

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Реферат на тему: " Головная боль".

Выполнила: ординатор 2-го года обучения

по специальности "Неврология"

Дуж Дарья Александровна

Проверила: асс. Субочева Светлана Алексеевна



Красноярск, 2019.

Содержание.

1. Введение
2. Головная боль напряжения
3. Мигрень
4. Кластерная боль
5. Лечение головной боли
6. Заключение
7. Список литературы

1. Введение.

Головная боль (ГБ) - одно из наиболее частых болезненных состояний человека, встречающиеся у 25-40% населения. В структуре болевых синдромов ее распространенность занимает третье место после болей в спине и суставных болей.

Итогом многолетних научных и клинических изысканий на пути систематизации ГБ явилось создание Международной классификации, которая состоит из 13 разделов и включает: мигрень; головную боль напряжения; кластерную (или пучковую) ГБ; разнообразные ГБ, не связанные со структурными повреждениями; ГБ, связанные с травмой головы; ГБ, обусловленные сосудистыми расстройствами; ГБ, обусловленные внутричерепными процессами несосудистой природы; ГБ, связанные с употреблением химических веществ или их отменой; ГБ, связанные с внеочередной инфекцией; ГБ, обусловленные метаболическими нарушениями; ГБ или лицевые боли, вызванные патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носа, придаточных пазух, зубов, рта или других структур черепа и лица; краниальные невралгии, болезненность нервных стволов и деафферентационные боли; неклассифицируемые ГБ.

Диагностика ГБ подразделяют :

- на первичную, когда ГБ и связанные с ней симптомы составляют ядро клинической картины и объединяются в самостоятельную нозологическую форму (мигрень, головная боль напряжения, кластерная ГБ),
- и вторичную, когда она становится следствием очевидных или маскированных патологических процессов.

Среди первичных ГБ наиболее распространенными формами являются головная боль напряжения (ГБН) и мигрень (М). По данным разных авторов, ГБН наблюдается в 32-70% случаев. В соответствии с Международной классификацией (1988) выделяют эпизодические и хронические ГБН. Каждая из перечисленных форм может подразделяться на ГБН с вовлечением перикраниальной мускулатуры, т.е. ее болезненностью при пальцевой пальпации, или без таковой. Однако такое подразделение не имеет существенного клинического значения и, как полагает большинство исследователей, отражает различные стадии и механизмы патогенеза ГБН.

2. Головная боль напряжения

Течение заболевания благоприятное, но если приступы не достаточно эффективно купируются или повторяются с возрастающей частотой, то в дальнейшем ГБ становится почти ежедневной, и переходит в хроническую форму.

Нередко ГБН встречается и у родственников пациентов.

Иногда она может чередоваться с пароксизмами мигрени.

У большинства больных отмечаются проявления синдрома вегетативной дистонии.

40% пациентов имеют очевидные признаки депрессии.

Представители белой расы имеют более высокую обращаемость с жалобами на ГБН по сравнению с лицами африканского происхождения как среди мужчин, так и женщин

Показатель распространенности увеличивается по мере повышения образовательных критериев для обоих полов, достигая максимального значения у субъектов с законченным высшим образованием

Женщины характеризуются более высокой частотой заболеваемости эпизодической ГБН по сравнению с мужчинами по возрастным, расовым и образовательным группам

Диагноз эпизодической ГБН основывается на следующих критериях:

А. Наличие, по крайней мере, 10 эпизодов головной боли, соответствующей критериям Б-Г. Число дней с такой головной болью меньше 180 за год и 15 в месяц.

Б. Головная боль продолжается от 30 минут до 7 дней.

В. Наличие, как минимум, двух из следующих характеристик боли: сжимающий или сдавливающий (непульсирующий) характер легкая или умеренная интенсивность (боль может снижать эффективность деятельности, но не ограничивает ее) двусторонняя локализация боль не усиливается при хождении по лестнице или аналогичной физической деятельности.

Г. Наличие двух нижеследующих характеристик: отсутствие тошноты или рвоты (может наблюдаться анорексия) отсутствие сочетания фото- и фонофобии (может наблюдаться только одно из них).

Основные клинические признаки

- Локализация боли:

чаще двусторонняя, диффузная, иногда с преобладанием в лобно-теменных, лобно-височных, затылочно-теменных отделах.

- Характер боли:

монотонный, стягивающий по типу "каска", "шлема", "обруча"

- Интенсивность боли:

умеренная, реже выраженная, но обычно не меняющаяся при повседневной физической нагрузке

- Длительность болевых ощущений:

при эпизодической форме (длительность одного приступа от 30 минут до 7 дней), при этом количество дней с головной болью не превышает 15 в месяц (менее 180 в год), и при хронической (число эпизодов ГБ более 15 дней в месяц или свыше 180 дней в году)

- Сопровождающие симптомы:

тошнота, редко фото- фонофобия, снижение аппетита, вплоть до анорексии, алгические проявления (кардиалгии, абдоминальные боли и др.)

- Нарушения эмоционально-личностной сферы:

повышенная возбудимость, тревога, депрессия, демонстративные проявления, ипохондрический синдром

Принципиальным отличием хронической ГБН является повторяемость приступов ГБ более 180 дней в году или 15 и более дней в месяц.

3. Мигрень.

Распространенность мигрени (М) несколько меньше и в среднем 16% больных с ГБ.

Для мигрени без ауры Международной ассоциацией были разработаны следующие диагностические критерии:

1. Односторонняя локализация головной боли.

2. Пульсирующий характер головной боли.
3. Интенсивность боли, снижающая активность больного и нарастающая при физической нагрузке и ходьбе.
4. Наличие хотя бы одного из следующих симптомов: тошнота, рвота, свето- или звукобоязнь.
5. Длительность приступа от 4 до 72 часов.
6. Наличие не менее 5 приступов, отвечающих перечисленным критериям.

Типы головной боли и мигрени

Синусовая головная боль возникает в передней части лица, с давлением вокруг глаз, щек, или на лбу	Офтальмо-плегическая мигрень боль сосредотачивается вокруг одного глаза	Мигрень напряжения боль постоянная, монотонная, сдавливающая, как «обруч»	Классическая мигрень характеризуется болью, тошнотой и нарушением зрения и речи
			

Аура проявляется локальными неврологическими симптомами, которые нарастают на протяжении 5-20 минут и полностью исчезают в течение одного часа. Как и при М без ауры, приступу может предшествовать продромальный период.

Диагностика Мигрени с аурой основывается на критериях:

- А. Как минимум 2 приступа, отвечающих требованиям пункта Б.
- Б. Головная боль сопровождается, как минимум, тремя из четырех следующих характеристик:
 - п один (и более) полностью обратимых симптомов, указывающих на локальную церебральную корковую или стволовую дисфункцию
 - п как минимум, один симптом ауры постепенно развивается в течение более чем 4 минут, или два и более симптомов развиваются последовательно
 - п ни один симптом ауры не продолжается дольше 60 минут; если их более одного, длительность ауры пропорционально увеличивается
 - п головная боль возникает вслед за аурой в разный временной период, не превышающий 60 минут (она может также возникать перед аурой или вместе с ней).

При диагностике ГБН или М необходимо учитывать возможность аналогичных клинических проявлений при вторичных ГБ, что обуславливает соблюдение одного из следующих положений: анамнез, соматическое и неврологическое обследование не обнаруживают наличия органического заболевания, другого типа головной боли, медикаментозно спровоцированной головной боли или краниальной невралгии; анамнез, соматическое или неврологическое обследования предполагают возможность органического заболевания, но оно исключается соответствующими исследованиями; органическое заболевание имеется, но приступы головной боли напряжения не вызваны этим заболеванием.

Несмотря на простоту приведенных диагностических критериев статистика показывает, что при первом обращении пациента мигрень диагностируется в 26% случаев, а ГБН только в 1% случаев. При этом 38% больных М никогда не консультировались с врачом, из них 41% занимались самолечением, 15% не надеялись, что врач сможет реально им помочь. В группе больных с ГБН 64% никогда не консультировались у врача; 32% занимались самолечением; 13% не доверяли врачам.

На практике врачам часто приходится сталкиваться с так называемыми трансформированными ГБ, как правило, приобретающими хроническое течение. Наиболее частыми трансформирующими исходную ГБ факторами считаются: злоупотребление анальгетиками и эрготамином (50-67%), развитие депрессивных проявлений (40-70%), стресс (22-67%), артериальная гипертензия (1,5-10%), применение препаратов, не связанных с лечением ГБ (1,5-3,8%). Во многих случаях трансформирующие факторы остаются неидентифицированными (22%).

На сегодняшний день эта группа ГБ получила название хронические ежедневные (или почти ежедневные) ГБ (ХЕГБ).

ХЕГБ не признана в качестве отдельной нозологической формы в Международной классификации ГБ и является собирательным понятием, объединившим различные типы ГБ на основе временной характеристики, т.е. количества эпизодов ГБ, которое должно превышать 15 дней в месяц (или 180 дней в году), а длительность каждого эпизода должна превышать 4 часа. Тем не менее ХЕГБ распространенная клиническая проблема. Приблизительно 40% пациентов, наблюдаемых в специализированных клиниках, подпадают под эту категорию ГБ. Для обозначения этого клинического состояния в разное время использовались термины: хроническая ГБ напряжения, мигрень с межпароксизмальными ГБН, трансформированная мигрень и др., фактически отражающие патогенетическую модификацию исходного типа ГБ, но не полностью соответствующие диагностическим критериям первичных ГБ.

Предлагается классификация ХЕГБ:

1. Хроническая головная боль напряжения.
2. Комплексная ГБ, включающая мигрень и головную боль напряжения: а) трансформированная мигрень; б) развившаяся из головной боли напряжения. В свою очередь, две последние формы могут быть медикаментозно индуцированными или развиваться под влиянием других факторов.
3. Вновь возникшая ежедневная персистирующая ГБ.
4. Хроническая гемикрания (Hemicrania continua). Кроме того, выделяют вторичные ХЕГБ: а) связанные с церебральной инфекцией; б) связанные с травмой головы и изменениями в шейном отделе позвоночника; в) связанные с сосудистыми расстройствами.

Среди вторичных ХЕГБ отчетливо прослеживается влияние вышеперечисленных трансформирующих факторов. При гипертонической болезни, например, в качестве сопутствующих хронической ГБН симптомов наблюдались: рвота в 18%; головокружение в 86%; фонофобия в 57% 60% хронических цервикогенных ГБ (ЦГБ) сопровождаются тошнотой, 18% рвотой, 24% свето- или звукобоязнью, 20% чувством тревоги. Имеются данные о сочетании первичных и вторичных ГБ, в частности, ЦГБ в 84% случаев комбинируются с мигренью, в 42% с ГБН, в 14% с обеими формами ГБ.

4. Кластерные боли

Кластерные или пучковые (объединенные по общим признакам) головные боли являются одними из самых болезненных типов головных болей. Они отмечены как мучительные, колющие и проникающие, и, как правило, сосредоточены вокруг глаз. Приступы кластерных головных болей происходят очень внезапно и без предупреждения, с пиком в течение 15 минут.

Число пострадавших от этих "адских" головных болей превышает 1% населения земного шара. Мужчины гораздо чаще страдают от головных болей, чем женщины.

У многих людей, имеющих головные боли, есть личные или семейные истории мигрени. Головные боли могут быть настолько мучительными, что иногда доводят людей до тяжелых депрессий.

Приступы головной боли могут быть:

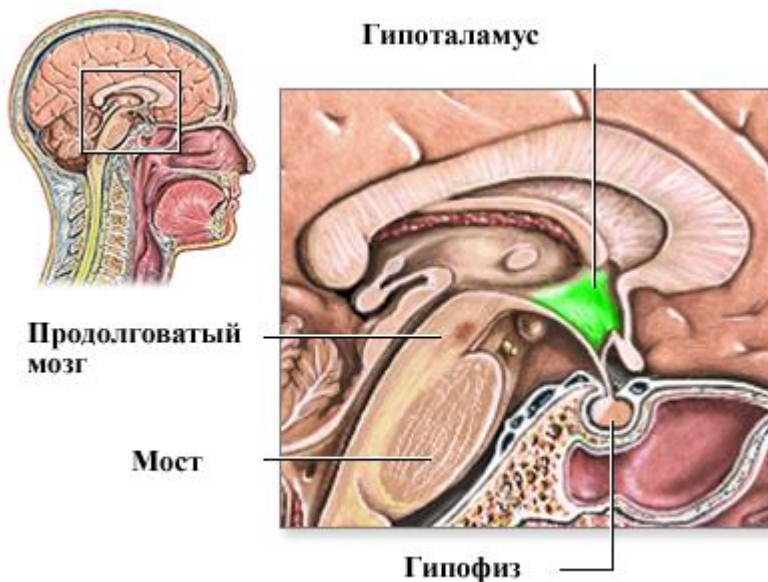
- Эпизодические. Атаки (т.е. приступы) происходят регулярно в течение от одной недели до одного года. Они разделены длинными безболезненными периодами, которые длятся не менее одного месяца. 80-90% больных имеют эпизодические циклы. Значительное число людей, испытывающих первую кластерную атаку, не имеют последующие;
- Хронические. Атаки происходят регулярно более 1 года, с безболезненными периодами продолжительностью менее одного месяца. У 10-20% больных - хронические кластерные головные боли. Хроническая форма очень трудно поддается лечению.

Типичный цикл кластерных головных болей

- Сроки приступов. Приступы кластерной головной имеют тенденцию наступать с большой регулярностью, в одно и то же время суток (по этой причине их иногда называют «головные боли-будильники»). Большинство атак происходит между началом вечера и ранним утром, пиковое время – с полуночи до 3 утра.
- Продолжительность приступов. Кластерные атаки обычно краткие, но крайне болезненные, продолжительностью, если их не лечить, - от 15 минут до 1,5 часа.
- Число приступов в сутки. Во время активного цикла люди могут испытывать всего лишь одну атаку через день, но иногда – и целых 8 атак в день.
- Продолжительность циклов. Циклы атак обычно длятся 6-12 недель, с ремиссией продолжительностью до одного года. При хронической форме приступы продолжаются, и бывают иногда ремиссии. Циклы, как правило, происходят сезонно, чаще всего весной и осенью.

Причины кластерной головной боли

Головные боли, как и мигрени, связаны с отклонениями в кровеносных сосудах и нервной системе. Из основных причин происхождения головной боли можно выделить:



- Аномалии в гипоталамусе. Исследования ясно указывают, что нарушения в гипоталамусе - сложной структуре, расположенной глубоко в мозге, играют важную роль в кластерных головных болях. Расширенные методы визуализации показали, что во время приступа кластерной головной боли активируется определенная часть гипоталамуса.

Гипоталамус участвует в регуляции многих важных химических веществ и нервных путей, включая:

- нервные кластеры, регулирующие биологические ритмы организма (его циркадные ритмы);
- серотонин и норадреналин. Это нейромедиаторы (химические посредники в головном мозге), которые связаны с чувством благополучия и аппетитом;
- кортизол (гормон стресса);
- мелатонин (гормон, связанный с реакцией организма на светлое и темное);
- бета-эндорфины (вещества, которые модулируют боль).

По некоторым не совсем понятным механизмам, тройничный нерв также принимает участие в регуляции химических веществ и нервных путей. Тройничный нерв несет ощущения от лица к мозгу.

- Суточные нарушения. Кластерные атаки часто происходят во время определенных стадий сна. Они также часто следуют за сезонным увеличением тепла и света. Многие пациенты сообщают об увеличении атак при дневном свете, изменениях и экономии времени осенью и весной. Исследователи акцентировали внимание на циркадных ритмах, и, в частности малых кластерах нервов в гипоталамусе, которые действуют как биологические часы. Гормон мелатонин также участвует в биологических ритмах организма.

- Расширение кровеносных сосудов. Головные боли могут быть вызваны расширением кровеносных сосудов и воспалением нервов за глазом. Воспаление близлежащих нервов может привести к колющим, пульсирующим болям, которые обычно ощущаются в одном глазе. Тройничный нерв отходит от мозга за глазом и посылает импульсы к черепу и лицу. Что вызывает эти события и как они связаны с кластерными головными болями, до сих пор не ясно. Поскольку за расширением кровеносных сосудов, кажется, следуют, а не предшествуют им головные боли, частью этого процесса, вероятно, будет некоторое действие, происходящее в головном мозге.

- Отклонения симпатической нервной системы. Некоторые данные свидетельствуют о том, что отклонения в симпатической (вегетативной) нервной системе могут способствовать кластерным головным болям. Эта система регулирует мышцы, например, в сердце и кровеносных сосудах.

Факторы риска возникновения головных болей

- Пол и возраст. Головные боли могут повлиять на людей всех возрастов, от детей до пожилых людей, но являются наиболее распространенными у людей юношеского возраста. Мужчины в 2-3 раза больше страдают кластерными головными болями, чем женщины, особенно мужчины 40-летнего возраста. У женщин, как правило, такие боли начинаются в 60 лет. В отличие от ситуации с мигренью, в кластерных головных болях колебания эстрогена и других женских гормонов, роли не играют.

- Образ жизни. Факторы образа жизни, в том числе курение, злоупотребление алкоголем и стресс (в частности, стрессовые ситуации на работе), безусловно, влияют на головные боли. Курение может вызвать приступы (тем не менее, полный отказ от курения не остановит головные боли). Алкоголь, особенно пиво, является наиболее распространенным среди всех опасных факторов.

- История семьи и генетические факторы. Головные боли, как правило, атакуют в семье, что свидетельствует о генетическом компоненте.

- Травмы головы. Черепно-мозговая травма с сотрясением головного мозга может увеличивать риск головных болей, хотя эта причинно-следственная связь не доказана.

- Апноэ сна и другие расстройства сна. Головные боли, как правило, происходят в течение определенных стадий сна и связаны с несколькими нарушениями сна, в том числе нарколепсией, бессонницей, синдромом беспокойных ног и апноэ сна. Апноэ сна - расстройство, при котором

дыхание человека в ночное время приостанавливается, может быть, сотни. У некоторых людей кластерная головная боль в течение первых нескольких часов сна может вызвать апноэ, что делает пациентов чувствительными к последующей атаке от полудня до обеда следующего дня. Лечение пациентов, у которых есть нарушения с устройством под названием «CPAP», которое открывает дыхательные пути, может помочь улучшить оба условия.

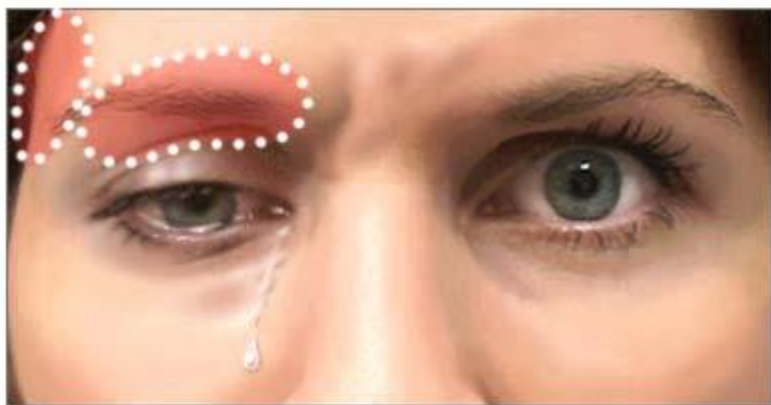
Триггеры кластерных головных болей

(Триггеры - в общем смысле, приводящие нечто в действие элементы, здесь: факторы, провоцирующие головные боли).

Следующие условия и вещества могут вызвать кластерные атаки:

- алкоголь и курение;
- изменения погоды;
- большая высота (треккинг, авиаперелеты);
- резкие запахи;
- яркий свет (в том числе солнечный или мигалки);
- большое напряжение;
- тепло (жаркая погода, горячие ванны или душ);
- продукты с высоким содержанием нитритов (например, бекон, мясные консервы);
- некоторые лекарственные средства (в том числе те, которые вызывают расширение кровеносных сосудов – такие, как нитроглицерин, а также различные лекарства от повышенного или пониженного кровяного давления).

Триггеры обычно имеют эффект только во время активного цикла кластера. Когда расстройство находится в стадии ремиссии, оно редко вызывает новые головные боли.



Кластерная головная боль - очень сильная, жгучая, молниеносно пронизывающая головная боль в одном глазу, за глазом, с возможной иррадиацией в висок, ухо, щеку, лоб, сопровождающаяся односторонними вегетативными нарушениями - заложенностью носа, слезотечением, приливом крови к лицу, покраснением глаза, потливостью лба.

- потливость лба;
- нетерпимость к свету и звуку;
- беспокойство и возбуждение;
- тошнота и рвота;
- расширенные зрачки.

Симптомы головной боли включают: колющие, сильные боли позади или выше одного глаза, разрыв глаза, заторы в соответствующей ноздре, изменения век и т.д.

Симптомы кластерной головной боли

Боли обычно растут от среднетяжелых до очень тяжелых в течение 15 минут. Пациенты могут чувствовать себя взволнованными или обеспокоенными во время приступа и часто хотят изолироваться от окружающих, уйти. Желудочно-кишечные симптомы не сильно распространены.

В дополнение к болям симптомы мигрени могут включать следующее:

- опухшие или упавшие веки;
- слезоточивые глаза;
- насморк;

Диагностика кластерной головной боли

Мигрень-симптомы (световая и звуковая чувствительность, аура, тошнота, рвота) являются основными причинами частых ошибочных диагнозов. В некоторых случаях пациенты неуместно рассматривают другие типы головных болей (например, мигрень) или синусит.

- Медицинская и личная истории. Кластерные головные боли, в том числе повторяющиеся приступы, диагностируются и фиксируются в истории болезни пациента, с их типичными симптомами (опухшие веки, водянистые глаза, насморк). Ведение пациентом дневника головной боли для описания атаки могут помочь врачу поставить точный диагноз. Пациент должен описать врачу следующее:

- частота приступов (если вести дневник, следует записывать дату и время каждой атаки);
- описание болей (колющие, пульсирующие);
- локализация болей;
- продолжительность болей;
- интенсивность болей (с использованием масштаба, как показано ниже);
- сопутствующие симптомы (разрыв глаз, тошнота и рвота, потливость);
- любые меры, которые приносят облегчение (измерение давления, выходы на свежий воздух);
- любые события, которые предшествовали приступам или, возможно, вызвали их;
- любые лекарственные препараты, которые вы принимаете;
- ваше поведение во время головных болей (беспокойство, возбуждение);
- храп, нарушение сна, сонливость в дневное время (это может быть связано с апноэ во сне, который иногда связан с кластерными головными болями).

Боль может быть видна через масштабную систему исчисления:

- 1 = легкая, едва заметная;
- 2 = заметная, но не мешает работе или деятельности;
- 3 = отвлекает от работы или деятельности;
- 4 = делает работу или деятельность очень трудными;
- 5 = вызывает полную неспособность осуществлять любую деятельность.

- Медицинский осмотр. Для диагностики хронической головной боли врач осмотрит ваши голову и шею и выполнит неврологическое обследование, которое включает в себя ряд простых упражнений для испытания на прочность, рефлекс, координацию и ощущения. Также врач может посмотреть ваши глаза. Он может задать вам вопросы для проверки вашей кратковременной памяти и связанных с ней аспектов психических функций.

- Тесты с изображениями. Врач может назначить компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ) головы, чтобы проверить мозг на аномалии, которые могут быть причиной головных болей.

- Исключение других головных болей и медицинских расстройств. В рамках диагноза врач должен исключить другие головные боли и расстройства. Если результаты истории и физическая экспертиза говорят о других причинах головных болей или серьезных осложнениях, то выполняются обширные тесты.

Лечение приступов кластерной головной боли

Управление кластерной головной болью сводится к двум основным методам:

- острая терапия для своевременного предотвращения атак;
- профилактическая терапия для остановки атаки или уменьшения рецидивов.

Наиболее эффективные и изученные методы лечения кластерных атак:

- Кислородные ингаляции. Обычно инъекции таких препаратов, как: Триптан, Суматриптан (Имитрекс) - утверждены для лечения кластерных головных болей. Варианты - интраназальные композиции Суматриптана или Золмитриптана (Зомига). Кислород и инъекции Суматриптана иногда вводятся вместе.

Другие препараты, которые могут быть использованы при острых приступах - назальные спреи Дигидроэрготамин или Лидокаин.

- Предотвращение приступов. Атаки кластерных головных болей, как правило, короткие, продолжительностью от 15 до 180 минут, а мучительные боли стихают, возможно, к тому времени, когда пациент дойдет до кабинета врача или скорой помощи.

Оттого что приступы могут трудно поддаваться лечению, усилия должны быть сосредоточены на предотвращении атак во время циклов кластера. Хотя некоторые лекарства - стандартные, профилактическое лечение должно быть индивидуальным для каждого пациента. Врач может назначить и комбинации препаратов.

Верапамил (Калан), блокаторы кальциевых каналов наркотиков, являются основой профилактического лечения головных болей. Тем не менее, может пройти 2-3 недели, пока этот препарат вступит в силу. В течение этого периода в качестве начальной переходной терапии могут быть использованы кортикостероиды (как правило, Преднизон). Для длительного лечения хронических головных болей можно использовать литий или как альтернативу - Верапамил. Иногда используются для профилактического лечения такие противосудорожные препараты, как Дивалпрокс натрия, Вальпроат натрия (Депакон), Вальпроевая кислота, Топирамат (Топамакс), и Габапентин (Нейронтин), хотя они и не утверждены для головной боли.

- Поведенческая терапия - полезное дополнение к лечению от наркозависимости. Эти подходы могут помочь управлению болью и позволяют пациентам чувствовать себя лучше, контролировать свое состояние.

Поведенческие подходы включают в себя:

- релаксацию и лечение в сочетании с биологической обратной связью;
- когнитивно-поведенческую терапию.

- Изменения образа жизни. Пациентам следует избегать следующих триггеров, которые могут спровоцировать приступы головной боли:

- Спирт. Употребление алкоголя, особенно в большом количестве, тесно связано с кластерными головными болями;

- Курение. Многие исследования показывают, что большинство пациентов с кластерными головными болями являются курильщиками. И хотя исследования полностью не доказали, что отказ от сигарет остановит кластерные головные боли, все равно отказ от курения - необходимая цель в деле вашего оздоровления. Курильщики, которые не могут совсем бросить курить, должны, по крайней мере, перестать это делать при первых признаках приступа.

Лечение острых приступов кластерной головной боли

- Оксигенотерапия. Вдыхание чистого кислорода (через маску, в течение 15 минут) является одной из наиболее эффективных и безопасных процедур при атаках кластерной головной боли. Это часто является первым методом лечения. Вдыхание через маску повышает уровень кислорода в крови и расслабляет суженные кровеносные сосуды.

- Триптаны. Триптаны - препараты, которые обычно используются для лечения мигрени. Они также могут помочь остановить кластерные атаки. Инъекции Суматриптана (Имитрекса) являются стандартным методом лечения от головных болей, утвержденным во многих странах мира. Инъекции Суматриптана обычно работают в течение 15 минут. Носовой (назальный) аэрозоль также может быть эффективным для некоторых пациентов, и, как правило, дает облегчение в течение 30 минут. Спреи работают лучше всего при атаках, по крайней мере, 45 минут, а также инъекционные формы.

Золмитриптан (Зомиг) является еще одним триптановым препаратом, используемым для лечения кластерных головных болей. Он предоставляется в форме назального спрея. Золмитриптан имеет меньше побочных эффектов, чем Суматриптан.

У триптанов есть осложнения и противопоказания:

- осложнения на сердце и кровообращение;
- серотониновый синдром.

- Эрготамин. Инъекции Эрготамина, известные как Дигидроэрготамин (Мигранал), могут остановить кластерные атаки в течение 5 минут у многих пациентов, предлагая преимущества, аналогичные инъекции Суматриптана. Эрготамин также доступен в виде назального спрея и таблеток. Эрготамин может иметь опасные лекарственные взаимодействия со многими лекарствами, в том числе Суматриптаном. Поскольку Эрготамин сужает кровеносные сосуды, пациенты с заболеваниями периферических сосудов не должны использовать этот препарат.

- Местные анестетики. Лидокаин, местный анестетик, может быть полезным как носовой спрей для остановки кластерных атак на голову. Он обычно начинает действовать через 40 минут. Лидокаин может иметь неприятный вкус. Некоторые врачи рекомендуют пациентам попробовать назальное применение Лидокаина, чтобы увидеть, помогает ли он облегчить боль. Будьте осторожны! Просроченный Лидокаин ведет к летальному исходу.

- Капсаицин - соединение, полученное из острого перца. Некоторые пациенты, которые не получили облегчение через другие лекарства, используют его для лечения или профилактики головных болей, применяя интраназально. Было несколько исследований, подтвердивших его эффективность.

Профилактические лекарства

- Блокаторы кальциевых каналов. Эти блокаторы обычно используются для лечения высокого кровяного давления и болезней сердца, также они важны для профилактики эпизодических и хронических кластерных головных болей. Верапамил (Калан) - стандартный блокатор кальциевых каналов, используемый для профилактики кластерной головной боли. Полный эффект может занять 2-3 недели, и в течение этого переходного периода в сочетании с блокатором может быть использован кортикостероидный препарат. Запор является общим побочным эффектом. Люди, принимающие блокаторы кальциевых каналов, не должны резко прекращать их прием. Это может опасно повысить кровяное давление. Передозировка может вызвать опасно низкое кровяное давление и медленное сердцебиение.

- Литий. Литий обычно используется для биполярного расстройства, и также может помочь предотвратить головные боли. Преимущества лития обычно появляются в течение 2 недель после начала обезболивающих медицинских наркотиков, а зачастую и в течение первой недели. Литий может быть использован отдельно или с другими лекарственными средствами. Он может иметь много побочных эффектов, включая дрожание руки, тошноту и повышенную жажду. При длительном использовании распространенным побочным эффектом является избыточный вес.

- Кортикостероиды. Кортикостероидные препараты (также называемые стероидами) очень полезны в качестве переходных препаратов для стабилизации пациентов после приступов, до

употребления лекарственных препаратов. Преднизолон и Дексаметазон (Декадрон) являются стандартными стероидными препаратами, используемыми для краткосрочной кластерной головной боли и ее переходного лечения. Эти препараты, как правило, принимаются в течение недели, а затем постепенно убавляются. Если головные боли возвращаются, пациент может снова начать принимать стероиды. К сожалению, длительное применение стероидов может привести к серьезным побочным эффектам, поэтому они не могут быть приняты для текущей профилактики.

Инъекции стероидов также могут обеспечить кратковременное облегчение. Некоторым пациентам помогала анестезия кортикостероидами в затылочные нервы, в задней части головы. Исследователи также изучают подзатылочные инъекции (стероиды вводят в основание черепа на той же стороне, где происходят атаки головной боли).

- Противосудорожные препараты. Противосудорожные препараты, которые используются для лечения эпилепсии, могут быть полезны для предотвращения головных болей у некоторых пациентов. Они включают в себя старые препараты – такие, как: Дивалпрокс, вальпроаты (Депакон) и вальпроевая кислота (Депакене) и более новые препараты – такие, как Топирамат (Топамакс), Габапентин (Неуронтин). Необходимо провести дополнительные исследования, чтобы оценить, насколько эффективны эти препараты в профилактике кластерных головных болей.

У всех этих препаратов есть и немало побочных эффектов, в том числе таких, как:

- тошнота и рвота;
- диарея;
- колики;
- покалывание в руках и ногах;
- выпадение волос;
- головокружение;
- сонливость;
- нечеткость зрения;
- увеличение веса (или потеря веса) и т.д.

Вальпроат Дивалпрокс может вызвать воспаление поджелудочной железы (панкреатит), а также повреждение печени.

Женщины, планирующие беременность, должны обсудить безопасность вальпроатов со своим врачом и рассмотреть другие типы профилактического лечения.

Все противосудорожные препараты могут увеличить риск суицидальных мыслей и поведения (опасных склонностей). Пациенты, которые принимают эти препараты, должны быть проверены на наличие признаков депрессии, странного изменения в поведении.

- Ботокс. Инъекции ботулинического токсина (Ботокса), как правило, используются для сглаживания морщин. Но также Ботокс изучается и для лечения головных болей, и предназначен для профилактики хронических мигреней. Исследования по его использованию для профилактики кластерной головной боли носят предварительный характер, и пока что нет достаточных доказательств в поддержку его эффективности.

- Мелатонин. Отчеты показывают, что мелатонин - гормон мозга, который помогает регулировать цикл «сон-бодрствование», может помочь предотвратить эпизодические или хронические кластерные головные боли. Мелатониновые добавки продаются в магазинах здорового питания, но как происходит с большинством природных средств, качество различных препаратов не подтверждено, они еще не так тщательно проверены на безопасность или эффективность. Необходимы дополнительные исследования.

Прогноз

Головные боли могут быть невыносимыми. В конце концов, с возрастом приступы прекращаются, но врачи не могут предсказать, когда и как они будут в завершающей стадии.

Осложнения

кластерных головных

болей

Влияние на психическое и эмоциональное функционирование. Тревога и депрессия являются общими для людей с головными болями, которые могут повлиять на их функционирование и качество их жизни.

- Ауры и медицинские риски. У некоторых пациентов с кластерными головными болями имеется опыт мигрени типа ауры (аура – оптический феномен, патология восприятия за 10-30 мин. до приступа). Исследования показывают, что головные боли, которые сопровождаются аурой, могут увеличить риск инсульта или транзиторной ишемической атаки (ТИА). Симптомы ТИА похожи на симптомы инсульта, но проявляются недолго. ТИА - часто предупреждающий знак, что у человек есть опасность для более тяжелого инсульта. Головные боли с аурой также могут увеличить риск повреждения сетчатки глаза (ретинопатия). Головные боли, связанные с аурой, могут влиять на мелкие кровеносные сосуды головного мозга и глаз, тем самым увеличивая риск инсульта и ретинопатии.

Головные боли обычно наступают внезапно и без предупреждения, хотя у некоторых людей бывает мигрень типа ауры и до приступа. Боли глубокие, длительные, со жжением внутри, сзади или вокруг глаз. Затем они распространяются на лоб, челюсть, верхние зубы, ноздри, плечи и шею. Симптомы обычно бывают на одной стороне головы.

5. Лечение головной боли

Основные принципы терапии всех головных болей

индивидуальность - терапия не болезни, а больного;

обоснованность - использование методов лечения наиболее подходящих в конкретной ситуации;

комплексность - сочетание разнообразных методов терапии

Медикаментозная терапия

Отдельные пароксизмы эпизодической ГБН достаточно эффективно купируются приемом обычных анальгетиков:

аспирина (1-2табл), ибупрофена (0,2-0,4г), напроксена (250-500мг) или комбинацией кофеина с анальгетиками (саридон, гевадал - 1-2 таб)

Однако их рекомендуется использовать не более 1-2 раз в неделю, во избежание перехода ГБН в лекарственную ГБ.

При хронической форме заболевания патогенетически оправданным является назначение антидепрессивных средств:

трициклические антидепрессанты (амитриптилин в суточной дозе 50-75мг на протяжении 2-3 месяцев с последующим переходом на поддерживающую дозу в 25мг в течение 3-6 месяцев).

При отсутствии ожидаемого эффекта от приема антидепрессанта, по истечении 6 недель, целесообразно перейти на препарат из этой же группы (имипрамин, доксепин) или из группы ингибиторов МАО (аурорикс).

Общий курс лечения от 6 до 12 месяцев

При хронической или частой эпизодической ГБН с наличием дисфункции перикраниальных мышц, а также при сочетании ГБН с миофасциальным синдромом показано применение миорелаксанта центрального действия - тизанидина (сирдалуд), который рекомендуется использовать в дозе 4-6мг в сутки в течение 14 дней.

Психологическая и психотерапевтическая помощь больным с ГБН Модификация поведения, методики на визуализацию, метод биологической обратной связи (БОС), лечебные физические методы, дыхательно-релаксационный тренинг (ДРТ), другие методики, позволяющие "продышать" боль, прогрессивная мышечная релаксация (метод Джекобсона), аутогенная тренировка, релаксация мышц.

6. Заключение.

Головные боли- одна из наиболее часто предъявляемых жалоб в практике врача невролога. По данным Европейской Федерации Головной Боли цефалгии входят в десятку самых частых причин нетрудоспособности, что определяет социальный и экономический ущерб. В нашей стране существует Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ), задачами которого является повышение качества имеющихся знаний и объединение специалистов различных областей медицины и науки. Международное Общество Головной Боли выделяет около 160 видов цефалгий. Более актуальными для научного изучения являются первичные головные боли, так как они составляют львиную долю от всех цефалгий- 95-97%.

7. Список литературы.

1. Бублий А., Шафорост А., Долгова И.Н., Карпов С.М. Эффективность лечения мигрени препаратами группы триптанов //Международный научно-исследовательский журнал. 2013. № 10-5(17). С. 35-36.

2. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике / Т.Дж.Стайнер и соавт.: Практическое руководство для врачей; перевод с английского Ю.Э.Азимовой, В.В.Осиповой; научная редакция В.В.Осиповой, Т.Г.Вознесенской, Г.Р.Табеевой 2010. – 56 с
3. Неврология и нейрохирургия: учебник в 2х томах, 2009 год-624 стр. авторы: Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И.
4. Частная неврология: учебное пособие для студентов медицинских вузов.-М.:ООО «Медицинское информационное агентство», 2006 год.-192 стр.
5. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.