Головная боль напряжения (ГБН)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: G44, G44.2, G44.3, G44.4, G44.8, G90.8 · Всероссийское общество неврологов, Общероссийская общественная организация "Союз реабилитологов России", Межрегиональная общественная организация "Российское общество по изучению головной боли"

Головная боль напряжения (ГБН) — первичная головная боль с двусторонней давящей или стягивающей болью слабой или умеренной интенсивности, обычно без усиления при обычной физической активности и без рвоты. Рекомендация посвящена клинической диагностике, исключению вторичных причин и лекарственно-индуцированной головной боли, купированию эпизодов и профилактике частой и хронической ГБН.

Главное

- Типичная ГБН — двусторонняя непульсирующая боль по типу «обруча» или «каски», слабой или умеренной интенсивности; она не усиливается при обычной физической нагрузке, тошнота и рвота обычно отсутствуют.
- Эпизодическую ГБН диагностируют при боли не более 15 дней в месяц, хроническую — при боли более 15 дней в месяц в среднем более 3 месяцев, то есть более 180 дней в год.
- Болезненность перикраниальных мышц при пальпации определяет вариант ГБН с напряжением мышц; при ее отсутствии указывают вариант без напряжения перикраниальных мышц.
- У пациентов с ГБН нужно выявлять депрессию, тревожные расстройства, нарушения сна и другие болевые синдромы: эти состояния могут поддерживать мышечное напряжение, ухудшать качество жизни и способствовать хронизации. УУР С, УДД 5.
- При типичной клинической картине и нормальном неврологическом статусе лабораторные исследования не рекомендуются; при атипичной клинической картине или наличии «сигналов опасности» рекомендуются общий анализ крови, исследования общевоспалительных реакций и коагулограмма. УУР С, УДД 5.
- Лекарственно-индуцированную головную боль следует диагностировать отдельно от ГБН и указывать оба диагноза. Она предполагается при головной боли более 15 дней в месяц, регулярном злоупотреблении препаратами для купирования боли более 3 месяцев и отсутствии более подходящего диагноза. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Соберите характеристики боли и сопутствующих симптомов: двусторонняя ли боль, давящая или пульсирующая, ее интенсивность, длительность, связь с физической активностью, наличие тошноты, рвоты, фото- или фонофобии. Сопоставьте данные с критериями МКГБ-3. УУР С, УДД 5.
2. Определите число дней с головной болью в месяц: нечастая эпизодическая ГБН — не более 1 дня в месяц; частая эпизодическая — от 1 до 14 дней в месяц; хроническая — более 15 дней в месяц в среднем более 3 месяцев.
3. Проведите исследование неврологического статуса для исключения органической и симптоматической причины боли, а также пальпацию височных, жевательных, грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных и задних мышц шеи. УУР С, УДД 5.
4. Выявите коморбидные состояния — тревогу, депрессию, панические атаки, нарушения сна, соматоформные расстройства и другие болевые синдромы; при их наличии предусмотрите терапевтическую коррекцию. УУР С, УДД 5.
5. Назначьте дневник головной боли на 1–3 месяца: он помогает подсчитать дни боли и дни приема обезболивающих, отличить ГБН от мигрени и выявить лекарственный абузус. В специализированных центрах дневник рекомендуют всем пациентам с подозрением на ГБН. УУР С, УДД 5.
6. При атипичном течении или «сигналах опасности» назначьте инструментальные исследования и консультации специалистов для исключения симптоматической головной боли: МРТ головного мозга, при необходимости ангиографию, венографию и консультации офтальмолога, оториноларинголога или психотерапевта. При невозможности или наличии противопоказаний к МРТ используют КТ головного мозга и КТ-ангиографию.

7. У пациентов с частой или хронической ГБН уточните число дней приема обезболивающих за месяц и класс препаратов: пороги ЛИГБ составляют ≥10 дней в месяц для триптанов, опиоидов, комбинированных анальгетиков и ряда других средств, а ≥15 дней — для парацетамола, НПВП и других простых анальгетиков при регулярном приеме на протяжении 3 и более месяцев.

Лечение

- Начинайте с поведенческой терапии: объясните доброкачественную природу ГБН, роль эмоционального и мышечного напряжения, лекарственного абузуса и коморбидных расстройств; обучайте психологическому и мышечному расслаблению. УУР С, УДД 5.
- Для купирования эпизода используют ибупрофен 400 мг, кетопрофен 25 мг или ацетилсалициловую кислоту 500–1000 мг — препараты выбора, УУР А, УДД 1. Альтернативы: напроксен 550 мг, диклофенак 12,5–25 мг, парацетамол 1000 мг; для напроксена УУР В, УДД 2, для диклофенака УУР В, УДД 2, для парацетамола УУР С, УДД 1.
- Не применяйте для купирования ГБН метамизол, триптаны, опиоиды, миорелаксанты, а также препараты с кодеином или барбитуратами из-за риска агранулоцитоза или ЛИГБ. При эпизодической ГБН НПВП следует применять при частоте эпизодов не более 2 раз в неделю — до 10 болевых дней в месяц. УУР С, УДД 5.
- Профилактика показана при частой эпизодической и хронической ГБН. Первый выбор — амитриптилин 50–150 мг/сут; начинать следует с 5–10 мг/сут и повышать дозу на 5–10 мг еженедельно до эффекта или нежелательных явлений. УУР В, УДД 1.
- При противопоказаниях, плохой переносимости или недостаточной эффективности амитриптилина используют кломипрамин 75–150 мг/сут, венлафаксин 150 мг/сут или миртазапин 30 мг/сут; при неэффективности или непереносимости антидепрессантов при хронической ГБН возможен габапентин 2400 мг/сут.
- Эффект профилактики оцените через 3 месяца: успешным считают снижение числа дней с головной болью минимум на 50%. Общая продолжительность профилактической терапии составляет при эпизодической ГБН 3–6 месяцев, при хронической — до 12 месяцев; если эффекта нет в течение 3 месяцев, выбранное средство отменяют и используют другой препарат или комбинацию средств.
- При выраженной дисфункции перикраниальных мышц можно добавить тизанидин 2–6 мг 3 раза в сутки или толперизон 450 мг/сут; миорелаксанты назначают не более чем на 2 месяца. УУР С, УДД 2 для тизанидина и УУР С, УДД 3 для толперизона.
- Для профилактики и обучения релаксации применяйте когнитивно-поведенческую терапию, биологическую обратную связь, постизометрическую релаксацию и лечебную физкультуру; КПТ и постизометрическая релаксация имеют УУР А, УДД 1.
- При сочетании ГБН с ЛИГБ существенно ограничьте или отмените препарат злоупотребления, проведите лечение периода отмены и одновременно назначьте профилактическую терапию ГБН.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализируйте в неврологическое отделение при головной боли с изменением сознания, лихорадкой и менингеальными симптомами, нарастающей очаговой или общемозговой симптоматикой либо при «громоподобной» боли.
- Плановая госпитализация показана при прогрессирующей или некупируемой головной боли, а также при головной боли, связанной с избыточным приемом опиоидов, спазмолитиков, психотропных средств или анальгетиков в комбинации.
- Отмену анальгетиков при ЛИГБ можно проводить амбулаторно; отмену опиоидов и анальгетиков в комбинации с психотропными средствами, в том числе при сочетании со злоупотреблением производными бензодиазепина, проводят в стационаре или дневном стационаре.
- Если улучшения нет, направьте пациента в специализированное болевое отделение или центр лечения головной боли для дальнейшего лечения и наблюдения. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Как отличить ГБН от мигрени?

Для ГБН типичны двусторонняя давящая или стягивающая боль, отсутствие усиления при обычной физической активности и отсутствие рвоты. Фотофобия или фонофобия возможны, но обычно не возникают одновременно, как при мигрени.

Нужно ли назначать МРТ пациенту с типичной ГБН?

Нет, если клиническая картина типична и неврологический статус нормален: инструментальные исследования неинформативны для подтверждения ГБН. МРТ, сосудистые исследования и консультации специалистов нужны при атипичном течении или «сигналах опасности». УУР С, УДД 5.

Какой препарат выбрать для купирования приступа ГБН?

Препараты выбора — ибупрофен 400 мг, кетопрофен 25 мг или ацетилсалициловая кислота 500–1000 мг. Альтернативами являются напроксен 550 мг, диклофенак 12,5–25 мг и парацетамол 1000 мг.

Когда начинать профилактическое лечение и чем?

Профилактика нужна при частой эпизодической и хронической ГБН. Препарат первого выбора — амитриптилин 50–150 мг/сут, который начинают с 5–10 мг/сут и титруют еженедельно; эффективность оценивают через 3 месяца.

Когда диагностируют лекарственно-индуцированную головную боль?

Она диагностируется при головной боли более 15 дней в месяц и регулярном избыточном приеме обезболивающих более 3 месяцев. Порог составляет ≥10 дней в месяц для триптанов, опиоидов и комбинированных анальгетиков и ≥15 дней для НПВП, парацетамола и других простых анальгетиков.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/162-golovnaya-bol-napryazheniya-gbn. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/162_3