МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Головная боль напряжения (ГБН) у взрослых

МКБ 10: **G44.2**
Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **КР162**
URL

Профессиональные ассоциации

- **Всероссийское общество неврологов (ВОН) Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ)**

Оглавление

- Ключевые слова
- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация
- 2. Диагностика
- 3. Лечение
- 4. Реабилитация
- 5. Профилактика
- 6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Связанные документы
- Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента
- Приложение В. Информация для пациентов
- Приложение Г.

Ключевые слова

- Абузусная головная боль
- ГБН
- Головная боль напряжения
- Лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ)
- Лекарственный абузус
- Лечение приступа ГБН
- Поведенческая терапия
- Профилактика ГБН
- Хроническая ГБН
- Хроническая ежедневная головная боль

Список сокращений

АГБ – абузусная головная боль

АСК – ацетилсалициловая кислота

БОС – биологическая обратная связь

ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли

ВНЧС - височно-нижнечелюстной сустав

ВОП – врач общей практики

ГБ – головная боль

ГБН – головная боль напряжения

ДПМ – дисфункция перикраниальных мышц

ДЭП – дисциркуляторная энцефалопатия

КН – коморбидные нарушения

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

ЛИГБ – лекарственно-индуцированная (абузусная) головная боль

МКБ-10- международная классификация болезней 10-го пересмотра

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

МТС – мышечно-тонический синдром

МФС – миофасциальный синдром

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ХГБН – хроническая ГБН

ХМ – хроническая мигрень

ШОП - шейный отдел позвоночника

ЭГБН – эпизодическая ГБН

ЭМГ-БОС – биологическая обратная связь по электромиографии мышц

Термины и определения

Абузусная головная боль (ГБ, цефалгия) – см. лекарственно-индуцированная ГБ

Виновные препараты (препараты злоупотребления) – препараты, которые при избыточном приеме могут приводить к развитию МИГБ (все классы простых и комбинированных анальгетиков, НПВП, опиоиды, триптаны).

Вторичные ГБ - симптоматические ГБ, возникающие *de novo* в тесной временной связи с другим (причинным) заболеванием, которое 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 – болезненное напряжение мышц головы, лица и шеи.

Ингибиторные антиноцицептивные механизмы – система нисходящего противоболевого контроля.

Коморбидные нарушения (КН) – нарушения, которые встречаются при данном заболевании достоверно чаще, чем в общей популяции и имеют с этим заболеванием некоторые общие патогенетические механизмы.

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

Лекарственный абузус – избыточное применение обезболивающих препаратов для купирования ГБ.

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

Периферическая сенситизация – повышенный ответ и/или снижение порогов возбуждения ноцицептивных нейронов периферической нервной системы в ответ на обычную и/или подпороговую стимуляцию.

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

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

Хронизация ГБ – постепенное учащение приступов/болевых эпизодов.

Хронические ГБ – головные боли с частой более 15 дней в месяц в течение более 3х месяцев

Центральная сенситизация (ЦС) - повышенный ответ и/или снижение порогов возбуждения ноцицептивных нейронов центральной нервной системы в ответ на обычную и/или подпороговую стимуляцию. В основе сенситизации могут лежать, как снижение болевого порога, так и развитие избыточного ответа на ноцицептивную афферентацию. ЦС сопровождается снижением функции эндогенного антиноцицептивного (противоболевого) контроля.

Цефалгия – головная боль.

Цефалголог - специалист по диагностике и лечению ГБ.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Головная боль напряжения (ГБН) — одна из наиболее распространенных форм первичной головной боли (ГБ), проявляющаяся болевыми эпизодами продолжительностью от 30 минут до нескольких суток [1].

1.2 Этиология и патогенез

В происхождении ГБН принимают участие как периферические, так и центральные ноцицептивные (болевые) механизмы [2, 3, 4]. Периферические механизмы связаны с болезненным напряжением мышц головы и шеи, снижением мышечного кровотока и выделением в кровь болевых провоспалительных медиаторов. В результате повышается возбудимость ноцицептивных нейронов передних рогов спинного мозга [3, 4, 5]. Основной центральный механизм ГБН - снижение ингибиторной антиноцицептивной активности ствола мозга, что облегчает болевую трансмиссию и способствует хронизации ГБН [3, 4]. При эпизодической ГБН (ЭГБН) большее значение имеют периферические факторы, при хронической форме (ХГБН) – центральные, связанные с развитием периферической и центральной сенситизации. Психические нарушения (депрессия и тревога) облегчают болевую трансмиссию и способствуют хронизации болевого синдрома [2, 3, 4, 6]. Генетические факторы не принимают участие в патогенезе ГБН.

1.3 Эпидемиология

Распространенность ГБН в течение жизни составляет 78% [7, 8]. Распространенность ГБН за один год в России в 2009-2011 гг. составила около 31% [9]. Наибольшее распространение имеет ЭГБН (1 день с ГБ в месяц и менее), которая не требует лечения; у 24–37% популяции эпизоды ГБН отмечаются несколько раз в месяц, у 10% - еженедельно и 2–3% имеют ХГБН с числом дней с ГБ 15 и более в месяц. У женщин ГБН встречается несколько чаще (Ж:М=5:4). Средний возраст начала ГБН 25–30 лет.

1.4 Провоцирующие факторы

Главными провокаторами болевых эпизодов являются эмоциональный стресс (острый и хронический) и напряжение мышц головы и шеи на фоне длительного пребывания в вынужденной/ неудобной позе [3, 8, 10].

1.5 Кодирование по МКБ-10

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

Головная боль, вызванная применением лекарственных средств (G44.4)

Комментарий: *хроническая ГБН (ХГБН) может сочетаться с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ) (G44.4).*

1.6 Классификация

Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной и лицевой болью (третий пересмотр) (МКГБ-3 бета).

ГБН относится к первичным (доброкачественным) цефалгиям (Часть 1 МКГБ-3 бета), которые не связаны с органическим поражением головного мозга, мозговых сосудов, других структур, расположенных в области головы и шеи и системными заболеваниями (таб. 1) [1].

Таблица 1. Оглавление МКГБ-3 бета

Часть I. Первичные головные боли
1. Мигрень
2. Головная боль напряжения (ГБН)
3. Кластерная ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии
4. Другие первичные ГБ
Часть II. Вторичные головные боли
5. ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи
6. ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника.
7. ГБ, связанные с несосудистыми 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 нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
12. ГБ, связанные с психическими заболеваниями
Часть III. Болевые краниальные невропатии, другие лицевые и головные боли
13. Болевые краниальные невропатии и другие лицевые боли
14. Другие ГБ.

В МКГБ-3 бета ГБН подразделяют на эпизодическую (ЭГБН), возникающую не более 15 дней в месяц (или 180 дней в течение года) и хроническую формы (ХГБН) — более 15 дней в месяц (или более 180 дней в течение года), ЭГБН — на частую и нечастую. В зависимости от наличия или отсутствия мышечной дисфункции различают ЭГБН и ХГБН «без напряжения» и «с напряжением перикраниальных мышц», что встречается значительно чаще. При невыполнении одного из критериев может быть выставлен диагноз «Возможная ГБН»(таб. 2) [1].

Таблица 2. Классификация головной боли напряжения (раздел 2. МКГБ-3 бета)

2.1. Нечастая эпизодическая ГБН
2.1.1. Нечастая ЭГБН, сочетающаяся с напряжением (болезненностью) перикраниальных мышц
2.1.2. Нечастая ЭГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2. Частая эпизодическая ГБН
2.2.1. Частая ЭГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2.2. Частая Э ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3. Хроническая ГБН (ХГБН)
2.3.1. ХГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3.2. ХГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.4. Возможная ГБН
2.4.1. Возможная нечастая ЭГБН
2.4.2. Возможная частая ЭГБН

ГБН нередко сочетается с лекарственным абузусом. При значительном злоупотреблении обезболивающими препаратами возможно развитие лекарственно-индуцированной (абузусной) ГБ (АГБ, ЛИГБ), которая описывается в МКГБ-3 бета в п. 8.2 «ГБ при избыточном применении лекарственных препаратов»(таб. 3а) [1, 11].

