

## НОВАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ: ЧТО ВАЖНО ДЛЯ ПРАКТИКИ?

Проф. В. А. ЯВОРСКАЯ, канд. мед. наук Ю. В. ФЛОМИН,  
канд. мед. наук А. В. ГРЕБЕНЮК, канд. мед. наук О. Л. ПЕЛЕХОВА, О. К. ЛЕЩЕНКО

### THE NEW INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEADACHES: WHAT IS IMPORTANT FOR PRACTICE?

V. A. YAVORSKAYA, Yu. V. FLOMIN, A. V. GREBENIUK, O. L. PELEKHOVA, O. K. LESCHENKO

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина*

**Представлен обзор пересмотренной классификации IHS (International Headache Society), в которой особое внимание уделяется первичным головным болям и подходу к диагностике головных болей. Показаны изменения, внесенные в ICHD-2 (International Classification of Headache Disorders), знакомство с которыми важно для врачей многих специальностей, но особенно — для неврологов, специализирующихся на лечении головной боли.**

*Ключевые слова: новая международная классификация, головные боли, диагностика.*

**The authors make a review of the renewed IHS (International Headache Society) classification, in which special attention is paid to primary headaches and the approaches to the diagnosis of headache. The changes in ICHD-2 (International Classification of Headache Disorders) important for many medical specialties, particularly neurologists specializing in headache treatment, are shown.**

*Key words: new international classification, headaches, diagnosis, treatment.*

Головная боль — одна из самых частых причин обращения к врачу, в частности, к неврологу. Учитывая огромный спектр и полиморфизм заболеваний, проявляющихся головными болями, следует признать, что владение системным подходом к их классификации и диагнозу необходим как клиницистам, занимающимся диагностикой и лечением головной боли, так и исследователям, изучающим новые аспекты проблемы. В течение почти двух десятилетий во всем мире классификация 1988 года была стандартом диагностики головных болей, определяя терминологию и совокупность диагностических критериев для целого ряда заболеваний, сопровождающихся головными болями [1]. Перевод на 22 языка способствовал внедрению этой классификации в клиническую практику, эпидемиологические исследования и клинические испытания. В январе 2004 г. увидела свет вторая редакция Международной классификации головной боли (МКГБ-2) [2]. Хотя основная структура и большинство исходных нозологических единиц сохранены, есть и множество изменений, которые повлияют на ведение больных [3], и врачи, лечащие головные боли, должны быть знакомы с ними.

Рассматриваемая классификация была разработана группой экспертов, избранных IHS, она представляет собой консенсус, базирующийся на данных исследований, личном опыте и суждениях, поисках компромисса, и создает базу для клинической практики и исследований. В настоящем сообщении мы представляем обзор МКГБ-2, концентрируя внимание на первичных головных болях, и предлагаем алгоритмический подход к их

диагнозу, базирующийся на частоте и длительности атак.

Как и классификация 1988 г., МКГБ-2 имеет разделы, посвященные первичным и вторичным головным болям. Представлены четыре категории первичных и восемь категорий вторичных головных болей. Третья группа нарушений включает краниальные невралгии, лицевую боль и другие головные боли (табл. 1).

Критерии диагностики первичных головных болей являются клиническими и описательными, базируются на характеристиках головной боли без рассмотрения ее этиологии. Вторичные головные боли, напротив, рассматриваются в связи с другими скрытыми или явными заболеваниями и патологическими процессами.

Ниже приведены ключевые принципы МКГБ-2.

1. Классификация является иерархической, т. е. позволяющей ставить диагноз с различными уровнями точности, используя до четырех цифр для кодирования подуровней. Первая цифра отображает основной диагностический тип, например, мигрень (1). Вторая цифра отображает подтип в пределах категории, например, мигрень с аурой (1.2).

2. В клинической практике у пациентов должен быть диагностирован каждый тип и подтип головной боли, которую они испытывают в настоящее время (в течение последнего года). Например, головные боли у одного и того же пациента могут быть расценены как медикаментозно обусловленные (8.2), мигрень без ауры (1.1) и частые эпизоды ГБН (2.2). Множественные диагностиче-

ские коды должны ставиться в порядке их важности для пациента.

3. Головные боли, отвечающие всем диагностическим критериям, кроме одного, являются вероятными, например, вероятная мигрень (1.6).

