные (таблица 1).

Намного чаще встречаются первичные формы головных болей, при которых цефалгия и сопутствующие ей симптомы составляют ядро клинической картины. К ним относятся мигрень, головная боль напряжения, кластерная головная боль, хроническая гемикрания.

Вторичные цефалгии, по сути, являются синдромом и обусловлены какими-либо заболеваниями нервной и/или соматических систем (патология шейного отдела, диссекция сонной артерии, артериальная гипертензия, лихорадка, гиперкапния, гипоксия, реакция на вазодилататоры (нитраты), спазмолитики, диуретики и др.). Это могут быть отит, глаукома, заболевание синусов черепа, височно-нижнечелюстного сустава, стоматологическая патология и др. Догоспитальная диагностика головной боли требует изучения анамнеза и учета, характерных дифференциально-диагностических признаков, помогающих распознать их тип (таблицы 2,3). Следует помнить, что у одного и того же больного могут встречаться несколько типов головной боли.

Таблица № 1

Классификация и коды МКБ-10 ВОЗ (WHO ICD-10NA)

| № п. п. | Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
|---------|---------------|--------------------------------|
| | | Первичные головные боли |
| 1 | G 43 | Мигрень |
| | G 44 | Другие синдромы головной боли: |
| 2 | G44.2 | Головная боль напряжения |

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| 3 | G44.0 | Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии |
| 4 | G44.80 | Другие первичные головные боли |
| Вторичные головные боли | | |
| 5 | G44.88 | Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи |
| 6 | G44.81 | Головные боли, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника |
| 7 | G44.82 | Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями |
| 8 | G44.4; G44.83 | Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой |
| 9 | G44.82 | Головные боли, связанные с инфекциями |
| 10 | G44.882 | Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза |
| 11 | G44.84 | Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица |
| 12 | R51 | Головные боли, связанные с психическими заболеваниями |
| Краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и другие головные боли | | |
| 13 | G44.847; G44.848; G44.85 | Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли |
| 14 | R51 | Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли |

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

В патогенезе головной боли возможно сочетание нескольких патогенетических механизмов, но чаще выделяют четыре основных.

Сосудистая головная боль возникает вследствие несоответствия тонического сопротивления сосудистой стенки усилению пульсового объема крови, обычно боль носит пульсирующий характер, меняет свою интенсивность в соответствии с изменениями центрального артериального давления и динамикой экстракраниального венозного кровотока.

Головная боль мышечного напряжения имеет ишемическую природу, обусловленную нарушением микроциркуляции при длительном напряжении мышц шеи и головы или сдавлением нервно-сосудистых образований мягких тканей головы.

Ликвородинамическая головная боль связана с растяжением оболочек головного мозга при любых «возмущающих» воздействиях, приводящих к ликвородинамическим изменениям (длительное горизонтальное положение, наклон, натуживание, задержка дыхания и др.) или при изменении баланса между продукцией и резорбцией спинномозговой жидкости.

Боль может возникать как при избыточном давлении ликвора, так и при его низких значениях. При внутричерепной гипертензии (травма, кровоизлияние, воспаление оболочек) боль распирающая, усиливается при кашле, натуживании, наклонах, в положении лёжа, сопровождается тошнотой, рвотой, чаще возникает по утрам. При внутричерепной гипотензии (травма, обезвоживании, при избыточном дренировании) боль усиливается в положении стоя, уменьшается при сгибании головы и наклонах - утрачивается ликворная «поддержка» мозга.

Невралгическая (радикулалгическая) боль – проявление асептического воспалительного процесса (неврит / радикулит), возникает при раздражении (натяжении, компрессии) чувствительных черепных нервов или нервов, имеющих в своем составе чувствительные волокна (тройничный, языкоглоточный, блуждающий), а также 1 и 2 пар спинномозговых корешков (большие и малые затылочные нервы). Боль, часто острая, возникает при перемене позы головы, жевании или при нанесении раздражающих воздействий на кожу или слизистые. Как правило, имеет пароксизмальный характер, иррадирует в соседние и отдалённые участки, сопровождается формированием триггерных («курковых», пусковых) зон.

Отдельно выделяют **центральную или ипохондрическую** головную боль, когда не удастся связать причины боли с перечисленными выше механизмами. Как правило, основной причиной боли становится снижение порогов болевой чувствительности на фоне изменения баланса процессов торможения и возбуждения в ЦНС.

