**Головная боль**

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 внемозговой 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.

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).

Принципиальным отличием хронической ГБН является повторяемость приступов ГБ более 180 дней в году или 15 и более дней в месяц. Распространенность мигрени (М) несколько меньше и в среднем 16% больных с ГБ.

Для М 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.

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 М 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: n один (и более) полностью обратимых симптомов, указывающих на локальную церебральную корковую или стволовую дисфункцию n как минимум, один симптом ауры постепенно развивается в течение более чем 4 минут, или два и более симптомов развиваются последовательно n ни один симптом ауры не продолжается дольше 60 минут; если их более одного, длительность ауры пропорционально увеличивается n 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 обусловливает 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.

Лечение Терапия пациентов с ХЕГБ достаточно трудная задача. Эти пациенты часто имеют физическую и эмоциональную медикаментозную зависимость, которая сопровождается низкой толерантностью к психогенным воздействиям, проявляющимися расстройствами сна и депрессией. Основополагающим является прием медикаментов с целью детоксикации и коррекция коморбидных факторов, включающих: зависимость от медикаментов, цефалгиефобию, личностные отклонения (пограничные и эндогенные расстройства), височно-челюстную дисфункцию, внутричерепную гипо- или гипертензию. Детоксикация является сложным этапом лечения и часто требует госпитализации. Симптомы отмены могут наблюдаться и упорствовать в течение недель. Наиболее эффективным в этих случаях является мультимодальный подход, включающий аутогенную терапию, основанную на биологической обратной связи, ориентированной на мышечный тонус или кожную температуру, индивидуальную поведенческую терапию, семейную терапию, физические упражнения, адекватное объяснение эффектов медикаментов и непрерывность наблюдения.

Общие принципы лечения включают: объяснение пациенту побочных эффектов в сравнении с положительным потенциалом прежде, чем начато лечение прекращение хронического и частого использования болеутоляющих, эрготамин и кофеин содержащих препаратов, аннулирующих эффективность текущего лечения лечение начинается с небольших доз, постепенно увеличивая их в зависимости от возможности пациента переносить лечение и побочные эффекты продолжительность лечения приблизительно от шести недель до трех месяцев, так как большинство препаратов, используемых для лечения, имеют латентное время появления эффективного действия прекращая лечение, делать это постепенно в течение нескольких дней или недель, чтобы избежать эффекта внезапной отмены.

В случаях медикаментозно индуцированного возникновения какой-либо формы ХЕГБ лечение осуществляется в два этапа: этап отмены препаратов и этап подбора терапии, адекватной диагностированной форме ГБ. По окончании периода детоксикации (если она требуется) проводится обычная профилактическая терапия. Профилактическое лечение ГБН должно уменьшить частоту и/или тяжесть приступов ГБ. Оно проводится, если: ГБ чаще, чем 2 раза в неделю, а их длительность более 3-4 часов; ГБ потенциально могут привести к медикаментозной передозировке или вызывать значимую нетрудоспособность. Лечение ГБ начинается с антидепрессантов или любого из препаратов специфического лечения приступов М.

Амитриптилин является препаратом выбора, начинают лечение с 12,5-25 мг на ночь, постепенно повышая дозу на 12,5-25 мг каждые 3-6 дней до 50-100 мг/день. Терапевтическое действие начинается со 2-3 недели. Следует помнить о наличии побочных эффектов, в частности, от антихолинергического действия препарата и противопоказаниях к его применению. Возможно использование и других антидепрессантов: имипрамин (в суточной дозе 75-100 мг с постепенным, при необходимости, повышением каждый день или через день на 25 мг, суммарная доза 200-250 мг), флуоксетин (25 мг/день), пароксетин, сертралин, миансерин. В резистентных случаях к антидепрессантам добавляют b-адреноблокаторы и нестероидные противовоспалительные средства. В комплексную терапию включают миорелаксанты.

Основной целью профилактического, т.е. межприступного лечения является снижение частоты и тяжести приступов, предусматривающего максимальное ограничение при этом проявления побочных эффектов применяемых лекарств. К препаратам, используемым с этой целью, относятся: b-блокаторы (пропранолол), антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроаты), трициклические антидепрессанты (амитриптилин), нестероидные противовоспалительные препараты (Нурофен Плюс), блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нимодипин).

Лечение приступов мигрени условно можно разделить на неспецифическую и специфическую терапию. Подобное разделение подразумевает возможность использования ряда препаратов, способных приостановить развитие приступа мигрени (специфическое лечение) без прямого аналгезирующего действия, тогда как другая группа препаратов (неспецифическое лечение) имеет своим основным действием снижение интенсивности собственно болевого синдрома. Такой подход к терапии приступа в известной мере произволен, но вместе с тем подчеркивает возможность патогенетического лечения, каким оно представляется на сегодняшний день. К препаратам неспецифического действия относятся простые и комбинированные анальгетики и нестероидные противовоспатительные средства. Необходимым дополнением лечения часто является применение метоклопрамида.

Специфическими препаратами являются: производные эрготамина (0,1% раствор гидротартрата эрготамина по 15-20 капель или 1-2 мг в таблетках, либо дигидроэрготамин в форме назального аэрозоля); агонисты 1B/D-рецепторов серотонина. Оценка эффективности проводимой терапии должна быть ориентирована не только на интенсивность болевого синдрома, но и на степень выраженности и длительность послеприступного состояния дезадаптации. В большинстве случаев необходимым дополнением могут быть психотерапевтические методы лечения.

Психотерапевтическое лечение проводится психотерапевтом или медицинским психологом. Обсуждение с врачом имеющихся психологических проблем способствует, с одной стороны, их более глубокому осмыслению пациентом, а с другой стороны, позволяет ему самому во многих случаях найти способ их устранения.