Таблица 3а. Формы лекарственно-индуцированной головной боли (МКГБ-3 бета, 2013)

Форма ЛИГБ	**Количество дней с приемом препарата в месяц**
ГБ, связанная с избыточным приемом эрготамина	Регулярный прием эрготамина ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом триптанов	Регулярный прием одного или более триптанов ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом парацетамола	Регулярный прием парацетамола ≥15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом ацетилсалициловой кислоты	Регулярный прием ацетилсалициловой кислоты ≥15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом других НПВС	Регулярный прием одного или более НПВС ≥15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом опиоидов	Регулярный прием одного или более опиоидов ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с избыточным приемом комбинированных анальгетиков	Регулярный прием одного или более комбинированных анальгетика ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев
ГБ, связанная с применением нескольких классов препаратов (без четкого превалирования какого-либо одного класса)	Регулярный прием любой комбинации эрготамина, триптанов, простых анальгетиков, НПВС и комбинированных анальгетика ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев без четкого злоупотребления отдельным препаратом или классом препарата
ГБ, связанная с неуточненным избыточным применением нескольких классов лекарственных препаратов	Регулярный прием любой комбинации эрготамина, триптанов, простых анальгетиков, НПВС и комбинированных анальгетика ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, когда сложно установить состав, количество и кратность приема обезболивающих препаратов
ГБ, связанная с избыточным приемом других препаратов	Регулярный прием других ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев

2. Диагностика

- Рекомендуется клиническая диагностика ГБН. Диагноз основывается на анализе жалоб, данных анамнеза, нормальных данных неврологического осмотра и соответствии клинических проявлений диагностическим критериям МКГБ-3 бета (таб. 4а-4в) [1, 10-12, 13].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

Комментарий. *В Таблицах 4а-4в представлены обобщенные диагностические критерии ГБН, а также критерии нечастой ЭГБН не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц и ХГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц.*

Таблица 4а. Обобщенные диагностические критерии ГБН (МКГБ-3 бета) [1].

A. Продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней.
B. ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:
-- двухсторонняя локализация;
-- давящий/сжимающий/не пульсирующий характер;
-- легкая или умеренная интенсивность;
-- боль не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).
C. Оба симптома из нижеперечисленных:
-- отсутствие тошноты или рвоты.
-- только фотофобия или только фонофобия.
D. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше)
A. Продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней.
B. ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:

Таблица 4б. Диагностические критерии нечастой ЭГБН, не сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (МКГБ-3 бета) [1].

A. По меньшей мере 10 эпизодов ГБ, возникающих с частотой не более одного дня в месяц (не более 12 дней в год), отвечающие критериям B D.
B. Продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней.
C. Как минимум две из следующих характеристик:
1) двухсторонняя локализация;
2) давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер;
3) легкая или умеренная интенсивность;
4) боль не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).
D. Оба симптома 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 бета (не может быть классифицирована лучше)

Таблица 4в. Диагностические критерии ХГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц (МКГБ-3 бета) [1].

A. ГБ, возникающая ≥ 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (≥ 180 дней в год), отвечающая критериям B–D.
B. ГБ продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер.
C. Как минимум две из следующих характеристик:
1) двухсторонняя локализация;
2) давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер;
3) легкая или умеренная интенсивность;
4) боль не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).
D. Оба симптома из нижеперечисленных:

1) только фото-, фонофобия или легкая тошнота;
2) отсутствие умеренной или сильной тошноты, или рвоты.
E. Повышенная болезненность перикраниальных мышц при пальпации
F. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше)

- Рекомендуется пальпация перикраниальных мышц для диагностики дисфункции (напряжения) перикраниальных мышц (ДПМ/МТС) [2, 3, 5, 7, 14].

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

- Рекомендуется при выявлении болезненного напряжения в одной или более мышечных группах выставить соответствующий диагноз, например: «ХГБН, сочетающаяся с ДПН»[1].

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

- Рекомендуется клиническая диагностика возможной ЛИГБ у пациентов с частыми приступами ГБН (более 8-10 дней с ГБ в месяц): клиническая оценка ГБ, анализ сведений о числе, кратности приема обезболивающих препаратов и типе препаратов злоупотребления (таб. 3а). Для уточнения этих характеристик рекомендуется использование дневника ГБ (Приложение Г).

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a).

  Комментарий: *диагностика ЛИГБ основывается на клинической оценке ГБ, анализе сведений о числе, кратности приема обезболивающих препаратов и типе препаратов злоупотребления (таб. 3а и 3б) [1]. Для уточнения этих характеристик желательно использование дневника ГБ (Приложение Г).*

  Основным диагностическим критерием ЛИГБ является «число дней с приемом обезболивающих в месяц» (таб. 3*) [Error: Reference source not found]. Например, диагноз «ГБ, связанная с избыточным приемом комбинированных анальгетиков» выставляется при регулярном приеме одного или более комбинированных анальгетиков ≥10 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, а «ГБ, связанная с избыточным приемом других НПВС»- при регулярном приеме одного или более НПВС ≥15 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев.*

- Рекомендуется выставить оба диагноза при сочетании ГБН с ЛИГБ, например: «Хроническая ГБН с дисфункцией перикраниальных мышц. ЛИГБ, связанная с приемом комбинированных анальгетиков»[1, 10].

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

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендуется провести опрос пациента для установления типичных для ГБН клинических характеристик: повторяющиеся эпизоды двусторонней диффузной сжимающей непульсирующей ГБ по типу «каски» или «обруча» с вовлечением лба, висков, темени, возможно, затылка или всей головы слабой или умеренной интенсивности (4-7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ); боль не усиливается при обычной физической нагрузке; сопровождающие симптомы не характерны, однако возможна легкая тошнота и снижение аппетита; фотофобия и фонофобия отмечаются редко и не развиваются одновременно, как при мигрени [1, 3, 7, 10, 12].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

  Комментарий. *Эпизоды ГБ имеют продолжительность от 30 мин до нескольких дней, при ХГБН возможна постоянная ежедневная боль.*

- Рекомендуется выявить факторы, провоцирующие и облегчающие ГБ, и получить данные о динамике заболевания в течение жизни [3, 5, 7, 10, 12].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

  Комментарий. *Болевые эпизоды провоцируются психическим или позным напряжением, а облегчаются при эмоциональном расслаблении и/или расслаблении перикраниальных мышц. Приступы ГБН учащаются в периоды эмоционального напряжения и интенсивной работы, связанной с*

перенапряжением мышц головы, лица и шеи, а облегчаются при положительных эмоциях, психологическом и мышечном расслаблении.

- Рекомендуется выявить сопутствующие коморбидные нарушения (КН), которые поддерживают мышечное напряжение, существенно ухудшают качество жизни пациентов, способствуют хронизации ГБН и требуют терапевтической коррекции [2, 3, 10, 12, 15].

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

  Комментарий. *Наиболее частыми КН у пациентов с ГБН являются депрессия, тревожные расстройства (в т.ч. панические атаки), соматоформные и сенесто-ипохондрические расстройства, нарушение ночного сна, другие болевые синдромы (в т.ч. фибромиалгия).*

- Рекомендуется проанализировать число дней с приемом обезболивающих препаратов в месяц и уточнить фармакологические группы используемых препаратов у пациентов с частыми приступами ГБН (более 8 дней с ГБ в месяц) [7, 10, 12, 15].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

  Комментарий. *Лекарственный абузус способствует увеличению числа болевых эпизодов вплоть до развития ХГБН и рассматривается как один из ведущих факторов хронизации первичных форм ГБ (М и ГБН) [2, 16]. Наибольший риск ЛИГБ отмечается при использовании комбинированных анальгетиков, содержащих наркотические компоненты (кодеин и др.), барбитураты и кофеин [2,11, 12].*

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

- Рекомендуется при обнаружении лекарственного абузуса выявить клинические характеристики ЛИГБ (АГБ) и уточнить их соответствие диагностическим критериям ЛИГБ согласно МКГБ-3 бета (таб. 3а и 3б) [10].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

  Таблица 3б. Обобщенные диагностические критерии ЛИГБ (МКГБ-3 бета) [1].

