

От редакции

В этом номере журнала мы продолжаем (начало см. в «Международном неврологическом журнале» № 3 (89), 2017) публиковать материалы конференции, состоявшейся в марте 2017 года в г. Минске (Беларусь) и посвященной 70-летию юбилею кафедры неврологии и нейрохирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования.

УДК 616.831-009.7-039.42-07

DOI: 10.22141/2224-0713.4.90.2017.107264

Садоха К.А.¹, Головки А.М.²

¹Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

²Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии, г. Минск, Республика Беларусь

Современные тенденции в диагностике редких форм головной боли (обзор литературы и клиническое наблюдение)

Резюме. В статье сделан обзор литературы по такой проблеме, как кластерная головная боль. Приводятся данные о распространенности заболевания. В работе представлены современные данные о клинических проявлениях, диагностике, наиболее часто встречающихся причинах кластерной головной боли. В настоящее время диагностика цефалгии в большинстве развитых стран мира осуществляется по единым стандартам, основным среди которых является Международная классификация головной боли. Диагностика кластерной цефалгии базируется на разработанных Международным обществом головной боли критериях и исключении причин симптоматической (вторичной) головной боли. В работе приводятся диагностические критерии, классификация, особенности течения кластерной цефалгии, собственное клиническое наблюдение пациента с кластерной головной болью. В статье показана актуальность проблемы головной боли, а также основные причины трудностей диагностики и понимания природы цефалгии неврологами.

Ключевые слова: Международная классификация головной боли; кластерная цефалгия; атаки; кластерный период; диагностика; критерии; головная боль; клинические проявления кластерной цефалгии; неврологи

Головная боль (цефалгия) является универсальной жалобой, в определенный период жизни становится проблемой примерно для 40 % европейцев, входит в десятку самых частых причин нетрудоспособности в Европе, в той или иной степени вызывает дезадаптацию и снижает качество жизни пациентов. Повторяющиеся дезадаптирующие головные боли (ГБ) негативно влияют как на самого больного, так и на окружающих его людей, членов семьи, коллег по работе, работодателей, изменяют привычный образ жизни пациентов из-за самих эпизодов ГБ или ограничительного поведения, направленного на их предупреждение. Приступы головной боли могут оказывать постоянное негативное влияние на человека, могут быть причиной депрессии, тревоги и опасений из-за возможного сопутствующего серьезного и неизлечимого заболевания [4]. В настоящее время диагностика и лечение ГБ в большинстве развитых стран мира осуществляются по единым стандартам, первым и основным среди которых является Международная классификация головной боли (МКГБ), разработанная Международным обществом ГБ (International Headache Society — IHS) в 1988 году и затем дважды дополняемая — МКГБ-2 и 2R [27, 36]. В 2013 году опубликована последняя действующая версия, которая получила название «бета-версия» (МКГБ-3 бета, 2013); с этого времени все предыдущие версии (МКГБ-2 и 2R) утратили силу [17, 18, 27, 28, 36]. Введение стандартизированных диагностических критериев Международного общества головной боли явилось важным шагом для уточнения причины ГБ. В соответствии с МКГБ все формы головной боли подразделяются на две основные группы: первичные и вторичные. Диагноз первичной формы головной боли предполагает, что анамнез, физикальный и неврологический осмотр, дополнительные методы исследования не выявляют структурного поражения головного мозга, других органов и систем. Термин «вторичные формы головной боли» используется для обозначения симптоматических форм ГБ при заболеваниях известной природы. Для диагностики вторичной цефалгии главным является наличие тесной временной связи между началом ГБ и дебютом основного заболевания, усиление интенсивности цефалгии при обострениях причинной болезни и облегчение течения ГБ при уменьшении симптомов или излечении основного заболевания [4, 17, 18, 27, 28, 31, 34–36]. Многочисленные клинко-эпидемиологические популяционные исследования, которые проводились в большинстве стран мира, подтверждают преобладающее распространение в популяции именно первичных цефалгий: по различным данным, их частота составляет 95–98 %. Вторичные ГБ встречаются существенно реже, в среднем 2–8 % среди всех форм цефалгий [1, 2, 13, 14, 20]. На этапе первичного медицинского звена важным документом, регламентирующим диагностику и подходы к терапии ГБ, являются Европейские принципы ведения пациентов

с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. В этом руководстве выделены четыре типа цефалгий, которые определяют основную часть социально-экономического и других видов ущерба, связанных с ГБ в обществе. Это мигрень, головная боль напряжения (ГБН), пучковая (кластерная) ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ), а также лекарственно-индуцированная, или абузусная ГБ [4].

