

Одобен  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
от «19» апреля 2019 года  
Протокол №63

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

#### 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

##### 1.1 Код (ы) МКБ-10

МКБ-10	
Код	Название
G43	Мигрень
G43.0	Мигрень без ауры (простая мигрень)
G43.1	Мигрень с аурой (классическая мигрень)
G43.2	Мигренозный статус
G43.3	Осложненная мигрень
G43.8	Другие мигрени
G43.9	Мигрень неуточненная
G44	Другие синдромы головной боли
G 44.0	Синдром «гистаминовой» головной боли
G44.1	Сосудистая головная боль, не классифицированная в других рубриках
G44.2	Головная боль напряженного типа
G44.3	Хроническая посттравматическая головная боль
G44.4	Головная боль, применением лекарственных средств, не классифицированная в других рубриках
G44.8	Другой неуточненный синдром головной боли

##### 1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2014 год (пересмотр в 2018 г.)

##### 1.3 Сокращения, используемые в протоколе

АЛТ	—	аланинаминотрансфераза
АСТ	—	аспартатаминотрансфераза
АД	—	артериальное давление
ВМК	—	внутричерепное кровоизлияние
ВЧГ	—	внутричерепная гипертензия
ВидеоЭЭГ	—	видеомониторинг электроэнцефалограммы ГБН- головная боль напряжения
ДЗН	—	диск зрительного нерва
ДНК	—	дезоксирибонуклеиновая кислота

ЗМА	—	задняя черепная ямка
ЗПМР	—	задержка психомоторного развития
ИВЛ		искусственная вентиляция легких
КТ		компьютерная томография
КФК		креатинфосфокиназа
КЩС		кислотно-щелочного состояния
ЛДГ		лактатдегидрогеназа
ЛФК		лечебная физкультура
МКГБ		международная классификации головных болей МР-ангиография
МРТ		магнитно-резонансная томография
НСГ		нейросонография
ОАК		общий анализ крови
ОАМ		общий анализ мочи
ОНМК		острое нарушение мозгового кровообращения
ПМСП		первичная медико-санитарная помощь
ПНМК		преходящее нарушение мозгового кровообращения
ПСГ		полисомнография
РЭГ		реоэнцефалография
САК		субарахноидальное кровоизлияние
СОЭ		скорость оседания эритроцитов
УЗДГ		ультразвуковая доплерография
УЗИ		ультразвуковое исследование
Холтер-ЭКГ		суточная электрокардиография
ЧМН		черепно-мозговые нервы
ЩЖ		щитовидная железа
ЭКГ		электрокардиография
ЭхоЭГ		эхоэнцефалография
ЭЭГ		электроэнцефалография

**1.4 Пользователи протокола:** детские неврологи, педиатры, врачи общей практики, врачи скорой неотложной помощи, клинические фармакологи, фельдшера.

**1.5 Категория пациентов:** дети.

**1.6 Шкала уровня доказательности:**

<b>А</b>	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>В</b>	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное

	или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>C</b>	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
<b>D</b>	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
<b>GPP</b>	Наилучшая клиническая практика.

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

**1.8 Классификация:** Международная классификация головных болей 3 издание 2013г (краткая версия), далее по ссылке: МКГБ -3

Код МКГБ-2	Диагноз
1.	Мигрень
2.	Головная боль напряжения (ГБН)
3.	Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии
4.	Другие первичные головные боли
5.	Головные боли, связанные с травмой или повреждением головы и/или шеи
6.	Головные боли, связанные с поражениями сосудов головного мозга и шеи
7.	Головные боли, связанные с не сосудистыми внутричерепными поражениями
8.	Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой
9.	Головные боли, связанные с инфекциями
10.	Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза
11.	Головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
12.	Головные боли, связанные с психическими нарушениями

13.	Болевые краниальные невралгии и другие лицевые боли
14.	Другие головные боли.

## **2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ [1]:**

### **2.1 Диагностические критерии:**

#### **Жалобы:**

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

#### **Анамнез:**

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

#### **Для мигрени с аурой:**

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

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

**Головная боль напряжения:** длится от нескольких минут до дней, типично двусторонние, средней или легкой интенсивности, без тошноты, со светобоязнью.

**Мигрень без ауры (общая мигрень):** эпизоды длятся до 72 часов, головная боль двусторонняя, затылочная боль не характерна.

**Мигрень с аурой (классическая мигрень):** аура длится 5-20 минут до начала головной боли, обычно визуальная (вспышки, блески, искры света, усиление

спектра/зигзаг, черные точки, или слепые пятна, реже микропсия/макропсия). В межприступном периоде отмечается усталость, трудности концентрации.

