

Утверждено
на Экспертной комиссии
по вопросам развития здравоохранения
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
протокол № 10
от «04» июля 2014 года

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ И ЭПИЗОДИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Головные боли

2. Код протокола:

3. Код (ы) МКБ-10

Головные боли

- G43 Мигрень
- G43.0 Мигрень без ауры (простая мигрень)
- G43.1 Мигрень с аурой (классическая мигрень)
- G43.2 Мигренозный статус
- G43.3 Осложненная мигрень
- G43.8 Другие мигрень
- G43.9 Мигрень неуточненная
- G44 Другие синдромы головной боли
- G 44.0 Синдром «гистаминовой» головной боли
- G44.1 Сосудистая головная боль, не классифицированная в других рубриках
- G44.2 Головная боль напряженного типа
- G44.3 хроническая посттравматическая головная боль
- G44.4 головная боль, применением лекарственных средств, не классифицированная в других рубриках
- G44.8 Другой неуточненный синдром головной боли.

4. Сокращения, используемые в протоколе

АЛТ - аланинаминотрансфераза

АСТ- аспартатаминотрансфераза

АД – артериальное давление

ВМК – внутримозговое кровоизлияние

ВЧГ – внутричерепная гипертензия
ВидеоЭЭГ – видеомониторинг электроэнцефалограммы
ГБН- головная боль напряжения
ДЗН - диск зрительного нерва
ДЗН – диск зрительного нерва
ДНК - Дезоксирибонуклеиновая кислота
ЗМА-задняя черепная ямка
ЗПМР – задержка психомоторного развития
ИВЛ –искусственная вентиляция легких
КТ – компьютерная томография
КФК- креатинфосфокиназа
КЩС - Кислотно-щелочного состояния
ЛДГ- лактатдегидрогеназа
ЛФК - лечебная физкультура
МКГБ -Международная классификации головных болей
МР-ангиография
МРТ – магнитно-резонансная томография
НСГ – нейросонография
ОАК – общий анализ крови
ОАМ – общий анализ мочи
ОНМК-острое нарушение мозгового кровообращения
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ПНМК – Преходящее нарушение мозгового кровообращения
ПСГ – полисомнография
РЭГ – реоэнцефалография
САК – Субарахноидальное кровоизлияние
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
УЗДГ – ультразвуковая доплерография
УЗИ – ультразвуковое исследование
Холтер-ЭКГ- суточная электрокардиография
ЧМН – черепно-мозговые нервы
ЧМН – черепно-мозговые нервы
ЩЖ – щитовидная железа
ЭКГ – электрокардиография
ЭхоЭГ – эхоэнцефалография
ЭЭГ – электроэнцефалография

5. Дата разработки протокола: 2014 год

6. Категория пациентов: дети.

7. Пользователи протокола: детские невропатологи, педиатры, врачи общей практики, врачи скорой помощи, фельдшеры.

I. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

8. Определение: Головная боль один из наиболее распространённых неспецифических симптомов разнообразных заболеваний и патологических состояний, представляющий собой боль в области головы или шеи[1]. Наиболее часто причиной головной боли являются сосудистые нарушения, связанные с расширением или спазмом сосудов внутри или снаружи черепной коробки[1] и мигрень.

9. Клиническая классификация головных болей:

По происхождению:

- первичные головные боли
- вторичные головные боли [2]

«Международная классификация головных болей» (МКГБ)

- мигрень;
- головная боль напряжения (ГБН);
- пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии;
- другие первичные головные боли;
- головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи;
- головные боли, связанные с поражениями сосудов головного мозга и шеи;
- головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями;
- головные боли, связанные с различными веществами или их отменой;
- головные боли, связанные с инфекциями
- головные боли, связанные с нарушением гомеостаза;
- головные боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица;
- головные боли, связанные с психическими заболеваниями
- краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли
- другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли [2, 3]

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации* (плановая, экстренная):**

Показания для экстренной госпитализации:

- нарастание общемозговой симптоматики;
- нарушение сознания.

Показания для плановой госпитализации:

- некупируемые головные боли.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- Офтальмоскопия;
- УЗДГ сосудов головы и шеи;
- ЭКГ.