Среди этих заболеваний выделяется особая группа с односторонней цефалгией, которую многие врачи связывают только с мигренью. Тем не менее существуют и другие формы односторонней ГБ со своими знаменательными клиническими особенностями, позволяющими поставить правильный диагноз. Это ТВЦ, которые сочетают в себе как черты, присущие цефалгиям, так и признаки краνιαльных парасимпатических невралгий. К тригеминально-вегетативным цефалгиям относится кластерная, или пучковая, головная боль (ПГБ). ПГБ — редкая, но одна из самых тяжелых форм головных и лицевых болей у наиболее активной возрастной группы населения, которая нарушает работоспособность и социальную адаптацию пациентов [3, 9, 10, 16]. При описании ПГБ используют следующие понятия: приступ (атака) — единичный эпизод боли; кластерный период (пучок) — период времени, в течение которого у пациента возникают множественные повторные болевые атаки; ремиссия — период, свободный от приступов боли [14]. Впервые симптомы ПГБ описаны Харрисом в 1926 г. Ранее для обозначения этой формы ГБ использовались термины: «пучковая мигрень», «гистаминная цефалгия», «мигрень Хортона», «мигренозная невралгия Харриса», «цилиарная невралгия», «эритромелалгия головы», «эритропрозопалгия Бинга», «будильниковая головная боль», «невралгоподобная гемикрания», «невралгия Гарднера» [7, 14]. Необходимо отметить, что синдромы, описанные ранее преимущественно в отечественной литературе как вегетативные прозопалгии (синдром Сладера, Чарлина, Оппенгейма, Хортона), согласно современной международной классификации также следует относить к ПГБ [7, 15]. Термин «гистаминовая головная боль», указанный в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (G44.0), следует считать некорректным, так как роль гистамина в патогенезе этих форм цефалгий не доказана, а применение антигистаминных средств не эффективно. Болезнь проявляется периодами приступообразной головной боли, сочетающей в себе черты мигрени и невралгии [15]. Распространенность ПГБ колеблется от 0,5 до 1 % среди населения [22, 24]. ПГБ считается исключительно мужской привилегией. Начинаясь между 20 и 30 годами жизни, ПГБ не отступает вплоть до 60–65 лет, проявляясь характерными болевыми пучками. С возрастом отмечена тенденция как к редукции степени выраженности симптомов, так и к уменьшению распространенности [7, 22,

24, 32]. Первый приступ обычно отмечается на третьем десятилетии жизни. Однако у большинства пациентов ПГБ диагностируется с некоторым опозданием [21]. В детском возрасте этот вид головной боли встречается весьма редко, описаны единичные клинические наблюдения, согласно которым самым маленьким пациентам было 3 года [25].

