

ГАУ РО «ОБЛАСТНОЙ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»

ОБЛАСТНОЙ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ЦЕНТР

ДНЕВНИК ГОЛОВНОЙ БОЛИ



*Современные диагностические возможности
позволяют установить причину боли
любой сложности*

**Не забудьте принести этот дневник на прием к неврологу
Областного противоболевого центра!**

Ваш врач _____

Дата визита _____ кабинет _____

Главные принципы лечения

- Индивидуальный подход;
- терпение как со стороны врача, так и пациента. Выбранного метода лечения нужно придерживаться последовательно и не торопиться с его заменой уже через несколько дней, если он сразу же не окажется действенным. Все свои действия пациент должен согласовывать с лечащим врачом;
- учитывать, что в лечении мигрени играют роль не только лекарственные препараты, но и соответствующий образ жизни, устранение факторов, провоцирующих приступы, психотерапия, аутогенная тренировка.

Правила купирования приступа головной боли

- Не занимайтесь самолечением! Головная боль может «маскировать» более серьезные заболевания. Врач начинает лечение только тогда, когда полностью уверен в диагнозе.
- Прежде всего, будьте реалистом. Не существует «идеальной таблетки», способной раз и навсегда избавить вас от проблемы головной боли.
- Преимущество должно отдаваться лекарственным препаратам, содержащим одно вещество.
- Всегда необходимо помнить о риске развития зависимости от обезболивающих средств. Нельзя принимать простые анальгетики чаще, чем 10 дней в месяц.
- Ни в коем случае не пейте анальгетические средства в отсутствие головной боли, для профилактики. Не принимайте эти препараты для улучшения сна или достижения психологического комфорта! Это ведет к развитию зависимости!
- Профилактическое лечение головной боли подразумевает ежедневный прием препаратов, назначенных врачом в течение достаточно длительного времени. Доза лекарства и длительность терапии индивидуальны и определяются наблюдающим специалистом.

Особенности купирования приступа мигрени

- Придерживайтесь здорового образа жизни (достаточный, но не избыточный сон, регулярное питание, определенная диета, отказ от курения и алкоголя).
- Во время приступа не паниковать! По возможности лучше лечь в прохладном, затемненном помещении, можно туго связать голову прохладным влажным полотенцем. Если у вас не оказалось вашего средства для снятия приступа, можно принять другое безрецептурное обезболивающее средство, приобретенное в ближайшей аптеке. Ни в коем случае нельзя пить алкоголь.
- Триптаны (специфические противомигренозные препараты) нельзя принимать во время мигренозной ауры (зрительные ощущения перед приступом головной боли).
- Если вы приняли какой-либо препарат и он не облегчил ваш приступ (при этом у вас не было рвоты!), то через 2-4 часа вы можете повторно принять тот же препарат (если разрешено инструкцией) или принять препарат другой группы (но не более 2-х таблеток в сутки, 10 таблеток в месяц).
- Если ранее назначенные триптаны оказались для вас недостаточно эффективными, то допустимо в последующем использовать их в комбинации с простым анальгетиком или противорвотными средствами.

Диета с пониженным содержанием тирамина для больных мигренью (С. Даймонд)

Пищевые продукты	Разрешается использовать	Ограниченное (осторожное) использование	Категорически запрещается использовать
Напитки	Кофе без кофеина, фруктовые соки, содовую, газированные напитки, не содержащие кофеина	Кофе и чай не более двух раз в день; 1 стакан – 1 раз в день содержащие кофеин газированные напитки и горячий шоколад	Алкогольные напитки: шерри, вермут, пиво, эль. Баночные безалкогольные напитки
Мясо, рыба, птица, яйца	Свежеприготовленные парное мясо, птица, живая рыба, свежие яйца	Бекон, колбаса, сосиски, копченая говядина, ветчина. Икра	Несвежие, консервированные, соленные, копченые, маринованные, острые продукты. Салами, ливерная колбаса. Несвежее мясо, печень
Молочные продукты	Молоко цельное 2% жирности или снятое. Сыр: плавленый, пониженной жирности	Пармезан. Йогурт, простокваша, сметана – по 1/2 стакана в день	Сыр длительной выдержки: швейцарский, Рокфор, чеддер, эмменталер
Мучные изделия, крупы, пасты	Продукты из дрожжевого теста фабричного производства. Продукты, приготовленные с применением разрыхлителей, бисквиты. Любые каши. Любые пасты (томатная)	Домашнее дрожжевое тесто. Хлеб из кислого теста	Любые запрещенные добавки
Овощи	Спаржа, морковь, шпинат, помидоры, лук вареный или жареный, картофель, кабачки, бобовые, тыква, свекла	Лук свежий	Консервированные и маринованные соевые и бобовые продукты. Соевый соус
Фрукты	Яблоки, груши, вишня, персики, абрикосы	Не более 1/2 стакана в день: citrusовые (апельсины, мандарины, грейпфруты, ананасы, лимоны). Авокадо, бананы, финики, красные сливы, изюм	
Орехи и злаковые			Любые орехи и злаковые
Супы	Супы домашнего приготовления	Супы, содержащие дрожжи, глютамат натрия (китайская кухня), мясной бульон	
Десерты и сладости	Сахар, мед, кексы, печенье, варенье, желе, леденцы	Продукты, содержащие шоколад: мороженое (1 стакан), шоколадные конфеты (15 г)	Пирожки с мясом
Специи	Любые		

Упражнения для укрепления шейных мышц

ПОТЯГИВАНИЕ



Рука расположена на затылке. Отведите голову назад, оказывая рукой сопротивление.

Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.

БОКОВОЕ СГИБАНИЕ



Рука поддерживает голову сбоку. Наклоняйте голову вбок, оказывая рукой сопротивление.

Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.

СГИБАНИЕ



Удерживайте лоб кончиками пальцев. Наклоняйте голову вперед, оказывая рукой сопротивление.

Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.

РОТАЦИЯ



Поместите кончики пальцев на висок. Поворачивайте голову, стараясь увидеть плечо. Рукой оказывайте сопротивление.

Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.

Упражнения для гибкости шеи

СГИБАНИЕ ШЕИ



Наклоните голову вниз и возвращайтесь в исходную позицию.

Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.

ПОВОРОТЫ ШЕИ



Медленно поворачивайте шею, чтобы увидеть левое плечо.

Затем так же вправо.
Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.

ПОЖИМАНИЕ ПЛЕЧАМИ



Движение плечами вверх и вниз, затем вперед и назад.

Повторите 10 раз.

СГИБАНИЕ И РАЗГИБАНИЕ ШЕИ



Осторожно сгибайте и разгибайте шею, производя кивательные движения. Старайтесь растянуть шею.

Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.

РАСТЯЖЕНИЕ ШЕИ



Удерживайте вытянутую вниз руку в области запястья противоположной рукой. Осторожно поворачивайте голову в сторону удерживающей руки.

Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.



РАЗГИБАНИЕ ШЕИ



Отведите шею назад и возвращайтесь в исходное положение.

Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.

РЕТРАКЦИЯ ШЕИ



Отклоняйте голову назад, сохраняя уровень глаз и нижней челюсти.

Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.

РАСТЯЖЕНИЕ

ТРАПЕЦИЕВИДНОЙ МЫШЦЫ



Рукой отклоняйте голову в сторону. Вторая рука заведена за спину.

Держите 3 секунды.
Повторите 10 раз.

Инструкции по заполнению дневника

Перед консультацией в Центре головной боли очень важно, чтобы вы ежедневно заполняли этот дневник. Сведения, которые вы внесете в дневник, помогут врачу правильно определить диагноз и степень тяжести вашей головной боли (ГБ), а также оперативно назначить оптимальное для вас лечение.

Вверху напишите свое имя (Ф.И.О.), дату рождения, а также дату, когда вы начали заполнять дневник. Затем напротив вопроса 1 в 1-й колонке напишите дату (число месяца) заполнения дневника. Вы можете сразу проставить даты во всех колонках, поскольку вам предстоит заполнять дневник ежедневно.

Пожалуйста, заполняйте дневник каждый вечер перед отходом ко сну, отмечая галочкой (V) клетки (□) в вертикальной колонке. Эти данные представляют собой сжатую информацию о любой(ых) ГБ, если она(и) возникла(и) в этот день. Если ГБ в этот день у вас не было, ответьте только на вопросы 2 и 15. Если вы завершили заполнение одной страницы дневника, пожалуйста, продолжайте на следующей странице (прилагаются несколько копий).

Ниже приведены инструкции по ответам на вопросы:

1. Укажите только число (например, 12); месяц и год указывать не нужно.
2. Отмечайте «Да» или «Нет» в клетках напротив всех вопросов или сразу переходите к **вопросу 15** (если ГБ в этот день не было).

3. Укажите время (час в 24-часовом формате), когда вы впервые заметили появление ГБ. Если вы проснулись уже с головной болью, укажите время пробуждения. (Если утренняя ГБ является продолжением вечерней, поставьте в колонке знак X).

4. Укажите время (час и минуты в 24-часовом формате), когда головная боль полностью прекратилась. Если в этот день перед отходом ко сну ГБ еще сохранялась, оставьте клетку незаполненной. Если ГБ утром отсутствовала, укажите время отхода ко сну. Если ГБ утром сохранялась, поставьте X в графе этого дня, а также X в графе **вопроса 3** в следующей колонке. Продолжайте ваши записи на следующий день обычным образом.

5. У некоторых людей в пределах 1 часа до начала ГБ отмечаются определенные зрительные нарушения. Это могут быть вспышки света, светящиеся зигзагообразные линии, «слепые» пятна или «черные дыры», присутствуют даже при закрытии глаз. Отметьте «Да», если у вас отмечалось нечто подобное, или «Нет», если такие явления не возникали. Если вас просто раздражал свет (см. **вопрос 12**) и ничего более, отметьте «Нет».

6. Отметьте клетку, соответствующую локализации ГБ (преимущественно с одной стороны головы или с обеих сторон).

7. Хотя существует множество описаний характера ГБ, большинство ГБ являются либо «пульсирующими» (боль усиливается в такт с биением сердца) или «сжимающими» (по типу «обруча» или «каска»). Отметьте ту характеристику, которая в большей степени отражает тип вашей ГБ.

8. Некоторые виды ГБ усиливаются даже от незначительной физической нагрузки (например, при подъеме по лестнице) или вынуждают человека избегать такой активности. Отметьте «Да», если это относится к вашей ГБ, и «Нет», если это для вас не характерно.

9. Интенсивность (сила) ГБ – важная составляющая диагноза. Оцените силу вашей ГБ, отметив соответствующую клетку, если: «незначительная» – это ГБ, которая не нарушает выполнение обычных видов деятельности (т.е. вашу работоспособность и обычную активность), «сильная» – затрудняет, но полностью не препятствует обычным видам деятельности, наконец, «очень сильная» – ГБ, которая полностью нарушает вашу обычную активность. Постарайтесь оценить интенсивность ГБ в течение дня в целом. Например, если боль была незначительной в первой половине дня, а затем стала очень сильной, отметьте клетку «сильная». Если же боль на протяжении почти всего дня была очень интенсивной, отметьте «очень сильная».

10. Отметьте «Нет», если в течение дня у вас совсем не было тошноты. Если отмечалась легкая тошнота, которая вас почти не беспокоила, не вызвала отрыжки и позывов на рвоту, отметьте «незначительная», в случае более выраженной тошноты – «заметная».

11. Отметьте «Да» или «Нет». Отрыжка и позыв на рвоту не считается рвотой.

12. Вопрос касается обычного дневного и комнатного света, а не очень яркого света. Отметьте «Да», если обычный свет раздражал вас или вы пытались избежать его путем затемнения комнаты или ношения темных очков. В противном случае отметьте «Нет».

13. Вопрос касается обычного шума, а не очень громких звуков. Отметьте «Да», если шум раздражал вас или вы пытались избежать его путем уединения в тихой комнате. В противном случае отметьте «Нет».

14. Перечислите, пожалуйста, любые причины (факторы), которые, по вашему мнению, могли вызвать ГБ. Возможно, вы что-то съели, выпили, сделали (например, пропустили обед, провели бессонную ночь, работали физически) или были др. причины (перемена погоды, стресс, месячные).

15. Перечислите названия любых препаратов (таблетки, свечи, инъекции, назальные спреи), которые вы принимали от головной или любой другой боли. Для каждого препарата укажите количество принятых доз, а также время приема (часы в 24-часовом формате) каждого из препаратов. Не указывайте препараты, принятые вами по другим показаниям.

Ф.И.О.: _____ Дата рождения (д/м/г) _____, лет _____

Перед заполнением дневника внимательно прочитайте инструкцию!

1. ДАТА (День недели и число месяца)		ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ
2. Была у Вас сегодня ГБ? (если нет, сразу переходите к вопросу №15)	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
3. Если да, когда Вы впервые ее заметили? (ч:мин)						
4. Когда Ваша ГБ прекратилась? (ч:мин)						
5. В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения (вспышки света, линии-зигзаги, слепые пятна, др.)?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
6. Где отмечалась ГБ?	С одной стороны	☐	☐	☐	☐	☐
	С обеих сторон	☐	☐	☐	☐	☐
7. Характер ГБ?	Пульсирующая:	☐	☐	☐	☐	☐
	Сжимающая:	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ухудшалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
9. Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)	Незначительная	☐	☐	☐	☐	☐
	Сильная	☐	☐	☐	☐	☐
	Очень сильная	☐	☐	☐	☐	☐
10. Была ли у Вас тошнота?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Незначительная	☐	☐	☐	☐	☐
	Заметная	☐	☐	☐	☐	☐
11. Была ли у Вас рвота?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
12. Вас раздражал свет?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
13. Вас раздражал звук?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
14. Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?	Если Да, уточните					
15. Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли?						
Для каждого препарата укажите:						
А) название						
Б) принятая доза						
В) время приема						

Пожалуйста, удостоверьтесь, что Вы заполнили все колонки!

Заполняйте одну колонку **каждый вечер**, отмечая подходящие квадратики.

СБ	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС

Начало заполнения дневника: _____ Окончание заполнения дневника _____

Перед заполнением дневника внимательно прочитайте инструкцию!

1. ДАТА (День недели и число месяца)		ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ
2. Была у Вас сегодня ГБ? (если нет, сразу переходите к вопросу №15)	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
3. Если да, когда Вы впервые ее заметили? (ч:мин)						
4. Когда Ваша ГБ прекратилась? (ч:мин)						
5. В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения (вспышки света, линии-зигзаги, слепые пятна, др.)?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
6. Где отмечалась ГБ?	С одной стороны	☐	☐	☐	☐	☐
	С обеих сторон	☐	☐	☐	☐	☐
7. Характер ГБ?	Пульсирующая:	☐	☐	☐	☐	☐
	Сжимающая:	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ухудшалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
9. Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)	Незначительная	☐	☐	☐	☐	☐
	Сильная	☐	☐	☐	☐	☐
	Очень сильная	☐	☐	☐	☐	☐
10. Была ли у Вас тошнота?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Незначительная	☐	☐	☐	☐	☐
	Заметная	☐	☐	☐	☐	☐
11. Была ли у Вас рвота?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
12. Вас раздражал свет?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
13. Вас раздражал звук?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
14. Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?	Если Да, уточните					
15. Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли?						
Для каждого препарата укажите:						
А) название						
Б) принятая доза						
В) время приема						

Пожалуйста, удостоверьтесь, что Вы заполнили все колонки!

Заполняйте одну колонку **каждый вечер**, отмечая подходящие квадратики.

СБ	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС

Начало заполнения дневника: _____ Окончание заполнения дневника _____

Перед заполнением дневника внимательно прочитайте инструкцию!

1. ДАТА (День недели и число месяца)		ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ
2. Была у Вас сегодня ГБ? (если нет, сразу переходите к вопросу №15)	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
3. Если да, когда Вы впервые ее заметили? (ч:мин)						
4. Когда Ваша ГБ прекратилась? (ч:мин)						
5. В течение часа до начала ГБ отмечали ли Вы зрительные нарушения (вспышки света, линии-зигзаги, слепые пятна, др.)?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
6. Где отмечалась ГБ?	С одной стороны	☐	☐	☐	☐	☐
	С обеих сторон	☐	☐	☐	☐	☐
7. Характер ГБ?	Пульсирующая:	☐	☐	☐	☐	☐
	Сжимающая:	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ухудшалась ли ГБ при физической активности (подъем по лестнице, др.)?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
9. Какова была в целом интенсивность ГБ? (см. инструкции)	Незначительная	☐	☐	☐	☐	☐
	Сильная	☐	☐	☐	☐	☐
	Очень сильная	☐	☐	☐	☐	☐
10. Была ли у Вас тошнота?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Незначительная	☐	☐	☐	☐	☐
	Заметная	☐	☐	☐	☐	☐
11. Была ли у Вас рвота?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
12. Вас раздражал свет?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
13. Вас раздражал звук?	Нет	☐	☐	☐	☐	☐
	Да	☐	☐	☐	☐	☐
14. Могло ли что-нибудь послужить причиной Вашей ГБ?	Если Да, уточните					
15. Принимали ли Вы сегодня какие-нибудь препараты от ГБ или любой другой боли?						
Для каждого препарата укажите:						
А) название						
Б) принятая доза						
В) время приема						

Пожалуйста, удостоверьтесь, что Вы заполнили все колонки!

Заполняйте одну колонку **каждый вечер**, отмечая подходящие квадратики.

СБ	ВС	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Начало заполнения дневника: _____ Окончание заполнения дневника _____

Не ждите развития болезни!
Обратитесь
в Областной противоболевой центр ОКДЦ!

ОКДЦ

- **завершенность диагностики**
- **индивидуальный подход к пациенту!**

Телефоны единой диспетчерской службы
(863) **227-00-00**

Подробная информация о работе ОКДЦ и правилах приема пациентов
на сайте: **www.rokdc.ru**



Наш адрес:
г. Ростов-на-Дону,
улица Пушкинская, 127



www.instagram.com/okdc_rostov
www.instagram.com/rhmdl_okdc (РХМДЛ)
www.facebook.com/rokdc.ru
vk.com/gau.okdc

Чтобы узнать
о бонусах:



OKDC_ROSTOV

Мобильная запись
через Телеграм
«Хочу к врачу ОКДЦ»:

