

Г.Р. Табеева

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ВРАЧЕЙ

2-е издание, переработанное и дополненное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	6
Введение	8
Часть первая. Классификация и ведение больных с головными болями . . .	9
Классификация головных болей	9
Как пользоваться классификацией: основные принципы	10
Международная классификация головных болей (3-е издание, 2013)	12
Общие принципы ведения пациентов с головными болями	13
Организация специализированной помощи больным с головными болями	35
Часть вторая. Первичные головные боли	46
Мигрень	47
Мигрень без ауры	52
Мигрень с аурой	57
Лечение мигрени	64
Хроническая мигрень	74
Редкие формы мигрени	77
Осложнения мигрени	83
Головная боль напряжения	87
Классификация головной боли напряжения	88
Критерии диагноза головной боли напряжения	90
Клинические проявления головной боли напряжения	95
Патогенез головной боли напряжения	97
Диагностика головной боли напряжения	100
Лечение головной боли напряжения	103
Тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии	108
Пучковая (кластерная) головная боль	110
Пароксизмальная гемикрания	123
Кратковременные односторонние невралгические приступы головных болей	127
Другие первичные головные боли	132
Первичная колющая головная боль	133
Первичная кашлевая головная боль	135
Первичная головная боль при физическом напряжении	136
Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью	138

Гипническая головная боль	141
Первичная громоподобная головная боль	142
Гемикрания континуа (<i>hemicrania continua</i>)	144
Новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль	146
Часть третья. Вторичные головные боли	149
Цервикогенные головные боли	154
Функциональная нейроанатомия цервикогенной головной боли	156
Клинические характеристики цервикогенной головной боли	158
Лечение цервикогенной головной боли	163
Головная боль при черепно-мозговой травме	165
Клинические проявления посттравматической головной боли	168
Диагностика посттравматической головной боли	171
Ведение больных с посттравматической головной болью.	176
Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов (абузусная головная боль)	177
Головные боли при цереброваскулярных заболеваниях	189
Головная боль, связанная с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой (ТИА)	193
Головная боль, связанная с нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием.	195
Головная боль, связанная с субарахноидальным кровоизлиянием	196
Головная боль, связанная с неразорвавшейся сосудистой мальформацией.	197
Головные боли, связанные с артериитами	200
Головные боли, связанные с каротидными или вертебральными артериями	201
Головная боль, связанная с тромбозом церебральных вен	203
Головные боли, связанные с другими внутричерепными сосудистыми процессами	205
Головная боль, связанная с синдромом обратимой церебральной вазоконстрикции.	208
Головная боль, связанная с апоплексией гипофиза	209
Головные боли при нарушениях гомеостаза	210

Часть четвертая. Особенности головных болей у отдельных категорий больных	216
Особенности головных болей у отдельных категорий...	216
Особенности мигрени у детей.	217
Детские периодические синдромы — предшественники мигрени.	222
Особенности головной боли напряжения у детей.	229
Другие первичные головные боли у детей	233
Вторичные головные боли у детей	234
Головные боли в старшем возрасте.	239
Особенности мигрени в старшем возрасте	240
Другие первичные головные боли в старшем возрасте	244
Особенности головных болей у женщин	245
Менструальная мигрень	248
Беременность, лактация и мигрень.	257
Мигрень и менопауза.	259
Приложение. Классификация головных болей	261
Литература	277

ЧАСТЬ ПЕРВАЯ

КЛАССИФИКАЦИЯ И ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ

КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Фундаментальный принцип диагностики головных болей — соответствие типа цефалгии клиническим критериям *Международной классификации головных болей (МКГБ)*, разработанной классификационным комитетом Международного общества головной боли (МОКГ) МКГБ и уже несколько лет во всем мире являющейся необходимым пособием в работе практикующих неврологов, в том числе цефалгологов (специалистов в области диагностики и лечения головной боли). Основная цель классификации — дать возможность врачам разных стран правильно диагностировать и одинаково трактовать различные формы головной боли.

В основу МКГБ были положены результаты клинических наблюдений, генетических, эпидемиологических и патофизиологических исследований, клинических исследований лекарственных препаратов, а также данные, полученные с помощью нейровизуализационных методов исследования. Годы использования МКГБ показали, что она стала основой для обучения принципам диагностики различных форм головной боли и позволила существенно улучшить подходы к ведению пациентов с цефалгиями во многих странах мира.

МКГБ выделяет более 160 разновидностей головных болей. Все типы цефалгий подразделяются на *первичные* (когда не удастся выявить органическую причину боли; в МКГБ-3 гл. 1–4), *вторичные* (обусловленные органическими поражениями головного мозга или других

органов и систем; гл. 5–12), а также *краниальные невралгии и лицевые боли* (гл. 13–14). Первичные формы ГБ составляют 95–98% всех форм цефалгий, с вторичными формами врачам приходится сталкиваться достаточно редко (не более 5% всех случаев цефалгий).

Согласно МКГБ-3 при *первичных формах* головных болей анамнез, физикальный и неврологический осмотры, а также дополнительные методы исследования не выявляют органической причины боли, т.е. исключают вторичный характер головной боли, для которой характерно наличие тесной временной связи между началом цефалгии и дебютом заболевания, усиление клинических проявлений головной боли при обострениях заболевания и облегчение течения цефалгии при уменьшении симптомов или излечении заболевания. Причина головной боли может быть установлена с помощью анамнеза, физикального и неврологического осмотра, а также с помощью дополнительных методов исследования. Диагноз первичных форм головных болей — клинический, он базируется исключительно на данных жалоб и анамнеза. У преобладающего большинства пациентов с первичными головными болями при осмотре не выявляется никаких неврологических симптомов. Тревожными симптомами у пациента во время приступа головной боли могут быть гипертермия, нарушения сознания, судорожный синдром или другие расстройства, а также наличие локальных неврологических знаков. Однако в тех случаях, когда возникают малейшие сомнения в доброкачественной природе приступов головной боли, а также при наличии любых неврологических симптомов или признаков, возможно, указывающих на органическую причину головной боли, необходимо провести тщательное обследование (КТ, МРТ, ЭЭГ, УЗДГ, люмбальная пункция и др.) с целью исключения симптоматической природы цефалгии.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ КЛАССИФИКАЦИЕЙ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

Настоящая классификация построена по иерархическому принципу, поэтому сложность диагноза колеблется от 1-го до 4-го уровня. Диагноз 1-го уровня дает представление о группе, к которой относится цефалгический синдром. Например, *1. Мигрень* или *2. Головная боль напряжения* (кодировка 1-го уровня). Клиническая форма головной боли обозначается кодировкой 2-го уровня (*1.1. Мигрень без ауры* или *2.2. Частая эпизодическая головная боль напряжения*). При необходимости можно ис-

пользовать кодировки более сложных уровней (2.2.1. *Частая эпизодическая головная боль напряжения, сочетающаяся с напряжением перикraniальных мышц*). Терапевты должны использовать кодировки 1-го уровня, неврологи — 1-го и 2-го уровней, исследователи головной боли и эксперты специализированных центров — кодировки 3–4-го уровней.

