

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи:

УДК:616.857-07:616-073:615.814

БАЗАРОВА САОДАТ РУСТАМОВНА

**«ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРВИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ
БОЛЕЙ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ»**

5A510109- «НЕВРОЛОГИЯ»

Диссертация написана для получения
академической степени магистра

Научный руководитель:

к.м.н., Н.О.Эргашева

Научный консультант:

к.м.н., Н.М. Азимова

Ташкент – 2019

АННОТАЦИЯ

на магистерскую диссертацию студента магистратуры 5A510109 кафедры неврология, детской неврологии и медицинской генетики ТашПМИ Базаровой С.Р. «Оптимизация диагностики первичных головных болей и методы их коррекции».

Проблема головной боли — одна из самых распространенных в современной медицине: до 60% популяции с разной частотой жалуются на головные боли и 20—30% отмечают снижение по этой причине социальной и трудовой активности. По оценкам, на глобальном уровне распространенность среди взрослых людей головной боли (с клиническими проявлениями, по меньшей мере, один раз на протяжении последнего года) составляет около 50%. Анализ заключительных диагнозов показал существенное преобладание первичных форм (54,1%) над вторичными (42,1%). При этом наиболее частыми первичными головными болями были мигрень (22%) и головная боль напряжения (11,1%). Частота заболевания составляет в среднем 12% в популяции и 2/3 пациентов испытывают во время приступа сильную и очень сильную боль, которая сопровождается значительным нарушением трудоспособности. В связи с этим, несмотря на доброкачественный в целом характер заболевания, эффективное и безопасное лечение ГБ является серьезной медицинской задачей. Согласно современным данным о механизмах первичных головных болях основными задачами терапии следует считать нормализацию тормозных процессов в стволе головного мозга и восстановление активности антиноцицептивной системы. Рефлексотерапия является эффективным средством лечения первичных головных болей. Ее действие состоит в снижении частоты, длительности и интенсивности головных болей. Рефлексотерапия нормализует процессы торможения в

ЦНС, восстанавливает активность антиноцицептивной системы. Метод безопасен и экономичен, при длительном применении.

ABSTRACT

on the master's thesis of the master's student 5A510109 of the Department of Neurology, Pediatric Neurology and Medical Genetics of TashPMI Bazarova S.R. "Optimization of the diagnosis of primary headaches and methods for their correction".

The headache problem is one of the most common in modern medicine: up to 60% of the population with different frequency complain of headaches and 20-30% note a decline for this reason of social and labor activity. The number of people for whom headache seems to be an independent disease is large and tends to increase. At the global level, it is estimated that the prevalence of headache (with clinical manifestations at least once during the last year) among adults is about 50%. Analysis of the final diagnoses showed a significant predominance of the primary forms (54.1%) over the secondary ones (42.1%). The most frequent primary headaches were migraine (22%) and tension headache (11.1%). The incidence of the disease averages 12% in the population and 2/3 of the patients experience severe and very severe pain during an attack, which is accompanied by a significant disability.

In this regard, despite the generally benign nature of the disease, effective and safe treatment of GB is a serious medical task. According to modern data on the mechanisms of primary headaches, the main objectives of therapy should be the normalization of inhibitory processes in the brainstem and the restoration of the activity of the antinociceptive system. Reflexology is an effective treatment for primary headaches. Its effect is to reduce the frequency, duration and intensity of headaches. Reflexology normalizes the processes of inhibition in the central nervous system, restores the activity of the antinociceptive system. The method is safe and economical, with long-term use.

ANNOTATSIYA

ToshPTI 5A510109 Nevrologiya, bolalar asab kasalliklari va tibbiy genetika kafedrasining magistratura talabasi Bazarova S.R.ning "Birlamchi bosh og'rig'larida tashhishlash usullarini optimallashtirish va korreksiyalash" mavzusidagi magistrlik dissertasiyasiga annotatsiya.

Bosh og'rig'i muammosi zamonaviy tibbiyotda eng keng tarqalgan muammolardan biri hisoblanadi: aholining 60% i turli xil chastotalarda bosh og'rig'iga va 20-30% i esa shu tufayli ijtimoiy va mehnat faoliyati sifatining kamayib borayotganini qayd etadi. Bosh og'rig'i bezovta qilgan odamlarning soni ko'p bo'lib, o'sish tendentsiyasiga ega. Jahon miqyosida kattalar orasida bosh og'rig'ining tarqalishi (o'tgan yili kamida bir marta klinik ko'rinishlarga ega) taxminan 50% ni tashkil etishi taxmin qilinmoqda. Oxirgi tashxislarni tahlil qilish birlamchi shakllarning (54,1%) ikkinchi shakli (42,1%) katta ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatdi. Eng ko'p birlamchi bosh og'rig'i migren (22%) va zo'riqish bosh og'rig'i (11,1%) edi. Kasallikning tarqalishi aholi ichidagi o'rtacha 12% va bemorlarning 2/3 nafari jiddiy nogironlik bilan kechadigan og'ir va o'ta og'ir og'riqlarni boshdan kechiradi. Shu munosabat bilan, kasallikning ijobiy davolanishiga qaramasdan, BO ning samarali va xavfsiz davolash jiddiy tibbiy vazifadir.

Zamonaviy ma'lumotlarga ko'ra birlamchi bosh og'rig'lari rivojlanish mexanizmlari bo'yicha, terapiyaning asosiy vazifasi bosh miya stvolidagi tormozlanish jarayonlarning normallasishi va antinosiseptiv tizimning faoliyatini tiklashga qaratilgan bo'lishi kerak. Refleksoterapiya birlamchi bosh og'rig'larini davolashda samarali ta'sir ko'rsatadi. Uning ta'siri bosh og'rig'i chastotasini, davomiyligini va intensivligini kamaytirishdan iborat. Refleksoterapiya markaziy asab tizimidagi tormozlanish jarayonlarini

normallashtiradi, antinosiseptiv tizimning faoliyatini tiklaydi. Bu usul uzoq muddatli foydalanish bilan xavfsiz va iqtisodiy jihatdan qulaydir.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВ I	
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	9
1.1. Приоритетные направления развития здравоохранения в Узбекистане.....	9
1.2. Головная боль напряжения (ГБН). Эпидемиология, патогенез, диагностика и лечение.....	11
1.3. Клинические и патогенетические особенности мигрени.....	28
1.4. Клинико-диагностические особенности и метод немедикаментозной терапии первичных головных болей.....	36
Выводы к главе I.....	40
ГЛАВА II.	
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	41
2.1. Общая клиническая характеристика обследованных больных.....	41
2.2. Методы исследования.....	43
2.3. Методологические подходы к применению рефлексотерапии.....	47
Выводы к главе II.....	53

ГЛАВА III.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	54
3.1.Клинико-эпидемиологическое исследование особенностей цефалгического синдрома по данным опросника по ГБ.....	54
3.2. Клиническая характеристика ГБ у больных	
ГБН и Мигрень.....	58
3.3. Оценка диагностической значимости ТКДГ у пациентов с ГБН и мигренью.....	59
3.4. Оценка диагностической ценности МРТ-исследования у больных с ГБН и Мигрень.....	62
3.5. Применение иглорефлексотерапию в лечении головных	
болей.....	64
3.6. Оптимизация диагностики первичных головных болей и разработка алгоритма введение больных с ГБ	69
Выводы к главе III.....	74
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	75
ВЫВОДЫ.....	78
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	79
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ.....	80
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	81
ПРИЛОЖЕНИЕ(1).....	95

Список сокращений

ГБ - головная боль

ГБН - головная боль напряжения

МА - мигрень с аурой

МБА - мигрень без ауры

МКГБ - международная классификация головных болей

МРТ - магнитно-резонансная томография

МТС - Мышечно-тонический синдром

ТКДГ - транскраниальная доплерография

ВАШ - визуально-аналоговая шкала

ТКДГ - транскраниальная доплерография

ЛСК - линейная скорость кровотока

ВСА - внутренняя сонная артерия

ПМА - передняя мозговая артерия

СМА - средняя мозговая артерия

ЗМА - задняя мозговая артерия

ПА - позвоночная артерия

ОА - основная артерия

ПС - прямом синусе

ПВ - позвоночная вена

БВР - базальная вена Розенталя

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность: В последние десятилетия интерес к проблеме головных болей все более возрастает и выходит на одно из ведущих мест не только в неврологии, но и в других областях медицины [Антропов Ю.Ф., 1999; Гусейнов Т.Ю., 1999; Аверкина Н.А. и соавт., 2000; Лобов М.А., Горина Л.С., 2001; Горюнова А.В., Дебунов А.Г., 2003; Бережанская С.Б., 2005; Hershey A.D. et al, 2001]. Учитывая то обстоятельство, что не менее 86-90% людей страдают от периодически возникающих головных болей [Шток А.С., 2002; Кременчугская М.Р., 2005], и тот факт, что она нарушает работоспособность и социальную адаптацию населения, следует отнести данную патологию к разряду важных общемедицинских, социальных и экономических проблем [Аверкина Н.А. и соавт., 1999; Талицкая О.Е., 1999].

Немногочисленные клинико-эпидемиологические исследования последнего времени выявили широкую распространенность головных болей - от 20 до 46,4 % [Юдельсон Я.Б., Рачин А.П., 2002; Guitera V. et al., 2002], однако данные о представленности ГБН в общей структуре головных болей часто разноречивы и варьируют в широком диапазоне — от 36,8 % до 60,0% [Wang S., 2000; Ferrari A. et al., 2004]. Вероятно, это может быть связано с различиями в выборе групп наблюдения, сложностью адекватной интерпретации болевых ощущений, неоднозначным методическим подходом в оценке клиники ГБ, а также недостаточной чувствительностью критериев ГБН, разработанных для взрослых пациентов [Горюнова А.В. и соавт., 2004].

Не смотря на то, что головная боль напряжения считается индикатором наличия психовегетативных расстройств [Маневич Т.М., 2004], эмоционально- аффективные и вегетативные нарушения, а также их

роль в формировании ГБН изучены недостаточно. Нет четкого представления о факторах риска и подходах к прогнозированию развития ГБН, что не позволяет своевременно планировать и проводить дифференцированные лечебно-профилактические мероприятия в группах высокого риска. Для диагностики и уточнения механизмов развития ГБН далеко не в полном объеме используются возможности современных дополнительных инструментальных методов исследования [Лобов М.А. и соавт., 2001; Юдельсон Я.Б., 2003]. В литературе сообщения о результатах электроэнцефалографии с ГБН единичны [Лобов М.А. и соавт., 2001], что не способствует совершенствованию диагностики и патогенетически обоснованной терапии головных болей напряжения.

Работа выполнена в соответствии Законов РУз: Постановление Президента Республики Узбекистан НПП-3968 от 12.10.2018 г. "О мерах по упорядочению сферы народной медицины в Узбекистан".

Цель исследования: Совершенствование диагностики и оптимизация методов немедикаментозной терапии и профилактики первичных головных болей.

Задачи исследования:

- 1 Уточнить особенности клинико-неврологических проявлений ГБН и мигрени, в сравнительном аспекте , с оценкой психо-эмоционального статуса.
- 2 Совершенствование методов диагностики первичных головных болей с определением оптимального алгоритма диф.диагностики ГБН и мигрени.
- 3 Разработать схемы оптимизации лечения и профилактики первичных головных болей методом иглорефлексотерапии в межприступном периоде.

Объект исследования: в основу исследования положены данные 60 обследования больных на факт наличия синдрома головной боли (ГБ), 40 пациентов из них, у которых диагностирована головная боль напряжения и 20 из них мигрень.

Методы исследования: в работе общепринятые клиничко-неврологические и инструментальные методы обследования.

Научная новизна.

Расширены и дополнены клиничко-неврологические и параклинические особенности течения ГБН и мигрени.

Дополнены и расширены показатели транскраниального доплерографического исследования сосудов головного мозга с учетом данных гемодинамики церебральных сосудов, а также структурно-функциональных особенностей головного мозга с помощью МРТ исследования у пациентов ГБН и М.

Установлено что применение иглорефлексотерапии совместно с базисной медикаментозной терапией при ГБ улучшает состояние у пациентов за счет уменьшения интенсивности и удлинения интервала межприступного периода. Также определено, что используя иглорефлексотерапию можно достичь улучшения психоэмоционального состояния пациента.

Практическая значимость.

Полученные данные могут быть использованы при определений патогенетических подходов диагностики и ведения больных ГБН и мигрень.

Результаты исследования могут лечь в основу рекомендации по своевременной диагностике и лечение больных ГБН и мигрень.

Разработано схема лечения первичных головных болей методом иглорефлексотерапии. Показана необходимость проведения

транскраниального доплерографию сосудов головного мозга при типичном течении симптома ГБ, а также МРТ головного мозга всем пациентам с ГБ нетипичном течении.

Структура и объём диссертации.

Магистерская диссертация изложена на 103 страницах компьютерного набора. Состоит из введения, обзор литературы, раздела «Материалы и методы исследования», результатов собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 114 источников, в том числе 68 русскоязычных и 46 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 11 таблицами, 2 рисунками.

ГЛАВА I

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Приоритетные направления развития здравоохранения в Узбекистане

В результате проведенных в годы независимости широкомасштабных реформ кардинально изменилась система здравоохранения. Законом Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» гарантировано предоставление населению качественных медицинских услуг.

Реализация государственных программ в области охраны здоровья матери и ребенка в Узбекистане осуществляется в тесном международном сотрудничестве с ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ПРООН, GIZ и др., также при активном участии общественных и неправительственных организаций республики: Комитет Женщин, Фонд Махалля, «Соғлом авлод учун», Фонд поддержки социальных инициатив, Республиканский общественный детский фонд «Сен ёлгиз эмассан», Республиканский центр социальной адаптации детей и др.

Реализация проекта «Укрепление здоровья женщин и детей», позволила обеспечить поставки базового медицинского оборудования в учреждения родовспоможения и обучение специалистов по программам эффективный перинатальный уход, реанимация новорожденных, позволила добиться дальнейшего снижения материнской и младенческой смертности изменить структуру смертности среди младенцев. Также отмечается улучшение качества оказания услуг в педиатрических стационарах, уменьшились случаи необоснованной госпитализации в среднем на 10% [1].

Дальнейшее укрепление здоровья нашего народа, обеспечение воспитания зрелого и гармонично развитого молодого поколения является одним из приоритетных направлений государственной политики.

Жизнь никогда не стоит на месте и выигрывает та страна, тот народ, который имеет глубоко продуманную программу и стратегию её реализации, имеющую чёткие ориентиры и приоритеты, и что особенно важно работающую на упреждение возможных кризисов и различных катаклизмов, взлётов и падений мировой экономики.

Совершенствование оказания медицинской помощи населению Узбекистана всегда рассматривалось не только с позиций внедрения в широкую практику новейших медицинских технологий диагностики, профилактики и лечения, но и состояния кадрового обеспечения учреждений здравоохранения.

Во исполнение задач «Национальной программы по подготовке кадров» в свете выполнения государственной программы по дальнейшему реформированию системы здравоохранения и в соответствии с Законом «Об образовании» в Республике Узбекистан подготовка педиатрических кадров осуществляется по двухуровневой системе (до дипломное и постдипломное образование).

Основной целью существующей системы подготовки терапевтов является улучшение состояния кадрового обеспечения учреждений здравоохранения для оказания населению доступной, качественной, высококвалифицированной, своевременной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности.

1.2. Головная боль напряжения (ГБН). Эпидемиология, патогенез, диагностика и лечение.

Головная боль, как и любая другая, - это прежде всего сигнал какого-то повреждения или неблагополучия в организме. Распространенность боли настолько велика, что трудно найти человека, не знакомого с ней. Головная боль очень многолика. Она может быть проявлением нескольких десятков, а точнее около 50 самых разных заболеваний и состояний. К счастью, лишь менее 5% всех возможных причин головной боли связано с органическим поражением нервной системы.

Большая часть – 95% - относится к так называемым «первичным» головным болям. Такие головные боли не связаны со структурными поражениями головного мозга. К ним относятся – головные боли напряжения, мигрени, головные боли как симптом депрессии или повышенной тревоги и др. Тем не менее, они доставляют мучительные страдания, заметно ограничивая социальную активность и заставляя порой отказываться от профессиональной карьеры. [16,86]. Среди экспертов по изучению головных болей существует справедливое мнение, что хронические головные боли способны драматически повлиять на качество жизни человека, полностью «выбив» его из привычной жизни. В настоящее время достоверно известно, что головная боль может затруднять течение многих болезней и часто служит причиной развития депрессии и вегетативных расстройств, нарушений сна и пр. [71,89]. В настоящее время существует классификация головной боли, предложенная группой международных экспертов (Headache Classification Committee of the International Headache Society) в 1988 году:

1. Мигрень
2. Головная боль напряжения
3. Пучковая (кластерная) головная боль
4. Головная боль, не связанная со структурным поражением мозга (холодовая ГБ, ГБ при физическом напряжении и др.)
5. Головная боль вследствие травмы головы
6. Головная боль вследствие сосудистых заболеваний (ГБ при остром ишемическом цереброваскулярном заболевании, ГБ при внутричерепной гематоме, ГБ при субарахноидальном кровоизлиянии, ГБ при артериальной гипертензии и др.)
7. Головная боль вследствие внутричерепных несосудистых заболеваний (ГБ при внутричерепной гипертензии, ГБ при внутричерепной инфекции, ГБ при внутричерепной опухоли и др.)
8. Головная боль вследствие приема некоторых веществ или их отмены
9. Головная боль вследствие вне мозговых инфекций
10. Головная боль вследствие метаболических нарушений (ГБ при гипоксии, ГБ при гиперкапнии, ГБ при гипогликемии и др.)
11. Головная боль вследствие патологии черепа, шеи, глаз, ушей, носа, придаточных пазух, зубов, рта или других лицевых или черепных структур
12. Краниальные невралгии, боли при патологии нервных стволов
13. Неклассифицируемая головная боль.

Целесообразно разделить ГБ на первичные, при которых головная боль является ядром клинической картины, и вторичные, где она является симптомом другого заболевания. [7,90,108].

К первичным ГБ относят мигрень, головную боль напряжения и пучковую головную боль. Следует помнить, что различные типы ГБ могут иметь в основе одинаковые патофизиологические механизмы и возникать при раздражении одних и тех же болевых рецепторов. [10, 11].

Из этиологических причин можно выделить две:

1.органические (черепно-мозговые травмы и травмы позвоночника, менингиты, эпилепсии, онкологические заболевания, офтальмологическая или лор-патология).

2.функциональные (родовая травма шейного отдела позвоночника, вегето-сосудистые дистонии и т.д.).

К провоцирующим факторам относят:

1. Психосоциальные (уроки в душном помещении, физическое и умственное перенапряжение, взаимоотношения в семье и школе, длительные спортивные перегрузки без смены направленности, длительный просмотр телевизора).

