



ИЮНЬСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
В КАРДИОКЛИНИКЕ

г. Санкт-Петербург · 25 июня 2026 г.

КАРДИОЛОГИЯ НА СТЫКЕ СФЕР ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ИНТЕРЕСОВ

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЁМЕ У КАРДИОЛОГА. ЧЕГО ОЖИДАТЬ И ЧТО ДЕЛАТЬ?

Заведующий лабораторией клинической фармакологии и терапии боли Института фармакологии им. А.В. Вальдмана, научный сотрудник научно-клинического центра трансплантации и клеточной терапии при аутоиммунных и нейродегенеративных заболеваниях ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

к.м.н. Скиба Ярослав Богданович

врач-невролог научно-клинического центра трансплантации и клеточной терапии при аутоиммунных и нейродегенеративных заболеваниях ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Лопатина Евгения Ивановна

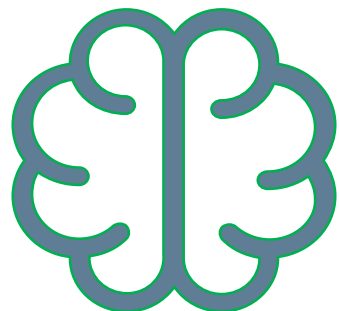


>300 ФОРМ

Головной боли указаны в международной классификации
головной боли 3-го пересмотра (2018 г) на 206 страницах

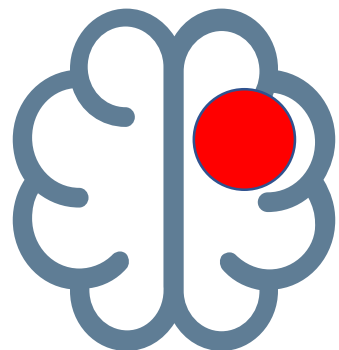


>300 ФОРМ



Первичная

Мигрень, головная боль напряжения,
Головная боль ассоциированная с сексуальной активностью



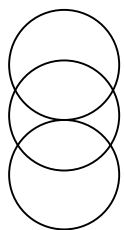
Вторичная

Опухоль ЦНС, кровоизлияние в головной мозг,
Системное воздействие – инфекция, лекарства
Патология глаз, уха, придаточных пазух носа
И много много других вариантов



20.8%

*РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИГРЕНИ
В РФ*





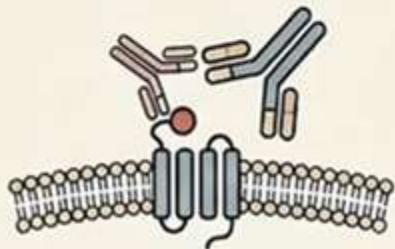
4 факта про мигрень

Генетика



Наследуемость
70-80%

Терапия



Моноклональные
антитела к CGRP

Патогенез



Активация
тригеминоваскулярной
системы



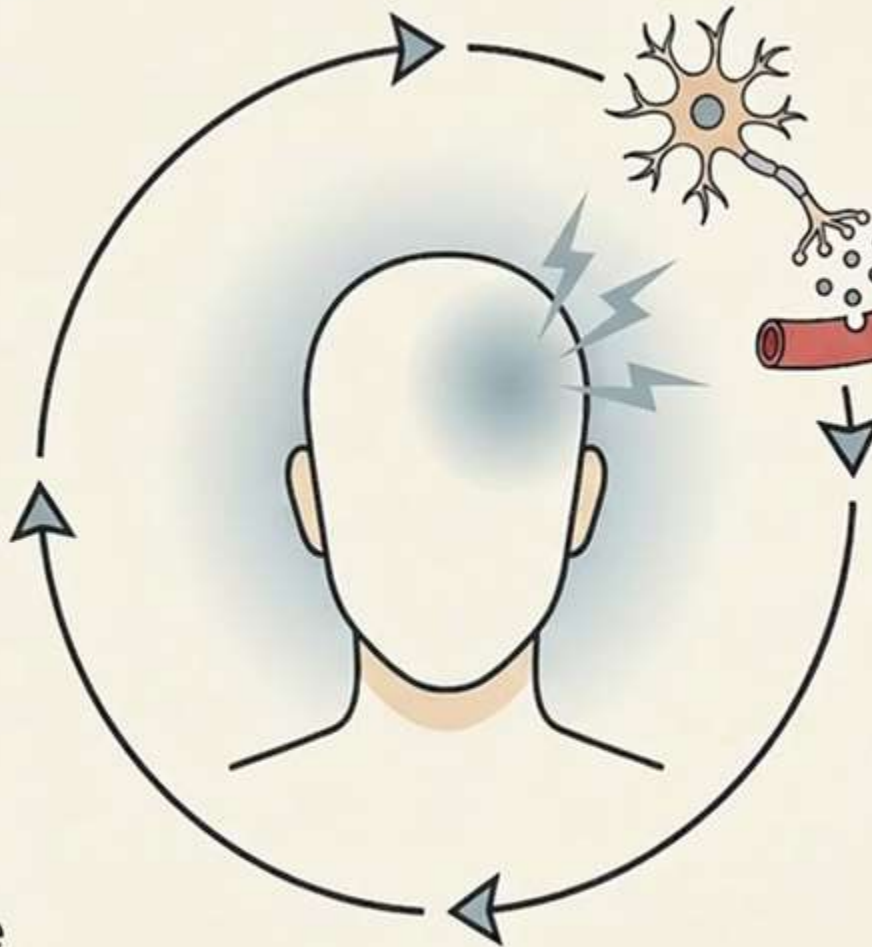
Выброс CGRP

Диагностика

Критерии МКГБ-3



П пульсирующий,
о односторонний,
ф фото/фонофобия





КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МИГРЕНИ



Критерии диагностики головной боли напряжения

Диагностические критерии:

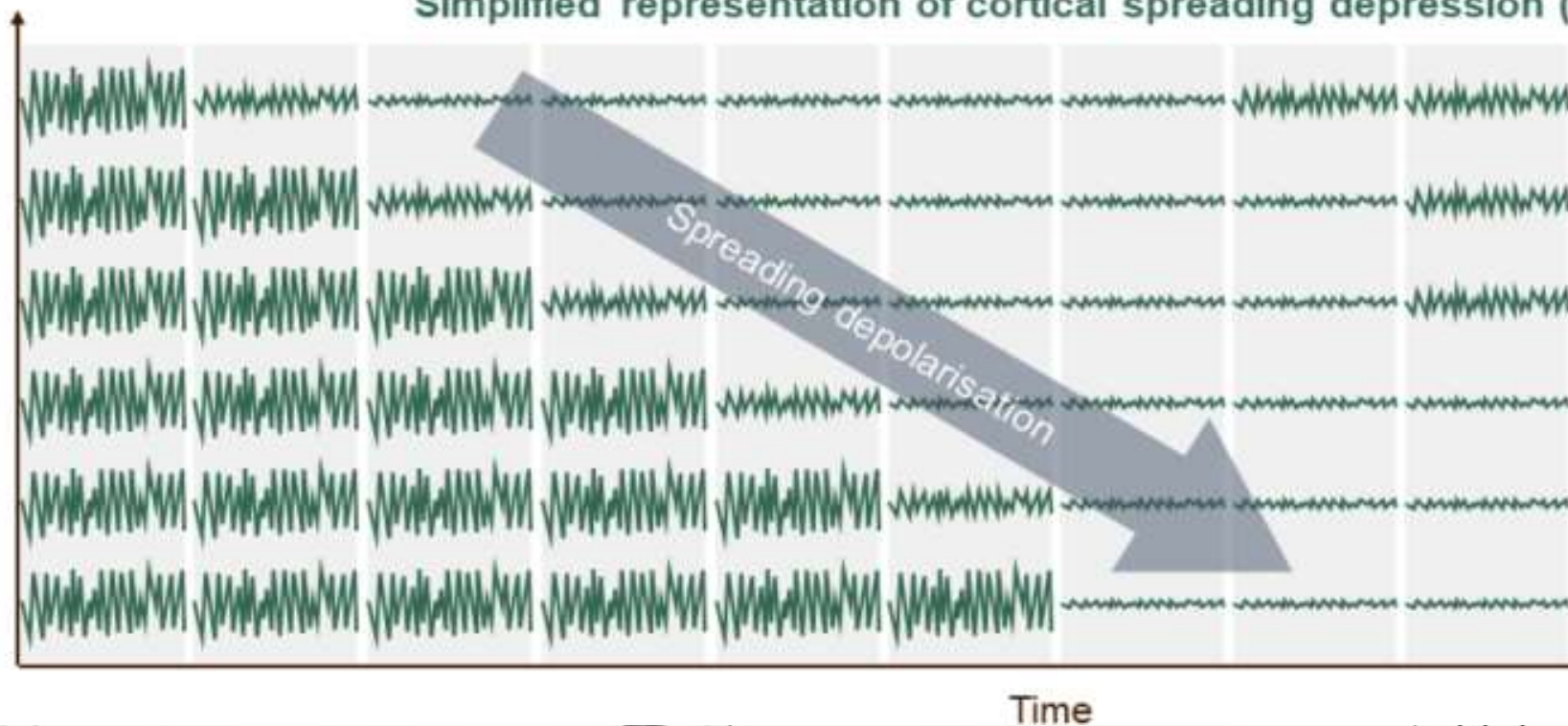
- A. По меньшей мере пять приступов¹, отвечающих критериям B–D.
- B. Продолжительность приступов 4-72 часа (без лечения или при неэффективном лечении)^{2,3}.
- C. Головная боль имеет как минимум две из четырех следующих характеристик:
 - 1. односторонняя локализация;
 - 2. пульсирующий характер;
 - 3. умеренная или высокая интенсивность боли;
 - 4. головная боль ухудшается при обычной физической активности или заставляет избегать обычной физической активности (например, ходьба или подъем по лестнице).
- D. Головная боль сопровождается как минимум одним из следующих симптомов:
 - 1. тошнота и/или рвота;
 - 2. фотофобия и фонофобия.
- E. Не соответствует другому диагнозу МКГБ-3.

Диагностические критерии:

- A. По меньшей мере 10 эпизодов головной боли, возникающих с частотой не более 1 дня в месяц (не более 12 дней в году) и отвечающих критериям B–D.
- B. Продолжительность головной боли от 30 минут до 7 дней.
- C. Головная боль имеет как минимум две следующие характеристики:
 - 1. двусторонняя локализация;
 - 2. давящий или сжимающий (непульсирующий) характер;
 - 3. интенсивность от легкой до умеренной;
 - 4. не усиливается от обычной физической нагрузки, такой, как ходьба или подъем по лестнице.
- D. Оба следующих симптома:
 - 1. отсутствие тошноты или рвоты
 - 2. только фотофобия или только фонофобия.
- E. Не соответствует другому диагнозу МКГБ-3¹.



Simplified representation of cortical spreading depression (CSD)





Алгоритм купирования приступа мигрени (IHS 2024)

Две тактики выбора стартовой терапии

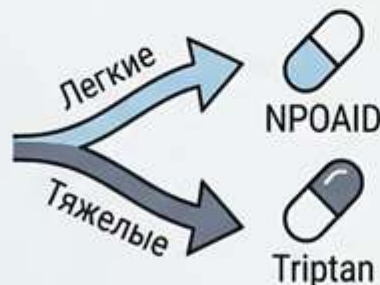
Последовательная тактика (Step care)

Терапия эскалируется: от простых (НПВС) к специфическим (триптаны) при неэффективности.



Стратификационная тактика (Stratified care)

Выбор препарата сразу зависит от тяжести приступа. При тяжелых атаках — специфическая терапия сразу.



Профилактика лекарственно-индуцированной боли (МОН)

- НПВС: Не более 2–3 дней/нед (макс. 10 дней/мес).
- Специфические/комбинации: Не более 2 дней/нед (макс. 8 дней/мес).

Алгоритм назначения препаратов

Шаг 1: Первая линия (Базовая терапия)

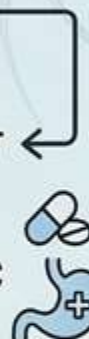


НПВС — при легких/умеренных приступах.
Триптаны — при тяжелых (стратиф. тактика).
Принять как можно раньше!

Шаг 2: Если первая линия дала частичный ответ (через 2 часа нет облегчения)



- ↑ Повышение дозы
- 🔄 Комбинированная терапия: Триптан + НПВС
- 🤢 Добавить антиэметики (при тошноте)



Шаг 3: Если стартовая терапия неэффективна или противопоказана



Смена препарата (другой триптан, другая форма).
Новые классы (дитаны, гепанты) — при неэффективности/противопоказаниях.



Шаг 4: Терапия «последнего резерва»

Производные эрготамина — только в исключительных случаях.





Кардиоваскулярная безопасность купирования мигрени: сравнительный анализ

Риски традиционной терапии (НПВС, триптаны) в сопоставлении с селективными антагонистами CGRP (римегепант).

НПВС: Системное влияние на гемодинамику



Частота дестабилизации артериального давления (АД) у пациентов с контролируемой гипертензией достигает до 12-15% даже при однократном или кратковременном приеме неселективных НПВС. Механизм обусловлен ингибированием ЦОГ-2 в почках, снижением синтеза простагландинов (PGI₂, PGE₂) и задержкой натрия/жидкости, что блокирует эффект антигипертензивной терапии.

Триптаны: Прямая вазоконстрикция



Общая частота побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы (боль/стеснение в груди, парестезии) составляет от 5% до 8%. Агонизм к 5-HT_{1B/1D} рецепторам провоцирует прямой спазм коронарных артерий. Вызывают подъем АД и манифестацию стенокардии у 2-3% пациентов. Абсолютно противопоказаны при ИБС, инсульте и неконтролируемой гипертензии (до 20% пациентов с мигренью имеют данные противопоказания).

Римегепант: Таргетная безопасность



Частота кардиоваскулярных побочных эффектов: 0% (по данным плацебо-контролируемых фаз III и долгосрочных исследований безопасности). Полная гемодинамическая нейтральность: не влияет на системное АД и не вызывает вазоконстрикцию. Блокада рецепторов CGRP происходит без воздействия на серотониновые пути. Разрешен к применению у коморбидных пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском и противопоказаниями к триптанам.

ПРАКТИКУМ: ЗАДАЙ ТРИ ВОПРОСА

Сопровождается ли приступ головной боли:

- тошнотой/рвотой
- повышенной чувствительностью к свету/звукам
- ограничением повседневной активности





50+

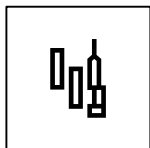


67% пациентов
улучшение течения мигрени в менопаузе



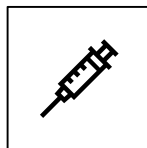
Перименопауза

Ухудшение течения мигрени



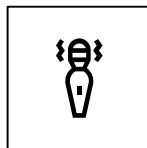
ХОРОШИЕ НОВОСТИ

Низкие дозы эстрогена стабилизируют течение мигрени



«Обезглавленная мигрень»

Аура есть – головной боли нет



НЮАНСЫ

Возможно ухудшение течения мигрени и даже появление новой головной боли





Головная боль, ассоциированная с кризовым течением артериальной гипертензии

Диагностические критерии ICHD-3 (код 10.3.2) и доказательный клинический паттерн.



Критерии диагностики (ICHD-3)

Формальные критерии классификации

- **Пункт А:** Головная боль, соответствующая критериям причинно-следственной связи (пункт С) и имеющая хотя бы одну клиническую характеристику из паттерна.
- **Пункт В:** Подтвержденный гипертонический криз — внезапный пароксизмальный подъем АД: Систолическое ≥ 180 мм рт. ст. и/или Диастолическое ≥ 120 мм рт. ст. (при отсутствии признаков гипертонической энцефалопатии).
- **Пункт С (Доказательства причинности):**
 1. Боль развивается строго во время острого подъема артериального давления.
 2. Боль значительно усиливается параллельно с дальнейшим ростом АД.
 3. Боль значительно уменьшается или полностью проходит в течение 1 часа после нормализации АД.



Исследования: паттерн и фенотип боли

Ключевые особенности по данным клинических исследований

- **Локализация:** Преимущественно двусторонняя (bilateral) — чаще всего в затылочной или пульсирующей теменной области.
- **Характер боли:** Четко выраженный пульсирующий (pulsating quality) характер, синхронизированный с пульсом.
- **Триггеры:** Резкое усиление и утяжеление боли при минимальной рутинной физической активности (ходьба, наклоны, подъем по лестнице).
- **Сопутствующие симптомы:** Часто сопровождается вегетативной симптоматикой (несистемное головокружение, шум в ушах, легкая тошнота, чувство пульсации в теле), но без признаков мигренозной ауры или очагового дефицита.



КОНЦЕПЦИЯ «КРАСНЫХ ФЛАГОВ»

У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ





КОНЦЕПЦИЯ «КРАСНЫХ ФЛАГОВ»

У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ



КРИТЕРИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

ВЕРОЯТНОСТНАЯ ВЕЛИЧИНА



КОНЦЕПЦИЯ «КРАСНЫХ ФЛАГОВ»

У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ



КРИТЕРИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

ВЕРОЯТНОСТНАЯ ВЕЛИЧИНА

1. Точка принятия решения врачом любой терапевтической специальности о самом факте необходимости обследования пациента
2. «МЫ СТАВИМ ВОПРОС О ТОМ, ЧТО ПРИЧИНА ГОЛОВНОЙ БОЛИ МОЖЕТ ИМЕТЬ ВТОРИЧНЫЙ ХАРАКТЕР и ПАЦИЕНТ ТРЕБУЕТСЯ ОБСЛЕДОВАНИЕ (динамическое наблюдение, инструментальное, лабораторное, консультация смежных специалистов)
3. ФОРМУЛИРУЙ ДИАГНОЗ: «головная боль неуточненная»



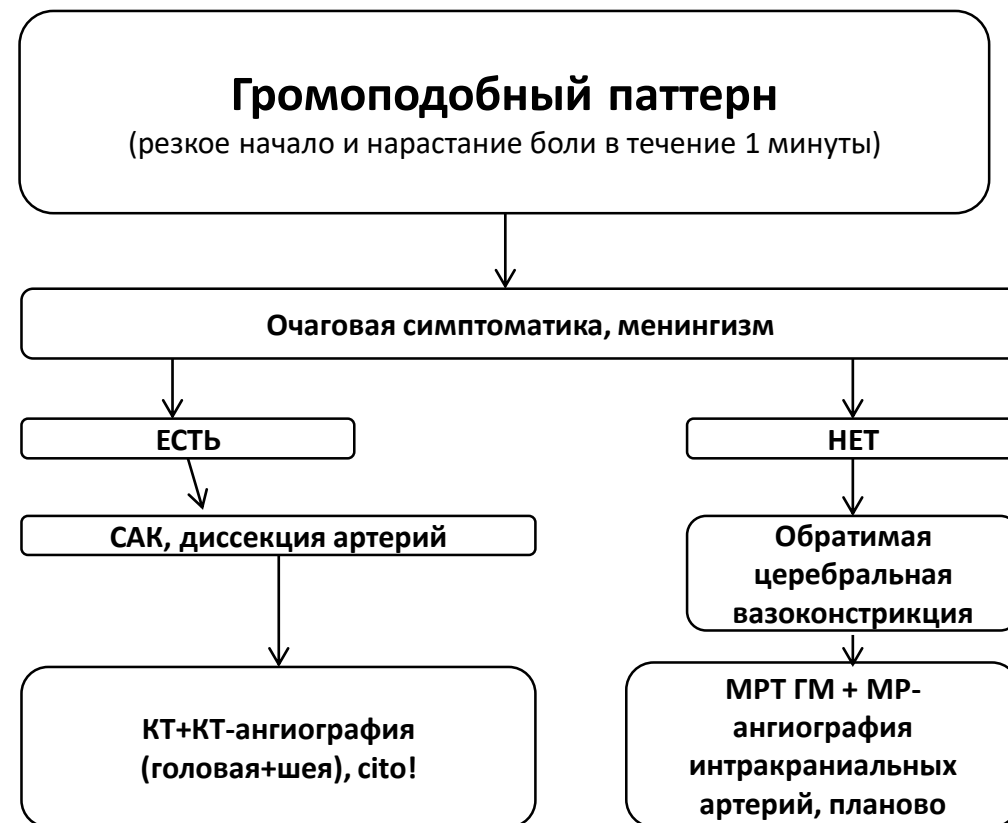
КОНЦЕПЦИЯ «КРАСНЫХ ФЛАГОВ»

У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

КРИТЕРИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

ВЕРОЯТНОСТНАЯ ВЕЛИЧИНА





КОНЦЕПЦИЯ «КРАСНЫХ ФЛАГОВ»

У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

КРИТЕРИЯ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

ВЕРОЯТНОСТНАЯ ВЕЛИЧИНА

Априорная и апостериорная вероятности (формула Байеса)

Вопрос: какова вероятность выявления вторичной головной боли конкретных причин при наличии конкретного «красного флага»?

Пример ответа:

Мужчина, 50+ лет, жалоба на головную боль

Априорная вероятность, что ГБ связана с онкологией ЦНС – 1%.

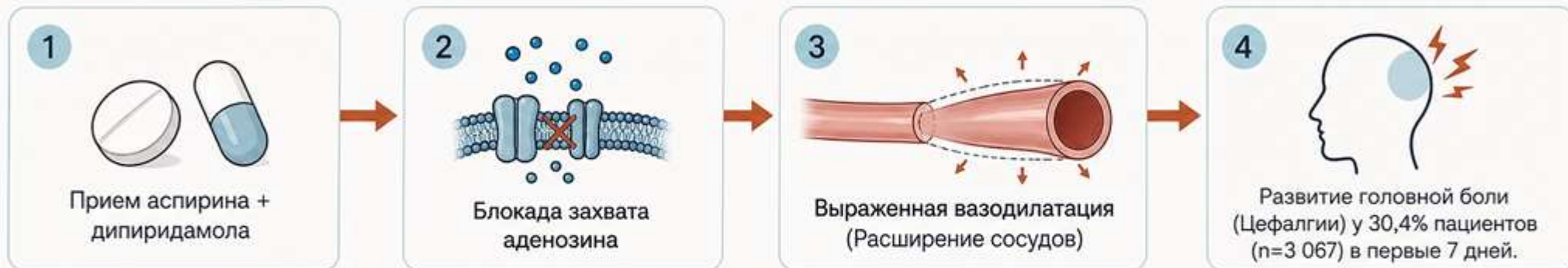
Апостериорная вероятность при «новой» головной боли – 6-8%.

Кому это надо? Организаторам здравоохранения для бюджетирования системы и распределения ресурсов.



Парадокс дипиридамола: головная боль как маркер благоприятного прогноза

Анализ исходов и сосудистого резерва по данным исследования PProFESS (Post Hoc Analysis).



Группа 1 (С развившейся головной болью)

Исход (Рецидив инсульта за 2.5 года):

8,2%

Группа 2 (Без головной боли)

Исход (Рецидив инсульта за 2.5 года):

9,4%



Снижение относительного риска повторного инсульта на **10%** у пациентов с цефалгией. Около **5,9%** участников прекратили прием из-за выраженности симптома.

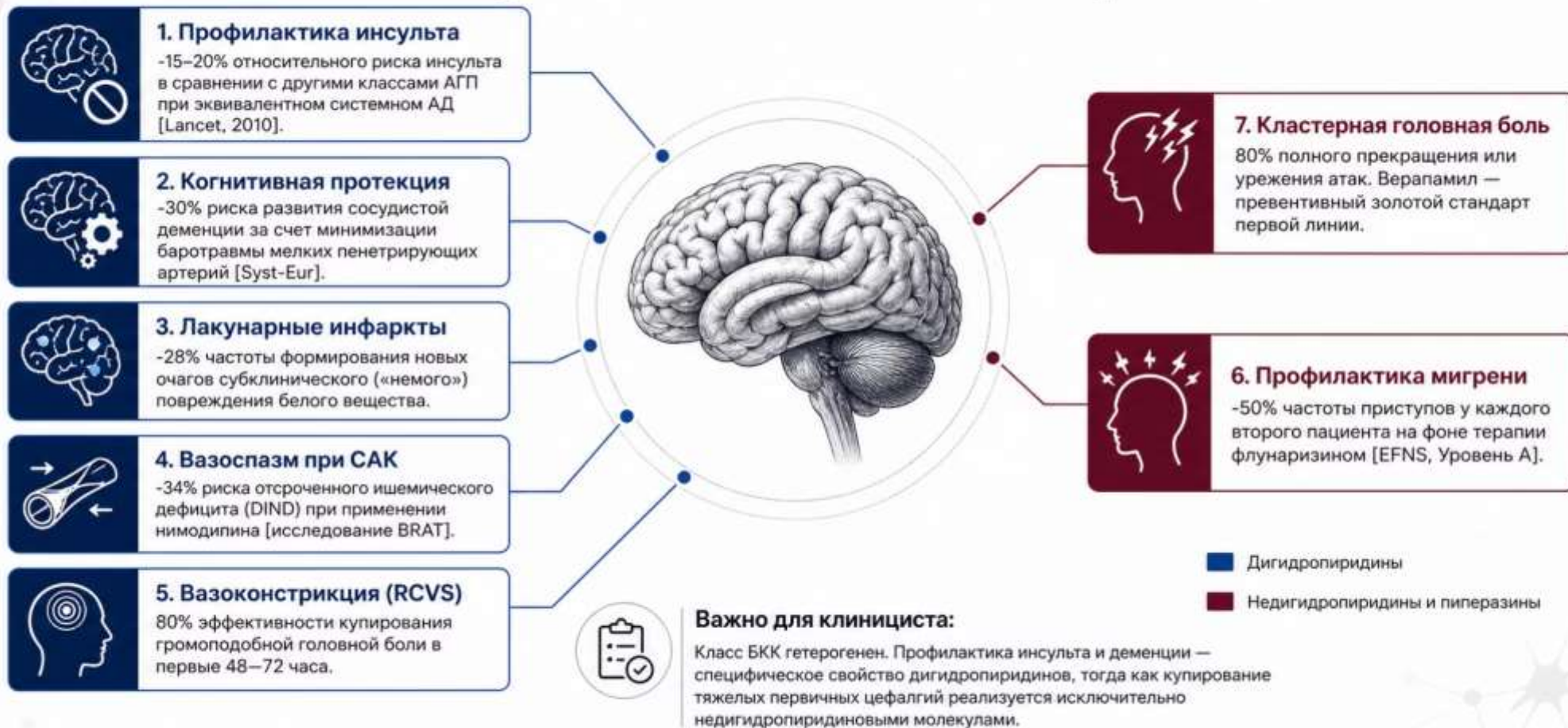
Клиническая интерпретация

- Значение симптома: Появление боли математически и физиологически доказывает, что сосуды пациента обладают высоким реактивным потенциалом и сохранным «сосудистым резервом».
- Ригидность vs Реактивность: Отсутствие головной боли ассоциировано с тяжелым тотальным атеросклерозом и ригидностью сосудистой стенки, что ухудшает долгосрочный прогноз.





Клинические ниши применения блокаторов кальциевых каналов в неврологии





КОНЦЕПЦИЯ «ЗЕЛЕННЫХ ФЛАГОВ»

У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ





4. Прошло более недели от момента дебюта боли

Временные окна в диагностике головной боли

Зависимость диагностической ценности (Diagnostic Yield) МРТ/КТ от длительности персистирования изолированной боли.

Менее 7 дней
(Острая фаза)



Вероятность выявления органической патологии: до 15–20% (при острой/громоподобной боли).

Максимальная диагностическая ценность.

Окно для исключения острых сосудистых катастроф, кровоизлияний (САК), тромбозов и нейроинфекций.

Визуализация критически важна.

7 – 31 день
(Подострая фаза)



Вероятность выявления органической патологии: менее 0,1 – 0,4%.

Лавинообразное падение информативности.

Если боль длится более недели без нарастания неврологического дефицита, риск острой катастрофы стремится к нулю.

Окно неотложной патологии закрывается.

Более 1 месяца
(Хроническая фаза)



Вероятность выявления опасной патологии: на уровне общепопуляционной (менее 0,1%).

Обнаруживаемые изменения чаще всего являются случайными находками (инциденталомы).

Согласно протоколам, визуализация «для успокоения» пациента нецелесообразна.



Кардиальная цефалгия (Cardiac Cephalgia)

Диагностические критерии ICHD-3 (код 11.2.1) и клинический паттерн ишемии миокарда.

Формальные критерии классификации

- **Пункт А:** Любая головная боль, соответствующая критериям причинно-следственной связи (пункт С).
- **Пункт В:** Документально подтвержденная острая или хроническая **ишемия миокарда (ИБС, стенокардия, острый коронарный синдром)**.
- **Пункт С (Доказательства причинности):**
 1. Боль развивается строго во время физической нагрузки или сопровождается острым коронарным синдромом.
 2. Боль значительно уменьшается или полностью проходит синхронно с приемом нитроглицерина сублингвально или эффективной реваскуляризацией миокарда.

Ключевые особенности и клинический фенотип

- **Главный парадокс:** Головная боль является **единственным проявлением ишемии миокарда** (классическая ангинозная боль в груди отсутствует в 30-40% описанных случаев).
- **Локализация и характер:** Чаще всего двусторонняя, локализуется в теменной или затылочной области. Характер боли — давящий, жгучий или распирающий.
- **Четкий триггер:** Строгая зависимость от физической активности (ходьба, подъем по лестнице) или психоэмоционального стресса. Боль исчезает через несколько минут после прекращения нагрузки (отдыха).
- **Сопутствующие маркеры:** Может сопровождаться необъяснимой одышкой, резкой слабостью или проливным потом во время приступа цефалгии.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Головная боль у кардиологического пациента ≠ всегда следствие артериального давления.

Задача врача первого контакта – клинически разделить пациентов на две группы:

1. Вероятная первичная головная боль

мигрень/головная боль напряжения, наличие «зелёных флагов», отсутствие признаков опасности.

2. Возможная вторичная головная боль

«красные флаги», новая или изменившаяся головная боль, неврологический дефицит, громоподобное начало, системные симптомы.

Правильная тактика – не избыточное обследование всех пациентов, а своевременное выявление тех, кому обследование действительно необходимо.



ИЮНЬСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ
В КАРДИОКЛИНИКЕ

Научно-клинический центр
клеточной терапии и трансплантации
при аутоиммунных и
нейродегенеративных заболеваниях,
СПбГМУ имени акад. И.П. Павлова
terapia.aiz@yandex.ru
тел.: 8-812-338-69-76



**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**



Приглашаем присоединиться
к участникам конференций
в Telegram-канале.