Диагноз устанавливается в соответствии с тем типом головной боли, которая имеется у пациента в настоящий момент или отмечалась в течение последнего года.

Если у пациента отмечается несколько типов головной боли, все они должны быть кодированы. Следовательно, один пациент может иметь несколько диагнозов, например: *Мигрень без ауры. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения*. При установлении пациенту нескольких диагнозов их следует располагать в порядке значимости для пациента. При наличии у пациента нескольких типов головной боли рекомендуется предложить ему заполнить диагностический дневник головной боли, в котором были бы отражены важнейшие характеристики различных видов цефалгий. Дневник головной боли, с одной стороны, облегчает врачу диагностику цефалгий и позволяет объективно оценить количество обезболивающих препаратов, которыми пользуется пациент (т.е. выявить лекарственный абзус), с другой — помогает пациентам научиться отличать один тип цефалгии от другого, например приступы мигрени от приступов эпизодической головной боли напряжения. Последнее особенно важно для правильного выбора обезболивающего препарата.

Один из главных вопросов, который стоит перед врачом и на который поможет ответить МКГБ-3, — *является ли головная боль первичной, вторичной или имеет смешанный характер?* При первичной головной боли не удастся выявить ее органическую причину; диагноз вторичной головной боли устанавливается в том случае, если она впервые появляется в тесной связи с другим заболеванием и облегчается при лечении или спонтанной ремиссии этого заболевания. Необходимо отметить, что это так же верно и для первичных головных болей, течение которых может ухудшиться на фоне другого заболевания. В этом случае возможны две интерпретации: установление только диагноза ранее существовавшей первичной головной боли или использование двух кодировок — первичной и вторичной головной боли, вызванной этим заболеванием. Установление двух диагнозов более правильно, если имеется тесная временная связь между утяжелением течения первичной головной боли и началом заболевания, доказано, что забо-

ление может провоцировать приступы первичной цефалгии, и если с уменьшением симптомов заболевания течение первичной головной боли облегчается.

В большинстве разделов, посвященных вторичным головным болям, присутствует такой критерий, как: «*Головная боль существенно облегчается в течение определенного периода времени после устранения причины цефалгии (т.е. после успешного лечения или спонтанной ремиссии основного заболевания)*». Выполнение этого критерия — важное доказательство причинной связи между головной болью и основным заболеванием. В случаях когда возникает необходимость установить диагноз до начала лечения заболевания, следует использовать кодировку «*Головная боль, возможно, связанная с тем или иным заболеванием*». При невыполнении указанного выше критерия диагноз вторичной цефалгии позднее может быть отвергнут.

В ряде случаев приходится сталкиваться с хроническими формами головных болей, когда остро возникшая цефалгия персистирует в течение длительного времени после воздействия причины, вызвавшей боль. Одним из примеров может служить посттравматическая головная боль. При этом основное отличие между острой и хронической головной болью состоит в том, что острая цефалгия должна разрешиться в течение 3 мес после появления причинного фактора, а хроническая — персистировать в течение более 3 мес после появления, ремиссии или лечения причинного фактора. Таким образом, спустя 3 мес диагноз может измениться на такой: *хроническая головная боль, связанная с тем или иным заболеванием*.

Формы головной боли, диагностические критерии которых нельзя считать окончательно установленными, помещены в конце МКГБ-3 в приложении.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ (3-е издание, 2013)

Основные разделы

Часть I. Первичные головные боли

1. Мигрень.
2. Головная боль напряжения.
3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии.
4. Другие первичные головные боли.

Часть II. Вторичные головные боли

5. Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи.
6. Головные боли, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника.
7. Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями.
8. Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой.
9. Головные боли, связанные с инфекциями.
10. Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза.
11. Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица.
12. Головные боли, связанные с психическими заболеваниями.

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

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

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ

«Золотой стандарт» диагностики всех форм первичных головных болей — клинический опрос и осмотр. Пациент с жалобами на головную боль должен быть подвергнут тщательному расспросу как относительно головной боли, так и состояния здоровья в целом, что может существенно повысить точность диагностики и помочь исключению вторичных форм головных болей. Более полный сбор этих сведений обеспечивает минимизацию последующих необоснованных назначений дополнительных исследований, прежде всего нейровизуализации, с одной стороны, и выявление тех случаев, когда она необходима, — с другой. Поскольку пациент может испытывать одновременно несколько типов первичных головных болей, например сочетание мигрени и головной боли напряжения (ГБН), важно идентифицировать все эти типы. На практике известно, что наличие у пациента мигрени не исключает, что у него может возникнуть какое-либо заболевание,

проявляющееся вторичной головной болью. Поэтому следует задавать вопросы относительно каждого типа головной боли в отдельности.

Вопросы, которые необходимо задать пациенту с жалобой на головную боль

- Имеется ли у вас один или несколько типов головной боли?
- В какой области возникает боль?
- Когда впервые возник приступ головной боли?
- Что вы делали, когда возникла головная боль?
- Сколько времени проходит до того, как головная боль становится максимальной?
- Как долго длится головная боль?
- Может ли головная боль вновь вернуться, после того как она стихла?
- Как часто она вновь возвращается?
- На что похожа головная боль? Является ли она давящей, пульсирующей, тупой, колющей или по типу «удара молота»?
- Является ли боль мягкой, умеренной или тяжелой?
- Как вы оцените интенсивность боли по 10-балльной шкале, где 0 баллов — нет боли и 10 баллов — максимальная боль?
- Возникают ли у вас нарушения зрения перед или во время головной боли?
- Имеются ли у вас другие симптомы (тошнота, рвота, повышенная чувствительность к свету, звукам, дискомфорт при движении глаз) во время головной боли?
- Бывают ли у вас другие симптомы (лихорадка, опускание века, сужение зрачка)?
- Есть ли факторы, способные вызывать головную боль (стресс, менструации, напитки, недостаток сна, избыточный сон, сильные запахи, прикосновение)?
- Может ли кашель, наклоны туловища или физическая активность усилить головную боль?
- Что облегчает головную боль (сон, пребывание в темной комнате)?
- Влияют ли головные боли на вашу жизнедеятельность?
- Принимаете ли вы безрецептурные лекарства, витамины или растительные средства для лечения головной боли? Если да, то как много и как часто? Употребляете ли вы кофеинсодержащие напитки, какие и в каком количестве?
- Какие рецептурные средства вы пробовали и с каким эффектом?
- У каких специалистов вы консультировались по поводу головной боли?