Таблица № 2

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

| № п.п. | характерные признаки головной боли | пучковая (кластерная) головная боль | мигрень | головная боль напряжения |
|--------|------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| 1 | локализация | односторонняя, в периорбитальной области | односторонняя, редко с двух сторон | с двух сторон, часто лобно-затылочная или височно-затылочная область |
| 2 | характер | острый, непереносимый | пульсирующий | ноющий, распирающий, давящий, охватывающий |
| 3 | в каком возрасте начало | 20 - 50 | 10 - 40 | 20 – 40 |
| 4 | пол | м (90%) | ж (65 – 70%) | м/ж (50%) |
| 5 | частота пароксизмов | ежедневно несколько дней | регулярно повторяющиеся | ежедневные (годы), связаны |

| | | | | |
|----|--------------------------------------|--|-------------------|--|
| | | (недель, месяцев) | 1 – 8 раз в месяц | с изменением погоды |
| 6 | продолжительность пароксизма | десятки минут | часы и сутки | приступы от нескольких часов до нескольких суток |
| 7 | наличие сезонности | + | - | ± |
| 8 | наличие продромального периода | - | ± | - |
| 9 | тошнота (рвота) | редко | часто | редко |
| 10 | светобоязнь | редко | часто | редко |
| 11 | слезотечение | часто | редко | редко |
| 12 | заложенность носа | часто | нет | нет |
| 13 | птоз | часто | редко | нет |
| 14 | миоз | часто | нет | нет |
| 15 | напряжение мышц шеи | нет | редко | часто |
| 16 | полиурия | нет | часто | нет |
| 17 | наличие семейного анамнеза | редко | часто | редко |
| 18 | нарушения эмоционально-волевой сферы | психомоторное возбуждение в момент приступа боли | нехарактерно | часто депрессивное или тревожное состояние |

Таблица № 3

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ВТОРИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

| № п.п. | Причина (диагноз) | Характерные особенности клинической картины и анамнеза |
|--------|---|---|
| 1 | Острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический инсульт, внутримозговое кровоизлияние) | Головная боль возникает на фоне внезапно появившейся очаговой и/или общемозговой, менингеальной неврологической симптоматики, как правило, у лиц старше 50 лет с сопутствующими заболеваниями и факторами риска развития инсульта (артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, ИБС, сахарный диабет, атеросклероз, избыточная масса тела, курение и др.). |
| 2 | Острое нарушение | Характерны внезапное начало, головная боль |

| | | |
|---|--|---|
| | мозгового кровообращения (субарахноидальное кровоизлияние) | по типу «удара» по голове, максимально выраженная в момент появления («самая сильная за всю жизнь»), возможно появление ощущения горячей волны, распространяющейся в голове, очаговая неврологическая симптоматика может отсутствовать. Часто имеются факторы риска развития инсульта (артериальная гипертензия, сахарный диабет, васкулит, избыточная масса тела, курение и др.) или сведения об аномалиях развития любой локализации. |
| 3 | Внутричерепной объёмный процесс (опухоль, абсцесс) | Характерна гипертензионная головная боль в анамнезе: часто «утренняя» с типичным пробуждением ночью из-за боли, прогрессирующая, глубинная, распирающая, провоцирующаяся физической нагрузкой, усиливающаяся в положении лёжа, на последних стадиях заболевания нередко возникает внезапная сильная рвота («мозговая рвота»). |
| 4 | Менингит | Головная боль, усиливающаяся после 2–3 поворотов головы в горизонтальной плоскости, сопровождается тошнотой и рвотой, нарушением сознания, высыпаниями на туловище и нижних конечностях (менингококцемия), менингеальным синдромом. Начало болей следует за инфекционным процессом, сопровождается лихорадкой и воспалительными изменениями в крови и спинномозговой жидкости. |
| 5 | Воспаление придаточных пазух | Боль в области лица, часто возникает при наклоне вперёд, сопровождается лихорадкой и воспалительными изменениями в крови на фоне местных симптомов заболевания (слизистогнойные выделения из носа, болезненность при пальпации над поражённой пазухой). |
| 6 | Доброкачественная внутричерепная гипертензия | Постоянная и нарастающая, «разлитая» головная боль с максимальной выраженностью в лобной области, усиливающаяся ночью или в утренние часы, а также при чиханье, кашле. Боль может сопровождаться головокружением, тошнотой, нарушением зрения, нарушением походки, снижением контроля за функциями тазовых органов. Может сочетаться с ожирением, беременностью, артериальной |

