

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

РЕФЕРАТ

тема: Абузусная головная боль. Клинические особенности,
диагностика и лечение.

Выполнил(а):
ординатор 2-го года
Киселёва Мария Сергеевна

Красноярск, 2018г.

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	2
ВВЕДЕНИЕ	3
ТЕРМИНОЛОГИЯ и КЛАССИФИКАЦИЯ	4
ЭТИОЛОГИЯ и ПАТОГЕНЕЗ	6
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА	7
ДИАГНОСТИКА и ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	8
ЛЕЧЕНИЕ.....	10
ЛИТЕРАТУРА.....	12

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы проблема лекарственного злоупотребления приобретает в нашей стране всё большее значение. Это связано с широким распространением и доступностью разнообразных обезболивающих препаратов. К числу потенциально опасных в отношении развития злоупотребной головной боли медикаментов относят анальгетики и НПВС, комбинированные анальгетические препараты, производные эрготамина, агонисты серотонина, триптаны, опиоиды. При изучении анамнеза пациентов с злоупотребной головной болью обнаруживают, что некоторое время назад больные имели типичные формы первичной цефалгии: 70% - эпизодические приступы мигрени, около 30% - приступы эпизодической ГБН.

ТЕРМИНОЛОГИЯ и КЛАССИФИКАЦИЯ

Абузус, или злоупотребление, зависит от того, сколько дней в течение месяца больной принимает лекарственный препарат. Важные факторы - частота и регулярность приёма препарата/препаратов. Так, если в диагностических критериях упоминают применение препарата не менее 10 дней в месяц, это означает 2-3 дня лечения в неделю.

Абузусная головная боль занимает третье место по частоте после ГБН и мигрени, её распространённость среди пациентов специализированных центров головной боли достигает 10%, а в популяции - 1%.

Абузусная головная боль проявляется двусторонней цефалгией давящего или сжимающего характера, незначительной или умеренной интенсивности. Боль при злоупотреблении пациентом обезболивающими препаратами (не менее 15 дней в месяц в течение 3 мес и более) беспокоит от 15 дней и более, вплоть до ежедневной.

Головные боли при избыточном применении лекарственных препаратов составляют один из подразделов МКГБ-2 (глава 8 "Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой"). Помимо абузусной головной боли, в этот раздел входят следующие подразделы: "8.1. Головная боль, вызванная острым или длительным воздействием веществ"; "8.3. Головная боль как побочный эффект длительного приёма лекарственных препаратов"; "8.4. Головная боль, связанная с отменой препаратов".

8.2. Головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов(абузусная головная боль).

8.2.1. Головная боль при избыточном применении эрготамина.

8.2.2. Головная боль при избыточном применении триптанов.

8.2.3. Головная боль при избыточном применении анальгетиков.

8.2.4. Головная боль при избыточном применении опиатов.

8.2.5. Головная боль при избыточном применении комбинированных препаратов.

8.2.6. Головные боли, вызванные избыточным применением других лекарственных препаратов.

8.2.7. Головные боли, возможно, вызванные избыточным применением лекарственных препаратов.

Среди всех видов абузусной головной боли наибольшее клиническое значение в России, как и в мире, имеетцефалгия, связанная со злоупотреблением анальгетиками или комбинированными препаратами(т.е. комбинациями анальгетиков с другими медикаментами: кодеином, кофеином и т.д.). При этом предполагают, что любой компонент комбинированных препаратов может вызвать абузусную головную боль, однако наибольшая "доля ответственности" (до 75%) лежит на анальгетиках. В то же время именно этот вид абузусной головной боли отличается значительной терапевтической резистентностью.

ЭТИОЛОГИЯ и ПАТОГЕНЕЗ

Причиной абзусной головной боли является лекарственный абзус, основной фактор риска - регулярное применение обезболивающих средств. Чередувание периодов частого применения препарата с относительно продолжительными периодами без лечения гораздо реже приводит к формированию абзусной головной боли. Лекарственный абзус - основной фактор трансформации эпизодической цефалгии в хроническую. Механизм такого парадоксального действия обезболивающих лекарственных препаратов при мигрени и ГБН до сих пор не изучен. Основой абзусной головной боли является наличие первичной головной боли (мигрень или ГБН) Интересно, что хроническое злоупотребление анальгетиками по причинам, не связанным с головной болью (например, по поводу артрита), не вызывает абзусной головной боли.

Наряду со злоупотреблением лекарственными препаратами к патогенетическим факторам абзусной головной боли относят аффективные расстройства - депрессию и тревогу, способствующие развитию психологической зависимости от лекарственных средств. Показано, что депрессивные расстройства обуславливают склонность пациентов к злоупотреблению медикаментами: её отмечают у 48% лиц с депрессией (против 38,6% у пациентов без депрессии). У многих пациентов с абзусной головной болью существует наследственная предрасположенность к алкоголизму, депрессии, лекарственному абзусу.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Как уже было сказано, абзус возникает у пациентов, длительное время страдающих первичными формами цефалгий (мигренью или ГБН). Поэтому на ранних этапах абзусная головная боль проявляется более или менее типичной картиной эпизодической мигрени или эпизодической ГБН, которая со временем по мере нарастания абзусного фактора (увеличение частоты приёма препаратов и/или их дозы) трансформируется в хроническую. В развёрнутой стадии абзусная головная боль возникает ежедневно, как правило, сохраняется на протяжении всего дня, варьируя по интенсивности. Она присутствует уже в момент пробуждения, больные описывают её как слабую, умеренную, тупую, двустороннюю, лобно-затылочную или диффузную. Значительное усиление болевых ощущений может происходить при малейшей физической или интеллектуальной нагрузке, а также в случаях, когда приём препаратов прерывают. Обезболивающие препараты вызывают преходящее и обычно неполное облегчение цефалгии, что вынуждает пациентов вновь и вновь принимать лекарства. Кроме того, цефалгия, сочетающаяся с абзусом, может весьма резко, иногда в течение одного дня, изменять свои характеристики (например, мигренозные боли могут приобрести типичные признаки ГБН).