A. ГБ, возникающая ≥15 дней в месяц у пациента, исходно имеющего ГБ.
B. Регулярное на протяжении более чем 3-х месяцев злоупотребление одним или более препаратами для купирования острого приступа и/и симптоматического лечения ГБ.
C. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

  Комментарий: *ЛИГБ напоминает ГБН и проявляется тупой болью во всей голове давящего или сжимающего характера незначительной или умеренной интенсивности в течение 15 и более дней в месяц на протяжении более 3 месяцев, которая существенно облегчается после отмены препаратов злоупотребления. В отличие от ГБН наибольшая сила боли при ЛИГБ отмечается, как правило, в утренние часы или боль пробуждает пациентов из ночного сна (ГБ отмены), вынуждая принимать обезболивающий препарат. Типичны жалобы на ощущение усталости, дурноты, снижение работоспособности, трудности концентрации внимания, раздражительность, нарушение сна. Страх появления или нарастания боли приводит к приему анальгетиков «впрок», что способствует усилению абузуса.*

- Рекомендуется ВОП и неврологам, которые испытывают трудности в ведении пациентов с ЛИГБ, коротко разъяснить пациенту роль лекарственного абузуса 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 (цефалгологу) или в специализированный центр лечения боли (головной боли) [2, 10].

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

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендуется исследование неврологического статуса с целью исключения органической неврологической симптоматики [2, 3, 10, 12, 13, 16].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий. *При типичном течении ГБН неврологический статус не изменен. Могут обнаруживаться снижение настроения, признаки повышенной тревожности, вегетативные нарушения (гипервентиляция, ладонный гипергидроз, признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости – синдром Хвостека I-III степени), неспособность пациента к психологической и мышечной релаксации.*

- Рекомендуется проведение дополнительных инструментальных и/или лабораторных исследований для исключения симптоматического характера ГБ при выявлении у пациента органической неврологической симптоматики [2, 3, 10, 12, 13, 16].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

- Рекомендуется провести пальпацию перикраниальных мышц с целью выявления болезненного мышечного напряжения (синонимы: дисфункция перикраниальных мышц (ДПМ), шейный мышечно-тонический синдром (МТС), мышечный спазм) [2, 3, 5, 7, 14].

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

  Комментарий. *Пальпацию следует проводить мелкими вращательными движениями вторым и третьим пальцами при надавливании с обеих сторон в области височных, жевательных, грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных, а также задней группы мышц шеи (ременные, нижние косые).*

- Рекомендуется выставить соответствующий диагноз, например: «ХГБН, сочетающаяся с ДПН» при выявлении болезненного напряжения в одной или более мышечных группах [1, 10, 12].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

2.3 Лабораторная диагностика

- Не рекомендуется для диагностики ГБН лабораторные методы исследования [2, 7, 12, 13, 16, 17, 18].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

2.4 Инструментальная диагностика

- Не рекомендуется при типичной клинической картине и нормальных данных объективного осмотра для диагностики ГБН инструментальные исследования и консультации специалистов [7, 12, 13, 15-18].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

  Комментарий: *Поскольку инструментальные исследования и консультации специалистов не выявляют специфических для ГБН изменений и не могут служить основанием для диагноза «ГБН», проведение их нецелесообразно. Изменения, которые могут обнаруживаться при проведении инструментальных исследований у пациентов с М и ГБН, как правило, имеют неспецифический характер (то есть могут отмечаться и у лиц без жалоб на ГБ)* [7, 12, 13, 15].

- Рекомендуется инструментальные исследования и консультации специалистов только при подозрении на симптоматический характер цефалгии, то есть при нетипичном течении ГБН или при обнаружении одного или более «сигналов опасности»(таб. 5) [7, 12, 13, 15-18].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

  Таблица 5. Перечень настораживающих симптомов - «сигналов опасности» у пациентов с ГБ [10, 12, 13, 15, 16, 19].

◦ ГБ, впервые возникшая после 50 лет, или ГБ, изменившая свое течение
◦ «Громоподобная ГБ»(ГБ нарастающая до 10 баллов по ВАШ за 1-2 секунды)
◦ Строго односторонняя ГБ

○ Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий
○ Внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ
○ Атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/ или продолжительностью >1 часа)
○ Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения
○ Очаговые неврологические знаки и симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность шеи, артралгии, миалгии)
○ Признаки внутричерепной гипертензии (усиление ГБ при кашле, натуживании, физическом напряжении)
○ Отек диска зрительного нерва
○ ВИЧ-инфекция, онкологическое, эндокринное и др. системное заболевание или травма головы в анамнезе
○ Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде
○ Неэффективность адекватного лечения

2.5 Иная диагностика

2.5.1 Дневник ГБ

- Для установления числа дней с ГБ в месяц (формы ГБН) целесообразно ведение *дневника ГБ* (Приложение Г) [2, 6, 10, 12].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

Комментарий. *Ведение дневника ГБ в течение 1-3 месяцев помогает пациенту и врачу отличить один тип ГБ от другого (например, приступ мигрени от эпизода ГБН), установить число дней с ГБ в месяц и число дней с приемом обезболивающих в месяц. Использование дневника ГБ является обязательным в специализированных центрах головной боли.*

2.5.2 Дифференциальная диагностика

- Рекомендуется проводить дифференциальную диагностику с мигренью легкого течения, ГБ, связанной с интракраниальной венозной дисфункцией, ГБ, связанной с изменением ликворного давления, шейным миофасциальным синдромом (болью) и цервикогенной ГБ. Для облегчения дифференциального диагноза целесообразно ведение дневника ГБ [2, 7, 12, 15, 20].

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

- Рекомендуется проводить дифференциальную диагностику с хронической мигренью (ХМ) у пациентов с ХГБН

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

Комментарий. *Трудности дифференциальной диагностики ХГБН и ХМ связаны с тем, что ведущим клиническим проявлением ХМ наряду с сохраняющимися частыми приступами мигрени является наличие ГБН-подобной «фоновой» боли. 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 мигренозные триггеры, облегчение ГБ во время беременности).*

ГБН может также сочетаться с другими типами первичных и вторичных цефалгий: мигренью, цервикогенной ГБ, апноэ во сне или дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [2, 7, 12, 15]. Рекомендуется у пациентов с лекарственным абузусом дифференцировать ХГБН+ЛИГБ и ХМ+ЛИГБ [2, 7, 12, 15, 19].

- Рекомендуется при сочетании ГБН с другими формами цефалгий все эти формы внести в диагноз, например: «ЭГБН с дисфункцией перикраниальных мышц. Мигрень без ауры» или «ХГБН. ГБ, связанная с дисфункцией ВНЧС»[1, 12].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендуется три подхода к лечению ГБН: поведенческая терапия, купирование болевых эпизодов и профилактическое лечение [2, 3, 8, 12, 15, 20].

