



## Систематизация первичных головных болей: ближайшие и отдаленные перспективы

ОДИНАК М.М., член-корреспондент РАМН, профессор, полковник медицинской службы в отставке (nevrma@mail.ru)  
ИСКРА Д.А., доцент, полковник медицинской службы (iskradm@mail.ru)

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург.

*Odinak M.M., Iskra D.A. — Systematization of primary headache: current and future prospects. The article is devoted to the current state of the problem of systematization of primary headaches and main clinical forms. The conceptual evolution of ideas about the classification of certain options of cephalgia and identified major trends for its improvement is given. Verification of types and subtypes of individual cephalgia can present a significant challenge even for experienced neurologists, neurosurgeons, and internists. In this regard in most European countries and the U.S. have set up specialized centers for the treatment of headaches. Concluded that in the short term in the national health care system, including. Including the Armed Forces, it is advisable to create such centers.*

*К е у о р д с:* primary headaches, migraine, tension headache, cluster headache, classification, diagnostic criteria.

**В** настоящее время при установлении диагноза пациентам с цефалгиями специалисты руководствуются вторым изданием *Международной классификации головной боли* (МКГБ-II), разработанной классификационным комитетом Международного общества головной боли в 2004 г. Указанная классификация пришла на смену первому изданию 1988 г. и привнесла ряд новшеств, позволяющих с современных позиций диагностировать различные виды цефалгий [14, 15].

В МКГБ-II все многообразие головных болей разделено на 3 части: первичные головные боли; вторичные головные боли; краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и другие головные боли. Указанные части содержат 14 глав по числу описанных к настоящему времени групп цефалгий. В каждой главе выделено несколько разделов, соответствующих отдельным формам головной боли в рамках выделенной группы. И наконец, некоторые разделы содержат описание двух и более типов цефалгий, в которых, в свою очередь, могут быть выделены подтипы. Все разновидности головных болей по возможности кодированы с учетом *Международной классификации болезней 10-го пересмотра* (МКБ-10). Каждая глава содержит крат-

кое клиническое описание группы и включенных в нее форм головных болей, а также детальные характеристики всех разновидностей (типов и подтипов) цефалгий, входящих в эту главу, с точными диагностическими критериями [15].

Следует отметить, что принципы постановки диагнозов в МКГБ-II сформулированы достаточно четко. Во-первых, диагноз устанавливается в соответствии с тем типом (подтипом) головной боли, который отмечается у больного в настоящее время и в течение последнего года. Во-вторых, верификация клинического варианта цефалгии основывается на полном соответствии головной боли критериям А, В, С, D и т. д. Для каждого из этих критериев разработаны соответствующие требования, такие как, например, «две из следующих четырех характеристик» и т. п. В-третьих, иерархический принцип построения классификации позволяет устанавливать пациенту многоуровневый диагноз, где на первом и втором уровне определяется принадлежность цефалгии к определенной группе и соответствие ее какой-либо форме, а следующие (третий и четвертый уровень) несут более детальную информацию о клинических типах и подтипах заболевания. Выставление диагноза третьего и четвертого



уровня может быть осуществлено при условии высокой квалификации и специальных знаний врача, при этом, как правило, требуется наблюдение за течением заболевания в динамике и проведение дополнительных методов обследования. В-четвертых, если у пациента отмечается несколько форм, типов и подтипов головной боли, то все они находят отражение в диагнозе, причем располагаются в порядке значимости для пациента. При этом если головная боль одновременно отвечает диагностическим критериям двух клинических форм, одна из которых «возможная», например «Мигрень без ауры» и «Возможная головная боль напряжения», то следует остановиться на более определенном, т. е. на первом диагнозе. Выделение «возможных» форм и типов цефалгий было осуществлено только во втором издании МКГБ. Это позволило устанавливать диагнозы тем

пациентам, у которых клинические симптомы по большей части, но не полностью соответствовали определенным формам головных болей, а также в тех случаях, когда для проведения дифференциальной диагностики требовалось врачебное наблюдение за больным в течение длительного (до 2 мес) времени [2, 15, 18].