4. Диагноз любой первичной головной боли требует исключения другой патологии, которая может быть причиной головной боли. Это означает, что история болезни, общий осмотр и неврологический статус не предполагают наличия другой патологии, позволяющей классифицировать головную боль как вторичную, либо такую патологию исключают в ходе обследования, либо такая патология есть, но головная боль с ней не связывается.

5. Диагноз вторичной головной боли ставят, когда новый тип головной боли развивается у пациента в связи с началом заболевания, известного как ее причина.

6. Диагностировать вторичную головную боль у пациента с существующей первичной головной болью чрезвычайно сложно. Когда головная боль усиливается при наличии другой патологии, существует два варианта. Первый — ухудшение может представлять собой нарастание проявлений

первичной головной боли; второй — ухудшение отражает начало новой по механизму вторичной головной боли.

**1. Мигрень.** Мигрень разделена на пять больших подтипов, два наиболее важных из которых — это мигрень без ауры (1.1) и мигрень с аурой (1.2). Диагностические критерии мигрени без ауры с 1988 г. изменились незначительно, однако критерии мигрени с аурой частично пересмотрены. Добавлена хроническая мигрень (1.5.1). Офтальмоплегическая «мигрень» теперь отнесена к краниальным невралгиям и переименована в пункт 13 (краниальные невралгии и лицевые боли центрального генеза). Когда имеющиеся у пациента боли отвечают критериям более чем одного типа мигрени, каждый тип должен быть диагностирован и кодирован отдельно. Поскольку хроническая мигрень развивается из эпизодической мигрени, пациент, кодированный 1.5.1, имеет дополнительный код по предыдущему заболеванию (обычно 1.1).

*1.1. Мигрень без ауры.* Диагностические критерии мигрени без ауры представлены в табл. 2.

У детей атаки могут быть короче, у маленьких детей фотофобия и фонофобия могут быть расце-

Таблица 1

**Основные части МКГБ-2**

Часть первая: первичные головные боли	1. Мигрень. 2. Головная боль напряжения (ГБН). 3. Кластерные головные боли (КГБ) и другие тригеминальные автономные цефалгии (ТАЦ). 4. Другие первичные головные боли
Часть вторая: вторичные головные боли	5. Головная боль, связанная с травмой головы и/или шеи. 6. Головная боль, обусловленная сосудистыми нарушениями в голове или шее. 7. Головная боль, обусловленная несосудистыми нарушениями в голове. 8. Головная боль, вызванная приемом или прекращением приема препарата. 9. Головная боль, связанная с инфекционным процессом. 10. Головная боль, связанная с нарушением гомеостаза. 11. Головная и/или лицевая боль, связанная с поражениями черепа, шеи, глаз, ушей, носа, придаточных пазух, зубов, рта и других структур головы. 12. Головная боль, связанная с психическим заболеванием
Часть третья: краниальные невралгии, центральная и первичная лицевая боль и другие виды головной боли	13. Краниальные невралгии и лицевые боли центрального генеза. 14. Другие виды головной боли, невралгий центральных или первичных лицевых болей

Таблица 2

**Диагностические критерии мигрени без ауры (1.1) по МКГБ-2**

А	Имели место минимум 5 приступов, отвечающих критериям Б-Д
Б	Продолжительность приступа (атаки) 4–72 ч (без лечения или при неэффективном лечении)
В	Головная боль характеризуется как минимум двумя из приведенных ниже параметров: односторонняя локализация, пульсирующий характер умеренная или значительная интенсивность усиление боли при обычной физической активности (например, ходьба или подъем по лестнице)
Г	Во время атаки головной боли отмечались такие симптомы (минимум один): тошнота и/или рвота фотофобия и фонофобия
Д	Головная боль не обусловлена другими нарушениями

нены как особенности поведения и не отмечены. Когда атаки появляются чаще 15 дней в месяц, ставят диагноз хроническая мигрень (1.5.1) + мигрень без ауры (1.1). Обращает на себя внимание соответствие критериям довольно различных характеристик боли. Например, и сильная односторонняя пульсирующая, и умеренная двусторонняя давящая головная боль, усиливающаяся при обычной физической активности, могут быть отнесены к мигрени без ауры.

**1.2. Мигрень с аурой.** Критерии этого подтипа мигрени основательно изменены. Типичная аура характеризуется фокальными неврологическими симптомами, как правило, предшествующими головной боли, но они могут как сочетаться с головной болью, так и возникать при ее отсутствии (табл. 3).

Зрительная аура встречается наиболее часто. Типичная зрительная аура гомонимна и представлена в образе полумесяца с очень ярким светящимся краем. Могут возникать фотопсии, скотомы и другие визуальные расстройства. Визуальные аномалии, такие как метаморфозии, макроспии или микроспия, чаще встречаются у детей. Сенсорные симптомы отмечаются приблизительно у 1/3 пациентов, страдающих мигренью с аурой. Типичная сенсорная аура состоит из: онемения (негативный симптом), покалывания либо парестезий (позитивный симптом). Наиболее распространена локализация на лице и руках. Дисфазия может быть частью типичной ауры, в то время как моторный дефицит, симптомы дисфункции ствола мозга, изменения уровня сознания могут встречаться при особых видах мигрени с аурой (гемиплегическая и базилярная мигрень).

Недавно типичная мигренозная аура была выявлена при немигренозных головных болях (головные боли, не соответствующие критериям 1.1). Такие случаи классифицируются как «типичная аура с немигренозной головной болью» (1.2.2). Исследования показали, что типичная мигреноз-

ная аура встречается при кластерной головной боли (КГБ), хронической пароксизмальной гемикрании и hemicrania continua. Эти случаи классифицируются в соответствии с основными видами головной боли. Например, КГБ (3.1) + типичная аура с немигренозной головной болью (1.2.2). Типичная мигренозная аура, встречающаяся без головной боли, кодируется как «типичная аура без головной боли» (1.2.3) и обычно встречается у мужчин среднего возраста.

Семейная гемиплегическая мигрень (1.2.4) — это первый мигренозный синдром, соотнесенный с генетическим полиморфизмом (участки первой и 19 хромосом). Критерии диагноза включают таковые для 1.2, но отличаются моторным дефицитом (гемипарезом), который может сохраняться более 60 мин (до 24 ч). Дополнительным критерием служит наличие подобных приступов как минимум у одного из родственников первой линии. Те пациенты, у которых есть характерные проявления, но нет наследственной истории, кодируются как «спорадическая гемиплегическая мигрень» (1.2.5).

Мигрень базилярного типа (1.2.6) — новый термин, заменяющий «базилярную мигрень». Изменение подчеркивает, что изъятое понятие наводило на мысль о вовлечении в процесс базилярной артерии и/или ее бассейна. Отличительной особенностью мигрени базилярного типа являются признаки поражения задней черепной ямки. Диагноз предусматривает полную обратимость по крайней мере двух из следующих симптомов: дизартрия, головокружение, снижение слуха, двоение в глазах, зрительные нарушения, возникающие в височных и назальных полях обоих глаз, атаксия, снижение уровня сознания и одновременные билатеральные парестезии.

**1.3. Детские периодические синдромы-предвестники мигрени.** Циклическая рвота (1.3.1) встречается почти у 2,5% детей школьного возраста. Синдром проявляется рецидивирующими

Таблица 3

**Диагностические критерии мигрени с аурой (1.2) в МКГБ-2**

А	Имели место минимум 2 приступа, отвечающих критериям Б-Д
Б	Аура проявляется хотя бы одним из следующих симптомов (но не двигательным дефицитом!): полностью обратимые зрительные нарушения, включающие симптомы раздражения (мерцающие огни, пятна, линии) и/или выпадения (скотомы, нарушения полей зрения) полностью обратимые чувствительные нарушения, включающие симптомы раздражения (ползание мурашек, покалывание) и/или выпадения (онемение) полностью обратимые речевые нарушения (дисфазия)
В	Как минимум два из следующих признаков: гомонимные зрительные нарушения и/или сенсорные нарушения по гемитипу хотя бы один из симптомов ауры развивается постепенно за 5 и более минут и/или различные симптомы ауры появляются последовательно за 5 и более минут каждый симптом отмечается не менее 5 и не более 60 мин
Г	Головная боль, отвечающая критериям Б-Д табл. 2, появляется во время ауры или в течение 60 мин после ауры
Д	Головная боль не обусловлена другими нарушениями

стереотипными приступами необъяснимой тошноты и рвоты, которые могут длиться от 1 ч до 5 дней. Рвота при приступах возникает не менее 4 раз в час, признаки заболеваний желудочно-кишечного тракта не выявляются. В межприступном периоде симптомы отсутствуют.