- Какие другие виды лечения (акупунктура, мануальная терапия, биологическая обратная связь, массаж, психотерапия) вы пробовали и с каким эффектом?
- Находитесь ли вы под влиянием стрессовых жизненных событий?
- Есть ли у вас подавленное настроение?
- Имеются ли у вас родители или ближайшие родственники, страдающие мигренью или другими тяжелыми головными болями?

Тщательно собранный анамнез — неотъемлемый этап правильной постановки диагноза мигрени. Ключевые элементы анамнеза головной боли представлены ниже.

Элементы анамнеза головной боли

- Временной профиль:
 - возраст начала;
 - время достижения максимальной интенсивности боли;
 - частота приступов головной боли;
 - время возникновения головной боли в течение суток;
 - длительность приступа головной боли;
 - возврат головной боли после ее стихания в одном приступе.
- Характеристики головной боли:
 - локализация боли;
 - характер боли;
 - интенсивность боли.
- Сопровождающие симптомы:
 - перед приступом головной боли;
 - во время головной боли;
 - после приступа головной боли.
- Провоцирующие факторы:
 - травма;
 - заболевания;
 - триггеры;
 - активность;
 - лекарственные средства.
- Облегчающие факторы:
 - нефармакологические;
 - фармакологические.
- Предшествующая диагностика и лечение:
 - обращения к специалистам;
 - терапевтический анамнез;

- Психологический анамнез:
 - использование лекарственных препаратов;
 - профессиональный и семейный анамнез;
 - качество сна;
 - влияние головной боли на повседневную активность.
- Семейный анамнез.

Временной профиль головной боли. Анализ *возраста начала* головной боли имеет важное диагностическое значение. Все первичные головные боли, особенно мигрень, как правило, начинаются в детском или подростковом возрасте и реже на втором или третьем десятилетии жизни. Крайне редко они дебютируют у пациентов более старшего возраста. Напротив, головная боль при височном артериите возникает у лиц 50 лет и старше. Средний возраст начала пучковой головной боли — 28 лет, а ГБН может начинаться в любом возрасте. Головные боли, которые дебютируют после 50 лет, наиболее часто носят вторичный характер, хотя некоторые доброкачественные формы, такие как гипническая головная боль, встречаются почти исключительно у людей пожилого возраста. Необходима информация о длительности заболевания и возможных изменениях в тяжести и частоте приступов в течение последних лет. Пациенты часто обращаются за консультацией из-за ухудшения состояния в последние 1–2 года. Становится особенно важным анализ факторов, потенциально способствующих изменению паттерна головной боли, особенно таких, как стрессовые факторы, наличие психического или соматического заболевания и др.

Время достижения максимальной интенсивности головной боли — важный показатель исключения потенциально опасных причин цефалгий. Это время может быть минимальным и не превышать 1 мин при «громоподобной» головной боли. Ее причинами могут быть субарахноидальное кровоизлияние, расслоение сонной или позвоночной артерии. Тем не менее в редких случаях мгновенное нарастание боли может быть и при первичных головных болях (пучковой головной боли и мигрени), а с другой стороны, тяжелые симптоматические головные боли, например при вирусном менингите, могут носить медленно прогрессирующий характер.

Частота приступов цефалгии при всех первичных головных болях чрезвычайно варьирует от единичных приступов в течение жизни, например при мигрени, до нескольких приступов (до 8) в течение дня при пучковой головной боли. Мигрень и эпизодическая ГБН — это

заболевания, которые характеризуются внутри- и межиндивидуальными различиями прежде всего относительно частоты приступов головной боли. Частота приступов головной боли — одна из ведущих причин обращений за медицинской помощью и основной критерий, определяющий необходимость профилактической терапии, с одной стороны, и показатель эффективности лечения — с другой.

Для первичных головных болей короткой длительности характерна вариабельность частоты приступов как в пределах суток, так и в более длительных периодах. Приступы пучковой цефалгии могут возникать с частотой от 1 до 8 атак в день, длятся от 30 до 90 мин и обычно наблюдаются ежедневно в течение периода времени длительностью от недель до месяцев. После этого кластерного периода у большинства пациентов возникает ремиссия, которая длится месяцы и годы. Сходный паттерн может наблюдаться и при других коротко длящихся головных болях, таких как хроническая пароксизмальная гемикрания и синдром КОНКС (кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъектированием конъюнктивы и слезотечением, SUNCT-синдром), но атаки при этом существенно отличаются от кластерной боли более высокой частотой и короткой длительностью приступов. У некоторых пациентов эти головные боли могут приобретать хронический характер и возникать почти ежедневно без ремиссий, при этом отдельные эпизоды цефалгий продолжают носить стереотипный характер исходной первичной головной боли.

Симптоматические головные боли при органических заболеваниях головного мозга могут носить эпизодический характер, но, как правило, они ежедневные и продолжительные, и не наблюдается столь яркий стереотипный паттерн с периодами, свободными от головной боли, что более характерно для первичных головных болей, особенно для мигрени. У пациентов с головными болями с длительностью 15 и более дней в месяц исключительное диагностическое значение имеет частота использования симптоматических средств для купирования боли, поскольку основное условие успешного ведения таких пациентов — полное исключение избыточно употребляемого средства.

Время возникновения головной боли в течение суток может быть важным для диагностики, например, пучковой головной боли, которая почти всегда возникает в ранние утренние часы («будильниковая» головная боль). Хотя, как правило, головные боли, которые пробуждают пациентов ото сна, носят доброкачественный характер (мигрень, пучковая и гипническая головная боль), так могут проявляться

и опухоли головного мозга, менингит и субарахноидальное кровоизлияние.