| | | |
|----|---|---|
| | | гипертензией, сахарным диабетом, приемом пероральных контрацептивов. |
| 7 | Острая гипертензионная энцефалопатия (ПНМК) | Интенсивная головная боль на фоне высокого АД, сопровождается головокружением, тошнотой, рвотой, ухудшением зрения, неустойчивым эмоциональным фоном, психомоторным возбуждением, иногда спутанностью сознания, оглушением или дезориентацией. При снижении АД отмечают быстрое восстановление функций головного мозга. |
| 8 | Височный (гигантоклеточный) артериит | Характерна односторонняя головная боль с локализацией в височной области у лиц старше 50 лет, длящаяся несколько дней. При пальпации области перед наружного слухового прохода (перед козелком) и на 2 см кверху отмечают уплотнение и болезненность височной артерии. Болям нередко сопутствуют зрительные нарушения, лихорадка, артралгии, миалгии, ревматическая полимиалгия, снижение массы тела. |
| 9 | Острая закрытоугольная глаукома | Боль локализуется в области глазниц, сопровождается затуманиванием и снижением остроты зрения (острая потеря зрения), концентрическим сужением полей зрения, покраснением глаз, фиксацией глазных яблок в среднем положении (анталгическая позиция). |
| 10 | Черепно-мозговая травма | Сочетание головной боли с наличием признаков повреждения мягких тканей головы и лица, с очаговой и/или общемозговой, менингеальной неврологической симптоматикой, а также анамнестические сведения о недавно перенесенной черепно-мозговой травме. |
| 11 | Генерализованный инфекционный процесс | Наличие инфекционного анамнеза, лихорадки, интоксикации, воспалительных изменений в анализах крови, симптомов указывающих на инфекционное поражение слизистых и кожи, ЖКТ в сочетании с очаговой и/или общемозговой, менингеальной неврологической симптоматикой являются основанием для предположения инфекционного процесса вовлекшего структуры нервной системы. |
| 12 | Невроз | Головные боли, возникающие на фоне |

| | | |
|----|---|--|
| | | эмоциональных переживаний, или связанные с повторением психогенного фактора, ярко и подробно описываемые пациентом, как «стягивание обручем, шлемом, шапкой». |
| 13 | Боли вызванные действием лекарственных препаратов | Возникновение или усиление головной боли связано с приемом лекарственных препаратов, часто сопровождается изменением параметров центральной гемодинамики (АД, пульс), в некоторых случаях вызвано гиповолемическим, гиперкоагуляционным эффектом лекарственных средств (мочегонные, контрацептивные и др.) |

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Постановка диагноза.

Почти каждый пациент с головной болью опасается, что она вызвана инсультом, кровоизлиянием, опухолью мозга или другой опасной причиной. Для точного определения причины головной боли необходимо тщательно опросить и обследовать пациента, пытаясь определить анатомический или патогенетический субстрат цефалгии.

Обязательные вопросы:

При расспросе больного нужно уточнить:

- Когда заболела голова? – сколько времени назад (часы, дни, недели, месяцы, годы).
- При каких обстоятельствах впервые заболела голова?
- Как часто болит голова - постоянно или периодически (сколько раз в течение дня, недели, месяца, года)?
- Если боль периодическая, то есть ли сходство в приступах?
- Какова продолжительность приступа боли (минуты, часы, сутки)?
- Когда обычно болит голова (ночью, утром, днем, вечером, перед месячными и т.д.)?
- Что провоцирует возникновение или усиление головной боли, что облегчает её?
- Где локализована боль (половина головы, темя, затылок, висок, шея и т.д.)?
- Какова интенсивность и характер головной боли (пульсирующая, ноющая, распирающая, дергающая, тупая, сдавливающая и т.п.)?
- Что ещё происходит при головной боли (тошнота, рвота, обманы чувств, двигательные, чувствительные, зрительные нарушения и т.п.)?

Главная идея диагностического алгоритма на догоспитальном этапе при обследовании пациента с острой головной болью заключается в первоочередном выявлении тех причин её возникновения, которые

представляют серьезную угрозу для жизни и требуют немедленного обследования в стационаре и лечения (таблица 4). Острая, впервые появившаяся головная боль или внезапное изменение характера хронической боли – сигнал опасности, свидетельствующий о возможном угрожающем жизни заболевании. Самые сильные и остро развивающиеся головные боли возникают при внутричерепном кровоизлиянии, тромбозе внутричерепных венозных синусов, менингите, мигрени и пучковой головной боли.

Сведения из анамнеза и симптомы, указывающие на связь головной боли с состояниями угрожающими жизни больного - "**симптомы опасности (красные флажки)**":

- Внезапное возникновение новой головной боли, необычной для пациента;
- Прогрессивное нарастание головной боли;
- Сочетание головной боли с изменением сознания;
- Сочетание головной боли с очаговыми неврологическими симптомами;
- Начало головной боли после 50 лет;
- Усиление головной боли при перемене положения головы, тела, после длительного пребывания в горизонтальном положении или при нагрузках, связанных с повышением внутричерепного давления (физическая нагрузка, кашель, сексуальная активность);
- Сочетание головной боли с признаками системного или инфекционного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии и др.);
- Впервые возникшая головная боль у пациента с онкологическим процессом или ВИЧ в анамнезе.

Таблица № 4

Связь головной боли с угрозой для жизни.

| Тип головной боли | Патологический процесс | Вид помощи |
|--|--|---------------------------|
| Головная боль при состояниях, угрожающих жизни больного. | <ul style="list-style-type: none"> – инсульт – субарахноидальное кровоизлияние – субдуральная/эпидуральная гематома – менингит – внутричерепной объёмный процесс: опухоль, абсцесс. – инфекционные заболевания с поражением головного мозга (малярия, брюшной тиф и др.). – эклампсия | экстренная госпитализации |
| Головная боль при | <ul style="list-style-type: none"> – пучковая (кластерная) головная боль (болезнь хортон). – височный (гигантоклеточный) артериит. – воспаление придаточных пазух. | плановая госпитализации |

| | | |
|---|---|---|
| состояниях, не угрожающих жизни больного. | <ul style="list-style-type: none"> – гипертензионная энцефалопатия. – гипертонический криз. – вегетативный криз. – закрытоугольная глаукома. | |
| | <ul style="list-style-type: none"> – на фоне приёма лекарственных средств. – состояние после эпилептического припадка. – головная боль напряжения. – доброкачественная внутричерепная гипертензия (без признаков органического поражения ЦНС или гидроцефалии). – мигрень. | оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях |

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Осмотр и физикальное обследование.

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения.
- Визуальная оценка: положение больного, наличие асимметрии лица, птоза век, сыпи на кожных покровах, следов ЧМТ, прикусывания языка.
- Выявление местных симптомов: гиперемия глаз, выделения из носа, наружных слуховых проходов; пальпация мягких тканей головы (болезненность придаточных пазух, уплотнение и болезненность височной артерии).
- Измерение ЧДД, ЧСС (тахипноэ, тахикардия или брадикардия, неправильный ритм).
- Измерение АД.
- Измерение температуры тела (выявление лихорадки).
- Наличие очаговых неврологических симптомов:
 - нарушение речи (плохо говорит, не понимает обращенную речь);
 - нарушение движений (в одной или нескольких конечностях с одной стороны, с двух сторон);
 - нарушение болевой и температурной чувствительности (на лице, туловище, в одной или нескольких конечностях с одной стороны, с двух сторон);
 - наличие координаторных расстройств (испытывает затруднения при ходьбе, выполнении мелких движений,

пользовании предметами, чувствует сильное головокружение в покое или при движениях и др.);

- нарушение зрения (двоение, слепота, выпадение полей зрения, появление фотопсий и др.);

- нарушения корковых функций (нарушение памяти, оперативного мышления, счета, письма, пространственной ориентации, схемы тела, утрата бытовых и профессиональных навыков и др.);

Лечение.

Если головная боль не вызывает тревоги, не сопровождается лихорадкой, расстройствами сознания, судорогами, слабостью и онемением конечностей, а также узнаваема пациентом, как очередной приступ длительно существующей у него цефалгии, то пациенту, после оказания скорой медицинской помощи, рекомендуется лечение в амбулаторных условиях или плановая госпитализация для обследования (таблица 4). В случае диагностики мигрени и кластерной головной боли прогноз благоприятен. Немедикаментозное лечение головной боли на догоспитальном этапе предполагает создание условий максимального физического и психического покоя - размещение в тихом, без яркого света помещении. Медикаментозное лечение предполагает применение неопиоидных анальгетиков (анальгин, парацетамол) или нестероидных противовоспалительных препаратов (кетопрофен, кеторолак и др.) внутрь, ректально или внутримышечно.

При подозрении на вторичную (симптоматическую) головную боль, сопровождающуюся признаками заболеваний угрожающих жизни пациента требуется экстренная госпитализация (таблица 4). Максимально быстрая и безопасная транспортировка пациентов на этап стационарного лечения является главной задачей догоспитального этапа – время доставки больного не должно превышать 40 минут (В, 1+).

Часто встречающиеся ошибки на догоспитальном этапе.

- Применение сосудорасширяющих средств (никотиновая кислота, аминофиллин) при мигрени и особенно при пучковой головной боли (они могут провоцировать развитие нового приступа и ухудшать течение настоящего).
- Применение ненаркотических анальгетиков при пучковой головной боли.
- Введение дротаверина при любых типах головной боли.
- Проведение медикаментозной терапии гиперосмолярными и гипертоническими солевыми растворами с целью профилактики отека головного мозга.
- Применение гипотонических и глюкозосодержащих растворов с целью восполнения объема и в качестве среды для внутривенных инфузий.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА

ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)

Причины и особенности формирования наиболее выраженного церебрального болевого синдрома:

Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние. Генез САК различный - гипертоническая болезнь 3 ст., артериальная аневризма, артерио-венозная мальформация и др.. Клиническая картина характеризуется острой интенсивной внезапной "громоподобной" головной болью, порой больной может точно назвать часы и минуты её возникновения. Боль описывается «как удар по голове», часто возникает при физической нагрузке или натуживании и сопровождается другими общемозговыми симптомами – рвотой, иногда нарушениями сознания и эпилептическими припадками. Абсолютными диагностическими критериями субарахноидального кровоизлияния являются наличие крови в ликворе и/или данные рентгеновской компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга о наличии крови в подбололочечном пространстве.