2.Длительное напряжение мышц при антифизиологических позах (неудобный рабочий стол; парта, не соответствующая росту; неудобная поза во время сна).

3.Метеорологические условия (перемена погоды, сильный ветер).

4.Избыточный или длительный прием анальгетиков (болезненные менструации у девочек).

5.Не скорректированные нарушения зрения (миопия и т.д.).

6.Погрешности в организации режима дня (отсутствует или недостаточно продолжителен и спокоен дневной сон, вынужденное голодание) [35].

Головная боль напряжения (ГБН), по данным мировой статистики, встречается в 54% случаев головных болей, а по данным ряда авторов — еще чаще: 68% в Германии, 76% в Португалии, 78% в России, в целом в популяции по разным странам от 32 до 70%. При этом чаще страдают женщины — 88% и несколько меньше мужчины — 69% (Вейн А.М., Колосова О.А., 1994; Headache 1995", VII Международный Конгресс, Торонто, сент., 1995). Таким образом, представленность этой формы головной боли по сравнению с мигренью достаточно высока и у мужчин. Чаще ГБН наблюдается у лиц умственного труда, профессия которых сопряжена с продолжительной концентрацией внимания, эмоциональным напряжением, длительным неудобным положением головы, шеи (работа с компьютерами, вычислительной техникой и т.п.), особенно в условиях недостаточной двигательной активности как на работе, так и во вне рабочее время. [18,68,93].

Характеристика этой формы головной боли определена в самом названии. Синонимы ГБН: психогенные, мышечного напряжения, стрессорные, эссенциальные головные боли. В современной классификации ее определяют как головную боль, связанную с напряжением перикраниальных мышц (лобных, височных, затылочных), натягивающих шлем головы, возникающую как проявление повышенной тревожности, выраженных депрессивных расстройств в ответ на воздействие острого или хронического эмоционального дистресса. [7,14].

Клинически выявляются монотонные тупые, сдавливающие, стягивающие, ноющие, как правило, двусторонние боли. Обычно боли при ГБН субъективно воспринимаются как диффузные, без четкой локализации, но могут иногда отмечаться преимущественно в лобно-

теменных, лобно-височных, затылочно-шейных областях с вовлечением мышц лица, области плеч, надплечий с обеих сторон (что объясняется напряжением мышц шейного корсета). Своеобразие этих жалоб заключается в том, что больные могут их описывать не как боль, а как чувство сдавливания, сжимания головы, ощущения «шлема», «каска», «кепки» на голове, «стянутости головы лентой по окружности».

Описанные ощущения могут усиливаться при ношении головного убора (чувство сдавливания, дискомфорта в голове), при причесывании, дотрагивании до волосистой части головы («бьет током») и т.п.

В зависимости от длительности описанных ощущений в современной международной классификации (1988) выделяют две формы ГБН: эпизодическую и хроническую.

При эпизодической форме головные боли длятся от 30 мин — 1-2 ч до 7-15 дней, при хронической — больной страдает более 15 и даже до 180 дней в году (до 6 мес.). При эпизодической форме периоды боли у 2/3 больных возникают практически ежедневно в течение указанного времени, а при хронической форме они постоянны, но их интенсивность может изменяться в течение дня. Следует отметить, что ГБН редко наблюдаются в ночное время.

В указанных группах выделяют дополнительно две подгруппы: а) с наличием напряжения и болезненности при пальпации перикраниальных и (или) шейных мышц и б) без такового. [78,90,91].

Интенсивность боли при измерении ее по шкале ВАШ составляет 50-60% (т.е. меньше, чем у больных мигренью), хотя влияние ГБН на работоспособность субъекта более выражено.

Необходимо отметить, что интенсивность боли, снижение работоспособности возрастают в группах больных, у которых отмечается вовлечение в процесс мышц. Сопровождающие эти ощущения симптомы имеются при всех формах: тошнота, редко рвота, головокружение; могут отмечаться повышенная чувствительность к яркому свету или громким

звукам (редко оба симптома). Боль, как правило, не усиливается при привычной, повседневной физической нагрузке. Обычно головные боли у значительного числа пациентов сочетаются с другими алгическими синдромами: кардиалгиями, абдоминалгиями, артралгиями, не сопровождающимися объективными изменениями. По нашим данным — в 26%, а по наблюдениям других авторов — до 35% случаев (Pfaffenrath V., Gerber W. D., 1992), ГБН сочетаются с мигренью: либо чередуются, либо один вид боли «переходит» в другой.

Обычно в первую очередь обращает на себя внимание яркость описания больным своих ощущений, драматичность изложения, избыточная фиксация на малейших проявлениях боли. При обсуждении других вопросов, не касающихся проблем головной боли, пациенты немногословны, настроение снижено, отмечаются апатия, безразличие, а иногда чувство повышенной немотивированной тревожности. Наиболее часто страдают ГБН пациенты в возрасте 18-50 лет. Однако отмечается и более раннее проявление заболевания: в 13% случаев пациентами являются дети до 10 лет (Pfaffenrath V., Gerber W. D., 1992). По данным В.С.Лобзина (1986), у детей дошкольного и школьного возраста среди других форм головной боли превалирует ГБН (до 60% случаев). [14, 19,34].

В 50% случаев, по данным ряда авторов и нашим наблюдениям, ГБН обнаруживается у родственников больных. Причины подобного явления достаточно сложны: либо имеет место «болевое воспитание» в семье (избыточное внимание к проблемам головной боли, разговоры об этом и т.п.), либо, возможно, существуют общие патофизиологические наследственно детерминированные механизмы реагирования на дистресс.

Основным провоцирующим фактором ГБН являются ситуации острого (потеря близких, конфликтная ситуация дома, на работе, смена работы и т.п.) или хронического эмоционального дистресса (невнимание или избыточная опека родителей в детстве и затруднение в последующем

адаптации ребенка, развод родителей, несложившиеся отношения в собственной семье и т.п.).

По данным психоанамнеза, различные детские психогении выявляются у $\frac{1}{3}$ больных ГБН. Уровень психосоциального дистресса по шкале «Жизненные события» (Холмса-Рея) у больных в 2 раза превышает таковой у здоровых лиц. При длительном существовании головной боли периоды ее обострения больные, как правило, не связывают со стрессогенной ситуацией, поскольку с течением времени формируется ситуация «самостоятельного течения болезни», определенного сложившегося «болевого поведения», являющегося своеобразной патологической «защитой» от стрессогенных воздействий. К факторам, провоцирующим ГБН, относят перемену погоды, нарушения сна, менструации. По нашим данным и данным других авторов, в неврологическом статусе больных, кроме некоторого симметричного оживления сухожильных рефлексов, иногда дрожания пальцев рук, у ряда больных выявляются признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости: симптом Хвостека I и II степени. В ряде случаев отмечаются отчетливая болезненность при пальпации и напряжение височных, затылочных мышц и мышц шеи (при форме ГБН с вовлечением мышц головы и шеи). У 20-25% больных можно обнаружить умеренные нейроэндокринные сдвиги (церебральное ожирение, гирсутизм, бесплодие). Около 30% лиц имеют сопутствующую соматическую патологию, преимущественно органов желудочно-кишечного тракта: холецистит, колит, гастрит, реже язвенная болезнь желудка (Вейн А.М., Колосова О.А. и др., 1994). [65,71,91].

Наиболее выраженные изменения при ГБН обнаруживаются у пациентов со стороны вегетативной нервной системы, которые проявляются симптомами выраженной вегетативной дистонии.

Специальные исследования вегетативной нервной системы, основанные на анализе балльной анкеты, выявляют у 68% больных,

страдающих эпизодической и хронической формами ГБН, достоверное увеличение суммы баллов до 35-45 при норме 20 баллов. [8,9,15].

Исследование психической сферы с помощью теста многостороннего исследования личности (МИЛ) выявляет наличие ипохондрических, депрессивных и демонстративных тенденций, наиболее представленных в группе пациентов с хронической формой и с вовлечением мышц. Оценка больных по шкале Бека выявляет высокий уровень депрессии, особенно при хронической форме течения заболевания, тогда как при эпизодической, наряду с депрессивными проявлениями, имеют место выраженные тревожные расстройства — высокий уровень личностной и реактивной тревоги по данным теста Спилбергера. На основании собственных исследований, наряду с общими чертами, каждая из двух форм головной боли — эпизодическая (ЭГБН) и хроническая (ХГБН) — имеет и определенные особенности. ЭГБН в отличие от ХГБН встречается в более молодом возрасте, характеризуется меньшей длительностью болезни и болевых эпизодов. Так, по данным американских исследователей, 71,8% больных ЭГБН испытывают приступ боли не более 30 раз в течение года, т.е. 1-2 раза в месяц. При этом интенсивность болевых ощущений колебалась по шкале ВАШ в следующих пределах: у 24,9% — до 3 баллов, у 62,2% — 4-6 баллов и лишь у 12,8% больных — до 8 баллов. Количество пациентов, злоупотребляющих приемом анальгетиков, было значительно меньшим: так, у лиц с ЭГБН они составляют 20-30%, а при ХГБН — более 60%. Среди провоцирующих факторов наряду с психогенными существенное значение имеет и так называемый мышечный стресс, т. е. длительное напряжение мышц при антифизиологических позах или позное перенапряжение. Особое значение имеет перенапряжение мышц скальпового апоневроза, шейных мышц и мышц плечевого пояса. Эмоционально-личностные особенности представлены преимущественно тревожно-депрессивными проявлениями с большей выраженностью тревожных расстройств, отмечены

незначительная степень снижения качества жизни и влияния боли на некоторые стороны жизнедеятельности больных, а также, в отличие от больных ХГБН, более частое использование активных стратегий преодоления боли, что характеризует этих пациентов как лиц с достаточными способностями к психической адаптации. Показано также, что пациенты ЭГБН имеют значительно более высокий уровень образовательного ценза, чем пациенты ХГБН. Вегетативные расстройства в этой группе больных носили характер пароксизмальных: панические атаки, нейрогенные обмороки и липотимические состояния (Вейн А.М., Колосова О.А., Рябус М.В., 1997; Рябус М.В., 1998). Группа больных ХГБН характеризовалась более старшим возрастом и большей длительностью болевых ощущений, более частой представленностью отдельных сопровождающих симптомов, таких как: тошнота, фото-, фоно- или осмофобия; значительным количеством провоцирующих факторов (ведущая роль среди которых принадлежит психогенным). Выявлена значительная выраженность и большая представленность перманентных вегетативных и гипервентиляционных нарушений, а также диффузных алгических проявлений в различных участках тела (кардиалгии, артралгии, боли в мышцах спины, абдоминалгии). У достаточного числа больных (1/3) отмечались функционально-неврологические расстройства (гемигипестезия, дискоординация по функциональному типу, нарушение походки и т.п.). У всех больных обнаружена выраженная депрессия, часто сочетающаяся с сенесто-ипохондрическими чертами личности. Наблюдалось повышение значимости фактора боли и его влияния на различные стороны жизнедеятельности больных, при этом больные, в основном, использовали пассивные стратегии преодоления боли. [42,45,67].

В подгруппах больных с включением в патологический процесс мышц перикраниальной и шейной областей и без такового у лиц с эпизодической головной болью не было обнаружено достоверных

различий по данным кли-нико-неврологического обследования. Однако при пальпаторном и ЭМГ-исследовании у пациентов с ЭГБН с включением мышц отмечалась их болезненность, напряжение, у ряда больных болезненные уплотнения в коротких мышцах шеи, затылочных и трапециевидных мышцах, особенно в горизонтальной порции последней. Этому соответствовала и большая амплитуда (мкВ) при ЭМГ-исследовании. У этих же пациентов наблюдались и более выраженные тенденции к тревожно-депрессивным проявлениям (Рябус М.В., 1998). [19, 44, 56,98].

Однако совершенно иную картину обнаружило сопоставление подгрупп с вовлечением и без вовлечения мышц перикраниальной и шейной областей у больных с хронической головной болью напряжения (ХГБН). Подгруппа с ХГБН без вовлечения мышц отличалась максимально тяжелым течением цефалгического синдрома (относительно всех трех групп ГБН), большей представленностью лиц, злоупотребляющих приемом анальгетических препаратов (до 82% случаев), более выраженными изменениями в эмоциональной сфере (уровень депрессии по шкале Бека достигал 24-26 баллов), а также преобладанием в структуре личности сенесто-ипохондрических черт, преимущественной склонностью к пассивной стратегии преодоления боли, к формированию ограничительного поведения, трудностью курабельности этих больных. [6,25,56].

Таким образом, суммируя вышесказанное, можно заключить, что у больных ГБН имеются как общие черты независимо от формы ГБН (локализация, характер и интенсивность боли), наличие тревожно-депрессивных, вегетативных проявлений (т.е. психовегетативный синдром) различной степени выраженности, так и определенные клинико-психологические особенности, наиболее грубо представленные в группе лиц с ХГБН без вовлечения мышц. [24,56,76].

На краниограммах у 10-15% больных обычно выявляются начальные признаки гипертензионно-гидроцефальных изменений (усиление сосудистого рисунка, пальцевые вдавления, порозность спинки турецкого седла и т.п.), как правило, не имеющие каких-либо клинических коррелятов. Данные нейровизуализации (компьютерная и ядерно-магнитно-резонансная томографии головного мозга), как правило, патологии не выявляют, результаты офтальмоскопии находятся в пределах нормы, а состав ликвора у больных с ГБН не изменен. На спондилограммах шейного отдела позвоночника обычно можно обнаружить явления остеохондроза различной степени, однако эти признаки не коррелируют со степенью боли, испытываемой пациентами. [1,7,89].

При ЭЭГ-исследованиях регистрируются десинхронизированные плоские кривые (в 55% случаев), а Эхо-ЭГ демонстрирует норму.

При исследовании КНО не обнаруживается отклонения от нормы (в отличие от регистрируемых у пациентов с мигренью). [101,117].

Наиболее существенные изменения могут быть обнаружены при электромиографии (ЭМГ). В наших исследованиях (Рябус М.В., 1998; Колосова О.А., Строчунская Е.Я., 1995) были зарегистрированы определенные отклонения как у пациентов, отнесенных в группу с вовлечением мышц, так и без такового. Важными оказались не только результаты ЭМГ спонтанной активности перикраниальных мышц (лобной, височной) и мышц шеи, но и результаты ЭМГ ближних (дыхательной) и отдаленных (сжатие рук в кулак) синергии. Также обнаружено изменение спонтанной активности мышц скальпа и шеи, повышенная откликаемость мышц при использовании ближних и отдаленных синергии в группах с вовлечением мышц. При этом у пациентов без видимой клинической заинтересованности мышц в момент приступа ГБН также выявлены определенные изменения при указанных синергиях. При проведении ЭМГ-исследования мышц орального полюса как в фоне, так и

при нагрузках (когнитивной и особенно эмоциональной) обнаружено повышение амплитуды, более выраженное у больных в группе ХГБН. Полученные факты отражают определенную роль церебральных структур в формировании мышечных изменений, существование особых психомоторных соотношений у лиц, страдающих ГБН, что свидетельствует о нозологической и патогенетической общности выделяемых клинически форм. Представленные данные подтверждаются и результатами такого ЭМГ-феномена, как экстероцептивная супрессия (рефлекторное торможение активности височной мышцы в ответ на электрическую стимуляцию ментальной зоны). Экстероцептивная супрессия (ЭС) отражает подавление мышечной активности в ответ на электрическую стимуляцию, при этом ранний компонент ответа ЭС соотносится с состоянием ингибирующих интернейронов ствола, в зоне моторного ядра тройничного нерва, а поздний — ЭС2 — с состоянием ретикулярной формации ствола и лимбических структур (Данилов А.Б. и др., 1995; Gobel H., 1992).

В ряде работ показано снижение или укорочение ЭС2 при ГБН, особенно при хронической ее форме. Зафиксирована корреляция изменения ЭС2 при обеих формах, тесно связанная с тупой давящей болью, характерной для ГБН. Таким образом, дисфункция лимбико-стволовых образований приводит к нарушению взаимодействия антиноцицептивных и ноцицептивных систем преимущественно на уровне стволовых структур, при котором, вероятно, усиливается функционирование ноцицептивных систем. Изменение ЭС2 является характерным показателем, отражающим именно ГБН; он не наблюдается у здоровых людей и больных мигренью, что важно при проведении дифференциального диагноза. [67,81].

На основании изложенного можно выделить следующие диагностические критерии ГБН:

- локализация боли: двусторонняя диффузная, иногда с преобладанием в затылочно-теменных или темен-но-лобных отделах;
- характер боли: монотонная, сдавливающая по типу шлема, каски, обруча, почти никогда не бывает пульсирующей;
- интенсивность: умеренная, реже интенсивная нестерпимая, но не нарушающая физической активности, особенно при отвлечении внимания, т. е. не усиливающаяся при физических нагрузках;
- длительность болевых ощущений в зависимости от формы составляет: от 30-40 мин до 7-15 дней при эпизодической и от 15 до 180 дней в году при хронической;
- сопутствующие симптомы: тошнота, чаще снижение аппетита, другие вегетативные симптомы (кардиалгии, абдоминалгии, болезненность перикраниальных и шейных мышц в зависимости от степени их вовлеченности), выраженный психовегетативный синдром;
- начало болевых проявлений чаще в возрасте 20-30 лет, реже они возникают в детском возрасте;
- как правило, наблюдается четкая связь эскалации ГБН со стрессогенными факторами.

Как следует из сказанного, ГБН в клинике может встречаться не только как самостоятельная нозологическая форма, но и как синдром в картине различных форм неврозов. При описании этих форм ГБН часто употребляется выражение «каска невротика». Следовательно, выявление при ГБН сочетания с позитивными критериями невроза помогает диагностике. Очень часто ГБН служит внешним проявлением скрытой депрессии преимущественно невротического генеза. Следует признать, что среди различных форм невротических расстройств ГБН наиболее четко связана с депрессией. В этих случаях характерно сочетание типичной ГБН соответственно приведенным выше критериям со снижением мотиваций, побуждений, апатией, равнодушием к близким людям, наличием выраженной астении, которая также может быть своеобразной «маской»

депрессии. Особенно эти положения справедливы по отношению к ХГБН без вовлечения мышц, где ведущее место в клинической картине принадлежит эмоционально-личностным изменениям (то, что ранее называли «психалгией»). [35,56,71].

