

Клинические рекомендации – Головная боль напряжения (ГБН) – 2021-2022-2023 (02.12.2021) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: G44.2

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 162

По состоянию на 02.12.2021 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Всероссийское общество неврологов

- Межрегиональная общественная организация "Российское общество по изучению головной боли"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

АГБ – абузусная головная боль

БОС – биологическая обратная связь

ВАШ – визуальная аналоговая шкала

ГБ – головная боль

ГБН – головная боль напряжения

ДПМ – дисфункция перикраниальных мышц

КН – коморбидные нарушения

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

ЛИГБ – лекарственно-индуцированная (абузусная) головная боль

ЛФК – лечебная физкультура

МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКГБ-3 – Международная классификация головных болей 3-го пересмотра

МРТ – магнитно-резонансная томография

МТС – мышечно-тонический синдром

МФС – миофасциальный синдром

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

РКИ – рандомизированные клинические исследования

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

УЗДГ – ультразвуковая доплерография

ХГБН – хроническая головная боль напряжения

ХМ – хроническая мигрень

ЭГБН – эпизодическая головная боль напряжения

Термины и определения

Абузусная головная боль (АГБ) – см. лекарственно-индуцированная головная боль.

Виновные препараты (препараты, которыми злоупотребляют) – препараты, которые при избыточном приеме могут приводить к развитию лекарственно-индуцированной головной боли (все классы анальгетиков).

Вторичные головные боли (ГБ) – ГБ, являющиеся симптомом другого заболевания

(симптоматические) ГБ, возникающие *de novo* в тесной временной связи с другим (причинным) заболеванием, которое согласно по научным данным может быть причиной ГБ.

Головная боль напряжения (ГБН) – одна из наиболее распространенных форм первичной ГБ, проявляющаяся болевыми эпизодами продолжительностью от 30 минут до нескольких суток.

Дисфункция перикраниальных мышц (ДПМ) – болезненное напряжение мышц головы, лица и шеи.

Ингибиторные антиноцицептивные механизмы – система нисходящего противоболевого или антиноцицептивного контроля.

Коморбидные нарушения (КН) – одно или несколько патологических состояний, наблюдающихся у одного больного, этиопатогенетически связанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них.

Лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) – клиническая разновидность вторичной хронической ГБ, развивающаяся у пациентов с первичными ГБ (мигренью и ГБН) при избыточном применении препаратов для купирования ГБ.

Лекарственный абюзус (ЛА) – избыточное применение лекарственных препаратов для купирования ГБ, обладающих обезболивающим действием.

Первичные головные боли – идиопатические (доброкачественные) ГБ, которые не связаны с органической патологией головного мозга, церебральных сосудов, любых структур головы и шеи и системными заболеваниями.

Периферическая сенситизация – повышенный ответ возбужденных ноцицептивных нейронов периферической нервной системы на обычную и/или подпороговую стимуляцию.

Триггеры головной боли – эндогенные и экзогенные факторы, способные спровоцировать приступ/эпизод ГБ.

Факторы хронизации головной боли – генетические, метаболические, средовые, поведенческие и/или психические факторы, способствующие учащению имеющейся ГБ.

Хронизация головной боли – постепенное увеличение числа дней с ГБ в месяц.

Хронические головные боли – ГБ, которые возникают 15 и более дней в месяц в течение ≥ 3 месяцев.

Центральная сенситизация (ЦС) – усиление нервных импульсов в центральной нервной системе, что приводит к гиперчувствительности организма к болевым ощущениям. ЦС отражает повышенную активность систем восприятия боли, сниженную активность нисходящих ингибирующих боль путей и в результате нарушение эндогенного контроля боли.

Цефалгия – головная боль (синоним).

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Головная боль напряжения (ГБН) – одна из наиболее распространенных форм первичной головной боли (ГБ), проявляющаяся двухсторонней ГБ давящего или стягивающего характера, слабой или умеренной интенсивности продолжительностью от 30 минут до нескольких суток. ГБ не усиливается при обычной физической активности и не сопровождается тошнотой, но могут наблюдаться снижение аппетита, фото- или фонофобия [1].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В происхождении ГБН принимают участие как периферические, так и центральные ноцицептивные (болевые) механизмы [2, 3]. Периферические механизмы связаны с болезненным напряжением мышц головы и шеи, гипоксией мышц и выделением в кровь болевых провоспалительных медиаторов. В результате повышается возбудимость ноцицептивных нейронов задних рогов спинного мозга [3, 4]. Основным центральным механизмом ГБН заключается в снижении активности ингибиторной антиноцицептивной системы ствола мозга, что облегчает передачу болевых импульсов и приводит к формированию центральной сенситизации (ЦС), что в свою очередь способствует хронизации ГБН [3]. При эпизодической ГБН (ЭГБН) существенную роль играют периферические патологические факторы, при хронической ГБН (ХГБН) – центральные, связанные с развитием ЦС. Аффективные нарушения (депрессия и тревога) способствуют хронизации имеющегося болевого синдрома [2, 3, 5].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Представленность ГБН в популяции на протяжении жизни составляет 78% [6]. Распространенность ГБН за один год в России в 2009-2011 г. г. составила около 31% случаев [7]. Наибольшее распространение имеет ЭГБН (1 день с ГБ в месяц и менее), не требующая лечения. У 24-37% пациентов эпизоды ГБ отмечаются несколько раз в месяц, у 10% – еженедельно и у 2-3% наблюдается 15 и более дней с ГБ в месяц или ХГБН. У женщин ГБН встречается несколько чаще – приблизительно Ж : М = 5 : 4. Средний возраст начала ГБН – 25-30 лет [8].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Головная боль напряженного типа (эпизодическая и хроническая) (G44.2) [9].

Комментарии: ГБН может сочетаться с мигренью (G44.2 и G43.0/1); хроническая головная боль напряжения (ХГБН) может сочетаться с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ) (G44.2 и G44.4) [9].

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В соответствии с последней версией Международной классификаций расстройств, сопровождающихся головной и лицевой болью (МКГБ-3, 2018), ГБН относится к первичным (доброкачественным) цефалгиям (часть I, МКГБ-3), которые не связаны с органическим поражением головного мозга, мозговых сосудов и других структур, расположенных в области головы и шеи, а также системными заболеваниями (таб. 1) [1].

Таблица 1. Оглавление Международной Классификации Головной Боли-3 (2018) [1]

Часть I. Первичные головные боли

1. Мигрень
2. Головная боль напряжения
3. Тригеминальные вегетативные цефалгии
4. Другие первичные ГБ

Часть II. Вторичные головные боли

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

Часть III. Болевые краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли

13. Болевые краниальные невралгии и другие лицевые боли
14. Другие ГБ

В соответствии с МКГБ-3 выделяют две основные формы ГБН: эпизодическую (ЭГБН), возникающую не более 15 дней в месяц (или 180 дней в течение года) и хроническую (ХГБН) – более 15 дней в месяц (или более 180 дней в течение года). ЭГБН в свою очередь подразделяют на частую и нечастую ЭГБН (с последней формой пациенты как правило не обращаются за медицинской помощью).

В зависимости от наличия или отсутствия мышечной дисфункции различают ЭГБН и ХГБН "без напряжения" и значительно чаще встречаемую – "с напряжением перикраниальных мышц" [4]. При невыполнении одного из критериев ГБН может быть поставлен диагноз "Возможная головная боль напряжения" (таб. 2) [1].

Таблица 2. Классификация головной боли напряжения (согласно Международной классификации головной боли-3, 2018) [1]

2. Головная боль напряжения

2.1. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения (ЭГБН)

2.1.1. Нечастая ЭГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.1.2. Нечастая ЭГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.2. Частая эпизодическая головная боль напряжения (ЭГБН)

2.2.1. Частая ЭГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

- 2.2.2. Частая ЭГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
- 2.3. Хроническая головная боль напряжения (ХГБН)
 - 2.3.1. ХГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
 - 2.3.2. ХГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
- 2.4. Возможная головная боль напряжения
 - 2.4.1. Возможная нечастая ЭГБН
 - 2.4.2. Возможная частая ЭГБН
 - 2.4.3. Возможная ХГБН

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

ГБН проявляется повторяющимися эпизодами двусторонней диффузной сжимающей неппульсирующей ГБ по типу "каска" или "обруча" в лобной, височной, теменной, возможно затылочной области или во всей голове слабой или умеренной интенсивности (4-7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) (см. Приложение Г2). ГБ не усиливается при выполнении обычной физической нагрузки; напротив, прогулка и легкая физическая нагрузка могут облегчить ГБН. Сопровождающие симптомы не характерны, однако возможно возникновение легкой тошноты и снижение аппетита. Фотофобия и фонофобия при ГБН отмечаются редко и не развиваются одновременно, как при мигрени [1].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

- Рекомендуется клиническая диагностика, основанная на специфических клинических проявлениях ГБН и соответствии клинической картины заболевания диагностическим критериям в соответствии с последней версией Международной классификации головной и лицевой боли (МКГБ-3) [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: МКГБ-3, одобренная Международным обществом головной боли в 2018 году, является основным инструментом диагностики любых форм головной и лицевой боли. В таблицах 3а-3i представлены диагностические критерии эпизодической и хронической ГБН и их подтипов.

Таблица 3а. Диагностические критерии нечастой эпизодической ГБН (МКГБ-3, 2018) [1]

2.1. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения
А. По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой не более одного дня в месяц (не более 12 дней в год) и отвечающие критериям В-D
В. Продолжительность ГБ от 30 мин. до 7 дней
С. ГБ имеет как минимум две из следующих четырех характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер;

3. легкая или умеренная интенсивность боли;
4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).
D. ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. отсутствие тошноты или рвоты; 2. только фото- или только фонофобия.
E. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Таблица 3б. Диагностические критерии нечастой эпизодической ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (МКГБ-3, 2018) [1]

2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
A. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.1 Нечастой эпизодической ГБН из МКГБ-3
B. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Таблица 3с. Диагностические критерии нечастой эпизодической ГБН, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (МКГБ-3, 2018) [1]

2.1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
A. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.1 Нечастой эпизодической ГБН из МКГБ-3
B. Нет болезненности перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Таблица 3д. Диагностические критерии частой эпизодической ГБН (МКГБ-3, 2018) [1]

2.2. Частая эпизодическая ГБН
A. По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой от 1 до 14 дней в месяц (более 12 дней на протяжении в среднем более 3 месяцев и менее 180 дней в год) и отвечающие критериям B-D.
B. ГБ продолжается от 30 минут до 7 дней.
C. ГБ имеет как минимум две из следующих четырех характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).
D. ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. отсутствие тошноты или рвоты 2. только фото- или фонофобия
E. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Таблица 3е. Диагностические критерии частой эпизодической ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (МКГБ-3, 2018) [1]

2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
А. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.2. Частой эпизодической ГБН из МКГБ-3
В. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Таблица 3ф. Диагностические критерии частой эпизодической ГБН, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (МКГБ-3, 2018) [1]

2.2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
А. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.2. Частой эпизодической ГБН из МКГБ-3
В. Нет болезненности перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Таблица 3г. Диагностические критерии хронической ГБН (МКГБ-3, 2018) [1]

2.3. Хроническая ГБН (ХГБН)
А. ГБ, возникающая более 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (более 180 дней в год), отвечающая критериям В-Д.
В. ГБ продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер.
С. ГБ имеет как минимум две из следующих четырех характеристик: 1. двухсторонняя локализация; 2. давящий/сжимающий/не пульсирующий характер; 3. легкая или умеренная интенсивность боли; 4. ГБ не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).
Д. ГБ сопровождается обоими симптомами из нижеперечисленных: 1. только фото-, фонофобия или легкая тошнота; 2. отсутствие умеренной или сильной тошноты или рвоты.
Е. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Таблица 3h. Диагностические критерии хронической ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (МКГБ-3, 2018) [1]

2.3.1 ХГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
А. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.3. Хронической ГБН из МКГБ-3
В. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Таблица 3i. Диагностические критерии хронической ГБН, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (МКГБ-3, 2018) [1]

2.3.2 ХГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
А. Эпизоды ГБ, отвечающие критериям 2.3. Частой хронической ГБН из МКГБ-3

В. Нет болезненности перикраниальных мышц при мануальной пальпации

Сочетание ГБН и лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ). ГБН, особенно ХГБН, может сочетаться с избыточным использованием лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием (лекарственный абзус). При значительном злоупотреблении возможно развитие ЛИГБ, представленной в п. 8.2 МКГБ-3 "Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов" (таб. 4а и 4б) [1]. Лекарственный абзус способствует увеличению количества эпизодов ГБ вплоть до развития ХГБН и рассматривается как один из ведущих факторов хронизации ГБН [2, 8, 10].