Черепно-мозговая травма. Отличительной особенностью головной боли посттравматического происхождения, является ее интенсивность – «самая сильная, которую когда-либо испытывал». При этом боль может сопровождаться тошнотой, рвотой, светобоязнью, звукобоязнью и ригидностью затылочных мышц и другими менингеальными знаками. Характерно усиление боли при движении головой, кашле, натуживании, перкуссии черепа. Головные боли, связанные с травмой головы (ушиб, сотрясение головного мозга) имеют симптоматический характер, вызваны ликвородинамическими расстройствами и раздражением оболочек головного мозга – при субарахноидальном кровоизлиянии, внутричерепных гематомах. При осмотре и пальпации головы выявляются признаки перенесенной травмы. При переломе основания костей черепа характерны дополнительные клинические признаки: билатеральные периорбитальные гематомы, кровоизлияния в склеру глазных яблок, назальная ликворея, отоликворея, кровоподтеки в области сосцевидного отростка. Весьма вероятны повышение температуры тела. Неблагоприятными обстоятельствами следует считать появление судорожных припадков, слабости и/или онемения конечностей с одной стороны тела, нарушения речи, прогрессирующего расстройства сознания, отека диска зрительного нерва. Нарастание головной боли с появлением одностороннего расширения зрачка, отклонение глазного яблока кнаружи и прогрессирующее нарушение сознания должны рассматриваться как тревожные симптомы, свидетельствующие об угрозе дислокации головного мозга и опасности его вклинения.

При травматических эпидуральных, субдуральных и внутримозговых гематомах головная боль может возникнуть не сразу, через несколько часов/дней после травмы головы. У лиц пожилого возраста из-за имеющегося резерва внутричерепного пространства вследствие возрастной атрофии, признаки внутричерепной гипертензии могут проявиться позже.

Травма мягких тканей головы, шеи, межпозвонковых и височно-нижнечелюстных суставов, пазух носа также может сопровождаться стойкой головной болью. Большое значение при наблюдении за такими больными имеет оценка динамики его состояния во времени. Если больному после травмы черепа со временем становится не лучше, а хуже, то у него следует исключить органическую патологию мозга, а при её отсутствии искать другие причины головной боли.

Больным с диагнозом посттравматического субарахноидального кровоизлияния или внутричерепной гематомы показана срочная госпитализация в нейрохирургическое отделение.

Острый тромбоз внутричерепных вен и синусов. Основными причинами тромбоза являются инфекционные гнойные процессы в области головы и шеи, а также состояние тромбофилии. Повышенная активность свертывающей системы крови, наблюдаемая при васкулитах, применении оральных контрацептивов, злокачественных заболеваниях, во время беременности и послеродовом периоде также может стать причиной асептического тромбоза церебральных вен и синусов. Головная боль при данной патологии очень тяжелая, носит диффузный распирающий характер и обычно бывает интенсивней при тромбозе воспалительного характера. Боль обусловлена избыточным кровенаполнением венозных синусов и нарастающей внутричерепной гипертензией. Характерными считается усиление головной боли при действии факторов и условий, затрудняющих венозный отток крови из полости черепа. Наиболее часто в патологический процесс вовлекаются кавернозный, верхний продольный и сигмовидный синусы.

Для поражения кавернозного синуса характерны расширение вен склеры, отечность в области глазницы, пульсирующий экзофтальм и глазодвигательные расстройства иногда в сочетании с чувствительными расстройствами на коже лба с той же стороны.

При тромбозе верхнего продольного синуса наблюдаются пастозность лица, повышенное кровенаполнение вен в области лба, сравнимое с «головой медузы», слабость в ногах и быстро наступающее нарушение сознания.

Тромбоз сигмовидного синуса сопровождается болью в проекции яремной вены и её болезненностью при пальпации.

Очаговые неврологические симптомы чаще наблюдаются при тромбозах, развивающихся на фоне менингоэнцефалита. Диагноз тромбоза церебральных вен и синусов является более вероятным, когда в анамнезе имеются указания на инфекцию пазух носа, области носогубного треугольника, сосцевидного отростка, среднего уха, орбиты. Эти пациенты должны быть осмотрены оториноларингологом, стоматологом и неврологом. Из инструментальных методов диагностики наиболее информативны компьютерная и магнитно-резонансная томография. Люмбальная пункция показана при подозрении на инфекционную природу тромбоза и при отсутствии симптомов отека мозга и его дислокации.