**Лабораторные исследования:**

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

**Инструментальные исследования:**

- Офтальмоскопия: признаки отека диска зрительного нерва;
  - УЗДГ сосудов головы и шеи: для исключения нарушения кровообращения
- ЭКГ: Для определения отклонения в сердечной деятельности
- МРТ /КТ головного мозга: при наличии очаговой неврологической симптоматики, при головных болях с выраженной общемозговой симптоматикой рвота, головокружение;
  - УЗИ головного мозга у детей до 1 года: при наличии очаговой неврологической симптоматики
  - ЭЭГ видеомониторинг: при наличии регистрации пароксизмального события с проведением дифференциального диагноза между эпилептическими и неэпилептическими состояниями, такими как парасомнии, синкопальные состояния, конверсионные приступы, стереотипии, дистонические атаки и другие.

**Показания для консультации специалистов:**

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

**2.2 Диагностический алгоритм:**



## 2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Головная боль, мигрень, другие головные боли	на амбулаторном уровне:	ЭхоКГ; • Рентгенография пазух носа • МРТ головного мозга с контрастированием; • Дуплексное сканирование магистральных сосудов; • Холтеровское мониторирование ЭКГ	Интенсивность головной боли, время, продолжительность, характер, локализация
Головная боль, мигрень, другие головные боли	на стационарном уровне:	Коагулология (Определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) в плазме крови, определение фибриногена в плазме, определение фибринолитической активности плазмы крови, проведение реакции адгезии и агрегации тромбоцитов (ГАТ), исследование толерантности плазмы к гепарину, определение активности антиплазмина в плазме, определение времени кровотечения, определение тромбинового времени (ТВ) в плазме крови, определение	Интенсивность головной боли, время, продолжительность, характер, локализация

		<p>растворимых комплексов фибриномономеров (РФМК), определение фактора VIII в плазме, определение фактора XI в плазме);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• общий анализ крови (6 параметров);</li> <li>• биохимический анализ крови (определение мочевины, креатинина, общего белка в сыворотке, кальция, калий, натрий, хлор);</li> <li>• ЭЭГ/видеомониторинг;</li> <li>• рентгенография черепа в двух проекциях;</li> <li>• дуплексное сканирование магистральных сосудов;</li> <li>• холтеровское мониторирование ЭКГ;</li> <li>• исследование спинномозговой функции.</li> </ul>	
--	--	--	--

### **Дифференциальная диагностика головной боли:**

	<i><b>Головная боль напряжения</b></i>	<i><b>Персистирующая головная боль</b></i>	<i><b>Кластерная головная боль</b></i>	<i><b>Мигрень</b></i>
Интенсивность головной боли	от легких до умеренно тупых болей или ноющие боли		сильные боли	от умеренных до сильных болей
Продолжительность	продолжается от 30 минут до нескольких часов	продолжается до 4 часов в день	продолжается от 30 минут до 3 часов	продолжается от 4 часов до 3 дней
Кратность		характерна 15 дней в месяц на протяжении нескольких месяцев	может происходить несколько раз в день в течение нескольких месяцев	периодическое возникновение: от нескольких раз в месяц до нескольких раз в год
Локализация	напряженная, давящая боль на всю голову	локализуется на одной или двух сторонах головы	локализуется на одной стороне головы, фокусируется на глазах или висках	локализуется на одной или двух сторонах головы
Характер		постоянная боль	острая или колющая боль	пульсирующая боль
Наличие тошноты или рвоты	отсутствие тошноты или			тошнота, рвота, возможна аура

	рвоты			
Наличие ауры	нет ауры	нет ауры		имеется аура
Наличие свето- и шумочувствительности	свето- и шумочувствительность есть		может быть насморк, слезы, а также опущение верхнего века (часто с одной стороны)	чувствительность к свету, шуму, движению есть
Провокаторы		усугубляется регулярным использованием парацетамола или НПВП		может наблюдаться одновременно с ГБН

### 3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

#### 3.1 Немедикаментозное лечение:

- охранительный режим (соблюдение режима сна и отдыха, ограничить переутомление);
- диета: ограничить продукты содержащие амины, глутамат мононатрия, нитриты, кофеин и аспарат;
- транскраниальная магнитная стимуляция - метод, позволяющий **неинвазивно** стимулировать кору головного мозга при помощи коротких магнитных импульсов

#### 3.2 Медикаментозное лечение:

Для лечения головной боли применяют:

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

#### Перечень основных лекарственных средств:

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Ненаркотические анальгетики, включая нестероидные и другие противовоспалительные средства	ацилсалициловая кислота	Разовая доза для детей в возрасте 1 года составляет 0,05 г, 2 лет — 0,1 г, 3 лет — 0,15 г, 4 лет — 0,2 г. Начиная с 5-летнего возраста можно назначать в таблетках по 0,25 г на приём. У детей до 12 лет прием ацетилсалициловой кислоты в качестве	В



