

Головные боли у пожилых: клинические особенности и подходы к терапии

 О.В. Воробьева

Кафедра нервных болезней ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова

Хроническая боль — одна из наиболее значимых медико-социальных проблем. Хроническая боль весьма трудна для лечения и дорого обходится как пациенту, так и обществу. В развитых странах заболеваемость хроническими болевыми синдромами продолжает неуклонно расти, в том числе у пожилых людей, у которых боль, как правило, имеет комплексную этиологию.

Среди болевых синдромов у пожилых лиц **головная боль (ГБ)** занимает третье место по распространенности, пропуская вперед только суставные боли и боли в спине. Пожилые пациенты чаще всего связывают возникновение ГБ с колебаниями артериального давления (АД). Однако у большинства пациентов, страдающих артериальной гипертензией, отсутствует корреляция между повышением АД и частотой и интенсивностью ГБ, а прием гипотензивных средств не приводит к уменьшению ГБ. Данные многочисленных исследований позволяют уверенно констатировать, что артериальная гипертензия средней или даже высокой степени не является причиной ГБ. У пожилых лиц чаще всего встречаются **головные боли напряжения (ГБН)** или вторичные (симптоматические) ГБ, причем доля вторичных ГБ с возрастом увеличивается и составляет у пожилых приблизительно треть от всех ГБ. Как и в более молодых возрастных группах, на ГБ значительно чаще жалуются женщины.

Симптоматические ГБ

Среди симптоматических ГБ могут быть боли, сигнализирующие об опасных для

жизни заболеваниях, которые требуют своевременной патогенетической терапии. Наиболее опасные заболевания, которые могут дебютировать с ГБ:

- цереброваскулярные заболевания (проходящее нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние и др.);
- нейроинфекции (менингит, энцефалит);
- опухоли головного мозга.

Тщательный анализ характеристик ГБ и анамнеза, неврологическое и общее обследование помогают установить принадлежность ГБ к первичным или симптоматическим. К важным **клиническим маркерам симптоматических ГБ** относят:

- впервые возникшую интенсивную ГБ;
- изменение характера и интенсивности ГБ и/или ее толерантность к ранее успешному обезболиванию;
- сочетание ГБ и лихорадки;
- возникновение ГБ после физического напряжения;
- зависимость выраженности ГБ от положения головы и тела;
- сочетание ГБ с сонливостью;
- атипичные проявления первичных ГБ;
- сочетание ГБ с очаговой неврологической симптоматикой.

Если источник недавно возникшей ГБ невозможно определить немедленно, следует провести параклиническое обследование, включающее компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию, особенно при сочетании боли с неврологическими симптомами.

Особое внимание следует уделять возможности провокации ГБ **лекарственными средствами** (ЛС), среди которых:

- снотворные средства;
- ЛС для лечения болезни Паркинсона (леводопа, амантадин);
- нитроглицерин и другие нитраты;
- β-блокаторы;
- блокаторы кальциевых каналов;
- дигоксин;
- эуфиллин;
- эфедрин;
- анальгетики;
- антидепрессанты.

Пожилые пациенты в целом чаще получают ЛС и в большей степени подвержены развитию их нежелательных эффектов, чем молодые лица. Головная боль, обусловленная приемом ЛС, не имеет специфических признаков. Обычно она диффузная, умеренной интенсивности, иногда пульсирующая, различная по длительности. Головная боль может возникнуть и при резкой отмене ЛС.

Наиболее частыми причинами вторичных ГБ в пожилом возрасте служат: дисфункция шейных мышц (миофасциальный синдром) на фоне возрастных изменений шейного отдела позвоночника (цервикогенные ГБ), нарушения венозного оттока, гипоксия.

В основе **гипоксических ГБ** лежит недостаточное насыщение крови кислородом (возможно, в сочетании с избыточным содержанием в ней углекислого газа). Кислород обладает выраженным сосудосуживающим, а углекислый газ — сосудорасширяющим действием. Нарушение их содержания в крови может вызывать ГБ, обусловленные изменением сосудистого тонуса. К таким изменениям приводят хроническая обструктивная болезнь легких и другие заболевания, сопровождающиеся дыхательной недостаточностью, сердечная недостаточность, анемия. При этом ГБ монотонные, тупые, иногда пульсирующие, диф-

фузные, умеренной интенсивности и различной длительности. Характерно увеличение интенсивности ГБ в утренние часы за счет снижения дыхательной активности во время сна и усиления гипоксемии. В течение дня ГБ могут уменьшаться и даже полностью исчезать.

Особая форма гипоксической ГБ — боль, связанная с синдромом апноэ во время сна (САС). САС наиболее часто выявляется у мужчин в возрасте 40–60 лет с избыточным весом, у которых он встречается более чем в 10% случаев. Женщины страдают САС реже, преимущественно после менопаузы. Характерный признак САС — храп, который перемежается короткими остановками дыхания (апноэ). Утром пациенты чувствуют себя не отдохнувшими, их беспокоят тупые, диффузные ГБ, которые обычно самостоятельно проходят через некоторое время после пробуждения, но иногда вынуждают регулярно принимать анальгетики. Эти ГБ сочетаются с дневной сонливостью и артериальной гипертензией, причем преимущественно повышено диастолическое АД, а утром АД обычно выше, чем вечером. САС повышает риск возникновения инфаркта миокарда, инсульта и может стать причиной внезапной смерти во сне.

ГБ при венозной недостаточности носит тупой, распирающий характер и появляется или усиливается при действии ряда факторов, затрудняющих венозный отток от головы:

- длительное пребывание в горизонтальном положении без подушки или использование низкой подушки (ГБ появляется после сна и проходит в вертикальном положении);
- длительное сохранение позы с опущенной головой;
- повышение внутригрудного давления (натуживание, кашель, физическая работа);
- ношение тугого воротничка.

Косвенное свидетельство наличия венозной недостаточности — отечность мягких тканей лица, расширение вен глазного дна, цианоз губ и слизистой оболочки полости рта.

Цервикогенные ГБ (ЦГБ) имеют ярко выраженные клинические особенности:

- односторонняя головная боль;
- приступ боли начинается с шейно-затылочной области;
- симптомы болевого сопровождения включают головокружение, неприятные (иногда болевые) ощущения в области шеи, плеча;
- возможность воспроизведения приступа при механическом воздействии на структуры шеи.

Причинами возникновения ЦГБ являются нарушения в шейном отделе позвоночника или мягких тканях шеи. В первую очередь следует исключать серьезные причины ЦГБ: опухоли, переломы, ревматоидный артрит. Чаще всего причиной ЦГБ становится дисфункция связочного аппарата и мышц шеи, вызванная травмой и/или дегенеративным поражением позвоночника. Как правило, боль разрешается в течение 3 мес после успешного лечения основной причины, локализуемой в структурах шеи.

Головные боли напряжения

Среди первичных ГБ у пожилых пациентов лидируют головные боли напряжения, которые возникают вследствие психического или мышечного напряжения. ГБН могут начаться в любом возрасте, но чаще всего дебютируют в подростковом и молодом возрасте. Распространенность ГБН снижается с возрастом, но и у пожилых людей они остаются самым частым типом ГБ. ГБН, как правило, бывают диффузными, постоянными, локализуются в затылочной или лобной области и “стягивают” голову как “обруч” или “каска”. Боль может иррадиировать в шею и плечевой пояс. Боль на-

чинается постепенно, часто после или во время стресса и негативных повседневных событий. Продрома отсутствует.

Критерии диагностики ГБН:

1. ГБ длительностью от 30 мин до 7 дней (в среднем 12 ч).

2. Наличие двух или более следующих признаков:

- двусторонняя локализация;
- давящий/сжимающий/непульсирующий характер;
- легкая или умеренная интенсивность;
- ГБ не усиливается при обыкновенной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).

3. Одновременное наличие двух следующих признаков:

- отсутствуют тошнота и рвота (может появляться анорексия);
- только один из симптомов: фотофобия или фонофобия.

4. ГБ не связана с другими расстройствами.

ГБН подразделяют на эпизодические (до 15 дней в месяц) и хронические (более 15 дней в месяц). Средняя частота эпизодических ГБН — около 6 приступов в месяц. В новой версии международной классификации эпизодические ГБН рекомендовано разделять на частые (10–15 дней в месяц) и редкие. Это деление обосновано зависимостью качества жизни пациентов от частоты приступов ГБ и различием терапевтических подходов. К развитию ГБН могут привести самые различные причины (мышечное напряжение, психосоциальный стресс, эмоциональные конфликты, нарушения сна, тревога, депрессия, злоупотребление ЛС). Около 25% пациентов, страдающих ГБН, также имеют мигренозные приступы.

Эпизодические ГБН имеют благоприятный прогноз. Однако у некоторых пациентов приступы учащаются, и заболевание постепенно переходит в хроническую форму. Наиболее частыми факторами, транс-

формирующими ГБН в тяжелую форму — хроническую ежедневную головную боль, являются:

- злоупотребление анальгетиками;
- развитие депрессии;
- острый и хронический стресс;
- присоединение соматических заболеваний (главным образом, гипертонической болезни);
- применение гормональных и других ЛС, не связанных с лечением ГБ;
- не идентифицированные факторы.

У пожилых людей **депрессия** и сопутствующие хронические заболевания являются основными факторами хронизации ГБН. Роль депрессии часто недооценивается практическими врачами, а многие симптомы депрессии воспринимаются как особенности пожилого возраста. Депрессивные состояния у пожилых людей имеют четкую тенденцию к рецидивирующему или хроническому, затяжному течению. Распространенность депрессии у пожилых растет с ухудшением соматического статуса (усиление зависимости от окружающих людей).

Широко обсуждается связь атеросклеротических изменений в сосудах головного мозга с возникновением или хронизацией ГБ, а также возможное прямое влияние **цереброваскулярной недостаточности** на развитие депрессии, т.е. концепция “сосудистой” депрессии (возникающей у пациентов с сосудистыми или ишемическими изменениями в головном мозге). Концепция “сосудистой” депрессии базируется на эпидемиологических исследованиях, демонстрирующих сильную связь между цереброваскулярными нарушениями и депрессией, дебютирующей в позднем возрасте. У пациентов с началом аффективных нарушений (“большая” депрессия и дистимия) в возрасте ≥ 60 лет чаще обнаруживаются значимые кардиоваскулярные нарушения и реже имеются родственники с аффективными заболеваниями по сравнению с пациентами того же возраста, но с более ран-

ним началом депрессии. Таким образом, для депрессии с дебютом в позднем возрасте этиологическими в большей степени являются внешние факторы (возможно, цереброваскулярная недостаточность) и в меньшей степени — эндогенные (наследственная предрасположенность). Согласно данной концепции “сосудистая” депрессия возникает у лиц, имеющих хронические факторы риска цереброваскулярной болезни (артериальная гипертензия, сахарный диабет, стеноз сонных артерий, нарушения ритма сердца, гиперлипидемия и др.) или подтвержденное при магнитно-резонансной томографии поражение артерий малого и среднего калибра (в виде диффузного билатерального повреждения белого вещества головного мозга). Предполагается, что микроангиопатия или колебания церебральной перфузии за счет микроэмболии или экстрацеребральной патологии приводят к дисфункции субкортикальных стриато-паллидо-таламо-кортикальных путей и нарушению циркуляции нейротрансмиттеров, участвующих в регуляции настроения. Таким образом, цереброваскулярная недостаточность может опосредованно влиять на возникновение и течение ГБН у пожилых пациентов.

Лечение ГБ у пожилых

Симптоматические ГБ в первую очередь требуют терапевтического воздействия на причинные факторы. При гипоксической ГБ коррекция метаболических нарушений позволяет пожилому пациенту избавиться от ГБ. Помимо патогенетического лечения у этой категории больных полезно использовать сосудисто-метаболические препараты (пирацетам, вазобрал, циннаризин, винпоцетин, мексидол и др.). Если ГБ длится более недели после успешной коррекции метаболических нарушений, можно полагать, что они обусловлены другими механизмами.

Лечение ГБН зависит от течения заболевания. Редкие эпизодические ГБН нуждаются только в купировании приступа. Для частых эпизодических и хронических ГБН используют программы профилактического лечения. Приступы эпизодических ГБН купируют ненаркотическими анальгетиками (парацетамол, ибупрофен, комбинированные препараты), которые должны использоваться однократно или короткими курсами. Нужно помнить о недопустимости злоупотребления анальгетиками у этой категории больных, поскольку это может формировать лекарственный абзус и способствовать переходу в хронические ГБН. Альтернативным способом лечения эпизодических ГБН являются нелекарственные методы (психотерапия, биологическая обратная связь, массаж, постизометрическая релаксация).

Препаратами первого выбора для лечения хронических ГБН являются **антидепрессанты**. Однако антидепрессанты у пожилых пациентов обладают меньшим эффектом, чем у более молодых лиц; кроме того, прогноз депрессии хуже у пожилых людей, имеющих структурные изменения мозга. Возможно, эти пациенты нуждаются в дополнительных терапевтических стратегиях, например использовании сосудисто-метаболической терапии. У пациентов пожилого возраста изменяется фармакокинетика ЛС, причем с большой индивидуальной вариабельностью. В связи с этим целевые дозировки **трициклических антидепрессантов** (ТАД) трудно предугадать, и следует начинать с низких доз, постепенно их наращивая. Эта проблема существенно уменьшается при использовании новых антидепрессантов, которые в большинстве случаев назначаются в более адекватных дозировках по сравнению с ТАД. Лучшая переносимость и низкий уровень взаимодействия с другими ЛС также являются существенными преимуществами новых антидепрессантов, особенно при применении у пожилых пациентов.

Вместе с тем ТАД по эффективности превосходят **селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)** как у мужчин, так и у женщин в пожилом возрасте. Заслуживает внимания, что под влиянием гормональной перестройки в менопаузальный период у женщин меняется ответ на антидепрессанты: в пременопаузальном периоде ответ на СИОЗС лучше, чем после менопаузы. ТАД демонстрируют одинаково высокую эффективность у мужчин и женщин в постменопаузе. Определенной альтернативой по соотношению эффективности и переносимости у пожилых пациентов могут стать антидепрессанты двойного действия, эффективность которых сопоставима с ТАД, а переносимость — с СИОЗС. Контролируемые исследования показали, что антидепрессанты двойного действия более эффективны, чем СИОЗС, у женщин старше 50 лет.

При выборе антидепрессанта врач должен учитывать расстройства, сопутствующие ГБН. У пациентов с хроническими ГБН помимо депрессии часто имеются и тревожно-фобические нарушения, поэтому наиболее оправдано назначение сбалансированных или седативных антидепрессантов, которые уже с первых дней лечения способны купировать как депрессию, так и тревогу. Длительность терапии составляет не менее 2 мес. Возможно использование антидепрессантов для профилактического лечения частых эпизодических ГБН. При наличии выраженного мышечного напряжения полезно комбинировать антидепрессанты с миорелаксантами и анальгетиками (антидепрессанты потенцируют действие анальгетиков).

Особое место в терапии мигрени и ГБН занимает стратегия комплексной терапии: сочетание антидепрессантов с **препаратами, улучшающими кровообращение и процессы метаболизма**. В таком сочетании анальгетическая эффективность антидепрессантов увеличивается. Некоторые препараты, например **Вазобрал**, показаны для

профилактики головной боли (мигрени). Входящий в состав Вазобрала дигидроэргокриптин (производное спорыньи) блокирует α_1 - и α_2 -адренорецепторы гладкомышечных клеток и тромбоцитов, а также оказывает стимулирующее влияние на дофаминергические и серотонинергические рецепторы центральной нервной системы. При применении препарата уменьшается агрегация тромбоцитов и эритроцитов, снижается проницаемость сосудистой стенки, улучшаются кровообращение и процессы метаболизма в головном мозге, повышается устойчивость тканей мозга к гипоксии. Эти эффекты Вазобрала особенно важны у пожилых пациентов для коррекции цереброваскулярной недостаточности и метаболических нарушений, связанных с хроническими соматическими заболеваниями. У всех больных с цереброваскулярной недостаточностью, включая самые ранние ее формы, имеются однонаправленные изменения реологических свойств крови и гемостаза, проявляющиеся, в первую очередь, повышением агрегационной активности тромбоцитов. Поэтому у этой категории лиц Вазобрал может как повлиять на болевой синдром, так и улучшить течение основного заболевания. Вазобрал и близкие к нему ЛС должны использоваться как дополнительные препараты в комплексном профилактическом лечении мигрени или ГБН. Назначают Вазобрал по 1/2–1 таблетке или по 2–4 мл

раствора 2 раза в сутки. Продолжительность курса лечения составляет 2–3 мес, при необходимости возможно проведение повторных курсов. Российскими неврологами накоплен значительный опыт использования Вазобрала для лечения начальных форм цереброваскулярной болезни. Так, на нашей кафедре было проведено открытое исследование эффективности Вазобрала для купирования ГБ у лиц, страдающих цереброваскулярной недостаточностью (Вейн А.М., 1999). В ходе исследования было показано, что через 14 дней приема препарата достоверно уменьшается частота и интенсивность ГБ, а также жалоб астенического круга.

Заключение

Лечение головных болей у пожилых людей, у которых они обычно имеют полиэтиологический характер, является сложной задачей. Успех терапии зависит от тщательной диагностики с выявлением причин ГБ, отягощающих факторов и коморбидных состояний. Помимо фармакологической коррекции, учитывающей роль цереброваскулярных нарушений и связанной с ними депрессии при головной боли напряжения у пожилых пациентов, желателен использование нефармакологических методов лечения (психотерапия, биологическая обратная связь, массаж, постизометрическая релаксация).



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ. Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 100 руб., на один номер – 50 руб.

Подписной индекс 81166.