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ЭхоКГ;
- Рентгенография пазух носа
- ЭхоЭГ;
- РЭГ;
- МРТ /КТ головного мозга (показания: при наличии очаговой неврологической симптоматики, при головных болях с выраженной общемозговой симптоматикой рвота, головокружение);
- УЗИ головного мозга у детей до 1 года;
- ЭЭГ/видеомониторинг ЭЭГ;
- МРТ головного мозга с контрастированием;
- Дуплексное сканирование магистральных сосудов;
- Холтеровское мониторирование ЭКГ;

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию:

- Офтальмоскопия;
- ЭхоЭГ;
- УЗДГ сосудов головы и шеи/РЭГ;
- ЭКГ.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- Офтальмоскопия;
- УЗДГ сосудов головы и шеи;
- РЭГ;
- ЭКГ;
- МРТ или КТ головного мозга (показания -при наличии очаговой неврологической симптоматики, при головных болях с выраженной общемозговой симптоматикой рвота, головокружение).

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- Коагулология (Определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) в плазме крови, определение фибриногена в плазме, определение фибринолитической активности плазмы крови, проведение реакции адгезии и агрегации тромбоцитов (ГАТ), исследование толерантности плазмы к гепарину, определение активности антиплазмина в плазме, определение времени кровотечения, определение тромбинового времени (ТВ) в плазме крови, определение растворимых комплексов фибриномономеров (РФМК), определение фактора VIII в плазме, определение фактора XI в плазме);
- общий анализ крови (6 параметров);
- биохимический анализ крови (определение мочевины, креатинина, общего белка в сыворотке, кальций, калий, натрий, хлор);
- ЭЭГ/видеомониторинг ЭЭГ;
- МРТ с контрастированием;
- рентгенография черепа в двух проекциях;
- дуплексное сканирование магистральных сосудов;
- холтеровское мониторирование ЭКГ;
- исследование спинномозговой пункции;
- бактериологическое исследование крови на стерильность.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- сбор жалоб и анамнеза;
- физикальное исследование;
- кровь на сахар.

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- односторонняя локализация головной боли, преимущественно в лобно-височно-глазничной области;
- пульсирующий характер боли;
- интенсивность боли, снижающая активность больного, нередко заставляющая пациента прервать свою деятельность и усугубляющаяся при монотонной физической работе и ходьбе;
- наличие хотя бы одного из следующих симптомов: тошнота, рвота, свето- и звукобоязнь.

Анамнез:

- появление первых приступов в периоде полового созревания;
- наличие в семейном анамнезе данных о пароксизмальной головной боли у родственников
- длительность атаки от 4 до 72 часов;
- в анамнезе не менее 5 атак.

Для мигрени с аурой:

- ни один симптом ауры не длится более 60 мин;
- полная обратимость одного или более симптомов ауры, свидетельствующих о фокальной церебральной дисфункции;
- длительность светлого промежутка между аурой и началом головной боли менее 60 мин.

12.2 Физикальное обследование: птоз, изменения зрачков, эмоциональная лабильность (подавленность), снижение интеллектуальных способностей, агрессивность, нарушение речи, ригидность мышц затылка.

- **Головная боль напряжения:** длится от нескольких минут до дней, типично двусторонние, средней или легкой интенсивности, без тошноты, со светобоязнью.
- **Мигрень без ауры (общая мигрень):** эпизоды длятся до 72 часов, головная боль двусторонняя, затылочная боль не характерна.
- **Мигрень с аурой (классическая мигрень):** аура длится 5-20 минут до начала головной боли, обычно визуальная (вспышки, блески, искры света, усиление спектра/зигзаг, черные точки, или слепые пятна, реже микропсия/макропсия). В межприступном периоде отмечается усталость, трудности концентрации.

12.3 Лабораторные исследования:

- **Общий анализ крови:** снижение гемоглобина (менее 90г/л);
- **Биохимический анализ крови:** повышение уровня креатинина и мочевины;

12.4 Инструментальные исследования:

Офтальмоскопия: признаки отека диска зрительного нерва

12.5 Показания для консультации профильных специалистов:

- Консультация нейрохирурга: с целью исключения опухолей и инсультов головного мозга;
- Консультация офтальмолога: с целью проведения офтальмоскопии;
- Консультация психолога – в целях диагностики, коррекции и профилактики психопатологических состояний, проведение консультирования;
- Консультация оториноларинголога – с целью исключения патологии верхних дыхательных путей (гаймориты, синуситы);

12.6 Дифференциальный диагноз:

Таблица 1 Дифференциальная диагностика головной боли:

	Головная боль напряжения	Персистирующая головная боль	Кластерная головная боль	Мигрень
Интенсивность головной боли	от легких до умеренно тупых болей или ноющие боли		сильные боли	от умеренных до сильных болей
Продолжительность	продолжается от	продолжается до 4	продолжается от 30	продолжается от 4 часов

ость	30 минут до нескольких часов	часов в день	минут до 3 часов	до 3 дней
Кратность		характерна 15 дней в месяц на протяжении нескольких месяцев	может происходить несколько раз в день в течение нескольких месяцев	периодическое возникновение: от нескольких раз в месяц до нескольких раз в год
Локализация	напряженная, давящая боль на всю голову	локализуется на одной или двух сторонах головы	локализуется на одной стороне головы, фокусируется на глазах или висках	локализуется на одной или двух сторонах головы
Характер		постоянная боль	острая или колющая боль	пульсирующая боль
Наличие тошноты или рвоты	отсутствие тошноты или рвоты			тошнота, рвота, возможна аура
Наличие ауры	нет ауры	нет ауры		имеется аура
Наличие свето- и шумочувствительности	свето- и шумочувствительность есть		может быть насморк, слезы, а также опущение верхнего века (часто с одной стороны)	чувствительность к свету, шуму, движению есть
Провокаторы		усугубляется регулярным использованием парацетамола или НПВП		может наблюдаться одновременно с ГБН

13. Цели лечения:

- купирование головной боли;
- улучшение общего самочувствия.

14. Тактика лечения***:

14.1 Немедикаментозное лечение:

- охранительный режим (соблюдение режима сна и отдыха, ограничить переутомление).
- диета с ограничением соли и жидкости.

14.2 Медикаментозное лечение:

Для лечения головной боли применяют:

- препараты с неспецифическим механизмом действия (нестероидные противовоспалительные препараты);
- препараты со специфическим механизмом действия (селективные агонисты рецепторов и неселективные агонисты рецепторов);
- вспомогательные препараты: сосудистые, седативные (при тревожных состояниях и при головных болях напряжения).

14.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Нестероидные противовоспалительные препараты:

- парацетамол по 0,5 г до 23 таблеток;

- парацетамол в свечах: по 1 свече ректально при повышении температуры;
- ибупрофен, таблетки по 0,2 и 0,4 г №10, 20 или 100 шт.;
- диклофенак - детям в возрасте 6 лет и старше и подросткам из расчета 2 мг/кг/сут, раствор для инъекций 2,5% в ампулах 3мл №5.
- кеторолак, таблетки, содержащие по 0,01 г кеторолака трометамин, раствор для инъекций в ампулах по 1 мл (0,015 или 0,03 г кеторолака трометамин). Доза 15-30 мг, вводят каждые 4-6 часов внутримышечно, внутривенно и внутрь в течение 5 дней.

Селективные агонисты серотониновых рецепторов:

- суматриптан внутрь, интраназально. Внутрь – 50 мг (при необходимости 100 мг). Интраназально — 20 мг (1 доза) в одну ноздрю. Повторное введение возможно с интервалом не менее 2 ч. Максимальная суточная доза при приеме внутрь – 300 мг, при интраназальном применении – 2 дозы по 20 мг. Форма выпуска таб., покр. пленочной обол., 100 мг: 2, 4, 6 или 10 шт.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

Сосудистые препараты:

- никотиноил гамма - аминокислотная кислота, способ применения:
- внутрь, 0,05 г 3 раза в сутки;
- парентерально по схеме: утром в/в капельно, вечером в/м, доза -0,1-0,2 г (2 мл 5–10% раствора) 1-2 раза в сутки в суточной дозе 0,2-0,4 г, курс лечения: 10 дней в/в, затем в/м 15 - 30 дней.

Седативные препараты:

- вальпроат натрия , 20-30 мг/кг в день, таблетки 300 мг, 500мг, № 30, № 100, сироп 50мг/мл, 300мг/мл;
- amitriptilin 12,5–25 мг до 100 мг/сут.;
- тизанидин, 4-6 мг/сут.

