

Диагностика и лечение головной боли напряжения в амбулаторной практике врача-терапевта

V.B. Осипова[✉]

ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;
ООО «Университетская клиника головной боли», Москва, Россия

[✉]osipova_v@mail.ru

Аннотация

Статья посвящена диагностике и лечению самой распространенной формы цефалгии – головной боли напряжения (ГБН) в амбулаторной практике врача-терапевта. Изложенные сведения находятся в соответствии с Резолюцией совета российских экспертов по диагностике и лечению пациентов с головной болью на этапе первичного медицинского звена. Наряду с диагностическими критериями последней Международной классификации головной боли (3-й пересмотр, 2018) и примером эффективного клинического интервью приводятся перечень «сигналов опасности», подробный алгоритм диагностики, распространенные диагностические ошибки, показания к проведению дополнительных исследований и перенаправлению пациента к неврологу и цефалгологу. Изложены клинические проявления, провокаторы, факторы риска возникновения и хронизации ГБН. Описаны основные механизмы патофизиологии ГБН, в том числе роль дисфункции перикраниальных мышц в развитии болевого синдрома. Представлены основанные на принципах доказательной медицины подходы к терапии ГБН – поведенческая терапия, купирование приступов, профилактическое фармакологическое и немедикаментозное лечение. Отдельное внимание уделено преимуществам препарата кетопрофен в купировании болевых эпизодов и миорелаксанту тизанидин в лечении напряжения перикраниальных мышц.

Ключевые слова: головная боль напряжения, диагностика, патофизиология, лечение приступа, профилактика, немедикаментозное лечение.

Для цитирования: Осипова В.В. Диагностика и лечение головной боли напряжения в амбулаторной практике врача-терапевта. Consilium Medicum. 2020; 22 (9): 57–64. DOI: 10.26442/20751753.2020.9.200175

Review

Tension type headache diagnosis and treatment in general practitioner outpatient practice

Vera V. Osipova[✉]

Research Clinical Centre for Neuropsychiatry, Moscow, Russia;
University Headache Clinic, Moscow, Russia

[✉]osipova_v@mail.ru

Annotation

The article is devoted to the diagnosis and treatment of the most prevalent form of cephalgia – tension headache (TH) in the outpatient practice of a general practitioner. The information presented is in accordance with the Resolution of the council of Russian experts on the diagnosis and treatment of patients with headache at the primary care stage. Along with the diagnostic criteria of the latest International Classification of Headache (3rd Edition, 2018) and an example of an effective clinical interview, it provides a list of "danger signals", a detailed diagnostic algorithm, common diagnostic errors, indications for additional examinations and patient referral to a neurologist and cephalgologist. Clinical manifestations, provocateurs, risk factors for the onset and chronicity of TH are provided. The article also describes basic mechanisms of TH pathophysiology, including the role of pericranial muscle dysfunction in the development of pain syndrome. Evidence-based approaches to the therapy of TH are presented – behavioral therapy, relief of seizures, preventive pharmacological and non-drug treatment. Special attention is paid to the advantages of Ketoprofen in the relief of painful episodes and the muscle relaxant Tizanidine in the treatment of pericranial muscle tension.

Key words: tension headache, diagnostics, pathophysiology, seizure treatment, prevention, non-drug treatment.

For citation: Osipova V.V. Tension type headache diagnosis and treatment in general practitioner outpatient practice. Consilium Medicum. 2020; 22 (9): 57–64. DOI: 10.26442/20751753.2020.9.200175

Определение и эпидемиология

Головная боль напряжения (ГБН) наряду с мигренью и пучковой (кластерной) головной болью (ГБ) относится к первичным (доброкачественным) цефалгиям, которые не связаны с органическим поражением головного мозга, мозговых сосудов и других структур головы и шеи. По данным эпидемиологических исследований ГБН является не только самой распространенной формой ГБ, но и самым частым неврологическим заболеванием в мире [1, 2]. Распространенность ГБН в течение жизни составляет 78%. По данным популяционного исследования, проведенного в 2009–2011 гг. с помощью подворного опроса в 35 городах и 9 сельских районах России, распространенность ГБН за 1 год составила 30,8% [3]. ГБН может возникать в любом возрасте, но средний возраст ее дебюта составляет 25–30 лет; женщины страдают несколько чаще, чем мужчины. В отличие от мигрени, ГБН не имеет генетической предрасположенности.

Этиология и патогенез

Хотя изначально ГБН рассматривалась как преимущественно психогенное расстройство, исследования, проведенные в последние годы, подтвердили ее нейробиологиче-

скую природу [4–7]. В происхождении ГБН принимают участие как периферические, так и центральные ноцицептивные (болевые) механизмы; среди последних – сенситизация (повышенная чувствительность) нейронов тройничного нерва, снижение болевых порогов и активности противоболевой системы, в частности недостаточность механизмов ствола мозга, тормозящих проведение боли [5, 6]. Периферические механизмы связаны с формированием дисфункции мышц головы и шеи. У большинства пациентов боль при ГБН связана с болезненным напряжением перикраниальных мышц (мышечный спазм, или мышечно-тонический синдром). При эпизодической ГБН (ЭГБН) большее значение имеют периферические факторы, при хронической (ХГБН) – центральные, связанные с формированием повышенной чувствительности болевых структур (сенситизацией).