Абдоминальной мигренью (1.3.2) страдает до 12% детей школьного возраста. Приступ клинически проявляется болью в животе, сопровождающейся анорексией, бледностью, тошнотой, иногда рвотой. Боль в животе имеет ряд типичных характеристик: локализована по средней линии, около пупка или без четкой локализации, обычно тупая и умеренная по интенсивности. Физикальное и инструментальное исследования не выявляют других причин данных нарушений.

Доброкачественное пароксизмальное головокружение (1.3.3) характеризуется повторяющимися (не менее 5) приступами, состоящими из нескольких атак сильного системного головокружения, которое проходит спонтанно в течение нескольких минут или часов. Неврологический статус, электроэнцефалограмма, исследования вестибулярного аппарата и аудиометрия вне приступов остаются нормальными.

**1.4. Ретинальная мигрень.** Редкое заболевание, манифестирующее преходящими и полностью обратимыми скотомами, скинтилляциями или слепотой на один глаз, вслед за которыми в течение 60 мин развивается типичный (отвечающий критериям для 1.1) приступ мигрени. Необходимо исключить другие причины зрительных нарушений, такие как транзиторная ишемическая атака, невропатия зрительного нерва, отслойка сетчатки. Как следует из обзора [4], у пациентов с монокулярной «аурой» может развиваться инфаркт сетчатки мигренозной природы. Такие случаи кодируются как мигренозный инфаркт (1.5.4).

**1.5. Осложнения мигрени.** По МКГБ-2 критериями хронической мигрени (1.5.1) являются наличие типичных (1.1) мигренозных приступов более 15 дней в месяц в течение более 3 мес при условии отсутствия злоупотребления медикаментами. Хронической мигрени обычно предшествует эпизодическая мигрень без ауры, поэтому хроническая мигрень классифицируется как осложнение мигрени. В случае злоупотребления обезболивающими препаратами (антимигренозные препараты и/или опиаты или комбинированные анальгетики более 10 дней в месяц либо простые анальгетики более 15 дней в месяц) хроническая головная боль, вероятно, обусловлена именно этим. Согласно МКГБ-2, ни хроническая мигрень (1.5.1), ни головная боль, вызванная злоупотреблением анальгетиками (8.2), не могут быть надежно диагностированы без исключения избыточного приема обезболивающих. Если в течение 2 мес после прекращения их приема наблюдается значительное улучшение, это подтверждает связь головной боли с медикаментами (необходимое подтверждение для диагноза 8.2). В течение этого периода

обычно ставится диагноз мигрень без ауры (1.1) + возможная головная боль из-за злоупотребления обезболивающими препаратами (8.2.7) + возможная хроническая мигрень (1.6.5).

Мигренозным статусом (1.5.2) называется приступ мигрени с головной болью, которая продолжается более 72 ч. Боль сильная (диагностический критерий) и препятствующая повседневной активности. Если атака головной боли продолжается более 72 ч, но позволяет вести обычную деятельность, она кодируется как возможная мигрень без ауры (1.6.1).

Персистирующая аура без формирования инфаркта (1.5.13) диагностируется, когда симптомы ауры, не отличающиеся от предшествующих приступов, сохраняются дольше одной недели. Для исключения инфаркта необходимы дополнительные исследования. Если симптомы ауры длятся более 1 ч, но менее 1 нед, состояние расценивается как вероятная мигрень с аурой (1.6.2) с указанием на пролонгированную ауру.

Мигренозный инфаркт (1.5.4) — редкое заболевание. Типичные для такого большого симптомы ауры продолжаются более 1 ч, а нейровизуализация выявляет острый инфаркт мозга. В отличие от ишемического инсульта другой природы, мигренозный инфаркт развивается на фоне типичного приступа мигрени с аурой.

Мигрень и эпилепсия представляют сложную и нередкую комбинацию. Головные боли типичны после судорожного припадка, но мигрень также может спровоцировать его (мигралепсия). Критерием мигрень-индуцированного приступа (1.5.5) является возникновение определенного вида судорожных приступов в течение 1 ч после первых проявлений ауры.

**1.6. Вероятная мигрень (probable migraine).** Головная боль у 10–45% пациентов напоминает, но не полностью отвечает критериям мигрени. Если головная боль не подходит под определение головной боли иной природы и имеет все характеристики мигрени, кроме одной, такая боль классифицируется как вероятная (возможная) мигрень (1.6). Эпидемиологические исследования показывают, что вероятная мигрень часто является причиной временной нетрудоспособности и снижения качества жизни.

**2. Головная боль напряжения.** ГБН — наиболее распространенный подтип первичной головной боли. В классификации 1988 г. выделяли два подвида ГБН: эпизодическая (меньше 15 атак в месяц) и хроническая (больше 15 атак в месяц). В новой классификации ГБН имеет три подвида: нечастая эпизодическая (2.1) — приступы головной боли не более 1 дня в месяц; частая эпизодическая (2.2) — от 1 до 14 атак в месяц и хроническая (2.3) — более 15 приступов в месяц. Диагностические критерии представлены в табл. 4.

Хроническая ГБН обычно развивается из эпизодической ГБН. Как и в случае хронической мигрени, хроническая ГБН не может быть

## Критерии ГБН в МКГБ-2

2.1	<p>Нечастая эпизодическая ГБН</p> <p>А. Наличие не менее 10 приступов, возникающих с частотой более одного в месяц (более 12 в год) и отвечающих пунктам Б-Д</p> <p>Б. Головная боль, продолжающаяся от 30 мин до 7 дней</p> <p>В. Головная боль имеет как минимум две из следующих характеристик:  билатеральная локализация  давящий или сжимающий (не пульсирующий) характер  небольшая или умеренная интенсивность  не усиливается при обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице)</p> <p>Г. Отсутствуют оба приведенных ниже симптома:  тошнота и рвота (может быть анорексия)  фото- и фонофобия одновременно</p> <p>Д. Нет иных причин, вызывающих данные нарушения</p>
2.2	<p>Частая эпизодическая ГБН</p> <p>Как минимум 10 эпизодов головной боли, возникающих чаще одного, но реже 15 раз в месяц не менее 3 мес (12–180 приступов в год) и отвечавших пунктам Б-Д раздела 2.1</p>
2.3	<p>Хроническая ГБН</p> <p>А. Головная боль возникает более 15 дней в месяц более 3 мес (более 180 дней в год) и отвечает пунктам Б-Д</p> <p>Б. Головная боль длится часами или может быть постоянной</p> <p>В. Головная боль имеет как минимум две из следующих характеристик:  билатеральная локализация  давящий или сжимающий (не пульсирующий) характер  небольшая или умеренная интенсивность  не усиливается при обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице)</p> <p>Г. Отсутствуют оба приведенных ниже симптома:  сильная тошнота и рвота (может быть анорексия, подташнивание)  фотофобия, фонофобия и тошнота одновременно</p> <p>Д. Нет иных причин, вызывающих данные нарушения</p>

диагностирована у лиц, злоупотребляющих обезболивающими средствами. Есть вид головной боли, напоминающий хроническую ГБН, но патогенетически отличающийся от нее, — вновь возникающая ежедневная головная боль (4.8). При последнем заболевании головная боль отмечается ежедневно с самого начала, а не эволюционирует из эпизодической.

*2.4. Вероятная головная боль напряжения.* Этот код ставят, когда головная боль соответствует всем критериям ГБН, кроме одного, и не отвечает критериям мигрени.

### 3. Кластерная боль и другие тригеминальные автономные цефалгии.

*3.1. Кластерная головная боль.* Диагностические критерии КГБ существенно не изменились. Расстройство проявляется кратковременными приступами сильной мучительной односторонней головной боли с автономными дисфункциями. Боль описывается как острая, сверлящая, режущая, пронизывающая, стреляющая (в отличие от пульсирующей боли при мигрени). Обычно боль достигает пика за 10–15 мин, но затем остается очень сильной в течение 15–180 (в среднем 60) мин. Во время приступа больные не находят себе места, испытывая тяжелые страдания. При осмотре явно выражены вегетативные нарушения. После атаки больной какое-то время ощущает усталость и разбитость.

КГБ делится на два подтипа. При эпизодической КГБ (3.1.1) атаки возникают периодами от 7 дней до одного года, между периодами приступов отмечаются ремиссии до 1 мес или более. Около 85% больных имеют этот подтип КГБ. При хронической КГБ (3.1.2) атаки не прекращаются более одного года без ремиссий либо с ремиссиями продолжительностью менее 1 мес.

