

Один из современных способов вестибулярной реабилитации – тренировка на стабильной платформе, постурографической платформе. Тренировка основана на принципах биологической обратной связи по опорной реакции.

Учитывая сложность проведения лечебных мероприятий, вызванную много-

компонентным фактором формирования головокружения, необходим тщательный диагностический поиск и междисциплинарный подход к лечебным мероприятиям. При этом необходимо найти баланс между медикаментозным и немедикаментозным воздействием.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ансаров Х. Ш., Курушина О. В., Барулин А. Е., Куракова Е. А. Цефалгии в остром периоде инсульта // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (44). – С. 84.
2. Барулин А. Е., Рыбак В. А., Клаучек С. В. Применение метода сенсомоторного управления дыханием для коррекции дыхательной дисфункции при синдроме вегетативной дистонии // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2003. – Т. 59, № 9. – С. 190–192.
3. Бронштейн А., Лемперт Т. Головокружение. Пер. сангл. Е. В. Гузь; под редакцией В. А. Парфенова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 216 с.
4. Гордеева И. Е., Ансаров Х. Ш., Барулин А. Е. Дифференциальная диагностика основных форм цервикокраниалгий // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (44). – С. 120–121.
5. Замерград М. В. // Неврологический журнал. – 2015. – № 20 (6). – № 45–49.
6. Мирошникова В. В., Бабушкин Я. Х., Курушина О. В., Барулин А. Е. Эффективность топирамата в превентивном лечении мигрени // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (44). – С. 50.
7. Парфенов В. А., Абдулина О. В., Замерград М. В. Неврологический журнал. – 2007. – № 6. – С. 21–25.
8. Kerber K. A., Brown D. L., Lisabeth L. D., et al. Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study // Stroke. – 2006. – Vol. 37. – P. 2484–2487.
9. Brandt T., Zwergal A., Strupp M. Medical treatment of vestibular disorders // Expert Opin Pharmacother. – 2009. – Vol. 10 (10). – P. 1537–1548.
10. Strupp M., Brandt T. Current treatment of vestibular, ocular motor disorders and nystagmus // Ther Adv Neurol Disord. – 2009. – Vol. 2 (4). – P. 223–239.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

**В. В. Мирошникова**

**Кафедра неврологии, нейрохирургии, с курсом медицинской генетики, курсом неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии ФУВ ВолГМУ**

Головная боль напряжения (ГБН) является наиболее распространенной формой первичных головных болей. Она составляет 45–80 % среди других видов цефалгий, что значительно превышает распространенность мигрени (8–20 %). Несмотря на высокую распространенность ГБН, диагноз этого вида первичной цефалгии выставляется только 1 % пациентов при первом обращении [1].

ГБН представляет собой особый вид реакции на эмоциональный стресс и развивает-

ся в результате непроизвольного напряжения перикраниальных мышц (лобных, височных, затылочных) и трапецевидных мышц.

Далеко не все реагируют на стресс головной болью, для этого надо иметь особую личность, со склонностью к фиксации на своих соматических ощущениях и неврогическим реакциям.

Помимо личностных особенностей, большую роль играет и специфика функционирования мозга с повышенной активностью болевых

церебральных систем и недостаточностью противоболевых механизмов.

ГБН возникает практически в любом возрасте. Наиболее часто страдают пациенты в возрасте 18–50 лет, т. е. лица трудоспособного возраста. Однако отмечается и более раннее проявление заболевания: в 13 % случаев пациентами являются дети до 10 лет. При этом женщины страдают этим заболеванием в 3 раза чаще мужчин.

По нашим наблюдениям, в 50 % случаев ГБН обнаруживается у родственников больных, что совпадает с данными большинства авторов. Это объясняется «болевым воспитанием» в семье (избыточное внимание к проблемам головной боли, разговоры об этом), возможно, существуют общие патофизиологические наследственно детерминированные механизмы реагирования на дистресс.

Ведущим патогенетическим механизмом считается напряжение мышц головы и шеи, являющееся проявлением тревоги, воспаления или следствием длительного неправильного положения.