- **Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств – 1а)

  Комментарий. *Лечение ГБН направлено на нормализацию эмоционального состояния пациента, устранение мышечного напряжения, коррекцию коморбидных, в первую очередь, психических нарушений, и при необходимости, лекарственного абузуса.*

3.1.1 Поведенческая терапия

- Рекомендуется проведение поведенческой терапии, направленной на модификацию образа жизни пациента [2, 6, 16, 21].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

  Комментарий. *Основные положения поведенческой терапии включают:*

1. *разъяснение доброкачественной природы ГБН и механизмов ее возникновения, то есть разубеждение в наличии органической причины ГБ;*

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

3. *разъяснение роли провокаторов эпизодов ГБН: эмоционального и мышечного напряжения, коморбидных эмоциональных расстройств (тревога, депрессия, фобии);*

4. *разъяснение необходимости обучения психологической и мышечной релаксации;*

5. *обсуждение роли факторов риска учащения (хронизации) ГБН: лекарственного абузуса, мышечного напряжения, эмоциональных факторов; пациентам с ХГБН, злоупотребляющим обезболивающими препаратами, следует разъяснить необходимость отказа от приема обезболивающих;*

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

3.1.2 Купирование болевых эпизодов

- Рекомендуется для купирования эпизодов ГБН простые анальгетики/нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) (таб. 6) [2, 3, 6, 7, 10, 12, 15, 20].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

- Рекомендуется в качестве препарата первого выбора ибупрофен в дозе 400 мг, который обладает наименьшим потенциалом вызывать желудочно-кишечные осложнения [2, 6, 7, 12, 15,19, 20].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

- Не рекомендуется для купирования эпизодов ГБН: любые препараты на основе метамизола натрия (анальгина) в связи с высоким риском развития агранулоцитоза, триптаны (специфические средства для купирования приступа мигрени), опиоидные анальгетики, миорелаксанты, а также комбинированные обезболивающие препараты, содержащие помимо простого анальгетика кофеин, кодеин, барбитураты (в связи с высоким риском лекарственного абузуса и ЛИГБ) [2, 3, 10, 15, 22, 26].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

  Таблица 6. Препараты для купирования приступа ГБН

Вещество	Разовая доза, мг	Уровень рекомендаций	Нежелательные явления
Ибупрофен	200-800	А	НПВС- гастропатия, риск кровотечения
Кетопрофен	25	А	То же
Ацетилсалициловая кислота (АСК)	500-1000	А	То же
Напроксен	375-500	А	То же
Диклофенак	12,5-100	А	То же
Парацетамол	1000	А	Меньше, чем у НПВС

Комментарий: *При назначении обезболивающих препаратов следует использовать следующие принципы*

1. *выбор анальгетиков должен быть сделан на основании их эффективности и побочных эффектов;*
2. *НПВП более эффективны, чем АСК, которая, в свою очередь, более эффективна, чем парацетамол;*
3. *лечение НПВП может применяться у пациентов с ЭГБН при частоте приступов не более 2 раз в неделю (не более 8 болевых дней в месяц); с увеличением частоты использования их эффект снижается и возникает риск ЛИГБ;*
4. *при использовании НПВП необходимо учитывать побочные эффекты, в первую очередь воздействие на желудочно-кишечный тракт и риск кровотечений.*

3.1.3 Профилактическое лечение

- Рекомендуется профилактическая терапия пациентам с ХГБН и частой ЭГБН [2, 10, 12, 16, 15, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

Комментарий. *Общие рекомендации по ведению пациентов включают:*

1. *следует разъяснить пациенту целесообразность, механизмы действия и возможные побочные эффекты назначаемых препаратов, например, что антидепрессанты обладают не только антидепрессивным, но и противоболевым действием;*
2. *для минимизации побочных эффектов целесообразно медленное увеличение дозы;*
3. *необходимо продолжительное использование выбранного профилактического средства в адекватно переносимой дозе;*
4. *при отсутствии эффекта следует отменить выбранное профилактическое средство и использовать другой препарат или комбинацию средств;*
5. *при наличии положительного эффекта через 6-12 месяцев следует прекратить профилактическое лечение.*

- Рекомендуется оценивать эффективность лечения через 1-3 месяца после начала приёма препарата в рекомендованной дозе [2, 12, 15, 20, 28].
- **Уровень убедительности рекомендаций – А** (уровень достоверности доказательств – 1а)
- Рекомендуется считать эффективным профилактическое лечение, если частота эпизодов ГБН (число дней с ГБ в месяц) сокращается через 3-х месяца терапии на 50% и более от исходной [12, 15, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

- Рекомендуются антидепрессанты для профилактики ГБН (таб. 7) [2, 6, 7, 10, 15, 22-24, 27, 28].

Таблица 7. Препараты для профилактического лечения ГБН

Вещество	Суточная доза, мг	Уровень рекомендаций

Амитриптилин Митразапин Венлафаксин Кломипрамин Мапротилин Миансерин	30–75 30 150 75-150 75 30-60	A B B B B B

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

Комментарий. *Эффект антидепрессантов обусловлен их собственным противоболевым действием вследствие усиления активности антиноцицептивных (противоболевых) систем [4, 7]. Анальгетическое действие антидепрессантов наступает раньше, чем собственно антидепрессивное действие и в меньших дозах.*

- Рекомендуется амитриптилин (в качестве препарата первого выбора) [2, 3, 8, 10, 12, 20, 23, 27, 28]

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

Комментарий. *Лечение амитриптилином начинают с небольших доз (5-10 мг/сут), затем каждую неделю дозу титруют на 5-10 мг/сут до наступления клинической эффективности или появления нежелательных явлений; средняя эффективная доза составляет 30-75 мг/сут. Для облегчения переносимости препарата и у пациентов с сопутствующими жалобами на нарушение ночного сна большая часть дозы должна быть принята за 1-2 ч до сна. Важно разъяснить пациенту, что хотя амитриптилин является антидепрессантом, он обладает выраженным противоболевым действием и высокой эффективностью при лечении ГБН.*

- Рекомендуется миртазапин и венлафаксин (в качестве препаратов второго выбора), и другие три- и тетрациклические антидепрессанты: кломипрамин, мапротилин и миансерин (в качестве препаратов третьего выбора) (таб. 7) [2,6, 7, 12, 15, 20, 22,24, 25, 26].

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

Комментарий.

1. *При отсутствии эффекта через 4 недели от момента достижения максимальной дозы амитриптилина или при его плохой переносимости могут быть использованы миртазапин и венлафаксин.*
2. *Антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) обладают менее выраженными противоболевыми свойствами и не имеют достаточной доказательной базы при лечении ХГБН, однако лучше переносятся пациентами из-за менее выраженных побочных эффектов. При неэффективности или плохой переносимости основных средств, перечисленных в таблице 6, можно предпринимать попытки лечения этими препаратами в стандартных дозировках. Наиболее целесообразно применение СИОЗС при сочетании ГБН с паническими и/или фобическими расстройствами, при которых этот класс антидепрессантов имеет уровень доказательности А. [Error: Reference source not found]*
3. *При выборе антидепрессанта следует учитывать характер сопутствующего коморбидного расстройства (панические атаки, тревожно-фобические нарушения, инсомния, астения и др.). Предпочтение следует отдавать препарату с соответствующим дополнительным лечебным эффектом: анксиолитическим, седативным, гипнотическим, антипаническим, активирующим. Например, при наличии у пациента с ГБН тревожно-фобических нарушений целесообразно применение антидепрессантов с седативным и противотревожным действием (амитриптилин, миртазапин, миансерин, флувоксамин), при ведущих депрессивных и астенических проявлениях – с активирующим действием (флуоксетин), при сенесто- ипохондрических нарушениях целесообразно присоединение к антидепрессанту нейролептических средств (хлорпротиксен, кветиапин, тиоридазин). При более тяжелой степени коморбидных психических нарушений необходима консультация и дальнейшее наблюдение психиатра.*

- Рекомендуются антиконвульсанты: топирамат 100 мг в сутки в два приема, габапентин 1600- 2400 мг в сутки (в качестве препаратов резерва при неэффективности или непереносимости антидепрессантов) [2, 12, 28].