Длительность приступа головной боли для первичных головных болей имеет большое диагностическое значение. При этом необходим обязательный анализ продолжительности цефалгии при отсутствии ее лечения. Этот показатель — один из ключевых диагностических критериев, хотя в повседневной практике он не является абсолютным. Даже у пациентов с классическими приступами пучковой, мигренозной боли или КОНКС-синдромом временами возникают атаки, различающиеся у одного и того же пациента по длительности. В этих случаях дифференциальный диагноз должен включать все формы первичных головных болей.

Характеристики головной боли. Для некоторых форм первичных головных болей *локализация боли* может быть ключевым фактором диагностики. Так, у преобладающего большинства пациентов с кластерной головной болью, КОНКС-синдромом и хронической или эпизодической пароксизмальной гемикранией атаки сопровождаются исключительно унилатеральной головной болью, и этот паттерн сохраняется от приступа к приступу. При этом боль, как правило, фокусируется в окологлазничной и височной областях. Когда боль строго ограничена периорбитальной областью и не распространяется на другие участки лица и головы, следует исключать патологию глаза, кавернозного синуса и цервикального отдела сонной артерии. Головные боли при опухолях головного мозга или субдуральной гематоме могут быть как уни-, так и билатеральными. Между тем односторонние головные боли не обязательно гемикраниальные (т.е. вовлекающие всю половину головы). Хотя лобно-височная локализация также типична для мигрени, ее гемикраниальный характер в преобладающем большинстве приступов — важнейшая черта этого заболевания.

Для дифференциальной диагностики головных болей один из ведущих признаков — *характер боли*. Например, пульсирующий характер, т.е. усиление боли, совпадающее с ритмом сердца, наблюдается примерно у 50% пациентов с мигренью. Это очень важная характеристика для разграничения между мигренью и, например, ГБН, особенно у одного пациента. Сочетание этих двух типов у одного пациента наблюдается нередко, и важна идентификация каждого эпизода головной боли, поскольку для купирования мигренозной боли приоритетным является выбор специфического антимигренозного средства. Однако характер боли не является определяющим фактором для диагноза типа

головной боли, поскольку пульсирующей боль может быть и при кластерной, и при некоторых симптоматических головных болях. Эпизоды ГБН отмечаются ощущениями сдавления, распираания, сжимания. Кластерные головные боли чаще описываются как сверлящие или жгучие, а при тригеминальной невралгии — как колющие или по типу удара током. Головные боли при опухолях мозга могут продуцировать различную по характеру боль — от тупой, постоянной до пульсирующей.

Тяжесть (интенсивность) боли обычно подразделяется на слабую, умеренную (среднетяжелую) и интенсивную (тяжелую) боль. ГБН характеризуется слабой и умеренной интенсивностью боли, тогда как мигрень — умеренной или тяжелой болью. Иногда используется четвертая категория, крайне тяжелая боль, которая, например, типична для кластерной головной боли. Так называемая громоподобная головная боль в этом смысле, несомненно, наиболее тяжелая по интенсивности и наиболее драматическая по своим проявлениям. Головная боль начинается внезапно и достигает пика интенсивности в пределах 60 секунд от момента своего начала. Громоподобная головная боль может означать манифестацию субарахноидального кровоизлияния или тромбоза церебральных синусов даже при наличии нормального неврологического статуса. Поэтому каждый случай громоподобной головной боли предполагает обязательное углубленное неврологическое обследование, поскольку идиопатический вариант громоподобной головной боли — это диагноз исключения. Мгновенно нарастающая тяжелая головная боль может также возникать в различных ситуациях, моделирующих тест Вальсальвы (кашель, напряжение, чиханье, натуживание, сексуальная активность), и может стереотипно повторяться при провокации одними и теми же стимулами. Хотя чаще такие головные боли доброкачественные, тем не менее этот феномен требует исключения органической интракраниальной патологии, особенно когда он возникает впервые. При оценке тяжести головной боли, как и любой другой боли, общепринято использовать визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) с субъективной оценкой пациентом максимальной боли от 1 балла (минимальная боль) до 10 баллов (максимальная или самая тяжелая боль). Следует отметить, что тяжесть головной боли не является определяющей в дифференциальном диагнозе первичных и вторичных форм цефалгий. У некоторых пациентов с мозговыми опухолями и субдуральной гематомой головные боли носят мягкий характер, сходный с ГБН, и они могут облегчаться простыми анальгетиками.

Сопровождающие симптомы. Различные сопровождающие приступ головной боли симптомы могут возникать до, во время и после собственно болевых проявлений. Например, около 25% пациентов с мигренью испытывают различные ощущения за несколько часов и даже дней *перед головной болью*. Симптомы продромального периода могут включать изменения психического состояния (раздражительность, депрессия, эйфория), неврологические симптомы (трудности концентрации, заторможенность, повышенная чувствительность к свету, звукам, запахам) и симптомы со стороны других органов и систем (диарея или запор, жажда, пищевые пристрастия, напряжение мышц шеи). Между тем продромальные симптомы могут развиваться и при некоторых формах вторичных головных болей. Например, субфебрильная лихорадка, респираторные симптомы или диарея, которые сменяются головной болью, часто наблюдаются при вирусном менингите. Около 20% пациентов с мигренью испытывают симптомы ауры, которая в целом развивается в течение 5–20 мин и длится менее 60 мин.

Во время головной боли при мигрени в 90% случаев возникает тошнота, в 30% — рвота, а у 80% больных отмечается повышенная чувствительность к свету, запахам, звукам. Однако эти проявления могут сопровождать головные боли, обусловленные субарахноидальным кровоизлиянием или менингитом. Ипсилатеральная инъекция конъюнктивы, слезотечение, заложенность и выделения из носа — типичные сопровождающие симптомы кластерной головной боли, а в 30% случаев сопровождающимися симптомами могут быть птоз и миоз со стороны головной боли.

После головной боли многие пациенты с мигренью жалуются на ощущение усталости и разбитости, снижение психической активности, снижение настроения или отмечают эйфорию. Хотя постдромальные симптомы весьма характерны именно для мигренозной головной боли, в некоторых случаях, например при системных заболеваниях соединительной ткани, высокая лихорадка и головная боль могут сменяться симптомами астении и психической заторможенности. Галакторея и аменорея могут быть постоянными сопровождающимися симптомами головных болей у женщин с макроаденомой гипофиза. Синкопальные состояния, сопровождающие головные боли, могут быть проявлением коллоидной кисты третьего желудочка.