*3.2. Пароксизмальная гемикрания.* Для всей группы пароксизмальных гемикраний характерны три общие черты: по крайней мере 20 частых (более 5 в день) атак кратковременных (от 2 до 30 мин) сильных, строго односторонних болей в орбитальной, супраорбитальной или височной области; симптомы активации парасимпатической системы на стороне боли; выраженный положительный эффект терапевтических доз индометацина. Классификация 1988 г. включала только хроническую пароксизмальную гемикранию. Новая классификация включает эпизодическую пароксизмальную гемикранию (3.2.1) и хроническую пароксизмальную гемикранию (3.2.2). Как и в случае КГБ, отличительным признаком служит пароксизмальной гемикрании наличие либо отсутствие ремиссий длительностью 1 мес и более.

*3.3. Кратковременная односторонняя невралгическая головная боль с покраснением конъюнктивы и слезотечением.* Это очень редкая разновидность первичной головной боли. Для диагноза

требуется регистрация по крайней мере 20 частых атак (от 3 до 200 в день) односторонней, орбитальной, супраорбитальной или височной пульсирующей либо режущей боли длительностью от 5 до 240 с и сопровождающейся лакримацией. Боль обычно достигает максимума в течение 3 с, имеет умеренную интенсивность и сочетается с сильным слезотечением.

**3.4. Вероятная тригеминальная автономная цефалгия.** Этот диагноз ставится при наличии всех, кроме одного, диагностических критериев тригеминальных автономных цефалгий.

**4. Другие первичные головные боли.** Эта гетерогенная группа первичных головных болей напоминает потенциально опасные вторичные головные боли. Для постановки диагноза требуется тщательное обследование больного. Некоторые разновидности головных болей этой группы (гипническая, *hemicrania continua*, вновь возникшая ежедневная головная боль) впервые включены в классификацию.

**4.1. Первичная бьющая головная боль.** Эпизодическая локальная головная боль в виде ударов, возникающая спонтанно при отсутствии структурных нарушений в голове. Боль преимущественно или исключительно распространяется по дерматому первой ветви тройничного нерва (орбита, висок и париетальная зона). Боль длится несколько секунд, возникает нерегулярно с частотой приступов от одного до многих в день. Признаки вегетативных нарушений отсутствуют.

**4.2. Первичная головная боль при кашле.** Эта внезапная головная боль провоцируется кашлем, натуживанием или пробой Вальсальвы, но не другими причинами. Диагноз требует исключения органических поражений, таких как аневризмы или мальформации сосудов мозга и особенно аномалии Арнольда-Киари (сканирование мозга с акцентом на заднечерепную ямку).

**4.3. Первичная головная боль при физическом напряжении.** Эта пульсирующая головная боль, длящаяся от 5 мин до 48 ч, вызывается физическим напряжением, но не другими причинами. После первой атаки необходимо исключить субарахноидальное кровоизлияние и диссекцию артерий мозга.

**4.4. Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью.** Боль, обычно билатеральная, нарастает по мере сексуального возбуждения. Выделяется два подтипа: преоргазмическая (4.4.1) — тупая боль в области головы и шеи, а также оргазмическая (4.4.2) — внезапная и сильная, появляющаяся при оргазме.

**4.5. Первичная гипническая головная боль.** Эта обычно умеренно интенсивная двусторонняя головная боль характеризуется кратковременными атаками (в среднем 30 мин), которые часто возникают у пожилых людей почти каждую ночь в одно и то же время и будят пациентов. Боль не развивается вне сна и не сопровождается вегетативными нарушениями.

**4.6. Первичная головная боль «как удар грома».** Сильная внезапная боль, напоминающая разрыв церебральной аневризмы, достигает пика менее чем за 1 мин. Боль длится от 1 ч до 10 дней и может рецидивировать в первые дни, но не в последующем. Диагноз может быть поставлен после исключения субарахноидального кровоизлияния.

**4.7. *Hemicrania continua*.** Эта ежедневная, строго односторонняя, чаще умеренная по силе, но периодически усиливающаяся головная боль отличается абсолютной реакцией на терапевтические дозы индометацина. Есть единичные сообщения о случаях билатеральной или альтернирующей головной боли данного вида.

**4.8. Вновь возникшая ежедневная головная боль.** Особенностью данного вида головной боли, очень напоминающей хроническую ГБН, является отсутствие ремиссий с самого начала заболевания. Диагноз может быть установлен, если прошло не менее 3 мес от его начала, нет злоупотребления анальгетиками и пациент четко указывает на отсутствие ремиссий. Если документирована эволюция от эпизодов к персистирующей боли, следует диагностировать хроническую ГБН. Боль, как правило, двусторонняя, давящая или сжимающая, умеренной интенсивности и не связана с физической активностью, может сопровождаться одним из следующих признаков: тошнота, фотофобия или фонофобия.

Отдельного внимания заслуживает вопрос о хронической ежедневной головной боли, не вошедшей в МКГБ-2. Для данного нарушения характерно наличие головной боли более 4 ч в день, более 15 дней в месяц и более 3 мес. Это один из наиболее частых видов головной боли, встречающихся в практике специализированных центров (4–5% общей популяции) [5]. Многие специалисты испытывали затруднения при попытке классифицировать данную головную боль в рамках классификации 1988 г., поэтому наибольшее распространение получили критерии Сильберштейна и Липтона. Согласно этим критериям, хроническая ежедневная головная боль разделяется на трансформировавшуюся (хроническую) мигрень, хроническую ГБН, вновь возникшую ежедневную головную боль и *hemicrania continua* с указанием наличия или отсутствия злоупотреблений анальгетиками в недавнем прошлом. В МКГБ-2 приведены критерии для дифференцированной диагностики каждого из подвидов хронической ежедневной головной боли, поэтому отпала необходимость в данной обобщающей нозологической единице.

**Использование МКГБ-2 в практике невролога.** Использование МКГБ-2 на практике предполагает определенную последовательность анализа клинической ситуации, представленной в виде алгоритма. Предполагается, что у больного имеет место один вид головной боли. Если это не так, все шаги алгоритма должны быть повторены для каждого вида боли отдельно.

Во-первых, необходимо разграничить первичные и вторичные головные боли. Для этой цели используется концепция «красных флажков». Например, при впервые возникшей сильной головной боли необходимо сначала исключить субарахноидальное кровоизлияние, кровоизлияние в опухоль и опухоль заднечерепной ямки, а при усилении головных болей — внутричерепное объемное образование, субдуральную гематому и побочное действие медикаментов, а затем думать о какой-либо первичной головной боли. После исключения вторичной природы головной боли переходят к классификации первичной головной боли. Если это не удастся, следует еще раз рассмотреть возможность вторичной природы головной боли и действия медикаментов.

Первый шаг состоит в разделении головных болей на частые (15 и более дней в месяц) и нечастые (менее 15 дней в месяц). Второй шаг подразумевает выделение длительных (более 4 ч в день) и недлительных (менее 4 ч) болей.

#### Л и т е р а т у р а

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria headache disorders, cranial neuralgias and facial pain // Cephalalgia.— 1988.— Vol. 8 (Suppl.7).— 96 p.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders // Cephalalgia.— 2004.— Vol. 24.— 160 p.
3. Classification of primary headaches / R. B. Lipton, M. E. Bigal, T. J. Steiner et al. // Neurology.— 2004.— Vol. 63, № 3.— P. 427–435.
4. Solomon S., Grosberg B. M. Retinal migraine // Headache.— 2003.— Vol. 43.— P. 510, abstract.
5. Prevalence of frequent headache in a population sample / A. I. Scher, W. F. Stewart, J. Liberman, R. B. Lipton // Headache.— 1998.— Vol. 38.— P. 497–506.

Поступила 27.03.2004

Нечастые длительные головные боли включают мигрень и эпизодическую ГБН; частые длительные головные боли представлены хроническими мигренью и ГБН, вновь возникшей ежедневной головной болью и hemicrania continua. При частых и нечастых недлительных головных болях нужно рассмотреть триггерную роль кашля и натуживания, физического напряжения, сексуальной активности или сна. Если указанные факторы значения не имеют, а боль кратковременна, наиболее вероятны мигрень, КГБ, пароксизмальные гемикрании или кратковременная односторонняя невралгиподобная головная боль с покраснением конъюнктивы и слезотечением.

Таким образом, подобный алгоритмический подход и точные диагностические критерии каждого типа и подтипа головной боли, приведенные в МКГБ-2, позволяют достичь нового уровня дифференциальной диагностики и создать оптимальные предпосылки для эффективного лечения пациентов.