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

- Рекомендуются миорелаксанты: тизанидин (6-8 мг/сут) и толперизон (450 мг/сут) (в качестве дополнительной терапии ХГБН у пациентов с выраженным напряжением перикраниальных мышц) [2, 5, 8, 12, 14, 15].

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

Комментарий. *Длительность терапии миорелаксантами в среднем составляет 2 месяца. Поскольку клинический эффект миорелаксантов наступает быстрее, чем у антидепрессантов, назначение комбинированной терапии (антидепрессант + миорелаксант) может увеличивать приверженность пациентов к лечению.*

- Не рекомендуется для профилактики ГБН вазоактивные и ноотропные средства [2, 10, 12, 15, 20, 29].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

Комментарий. *Вазоактивные и ноотропные средства не обладают доказанным специфическим действием в профилактике ГБН, однако могут применяться у пациентов с ГБН в качестве дополнительных средств для коррекции легких когнитивных нарушений.*

- Рекомендуется модификация образа жизни, в первую очередь - исключение потенциальных триггеров эпизодов ГБН и факторов хронизации заболевания (для повышения эффективности профилактического лечения) [2, 12, 16, 20, 30].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1b)

- Рекомендуется лечение ЛИГБ (при сочетании ХГБН с ЛИГБ), которое включает: поведенческую терапию, отмену препаратов злоупотребления, подбор обезболивающего препарата другой фармакологической группы для купирования ГБ на период отмены, детоксикацию и профилактическе лечение ГБН [2, 10-12, 20, 23].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

- Рекомендуется поведенческая терапия (при сочетании ХГБН с ЛИГБ): разъяснение роли злоупотребления обезболивающими препаратами в поддержании/учащении ГБ и необходимости отказа от анальгетиков [2, 11, 12, 21].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

Комментарий. *Необходимо объяснить пациенту, что злоупотребление препаратами для купирования эпизодов ГБН способствует учащению болевых эпизодов, и что единственный путь к облегчению ГБ - отмена препарата(ов) злоупотребления. У пациентов с высоким риском ЛИГБ (частота болевых эпизодов около 10 в месяц и около 10 доз, обезболивающих в месяц) предотвращение абузуса с помощью поведенческой терапии более эффективно, чем лечение уже развившейся ЛИГБ.*

- Рекомендуется полная или частичная отмена препарата(ов) злоупотребления при сочетании ХГБН с ЛИГБ [2, 10, 11, 12, 20].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

Комментарий. *Отмену неопиодных анальгетиков можно проводить в амбулаторных условиях, отмена опиоидов, барбитурат- и бензодиазепин-содержащих анальгетиков - в условиях стационара/ дневного стационара. Отмена неопиодных простых и комбинированных анальгетиков может проводиться одномоментно, отмену опиоидов, барбитурат- и бензодиазепин-содержащих анальгетиков лучше проводить постепенно.*

- Рекомендуется подбор обезболивающего препарата другой фармакологической группы для купирования ГБ на период отмены при сочетании ХГБН с ЛИГБ [2, 11, 12, 20, 23].

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

Комментарий. *Препарат злоупотребления следует заменить на обезболивающее средство другой фармакологической группы, а при его неэффективности - на другой препарат той же фармакологической группы. В качестве симптоматических средств для облегчения ГБ отмены возможно использование НПВП длительного действия напроксена (500 мг/сут) или флупиртина (200-300 мг/сут) в течение 3-4 недель [2, 12, 23]. Для облегчения тошноты/рвоты - метоклопрамид 10-20 мг внутрь, в/м или в свечах.*

- Рекомендуется детоксикационная терапия при выраженном абузусе (более 15 дней с приемом обезболивающих препаратов в месяц) [2, 10-12, 20].

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

1. **Комментарий**. *Детоксикация включает: 1. кортикостероиды: дексаметазон раствор для инъекций 4-8 мг на 200.0 физиологического раствора внутривенно капельно 7-10 дней или преднизолон внутрь (1 г на кг веса), в среднем 60 мг в сутки с постепенным снижением дозы на 5-10мг каждые 3 дня в течение 1-2 недель вплоть до отмены - 7 дней; 2. амитриптилин 2,0 мл на 100 мл физиологического раствора внутривенно капельно 7 дней;регидратация: потребление жидкости не менее 2 литров в сутки, инфузии физиологического раствора - 200.0-400.0 мл/сут.*

Детоксикация позволяет быстро (в течение 7–10 дней) уменьшить клинические проявления ЛИГБ, в том числе симптомы периода отмены: тошноту, беспокойство, тревогу, нервозность, нарушение сна.

- Рекомендуется в период отмены и лечения ЛИГБ, чтобы суммарное количество дней с приемом любых обезболивающих не превышало 8 в месяц, а в идеале было бы сведено к минимуму (3–5 дней в месяц) [2, 10-12, 20].

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

- Рекомендуется профилактическая медикаментозная терапия ГБН пациентам с сочетанием ГБН и ЛИГБ. Рекомендуется амитриптилин (25–75 мг в сутки в течение 2-4 месяцев) у пациентов с ГБН и ЛИГБ [2, 10-12, 28].

- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2b)

Комментарий. *Выбор профилактического лечения при ЛИГБ зависит от исходной формы цефалгии (мигрень иди ГБН). После установления исходной формы ГБ – «ГБН»- одновременно с отменой «виновного» препарата и детоксикацией рекомендуется начать профилактическую терапию.*

- Рекомендуется другие антидепрессанты при неэффективности амитриптилина (таб. 7) [2, 7, 20, 23, 25, 27].

- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2b)

- Рекомендуется бензодиазепины (клоназепам) и нейролептики (хлорпромазин) в качестве других подходов к лечению ЛИГБ при ГБН [2, 7, 23].

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

3.2 Иное лечение

Немедикаментозное лечение

- Рекомендуется комбинировать фармакологическое лечение ГБН с немедикаментозными методами (таб. 8) [2, 12, 24, 32, 35], [6, 24, 32, 33, 34, 36].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2b/3)

Таблица 8. Нелекарственные методы лечения ГБН

Метод лечения	Уровень рекомендаций
Психо-поведенческие методы Электромиографическая биологическая обратная связь (ЭМГ-БОС)* Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) Релаксационный тренинг Физиотерапия Акупунктура	 A C C C C

*БОС-тренинг с обратной связью по электрической активности мышц скальпа и шеи

- Рекомендуется метод биологической обратной связи по электромиограмме перикраниальных мышц (ЭМГ-БОС) для обучения пациентов с ГБН психологическому и мышечному расслаблению [2, 6, 12, 35].

  Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1a)

  Комментарий. *Экспериментальные работы указывают на активацию антиноцицептивных систем с увеличением уровня β-эндорфинов в плазме крови на фоне применения БОС. Серия повторных сеансов (от 8 до 15) позволяет существенно снизить частоту эпизодов ГБН и уровень тревоги.*

- Рекомендуется когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и методы релаксации для уменьшения эмоционального напряжения [2, 6, 32].

- **Уровень убедительности рекомендаций – С** (уровень достоверности доказательств – 2b)

- Рекомендуется физиотерапия и лечебная физкультура для поддержания правильной осанки и коррекции позы во время работы [12, 2].

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

- Рекомендуется блокады триггерных точек с использованием местных анестетиков (лидокаин, бупивакаин) как дополнительный способ терапии в комбинации с другими нелекарственными методами лечения и фармакотерапией [36].

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

- Не рекомендуется для профилактического лечения ГБН введение ботулотоксина. [2, 37].

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

  Комментарий. *Ботулинотерапия обладает доказанной эффективностью в лечении хронической мигрени.*

- Рекомендуется ВОП и неврологам, испытывающим трудности в ведении пациентов с тяжелым течением ГБН (хроническое течение, ЛИГБ, выраженные коморбидные нарушения), перенаправить таких пациентов к цефалгологу/в специализированный центр ГБ/специализированное отделение для дальнейшего наблюдения [2, 7, 10, 11].