Диагностика заболевания базируется на разработанных IHS критериях и исключении причин симптоматической ПГБ [12, 28, 36]. IHS-критерии ПГБ следующие (МКГБ-3): I) как минимум пять приступов, отвечающих пунктам II–IV; II) интенсивная или чрезвычайно интенсивная односторонняя боль орбитальной, супраорбитальной и/или височной локализации продолжительностью 15–180 минут без лечения; III) ГБ сопровождается как минимум одним из приведенных ниже симптомов: 1) хотя бы один из нижеследующих признаков ипсилатерален ГБ: а) инъектирование конъюнктивы и/или слезотечение; б) заложенность носа и/или ринорея; в) отечность век; г) потливость лба и лица; д) покраснение лба и лица; е) ощущение заложенности в области уха; ж) миоз и/или сужение глазной щели; 2) чувство беспокойства (невозможность находиться в покое) или агитация; IV) частота приступов от 1 в 2 дня до 8 раз в сутки на протяжении более половины времени активного периода заболевания; V) не отвечает критериям других диагнозов МКГБ-3 [17, 18, 28]. Выделяют эпизодическую и хроническую формы заболевания. При более частой эпизодической форме (90 % всех случаев) в активном периоде у пациента возникает ежедневно по несколько приступов. Болевые периоды могут продолжаться от 7 дней до 1 года и перемежаются ремиссиями длительностью 1 месяц и более. Хроническая ПГБ протекает в виде приступов кластерной цефалгии, возникающих на протяжении более года без ремиссий или с ремиссиями продолжительностью менее 1 месяца (10 % пациентов). Симптоматология эпизодической и хронической форм кластерной головной боли практически идентична [7, 8, 11, 14, 28]. Эпизодическая пучковая ГБ, как правило, проявляется четкой суточной и сезонной периодичностью. ПГБ тесно связаны с ночным сном. Ночные атаки являются облигатными для этой формы цефалгии [14]. Примерно половина атак начинается в интервале от 4 до 10 часов утра. Ночные приступы пробуждают пациентов чаще всего между 1 и 2 часами, то есть через 1,5–2 часа после засыпания, что указывает на взаимосвязь ее патогенеза с фазой быстрого сна — REM-фазой [8, 14, 16]. Предполагают, что пусковым фактором ночных атак ПГБ является нарушение дыхания во сне, а именно — сонные апноэ, сопровождающиеся десатурацией (снижением насыщения крови кислородом в фазе REM-сна) [16]. Отмечается и годовая периодичность пучковых периодов, то есть прослеживается четкая связь с минимальной и максимальной продолжительностью светового дня [8]. Приступы провоцируются приемом алкоголя, гистамина или

нитроглицерина. Также провоцируют их появление резкие запахи — сигаретный дым, растворители [7–14]. Многие авторы обращают внимание на характерный внешний вид пациентов с ПГБ. Очень часто это мужчины атлетического телосложения, с наличием поперечных складок в области лба («лицо льва»), телеэктазий. Они амбициозны по характеру, склонны к спорам, внешне агрессивны, но внутренне беспомощны, нерешительны — «внешность льва, а сердце мыши» [5–7]. Атака ПГБ характеризуется односторонними (чаще слева) болями сверлящего, жгучего, распирающего характера (10 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ)) в области глаза (он является основным локусом интенсивности боли: пациенты часто описывают эту боль как «выдавливание глаза», «как будто острым ножом, раскаленным добела, пронизывают глаз», «глаз как будто разрывается») или в лобно-глазничной, височно-глазничной зоне с иррадиацией в ипсилатеральные отделы лица — щеки, уха, зубов, реже — в область шеи, лопатки, плеча [5, 6, 37]. Патогномичным симптомом является поведение больного во время приступа: не может лежать во время атаки. Физическая активность частично может облегчить боль при ПГБ [37]. Тошнота и рвота наблюдаются редко (в 20–30 % случаев). Продолжительность приступа боли варьирует от 15 минут до 3 часов, но обычно средняя продолжительность атаки составляет 45 минут. Боль возникает внезапно и в течение нескольких минут достигает пика (максимума). От других форм цефалгий ПГБ отличает периодичность течения болезни — чередование болевых периодов и ремиссий. Приступы возникают сериями от 1 до 8 (чаще 2–4) в сутки, как правило, в одно и то же время — во время ночного сна (от 50 до 75 % атак) — «будильниковая боль» [8–10, 16, 30, 36]. Болевые атаки продолжаются в типичных случаях в течение 2–6 недель, затем боли исчезают на несколько месяцев или лет, то есть наблюдаются как бы пучки (болевые периоды), откуда и название — «пучковые», или «кластерные» (от англ. *cluster* — пучок) ГБ. Частота «пучков» индивидуальна. Характерна цикличность обострений, их возникновение связано с сезонными колебаниями световой активности. Обычно между приступами пациенты чувствуют себя удовлетворительно, иногда беспокоит дискомфорт в области локализации боли [37].

Таким образом, ПГБ — самая мучительная не только среди других форм цефалгий, но и среди всего многообразия болевых синдромов. Специфическая симптоматика, значительная выраженность болевой фазы, неясность этиологических факторов, ремиттирующее течение, хронобиологическая зависимость наступления экзаксаций и ремиссий, связь течения болезни с определенным функциональным состоянием человека (циклом «сон — бодрствование»), частые диагностические ошибки обосновывают особую сложность проблемы кластерной ГБ [16, 26, 30].