14.2.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

Нестероидные противовоспалительные препараты:

- Парацетамол по 0,5 г до 23 таблеток;
- Парацетамол в свечах: по 1 свече ректально при повышении температуры;
- Ибупрофен, таблетки по 0,2 и 0,4 г №10, 20 или 100 шт.;
- диклофенак - детям в возрасте 6 лет и старше и подросткам из расчета 2 мг/кг/сут, раствор для инъекций 2,5% в ампулах 3мл №5;
- кеторолак, таблетки, содержащие по 0,01 г кеторолака трометамин, раствор для инъекций в ампулах по 1 мл (0,015 или 0,03 г кеторолака трометамин). Доза 15-30 мг, вводят каждые 4-6 часов внутримышечно, внутривенно и внутрь в течение 5 дней.

Сосудистые препараты:

- никотиноил гамма – аминокислотная кислота, способ применения:
- внутрь, 0,05 г 3 раза в сутки;

- парентерально по схеме: утром в/в капельно, вечером в/м, доза -0,1-0,2 г (2 мл 5–10% раствора) 1-2 раза в сутки в суточной дозе 0,2-0,4 г, курс лечения: 10 дней в/в, затем в/м 15 - 30 дней.

Седативные препараты:

- вальпроат натрия, 20-30 мг/кг в день, таблетки 300 мг, 500мг, № 30, № 100, сироп 50мг/мл, 300мг/мл;
- амитриптилин 12,5–25 мг до 100 мг/сут.;
- тизанидин, 4-6 мг/сут; курс 10 дней;
- флуоксетин, 20 мг/сут в 1–2 приема (преимущественно в первой половине дня);
- топирамат, 3–6 мг/кг/сут;
- карбамазепин 200мг в таблетке, по 1тб на ночь, курс 1 месяц.

14.2.3 Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:

Спазмолитическая терапия:

- нимодипин, 0.02%-50 мл, в/в очень медленно 15 мкг/кг/ч в течении 2 часов.
- никотиноил гамма - аминomásляная кислота, в/в капельно, 2 мл 5–10% раствора
- кеторолак 1 мл в/м;
- диазепам 5 мг/кг

14.3. Другие виды лечения:

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне:

Физиотерапия:

- электрофорез на шейный отдел позвоночника со спазмолитиками (папаверин, натрий бром);
- электросон;
- дарсонвальтерапия;
- транскраниальная магнитная стимуляция;
- массаж шейного отдела позвоночника;
- ЛФК;
- акупунктура (иглотерапия): хронические цефалгии.

14.3.2 Другие виды, оказываемые на стационарном уровне: не проводятся

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи: не проводятся

14.4. Хирургическое вмешательство: не проводятся.

14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях:

14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

14.5. Профилактические мероприятия:

Селективные агонисты рецепторов с целью профилактики мигрени:

Эрготамин:

- по 15 - 20 капель 0,1 % раствора за несколько часов до ожидаемого приступа;

- в начале болевой фазы приступа 2 - 4 мг под язык, затем через 2 ч - 2 мг до уменьшения боли, но не более 10 мг в день;
- при тяжелом приступе мигрени вводят 0,5 - 1 мл 0,05 % раствора внутримышечно.

Высшие дозы;

- при приеме внутрь: разовая 0,002 г (2 мг), суточная 0,004 г (4 мг);
- под кожу и внутримышечно; разовая 0,0005 г (0,5 мг), суточная 0,002 г (2 мг), 0,05 % раствор в ампулах по 1 мл (0,5 мг в 1 мл); 0,1 % раствор во флаконах по 10 мл (1 мг в 1 мл); таблетки (драже) по 0,001 г (1 мг).

•

Седативные препараты с целью профилактики головных болей напряжения:

- амитриптилин по 50-100 мг/сут;
- флуоксетин по 20-40 мг/сут;
- топирамат 100 мг в день (начальная доза — 25 мг в день с повышением на 25 мг каждую неделю, режим приёма — 1-2 раза в день; продолжительность терапии 2-6 месяц).[13-20]

14.6. Дальнейшее ведение:

- осмотр невропатолога 1 раз в 3 месяц (для контроля АД, динамики заболевания, для назначения профилактического лечения)
- осмотр офтальмолога 1 раз в год.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе

- купирование общемозговой симптоматики;
- купирование очаговой симптоматики.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Джаксыбаева Алтыншаш Хайруллаевна – доктор медицинских наук АО «Национальный научный центр материнства и детства», врач невропатолог высшей квалификационной категории, директор по стратегическому развитию главный внештатный детский невропатолог МЗСР РК.

2) Лепесова Маржан Махмудовна – доктор медицинских наук, профессор АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования» заведующая кафедры детской неврологии, врач невропатолог высшей квалификационной категории.

3) Кенжегулова Раушан Базаргалиевна – кандидат медицинских наук АО «Национальный научный центр материнства и детства» врач невропатолог высшей квалификационной категории.

4) Бакыбаев Дидар Ержомартович – АО «Национальный центр нейрохирургии» врач клинический фармаколог.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: отсутствуют.

18. Рецензенты: Булекбаева Шолпан Адильжановна – доктор медицинских наук, профессор АО «Республиканский детский реабилитационный центр» Председатель правления.

19. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики/ лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1) Колосова О. А. Мигрень. Медицина для всех, 1998, № 4(10), стр.3-6.
- 2) Фокин И.В., Вейн А. М., Колосова О. А., Осипова В. В. Клинико-психологическая характеристика и терапия больных кластерной (пучковой) головной болью. Журнал неврологии и психиатрии, № 10, 2001 г., 19-21.
- 3) Яхно Н.Н., Штульман Д. Р. Болезни нервной системы, М., Медицина, 1995, 656 с.
- 4) Вейн А.М., Колосова О. А. Головная боль. (Классификация, клиника, диагностика, лечение), М., 1994 г., 280 с.
- 5) Вейн А.М., Колосова О. А., Фокина Н. М., Рябус М. В. Головная боль напряжения. Журнал невропатологии и психиатрии, № 11, 1997 г., стр.4-7.
- 6) Данилов Ал.Б. Диссертация канд. мед. наук, Психофизиологическое исследование мигрени., М., 1997 г., 148 с.
- 7) Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине: Пер. с англ. / Под ред. Денисова И.Н., Кулакова В.И., Хаитова Р.М. — М.: ГЭОТАР_МЕД, 2001. — 1248 с.: ил. ISBN 5_9231_0150_5
- 8) Comprehensive Review of Headache Medicine. — Oxford University Press US, 2008. — P. 60. — ISBN 0-19-536673-5
- 9) Международная классификация головных болей. 2-ое издание (pdf)
- 10) The classification and treatment of headache. Med. Clin. North Am. 35 (5): 1485–93. PMID 14862569.
- 11) Amal Mattu; Deepi Goyal; Barrett, Jeffrey W.; Joshua Broder; DeAngelis, Michael; Peter Deblieux; Gus M. Garmel; Richard Harrigan; David Karras; Anita L'Italien; David Manthey Emergency medicine: avoiding the pitfalls and improving the outcomes. — Malden, Mass: Blackwell Pub./BMJ Books, 2007. — P. 39. — ISBN 1-4051-4166-2
- 12) Goadsby PJ (January 2009). «The vascular theory of migraine--a great story wrecked by the facts». *Brain* 132 (Pt 1): 6–7. DOI:10.1093/brain/awn321. PMID 19098031.
- 13) Consumer Reports & Drug Effectiveness Review Project (March 2013), «Using the Triptans to Treat: Migraine Headaches Comparing Effectiveness, Safety, and Price», consumer Reports, с. 8.
- 14) Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, Tomlinson GA, McCrory DC, Booth CM. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? *JAMA* 2006;296:1274-83
- 15) A Placebo-Controlled Surgical Trial of the Treatment of Migraine Headaches — Plastic and Reconstructive Surgery: August 2009 — Volume 124 — Issue 2 — pp 461—468

- 16) Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А. и др. Головная боль. М. 1994 – 286 с
- 17) Rob Forsyth, Richard Newton. Pediatric Neurology/Oxford specialist handbooks in pediatrics/2012
- 18) Bruce O.Berg. Principles of child neurology /McGraw-Hill, 1996
- 19) Джеральд Феничел М. Педиатрическая неврология: Основы клинической диагностики, 2004;
- 20) Статья размещена в номере 23/1 за декабрь 2007 года, на стр. 32-33
- 21) статья размещена в номере 23/1 за декабрь 2007 года, на стр. 32-33. Применение ибупрофена для купирования головной боли различного генеза
21. Обзор данных литературы и доказательной базы статья размещена в номере 23/1 за декабрь 2007 года, на стр. 32-33
- 22) Применение ибупрофена для купирования головной боли различного генеза
Обзор данных литературы и доказательной базы
- 23) Д. Молчанов Здоровье Украины. «Тематический номер: Неврология, психиатрия, психотерапия»