- **Уровень убедительности рекомендаций – В** (уровень достоверности доказательств – 2b)

4. Реабилитация

- Не рекомендуется реабилитационные мероприятия при ГБН. Рекомендуется в дополнение к перечисленным нелекарственным методам общеукрепляющие и водные процедуры, фитнес, массаж воротниковой зоны, мануальная терапия, остеопатия, санаторно-курортное лечение.

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

5. Профилактика

- Рекомендуется для профилактики эпизодов ГБН разъяснение пациентам роли провоцирующих факторов (в первую очередь, стресса и позного напряжения) и необходимости их избегать [2, 6, 10,12].

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

- Рекомендуется для профилактики учащения эпизодов ГБН разъяснение пациентам роли факторов хронизации (лекарственный абузус, хронический эмоциональный стресс, депрессия, тревога, перенапряжение перикраниальных мышц) и необходимости модификации образа жизни [2, 6, 10,12].

  Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3) **Комментарий.** *Разъяснительная работа может проводиться врачами общей практики и неврологами, к которым обращаются пациенты с ГБН. Следует рекомендовать пациентам избегать длительной работы в вынужденной позе, конфликтных и стрессовых ситуаций, избыточного приема обезболивающих препаратов, обучение психологической и мышечной релаксации.*

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

- Не рекомендуется устанавливать вместо диагноза «ГБН» другие диагнозы, не отражающие истинную природу ГБ [17].

Комментарий. *Течение ГБН может существенно ухудшаться при отсутствии лечения и при неадекватном лечении. Примеры ошибочных диагнозов, маскирующих диагнозы М и ГБН: дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП), остеохондроз шейного отдела позвоночника (ШОП) с мигренозными парксизмами, вегето-сосудистая дистония с цефалгическим синдромом, гипертензионно-гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом, ГБ, связанная с артериальной гипертензией, посттравматическая ГБ* .

- Не рекомендуется расценивать неспецифические изменения, выявленные при инструментальных методах исследования, как
  свидетельства органического поражения головного мозга и/или мозговых сосудов [2, 8, 12, 31].

Комментарий. *Неспецифические изменения, выявленные при проведении МРТ головного мозга и ШОП, УЗДГ и ДС сосудов головы и шеи, часто ошибочно расцениваются врачами как признаки органического поражения головного мозга или мозговых сосудов. Например, незначительное снижение линейной скорости кровотока на УЗДГ краниовертебральных артерий является основанием для неверного диагноза «ДЭП» или «ХИМ», незначительное расширение субарахноидальных пространств – для диагноза «Гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом», признаки дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника – для диагноза остеохондроз ШОП с с цефалгическим синдромом».*

- Не рекомендуется назначение для профилактики ГБН сосудистых, ноотропных средств и других препаратов, не обладающих доказанным эффектом в лечении ГБН [7, 31].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Комментарий. *Например, если вместо диагноза «ХГБН» устанавливается диагноз «ДЭП», то пациенту будут рекомендуется вазоактивные и ноотропные препараты, а не антидепрессанты, обладающие доказанной эффективностью в лечении ГБН. Перечисленные ошибки диагностики и неадекватное лечение могут приводить к ухудшению качества жизни пациентов, повышают риск лекарственного абузуса, что, в конечном итоге, способствует хронизации ГБН.*

Оценка эффекта проводимой терапии

- Профилактическое лечение рекомендуется считать эффективным, если частота эпизодов ГБН (число дней с ГБ в месяц) сокращается через 3-х месяца терапии на 50% и более от исходной [2, 7, 15].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 1а)

- К дополнительным критериям эффективности относятся: уменьшение использования обезболивающих препаратов и выраженности коморбидных нарушений (улучшение настроения, снижение тревоги, нормализация сна), повышение работоспособности, уровня социальной адаптации и качества жизни пациента в целом [2, 7, 24].

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым с ГБН [2, 7, 10, 11].

№	**Критерий качества**	**Уровень достоверности доказательств доказательств**	**Уровень убедительности рекомендаций рекомендаций**
1.	Выполнена клиническая диагностика головной боли напряжения и установлена форма головной боли напряжения в соответствии с критериями МКГБ-3 бета	1a	A
2.	Выполнен поиск настораживающих симптомов для исключения симптоматической природы головной боли	1a	A
3.	Выполнена клиническая диагностика лекарственно-индуцированная (абузусная) головная боль в соответствии с критериями МКГБ-3 бета (при частых эпизодах головная боль напряжения)	2b	B
4.	Проведена поведенческая терапия	1a	A
5.	Проведена терапия: - простыми анальгетиками и/или - комбинированными анальгетиками (для купирования эпизодов головная боль напряжения не более 8 дней в месяц, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a 2b/3	A B/C
6.	Проведена терапия препаратами: - амитриптилин и/или - другие антидепрессанты и/или - миорелаксанты и/или - другие средства (при частой эпизодическая головной боли напряжения и хронической головной боли не менее чем на 3 месяца, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a 2b 3 4	A B C C
7.	Выполнены: - поведенческая терапия и/или - полная или частичная отмена препарата(ов) злоупотребления и/или - детоксикация и/или - подбор обезболивающего препарата другой фармакологической группы для купирования ГБ на период отмены - профилактическое лечение головной боли напряжения (при выявлении лекарственно-индуцированная (абузусная) головная боль, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	1a 1a 2b 3 1a	A A B C A
8.	Проведена терапия немедикаментозными методами (при наличии показаний)	1a/2b/3	A/C
9.	Выполнен динамический осмотр не позднее 3 месяцем от момента профилактического лечения	2a	B
10.	Достигнуто уменьшение числа дней головной боли в месяц не позднее 3 месяцев от момента начала терапии не менее, чем на 50%	1a	A
11.	Достигнуто улучшение в повышении работоспособности и качества жизни пациента	2b	B

Список литературы

1. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. - 2013; 33:629-808.

2. Артеменко А.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г., Наприенко М.В., Азимова Ю.Э., Бойко А.Н., Костенко Е.В., Лебедева А.В. Первичные головные боли хронического течения (диагностика, клиника, терапия). Методические рекомендации № 26, Правительство Москвы, департамент здравоохранения г. Москвы, 2014, 28 с.

3. Боль: Практическое руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. — М.: Издательство РАМН, 2011. — 512 с.

4. Bendtsen L. Central and peripheral sensitization in tension-type headache. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14604505) Curr Pain Headache Rep. - 2003 Dec; 7(6):460-5.

5. Осипова В.В. Дисфункция перикраниальных мышц при первичной головной боли и ее коррекция. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. - №4, с. 29-35.

6. Holroyd KA, Martin PR, Nash JM. Psychological Treatments of Tension-Type Headache. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan N, Tfelt-Hansen P, Welch KM eds. The Headaches, 3rd edn. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2005: 711–719.

7. 1. Bendtsen L (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bendtsen%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20482606), Evers S (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Evers%20S%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20482606), Linde M (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Linde%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20482606), Mitsikostas DD (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mitsikostas%20DD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20482606), Sandrini G (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sandrini%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20482606), Schoenen J (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Schoenen%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20482606); EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=EFNS%5BCorporate%20Author%5D)Eur J Neurol. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20482606) – 2010 - 17(11):1318-25.

8. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. — М.: Ремедиум, 2000. —150 с.