Провоцирующие факторы, особенно стереотипно вызывающие или усиливающие головную боль, могут быть диагностически и терапевтически весьма информативны. Выявление специфических триггеров

головных болей может помочь пациенту во многих случаях избежать приступов головной боли. 85% пациентов с мигренью имеют один триггер или более. К таким специфическим триггерам при мигрени можно отнести лекарственные препараты (вазодилататоры, ингибиторы фосфодиэстеразы), алкогольные напитки, некоторые пищевые продукты, яркий свет, стресс, подъем на высоту. Однако такие провокаторы, как нитроглицерин, алкоголь и подъем на высоту, являются типичными триггерами и кластерной головной боли. Головные боли, провоцируемые изменением позы, особенно возникающие сразу после вставания с кровати, могут быть обусловлены снижением внутричерепного давления, особенно если они облегчаются в горизонтальном положении. Головные боли при высоком давлении ликвора могут усиливаться в горизонтальном положении. Тяжелая взрывная головная боль, возникающая непосредственно перед или после оргазма, может быть и проявлением доброкачественной оргазмической цефалгии или субарахноидального кровоизлияния. Провокация головных болей физической активностью и напряжением должна также служить поводом для исключения интракраниальной патологии, в том числе сосудистых заболеваний (прежде всего субарахноидального кровоизлияния), мальформации Киари, опухолей задней черепной ямки. Головные боли при остром синусите лобной, клиновидной и решетчатой пазух усиливаются в положении лежа и ослабевают при возвышенном положении головы. Наоборот, боль при остром синусите верхнечелюстной пазухи уменьшается в горизонтальном и усиливается в вертикальном положении.

Для некоторых типов головной боли характерно наличие *триггерных зон*. Поверхностная стимуляция определенных зон на лице или слизистых оболочках полости рта (умывание лица, бритье, еда, разговор, дуновение ветра или холодного воздуха, чистка зубов) может провоцировать боль при тригеминальной невралгии. Эпизоды глоссофарингеальной невралгии могут подобным образом вызываться глотанием, жеванием, разговором, кашлем или зевотой. Следует разграничивать факторы, которые провоцируют, и факторы, которые усиливают головную боль. Одни и те же факторы, например моделирующие тест Вальсальвы, провоцируют головные боли при интракраниальной гипертензии, но могут также усиливать любой тип головной боли во время приступа. Это особенно характерно для мигрени, при которой любое движение, наклоны, повороты головы, вставание могут усиливать мигренозную боль, когда она умеренная и интенсивная.

Стресс и тревога могут быть как провоцирующими факторами, так и факторами, усиливающими любой тип головной боли.

Травмы головы и шеи часто сопровождаются головными болями. Головные боли, начинающиеся после легкой черепно-мозговой травмы, как правило, носят доброкачественный характер, но тем не менее ставят вопрос об исключении субдуральной или эпидуральной гематомы, которые выявляются в 2% этих случаев. Соотношения между тяжестью перенесенной травмы и головными болями часто носят парадоксальный характер. Примерно у 20% пациентов с легкой черепно-мозговой или хлыстовой травмой шеи формируются головные боли, которые персистируют в течение месяцев или даже лет после перенесенной травмы, при этом более тяжелые случаи травм могут не сопровождаться формированием головных болей вовсе. Важно анализировать все *обстоятельства возникновения головной боли*. Например, хорошо известно, что мигрень у некоторых пациенток дебютирует в ранний послеродовой период, тем не менее эти случаи требуют исключения церебрального венозного тромбоза и эклампсии. Даже при наличии длительного анамнеза мигрени прогрессирующий характер головной боли у женщин с ожирением требует исключения *pseudotumor cerebri*, а приступообразные подъемы артериального давления — феохромоцитомы. Новый дебют головных болей у ВИЧ-серопозитивных лиц может быть дебютом криптококкового менингита, а головная боль у пациента с онкологическим анамнезом (рак легких, молочной железы, меланома, гипернефрома, колоректальные опухоли) делает необходимым обсуждение возможности метастатического процесса.

Факторы, облегчающие головную боль, могут содержать важную дополнительную информацию для некоторых форм головных болей. Пациенты с мигренью наиболее комфортно ощущают себя в постели в темной бесшумной и прохладной комнате. Более того, они отмечают, что если не прилечь, то симптоматические средства им не помогают. И напротив, пациенты с кластерной головной болью в момент приступа предпочитают двигаться, ходить, отмечая абсолютную невозможность сидеть или лежать во время атаки. Сон, как известно, эффективный способ облегчения мигренозной боли. Однако при большинстве первичных головных болей (мигрени, кластерной головной боли и пароксизмальной гемикрании) приступы могут возникать непосредственно из сна, а гипническая головная боль, которая чаще встречается в пожилом возрасте, возникает исключительно во время сна. Депривация сна может провоцировать приступы мигрени, и в этих

случаях важно выявление обструктивных сонных апноэ у пациентов с ночными и ранними утренними головными болями, особенно у пациентов с ожирением и ночным храпом. Отдельному анализу должны быть подвергнуты сведения о принимаемых пациентом лекарственных средствах и их эффективности. Особенно это касается диуретиков, вазоактивных, гипотензивных препаратов и специфических антимигренозных средств (эрготамина и триптанов).

Оценка *влияния головной боли на активность*, повседневную жизнедеятельность и качество жизни в целом — очень важная часть диагностического процесса. Это может способствовать адекватной диагностике, выбору оптимальной терапии и может определять необходимость обращения к неврологу, психиатру или специалисту по головной боли.

Обязательным условием диагностики всех форм головных болей является детальный *терапевтический анамнез*, содержащий сведения обо всех методах лечения, симптоматических и профилактических средствах, принимаемых ранее, и их эффективности. Если пациент имеет опыт использования триптанов или эрготамина с высокой их эффективностью, то это может указывать на возможную мигрень или кластерную головную боль, хотя в некоторых случаях положительный ответ на триптаны может быть у пациента с субарахноидальным кровоизлиянием и инфекционным менингитом. Острые приступы мигрени может провоцировать использование нитроглицерина и ингибиторов фосфодиэстеразы, например, для лечения эректильной дисфункции. Оральные контрацептивы в некоторых случаях способствуют увеличению частоты приступов мигрени. Избыточное использование симптоматических средств при частых приступах мигрени или ГБН может указывать на возможную медикаментозно-индуцированную головную боль. Пациенты в целом склонны забывать наименования используемых лекарственных средств и недооценивать количество препаратов, которые они принимают. Они часто не рассматривают безрецептурные анальгетики, такие как аспирин, анальгин, парацетамол, как лекарства и забывают об их использовании, если не спросить их об этом специально. Врач должен выявить все наименования лекарственных средств, как рецептурных, так и безрецептурных, а также их конкретные суточные и недельные дозы. Эти сведения являются решающими в диагностике абюзусной головной боли.

Очень важна информация о *предшествующих обращениях к различным специалистам*, к таким как психологи, хиропрактики, иглотера-

певты и физиотерапевты. В некоторых случаях понадобится ознакомление с историей заболевания и медицинскими записями. Это может предотвратить неоправданное назначение повторных исследований, консультаций специалистов.

Психологический анамнез является крайне важным для диагностики многих типов головных болей. Различные психологические факторы, эмоциональный стресс, семейные и личные психотравмирующие обстоятельства играют роль не только в формировании первичных головных болей (особенно хронической ГБН), но и могут служить фактором, провоцирующим или усугубляющим течение симптоматических цефалгических синдромов. В общей стратегии ведения больных с первичными головными болями большое значение имеют такие факторы, как избыточное употребление алкоголя, табака, седативных средств и кофеина (в том числе содержащегося во многих рецептурных и безрецептурных средствах, напитках). Например, головные боли «обратного эффекта» быстрее формируются у лиц, потребляющих более трех чашек кофе в день.

У некоторых пациентов для понимания причины головной боли может быть полезной информация о *качестве сна*. Например, у лиц с ожирением следует выявлять наличие храпа и эпизодов апноэ во сне, что может вызывать утренние головные боли. Депривация сна, которая может возникать у пациентов с синдромом беспокойных ног, может вносить существенный вклад в клинические проявления мигрени и ГБН.

Семейный анамнез имеет особое значение для диагностики не только мигрени, но и некоторых других форм первичных головных болей. С другой стороны, у 10% пациентов с интракраниальной мешотчатой аневризмой родственники первой степени родства имеют подобное заболевание. Положительный семейный анамнез также характерен для головных болей при нейрофиброматозе.

Общесоматическое и неврологическое обследование — обязательная часть диагностики типа головной боли. У пациентов со всеми типами первичных головных болей не выявляется патология при клиническом исследовании. Детальное неврологическое исследование может выявить некоторые симптомы, предполагающие вторичный характер головной боли. Наличие ожирения у пациентки с упорными головными болями и нарушением полей зрения может предполагать возможность *pseudotumor cerebri*. При аускультации сосудов шеи шум над магистральными артериями может послужить поводом для исключения

атеросклеротического поражения, диссекции артерий или артериовенозной мальформации. Пальпация поверхностных височных или затылочных артерий может выявить увеличение, отечность или натяжение кровеносных сосудов с уменьшением или исчезновением их пульсации, что может указывать на наличие гигантоклеточного артериита. Ригидность шейных мышц и других менингеальных знаков — серьезный симптом, указывающий на субарахноидальное кровоизлияние или менингит. Болезненность области височно-нижнечелюстного сустава, шелкание или ограничение открывания рта может указывать на дисфункцию сустава как источник головной боли. Если головные боли связаны с воспалительными изменениями в лобной, верхнечелюстной пазухах, то пальпация области над вовлеченным синусом вызывает чувствительность и выделения из носовой полости. Неврологическое исследование также должно включать фундоскопию. Признаки геморрагии или отека диска зрительного нерва — критерий назначения нейровизуализации для исключения объемного образования мозга. Опухоли, вызывающие моносимптомные головные боли, обычно локализованы в задней черепной ямке и могут вызывать отек диска зрительного нерва как единственный объективный патологический симптом. Хотя нарушение обоняния наиболее часто вызывается первичной патологией назальных полостей или метаболическими нарушениями, у пациента с головными болями в редких случаях это может быть симптомом опухоли основания черепа.

Хотя общий неврологический статус у большинства амбулаторных больных с рецидивирующими головными болями нормальный, обнаружение фокальных, латерализованных или общемозговых неврологических симптомов является показанием для дальнейшего диагностического поиска.

Нейровизуализация. Компьютерная томография (КТ) выявляет большинство причин вторичных головных болей. В некоторых случаях требуется введение контраста для обозначения неоплазм или сосудистых мальформаций. КТ-сканирование — метод выбора для диагностики костной патологии, острой черепно-мозговой травмы и острого субарахноидального кровоизлияния. Между тем многие формы симптоматических головных болей не могут визуализироваться при использовании рутинной техники КТ-сканирования. К ним относятся прежде всего сосудистые заболевания мозга: мешотчатая аневризма, артериовенозные мальформации (особенно задней черепной ямки), субарахноидальное кровоизлияние, расслоение

сонных и позвоночных артерий, инфаркт, церебральный венозный тромбоз, васкулиты (с поражением белого вещества), субдуральная или эпидуральная гематома. Для выявления неопластических процессов (особенно задней черепной ямки), менингеомы, патологии краниовертебрального перехода, инфекционных заболеваний (синусит, менингоэнцефалит, церебеллит и абсцесс мозга) КТ не является диагностическим методом выбора. Магнитно-резонансная томография (МРТ) — ведущий метод выявления патологии параназальных синусов, гипофиза, задней черепной ямки, кортикальных вен (синус-тромбоз верхнего сагиттального и поперечного синуса), цервикомедуллярного соединения (например, мальформация Киари). Кроме того, МРТ с высокой разрешающей способностью может верифицировать интракраниальную аневризму, каротидную диссекцию, инфаркт мозга, изменения белого вещества, конгенитальные повреждения и неоплазмы, которые не визуализируются на КТ-сканировании. Поэтому в целом диагностическая ценность МРТ выше, чем КТ для выявления симптоматической головной боли. В ряде случаев для верификации сосудистой патологии мозга используются МРТ-ангиография и МРТ-венография. Спиральная КТ, МРТ-ангиография и МРТ-венография в обнаружении аневризм, артериовенозных мальформаций, артериальной диссекции и венозного тромбоза имеют чувствительность, сходную с традиционной церебральной ангиографией. Частота выявления органических изменений при КТ-сканировании или МРТ у пациентов с любой головной болью и нормальным неврологическим статусом невелика и составляет примерно 2%. Для назначения нейровизуализации пациентам с головными болями Американской академией неврологии в 1994 г. были выработаны определенные показания.

Показания для проведения нейровизуализационного обследования пациентов с головными болями (Evans R.W., 2003)

- Временной паттерн и характеристики головной боли:
 - впервые возникший эпизод тяжелой головной боли;
 - подострые головные боли с увеличением частоты и тяжести приступов;
 - прогрессирующие (в том числе впервые возникшие) ежедневные персистирующие головные боли;
 - хронические ежедневные головные боли;
 - строгая латерализация головной боли;
 - головные боли, устойчивые к терапии.

- Демографические характеристики:
 - дебют головной боли у пациента с онкологическим анамнезом или ВИЧ;
 - начало головных болей после 50 лет;
 - пациенты с головными болями и эпилептическими припадками.
- Сопровождающие симптомы:
 - головные боли, сопровождающиеся лихорадкой, напряжением мышц шеи, тошнотой или рвотой;
 - головные боли, сопровождающиеся фокальными неврологическими симптомами (за исключением симптомов ауры);
 - головные боли у пациентов с отеком диска зрительного нерва, когнитивными нарушениями или изменениями личности.

Электроэнцефалография до широкого внедрения КТ была рутинным методом исследования пациентов с головными болями. Многолетняя клиническая практика показала низкую диагностическую ценность ЭЭГ (Evans R.W., 2003). В настоящее время метод используют в редких случаях при наличии признаков, указывающих на возможность эпилепсии, например при атипичной мигренозной ауре или эпизодах потери сознания.

Лабораторное исследование крови не является обязательным для диагностики первичных головных болей. Исключение составляют случаи, когда необходимо исключить инфекционных, аутоиммунных заболеваний (табл. 1). Например, исследование эритроцитов, СОЭ, С-реактивного белка необходимо для подтверждения диагноза височного артериита; исследование моноцитов у подростков с головными болями, болями в горле и увеличением шейных лимфатических узлов крайне важны для диагностики инфекционного мононуклеоза. У пациентов с подозрением на инфекционное заболевание необходимы полный анализ крови, печеночные тесты, ВИЧ-тест, антитела к нейроборрелиозу (болезни Лайма). При наличии у пациента с головной болью распространенного поражения белого вещества на МРТ показано исследование антикардиолипидных антител и волчаночного антикоагулянта для выявления антифосфолипидного синдрома. В некоторых случаях показано исследование гормонов щитовидной железы, потому что головная боль может быть симптомом гипотиреоза. Поскольку гиперкальциемия также может быть ассоциирована с головной болью, полезным является исследование уровня кальция

в крови. Для верификации тромбоцитемической пурпуры, которая также может проявляться рецидивирующими головными болями, необходим полный анализ крови, включая тромбоциты.

Таблица 1

Показания для назначения лабораторных исследований крови при головных болях (Olesen J. и соавт., 2006)

Показания	Тесты
Воспалительные заболевания (например, височный артериит или системная красная волчанка)	СОЭ, С-реактивный белок, АНА, РФ
Инфекционные заболевания (например, ВИЧ, болезнь Лайма)	Антитела к ВИЧ, антитела к <i>Borrelia burgdorferi</i>
Обширное поражение белого вещества на МРТ	Антитела к кардиолипину, волчаночный антикоагулянт
Головная боль и аденома гипофиза	Уровень пролактина, ТТГ
Анемия и тромбоцитемическая пурпура	Полный анализ крови, в том числе тромбоциты
Метаболическое заболевание	ТТГ, уровень Са в сыворотке, азот мочевины, креатинин
Мониторинг побочных эффектов лекарственных препаратов (вальпроат натрия, НПВС и препараты лития)	Полный анализ крови

Примечания: СОЭ — скорость оседания эритроцитов; АНА — антиядерные антитела; РФ — ревматоидный фактор; ТТГ — тиреотропный гормон.

В ряде случаев могут потребоваться дополнительные анализы крови для мониторинга побочных эффектов некоторых препаратов, часто используемых у пациентов с головными болями, например, вальпроата натрия для профилактики мигрени, карбамазепина при тригеминальной невралгии и лития при хронической кластерной головной боли.

Люмбальная пункция может иметь важное диагностическое значение для выявления инфекционных заболеваний мозга (менингит или энцефалит), менингеального карциноматоза, лимфоматоза, субарахноидального кровоизлияния и синдрома повышенного (например, при доброкачественной внутричерепной гипертензии) или пониженного

давления цереброспинальной жидкости. Во многих случаях для диагностики головных болей результативным является открытое измерение давления цереброспинальной жидкости. В таблице 2 представлены показания для назначения люмбальной пункции пациентам с головными болями.

Таблица 2

**Показания для проведения люмбальной пункции у пациентов
с головной болью (Olesen J. и соавт., 2006)**

Тип головной боли	Диагноз исключения
Впервые возникший приступ тяжелой головной боли	Субарахноидальное кровоизлияние, менингит
Головная боль, сопровождающаяся лихорадкой и другими симптомами инфекционного заболевания	Менингит, энцефалит
Подострое или прогрессирующее течение головной боли у пациента с различными факторами риска	Криптококковый менингит у ВИЧ-позитивного пациента Менингеальный карциноматоз у пациента с первичной опухолью в анамнезе, <i>pseudotumor cerebri</i> у женщин с ожирением и отсутствием отека диска зрительного нерва
Ортостатические головные боли	Синдром низкого давления ЦСЖ

В повседневной практике наиболее результативный способ сбора анамнестических сведений — использование различных инструментов, таких как дневники, календари, шкалы и вопросники. Пациенты с головными болями, как и с другими формами болевых синдромов, имеют склонность предъявлять жалобы выборочно, в основном на недавно перенесенные приступы, или описывая наиболее тяжелые эпизоды головных болей. Даже сведения относительно дебюта заболевания и о его течении подчас бывают неточными, также возникают трудности при установлении возможного влияния провоцирующих факторов и количества потребляемых симптоматических средств. Дневники головной боли позволяют проспективно зафиксировать характеристики каждой атаки, а использование календарей головной боли показано для оценки временных паттернов головной боли, идентификации провоцирующих факторов и для оценки эффективности профилактической терапии (табл. 3).

