

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Ю.Э. Азимова^{1, 2}, к.м.н.

¹ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

² Университетская клиника головной боли, Санкт-Петербург

Описываются различные виды головной боли (ГБ), принципы диагностики и дифференциальной диагностики первичной (мигрень, ГБ напряжения, тригеминальная вегетативная цефалгия, в т. ч. кластерная ГБ, пароксизмальная гемикрания) и вторичной ГБ. Изложены принципы терапии и схемы медикаментозного лечения каждого вида первичной ГБ, а также показания к направлению пациента к специалисту по лечению ГБ.

Ключевые слова: головная боль, мигрень, головная боль напряжения, анальгетики, триптаны, комбинированное лечение

The article describes the different types of headache, the principles of diagnosis and differential diagnosis of primary headaches (migraine, tension headache, trigeminal autonomic cephalgia, including cluster headache, paroxysmal hemicrania) and secondary headaches. The principles of treatment and schemes of drug treatment for each type of primary headaches, and the indications for referral to a specialist in management of headache are discussed.

Key words: headache, migraine, tension headache, analgesics, triptanes, combination treatment

Головная боль (ГБ) — одна из самых частых причин обращения за медицинской помощью. Согласно недавно опубликованным отчетам ВОЗ, ГБ напряжения и мигрень являются вторым и третьим по распространенности заболеваниями в популяции во всем мире. Вторичные ГБ встречаются гораздо реже — их распространенность в специализированных центрах ГБ не превышает 5–6 %. Однако при жалобе пациента на ГБ врач любой специальности должен быть нацелен прежде всего на исключение ее вторичных причин, несущих потенциальную опасность. Для исключения вторичных причин ГБ необходимо ориентироваться на клинические симптомы — “красные флажки” вторичной ГБ. В *таблице* симптомы “красные флажки” систематизированы в зависимости от возможных причин [2, 8].

При подозрении на вторичный характер ГБ пациентам проводят прежде всего нейровизуализационные исследования. В случае подозрения на патологию костной системы или кровоизлияние методом выбора становится компьютерная томография. В остальных ситуациях предпочтительно проведение магнитно-резонансной томографии.

При диагностике формы ГБ также необходимо учитывать, что многие

препараты вызывают развитие ГБ: сердечно-сосудистые (дилтиазем, нифедипин, верапамил, фледианид, пропafenон, клонидин, доксазозин, празозин, бисопролол, картеолол, эналаприл, лизиноприл, квинаприл, валсартан, тасосартан, нитроглицерин, изосорбид, амилорид, дипиридамол, пимобендан), притивомикробные (диритромицин, эритромицин, рокситромицин, пиперацillin, левофлоксацин, офлоксацин, флуконазол, терконазол, ацикловир, амантадин, ганцикловир, ламивудин, ставудин), иммунологические и противовоспалительные (циклоsporин, микофенолата мофетил, сиролimus, такролимус, интерлейкин-3, -4, -6, -9, интерфероны, будесонид, флутиказон, мометазон, триамцинолон, индометацин, кеторолак, диклофенак, напроксен, парекоксиб), гастроэнтерологические (циметидин, фамотидин, ранитидин, лансопразол, омепразол, гранисетрон, ондансетрон, цизаприд, сульфасалазин, месаламин), эндокринологические (бикалутамид, даназол, дролоксифен, мифепристон, бромкриптин, квинаголид, леупролид, октреотид, прогестерон), психиатрические (клозапин, оланзапин, кветиапин, рисперидон, zipрасидон, клобазам, диазепам, триазолам, бупропион, флуоксетин, флувоксамин, венлафаксин, модафинил), препараты

других групп (сIBUTрамин, никотин, ловастатин, эпоэтин-альфа, алитре-тионин, третионин, тегафур, алпро-стадил, динопростон, энпростил, илопрост, силденафил, тадалафил, варденафил).

Если нет симптомов вторичной ГБ, то в соответствии с клинической картиной выставляется диагноз первичной ГБ — мигрени, ГБ напряжения, тригеминальной вегетативной цефалгии (кластерная ГБ, пароксизмальная гемикрания) или других редких первичных ГБ (новая ежедневная персистирующая ГБ, первичная колющая ГБ и др.).

Мигрень

Мигрень имеет широкую вариативность клинических проявлений и основывается исключительно на клинической диагностике.

Основным клиническим критерием мигрени является наличие следующих признаков [3]:

- А. По крайней мере пять приступов со следующими характеристиками:
- В. ГБ продолжительностью 4–72 часа.
- С. Наличие двух симптомов из следующих:
 - односторонняя локализация;
 - пульсирующий характер;
 - интенсивность боли — от средней до значительной;

- ГБ усиливается при обычной физической активности.

D. Сопровождается минимум одним из симптомов:

- тошнотой;
- рвотой;
- фото- и/или фонофобией.

E. Нет связи с другим заболеванием.

Тем не менее далеко не во всех ситуациях приступы полностью соответствуют этим критериям – продолжительность 4–72 часов отмечается среди 88 % пациентов, односторонняя ГБ – среди 66 %, пульсирующий характер боли – среди 74 %, умеренная боль – среди 51 %, усиление боли при физической нагрузке – среди 90 %, тошнота – среди 85 %, рвота – среди 55 %, светобоязнь – среди 82 %, звукобоязнь – среди 86 %. Если критериев для постановки диагноза “мигрень” недостаточно, в Международной классификации головной боли предусмотрен диагноз “вероятная мигрень”. Для постановки диагноза вероятной мигрени достаточно соблюдения критериев C и D.

Для купирования приступов мигрени используются препараты следующих групп:

- простые анальгетики (ацетилсалициловая кислота 900–1000 мг, ибупрофен 400–800 мг, диклофенак 50–100 мг, напроксен 500–1000 мг, парацетамол 1000 мг) в сочетании с противорвотными средствами (домперидон 20 мг или метоклопрамид 10 мг);
- триптаны (суматриптан таблетки 50–100 мг, элетриптан таблетки 40–80 мг, суматриптан назальный спрей 20 мг, золмитриптан таблетки 2,5–5,0 мг);
- препараты эрготамина;
- комбинированные анальгетики.

При подборе препарата для купирования приступа мигрени можно использовать ступенчатый или стратифицированный подход. Ступенчатый подход подразумевает попытку купирования приступов мигрени простыми, затем комбинированными анальгетиками, а затем назначение триптанов. Преимущество ступенчатого подхода состоит в возможности подбора недорогого анальгетика. Стратифицированный подход подразумевает выбор препарата в зависимости от степени тяжести мигрени: при легких и умеренных приступах в первую очередь назначают про-

стой или комбинированный анальгетик, а при тяжелых приступах сразу рекомендуется триптан. Этот подход позволяет быстро подобрать эффективную терапию. Тем не менее необходимо учитывать, что пациент приходит к врачу, как правило, с тяжелыми приступами, с которыми он не в состоянии “справиться” самостоятельно, используя безрецептурные анальгетики. При сборе анамнеза необходимо выяснить, какое лечение пациент уже получил, и степень его эффективности [1].

Если приступы мигрени возникают чаще, чем 2–3 раза в неделю, протекают тяжело и существенно дезадаптируют пациента, необходима профилактическая терапия.

К средствам профилактики мигрени с доказанной эффективностью относят [5]:

- β-адреноблокаторы (пропранолол 40–240 мг, метопролол 50–200 мг);
- антиконвульсанты (топирамат 25–100 мг, вальпроевая кислота 500–1800 мг);
- антидепрессанты (амитриптилин 50–150 мг);
- блокаторы кальциевых каналов (флунаризин 5–10 мг);
- препараты ботулотоксина.

Таблица “Красные флажки” вторичной головной боли

Симптомы “красные флажки”	Клинические проявления	Возможная причина
Системные	Необъяснимая лихорадка, гриппоподобное состояние, потеря массы тела. Впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, иммуносупрессией, ВИЧ	Первичная опухоль или метастазы, менингит, абсцесс мозга, височный артериит
Неврологические	Жалобы на мышечную слабость, чувствительные нарушения, двоение в глазах, атаксию, эпилептические приступы. Травма в анамнезе. Изменения в неврологическом статусе	Опухоли, воспалительные или сосудистые заболевания головного мозга, гематома, диссекция каротидных артерий
Внезапное начало	ГБ достигает пика интенсивности в течение короткого промежутка времени (< 1 минуты)	Острый сосудистый эпизод – субарахноидальное кровоизлияние, инсульт, диссекция каротидных артерий, синдромы церебральной вазоконстрикции, тромбоз венозных синусов, апоплексия гипофиза
Начало после 50 лет	ГБ впервые возникла в возрасте старше 50 лет	Опухоли, воспалительные заболевания, височный артериит
Изменение характера ГБ	Прогрессирующая ГБ (возникновение хронической ежедневной ГБ). Усиление ГБ при пробе Вальсавы и ее эквивалентах (кашель, чихание, натуживание). Усиление ГБ в определенной позе. Отек диска зрительного нерва	Опухоли, воспалительные или сосудистые заболевания головного мозга. Аномалия Киари, первичная опухоль или метастазы, гидроцефалия. Синдромы внутричерепной гипотензии, цервикогенная ГБ, внутричерепная гипертензия, синдром постуральной тахикардии. Опухоли, воспалительные заболевания головного мозга, идеопатическая внутричерепная гипертензия, тромбоз венозных синусов

Курс терапии должен составлять не менее 6 месяцев. Не следует принимать препараты для профилактики мигрени дольше 1 года. Во время проведения профилактической терапии пациенту необходимо вести дневник ГБ, где отмечаются дни с ГБ и количество принимаемых анальгетиков. Прием более 20 таблеток анальгетиков в месяц считается избыточным и сопряжен с риском развития абзусной (связанной с чрезмерным использованием анальгетиков) ГБ. В случае развития лекарственного абзуса “виновный” препарат должен быть полностью отменен, а для купирования ГБ должен быть назначен препарат другой лекарственной группы. Отмена абзусного препарата может проводиться как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. Отмена в стационарных условиях рекомендована в случаях тяжелого абзуса (прием более 60 таблеток обезболивающих в месяц), при злоупотреблении кодеинсодержащими анальгетиками, при наличии сопутствующих эмоционально-аффективных (тревога, депрессия) нарушениях и нарушениях сна [11].

Недостаточная приверженность пациента лечению – основная причина неэффективности профилактической терапии; однократный в течение суток прием препарата для профилактики мигрени повышает приверженность пациента терапии. Для предупреждения побочных эффектов необходимо начинать лечение с минимальных доз, затем дозу наращивать до получения клинического эффекта или развития побочных эффектов. Не следует также быстро отказываться от препаратов, которые кажутся неэффективными; 2–3 месяца – это минимальный срок для развития эффекта большинства лекарственных средств профилактики мигрени [9, 11].

В случаях недостаточной эффективности препаратов профилактики мигрени и наличия коморбидных расстройств возможно комбинирование двух и более препаратов (например, антиконвульсантов с противоболевым действием и антидепрессан-

тов с противотревожным эффектом). Рациональные комбинации препаратов позволяют использовать меньшие дозы, что обеспечивает лучшую переносимость [6].

ГБ напряжения

Как и мигрень, ГБ напряжения может быть эпизодической и хронической. Эпизодическая ГБ напряжения возникает приступообразно – не реже 1 раза в месяц, длится от нескольких часов до нескольких дней, может быть односторонней, но чаще – генерализованной, описывается пациентами как ощущение давления или напряжения подобно тискам или тугой повязке вокруг головы или аналогичных ощущений в шее. Сопутствующие симптомы, характерные для мигрени, встречаются редко.

Критерии ГБ напряжения [3]:

2.1. Нечастая эпизодическая ГБ напряжения

А. По меньшей мере 10 эпизодов, возникающих с частотой менее 1 раза в месяц (менее 12 дней в год) и отвечающих критериям Б–Г.

Б. Продолжительность ГБ от 30 минут до 7 дней.

В. ГБ имеет минимум две из следующих характеристик:

- двустороннюю локализацию;
- сжимающий/давящий (непульсирующий) характер;
- интенсивность боли от легкой до умеренной;
- ГБ не усиливается от обычной физической нагрузки (например, ходьбы, подъема по лестнице).

Г. Оба симптома из нижеперечисленных:

- отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита);
- только свето- или звукобоязнь.

Д. Нет связи с другими причинами (нарушениями).

2.2. Частая эпизодическая ГБ напряжения

Те же критерии, что и для нечастой эпизодической ГБ напряжения, за исключением:

А. По меньшей мере 10 эпизодов, возникающих с частотой от 1 до 15 дней в месяц (от 12 до 180

дней в год) и отвечающих критериям Б–Г.

2.3. Хроническая ГБ напряжения

А. ГБ возникает не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (не менее 180 дней в год), отвечает критериям Б–Д.

Б. ГБ продолжается в течение нескольких часов или имеет постоянный характер.

В. ГБ обладает минимум двумя из следующих характеристик:

- двусторонней локализации;
- сжимающим/давящим (непульсирующим) характером;
- интенсивностью боли от легкой до умеренной;
- ГБ не усиливается от обычной физической нагрузки (например, ходьбы, подъема по лестнице).

Г. Оба симптома из нижеперечисленных:

- только один симптом из трех: фото-, фонophobia или легкая тошнота;
- ГБ не сопровождается ни умеренной или сильной тошнотой, ни рвотой.

Д. Не связана с другими причинами.

Хроническая ГБ напряжения возникает чаще 15 дней в неделю на протяжении более 3 месяцев, может быть ежедневной и персистирующей. На сегодняшний день критерии хронической ГБ напряжения недостаточно однозначны для дифференциальной диагностики с хронической мигренью.

Для пациентов с эпизодической ГБ напряжения к препаратам выбора относятся простые анальгетики (ацетилсалициловая кислота 600–1000 мг, ибупрофен 400–800 мг, парацетамол 1000 мг). Кратность приема не должна превышать двух раз в неделю. Приступы, возникающие чаще двух раз в неделю, становятся показанием к профилактической терапии. Препаратом выбора является амитриптилин (10–100 мг) [7]. С целью лучшей переносимости препарат назначается в минимальной дозировке (10 мг) с последующим наращиванием дозы по 10–25 мг каждую неделю. Кажущаяся неэффективной профилактика не должна быстро прерываться; 2–3 месяца – это мини-

мальный срок для достижения терапевтического эффекта. Через 6 месяцев эффективной терапии препарат может быть постепенно отменен, но иногда показано более длительное лечение. Как и в случае с профилактикой мигрени, пациенты должны вести дневник ГБ [4].

Кластерная ГБ

Кластерная ГБ имеет весьма характерную клиническую картину. ГБ возникает в виде пучков (кластеров) обычно продолжительностью 6–12 месяцев, один раз в год или в два года, затем наступает ремиссия до следующего кластера. Кластерная ГБ обычно возникает у мужчин. Боль строго односторонняя, локализована в периорбитальной области, развивается один или более раз в сутки, чаще ночью. Приступы кратковременные – 15–180 минут (обычно 30–60 минут). Имеются характерные и строго односторонние вегетативные симптомы, включающие покраснение глаза и слезотечение, заложенность носа или ринорею,

птоз. Для кластерной ГБ характерна значительная ажитация (пациент не может находиться в постели, постоянно перемещается).

Критерии кластерной ГБ [3]:

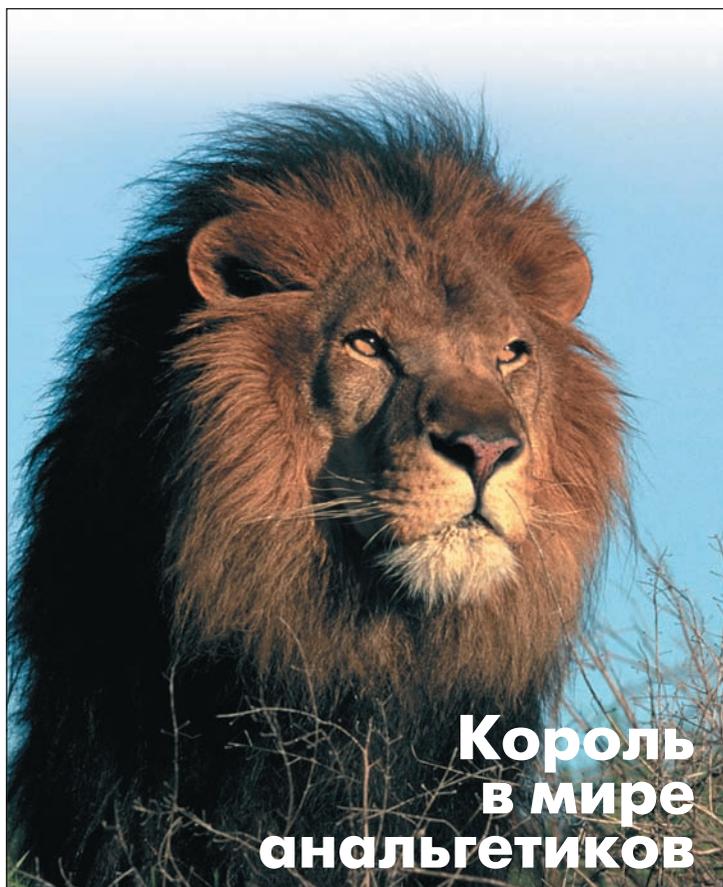
- A. Минимум пять приступов, соответствующих критериям B–D.
- B. Интенсивная или очень интенсивная боль в глазничной, надглазничной или височной областях. Длится 15–180 минут без лечения.
- C. ГБ сопровождается по крайней мере одним из следующих симптомов:
 1. Ипсилатеральное инъецирование склеры и/или слезотечение.
 2. Ипсилатеральная заложенность носа и/или ринорея.
 3. Ипсилатеральная отечность области глаза.
 4. Ипсилатеральная потливость области лба и лица.
 5. Ипсилатеральный миоз и/или птоз.
 6. Ощущение беспокойства или ажитация.
- D. Частота атак от 1 до 8 в сутки.

E. ГБ не связана с другим заболеванием.

Приступ кластерной ГБ носит кратковременный характер, и как правило, анальгетики оказываются неэффективными. Для снятия боли используются ингаляции кислорода (15 минут), триптаны (суматриптан назальный спрей 20 мг; золмитриптан 10 мг), лидокаин (4 %-ный назально). Имеются данные об эффективности подкожного введения окриотида. Для профилактики пучка рекомендовано использование верапамила (360–720 мг), преднизолона (60–80 мг/сут 1–3 недели), лития (300–1200 мг/сут), метисергида (2 мг 2–4 раза в сутки), топирамата (50–200 мг), вальпроевой кислоты (1000–2500 мг), мелатонина (3–10 мг) [5].

Большинство пациентов с неосложненными формами первичной ГБ могут наблюдаться и получать лечение как у невролога, так и у врача общей практики.

Пациент может быть направлен к специалисту по ГБ в следующих случаях:



**Король
в мире
анальгетиков**

КЕТОРОЛ®

**Кеторолака трометамин
мощный ненаркотический
обезболивающий препарат**

- Обладает мощным анальгетическим эффектом.
- Обезболивает быстро на продолжительный период времени.
- Обладает хорошей переносимостью и создает возможность адекватной анальгезии.
- Эффективен при остром болевом синдроме высокой и средней интенсивности любого происхождения.
- В отличие от наркотических препаратов, не требует количественного учёта и особых условий хранения.



 DR. REDDY'S

Представительство фирмы «Д-р Редди'с Лабораторис Лтд.»
115035, Москва, Овчинниковская наб. д. 20 стр.1;
тел.: (495) 795 3939, 783 2901; факс: (495) 795 3908;
www.drreddys.ru; e-mail: inforus@drreddys.com

РЕКЛАМА. Информация для врачей и медицинских работников

1. Диагноз ГБ неясен даже после полного клинического и параклинического обследования пациента.
2. Редкие формы ГБ (кластерная ГБ, пароксизмальная гемикрания).
3. Предположительно вторичная ГБ.
4. Резистентность к стандартной терапии.
5. Наличие сопутствующих эмоционально-аффективных нарушений (тревога, депрессия).

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. Топирамат в лечении хронической мигрени // Журн. неврологии и психиатрии 2012. № 12. С. 31–5.
2. Алексеев В.В., Скоробогатых К.В., Евзиков Г.Ю. Головные боли при опухолях головного мозга // Боль 2005 № 2. С. 26–9.
3. Международная классификация головных болей. 2-е издание. 2003. 380 с.
4. Осипова В.В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия // Вестник семейной медицины 2010. № 2. С. 26–30.
5. Стайнер Т.Д., Пемелера К., Йенсен Р. и др. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. М., 2010. 56 с.
6. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э., Маргулис М.И. Рефрактерная мигрень: от патогенеза к рациональной терапии // РМЖ 2011. № 1. С. 18–9.
7. Фокина Н.М. Лечение эпизодической головной боли напряжения у молодых людей // Врач 2007. Спец. вып. С. 55–6.
8. Hamilton W, Kernik D. Clinical features of primary brain tumours: a case-control study using electronic primary care records. Br J Gener Pract 2007;57:695–99.
9. Lipton RB. Chronic migraine, classification, differential diagnosis, and epidemiology. Headache 2011;51(Suppl. 2):77–83.
10. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2000;55:754–62.
11. Tepper SJ. Debate: analgesic overuse is a cause, not consequence, of chronic daily headache. Analgesic overuse is a cause of chronic daily headache. Headache 2002;42: 543–47.