Повышенное мышечное напряжение поддерживается, во-первых, психогенным фактором. Особое значение придается тревоге, хроническим психотравмирующим ситуациям, приводящим к нейрогуморальным сдвигам. В ряде случаев цефалгии рассматривают как проявление маскированной депрессии. Другие исследователи подчеркивают вторичный характер депрессии, возникающий в ответ на длительное страдание от боли.

#### **Классификация и критерии диагностики**

Согласно международной классификации головных болей III пересмотра (МКГБ-III, 2013), выделяют 3 основных подтипа ГБН [2].

#### **Классификация головной боли напряжения**

##### **1. Нечастая эпизодическая ГБН (НЭГБН).**

1.1. Нечастая эпизодическая ГБН с вовлечением перикраниальной мускулатуры.

1.2. Нечастая эпизодическая ГБН без вовлечения перикраниальной мускулатуры.

##### **2. Частая эпизодическая ГБН (ЧЭГБН).**

2.1. Частая эпизодическая ГБН с вовлечением перикраниальной мускулатуры.

2.2. Частая эпизодическая ГБН без вовлечения перикраниальной мускулатуры.

##### **3. Хроническая ГБН (ХГБН).**

3.1. Хроническая ГБН с вовлечением перикраниальной мускулатуры.

3.2. Хроническая ГБН без вовлечения перикраниальной мускулатуры.

##### **4. Возможная ГБН.**

4.1. Возможная нечастая эпизодическая ГБН.

4.2. Возможная частая эпизодическая ГБН.

4.3. Возможная хроническая ГБН.

Эпизодическая ГБН рассматривается в двух вариантах: нечастая – с эпизодами ГБН не чаще 1 раза в месяц, и частая – с эпизодами ГБН чаще 1 раза в месяц, но реже 15 раз в месяц. Частая эпизодическая ГБН, напротив, требует профилактического лечения и существенно ухудшает качество жизни пациента.

При хронической ГБН средняя частота приступов цефалгии превышает 15 дней в месяц в течение последних 6 месяцев (т. е.) боль возникает чаще, чем 180 дней в год). Головные боли могут быть ежедневными и продолжаться весь день.

Для выявления повышенного напряжения перикраниальной и шейной мускулатуры достаточно только пальпаторного исследования этих мышц. Пальпации осуществляется 2-м или 3-м пальцем с оказанием устойчивого давления на мышцу с вращательным компонентом. Принято проводить двухстороннее исследование лобных, височных, жевательных, грудино-ключично-сосцевидных, подзатылочных, ременных и трапецевидных мышц.

#### **Диагностические критерии ГБН**

Не менее 10 предыдущих приступов цефалгии должны соответствовать следующим диагностическим критериям:

##### **1. Продолжительность приступа.**

Длительность головной боли без лечения от 30 минут до 7 суток.

## 2. Характер боли.

Боли носят давящий, стягивающий, монотонный характер. Иногда больные описывают их как ощущение «обруча», «каска», «шлема». ГБН не бывают стреляющими или пульсирующими.

## 3. Интенсивность боли.

ГБН обычно не носит выраженного характера. Боль оценивается как легкая или средняя, не меняющая свою интенсивность на протяжении дня. Она появляется чаще во второй половине дня, хотя впоследствии может носить постоянный характер. Боль существенно не изменяется при подъеме по лестнице, при физической активности или приеме алкоголя.

## 4. Локализация.

Боли чаще всего двусторонние, локализуются в теменно-затылочных или лобно-теменных отделах. Может иметь место фронтальная локализация с ощущением давления на глаза.

## 5. Сопутствующие симптомы.

Для ГБН характерно отсутствие тошноты, рвоты, фотофобии и фонофобии. Диагностические критерии предусматривают возможность присутствия только свето- или звукобоязни, но они не должны носить постоянного характера.

## Лечение головной боли напряжения

Для осуществления эффективной терапии ГБН врачу необходимо не только поставить правильный диагноз, но и провести анализ анамнестических данных и ответить на следующие вопросы. Каковы основные провокаторы ГБ? Сколько и какие лекарственные препараты получает пациент по причине ГБ в течение недели или месяца? Имеются ли сопутствующие аффективные и соматические расстройства? Значительную помощь для точного ответа на данные вопросы оказывает ведение дневника ГБ. Анализ данных дневников ГБ позволяет не только уточнить клинические признаки цефалгии, но и вы-

явить предрасполагающие и провоцирующие факторы с последующей их коррекцией в ходе терапии [5].

В настоящее время актуальным является комплексный мультимодальный подход к терапии ГБН. Он включает 3 основных направления [4]:

- 1) нелекарственные методы терапии;
- 2) фармакотерапия эпизодов ГБ;
- 3) профилактическое лечение частых и хронических форм ГБН.

## Фармакотерапия приступов ГБН

Определение необходимости использования анальгетиков при ГБН зависит преимущественно от степени влияния болевого синдрома на повседневную активность и качество жизни. При длительных эпизодах ГБН необходимо как можно быстрее купировать болевой синдром с целью снижения рисков хронизации ГБ и как можно скорейшего полного восстановления активности пациента.

При редких приступах ГБН возможно купировать головную боль однократным приемом анальгетиков. Препаратами первого выбора являются простые анальгетики (парацетамол, ацетилсалициловая кислота), а также НПВП [ибупрофен (Нурофен), кетопрофен, напроксен] [5]. Согласно современным рекомендациям Европейской федерации неврологических сообществ (EFNS), ибупрофен (дозировка от 200 до 800 мг в зависимости от формы) входит в число препаратов с наивысшим доказательным уровнем А для купирования ГБН [5]. В данную группу также входят парацетамол, ацетилсалициловая кислота, кетопрофен, напроксен и диклофенак. Однако с учетом доказательной эффективности и низкой частоты развития нежелательных лекарственных реакций ибупрофен относится к препаратам первого выбора, особенно его быстродействующие формы.

К препаратам второго ряда относятся комбинированные кофеинсодержащие анальгетики, их использование при ГБН эффективно, но ограничивается высоким риском развития лекарственно-индуцированной головной

боли (ЛИГБ). По этой же причине не рекомендовано применять при ГБН лекарственные средства (ЛС), содержащие кодеин и барбитураты.

#### **Основные рекомендации по симптоматической терапии ГБН**

1. Использовать анальгетики эффективнее в начале эпизода ГБН. Увеличение интенсивности ГБ может приводить к снижению обезболивающего эффекта препаратов и приему большей дозировки.

2. Подбор эффективной дозировки анальгетика должен быть индивидуальным. В большинстве случаев рекомендуется использование максимальных начальных дозировок с целью предотвращения рецидива болевого синдрома и повторного использования препарата. У части пациентов могут быть эффективны низкие дозы анальгетиков. В таких случаях дозировка увеличивается только при снижении эффективности обезболивания.

3. Применение специальных быстродействующих форм анальгетиков (например, быстродействующая форма ибупрофена – нуорофен экспресс) обеспечивает высокий уровень эффективности и снижение общих дозировок анальгетиков [5].

4. С увеличением частоты приступов ГБН, а также при ХГБН в сочетании с коморбидными психоэмоциональными расстройствами отмечается тенденция к снижению эффективности обезболивающих препаратов. В такой ситуации рекомендовано назначение профилактической терапии. Кроме того, с целью профилактики ЛИГБ необходимо четко ограничить количество употребляемых анальгетиков: содержащих барбитураты – до 3–4 раз в месяц, триптанов – до 9 раз в месяц, простых анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) – до 15 доз в течение месяца [3].

Для оценки эффективности анальгетиков при ГБН применяются следующие критерии:

1. Отсутствие ГБ через 2 ч (максимум 4 ч) после приема препарата.

2. Пролонгированный эффект, отсутствие рецидива ГБ.

3. Полное восстановление повседневной активности пациента в день приема анальгетика.

4. Хорошая переносимость лечения, отсутствие нежелательных лекарственных реакций (НЛР).

Лечение считается неэффективным, если 2 и более из данных критериев не выполняются [6].

Залогом успешной терапии ГБН является применение таких нелекарственных методов как нормализация режима сна, регулярная оздоровительная спортивная нагрузка, соблюдение режима питания и исключение провоцирующих факторов, методы релаксации, когнитивно-поведенческая терапия. Соблюдение режима сна является неотъемлемой частью профилактики частых эпизодов ГБН. Беспорядочный режим сна, позднее пробуждение и дневной сон в выходные дни, ранний подъем в понедельник зачастую приводят к нарастанию частоты не только мигрени, но и ГБН.

#### **Профилактическая терапия**

Профилактическое лечение показано при частоте болевых дней более 2 в неделю (более 8 в месяц) и ХГБН.

**Основными целями превентивного лечения являются:**

1. Снижение частоты, длительности, интенсивности ГБ.

2. Улучшение эффективности симптоматической обезболивающей терапии.

3. Восстановление повседневной активности и качества жизни пациента.

Прежде всего, необходимо выявить нерациональные тенденции предшествующей фармакотерапии (полипрагмазия, неконтролируемый прием анальгетиков, который может привести к переходу ГБН в «абюзусную» головную боль). Анальгетики не могут являться базисными средствами лечения ХГБН и ЧЭГБН. Также необходимо убедиться в недостаточной эффективности немедикамен-

тозных методов лечения, так как, по данным сравнительных клинических исследований, поведенческая терапия, дыхательно-релаксационный тренинг, психологическая коррекция и в особенности БОС зачастую имеют эффективность, сопоставимую с курсом антидепрессантов [8].

Учитывая частое сочетание ГБН с тревожными, личностными расстройствами и депрессией, выбор профилактического лечения должен учитывать коморбидную патологию [5].

Современный подход к лечению ХГБН и ЧЭГБН предполагает назначение антидепрессантов. Их позитивный эффект при различных вариантах ГБН объясняется прерыванием цикла «боль–депрессия», а также влиянием на процессы нейромедиаторного функционирования.

Наибольшая эффективность при ХГБН отмечается на фоне применения *амитриптилина*. Рекомендуется использовать минимально эффективные дозировки (25–75 мг/сут.), подобранные индивидуально для каждого пациента. Согласно рекомендациям EFNS, препаратами второго ряда являются миртазапин (30 мг) и венлафаксин (150 мг).

*Миртазапин* – является активным центральным пресинаптическим антагонистом  $\alpha_2$ -рецепторов, который повышает норадренергическую и серотонинергическую передачу в ЦНС. Усиление серотонинергической передачи происходит исключительно через 5-HT<sub>1</sub>-рецепторы. Кроме того, миртазапин блокирует H<sub>1</sub>-рецепторы, что предопределяет его седативные свойства. В отличие от амитриптилина миртазапин в терапевтических дозах не проявляет антихолинергической активности и не влияет на сердечно-сосудистую систему. Эффективная суточная доза обычно 15–45 мг; начальная доза – 15 или 30 мг. Эффект миртазапина начинает проявляться после 1–2 недели лечения.

Препарат *венлафаксин*, как и трициклические антидепрессанты, ингибирует обратный захват серотонина и норадреналина, но отличается более благоприятным профилем

безопасности, так как не имеет сродства к мускариновым, холинергическим, гистаминовым и  $\alpha_1$ -адренорецепторам. Венлафаксин принимают во время еды, желательно в одно и то же время, не разжевывая и запивая жидкостью. Рекомендуемая начальная доза составляет 75 мг в два приема ежедневно (по 37,5 мг 2 раза в день). В зависимости от переносимости и эффективности, доза может быть постепенно увеличена до 150 мг/сут.

У пациентов с выраженными тревожно-депрессивными нарушениями возможно применение антидепрессантов из группы СИОЗС (флуоксетин эсциталопрам, флувоксамин, сертралин) [3].

*Флуоксетин* (прозак) – селективный ингибитор обратного захвата серотонина в пресинаптической мембране. Препарат назначается по 1 капсуле 20 мг один раз в день в течение. Эффективность этого медикамента имеет патофизиологическую основу, так как дефицитарность серотонинергических структур лежит в основе хронической головной боли и депрессии.

Есть данные об эффективности антиконвульсантов (топирамат, габапентин) [2]. *Топирамат* (100 мг/сут., в 2 приема) и *габапентин* (1 600–2 400 мг/сут.) могут быть рекомендованы как *препараты резерва* для превентивного лечения ГБН в случае неэффективности или непереносимости антидепрессантов [5].

Пациентам с выраженной болезненностью и напряжением перикраниальных мышц могут быть назначены миорелаксанты (тизанидин (сирдалуд) 2–6 мг/сут., баклофен (баклосан) 10–25 мг 2–3 раза/сут., флупиртин (катадолон) 100 мг 3 раза/день) [3].

Продолжительность терапии должна составлять от 3 до 6 месяцев; через 6 месяцев эффективной терапии препарат может быть постепенно отменен, но иногда показано более длительное лечение.

Нередко мы сталкиваемся с неэффективностью терапии ХГБН. Это может быть связано с неправильно проводимой фармакотерапией: использованием низких доз, короткими

курсами лечения, быстрым увеличением дозы. Данные ошибки приводят к отсутствию терапевтического эффекта, развитию НЛР и отмене лечения. Поэтому для эффективного и безопасного использования антидепрессантов требуется тщательное соблюдение определенных принципов [5]:

1. Начинать терапию с минимальных дозировок, постепенно повышая дозы до получения клинического улучшения (например, начальная дозировка amitriptилина – 10–12,5 мг вечером перед сном, плавное увеличение на 10–12,5 мг в течение каждых 2 недель до получения значимого клинического улучшения).

2. Соблюдение длительности терапии, как правило, не менее 6 месяцев. Необходимо помнить, что терапевтическое улучшение может наступить только после 4–6 нед. приема препарата и нарастать в течение 2–3 месяцев. Поэтому не стоит делать поспешные выводы о недостаточной эффективности того или иного медикамента.

3. При наличии ЛИГБ осуществляется полная отмена абузусного препарата, общее ограничение приема анальгетиков.

4. Для оценки терапии и динамического наблюдения обязательно использование дневников ГБ.

5. Постепенная отмена терапии.

Рекомендуется также дифференцированный подход к назначению психотропных препаратов: при доминировании тревожно-фобических расстройств – amitriptилин, миртазапин; при преобладании депрессивных расстройств и астении – венлафаксин, флуоксетин, сертралин.

Значительная роль отводится немедикаментозным методам лечения. При наличии миофасциальных триггерных точек (наиболее часто в трапециевидных мышцах) необходимо местное воздействие: блокады, чрескожная электростимуляция (ЧЭС), постизометрическая релаксация. Целесообразно использовать аутотренинг, метод биологической обратной связи, массаж. Особое значение имеет психотерапия.

Ряд авторов считают ведущим направлением в профилактике ХГБН устранение психотравмирующих ситуаций, что часто находится вне компетенции врача и реальных возможностей больного. Задача заключается в формировании рационального подхода к психотравмирующим ситуациям, обучении больного навыкам расслабления (аутотренинг, биологическая обратная связь и др.). Особая тщательность необходима в отношении пациентов группы риска, как наиболее подверженных вероятности хронизации ГБН.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В. В. Диагностика и лечение хронических головных болей // РМЖ. – 2007. – № 24. – С. 1834.
2. Мирошникова В. В., Бабушкин Я. Х., Курушина О. В., Барулин А. Е. Эффективность топирамата в превентивном лечении мигрени // Российский журнал боли. – 2015. – № 1 (44). – С. 50.
3. Осипова В. В., Табеева Г. Р., Тринитатский Ю. В., Шестель Е. А. Первичные головные боли: клиника, диагностика, терапия. Информационное письмо (для неврологов, терапевтов, врачей общей практики). – Ростов н/Д: Антей, 2011.
4. Рыбак В. А., Мирошникова В. В., Бабушкин Я. Х. Головная боль напряжения // Лекарственный вестник. – 2006. – № 6. – С. 4–10.
5. Сергеев А. В. Головная боль напряжения: современное состояние проблемы // РМЖ. – 2014. – № 22. – С. 1573.
6. Bendtsen L., Evers S., Linde M., et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache – report of an EFNS task force // Eur. J. Neurol. – 2010. – Vol. 17. – P. 1318.
7. Lenaerts M. E. Pharmacotherapy of tension-type headache (TTH) // Expert Opin. Pharmacother. – 2009. – Vol. 10. – P. 1261.
8. Koseoglu E., Akboyraz A., Soyuer A., Ersoy A. O. Aerobic exercise and plasma beta endorphin levels in patients with migrainous headache without aura // Cephalalgia. – 2003. – Vol. 23 (10). – P. 972–976.

9. Penzien D. B., Rains J. C., Lipchik G. L., Creer T. L. Behavioral interventions for tension-type headache: overview of current therapies and recommendation for a self-management model for chronic headache // *Curr. Pain Headache Rep.* – 2004. – Vol. 8. – P. 489.

10. Stovner L. J., Hagen K., Jensen R., et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide // *Cephalalgia.* – 2007. – Vol. 27. – P. 193.

## **ПЕРИАРТРОПАТИИ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА: ОПТИМАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ**

*И. Е. Гордеева, Я. Х. Бабушкин, Х. Ш. Ансаров, А. Ф. Сажин*

### **Кафедра неврологии, нейрохирургии, с курсом медицинской генетики, курсом неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии ФУВ ВолгГМУ**

Хронические болевые синдромы продолжают оставаться одной из актуальных медицинских проблем. Жалобы на боли в области суставов наблюдаются в клинической картине целого ряда не только неврологических, но и соматических заболеваний, а также ортопедической патологии, и их распространенность на примере только плечевого сустава доходит до 26 % общей популяции. Основные причины болей в области суставов можно разделить на:

- ревматологические (РА, серонегативные спондилоартриты и др.);
- ортопедические (ДОА, врожденные заболевания ОДС и др.);
- неврологической (миофасциальный болевой синдром, периартропатии, фибромиалгия, радикулопатии и др.);
- этиологии из разряда «красные флаги» (первичные опухоли, метастазы, травмы суставов, инфекционные артриты и др.).

Так, например, у пожилых пациентов около 65 % случаев болей в плече обусловлено патологией вращающей манжеты плеча, 11 % – болезненностью перикапсулярной мускулатуры, 10 % – патологией акромиально-ключичного сустава, 3 % – артритом плечевого сустава. В 5 % случаев боли носят характер иррадиирующих из шейного отдела позвоночника.

В дифференциальной диагностике болевого синдрома в области сустава или суставов помимо исследования неврологического

статуса необходимо оценивать ревматологический анамнез, остроту появления симптоматики, рентгенографию, а лучше УЗИ и МРТ сустава и периартикулярных тканей, а при необходимости исследовать кровь на ревмопробы. Так, если рассматривать плечевую локализацию болей, как отмечено в работе (Солоха О. А., 2004), то выбору пациента в пользу невролога также способствует тенденция к хроническому течению болевых синдромов данной локализации, наличие иррадиирующих болей, частое их сочетание с болями в шейном отделе позвоночника.

Проблема периартропатий (ПАП) является междисциплинарной, так как различные формы поражения периартикулярных тканей встречаются в практике врачей многих специальностей. Это связано с тем, что такие синдромы разнообразны по этиологии и имеют особенности в механизме поражения. Высокая распространенность периартропатий обусловлена не только инволютивными дегенеративными изменениями в околоуставных тканях, но и повышенными требованиями, которые предъявляются к современному человеку в повседневной жизни, особенно в неблагоприятных бытовых и профессиональных условиях, длительных статичных позах, монотонном труде на конвейере и т. п.

Чаще всего периартропатия – это хронический, длительно развивающийся процесс, обусловленный развитием дегенера-