Окончание табл. 3

9. Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)	Незначительная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Сильная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Очень сильная	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Была ли у вас тошнота?	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Незначительная:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Заметная:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Была ли у вас рвота?	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Вас раздражал свет?	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Вас раздражал звук?	Нет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Могло ли что-нибудь послужить причиной вашей ГБ?	Если да, уточните							
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								

Как правило, диагностические дневники используются в течение 1 мес и более, до тех пор пока не будет получено достаточно информации для диагноза формы головной боли или анализа эффективности использования лекарственных средств.

Для оценки тяжести головной боли при мигрени, которая является важнейшим показателем, определяющим выбор приоритетных способов купирования головной боли, R.V. Lipton и W.F. Stewart (2000) была предложена простая шкала The Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS), позволяющая количественно измерять степень влияния повторяющихся приступов мигрени на жизнедеятельность пациен-

та. Шкала оценивает количество дней с нарушением повседневного функционирования из-за мигренозной головной боли на протяжении 3 последних месяцев. Шкала MIDAS (табл. 4) зарекомендовала себя как простой и доступный способ оценки влияния приступов головной боли на повседневную активность. Этот способ наиболее адекватно отражает тяжесть заболевания и является определяющим фактором выбора стратегии купирования головной боли.

Таблица 4

**Шкала количественной оценки тяжести приступов мигрени MIDAS
(Lipton R.B. и Stewart W.F., 2000)**

<i>Инструкции: ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы относительно ВСЕХ типов головной боли, возникших в течение последних 3 мес; запишите ваш ответ в соответствующем квадрате; запишите 0, если в течение последних 3 мес вы не занимались какой-либо деятельностью</i>	Дни
1. Сколько дней за последние 3 мес вы пропустили (рабочее или учебное время) из-за головной боли?	<input type="checkbox"/>
2. В течение скольких дней в последние 3 мес ваша работоспособность была снижена наполовину и более из-за головной боли?	<input type="checkbox"/>
3. В течение скольких дней в последние 3 мес вы не занимались работой по дому из-за головной боли?	<input type="checkbox"/>
4. В течение скольких дней за последние 3 мес продуктивность вашей домашней работы была снижена наполовину и более из-за головной боли? (Не включайте дни, которые вы указали в 3-м вопросе, когда вы не занимались домашней работой.)	<input type="checkbox"/>
5. В течение скольких дней за последние 3 мес вы не участвовали в семейных и общественных мероприятиях, активном проведении досуга из-за головной боли?	<input type="checkbox"/>
Сумма	<input type="checkbox"/>
A. В течение скольких дней за последние 3 мес у вас отмечалась головная боль? (Если головная боль продолжалась более 1 дня, считайте каждый день)	<input type="checkbox"/>

Окончание табл. 4

Б. На шкале от 0 до 10 укажите, в среднем какой интенсивности были эти головные боли? (0 — нет боли; 10 — максимальная интенсивность боли)		□
Посчитайте общее количество дней (баллов) с 1-го по 5-й вопрос (вопросы А и Б не учитываются)		
Сумма баллов	Описание	Степень тяжести
0–5		Легкое или нечастое ограничение повседневной активности I
6–10		Умеренное или нечастое ограничение повседневной активности II
11–20		Умеренное стойкое ограничение повседневной активности III
≥21		Выраженное ограничение повседневной активности IV

The Headache Impact Test (HIT-6) — инструмент, оценивающий как тяжесть приступов мигренозной головной боли, перенесенных в последний месяц, так и изменения в клиническом состоянии пациента за короткий период времени. HIT-6 — это короткий опросник, состоящий из 6 вопросов, отражающих боль, социальное, ролевое функционирование, витальность, когнитивное функционирование и уровень психологического дистресса. Каждый вопрос ранжируется на 5 категорий (никогда, редко, иногда, очень часто, всегда), которые оцениваются соответственно (6, 8, 10, 11, 13 баллов) (рис. 1).

Общая сумма баллов составляет от 36 до 78. Более высокие значения суммы баллов указывают на более выраженное влияние мигрени на повседневную жизнь. Сумма баллов 49 и ниже отражает «незначительное или отсутствие влияния», сумма баллов 50–55 — «умеренное влияние», сумма баллов 56–59 — «существенное влияние», сумма баллов 60 и выше — «очень сильное влияние»

Применение дополнительных клинических шкал целесообразно для объективной и унифицированной оценки головной боли и, что особенно важно, для изучения ее влияния на активность и повседневное функционирование пациентов с головной болью. Эта информация служит основой для выработки оптимальных стратегий лечения и может использоваться в исследовательских целях.

Как часто ваши ГБ очень сильные?

1	никогда	редко	иногда	очень часто	всегда
---	---------	-------	--------	-------------	--------

Как часто ваши ГБ ограничивают вашу повседневную деятельность, включая домашние дела, работу, школу, общественные мероприятия?

2	никогда	редко	иногда	очень часто	всегда
---	---------	-------	--------	-------------	--------

Когда у вас возникает ГБ, как часто у вас возникает желание прилечь?

3	никогда	редко	иногда	очень часто	всегда
---	---------	-------	--------	-------------	--------

Как часто за последние 4 нед вы чувствовали себя слишком усталым, чтобы выполнять работу или повседневную деятельность из-за ваших ГБ?

4	никогда	редко	иногда	очень часто	всегда
---	---------	-------	--------	-------------	--------

Как часто за последние 4 нед у вас было плохое настроение или раздражительность из-за ваших ГБ?

5	никогда	редко	иногда	очень часто	всегда
---	---------	-------	--------	-------------	--------

Как часто за последние 4 нед ГБ ограничивали вашу способность концентрироваться на работе или повседневных делах?

6	никогда	редко	иногда	очень часто	всегда
---	---------	-------	--------	-------------	--------



Столбец 1
(6 баллов)



Столбец 2
(8 баллов)



Столбец 3
(10 баллов)



Столбец 4
(11 баллов)



Столбец 5
(13 баллов)

Посчитайте баллы для каждого ответа
по всем столбцам

Всего

--

Рис. 1. HIT-6 (The Headache Impact Test) (Kosinsky M. и соавт., 2003)