		жаропонижающего средства сопряжен с риском возникновения синдрома Рея.	
Нестероидные противовоспалительные препараты	парацетамол	Суточная доза с 3 до 6 лет (от 15 до 22 кг) - 1 г, до 9 лет (до 30 кг) - 1,5 кг, до 12 лет (до 40 кг) - 2 г. Кратность назначения - 4 раза в сутки; интервал между каждым приемом - не менее 4 ч.	В
Нестероидные противовоспалительные препараты	парацетамол	по 1 свече ректально при повышении температуры; ибупрофен, таблетки по 0,2 и 0,4 г No10, 20 или 100 шт	В
Нестероидные противовоспалительные препараты	Диклофенак натрия	детям в возрасте 6 лет и старше и подросткам из расчета 2 мг/кг/сут, раствор для инъекций 2,5% в ампулах 3мл No5.	В
Серотонинэргические средства	суматриптан	Внутрь – 50 мг (при необходимости 100 мг). Интраназально — 20 мг (1 доза) в одну ноздрю. Повторное введение возможно с интервалом не менее 2 ч. Максимальная суточная доза при приеме внутрь – 300 мг, при интраназальном применении – 2 дозы по 20 мг. Форма выпуска таб., покр. пленочной обол., 100 мг: 2, 4, 6 или 10 шт	В

### Перечень дополнительных лекарственных средств:

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Витамины и витаминоподобные средства. Никотинаты.	никотиноил гамма - аминomásляная кислота	внутрь, 0,05 г 3 раза в сутки; • парентерально по схеме: утром в/в капельно, вечером в/м, доза -0,1-0,2 г (2 мл 5– 10% раствора)	С

		1-2 раза в сутки в суточной дозе 0,2-0,4 г, курс лечения: 10 дней в/в, затем в/м 15 - 30 дней.	
Противосудорожные средства	вальпроат натрия	20-30 мг/кг в день, таблетки 300 мг, 500мг, No 30, No 100, сироп 50мг/мл, 300мг/мл;	С
	топирамат	с 1 мг/кг/сут (макс. 5-6 мг/кг/сут)	С

### 3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

### 3.4 Дальнейшее ведение:

- Профилактические курсы медикаментозной витаминотерапии, режим сна и отдыха.
- Седативная терапия при провокационных ситуациях без клинических проявлений.
- Избегать повторных стрессовых ситуаций, перенапряжения, переутомления.

### 3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- улучшение настроения;
- купирование головных болей и пароксизмальных проявлений;
- нормализация сна;
- повышение работоспособности;
- улучшение качества жизни

## 4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

### 4.1 Показания для экстренной госпитализации:

- нарушение сознания;
- не купируемые головные боли.

### 4.2 Показания для плановой госпитализации: нет.

## 5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

### 5.1 Немедикаментозное лечение:

- Режим: строгий режим труда и отдыха, освобождение от дополнительных нагрузок.
- Диета: необходимо придерживаться диеты- ограничить продукты, содержащие амины, глутамат мононатрия, нитриты, кофеин и аспарат, психотерапия, транскраниальная магнитная стимуляция

### 5.2 Медикаментозное лечение:

#### Перечень основных лекарственных средств:

Фармакотерапевтическая	Международное непатентованное	Способ применения	Уровень доказательности
------------------------	-------------------------------	-------------------	-------------------------

<b>группа</b>	<b>наименование ЛС</b>		
Ненаркотические анальгетики, включая нестероидные и другие противовоспалительные средства	Ацетилсалициловая кислота	Разовая доза для детей в возрасте 1 года составляет 0,05 г, 2 лет — 0,1 г, 3 лет — 0,15 г, 4 лет — 0,2 г. Начиная с 5-летнего возраста можно назначать в таблетках по 0,25 г на приём. У детей до 12 лет прием ацетилсалициловой кислоты в качестве жаропонижающего средства сопряжен с риском возникновения синдрома Рея.	В
Нестероидные противовоспалительные препараты	Парацетамол	0,5 г до 23 таблеток	В
Нестероидные противовоспалительные препараты	Парацетамол в свечах	по 1 свече ректально при повышении температуры; Ибупрофен, таблетки по 0,2 и 0,4 г №10, 20 или 100 шт.;	В
Нестероидные противовоспалительные препараты	Диклофенак натрия	детям в возрасте 6 лет и старше и подросткам из расчета 2 мг/кг/сут, раствор для инъекций 2,5% в ампулах 3мл №5	В
Нестероидные противовоспалительные препараты	кеторолак	таблетки, содержащие по 0,01 г кеторолака трометамин, раствор для инъекций в ампулах по 1 мл (0,015 или 0,03 г кеторолака трометамин). Доза 15-30 мг, вводят каждые 4-6 часов внутримышечно, внутривенно и внутрь в течение 5 дней.	В