Таблица 4а. Обобщенные диагностические критерии ЛИГБ (МКГБ-3, 2018) [1]

А. ГБ, возникающая ≥ 15 дней в месяц у пациента, исходно имеющего первичную ГБ
В. Регулярное злоупотребление на протяжении более чем 3 месяцев одним или более препаратами для купирования острой боли и/или симптоматического лечения ГБ
С. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3

Таблица 4б. Классификация форм ЛИГБ (согласно МКГБ-3, 2018) [1]

Форма ЛИГБ	Количество дней с приемом лекарственных средств, обладающих обезболивающим действием, в месяц (регулярный прием на протяжении 3 и более месяцев):
8.2.1. ГБ, связанная с избыточным приемом эрготамин-содержащих препаратов	прием эрготамин-содержащих препаратов ≥ 10 дней в месяц
8.2.2. ГБ, связанная с избыточным приемом селективных агонистов серотониновых 5HT1-рецепторов (триптанов)	прием одного или более селективных агонистов серотониновых 5HT1-рецепторов (триптанов) ≥ 10 дней в месяц
8.2.3. ГБ, связанная с избыточным приемом анальгетиков и антипиретиков, НПВП	
8.2.3.1. ГБ, связанная с избыточным приемом парацетамола**	прием парацетамола** ≥ 15 дней в месяц
8.2.3.2. ГБ, связанная с избыточным приемом НПВП	прием одного или нескольких НПВП ≥ 15 дней в месяц
8.2.3.2.1. ГБ, связанная с избыточным приемом ацетилсалициловой кислоты**	прием ацетилсалициловой кислоты** ≥ 15 дней в месяц
8.2.3.3. ГБ, связанная с избыточным приемом других анальгетиков и антипиретиков	прием одного или более анальгетиков и антипиретиков ≥ 15 дней в месяц
8.2.4. ГБ, связанная с избыточным приемом опиоидов	прием одного или более опиоидов ≥ 10 дней в месяц
8.2.5. ГБ, связанная с избыточным приемом	прием одного или более анальгетиков,

анальгетиков, содержащих компоненты из разных классов, обладающих обезболивающим действием	содержащих компоненты из разных классов, обладающих обезболивающим действием, ≥ 10 дней в месяц
8.2.6. ГБ, связанная с применением нескольких классов лекарственных средств (без четкого превалирования какого-либо одного класса)	прием любых комбинаций эрготамина, селективных агонистов серотониновых 5HT ₁ -рецепторов (триптанов), анальгетиков и НПВП ≥ 10 дней в месяц без четкого злоупотребления отдельным лекарственным средством или классом лекарственных средств
8.2.7. ГБ, связанная с неуточненным избыточным применением нескольких классов лекарственных средств	прием любых комбинаций эрготамина, селективных агонистов серотониновых 5HT ₁ -рецепторов (триптанов), анальгетиков и НПВП ≥ 10 дней в месяц, когда сложно точно установить само лекарственное средство, его количество и кратность приема
8.2.8. ГБ, связанная с избыточным приемом других препаратов	прием ≥ 10 дней в месяц любых других лекарственных средств, не обозначенных выше

- Рекомендуется у пациентов с частой эпизодической и хронической формами ГБН клиническая диагностика ЛИГБ, основанная на специфических клинических проявлениях и на соответствии клинической картины диагностическим критериям ЛИГБ (МКГБ-3, таб. 4а и 4б) [1, 8, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: диагностика ЛИГБ основывается на клинической оценке ГБ, анализе данных о числе, кратности приема лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием и типе препаратов злоупотребления [1]. Для уточнения этих характеристик желательно ведение пациентами дневника ГБ (Приложение Г).

ЛИГБ проявляется диффузной монотонной чаще утренней или ночной головной болью, которая нарастает по интенсивности с прекращением действия принятого ранее лекарственного препарата, обладающего обезболивающим действием. Сходство клинических характеристик ЛИГБ и ХГБН нередко затрудняет дифференциальную диагностику этих цефалгий.

Основным диагностическим критерием ЛИГБ является "число дней с приемом лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием в месяц". Например, диагноз "ГБ, связанная с избыточным приемом анальгетиков, содержащих компоненты из разных классов, обладающих обезболивающим действием" выставляется при регулярном приеме одного или более таких препаратов ≥ 10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, а "ГБ, связанная с избыточным приемом других НПВП" – при регулярном приеме одного или более НПВП ≥ 15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев [1]. Наибольший риск ЛИГБ отмечается при использовании лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием, содержащих наркотические компоненты (кодеин и др.), барбитураты и кофеин** [11, 12, 13]. Инструментальные методы исследования для диагностики ЛИГБ не применяются вследствие их неинформативности [14, 15].

- Рекомендуется у пациентов с ГБН при выявлении ЛИГБ выставить два диагноза: ГБН

и ЛИГБ (например, "ХГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц. ЛИГБ, связанная с избыточным приемом анальгетиков, содержащих компоненты из разных классов, обладающих обезболивающим действием".) с целью выбора дальнейшей тактики лечения – коррекция ЛИГБ [1, 7, 9, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

2.1. Жалобы и анамнез

Основными жалобами пациента с ГБН являются повторяющиеся эпизоды двусторонней диффузной сжимающей и неппульсирующей ГБ по типу "каска" или "обруча" в лобной, височной, теменной, возможно затылочной области или всей головы слабой или умеренной интенсивности (4-7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) (Приложение Г2). ГБ не усиливается при выполнении обычной физической нагрузки; для ГБН не характерны сопутствующие симптомы, однако возможна легкая тошнота и снижение аппетита. Фотофобия и фонофобия при ГБН отмечаются редко и не развиваются одновременно, как при мигрени [1]. Эпизоды ГБ имеют продолжительность от 30 минут до нескольких дней; при ХГБН возможно присутствие ГБ на протяжении всего дня с периодическими усилениями и облегчениями боли.

Эпизоды ГБ провоцируются психическим или позным напряжением головы и шеи, облегчаются в состоянии психологической релаксации и/или при расслаблении перикраниальных мышц [2, 6, 8]. Поэтому частота болевых эпизодов может увеличиваться в периоды эмоционального напряжения и интенсивной работы, связанной с перенапряжением мышц головы, лица и шеи, и напротив, снижаться при положительных эмоциях, психологическом и мышечном расслаблении.

- Рекомендуется у пациентов с ГБН выявлять сопутствующие коморбидные нарушения (КН), которые могут поддерживать мышечное напряжение и существенно ухудшать качество жизни пациентов с ГБН. [2, 8, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: коморбидные нарушения способствуют учащению эпизодов (хронизации) ГБН и требуют терапевтической коррекции. Наиболее частыми КН у пациентов с ГБН являются депрессия, тревожные расстройства (в том числе, панические атаки), соматоформные и сенесто-ипохондрические расстройства, нарушение ночного сна и другие болевые синдромы (в том числе, фибромиалгия).

2.2. Физикальное обследование

Клиническая диагностика ГБН наряду с анализом жалоб и анамнеза включает неврологический осмотр.

- Рекомендуется у всех пациентов с ГБН исследование неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики и возможной симптоматической природы ГБН [10, 14, 15].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: при типичном течении ГБН не обнаруживается патологических изменений в неврологическом статусе. Может отмечаться снижение настроения, признаки повышенной тревожности, вегетативные нарушения (гипервентиляция, ладонный гипергидроз, признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости в виде симптома Хвостека I-III степени), неспособность пациента к психологическому и мышечному расслаблению.

- Рекомендуется у всех пациентов с ГБН провести пальпацию перикраниальных мышц с целью выявления болезненного мышечного напряжения в одной или более мышечных группах [2, 4, 6, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: синонимы мышечного напряжения: дисфункция перикраниальных мышц (ДПМ), мышечно-тонический синдром (МТС), мышечный спазм. Пальпацию следует проводить мелкими вращательными движениями вторым и третьим пальцами при надавливании с обеих сторон в области височных, жевательных, грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных мышц, а также в области задней группы мышц шеи (ременных, нижних косых). При выявлении болезненного напряжения в одной или более мышечных группах следует поставить соответствующий диагноз, например: "ХГБН с напряжением перикраниальных мышц" [1].

- Рекомендуется при выявлении болезненного напряжения в одной или более мышечных группах поставить соответствующий диагноз, например: "ХГБН с напряжением перикраниальных мышц" с целью выбора правильной тактики лечения (коррекция мышечной дисфункции) [1, 4, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Поскольку диагностика ГБН является клинической, лабораторные методы не являются обязательными.

- Не рекомендуются пациентам с ГБН при типичной клинической картине и нормальных данных неврологического осмотра лабораторные методы исследования в связи с их не информативностью [4, 8, 10, 14, 15, 70].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: лабораторные методы исследования не информативны в диагностике ГБН, поскольку не выявляют специфических для этого заболевания изменений.

2.4. Инструментальные диагностические исследования

Поскольку диагностика ГБН является клинической, инструментальные исследования не являются обязательными.

- Не рекомендуются пациентам с ГБН при типичной клинической картине и нормальных данных неврологического осмотра инструментальные исследования и консультации специалистов [8, 10, 14, 15, 70].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: инструментальные исследования не информативны в диагностике ГБН, поскольку не выявляют специфических для этого заболевания изменений.

- Рекомендуются пациентам с нетипичным течением ГБН или при выявлении одного или более "сигналов опасности" инструментальные исследования и консультации специалистов с целью исключения симптоматического характера ГБ (таб. 5) [8, 10, 14, 15, 70].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: нетипичное течение ГБН определяется как невыполнение 2-х и более диагностических критериев МКГБ-3. Настораживающие симптомы перечислены в таблице 5.

Таблица 5. Переченьстораживающих симптомов – "сигналов опасности" у пациентов с головной болью [8, 10-14]

1. ГБ, впервые возникшая после 50 лет, или ГБ, изменившая свое течение
2. "Громоподобная ГБ" или ГБ, нарастающая до 10 баллов по визуальной аналоговой шкале за 1-2 секунды
3. Строго односторонняя ГБ
4. Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий
5. Внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ
6. Атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/или продолжительностью > 1 часа)
7. Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения
8. Очаговые неврологические знаки и симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность шеи, артралгии или миалгии)
9. Признаки внутричерепной гипертензии (усиление ГБ при кашле, натуживании, физическом напряжении)
10. Отек диска зрительного нерва
11. ВИЧ-инфекция, онкологическое, эндокринное и другое системное заболевание или травма головы в анамнезе
12. Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде
13. Неэффективность адекватного проводимого лечения

2.5. Иные диагностические исследования

2.5.1. Дневник головной боли

Для установления числа дней с ГБ в месяц (определение формы ГБН) и числа дней с приемом лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием, целесообразно ведение пациентом дневника ГБ (**Приложение Г**) [2, 5, 8]. Ведение дневника ГБ в течение 1-3 месяцев помогает пациенту и врачу отличить один вариант ГБ от другого (например, приступ мигрени от эпизода ГБН), установить число дней с ГБ в месяц и число дней с приемом лекарственных препаратов с обезболивающим действием в месяц.