Приводим клиническое наблюдение. Пациент А., 24 года, обратился с жалобами на приступы очень интенсивной (10 баллов по ВАШ), нестерпимой, распирающего характера головной боли в левой височной области с распространением на периорбитальную зону, с чувством «выдавливания глаза», околоушную и теменную области. Боль быстро достигает пика интенсивности (10 баллов по ВАШ), строго односторонняя, имеет исключительно левостороннюю локализацию, сопровождается эмоциональным и двигательным беспокойством (постоянная смена положения тела), фотофобией, вегетативными лицевыми симптомами на болевой стороне — покраснением склеры, слезотечением, ринореей, отечностью века и половины лица. Быстро присоединяется пульсирующий компонент, иногда — тошнота, рвота (1–2 раза). Приступы возникают обычно после ночного сна (вскоре после пробуждения) с 9:00 до 10:00. Боль сохраняется до 2,5 часа, затем постепенно самопроизвольно проходит. Частота болевых эпизодов — 1–2 раза в сутки. Провоцирует, а также значительно усиливает боль и сопутствующие симптомы прием алкоголя (особенно красное вино), реже — недостаточный сон, запах сигарет. Иногда болевые атаки возникают без видимой причины. Считает себя больным с осени 2008 года, когда без видимой причины в конце сентября появились приступы интенсивных распирающих болей в левой височной области, которые распространялись в окологлазничную зону. На стороне боли отмечались слезотечение, ринорея, покраснение склеры и отечность половины лица. Болевые эпизоды повторялись ежедневно 1–2 раза в сутки сразу же после пробуждения (после ночного сна), продолжались 40–50 минут. 4–5 раз просыпался в 4:00 из-за сильной головной боли. Впервые обратился к неврологу, обследован амбулаторно. При осмотре нейроофтальмолога, электроэнцефалографии (ЭЭГ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, МР-ангиографии, шейной спондилографии патологии не выявлено. Состояние расценено как синдром Сладера. При боли принимал цитрамон, парацетамол, кофеин, параскофен, темпалгин, спазмалгон, диклофенак, ибупрофен, индометацин, другие нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), финлепсин — без эффекта. Болевой пучок продолжался 3 недели. Последующие болевые периоды возникали 2–3 раза в год ранней весной (март — апрель), осенью (октябрь — ноябрь), реже — зимой (февраль), продолжались 1–1,5 месяца. Приступы возникали с частотой 7–11 в неделю, но не более 2 эпизодов в сутки, преимущественно после ночного сна. На момент обращения у пациента продолжается кластерный период с середины марта 1,5 месяца. При этом отмечается ежедневно два болевых эпизода с интенсивностью ГБ 10 баллов по ВАШ, продолжительностью 2–2,5 часа. Простые и комбинированные анальгетики, инъекции НПВС, пероральные триптаны (суматриптан, золмитрип-