9. 1. Ayzenberg I (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ayzenberg%20I%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22395797), Katsarava Z (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Katsarava%20Z%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22395797), Sborowski A (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sborowski%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22395797), Chernysh M (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Chernysh%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22395797), Osipova V (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Osipova%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22395797), Tabeeva G (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Tabeeva%20G%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22395797), Yakhno N (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Yakhno%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22395797), Steiner TJ (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Steiner%20TJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22395797); Lifting the Burden (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Lifting%20the%20Burden%5BCorporate%20Author%5D). The prevalence of primary headache

disorders in Russia: a countrywide survey. – 2012. - 32(5):373-81. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

10. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике / Т.Дж. Стайнер и соавт.: Практическое руководство для врачей; перевод а английского Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; научная редакция В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табеевой. – М.: 000 «ОГГИ. Рекламная продукция», 2010. – 56 с. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

11. Evers S, Jensen R; European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache--guideline of the EFNS headache panel. Eur J Neurol. - 2011;18(9):1115-21. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

12. 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. – 133-157. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

13. Mitsikostas D, Ashina M, Craven A, Diener HC, Goadsby PJ, Ferrari MD, Lampl C, Paemeleire K, Pascual J, Siva A, Olesen J, Osipova V, Martelletti P. European headache federation consensus on technical investigation for primary headache disorders on behalf of EHF committee. The Journal of Headache and Pain. – 2016. -17:5. DOI 10.1186/s10194-016-0596. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

14. Fogelholm R, Murros K. Tizanidine in chronic tension type headache: a placebo controlled double-blind crossover study. Headache. - 1992; 32: 509–513. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

15. Bendtsen L., Birk S., Kasch H., Aegidius K., Sørensen P.S., Thomsen L.L., Poulsen L., Rasmussen M.-J., Kruuse C., Jensen R. Reference programme: Diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 2nd Edition, 2012. The Journal of Headache and Pain. 2012; 13(S1): 1–29. doi: 10.1007/s10194-011-0402-9. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

16. Silver N. Headache (chronic tension-type). Clinical Evidence. - 2007; 1–21. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

17. Evans R.W. Diagnostic testing for headaches // Med. Clin. North Am. — 2001. — Vol. 85(4). — P. 865–885. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

18. American Academy of Neurology. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurological examinations // Neurology. — 1994. — Vol. 44. — P. 1353–1354. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

19. Jensen R, Roth JM. Physiotherapy of Tension-Type Headaches. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan N, Tfelt-Hansen P, Welch KM eds. The Headaches, 3rd edn. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2005: 721– 726. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

20. Steiner TJ, MacGregor EA, Davies PTG for the British Association for the Study of Headache. Guidelines for all healthcare professionals in the diagnosis and management of migraine, tension-type, cluster and medication overuse headache, 3rd edn. Hull: British Association for the Study of Headache, 2007. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

21. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Passchier J, Koes BW. Behavioral treatments of chronic tension-type headache in adults: are they beneficial? CNS Neurosci Ther. - 2009; 15: 183–205. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

22. Pini LA, Del BE, 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. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

23. Латышева Н.В., Филатова Е.Г. Венлафаксин (велафакс) в лечении хронической ежедневной головной боли: механизм действия. Лечение заболеваний нервной системы. - 2010; 2: 24-27. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

24. Априенко М.В., Латышева Н.В., Филатова Е.Г. Новые возможности лечения хронической ежедневной головной боли. Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. - 2010; 110(1): 49-54. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

25. Zissis 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. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

26. Prior MJ, Cooper KM, May LG, Bowen DL. Efficacy and safety of acetaminophen and naproxen in the treatment of tension-type headache. A randomized, doubleblind, placebo-controlled trial. - Cephalalgia. - 2002; 22: 740–748. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

27. Moja PL, Cusi C, Sterzi RR, Canepari C. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) for preventing migraine and tension-type headaches. Cochrane Database Syst Rev 2005; 3: CD002919. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

28. Pfaffenrath V, Diener HC, Isler H, et al. Efficacy and tolerability of amitriptylinoxide in the treatment of chronic tension-type headache: a multi-centre controlled study. Cephalalgia. - 1994; 14: 149–155. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

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. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

30. Spira PJ, Beran RG, Australian Gabapentin Chronic Daily Headache Group. Gabapentin in the prophylaxis of chronic daily headache: a randomized, placebo-controlled study. Neurology. - 2003; 61:1753. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

31. Осипова В.В, Азимова Ю.Э, Табеева Г.Р., Тарасова С.А, Амелин А.В, Куцемелов И.Б, Молдовану И.В, Одобеску С.С, Наумова Г.И. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. Анналы клинической и экспериментальной неврологии, Том. 6, № 2, 2012, 16-21. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

32. Vernon H, McDermaid CS, 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. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

33. Torelli P, Jensen R, Olesen J. Physiotherapy for tension type headache: a controlled study. Cephalalgia. - 2004; 24: 29–36. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

34. Endres HG, Bowing G, Diener HC, et al. Acupuncture for tension-type headache: a multicentre, sham-controlled, patient-and observer-blinded, randomised trial. J Headache Pain - 2007; 8: 306–314. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

35. 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. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)

36. Robbins MS, (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22395797)Kuruvilla D (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Kuruvilla%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25168295), Blumenfeld A (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Blumenfeld%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25168295), Charleston L 4th (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Charleston%20L%204th%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25168295), Sorrell M (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Sorrell%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25168295), Robertson CE (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Robertson%20CE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25168295), Grosberg BM (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Grosberg%20BM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25168295), Bender SD (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bender%20SD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25168295), Napchan U

(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Napchan%20U%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25168295), Ashkenazi A (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ashkenazi%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25168295). Trigger point injections for headache disorders: expert consensus methodology and narrative review. Headache. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Trigger+Point+Injections+for+Headache+Disorders%3A+Expert+Consensus+Methodology+and+Narrative+Review) - 2014 Oct; 54(9):1441-59.

37. Silberstein SD, Gobel H, Jensen R, et al. Botulinum toxin type A in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache: a multicentre, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study. - Cephalalgia. - 2006; 26: 790–800.

Приложение А1. Состав рабочей группы

Азимова Юлия Эдвардовна, к.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».

Артеменко Ада Равильевна, д.м.н., ведущий научный сотрудник НИО неврологии НИЦ, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ 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 ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет МЗ РФ». Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению 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».

Латышева Нина Владимировна, к.м.н., к.м.н., доцент кафедры нервных болезней Института профессионального образования, ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ», г. 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». 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 нелекарственных методов лечения Института профессионального образования, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член общественной организации «Московская общественная организация специалистов ботулинотерапии».

Осипова Вера Валентиновна, д.м.н., главный научный сотрудник НИО неврологии НИЦ, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ и ГБУ «Научно-практический психоневрологический центр им. Соловьева» ДЗ г. Москвы. Ученый секретарь общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Представитель России в европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли». Член секции головной боли в европейской общественной организации «Европейская Академия неврологии». Член международной общественной организации «Международное общество головной боли».

Рачин А.П д.м.н., профессор, зав. отделом неврологии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли».

Сергеев Алексей Владимирович, к.м.н. старший научный сотрудник НИО неврологии НИЦ, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ. 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, директор Университетской клиники головной боли. 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».

Табеева Гюзяль Рафкатовна, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ. 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, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ, г. Член общероссийской общественной организации «Российское общество по изучению головной боли». Член европейской общественной организации «Европейская федерация головной боли».

Рецензент:

Парфенов Владимир Анатольевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета, ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. Сеченова МЗ РФ. Член общероссийской общественной организации «Всероссийское общество неврологов».

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

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

2. студенты медицинских ВУЗов, ординаторы, аспиранты;

3. преподаватели, научные сотрудники;

*в т.ч. специалисты по диагностике и лечению головной боли (цефалгологи).

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме (Таблица П1, Таблица П2).