### Перечень дополнительных лекарственных средств:

<b>Фармакотерапевтическая группа</b>	<b>Международное непатентованное наименование ЛС</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень доказательности</b>
Витамины и витаминоподобные средства. Никотинаты.	никотиноил гамма – аминomásляная кислота	внутрь, 0,05 г 3 раза в сутки; парентерально по схеме: утром в/в	С

		капельно, вечером в/м, доза -0,1-0,2 г (2 мл 5–10% раствора) 1-2 раза в сутки в суточной дозе 0,2-0,4 г, курс лечения: 10 дней в/в, затем в/м 15 - 30 дней.	
Противосудорожные препараты	вальпроат натрия	20-30 мг/кг в день, таблетки 300 мг, 500мг, No 30, No 100, сироп 50мг/мл, 300мг/мл;	С
Антидепрессант трициклический	амитриптилин	12,5–25 мг до 100 мг/сут.;	С
Миорелаксант центральный	tizанидин	4-6 мг/сут; курс 10 дней	С
Антидепрессант	флуоксетин	20 мг/сут в 1–2 приема (преимущественно в первой половине дня	С
топирамат	топирамат	3–6 мг/кг/сут;	
карбамазепин 200мг	карбамазепин	в таблетке, по 1тб на ночь, курс 1 месяц	

### 5.3 Хирургическое лечение: нет.

### 5.4 Дальнейшее ведение:

- осмотр участкового педиатра, врача общей практики 1 раз в 6 месяцев (для контроля АД, динамики заболевания, для назначения профилактического лечения);
- осмотр офтальмолога 1 раз в год.

### 6. Индикаторы эффективности лечения:

- купирование общемозговой симптоматики;
- купирование очаговой симптоматики.

### 7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

#### 7.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1) Джаксыбаева Алтыншаш Хайруллаевна – доктор медицинских наук, невролог, доцент кафедры неврологии НАО «Медицинский университет Астана».

- 2) Байгазиева Ляззат Бердалиевна – ассистент кафедры неврологии НАО «Медицинский университет Астана».
- 3) Чункаева Дана Дюсембаевна – ассистент кафедры неврологии НАО «Медицинский университет Астана».
- 4) Жетимкеримова Гаухар Ерлановна – клинический фармаколог КФ «УМС» Национальный научный центр материнства и детства.

**7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

**7.3 Рецензенты:**

- 1) Булекбаева Шолпан Адильжановна – доктор медицинских наук, директор КФ УМС НЦДР

**7.4 Условия пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**7.5 Список использованной литературы:**

- 1) Comprehensive Review of Headache Medicine. — Oxford University Press US, 2008. — P. 60. — ISBN 0-19-536673-5
- 2) The classification and treatment of headache. Med. Clin. North Am. 35 (5): 1485– 93. PMID 14862569.
- 3) Amal Mattu; Deepi Goyal; Barrett, Jeffrey W.; Joshua Broder; DeAngelis, Michael; Peter Deblieux; Gus M. Garmel; Richard Harrigan; David Karras; Anita L'Italien; David Manthey Emergency medicine: avoiding the pitfalls and improving the outcomes. — Malden, Mass: Blackwell Pub./BMJ Books, 2007. — P. 39. — ISBN 1-4051-4166-2
- 4) Goadsby PJ (January 2009). «The vascular theory of migraine--a great story wrecked by the facts». *Brain* 132 (Pt 1): 6–7. DOI:10.1093/brain/awn321. PMID 19098031.
- 5) Consumer Reports & Drug Effectiveness Review Project (March 2013), «Using the Triptans to Treat: Migraine Headaches Comparing Effectiveness, Safety, and Price», consumer Reports, с. 8.
- 6) Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, Tomlinson GA, McCrory DC, Booth CM. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging? JAMA 2006;296:1274-83
- 7) A Placebo-Controlled Surgical Trial of the Treatment of Migraine Headaches — Plastic and Reconstructive Surgery: August 2009 — Volume 124 — Issue 2 — pp 461— 468
- 8) Rob Forsyth, Richard Newton. Pediatric Neurology //Oxford specialist handbooks in pediatrics/ 2012
- 9) Джеральд Феничел М. Педиатрическая неврология: Основы клинической диагностики, 2004;

10) Jayantee Kalita, Sanghamitra Laskar/ Efficacy of single versus three sessions of high rate repetitive transcranial magnetic stimulation in chronic migraine and tension-type headache. J/ Neurology DOI 10.1007/s00415-016-8257-2/ 2016

11)Usha Misra, Jayantee Kalita et al/ High-rate repetitive transcranial magnetic stimulation in migraine prophylaxis:a randomized, placebo-controlled study/J of neurology(2013) 260:2793-2801