тан) не приносят облегчения. В настоящее время принимает курс гипербарической оксигенации амбулаторно, 2 недели — топирамат 100 мг на ночь. Рос и развивался нормально. После учебы в Белорусском государственном экономическом университете поступил в магистратуру по международной экономике и транснациональным инвестициям (второй год обучения). Из перенесенных заболеваний отмечает грипп, ветряную оспу, хронический тонзиллит, искривление носовой перегородки. Аллергий не было. Курение, злоупотребление алкоголем, травмы пациент отрицает. Семейный анамнез без особенностей: у родственников не отмечает повторяющихся головных болей. При объективном соматическом осмотре патологии не выявлено, состояние удовлетворительное. Обращает на себя внимание характерный внешний вид пациента: атлетическое телосложение, выраженные поперечные складки в области лба. Неврологический статус: сознание ясное; черепные нервы — без изменений; зрачки одинаковы; тригеминальные точки безболезненны; мимические пробы выполняет удовлетворительно; сила мышц достаточная; мышечный тонус не изменен; объем движений полный; глубокие рефлексы нормальной живости, симметричные; патологических и менингеальных знаков не выявлено; чувствительные и координаторные расстройства отсутствуют; функция тазовых органов не нарушена. Дополнительные методы обследования: общий, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, данные осмотра окулиста, лор-врача, кардиолога, МРТ головного мозга, шейного отдела, ультразвукового исследования брахиоцефальных артерий — без патологии. МР-ангиография исключила нейроваскулярный конфликт у нашего пациента. Для оценки уровней тревожности и депрессии использовались тесты Спилбергера и Бека соответственно. Отмечены средний уровень личностной тревожности (36 баллов), нормальные показатели (10 баллов) реактивной тревоги и депрессии (8 баллов). Учитывая наличие сопутствующей головной боли фотофобии, дизайн исследования включал ЭЭГ-картирование с использованием BrainLoc-системы, а также запись зрительных вызванных потенциалов (ЗВП). На фоновой ЭЭГ регистрируется заостренный альфа-ритм с высокой (более 11 Гц) доминирующей частотой, индекс, а также частотно-пространственная структура альфа-ритма не нарушены. Единичные острые волны на фоновой ЭЭГ при фотостимуляции регистрируются преимущественно в затылочных и теменно-затылочных при гипервентиляции отведениях билатерально. Патологического фокусирования ритмов не выявлено. BrainLoc — локализация среднего диполя в левых затылочных отделах. Текущие диполи проецируются над обеими затылочными долями. Протокол исследования ЗВП соответствовал рекомендациям IHS по проведению нейрофизиологических методов при ПГБ и других первичных головных болях. Оценивались амплитуда ответа

N75-P100, межполушарная асимметрия (разница амплитуды N75-P100 между отведениями 01 и 02), феномен габитуации (угасание амплитуды ответа при повторной стереотипной стимуляции). При анализе данных, полученных при исследовании ЗВП, отмечается тенденция к межполушарной асимметрии со снижением амплитуды N75-P100 на стороне головной боли (слева). Амплитуда N75-P100 в отведении 01 (на стороне боли) была снижена во всех пяти сериях слайд-стимуляции. Отмечено постепенное снижение амплитуды N75-P100 от 1-й к 5-й серии стимулов в правом затылочном отведении. Показано достоверное снижение амплитуд N75-P100, а также нарушение процессов габитуации на стороне ГБ. При исследовании мигательного рефлекса во время болевого пучка установлено удлинение латентных периодов поздних компонентов (R2, R3), что свидетельствует о нарушении функции стволовых структур, гипоталамуса и других образований, принимающих участие в болевой модуляции. Асимметрия P100, дефицит габитуации на стороне головной боли — косвенное подтверждение изменения активности и корковых структур у нашего пациента.

Таким образом, диагноз «эпизодическая пучковая головная боль (кластерный период)» у пациента А. основывается на повторяющихся ежегодно (2–3 раза в год) с осени 2008 сезонных (чаще ранней весной и осенью) обострениях, типичной клинической картине, которая включает всегда после ночного сна эпизоды интенсивной (10 баллов по ВАШ) строго односторонней боли в левой височной области с характерной иррадиацией и сопутствующей симптоматикой. Смена болевых периодов и ремиссий, наличие сезонности и «пучковости» обострений, стереотипность болевых эпизодов, вегетативные проявления на стороне боли, провоцирующие факторы, данные дополнительных методов исследования, отсутствие симптомов и соответствующих результатов обследований, которые обычно указывают на другие причины болевых пароксизмов, позволяют исключить у нашего пациента другие формы первичных и вторичных головных болей.

Быстро нарастающая строго односторонняя мучительная головная боль, ее неоднократное повторение в течение суток, облигатность ночных атак, типичные вегетативные проявления на стороне боли, двигательное и эмоциональное возбуждение во время приступа, а также периодичность течения заболевания — чередование болевых пучков и ремиссий — служат основными критериями диагностики такой редкой формы ГБ, как кластерная цефалгия [6–10, 16].

