

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации Кафедра нервных болезней с курсом
медицинской реабилитации ПО

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Зав. кафедрой:
д.м.н, профессор Прокопенко С.В.

Реферат на тему:
«Головная боль напряжения»

Выполнил ординатор 2 года
обучения:
кафедры нервных болезней с курсом ПО
специальности 31.08.42 Неврология
Беляева М.В.

Красноярск 2020

Содержание.

1. Дефиниция и классификация3
2. Патогенез4
3. Клиническая картина и диагностика.....5
4. Лечение.....7
5. Профилактика ...9.
6. Список литературы....10

Дефиниция.

Головная боль напряжения (ГБН) — одна из наиболее распространенных форм первичной головной боли (ГБ), проявляющаяся болевыми эпизодами продолжительностью от 30 минут до нескольких суток.

Классификация.

В соответствии с последней версией Международной классификации расстройств, сопровождающихся головной болью (МКГБ-3 бета-версия, 2013), ГБН относится к первичным (доброкачественным) цефалгиям, которые не связаны с органическим поражением головного мозга и других структур, расположенных в области головы и шеи.

ГБН подразделяют на эпизодическую (ЭГБН), возникающую не более 15 дней в течение 1 мес (или 180 дней в течение года), и хроническую формы (ХГБН) - более 15 дней в месяц (или более 180 дней в течение года), ЭГБН - на частую и нечастую. В зависимости от наличия или отсутствия мышечной дисфункции различают ЭГБН и ХГБН «с напряжением» и «без напряжения перикраниальных мышц». При невыполнении одного или более диагностических критериев ГБН может быть выставлен диагноз «Возможная ГБН».

Патогенез.

Хотя изначально ГБН рассматривалась как преимущественно психогенное расстройство, исследования, проведенные в последние годы, подтвердили ее нейробиологическую природу. В происхождении ГБН принимают участие как периферические, так и *центральные ноцицептивные механизмы*; среди последних - сенситизация тригеминальных нейронов, снижение болевых порогов и активности антиноцицептивной системы, в частности, недостаточность ингибиторных механизмов ствола мозга. *Периферические механизмы* связаны с формированием дисфункции перикраниальных мышц. Боль при ГБН связана с их болезненным напряжением (мышечный спазм, или мышечно-тонический синдром). При ЭГБН большее значение имеют периферические факторы, при ХГБН - центральные, связанные с развитием сенситизации болевых структур.

В основе формирования мышечно-тонического синдрома лежит механизм «порочного круга», когда повторяющееся напряжение мышцы, возникающее в ответ на эмоциональный стресс, приводит к ее рефлекторному напряжению. В результате повышается возбудимость нонцицептивных нейронов в структурах ЦНС, в том числе мотонейронов передних рогов спинного мозга. Длительное тоническое напряжение ухудшает кровоснабжение мышечной ткани, приводит к гипоксии мышцы, ацидозу и выделению медиаторов воспаления, которые, в свою очередь связываясь с соответствующими рецепторами на мембране периферических окончаний мышечных ноцицепторов, повышают их чувствительность к боли (сенситизация). Появляются локусы болезненных мышечных уплотнений, что еще больше усиливает афферентный поток ноцицептивных импульсов в задние рога спинного мозга и другие отделы ЦНС. Высокий уровень депрессии и тревожности, выявляемый у большинства пациентов с ГБН, облегчает болевую трансмиссию и способствует хронизации болевого синдрома.

Клиническая картина и диагностика.

Эпизоды ГБ имеют продолжительность от 30 мин до нескольких дней, возможна постоянная ежедневная боль. ГБ, как правило, диффузная, двусторонняя, с вовлечением лба, висков, темени, затылка или всей головы; слабой или умеренной интенсивности (не более 6-7 баллов по визуальной аналоговой шкале боли), не пульсирующая, а сжимающая по типу «обруча» или «каска». Боль не усиливается при обычной физической нагрузке, сопровождающие симптомы в целом не характерны, однако возможна легкая тошнота, иногда анорексия без тошноты и рвоты; фотофобия и фонофобия также могут сопровождать ГБ, но не развиваются одновременно, как при мигрени.

Диагностика ГБН осуществляется в соответствии с диагностическими критериями МКГБ-3 бета и является клинической, то есть основывается на анализе жалоб, данных анамнеза и нормальных данных неврологического осмотра.

Дополнительные исследования не показаны, поскольку не выявляют специфических для ГБН изменений. Они проводятся только при наличии показаний, главное из которых - подозрение на симптоматический характер цефалгии, то есть сомнение в вероятном клиническом диагнозе ГБН (см. табл. 20.320.5). При типичной клинической картине после беседы, осмотра пациента и анализа соответствия клинических проявлений диагностическим критериям МКГБ-3 бета следует выставить пациенту диагноз «ЭГБН» или «ХГБН» и назначить адекватное лечение.

Объективный осмотр. Как правило, в неврологическом статусе пациентов с ГБН не обнаруживаются органических нарушений. Во время осмотра могут выявляться признаки повышенной тревожности, гипервентиляции, неспособности пациента к психологической и мышечной релаксации. В связи с частыми жалобами на напряжение и болезненность мышц шеи и затылка, важной частью осмотра является оценка состояния перикраниальных мышц. Показано, что из трех диагностических приемов - обычная пальпация, ЭМГ с поверхностными электродами и альгометрия - пальпаторный метод является наиболее чувствительным при обследовании перикраниальных мышц у больных ГБН и мигренью. Пальпацию следует проводить мелкими вращательными движениями вторым и третьим пальцами при надавливании в области височных, жевательных, грудино-ключично-сосцевидных, трапецевидных, а также задней группы мышц шеи (ременные, нижние косые). Диагноз «шейный мышечно-тонический синдром» или «напряжение

перикраниальных мышц» ставится при наличии выраженной болезненности вплоть до «симптома прыжка» (из-за боли в мышцах пациент активно сопротивляется пальпации) в двух или более мышечных группах.

При выявлении повышенной чувствительности (болезненности) мышц головы и шеи следует поставить диагноз «ЭГБН (ХГБН) с напряжением перикраниальных мышц».

Критерии постановки диагноза ГБН:

А. Продолжительность ГБ от 30 мин до 7 дней.

В. ГБ имеет как минимум две из следующих характеристик:

- двухсторонняя локализация;
- давящий/сжимающий/не пульсирующий характер;
- легкая или умеренная интенсивность;
- боль не усиливается от обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице).

С. Оба симптома из нижеперечисленных:

- отсутствие тошноты или рвоты.
- только фотофобия или только фонофобия.

Д. ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета (не может быть классифицирована лучше) .

Кроме того, пациенты с ГБН часто жалуются на повышенную тревожность, сниженный фон настроения, тоску, апатию или, наоборот, агрессивность и раздражительность, плохое качество ночного сна. Степень этих проявлений может варьировать от легкой до тяжелой. Значительную депрессию наиболее часто обнаруживают у пациентов с ХГБН, она поддерживает мышечное напряжение и болевой синдром, приводя к серьезной дезадаптации этих пациентов. У ряда пациентов отмечаются выраженные личностные расстройства - соматоформные и сенесто-ипохондрические в виде разнообразных соматических и болевых жалоб. Ведение таких пациентов всегда представляет большие трудности и может потребовать участие психиатра.

Лечение.

Исходя из основных механизмов формирования ГБН, лечение должно быть комплексным и направлено в первую очередь на нормализацию эмоционального состояния пациента и устранение мышечного напряжения, при необходимости - на коррекцию других коморбидных нарушений и лекарственного злоупотребления.

Лечение ГБН включает купирование болевых эпизодов и профилактическое лечение. Перед выбором лечебной тактики следует провести поведенческую терапию. При купировании приступов ГБН наибольшей эффективностью обладают простые анальгетики и НПВП. Лечение этими препаратами может применяться у пациентов с ЭГБН при частоте приступов не более 2 раз в неделю (не более 8 болевых дней в месяц); при большей частоте болевых эпизодов возникает риск лекарственного злоупотребления и развития ЛИГБ.

Использование простых анальгетиков не должно превышать 14 дней в месяц по двум причинам: во-первых, с увеличением частоты использования их эффект снижается, во-вторых, возникает риск развития ЛИГБ. Препаратом первого выбора может считаться ибупрофен в дозе 400 мг.

Препараты для купирования приступа головной боли напряжения с доказанной эффективностью

Препараты	Разовая доза, мг	Уровень рекомендаций	Нежелательные явления
Ибупрофен	200-800	A	НПВС-гастропатия, риск кровотечения
Кетопрофен	25	A	То же
Ацетилсалициловая кислота	500-1000	A	То же
Напроксен	375-	A	То же

	500		
Диклофенак	12,5100	A	То же
Парацетамол	1000	A	Меньше, чем у НПВС

Хорошей эффективностью нередко обладает флупиртин, имеющий комплексное противоболевое и миорелаксирующее действие. Для купирования эпизодов ГБ не рекомендованы: любые препараты на основе метамизола натрия в связи с высоким риском развития агранулоцитоза, триптаны, опиоидные анальгетики, миорелаксанты, а также комбинированные обезболивающие препараты, содержащие помимо простого анальгетика кофеин, кодеин, барбитураты (в связи с высоким риском лекарственного злоупотребления и формирования ЛИБГ).

Профилактика.

Профилактическая терапия показана пациентам с хронической формой ГБН и частой ЭГБН. Для профилактики ГБН чаще всего применяют антидепрессанты, эффект которых обусловлен их собственным противоболевым действием вследствие усиления активности нисходящих антиноцицептивных (противоболевых) систем. Препаратом первого выбора является амитриптилин, меньшей эффективностью обладают миртазапин и венлафаксин. К препаратам третьего выбора относятся другие три- и тетрацикли-ческие антидепрессанты, кломипрамин, мапротилин и миансерин.

При отсутствии эффекта через 4 нед от момента достижения максимальной дозы или при плохой переносимости амитриптилина могут быть рекомендованы препараты второго выбора миртазапин.

Препараты для профилактического лечения головной боли напряжения с доказанной эффективностью

Препараты	Суточная доза, мг	Уровень рекомендаций
Амитриптилин	30-75	A
Миртазапин	30	B
Венлафаксин	150	B
Кломипрамин	75-150	B
Мапротилин	75	B
Миансерин	30-60	B

Оценка эффекта должна производиться через 1-3 мес после начала приема препарата в рекомендованной дозе; при отсутствии эффекта необходима отмена выбранного профилактического средства, использование другого препарата или комбинации средств. При наличии положительного эффекта лечения антидепрессантами каждые 6-12 мес рекомендуется делать попытку прекращения лечения.

Список литературы:

- 1) Артеменко А.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г., Наприенко М.В., Азимова Ю.Э., Бойко А.Н., Костенко Е.В., Лебедева А.В. Первичные головные боли хронического течения (диагностика, клиника, терапия). Методические рекомендации № 26, Правительство Москвы, департамент здравоохранения г. Москвы, 2014, 28 с.
- 2) Боль: Практическое руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. — М.: Издательство РАМН, 2011. — 512 с.
- 3) Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. — М.: Ремедиум, 2000. —150 с.
- 4) Латышева Н.В., Филатова Е.Г. Венлафаксин (велафакс) в лечении хронической ежедневной головной боли: механизм действия. Лечение заболеваний нервной системы. - 2010; 2: 24-27
- 5) 2. Осипова В.В. Мигрень и головная боль напряжения. В: Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2015. – 133-157.