

М.Ф.Исмагилов

## НАШ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Кафедра невропатологии, нейрохирургии и медицинской генетики  
Казанского государственного медицинского университета,  
Казанский вегетативно-сосудистый центр (рук. — проф. М.Ф.ИСМАГИЛОВ)  
при городской клинической больнице № 6 в г. Казани*

**В**егетативные расстройства являются одной из актуальных проблем современной медицины. Это обусловлено рядом факторов, прежде всего — огромной распространенностью вегетативных нарушений. Вегетативная нервная система (ВНС) — аппарат управления всеми органами и системами, определяющий гомеостаз. Как показали многочисленные эпидемиологические исследования, в общей популяции вегетативные нарушения встречаются в 50—80% наблюдений. Практически нет таких патологических состояний, в развитии и течении которых не имела бы значение ВНС. Известно, например, что до 70% всех больных, наблюдающихся у терапевтов, лечатся по поводу вегетативно-сосудистой дистонии. Так называемые функциональные нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательных систем, желудочно-кишечного тракта прочно занимают первое место в практике педиатров, врачей подростковых кабинетов, терапевтов и неврологов.

Клиника вегетативных синдромов — это живая модель расстройства всех систем организма, сумма всех субъективных нарушений, существующих в природе. Естественно, что в ряде наблюдений вегетативные симптомы доминируют и связаны с конкретным органом, в других они скромно представлены в клинической картине болезни. Самые трудные и сложные в диагностическом и терапевтическом отношении больные с вегетативной патологией. Другая важная особенность вегетативной патологии заключается в том, что в качестве самостоятельного заболевания она выступает довольно редко. Врач, плохо ориентирующийся в ВНС, не понимает сущности многих болезней. К нашему стыду, даже значительное число невропатологов не имеет четкого представления о методах исследования, клинических особенностях вегетативных синдромов и, следовательно, об их терапии.

Сложность и переносимость многих аспектов проблемы вегетативной патологии явились поводом для открытия Казанского вегетативно-сосудистого центра (ВСЦ) при ГКБ № 6. В задачи центра входит консультативно-диагностическая и лечебная помощь больным с вегетативными расстройствами и оказание организационно-методи-

ческой помощи врачам АПУ по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний ВНС. Казанский ВСЦ функционирует с середины 1992 г., уже решены многие организационные проблемы, подобраны врачебные кадры, решаются вопросы оснащения диагностической аппаратурой, накапливается опыт работы.

В ВСЦ ведется консультативный прием больных по направлению невропатологов, врачей подростковых кабинетов, поликлиник Казани, других АПУ, в частности кардио-диспансера. Наряду с анализом вегетативно-сосудистого статуса при необходимости оценивается личность больного, проводится психологический анализ. Для диагностики широко используются современные электрофизиологические методы исследования — кардиоинтервалография, электроэнцефалография, реоэнцефалография, эхоэнцефалоскопия, нейромиография, тепловизионные и др. При необходимости больные госпитализируются для дообследования и лечения в неврологический стационар ГКБ № 6, где специально выделены койки для пациентов с заболеваниями ВНС. Другая форма деятельности центра — выход в поликлиники и другие АПУ города с целью изучения работы, в первую очередь невропатологов поликлинического звена по вегетативной патологии, анализа их опыта, оказания им консультативной и методической помощи.

Опыт работы Казанского ВСЦ позволяет сделать вывод, что синдромы вегетативной дисфункции (ВД) — одно из наиболее часто встречающихся состояний в практике невропатологов и терапевтов нашего города. Правда, дать точные количественные показатели без проведения специальных эпидемиологических исследований пока не представляется возможным, но уже можно констатировать, что их диагностика и лечение не могут считаться удовлетворительными.

У невропатологов поликлинической сети, а зачастую и у врачей клиник нет ясного представления о критериях диагноза вегетативных синдромов, вследствие чего в данный разряд попадают самые разнообразные состояния, протекающие под маской функциональных расстройств. В то же время достаточно часто вегетативные нару-

нения рассматриваются как проявления тяжелых органических заболеваний.

За три с половиной года работы центра врачами принято около трех тысяч больных. Любопытно то, что практически во всех направлениях диагноз был стандартным: вегетативно-сосудистая дистония. Более внимательный анализ жалоб и объективной симптоматики пациентов позволял уже с первых минут их обследования усомниться в этом диагнозе в значительном числе наблюдений. В итоге примерно 23% больных поставлен диагноз, принципиально отличающийся от указанного в направлении. На проверку у них оказывались: опухоли головного мозга, эпилепсия, вегетология, демиелинизирующие заболевания, нарушения мозгового кровообращения, болезни Меньера, миастения, органическая патология сердца, синдром опорно-двигательной системы, наследственные заболевания центральной нервной системы и другие заболевания. Даже в основной группе пациентов (77% наблюдаемых) первоначальный диагноз подвергался трансформации: диагноз вегетативно-сосудистой дистонии понимаемой как дисфункция надсегментарных структур ВНС, т.е. лимбико-ретикулярного комплекса, не подтверждался, а определялись другие состояния, относящиеся чаще всего к патологии сегментарно-периферического отдела ВНС (вегетативная пароневрозия, синдром позвоночной артерии, лицевые спазмы, вегетативно-ирритативный синдром и т.д.)

При таком формальном отношении к больным с вегетативными расстройствами со стороны практических врачей невозможно дифференцированный подход к оценке вегетативного синдрома. С позиции наших поликлинических докторов, почти все эти больные на одно лицо — по аналогии со взглядами европейцев на представителей других рас, "по лицам их трудно отличить".

Среди множества причин данного явления в вегетологии есть и объективные. С одной стороны, не являясь нозологической формой, клинические проявления ВД как синдромы не входят при отчетах в какую-либо рубрику, являясь будто бы "спутниками" других нозологических форм. Вследствие этого на современном этапе весьма затруднительно следить за динамикой заболеваемости ВД и оценить качество профилактических и лечебных мероприятий в ее отношении. С другой стороны, открыты настолько книгу практического врача "Классификация болезней, травм и причин смерти" с цифрами нозологических форм! Клинические формы вегетативных нарушений разбросаны по многим разделам: они представлены в разделе V "Психические расстройства", в разделе VI "Болезни нервной системы и органов чувств", в разделе XIV "Врожденные аномалии" и т.д. Обра-

тите внимание на шифр 306 раздела V, куда отнесены практически все многочисленные проявления патологии надсегментарных (централных) структур ВНС под названиями "вегетативно-сосудистая дистония", "нейроциркуляторная дистония" и "вегетативная дисфункция". Практический врач, конечно же, ориентируется на такие официальные руководства. Это оправдывает его действия, но в итоге от отсутствия четкого диагноза страдает пациент.

Вегетология — это висцерология, наука о внутренних органах, об аппарате управления ими. Ведь 95% патологии человечества — вегетозависимые болезни: либо симпатозависимые, либо ваготозависимые. Несмотря на чрезвычайную важность данного раздела внутренней медицины, к нему относятся без должного внимания, в программе медицинских вузов ВНС отведены 3—4 ч, институты (академии) постдипломного образования врачей, как правило, не проводят циклы специализации и усовершенствования по вегетативной патологии. В бывшем СССР существовала единственная лаборатория по вегетативной патологии в I Московском медицинском институте (ныне академии). В настоящее время там ежегодно могут пройти стажировку лишь 120—150 врачей. Это капля в море.

Диагностика и лечение синдрома ВД требует участия специалистов — терапевтов, невропатологов, психологов и психиатров. В идеале необходим специалист, который обладал бы суммой знаний, имеющих отношение к вегетативным синдромам. Такого специалиста можно было бы назвать *вегетоневрологом*. Остро стоит задача подготовки подобных специалистов.

Широкая распространенность вегетативных нарушений, их клиническая значимость не могут позволить нам оставаться безынициативными, безучастными к столь актуальной проблеме. Важным шагом в этом направлении является создание в Казани уже названного консультативно-методического вегетативно-сосудистого центра. Мы должны быть благодарны руководителям здравоохранения республиканского и городского уровней, которые в трудное для всех время нашей мужеством и средствами для принятия такого решения.

Наша активная позиция в решении указанных задач и энергичные действия по могут сдвинуть тяжелый груз проблем, что, несомненно, отразится на качестве диагностики многих заболеваний внутренних органов и ВНС, а также повысит эффективность лечебных и профилактических мероприятий.

## МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ, КРАНИАЛЬНЫХ НЕВРАЛГИЙ И ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ\*

### 1. МИГРЕНЬ

- 1.1. Мигрень без ауры
- 1.2. Мигрень с аурой
  - 1.2.1. Мигрень с типичной аурой
  - 1.2.2. Мигрень с затяжной аурой
  - 1.2.3. Семейная гемиплегическая мигрень
  - 1.2.4. Вазиллярная мигрень
  - 1.2.5. Мигренозная аура без головной боли
  - 1.2.6. Мигрень с остро начинающейся аурой
- 1.3. Офтальмоплегическая мигрень
- 1.4. Ретинальная (глазная) мигрень
- 1.5. Периодические синдромы детского возраста, которые могут быть предвестниками мигрени или связаны с ней
  - 1.5.1. Легкое пароксизмальное головокружение у детей
  - 1.5.2. Альтернирующая гемиплегия у детей
- 1.6. Осложнения мигрени
  - 1.6.1. Мигренозный статус
  - 1.6.2. Мигренозный инфаркт
- 1.7. Мигренозные расстройства, не соответствующие вышеперечисленным критериям

### 2. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

- 2.1. Эпизодическая головная боль напряжения
  - 2.1.1. Эпизодическая головная боль напряжения, связанная с дисфункцией перикраниальной мускулатуры
  - 2.1.2. Эпизодическая головная боль напряжения, не связанная с дисфункцией перикраниальной мускулатуры
- 2.2. Хроническая головная боль напряжения
  - 2.2.1. Хроническая головная боль напряжения, связанная с дисфункцией перикраниальной мускулатуры
  - 2.2.2. Хроническая головная боль напряжения, не связанная с дисфункцией перикраниальной мускулатуры
- 2.3. Головные боли напряжения, не соответствующие вышеперечисленным критериям

### 3. КЛАСТЕРНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ХРОНИЧЕСКАЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ГЕМИКРАНИЯ

- 3.1. Кластерная головная боль
    - 3.1.1. Кластерная головная боль с неопределенной периодичностью
    - 3.1.2. Эпизодическая кластерная головная боль
    - 3.1.3. Хроническая кластерная головная боль
      - 3.1.3.1. Непрерывная с первой атаки
      - 3.1.3.2. Развивающаяся из эпизодических атак
  - 3.2. Хроническая пароксизмальная гемикрания
  - 3.3. Кластероподобные головные боли, не соответствующие данным критериям
4. ДРУГИЕ ВИДЫ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ, НЕ СВЯЗАННЫХ СО СТРУКТУРНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

- 4.1. Идиопатическая "стреляющая" головная боль
- 4.2. Наружная сжимающая (давящая) головная боль
- 4.3. Головная боль, вызванная холодом
  - 4.3.1. Возникшие внешнего холода
  - 4.3.2. Прием холодной пищи
- 4.4. Головная боль, вызванная легким капляем
- 4.5. Головная боль, вызванная легким напряжением
- 4.6. Головная боль, связанная с сексуальной активностью
  - 4.6.1. Вялый тип
  - 4.6.2. Взрывной тип
  - 4.6.3. Постуральный тип (в определенном положении тела и головы)

### 5. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ С ТРАВМОЙ ГОЛОВЫ

- 5.1. Острая посттравматическая головная боль
  - 5.1.1. Со значительной травмой головы и наличием (или отсутствием) очаговой неврологической симптоматики
  - 5.1.2. С незначительной травмой головы и отсутствием очаговой неврологической симптоматики
- 5.2. Хроническая посттравматическая головная боль
  - 5.2.1. Со значительной травмой головы и наличием (или отсут-

\*От редколлегии. Вниманию читателей нашего журнала предлагается сокращенный вариант Международной классификации головных болей, разработанной классификационным Комитетом (председатель — г-н Jes Olesen Дания) Международной ассоциации по головным болям. Диагностические критерии приведены только для основных головных болей. (Данная классификация в полном объеме напечатана в журн.: Cephalalgia — 1988; в suppl. 7). — P.96.

- ствием очаговой неврологической симптоматики
- 5.2.2. С незначительной травмой головы и отсутствием очаговой неврологической симптоматики
- 6. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, СВЯЗАННЫЕ С СОСУДИСТЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ**
- 6.1. Острая ишемическая цереброваскулярная болезнь
- 6.1.1. Транзиторные ишемические атаки
- 6.1.2. Тромбоэмболический инсульт
- 6.2. Интракраниальная гематома
- 6.2.1. Внуримозговая гематома
- 6.2.2. Субдуральная гематома
- 6.2.3. Эпидуральная гематома
- 6.3. Субарахноидальное кровоизлияние
- 6.4. Переворачивающаяся сосудистая мальформация
- 6.4.1. Артериовенозная мальформация
- 6.4.2. Менингеальная аневризма
- 6.5. Артериит
- 6.5.1. Гигантоклеточный артериит
- 6.5.2. Другие системные артерииты
- 6.5.3. Нервный интракраниальный артериит
- 6.6. Головная боль, связанная с сонной или позвоночной артерией
- 6.6.1. При расщеплении сонной или позвоночной артерии
- 6.6.2. При идиопатической каротидинии
- 6.6.3. Головная боль после эндартерэктомии
- 6.7. Венозный тромбоз
- 6.8. Артериальная гипертензия
- 6.8.1. При остром вазорессорном ответе на экзогенный фактор
- 6.8.2. При феохромоцитоме
- 6.8.3. При злокачественной прогрессирующей гипертензии
- 6.8.4. При преэклампсии и эклампсии
- 6.9. Головная боль, вызванная другими сосудистыми расстройствами
- 7. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С СОСУДИСТЫМИ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ**
- 7.1. Высокое давление цереброспинальной жидкости
- 7.1.1. Доброкачественная интракраниальная гипертензия
- 7.1.2. Высокое давление цереброспинальной жидкости, вызванное гидроцефалией
- 7.2. Низкое давление церебральной жидкости
- 7.2.1. Головная боль после люмбальной пункции
- 7.2.2. Головная боль, связанная с ликворным свищом (подпаутинного пространства)
- 7.3. Интракраниальная инфекция
- 7.4. Интракраниальный саркоидоз и другие неинфекционные воспалительные заболевания
- 7.5. Головная боль, связанная с подоболочечными инфекциями
- 7.5.1. Прямой эффект
- 7.5.2. Эффект, обусловленный менингитом, вызванным химическими препаратами
- 7.6. Головная боль, связанная с интракраниальным новообразованием
- 7.7. Головная боль, связанная с другими интракраниальными нарушениями
- 8. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, СВЯЗАННЫЕ С ПРИЕМОМ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ИЛИ СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**
- 8.1. Головная боль, вызванная случайным приемом химических веществ или их присутствием в атмосфере
- 8.1.1. Головная боль, вызванная нитратами (нитритами)
- 8.1.2. Головная боль, вызванная монооксидами углерода
- 8.1.3. Головная боль, вызванная угарным газом
- 8.1.4. Головная боль, вызванная алкоголем
- 8.1.5. Головная боль, вызванная воздействием других веществ
- 8.2. Головная боль, вызванная длительным воздействием веществ или их присутствием в атмосфере
- 8.2.1. Головная боль, вызванная эрготамином
- 8.2.2. Головная боль, вызванная неправильным приемом анальгетиков
- 8.2.3. Головная боль, связанная с воздействием других веществ
- 8.3. Головная боль, связанная с синдромом отмены лекарственного препарата
- 8.3.1. Головная боль при синдроме похмелья
- 8.3.2. Головная боль, связанная с отменой других веществ
- 8.4. Головная боль при синдроме отмены лекарственного препарата после длительного применения
- 8.4.1. Головная боль при отмене эрготамина
- 8.4.2. Головная боль при отмене кофеина
- 8.4.3. Головная боль при наркотической абстиненции
- 8.4.4. Головная боль, вызванная отменой других веществ
- 8.5. Головная боль, связанная с приемом веществ, механизм действия которых неизвестен
- 8.5.1. Головная боль, связанная с приемом противозачаточных средств или эстрогенов
- 8.5.2. Головная боль, вызванная другими веществами

**9. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ  
ВНЕОЖИДАТЕЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

- 9.1. Вирусная инфекция
  - 9.1.1. Внеочередная очаговая вирусная инфекция
  - 9.1.2. Системная вирусная инфекция
- 9.2. Бактериальная инфекция
  - 9.2.1. Внеочередная очаговая инфекция
  - 9.2.2. Общдая септицемия
- 9.3. Головная боль, вызванная другими инфекциями

**10. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ВЫЗВАННЫЕ  
МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

- 10.1. Гипоксия
  - 10.1.1. Высотная головная боль
  - 10.1.2. Головная боль, вызванная гипоксией
  - 10.1.3. Головная боль, вызванная приступами апноэ во сне
- 10.2. Гиперкапния
- 10.3. Сочетанные гипоксия и гиперкапния
- 10.4. Гипогликемия
- 10.5. Дилатиз
- 10.6. Головная боль, связанная с другими метаболическими нарушениями

**11. ГОЛОВНЫЕ ИЛИ ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ, ВЫЗВАННЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕРЕПА, ШЕЙ, ГЛАЗ, УШЕЙ,  
НОСА, СИНУСОВ, ЗУБОВ, РТА ИЛИ ДРУГИХ  
ЧАСТЕЙ ЛИЦА ИЛИ ЧЕРЕПА**

- 11.1. Головная боль при патологии костей черепа
- 11.2. Головная боль при патологических процессах в области шеи:
  - 11.2.1. При патологии шейного отдела позвоночника
  - 11.2.2. При заглочном тендините
- 11.3. Головная боль при патологии глаз:
  - 11.3.1. При острой глаукоме
  - 11.3.2. При нарушении рефракции
  - 11.3.3. При гетерофории или гетеротропии (скрытом косоглазии)
- 11.4. Головная боль при патологии ушей
- 11.5. Головная боль при заболеваниях носа и пазух
  - 11.5.1. Острые синусовые головные боли
  - 11.5.2. Головная боль при других заболеваниях носа и пазух
- 11.6. Головная боль при заболеваниях зубов, челюстей и связанных с ними структур
- 11.7. Головная боль при патологии височно-нижнечелюстного сустава

**12. КРАНИАЛЬНАЯ НЕВРАЛГИЯ, БОЛИ НЕРВНОГО  
СТВОЛА И НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ  
ДЕАФФЕРЕНТНЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ**

- 12.1. Устойчивая невралгия черепных нервов

- 12.1.1. Сдавливание (деформация) черепных нервов или их ветвей
- 12.1.2. Демиелинизация (разрушение миелинового слоя нервных волокон) крациальных нервов
  - 12.1.2.1. Ретробульбарный (оптический) неврит
- 12.1.3. Инфаркт крациальных нервов
  - 12.1.3.1. Диабетическая невропатия
- 12.1.4. Воспаление крациальных нервов
  - 12.1.4.1. Опоясывающий лишай
  - 12.1.4.2. Хроническая постгерпетическая невралгия
- 12.1.5. Синдром Голозы Ханта
- 12.1.6. Шейно-язычный синдром
- 12.1.7. Другие причины устойчивых болей черепных нервов
- 12.2. Невралгия тройничного нерва (тройничная невралгия)
  - 12.2.1. Идиопатическая тройничная невралгия
  - 12.2.2. Симптоматическая тройничная невралгия
    - 12.2.2.1. Компрессия тройничного корешка или ганглия
    - 12.2.2.2. Центральные нарушения в системе тройничного нерва
- 12.3. Языкоглоточная невралгия
  - 12.3.1. Идиопатическая языкоглоточная невралгия
  - 12.3.2. Симптоматическая языкоглоточная невралгия
- 12.4. Невралгия n. intermedius
- 12.5. Невралгия верхнего гортанного нерва
- 12.6. Затылочная невралгия
- 12.7. Другие варианты лицевых и головных болей
  - 12.7.1. Болевая анестезия в области лица
  - 12.7.2. Таламическая боль
- 12.8. Лицевые боли, не отвечающие критериям, перечисленным в разделах 11 и 12

**13. НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ**

**Общие правила диагностики**

1. Если у пациента более одного вида головной боли (ГБ), все они должны быть диагностированы в порядке важности, определенной пациентом.
2. Чтобы поставить диагноз, нужно, чтобы симптомы соответствовали всему ряду (набору, группе) диагностических критериев.

3. Каждый диагноз сопровождается примерным определением дней в году, когда пациент испытывает головные боли (указывается в скобках).

4. Диагностические критерии, данные на одном или двух цифровых уровнях, должны соотноситься с группами исключения и (или) специфические критерии перечисляться в подгруппах.

5. Пациенты, впервые испытывающие боли определенного характера, соотносящиеся с началом одного из расстройств, перечисленных в группах 5—11, классифицируются по этим группам с использованием 4-й цифры для спецификации типа боли. Случайная связь, однако, не исключается.

Ранее имеющаяся мигрень, головная боль напряжения или кластерная головная боль усиливающаяся боль в тесном временном соотношении с одним из нарушений, перечисленных в группах 5—11, также относится (классифицируется) как мигрень, головная боль напряжения или кластерная головная боль (группы 1—3). Если количество дней с головной болью увеличивается на 100% или больше, в скобках может быть отмечен фактор, усугубляющий заболевание, но он не кодифицируется.

6. Кодифицируйте до необходимого количества цифр.

7. Если тип одной боли соответствует диагностическим критериям различных категорий головных болей, следует отнести ее к 1-й категории в классификации, критериям которой она соответствует (1.7, 2.3, 3.3 не используются для формулировки диагноза, если головная боль соответствует другим диагнозам).

8. Если у пациента наблюдается форма головной боли, соответствующая одному набору (одной группе) диагностических критериев, то обычно у него также наблюдаются случаи, которые не совсем отвечают данным критериям. Это может быть обусловлено лечением, отсутствием способности точно помнить симптомы и другие факторы. Попросите больного описать типичный неслучайный приступ или неуспешно леченный приступ и убедитесь, что было достаточно этих приступов, чтобы поставить диагноз. Потом подсчитайте число дней в году, когда были приступы такого типа головных болей, и учтите также приступы после лечения и менее типичные приступы.

9. Главным препятствием к точному диагнозу является необходимость полагаться на рассказ пациента. Поэтому пациенту рекомендуется вести дневниковые записи характеристик головной боли с тем, чтобы использовать их для установления диагноза.

10. Если нужно использовать 4-ю цифру в связи с диагнозами двухцифрового уровня, поставьте 0 в качестве 3-й цифры.

## **Диагностический критерий основных головных болей**

Последним критерием для всех первостепенных головных болей (не вошедшим в перечень под каждой формой) является по меньшей мере один из следующих:

1. Анамнез, физикальное и неврологическое обследование не позволяют предполагать ни одного из нарушений, перечисленных в группах 5—11.

2. И анамнез, и (или) физикальное, и (или) неврологическое обследование действительно позволяют предполагать наличие такого нарушения, но оно исключается при соответствующих исследованиях.

3. Такое нарушение имеет место, но мигрень, головная боль напряжения и кластерные головные боли возникают не в начале болезни, они постоянно сопутствуют ей.

### **1. Мигрень**

#### *1.1. Мигрень без ауры*

A. По крайней мере 5 атак (приступов), отвечающих пунктам B-D)

B. Приступы головной боли, длящиеся 4—72 ч (исключены или безуспешно леченные).

C. Наличие по меньшей мере 2 из следующих характеристик боли:

- 1) односторонняя локализация;
- 2) пульсирующий характер;
- 3) умеренная или сильная;
- 4) усиливается при подъеме по лестнице или аналогичной бытовой физической деятельности.

D. Во время головной боли отмечен по меньшей мере один из следующих признаков:

- 1) тошнота и (или) рвота;
- 2) фото и фонофобия

#### *1.2. Мигрень с аурой*

A. По крайней мере 2 приступа, отвечающих пункту B.

B. По крайней мере 3 из следующих 4 критериев:

1) 1 или более полностью обратимых симптомов ауры, указывающих на очаговую цереброкортикальную дисфункцию или дисфункцию ствола мозга;

2) по крайней мере 1 симптом ауры постепенно развивается в течение более 4 мин., или 2 или более симптомов, появляющихся один за другим;

3) ни один симптом ауры не длится более 60 мин. Если присутствует больше, чем 1 симптом ауры, то пропорционально возрастает и длительность;

4) головная боль следует за аурой в интервале 60 мин или меньше. (Она может также начаться до нее или одновременно).

**1.2.1. Мигрень с типичной аурой**

А. Отвечает критериям 1.2, включая все 4 симптома из пункта В.

В. 1 или более симптомов ауры следующего типа:

- 1) гомонимное визуальное расстройство;
- 2) односторонняя парестезия и (или) анестезия;
- 3) односторонняя слабость;
- 4) афазия или неклассифируемые затруднения речи

**1.2.2. Мигрень с затянувшейся аурой**

А. Соответствует критерию 1.2, но по крайней мере 1 симптом длится более 60 мин или 7 дней, или меньше 7 дней.

Если неврологический симптом не соответствует ишемическим нарушениям, кодируйте 1 б.2. как мигренозный инфаркт, несмотря на продолжительность симптома.

**1.2.3. Семейная гемиплегическая мигрень**

А. Отвечает критериям 1.2.

В. Аура включает некоторую степень пареза и может быть более длительной.

С. По крайней мере еще у одного ближайшего родственника бываюи идентичные приступы.

**1.2.4. Базальная мигрень**

А. Отвечает критериям 1.2.

В. 2 или более симптомов ауры следующих типов:

- 1) зрительные нарушения в височной и назальной области обоих глаз;
- 2) дизартрия;
- 3) головокружение;
- 4) шум в ушах;
- 5) пониженный уровень слуха;
- 6) двоение;
- 7) атаксия;
- 8) двусторонняя парестезия;
- 9) двусторонний парез;
- 10) легкое нарушение сознания.

**1.2.5. Мигренозная аура без головной боли**

А. Соответствует критериям 1.2.

В. Головная боль отсутствует.

**1.2.6. Мигрень с остро начинающейся аурой**

А. Соответствует критериям 1.2.

В. Неврологические симптомы проявляются в течение 4 мин.

С. Головная боль 4- 72 ч (нелеченая или безуспешно леченая).

Д. Наличие по меньшей мере 2 из следующих характеристик боли:

- 1) односторонняя локализация;
- 2) пульсирующий характер;
- 3) умеренная или сильная;
- 4) увеличивается при подъеме по лест-

нице или аналогичной бытовой физической деятельности.

Е. Во время головной боли по меньшей мере отмечен один из следующих признаков:

- 1) тошнота и (или) рвота;
- 2) фото- и фонофобия.

Г. Тромбоэмболическое преходящее ишемическое нарушение мозгового кровообращения (ПА) и другие интракраниальные нарушения, исключаемые соответствующими исследованиями.

**1.3. Офтальмоплегическая мигрень**

А. По крайней мере 2 приступа соответствуют пункту В.

В. Головная боль, сочетающаяся с парезом одного или нескольких черепных нервов -- III, IV и VI.

С. Параселлярные (около турецкого седла) нарушения, исключаемые соответствующими исследованиями.

**1.4. Ретикулярная (глазная) мигрень**

А. По меньшей мере 2 приступа соответствуют пунктам В—С.

В. Полностью обратимая монокулярная скотома (сужение поля зрения) или слепота, длящиеся менее 60 мин и подтвержденные обследованием пациента во время приступа.

С. Головная боль следует за зрительными симптомами в интервале менее 60 мин, но может предшествовать им.

Д. Обычное офтальмологическое обследование (осмотр) вне приступа. Эмболия, исключаемая соответствующими исследованиями.

**1.5. Детские периодические синдромы, которые могут предшествовать мигрени или быть связанными с ней**

**1.5.1. Легкое пароксизмальное головокружение детского возраста**

А. Многократные короткие спорадические эпизоды нарушения равновесия, сопровождаемые нистагмом или рвотой.

В. Нормальный неврологический статус.

С. Нормальная ЭЭГ.

**1.5.2. Альтернирующая гемиплегия у детей**

А. Начало -- в возрасте до 1,5 года.

В. Повторяющиеся приступы гемиплегии, вовлекающие обе стороны тела.

С. Другие пароксизмальные явления, такие как топические приступы, дистонические позы, хореоатетические движения, нистагм или другие нарушения моторики глаза, автономные нарушения с приступами гемиплегии или происходящие независимо.

Д. Свидетельства ментальной или неврологической недостаточности.

**1.6. Осложнения мигрени**  
(кодифицируются по предыдущим типам мигрени + осложнение)

**1.6.1. Мигренозный статус**

- А. Соответствует критериям 1.1. или 1.2.
- В. Этот приступ соответствует критерию одной из форм мигрени за исключением того, что головная боль длится более 72 ч независимо от лечения.
- С. Головная боль продолжается в течение всего приступа или имеются перерывы менее чем по 4 ч.
- Прекращение боли во время сна не учитывается.

**1.6.2. Мигренозный инфаркт**

- А. Соответствует критериям 1.2.
- В. Этот приступ похож на предыдущий, но неврологическая недостаточность, по возможности обратима в течение 7 дней, и (или) неврологическое обследование демонстрирует ишемический инфаркт в соответствующей области.
- С. Другие причины инфаркта, исключая выше соответствующими исследованиями.

**1.7. Мигренозные нарушения, не отвечающие вышеперечисленным критериям**

- А. Соответствует всем критериям, кроме одного, для одной или более форм мигрени (определите тип).
- В. Не соответствует критериям головной боли напряжения.

**2. Головные боли напряжения**

**2.1. Эпизодические головные боли напряжения**

- А. По меньшей мере 10 предыдущих случаев головной боли соответствуют критериям пунктов В—Д, перечисленным ниже. Количество дней с такими болями меньше 180 в год.
- В. Головная боль, длящаяся от 30 мин до 7 дней.
- С. Наличие по меньшей мере 2 из следующих характеристик боли:
  - 1) давяще-сжимающая, непульсирующая;
  - 2) слабая или умеренная;
  - 3) двусторонняя локализация;
  - 4) не усиливается при подъеме по лестнице или другой подобной физической нагрузке.
- Д. Учитываются 2 следующих обстоятельства:
  - 1) нет тошноты или рвоты (может быть анорексия — отсутствие аппетита).
  - 2) нет фото и фонофобии или только одна из них.

**2.1.1. Эпизодические головные боли напряжения, связанные с расстройством перикраниальной мускулатуры**

- А. Отвечает критериям 2.1.
- В. Присутствует по меньшей мере 1 из следующих характеристик:
  - 1) увеличивающаяся болезненность перикраниальной мускулатуры, определяемая пальпацией или алгезиметром (прибор для определения порога болевой чувствительности);
  - 2) при ЭМГ исследовании — повышенная активность перикраниальной мускулатуры в покое или во время физиологической нагрузки (тест).

**2.1.2. Эпизодические головные боли напряжения, не связанные с расстройством перикраниальной мускулатуры**

- А. Соответствует критериям 2.1.
- В. Повышения напряжения перикраниальной мускулатуры не наблюдается. При ЭМГ исследовании перикраниальной мускулатуры — нормальный уровень активной деятельности.

**2.2. Хронические головные боли напряжения**

- А. Средняя частота головной боли в месяц 15 дней или больше (180 дней в год) в течение 6 мес или больше отвечает критериям пунктов В—Д, перечисленным ниже.
- В. Наличие по меньшей мере 2 из следующих характеристик боли:
  - 1) давяще-сжимающая;
  - 2) слабая или умеренная;
  - 3) двусторонняя локализация;
  - 4) не усиливается при подъеме на лестницу или другой подобной физической нагрузке.
- С. Учитываются 2 следующих обстоятельства:
  - 1) отсутствие рвоты;
  - 2) не более чем одна из следующих: тошнота, фото или фонофобия.

**2.2.1. Хронические головные боли напряжения, связанные с расстройством перикраниальной мускулатуры**

- А. Соответствует критериям 2.2.
- В. Присутствует по меньшей мере 1 из следующих характеристик:
  - 1) увеличивающаяся болезненность перикраниальной мускулатуры, определяемая пальпацией или алгезиметром,
  - 2) нарастающий уровень электромиограммы перикраниальной мускулатуры в покое или во время физиологической нагрузки.

**2.2.2. Хронические головные боли напряжения, не связанные с расстройством перикраниальной мускулатуры**

- А. Соответствует критериям 2.2.
- В. Болезненность перикраниальной мускулатуры не увеличивается. При исследовании ЭМГ — нормальный уровень активности.

2.3. Головные боли напряжения, не соответствующие вышеперечисленным критериям

А. Соответствует всем критериям, кроме одного, для одной или более форм головной боли напряжения (определите тип).

В. Не соответствует критериям мигрени без ауры.

### 3. Кластерные боли и хроническая пароксизмальная гемикрания

#### 3.1. Кластерная головная боль

А. По меньшей мере 5 приступов соответствуют пунктам В—Д

В. Сильная односторонняя, глазная, надглазничная и (или) височная боль, длящаяся 15—180 мин (без лечения).

С. Головная боль соответствует по меньшей мере 1 из следующих признаков, проявляющихся на больной стороне:

- 1) конъюнктивальная инъекция сосудов;
- 2) слезотечение;
- 3) назальная гиперемия;
- 4) ринорея;
- 5) потливость лица и уха;
- 6) миоз;
- 7) стоз;
- 8) отек век.

Д. Частота приступов: от 1 в 2 дня до 8 в день.

#### 3.1.1. Кластерные головные боли с неопределенной периодичностью

А. Критерии 3.1

В. Слишком рано классифицировать как 3.1.2. или 3.1.3.

#### 3.1.2. Эпизодические кластерные головные боли

А. Все буквенные обозначения 3.1.

В. По крайней мере 2 периода болей

(кластерный период), длящихся (для отдельных пациентов) от 7 дней до 1 года, с ремиссией по меньшей мере в 14 дней.

#### 3.1.3. Хронические кластерные боли

А. Все буквенные обозначения 3.1.

В. Отсутствие фазы ремиссии в течение года и более, или с ремиссией меньшей, чем 14 дней.

#### 3.2. Хроническая пароксизмальная гемикрания

А. По меньшей мере 50 приступов, соответствующих пунктам В—Е.

В. Приступы резкой односторонней глазной, надглазничной и (или) височной боли всегда с одной и той же стороны, длящиеся от 2 до 45 мин.

С. Частота приступов более 5 в день для более половины приступов.

Д. Боль сопровождается по крайней мере 1 из следующих признаков (в любом) на больной стороне:

- 1) конъюнктивальная инъекция сосудов;
- 2) слезотечение;
- 3) назальная затор,
- 4) ринорея;
- 5) стоз;
- 6) отек век.

Е. Абсолютная эффективность индометацина (150 мг/день или меньше).

#### 3.3. Кластероподобные головные боли, не отвечающие вышеуказанным критериям

Переводчики с англ. Р.Э.Пегибулал,  
В.И.Герожакин

© Издательство МЗ СССР

УДК 616.833-008.6

В.П.Веселовский, А.П.Ладыгин, О.С.Кочергина

### КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ\*

Кафедра неврологии (зав. — проф. В.П.ВЕСЕЛОВСКИЙ) Казанской государственной медицинской академии

**В** настоящее время при классификации вертеброгенных заболеваний нервной системы (ВЗНС) в качестве основы используются методические рекомендации "Кли-

ническая классификация заболеваний периферической нервной системы", утвержденные МЗ СССР (1987). Применяемая классификация не отражает полностью совре-

\* От редколлегии. Предлагаемая авторами "Клиническая классификация вертеброневрологических синдромов" печатается в порядке дискуссии. Редколлегия приглашает читателей журнала принять участие в обсуждении данной классификации в рамках соотношения ее с Международной классификацией болезней 10го пересмотра (МКБ-10) и современными классификациями заболеваний периферической нервной системы. Материалы дискуссии и все отклики будут опубликованы на страницах журнала.