Достаточно часто ГБН невротической природы могут встречаться у лиц, имеющих в анамнезе указания на перенесенную черепно-мозговую травму, что часто приводит к диагностическим ошибкам. Необходимо помнить, что связь с травмой возможна лишь в случаях с определенной неврологической очаговой симптоматикой, обусловленной черепно-мозговой травмой и документально подтвержденной (выписки из истории болезни с данными дополнительных исследований, свидетельствующими о степени, характере травмы и т.п.). При отсутствии таковых и при возникновении головной боли позже 2-3 мес. после черепно-мозговой травмы, имеющей все признаки ГБН (согласно данным международной классификации), нет оснований связывать природу ГБН с перенесенной в прошлом черепно-мозговой травмой. ГБН могут встречаться при артериальной гипертензии, являющейся одним из проявлений эмоциональных нарушений при данном заболевании, наряду с типичными для последней пульсирующими болями в области затылка, сочетающимися с подъемами артериального давления, что требует соответствующей комплексной терапии. [61,76].

Дифференциальный диагноз с цервикалгией, или точнее краниоцервикалгией, головной болью, обусловленной патологией шейного отдела позвоночника, достаточно сложен (Sjaastad O., 1996). Для последних характерна, как правило, односторонняя локализация. Боль может быть ноющей, ломящей, но часто сочетается с «прострелами», а обострение болей, как правило, связано с резкими движениями в шейном отделе позвоночника (повороты, наклоны головы, неудобная поза, длительное напряжение шейного отдела при некоторых видах работ: операторская и т.п.). Боли при краниоцервикалгиях возникают чаще утром

после длительного неудобного положения головы во сне и рентгенографически характеризуются обнаружением изменений шейного отдела позвоночника. Как правило, хороший эффект обеспечивает мануальная терапия, блокада раствором новокаина и анальгетиками в болезненные зоны и триггерные точки напряженных мышц. При этом в качестве диагностического приема используют блокаду шейных корешков, которая, как правило, купирует боль. [5,26,76].

ГБН, в основном эпизодическая форма, наиболее часто сочетается с мигренью, что получило название «комбинированные, или сочетанные, головные боли». Учет соответствующих критериев мигрени и ГБН помогает диагностике. Довольно часто и сами больные различают эти формы.

Необходимо упомянуть о лекарственной «абузусной» головной боли: частый беспорядочный прием анальгетиков на протяжении 3 и более месяцев (не менее 50 г анальгина или 100 таблеток комбинированных его форм в месяц) при ГБН приводит к появлению ежедневных, постоянных, ноющих в виде «обруча» головных болей, длящихся более 15-20 дней и исчезающих в течение 2-4 нед. после отмены анальгетиков.

Таким образом, в клинике мы часто наблюдаем пациентов с наличием сразу нескольких форм головной боли: ГБН, мигрень и абузусная головная боль. Это требует тщательного анализа клиники ГБН и дифференцированного подхода к терапии.

В последние годы очень активно обсуждается вопрос об особой форме головной боли: хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ). Эта форма не была представлена в классификации 1988 г., но клинические наблюдения Silberstein (1994-1995гг.), а затем Lipton и Goadsby предложили следующие критерии этой формы головной боли. Клинически боль, как правило, двусторонняя, иногда с незначительным акцентом на одной из сторон, длится более 4 ч в день, более 15 дней в месяц в течение последних 3 месяцев, неинтенсивная, монотонная. Анализ ХЕГБ позволил

выделить те формы головных болей, из которых она возникает. Так, 72% ХЕГБ составляет так называемая трансформированная форма мигрени. Для постановки такого диагноза авторы выделили обязательное наличие в анамнезе типичных мигренозных цефалгий. В последующем, под влиянием ряда факторов, и особенно абзусного, т. е. избыточного приема аналитических, эрготаминовых, седативных препаратов (этот фактор, по данным ряда авторов, занимает 65-82% в генезе трансформированной мигрени), мигренозные приступы становятся значительно менее тяжелыми, но более частыми (почти ежедневными), исчезают практически все сопровождающие симптомы, при этом характер и локализация боли сохраняются. Такая форма называется трансформированной мигренью, возникающей под влиянием абзусного фактора. Незначительный процент составляют аналогичные боли, обусловленные изменившимися жизненными условиями в основном стрессогенного характера. Следующая форма хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ) — это хроническая головная боль напряжения (22%), имеющая все критерии ХГБН, в возникновении которой отмечается ведущая роль абзусного фактора (от 68 до 82%). Незначительный процент ХЕГБ *Hemicrania continua*, клиника которой соответствует хронической пароксизмальной гемикрании (ХПГ), но не всегда она имеет индометацинзависимый характер. Наконец, авторы выделяют так называемую новую ежедневную персистирующую головную боль (NDPH). Клиническая характеристика этой головной боли соответствует описанным выше критериям ХЕГБ. Однако признаки этой нозологической единицы продолжают уточняться. [1,8,33].

Патогенетические механизмы ГБН окончательно не выяснены. Однако не вызывает сомнений то, что в основе возникновения ГБН существенное значение имеет хронический эмоциональный дистресс, проявляющийся депрессивными расстройствами, когнитивными нарушениями в сочетании с определенными личностными и поведенческими особенностями субъекта (склонность к тревожно-

депрессивным реакциям, подавляемой агрессии, фиксации на соматических ощущениях). Указанные изменения обуславливают (или сочетаются как реакция на тревожно-депрессивные расстройства) напряжение перикраниальных мышц, приводящее к спазму сосудов, кровоснабжающих эти мышцы, и последующему развитию их отека и ишемии. Нейрофизиологической базой этих изменений является нарушение функционирования лимбических интегративных систем мозга, а также ноцицепторов стволовых структур (это подтверждают выявляемые психовегетативные расстройства, данные ЭМГ (особенно повышение амплитуды мышц орального полюса в фоне и при нагрузке, отражающее, как известно, активацию структур лимбико-ретикулярного комплекса), феномен экстероцептивной супрессии — ЭС2). Указанные процессы приводят к усилению боли и мышечной активности (повышение спонтанной активности перикраниальных и шейных мышц, наличие отдаленных синергии). Таким образом, нарушаются и психомоторные соотношения, обуславливая возникновение «порочного круга». Наличие тревожно-депрессивных расстройств и дисфункция лимбико-ретикулярного комплекса с дизрегуляцией ноцицептивных систем приводят к нарушению психомоторных соотношений, усиливающих дезинтеграцию деятельности лимбико-стволовых структур и, в конечном итоге, обуславливающих возникновение ГБН. [56,67,89].

Важным при обсуждении патофизиологии ГБН является вопрос о едином патогенезе двух выделенных форм (ЭГБН и ХГБН), которые представляют 2 фазы единого процесса. Тщательный клинико-психофизиологический анализ названных групп, а также аналогичный анализ следующих групп ГБН (эпизодической и хронической): с длительностью болевых эпизодов до 10 дней и более 20 дней; сопоставление групп с различными уровнями депрессии, тревоги, степени мышечного напряжения, длительности болезни, половых особенностей — привел нас к заключению, что ГБН — это единая форма болезни. Однако в

ряде случаев ЭГБН может представлять раннюю стадию ХГБН: 79% ХГБН вначале носили характер эпизодических и лишь 21% имели начало сразу с ХГБН. Однако имеются наблюдения, когда у незначительного числа больных (18%) в течение многих лет имела место лишь эпизодическая форма ГБН. По-видимому, основными условиями хронизации процесса, т. е. перехода ЭГБН в ХГБН, являются прежде всего психические факторы — трансформация тревожных расстройств в депрессивные, выраженность депрессивных расстройств, склонность к ипохондрической фиксации, что снижает адаптивные возможности больных, обуславливает возникновение труднокорректируемых концепций ограничительного поведения и преобладание пассивных стратегий преодоления боли, т. е. формирование болевой личности. Определенную роль играет и мышечный стресс, поддерживающий, а иногда и «запускающий» болевые проявления. [78,89,100].

1.3. Клинические и патогенетические особенности мигрени.

Мигрень считается первичной головной болью, т.е. головной болью, которая не является симптомом какого-либо заболевания. Головные боли мигренозноподобного типа, развивающиеся в результате какого-либо заболевания, такого как опухоль мозга, аневризма сосудов головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние и др., относят ко вторичным головным болям [6,9,14].

Мигрень является одним из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний, внимание к которому в последнее время возросло не только среди неврологов, но и среди терапевтов, кардиологов, семейных врачей и врачей других специальностей. [11,76,80].

В 2000 году мигрень была включена в список заболеваний, представляющих глобальное значение и бремя для человечества (Global Burden of Disease 2000), что обусловлено как ее широкой

распространенностью, так и значимым влиянием на качество жизни пациента. Как известно, мигрень встречается чаще, чем некоторые тяжелые хронические заболевания, такие как сахарный диабет и бронхиальная астма. Считается, что в среднем около 12 % населения в мире страдают мигренью.

Что касается влияния на качество жизни, то, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), мигрень входит в число 20 причин, ведущих к дезадаптации. Среди пациентов, страдающих мигренью, более 85 % женщин и 82 % мужчин отмечают, что заболевание снижает качество их жизни. Мигрень - это одна из самых частых цефалгий - составляет до 38% в структуре всех видов головной боли. Распространенность мигрени среди населения довольно высока и составляет, по данным разных авторов, 10-38%. Согласно определению Всемирной федерации неврологов, мигрень - наследственное заболевание, характеризующееся повторяющимися приступами цефалгии. Мигренью чаще болеют женщины, соотношение женщин и мужчин 3:2 или 4:2. Болезнь обычно возникает в возрасте 18-20 лет, хотя нередко встречается более раннее начало (с 13-15 лет - возраст менархе), в том числе начало в детском возрасте (с 5-7 лет). Максимальная частота встречаемости мигрени приходится на возраст 25-33 года, а после 50 лет мигрень как самостоятельная болезнь почти не встречается.

Следует отметить, что мигрень, являясь широко распространенным заболеванием, не только резко ограничивает качество жизни пациентов, но и наносит огромный социальный и экономический урон семьям больных и обществу в целом. [7,89,90].

Классификация мигрени.

В Международной классификации головных болей 1988 года мигрень подразделяется на следующие формы:

- Мигрень без ауры (простая мигрень).
- Мигрень с аурой (классическая мигрень):
- с типичной аурой,
- с затяжной аурой,
- офтальмоплегическая,
- базилярная,
- ретинальная,
- гемиплегическая и гемипарестетическая,
- вегетативная.

В данной классификации на основании мнения Международной группы экспертов приводятся и клинические диагностические критерии мигренозных пароксизмов:

1) сочетание как минимум 2 из нижеперечисленных признаков цефалгической - атаки:

- а) односторонняя локализация,
- б) пульсирующий характер,
- в) сильная, нестерпимая боль,
- г) усиление при ходьбе и другой обычной физической нагрузке;

2) наличие хотя бы одного из перечисленных ниже сопутствующих приступу симптомов:

- а) тошнота,
- б) рвота,
- в) светобоязнь (фотофобия),
- г) звукобоязнь (фонофобия).

- 3) длительность приступа (без попыток медикаментозного купирования) от 4 до 72 ч,
- 4) наличие в анамнезе не менее 5 атак, отвечающих вышеуказанным критериям.

Приведенные признаки относятся к мигрени без ауры. Для мигрени с аурой кроме них обязательны следующие условия:

- 1) ни один симптом ауры не длится более 60 мин;
- 2) полная обратимость одного и более симптомов ауры, свидетельствующих об очаговой церебральной дисфункции;
- 3) длительность светлого промежутка между аурой и началом головной боли менее 60 мин.

Кроме этого, при диагностике мигрени следует учитывать отсутствие неврологических симптомов у пациента в межприступном периоде, наличие (хотя бы изредка) смены сторон головной боли, их чередования, очень малую вероятность мигрени после 50 лет. Несоответствие этим условиям указывает на симптоматический характер головной боли и требует исключения сосудистых аневризм, объемных процессов и др. [5,6,90].

Клиника мигрени.

Мигрень без ауры (простая мигрень) - по клинической представленности это основная форма мигрени. На ее долю приходится 60-70% всех случаев болезни. Приступ при простой мигрени нередко начинается с продромальных явлений (депрессия, раздражительность, беспокойство, нарушение аппетита). Любые движения приводят к усилению пульсации в голове и больные вынуждены лечь в постель. Горизонтальное положение приводит к некоторому снижению интенсивности пульсирующей боли, но ноющая, распирающая боль сохраняется. Больные стремятся уединиться в затемненной комнате, свет, посторонние звуки

усиливают головную боль. В момент интенсивной болевой фазы с пульсацией отмечается часто гиперемия лица, инъекция склер, синие круги вокруг глаз. В неврологическом статусе никакой очаговой патологии не выявляется. Возможен оживление рефлексов, гипергидроз, общая гиперестезия. Дальнейшее течение приступа характеризуется постепенным стиханием головной боли, переходом в монотонную, ноющую боль, слабостью, сонливостью. Средняя длительность приступа 8-12 ч.

Мигрень с аурой встречается с частотой 30-40% и отличается от простой началом с различных фокальных церебральных расстройств, вслед за которыми или на фоне которых развивается цефалгический синдром. Мигренозная аура является следствием локальных вазомоторных нарушений с ишемией соответствующих церебральных структур. Типичной или «классической» мигренозной аурой является офтальмическая аура, которая есть следствие мигренозных сосудистых в бассейне задней, мозговой артерии с ишемизацией зрительной коры. Характеризуется офтальмическая аура ощущением четких зрительных нарушений к виде искр, ярких зигзагов, похожих на контуры стен крепости (фортификационная аура), скотом. Эти ощущения часто носят характер гомонимных и локализуются на определенной стороне поля зрения, имеют длительность в несколько минут и на их фоне развивается цефалгический пароксизм. Доля офтальмической мигрени составляет около 30% от других клинических форм мигрени с аурой. То есть в данной группе мигреней она является ведущей формой.

Офтальмоплегическая мигрень - относительно редкая форма мигрени с аурой. Клинически она проявляется тем, что за несколько минут до или непосредственно в начале цефалгического пароксизма у больного появляется косоглазие и двоение в глазах. Обследование

показывает наличие лег нарез VI и III пары с одной стороны. Боль также чаще всего бывает на этой же стороне и имеет лобно-височно-глазничную локализацию. Глазодвигательные нарушения носят обратимый характер. Можно думать, что в генезе офтальмоплегической ауры играет роль мигренозный сосудистый процесс, в частности нейрогенный отек и воспаление, в стенках внутренней сонной артерии. Ее интимная близость с наружной стенкой кавернозного синуса, в которой проходят глазодвигатели и первая ветвь тройничного нерва, обуславливает компрессию этих образований отечной артерией с преходящей дисфункцией указанных черепных нервов. В этом отношении патогенез мигренозной офтальмоплегической ауры близок по происхождению к болевой офтальмоплегии Толаса-Ханта. Отличие в том, что при мигрени офтальмоплегия длится не более 60 мин и регрессирует спонтанно, а синдром Толаса-Ханта требует специального лечения.

Базиллярная мигрень - данная форма классической мигрени, как свидетельствует само название, обусловлена развитием фазных мигренозных сосудистых нарушений в бассейне основной (базиллярной) артерии. Базиллярная мигрень чаще всего встречается у девочек пубертатного возраста, хотя не исключаются случаи болезни у лиц мужского пола или у женщин более старшего возраста. По нашим наблюдениям эта форма мигрени может нередко наблюдаться у женщин в преклимактерическом и климактерическом периоде. Клинически типичная мигренозная цефалгия с пульсацией, тошнотой, рвотой имеет преимущественно затылочную двустороннюю локализацию. Отличительной особенностью является развитие нарушений зрения, потемнение в глазах, ВПЛОТЬ ДО кратковременной слепоты, что обусловлено преходящей ишемией затылочной (зрительной) коры. Другим сопутствующим симптомом, наблюдаемым у некоторых больных, является нарушение сознания на высоте приступа по типу обморочного

состояния. Не случайно базилярную мигрень иногда называют «синкопальной мигренью». Потеря сознания во время приступа связана с кратковременной ишемией ретикулярной формации ствола, также кровоснабжаемой базилярной артерией. В случаях «синкопальной мигрени» встает проблема дифференциации с нарушениями сознания эпилептического генеза. При этом следует опираться на наличие интенсивного цефалгического синдрома, предшествующего потере сознания. Боль при базилярной мигрени по интенсивности превосходит таковую при других клинических формах. Одна из наших пациенток с «синкопальной мигренью» рассказывала, что во время приступа головная боль бывает настолько интенсивной, что она, как спасение ждет потери сознания, как «избавление» от боли.

Ретинальная мигрень характеризуется приступами головной боли, сочетающимися с развитием кратковременной слепоты на один глаз, обычно с той же, что и головная боль, стороны. Причина заключается в ишемии в бассейне центральной артерии сетчатки. Ретинальная мигрень в изолированном виде встречается очень редко, чаще типичные ее проявления развиваются эпизодически у больных с классической (офтальмической) мигренозной аурой во время отдельных приступов.

Гемиплегическая мигрень. В классификации данную форму мигрени также обозначают как семейная гемиплегическая мигрень, поскольку при этой форме наследственная обусловленность наиболее отчетлива. Она описана одним из классиков неврологии, всемирно известным французским неврологом Шарко. Гемиплегическая мигрень чаще встречается у юношей и характеризуется гемикранической атакой с развитием гемипареза и (или) гемипарестезией на контралатеральной стороне переходящего характера. Чаще всего наблюдается слабость и онемение руки и лица, но может развиваться полный гемипарез или паралич. Фактически это мигренозно обусловленная транзиторная

церебральная ишемическая атака в бассейне средней мозговой артерии. Мигренозные сосудистые нарушения развиваются в бассейне основного ствола данной артерии. Несмотря на указание о семейности данной формы мигрени, мы наблюдали в основном спорадические случаи.

Вегетативная мигрень впервые выделена академиком А.М. Бейном и характеризуется цефалгическими пароксизмами в сочетании с паническими атаками. При этом вегетативные кризы возникают на фоне уже начавшегося цефалгического пароксизма и включает как типичные (тахикардия, гипервентиляционные нарушения, тревога, витальный страх), так и дополнительные, необязательные симптомы (озноб, дрожь, онемение и похолодание конечностей, гипергидроз, полиурия). Особенностью вегетативной мигрени является более продолжительный характер приступов (до 1-3 сут) и наличие ярких эмоциональных и вегетативно-дистонических расстройств в межприступный период. «Паническая» мигрень в основном встречается у женщин. [18,19,23].

Состояние больных мигренью в межпароксизмальный период.

Лишь небольшая часть больных мигренью в межприступный период считают себя практически здоровыми. Чаще всего повторные приступы мигрени значительно влияют на качество жизни. У многих больных в период выявляются признаки синдрома вегетативной дистонии. Неврологическое обследование, как правило, не выявляет каких-либо отклонений от нормы, а в соматическом статусе очень выявляется артериальная гипотония, а также болезни желудочно-кишечного тракта (гастрит, холцистит, язвенная болезнь). Больные мигренью отличаются некоторыми особенностями эмоционально-личностной сферы. Это демонстративность поведения, амбициозность, эгоцентризм, агрессивность, повышенная мнительность, возбудимость, снижение самокритики и повышенная критичность к ошибкам других. В

целом для лиц с мигренью характерна низкая устойчивость к стрессу [78,79,90]..