Группы первичных головных болей описаны в первых четырех главах МКГБ-II. Первая и вторая главы (мигрень и *головная боль напряжения* – ГБН) содержат по одной, третья – четыре, а четвертая – восемь клинических форм цефалгий. В большинстве клинических форм выделены типы и подтипы. Указанное подразделение осуществлено по симптоматическому принципу. В качестве диагностических критериев используются клинические признаки, определяемые по большей части еще при опросе больного (см. таблицу).

### Классификация первичных головных болей

Код МКГБ-II	Код МКБ-10	Диагноз
1	[G43]	Мигрень
1.1	[G43.0]	Мигрень без ауры
1.2	[G43.1]	Мигрень с аурой
1.2.1	[G43.10]	Типичная аура с мигренозной головной болью
1.2.2	[G43.10]	Типичная аура с немигренозной головной болью
1.2.3	[G43.104]	Типичная аура без головной боли
1.2.4	[G43.105]	Семейная гемиплегическая мигрень (СГМ)
1.2.5	[G43.105]	Спорадическая гемиплегическая мигрень
1.2.6	[G43.103]	Мигрень базилярного типа
1.3	[G43.82]	Периодические синдромы детского возраста – предшественники мигрени
1.3.1	[G43.82]	Циклические рвоты
1.3.2	[G43.820]	Абдоминальная мигрень
1.3.3	[G43.821]	Доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста
1.4	[G43.81]	Ретинальная мигрень
1.5	[G43.3]	Осложнения мигрени
1.5.1	[G43.3]	Хроническая мигрень
1.5.2	[G43.2]	Мигренозный статус
1.5.3	[G43.3]	Персистирующая аура без инфаркта



Код МКГБ-II	Код МКБ-10	Диагноз
1.5.4	[G43.3]	Мигренозный инфаркт
1.5.5	[G43.3]+ [G40.x или G41.x]	Мигрень – триггер эпилептического припадка
1.6	[G43.83]	Возможная мигрень
1.6.1	[G43.83]	Возможная мигрень без ауры
1.6.2	[G43.83]	Возможная мигрень с аурой
1.6.3	[G43.83]	Возможная хроническая мигрень
2	[G44.2]	Головная боль напряжения (ГБН)
2.1	[G44.2]	Нечастая эпизодическая ГБН
2.1.1	[G44.20]	Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.1.2	[G44.21]	Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2	[G44.2]	Частая эпизодическая ГБН
2.2.1	[G44.20]	Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2.2	[G44.21]	Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3	[G44.2]	Хроническая ГБН
2.3.1	[G44.22]	Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3.2	[G44.23]	Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.4	[G44.28]	Возможная ГБН
2.4.1	[G44.28]	Возможная нечастая ГБН
2.4.2	[G44.28]	Возможная частая ГБН
2.4.3	[G44.28]	Возможная хроническая ГБН
3	[G44.0]	Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии
3.1	[G44.0]	Пучковая головная боль
3.1.1	[G44.01]	Эпизодическая пучковая головная боль
3.1.2	[G44.02]	Хроническая пучковая головная боль
3.2	[G44.03]	Пароксизмальная гемикрания
3.2.1	[G44.03]	Эпизодическая пароксизмальная гемикрания
3.2.2	[G44.03]	Хроническая пароксизмальная гемикрания (ХПГ)
3.3	[G44.08]	Кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъекированием конъюнктивы и слезотечением (КОНКС) (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing (SUNCT))
3.4	[G44.08]	Возможные тригеминальные вегетативные цефалгии



Код МКГБ-II	Код МКБ-10	Диагноз
3.4.1	[G44.08]	Возможная пучковая головная боль
3.4.2	[G44.08]	Возможная пароксизмальная гемикрания
3.4.3	[G44.08]	Возможная КОНКС (SUNCT)
4	[G44.80]	Другие первичные головные боли
4.1	[G44.800]	Первичная колющая (stabbing) головная боль
4.2	[G44.803]	Первичная кашлевая головная боль
4.3	[G44.804]	Первичная головная боль при физическом напряжении
4.4	[G44.805]	Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью
4.4.1	[G44.805]	Преоргазмическая головная боль
4.4.2	[G44.805]	Оргазмическая головная боль
4.5	[G44.08]	Гипническая головная боль (hypnic headache)
4.6	[G44.08]	Первичная громоподобная головная боль (thunderclap headache)
4.7	[G44.08]	Гемикрания континуа (hemicrania continua)
4.8	[G44.2]	Новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль (New daily-persistent headache (NDPH))