- Рекомендуется использование дневника ГБ в специализированных центрах боли и головной боли у всех пациентов с подозрением на ГБН для облегчения дифференциальной диагностики с мигренью и для выявления лекарственного абзуса [2, 6, 8].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

2.5.2. Дифференциальная диагностика

- Рекомендуется у пациентов с нетипичным течением ГБН дифференциальная диагностика с мигренью, реже с вторичными цефалгиями: ГБ, связанной с интракраниальной венозной дисфункцией, ГБ, связанной с изменением ликворного давления, миофасциальной дисфункцией перикраниальных мышц и с цервикогенной ГБ с целью установления более

точного диагноза [2, 6, 8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: для облегчения дифференциальной диагностики ГБН с мигренью целесообразно ведение пациентом дневника ГБ. Для дифференциальной диагностики с перечисленными вторичными формами ГБ необходимы соответствующие дополнительные исследования.

- Рекомендуется у пациентов с хронической ГБН дифференциальная диагностика с хронической мигренью в связи со схожестью клинической картины и с целью подбора дальнейшей дифференцированной терапии [3, 8, 10, 16].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: трудности дифференциальной диагностики ХГБН и ХМ связаны с тем, что ведущими клиническими проявлениями ХМ являются как сохраняющиеся частые приступы М, так и ГБН-подобная "фоновая" боль. В этом случае следует опираться на данные раннего анамнеза: у пациентов с ХМ в отличие от ХГБН в начале заболевания отмечаются типичные приступы эпизодической мигрени и другие, характерные для мигрени признаки (наследственный анамнез, типичные триггеры приступов мигрени, облегчение ГБ во время беременности) [3, 9, 10].

- Рекомендуется при сочетании ГБН с другими формами первичных и вторичных цефалгий внести эти формы ГБ в диагноз [1, 8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: примеры сочетанных диагнозов: 1. "Эпизодическая ГБН с напряжением перикраниальных мышц. Мигрень с аурой", 2. "Хроническая ГБН с напряжением перикраниальных мышц. Мигрень без ауры. Лекарственно-индуцированная ГБ (комбинированные анальгетики)".

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

Ведение пациентов с ГБН включает три подхода: поведенческую терапию, купирование болевых эпизодов и профилактическое (курсовое) лечение [2, 8, 10, 13].

Основными целями лечения ГБН являются снижение частоты, интенсивности болевых эпизодов и повышение качества жизни пациентов. Стратегии лечения ГБН включают нормализацию эмоционального состояния пациента, устранение мышечного напряжения, коррекцию коморбидных нарушений, в первую очередь, психических расстройств, и при необходимости преодоление лекарственного злоупотребления/лечение ЛИГБ.

3.1. Поведенческая терапия

- Рекомендуется пациентам с ГБН поведенческая терапия, направленная на разъяснение природы заболевания и необходимости модификации образа жизни пациента с ГБН [2, 5, 10, 39].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: основные положения поведенческой терапии включают:

1. разъяснение пациентам доброкачественной природы ГБН и механизмов ее возникновения и разубеждение в наличии органической причины ГБ;

2. обоснование нецелесообразности дополнительных исследований (за исключением случаев подозрения на симптоматический характер ГБ);

3. разъяснение роли провокаторов эпизодов ГБН: эмоционального и мышечного

напряжения, коморбидных эмоциональных расстройств (тревоги, депрессии и фобических нарушений);

4. разъяснение необходимости обучения психологическому и мышечному расслаблению;

5. обсуждение роли факторов риска учащения (хронизации) ГБН: лекарственного злоупотребляющим лекарственными препаратами с обезболивающим действием, следует разъяснить необходимость отказа от приема этих препаратов;

6. разъяснение целей лечения, механизмов действия профилактических препаратов и пользы от использования немедикаментозных методов.

3.2. Купирование эпизодов головной боли

Для купирования эпизодов ГБН следует применять препараты с обезболивающим действием (таб. 6).

Таблица 6. Лекарственные средства для купирования приступа ГБН

Вещество	Разовая доза, мг	Уровень убедительности рекомендаций	Нежелательные явления
Ибупрофен**	400	A	НПВП-гастропатия, риск кровотечения
Кетопрофен**	25	A	То же
Ацетилсалициловая кислота**	500-1000	A	То же
Напроксен	550	B	То же
#Диклофенак**	12,5-25 мг	B	То же
Парацетамол**	1000	C	Менее выражены, чем у НПВП
Другие анальгетики и антипиретики, содержащие кофеин		B	См. комментарии*

- Рекомендуется для купирования эпизодов ГБН как препарат выбора ибупрофен** 400 мг [17].

Уровень убедительности рекомендаций – A (уровень достоверности доказательств – 1).

- Рекомендуется для купирования эпизодов ГБН как препарат выбора кетопрофен** 25 мг [18].

Уровень убедительности рекомендаций – A (уровень достоверности доказательств – 1).

- Рекомендуется для купирования эпизодов ГБН как препарат выбора ацетилсалициловая кислота** 500-1000 мг [19].

Уровень убедительности рекомендаций – A (уровень достоверности доказательств – 1).

- Рекомендуется для купирования эпизодов ГБН как препарат выбора напроксен 550 мг

[20].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).
Комментарии: также часто применяется доза 500 мг однократно.

- Рекомендуется для купирования эпизодов ГБН как препарат выбора #диклофенак** 12,5-25 мг в саше [21].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется для купирования эпизодов ГБН парацетамол** в дозе 1000 мг [22].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 1).

- Рекомендуются для купирования эпизодов ГБН другие анальгетики и антипиретики, содержащие кофеин [20, 23, 24].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

- Не рекомендуются для купирования эпизодов ГБН любые препараты, содержащие метамизол натрия, в связи с высоким риском развития агранулоцитоза, агонисты серотониновых 5HT₁-рецепторов (триптаны), опиоидные анальгетики, миорелаксанты, а также другие анальгетики и антипиретики, содержащие кодеин или барбитураты, в связи с высоким риском развития ЛИГБ [6, 8, 10, 36].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: комбинация с кофеином повышает эффективность препаратов, содержащих ибупрофен [26] и парацетамол [20, 23-25], но, возможно, также увеличивает риск развития ЛИГБ у пациентов с ГБ. Поэтому комбинированные препараты, содержащие кофеин, имеют уровень рекомендаций В.

При назначении пациентам с ГБ лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием, необходимо использовать следующие принципы:

1. выбор лекарственного препарата с обезболивающим действием должен быть сделан на основании их эффективности и возможных побочных эффектов;

2. НПВП более эффективны, чем ацетилсалициловая кислота**, которая, в свою очередь, более эффективна, чем парацетамол**;

3. более быстрый эффект достигается при применении диспергируемых форм лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием (ибупрофена**, кетопрофена**, ацетилсалициловой кислоты**).

4. применение НПВП возможно у пациентов с ЭГБН при частоте эпизодов ГБ не более 2 раз в неделю (до 10 болевых дней в месяц); при увеличении частоты использования этих средств их эффект снижается, и возникает риск развития ЛИГБ;

5. при использовании НПВП необходимо учитывать возможные побочные явления, в первую очередь, воздействие на желудочно-кишечный тракт и риск кровотечений;

6. использование комбинированных средств, содержащих парацетамол, ацетилсалициловую кислоту и кофеин более эффективно, чем монотерапия, однако при использовании этих препаратов более 8 дней в месяц возникает риск развития ЛИГБ.

3.3. Профилактическое лечение

Профилактическая терапия ГБН направлена на уменьшение частоты ГБ, уменьшение числа принимаемых препаратов, обладающие обезболивающим действием, и повышение качества жизни пациента.

- Рекомендуется профилактическая терапия у пациентов с частой эпизодической и

хронической формами ГБН с целью уменьшения частоты дней с ГБ в месяц [26].

Уровень убедительности рекомендаций – **B** (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: общие рекомендации по ведению пациентов с ГБН включают:

1. следует разъяснить пациенту целесообразность терапии антидепрессантами, механизмы действия и возможные побочные эффекты назначаемых лекарственных средств, например, что антидепрессанты обладают не только антидепрессивным, но и противоболевым действием;

2. для минимизации побочных эффектов целесообразно медленное (постепенное) увеличение дозы препаратов;

3. необходимо продолжительное использование выбранного профилактического средства в адекватно переносимой дозе на протяжении 6-12 месяцев;

4. при отсутствии эффекта в течение 3 месяцев следует отменить выбранное профилактическое средство и использовать другой препарат или комбинацию средств;

5. общая продолжительность профилактической терапии составляет от 3 до 12 мес в зависимости от тяжести течения ГБ.

- Рекомендуется у пациентов с частой эпизодической и хронической ГБН оценивать эффективность профилактического лечения через 3 месяца после начала приема лекарственного средства в рекомендованной дозе [2, 8].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: через 3 месяца профилактической терапии число дней с ГБ в месяц при успешном лечении должно снизиться на 50% от исходного.

- Рекомендуются у пациентов с частой эпизодической и хронической формами ГБН в качестве профилактических средств первого выбора антидепрессанты для уменьшения частоты дней с ГБ в месяц и повышения качества жизни пациентов (таб. 7) [26-32].

Уровень убедительности рекомендаций – **B** (уровень достоверности доказательств – 2).

Таблица 7. Лекарственные средства для профилактического лечения головной боли напряжения

Вещество	Суточная доза, мг	Уровень убедительности рекомендаций
#Амитриптилин**	50-150	A
#Кломипрамин**	75-150	B
#Венлафаксин	150	B
#Миртазапин	30	C

Комментарии: эффект антидепрессантов обусловлен их собственным противоболевым действием вследствие усиления активности антиноцицептивных систем [3, 6]. Анальгетическое действие наступает раньше, чем собственно антидепрессивный эффект и наблюдается при использовании антидепрессантов в меньших дозах.

- Рекомендуется пациентам с частой эпизодической и хронической формами ГБН для профилактической терапии #амитриптилин** (50-150 мг в сутки) в качестве препарата первого выбора [26-28, 74].

Уровень убедительности рекомендаций – **B** (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: лечение #амитриптилином** начинают с небольших доз (5-10 мг в

сутки), затем каждую неделю суточную дозу увеличивают (титруют) на 5-10 мг в сутки до наступления клинического эффекта или появления нежелательных явлений; средняя эффективная доза #амитриптилина** составляет 50-75 мг в сутки (разброс от 25 до 150 мг в сутки). Для облегчения переносимости препарата и у пациентов с сопутствующими жалобами на нарушение ночного сна большая часть дозы #амитриптилина** должна быть принята за 1-2 часа до сна. Важно разъяснить пациенту, что, хотя #амитриптилин** является антидепрессантом, он также обладает выраженным противоболевым действием и высокой эффективностью в лечении ГБН [2, 8, 28].

- Рекомендуется для профилактической терапии ГБН #кломипрамин** (75-150 мг/сут) при наличии противопоказаний, плохой переносимости или недостаточной эффективности #амитриптилина** в качестве препарата второго выбора (таб. 7) [29].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется для профилактической терапии ГБН #венлафаксин (150 мг/сут) при наличии противопоказаний, плохой переносимости или недостаточной эффективности #амитриптилина** в качестве препарата второго выбора [30].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется для профилактической терапии ГБН #миртазапин (30 мг/сут) при наличии противопоказаний или плохой переносимости #амитриптилина** в качестве препарата второго выбора [31, 36].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии:

1. при отсутствии эффекта через 3 месяца приема терапевтической дозы #амитриптилина** или при его плохой переносимости могут быть использованы #кломипрамин**, #венлафаксин или #миртазапин [29-33]. Эффективность других антидепрессантов в профилактике ГБН недостаточно доказана;

2. антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) обладают менее выраженными противоболевыми свойствами и не имеют достаточной доказательной базы в лечении ХГБН.

- Рекомендуется для профилактики хронической ГБН при неэффективности или непереносимости антидепрессантов #габапентин (2400 мг/сут) [34].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется пациентам с ГБН с выраженной дисфункцией перикраниальных мышц в качестве дополнительной терапии миорелаксант #tizанидин** (2-6 мг 3 раза в сутки) [35].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: лечение #tizанидином можно начинать с 2 мг 3 раза в сутки, при необходимости постепенно повышая дозу до 4 мг 3 раза в сутки и 6 мг 3 раза в сутки.

- Рекомендуется пациентам с ГБН с выраженной дисфункцией перикраниальных мышц в качестве дополнительной терапии миорелаксант #толперизон (450 мг в сутки) [2, 4, 8, 75].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: длительность терапии миорелаксантами составляет не более 2 месяцев (в среднем 3-4 недели). Поскольку клинический эффект этих лекарственных средств наступает быстрее, чем у антидепрессантов, назначение комбинированной терапии – применение антидепрессанта вместе с миорелаксантом – может способствовать увеличению приверженности пациентов лечению.

- Не рекомендуются для профилактики ГБН психостимуляторы и ноотропные препараты [2, 6, 8, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: психостимуляторы и ноотропные препараты не обладают доказанным специфическим действием в профилактическом лечении ГБН, однако они могут применяться у пациентов с ГБН в качестве дополнительных средств с целью коррекции легких когнитивных нарушений [8].

3.4. Особенности лечения ГБН, сочетающейся с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ)

Пациентам с сочетанием хронической формы ГБН и лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ) необходимо проводить лечение ЛИГБ, которое включает поведенческую терапию, отмену препаратов злоупотребления, купирование ГБ отмены (детоксикацию) и профилактическое лечение ГБН.

- Рекомендуется пациентам с частой эпизодической ГБН поведенческая терапия, состоящая в информировании их о негативной роли избыточного применения лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием, в развитии ЛИГБ с целью ограничения приема анальгетиков для предотвращения формирования хронической формы ГБН [10, 37, 38].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: пациенты с частой эпизодической ГБН (число дней с ГБ 8 и более в месяц и около 8-10 дней в месяц с приемом лекарственных препаратов с обезболивающим действием) представляют группу риска по развитию ЛИГБ. У пациентов группы риска предотвращение лекарственного злоупотребления с помощью поведенческой терапии более эффективно, чем лечение уже развившейся ЛИГБ [39].

Основные стратегии профилактики развития ЛИГБ в группе риска включают: информирование пациентов о безопасном режиме приема средств для купирования болевых эпизодов (не чаще 2 дней в неделю – не более 8 дней в месяц) и контроль других факторов риска хронизации ГБН (эмоциональный стресс, тревога, депрессия, напряжение перикраниальных мышц). Следует разъяснить пациенту, что злоупотребление препаратами для купирования эпизодов ГБН способствует учащению дней с ГБ, то есть, хронизации ГБН и развитию ЛИГБ, и что единственный путь к облегчению ГБ – это значительное сокращение или временная отмена препарата(ов) злоупотребления.

Поведенческая терапия (совет об ограничении/отмене "виновных" препаратов) недостаточно эффективна у пациентов с коморбидными психическими нарушениями (депрессия, тревога), злоупотребляющих опиоидами, анксиолитиками, барбитуратами или несколькими фармакологическими группами, оказывающими обезболивающее действие, одновременно, и у имеющих неудачные попытки отмены препаратов злоупотребления в анамнезе [11, 40-42].

- Рекомендуется пациентам с частой эпизодической и хронической формами ГБН и лекарственным злоупотреблением существенное ограничение или отмена препарата(ов) злоупотребления с целью лечения ЛИГБ и уменьшения частоты ГБ [37, 38].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: может применяться как полная, так и частичная отмена препарата(ов) злоупотребления. Число дней с приемом любых лекарственных препаратов с обезболивающим действием не должно превышать 2 в неделю (8 в месяц). Отмену анальгетиков можно проводить в амбулаторных условиях; отмену опиоидов, анальгетиков в комбинации с психотропными средствами, в том числе при сочетании со злоупотреблением

производными бензодиазепа, – в условиях стационара/дневного стационара [40, 43].

- Рекомендуются пациентам с ЛИГБ в период отмены препаратов злоупотребления детоксикационные меры с целью лечения "рикошетной" ГБ и других клинических проявлений синдрома отмены [44-48].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: лечение ГБ и других клинических проявлений периода отмены (детоксикацию) следует проводить в первые две недели периода отмены. Выбор препаратов определяется клиническими проявлениями (например, при наличии рвоты целесообразно применение протировотных препаратов).

Пациентам, злоупотребляющим опиоидами, производными бензодиазепа, барбитуратами, необходим мониторинг метаболических показателей крови, артериального давления и восполнение жидкости (в т.ч. обильное питье).

В период отмены препаратов злоупотребления у пациентов с сочетанием ГБН и ЛИГБ для лечения "рикошетной" ГБ и других клинических проявлений синдрома отмены могут применяться внутрь или парентерально кортикостероиды системного действия, селективные нестероидные противовоспалительные препараты и анксиолитики (таб. 8).

Таблица 8. Лекарственные средства, рекомендованные для лечения ГБ отмены и других симптомов отмены у пациентов с ЛИГБ

Лекарственные средства	Дозы (разовая/суточная) и путь введения	Комментарий
#Преднизолон**	100 мг или 1 мг 1 мг на кг веса (в среднем 60 мг в сутки)	Существуют 2 схемы: 100 мг 5 дней или 60 мг с постепенным снижением дозы на 5-10 мг каждые 3 дня в течение 1-2 недель вплоть до отмены препарата
#Метилпреднизолон**	125-500 мг на 250,0-400,0 мл раствора натрия хлорида** внутривенно капельно 1 р/сут, 5 дней	Возможно сочетание с #диазепамом** 10 мг внутривенно капельно
Целекоксиб	400 мг в сутки перорально 5 дней, затем снижение дозы по 100 мг каждые 5 дней	
Метоклопрамид**	10 мг 1 р/сут перорально или внутримышечно 5-7 дней	
#Диазепам**	10 мг на 250,0 мл раствора натрия хлорида** внутривенно капельно 1 р/сут, 5 дней	В протоколе совместно с #метилпреднизолоном** 125 мг и эзомепразолом 40 мг

- Рекомендуется у пациентов с сочетанием ГБН и ЛИГБ в период отмены анальгетиков для лечения "рикошетной" ГБ #преднизолон** продолжительностью 5-10 дней – см. комментарий) [43, 45].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: для применения #преднизолона** существуют 2 схемы: 100 мг 5 дней [45] или 60 мг 2 дня, 40 мг 2 дня, 20 мг 4 дня [43].

- Рекомендуется у пациентов с ГБН и ЛИГБ в период отмены анальгетиков для лечения "рикошетной" ГБ метилпреднизолон** 125 мг на 250,0 мл раствора натрия хлорида** внутривенно капельно в сочетании с #диазепамом** 10 мг и эзомепразолом** 40 мг 1 р/сут. продолжительностью 5 дней) [46].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется в период отмены анальгетиков пациентам с ГБН и ЛИГБ селективный нестероидный противовоспалительный препарат цефекоксиб перорально в дозе 400 мг/сут (200 мг 2 раза в сутки) в течение первых 5 дней, с последующим снижением дозы на 100 мг каждые 5 дней вплоть до отмены как альтернативный лекарственный препарат для лечения "рикошетной" ГБ [2, 10, 11, 12, 13, 47].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: в период отмены привычных "виновных" анальгетиков в качестве альтернативных лекарственных препаратов с обезболивающим действием, могут применяться препараты тех классов, которыми пациент ранее не злоупотреблял. Например, при злоупотреблении опиоидными анальгетиками могут быть рекомендованы нестероидные противовоспалительные препараты: цефекоксиб, напроксен, лорноксикам.

- Рекомендуется пациентам с ГБН и ЛИГБ с выраженной тошнотой и рвотой в период отмены препаратов, обладающих обезболивающим действием, назначать противорвотный препарат метоклопрамид** (10 мг 1 раз в сутки перорально или внутримышечно) в течение 5-7 дней [10-13].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется пациентам с ГБН и ЛИГБ с целью лечения симптомов отмены #диазепам** 10 мг на 250.0 мл раствора натрия хлорида** внутривенно капельно 1 р/сут в сочетании с #метилпреднизолоном** 125 мг и эзомепразолом** 40 мг в течение 5 дней [46].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

- Рекомендуется пациентам с сочетанием ГБН и ЛИГБ наряду с лечением ЛИГБ профилактическая терапия ГБН (таб. 7) [36, 37].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: профилактическую терапию ХГБН сочетающейся с ЛИГБ, предпочтительно начинать вместе с отменой препарата(ов) злоупотребления и лечением ГБ отмены, однако можно назначать ее и до отмены препаратов злоупотребления [38-41].

- Рекомендуется для профилактической терапии хронической ГБН, сочетающейся с ЛИГБ #амитриптилин** 50-150 мг в сутки в качестве препарата первого выбора [26-28].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: в клинической практике возможно использование и других антидепрессантов, но их эффективность при ЛИГБ не доказана.

Врачи общей практики, врачи-терапевты и врачи-неврологи, которые испытывают трудности ведения пациентов с ЛИГБ, должны коротко разъяснить пациенту негативную роль лекарственного злоупотребления в учащении ГБ, проинформировать его о необходимости полного или частичного отказа от приема препаратов злоупотребления и перенаправить пациента к специалисту по диагностике и лечению ГБ или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [8, 11].

3.5. Иное лечение

3.5.1. Немедикаментозное лечение

Для повышения эффективности профилактической терапии ГБН, особенно у пациентов с хронической формой, целесообразно комбинировать фармакологическое лечение с немедикаментозными методами (таб. 8) [48-68].

Таблица 8. Нелекарственные методы лечения у пациентов с головной болью напряжения

Нелекарственные методы лечения	Уровень убедительности рекомендаций
Нейропсихологическая реабилитация с помощью БОС <*>	A
Индивидуальная психотерапия (КПТ) <***>	A
Постизометрическая релаксация (ПИР)	A
Лечебная физкультура	B
Рефлексотерапия при заболеваниях центральной нервной системы	B

<*> – БОС – тренировка с биологической обратной связью по электромиографии мышц скальпа и шеи

<***> – Когнитивно-поведенческая терапия

- Рекомендуется пациентам с частой эпизодической и хронической формами ГБН нейропсихологическая реабилитация тренировка с помощью биологической обратной связи (БОС) по электромиографии мышц скальпа и шеи для профилактической терапии ГБН с целью обучения психологическому и мышечному расслаблению [49].

Уровень убедительности рекомендаций – B (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: Экспериментальные работы [60] демонстрируют увеличение активности антиноцицептивных систем с увеличением уровня эндорфинов в плазме крови на фоне применения метода БОС. Серия повторных сеансов (от 8 до 15) БОС позволяет существенно снизить у пациентов с ГБН частоту эпизодов ГБ и уровень тревоги. Поскольку доступность БОС в РФ ограничена, следует более широко применять другие методы (таб. 8).

- Рекомендуется пациентам с эпизодической и хронической формами ГБН когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) для обучения релаксации, осознания механизмов формирования ГБ и путей ее облегчения [50-53].

Уровень убедительности рекомендаций – A (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: КПТ направлена на осознание пациентом своего состояния, уменьшение катастрофизации боли, формирование позитивных стратегий преодоления ГБ и эмоционального стресса и на освоение программ стресс-менеджмента [52, 53].

Для повышения эффективности профилактической терапии ГБН целесообразно применение физиотерапевтических методов.

- Рекомендуется пациентам с ГБН, которая сочетается с напряжением мышц головы и шеи постизометрическая релаксация (ПИР) с целью достижения мышечного расслабления [48, 51, 54-56].

Уровень убедительности рекомендаций – **A** (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарий: ПИР является одним из наиболее эффективных физиотерапевтических подходов, используемых для лечения пациентов с ГБН как самостоятельный метод, так и в сочетании с лекарственной терапией [54-56].

При наличии триггерных точек в напряженных перикраниальных мышцах и мышцах шеи у пациентов с ГБН, сопровождающейся дисфункцией перикраниальных мышц, может применяться пункция триггерных точек сухой иглой [68].