Факторы, провоцирующие мигренозные пароксизмы.

Можно указать на следующие провоцирующие факторы: стресс или состояние после пережитого стресса, переутомление, нерегулярный прием пищи, некоторые пищевые продукты (какао, шоколад, орехи, сыры, яйца, цитрусовые, острые блюда и консервы) алкоголь, курение, изменение погоды, недосыпание или «пересыпание», обострение соматических болезней, приём оральных контрацептивов и гормонозаместительная терапия у женщин. Все эти факторы должны быть учтены при лечении и профилактике мигрени. [8,67,78].

1.4. Клинико-диагностические особенности и методы немедикаментозной терапии первичных головных болей

Головная боль напряжения чаще носит диффузный характер. Характер боли ноющий, давящий, сжимающий, чаще она возникает во второй половине дня. Провоцируется переутомлением, стрессами и метеорологическими факторами. Боль продолжается от одного до нескольких часов, часто проходит самостоятельно при смене рода деятельности, после отдыха, короткого сна. Иногда, приступы ГБ сопровождаются потемнением в глазах или однократной рвотой. ГБН чаще локализуется в лобной и лобно-височных, реже в теменных областях (место боли дети показывают ладошкой). Большинство детей с ГБН имеют различные проявления патологии вегетативной нервной системы: потеющие ладошки, приступы сердцебиения, колющие боли в области сердца, боли в животе. [22, 30]

Особенности ГБН при патологии позвоночника пациент жалуется на простреливающие головные боли в шейно – затылочной области. Она

усиливается при неловких быстрых движениях головы и шеи, кашле и чихании. Больные стараются держать голову в фиксированном положении. Эффекта от применения болеутоляющих средств нет, зато хороший результат дают физиопроцедуры и массажа воротниковой зоны. [26, 29]

Особенности мышечной ГБН. Дети жалуются на сдавливающую, ломящую головную боль в течение всего дня. Возникает у детей при длительном эмоциональном напряжении, реже после физической нагрузки. Зависти от положения головы и шеи во время уроков (у детей школьного возраста), иногда усиливается после сна и длительного фиксированного положения головы. Головная боль мышечного напряжения характеризуется постоянством и монотонностью, имеет локализацию в лобно-височной или затылочно-шейной областях. Она обусловлена длительным напряжением мышц мягких покровов головы и спазмом сосудов. Упорные головные боли в связи с мышечным напряжением возникают также после травмы головы и сочетаются с повышенной раздражительностью, утомляемостью. [18, 21]

Особенности ГБН связанной со спазмом позвоночной артерии. Боли в шейно-затылочной области могут быть обусловлены давлением позвонков или мышц на позвоночную артерию. Боли имеют различную характеристику – от стреляющей до пульсирующей. Нередко боль иррадиирует в половину головы, сопровождается головокружением, шумом в ушах, “простыми” зрительными нарушениями, обморочными состояниями и т.д. [25]

Особенности ГБН связанной с вегето-сосудистой дистонией (ВСД). В ряде случаев вегетативные расстройства носят преимущественно симпатическую или парасимпатическую направленность. При преобладании симпатических реакций отмечается бледность и сухость кожи, расширение зрачков, иногда «выпученные» глаза. Конечности

холодные, температура тела неустойчива. Снижена переносимость жары, духоты, шума, яркого света, кофе. Могут возникать мышечная дрожь, сердцебиение, запоры. Масса тела нередко снижена при хорошем аппетите. Нарушен сон. Физическая активность повышена, работоспособность лучше в вечернее время. Способность к запоминанию и сосредоточению понижена.

Для преобладания парасимпатических реакций характерны чувство прилива жара и покраснение кожи; повышенная влажность ладоней и стоп, плохая переносимость холода. Могут наблюдаться головокружение, чувство “неполноты вдоха”, тошнота, периодические боли в верхней части живота, повышенное газообразование, понос. Дети склонны к прибавке массы тела (нередко при сниженном аппетите), апатичны, малоинициативны, боязливы. Повышена сонливость, замедлен переход к активному бодрствованию по утрам.. [12, 32, 33, 34].

Диагностика головной боли с помощью электроэнцефалограммы оказывается малоэффективной.[23]

В случаях, когда болевые симптомы не соответствуют диагностическим признакам первичной головной боли, или головная боль сопровождается нехарактерными симптомами, назначается дополнительное обследование.

Головную боль следует дифференцировать от сенестопатии при психических заболеваниях (чаще шизофрении), когда пациенты жалуются на вычурные ощущения «переливания внутри мозга», «скручивания», «прокалывания», «жжения в голове»[22].

Боли, возникающие ниже линии, которая соединяет наружный угол глаза, наружный слуховой проход и далее идёт к I шейному позвонку, не называют головной болью; они являются либо лицевыми болями

(прозопалгия), либо шейными болями. Такое условное разделение несёт диагностическое значение [25].

Лекарственные препараты при эпизодической ГБН используются однократно или коротким курсом; недопустимо злоупотребление анальгетиками. Применение более сильных анальгетиков или их комбинации с мышечными релаксантами значительной эффективностью не обладает, однако вызывает нежелательные симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта.

При хронических ГБН большое значение приобретает профилактическая терапия, например курсы амитрипти-лина — антидепрессанта с анальгезирующим эффектом. Рекомендуется начинать лечение с малых доз (10-25 мг) перед сном. Необходимость в повышении дозы возникает редко. Для профилактических курсов ГБН применяют также антиконвульсанты. Для снятия мышечного напряжения в перикраниальных и затылочных мышцах назначают миорелаксанты (толперизон, тизанидин).

Дополнительное направление терапии мигрени и ГБН — назначение препаратов метаболического действия, которые улучшают обменные процессы в головном мозге, повышают устойчивость нервной системы к нагрузкам, имеют антиастеническое действие и улучшают состояние когнитивных функций. К числу таких препаратов относятся рибофлавин (витамин В), коэнзим 010, препараты магния [1,3,5], а также ноотропные средства.

Выводы по главе I

В последние десятилетия интерес к проблеме головных болей все более возрастает и выходит на одно из ведущих мест не только в неврологии, но и в других областях медицины [Антропов Ю.Ф., 1999; Гусейнов Т.Ю., 1999; Аверкина Н.А. и соавт., 2000; Лобов М.А., Горина Л.С., 2001; Горюнова А.В., Дебунов А.Г., 2003; Бережанская С.Б., 2005; Hershey A.D. et al, 2001]. Учитывая то обстоятельство, что не менее 86-90% людей страдают от периодически возникающих головных болей [Шток А.С., 2002; Кременчугская М.Р., 2005], и тот факт, что она нарушает работоспособность и социальную адаптацию населения, следует отнести данную патологию к разряду важных общемедицинских, социальных и экономических проблем [Аверкина Н.А. и соавт., 1999; Талицкая О.Е., 1999].

Несмотря на то, что головная боль напряжения считается индикатором наличия психовегетативных расстройств [Маневич Т.М., 2004], эмоционально- аффективные и вегетативные нарушения, а также их роль в формировании ГБН изучены недостаточно. Нет четкого представления о факторах риска и подходах к прогнозированию развития ГБН, что не позволяет своевременно планировать и проводить дифференцированные лечебно-профилактические мероприятия в группах высокого риска. Для диагностики и уточнения механизмов развития ГБН далеко не в полном объеме используются возможности современных дополнительных инструментальных методов исследования [Лобов М.А. и соавт., 2001; Юдельсон Я.Б., 2003]. В литературе сообщения о результатах электроэнцефалографии у детей с ГБН единичны [Лобов М.А. и соавт., 2001], что не способствует совершенствованию диагностики и патогенетически обоснованной терапии головных болей напряжения.

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика обследованных больных.

Проведено обследование 60 пациентов (женщин, мужчин) на предмет наличия синдрома головной боли (ГБ). Период исследования с 2016 по 2019 гг.

Исследование проводилось на базе следующих лечебных учреждений:

- Центральная Клиническая больница ГАЖК « УЗБЕКИСТОН ТЕМИР ЙУЛЛАРИ»
- Частное клиника « Neyromed servis»
- Национальный цент реабилитации и протезирование инвалидов

При сплошном обследовании больных на предмет выявления головной боли, были выявлены следующие виды ГБ (табл. 2.1)

Диагноз	N	%
Редкая эпизодическая головная боль напряжения	16	26.6
Частая эпизодическая головная боль напряжения	24	40
Мигрень с аурой	8	13.3
Мигрень без ауры	12	20
Всего	60	100

Таблица 2.1 Виды и распространенность головной боли у обследуемых больных

Диагноз Головной боли ставился на основании Международной классификации головных болей (3-е издание, бета-версия МКГБ-3бета, 2013) Согласно таблице 2.1 среди обследуемых 40(66.6%) больных имели головную боль напряжения. У 20(33.3%) больных цефалгический синдром расценивался как мигренозный. При этом мигрень с аурой определена у 8(13.3%) больных, без ауры –12(20%)

Критерии исключения:

- наличие очаговых неврологических симптомов или патологических очагов на компьютерной томограмме (КТ),
- магнитно-резонансной томограмме (МРТ),
- наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации,
- возраст моложе 17 и старше 65 лет.

Возраст и пол обследуемых больных в зависимости от вида ГБ показан в таблице 2.2

Диагноз	Возраст больных	Женщины		Мужчины	
		N	%	N	%
Редкая эпизодическая ГБН	36,6 —+5,9	9	15	6	10
Частая эпизодическая ГБН		13	21,6	11	18,3
Мигрень с аурой	38,4 -+3,8	3	5	5	8,3
Мигрень без ауры		11	18,3	1	1,6
Всего	37,5-+4,8	36	59,9	23	38,2

Таблица 2.2 Возраст и пол обследуемых больных в зависимости от вида ГБ

Согласно таблице 2.2 среди обследуемых больных женщин было больше, чем мужчин- 59,9%и 38,2% соответственно.

2.2. Методы исследования.

Всем обследуемым больным применялись клинический, анкетный, нейрофизиологический и нейровизуализационные методы исследования. Помимо традиционного клинико-неврологического исследования использовалась « Анкета головной боли», позволяющая отразить клинические особенности и дифференцировать различные виды ГБ.(Приложение 1)

Клинико - амнестический метод был направлен на изучение истории жизни пациента, времени возникновения, течения и развития ГБ.

Для измерения интенсивности цефалгического синдрома использовали 10-балльную **визуально-аналоговую шкалу (ВАШ)** (Aicher V. Etal., 2012). Шкала ВАШ представляет собой начерченный на бумаге отрезок длиной 10 см, на котором нанесены деления через каждый сантиметр. Пациент должен отметить на шкале интенсивность своей боли учётом того, что начало шкалы соответствует минимальным болевым ощущениям (0баллов или %), а конец максимальным (10 баллов или 100%). Длина шкалы (10см) принята за 100%. Полученную в сантиметрах величину переводили в проценты.

Уровень депрессии определялся с помощью **теста Бека**. Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory)жена А. Т. Беком в 1961г. и разработана на основе клинических наблюдений, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб. После соотнесения этого списка параметров с клиническими описаниями депрессии, содержащимся в соответствующей литературе, был

разработан опросник, включающий в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии.

В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом.

В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересующие параметры.

Показатель каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния. (Приложение 2)

Диагностика Мышечно тонический синдром при ГБН и мигрень

Диагностика: пальпация парных точек в лицевых и перикраниальных мышцах:

- *Височные*
- *Жевательные*
- *Заднешейные*
- Трапецевидные

4-балльная вербальная шкала

0 – боли нет

1 – слабая боль

2 – умеренная боль

3 - сильная

Пальпацию следует проводить мелкими вращательными движениями вторым и третьим пальцами, а также при надавливании в области височных, жевательных, грудино-ключично-сосцевидных, трапецевидных, а также мышц задней поверхности шеи и прикрепляющихся к сосцевидному отростку черепа сзади. Диагноз МТС ставится при наличии выраженной

болезненности вплоть до «симптома прыжка» (из-за боли в мышцах пациент активно сопротивляется пальпации) в двух или более мышечных группах.

Учитывая большую роль МТС в патогенезе и хронизации ГБН, лечение мышечного напряжения должно быть одной из важнейших задач терапии ГБН.

Метод **транскраниальной доплерографии (ТКДГ)** магистральных сосудов головы давно и успешно применяется для диагностики поражений внечерепных и интракраниальных отделов магистральных артерий . Использование данного метода делает возможным не только пространственную локализацию патологического процесса, но и получение точной информации о соотношении показателей каротидной, вертебральной и церебральной гемодинамики . Метод является наиболее доступным, безопасным и воспроизводимым из всех методов исследования в режиме реального. Исследование церебральных артерий и вен проводилось в триплексном режиме на ультразвуковом сканере «Ultima-PA» («Радмир», Украина), а также на транскраниальном доплеровском анализаторе «Ангиодин» («Биосс», Россия). Определялись показатели:

1 Линейной скорости кровотока (ЛСК):

- Внутренняя сонная артерия (ВСА),
- Передняя мозговая артерия (ПМА),
- Средняя мозговая артерия (СМА),
- Задняя мозговая артерия (ЗМА) ,
- Позвоночная артерия (ПА)
- Основная артерия (ОА)

2 Максимальной скорости кровотока (V_{max}):

- прямом синусе (ПС),
- позвоночных венах (ПВ)
- базальных венах Розенталя (БВР).

3 .Изучалась реактивность венозной мозговой гемодинамики в ответ на орто- и антиортостатическую нагрузки.

Магнитно-резонансно-томографические исследования.

Магнитно-резонансно-томографические исследования проводились в условиях рентгенологического отделения с напряженностью магнитного поля 0,35 тесла в коронарной и трансверзальной проекциях с использованием общей гибкой радиочастотной катушки для тела в нейтральном положении больного на спине.

С помощью МРТ нейровизуализации анализировали структуру белого и серого вещества головного мозга; состояние системы желудочков; размеры субарахноидального пространства; наличие аномалий развития; расширений периваскулярных пространств. С помощью МРТ-ангиографии оценивали состояние артерий головного мозга. Методика исследования включала стандартный протокол МРТ (T1, T2).

Статистический метод. Полученный материал обрабатывался на ЭВМ. Математико- статистический анализ полученных результатов проводился с использованием компьютерной обработки на основе пакетов прикладных программ STATISTICA version 6.0 фирмы StatSoft, Inc (USA) и SPSS-19. Вычислялись средние показатели (M) и их стандартные отклонения (DS). При обработке данных применяли непараметрический метод статистики- метод Вилкоксона. При сравнении вариационных рядов учитывались достоверные различия ($p < 0.05$).

2.3.Методологические подходы к применению рефлексотерапии.

Рефлексотерапия является эффективным средством лечения первичных головных болей. Ее действие состоит в снижении частоты, длительности и интенсивности головных болей. Рефлексотерапия нормализует процессы торможения в ЦНС, восстанавливает активность антиноцицептивной системы.

<https://www.yeclinic.ru/wp->

способна оказывать следующее действие:

- стимулировать микроциркуляторные процессы;
- повышать болевой порог;
- устранять гипертонус и патологическую ригидность мышц;
- нормализовать нервную проводимость;
- улучшать работу сосудов

Лечение головной боли иглоукалыванием может гармонизировать органы, баланс инь и ян, тонизировать ци и кровь и разблокировать меридианы.

Было проведено по 3 курса рефлексотерапии. В контрольной группе рефлексотерапия не назначалась. Для иглоукалывания использовались корпоральные и аурикулярные точки общего, вегетотропного и психотропного действия. Обычно применялась средняя сила стимуляции.

Разрабатывая алгоритм *иглорефлексотерапии* для больных с головной болью, нами были использованы следующие точки:

При приступах ГБ в обеих группах:

GI4 хэ-гу («закрытая долина»)

Локализация: на тыле кисти, в углу, образованном проксимальными концами I и II пястных костей, в ямке вблизи от II пястной кости. Топографическая анатомия: расположение соответствует первой тыльной межкостной мышце, где проходят тыльная артерия пальцев, отходящая от лучевой артерии, и поверхностная ветвь лучевого нерва. Нахождение точки: при выпрямленной кисти и отведенном в сторону I пальце. Точка находится в углу, образованном I и II пястными костями, где пальпируется

незначительное углубление. Техника: пункция вертикальная или косая. Глубина укола 1,5 см, цзю 3—7 (20) мин.

F2 син-цзянь («хороший интервал»)

Локализация: во впадине кпереди от I и II плюснефаланговых суставов. Топографическая анатомия: в этой области распределены тыльная артерия пальцев и глубокий малоберцовый нерв. Нахождение точки: в положении лежа на спине. Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—5 (15) мин.

F3 тай-чун («высшая точка приступа»)

Локализация: во впадине между I и II плюсневых костями, выше плюснефаланговых суставов на 0,5 цуня. Топографическая анатомия: соответствует наружному краю сухожилия длинного разгибателя 1 пальца, где распределены первая тыльная артерия стопы и глубокий малоберцовый нерв. Нахождение точки: в положении сидя или лежа. Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 3—7 мин.

P7 ле-цзюе («недостающий ряд»)

Локализация: у лучевого края, выше лучезапястного сустава на 1,5 цуня. Топографическая анатомия: у лучевого края лучевой кости, выше шиловидного отростка, соответствует наружному краю сухожилия длинной отводящей мышцы I пальца, в середине квадратной мышцы, вращающей ладонь внутрь. В этой области распределены: ветви лучевой артерии, наружный кожный нерв предплечья, лучевой нерв. Нахождение точки: при скрещенных ладонях больного искомая точка будет на конце II пальца. Техника: пункция под углом, конец иглы направлен в сторону локтевого сустава. Глубина укола 1 см, цзю 5—7 мин.

Межприступный период при ГБН:

V11 да-чжу («большой челнок»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D₁— D₂ на 1,5 цуня. Топографическая анатомия: соответствует трапецевидной мышце, глубже расположены малая ромбовидная мышца, задняя верхняя зубчатая мышца и нисходящая ветвь поперечной шейной артерии. В этой области распределены задняя ветвь грудного нерва, задний нерв лопатки и добавочный нерв.

V14 цзюе-инь-шу («пустая точка»)

Локализация: кнаружи от промежутка между остистыми отростками D₄— D₅ на 1,5 цуня. Топографическая анатомия: в этой зоне расположены трапецевидная мышца, крестцово-остистая мышца, нисходящая ветвь поперечной шейной артерии и задние ветви межреберных артерий. Здесь же распределены задние ветви грудных нервов. Нахождение точки: в положении сидя или лежа на животе. Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1 см, цзю 10—20 мин.