Дополнительное обследование пациентов с головной болью является обязательным далеко не всегда, требуется только при отсутствии типичных черт первичных форм цефалгии, а также при сопутствующих настораживающих неврологических и соматических симптомах. При этом основными причинами трудностей диагностики, лечения

и понимания природы головных болей неврологами, врачами общей практики являются: 1) недостаточная осведомленность неврологов и врачей общей практики о критериях и принципах диагностики первичных и вторичных форм цефалгии, которые представлены в классификации головной боли, отсутствие опыта работы с ними; 2) малая информированность об эпидемиологической представленности различных форм ГБ и, в частности, о преобладании в популяции первичных форм ГБ, среди которых основное место принадлежит мигрени и головной боли напряжения; 3) избыточное, не обоснованное конкретными показаниями назначение больным дополнительных исследований с последующим ошибочным выводом о причинно-следственной связи между головной болью и обнаруженными при этом неспецифическими изменениями; 4) убежденность в симптоматической природе ГБ приводит, с одной стороны, к несвоевременной диагностике наиболее распространенных первичных форм ГБ, с другой — к ошибочным «органическим» диагнозам, что, в свою очередь, делает невозможным выбор правильной тактики лечения; 5) незнание современных подходов к купированию и профилактике первичных форм ГБ, приоритетный выбор неспецифических средств для курсового профилактического лечения и купирования приступов головной боли вместо патогенетически обоснованных препаратов [12–14]. Одной из причин ошибочной диагностики ГБ является широко распространенная практика обязательного направления пациентов с головной болью на дополнительные исследования. Наиболее популярными методами у большинства наших врачей остаются: ультразвуковая доплерография или дуплексное сканирование сосудов головы и шеи, электроэнцефалография, нейровизуализация, рентгенография шейного отдела позвоночника, осмотр окулиста. В ряде учреждений до сих пор применяется давно устаревший метод — реоэнцефалография. Неспецифические изменения, выявленные при этих обследованиях, затем трактуются врачами как признаки органического поражения головного мозга или мозговых сосудов и служат основанием для установления ложных диагнозов. Ошибочная диагностика вторичной ГБ, в свою очередь, приводит к выбору врачами, наблюдающими пациентов с ГБ, неправильных терапевтических стратегий [14, 19, 23].

Таким образом, поиск новых эффективных подходов к диагностике цефалгии, особенно редких ее форм, использование врачами в своей практике современных ИНС-критериев, МКГБ, а также совершенствование лечебной тактики являются важнейшими медико-биологическими и социальными задачами. Внедрение мероприятий по оптимизации медицинской помощи этим пациентам, организация специализированных кабинетов лечения ГБ при крупных поликлиниках и больницах, создание региональных центров головной боли позволит снизить

уровень данной заболеваемости. Эти шаги в течение ближайших лет существенно повысят уровень диагностики головной боли, качество специализированной помощи пациентам с цефалгиями в целом, а также позволят существенно уменьшить экономические потери, связанные с ГБ в обществе [1–4, 14].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии какого-либо конфликта интересов при подготовке данной статьи.