**Примечание.** В таблице приводится перевод с английского МКГБ-II д-ра мед. наук, проф. В.В.Осиповой при участии д-ра мед. наук, проф. Т.Г.Вознесенской. Переводчики с целью сохранения привычной для российских неврологов терминологии при обозначении типов ГБН термин «tenderness» (буквальный перевод – «болезненность при пальпации или давлении») трактуют как «напряжение».

Первая глава МКГБ-II посвящена мигрени, пожалуй, наиболее яркой форме первичных цефалгий. В настоящее время выделяют пять клинических вариантов заболевания. В то же время львиную долю всех наблюдаемых у пациентов мигренозных атак можно классифицировать как мигрень без ауры или мигрень с аурой [3, 22].

Мигрень без ауры (ранее – простая мигрень) составляет примерно 70% в структуре рассматриваемой клинической формы. Этот тип цефалгии в основном разделе классификации не подразделяется на подтипы [19]. Однако следует понимать, что, хотя МКГБ-II является итогом кропотливой работы большой группы исследователей по всему миру, описанные в ней разновидности головных болей не являются раз и навсегда признанными. Результаты научных изысканий 90-х годов прошлого и начала нынешнего века нашли отражение в изменениях между первым и вторым изда-

ниями классификации. Несомненно, этот процесс будет продолжен, что в полной мере касается и первичных головных болей. Понимание этого позволяет с критических позиций рассматривать вероятность выделения отдельных разновидностей первичных цефалгий, что, однако, нисколько не умаляет практической значимости и целесообразности использования предложенной классификации [27].

Так как первые три группы первичных головных болей описаны уже достаточно давно, они были отражены еще в первом издании Международной классификации. При этом следует отметить, что уже на современном этапе с учетом появившихся новых данных, например, об этиопатогенезе кластерной головной боли, отнесение этой формы цефалгий к первичным может быть со временем оспорено [6].

Тем не менее результаты проводимых на рубеже веков научных исследо-



ваний позволили зафиксировать в МКГБ-II некоторые новые и исключить отдельные ранее описанные формы и типы первичных головных болей внутри групп. Часть этих изменений носит декларативный характер. Некоторые новые разновидности цефалгий и уточненные (альтернативные) диагностические критерии не включены в основные разделы классификации, а приводятся в ее приложении. Таким образом, составители признают их существование и значимость для клинической практики, но считают необходимым более детальное изучение и валидизацию новых данных. Те же доводы приводятся для некоторых ранее описанных клинических форм, существование которых сомнительно [15].

Применительно к типу «мигрень без ауры» в приложении МКГБ-II исключительно для менструирующих женщин предлагаются альтернативные диагностические критерии, позволяющие выделять: истинную менструальную мигрень без ауры; мигрень без ауры, связанную с менструацией; менеструальную мигрень без ауры. Выделение указанных подтипов основывается на наблюдениях о связи приступов мигрени с фазами менструального цикла у части пациенток и, следовательно, возможности гормональной терапии для профилактики цефалгий [3, 22, 27].

Мигрень с аурой (ранее – ассоциированная, классическая, офтальмическая, гемипарестетическая, афатическая или осложненная мигрень) наблюдается примерно у трети пациентов с мигренью и составляет около 10% мигренозных атак. Это тип головной боли, при котором отмечается значительная частота приступов, им предшествует комплекс фокальных неврологических симптомов: зрительные, чувствительные, двигательные или речевые (дисфазия) нарушения, а дизадаптация пациентов наиболее выражена [10, 22].

Накопленные к моменту второго издания классификации данные позволили внести ряд изменений в диагностические критерии «мигрени с аурой». В частности, была признана вариативность

таких составляющих приступа, как аура и головная боль. Это послужило основанием для выделения подтипов цефалгии, при которых аура может сочетаться как с мигренозной, так и с немигренозной головной болью, или последняя может отсутствовать вовсе, при этом аура часто представлена зрительными нарушениями и чередуется с типичными мигренозными атаками. Более того, рассматривается возможность выделения нового подтипа – «статус мигренозной ауры», диагностические критерии которого совпадают с любыми из описанных для анализируемого клинического типа, однако аура наблюдается по меньшей мере 2 раза в день на протяжении 5 или более последовательных дней [11, 26].

Выявление трех генов, связанных с мигренью (CACNA1F на 19-й хромосоме, ATP1A2 на 1-й хромосоме и SCN1A на 2-й хромосоме), позволило уточнить диагностические критерии подтипа «семейная гемиплегическая мигрень» (СГМ), определив три возможных ее разновидности: СГМ1, СГМ2 и СГМ3 (сообразно выявляемой генной мутации), и в свою очередь выделить новый клинический вариант со сходной симптоматикой, но без генных мутаций – «спорадическая гемиплегическая мигрень». Во втором издании классификации уточнены характеристики мигрени базилярного типа, что позволяет четко дифференцировать ее от данных подтипов, и прежде всего от СГМ1. В то же время выяснение этиопатогенеза офтальмоплегической мигрени, которая считалась ранее вариантом мигрени с аурой, позволило отнести ее к разделу вторичных головных болей, а фигурировавшие в первом издании классификации подтипы «мигрень с пролонгированной аурой» и «мигрень с внезапно начавшейся аурой» упразднены вовсе [3, 9, 13, 28].

Рассматриваемые в настоящее время клинические варианты периодических синдромов детского возраста – предшественников мигрени (циклические рвоты, абдоминальная мигрень и доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста) в ближай-



шем будущем могут пополниться еще двумя подтипами: альтернирующей гемиплегией детского возраста и доброкачественным пароксизмальным тортиколлисом. Оба этих феномена имеют безусловную связь с мигренью. Доброкачественный пароксизмальный тортиколлис может даже трансформироваться в другие типы цефалгии: доброкачественное пароксизмальное головокружение детского возраста или в мигрень базилярного типа. Однако до настоящего времени сохраняется ряд трудностей практического и теоретического плана, не позволяющих с высокой степенью достоверности осуществлять дифференциальную диагностику этих подтипов мигрени с рядом заболеваний, например с эпилепсией [4, 15, 27].

Во втором издании классификации к осложнениям мигрени, кроме ранее выделенных (мигренозный статус, персистирующая аура без инфаркта, мигренозный инфаркт и мигрень – триггер эпилептического припадка), стали относить «хроническую мигрень». Следует отметить, что дискуссии по вопросу правомерности выделения хронической мигрени продолжаются до сих пор. В первую очередь они связаны с трудностями дифференциальной диагностики хронической мигрени с абюзными вариантами цефалгий [5, 15, 22].

Действительно, в анамнезе большинства случаев хронической мигрени исходно определяется такой тип, как мигрень без ауры. В то же время частые мигренозные головные боли, как правило, ведут к чрезмерному употреблению анальгетиков и развитию лекарственно-зависимой формы головной боли. Частота приступов при этом нарастает. Поэтому в настоящее время принят диагностический алгоритм, согласно которому верификация хронической мигрени осуществляется согласно предложенным временным критериям у той категории пациентов, которые не злоупотребляют обезболивающими или другими препаратами, т. е. не имеют абюзных головных болей. В остальных случаях диагноз выставляется не ранее чем через 2 мес

после отмены препарата, предположительно вызвавшего абзус. Подтверждением наличия хронической мигрени является сохранение соответствия характеристик головной боли определенным диагностическим критериям. Если же на фоне отмены препарата наступает улучшение, применяется кодировка – абзусная головная боль. Следует отметить, что в диагноз хроническая мигрень должна быть включена исходная форма цефалгии, например мигрень без ауры [3, 22, 27].

Во второй главе МКГБ-II рассматривается головная боль напряжения – самая распространенная форма первичных цефалгий. Эпизодический и хронический типы этой клинической разновидности головных болей были выделены уже в первом издании классификации. Важность этого разделения была обусловлена тем, что при хроническом типе, составляющем около 2–4% всех ГБН, более чем у 60% пациентов наблюдаются сопутствующие тревожные расстройства, депрессии, нарушения сна, передозировки анальгетиков, другие болевые синдромы, что, безусловно, значительно ухудшает их качество жизни и ведет к стойкой утрате трудоспособности. Другими важными отличиями хронического типа ГБН являются: значительная продолжительность головной боли (несколько часов), ее постоянный характер и высокая частота возникновения (не менее 15 дней в месяц в течение более 3 мес) [15, 16].

Хронической ГБН считается в тех случаях, когда она происходит из эпизодической ГБН, а также при неустановленных особенностях дебюта головной боли. Если клиническая картина заболевания соответствует хроническому типу ГБН, но головная боль изначально не имеет ремиссий (т. е. приобретает хроническое течение в течение первых 3 дней после появления боли), должен быть выставлен диагноз с соответствующей кодировкой МКГБ-II: 4.8. Новая ежедневно (изначально) персистирующая головная боль. В тех случаях, когда проводится дифференциальная диагностика хронической ГБН и абзусной головной боли



используется алгоритм, описанный для верификации хронической мигрени [1].

В МКГБ-II эпизодические ГБН впервые были разделены на нечастые и частые. Первый тип не требует лечения. Он наблюдается примерно в половине всех случаев ГБН и считается вариантом физиологических защитных реакций на диссомнии и стрессорные воздействия. Частые эпизодические ГБН диагностируются примерно у 37–39% больных. Этот тип цефалгии может трансформироваться в хронический. Пациенты с частыми эпизодическими ГБН нуждаются в лечении. Для определения типа эпизодической ГБН необходимо установить минимальное число приступов головной боли (болевых дней), т. к. они имеют сходные клинические характеристики и различаются в основном по частоте возникновения (не более 1 дня в месяц нечастая и от 1 до 15 дней в месяц – частая эпизодическая ГБН). Следует отметить, что и эпизодические и хронический типы ГБН подразделяются по критерию напряжения (болезненности) перикраниальных мышц [1, 15, 16, 27].

В третью главу МКГБ-II, помимо ранее описанных – пучковой головной боли и пароксизмальной гемикрании – была дополнительно включена еще одна форма цефалгий: «кратковременные односторонние невралгические головные боли с инъектированием конъюнктивы и слезотечением» (КОНКС, или SUNCT). Кроме того, для пароксизмальной гемикрании признан не только хронический, но и эпизодический вариант течения. Чрезвычайно важно также упомянуть, что исследования последних десятилетий свидетельствуют о наличии специфических структурных и функциональных изменений в гипоталамусе у пациентов с пучковой (кластерной) головной болью. Эти данные послужили основанием для дискуссий по поводу правомерности отнесения этой цефалгии к первичным формам [6, 7].

В приложении классификации дискутируется вопрос о возможной принадлежности SUNCT к «кратковременным односторонним невралгическим головным

болям с краниальными вегетативными симптомами» (SUNA). Указанный клинический вариант цефалгии пока не включен в классификацию. Эта форма включает большее число вегетативных симптомов, которые могут сопровождать головную боль. К ним, помимо инъектирования конъюнктивы и слезотечения, относится заложенность носа и/или ринорея, отек век. Основными доводами, приводимыми в пользу включения SUNCT-варианта цефалгий в структуру клинической формы SUNA, являются следующие. Не каждый цефалгический приступ может и должен сопровождаться инъектированием конъюнктивы и слезотечением, возможно манифестирование других вегетативных симптомов. Зачастую бывает трудно провести дифференциальную диагностику кратковременных атак при SUNCT и болей при невралгии первой ветви тройничного нерва. При этом важным различием, которое может быть использовано при верификации диагноза, является отсутствие рефрактерного периода при кожной стимуляции у пациентов с SUNA-формой цефалгии. И наконец, частота приступов при SUNCT не является специфическим критерием в связи с большим разбросом значений этой характеристики.

В свою очередь, в клиническом варианте SUNA предлагается выделение эпизодического и хронического типов, различающихся по временным характеристикам атак: 2 болевых периода продолжительностью (без лечения) от 7 сут до 1 года, перемежающихся с безболевыми промежутками продолжительностью не менее 1 мес (эпизодический тип); приступы повторяются в течение 1 года без ремиссий или продолжительность ремиссий менее 1 мес (хронический тип) [8].

Четвертая глава МКГБ-II претерпела наиболее значительные изменения по сравнению с первым изданием классификации, начиная со своего названия (первоначально «Прочие первичные головные боли, не связанные со структурными поражениями»). Кроме того, после



уточнения патогенетических механизмов из главы были исключены и перенесены в другой раздел «головная боль, связанная с внешним сдавлением» и «головная боль, связанная с холодowymi стимулами» [14, 15].

При этом в дополнение к имеющимся редким вариантам первичных головных болей были включены: гипническая головная боль, первичная громоподобная головная боль, гемикрания континуа и новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль [12, 24, 25].

Первые две формы имеют достаточные четкие клинические характеристики, в то же время при их верификации требуется скрупулезное проведение дифференциальной диагностики с вторичными цефалгиями, обусловленными внутричерепной патологией. Особенно это касается первичной громоподобной головной боли, поскольку до сих пор дискутируется вопрос о правильности отнесения ее к первичным нарушениям. Схожие приступы наблюдаются при субарахноидальных кровоизлияниях, а также при целом ряде заболеваний: церебральный венозный тромбоз, неразорвавшаяся сосудистая мальформация, расслоение интра- и экстракраниальных артерий, церебральный ангиит и обратимая доброкачественная ангиопатия, а также апоплексия гипофиза. Громоподобная головная боль может наблюдаться при коллоидной кисте третьего желудочка, понижении ликворного давления и острых синуситах [17, 20].

Включение в МКГБ-II клинической формы гемикрания континуа обусловлено наличием весьма характерных признаков, присущих этому заболеванию: односторонность, ежедневность, сочетание с вегетативными симптомами, чувствительность к лечению индометацином. Однако в настоящее время описаны варианты заболевания с разными типами течения: без ремиссий (наиболее частый) и ремитирующий. Вероятно, со временем эти данные будут обобщены и систематизированы, что приведет к описанию различных типов этой клинической формы [23].

Новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль в МКГБ-II была впервые отделена от других хронических форм цефалгий (хронической ГБН, хронической мигрени, гемикрания континуа). Нельзя не отметить, что при рассмотрении хронических вариантов течения головной боли наибольшее число дискуссий вызывает такая вероятная клиническая форма, как хроническая ежедневная головная боль, до сих пор не нашедшая отражение в классификации. Существование такой цефалгии признается многими специалистами. Под этим термином понимают первичную постоянную головную боль, практически без светлых промежутков. В анамнезе у пациентов с хронической ежедневной головной болью часто выявляется мигрень без ауры с прогрессирующим течением. Эта форма цефалгии, как правило, резистентна к лекарственным препаратам, в связи с чем пациенты нередко злоупотребляют их приемом. В то же время до сих пор не найдено четких, прежде всего временных диагностических критериев этого заболевания – продолжительность, частота и длительность приступов и т. п. [21].

Поэтому в настоящее время выделяют отдельные формы цефалгий с хроническим течением, одной из которых является новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль. Возможно, со временем эта цефалгия будет систематизирована как один из вариантов хронической ежедневной головной боли. Дифференциальная диагностика новой ежедневной (изначально) персистирующей головной боли с хронической ГБН приведена выше. В ситуациях, когда пациент не может вспомнить начало цефалгии предпочтение отдается второму диагнозу [27].

В то же время новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль может сопровождаться некоторыми симптомами, характерными не только для ГБН, но и для мигрени. Симптомы этой клинической формы могут напоминать и некоторые вторичные формы головной боли: головная боль при





понижении ликворного давления, пост-травматическая головная боль и головная боль, вызванная инфекционными поражениями. Указанные обстоятельства требуют проведения дополнительных методов исследования и уточнения диагностических критериев в ближайшем будущем. Дифференциальная диагностика новой ежедневной (изначально) персистирующей головной боли и абузусной головной боли осуществляется по принципам, изложенным для хронической мигрени [15].

Конечно, систематизация новых данных, накопленных в последние годы, предопределяет очевидную необходимость изменений в ряде положений МКГБ-II, однако эти изменения вряд ли существенно изменят ее структуру. Таким об-

разом, предложенная в настоящее время классификация головных болей при всех ее достоинствах и недостатках является, безусловно, приоритетным инструментом, который может и должен использоваться в практике врачей соответствующих специальностей. Понятно, что верификация типов и подтипов отдельных цефалгий может представлять значительные трудности даже для опытных неврологов, нейрохирургов, терапевтов. В связи с этим в большинстве европейских стран и США были созданы специализированные центры по лечению головных болей. Несомненно, что в ближайшей перспективе целесообразно создание подобных центров в отечественной системе здравоохранения, в т. ч. в Вооруженных Силах Российской Федерации.

## Литература

1. Искра Д.А. Головная боль напряжения. – СПб: ВМедА, 2012. – 96 с.
2. Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.П. Международные принципы диагностики головных болей: проблемы диагностики головных болей в России // Вестн. семейной медицины. – 2010. – № 2. – С. 8–18.
3. Табеева Г.П., Яхно Н.Н. Мигрень. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 642 с.
4. Al-Twaijri W.A., Shevell M.I. Pediatric migraine equivalents: occurrence and clinical features in practice // *Pediatr. Neurol.* – 2002. – Vol. 26, N 5. – P. 365–368.
5. Arboix A., Massons J., Garcia-Eroles L. et al. Migrainous cerebral infarction in the Sagrat Cor Hospital of Barcelona stroke registry // *Cephalalgia.* – 2003. – Vol. 23, N 5. – P. 389–394.
6. Bahra A., May A., Goadsby P.J. Cluster headache: a prospective clinical study in 230 patients with diagnostic implications // *Neurology.* – 2002. – Vol. 58, N 3. – P. 354–361.
7. Cittadini F., Goadsby P.J. Revisiting the International Headache Society criteria for paroxysmal hemicranias – series of 21 patients // *Cephalalgia.* – 2006. – Vol. 26, N 11. – P. 1401–1402.
8. Cohen A.S., Matharu M.S., Goadsby P.J. Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT) or cranial autonomic features (SUNA) – a prospective clinical study of SUNCT and SUNA // *Brain.* – 2006. – Vol. 129, N 10. – P. 2746–2760.
9. Eriksen M.K., Thomsen L.L., Andersen I. et al. Clinical characteristics of 362 patients with familial migraine with aura // *Cephalalgia.* – 2004. – Vol. 24, N 7. – P. 564–575.

10. Eriksen M.K., Thomsen L.L., Olesen J. Implications of clinical subtypes of migraine with aura // *Headache.* – 2006. – Vol. 46, N 2. – P. 286–297.
11. Evans R.W., Tietjen G.E. Migrainous aura versus transient ischemic attack in an elderly migraineur // *Headache.* – 2001. – Vol. 41, N 2. – P. 201–203.
12. Frese A., Eikermann A., Frese K. et al. Headache associated with sexual activity: demographics, clinical features, and comorbidity // *Neurology.* – 2003. – Vol. 61, N 6. – P. 796–800.
13. Grosberg B.M., Solomon S., Lipton R.B. Retinal migraine // *Curr. Pain Headache Rep.* – 2005. – Vol. 9, N 4. – P. 268–271.
14. 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.
15. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. International classification of headache disorders, 2nd edition // *Cephalalgia.* – 2004. – Vol. 24, Suppl. 1. – P. 1–160.
16. Jensen R. Tension-type headache // *Curr. Treat. Opt. Neurol.* – 2001. – Vol. 3, N 2. – P. 169–180.
17. Landtblom A.M., Fridriksson S., Boivie J. et al. Sudden onset headache: a prospective study of features incidence and causes // *Cephalalgia.* – 2002. – Vol. 22, N 5. – P. 354–360.
18. Lanteri-Minet M., Valade D., Geraud G. et al. Migraine and probable migraine – results of FRAMIG 3, a French nationwide survey carried out according to the 2004 IHS classification // *Cephalalgia.* – 2005. – Vol. 25, N 12. – P. 1146–1158.



19. Lewis D.W., Ashwal S., Dahl G. et al. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent head-aches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society // Neurology. – 2002. – Vol. 59, N 4. – P. 490–498.

20. Lisotto C., Mainardi F., Maggioni F. et al. Episodic hypnic headache? // Cephalalgia. – 2004. – Vol. 24, N 8. – P. 681–685.

21. Meineri P., Torre E., Rota E. et al. New daily persistent headache: clinical and serological characteristics in a retrospective study // Neurol. Sci. – 2004. – Vol. 25, N 3, Suppl. – P. 281–282.

22. Olesen J., Boussier M.G., Diener H.C. et al. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine // Cephalalgia. – 2006. – Vol. 26, N 6. – P. 742–746.

23. Pareja J., Antonaci F., Vincent M. The

hemicrania continua diagnosis // Cephalalgia. – 2002. – Vol. 22, N 7. – P. 563–564.

24. Pareja J.A., Caminero A.B. Supraorbital neuralgia // Curr. Pain Headache Rep. – 2006. – Vol. 10, N 4. – P. 302–305.

25. Pascual J., Gonzalez-Mandly A., Martin R. et al. Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: a prospective etiological and clinical study // J. Headache Pain. – 2008. – Vol. 9, N 5. – P. 259–266.

26. Peres M.E., Siow H.C., Rozen T.D. Hemicrania continua with aura // Cephalalgia. – 2002. – Vol. 22, N 3. – P. 246–248.

27. Steiner T.J. Lifting the burden: the global campaign against headache // Lancet Neurol. – 2004. – Vol. 3, N 4. – P. 204–205.

28. Thomsen L.L., Eriksen M.K., Roemer S.F. et al. A population-based study of familial hemiplegic migraine suggests revised diagnostic criteria // Brain. – 2002. – Vol. 125, N 6. – P. 1379–1391.

© В.Н. ПЛЕХАНОВ, 2014

УДК 616.617-0227-053.8(470.1)

## Структура и антибиотикорезистентность уропатогенов при госпитальных инфекциях мочевыводящих путей у лиц молодого возраста в условиях Севера

ПЛЕХАНОВ В.Н., кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы  
(plechanov67@mail.ru)

Военный госпиталь, г. Мирный, Архангельская область

*Plekhanov V.N. – Structure and antibiotic resistance of urinary tract pathogens in case of infection in young patients under the conditions of North. For the purpose of optimization of antibacterial treatment of urinary tract infection in 700 young patients under the condition of North it was examined the responsivity of urinary tract pathogens to antibiotics in 1998–2009. The most effective group of antibiotics is revealed. The most frequent types of urinary tract pathogens are: in men – S. epidermidis, S. saprophyticus, S. aureus; in women with non-complicated UTI – E. coli, S. epidermidis, S. saprophyticus u S. aureus; with complicated – E. coli, S. saprophyticus, S. epidermidis. The abovementioned pathogens showed the low antibiotic resistance (in vitro) to gentamicin and ofloxacin; high antibiotic resistance to cephalosporin (3rd generation) and ciprofloxacin. It is better to prescribe ofloxacin and cefotaxime for patients with complicated UTI; for women with non-complicated UTI – ofloxacin and ceftriaxone. It is necessary to consider nephrotoxicity and low compliance before prescription of gentamicin.*

*К е у w o r d s:* urinary tract pathogens, antibiotic treatment, antibiotic resistance.

**П**роблема инфекций мочевыводящих путей (ИМП) сохраняет актуальность, что связано с возрастанием этой заболеваемости, частым рецидивированием и влиянием данной патологии не только на соматическое, но и на эмоциональное состояние пациентов. Одной из основных причин повышения частоты и рецидивирования ИМП считается из-

менение резистентности уропатогенов вследствие необоснованной или нерациональной антибактериальной терапии [1–4]. Вместе с тем антибиотикотерапия остается основным общепризнанным методом лечения этих болезней.

Лечение ИМП, особенно их хронических и рецидивирующих форм – сложный процесс, в котором должны учиты-