- Рекомендуется лечебная физкультура, в том числе с использованием аппаратов и тренажеров, рекомендованных при заболеваниях нервной системы, для профилактической терапии ГБН с целью улучшения общего состояния пациента и укрепления мышц [57, 58].

Уровень убедительности рекомендаций – **B** (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: программа ЛФК включает упражнения на укрепление глубоких мышц шеи, координацию, растяжение мышц, коррекцию осанки, дыхательные упражнения, а также аэробные нагрузки [65], силовые тренировки [57] и занятия йогой [58]. Как правило, рекомендовано проведение не менее 10 сеансов.

- Рекомендуется пациентам с эпизодической и хронической формами ГБН рефлексотерапия (акупунктура) при заболеваниях центральной нервной системы как дополнительный метод профилактического лечения в комбинации с другими нелекарственными подходами и фармакологической терапией [59, 61, 62, 67, 68].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: при наличии триггерных точек в напряженных перикраниальных мышцах и мышцах шеи у пациентов с ГБН, сопровождающейся дисфункцией перикраниальных мышц, может применяться пункция триггерных точек сухой иглой [4, 6, 68].

- Не рекомендуется для профилактической терапии ГБН диетотерапия [5, 6, 8, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

Реабилитационные мероприятия у пациентов с ГБН не разработаны.

- Рекомендуются пациентам с эпизодической и хронической формами ГБН в дополнение к перечисленным нелекарственным методам релаксационный тренинг, аутогенная тренировка, аэробные физические упражнения, медицинский массаж, кинезиотерапия, остеопатия, спинальные манипуляции, мануальная терапия [2, 8, 55, 69].

Уровень убедительности рекомендаций – **C** (уровень достоверности доказательств – 5).

4.1. Санаторно-курортное лечение

Не разработано.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется разъяснение пациентам роли провоцирующих факторов (в первую очередь, стресса и позного мышечного напряжения) и необходимости их избегать для профилактики ГБН [2, 8, 51, 53, 54, 63, 64].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется для предотвращения учащения эпизодов ГБН разъяснение пациентам роли факторов хронизации ГБ: лекарственного злоупотребления, хронического эмоционального стресса, депрессии, тревоги и перенапряжения перикраниальных мышц, а также необходимости модификации образа жизни пациентов [2, 5, 8, 39].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: разъяснительная работа может проводиться врачами общей практики, терапевтами и неврологами, к которым обращаются пациенты с ГБН. Следует рекомендовать избегать длительной работы в вынужденной позе со статическим напряжением перикраниальных мышц, конфликтных и стрессовых ситуаций, избыточного приема лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием, обучение психологическому и мышечному расслаблению.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для экстренной госпитализации пациента в неврологическое отделение:

1. Головная боль, сопровождающаяся изменением сознания
2. Головная боль, сопровождающаяся лихорадкой и менингеальными симптомами
3. Головная боль с нарастающей очаговой неврологической симптоматикой
4. Головная боль с нарастающей общемозговой симптоматикой
5. "Громоподобная" головная боль

Показания для плановой госпитализации пациента в неврологическое отделение:

1. Прогрессирующая головная боль
2. Некупируемая головная боль
3. Головная боль, связанная с избыточным потреблением опиоидов, спазмолитиков, психотропных средств и анальгетиков в комбинации.

Показания к выписке пациентов из неврологического отделения:

1. Купирование головной боли
2. Уменьшение головной боли до 3-4 баллов по визуальной аналоговой шкале
3. Успешная замена препарата злоупотребления на адекватную лекарственную терапию

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Течение заболевания у пациентов с ГБН может существенно ухудшаться при отсутствии лечения и при применении неадекватного лечения.

Одной из предпосылок для назначения неэффективного лечения является установление вместо диагноза "ГБН" ложных, так называемых "органических" диагнозов [2, 8, 70]. Примеры ошибочных диагнозов, маскирующих диагноз ГБН: дисциркуляторная энцефалопатия, остеохондроз шейного отдела позвоночника; вегетососудистая дистония с цефалгическим синдромом; гипертензионно-гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом, ГБ, связанная с артериальной гипертензией, цервикогенная ГБ.

К установлению ложных диагнозов, как правило, приводит неверная трактовка

результатов инструментальных исследований: выявленные неспецифические изменения расцениваются врачами как признаки органического поражения головного мозга или церебральных сосудов, что и является основанием для ошибочного диагноза [2, 8, 70].

Установление неверного диагноза, в свою очередь, приводит к выбору неправильной тактики лечения, чаще всего, к назначению психостимуляторов и ноотропных препаратов, которые не имеют доказательной базы в лечении ГБН и не облегчают состояние пациентов [2, 8, 70]. Таким образом, перечисленные ошибки диагностики и лечения могут способствовать хронизации ГБН и дальнейшему ухудшению качества жизни пациентов.

Например, незначительное снижение линейной скорости кровотока на ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) краниовертебральных артерий часто является основанием для ошибочных диагнозов "дисциркуляторная энцефалопатия" или "хроническая ишемия головного мозга", незначительное расширение субарахноидальных пространств при проведении магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга – для диагноза "гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом", признаки дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника – для диагноза "остеохондроз шейного отдела позвоночника с цефалгическим синдромом".

Если вместо диагноза "ХГБН" устанавливается диагноз "дисциркуляторная энцефалопатия", то пациенту будут рекомендованы психостимуляторы и ноотропные препараты, а не антидепрессанты, обладающие доказанной эффективностью в лечении ГБН [8, 70].

7.1. Оценка эффекта проводимой терапии у пациента с головной болью

- Рекомендуется профилактическое лечение считать эффективным, если частота эпизодов ГБН (число дней с ГБ в месяц) сокращается через 3 месяца терапии на 50% и более от исходной [6, 8, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется к дополнительным критериям эффективности относить: уменьшение использования лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием, и выраженности коморбидных нарушений (улучшение настроения, снижение тревоги, нормализация сна), повышение работоспособности, уровня социальной адаптации и качества жизни пациента в целом [6, 8, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется профилактическое лечение ГБН считать эффективным, если число дней с ГБ в месяц сокращается через 3 месяца терапии на 50% и более от исходной. [8, 11, 13].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется к дополнительным критериям эффективности профилактического лечения ГБН относить: уменьшение использования лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием и выраженности коморбидных нарушений (улучшение настроения, снижение тревоги, нормализация сна), повышение работоспособности, уровня социальной адаптации и качества жизни пациента в целом [3, 6, 8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендуется пациента, у которого не было достигнуто улучшение состояния, перенаправить в специализированное болевое отделение/центр лечения ГБ для дальнейшего лечения и наблюдения [2, 6, 8, 10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым с головной болью напряжения [2, 6, 10].

№	Критерий качества	Выполнение
Диагностика ГБН		
1.	Выполнен расспрос о клинических проявлениях, течении и провокаторах ГБ	ДА/НЕТ
2.	Выполнено исследование неврологического статуса	ДА/НЕТ
3.	Выполнена пальпация перикраниальных мышц	ДА/НЕТ
4.	Выполнен поискстораживающих симптомов для исключения симптоматической природы ГБ	ДА/НЕТ
5.	При выявлении одного или болеестораживающих симптомов и/или нетипичном течении ГБН пациент направлен на необходимые дополнительные обследования (инструментальные, лабораторные, консультации специалистов) для исключения симптоматической природы ГБН или перенаправлен в специализированный центр лечения боли/головной боли	ДА/НЕТ
6.	При отсутствиистораживающих симптомов и типичной клинической картине выставлен диагноз в соответствии с критериями МКГБ-3 (форма ГБН)	ДА/НЕТ
7.	Выполнена клиническая диагностика основных коморбидных нарушений: депрессивное расстройство, тревожное расстройство, нарушение сна	ДА/НЕТ
8.	У пациентов с частой эпизодической ГБН (10-14 дней с ГБ в месяц) или хронической ГБН (15 и более дней в месяц) выполнена клиническая диагностика лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ) в соответствии с критериями МКГБ-3 и выставлен диагноз сочетанной головной боли: ГБН и ЛИГБ	ДА/НЕТ
9.	Проведена дифференциальная диагностика ГБН	ДА/НЕТ
Лечение ГБН		
10.	Проведена поведенческая терапия: коротко разъяснены механизмы развития и провоцирующие факторы ГБН	ДА/НЕТ
11.	Даны рекомендации о купировании эпизодов ГБН адекватными лекарственными препаратами с обезболивающим действием: другие анальгетики и антипиретики, НПВП, лекарственные препараты, обладающие обезболивающим действием, содержащие кофеин	ДА/НЕТ
12.	Пациентам с частой эпизодической и хронической ГБН назначена профилактическая терапия	ДА/НЕТ

- антидепрессантами, имеющими доказательную базу в профилактике ГБН, а также миорелаксантами при наличии напряжения перикраниальных мышц
13. Пациентам с частой эпизодической и хронической ГБН профилактическая терапия рекомендована сроком не менее 3 месяцев ДА/НЕТ
14. Пациентам, у которых ГБН сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ), проведена поведенческая терапия: дан совет о необходимости значительного сокращения приема или временной отмены лекарственных препаратов с обезболивающим действием ДА/НЕТ
15. Пациентам, у которых ГБН сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ), проведена полная или частичная отмена препарата(ов) злоупотребления ДА/НЕТ
16. Пациентам, с отменой препарата(ов) злоупотребления проведено лечение "рикошетной ГБ" и других симптомов отмены (детоксикационная терапия) ДА/НЕТ
17. Пациентам, у которых ГБН сочетается с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ), назначена адекватная профилактическая терапия ГБН (амитриптилин, как препарат первого выбора или другие антидепрессанты (при наличии противопоказаний и/или при плохой переносимости амитриптилина) ДА/НЕТ
18. Пациентам с эпизодической и хронической формами ГБН назначены немедикаментозные методы лечения ДА/НЕТ
19. Пациентам с эпизодической и хронической формами ГБН, сочетающимися с напряжением мышц головы и шеи, проведена постизометическая релаксация ДА/НЕТ
20. Пациентам с эпизодической и хронической формами ГБН проведена лечебная физкультура с использованием аппаратов и тренажеров при заболеваниях периферической нервной системы ДА/НЕТ
21. Пациентам с эпизодической и хронической формами ГБН проведена когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) для обучения релаксации, осознания механизмов формирования ГБ и путей ее облегчения ДА/НЕТ
22. Пациент, у которого не было достигнуто улучшение состояния, перенаправлен в специализированное болевое отделение/центр лечения ГБ для дальнейшего лечения и наблюдения. ДА/НЕТ

Список литературы

1. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). *Cephalalgia*. 2018; 38(1): 1-211.
2. Артеменко А.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г. с соавт. Первичные головные боли хронического течения (диагностика, клиника, терапия). Методические рекомендации N 26. Правительство Москвы, департамент здравоохранения г. Москвы, 2014; 28 с.
3. Bendtsen L. Central and peripheral sensitization in tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2003; 7(6): 460-465.
4. Осипова В.В. Дисфункция перикраниальных мышц при первичной головной боли и ее коррекция. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2011; 4: 29-35.
5. Holroyd K.A., Martin P.R., Nash J.M. Psychological treatments of tension-type headache. In: Olesen J., Goadsby P.J., Ramadan N. et al. *The Headaches*, 3rd edn. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2005: 711-719.
6. Bendtsen L., Evers S., Linde M. et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache-report of an EFNS task force. *Eur. J. Neurol*. 2010; 17(11): 1318-1325.
7. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A. et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia*. 2012; 32(5): 373-381.
8. Осипова В.В. Мигрень и головная боль напряжения. В: *Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия*. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; 424 с.
9. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*, 2016.
10. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия: Практическое руководство / В.В. – М.: ООО "Издательство "Медицинское информационное агентство", 2014. – 336 с.
11. Trucco M., Meineri P., Ruiz L., Gionco M. Medication overuse headache: withdrawal and prophylactic therapeutic regimen. *Headache*. 2010; 50: 989-997.
12. Westergaard M.L., Hansen E.H., Glumer C. et al. Definitions of medication-overuse headache in population-based studies and their implications on prevalence estimates: a systematic review. *Cephalalgia*. 2014; 34(6): 409-425.
13. Tassorelli C., Jensen R., Allena M. et al. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: Evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalalgia*. 2014; 34: 645-655.
14. Mitsikostas D., Ashina M., Craven A. et al. European headache federation consensus on technical investigation for primary headache disorders on behalf of EHF committee. *J Headache Pain*. 2016; 17: 5.
15. American Academy of Neurology. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurological examinations. *Neurology*. 1994; 44: 1353-1354.
16. Осипова В.В., Филатова Е.Г., Артеменко А.Р. с соавт. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова* 2017; 2: 28-42.
17. Derry S., Wiffen P.J., Moore R.A., Bendtsen L. Ibuprofen for acute treatment of episodic tension-type headache in adults (Review). *Cochrane Database of Syst. Rev*. 2015; 7: CD011474.
18. Veys L., Derry S., Moore R.A. Ketoprofen for episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2016; 9: CD012190.
19. Derry S., Wiffen P.J., Moore R.A. Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database of Syst. Rev*. 2017; 13(1): CD011888.
20. Pini L.A., Del B.E., Zanchin G. et al. Tolerability and efficacy of a combination of paracetamol and caffeine in the treatment of tension-type headache: a randomised, double-blind,

double-dummy, cross-over study versus placebo and naproxen sodium. *J. Headache Pain.* 2008; 9: 367-373.