Показано, что абзус - наиболее частая причина учащения мигренозной боли до 15 дней в месяц и более, а также развития смешанной цефалгии, характеризующейся как мигренозными чертами, так и клиническими признаками ГБН, также возникающей с периодичностью более 15 дней в месяц. Следовательно, лекарственный абзус - наиболее частая причина развития смешанной цефалгии, характеризующейся как мигренозными чертами, так и клиническими признаками хронической ГБН.

ДИАГНОСТИКА и ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Один из основных вопросов, встающих перед врачом, если он заподозрил у пациента с цефалгией лекарственный абюзус, - вопрос о степени вероятности диагноза (определённая или лишь возможная связь существует между цефалгией и воздействием вещества). Во многих случаях диагноз "абюзусная головная боль" становится очевидным только после того, как болевой синдром уменьшается после прекращения воздействия этого вещества. Если головная боль не прекращается или заметно не облегчается в течение 2 мес после того, как прекращён приём "виновного" препарата, диагноз "абюзусная головная боль" можно считать сомнительным. В таком случае необходимо искать другие причины хронической цефалгии (в первую очередь эмоциональные нарушения).

8.2.3. Головная боль при избыточном применении анальгетиков

А. Головная боль, присутствующая более 15 дней в месяц, отвечающая критериям С и D и имеющая по меньшей мере одну из следующих характеристик:

- 1) двусторонняя;
- 2) давящий/сжимающий (непульсирующий) характер;
- 3) незначительная или умеренная интенсивность.

В. Приём простых анальгетиков не менее 15 дней в месяц на протяжении 3 мес и более.

С. Головная боль развилась или значительно ухудшилась во время избыточного приёма анальгетиков.

D. Головная боль прекращается или возвращается к прежнему паттерну в течение 2 мес после прекращения приёма анальгетиков.

Следует подчеркнуть, что пациентам с первичными головными болями, у которых развивается новый тип цефалгии, или тем, у кого течение мигрени или ГБН существенно утяжеляется на фоне лекарственного абюзуса, следует устанавливать не только диагноз исходно существовавшей первичной цефалгии, но и диагноз "абюзусная головная боль". Пример диагноза: "Хроническая головная боль напряжения с напряжением перикраниальных мышц. Абюзусная головная боль". Многие пациенты, отвечающие критериям возможной абюзусной головной боли, также отвечают критериям возможной хронической мигрени или возможной ГБН. До установления действительной причины после отмены абюзусного препарата таким пациентам следует ставить оба диагноза.

Для диагностики абюзусной головной боли дополнительных исследований не нужно. Наиболее информативным методом, подтверждающим наличие лекарственного абюзуса, служит ведущийся пациентом дневник головных болей, в котором он отмечает время возникновения приступов цефалгии и количество принимаемых обезболивающих препаратов.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение абзусной головной боли включает разъяснение пациенту механизма формирования боли, постепенную полную отмену "виновного" препарата, облегчение симптомов отмены и специфическую терапию резидуальной цефалгии. Для предотвращения абзуса врач должен разъяснять пациентам (особенно с частыми приступами цефалгий) опасность злоупотребления анальгетиками. Лекарственный абзус существенно затрудняет лечение пациентов с хроническими формами мигрени и головной боли напряжения. Поэтому важнейшее условие, обеспечивающее эффективность профилактической терапии при мигрени и головной боли напряжения, - отмена препарата, вызвавшего абзус. При выявлении лекарственного абзуса необходимо убедить больного уменьшить дозу обезболивающих средств, вплоть до полного отказа от анальгетиков. Полная отмена препаратов (при условии, что это ненаркотический анальгетик) - единственное эффективное лечение. В тяжёлых случаях пациентам проводят детоксикацию в условиях стационара. Показано, что количество дней с головной болью в месяц уменьшается на 50% через 14 дней после отмены "виновного" лекарственного средства. В случае успешного лечения цефалгия трансформируется в первоначальную форму.

Параллельно с отменой "виновного" препарата следует назначить пациенту традиционную терапию мигрени или ГБН (в зависимости от первичной формы цефалгии).

Один из наиболее действенных подходов к лечению абзусной головной боли - назначение антидепрессантной терапии. Несмотря на известные побочные эффекты, одним из наиболее эффективных препаратов остаётся трициклический антидепрессант имипрамин. Положительный эффект при назначении имипрамина отмечают у 72% больных в отличие от 43% при прекращении приёма анальгетиков без сопутствующей антидепрессантной терапии. У части больных хороший эффект оказывают антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (пароксетин, сертралин, флуоксетин) и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (дулоксетин, венлафаксин, милнаципран). При сочетании абзусной головной боли с хронической мигренью препаратами выбора являются антиконвульсанты (например, топирамат).

В связи со значительной частотой рецидивов абзусной головной боли (более 30%) после снятия абзуса важно предупредить пациента о вероятности возвращения абзусной головной боли и разъяснить ему необходимость строго контролировать количество обезболивающих препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусева Е.И., Неврология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коно валова, А. Б. Гехт
2. Электронный ресурс
«Росмедлиб»<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444054.html>
3. Рациональная фармакотерапия в неврологии [Электронный ресурс] / Г.Н. Авакян, А.Б. Гехт, А.С. Никифоров ; под общ. ред. Е.И. Гусева - М. : Литтерра, 2018.