В основе формирования мышечно-тонического синдрома лежит механизм «порочного круга», когда повторяющееся напряжение мышцы, возникающее в ответ на эмоциональный стресс или длительное пребывание в вынужденной позе, приводит к ее рефлекторному напряжению. В результате повышается возбудимость болевых нейронов в струк-

Таблица 1. Классификация ГБН (МКГБ-3, 2018)

2.1. Нечастая ЭГБН (менее 1 дня с ГБ в месяц)
2.1.1. Нечастая ЭГБН, сочетающаяся с напряжением (болезненностью) перикраниальных мышц
2.1.2. Нечастая ЭГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2. Частая ЭГБН (от 1 до 14 дней с ГБ в месяц)
2.2.1. Частая ЭГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.2.2. Частая ЭГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3. ХГБН (15 и более дней с ГБ в месяц)
2.3.1. ХГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.3.2. ХГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2.4. Возможная ГБН

Таблица 2. Диагностические критерии ГБН (МКГБ-3, 2018)

<ul style="list-style-type: none"> ГБ длительностью от 30 мин до 7 дней Как минимум два из следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> двухсторонняя локализация боли давящий (сжимающий) неп пульсирующий характер легкая или умеренная интенсивность боль не усиливается при обычной физической активности Оба из следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> отсутствует тошнота или рвота (возможно отсутствие аппетита) только один из симптомов: фото- или фонофобия

турах центральной нервной системы [4, 7]. Длительное тоническое напряжение ухудшает кровоснабжение мышечной ткани, приводит к гипоксии мышцы и выделению медиаторов воспаления, которые повышают чувствительность болевых рецепторов мышц к боли; с течением времени формируется их сенситизация, что лежит в основе учащения болевых эпизодов [6, 8]. Длительный стресс и возникающие на его фоне тревога и снижение настроения (депрессия) облегчают болевую трансмиссию, способствуя тем самым трансформации ЭГБН в хроническую форму.

Классификация и диагностические критерии

В соответствии с последней версией Международной классификации расстройств, сопровождающихся головной болью (*Международная классификация головной боли 3-го пересмотра – МКГБ-3, 2018*), ГБН подразделяется на *эпизодическую*, возникающую не более 15 дней в течение 1 мес, и *хроническую*, при которой число дней с ГБ составляет 15 и более в месяц [9]. Наибольшее распространение имеет ЭГБН, которая не требует лечения; 2–3% пациентов имеют хроническую форму, которая существенно нарушает качество жизни и требует профилактического (курсового) лечения. Именно эти пациенты чаще всего обращаются к терапевтам и неврологам.

В зависимости от наличия или отсутствия мышечной дисфункции различают ГБН «с напряжением» и «без напряжения» мышц головы и шеи». При невыполнении одного или более диагностических критериев может быть выставлен диагноз «*возможная ГБН*» (табл. 1) [9].

Триггеры, факторы риска и хронизации

К *провокаторам* ГБН относят эмоциональный стресс (острый или хронический) и позное напряжение (длительное пребывание головы и шеи в вынужденной/неудобной позе) [6, 8, 10]. Острый непродолжительный стресс является предпосылкой для развития однократных редких эпизодов ГБН, что характерно для *эпизодической формы* (например, возникновение приступа ГБН после сдачи экзамена, короткой ссоры в семье, ответственного выступления на публике). У пациентов с *ХГБН* при активном расспросе, как правило, удается выявить тяжелый длительный (хронический) стресс: серьезное соматическое заболевание самого пациента или ближайшего родственника, многолетний конфликт в семье или на работе, увольнение, финансовые трудности,



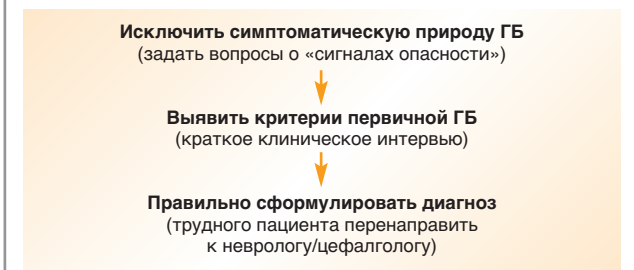
длительная судебная тяжба и т.д. Основными *факторами риска* развития ГБН являются снижение способности пациента к релаксации (вплоть до полной неспособности к психологическому и мышечному расслаблению), «плохое состояние здоровья» по самооценке пациента и недостаточный ночной сон (недосыпание) [6, 8]. К *факторам риска учащения (хронизации)* болевых эпизодов ГБН относятся напряжение мышц головы и шеи, психические нарушения (в первую очередь депрессия, тревожные и соматоформные расстройства), а также лекарственный абзус – ЛА (избыточное применение обезболивающих препаратов для купирования эпизодов ГБ) [8, 11, 12].

Клинические проявления и диагностические критерии ГБН

ГБН проявляется болевыми эпизодами продолжительностью от 30 мин до нескольких суток; при хронической форме пациенты испытывают ГБ каждый день в течение нескольких часов или на протяжении всего дня. Боль имеет диффузный двусторонний характер, локализуется в области лба, висков, темени, затылка или всей головы. Боль имеет слабую или умеренную интенсивность (не более 6–7 баллов по 10-балльной визуальной аналоговой шкале – ВАШ), часто описывается пациентами как сжимающая по типу «обруча» или «каска» или как «давление на глаза». В отличие от мигренозной цефалгии, боль при ГБН не имеет пульсирующего характера и не усиливается при физической нагрузке. Напротив, легкая гимнастика, фитнес, прогулка могут ее облегчить. ГБ может ослабевать или полностью исчезать при отвлечении внимания, положительных эмоциях и в периоды релаксации (отдых, хобби, приятное общение, прием алкоголя), а при возобновлении эмоциональных нагрузок и/или мышечного/позного напряжения – возвращаться вновь. Сопровождающие симптомы в целом для ГБН не характерны, однако возможна легкая тошнота, иногда потеря аппетита; в отличие от мигрени рвоты не бывает, а фотофобия и фонофобия никогда не развиваются одновременно – может отмечаться только один из этих симптомов в легкой степени. Кроме того, пациенты с мигренью часто имеют наследственный анамнез (старшие родственники или дети также имеют мигренозные приступы) и отличные от ГБН триггеры ГБ (менструация, духота, голод, алкоголь, избыточный сон, яркий свет).

Установление диагноза *ГБН* осуществляется в соответствии с диагностическими критериями, которые приведены в табл. 2 [8–10].

Рис. 2. Этапы диагностики ГБ.



Для быстрого выявления ГБН на амбулаторном приеме терапевт может использовать краткое клиническое интервью, пример которого с вопросами врача и ответами пациента приведен на рис. 1 [8, 13].

Объективный осмотр. Поскольку в задачи врача общей практики (ВОП) не входит неврологический осмотр, в полной мере оценить неврологический статус пациента не представляется возможным. Однако у подавляющего числа пациентов с первичными цефалгиями при объективном осмотре не обнаруживаются никаких органических нарушений [8, 10, 13]. Во время беседы могут выявляться признаки повышенной тревожности, гипервентиляции (глубокие вдохи), внутреннее напряжение пациента (снижение способности релаксации). В связи с частыми жалобами пациентов с ГБН на напряжение и болезненность мышц шеи и затылка целесообразно проведение пальпации перикраниальных мышц (1–2 мин) [4, 7]. Пальпацию следует проводить мелкими вращательными движениями вторым и третьим пальцами при надавливании в области височных, жевательных, трапециевидных (зона «вешалки для пальто»), а также задней группы мышц шеи. При наличии выраженной болезненности в 2 или более мышечных группах можно констатировать наличие мышечного напряжения (так называемый «шейный мышечно-тонический синдром»). При выявлении повышенной чувствительности (болезненности) мышц головы и шеи следует поставить диагноз «ЭГБН/ХГБН с напряжением перикраниальных мышц».

Диагностический алгоритм: этапы диагностики и тактика врача-терапевта

Диагностика ГБН, мигрени и других первичных цефалгий является клинической, т.е. основывается на анализе жалоб, данных анамнеза и нормальных данных неврологического осмотра и осуществляется в соответствии с диагностическими критериями МКГБ-3 бета [8–10]. Дополнительные исследования не имеют диагностической ценности, поскольку не обнаруживают специфических для мигрени и ГБН изменений. Этапы диагностики представлены на рис. 2.

В соответствии с Резолюцией совета экспертов, принятой 1 марта 2020 г., **диагностический алгоритм ведения пациентов с жалобой на ГБ для врачей первичного звена** имеет 3 ступени [14]:

- **Шаг 1.** Обязательные вопросы пациенту с жалобой на ГБ с целью исключить вторичную (симптоматическую) природу цефалгии. При выявлении одного или более «сигналов опасности» следует перенаправить пациента к неврологу или цефалологу для проведения дальнейшего обследования и наблюдения (рис. 3).
- **Шаг 2.** Выявление типа первичной ГБ согласно диагностическим критериям МКГБ-3 и перенаправление к неврологу или специалисту по диагностике и лечению ГБ (цефалологу) в случае выявления мигрени, ХГБН или кластерной (пучковой) ГБ (см. рис. 3, б, 4).
- **Шаг 3.** Выбор лекарственного средства для купирования приступа ГБ при эпизодических формах мигрени и ГБН (см. рис. 3):

- **Шаг 1.** Для исключения симптоматической ГБ необходимо удостовериться, что у пациента нет «сигналов опасности» – симптомов и признаков, указывающих на на-

Рис. 3. Шаг 1: а – вопросы пациенту с ГБ для выявления «сигналов опасности» – признаков возможной симптоматической ГБ; б – алгоритм действий врача первичного звена.

а

1. Острое/внезапное начало/впервые возникшая ГБ
2. Начало ГБ у пациента старше 50 лет
3. Нарастание интенсивности и/или частоты ГБ
4. ГБ сопровождается зрительными и/или чувствительными и/или двигательными нарушениями
5. Ночная ГБ
6. Усиление ГБ при кашле, нутуживании, чиханье, в вертикальном положении
7. Лихорадка, сыпь, миалгия/артралгия, увеличенное СОЭ и другие признаки системного заболевания
8. ГБ при иммунодефицитных состояниях, онкологических заболеваниях, беременности

б



личие другого заболевания, которое может быть причиной ГБ (см. рис. 3, а). При обнаружении хотя бы одного тревожного симптома есть вероятность, что ГБ может быть связана с другим заболеванием. В этом случае терапевт должен перенаправить пациента к неврологу/цефалологу для дальнейшего обследования и исключения патологии головного мозга, мозговых сосудов или других структур головы и шеи (см. рис. 3, б) [8, 10, 14].

- **Шаг 2.** Отсутствие тревожных симптомов указывает на то, что у пациента имеется *первичная (доброкачественная) ГБ*. Чаще всего на приеме ВОП и невролога встречаются *ГБН и мигрень*, реже – *пучковая (кластерная) ГБ* и некоторые другие формы (ГБ, связанная с физической, сексуальной активностью, длительным кашлем, холодом и др.). Выше были приведены диагностические критерии и пример краткого информативного интервью для выявления ГБН (см. табл. 2, рис. 1).

Для установления *формы ГБН* (эпизодическая или хроническая) следует задать пациенту вопрос: «Сколько дней в месяц вы испытываете такую ГБ?». При эпизодической форме ГБН число дней с ГБ не превышает 14 в месяц. Таким пациентам терапевт должен рекомендовать эффективные препараты для купирования болевых эпизодов (см. раздел «Лечение»). Если ГБ с характеристиками ГБН беспокоит пациента 15 и более дней в месяц (даже если ГБ присутствует не весь день, а, например, 2–3 ч/сут), следует установить диагноз *ХГБН* (см. рис. 4, а). В связи с тем, что у большинства таких пациентов имеются психические нарушения (депрессия, тревога, панические атаки), нарушение сна и злоупотребление обезболивающими препаратами (ЛА), они должны быть перенаправлены к неврологу или цефалологу [10, 14].

Как уже отмечалось, помимо ГБН на амбулаторном приеме терапевта могут быть выявлены и другие первичные



цефалгии, чаще мигрень, существенно реже – пучковая (кластерная) ГБ (шаг 2). На рис. 4, б приведены основные клинические проявления этих форм. Пациентам с мигренью для купирования приступов наряду с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) следует рекомендовать специфические препараты – триптаны (сума-, золми- и элетриптан). Пациентов с пучковой ГБ и хронической мигренью (число дней с ГБ 15 и более в месяц) следует перенаправить к неврологу/цефалгологу [8, 10, 14].

ЛА: роль ВОП. Пациенты с ГБН и мигренью нередко злоупотребляют обезболивающими препаратами; в этом случае можно говорить о наличии ЛА. При значительном злоупотреблении возможно формирование лекарственно-индуцированной ГБ (ЛИГБ), или абюзусной ГБ [8, 12–14]. Основным критерием диагностики ЛА/ЛИГБ является «число дней с приемом любых обезболивающих в месяц» [9]. О наличии ЛА можно говорить уже в том случае, если пациент принимает обезболивающие препараты 10 и более дней в месяц (3–4 дня

Рис. 5. Показания к дополнительным исследованиям у пациентов с жалобой на ГБ.

1. Подозрение на симптоматический/вторичный характер ГБ = сомнения в диагнозе первичной ГБ
 а) нетипичные жалобы или течение ГБ
 б) наличие одного или более «сигналов опасности»

2. Требование пациента или его родственников

РОИГБ, 2012

в неделю). ЛА/ЛИГБ может развиваться при избыточном применении любых средств для купирования ГБ: простых (НПВП), комбинированных анальгетиков, триптанов. Основную группу риска по развитию ЛИГБ составляют пациенты с частотой эпизодов ГБН 8 и более в месяц [8, 13, 15]. Самым высоким потенциалом учащать болевые эпизоды у пациентов с ГБН и мигренью и вызывать зависимость обладают комбинированные анальгетики, содержащие опиоид кодеин и фенобарбитал. **В связи с этим пациентам с частыми эпизодами мигрени и ГБН (8 и более дней с ГБ в месяц) терапевт не должен выписывать рецепт на опиоидные анальгетики, даже если пациент настаивает на этом!** Регулярный прием этих препаратов уже через несколько месяцев приведет к существенному учащению ГБ (вплоть до формирования хронической формы мигрени или ГБН) и к наркотической зависимости.

ЛИГБ характеризуется возникновением ГБ в течение 15 и более дней в месяц на протяжении более 3 мес. Клиническая картина ЛИГБ напоминает ГБН и проявляется почти ежедневными тупыми болями во всей голове давящего или сжимающего характера незначительной или умеренной интенсивности. В отличие от ГБН наибольшая сила боли отмечается, как правило, в утренние часы, нередко ГБ пробуждает пациентов в конце ночи, вынуждая принимать обезболивающий препарат. Типичны жалобы на ощущение усталости, дурноты, снижение работоспособности, трудности концентрации внимания, нарушения сна; из-за страха усиления ГБ многие пациенты принимают анальгетики «впрок» (на стадии слабой боли).

Являясь одним из основных факторов хронизации первичных цефалгий, ЛА не только способствует увеличению числа болевых эпизодов вплоть до развития ХГБН и хронической мигрени, но и существенно снижает эффективность профилактической терапии [5, 6, 8]. Поскольку ЛА имеет большое значение для дальнейшего течения заболевания и перспектив лечения, **роль ВОП в выявлении ЛА огромна.** Что может в связи с этим сделать терапевт? Первое – задать пациенту с частыми эпизодами ГБ (8 и более дней с ГБ в месяц) вопрос: «Сколько дней в неделю/в месяц вы принимаете обезболивающие препараты?». Если полученная цифра превышает 10 дней в месяц, можно констатировать наличие ЛА. Второе: коротко разъяснить пациенту пагубную роль ЛА в учащении ГБ. Третье: настойчиво

Таблица 3. Лекарственные средства для купирования приступа ГБН

Международное непатентованное наименование	Разовая доза, мг	Уровень доказательности
Ибупрофен	200–800	A
Кетопрофен	25	A
Ацетилсалициловая кислота	500–1000	A
Напроксен	375–500	A
Диклофенак	12,5–100	A
Парацетамол	1000	A
Кофеин в составе комбинированных анальгетиков	65–200	B

рекомендовать хотя бы частичную отмену «виновных» анальгетиков. Четвертое: пациентов с тенденцией к ЛА и подозрением на ЛИГБ – перенаправить к неврологу/цефалологу. Преодоление ЛА – важнейшее условие предотвращения хронизации ГБ и эффективности дальнейшей профилактической терапии ГБН и мигрени.

Показания к дополнительным исследованиям

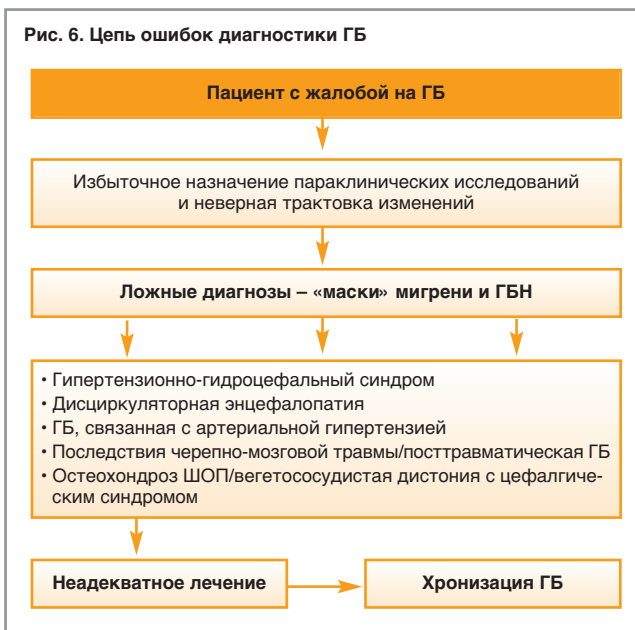
Если после исключения «сигналов опасности» и клинического интервью терапевт видит у пациента типичную клиническую картину ГБН, следует сразу выставить диагноз ЭГБН или ХГБН. *Дополнительные инструментальные и лабораторные исследования не показаны и неинформативны, поскольку при мигрени и ГБН специфические изменения при них не выявляются* [14, 16–18]. Те отклонения, которые могут обнаруживаться на компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга, МРТ или рентгенографии шейного отдела позвоночника (ШОП), ультразвуковой доплерографии/дуплексном сканировании сосудов головы и шеи, электроэнцефалографии и др., как правило, имеют неспецифический характер (т.е. часто обнаруживаются и у пациентов без жалоб на ГБ), не указывают на причину боли и форму ГБ.

Параклинические исследования следует назначать только при подозрении на симптоматический характер ГБ (т.е. если врач сомневается в диагнозе ГБН или мигрени – нетипичная клиническая картина – или есть хотя бы один «сигнал опасности»); рис. 5 [8, 10, 14, 16–18].

Распространенные ошибки диагностики ГБ. Первая ошибка, приводящая затем к ошибочной трактовке причины ГБ, – *избыточное направление пациентов с жалобой на ГБ на дополнительные исследования и неправильная трактовка выявленных изменений* [8, 16, 17]. Например, снижение скорости кровотока в бассейне каротидных, вертебральных артерий и нарушение венозного оттока при проведении ультразвуковой доплерографии сосудов головы и шеи часто трактуются как признаки дисциркуляторной энцефалопатии (хронической ишемии головного мозга), а расширение субарахноидальных пространств на МРТ головного мозга – как гипертензионно-гидроцефальный синдром. На основании этой неверной трактовки пациентам с ГБ в Российской Федерации часто устанавливаются неправильные диагнозы, указывающие на ложную «органическую» природу ГБ. Поскольку инструментальные методы исследования не входят в Европейские и Американские рекомендации по диагностике ГБ, частота ложной диагностики ГБ в мире существенно ниже [8, 10, 16–18]. Хотя в клинические рекомендации Минздрава России по диагностике и лечению ГБН и мигрени, впервые разработанные Российским обществом по изучению головной боли (РОИГБ) в 2016 г., параклинические исследования также не включены, в РФ направление пациентов на дополнительные исследования до сих пор широко практикуется как неврологами, так и терапевтами [8, 12, 13, 16]. Цепь диагностических ошибок и наиболее распространенные ложные диагнозы – «маски» мигрени и ГБН – приведены на рис. 6.

Ошибочные диагнозы приводят к выбору *неправильной тактики лечения*: вместо препаратов, обладающих эффективностью в профилактике ГБН и мигрени, часто назначаются сосудорасширяющие, ноотропные препараты, витамины и нейропротекторы, не имеющие доказательной базы в лечении первичных цефалгий. Так, доказанной эффективностью в профилактике ГБН обладают только антидепрессанты; при мигрени – β -адреноблокаторы, антидепрессанты, антиконвульсанты, сартаны, ботулинический токсин типа А, а не «вазоактивные» и ноотропные средства. Неадекватное лечение, которое в течение многих лет получают пациенты с ГБН и мигренью, не только не улучшает течение ГБ, но способствует развитию ЛА и хронизации этих форм ГБ [8, 13, 15, 16].

Рис. 6. Цепь ошибок диагностики ГБ



В соответствии с МКГБ *диагноз у пациента с основной жалобой на ГБ должен содержать форму ГБ*, например: «мигрень с аурой», «пучковая (кластерная) ГБ», «мигрень без ауры, возможная ЭГБН» (при сочетании двух форм ГБ). После форм(ы) ГБ могут быть приведены актуальные сопутствующие и коморбидные нарушения, например: 1. «ЭГБН. Остеохондроз ШОП»; 2. «ХГБН. ЛА. Легкое тревожное расстройство. Хроническая ишемия головного мозга. Гипертоническая болезнь» [8, 10, 12]. На рис. 7 приведены коды Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) для наиболее распространенных форм ГБ.

Лечение

Лечение ГБН базируется на принципах, перечисленных в российских и международных рекомендациях, в том числе в Федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению ГБН у взрослых, разработанных Всероссийским обществом неврологов (2016 г.) и в Европейских рекомендациях по лечению ГБН [11–13, 19–22].

Перед назначением лечения следует коротко разъяснить пациенту доброкачественную природу ГБН, значение стресса и перенапряжения мышц головы и шеи в провокации боли, роль депрессии, тревоги и избыточного приема анальгетиков в учащении ГБН, а также необходимость обучения психологическому и мышечному расслаблению (поведенческая терапия). Лечение ГБН включает купирование болевых эпизодов и профилактическое (курсовое) лечение.

Для купирования болевых эпизодов рекомендованы НПВП, парацетамол (уровень рекомендаций А) и кофеин в составе комбинированных анальгетиков (уровень В); табл. 3 [12, 13, 18, 20, 21]. Лечение этими препаратами может применяться у пациентов с ЭГБН при частоте приступов не более 2 раз в неделю (не более 8 дней с ГБ в месяц); при большей частоте возникает риск ЛА/ЛИГБ [11–13, 19–22].

Основными средствами для лечения приступа ГБН являются простые неопиоидные анальгетики и НПВП. Наибольшей эффективностью обладают *ибупрофен 400 мг* и *кетопрофен (Кетонал®) 25 мг*. Не рекомендованы триптаны (специфические средства для купирования приступа мигрени), опиоидные анальгетики, а также комбинированные препараты, содержащие кодеин и барбитураты (в связи с высоким риском формирования зависимости и ЛА/ЛИГБ). Во избежание развития ЛИГБ число дней с приемом любых обезболивающих препаратов не должно превышать 10 дней в месяц.

В целом НПВП схожи по способности купировать болевой синдром, но различаются по скорости наступления эф-

Рис. 7. Распространенные диагнозы ГБ и коды МКБ-10.

• Мигрень без ауры	G43.0
• Мигрень с аурой	G43.1
• Хроническая/осложненная мигрень	G43.3
• ГБН	G44.2
• Кластерная/гистаминовая ГБ	G44.0
• Абузусная ГБ/ЛИГБ	G44.41

фекта, формам выпуска и профилю безопасности. Например, кетопрофен, диклофенак и парацетамол имеют лекарственные формы с модифицированным высвобождением активного вещества, в результате чего скорость наступления эффекта при их приеме выше по сравнению с обычными формами выпуска. В частности, несколько форм выпуска имеет кетопрофен (*Кетонал®*), что позволяет применять его при разных клинических ситуациях [23, 24]. Помимо раствора для внутримышечных и внутривенных инъекций (50 мг/мл) доступны несколько пероральных форм: таблетки 100 мг, капсулы 50 мг, капсулы с модифицированным высвобождением 150 мг (*Кетонал® Дуо*), а также саше для приготовления раствора для приема внутрь (*Кетонал® Актив*).

Из всех перечисленных форм самым быстрым действием отличается *Кетонал® Актив* (лизиновая соль кетопрофена). Добавление лизиновой соли к молекуле кетопрофена приводит к увеличению растворимости соединения, улучшает как скорость, так и объем абсорбции по сравнению с таблетированной формой [23, 24]. Начало обезболивающего эффекта начинается в течение 30 мин после приема, длится около 8 ч. Максимальная суточная доза препарата *Кетонал® Актив* составляет 6 пакетиков в сутки. За счет нейтрального pH препарат обладает минимальным воздействием на слизистую оболочку желудка, что выгодно отличает его от других НПВП, рекомендованных для купирования приступов ГБН. Кетопрофен имеет зарегистрированное показание «Головная боль», может назначаться не только взрослым, но и детям с 6 лет и включен в Европейские и Российские рекомендации по лечению ГБН [11–13, 19–22].

Эффективность и безопасность кетопрофена (*Кетонал®*) оценивались в нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях [25–27]; также проводилась оценка препарата в рамках Кокрановского систематического обзора [28, 29]. Во всех рандомизированных контролируемых исследованиях кетопрофен превосходил по эффективности плацебо, что выразилось в достоверно большем числе пациентов с полным купированием или значительным уменьшением боли и более быстром наступлении обезболивающего эффекта. Таким образом, *Кетонал® Актив* может быть рекомендован как оптимальный НПВП для купирования приступа ГБ при ГБН.

Профилактическая терапия показана пациентам с частой эпизодической и хронической формой ГБН и включает *антидепрессанты*, эффект которых обусловлен их противоболевым действием вследствие усиления активности противоболевых систем [8, 10, 12, 13, 19–21]. Препаратом первого выбора является amitриптилин, несколько меньшей эффективностью обладают кломипрамин, доксепин, венлафаксин и мirtазапин. В большинстве случаев профилактическая терапия должна начинаться и проводиться неврологами или цефалгологами. В то же время в мире лечение нетяжелых форм частой ЭГБН с типичной клинической картиной осуществляется также терапевтами.

Чаще всего применяется amitriptилин в дозе 25–50 мг/сут на протяжении 2–4 мес. Лечение начинают с небольших доз (5–10 мг/сут), затем дозу постепенно повышают до 25 мг, затем до 50 мг/сут.

При наличии у пациента с ГБН тревоги, раздражительности, снижения настроения можно рекомендовать в течение 1–2 мес *комбинированные растительные препараты*, содержащие пассифлору, пустырник, валериану, зверобой, перечную мяту, а также гомеопатические успокаивающие средства и рецептурные препараты (гидроксизин, тиоридазин, сульпирид); при нарушениях сна помимо перечисленных средств – препараты мелатонина [8, 13, 19].

У пациентов с выраженным напряжением перикраниальных мышц возможно применение на протяжении 2–8 нед *миорелаксантов* (tizанидин, толперизон, баклофен) [8, 12, 20–22]. Одним из самых эффективных препаратов является *тизанидин (Сирдалуд®)*, который обладает не только миорелаксирующим, но собственным противоболевым действием. Следует учитывать также гастропротективный и седативный эффекты, последний может облегчать засыпание у таких пациентов [7, 8, 30]. Дозу и режим дозирования следует подбирать индивидуально в зависимости от потребностей пациента согласно инструкции по применению.

Наряду с медикаментозной терапией пациентам с ГБН следует рекомендовать и *нелекарственные методы лечения*: релаксационный тренинг, когнитивно-поведенческую терапию, физиотерапию, акупунктуру, массаж воротниковой зоны, гимнастику на ШОП, фитнес, водные процедуры, санаторно-курортное лечение [8, 11, 13, 21, 31–33].

Прогноз

Для хорошего прогноза течения ГБН важнейшими предпосылками являются: рекомендации по эффективному купированию болевых эпизодов, адекватная профилактическая терапия, обучение пациентов навыкам психологического и мышечного расслабления, избегание/преодоление стрессов, контроль приема обезболивающих препаратов. Эффективное лечение неосложненных форм ЭГБН может успешно осуществляться на амбулаторном этапе врачом-терапевтом.

Конфликт интересов. Статья опубликована при финансовой поддержке компании «Сандоз».

Conflict of interests. This article was published with financial support from Sandoz.

Литература/References

- GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol* 2017.
- Jensen R, Stovner L.J. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol* 2008; 7: 354–61.
- Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A et al.; Lifting the Burden. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia* 2012; 32 (5): 373–81.
- Jensen R, Rasmussen B. Muscular disorders in tension-type headache. *Cephalalgia* 1996; 2: 97–103.
- Bendtsen L. Central and peripheral sensitization in tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep* 2003; 7 (6): 460–5.
- Silver N. Headache (chronic tension-type). *Clin Evidence* 2007; p. 1–21.
- Осипова В.В. Дисфункция перикраниальных мышц при первичной головной боли и ее коррекция. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2011; 4: 29–35. [Osipova V.V. Disfunktsiia perikranial'nykh myshts pri pervichnoi golovnoi boli i ee korrektsiia. *Nevrologiia, neiropsihiatriia, psikhosomatika*. 2011; 4: 29–35 (in Russian).]
- Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия. Практическое руководство. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. [Osipova V.V., Tabeeva G.R. Primary headaches: diagnostics, clinic, therapy. A practical guide. Moscow: Medical Information Agency, 2014. (in Russian).]
- The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). *Cephalalgia* 2018; 38 (1): 1–211.
- Стайнер Т.Дж. и др. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей.

- Пер. с англ. Ю.Э.Азимовой, В.В.Осиповой; науч. ред. В.В.Осиповой, Т.Г.Вознесенской, Г.Р.Табеевой. М.: ОГГИ. Рекламная продукция, 2010.
- [Steiner T.J. and other European principles of management of patients with the most common forms of headache in general practice. A practical guide for doctors. Per. from English Yu.E. Azimova, V.V. Osipova; scientific ed. V.V. Osipova, T.G. Voznesenskaya, G.R. Tabeeva. M.: OGGI. Promotional Products, 2010 (in Russian).]
- Bendtsen L, Birk S, Kasch H et al. Reference programme: Diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 2nd Edition, 2012. *J Headache Pain* 2012; 3 (1): 1–29.
 - Головная боль напряжения (ГБН) у взрослых. Клинические рекомендации. Всероссийское общество неврологов (ВОН). Коллектив авторов. 2016. [Golovnaia bol' napriazheniia (GBN) u vzroslykh. Klinicheskie rekomendatsii. Vserossiiskoe obshchestvo nevrologov (VON). Kollektiv avtorov. 2016. (in Russian).]
 - Ахмадеева Л.П., Азимова Ю.Э., Каракулова Ю.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению головной боли напряжения. *PMЖ*. 2016; 7: 411–9. [Akhmadeeva L.P., Azimova Ju.E., Karakulova Ju.V. et al. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniiu golovnoi boli napriazheniia. *RMZh*. 2016; 7: 411–9 (in Russian).]
 - Амелин А.В., Табеева Г.Р., Верткин А.Л. и др. Резолюция Совета Экспертов «Алгоритм диагностики и лечения пациентов с головной болью на этапе первичного медицинского звена». Справочник поликлинического врача. 2020; 1. [Amelin A.V., Tabeeva G.R., Vertkin A.L. et al. Rezoliutsiia Soveta Ekspertov "Algoritm diagnostiki i lecheniia patsientov s golovnoi bol'iu na etape pervichnogo meditsinskogo zvena". *Handbook for Practitioners Doctors*. 2020; 1 (in Russian).]
 - Сергеев А.В., Мещерина М.И., Табеева Г.Р. Головная боль, связанная с избыточным приемом анальгетиков: клинико-психологический и нейрофизиологический анализ, особенности периода отмены. Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2011; 3 (3): 21–8. [Sergeev A.V., Meshcherina M.I., Tabeeva G.R. Golovnaia bol' sviazannaia s izbytochnym priemom anal'getikov: kliniko-psikhologicheskii i neurofiziolozhicheskii analiz, osobennosti perioda otmeny. *Epilepsia i parokszimal'nye sostoiianiia*. 2011; 3 (3): 21–8 (in Russian).]
 - Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения *Annaly klinicheskoi i eksperimental'noi nevrologii*. 2012; 6 (2): 16–21. [Osipova V.V., Azimova Ju.E., Tabeeva G.R. et al. Diagnostika golovnykh bolei v Rossii i stranakh postsovet'skogo prostranstva: sostoianie problemy i puti ee resheniia *Annaly klinicheskoi i eksperimental'noi nevrologii*. 2012; 6 (2): 16–21 (in Russian).]
 - Осипова В.В., Коreshкина М.И. Роль дополнительных методов исследования в диагностике первичных и вторичных форм головной боли. *Неврол. журн.* 2013; 1: 4–9. [Osipova V.V., Koreshkina M.I. Rol' dopolnitel'nykh metodov issledovaniia v diagnostike pervichnykh i vtorychnykh form golovnoi boli. *Nevrol. zhurn.* 2013; 1: 4–9 (in Russian).]
 - Mitsikostas D, Ashina M, Craven A et al. European headache federation consensus on technical investigation for primary headache disorders on behalf of EHF committee. *J Headache Pain* 2016; 17: 5.
 - Осипова В.В., Табеева Г.Р., Сергеев А.В., Ковалева И.Ю. Первичные головные боли. В кн.: *Неврология: национальное руководство*. Под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, В.И.Скворцовой. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. [Osipova V.V., Tabeeva G.R., Sergeev A.V., Kovaleva I.Iu. Pervichnye golovnyie boli. V kn.: *Nevrologiia: natsional'noe rukovodstvo*. Pod red. E.I.Guseva, A.N.Konovolova, V.I.Skvortsovoi. 2-e izd., pererab. i dop. Moscow: GEOTAR-Media, 2017 (in Russian).]
 - Артеменко А.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г. и др. Первичные головные боли хронического течения (диагностика, клиника, терапия). Методические рекомендации №26. Правительство Москвы, Департамент здравоохранения г. Москвы, 2014. [Artemenko A.R., Osipova V.V., Filatova E.G. et al. Pervichnye golovnyie boli khronicheskogo techeniia (diagnostika, klinika, terapiia). *Metodicheskie rekomendatsii №26. Pravitel'stvo Moskv, Departament zdravookhraneniia g. Moskv, 2014 (in Russian).]*
 - Bendtsen L, Evers S, Linde M et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache-report of an EFNS taskforce. *Eur J Neurol* 2010; 17 (11): 1318–25.
 - Mathew N, Ashina M. Acute Pharmacotherapy of Tension-Type Headaches. In: Olesen J, Bendtsen L, Birk S, Kasch H et al. Reference programme: Diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. Danish Headache Society, 2nd Edition, 2012. *J Headache Pain* 2012; 13: S1–S29.
 - Инструкции по применению лекарственного препарата Кетонал® П N013942/01, П N013942/06, П N013942/05, ЛСР-008841/08, LP-005697. [Instruktсии po primeneniiu lekarstvennogo preparata Ketonol® P N013942/01, P N013942/06, P N013942/05, LSR-008841/08, LP-005697. (in Russian).]
 - Sarzi-Puttini P et al. Pain and ketoprofen: what is its role in clinical practice? *Reumatismo* 2010; 62 (3): 172–88.
 - Mehlich DR, Weaver M, Fladung B. Ketoprofen, acetaminophen, and placebo in the treatment of tension headache. *Headache J. Head Face Pain*. Wiley Online Library 1998; 38 (8): 579–89.
 - Dahlof CGH, Jacobs LD. Ketoprofen, paracetamol and placebo in the treatment of episodic tension-type headache. *Cephalalgia* 1996; 16: 117–23.

27. Van Gerven JM et al. Self-medication of a single headache episode with ketoprofen, ibuprofen or placebo, home-monitored with an electronic patient diary. *Br J Clin Pharmacol* 1996; 42: 475–81.
28. Veys L, Derry S, Moore RA. Ketoprofen for episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 9: CD012190.
29. www.cochranelibrary.com
30. Fogelholm R, Murros K. Tizanidine in chronic tension-type headache: a placebo controlled double-blind crossover study. *Headache* 1992; 32: 509–13.
31. Vernon H, McDermaid CS, Hagino C. Systematic review of randomized clinical trials of complementary/alternative therapies in the treatment of tension-type and cervicogenic headache. *Complement Ther Med* 1999; 7: 142–55.
32. Golovacheva V, Parfenov V, Tabeeva G, Osipova V. Combined cognitive-behavioral and pharmacological therapies for chronic migraine and chronic tension-type headache: are treatment responses different? *Cephalalgia* 2015; 35 (6S): 272. DOI: 10.1177/0333102415581304
33. Lee HJ, Lee JH, Cho EY et al. Efficacy of psychological treatment for headache disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain* 2019; 20 (1): 17.
34. Westergaard ML, Hansen EH, Glümer C et al. Definitions of medication-overuse headache in population-based studies and their implications on prevalence estimates: a systematic review. *Cephalalgia* 2014; 34 (6): 409–25.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Осипова Вера Валентиновна – д-р мед. наук, проф., ГБУЗ «НПЦ им. З.П. Соловьева», ООО «Университетская клиника головной боли». E-mail: osipova_v@mail.ru

Vera V. Osipova – D. Sci. (Med.), Prof., Research Clinical Centre for Neuropsychiatry, University Headache Clinic. E-mail: osipova_v@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 25.05.2020

Статья принята к печати / The article approved for publication: 20.11.2020