Список литературы

1. Амелин А.В. Мигрень (патогенез, клиника, лечение) / А.В. Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.А. Скоромец и др. — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 265 с.
2. Боль: практическое руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. — М.: Издательство РАМН, 2011. — 512 с.
3. Вознесенская Т.Г. Головная боль / Т.Г. Вознесенская, А.М. Вейн // Интернет-журнал «Головная боль». — 2002. — № 3. — С. 1-7.
4. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: Практическое руководство для врачей / Т.Дж. Стайнер и соавт.; пер. с англ. Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; научная редакция В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табеевой. — М.: ООО «ОГГИ. РП», 2010. — 56 с.
5. Карлов В.А. Неврология лица / Под ред. В.А. Карлова. — М.: Медицина, 1991. — 288 с.
6. Карлов В.А. Мигрень, пучковая головная боль, головная боль напряжения / В.А. Карлов, Н.Н. Яхно // Болезни нервной системы / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. — М.: Медицина, 1995. — Т. 2, № 13. — С. 325-337.
7. Козелкин А.А. Пучковая головная боль / А.А. Козелкин, А.А. Кузнецов, С.А. Медведкова и др. // Новости медицины и фармации. — 2009. — № 299. — С. 60-67.
8. Кукушкин М.Л. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение / М.Л. Кукушкин, Г.Р. Табеева, Е.В. Подчуфарова // Клинические рекомендации / Под ред. академика РАН Н.Н. Яхно. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2014. — 64 с.
9. Осипова В.В. Лечение суматриптаном мигрени и кластерной головной боли / В.В. Осипова // Журнал неврологии и психиатрии. — 1996. — № 3. — С. 103-104.
10. Осипова В.В. Кластерная цефалгия. Описание клинического случая и некоторые вопросы патогенеза / В.В. Осипова, С.В. Вершинина // Журнал неврологии и психиатрии. — 1996. — № 3. — С. 100-103.
11. Осипова В.В. Первичные головные боли: практическое руководство / В.В. Осипова, Г.Р. Табеева. — М.: ООО «ПАГРИ-Принт», 2007. — 60 с.
12. Осипова В.В. Международные принципы диагностики головных болей: проблемы диагностики головных болей в России / В.В. Осипова, Ю.Э. Азимова, Г.Р. Табеева // Вестник семейной медицины. — 2010. — № 2. — С. 8-18.
13. Осипова В.В. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения / В.В. Осипова, Ю.Э. Азимова, Г.Р. Табеева // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. — 2012. — Т. 6, № 2. — С. 16-21.
14. Осипова В.В. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия. Практическое руководство / В.В. Осипова, Г.Р. Табеева. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. — 336 с.
15. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010. — 520 с.
16. Фокин И.В. Клинико-психологическая характеристика и терапия больных кластерной (пучковой) головной болью / И.В. Фокин, А.М. Вейн, О.А. Колосова и др. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2001. — № 10. — С. 19-21.
17. Шток В.Н. Некоторые замечания по поводу переработанного варианта Международной классификации головной боли (МКГБ-III, бета-версия, 2013) // Журнал неврологии и психиатрии. — 2014. — № 2. — С. 87-90.
18. A collaborative approach to headache classification // *The Lancet Neurology (Ukrainian Edition Issue)*. — 2013. — № 9(52). — P. 2-3 (редакционная статья).
19. American Academy of Neurology. The utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurological examinations // *Neurology*. — 1994. — Vol. 44. — P. 1353-1354.
20. Auzenberg I. The prevalence of primary headache disorders in Russia: A countrywide survey / I. Auzenberg, Z. Katsarava, A. Sborowski et al. // *Cephalalgia*. — 2012. — Vol. 32, № 5. — P. 373-381.
21. Bahra A. Diagnostic delays and mis-management in cluster headache / A. Bahra, P.J. Goadsby // *Acta Neurol. Scand.* — 2004. — Vol. 109. — P. 175-179.
22. Ekblom K. Lifetime prevalence and concordance risk of cluster headache in the Swedish twin population / K. Ekblom, D.A. Svensson, N.L. Pedersen et al. // *Neurology*. — 2006. — Vol. 67. — P. 798-803.
23. Evans R.W. Diagnostic testing for headaches / R.W. Evans // *Med. Clin. North Am.* — 2001. — Vol. 85, № 4. — P. 865-885.
24. Evers S. Prevalence of cluster headache in Germany: results of the epidemiological DMKG study / S. Evers, M. Fishera, A. May et al. // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. — 2007. — Vol. 78. — P. 1289-1290.
25. Garrido C. Cluster headache in a 3 year old child / C. Garrido, A. Tuna, S. Ramos et al. // *Rev. Neurol.* — 2001. — Vol. 33. — P. 732-735.
26. Graham R. Cluster Headache: The relation to Arousal, Relaxation and Autonomic Tone / R. Graham // *Headache*. — 1990. — № 30. — P. 145-151.
27. Headache Classification Committee of the International Headache Society: classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain // *Cephalalgia*. — 1988. — Vol. 8(Suppl. 7). — P. 1-96.
28. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) // *Cephalalgia*. — 2013. — Vol. 33, № 9. — P. 629-808.
29. Koreshkina M.I. Magnetic resonance investigation 3,0 T defects white matter lesions of brain in case of chronic migraine / M.I. Koreshkina, S.W. Atlas, A.D. Khalikov et al. // *Cephalalgia*. — 2009. — Vol. 29. — P. 127.

30. Kudrow L. *The cyclic relationship of natural illumination to cluster period frequency* / L. Kudrow // *Cephalalgia*. — 1987. — Vol. 7. — P. 76-78.