Менингит, энцефалит. Остро развивающаяся головная боль является обязательным признаком инфекционного поражения мозговых оболочек и паренхимы мозга. Это касается как первичных, так и вторичных менингитов и энцефалитов. Очень характерно внезапное появление головной боли у пациентов, страдающих воспалительными заболеваниями ЛОР органов. Выявление оболочечного синдрома (симптомы Кернига, Брудзинского, ригидность затылочных мышц, скуловой рефлекс Бехтерева, свето - и звукобоязнь и др.), инфекционного и ликворологического синдромов делает диагноз менингита доказанным. Присоединение очаговых неврологических симптомов указывает на менингоэнцефалит.

Головная боль при данной патологии возникает вследствие отека мозговых оболочек, гиперсекреции спинномозговой жидкости и нарушения ее всасывания, повышения внутричерепного давления. Цефалалгия носит очень интенсивный, распирающий характер и часто сопровождается рвотой, психомоторным возбуждением, галлюцинациями. Характерны гиперестезия кожи и болезненная гримаса при перкуссии черепа. Исследование цереброспинальной жидкости способствует распознаванию менингита и определению его характера (гнойный, серозный, туберкулезный, грибковый и др.).

Опухоли головного мозга редко бывают причиной остро развивающейся головной боли. Внезапное появление острой головной боли или ее значительное усиление при опухолях мозга может быть следствием кровоизлияния в опухоль или острой окклюзии ликворопроводящих путей с развитием острой окклюзионной гидроцефалии. При опухолях желудочковой системы головная боль имеет четкую связь с положением головы (позиционная головная боль), при этом характерны изменения глазного дна в виде застойных дисков зрительных нервов. Ведущее значение в диагностике опухоли головного мозга принадлежит компьютерной или магнитно-резонансной томографии.

Острая артериальная гипертензия. Остро развивающаяся головная боль встречается при острой гипертонической энцефалопатии и эклампсии, которые характеризуются повышением диастолического артериального давления выше 130-150 мм рт. ст., отеком дисков зрительных нервов и нарушением сознания. Под видом гипертонических кризов могут протекать субарахноидальное кровоизлияние, приступ мигрени, паническая атака, пучковая головная боль, опухоль, при которых головная боль не вызвана повышением артериального давления, а лишь сочетается с ним или сама приводит к его подъему. Патогенез головной боли при артериальной гипертензии сложен. Считается, что затруднение венозного оттока крови из полости черепа, повышение внутричерепного давления и пульсация избыточно расширенных сосудов твердой мозговой оболочки лежат в основе этого типа цефалгии. При острой гипертонической энцефалопатии и эклампсии возникает срыв ауторегуляции мозгового кровообращения и отек головного мозга. Под видом этих заболеваний может протекать кровоизлияние в мозг, для исключения которого необходимо провести компьютерную рентгеновскую и магнитно-резонансную томографию. Значение стабильной артериальной

гипертензии как причины головной боли часто переоценивается, что ведет к формированию неправильной врачебной тактики и диагностическим ошибкам. Правильной диагностике головной боли этого типа помогают измерение артериального давления, локализация головной боли, как правило, «во всей голове», реже в затылке, а также изменения на глазном дне, гипертрофия левого желудочка на ЭКГ и ЭХОКГ, указания на гипертоническую болезнь у родственников.

Гигантоклеточный височный артериит (болезнь Хортона). Гигантоклеточный височный артериит (ГВА) относится к группе системных заболеваний. Эта болезнь поражает преимущественно пожилых людей и характеризуется очень сильными одно или двусторонними болями в височной, лобной или теменной областях, усиливающимися по ночам. При осмотре выявляется утолщение височных артерий, их резкая болезненность при пальпации, отсутствие пульсации, извитость, гиперемия кожи над сосудом. Определяются лихорадка, повышение СОЭ, увеличение альфа - глобулинов в крови. В половине случаев наблюдается поражение сосудов глаз, что приводит к слепоте, амблиопии, параличу глазодвигательных мышц. При гистологическом исследовании определяются признаки панартериита, отличающегося от узелкового периартериита наличием гигантских клеток.

Регионарный периартериит Толосы-Ханта. Локализованные боли в области пещеристого синуса или верхнеглазничной щели интенсивного, жгучего характера. Внезапно возникнув, она сохраняется от нескольких дней до нескольких недель. Присоединяющаяся в ближайшее время прогрессирующая офтальмоплегия делает синдром Толосы-Ханта весьма сходным с офтальмоплегической формой мигрени. В отличие от мигрени, клиническая картина дополняется поражением отводящего, блокового, и первой ветви тройничного нервов, субфебрилитетом, увеличенным СОЭ, лейкоцитозом. Высокая эффективность глюкокортикоидной терапии подтверждает воспалительный характер болезни. У ряда больных отмечены рецидивы заболевания. Сходные симптомы могут наблюдаться при гигантской артериальной аневризме внутренней сонной артерии. Поэтому для правильной диагностики необходимо дополнительно проведение МР-ангиографии.

