



# Принципы этапной терапии головной боли напряжения

А. А. ЯКУПОВА, Р. А. ЯКУПОВ.

Кафедра неврологии и нейрохирургии ФПДО КГМУ (зав. — проф. В. И. Данилов).

Кафедра неврологии и рефлексотерапии КГМА (зав. — проф. Г. И. Иваничев).

Головная боль напряжения (ГБН) характеризуется монотонными, симметричными, умеренными болевыми ощущениями. Она наиболее часто сопутствует состоянию физического и умственного утомления, психоэмоционального напряжения и может сопровождаться напряжением перикраниальной мускулатуры. Женщины страдают ГБН в 3-4 раза чаще мужчин.

Современная международная классификация определяет ГБН как нозологическую форму. Выделяют **эпизодическую** и **хроническую** ГБН.

Для эпизодической ГБН характерна четкая периодичность болевого синдрома. Эпизоды головной боли обязательно разделены светлыми промежутками различной длительности. Эпизодическую ГБН подразделяют на *вариант с редкими и вариант с частыми эпизодами*.

Хроническая ГБН значительно варьирует по интенсивности, беспокоит ежедневно или почти каждый день, возникает или усиливается без явных факторов внешнего воздействия (стресс, утомление и т.п.). Практически у всех больных с данной формой головной боли выявляются депрессивные нарушения. При хронической ГБН часто имеет место трансформация болевого синдрома с появлением черт, присущих сосудистым, цервикогенным, миофасциальным и психалгическим головным болям.

Согласно современным представлениям, в развитии ГБН основная роль принадлежит дисфункции антиноцицептивной системы. Для больных с ГБН характерна недостаточность нисходящего тормозного контроля со стороны супрасегментарных структур на сегментарные и релейные интернейроны, участвующие в проведении и предварительной обработке ноцицептивных потоков. В этих условиях неинтенсивные потоки периферической импульсации от напряженных перикраниальных и экстракраниальных мышц, других тканей головы интерпретируются ЦНС как ноцицептивные и воспринимаются как диффузные болевые ощущения.

Недостаточность торможения служит базой для формирования генераторов патологически усиленного возбуждения в структурах ЦНС, обеспечивающих проведение, модуляцию и анализ ноцицептивной информации. Это приводит к хронизации боли, а также к ее «отрыву» от источников ноцицептивной импульсации, т.е. выраженность и характер болевых ощущений все в меньшей степени определяются интенсивностью раздражения рецепторного аппарата на периферии.

Биосоциальная дезадаптация под влиянием личностных, эмоциональных и поведенческих особенностей индивидуума усугубляет хронический болевой синдром.

Поскольку у больных с ГБН имеет место дисфункция антиноцицептивной системы, то это облегчает возникновение головных болей по смешанному механизму с участием сосудистых, цервикогенных, миофасциальных и других факторов.

Собственный опыт позволяет рекомендовать этапный подход к проведению терапии ГБН. Лечение следует начинать с легкопереносимых и безопасных немедикаментозных методов и только при неэффективности последних назначать лекарственную терапию. Непременным условием успешности лечения является организация оптимального режима труда и отдыха больного.

**Рефлексотерапия** вследствие наличия актуального психотропного, противоболевого, миорелаксирующего и репаративного действия является одним из наиболее адекватных методов лечения ГБН.

При эпизодической ГБН с редкими эпизодами систематическое курсовое лечение обычно не проводится. Для купирования головной боли рекомендуются массаж скальпа, постизометрическая релаксация (ПИР) мышц скальпа, точечный массаж, однократный или непродолжительный прием анальгетиков. В случае стереотипности эпизодов головной

боли по времени и условиям возникновения возможно профилактическое лечение с применением неинвазивных методов рефлексотерапии, а именно, точечного массажа, роллинг-массажа рефлексогенных зон, аппликации шариков на акупунктурные точки, термопунктуры.

При эпизодической ГБН с частыми эпизодами показано курсовое лечение с использованием рефлексотерапии. Обычно назначается иглоукалывание по корпоральным и аурикулярным точкам в сочетании с многоигольчатой стимуляцией. У значительной части больных в мышцах скальпа и шеи выявляются миофасциальные триггерные пункты (МФТП), которые отягощают и модифицируют течение болевого синдрома, являясь источниками дополнительной ноцицептивной афферентации. Для купирования МФТП могут применяться разнообразные методы локального воздействия: массаж, ПИР, укол иглой и др. В нашей практике для решения этой задачи мы предпочитаем низкоинтенсивную лазерную стимуляцию (длина волны 800-900 нм, доза воздействия на одну зону до 3 Дж при мощности излучения 20-30 мВт).

Результативность рефлексотерапии оценивается после проведения 2-3 курсов лечения. При выраженной тревожности для повышения эффективности терапии целесообразно дополнительное назначение транквилизаторов.

При хронической ГБН проводится комплексное лечение, базирующееся на применении нелекарственных методов, которые при необходимости дополняются фармакотерапией.

Рефлексотерапия хронической ГБН требует направленного воздействия на центральные механизмы развития болевого синдрома. Указанное предполагает стимуляцию прежде всего дистальных корпоральных точек общего и психотропного действия, а также аурикулярных точек. Поскольку для данной формы головной боли характерно развитие актуальных депрессивных нарушений, то следует использовать методы слабой стимуляции точек акупунктуры. Так, результаты собственных исследований показывают, что у больных с хронической ГБН большую терапевтическую эффективность и лучшую переносимость имеют неинвазивные методы воздействия, в частности, прогревание и лазерная стимуляция акупунктурных точек.

Для повышения результативности лечебных мероприятий рефлексотерапия комбинируется с психотерапией, ПИР, массажем головы и шейно-воротниковой области, методом биологической обратной связи.

При отсутствии значимого эффекта после 2-3 курсов рефлексотерапии целесообразно дополнительное назначение антидепрессантов, которые являются препаратами выбора для лечения хронической ГБН. Их применение оправдано недостаточностью серотониновых систем мозга при хронической боли, что сочетается с развитием депрессивных нарушений. Механизм противоболевого действия антидепрессантов включает: редукцию депрессии, потенцирование действия как экзогенных, так и эндогенных анальгезирующих веществ, стимуляцию антиноцицептивных нисходящих моноаминергических систем мозга, включая серотонинергические.

Антидепрессанты первого поколения (амитриптилин, кломипрамин, мапротилин и др.) отличаются неселективностью нейрхимического действия, влиянием на множество нейротрансмиттерных систем, которые не только принимают участие в реализации терапевтического эффекта, но и формируют множество побочных реакций вследствие воздействия на холинергические и гистаминные системы,  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторы. Клинически это может проявляться сухостью во рту, слабостью, сонливостью, синусовой тахикардией, замедлением внутрисердечной проводимости, повышением внутриглазного давления, увеличением массы тела и т.п. Указанное ограничивает применение данных препаратов у больных с заболеваниями сердца, глаукомой, аденомой предстательной железы и др.



В последнее время для лечения ГБН все шире применяются антидепрессанты второго поколения — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Препараты этого класса действуют только на серотонинергические рецепторы, их антидепрессивное действие не уступает трициклическим антидепрессантам, но при этом они лишены ряда побочных эффектов, присущих препаратам первого поколения. К данной группе препаратов относят флуоксетин, сертралин, пароксетин, ципраamil.

Побочные эффекты селективных ингибиторов обратного захвата серотонина проявляются ажитацией, акатизией, тревогой, инсомнией (чрезмерная стимуляция 5-НТ<sub>2</sub> рецепторов) и тошнотой, неприятными ощущениями в желудке, диареей, головной болью (чрезмерная стимуляция 5-НТ<sub>3</sub> рецепторов).

Комплексное применение методов рефлексотерапии и антидепрессантов позволяет не только потенцировать терапевтические эффекты, но и снизить риск развития побочных реакций лекарственной терапии ввиду применения меньших доз фармакологических препаратов.

При наличии у больных выраженных тревожно-фобических нарушений рекомендуется назначение антидепрессантов с седативным и противотревожным действием, например, amitриптилина, Леривона, флувоксамина. При преобладании депрессивных расстройств и астенических проявлений предпочтительны мелипрамин, флуоксетин, Аурорикс и др.

Продолжительность терапии антидепрессантами определяется индивидуально. При хорошей переносимости она должна составлять не менее 1-1,5 месяца. Эффект обычно появляется в течение первых 2 недель терапии и усиливается при продолжении лечения.

Для профилактики рецидивов ГБН, ее прогрессирования с течением времени, очень важна организация здорового образа жизни больного, занятия физической культурой, мероприятия, направленные на предотвращение умственного переутомления, стрессовых и конфликтных ситуаций в быту и на работе, а также оптимизация рабочего места и режима труда. Если нельзя устранить негативные психоэмоциональные воздействия, то показаны различные виды психотерапии.

## Эпидемиологические аспекты и частота некоторых факторов риска цереброваскулярной патологии в казанской популяции

М. В. САЙХУНОВ, М. Ф. ИСМАГИЛОВ.

Казанский государственный медицинский университет. Межрегиональный клинико-диагностический центр, г. Казань.

Цереброваскулярная патология (ЦВП) из-за значительной распространенности и крайне тяжелых последствий (высокая летальность, потеря трудоспособности) представляет как в нашей стране, так и в большинстве экономически развитых стран мира важнейшую медицинскую и социальную проблему. ЦВП является основной причиной экстренной госпитализации и длительной инвалидизации, занимают третье, а по данным некоторых авторов — второе место среди причин смертности взрослого населения.

В остром периоде мозгового инсульта умирают 41,9% заболевших, к концу первого года — еще 12,9%, то есть в течение первого года после инсульта погибает больше половины заболевших — 54,8%. В остром периоде геморрагического инсульта летальность составляет 79,5%, при ишемическом — 28,7%. После инсульта к концу года полностью независимыми оказываются только 25,4% больных. Таким образом, инсульт приводит к тяжелой инвалидизации людей и налагает на окружающих и государство новые обязанности материального и морального характера. Несмотря на актуальность проблемы до сих пор остаются неясными пути массовой профилактики заболевания.

Традиционный подход к профилактике инсульта основывается на попытках борьбы с множеством эндогенных и экзогенных негативных воздействий на организм, выявляемых у больных, перенесших инсульт. Все эти чрезвычайно различающиеся по своему характеру и значимости негативные воздействия принято обозначать как факторы риска развития инсульта. В литературе обсуждаются более 100 различных гуморальных факторов и патологических процессов, наследственных и конституциональных, социально-экономических параметров и других признаков, относимых к факторам риска. Изучение эпидемиологии ЦВП является необходимой предпосылкой для выявления этих факторов и правильной организации эффективных профилактических мероприятий.

По данным эпидемиологических исследований распространенность ЦВП в возрасте 20-59 лет составляет 20%. Из них: начальные проявления недостаточности кровообращения мозга (НПНКМ) — 68%, преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) — 25%, дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) и мозговой инсульт (МИ) — 7%. С возрастом процент сосудистых заболеваний увеличивается в 2 раза с каждым последующим десятилетием. Распространенность сосудистых заболеваний мозга среди женщин в 2,3-2,8 раза выше, чем у мужчин.

В нашей стране смертность от цереброваскулярной патологии остается стабильно высокой, отсутствует устойчивая тенденция ее снижения. В связи с этим разработка научно-об-

снованных подходов к профилактике острых нарушений мозгового кровообращения становится для России особенно актуальной.

В связи с актуальностью проблемы и недостаточно разработанными эффективными методами профилактики необходимы дальнейшие исследования по изучению эпидемиологии цереброваскулярной патологии. Учитывая отсутствие эпидемиологических исследований ЦВП, в городе Казани разработали комплексную «Программу профилактики цереброваскулярных заболеваний». В рамках этой программы организовано изучение распространенности ЦВП в городе Казани. Это позволит установить распространенность, структуру и особенности клинического течения этой патологии в данной местности, оценить ведущие факторы риска, разработать организационные, медико-клинические формы и методы профилактики.

В городе Казани был проведен скрининг населения по специальной методике для выявления лиц с различными формами цереброваскулярной патологии. Обследовалась репрезентативная случайная выборка из популяции жителей города обоих полов в возрасте 20-75 лет в количестве 1600 человек при подворном обходе всех подряд кварталов на случайно избранных нескольких улицах. Использовался специальный опросник, позволяющий в ходе скрининга выявить основные формы сосудистой патологии головного мозга: НПНКМ, ПНМК, ДЭ, МИ.

С целью определения некоторых факторов риска и изучения состояния брахиоцефальных артерий обследован 131 больной в возрасте от 18 до 75 лет после перенесенного ОНМК: 40 — после эпизода транзиторной ишемической атаки (ТИА), 47 — после ишемического мозгового инсульта (ИМИ) и 44 — после геморрагического мозгового инсульта (ГМИ). Среди обследованных было 56 женщин, 75 мужчин. Проводились общепринятое клинико-неврологическое обследование, ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий с цветным доплерографическим картированием кровотока, магнитно-резонансная ангиография сосудов головного мозга, уточнялись индекс массы тела, а также изучались показатели АД, содержание в крови холестерина, сахара.

В изучаемой популяции с различными формами ЦВП выявлено 550 человек, из них мужчин — 154, женщин — 396. Показатель распространенности всех случаев ЦВП составил 34,3% (у мужчин — 23,6%; у женщин — 41,6%).

Анализ возрастного состава больных выявил рост изучаемого показателя с возрастом. У обследованных до 30 лет клинически актуальных признаков ЦВП не выявлено. У лиц старше 30 лет при переходе к каждому последующему деся-