VG14 да-чжуй («большой позвонок»)

Локализация: между остистыми отростками C₇ — D₁ позвонков. Топографическая анатомия: соответствует над остистой и межостистой связке, началу трапецевидной мышцы, где распределены ветви поперечной шейной артерии, нижние шейные нервы и задние ветви 4-го шейного нерва. Нахождение точки: в положении сидя со слегка наклоненной головой. Техника: пункция слегка косо вверх. Глубина укола 1 см, цзю 3—15 мин.

V10 тянь-чжу («столб неба»)

Локализация: во впадине у наружного края трапецевидной мышцы, кнаружи от точки VG15 я-мэнь на 1,3 цуня. Топографическая анатомия: расположена соответственно уровню промежутка между I и II шейными позвонками, где распределены ветвь затылочной артерии и затылочный нерв. Нахождение точки: в положении сидя. Техника: пункция вертикальная (массаж в этой точке улучшает работу мозга и улучшает память). Глубина укола 1,5 см, цзю не проводится.

VB20 фэн-чи («ветер — пруд»)

Локализация: под затылочной костью, в ямке около наружного края трапецевидной мышцы, на уровне VG16 фэн-фу. Топографическая анатомия: в этой области распределены затылочная артерия и вена, малый и большой затылочные нервы. Нахождение точки: в положении сидя. Техника: пункция косая по направлению глазницы противоположной стороны. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 (20) мин.

VB21 цзянь-цзин («плечо — источник»)

Локализация: посредине расстояния между точками VG14 да-чжуй и E15 цзянь-юй, немного кпереди от них. Топографическая анатомия: соответствует трапецевидной мышце и промежутку между мышцей, поднимающей лопатку, и надостной мышцей, где распределены надлопаточная артерия, надключичный нерв и добавочный нерв. Нахождение точки: в положении сидя. Техника: пункция под небольшим углом. Глубина укола 2 см, цзю 3—7 (20) мин

Межприступный периоде при Мигрени:

VB8 шуай-гу («конец долины»)

Локализация: выше верхнего края ушной раковины на 1,5 цуня. Топографическая анатомия: в этой области распределены теменная ветвь поверхностной височной артерии, височно-ушной и малый затылочный

нерв. Нахождение точки: в положении сидя. Техника: пункция почти горизонтальная, конец иглы направлен кзади или кпереди. Глубина укола 1 см, цзю 5—10 мин.

Е36 цзу-сань-ли («три промежутка на ноге»)

Локализация: ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости на 3 цуня, у наружного края передней большеберцовой мышцы. Топографическая анатомия: в верхней части большеберцовой кости, ниже и кнутри от суставной поверхности головки малоберцовой кости, между передней большеберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев, где распределены передняя большеберцовая артерия, глубокий малоберцовый нерв, передняя кожная ветвь бедренного нерва и наружный малоберцовый кожный нерв. Нахождение точки: в положении сидя, с согнутой в коленном суставе ногой. При выборе точки рекомендуется положить ладонь на коленную чашечку больного, пальцы руки плотно прижимают к большеберцовой кости; кончик III пальца указывает на уровень точки Е36 цзу-сань-ли, которая находится у наружного края передней большеберцовой мышцы. Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5—2,5 см, цзю 7—20(50) мин.

GI11 цюй-чи («извилистый пруд»)

Локализация: на середине расстояния между латеральным надмыщелком и лучевым краем складок локтевого сгиба. Топографическая анатомия: соответствует началу длинного лучевого разгибателя кисти и наружному краю плечелучевой мышцы. В этой области распределены лучевая возвратная артерия, лучевой нерв и тыльный кожный нерв предплечья. Нахождение точки: при согнутой под прямым углом в локтевом суставе руке, обращенной лучевой стороной кверху. Точка

находится на краю складок в локтевом сгибе. Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 2,5 см; цзю 3—7 (20) мин.

МС6 нэй-гуань («внутренняя граница»)

Локализация: на 2 цуня выше проксимальной лучезапястной складки. Топографическая анатомия: расположена между лучевой и локтевой костями, между сухожилиями длинной ладонной мышцы и лучевого сгибателя кисти, в глубине проходит срединный нерв. В этой области распределены межкостная артерия ладонной поверхности, наружные и внутренние кожные нервы предплечья. Нахождение точки: в положении лежа на спине. Техника: пункция вертикальная. Глубина укола 1,5 см, цзю 5—10 мин.

Выводы к главе II

Таким образом, глава 2 посвящена описанию обследуемых больных на предмет ГБ. Среди всех выявленных головных болей доля мигренозных ГБ составила 33,3%, ГБН -66,6%. Соотношение женщин и мужчин составили 2,4:1, эти показатели соответствуют статистическим данным литературных источников.

Также в главе 2 перечислены и подробно описаны методы клинико-неврологического, анкетного и нейрофизиологического исследования пациентов с первичными головными болями. Описаны использованные точки для проведения иглорефлексотерапии.

В помощь текстовому материалу приведены необходимые табличные данные (2 таблицы). Приведены шкалы и тесты. Приведены методы статистического исследования, использованные в работе.

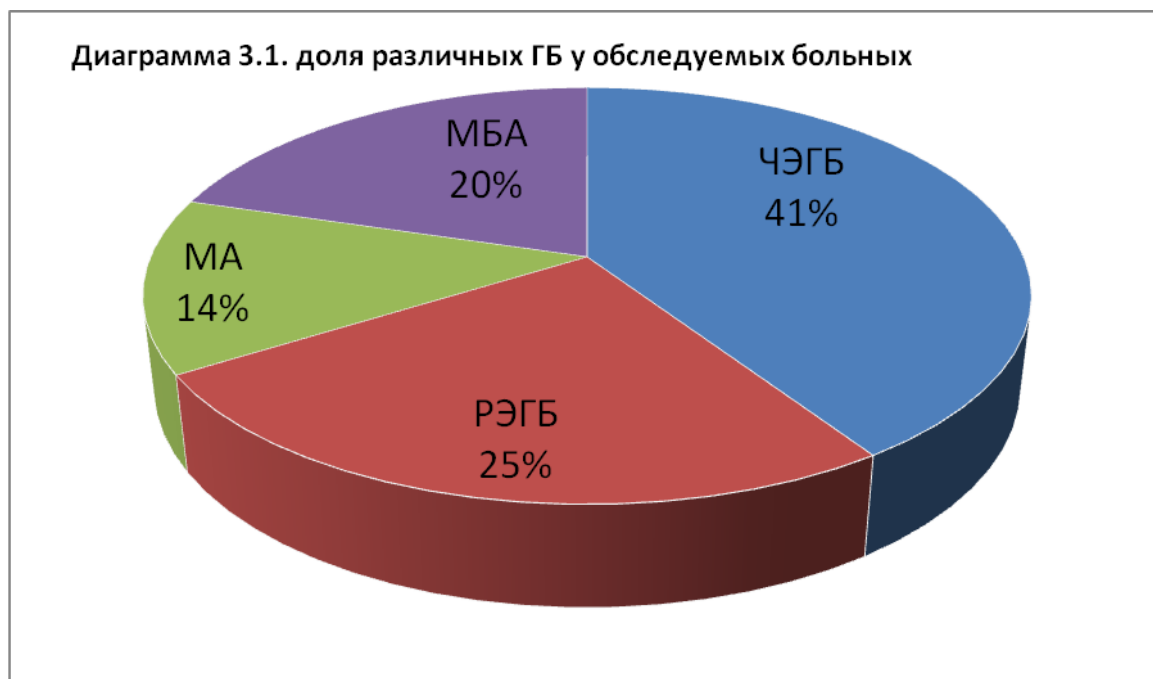
ГЛАВА III

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Клинико-эпидемиологическое исследование особенностей цефалгического синдрома по данным опросника по ГБ.

Нами было отобрано и обследовано 60 пациентов с первичными головными болями. Основную часть составили 40 человек с головной болью напряжения (ГБН) и 20 больных с диагнозом мигрень. Средний возраст больных составил $37,5 \pm 4,7$ лет

На диаграмме 3.1 показана структура ГБ у обследуемых пациентов, из которой видно, что РЭГБ составляют 25%, ЧЭГБ 41%, больных с мигренью без ауры 20% и мигрень с аурой 14% случаев из всех больных.



Согласно данным опросника по ГБ Было выявлено, что у больных с МБА и МА - это были односторонние пульсирующие ГБ, сопровождающиеся тошнотой иногда рвотой, а у больных с ГБН головные боли были чаще

всего двусторонние, давящего, стягивающего характера по ощущению «каска», «шлема». По частоте возникновения приступов мы разделили их на 2 группы: ЧЭГБН(с эпизодами ГБН чаще 1 раза в месяц но реже 15) и РЭГБН (эпизодами ГБН не чаще 1 раза месяц). ГБ при мигрени и ЧЭГБН резко снижали качество жизни больного.

У всех пациентов ГБ была монотонной, периодически усиливающейся. В качестве факторов, провоцировавших ее усиление преобладали: стрессовые ситуации на работе и дома 12,5% переутомление 24,0%, прием минимальных доз алкоголя 10,4%, перемены погоды 8,9%, а также яркий свет 5,6%, летняя жара 2,1%, длительные промежутки между приемами пищи 2%. У родственников 9 пациентов (ГБН -2, мигрень-7), отмечалась ГБ, что может рассматриваться, либо как признак наследственной предрасположенности (при мигрени), либо как фактор, сформировавший у части обследованных особенности болевого поведения. Головная боль вначале носит ноющий характер и начинается с определенной, привычной для больного области головы (висок, лоб и др.). Далее в течение 2-5 ч боль постепенно нарастает, из ноющей превращается в пульсирующую и далее в распирающую, ломящую. Примерно в 60-65% случаев боль начинается с одной половины головы, а далее распространяется диффузно на другую сторону в 30- 35% случаев. Примерно в 20% наблюдений боль с самого начала имеет двусторонний характер. Наиболее интенсивная головная боль продолжается до 5-6 часов и сопровождается тошнотой, иногда рвотой.

Важным при обсуждении патофизиологии ГБН является вопрос о едином патогенезе двух выделенных форм (ЭГБН и ХГБН), которые представляют 2 фазы единого процесса. Тщательный клинικο-психофизиологический анализ названных групп, а также аналогичный анализ следующих групп ГБН (эпизодической и хронической): с длительностью болевых эпизодов до 10 дней и более 20 дней;

сопоставление групп с различными уровнями депрессии, тревоги, степени мышечного напряжения, длительности болезни, половых особенностей — привел нас к заключению, что ГБН — это единая форма болезни.

Клинические проявления ГБН

□ Головная боль, обычно двусторонняя, имеет сжимающий или давящий неп пульсирующий характер, часто по типу «обруча» или «каска», многие пациенты описывают боль, как «опоясывающую вокруг висков».

□ В отличие от мигрени, для которой характерна очень сильная пульсирующая боль в одной половине головы и такие симптомы, как тошнота, рвота, непереносимость дневного света, звуков, запахов, головная боль при ГБН имеет легкую или умеренную интенсивность, обычно не сопровождается тошнотой и рвотой, но может снижаться аппетит; иногда боли может сопутствовать умеренно выраженная чувствительность к свету или звукам. У некоторых пациентов головная боль может быть больше выражена с одной стороны, но чаще является двусторонней, диффузной.

□ Большинство пациентов во время эпизода ГБН сохраняют способность работать и выполнять свои обычные обязанности, в отличие от больных мигренью, у которых во время приступа наблюдается существенное нарушение работоспособности и общего состояния. Исключение составляет хроническая форма ГБН, при которой несильные, но практически ежедневные тупые головные боли изматывают пациентов, существенно снижая их работоспособность и качество жизни в целом.

□ Боль может появляться вскоре после пробуждения, и присутствует на протяжении всего дня, то, усиливаясь, то ослабевая. Нередко приступ ГБН начинается во второй половине дня после напряженной работы или стресса.

Характерными признаками ГБН можно считать возникновение или усиление боли на фоне эмоциональных переживаний, тревоги, стресса и

ее облегчение при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления (отдых, приятное, интересное времяпрепровождение). Иногда даже переключение внимания (например, приятная встреча, телефонный разговор, просмотр кинофильма) может ослабить боль.

Все пациенты принимали комбинированные анальгетические препараты, основная часть которых содержала в своем составе НПВС. Как правило, обследованные не имели «своего», постоянного анальгетика и пользовались различными медикаментами. При этом все отмечали неэффективность или низкую эффективность препаратов, что и послужило причиной обращения за медицинской помощью.

Результаты отображены в таблице 3.1.

Диагноз	Частота ГБ (кратность в неделю)	Интенсивность ГБ (ВАШ)	Длительность болезни (лет)
Редкая эпизодическая ГБН	0,2±0,7	5,4±0,7	3,5±1,5
Частая эпизодическая ГБН	1,9±0,6	5,3±1,7	4,9±2,5
Мигрень с аурой	1,9±0,5	7,3±1,3	4,1±1,0
Мигрень без ауры	1,4±0,8	7,1±0,9	5,2±1,5

Таблица 3.1 Характеристики ГБ по данным опросника по ГБ («Анкета головной боли») в зависимости от диагноза.

Анализ клинической характеристики цефалгического синдрома включал оценку выраженности головной боли по шкале ВАШ, ее частоты, длительности заболевания в анамнезе.

Изменение степени интенсивности на протяжении суток (уменьшение выраженности во второй половине дня) является отличительной особенностью головной боли при депрессии.

Как видно из представленных данных в таблице 3.1 частота, интенсивность и длительность болезни имели некоторые отличия в зависимости от диагноза ГБ и превалировали у пациентов с мигренью, по сравнению с ГБН. Так, у больных с ЧЭГБН, МА, МБА частота приступов в неделю была чаще, чем при РЭГБН- 1,96. 1,46 против 0,26. Интенсивность ГБ по ВАШ у больных с мигренью была выше, по сравнению с пациентами с ГБН(сред. 7,2 б против 5,36) соответственно. Длительность заболевания в анамнезе у всех больных составила в среднем 4,4 года.

3.2.Клиническая характеристика ГБ у больных с ГБН и Мигренью.

Все пациенты с первичными головными болями были обследованы согласно специальному протоколу. Обследование включало общепринятые методы оценки клинико-неврологического статуса, а также специфические методы оценки ГБ, соответственно следующим критериям: оценка интенсивности ГБ по визуальной аналоговой шкале(ВАШ); оценка эмоционального состояния больных по опроснику Бэка; исследование болезненности и тонического напряжения мышц шеи и верхнего плечевого пояса при помощи пальпации.

Показатель	ГБН	Мигрень
Интенсивность ГБ (ВАШ, баллы)	5,3±0,8	7,2±1,1
Уровень Депрессии(Опросник Бэка, баллы)	12,1±1,1	19,1±,5
Мышечно-тонический синдром (МТС, баллы)	2,2±0,5	1,6±0,3

Таблица 3.2 Характеристика ГБ у больных ГБН и Мигрень

Как следует из приведенной таблицы, интенсивность боли по ВАШ и показателей депрессии опросника Бэка у больных с мигренью оказались достоверно выше по сравнению с пациентами с ГБН. Это объясняется тем, что при мигрени продолжительность интенсивных, некупируемых болей составляет в среднем до 3 суток. Но при исследовании мышечно-тонического синдрома у больных с ГБН была выше, по сравнению с мигренью (2, 2 баллов против 1,6), что объясняется характерным напряжением мышц на пике головной боли при ГБН.

При осмотре пациента во время приступа мигрени можно отметить признаки вегетативной дисфункции: ладонный гипергидроз, изменение окраски пальцев кистей (синдром Рейно), признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости (симптом Хвостека). При пальпации у пациентов с мигренью и ГБН часто обнаруживается болезненность и напряжение перикраниальных мышц.

3.3.Оценка диагностической значимости ТКДГ у пациентов с ГБН и мигренью

У обследованных больных с ГБН и мигренью была проведена ТКДГ с исследованием показателей линейной скорости кровотока в

церебральных артериях, а также максимальной скорости кровотока в прямом синусе, позвоночных венах и базальных венах Розенталя в покое и в ответ на орто и антиортостатическую нагрузки.

Показатели ТКДГ		ГБН		Мигрень		Изменение в общем: %
		N	%	N	%	
		10	16,8	13	21,9	
Усиления ЛСК	СМА	3	13	1	2,3	15,3%
Асимметрия (20-30)	ПА	4	18,4	1	0,8	19,2%
	ЗМА	2	9,4	1	4,7	14,1%
	СМА	3	13,8	0	0	13,8%
	ПМА	1	4,6	1	4,6	9,3%
Вазоспазм	Обеих ПА	2	13,1	4	26,2	39,3%
	ОА	1	6,9	3	20,8	27,7%

Таблица 3.3.1 Показатели ТКДГ - исследования у больных с ГБН и Мигрень

Нарушения церебральной гемодинамики, преимущественно функционального характера, выявлены у 23 (38,7%) пациентов. Усиление ЛСК в СМА отмечалось у 15,3 % пациентов, асимметрия ЛСК (20–30 %) по магистральным интракраниальным сосудам выявлялась в ПА (19,2 %), ЗМА (14,1 %), СМА (13,8 %), ПМА (9,3 %). Установление асимметрии кровотока по СМА (20–25 %) косвенно свидетельствовало о наличии церебральной ангиодистонии, асимметрия ЛСК по ПА (25–30 %) указывала на вероятность начальных признаков дисгемии в вертебробазилярном бассейне. Паттерны артериальной гемодинамики у пациентов с мигренью распределились следующим образом: вазоспазм в

обеих ПА — 26,2 %, вазоспазм в одной ПА и/или ОА — 20,8 %, асимметрия кровотока (25–30 %) по ПА — 17,6 %.

Сосуды	ГБН	Мигрень	Норма
ПВ	24,1 см/сек	35 см/сек	23,5±1,8 см/сек
ПС	34,3 см/сек	47,2 см/сек	25,4±3,1 см/сек
БВР	27,3 см/сек	15-20 см/сек	20,5±2,6 см/сек

Таблица 3.3. Максимальная скорость кровотока V_{\max} (см/сек)

В целом у пациентов ГБН отмечалось достоверное усиление V_{\max} в ПС до 34,3±4,1 см/с (Норма — 25,4±3,1 см/с, $p < 0,05$), в БВР — до 27,3±3,2 см/с (Норма — 20,5±2,6 см/с, $p < 0,05$). Показатели потока в ПВ существенно не отличались от нормативных. В большинстве случаев у пациентов с мигренью наблюдались нарушения венозной гемодинамики. У 68,9% больных отмечалось усиление V_{\max} в ПВ до 35 см/с. Усиление кровотока по ПС обнаружено у 47,2% пациентов. В данной группе выявлялось также усиление потока по БВР до 15–20 см/с (18,6%). Изменения скоростных показателей кровотока в ПВ чаще носили односторонний характер, и, как правило, сочетались с асимметрией V_{\max} по ПВ (25–30%).