Приступ острой закрытоугольной глаукомы. Боль в области глазного яблока, виска, ретроорбитально, часто сопровождается фотопсией и светобоязнью. При офтальмологическом обследовании выявляется повышение внутриглазного давления.

Мигрень. Основными провоцирующими факторами развития приступа мигрени являются эмоциональный стресс, включение в рацион питания пищевых продуктов, содержащих в большом количестве тирамин (шоколад, сыр, копчености, цитрусовые, красные вина и др.), физическое перенапряжение, изменения метеорологических условий, прием оральных контрацептивов, нитратов и других периферических вазодилататоров, менструации, менопауза, черепно-мозговая травма, нарушение режима сна и отдыха.

Мигрень с аурой («классическая мигрень») встречается в 25-30% случаев. Клиническая картина данной формы мигрени состоит из пяти, развивающихся друг за другом, фаз. Первая фаза - продромальная, появляется за несколько часов до возникновения головной боли и характеризуется сменой настроения, чувством усталости, сонливости, задержкой жидкости в организме, раздражительностью, беспокойством, булимией или анорексией, повышением чувствительности к запахам, шуму, яркому свету. Вторая фаза – аура представляет комплекс очаговых неврологических симптомов продолжительностью не более 60 минут, возникающих вследствие непродолжительного снижения мозгового кровотока в отдельных участках мозга. При офтальмической форме мигрени аура характеризуется зрительными нарушениями (мерцающая скотома, фотопсии, гемианопсии, зрительные иллюзии). При других формах мигрени аура проявляется разнообразной неврологической симптоматикой, варианты которой определяются вовлечением в патологический процесс бассейна соответствующей сосудистой системы (гемиплегическая, базилярная).

В отличие от офтальмической мигрени, симптомы ауры при других формах (особенно гемиплегическая и базилярная мигрень) могут прослеживаться и в фазу головной боли. Не позднее чем через 60 минут или сразу после ауры наступает третья фаза - болевая. Она может продолжаться от 4 до 72 часов. И проявляется пульсирующей головной болью в лобно-глазнично-височной области, как правило, односторонней, умеренной или сильной интенсивности, усиливающейся при обычной физической нагрузке, сопровождается светобоязнью, звукобоязнью, тошнотой, рвотой бледностью кожных покровов. В ряде случаев, головная боль носит ломящий, распирающий характер и может распространяться на другую сторону. Иногда головная боль сразу имеет двустороннюю локализацию. На стороне головной боли сосуды конъюнктивы инъецированы, наблюдается слезотечение, параорбитальные ткани отечны. В височной области наблюдаются отек тканей, набухание и пульсация височной артерии. Больные часто пытаются сдавить височную артерию, растирают лицо. Во время приступа больные стремятся уединиться в темном помещении, лечь, стянуть голову полотенцем, сжимают её руками, избегают громких звуков и яркого света.

Четвертая фаза - разрешение. Характеризуется постепенным уменьшением головной боли, прекращением рвоты и глубоким сном. Пятая фаза - восстановительная, может длиться несколько часов или дней. Для неё характерны повышенная утомляемость, снижение аппетита, постепенная нормализация функционирования сенсорных систем организма (слух, обоняние, зрение), усиление диуреза. В ряде случаев мигрень сопровождается очаговой неврологической симптоматикой (гемипарез, гемианопсия, головокружение, дизартрия), возникающей перед приступом головной боли (аура) или во время цефалгии. В таких случаях необходимо детальное обследование пациента для исключения органической патологии (аневризма, опухоль, эпилепсия) протекающей с мигренеподобными головными болями.

Решающее значение в дифференциальной диагностике мигрени и других нозологических форм имеют данные КТ и МРТ, исследование цереброспинальной жидкости. Важное значение имеют сведения о наследственной предрасположенности, высокая эффективность препаратов эрготамина и триптанов.

