



Национальный  
медицинский  
исследовательский  
центр  
профилактической  
медицины, Москва

# Головная боль в фокусе диагностики, лечения и профилактики. По материалам XXVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство»

Ю.В. Евсютина, к.м.н.

Адрес для переписки: Юлия Викторовна Евсютина, evsyutina.yulia@gmail.com

Для цитирования: Евсютина Ю.В. Головная боль в фокусе диагностики, лечения и профилактики. По материалам XXVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство» // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 39. С. 30–34.

DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-39-30-34

С 8 по 11 апреля 2019 г. в Москве проходил XXVI Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». В его рамках состоялась серия мероприятий, посвященных мультидисциплинарной неврологической патологии. В частности, большой интерес не только врачей-неврологов, но и врачей общей практики вызвало обсуждение таких распространенных первичных головных болей, как головная боль напряжения и мигрень, ввиду того что они часто становятся поводом для обращения больных к специалистам и могут вызывать сложности на этапах диагностики и лечения. В статье рассматриваются методы дифференциальной диагностики и эффективного купирования головной боли напряжения и мигрени. Отмечается, что ненадлежащее использование симптоматической терапии приводит к развитию лекарственно индуцированной головной боли (абузусной головной боли). Анализируются возможности профилактики мигрени.

**Ключевые слова:** головная боль напряжения, мигрень, симптоматическая терапия, вторичная головная боль, абузусная головная боль

## Актуальность

Головную боль испытывают 96% людей в течение жизни. Обычно она носит эпизодический характер, но в 3–4% случаев становит-

ся хронической, возникая в течение 15 и более дней в месяц. Пациенты с хронической головной болью часто обращаются к врачам общей практики,

а значит, понимание основных принципов диагностики и лечения заболевания необходимо для эффективной повседневной работы специалистов первичного звена.

В структуре головной боли головная боль напряжения занимает 36–42% в мире и 39% в Российской Федерации, мигрень – 10–15 и 20,3%, лекарственно индуцированная головная боль – 4 и 7,2% соответственно. Еще треть пациентов страдают смешанной формой [1–3]. Интересно, что в Европе распространенность головной боли выше, чем на других континентах. Так, частота мигрени составляет примерно 15% в Европе и 5% в Азии, а головной боли напряжения – более 40 и 20% соответственно [1]. Однако статистика не полностью отражает реальную картину. Как и для многих заболеваний, для головной боли напряжения и мигрени характерен феномен «айсберга», когда официально зарегистрированная заболеваемость значительно ниже истинного уровня. Так, с головной болью



напряжения обращаются всего 10% пациентов, а мигренью – 20%, уровень диагностики составляет 20–30 и 30–40%, удовлетворенность лечением – 25 и 20%, а риск хронизации – 10 и 14% в год соответственно.

Мигрень существенно влияет на физическую активность человека, ограничивает его социальное функционирование, достоверно снижает качество жизни. Почти 90% пациентов с мигренью не могут работать во время приступа.

В рамках научных сессий конгресса «Человек и лекарство» обсуждались факторы риска головных болей. Результаты исследований свидетельствуют о том, что мигрень – сложное заболевание, в патогенез которого вовлечены генетические факторы и факторы окружающей среды. У пациентов с мигренью часто отягощена наследственность: положительный семейный анамнез встречается в 65% случаев. Однако в исследованиях полногеномных ассоциаций точных генов-кандидатов заболевания не найдено [4]. Так, среди 27 генов-кандидатов ни один достоверно не ассоциировался с развитием мигрени [5].

### Диагностика головной боли

Иногда клиницистам сложно провести дифференциальную диагностику между головной болью напряжения и мигренью [6]. Обсуждению клинических характеристик этих типов головной боли было посвящено несколько докладов на конгрессе. Для мигрени типична односторонняя головная боль, для головной боли напряжения – диффузная боль. Что касается характера боли, то обычно он пульсирующий при мигрени и сжимающий по типу «каска» при головной боли напряжения. Мигрень часто сопровождается сопутствующими симптомами (тошнотой, рвотой, фотофобией, фонофобией), которые редко встречаются при головной боли напряжения. Боль при мигрени может усиливаться на фоне фи-

зической нагрузки, тогда как физическая активность и головная боль напряжения не связаны. Триггерами мигрени выступают стресс, погода, голод, менструальный цикл. Провоцирующими факторами головной боли напряжения могут быть погода и поза. В 65% случаев при мигрени прослеживается положительный семейный анамнез, тогда как для головной боли напряжения это не характерно.

Указанные клинические проявления называют классическими, но в реальной практике нередко встречаются так называемые мигренозные черты головной боли напряжения. По данным клинических исследований, головная боль у 40% пациентов носит односторонний характер, 49% пациентов отмечают тошноту, 19% пациентов – рвоту, а у 70% присутствует фонофобия. У пациентов с головной болью напряжения также может встречаться продромальный период, включающий изменение настроения, раздражительность, слабость, трудности концентрации внимания, зевоту, а после приступа астению, нарушение аппетита и изменение настроения. Дифференциальную диагностику также затрудняет схожая эффективность лекарственной терапии.

Необходимо отметить, что диагноз головной боли устанавливается в соответствии с тем типом боли, который имеется у пациента в настоящий момент или наблюдался в течение последнего года. При этом у пациента может отмечаться одновременно несколько типов головных болей, в том числе сочетание первичной и вторичной головной боли. Важно помнить, что течение первичной головной боли нередко утяжеляется на фоне другого заболевания, например черепно-мозговой травмы, синусита, глаукомы.

Заметим, что при первичных головных болях не требуется проведения параклинических исследований, поскольку они

не позволяют выявить специфические для головных болей изменения [7]. Дополнительные исследования показаны только при подозрении на симптоматический характер головной боли: нетипичное течение головной боли и наличие одного или более симптомов тревоги, к которым относятся:

- головная боль, впервые возникшая после 50 лет или изменившая течение;
- громкоподобная головная боль (боль, нарастающая до 10 баллов по визуальной аналоговой шкале за 1–2 секунды);
- строго односторонняя боль;
- прогрессивно ухудшающаяся головная боль без ремиссий;
- внезапно возникшая, необычная для пациента головная боль;
- атипичная мигренозная аура (с непривычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/или продолжительностью более часа);
- изменения сознания (оглушенность, спутанность, потеря памяти) или психические нарушения;
- очаговая неврологическая симптоматика или признаки системных заболеваний (подъем температуры тела, кожная сыпь, ригидность шеи, артралгия, миалгия);
- признаки внутричерепной гипертензии (усиление боли при кашле, натуживании, физическом напряжении);
- отек диска зрительного нерва;
- инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека, онкологические, эндокринологические и другие системные заболевания или черепно-мозговая травма в анамнезе;
- начало головной боли во время беременности или в послеродовом периоде;
- неэффективность адекватной терапии [7, 8].

На конгрессе было прочитано несколько лекций для врачей общей практики, посвященных поэтапной диагностике головной боли. Для установления правильного диагноза при об-

Неврология



ращении пациента с жалобами на головную боль необходимо тщательно собрать анамнез: семейный анамнез мигрени, симптомы мигрени в детстве, возраст дебюта головной боли, частота, тяжесть и изменение головной боли с течением времени, провоцирующие факторы, факторы, усиливающие или ослабляющие головную боль, вегетативные симптомы, наличие ауры, прием препаратов ранее и в настоящее время, особенности образа жизни, коморбидные патологии [8].

При установлении диагноза головной боли не нужно забывать о вторичных причинах, для чего важно разграничить первичную и вторичную головную боль. Следует оценить наличие системных симптомов или факторов риска вторичных головных болей, неврологических симптомов, обратить внимание на внезапное начало симптомов, возраст (дебют или прогрессирование головной боли у пациента старше 50 лет), анамнез головной боли (впервые возникшая или другая по характеру) [7, 8].

Причины вторичных головных болей разнообразны и включают травмы, инфекции, сосудистые заболевания, метаболические заболевания, токсические поражения, психиатрические заболевания и др. Одна из причин вторичной головной боли – гигантоклеточный артериит. Это гранулематозное воспалительное заболевание встречается у пожилых людей (в среднем в возрасте 70 лет). Среди симптомов заболевания новая головная боль или новая локализация головной боли (выраженные головные боли, которые могут сопровождаться болезненностью при прикосновении к коже в области скальпа или во время причесывания), интермиттирующая перемежающаяся хромота (ишемические мышечные боли) жевательных мышц и мышц языка или конечностей, нарушение зрения с диплопией, скотомами, пто-

зом. Помимо того, заболевание может проявляться системными симптомами в виде лихорадки, повышенной слабости, потливости, необъяснимого снижения массы тела. Примерно в 50% случаев гигантоклеточный артериит ассоциирован с ревматической полимиалгией. У пациентов обнаруживаются изменения височных артерий в виде болезненности при пальпации или уменьшения пульсации, не связанные с атеросклерозом шейных артерий. Повышаются уровень С-реактивного белка и скорость оседания эритроцитов (более 55 мм/ч). В настоящее время апробируются неинвазивные методы диагностики этого состояния, например ультразвуковое исследование височных артерий. Больные гигантоклеточным артериитом нуждаются в немедленном начале высокодозной стероидной терапии с дальнейшим ранним выполнением биопсии височной артерии [9].

### Рациональная фармакотерапия головной боли

Принципы назначения анальгетиков при головной боли напряжения указаны в рекомендациях Европейской федерации неврологических обществ, согласно которым обезболивающие препараты наиболее эффективны в начале эпизода. Эффективную дозу следует подбирать индивидуально. В большинстве случаев рекомендуется начинать с максимальной дозы, чтобы предотвратить рецидив болевого синдрома и необходимость повторного приема препарата. Отмечается высокая эффективность специальных быстродействующих форм анальгетиков.

При нарастании частоты эпизодов головной боли, а также при хронической головной боли напряжения в сочетании с психомоциональными расстройствами рекомендуется проводить профилактическую терапию. Для профилактики абюзусной го-

ловной боли нужно четко ограничить дозы анальгетиков, содержащих барбитураты, до 4 раз в месяц, простых анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов – до 15 доз в месяц. Применение препаратов, в состав которых входит кодеин, не рекомендуется.

Трудности с оптимальным купированием приступа мигрени обусловлены:

- невозможностью в некоторых случаях в ранние фазы отличить мигрень от другого типа головной боли;
- отсутствием лекарственных средств в момент головной боли;
- проблемой купирования длительных приступов и необходимостью повторного применения лекарственных средств;
- развитием тошноты и рвоты на ранних фазах, затрудняющих прием лекарств перорально.

К препаратам симптоматической терапии первого выбора при головной боли напряжения относятся ацетилсалициловая кислота 600–1000 мг, ибупрофен 400–800 мг, парацетамол 1000 мг (рекомендации Европейской федерации головной боли) [10]. Европейская федерация неврологических обществ в качестве препаратов первого выбора предлагает назначать ацетилсалициловую кислоту 500–1000 мг, ибупрофен 200–800 мг, кетопрофен 75 мг, напроксен 375–550 мг, диклофенак 12,5–100 мг, парацетамол 1000 мг. При этом парацетамол уступает нестероидным противовоспалительным препаратам в эффективности.

У пациентов с приступами мигрени в качестве простых анальгетиков применяют ацетилсалициловую кислоту 1000 мг и парацетамол 1000 мг. Среди нестероидных противовоспалительных препаратов рекомендуют ибупрофен 400–1200 мг, кетопрофен 75–150 мг, напроксен 750–1250 мг, диклофенак 50–100 мг. Для купирования приступов мигрени используются также неселективные аго-



нисты 5НТ-рецепторов (эрготамин 2–6 мг, дигидроэрготамин 1 мг интраназально) и селективные агонисты 5НТ-рецепторов (суматриптан 50–100 мг, золмитриптан 2,5–10 мг, элетриптан 40–80 мг).

При назначении триптанов следует помнить о противопоказаниях. К ним относятся беременность, период лактации, ишемический инсульт, ишемическая болезнь сердца, приступы стенокардии, феномен Рейно, неконтролируемая артериальная гипертензия, поражение печени и почек, семейная гемиплегическая мигрень, мигрень базилярного типа, одновременный прием эрготамин, ингибиторов моноаминоксидазы, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

Не стоит забывать, что значительная часть пациентов страдает одновременно несколькими типами цефалгий, чаще всего мигренью и головной болью напряжения. Головная боль смешанного типа предполагает диагностику и лечение каждого типа в отдельности. Для купирования приступов у таких пациентов необходимо использовать универсальные средства.

### Лекарственно индуцированная головная боль

Неадекватное проведение симптоматической терапии ассоциировано с развитием лекарственно индуцированной головной боли (абюзусной головной боли). Этот тип головной боли представляет собой хроническую головную боль в течение 15 и более дней в месяц на протяжении более трех месяцев в результате избыточного приема обезболивающих препаратов при первичных цефалгиях [11].

Распространенность абюзусной головной боли составляет 1–2% в общей популяции, причем она встречается у женщин в 3–4 раза чаще, чем у мужчин. Пик заболеваемости приходится на 40–49 лет, и с возрастом частота снижается. Основной

диагностической характеристикой лекарственно индуцированной головной боли служит число дней в месяце с приемом обезболивающих:  $\geq 15$  дней для простых анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов и  $\geq 10$  дней для триптанов и комбинированных анальгетиков.

Для разрешения абюзусной головной боли в первую очередь необходимо отказаться от использования лекарств, провоцирующих головную боль. Некоторые авторы рекомендуют с этой целью проводить внутривенную детоксикацию. После отмены лекарственных препаратов следует оценить характеристики сохраняющейся головной боли и решить вопрос о целесообразности профилактики. Считается, что период, свободный от чрезмерного применения препаратов, приводит к восстановлению ответа на профилактическую терапию. Результаты клинических исследований демонстрируют, что у 20–40% пациентов происходит рецидив абюзусной головной боли после отмены препаратов. А вот частота рецидива по истечении 12 месяцев минимальна. При этом нет единого мнения, когда происходит рецидив в течение первого года: одни утверждают, что в первые шесть месяцев, другие – между шестым и 12-м месяцем.

### Профилактика мигрени: показания и выбор препарата

Вопрос назначения профилактической терапии у больных мигренью также подробно обсуждался на конгрессе «Человек и лекарство». Профилактика мигрени показана в следующих случаях:

- атаки головной боли, которые значительно нарушают повседневную жизнь пациента, несмотря на проводимую терапию;
- количество дней мигрени  $\geq 4$  в месяц;
- наличие противопоказаний, недостаточный ответ или злоупотребление препаратами для купирования приступов (прием

на протяжении  $\geq 10$  дней в месяц производных эрголина, триптанов, опиоидов, комбинированных анальгетиков или комбинации препаратов разных классов, неопиоидных анальгетиков, парацетамола или на протяжении  $\geq 15$  дней в месяц нестероидных противовоспалительных препаратов, включая ацетилсалициловую кислоту);

- развитие нежелательных явлений при приеме препаратов для купирования приступов;
- желание пациента [12].

Помимо того, возможность проведения профилактики следует рассмотреть у пациентов с некоторыми типами мигрени, такими как гемиплегическая мигрень, мигрень с продолжительной аурой.

Препараты для профилактики мигрени делят на несколько групп в зависимости от доказанной эффективности. Так, к препаратам с установленным эффектом относятся противоэпилептические препараты (вальпроат натрия, топирамат), бета-блокаторы (метопролол, пропранолол, тимолол), триптаны (фроватриптан), онанотулинумтоксин А. Еще одна группа препаратов – препараты с вероятным эффектом: антидепрессанты (амитриптилин, венлафаксин) и бета-блокаторы (атенолол, надолол). Третья группа препаратов включает препараты с возможным эффектом: ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (лизиноприл), альфа-агонисты, клонидин, гуанфацин, противосудорожные препараты (карбамазепин), бета-блокаторы (небиволол, пиндолол), антигистаминные препараты (ципрогептадин), блокатор рецепторов ангиотензина II (кандесартан).

В рекомендациях Американского общества по изучению головной боли 2019 г. подчеркивается необходимость проведения профилактики мигрени только препаратами с доказанной эффективностью. Начинать прием рекомендуется с низкой дозы

Неврология



и в дальнейшем постепенно титровать ее до достижения по возможности терапевтической дозы. При назначении препаратов нужно учитывать их противопоказания. Так, бета-блокаторы не следует применять при мигрени с аурой. Женщинам, планирующим беременность или беременным, противопоказаны вальпроат и топирамат, поскольку они обладают тератогенным эффектом. Данные ре-

альной клинической практики демонстрируют, что в 30–40% случаев у детей, матери которых принимали вальпроат во время беременности, имеется риск серьезных нарушений развития и поведения, а в 10% случаев – риск тяжелых врожденных мальформаций [14].

### Заключение

Головная боль напряжения и мигрень – самые частые пер-

вичные головные боли. Диагноз устанавливается клинически, тогда как параклинические методы исследования применяются только при подозрении на вторичную головную боль. В арсенале клинициста имеются разнообразные препараты для симптоматической терапии головной боли. Некоторые пациенты с мигренью нуждаются в проведении профилактики. \*

### Литература

1. Dowson A. The burden of headache: global and regional prevalence of headache and its impact // *Int. J. Clin. Pract. Suppl.* 2015. Vol. 182. P. 3–7.
2. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A. et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey // *Cephalalgia.* 2012. Vol. 32. № 5. P. 373–381.
3. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A. et al. Headache yesterday in Russia: its prevalence and impact, and their application in estimating the national burden attributable to headache disorders // *J. Headache Pain.* 2015. Vol. 15. ID 7.
4. Yeh W.Z., Blizzard L., Taylor B.V. What is the actual prevalence of migraine? // *Brain Behav.* 2018. Vol. 8. № 6. ID e00950.
5. De Vries B., Anttila V., Freilinger T. et al. Systematic re-evaluation of genes from candidate gene association studies in migraine using a large genome-wide association data set // *Cephalalgia.* 2016. Vol. 36. № 7. P. 604–614.
6. The international classification of headache disorders, 3<sup>rd</sup> edition // *Cephalalgia.* 2018. Vol. 38. № 1. P. 1–211.
7. Первичные головные боли: диагностика и лечение. Методические рекомендации. М., 2017.
8. Rizzoli P., Mullally W.J. Headache // *Am. J. Med.* 2018. Vol. 131. № 1. P. 17–24.
9. Chacko J.G., Chacko J.A., Salter M.W. Review of giant cell arteritis // *Saudi J. Ophthalmol.* 2015. Vol. 29. № 1. P. 48–52.
10. Steiner T.J., Paemeleire K., Jensen R. et al. European principles of management of common headache disorders in primary care // *J. Headache Pain.* 2007. Vol. 8. Suppl. 1. P. S3–47.
11. The International classification of headache disorders, 3<sup>rd</sup> edition (beta version) // *Cephalalgia.* 2013. Vol. 33. № 9. P. 629–808.
12. The American Headache Society position statement on integrating new migraine treatments into clinical practice // *Headache.* 2019. Vol. 59. № 1. P. 1–18.
13. Silberstein S.D., Holland S., Freitag F. Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society // *Neurology.* 2012. Vol. 78. № 17. P. 1337–1345.
14. Vajda F.J.E., O'Brien T.J., Graham J.E. et al. Valproate-associated foetal malformations-rates of occurrence, risks in attempted avoidance // *Acta. Neurol. Scand.* 2019. Vol. 139. № 1. P. 42–48.

### Headache in the Focus of Diagnosis, Treatment, and Prevention. Based on the Materials of the XXVI Russian National Congress 'Man and Drug'

Yu.V. Yevsyutina, PhD

National Research Center for Prevention Medicine, Moscow

Contact person: Yuliya V. Yevsyutina, evsyutina.yulia@gmail.com

*In April 8–11, 2019 the XXVI Russian National Congress 'Man and Drugs' was held in Moscow, in which frames the series of events dedicated to multidisciplinary neurological pathology took place. In particular, because of the frequent treatment of such patients for primary medical care and the difficulties that appear at the stages of diagnosis and treatment, the great interest not only among neurologists, but as well among general practitioners, was initiated by the discussion of such common primary headaches as tension headache and migraine. The article deals with the methods of differential diagnosis and effective relief of tension headache and migraine. It is noted that improper use of symptomatic therapy leads to the development of drug-induced headache (abusive headache). Migraine prevention possibilities are analyzed.*

**Key words:** tension headache, migraine, symptomatic therapy, secondary headache, medication-overuse headache

Неврология