Таблица 3.3.3. Показатели реактивности венозной мозговой гемодинамики в ответ на орто и антиортостатическую нагрузки

При ортостатическом нагрузке:

V_{\max}	ГБН	Мигрень	Норма
ПВ	86,5±9,2% ↑	53,2±7,8 ↑	88,4±11,7 ↑
ПС	36,4±3,1% ↓	27,5±6,4% ↓	29,6±3,7 ↓
БВР	38,4±4,2% ↓	29,5±3,2 ↓	29,6±3,7 ↓

При ортостатической нагрузке отмечалось усиление кровотока в ПВ на 86,5±9,2 % у обследуемых ГБН, у больных мигренью отмечалось

усиление кровотока на $53,2 \pm 7,8\%$ (в норме — $88,4 \pm 11,7\%$). V_{\max} в БВР при ортостатической нагрузке снижалась на $38,4 \pm 4,2\%$ у пациентов ГБН (норма $29,6 \pm 3,7\%$). Кровоток в ПС при ортостатической пробе снижался на $36,4 \pm 3,1\%$ у пациентов ГБН, на $27,5 \pm 6,4\%$ у пациентов мигрень (норма $29,6 \pm 3,7\%$). При антиортостатической нагрузке:

V max	ГБН	Мигрень	Норма
ПВ	$26,3 \pm 7,5$ ↓	$19,5 \pm 8,6\%$ ↓	$27,6 \pm 5\%$ ↓
ПС	$38,5 \pm 4,3\%$ ↑	$33,2 \pm 7,7\%$ ↑	$30,6 \pm 4,5\%$ ↑
БВР	$37,1 \pm 2,3\%$ ↑	$30,5 \pm 3,2\%$ ↑	$30,6 \pm 3,5$ ↑

При проведении антиортостатической пробы скорость кровотока в ПВ снижалась на $19,5 \pm 8,6\%$ у пациентов мигренью, на $26,3 \pm 7,5\%$ у пациентов ГБН ($27,6 \pm 4,5\%$ — норма). Повышение V_{\max} в БВР на $37,1 \pm 2,3\%$ (норма $30,6 \pm 3,5\%$), в ПС на $38,5 \pm 4,3\%$ (норма $30,6 \pm 4,5\%$) у пациентов ГБН. Данные показатели свидетельствуют о нарушении механизмов регуляции венозного кровотока, преимущественно по нейрогенному контуру больше у больных ГБН, чем с мигренью.

3.4. Оценка диагностической ценности МРТ-исследования у больных с ГБН и Мигренью.

Выявленные нами при МРТ-исследовании изменения головного мозга включали: расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робина, очаги повреждения в белом веществе больших полушарий головного мозга, расширение субарахноидальных пространств, расширение желудочков мозга (таблица 3.4). Были обследованы 18 больных с ГБН и 16 больных с Мигренью.

Таблица 3.5. Показатели МРТ – исследования у больных с ГБН и мигрень

Показатели МРТ-исследования	ГБН(40)		Мигрень (20)	
	N	%	N	%
	18	45%	16	80%
Единичные очаги демиелинизации	3	16,6	2	12,5
Множественные очаги демиелинизации	-	-	2	12,5
Расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робина	3	16,6	4	25
Расширение субарахноидальных пространств	2	11,1	5	31,2
Расширение боковых желудочков мозга	2	11,1	4	25
МРТ без структурных изменений	8	44,4	5	31,2

Единичные (<3мм) очаги при ГБН отмечены у 3 пациентов (16,6%), в группе больных с Мигренью их было 2 (12,5%).

Множественные очаги повреждения белого вещества в больших полушариях головного мозга выявлялись при Мигрени (2 человек ,12,5%).

Расширение периваскулярных пространств выявлены у 4 пациентов (25%) с мигренью, что достоверно выше такого же показателя у пациентов с ГБН- 2 (11,1%) человек. По данным литературных

источников, патогенез расширения периваскулярных пространств Вирхова-Робина у пациентов с ГБ, у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями и у здоровых лиц на настоящий момент окончательно не ясен (Трофимова Т.Н. с соавт. 2011).

Расширения субарахноидальных пространств также было достоверно выше при Мигрени- 5(32,2%) пациентов, по сравнению с больными с ГБН 2(11,1%), расширения желудочков мозга при Мигрени отмечались у 4(25%) пациентов, в отличие от больных с ГБН – 2(11,1%).

МРТ без структурных изменений белого вещества в больших полушариях головного мозга достоверно чаще выявлялось при ГБН (8человек, 44,4%), чем в группе больных с Мигренью (5человек, 31,2%). Это подтверждает факт о более существенных изменениях в структуре головного мозга и сосудистых нарушениях при мигрени, в отличие от ГБН.

3.5.Применение иглорефлексотерапию в лечении головных болей

В круг актуальных задач современной медицины входит купирование цефалгического приступа и предотвращение его повторного развития. Одним из наиболее действенных немедикаментозных методов лечения, оказывающих множественное терапевтическое действие, является акупунктура.

Сказанное выше указывает на необходимость поиска новых подходов к оптимизации терапии и реабилитации больных с хроническими цефалгическими синдромами. Неслучайно в течение последних 10 лет ВОЗ инициировала кампанию, целью которой является улучшение КЖ та- ких пациентов, а также снижение экономического бреме- ни этих заболеваний в целом. Для этого при ВОЗ создан специальный Комитет по проблемам ГБ, а среди основ- ных принципов ведения пациентов с наиболее распро- страненными ее формами существенное место уделяется разъяснительной

работе с пациентами [6]. Однако работ, посвященных этому аспекту оптимизации терапии ГБ, в современной литературе мало.

Перед назначением терапии необходимо провести разъяснительную беседу с пациентом. Учитывая, что многие больные с ГБН склонны связывать свои головные боли с заболеванием мозга и испытывают по этому поводу тревогу, чрезвычайно важно объяснить пациенту, что его головная боль является доброкачественной, т.е. не является следствием органического повреждения головного мозга. Избавление от подобных опасений обладает

большим психотерапевтическим эффектом. Следует объяснить пациенту, что эмоциональный стресс, мышечное напряжение, вызванное, в том числе, длительной неудобной позой, играют основную роль в происхождении и хроническом течении его головной боли и что методы, позволяющие достигнуть психологической и мышечной релаксации (как лекарственные, так и немедикаментозные), являются наиболее эффективными в облегчении болевого синдрома. Особое внимание следует обратить на количество обезболивающих препаратов, которые использует пациент для купирования головной боли и разъяснить пациенту, что злоупотребление лекарственными препаратами (прием более 10 доз в месяц) может привести к лекарственному абзусу и учащению (хронизации) головной боли.

Нетрациональное лечение мигрени во всем мире приводит к значительным финансовым потерям: так, мигрень занимает 20-е место по затратам среди всех существующих заболеваний. Эти затраты включают как экономические потери в связи с невыходом пациентов на работу или значительным снижением их трудоспособности, так и расходы пациентов на неадекватные диагностические процедуры и лечение.

Фармакотерапия проводится в двух основных направлениях: купирующая терапия при приступе и профилактическая

(симптоматическая), предполагающая курс лечения с ежедневным приемом препаратов с целью уменьшения частоты приступов. Симптоматическую терапию за редким исключением проводят с помощью разных групп препаратов (табл. 4). Лечение приступов мигрени подробно описано в литературе [1, 3, 7]. Профилактическая лекарственная терапия показана при частых, тяжелых и затяжных приступах (три и более дней за месяц), сопровождающихся существенным нарушением самочувствия и ограничением повседневной активности пациента. В качестве показания для проведения профилактического лечения рассматривается пропуск занятий в школе несколько раз за месяц[15,16,18]

Профилактическое лечение показано при частоте болевых дней более 2 в неделю (более 8 в месяц) и ХГБН.

Основными целями превентивного лечения являются:

1. Снижение частоты, длительности, интенсивности ГБ.
2. Улучшение эффективности симпто-матической обезболивающей терапии.
3. Восстановление повседневной активности и качества жизни пациента.

С позиций традиционной китайской медицины в лечении головной боли и мигрени, как и при других заболеваниях, важнейшее значение имеют концепции инь/ян и жизненной энергии ци. Важно также понимание системы меридианов. Энергия ян имеет тенденцию идти вверх и наружу. Все меридианы ян встречаются в голове, они способствуют притоку крови и ци в голову. Ясный ум и здоровая голова зависят от наличия достаточной ци и кровообращения, хорошо функционирующих внутренних органов и правильного роста и падения энергии инь и ян. Есть ряд условий, которые могут вызывать мигрень и головную боль. Иглорефлексотерапия является одним из самых распространенных, щадящих и эффективных нелекарственных методов лечения мигрени, головной боли и др. заболеваний, который оказывает воздействие

на внутренние регуляторные механизмы. [1,3,7,12]. Иглорефлексотерапия в большинстве случаев, дает возможность значительно снизить, или вовсе исключить, количество назначаемых медикаментов и довольно часто бывает единственным, эффективным методом лечения даже тогда, когда лекарственные препараты оказываются неэффективными.

Все обследованные пациенты с первичными головными болями, после прохождения клиничко-неврологического обследования, были разделены на две группы по согласию на применение метода иглорефлексотерапии. Пациенты 1-й, основной, группы- 34 больных, из них 23 с ГБН и 11 с мигренью, получали иглорефлексотерапию на фоне базисной терапии (без НПВС препаратов). Тогда как пациенты 2-й группы получали общепринятую медикаментозную терапию (НПВС, антидепрессант, миорелаксанты, в-блокаторы, венотоники, триптаны) Продолжительность лечения составила 12 нед. Проводилось 3 курса терапии. Финальный визит назначали после окончания курса лечения.

Сравнительная оценка эффективности проведенного лечения пациентов обеих групп представлена в таблице 3.6.1 и 3.6.2.

Таблица 3.5.1 Показатели эффективности применения иглорефлексотерапии при ГБН

Субъективные признаки	Основная группа (n=23)		Группа сравнения (n=17)	
	До Лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Интенсивность ГБ (ВАШ, баллы)	5,4± 0,8	2,5±0,6	5,3± 0,8	3,1±0,6
Частота ГБ (кратность в	2,1±1,5	0,8±0,5	2,1±1,5	1,5±0,5

неделю)				
Уровень Депрессии(Опросник Бека, баллы)	19,3±1,0	10,0±1,0	20,0±1,0	12,1±1,0
Мышечно- тонический синдром (МТС, баллы)	2,5 ±0,5	1,1±0,4	2,4 ±0,5	1,5±0,4

Необходимо отметить, что эффективность базисной терапии с использованием метода иглорефлексотерапии у пациентов с ГБН проявлялось в снижении интенсивности головных болей – 2,5 %, частоты приступов в неделю -0,8%, снижению уровня депрессии по шкале Бека-10%, тогда как мышечно- тонический синдром заметнее снижался, по сравнению с другими показателями.

У больных с мигренью (табл. 3.5.2.) применение методов иглорефлексотерапии также показала свою эффективность.

Таблица 3.5.2 Показатели эффективности применения иглорефлексотерапии при Мигрень

Субъективные признаки	Основная группа (n=11)		Группа сравнения (n=9)	
	До Лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Интенсивность ГБ (ВАШ, баллы)	7,3±1,5	4,1±1,2	7,1±1,5	5,3±1,2
Частота ГБ (кратность в неделю)	3,3±1,3	1,5±1,5	3,1±1,3	2,2±1,5
Уровень	17,7±2, 5	12,1±1, 5	18,1±2, 5	14,1±1, 5

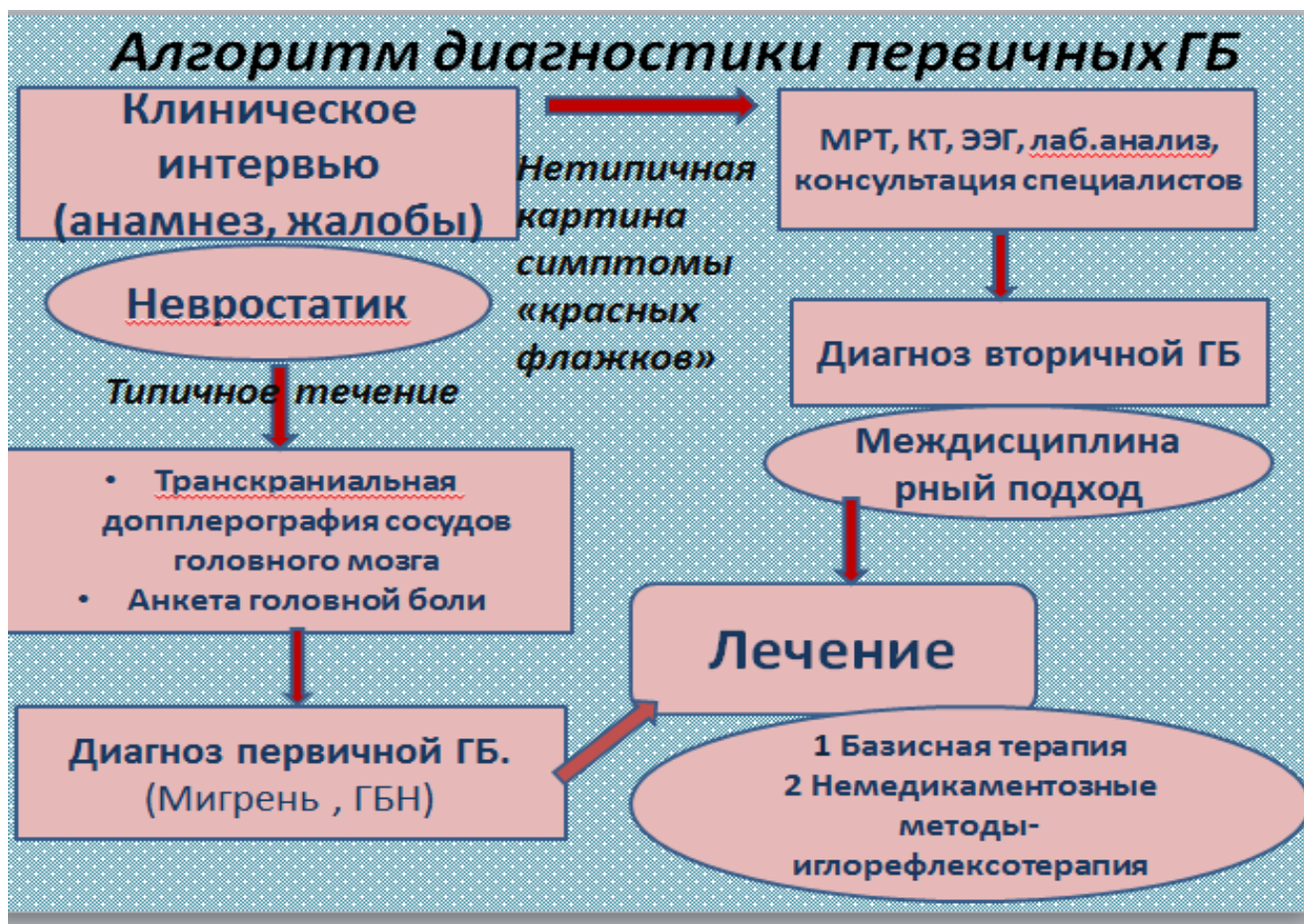
Депрессии(Опросник Бека, баллы)				
Мышечно-тонический синдром (МТС, баллы)	1,8 ±0,3	0,9±0,1	1,3 ±0,3	1,0±0,1

У пациентов с мигренью наиболее лучшие результаты отмечались в снижении интенсивности головной боли -4,1% и отмечалось снижение уровня депрессии по шкале Бека.

На фоне проводимого лечения положительная динамика в виде уменьшения интенсивности боли и нормализация показателей психо-эмоционального статус (депрессии) наблюдалось у больных с мигренью, уменьшения выраженности мышечно-тонического синдрома и частоты приступов были отмечены у больных с ГБН.

3.6.Оптимизация диагностики первичных головных болей и разработка алгоритма введение больных с ГБ.

На основании результатов проведенных исследований больных с первичными головными болями- ГБН и мигренью, с использованием методов нетрадиционной, немедикаментозной иглорефлексотерапии, нами был разработан алгоритм диагностики первичных головных болей.



Таким образом, диагностический алгоритм при обращении пациента с основной жалобой на головную боль начинается с подробного сбора анамнеза, общего и неврологического осмотра. Показаниями для нейровизуализации могут быть атипичное течение (наличии симптомов-«красных флажков») первичных форм головных болей.

Согласно МКГБ-3 при **первичных формах ГБ** анамнез, физикальный и неврологический осмотры, а также дополнительные методы исследования не выявляют органической причины боли, т.е. исключают вторичный характер ГБ. Для **вторичных ГБ** характерно наличие тесной временной связи между началом цефалгии и дебютом заболевания, усиление клинических проявлений ГБ при обострениях заболевания и облегчение течения цефалгии при уменьшении симптомов или излечении заболевания.

Причина ГБ может быть установлена с помощью анамнеза, физикального и неврологического осмотра, а также дополнительных методов исследования.

Диагноз первичных форм ГБ базируется исключительно на анализе жалоб и данных анамнеза. Следует также помнить о том, что пациент может иметь не один, а несколько типов головной боли. В этом случае, следует внимательно расспросить пациента о каждом из них.

«Сигналы опасности» при головной боли (симптомы- «красного флага»)

- ☐ Внезапное появление сильной «громоподобной» ГБ
- ☐ Впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет
- ☐ ГБ, прогрессивно нарастающая на протяжении нескольких недель, месяцев
- ☐ Усиление ГБ при перемене положения головы или при нагрузках, связанных с повышением внутричерепного давления (физическое напряжение, кашель)
- ☐ Впервые возникшая ГБ у пациента с раковым процессом, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитным состоянием в анамнезе
- ☐ ГБ с атипичной аурой (продолжительностью > 1 часа или с симптомами слабости в конечностях)
- ☐ Аура без ГБ у пациента без предшествующего анамнеза мигрени
- ☐ Аура, впервые возникшая на фоне приема гормональных контрацептивов
- ☐ Объективные сигналы опасности: изменение в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти), психические нарушения, гипертермия, присутствие фокальных неврологических знаков или симптомов системного заболевания (артралгии, миалгии, изменения в крови).

Таким образом, если у пациента нет симптомов - «красных флажков» тогда с использованием нашего алгоритма диагностики с

оценкой невростатуса, проведению анкетирования, исходя из результатов ТКДГ сосудов головного мозга и МРТ-исследования, можно дифференцировать тип ГБ (мигрень, ГБН) и применить необходимую тактику лечения с использованием метода иглорефлексотерапии. Это поможет повысить эффективность лечения и снизит эпизоды первичных головных болей, как ГБН, так и мигрени.

Нейровизуализация (КТ головного мозга без контраста) рекомендована пациентам с неврологической симптоматикой, включающей спутанность сознания, гемипарез, нарушение размера зрачков и др., а также — пациентам с внезапным приступом сильной головной боли и ВИЧ-положительным больным. КТ головного мозга может быть рекомендовано лицам старше 50 лет [17, 24].

Таким образом, мигрень в настоящее время рассматривается как хроническое заболевание головного мозга, приводящее к выраженной дезадаптации пациентов и значительным экономическим потерям.

Многочисленные эпидемиологические исследования выявили корреляции между мигренью и инсультом, особенно у молодых женщин, страдающих мигренью с аурой. Мигрень связана с увеличением в 16 раз риска инсульта у беременных и общего риска кардиоваскулярных событий у женщин. В нейро-визуализационных исследованиях показано, что мигрень может быть фактором риска не только инсульта, но и немых инфарктов и поражения белого вещества головного мозга. Эти изменения наиболее часто происходят у женщин, страдающих мигренью с аурой, и ассоциируются с тяжелыми и частыми мигренозными приступами. [89,90].

Основным клиническим препятствием является недостаток знаний среди медицинских работников. В программах медицинского образования во всем мире обучению в области головных болей отводится, в среднем, лишь 4 часа. Большинство людей с головными

болями в мире не получают правильного диагноза — 40% людей с мигренью и ГБН и лишь 10% людей с ГБЛ.

Плохая осведомленность среди общего населения. Головные боли не воспринимаются населением в качестве серьезных расстройств, так как они, в основном, носят эпизодический характер, не приводят к смерти и не заразны. Низкие показатели обращения за медицинской консультацией в развитых странах могут указывать на то, что многие люди, страдающие от головной боли, не знают о существовании эффективного лечения. По оценкам, 50% людей с головными болями занимаются самолечением.

Выводы к главе III

У

больных с первичными головными болями, ГБН и мигренью, включение в состав комплексной терапии иглорефлексотерапии достоверно снижает интенсивность и частоту ГБ, снижает уровни депрессии и снимает мышечно-тоническое напряжение. Подобный подход позволяет минимизировать, а в ряде случаев и исключить медикаментозную нагрузку и как следствие вероятность появления побочных эффектов применяемых лекарственных средств. Разработанный алгоритм диагностики и тактики ведения больных с первичными головными болями позволит правильно дифференцировать характер и определить причину головных болей.

Заключение.

За период 2015-2018 г.г. нами было обследовано 60 пациентов с первичными ГБ. Диагноз Головной боли ставился на основании Международной классификации головных болей (3-е издание, бета-версия МКГБ-3бета, 2013) Согласно результатам обследования у 40 (66.6%) больных имела место головная боль напряжения. У 20 (33.3%) больных цефалгический синдром расценивался как мигренозный. При этом мигрень с аурой определялась у 8(13.3%) больных, без ауры – 12(20%) больных с мигренью.

Критерии исключения:

- наличие очаговых неврологических симптомов или патологических очагов на компьютерной томограмме (КТ),
- магнитно-резонансной томограмме (МРТ),
- наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации,
- возраст моложе 17 и старше 65 лет.

Средний возраст больных составил $37,5 \pm 4,7$ лет, т.е. заболевание встречалось у молодых лиц трудоспособного возраста. Исследование структуры ГБ и постановка диагноза у исследуемых лиц показало преобладание ГБН 66,6%, из которых на долю ЧЭГБ пришлось 41%, на долю Мигрени-33,3%.

По результатам обследования было выявлено, что у больных с Мигренью отмечается более выраженная интенсивность ГБ по шкале ВАШ и более высокий уровень депрессии, которая оценивалась по шкале Бека. А у больных с ГБН отмечалось более выраженность мышечно-тонического синдрома.

При проведении инструментальных исследований- ТКДГ сосудов головного мозга было выявлено наличие изменений церебральной гемодинамики у пациентов с ГБН в виде усиления скоростных показателей и функциональных асимметрий кровотока в средних мозговых и позвоночных артериях, а у пациентов с мигренью — в виде вазоспастических реакций в сосудах вертебробазилярного бассейна. У большинства пациентов отмечались признаки венозной дисгемии: как усиление оттока по ПС и БВР у пациентов с ГБН, а также по ПВ и ПС у больных с мигренью. Гиперреактивность церебральной венозной гемодинамики при проведении орто- и антиортостатических нагрузок, вероятнее была связана с нарушением нейрогенного звена регуляции церебрального кровотока.

При проведении нейровизуализационного исследования, МРТ головного мозга, выявленные изменения в веществе головного мозга, в виде вентрикулодилатации, единичных и множественных очагов демиелинизации, расширения субарахноидальных пространств и пространств Вирхова-Робена, достоверно чаще отмечались в группе больных с мигренью, по сравнению с ГБН.

Все обследованные пациенты с первичными головными болями, после прохождения клинико-неврологического обследования, были разделены на две группы по согласию на применение метода иглорефлексотерапии. Пациенты 1-й, основной, группы- 34 больных, из них 23 с ГБН и 11 с мигренью, получали иглорефлексотерапию на фоне базисной терапии (без НПВС препаратов). Тогда как пациенты 2-й группы получали общепринятую медикаментозную терапию (НПВС, антидепрессант, миорелаксанты, в-блокаторы, венотоники, триптаны) Продолжительность лечения составила 12 нед. Проводилось 3 курса терапии. Финальный визит назначали после окончания курса лечения

Необходимо отметить, что включение в состав комплексной терапии иглорефлексотерапию достоверно снижает интенсивность и частоту ГБ, снижает уровни депрессии и снимает мышечно-тонический синдром. Подобный подход позволит минимизировать, а в ряде случаев и исключить медикаментозную нагрузку и как следствие вероятность появления побочных эффектов применяемых лекарственных средств.

На основании результатов проведенных исследований больных с первичными головными болями- ГБН и мигренью, с использованием методов нетрадиционной, немедикаментозной иглорефлексотерапии, нами был разработан алгоритм диагностики первичных головных болей.

В идентификации любой формы первичной головной боли является дифференциальная диагностика и формирование клинического диагноза, который основывается на двух принципах: 1) анализ самоотчетов пациентов по данным опросника головной боли и 2) анализ результатов клинико-неврологического и инструментального методов исследования пациентов с головными болями. Важным условием эффективного ведения пациента с любой первичной головной болью является корректный диагноз, поскольку принципы, в том числе симптоматической терапии, различны при разных формах цефалгий. Использование нашего алгоритма диагностики с оценкой невротатуса, проведения анкетирования, исходя из результатов ТКДГ сосудов головного мозга и МРТ-исследования, можно дифференцировать тип ГБ (мигрень, ГБН) и применить необходимую тактику лечения с использованием метода иглорефлексотерапии. Это поможет повысить эффективность лечения и снизить эпизоды первичных головных болей, как при ГБН, так и мигрени.

Полученные данные могут быть использованы при определении патогенетических подходов диагностики и тактики ведения больных с ГБН и мигренью.

Выводы

1. Первичные головные боли чаще встречались у женщин(ГБН-57,7%, Мигрень-70%). Мигрень сопровождалась более высокой интенсивностью боли по шкале ВАШ , вегетологическими нарушениями(26,2%), депрессией по шкале Бека, тогда как при ГБН превалировал миофасциальный синдром (26%)
2. Параклинические исследования, в частности МРТ головного мозга показало признаки атрофии(20,5 %), сосудистой энцефалопатии (23,5.%), с множественными очагами демиелинизации и расширением желудочковой системы при мигрени, тогда как гемодинамические проявления мигрени при ТКДГ ограничились вазоспазмом, в отличие от ГБН, сопровождающееся усилением ЛСК (13%)
3. Оптимизация терапии первичных головных болей методом иглорефлексотерапии, на фоне получения базисной терапии, улучшило эффективность лечения и способствовало нивелированию симптомов заболевания как при ГБН, так и при мигрени, с улучшением психо-эмоционального состояния.

Практические рекомендации

1.Полученные данные могут быть использованы при определении патогенетических подходов к диагностике и тактике введения больных с ГБН и Мигренью.

2. Для оценки общего состояния пациента и для дифференциации характера и типа первичной головной боли можно использовать анкету головной боли для пациента.

3.Изменение гемодинамики сосудов головного мозга указывает на необходимости применения ТКДГ для всех пациентов с первичной головной болью.

4. Использование разработанного алгоритма диагностики и тактики ведения пациентов с головными болями поможет врачу первичного звена.

Список опубликованных работ

Статья :

- 1 «Нетрадиционные методы терапии головных болей» (ОБЗОР). Авторы: Маджидова Ё.Н . , Азимова Н. М. , Базарова С.Р, Эргашева Н.О -научно-практический журнал «Педиатрия» №1, 2019.

Тезисы:

- 2 «Рефлексотерапия при лечении первичных головных болей». Авторы: Эргашева Н.О, Арипова М.Х, Маджидова Ё.Н . , Базарова С.Р – научно-практический журнал «Неврология» №4, 2017, 80стр.
- 3 «Гемодинамические изменения у пациентов с первичными головными болями». Авторы: Эргашева Н.О, Маджидова Ё.Н . , Базарова С.Р .- Сборник научных работ молодых ученых. Материалы научно-образовательной конференции бакалавров, интернов, резидентов, магистрантов и молодых врачей по неврологии с международным участием: «Актуальные вопросы клинической неврологии и нейрохирургии» 26декабря 2018г, г Алматы.-8-9-10стр.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

I.Произведения президента республики Узбекистан Ш.М.Мирзиёева.

1. Приоритетные направления развития здравоохранения в Узбекистане

II. Основная литература.

1. Азимова Ю.Э. Рефрактерная мигрень // Фарматека. 2012. - № 14. - С. 50-53.

2.Азимова Ю.Э., Рачин А.П., Ищенко К.А., Данилов А.Б.

Инновационные методы лечения мигрени // РМЖ. 2015. - №29.- С. 27-30.

3.Айзенберг И.В. Клинико-патогенетические особенности хронической медикаментозно индуцированной головной боли. Автореф. дисс.. канд. мед. наук.М., 2005.-25 с.

4.Алексеев В.В. Хронические головные боли. Клиника, диагностика, патогенез: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. М 2006; 41.

5.Алексеев В.В., Яхно Н.Н. Головная боль. Болезни нервной системы: Руководство для врачей М.: Медицина, 2001. - Т. 2. - С. 240-278.

6.Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А., Соколов А.Ю. Мигрень.Патогенез, клиника, фармакотерапия.М: МЕДпресс-информ 2011;256.

7.Амелин А.В., Тарасова С.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А., Мятлева М.И. Применение антидепрессантов с различным механизмом действия при хронической ежедневной головной боли. Журн.невропатол и психиат 2007; 107: 9: 38—44.

8.Амелин А.В., Тарасова С.В., Соколов А.Ю., Тумелевич Б.Ч., Мятлева М.И.,Амелин А.В. Профилактика мигренозных пароксизмов // Новые технологии в диагностике, лечении и реабилитации неврологических заболеваний. — СПб., 2010.

III.Дополнительная литература.

9.Арлыт А.В., Ивашев М.Н., Савенко И.А. Характеристика средств, применяемых при мигрени. //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований, 2013. - № 8-3. - С. 117.

10.Артеменко А.Р., Куренков А.Л. Хроническая мигрень. М: АБВ-пресс, 2012; 488.

11.Артеменко А.Р., Куренков А.Л., Никитин С.С. Лечение хронической мигрени. Журнневрол и психиат 2011; 111:5: 85—89.

12.Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. М., 2004.-432 с.

13.Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А. Мигрень (Клинико-патогенетические аспекты, диагностика, лечение и профилактика). -М., 1995,186 с.

14.Вёрткин А.Л., Фельдман М.А. Фармакотерапия головной боли при мигрени. //Врач скорой помощи, 2013. - № 1. - С. 037-043.

15.Гафуров Б. Г. Мигрень //журн. Неврология, 2010. - N 3. - С.75-78.

16.Григорьева В.Н., Густов А.В., Корнилова Л.Е., Куликова О.А. Эффективность сочетанного применения кинезотерапии и психотерапии в лечении больных мигренью // Журн. невропатол. и психиатр.им. С.С. Корсакова. - 2003. -Т. 103(12). -С. 20-25.

17.Голубев В.Л. (ред.) Болевые синдромы в неврологической практике (3-е издание). М: МЕДпресс-информ 2010; 336.

18.Данилов А.Б. Роль пола и гендера при мигрени и головной боли напряжения (клинико-психофизиологическое исследование). Дис.... докт. мед. наук. М., 2007.

19.Евтушенко С.К. Мигрень и лакунарные инсульты как базисное проявление церебральной аутосомно-доминантной артериопатии с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией (CADASIL-синдром) / С.К. Евтушенко, И.С. Евтушенко, Е.А. Савченко, М.Ф. Иванова // Международный неврол. журн. -2011. - № 8 (46). - С. 40.

20.Ендальцева С.М., Туманова Г.Н. Эффективность разных антиконвульсантов при хронической ежедневной головной боли. Журнневропатол и психиат2007; -Т. 107 (1) . - С.16-20.

21.Замерград М.В. Мигрень-ассоциированное головокружение. //Медицинский совет, 2013. - № 4. - С. 24-29.

22.Корешкина М.И. Современные методы нейровизуализации и профилактическое лечение мигрени. Неврол и психиат, 2011. -Т. 111.- №9(2). -С.25-31.

23.Корешкина М.И. Роль МРТ в диагностическом алгоритме мигрени, выявленные изменения. /Корешкина М.И., Осипова В.В., Трофимова Т.Н., Халиков А.Д., Назинкина Ю.В. //Уральский медицинский журнал, 2013. - № 1 (106). - С. 25-32.

24.Корешкина М.И. Структурные и функциональные изменения белого вещества головного мозга при мигрени. / Корешкина М.И., Трофимова Т.Н., Назинкина Ю.В., Халиков А.Д. //Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, 2013. - Т. 5. - № 3. - С. 92-100.

25.Коржавина В.Б. Головная боль напряжения: клинико-психофизиологический анализ. Автореф. дисс. канд. Мед. Наук. М., 2008-25с.

26.Колосова О. А. Мигрень. / В кн.: «Болевые синдромы в неврологической практике» / Под ред. чл.-корр. РАМН А.М. Вейна. М: МЕДпресс-информ, 2001. - С. 111-148

27.Кукушкин М.Л. Этиопатогенетические принципы лечения хронической боли. //Русский медицинский журнал, 2007. - №15 (10). - С. 8-27.

28.Куцемелов И.Б. Клинико-эпидемиологический анализ первичных головных болей взрослого городского населения. Автореф. дисс.. канд. мед. наук. М., 2005.-25 с.

29.Латышева Н.В. Центральная сенситизация у пациентов с хронической ежедневной головной болью. Автореф. дисс.. канд. мед. наук. М., 2009. - 24 с.

30.Латышева Н.В., Филатова Е.Г. Новый механизм хронизации головной боли. Лечащий врач. 2008; №5: 82-84.

31.Лебедева Е.Р., Гурарий Н.М., Сакович В.П., Олесен Е. Повышенная встречаемость мигреней у больных с интракраниальными аневризмами. //Уральский медицинский журнал, 2013. - № 1 (106). - С. 5-14.

32.Мироненко Т.В. Мигрень базиллярного типа : анализ литературы и клиническое наблюдение.. / Мироненко Т.В., Семененко И.А., Мироненко М.О., Бондаренко В.Н., Мельников А.В. //Украинский неврологический журнал, 2013 - № 1 (26). - С. 057-064.

33.Мищенко Т.С. Мигрень: эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика // Здоровье Украины. -2010. - Т.2(13).

34.Мищенко Т.С., Мищенко В.Н. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний // Справочник врача «Невролог». - ООО «Доктор-Медиа», 2010. - С.65-74.

35.Мозолевский Ю.В., Успенская О.В., Черкашин А.В.Мигренозный инсульт// Боль.-2006. №4(13).-С.25-30.

36. Морозова О.Г. Мигрень: вопросы коморбидности и дифференциальной диагностики// Здоровья Украины.-2010.-№4.-С.19-20

37 .Морозова О.Г. Мигрень: проблемы классификации, диагностики и лечения // Здоров'я Укра'ши. - 2010. -№ 4. - С. 17-18.

Международная классификация головной боли: Перевод В.В. Осиповой, Т.Г. ЕГ^знесенской. -2-е изд.- 2004. -219 с.

38.Наумова Г.И., Осипова В.В. // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа, 2011. - № 4 (12). -С. 22-34.

39.Наумова Г.И., Прусакова О.И. Гетерогенность мигрени и ее значение при выборе медикаментозной терапии. //Медицинские новости, 2013.- № 10 (229).- С. 45-48.

40.Немченко Ю.М., Сорокова Е.В., Белкин А.А. Сочетание мигрени и эпилепсии. //Журн. невропатол. и психиатр, 2005. - Т. 105. - №12. -С. 43-45.

41.Осипова В.В. Качество жизни при мигрени: роль коморбидных нарушений. Головная боль -актуальная междисциплинарная проблема.Смоленск. - 2009; -С.44-56.

42.Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. //Анн клин и эксперимневрол. ,2012. - №6(2)-с. 16-21.

43.Осипова В.В., Азамова Ю.Э., Тарасова С.А.и др//Анналы клин.иэксперим. неврологии. - 2012. -Т. 6, № 2. –С. 16-44.

44.Первичные головные боли. Практическое руководство /В.В. Осипова, Г.Р. Табеева. М.: ООО «ПАГРИ-Принт», 2007. 60 с.

45.Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Хроническая боль. Патогенез, клиника, лечение (Учебное пособие для врачей). –М 2009; 84с.

46.Пузин М.Н., Шубина О.С. Биоуправление в терапии мигрени// Биоуправление-4: теория и практика. Новосибирск, 2002.-С.259-269.

47. Рачин А.П. Мигрень: от правильной диагностики к адекватной терапии/А.П. Рачин, В.В.Осипова, Я.Б. Юдельсон//Справочник поликлинического врача.-2007.-№1.-С.5156.

48.Скворцов В.В., Белякова Е.В., Скворцова Е.М. Мигрень в практике практического врача. //Справочник врача общей практики. 2013. - № 2. -С. 016-026.

49.Скоробогатых К.В., Табеева Г.Р. Кальцитонин-ген родственный пептид в генезе первичных головных болей. // Российский журнал боли, 2010. - №1. - с.45-50.

50.Солоха К.А. Мигрень и головокружение. //Неврология и нейрохирургия Восточная Европа. 2013. - № 1 (17). - С. 71-79.

51 .Справочник по головной боли / Кадыков А.С., Шахпаронова Н.В., Манвелов Л.С. - М.: «Милкош», 2005. - 170 с.

52.Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. -М.: Медицинское информационное агенство, 2010. - С. 289-292.

53.Старикова Н.Л. Компьютерное биоуправление в лечении мигрени. //Бюллетень сибирской медицины, 2013. - Т. 12. - № 2. - С. 119-123.

54.СтайнерТ.Дж., Пемелера К., Йенсен Р. и др. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике / пер. с англ. М.: ОГ- ТИ, 2010.

55.Табеева Г.Р. Мигрень и инсульт / Г.Р. Табеева // ConsiliumMedicum. - 2010. - Т. 12, № 2. -С. 126-131.

56. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Опыт применения милнаципрана в лечении синдрома хронической ежедневной головной боли.// Боль,2006.- №3.-С.30-36.

57. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Профилактическое лечение мигрени: Практическое руководство для врачей/ Московская медицинская академия им И.М. Сеченова. Российское общество по изучению головной боли.-М., 2009.-84с.

58. Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. Мигрень.-М:ГЭОТАР – Медиа, 2011.- 624с.

59.Тадтаева З.Г. Генетика мигрени (обзор литературы). //Вестник Санкт- Петербургского университета. Серия 11: -Медицина, 2013. - № 1 - С. 70-80.

60.Тарасова С.В. Распространенность, диагностика различных форм хронической ежедневной головной боли и их фармакотерапия. Автореф/дисс.. доктора мед. наук. С-Пб.,2008. - 34 с.

61. Тарасова С.В., Амелин А.В., Скоромец А.А . Лечение хронической ежедневной головной боли флувоксамином, амитритилином и транскраниальной электростимуляцией мозга. //Журнал неврологии и психиатрии,2008.-Т.108.-№6.-С.43-46.

62. Феоктистов А.П. Клинико-психофизиологический анализ азбусной головной боли. Автореф.дисс.канд.мед.наук. М.,2001.-24с.

63. Филатов Е.Г. Гемикрания.//Лечащий Врач.2008.-№5.-с.18-24.

64. Шток В.Н. Головная боль(2-е издание) М.:МИА,2007.-472 с.

65.Штрибель Х.В. Терапия хронической боли: практическое руководство (Под ред. Н.А. Осиповой, А.Б.Данилова, В.В.Осиповой; Перевод с нем.) М.:ГЭОТАР- Медиа,2005.-304 с.

66.Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача. 4-е изд., перераб. и доп.- М.: МЕДпресс-информ,2005.-944 с.

67 . Яхно Н.Н. Боль. Руководство для врачей и студентов. Медпресс,- М,2009.-304с.

68. Яхно Н.Н. Головная боль как медицинская проблема. Головная боль 2007.-М.: 2008.-с.1-2

IV.Зарубежная литература.

69. Almaraz A.C., Dilli E.,Dodick D.W. Prophylactic agents do not influence the acute efficacy of transcranial magnetic stimulation in migraine with aura. Cephalalgia 2009;29:Suppl 1:17.

70. Andrasik F. Biofeedback in headache: an overview of approaches and evidence// Clev. Clin.J.Med. 2010. V. 77 (Supl.3).P.72-76.

71. Aurora S.K., Dodick D.W., Turkel C.C., DeGryse R.E., Silberstein S.D., Lipton R.B., Diener H.C., Brin M.F. PREEMPT 1 Chronic Migraine Study Group. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 1 trial. *Cephalalgia* 2010; 30: 7: 793—803

72. Aurora S.K., Winner P., Freeman M.C., Spierings E.L., Heiring J.O., DeGryse R. et al. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: pooled analyses of the 56-week PREEMPT clinical program. *Headache* 2011; 51: 1358—1373.

73. Bigal ME, Ashina S, Burstein R, et al. Prevalence and characteristics of allodynia in headache sufferers: a population study. *Neurology* 2008;70:1525-33.

74. Blumenfeld A., Varon S., Wilcox T.K. et al. Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: Results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Cephalalgia* 2011; 31: 301—315.

75. Buse D.C., Manack A.N., Serrano D., Reed M., Varon S., Turkel C., Lipton R. Headache impact of chronic and episodic migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention study. *Headache* 2012; 52: 1:3—17.

76. Cady R.K., Schreiber C.P., Porter J.A., Blumenfeld A.M., Farmer K.U. A Multi-Center Double-Blind Pilot Comparison of Onabotulinumtoxin A and Topiramate for the Prophylactic Treatment of Chronic migraine. *Headache* 2011; 51: 1:21—32

77. Cernuda-Morollon E., Larrosa D., Ramon C., Vega J., Martinez-Camblor P., Pascual J. Interictal increase of CGRP levels in peripheral blood as a biomarker for chronic migraine. *Neurology* 2013.

78. Chen W.T., Lin Y.Y., Wang S.J. Headache frontiers: using magnetoencephalography to investigate pathophysiology of chronic migraine. *CurrPainHeadacheRep* 2013; 17: 1: 309.

79. Chiapparini L., Ferraro S., Grazzi Bussone G. Neuroimaging in chronic migraine. *NeurolSci* 2010; 31: 1:19-22.

80. Chiapparini L., Grazzi L., Ferraro S. et al. Functional-MRI evaluation of pain processing in chronic migraine with medication overuse. *NeurolSci* 2009; 30:1:71-74.

81. Connor K.M., Shapiro R.E., Diener H.C. et al. Randomized, controlled trial of telcagepant for the acute treatment of migraine // *Neurology*. — 2009. — 22: 970-977.

82. Coppola G, Schoenen J. Cortical excitability in chronic migraine. *CurrPainHeadacheRep* 2012; 16:93-100.

83. Diener H.C. Detoxification for medication overuse headache is not necessary. *Cephalalgia* 2012; 32: 5: 423—427.

84. Dodick DW, Turkel CC, DeGryse RE, et al. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: pooled results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phases of the PREEMPT clinical program. *Headache* 2010;50:921-36.

85. Dressler D., Saberi F.A., Barbosa E.R. Botulinum toxin: mechanisms of action. *ArqNeuropsiquiatr* 2005; 63: 180—185.

86. Durham PL, Cady R. Insights into the mechanism of onabotulinumtoxinA in chronic migraine. *Headache* 2011;51:1573-77.

87. Ferrari A., Leone S., Vergoni A.V. et al. Similarities and differences between chronic migraine and episodic migraine. *Headache* 2007; 47: 1:65-72.

88. Frampton JE. OnabotulinumtoxinA (BOTOX®): a review of its use in the prophylaxis of headaches in adults with chronic migraine. *Drugs* 2012;72:825-45.
89. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33: 9: 629—808
90. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society / The international classification of headache disorders, 2nd ed. // *Cephalalgia*.-2004. — V. 24 (Suppl. 1). P. 8-160.
- 91.Kagan R, Kainz V, Burstein R, et al. Hypothalamic and basal ganglia projections to the posterior thalamus: Possible role in modulation of migraine headache and photophobia. *Neuroscience* 2013;248:359-68.
92. Katsarava Z. Migraine and stroke /Z. Katsarava, C. Weimar // *J. Neurol. Sci.* -2010.- V. 299 (1-2). — P. 42-44.
- 93.Katsarava Z., Manack A., Yoon M.S., Obermann M., Becker H., Dommes P.,Turkel C., Lipton R.B., Diener H.C. Chronic migraine: classification and comparisons. *Cephalalgia* 2011; 31:5: 520—529.
- 94.Kruit M.C. Migraine is associated with an increased risk of deep white matter lesions, subclinical posterior circulation infarcts and brain iron accumulation: the population-based MRI CAMERA study / M.C. Kruit, M.A. van Buchem, L.J. Launer et al. // *Cephalalgia*. — 2010. — V. 30 (2).
- 95.Kurth T. Migraine and stroke: a complex association with clinical implications/ T. Kurth, H. Chabriat, M.G. Bousser // *Lancet Neurol.*-2012.- V11(1).-P.92-100.

96. Lakhan SE, Avramut M, Tepper SJ. Structural and functional neuroimaging in migraine: insights from 3 decades of research. *Headache* 2013;53:46-66.
97. Lipton R.B. Chronic migraine epidemiology, classification, and differential diagnosis. Presented at: Decoding chronic migraine: translating clinical trial data into optimal outcomes with novel therapies June 25, 2010;
98. Manack A., Buse D.C., Serrano D. et al, Rates, predictors, and consequences of remission from chronic migraine to episodic migraine. *Neurology* 2011; 76:711—718
99. Mathew N.T. Pathophysiology of chronic migraine and mode of action of preventive medications. *Headache* 2011 ; 51: 2: 84—92.
100. Mustafa G, Anderson EM, Bokrand- Donatelli Mustafa G, Anderson EM, Bokrand- Donatelli . et al. Antinociceptive effect of a conjugate of substance P and light chain of botulinum neurotoxin type A. *Pain* 2013: S0304-3959.
101. Natoli J.L., Manack A., Dean B. et al. Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia* 2010; 30: 599-609.
102. Olesen J., Boussier M.G., Diener H.C., Dodick D., First M., Goadsby P.J., Gobel H., Lainez M.J., Lance J.W., Lipton R.B., Nappi G., Sakai F., Schoenen J., Silberstein S.D., Steiner T.J. Headache Classification Committee, New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia* 2006;26:6: 742-746.
103. Reed M.L., Buse D.C., Manack A.N et al. Prevalence of chronic migraine (CM), headache- related disability and sociodemographic factors in the US population : Results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) study. *Headache* 2011; 51:28.

104. Schoenen J., Allena M., Magis D. Neurostimulation therapy in intractable headaches. *HandbClinNeurol* 2010; 97: 443—450.

105. Schurks M. Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis / M. Schurks, P.M. Rist, M.E. Bigal // *BMJ*. — 2009. — V. 339.- b3914.

106. Silberstein S., Litton R., Dodick D., Freitag F., Mathew N., Brandes J., Bigal M., Ascher S., Morein J., Wright P., Greenberg S., Hulihan J. Topiramate treatment of chronic migraine: a randomized, placebo-controlled trial of quality of life and other efficacy measures. *Headache* 2009; 49: 8: 1153—1162.

107. Silberstein S., Tfelt-Hansen P., DodiaiiDbW^ Limmroth V., Lipton R.B., Pascual J., Wang S.J. Task Forcesffhe International Headache SoflfiBl|r Clinical Trials Subcommittee. Guidelines for controlled trials of prophylactic treatment of cftltfle migraine *Cephalalgia* 2008; 28:

5:484—495.

108. Silberstein S.D., Edvinsson L. Is CGRP a marker for chronic migraine? *Neurology* 2013.

109. Spector J.T. Migraine headache and ischemic stroke risk: an updated meta-analysis / J.T. Spector, S.R. Kahn, M.R. Jones et al. // *Am. J. Med.* — 2010. — V. 123 (7). — P. 612-624.

110. Stewart W., Bruce C., Manack A. et al. A case study for calculating employer costs for lost productive time in episodic migraine and chronic migraine: results of the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *J OccupEnvironMed* 2011; 53: 10: 1161—1171.

111. Stokes M., Becker W.J., Lipton R.B. et al. Cost of health care among patients with chronic and episodic migraine in Canada and the USA:

results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). Headache 2011; 51: 1058—1077.

112. Teepker M., Hotzel J., Timmesfeld N. et al. Low-frequency rTMS of the vertex in the prophylactic treatment of migraine. Cephalalgia 2010; 30: 2:137—144.

113. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). Cephalalgia 2013;33:629-808.

114. Tronnier V., Rasche D. Subcutaneous peripheral stimulation of the greater occipital nerve for the treatment of chronic headache syndromes. Schmerz 2010; 24: 5: 441-448.

Интернет ресурсы:

<http://medinfo.ru/article/22/116798/>

http://doctorspb.ru/articles.php?article_id=48/

<http://www.eurodoctor.ru>.

<https://www.yeclinic.ru/wp-content/uploads/2016/12/Igloukalyivanie-pri-migreni.png>

Приложение(1)

АНКЕТА ГОЛОВНОЙ БОЛИ (ГБ) ДЛЯ ПАЦИЕНТА

(нужное подчеркнуть)

1 Паспортные данные Ф.И.О. _____

возраст пол м/ж

профессия _____

2. Головные боли: а) да б) нет

3. Диагноз: _____

4. Возраст начала ГБ

а) в детстве (до 15 лет); б) в юности (до 25 лет);

в) в зрелом возрасте (после 30 лет); г) в пожилом возрасте (после 60 лет).

5. Преимущественная локализация ГБ:

а) височно-лобная область; б) височно-лобная + область глаза; в) теменная область; г) затылочная с иррадиацией в обл. шеи, надплечий; д) лицо; е) вся голова; ж) сочетание с болями другой локализации (в области сердца, поясничной области, суставах и др. -указать)

6. Частота ГБ:

а) постоянные боли;

б) приступообразные:

1) 1 раз в неделю и чаще;

2) 1-2 раза в месяц;

3) несколько раз в год;

7. Время возникновения ГБ:

а) утром, при пробуждении; б) днем; в) вечером; г) ночью; д) в любое время суток.

8. Интенсивность ГБ:

а) невыносимая боль; б) умеренная, терпимая боль; в) очень сильная; г) нет боли; д) интенсивная; в) слабая; ж) жестокая; з) чуть ощутимая; и) сильная; к) очень слабая.

9. Начало ГБ:

а) сразу с болевых ощущений;
б) с предвестников в виде: снижения зрения, слепоты, выпадения полей зрения, онемения лица, конечностей, слабость в руке, , ноге, головокружение (чувство «провала», «падения», неустойчивости и падения окружающих предметов)

10. Характер ГБ

а) тупая; б) острая, стреляющая, кинжальная; в) пульсирующая; г) ломящая, давящая, распирающая; д) ощущение «каска», «обруча» на голове, сжимающая; е) если иного характера указать.

11. Чем провоцируются ГБ:

а) переменой погоды, определенными сезонами года;
б) менструацией;
в) эмоциональным напряжением;
г) приемом алкоголя;
д) курением;
е) физической нагрузкой;
ж) кашлем, натуживанием;

- з) длительным пребыванием в одном положении (сидя с наклоном головы);
- и) лежа (с низкой подушкой);
- к) длительным сном, плохим сном;
- л) другая причина (указать):

12. Что сопровождает ГБ:

- а) тошнота, рвота;
- б) свето-звукобоязнь;
- в) желание лечь;
- г) невозможность лежать, двигательное беспокойство;
- д) сердцебиение, колебание АД;
- е) нехватка воздуха;
- ж) потливость;
- з) озноб;
- и) слезотечение, покраснение глаз;
- к) тяжесть, боли в области шеи;
- л) боль при дотрагивании до кожи головы;
- м) раздражительность, плохое настроение;
- н) страх, тревога;
- о) отечность лица;
- п) головокружение;
- р) другие явления.

13. Чем облегчается:

- а) анальгетики: анальгцн, седальгин, аспирин;
- б) спазмолитики: но-шпа, папаверин;
- в) эрготаминовые препараты: дигидроэрготамин;
- г) успокаивающие средства;
- д) определенное положение головы;
- е) массаж;
- ж) сон;
- з) иные средства (тепло, холод или др. указать);
- ж) беременность.

14. Наследственность (были ли похожие ГБ у родственников):

- а) да
- б) нет

15. Наличие других заболеваний:

- а) гипертоническая болезнь;
- б) гипотония;
- в) обмороки;
- г) синдром Меньера;
- д) синдром Рейно;
- е) заболевания ушей, придаточных пазух носа;
- ж) синдром вегетативной дистонии;
- з) остеохондроз шейного отдела позвоночника;

и) другие неназванные болезни.

16. Длительность болезни:

а) до 1 года; б) до 5 лет; в) 10 лет и более.

17. Наличие хронического эмоционального стресса:

а) конфликты в семье в детстве; б) конфликтные ситуации на работе;
в) трудности взаимоотношениях в собственной семье; г) другие причины.

18. Периоды жизни, ухудшающие или облегчающие ГБ (почеркнуть)

а) беременность; б) изменение в личной жизни (замужество, женитьба, развод); в) рождение ребенка; г) изменение характера работы; д) др. изменения (указать какие).

Приложение (2)

Опросник Бека.

Инструкция: В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе.

Стимульный материал

1

- 0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.
- 1 Я расстроен.
- 2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.
- 3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2

- 0 Я не тревожусь о своем будущем.
- 1 Я чувствую, что озадачен будущим.
- 2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.
- 3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3

- 0 Я не чувствую себя неудачником.
- 1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.
- 2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач
- 3 Я чувствую, что как личность я - полный неудачник

4.

- 0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.
- 2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.
- 3 Я полностью не удовлетворен жизнью и мне все надоело.

5

- 0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.
- 1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.
- 2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым
- 3 Я постоянно испытываю чувство вины

6

- 0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.
- 1 Я чувствую, что могу быть наказан.
- 2 Я ожидаю, что могу быть наказан.
- 3 Я чувствую себя уже наказанным.

7

- 0 Я не разочаровался в себе,
- 1 Я разочаровался в себе.
- 2 Я себе противен.
- 3 Я себя ненавижу.

8

- 0 Я знаю, что я не хуже других.
- 1 Я критикую себя за ошибки и слабости.
- 2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.
- 3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9

- 0 Я никогда не думал покончить с собой.

1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.

2 Я хотел бы покончить с собой.

3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10

0 Я плачу не больше, чем обычно.

1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.

2 Теперь я все время плачу.

3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11

0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.

1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.

2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.

3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12

0 Я не утратил Дитереса к другим людям.

1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.

2 Я почти потерял интерес к другим людям*

3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13

0 Я откладываю 11 принятие решения иногда, как и раньше.

1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.

2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.

3 Я больше не могу принимать решения.

14

0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.

1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.

2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения,

делающие меня непривлекательным.

3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15

0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.

1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.

2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.

3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16

0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.

1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.

2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.

3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17

0 Я устаю не больше, чем обычно.

1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.

2 Я устаю почти от всего, что я делаю.

3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18

0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.

2 Мой аппетит теперь значительно хуже.

3 У меня вообще нет аппетита.

19

0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.

1 За последнее время я потерял более 2 кг.

2 Я потерял более 5 кг.

3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

Да _____ Нет _____

20

0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, Как боли, расстройство желудка, запоры и т.д.

2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем- либо другом.

4 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21

0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к близости.

1 Меня меньше занимают проблемы близости, чем раньше.

2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь межполовыми отношениями, чем раньше.

2 Я полностью утратил либидо интерес.

Обработка результатов.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома.

Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Интерпретация (ключ) теста Бека.

Результаты теста интерпретируются следующим образом:

- 0-9 — отсутствие депрессивных симптомов
- 10-15 — легкая депрессия (субдепрессия)
- 16-19 — умеренная депрессия
- 20-29 — выраженная депрессия (средней тяжести)
- 30-63 — тяжёлая депрессия

Также в методике выделяются две субшкалы:

- Пункты 1-13 - **когнитивно-аффективная** субшкала (С-А)
- Пункты 14-21 - **субшкала соматических проявлений депрессии** (S-P)