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств

Уровень достоверности доказательств	**Тип данных**
1a	Мета-анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ)
1b	Хотя бы одно РКИ
2a	Хотя бы одно хорошо выполненное контролируемое исследование без рандомизации
2b	Хотя бы одно хорошо выполненное квазиэкспериментальное исследование
3	Хорошо выполненные не экспериментальные исследования: сравнительные, корреляционные или «случай-контроль»
4	Экспертное консенсусное мнение либо клинический опыт признанного авторитета

Таблица П2 –Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности рекомендаций	**Основание рекомендации**
A	Основана на клинических исследованиях хорошего качества, по своей тематике непосредственно применимых к данной специфической рекомендации, включающих по меньшей мере одно РКИ
B	Основана на результатах клинических исследований хорошего дизайна, но без рандомизации
C	Составлена при отсутствии клинических исследований хорошего качества, непосредственно применимых к данной рекомендации

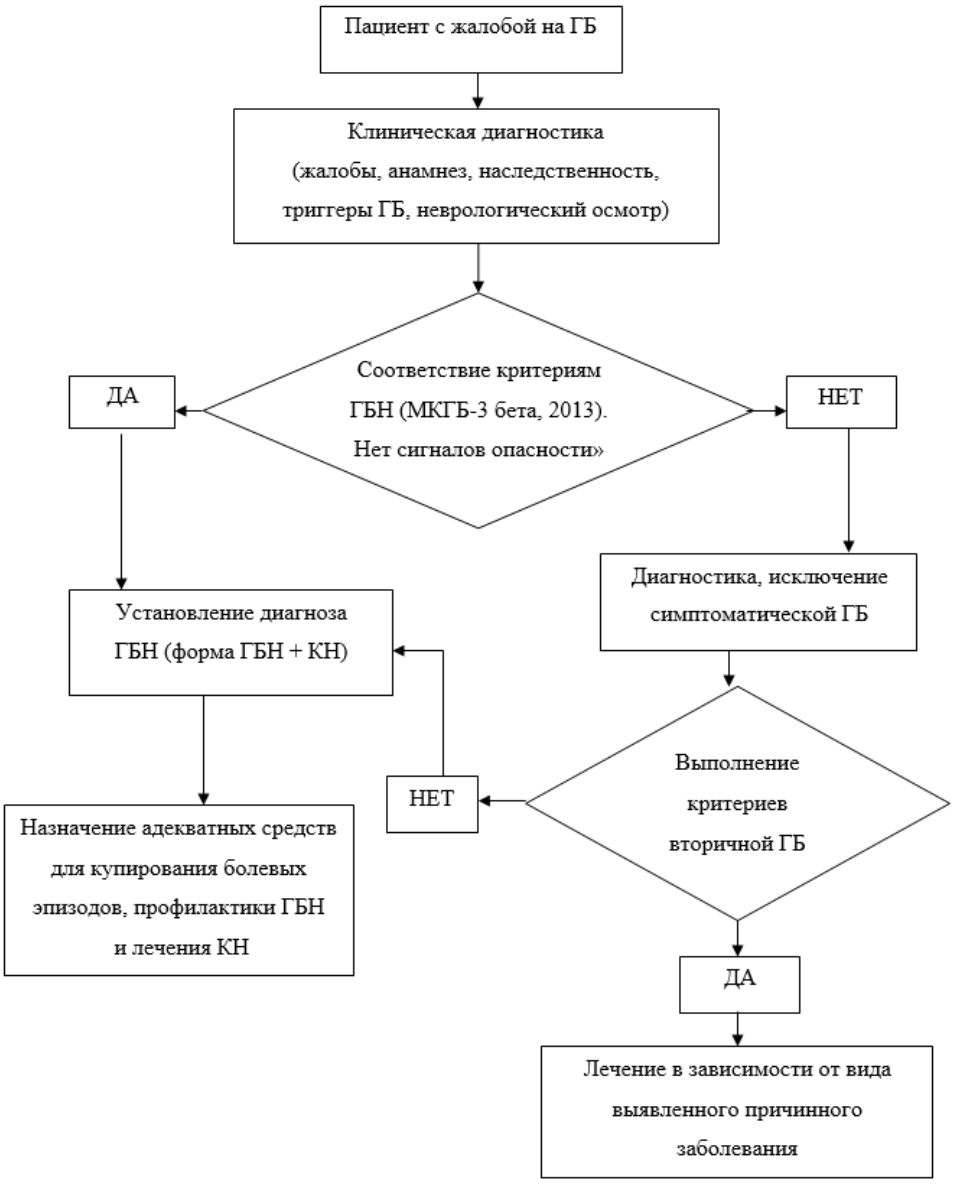
Порядок обновления клинических рекомендаций: пересмотр 1 раз в 3года.

Приложение А3. Связанные документы

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

1. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 926н).

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Примечание: ГБ – головная боль; ГБН – головная боль напряжения, МКГБ-3 бета –Международная классификация головной боли 3-го пересмотра (2013); КН – коморбидные нарушения.

Приложение В. Информация для пациентов

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 ограничивает 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 неё). 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, каски или тесной шапки. Боль, как правило, двухсторонняя, часто распространяется в область затылка или, наоборот, берет начало от затылка и распространяется вверх. Боль 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, 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 «болевых» субстанций, что и обусловливает 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, 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 обезболивающих препаратов и как часто вы принимаете. Эта информация является очень ценной для постановки правильного диагноза, выявления факторов провоцирующих головную боль и оценки эффективности лечения.

Принимайте обезболивающие препараты, если требуется …

Простые анальгетики, такие как аспирин или ибупрофен обычно хорошо помогают при ЭГБН. Парацетамол имеет более слабый эффект.

… **но не слишком часто!**

Обезболивающие препараты 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 обезболиваюшие, т.к. это может вызвать учащение головной боли и привести к развитию *головной боли, связанной с избыточным применением анальгетиков («абузусная ГБ).* Для того чтобы ее избежать не следует принимать обезболивающие препараты чаще 2-3 раз в неделю.

Какие ещё есть способы лечения?

Если у Вас частая или хроническая ГБН, то прием анальгетиков не является решением проблемы. Наоборот, при частом использовании обезболивающих препаратов, головная боль будет возникать чаще и протекать тяжелее. В данном случае показано *профилактическое лечение.* В отличие от эпизодического приема анальгетиков 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, противоэпилептических средств или препарат, расслабляющий мышцы. 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 чрескожной электрической стимуляции (как метода терапии боли), релаксационную терапию, биологическую обратную связь, акупунктуру, 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 обезболивающие 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.

Приложение Г.

ДНЕВНИК

ГОЛОВНОЙ БОЛИ

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПРИНЕСТИ ЗАПОЛНЕННЫЙ ДНЕВНИК НА ПРИЕМ К СВОЕМУ ВРАЧУ!

ИНСТРУКЦИЯ 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 (□) 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 Х).

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 Х в графе этого дня, а также Х 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 закрывании 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» или «каски»). 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.

1. **Дата (день недели и число месяца)**	**пнд** _____	**вт** _____	**ср** _____	**чет** _____	**птн** _____	**сбб** _____	**вс** _____	**пнд** _____	**вт** _____
1. **Была ли у Вас сегодня ГБ? (Если нет, сразу переходите к вопросу №15)**	**Нет** **Да**	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
1. **Если да, когда Вы впервые ее заметили? (ч:мин)**									
1. **Когда Ваша ГБ прекратилась? (ч:мин)**									

1. **В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения (вспышки света, линии-зигзаги, слепые пятна, др.)?**	**Нет** **Да:**	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
1. **Где отмечалась ГБ?**	**С одной стороны** **С обеих сторон**	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
1. **Характер ГБ**	**Пульсирующая:** **Сжимающая:**	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
1. **Ухудшалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?**	**Нет** **Да:**	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
1. **Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)**	**Незначительная** **Сильная** **Очень сильная**	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
1. **Была ли у Вас тошнота?**	**Нет** **Незначительная:** **Заметная:**	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □	□ □ □
1. **Была ли у Вас рвота?**	**Нет** **Да**	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
1. **Вас раздражал свет?**	**Нет** **Да**	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
1. **Вас раздражал звук?**	**Нет** **Да**	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □	□ □
1. **Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?**	**Если Да, уточните**								

1. **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**									

Пожалуйста, удостоверьтесь, что Вы заполнили все колонки!