31. Lipton R.B. *Algorithms and simplified approaches to headache diagnosis* / R.B. Lipton, M.E. Bigal // *Classification and diagnosis of headache disorders*. — Oxford University Press, 2005. — P. 255-264.

32. Manzoni G.C. *Male preponderance of cluster headache is progressively decreasing over the years* / G.C. Manzoni // *Headache*. — 1997. — Vol. 37. — P. 588-589.

33. *Migraine and epilepsy: metabolic abnormalities* / K. Sadokha, V. Kistsen, V. Evstigneev: 31th International Epilepsy Congress (Istanbul. 05–09 September 2015). Abstract in a best poster: 963. Code: p0168.

34. Silberstein S.D. *Multispecialty consensus on diagnosis and treatment of headache* / S.D. Silberstein, J. Rosenberg // *Neurology*. — 2000. — № 54. — 1553.

35. Steiner T.J. *Lifting the burden: The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide* // *J. Headache Pain*. — 2005. — Vol. 6. — P. 373-377.

36. *The International classification of headache disorders, 2nd edition* // *Cephalalgia*. — 2003. — Vol. 24(Suppl. 1). — P. 1-160.

37. Torelli P. *Pain and behavior in cluster headache. A prospective study and review of the literature* / P. Torelli, G.C. Manzoni // *Funct. Neurol*. — 2003. — Vol. 18. — P. 205-210.

Получено 27.02.2017 ■

Садоха К.А.¹, Головко О.М.²

¹Державна установа освіти «Білоруська медична академія післядипломної освіти», м. Мінськ, Республіка Білорусь

²Республіканський науково-практичний центр неврології та нейрохірургії, м. Мінськ, Республіка Білорусь

Сучасні тенденції в діагностиці рідкісних форм головного болю (огляд літератури та клінічне спостереження)

Резюме. У статті зроблено огляд літератури з такої проблеми, як кластерний головний біль. Наводяться дані щодо поширеності захворювання. У роботі наведено сучасні дані про клінічні прояви, діагностику, причини кластерного головного болю, що найбільш часто зустрічаються. На даний час діагностика цефалгії в більшості розвинених країн світу здійснюється за єдиними стандартами, основним серед яких є Міжнародна класифікація головного болю. Діагностика кластерної цефалгії базується на розроблених Міжнародним товариством головного болю умовах і виключенні причин симптоматичного

(вторинного) головного болю. У роботі наводяться діагностичні критерії, класифікація, особливості перебігу кластерної цефалгії, власне клінічне спостереження за пацієнтом з кластерним головним болем. У статті показана актуальність проблеми головного болю, а також основні причини труднощів діагностики та розуміння природи цефалгії неврологами.

Ключові слова: Міжнародна класифікація головного болю; кластерна цефалгія; атаки; кластерний період; діагностика; критерії; головний біль; клінічні прояви кластерної цефалгії; неврологи

K.A. Sadokha¹, A.M. Golovko²

¹State Education Institution "Belarusian Medical Academy for Postgraduate Education", Minsk, Republic of Belarus

²Republican Scientific and Practical Center of Neurology and Neurosurgery, Minsk, Republic of Belarus

Modern trends in the diagnosis of rare forms of headache (a review of the literature and clinical observation)

Abstract. The article provides an overview of the literature on such medical issue, as cluster headache. The data are given on the prevalence of the disease. The work presents modern data concerning clinical manifestations, diagnosis, most common causes of the cluster headache. Currently, the diagnosis of cephalgia in most developed countries of the world is carried out according to the same standards, among which there is the International classification of headache disorders. Diagnosis of cluster headache is based on the criteria and the elimination of the causes of symptomatic (secondary) headache

developed by the International Headache Society. In this work, K.A. Sadokha, A.M. Golovko provides diagnostic criteria, classification, peculiarities of cluster headache course, own clinical observation of the patient with a cluster headache. The article shows the urgency of the problem of cephalgia, as well as the main causes of difficulties in the diagnosis and understanding of headache nature by neurologists.

Keywords: International classification of headache disorders; cluster headache; attacks; cluster period; diagnosis; criteria; headache; clinical manifestations of cluster headache; neurologists