Кластерная головная боль (пучковая головная боль, мигренозная невралгия Гарриса, цилиарная невралгия, синдром Хортона). Кластерная цефалалгия является довольно редкой формой головных болей, однако, самая мучительная, не только среди других форм головных болей, но и среди всех многообразных болевых синдромов. Кластерная цефалалгия встречается преимущественно у мужчин высокого роста, атлетического телосложения. На лице характерны телеангиоэктазии и перечные складки на лбу («львиное лицо»). Приступ кластерной головной боли характеризуется внезапным появлением чрезвычайно интенсивных, жгучих, сверлящих, рвущих болей в области глаза, иногда с иррадиацией в лобно-височную область, ухо, щеку. Боль сопровождается слезотечением, ринореей, заложенностью носа, гиперемией конъюнктивы на гомолатеральной стороне, иногда развивается синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм), отечность век, гипергидроз в области кожи лба или всей половины лица. Во время атаки кластерной цефалалгии больные беспокойны, стонут, мечутся, что резко отличает эту головную боль от мигрени, при которой больные стремятся уединиться в тихом и темном месте. Характерной особенностью данной формы головной боли является структура приступа, который возникает сериями, «пучками», по 1-5 раз в сутки и, как правило, в одно и то же, чаще ночное время («будильниковая» головная боль). Продолжительность приступа боли от 15 до 180 минут. Такие боли длятся 1-3 месяца и возникают чаще осенью или весной. Ремиссии могут продолжаться от 1 месяца до 20 лет. При хронической форме кластерной головной боли, которая, к счастью, встречается редко, ремиссии отсутствуют или не превышают 3 недель. Провоцирующими факторами являются алкоголь, гистамин, вазодилататоры (нитраты). Весьма важным для диагностики кластерной боли является тест на провоцирование атаки.

Общие рекомендации для обследования пациента с головной болью:

- Пациентам с головной болью, обратившимся в СтОСМП и выявленными симптомами и синдромами поражения центральной нервной системы (раздражение мозговых оболочек, расстройства чувствительности, движений, когнитивные расстройства, судороги и др) необходимо провести исследование неконтрастной компьютерной рентгеновской томографии головного мозга (КТ) (В, 1+).
- Пациенты с впервые возникшей сильной внезапной головной болью нуждаются в проведении срочной неконтрастной рентгеновской КТ головного мозга (В, 1+).
- ВИЧ-положительным пациентам с новым типом головной боли (впервые возникшая или изменившая течение ранее существовавшая головной

боль) необходимо провести срочное нейровизуализационное исследование КТ головного мозга (B, 1+).

- Ответ головной боли на назначенное лечение не должен использоваться в качестве единственного диагностического индикатора основной этиологии острой головной боли (C, 2+).

- Пациенты, старше 50 лет с впервые возникшим типом головной боли или с хронической головной болью, внезапно изменившей свой характер и нормальным неврологическим статусом необходимо экстренно выполнить КТ головного мозга (C, 2+) .

- Пациенты с головной болью и "симптомами опасности (красные флажки)" , которые свидетельствуют о возможной вторичной природе головной боли, должны быть срочно осмотрены врачом-неврологом и другими специалистами в соответствии с сопутствующей цефалгии симптоматикой (D, 4).

- Пациенты с впервые возникшей сильной головной болью или привычной головной болью изменившей внезапно свой характер должны быть осмотрены врачом-неврологом и другими специалистами, с исследованием глазного дна, измерением артериального давления и температуры тела (D, 4).

- Пациенты с впервые возникшей " громоподобной " (внезапной и сильнейшей) головной болью [G44.08] должны быть немедленно госпитализированы на несколько дней для проведения необходимых исследований (D, 4).

- Пациентам с " громоподобной" (внезапной и сильнейшей) головной болью КТ головного мозга должна быть выполнена как можно скорее и предпочтительно в течение 12 часов после начала (D, 4).

- Пациенты с внезапно развившейся сильной головной болью и отрицательными результатами КТ исследования мозга, ликвора и при отсутствии повышенного внутричерепного давления, клинических признаков ОНМК, инфекционного заболевания НС не нуждаются в пребывании в СтОСМП и могут продолжить дальнейшее обследование в амбулаторных условиях.

- Пациент старше 50 лет с впервые возникшей головной болью должен быть обследован для исключения гигантоклеточного артериита (D,4).

- Пациент старше 50 лет с впервые возникшей головной болью должен быть обследован для исключения опухоли головного мозга (D,4).

- Обострение периодически повторяющейся однотипной сильной головной боли, сопровождающиеся свето- и звукобоязнью, тошнотой, рвотой без симптомов очагового поражения нервной системы должны рассматриваться как мигрень (C, 2+).

- Нейровизуализация (КТ, МРТ) мозга не показана пациентам с ясным (типичным) анамнезом мигрени, отсутствием "симптомов опасности (красные флажки)" и отсутствием симптомов очагового поражения центральной нервной системы (D,4).

ЛЕЧЕНИЕ

После проведения диагностики в СтОСМП, госпитализированные пациенты получают помощь, в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами) оказания медицинской помощи при установленном диагнозе.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

| Уровни доказательств | Описание |
|----------------------|--|
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |

| | |
|---|---|
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

| Сила | Описание |
|------|--|
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| Д | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |