

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

С ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

Лекарственно-индуцированная головная боль – цефалгия, возникающая 15 и более дней в месяц на протяжении более 3 мес. и связанная с регулярным избыточным применением препаратов для симптоматического лечения головной боли. Лекарственно-индуцированная головная боль развивается у пациентов с одной из первичных форм цефалгий, чаще всего мигренью или головной болью напряжения. Диагностика лекарственно-индуцированной головной боли является клинической, т. е. основывается на жалобах, анамнезе и диагностических критериях Международной классификации головных болей. В июле 2013 г. опубликована МКГБ-3 бета, содержащая новые критерии лекарственно-индуцированной головной боли, лечение которой включает в себя поведенческую терапию, отмену вызвавшего ее препарата, при необходимости – детоксикационную терапию, лечение симптомов, связанных с отменой препарата, а также индивидуальную профилактическую терапию основной формы головной боли. Представлен обзор литературы по методам лечения лекарственно-индуцированной головной боли. Обсуждаются риски и причины ее рецидивов, а также предикторы неэффективности лечения. Отдельное внимание уделено препарату Кетонал (кетопрофен), обладающему хорошим эффектом при купировании приступов головной боли напряжения и профилактике приступов мигрени.

Ключевые слова: лекарственно-индуцированная головная боль, диагностические критерии, лечение, головная боль, связанная с отменой препаратов

Лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) – одна из частых вторичных цефалгий, возникающая 15 и более дней в месяц на протяжении более 3 мес. и связанная с регулярным избыточным применением препаратов для купирования приступов головной боли (10 или 15 и более доз в месяц в зависимости от вида препарата). ЛИГБ, как правило, разрешается после прекращения злоупотребления «виновными» препаратами [25].

На сегодняшний день в русскоязычной медицинской литературе термины «ЛИГБ», «головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов» и «абзусная головная боль» являются синонимами [1].

■ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛИГБ

Распространенность ЛИГБ составляет 1–1,8% в общей популяции, чаще встречается у женщин 40–50 лет (до 5%); среди всех пациентов с ЛИГБ женщины составляют от 62 до 92% [17, 20, 39, 40, 3, 29]. ЛИГБ – одна из самых частых форм головной боли среди пациентов, обращающихся в специализированные клиники головной боли. Так, в европейских клиниках головной боли пациенты с ЛИГБ составляют 30% от всех обратившихся за помощью, а в клиниках головной боли США – более 50% [28, 20]. В соответствии с данными эпидемиологических исследований ЛИГБ занимает третье место среди заболеваний, сопровождающихся головной болью, уступая только головной боли напряжения (ГБН) и мигрени [3, 14, 48, 29].

В 2012 г. в Европе было проведено специальное исследование, посвященное определению стоимости различных форм головной боли. По полученным данным, стоимость ЛИГБ оказалась в 3 раза выше, чем мигрени, и в 10 раз выше, чем ГБН [34]. Учитывая высокую распространенность, существенное снижение качества жизни и трудоспособности пациентов, обуславливающие большие материальные затраты, и значительные трудности лечения, в настоящее время ЛИГБ относят к социально значимым заболеваниям.

■ Большинство проспективных исследований показывают, что обязательным и наиболее эффективным методом лечения лекарственно-индуцированной головной боли является прекращение приема препаратов злоупотребления. Показано, что отмена «виновного» препарата не только приостанавливает прогрессирование головной боли, но и повышает эффективность назначаемой профилактической терапии основной формы головной боли

■ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЛИГБ

Все известные на сегодняшний день лекарственные препараты, которые могут использоваться для купирования приступа головной боли, в случае их избыточного применения могут привести к развитию ЛИГБ. Среди них – простые и комбинированные анальгетики, эрготамин-, кофеин- и барбитуратсодержащие препараты, триптаны. Наиболее часты-

ми «виновниками» ЛИГБ являются комбинированные анальгетики и триптаны [28, 10].

ЛИГБ развивается главным образом у пациентов с первичными формами головной боли, наиболее часто – с мигренью и ГБН, реже – у больных с вторичными цефалгиями [8, 6, 50, 13, 49]. Описаны случаи развития ЛИГБ у пациентов с кластерной головной болью [18, 36], но у большинства из них также была мигрень или имелась наследственная отягощенность по мигрени. Показано, что у пациентов с болевыми синдромами другой локализации без жалоб на головную боль (боль в спине, артралгии при ревматоидном артрите и др.) даже избыточный прием обезболивающих с целью купирования этих болей не приводит к развитию ЛИГБ [33, 7, 53].

Злоупотребление обезболивающими препаратами – один из ведущих факторов хронизации первичных форм головной боли.

■ НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЛИГБ

Диагностика ЛИГБ является целиком клинической, т. е. основывается на тщательном сборе жалоб и анамнеза заболевания. Один из самых информативных методов диагностики – дневник головной боли, в котором пациент отмечает частоту и интенсивность приступов, сопутствующие симптомы, а также названия, дозы и кратность приема препаратов, применяемых для купирования приступа головной боли. При отсутствии «красных флажков», т. е. симптомов и признаков,стораживающих врача в отношении симптоматического характера головной боли, проведение нейровизуализации или других инструментальных исследований не требуется. Диагноз ЛИГБ устанавливается в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации головных болей (МКГБ), которая является основным инструментом диагностики цефалгий [2, 24, 26, 47].

Впервые термин «головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов» введен во втором издании классификации (МКГБ-2, 2004); некоторые критерии были пересмотрены в 2005 г. В июле 2013 г. была опубликована последняя новая версия МКГБ-3 бета, содержащая в т. ч. и новые диагностические критерии ЛИГБ [25].

В новой классификации по сравнению с предыдущей количество диагностических критериев уменьшено с 4 до 3, причем один из основных критериев – наличие у пациента исходной головной боли (существовавшей до злоупотребления лекарственными препаратами). Кроме того, согласно МКГБ-3 бета достоверный диагноз ЛИГБ может быть установлен сразу после первичного осмотра пациента. В МКГБ-2 (2004) диагноз мог быть выставлен только после облегчения головной боли спустя 2 мес. после отмены «виновного» препарата. В МКГБ-3 бета также указывается, что, как правило, после прекращения злоупотребления наступает облегчение головной боли (табл. 1).

Как уже упоминалось, ЛИГБ развивается у пациентов, исходно имевших одну из форм первичной головной боли. Выявление исходной цефалгии (чаще мигрени или ГБН) –

Таблица 1. Диагностические критерии ЛИГБ: прежние (МКГБ-2R, 2005) и новые (МКГБ-3 бета)

Критерии МКГБ-2R, 2005	Критерии МКГБ-3 бета, 2013
А. Головная боль, присутствующая на протяжении 15 и более дней в месяц, отвечающая критериям С и D	А. Головная боль, присутствующая на протяжении 15 и более дней в месяц, у пациента с ранее существовавшей головной болью
В. Регулярное, на протяжении более чем 3 мес., злоупотребление одним или более препаратами для купирования острого приступа и/или симптоматического лечения ГБ	В. Регулярное, на протяжении ≥ 3 мес., злоупотребление одним или более препаратами для купирования острого приступа и/или симптоматического лечения ГБ
С. Головная боль развилась или значительно ухудшилась во время избыточного приема препарата (-ов)	С. Не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета
D. Головная боль прекращается или возвращается к прежнему паттерну в течение 2 мес. после прекращения приема «виновного» препарата	

первый шаг диагностики, который имеет большое значение для последующего выбора как профилактической терапии, так и препаратов для купирования приступов головной боли.

В МКГБ-3 ЛИГБ занимает п. 8.2 в гл. 8 «Головные боли, связанные с различными веществами и их отменой». Кроме того, в новую версию классификации внесены изменения по типам ЛИГБ: исключен тип «головная боль, возможно вызванная избыточным применением лекарственных препаратов», добавлен тип – «головная боль, вызванная избыточным применением нескольких неустановленных классов препаратов»; в типе «головная боль при избыточном применении простых анальгетиков» выделены подтипы – «головная боль при избыточном применении парацетамола (Ацетаминофена)», «головная боль при избыточном применении ацетилсалициловой кислоты» и «головная боль при избыточном применении других нестероидных противовоспалительных средств (НПВС)» (табл. 2).

Диагноз «головная боль, вызванная избыточным применением нескольких неустановленных классов препаратов» ставится в том случае, если цефалгия соответствует диагностическим критериям ЛИГБ, пациент регулярно принимает несколько препаратов – эрготамин, триптаны, простые анальгетики, НПВС и/или опиоиды на протяжении 10 и более дней в месяц в течение более 3 мес., но не может точно указать названия препаратов, дозы и кратность приемов. Такое встречается нечасто, обычно пациенты могут предоставить информацию о принимаемых препаратах. Уточнить все необходимые сведения позволяет ведение пациентом дневника головной боли. Стоит отметить, что для установления факта злоупотребления обезболивающими препаратами важно выяснить не только количество принимаемого препарата и продолжительность его приема, но и регулярность его применения [2].

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛИГБ

Лечение пациентов с ЛИГБ включает несколько терапевтических направлений:

- 1) обучение пациента (разъяснение роли злоупотребления обезболивающими в хронизации цефалгии и необходимости резкого ограничения/прекращения приема обезболивающих препаратов);
- 2) детоксикационная терапия;
- 3) лечение симптомов, вызванных отменой препарата (-ов), в т. ч. «головной боли отмены»;
- 4) индивидуальная профилактическая терапия исходной формы головной боли (мигрени или ГБН) с учетом возможных побочных эффектов, данных о предшествующем лечении, коморбидных расстройств, сопутствующих заболеваний, предпочтений пациента и переносимости препаратов.

Однако на практике не все вышеуказанные методы применяются в комбинации для лечения пациентов с ЛИГБ, что связано с нерешенными вопросами об уровне эффективности этих подходов в отдельности и в сочетании друг с другом.

ТЕРАПИЯ ПЕРИОДА ОТМЕНЫ

Большинство проспективных исследований показывают, что прекращение приема препаратов злоупотребления – обязательный и наиболее эффективный метод лечения ЛИГБ. Прекращение приема препаратов следует настоятельно рекомендовать во время беседы всем пациентам с ЛИГБ, даже если головная боль у них не отвечает полностью критериям ЛИГБ: важен сам факт осознания пациентом своего злоупотребления и его решающей роли в формировании ежедневной головной боли [19]. Показано, что отмена «виновного» препарата не только приостанавливает прогрессирование головной боли, но и повышает эффективность назначаемой профилактической терапии основной формы головной боли [51].

Существуют два способа прекращения приема препаратов: одномоментный и постепенный. Проспективных рандо-

мизированных исследований по сравнению эффективности этих способов не проводилось [19]. Есть данные о том, что одномоментная отмена злоупотребного (-ых) препарата (-ов) позволяет добиться более быстрых результатов. В связи с этим большинство врачей клиник головной боли Европы и США предпочитают одномоментное прекращение приема препаратов [44]. Постепенное прекращение приема препаратов рекомендуется при злоупотреблении опиатами, барбитуратами или бензодиазепинами [19].

В период отмены препаратов, «виновных» в развитии ЛИГБ, состояние пациентов часто ухудшается: усиливается головная боль, могут возникать тошнота, рвота, артериальная гипотензия, тахикардия, расстройство сна, тревожность, раздражительность. Обычно эти симптомы длятся от 2 до 10 дней, но могут сохраняться до 4 мес. [19]. Головная боль, связанная с отменой препарата, имеет меньшую продолжительность у пациентов, злоупотреблявших триптанами (в среднем 4,1 дня), чем у пациентов, злоупотреблявших эрготаминами (в среднем 6,7 дня) или НПВС (в среднем 9,5 дня) [30].

ЭФФЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЛИГБ: ОТКРЫТЫЕ ВОПРОСЫ

Основные вопросы, связанные с эффективным ведением пациентов с ЛИГБ, можно сформулировать следующим образом: в каких случаях необходимо стационарное лечение пациента? Обязательно ли назначение кортикостероидов в период отмены препарата? Когда следует начинать профилактическую терапию: до, после или с первого дня отмены препарата? Какая профилактическая терапия наиболее эффективна? На основании данных литературы ниже мы постараемся на них ответить.

В 2008 г. Grazzi L, Andrasik F, Usai S. et al. опубликовали данные исследования эффективности отмены обезболивающих препаратов у пациентов с хронической мигренью и ЛИГБ, проводимой амбулаторно и в условиях стационара. Через 12 мес. оба вида лечения привели к значительному сокращению количества дней с головной болью в месяц и

Таблица 2. Классификация ЛИГБ; прежняя (МКГБ-2R, 2005) и новая (МКГБ-3 бета)

МКГБ-2R, 2005	МКГБ-3 бета, 2013
8.2.1. ГБ при избыточном применении эрготамин	8.2.1. ГБ при избыточном применении эрготамин
8.2.2. ГБ при избыточном применении триптанов	8.2.2. ГБ при избыточном применении триптанов
8.2.3. ГБ при избыточном применении простых анальгетиков	8.2.3. ГБ при избыточном применении простых анальгетиков
8.2.4. ГБ при избыточном применении опиатов	8.2.3.1. <i>ГБ при избыточном применении парацетамола (Ацетаминофена)</i>
8.2.5. ГБ при избыточном применении комбинированных препаратов	8.2.3.2. <i>ГБ при избыточном применении ацетилсалициловой кислоты</i>
8.2.6. ГБ, вызванная избыточным применением нескольких (сочетания) обезболивающих препаратов	8.2.3.3. <i>ГБ при избыточном применении других НПВС</i>
8.2.7. ГБ, вызванная избыточным применением других лекарственных препаратов	8.2.4. ГБ при избыточном применении опиатов
8.2.8. <i>ГБ, возможно вызванные избыточным применением лекарственных препаратов</i>	8.2.5. ГБ при избыточном применении комбинированных препаратов
	8.2.6. ГБ, вызванная избыточным применением нескольких (сочетания) обезболивающих препаратов
	8.2.7. <i>ГБ, вызванная избыточным применением нескольких неуставленных классов препаратов</i>
	8.2.8. ГБ, вызванная избыточным применением других лекарственных препаратов

уменьшению баллов по шкале нетрудоспособности вследствие мигрени без преобладания в эффективности какого-либо метода [22]. Таким образом, было показано, что стационарное и амбулаторное ведение периода отмены характеризуется одинаковой эффективностью. В то же время получены и другие результаты.

Так, в 2013 г. итальянские исследователи опубликовали данные открытого проспективного рандомизированного исследования, целью которого было сравнение эффективности 3 методов лечения пациентов с осложненной ЛИГБ и мигренью [43]. В исследование были включены 137 пациентов. К пациентам с осложненной ЛИГБ относились те, кто соответствовал хотя бы одному из следующих пунктов: а) наличие сопутствующего терапевтического заболевания с осложнением; б) заболевание, проявляющееся нарушением настроения; тревожное расстройство; заболевание, проявляющееся нарушением пищевого поведения; зависимость от каких-либо веществ; в) рецидив ЛИГБ после ранее проводимой детоксикационной терапии; г) психологические проблемы; д) ежедневное или почти ежедневное использование высоких доз симптоматических обезболивающих препаратов (более 3 доз анальгетиков в день или более 2 доз триптанов, эрготаминов, комбинаций обезболивающих препаратов или анальгетиков в комбинации в день). В исследовании участвовали 3 группы пациентов. Пациенты группы А (46 пациентов) получили только настоятельную рекомендацию прекратить прием обезболивающих препаратов. Больным группы В (46 пациентов) была назначена стандартная амбулаторная детоксикационная терапевтическая программа: 1) рекомендация одномоментно прекратить прием обезболивающих препаратов; 2) кортикостероид преднизон перорально в течение 10 дней в сочетании с омепразолом по схеме: 60 мг в день в 1-й и 2-й дни, 40 мг в день в 3-й и 4-й дни, 20 мг в последующие 6 дней; 3) индивидуально подобранная профилактическая терапия начиная с 1-го дня детоксикационной программы. Пациентам группы С назначалась стандартная детоксикационная терапевтическая программа в условиях стационара: 1) рекомендация одномоментно прекратить прием обезболивающих препаратов; 2) наблюдение в динамике в течение 8–10 дней; 3) преднизон (кортикостероид) перорально в течение 10 дней в сочетании с омепразолом по схеме: 60 мг в день в 1-й и 2-й дни, 40 мг в день в 3-й и 4-й дни, 20 мг в последующие 6 дней; 4) индивидуально подобранная профилактическая терапия начиная с 1-го дня детоксикационной программы. Период наблюдения составлял 2 мес. Завершили исследование 115 пациентов. Клинический эффект наблюдался у 60,1% пациентов в группе А и группе В, у 88,8% в группе С. Таким образом, исследование показало, что проведение детоксикационной терапии в условиях стационара значительно более эффективно, чем амбулаторная детоксикационная терапия [43].

Следовательно, преимущества стационарного лечения ЛИГБ включают:

1) возможность ежедневного наблюдения за пациентом в период отмены препарата, в т. ч. регулярное проведение поведенческой терапии и профессиональная психологическая поддержка пациента;

2) контроль приема препаратов;

3) возможность оказания незамедлительной помощи при возникновении выраженных симптомов отмены и проведение парентеральной терапии.

Согласно данным нескольких нерандомизированных исследований, а также по мнению экспертов, показаниями к госпитализации пациента с ЛИГБ в стационар является: злоупотребление опиатами, барбитуратами или бензодиазепинами, наличие выраженных личностных особенностей и эмоциональных нарушений, тяжелые сопутствующие заболевания, тяжелое течение периода отмены (например, рвота, мигренозный статус), а также безуспешность предшествующей профилактической терапии [37, 35, 19].

■ Показаниями к госпитализации пациента с ЛИГБ в стационар является: злоупотребление опиатами, барбитуратами или бензодиазепинами, наличие выраженных личностных особенностей и эмоциональных нарушений, тяжелые сопутствующие заболевания, тяжелое течение периода отмены (например, рвота, мигренозный статус), а также безуспешность предшествующей профилактической терапии

В рандомизированном исследовании эффективности лечения пациентов с ЛИГБ Hagen K. et al. продемонстрировали эффективность профилактической терапии без рекомендации прекратить прием препаратов, «виновных» в развитии ЛИГБ [23].

В другом исследовании настоятельная рекомендация прекратить прием обезболивающих препаратов была столь же эффективна, как и детоксикационная терапевтическая программа, однако только у пациентов с неосложненной ЛИГБ; при осложненном течении ЛИГБ эффективность не была подтверждена [42].

Zeeberg P., Olesen J., Jensen R. проводили исследование эффективности одномоментного прекращения приема препаратов и детоксикационной терапии без назначения профилактического лечения. В исследование было включено 335 пациентов с ЛИГБ, обратившихся в Датский центр головной боли. Через два месяца частота головной боли уменьшилась на 60% у пациентов с мигренью и на 37% у пациентов с комбинацией мигрени и ГБН [51].

Исследования, посвященные изучению эффективности специфической профилактической терапии у пациентов с ЛИГБ, на сегодняшний день отсутствуют [19]. Полагают, что выбор профилактического лечения должен основываться на типе первичной (исходной) головной боли, возможных побочных эффектах, коморбидных расстройствах, предпочтениях самого пациента и результатах предшествующего лечения.

Несколько исследований показали хорошую эффективность вальпроата и топирамата в профилактическом лечении хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ) с избы-

точным применением обезболивающих препаратов [28]. На сегодняшний день препараты этих классов являются препаратами выбора в терапии ЛИГБ у пациентов с любыми формами головной боли.

Вопросы об обязательности проведения детоксикации до назначения профилактического лечения и сроках назначения профилактической терапии продолжают обсуждаться в литературе [16, 52, 28, 51].

■ ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, СВЯЗАННОЙ С ОТМЕНОЙ ПРЕПАРАТОВ

Препаратами выбора для лечения головной боли, вызванной отменой препаратов (синоним – головная боль отмены), являются кортикостероиды. Эффективность кортикостероидной терапии изучалась в нескольких исследованиях. Так, результаты единственного рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования не показали значимого клинического эффекта применения преднизолона перорально по стандартной схеме в течение 6 дней по сравнению с плацебо. Исследование включало 97 пациентов с ЛИГБ, из них 49 пациентов получали преднизолон, а 48 пациентов – плацебо [11].

В других исследованиях, напротив, продемонстрирована эффективность преднизолона [19]. По данным крупного открытого исследования, включавшего пациентов с ХЕГБ и ЛИГБ, применение преднизолона перорально по стандартной схеме в течение 6 дней (60 мг в день в 1-й и 2-й дни с последующим снижением дозы на 20 мг каждые 2 дня) эффективно уменьшало выраженность головной боли и других симптомов, связанных с отменой препаратов злоупотребления [32]. Небольшое исследование, включавшее 9 пациентов с ЛИГБ, также выявило эффективность преднизолона по сравнению с плацебо в лечении головной боли, связанной с отменой препарата [38].

Таким образом, кортикостероиды могут быть эффективны в лечении головной боли, связанной с отменой препаратов, у пациентов с ЛИГБ, однако для оптимизации этого подхода необходимы дальнейшие рандомизированные плацебо-контролируемые исследования.

■ ПРОГНОЗ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛИГБ

В 2012 г. итальянские исследователи Corbelli I., Caproni S., Eusebi P. и Sarchielli P. опубликовали результаты работы, целью которой было определение причин безуспешного лечения пациентов с ЛИГБ [15]. В исследование были включены 120 пациентов; для лечения применялась стационарная детоксикационная терапевтическая программа, индивидуально подобранная профилактическая терапия антидепрессантами, антиконвульсантами, бета-блокаторами или комбинацией препаратов, в зависимости от индивидуальных характеристик пациента; период наблюдения составлял 1 год. На базовом и заключительном визитах пациентам предлагалось заполнить Лидский опросник зависимости (ЛОЗ). На лечение ответили 56,7% пациентов (О-группа), у 43,3% пациентов

лечение было неэффективным (Н-группа). На базовом визите не было выявлено значимой разницы между группами ни по одному из параметров (возраст, пол, уровень образования, возраст начала головной боли, продолжительность хронической формы головной боли, количество дней с головной болью в месяц, класс и дозы избыточно применяемых препаратов). Отмечено, что антидепрессанты значительно чаще использовались в О-группе, а антиконвульсанты – в Н-группе. И хотя в целом средний балл ЛОЗ на базовом визите отличался между группами незначительно, баллы по определенным пунктам опросника были изначально значительно выше в Н-группе по сравнению с О-группой. Основные пункты опросника, которые можно считать предикторами неуспешного лечения, включали: непреодолимое желание начать прием препарата (п. 3), непреодолимое желание продолжить прием препарата (п. 7), преимущество самого эффекта препарата (п. 8), стабильность хорошего состояния (пункт 9) и когнитивную установку (п. 10). Был сделан вывод о том, что пациенты, не ответившие на лечение, демонстрировали паттерн зависимости от лекарственных препаратов, схожий с описанным ранее у наркоманов. У пациентов же, ответивших на лечение, зависимость от обезболивающих была тесно связана с болевым феноменом (а именно с наличием хронической головной боли) и отражала необходимость приема анальгетиков для того, чтобы «боль не мешала справляться с повседневными делами» [15].

■ Препаратами выбора в терапии ЛИГБ у пациентов с любыми формами головной боли в настоящее время считаются препараты вальпроевой кислоты и топирамат

Риск рецидива ЛИГБ через 1 год после успешно проведенной терапии по отмене препарата составляет около 30% (по данным различных исследований, показатель варьирует от 14 до 41%). Эти показатели не зависели от того, какой вариант терапии проводился: детоксикационная терапия амбулаторная или стационарная, или же применялась только рекомендация прекратить прием «виновных» препаратов [20]. Процент рецидивов не отличается значительно в исследованиях с длительным и коротким периодами наблюдения за пациентами после проведения терапии по отмене препарата [21, 31]. Данные большинства исследований указывают на то, что если рецидив ЛИГБ возникает, то он, как правило, развивается в более ранние сроки, например через несколько месяцев от периода детоксикации.

Выделяются следующие предикторы рецидива ЛИГБ [41, 45, 46]:

- длительный анамнез мигрени до злоупотребления обезболивающими препаратами;
- высокая частота приступов мигрени после терапии отменой обезболивающего препарата;
- большое число попыток предшествующей профилактической терапии;

- мужской пол;
- возобновление приема анальгетиков после отмены «виновных» препаратов, в т. ч. и возврат к препарату злоупотребления;
- курение и алкогольная зависимость.

Предикторы низкой эффективности лечения пациентов с ХЕГБ и ЛИГБ включают [12]:

- прием кодеин-содержащих препаратов;
- плохое качество сна, по оценке пациента, с помощью опросника качества жизни SF-36;
- высокий уровень физической боли, по оценке пациента, с помощью опросника качества жизни SF-36.

В некоторых исследованиях отмечен более благоприятный прогноз для пациентов с мигренью, чем с ГБН. Кроме того, считается, что прогноз лучше у пациентов, избыточно принимавших эрготамины или триптаны, чем у тех, кто злоупотреблял анальгетиками [31, 52].

По данным нерандомизированных исследований, комбинация фармакологической терапии с короткими курсами психодинамической психотерапии повышает эффективность лечения пациентов с ЛИГБ, снижает риск рецидивов злоупотребления обезболивающими препаратами и улучшает качество жизни [4].

ПРОФИЛАКТИКА ЛИГБ

Предупреждение развития ЛИГБ может включать в себя следующие стратегии.

1. Обучение пациента. Данная стратегия заключается в том, чтобы рассказать в доступных и понятных для пациента терминах о причинах его головной боли; факторах, провоцирующих головную боль; прогнозе и возможных методах лечения. Необходимо обучить пациента уменьшать влияние провоцирующих факторов и правильно купировать приступы его головной боли (например, при мигрени – триптаны, препараты эрготамина или НПВС, при головной боли напряжения – НПВС), рассказать о препаратах, которые лучше всего для этого применять, и дозах, которые нельзя превышать (не более 2 доз препарата в неделю).

2. Индивидуально подобранная эффективная профилактическая терапия, включающая в себя как фармакологические методы (назначение антидепрессантов, антиконвульсантов, бета-блокаторов, миорелаксантов и других в зависимости от типа головной боли и имеющихся терапевтических рекомендаций), так и нефармакологические методы (когнитивно-поведенческая терапия, биологическая обратная связь, метод релаксации).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Постановка диагноза ЛИГБ основывается на жалобах, анамнезе и новых диагностических критериях по МКГБ-3. При отсутствии «красных флажков» проведение нейровизуализации не требуется. Поскольку ЛИГБ развивается у пациентов с исходно имеющейся до злоупотребления цефалгией, для разработки оптимальной терапевтической тактики необ-

Таблица 3. Рекомендации по лечению пациентов с ЛИГБ*

1. Пациентам с ЛИГБ должна быть предложена терапия по отмене «виновного» препарата и проведено обучение, содействующее этой терапии (уровень рекомендаций В).
2. Нет единого мнения о том, какую терапию по отмене препарата предпочесть – одномоментную или постепенную. При злоупотреблении анальгетиками, эрготамином или триптанами рекомендуется одномоментное прекращение их применения. При злоупотреблении опиатами, бензодиазепинами или барбитуратами предлагается постепенное уменьшение приема препарата.
3. Тип терапии по отмене препарата (стационарный, амбулаторный или только рекомендации прекратить прием «виновного» препарата) не влияет на успех лечения и риск рецидива в целом (уровень рекомендаций А).
4. При злоупотреблении опиатами, бензодиазепинами или барбитуратами; при наличии тяжелого психического или терапевтического коморбидного расстройства; при безуспешности предшествующего амбулаторного лечения должно быть предложено стационарное лечение по отмене «виновного» в развитии ЛИГБ препарата.
5. Индивидуальная профилактическая лекарственная терапия должна быть начата с первого дня отмены или даже предшествовать ей (уровень рекомендаций С).
6. Топирамат (100/до 200 мг максимально в день) обладает возможной эффективностью в лечении ЛИГБ (уровень рекомендаций В).
7. Кортикостероиды (по крайней мере 60 мг преднизона или преднизолона) и амитриптилин (до 50 мг) обладают возможной эффективностью в лечении симптомов, вызванных отменой «виновного» препарата.
8. Пациенты с ЛИГБ после отмены препарата должны находиться под регулярным наблюдением, чтобы предупредить рецидив абзусной головной боли.

* Evers S., Jensen R. Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. Eur. J. Neurol., 2011;18:1115-1121.

ходимо выявление типа изначальной головной боли. Обычно исходная головная боль относится к первичным формам (чаще всего мигрень или ГБН), значительно реже – к вторичным цефалгиям.

Лечение ЛИГБ обычно включает в себя обучение пациента, отмену «виновного» препарата, проведение стандартной детоксикационной терапии; лечение головной боли и симптомов, связанных с отменой препарата; проведение индивидуальной профилактической терапии с учетом исходной формы головной боли.

В области лечения пациентов с ЛИГБ проведено лишь небольшое количество рандомизированных контролируемых исследований, по результатам которых могут быть составлены доказательно-обоснованные рекомендации. Большинство рекомендаций по лечению пациентов с ЛИГБ основано на низком уровне доказательности и мнении экспертов. Рекомендации по лечению пациентов с ЛИГБ суммированы в таблице 3.



Полный список литературы вы можете запросить в редакции.