

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф.

Прокопенко С.В.

Преподаватель, асс.:

Субочева С.А.

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕВРОЛОГА

Выполнил:
ординатор 2-го
года обучения
Кабыш С. С.

Красноярск, 2019 г.

Головная боль напряжения (ГБН) – самая частая форма головной боли, с которой пациенты обращаются к неврологам и врачам общей практики. Несмотря на то, что ГБН относится к первичным (доброкачественным)

формам цефалгий и не связана с поражением головного мозга, она в значительной степени нарушает работоспособность и качество жизни пациентов. Особую проблему представляет хроническая ГБН, которая часто сочетается с напряжением перикраниальных мышц, эмоциональными расстройствами и злоупотреблением лекарственными препаратами.

Классификация головной боли

Головная боль (ГБ) является одной из наиболее частых жалоб, с которой сталкиваются неврологи и врачи общей практики. Второе издание Международной классификации головной боли (МКГБ-2) выделяет более 160 разновидностей цефалгий. Все многообразие ГБ можно разделить на первичные (когда не удается выявить органическую причину боли; в МКГБ-2 главы 1-4), вторичные (обусловленные органическими поражениями головного мозга или других органов и систем; главы 5-12), а также краниальные невралгии и лицевые боли (главы 13-14). Первичные формы ГБ составляют 95-98% всех форм цефалгий, с вторичными врачам приходится сталкиваться достаточно редко (не более 2-5% всех случаев цефалгий).

Международная классификация головных болей (2-ое издание, 2004). Часть I:
Первичные головные боли

1. Мигрень
 2. Головная боль напряжения (ГБН)
 3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии
 4. Другие первичные головные боли
- Часть II: Вторичные головные боли
5. Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи
 6. Головные боли, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника
 7. Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями
 8. Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой
 9. Головные боли, связанные с инфекциями
 10. Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза
 11. Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица
 12. Головные боли, связанные с психическими заболеваниями
- Часть III: Краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и другие головные боли
13. Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли
 14. Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли

Согласно МКГБ-2 при первичных формах ГБ анамнез, физикальный и неврологический осмотры, а также дополнительные методы исследования не выявляют органической причины боли, т.е. исключают вторичный характер ГБ. Для вторичных ГБ характерно наличие тесной временной связи между началом цефалгии и дебютом заболевания, усиление

клинических проявлений ГБ при обострениях заболевания и облегчение течение цефалгии при уменьшении симптомов или излечении заболевания. Причина ГБ может быть установлена с помощью анамнеза, физикального и неврологического осмотра, а также дополнительных методов исследования. Диагноз первичных форм ГБ базируется исключительно на анализе жалоб и данных анамнеза. Следует также помнить о том, что пациент может иметь не один, а несколько типов головной боли. В этом случае, следует внимательно расспросить пациента о каждом из них.

Вопросы пациенту с ГБ	
Сколько типов ГБ у Вас есть? Следует подробно расспросить о каждом из них	
История заболевания	<p>Почему Вы обратились к врачу именно сейчас?</p> <p>Как давно началась Ваша ГБ? С чем Вы связываете ее появление?</p> <p>Периоды жизни, когда ГБ ухудшалась/улучшалась (например, беременность, период стресса)</p> <p>Какие диагнозы устанавливались Вам ранее?</p>
Частота и продолжительность ГБ	<p>Как часто возникает боль? Число болевых дней в месяц (в неделю)?</p> <p>Менее 15 или более 15 в мес?</p> <p>Является ли ГБ эпизодической или хронической (постоянной или почти постоянной)?</p> <p>Как долго длится ГБ?</p>
Характер ГБ	<p>Интенсивность ГБ?</p> <p>Характер (качество) боли?</p> <p>Локализация и распространение ГБ?</p> <p>Предвестники ГБ (продром)?</p> <p>Сопутствующие симптомы?</p> <p>Состояние после ГБ (постдром)?</p>
Семейный анамнез	История похожих ГБ в семье?
Время возникновения ГБ	<p>День (период бодрствования), ночь (во время сна), при пробуждении утром</p>
Причины ГБ	<p>Предрасполагающие факторы (провокаторы ГБ)?</p> <p>Факторы усугубляющие и</p>

	облегчающие ГБ?
Влияние ГБ на пациента и принимаемые меры	<p>Поведение пациента во время приступа ГБ?</p> <p>Степень нарушения активности и работоспособности во время ГБ?</p> <p>Что Вы принимаете от ГБ, в каком количестве и насколько это эффективно? Число обезболивающих препаратов (доз) в месяц (неделю)</p> <p>Назначалось ли когда-либо профилактическое(курсовое) лечение от ГБ и его эффективность?</p>
Состояние между приступами ГБ	<p>Самочувствие нормальное или сохраняются какие-либо симптомы?</p> <p>Другие сопутствующие / коморбидные нарушения?</p> <p>Эмоциональное состояние?</p>

Неврологический статус.

У подавляющего большинства пациентов с первичными ГБ при общем и неврологическом осмотре не выявляется никаких органических неврологических симптомов. При осмотре могут выявляться признаки вегетативной дисфункции: ладонный гипергидроз, усиленный дермографизм, проявления синдрома Рейно (похолодание и изменение окраски кистей), симптом Хвостека – признак повышенной нервно-мышечной возбудимости, а также напряжение и болезненность перикраниальных мышц, о чем будет подробно сказано ниже. Приступ пучковой (кластерной) головной боли 9 всегда сопровождается яркими вегетативными проявлениями на лице на болевой стороне: слезотечением, покраснением конъюнктивы ринореей, потливостью в области лба, иногда синдромом Горнера.

«Сигналы опасности» при головной боли

1. Внезапное появление сильной «громоподобной» ГБ
2. Впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет
3. ГБ, прогрессивно нарастающая на протяжении нескольких недель, месяцев

4. Усиление ГБ при перемене положения головы или при нагрузках, связанных с повышением внутричерепного давления (физическое напряжение, кашель)
5. Впервые возникшая ГБ у пациента с раковым процессом, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитным состоянием в анамнезе
6. ГБ с атипичной аурой (продолжительностью > 1 часа или с симптомами слабости в конечностях)
7. Аура без ГБ у пациента без предшествующего анамнеза мигрени
8. Аура, впервые возникшая на фоне приема гормональных контрацептивов
9. Объективные сигналы опасности: изменение в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти), психические нарушения, гипертермия, присутствие фокальных неврологических знаков или симптомов системного заболевания (артралгии, миалгии, изменения в крови)

Лабораторные и инструментальные исследования.

При первичных ГБ, в том числе при мигрени и ГБН, большинство традиционных методов исследования (ЭЭГ, УЗДГ, ДССГ, рентгенография черепа, методы нейровизуализации – КТ и МРТ) оказываются неинформативными, т.е. не выявляют никакой патологии. При ультразвуковой, транскраниальной доплерографии и дуплексном сканировании сосудов головного мозга у многих пациентов выявляются неспецифические изменения: признаки нарушения венозного оттока, снижение скорости кровотока в бассейнах некоторых артерий, вертеброгенное влияние на кровоток в позвоночных артериях. Эти изменения не могут считаться причинными факторами головной боли. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника нередко обнаруживаются дистрофические и деформационные изменения, которые могут служить основой развития мышечной дисфункции. Однако в тех случаях, когда у врача есть малейшие сомнения в доброкачественной природе приступов ГБ, а также при наличии симптомов, перечисленных в Таблице 2, необходимо провести тщательное обследование (КТ, МРТ, ЭЭГ, УЗДГ, люмбальная пункция и др.) с целью исключения органической причины цефалгии. Таким образом, дополнительные обследования, включая нейровизуализацию и консультации специалистов 10 (нейроофтальмолога, вертеброневролога, нейрохирурга, психиатра) показаны только при подозрении на вторичный (симптоматический) характер ГБ.

При наличии сомнений в доброкачественной природе приступов ГБ, а также при выявлении «сигналов опасности», необходимо провести тщательное обследование пациента с целью исключения органической причины цефалгии.

Эпидемиология ГБН

Раньше ГБН рассматривалась как преимущественно психогенное расстройство, ее называли болью «мышечного напряжения» или «стрессовой цефалгией». Однако результаты исследований подтвердили нейробиологическую природу ГБН. По сравнению с другими формами первичной головной боли ГБН приводит к самым значительным социально-экономическим последствиям. Распространенность ГБН в течение жизни (life prevalence) в общей популяции по данным различных исследований варьирует от 30 до 78%, что значительно превышает распространенность мигрени (8-20%).

Клинические проявления

Головная боль, обычно двусторонняя, имеет сжимающий или давящий неп пульсирующий характер, часто по типу «обруча» или «каска», многие пациенты описывают боль, как «опоясывающую вокруг висков». В отличие от мигрени, для которой характерна очень сильная пульсирующая боль в одной половине головы и такие симптомы, как тошнота, рвота, непереносимость дневного света, звуков, запахов, головная боль при ГБН имеет легкую или умеренную интенсивность, обычно не сопровождается тошнотой и рвотой, но может снижаться аппетит; иногда боли может сопутствовать умеренно выраженная чувствительность к свету или звукам.

У некоторых пациентов головная боль может быть больше выражена с одной стороны, но чаще является двусторонней, диффузной. Большинство пациентов во время эпизода ГБН сохраняют способность работать и выполнять свои обычные обязанности, в отличие от больных мигренью, у которых во время приступа наблюдается существенное нарушение работоспособности и общего состояния. Исключение составляет хроническая форма ГБН, при которой несильные, но практически ежедневные тупые головные боли изматывают пациентов, существенно снижая их работоспособность и качество жизни в целом. Боль может появляться вскоре после пробуждения, и присутствует на протяжении всего дня, то, усиливаясь, то ослабевая. Нередко приступ ГБН начинается во второй половине дня после напряженной работы или стресса.

Характерными признаками ГБН можно считать возникновение или усиление боли на фоне эмоциональных переживаний, тревоги, стресса и ее облегчение при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления (отдых, приятное, интересное времяпрепровождение). Иногда даже переключение внимания (например, приятная встреча, телефонный разговор, просмотр кинофильма) может ослабить боль.

Клиническая классификация разновидностей ГБН

В соответствии МКГБ-2 ГБН подразделяют на нечастую и частую эпизодическую форму, возникающую, соответственно, не более 10 и не более 15 дней в течение 1 месяца (ЭГБН), и хроническую форму, при которой головная боль возникает не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев. Кроме того, обе формы 12 подразделяются (в зависимости от наличия или отсутствия болезненности и напряжения перикраниальных мышц) на подтипы «с напряжением» и «без напряжения перикраниальных мышц». О роли мышечного напряжения будет сказано ниже.

Классификация головной боли напряжения (МКГБ-2, 2004)

2.1. Нечастая эпизодическая ГБН

2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением (болезненностью) перикраниальных мышц

2.1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.2. Частая эпизодическая ГБН

2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.3. Хроническая ГБН

2.3.1. Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.3.2. Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.4. Возможная ГБН

2.4.1. Возможная нечастая эпизодическая ГБН

2.4.2. Возможная частая эпизодическая ГБН 2.4.3. Возможная хроническая ГБН

При нечастой эпизодической ГБН пациенты редко обращаются к врачу; как правило, специалисту приходится сталкиваться с частой ЭГБН и ХГБН.

Хроническая ГБН происходит из эпизодической формы и проявляется очень частыми или ежедневными эпизодами головной боли продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток. При тяжелом течении пациенты могут совсем не иметь безболевого промежутка и испытывают ГБ постоянно изо дня в день (хроническая ежедневная головная боль). Эта форма всегда сопряжена с выраженной дезадаптацией и снижением качества жизни пациентов. Важным диагностическим признаком хронической ГБН является предшествующая история эпизодической ГБН (так же, как для установления диагноза хронической мигрени необходимо наличие в анамнезе типичных эпизодических мигренозных атак).

Сочетание мигрени и ГБН

У некоторых пациентов отмечается сочетание мигрени и ГБН. Как правило, это пациенты с мигренью, у которых со временем, наряду с типичными мигренозными атаками, появляются приступы эпизодической ГБН, причиной которых чаще всего являются эмоциональные перегрузки или длительное позное напряжение. Учитывая явные различия этих двух форм цефалгий, пациенты, как правило, отличают приступы мигрени от приступов ЭГБН.

Как отличить ГБН от мигрени?

Для мигрени характерны следующие основные признаки:

повторяющиеся приступы пульсирующей (не сжимающей)

односторонней головной боли в области виска, лба, в теменной реге затылочной области; чередование стороны боли от приступа к приступу; начало приступов в детстве, пубертате или юности;

типичные сопровождающие симптомы: тошнота и/или рвота, фото- и фонофобия, повышенная чувствительность к запахам, усиление боли от обычной физической нагрузки (например, подъем по лестнице);

типичные провоцирующие факторы: стресс, перемена погоды, голод, недостаточный или избыточный сон («мигрень выходного дня»), прием алкоголя (красное вино, пиво, шампанское), духота, менструация; наследственный характер мигрени (у 60% пациентов); прекращение приступов в 3 и 4 триместрах беременности.

Сложнее обстоит дело, если возникает необходимость дифференцировать хроническую ГБН и хроническую мигрень (ХМ), когда приступы мигрени утрачивают типичность. Если из расспроса не удаётся установить, сколько эпизодов головной боли соответствуют критериям ХМ, а сколько ХГБН, следует предложить пациенту в течение определенного времени вести диагностический дневник головной боли, отмечая в нём клинические проявления, провоцирующие и облегчающие факторы каждого болевого эпизода. При этом наряду с диагностическими критериями следует опираться на анамнестические сведения: предшествующую историю эпизодических ГБН для ХГБН и типичных эпизодических мигренозных атак для ХМ.

Сочетание хронической ГБН и абзусной головной боли (АГБ).

При наличии у пациента с ХГБН избыточного применения лекарственных препаратов, отвечающего диагностическим критериям ГБ при избыточном применении лекарственных препаратов (абзусной головной боли (АГБ)), следует установить два диагноза: «Возможная ХГБН» и «Возможная АГБ». Если 2-х месячная отмена препарата, вызвавшего абзус, не привела к облегчению головной боли, устанавливается диагноз ХГБН. Если же на фоне отмены препарата в течение этих 2-х месяцев наступает улучшение, и критерии ХГБН перестают выполняться, правильнее установить диагноз АГБ.

В очень редких случаях хроническая форма ГБН приобретает хронический характер очень быстро - в течение первых 3 дней после возникновения, как бы минуя стадию ЭГБН. В этом случае следует установить диагноз «Новая ежедневно (изначально) персистирующая ГБ (НЕПГБ)» (см. раздел 4.

Другие первичные ГБ). Важнейший фактор диагностики НЕПГБ - способность пациента точно вспомнить начало своей боли, её изначально хронический характер. Пациентов с таким молниеносным началом ГБН следует обязательно обследовать, чтобы исключить симптоматический характер головной боли.

Патофизиология ГБН

Комплексный механизм развития ГБН. Хотя изначально ГБН рассматривалась как преимущественно психогенное расстройство, исследования, проведенные в последние годы, подтвердили ее нейробиологическую природу. Предполагают, что в происхождении ГБН принимают участие как периферические, так и центральные ноцицептивные механизмы.

Эмоциональный фактор является одним из важнейших в происхождении ГБН. Для эпизодических ГБН причиной служат преходящие эмоциональные переживания, например, конфликт на работе, ссора с близкими, тревога за ребенка, неудачно выполненное ответственное поручение и любые другие, внезапно возникающие неприятности.

В случаях, когда конфликтная или стрессовая ситуация затягивается надолго (более 2-3 недель) возникает опасность того, что редкие эпизоды ГБН станут повторяться все чаще и чаще, вплоть до появления ежедневных головных болей. Так формируется хроническая форма ГБН, когда постоянная сжимающая боль вокруг головы превращается для человека в тяжелое бремя. Пребывание в состоянии хронического эмоционального напряжения не позволяет человеку расслабиться, сбросить груз проблем оказывается для него неразрешимой задачей. Пациент оказывается в замкнутом круге: хронический стресс – хроническая головная боль.

Второй причиной боли при ГБН является фактор мышечного напряжения, которое приводит к формированию мышечно-тонического синдрома - болезненного напряжения мышц, оплетающих голову и шею. В качестве таких «мышечных провокаторов» может выступать позное напряжение, то есть состояние, связанное с длительным или вынужденным, неудобным положением шеи и головы. Такое напряжение нередко возникает во время длительной работы за компьютером, на приусадебном участке (прополка, сбор урожая), за рулем автомобиля, после продолжительного пребывания в зубо врачебном кресле и др. Необходимо подчеркнуть, что эмоциональный стресс является фактором, не только вызывающим, но и поддерживающим мышечное напряжение. Формируется порочный круг: стресс – мышечное напряжение – боль.

Механизм формирования и диагностика мышечно-тонического синдрома
В основе формирования мышечно-тонического синдрома (МТС) лежит механизм «порочного круга», когда повторяющееся напряжение мышцы, возникающее в ответ на эмоциональный стресс, приводит к рефлекторному

напряжению и ишемизации (нарушению кровообращения) мышцы, перевозбуждению спинальных нейронов, повышению чувствительности (сенситизации) болевых рецепторов мышцы, позным нарушениям и еще большему усилению боли. Болезненность и напряжение мышц нарастают по мере увеличения интенсивности и частоты эпизодов головной боли.

Облигатные для пациентов с ГБН (особенно при хронической форме) эмоциональный стресс и психические нарушения (депрессия и тревога), в свою очередь, поддерживают мышечное напряжение, приводя к персистированию боли. Как уже говорилось выше, фактор мышечного напряжения учитывается в МКГБ-2 при разделении ГБН на формы «с напряжением» и «без напряжения перикраниальных мышц».

Шейный МТС приводит к тому, что наряду с головной болью, большинство пациентов с ГБН жалуются на преходящие или постоянные болевые ощущения или чувство напряжения и дискомфорта в области затылка, задней поверхности шеи и надплечий (синдром «вешалки для пальто»), а также в мышцах лица, чаще жевательных и височных. Диагностика МТС. МТС может быть выявлен с помощью пальпаторного исследования перикраниальных мышц, который является важной частью осмотра пациента с ГБН, тем более что других неврологических проявлений у этих пациентов, как правило, не обнаруживается. Необходимо отметить, что у значительного числа пациентов с мигренью при осмотре также обнаруживается напряжение и болезненность перикраниальных мышц

Пальпацию следует проводить мелкими вращательными движениями вторым и третьим пальцами, а также при надавливании в области височных, жевательных, грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных, а также мышц задней поверхности шеи и прикрепляющихся к сосцевидному отростку черепа сзади. Диагноз МТС ставится при наличии выраженной болезненности вплоть до «симптома прыжка» (из-за боли в мышцах пациент активно сопротивляется пальпации) в двух или более мышечных группах. Учитывая большую роль МТС в патогенезе и хронизации ГБН, лечение мышечного напряжения должно быть одной из важнейших задач терапии ГБН.

Факторы хронизации головной боли

Важную роль в формировании хронического паттерна боли, (т.е. в трансформации эпизодических ГБ в хронические), как при ГБН, так и при мигрени, играют т.н. факторы хронизации. Среди психических факторов, предрасполагающих к хронизации боли, на первом месте стоит депрессия.

Частым механизмом формирования хронического стресса и депрессии является накопление травмирующих жизненных событий, когда больной оказывается перед лицом неразрешимых для себя проблем. Показано также, что особые характеристики личности и выбор пациентом несовершенных поведенческих стратегий преодоления боли также играют важную роль в трансформации эпизодической ГБ в хроническую и ее персистировании

Вторым важнейшим фактором хронизации является лекарственный абюзус, т.е. избыточное применение симптоматических обезболивающих препаратов. Установлено, что более 70% пациентов с ХЕГБ злоупотребляют анальгетиками, производными эрготамина, а также комбинированными препаратами, в состав которых могут входить анальгетики, кофеин, кодеин, седативные компоненты. Показано, что у пациентов с большим потреблением анальгетиков формирование хронического типа боли протекает в 2 раза быстрее и что лекарственный абюзус существенно затрудняет лечение пациентов с ХЕГБ. Поэтому для развития эффекта профилактической терапии при ГБН и мигрени важнейшим условием является отмена «виновного» препарата, вызвавшего абюзус. Хронизации цефалгических синдромов также способствует фактор стойкого мышечного напряжения, в формировании которого играет роль механизм «порочного круга», о котором говорилось выше

Постановка диагноза ГБН

У подавляющего числа пациентов диагноз ГБН ставится на основании анализа жалоб (характерный немигренозный рисунок боли) и анамнеза заболевания (связь эпизодов головной боли с негативными эмоциями, хроническим стрессом, длительным позным напряжением). Выше уже говорилось о роли эмоционального стресса в возникновении и хронизации ГБН. Тщательный расспрос позволяет выявить у большинства пациентов жалобы на повышенную тревожность, сниженный фон настроения, тоску, апатию, или наоборот агрессивность и раздражительность, плохое качество ночного сна. Эти проявления - следствие тревожных и депрессивных расстройств, степень которых у пациентов с ГБН варьирует от легкой до тяжелой. Высокий уровень депрессии наиболее часто обнаруживается у пациентов с хронической ГБН; она поддерживает мышечное напряжение и болевой синдром, приводя к серьезной дезадаптации и снижению качества жизни. Дополнительным диагностическим критерием ГБН является облегчение боли при психологическом расслаблении или переключении внимания. При осмотре, как и при дополнительных электрофизиологических и нейровизуализационных обследованиях

органических неврологических нарушений у этих пациентов не обнаруживается. Единственной объективной находкой у пациентов с ГБН является выявление напряжения и болезненности перикраниальных мышц, о чем подробно говорилось выше. У большинства пациентов с ГБН проведение дополнительных исследований (ЭЭГ, УЗДГ, дуплексное сканирование, КТ, МРТ) не является необходимым 20 мероприятием. Как уже говорилось, эти методы исследования и консультации специалистов показаны только при подозрении на симптоматический (вторичный) характер ГБ.

Лечение ГБН

Только комплексный подход, направленный на нормализацию эмоционального состояния пациента (лечение депрессии и тревоги), устранение МТС (уменьшение мышечного напряжения) и, при необходимости, лекарственного абзуса позволяет облегчить течение ГБН, предотвратить хронизацию (переход ЭГБН в ХГБН) и повысить качество жизни пациентов. Перед назначением терапии необходимо провести разъяснительную беседу с пациентом. Учитывая, что многие больные с ГБН склонны связывать свои головные боли с заболеванием мозга и испытывают по этому поводу тревогу, чрезвычайно важно объяснить пациенту, что его головная боль является доброкачественной, т.е. не является следствием органического повреждения головного мозга. Избавление от подобных опасений обладает большим психотерапевтическим эффектом. Следует объяснить пациенту, что эмоциональный стресс, мышечное напряжение, вызванное, в том числе, длительной неудобной позой, играют основную роль в происхождении и хроническом течении его головной боли и что методы, позволяющие достигнуть психологической и мышечной релаксации (как лекарственные, так и немедикаментозные), являются наиболее эффективными в облегчении болевого синдрома. Особое внимание следует обратить на количество обезболивающих препаратов, которые использует пациент для купирования головной боли и разъяснить пациенту, что злоупотребление лекарственными препаратами (прием более 10 доз в месяц) может привести к лекарственному абзусу и учащению (хронизации) головной боли. Наиболее эффективными являются антидепрессанты, миорелаксанты и препараты из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Для лечения хронической формы ГБН в последние годы все чаще применяют антиконвульсанты.

Антидепрессанты. При частых приступах ГБН в последнее время наиболее широко применяют антидепрессанты из группы СИОЗС - селективных

ингибиторов обратного захвата серотонина (пароксетин, флуоксетин, сертралин, флувоксамин, циталопрам) и СИОЗСН - селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, дулоксетин). Трициклические антидепрессанты (амитриптилин) в последнее время применяются реже, в связи с большим числом побочных эффектов. Необходимо отметить, что наряду с прямым антидепрессивным и противотревожным действием антидепрессанты обладают и непосредственным противоболевым эффектом. Антидепрессанты, с одной стороны, потенцируют действие как экзогенных, так и эндогенных анальгетиков - опиоидных пептидов, с другой - усиливают действие нисходящих антиноцицептивных (противоболевых), в основном серотонинэргических систем. Важно подчеркнуть, что лечение антидепрессантами должно иметь достаточную продолжительность (3-6 месяцев, в среднем 4 месяца), а при значительной депрессии до 8-12 месяцев. При преждевременном прекращении терапии возникает риск рецидива головной боли и депрессии.

Миорелаксанты. При наличии выраженного напряжения перикраниальных мышц терапия ГБН должна включать миорелаксанты. Одним из наиболее эффективных миорелаксантов, применяющихся для лечения мышечно-тонического синдрома у пациентов с ГБН и мигренью, является препарат тизанидин (Сирдалуд), который, в отличие от других препаратов этой группы обладает не только миорелаксирующим, но непосредственным, не связанным со снижением мышечного тонуса, обезболивающим действием

При наличии выраженного напряжения перикраниальных мышц терапия ГБН должна включать миорелаксанты

Лечение следует начинать с малых доз: по 2 мг 1 раз в сутки на ночь (в течение 3-х дней), затем дозу постепенно повышают до 2 мг 2 раза в сутки (утром и на ночь); при недостаточном эффекте и хорошей переносимости доза может быть повышена до 6-8 мг в сутки (по 2 мг 3 раза в день или по 2 мг утром и днем и 4 мг на ночь). Продолжительность лечения может составлять от 2 недель до 2 месяцев.

НПВС. Также для лечения ГБН применяют препараты из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС): диклофенак нимесулид, кетопрофен и др. НПВС могут применяться как для купирования приступа ГБН, так и для профилактического лечения при условии отсутствия лекарственного абзуса. Хорошим эффектом в отношении купирования приступов, как мигрени, так и ГБН обладает Вольтарен Рапид (50 мг) в форме саше, который действует уже в первые 15

минут боли и обеспечивает более длительное сохранение эффекта. У пациентов без лекарственного злоупотребления НПВС также могут назначаться в виде курсового лечения (диклофенак 50 мг 2-3 раза в сутки, аспирин 300 мг 2-3 раза в сутки после еды на протяжении 1-2 месяцев). Необходимо отметить, что тизанидин (Сирдалуд), о котором говорилось выше, обладает также дополнительным гастропротективным действием. Поэтому при сочетанном применении с НПВС (например, с диклофенаком (Вольтареном) тизанидин усиливает обезболивающее и противовоспалительное действие вольтарена, что позволяет снизить его дозу и уменьшить риск возникновения гастропатий, обусловленных механизмом действия НПВС

При сочетании ГБН с мигренью следует применять традиционные средства для профилактики мигрени: бета-адреноблокаторы (метопролол, пропранолол), блокаторы кальциевых каналов (нимодипин, верапамил), антидепрессанты (см. выше), в более сложных случаях – антиконвульсанты (топирамат, препараты вальпроевой кислоты). В последние годы показано, что антиконвульсанты эффективны не только при лечении хронической мигрени, но могут с успехом использоваться и у пациентов с хронической формой ГБН.

В ряде исследований показана эффективность ботулинического токсина при ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц.

Немедикаментозные методы. У многих пациентов, особенно при наличии выраженной депрессии, стойкого психологического конфликта и мышечного напряжения хорошим эффектом обладают немедикаментозные методы: психотерапия, психологическая релаксация, биологическая обратная связь. Большое значение имеют также методы, направленные на уменьшение выраженности мышечно-тонического синдрома: постизометрическая мышечная релаксация, массаж воротниковой зоны, при наличии показаний мануальная терапия, а также фитнес и водные процедуры.

Для профилактики рецидивов ГБН пациентам следует порекомендовать избегать стрессов и нагрузок, связанных с перенапряжением перикраниальных мышц, а при наступлении «периодов риска» (семейные конфликты, трудности во взаимоотношениях, неудачи в профессиональной деятельности и т.п.) – самостоятельно проводить курсы лечения (от 2 недель до 2 месяцев) препаратами, позволяющими снять нервное перенапряжение. В первую очередь, можно порекомендовать грандаксин, афобазол, атаракс, а также средства растительного происхождения: персен,

новопассит, пассифит, лотосоник, а также растительные антидепрессанты – геллариум, деприм и др.

Список литературы

1. Болевые синдромы в неврологической практике «Психологические аспекты боли». А.М.Вейн и др. – М.: МЕДпресс. 1999, с. 90-102.
2. В.В.Осипова, Г.Р.Табева. Первичные головные боли. Практическое руководство / – М.; ООО «ПАГРИ-Принт», 2007. – 60с.
3. Карлов В.А., Яхно Н.Н. Мигрень, пучковая головная боль, головная боль напряжения. // Болезни нервной системы/Под ред. Н.Н.Яхно, Д.Р.Штульмана, П.В.Мельничука. М: Медицина, 1995;Т.2:13:325-337.
4. Международная классификация головной боли, 2-ое издание. Международное общество головной боли, 2003. Пер. с англ. Осиповой В.В., Вознесенской Т.Г. Изд. А.О."Гедеон Рихтер". – 2003. – 326 стр
5. Штрибель.Х.В. Терапия хронической боли: практическое руководство // Под ред. Н.А.Осиповой, А.Б.Данилова, В.В.Осиповой; Перевод с нем.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.-304с.