21. Kubitzek F., Ziegler G., Gold M.S., Liu J.M., Ionescu E. Low-dose diclofenac potassium in the treatment of episodic tension-type headache. *Eur J Pain.* 2003; 7(2): 155 – 62.

22. Stephens G., Derry S., Moore R.A. Paracetamol (acetaminophen) for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; 6: CD011889.

23. Diamond S., Balm T.K., Freitag F.G. Ibuprofen plus caffeine in the treatment of tension-type headache. *ClinPharmacol Ther.* 2000; 68: 312-319.

24. Migliardi J.R., Armellino J.J., Friedman M. et al. Caffeine as an analgesic adjuvant in tension headache. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1994; 56: 576-586.

25. Ward N., Whitney C., Avery D., Dunner D. The analgesic effects of caffeine in headache. *Pain.* 1991; 44: 151-155.

26. Mesa-Jimenez J.A., Lozano-Lopez C., Angulo-Diaz-Parreno S. et al. Multimodal manual therapy vs. pharmacological care for management of tension type headache: A meta-analysis of randomized trials. *Cephalalgia.* 2015; 35(14): 1323-1332.

27. Castells E.T., Delgado E. V., Escoda C.G. Use of amitriptyline for the treatment of chronic tension-type headache. Review of the literature *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008; 13(9): E567 – 72.

28. Palacios-Cena M., Wang K., Castaldo M. et al. Variables associated with the use of prophylactic amitriptyline treatment in patients with tension-type headache. *Clin J Pain.* 2019; 35(4): 315-320.

29. Langemark M., Loldrup D., Bech P., Olesen J. Clomipramine and mianserin in the treatment of chronic tension headache. A double-blind, controlled study. *Headache.* 1990; 30: 118-121.

30. Zisis N., Harmoussi S., Vlaikidis N. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of venlafaxine XR in out-patients with tension-type headache. *Cephalalgia.* 2007; 27: 315-324.

31. Bendtsen L., Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology.* 2004; 62(10): 1706-1711.

32. Латышева Н.В., Филатова Е.Г. Венлафаксин (велафакс) в лечении хронической ежедневной головной боли: механизм действия. *Лечение заболеваний нервной системы.* 2010; 2: 24-27.

33. Екушева Е.В. Современные подходы к терапии хронической ежедневной головной боли. *Сибирское медицинское обозрение.* 2017; 1: 93-98.

34. Spira P.J., Beran R.G. Australian Gabapentin Chronic Daily Headache Group. Gabapentin in the prophylaxis of chronic daily headache: a randomized, placebo-controlled study. *Neurology.* 2003; 61: 1753.

35. Fogelholm R., Murros K. Tizanidine in chronic tension-type headache: a placebo controlled double-blind crossover study. *Headache.* 1992; 32: 509-513.

36. Ghadiri-Sani M., Silver N. Headache (chronic tension-type). *BMJ Clin Evid.* 2016; 5: 1205.

37. Chiang C.C., Schwedt T.J., Wang S.J., Dodick D.W. Treatment of medication-overuse headache: A systematic review. *Cephalalgia.* 2016; 36: 371-386.

38. De Goffau M.J., Klaver A.R.E., Willemsen M.G. et al. Medication overuse headache: a systematic review and meta-analysis. *J Pain.* 2017; 18(6): 615-627

39. Verhagen A.P., Damen L., Berger M.Y. et al. Behavioral treatments of chronic tension-type headache in adults: are they beneficial? *CNS Neurosci. Ther.* 2009; 15: 183-205.

40. Hagen K., Albretsen C., Vilming S.T. et al. Complete detoxification is the most effective treatment of medication-overuse headache: a randomized controlled open-label trial. *Cephalalgia.* 2018; 38: 225-236

41. Hagen K., Albretsen C., Vilming S.T. et al. Management of medication overuse headache: 1-year randomized multicentre open-label trial. *Cephalalgia*. 2009; 29: 221-232.
42. Bottiroli S., Allena M., Sances G. et al. COMOESTAS Consortium. *Cephalalgia*. 2019; 39(1): 135-147.
43. Rossi P., Di Lorenzo C., Faroni J. et al. Advice alone vs. structured detoxification programmes for medication overuse headache: a prospective, randomized, open-label trial in transformed migraine patients with low medical needs. *Cephalalgia*. 2006; 26: 1097-1105.
44. Pageler L., Katsarava Z., Diener H.C. et al. Prednisone vs. placebo in withdrawal therapy following medication overuse headache. *Cephalalgia*. 2008; 28: 152-156.
45. Rabe K., Pageler L., Gaul C. et al. Prednisone for the treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia*. 2013; 33: 202-207.
46. Paolucci M., Altamura C., Brunelli N. et al. Methylprednisolone plus diazepam i.v. as bridge therapy for medication overuse headache. *Neurol. Sci*. 2017; 38: 2025-2029.
47. Taghdiri F., Togha M., Razeghi J.S., Paknejad S.M. Celecoxib vs prednisone for the treatment of withdrawal headache in patients with medication overuse headache: a randomized, double-blind clinical trial. *Headache*. 2015; 55(1): 128 – 35.
48. Vernon H., McDermaid C.S., Hagino C. Systematic review of randomized clinical trials of complementary/alternative therapies in the treatment of tension-type and cervicogenic headache. *Complement Ther Med*. 1999; 7: 142-155.
49. Nestoriuc Y., Rief W., Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76: 379-396.
50. Lee H.J., Lee J.H., Cho E.Y. et al. Efficacy of psychological treatment for headache disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain*. 2019; 20(1): 17.
51. Probyn K., Bowers H., Mistry D. et al. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open*. 2017; 7(8): e016670.
52. Anheyer D., Leach M.J., Klose P. et al. Mindfulness-based stress reduction for treating chronic headache: a systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2019; 39(4): 544-555.
53. Gu Q., Hou J.C., Fang X.M. Mindfulness Meditation for primary headache pain: a meta-analysis. *Chin Med J (Engl)*. 2018; 131(7): 829-838.
54. Jiang W., Li Z., Wei N. et al. Effectiveness of physical therapy on the suboccipital area of patients with tension-type headache. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(19): e15487.
55. Falsiroli M.L., Geri T., Gianola S. et al. Effectiveness of trigger point manual treatment on the frequency, intensity, and duration of attacks in primary headaches: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front. Neurol*. 2018; 9: 254.
56. Cumplido-Trasmonte C., Fernandez-Gonzalez P., Alguacil-Diego I.M. et al. Manual therapy in adult with tension-type headache: A systematic review. *Neurologia (Engl Ed)*. 2018; S0213-4853(18)30013-6.
57. Machado-Oliveira L., da Silva Gauto Y.O., de Santana Neto F.J. et al. Effects of different exercise intensities on headache: *Am. J. Phys. Med. Rehabil*. 2020; 99(5): 390-396.
58. Anheyer D., Klose P., Lauche R. et al. Yoga for treating headaches: meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2020; 35(3): 846-854.
59. Endres H.G., Bowing G., Diener H.C. et al. Acupuncture for tension-type headache: a multicentre, sham-controlled, patient- and observer-blinded, randomised trial. *J Headache Pain*. 2007; 8: 306-314.
60. Torelli P., Jensen R., Olesen J. Physiotherapy for tension-type headache: a controlled study. *Cephalalgia*. 2004; 24: 29-36.
61. Schiller J., Kellner T., Briest J. et al. The best from East and West? Acupuncture and

medical training therapy as monotherapies or in combination for adult patients with episodic and chronic tension-type headache: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019; 20(1): 623.

62. Li L., Zheng H., Zheng Q. et al. The long-term effect of acupuncture for patients with chronic tension-type headache: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017; 18(1): 453.

63. Soderlund A., H. An individually tailored behavioral medicine treatment in physical therapy for tension-type headache – two experimental case studies. *J. Pain Res*. 2016; 9: 1089-1099.

64. Nichols V.P., Ellard D.R., Griffiths F.E. et al. The CHESST trial: protocol for the process evaluation of a randomised trial of an education and self-management intervention for people with chronic headache. *Trials*. 2019; 20(1): 323.

65. Kroll L.S., Hammarlund C.S., Linde M. et al. The effects of aerobic exercise for persons with migraine and co-existing tension-type headache and neck pain. A randomized, controlled, clinical trial. *Cephalalgia*. 2018; 38(12): 1805-1816.

66. Madsen B.K., Sogaard K., Andersen L.L. et al. Efficacy of strength on tension-type headache: A randomized controlled study. *Cephalalgia*. 2018; 38: 1071.

67. Nielsen A. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Explore (NY)*. 2017; 13(3): 228-231.

68. Gildir S., Tuzun E.H., Eroglu G. et al. A randomized trial of trigger point dry needling versus sham needling for chronic tension-type headache. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(8): e14520.

69. Мирошниченко Д.Б., Мохов Д.Е., Рачин А.П. Патогенетическое действие остеопатии при хронической головной боли напряжения. *РМЖ*. 2017; 25(21): 1533-1536.

70. Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. с соавт. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клин. и эксперимент. неврологии*. 2012; 6(2): 16-21.

71. Price DD, et al. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*. 1983; 17(1): 45-56.

72. Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011; 63 Suppl 11: S 240-252.

73. Chiarotto A., Maxwell L.J., Ostelo R.W., Boers M., Tugwell P., Terwee C.B. Measurement properties of Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, and pain severity subscale of the Brief Pain Inventory in patients with low back pain: a systematic review. *J Pain*. 2019; 20(3): 245-263.

74. Jackson J.L. et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis // *Bmj*. – 2010. – Т. 341.

75. Белимова Л.Н., Балязин В.А. Использование методики инъекционной рефлексотерапии в лечении пациентов с хронической головной болью напряжения // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2018. – Т. 14. – N. 3.

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Азимова Юлия Эдвардовна, д.м.н., врач-невролог Университетской клиники головной боли. Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Член европейской общественной организации "Европейская федерация головной боли".

Алферова Вера Вадимовна, д.м.н., ведущий научный сотрудник кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, член президиума Всероссийского общества неврологов.

Амелин Александр Витальевич, д.м.н., профессор кафедры неврологии, Руководитель отдела общей неврологии НИИ Неврологии НКЦ ГБОУ ВПО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова МЗ РФ". Руководитель комитета по головной боли Российского Межрегионального Общества по изучению боли, Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли".

Артеменко Ада Равильевна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) и Центр Междисциплинарной Стоматологии и Неврологии, г. Москва. Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Член европейской общественной организации "Европейская федерация головной боли".

Ахмадеева Лейла Ринатовна, д.м.н., профессор, кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО "Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ". Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли", председатель Башкирского отделения межрегионального общества специалистов доказательной медицины, член Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии.

Екушева Евгения Викторовна – д.м.н., заведующая кафедрой нервных болезней и нейрореабилитации Академии последипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России и Клиника головной боли и вегетативных расстройств им. академика Александра Вейна, г. Москва. Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению боли". Член комитетов по головной и лицевой боли Российского Межрегионального Общества по изучению боли. Член межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии. Член европейской общественной организации "Европейская федерация головной боли" и международной общественной организации "Международное общество головной боли".

Каракулова Юлия Владимировна, д.м.н., профессор кафедры неврологии им. В.П. Первушина ГБОУ ВПО "Пермский государственный медицинский университет МЗ РФ". Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли".

Корешкина Марина Игоревна, д.м.н., руководитель Центра лечения головной боли клиники "Скандинавия" (г. Санкт-Петербург). Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Член международной общественной организации "Международное общество головной боли".

Курушина Ольга Викторовна, д.м.н., заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики, с курсом мануальной терапии и рефлексотерапии ФУВ ГБОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет МЗ РФ". Главный внештатный специалист-невролог МЗ РФ по Южному федеральному округу. Член Правления Всероссийского общества неврологов. Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли".

Латышева Нина Владимировна, д.м.н., доцент кафедры нервных болезней Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет) и Клиника головной боли и вегетативных расстройств им. академика Александра Вейна, г. Москва. Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Член европейской общественной организации "Европейская федерация головной боли". Член международной общественной организации "Международное общество головной боли".

Лебедева Елена Разумовна, д.м.н., доцент кафедры СМП ФГБОУ ВО "Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ", руководитель Международного центра лечения головных болей "Европа-Азия", г. Екатеринбург. Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Член международной общественной организации "Международное общество головной боли". Член европейской общественной организации "Европейская федерация головной боли". Член секции головной боли в европейской общественной организации "Европейская Академия неврологии". Представитель России в образовательном комитете европейской общественной организации "Европейская Академия неврологии".

Наприенко Маргарита Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры интегративной медицины Института профессионального образования, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Главный врач Клиники головной боли и вегетативных расстройств им. академика Александра Вейна, г. Москва. Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Член Межрегиональной общественной организации специалистов ботулинотерапии.

Осипова Вера Валентиновна, д.м.н., ведущий научный сотрудник ГБУЗ "Научно-практический психоневрологический центр им. Соловьева" ДЗ г. Москвы. Врач-невролог Университетской клиники головной боли (Москва). Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Член панели "Головная боль" в Европейской общественной организации "Европейская Академия неврологии" (HeadachePanel, EAN). Член европейской общественной организации "Европейская федерация головной боли" (EHF). Член классификационного комитета международной общественной организации "Международное общество головной боли".

Павлов Николай Александрович, к.м.н., ведущий научный сотрудник кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, член президиума Всероссийского общества неврологов.

Парфенов Владимир Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет). Член правления общественной организации "Всероссийское общество неврологов", член правления Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, член панели "Общая неврология" Европейской академии неврологии.

Рачин Андрей Петрович, д.м.н., профессор, зав. отделом эволюционной неврологии и нейрофизиологии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии" МЗ РФ. Член Правления Всероссийского общества неврологов. Член Президиума и Ревизор Российского общества по изучению головной боли (РОИГБ). Ответственный секретарь медицинского общества специалистов по дисфункциональным неврологическим расстройствам и нейростоматологии.

Сергеев Алексей Владимирович, к.м.н. доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет) и руководитель Центра неврологии Клиник Чайка, г. Москва. Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Член европейской общественной организации "Европейская федерация головной боли". Представитель России в международной общественной организации "Международное общество головной боли".

Скоробогатых Кирилл Владимирович, к.м.н., врач-невролог, директор Университетской клиники головной боли (г. Москва). Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Представитель РФ в европейской общественной организации "Европейская федерация головной боли". Член международной общественной организации "Международное общество головной боли".

Табеева Гюзьяль Рафкатовна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет). Президент общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Член европейской общественной организации "Европейская федерация головной боли".

Филатова Елена Глебовна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет) и Клиника головной боли и вегетативных расстройств им. академика Александра Вейна, г. Москва. Член общероссийской общественной организации "Российское общество по изучению головной боли". Член европейской общественной организации "Европейская федерация головной боли".

Конфликт интересов: отсутствует.

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи неврологи <*>, врачи-терапевты, врачи общей практики;

<*> в т.ч. специалисты по диагностике и лечению ГБ (цефалгологи).

2. студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты;

3. преподаватели, научные сотрудники.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества проведенных исследований по данной проблеме (табл. 1-3).

Таблица П1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица П2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"

- 5 Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица П3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

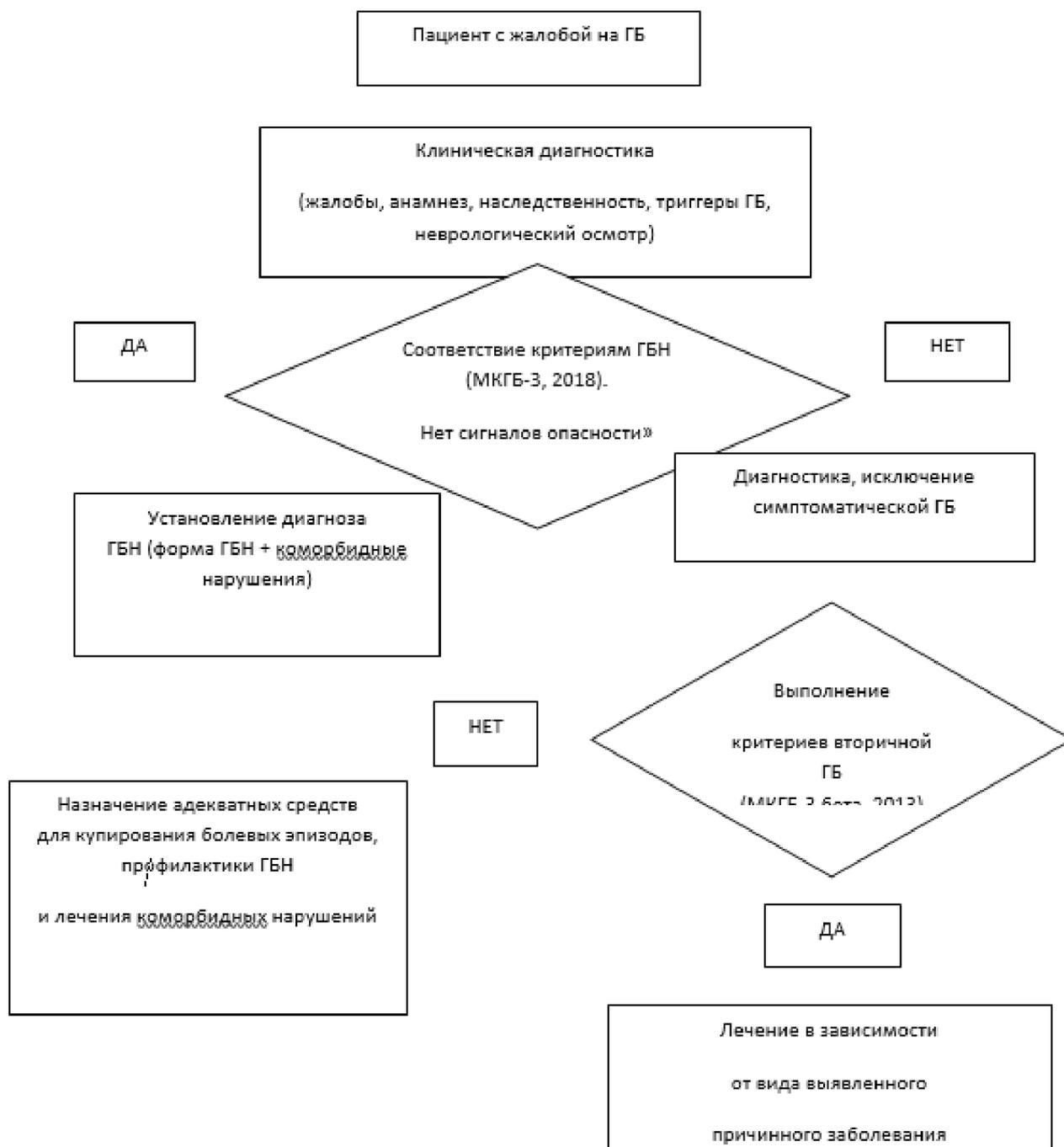
Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ.
2. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы (приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 926н).
3. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. N 103н "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра,

типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации".

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Что такое головная боль напряжения?

"Головная боль у меня может длиться несколько дней, я чувствую, как будто на мне надета тесная шапка, обруч или шлем; это больше похоже на напряжение или давление, чем на настоящую боль. Эти ощущения полностью не нарушают, но существенно ограничивают мою активность в течение дня".

Головная боль напряжения (ГБН) – наиболее распространенная форма головной боли, которая время от времени может возникать у каждого человека. Несмотря на то, что ГБН не представляет угрозы для жизни и здоровья человека, она может значительно затруднять повседневную активность. Люди с частыми эпизодами ГБН должны наблюдаться у врача.

Кто страдает ГБН?

Большинство людей, время от времени, испытывают эпизоды ГБН, при этом у женщин она наблюдается чаще, чем у мужчин; ГБН может отмечаться и в детском возрасте.

Какие бывают виды ГБН?

Эпизодическая головная боль напряжения (ЭГБН) часто описывается как "нормальная" или "обычная" головная боль. Для ЭГБН характерны эпизоды боли продолжительностью от 30 минут до нескольких суток. Частота эпизодов ГБН может быть различной, как у разных людей, так и у одного человека в разные периоды жизни.

Около 3-х человек из 100 испытывают ГБН большую часть времени (дней с ГБ больше, чем дней без нее). Это – хроническая головная боль напряжения (ХГБН), которая является одним из вариантов хронической ежедневной головной боли. В некоторых случаях ГБН присутствует постоянно, она может быть легкой, но полностью не проходит. Такой вариант течения ГБН является для человека постоянным стрессом и приводит к значительному снижению качества жизни.

Каковы симптомы ГБН?

Обычно ГБН описывается как сжимающая или сдавливающая, по типу обруча или тесной шапки. Боль, как правило, двухсторонняя, обычно имеет слабую или умеренную интенсивность, но иногда может быть достаточно сильной и затруднять ежедневную активность. В большинстве случаев ГБН не сопровождается сопутствующими симптомами, но некоторые люди могут плохо переносить яркий свет или громкие звуки; иногда снижается аппетит.

Что вызывает ГБН?

Предполагают, что ГБН связана с напряжением мышц и связок головы и шеи. Напряжение мышц сопровождается ухудшением их кровоснабжения и выделением в кровь "болевого" субстанции, что и обуславливает ощущение сжимающей боли. Причин ГБН много, но есть несколько факторов, которые наиболее важны:

- Эмоциональное напряжение: повышенная тревожность, стресс
- Физическое напряжение в мышцах скальпа, шеи, причиной которого может быть работа в неудобной позе, например, длительная работа за компьютером, вынужденная поза

при поднятии тяжестей и др. подобные нагрузки. В свою очередь, эмоциональное напряжение поддерживает мышечный спазм.

Что Вы можете сделать, чтобы помочь себе?

1. Релаксация: перерывы при длительной работе, медицинский массаж головы и шеи, теплые ванны, прогулки на свежем воздухе, гимнастика, фитнес.

2. Преодоление стресса. Если Ваша работа связана с эмоциональным напряжением или Вы столкнулись со стрессовой ситуацией, которой нельзя избежать, начните выполнять дыхательные и релаксационные упражнения; это поможет предотвратить ГБН. Для обучения релаксации используйте имеющиеся в продаже аудио- и видео записи.

3. Регулярная гимнастика. ГБН чаще встречается у лиц, которые не имеют даже легкой физической нагрузки. Чаще гуляйте на свежем воздухе, поднимайтесь по лестнице, а не на лифте, делайте гимнастику, так чтоб это стало неотъемлемой частью Вашей жизни.

4. Лечение депрессии. Если большую часть времени у Вас плохое настроение, обязательно обратитесь к врачу. Существуют эффективные лекарства, прием которых в течение достаточного времени помогает снизить тревогу и улучшить настроение.

Ведение дневника головной боли

Ведение дневника поможет собрать важную информацию: как часто болит голова, когда возникает и как долго длится головная боль, какие симптомы ее сопровождают, сколько лекарственных препаратов с обезболивающим действием и как часто вы принимаете. Эта информация является очень ценной для постановки правильного диагноза, выявления факторов провоцирующих головную боль и оценки эффективности лечения.

Принимайте препараты, обладающие обезболивающим действием, если требуется...

Препараты с обезболивающим действием, такие как ацетилсалициловая кислота** или НПВП ибупрофен** обычно хорошо помогают при ЭГБН. Парацетамол** имеет более слабый эффект.

... но не слишком часто!

Лекарственные препараты, обладающие обезболивающим действием, лечат только симптомы ГБН, что полезно при нечастых эпизодах ГБН. При лечении частых и хронических форм ГБН следует попытаться воздействовать на причину головной боли (стресс, эмоциональные нарушения, напряжение мышц). Всегда тщательно следуйте инструкции по применению препарата. Не следует слишком часто принимать лекарственные препараты, обладающие обезболивающим действием, т.к. это может вызвать учащение головной боли и привести к развитию лекарственно индуцированной (абзусной) головной боли. Для того чтобы ее избежать не следует принимать препараты с обезболивающим действием чаще 2-х раз в неделю.

Какие еще есть способы лечения?

Если у Вас частая или хроническая ГБН, то прием лекарственных препаратов, обладающих обезболивающим действием не является решением проблемы. Наоборот, при их частом использовании головная боль будет возникать чаще и протекать тяжелее. В данном случае показано профилактическое лечение. В отличие от эпизодического приема лекарственных препаратов с обезболивающим действием, профилактическое лечение

следует принимать ежедневно, что связано с различными механизмами действия этих групп препаратов. Профилактическая терапия направлена на снижение Вашей чувствительности к боли и на предотвращение развития болевых эпизодов.

Доктор посоветует Вам лекарственные средства для профилактической терапии и предупредит о возможных побочных эффектах. Большинство из них первоначально были разработаны для лечения других заболеваний, поэтому не следует удивляться, если Вам назначат препарат из группы антидепрессантов, противосудорожных препаратов или миорелаксантов. Препараты этих групп эффективны для предотвращения эпизодов ГБН.

При назначении Вам одного или более препаратов, аккуратно следуйте инструкциям по их применению. Исследования показали, что наиболее частая причина недостаточной эффективности лечения – несоблюдение режима терапии.

Поскольку длительная работа в неудобной позе или нарушения осанки с последующим напряжением мышц могут быть причиной ГБН, врач может назначить вам физиотерапевтические процедуры на область головы и шеи. Некоторым людям физиотерапия помогает очень хорошо. Нелекарственные методы лечения также включают проведение чрезкожной электрической стимуляции (как метода терапии боли), релаксационную терапию, биологическую обратную связь, рефлексотерапию, занятия йогой. Эти методы не всегда эффективны и подходят не каждому пациенту. Врач даст Вам совет и рекомендации по использованию этих методов.

Ботулинический токсин не обладает эффективностью в лечении ГБН.

Будет ли лечение эффективным?

Если причина головной боли выявлена и устранена, эпизодическая ГБН редко перерастает в серьезную проблему. Если устранена причина, ЭГБН, как правило, проходит сама, и нет необходимости в дальнейшей терапии. Но для некоторых пациентов, особенно с ХГБН многие способы лечения оказываются частично эффективными или неэффективными вовсе. В таком случае необходимо обратиться к специалисту по головной боли (цефалгологу) или в специализированный центр лечения головной боли, в котором имеется широкий спектр методов терапии ГБН.

Нужны ли Вам дополнительные обследования?

В настоящее время, не существует методов обследования, подтверждающих диагноз ГБН. Диагностика основывается на Вашем описании характеристик головной боли и сопутствующих симптомов, при этом обязательным является отсутствие каких-либо отклонений при медицинском осмотре. Постарайтесь, как можно подробнее описать врачу свою головную боль. Очень важно сообщить врачу о том, как часто и в каких количествах Вы принимаете лекарственные препараты, обладающие обезболивающим действием или другие лекарственные препараты в связи с головной болью. Кроме того, доктор может провести пальпацию мышц головы и шеи, чтобы оценить степень напряжения и болезненности ваших мышц.

При ГБН сканирование головного мозга, как правило, является неинформативным. Однако если Ваш доктор не уверен в правильности диагноза, он может назначить Вам дополнительные методы обследования, включая нейровизуализацию (компьютерная или магниторезонансная томография), для исключения других причин головной боли. Как правило, в этом нет частой необходимости. Если Ваш доктор не назначил дополнительных исследований, это означает, что он уверен в диагнозе и проведение обследований никаким образом не облегчит назначение лечения.

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Дневник ГБ

Дневник головной боли

Не забудьте принести заполненный дневник на прием к своему врачу!

Инструкции по заполнению дневника

Перед консультацией в Центре головной боли очень важно, чтобы Вы ежедневно заполняли этот дневник. Сведения, которые Вы внесете в дневник, помогут врачу правильно определить диагноз и степень тяжести Вашей головной боли (ГБ), а также оперативно назначить оптимальное для Вас лечение.

Вверху напишите свое имя (ФИО), дату рождения, а также дату, когда Вы начали заполнять дневник. Затем напротив Вопроса 1 в 1-ой колонке напишите дату (число месяца) заполнения дневника. Вы можете сразу проставить даты во всех колонках, поскольку Вам предстоит заполнять дневник ежедневно.

Пожалуйста, заполняйте дневник каждый вечер перед отходом ко сну, отмечая галочкой клетки (1) в вертикальной колонке. Эти данные представляют собой сжатую информацию о любой(ых) ГБ, если она (и) возникла (и) в этот день. Если ГБ в этот день у Вас не было, ответьте только на Вопросы 2 и 15. Если Вы завершили заполнение одной страницы дневника, пожалуйста, продолжайте на следующей странице (прилагаются несколько копий).

Ниже приведены инструкции по ответам на вопросы.

1. Укажите только число (например, 12); месяц и год указывать не нужно.
2. Отмечайте "Да" или "Нет" в клетках напротив всех вопросов, или сразу переходите к Вопросу 15 (если ГБ в этот день не было).
3. Укажите время (час в 24-часовом формате), когда Вы впервые заметили появление ГБ. Если Вы проснулись уже с головной болью, укажите время пробуждения. (Если утренняя ГБ является продолжением вечерней, поставьте в колонке знак X).
4. Укажите время (час и минуты в 24-часовом формате), когда головная боль полностью прекратилась. Если в этот день перед отходом ко сну ГБ еще сохранялась, оставьте клетку не заполненной. Если ГБ утром отсутствовала, укажите время отхода ко сну. Если ГБ утром сохранялась, поставьте X в графе этого дня, а также X в графе Вопроса 3 в следующей колонке. Продолжайте Ваши записи на следующий день обычным образом.
5. У некоторых людей в пределах 1 часа до начала ГБ отмечаются определенные зрительные нарушения. Это могут быть вспышки света, светящиеся зигзагообразные линии, "слепые" пятна или "черные дыры", присутствующие даже при закрытии глаз. Отметьте

"Да", если у Вас отмечалось нечто подобное, или "Нет", если такие явления не возникали. Если Вас просто раздражал свет (см. Вопрос 12) и ничего более, отметьте "Нет".

6. Отметьте клетку, соответствующую локализации ГБ (преимущественно с одной стороны головы или с обеих сторон).

7. Хотя существует множество описаний характера ГБ, большинство ГБ являются либо "пульсирующими" (боль усиливается в такт с биением сердца) или "сжимающими" (по типу "обруча"). Отметьте ту характеристику, которая в большей степени отражает тип Вашей ГБ.

8. Некоторые виды ГБ усиливаются даже от незначительной физической нагрузки (например, при подъеме по лестнице) или вынуждают человека избегать такой активности. Отметьте "Да", если это относится к Вашей ГБ, и "Нет", если это для Вас не характерно.

9. Интенсивность (сила) ГБ – важная составляющая диагноза. Оцените силу Вашей ГБ, отметив соответствующую клетку, если: "незначительная" ГБ это – ГБ, которая не нарушает выполнение обычных видов деятельности (т.е. Вашу работоспособность и обычную активность), "сильная" – затрудняет, но полностью не препятствует обычным видам деятельности, наконец, "очень сильная" боль – ГБ, которая полностью нарушает Вашу обычную активность. Постарайтесь оценить интенсивность ГБ в течение дня в целом. Например, если боль была незначительной в первой половине дня, а затем стала очень сильной, отметьте клетку "сильная". Если же боль на протяжении почти всего дня была очень интенсивной, отметьте "очень сильная".

10. Отметьте "Нет", если в течение дня у Вас совсем не было тошноты. Если отмечалась легкая тошнота, которая Вас почти не беспокоила, не вызывала отрыжки и позывов на рвоту, отметьте "незначительная", в случае более выраженной тошноты – "заметная".

11. Отметьте "Да" или "Нет". Отрыжка и позыв на рвоту не считается рвотой.

12. Вопрос касается обычного дневного или комнатного света, а не очень яркого света. Отметьте "Да", если обычный свет раздражал Вас или Вы пытались избежать его, путем затемнения комнаты или ношения темных очков. В противном случае отметьте "Нет".

13. Вопрос касается обычного шума, а не очень громких звуков. Отметьте "Да", если шум раздражал Вас или Вы пытались избежать его, путем уединения в тихой комнате. В противном случае отметьте "Нет".

14. Перечислите, пожалуйста, любые причины (факторы) которые, по Вашему мнению, могли вызвать ГБ. Возможно, Вы что-то съели, выпили, сделали (например, пропустили обед, провели бессонную ночь, работали физически) или были др. причины (перемена погоды, стресс, месячные).

15. Перечислите названия любых препаратов (таблетки, свечи, инъекции, назальные спреи), которые Вы принимали от головной или любой другой боли. Для каждого препарата укажите количество принятых доз, а также время приема (часы в 24-часовом формате) каждого из препаратов. Не указывайте препараты, принятые Вами по другим показаниям.

Ф.И.О.: _____
Дата рождения (д/м/г) _____
Начало заполнения дневника: _____ Окончание заполнения дневника _____

Перед заполнением дневника внимательно прочитайте инструкцию! Заполняйте одну колонку каждый вечер, отмечая подходящие квадратики.

15. Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли

Для каждого препарата укажите:

А) название

Б) принятая доза

В) время приема

Приложение Г2

Визуальная аналоговая шкала боли

Название на русском языке: Визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ)

Оригинальное название: VisualAnalogueScale (VAS) [71-73]

Тип: шкала оценки

Назначение: предназначена для измерения интенсивности боли (в случае ГБН – головной боли)

Содержание: ВАШ представляет собой непрерывную шкалу в виде горизонтальной или вертикальной линии длиной 10 см и расположенными на ней делениями через 1 см от 0 до 10, где 0 баллов – "отсутствие боли", а 10 баллов – "сильнейшая боль, какую можно только представить".

Ключ (интерпретация): более высокий балл указывает на большую интенсивность боли.

Пояснения: например, показатель от 2 до 4 баллов указывает на незначительную интенсивность боли, от 5 до 7 на умеренную (среднюю) интенсивность, 8-9 – на очень сильную, 10 – на невыносимую, крайне интенсивную боль



Новые, изданные в 2020-2022 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.
