

Дифференцированные терапевтические направления в структуре цефалгий напряжения

Е.Г. Дубенко

Харьковский национальный медицинский университет

Резюме. Головной біль напруги має різні механізми виникнення. Часто цей тип головного болю може поєднуватись з іншими формами цефалгій. Тому терапевтичні напрямки мають диференційовано враховувати різний вплив на ці механізми.

Ключові слова: головний біль напруги, механізми, терапевтичні напрямки.

Современная классификация головной боли включает цефалгию напряжения, которая занимает первое место, так как она наблюдается более чем у 50-80% населения. Ведущим механизмом головной боли напряжения является повышение тонуса мышц апоневроза головы, височных, затылочных, жевательных, грудно-ключично-сосцевидных мышц (рис. 1).

В основе патогенеза отмечается различная степень участия психогенного, костно-мышечного и сосудистого факторов, ишемии и венозного застоя, зрительные нарушения рефракции, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, шейный остеохондроз (рис. 2).

Выделяют три типа головной боли напряжения: редкая — менее 1 эпизода в месяц; частая — эпизодическая (от 1 до 14 дней); хроническая головная боль (15 и более дней в месяц).

Диагностические критерии цефалгии напряжения:

1. Двусторонняя локализация (лобная, височная, затылочная).
2. Давящий, сжимающий характер боли.
3. Продолжительность от нескольких часов до нескольких дней или недель.
4. Легкая или умеренная интенсивность боли.
5. Отсутствие тошноты, рвоты.
6. Боль не усиливается при физической нагрузке.

Отличия хронической головной боли напряжения от хронической мигрени: пульса-

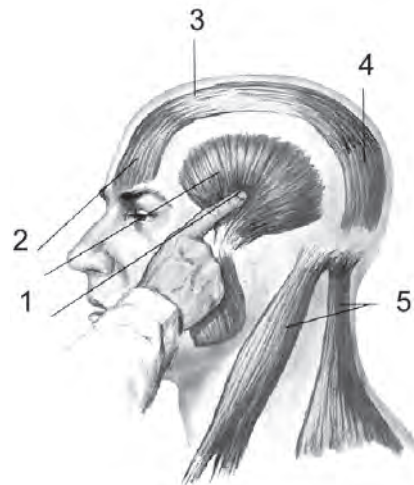


Рисунок 1 Мышечные группы, участвующие в формировании головной боли напряжения

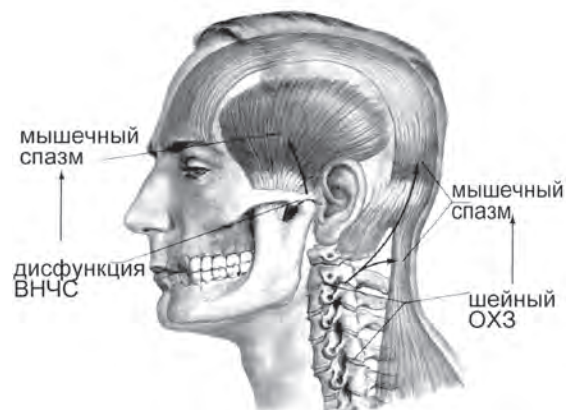


Рисунок 2 Локальные триггерные факторы головной боли напряжения

© Е.Г. Дубенко

ция; ухудшения при движениях; сопровождается тошнотой, рвотой, анорексией; фото-, фонофобия; может быть аура; дает положительный эффект суматриптан, а при головной боли напряжения эффект от суматриптана не отличается от плацебо.

Однако иногда головные боли напряжения могут приобретать мигренозные черты.

Важная роль принадлежит миофасциальным точкам мышечных групп головы и шеи (рис. 3).

Миофасциальные (невертеброгенные) боли, вызванные наличием триггерных точек, наблюдаются не только при головных болях напряжения, но также при мигрени, посттравматических головных болях, абзусных цефалгиях, заболеваниях ушей, носа, полости рта.

Воздействие на триггерные точки является недостаточно изученной проблемой при цефалгиях различного генеза, включая цефалгии напряжения.

Цервикогенные головные боли:

1) могут иметь классическую форму цефалгии напряжения (двусторонние сжимающие боли лобно-височно-затылочной локализации);

2) но могут быть односторонние, наблюдается конвергенция шейных и тригеминальных афферентных волокон в тройнично-шейном ядре, раздражение верхних шейных суставов позвоночника (рис. 4).

Головные боли напряжения могут включаться в клиничко-патогенетический комплекс других форм головных болей:

1) мигрени, усугубляя течение болезни придавая ей хронический характер;

2) головных болей при сосудистых заболеваниях мозга (гипертоническая болезнь, острые и хронические нарушения мозгового кровообращения);

3) в структуре посттравматических цефалгий;



Рисунок 3 Триггерные точки и их отраженные боли

4) абзусных головных болей (при передозировке анальгетиков);

5) ликвородинамических головных болей (ликворная гипертензия, гипотензия).

Миофасциальный синдром шейной локализации и головные боли напряжения являются взаимосвязывающими патологическими состояниями, вызывающими нарушения вертебро-базиллярного кровообращения.

Методы терапевтической коррекции головных болей напряжения должны быть направлены не только на основные механизмы, формирующие этот частый тип цефалгий, но также на сочетание их с другими формами цефалгических синдромов.

Нарушение эмоциональной сферы практически всегда наблюдается при первичных головных болях напряжения.

Одним из ведущих направлений лечения цефалгий напряжения является применение антидепрессантов. Среди этих препаратов наиболее эффективны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: феварин, сертралин, паксил. Эти препараты усиливают моноаминергическую передачу нервных импульсов, нормализуют эмоциональную сферу, восприятие пациентами болевых импульсов, уменьшают мышечное напряжение.

Эта группа антидепрессантов имеет подтвержденную кардиологическую безопасность, не влияет на массу тела и сексуальную активность.

Среди всех антидепрессантов феварин характеризуется наивысшим сродством к сигма-рецепторам, вследствие чего является особенно эффективным для лечения пациентов с симптомами тревоги, что часто наблюдается при головных болях напряжения.



Рисунок 4 Аттерны отраженной боли при болевой стимуляции шейных суставов (по Nikolaj Bogduk, Jayantial Govind)

Особый интерес представляет применение феварина при миофасциальных болях, где депрессивный фон может быть ведущим патогенетическим звеном болезни.

Вторым важным направлением является применение мышечных релаксантов (сирдалуд, баклофен, мидокалм и др.).

Благодаря структурным особенностям индометацин эффективен в лечении головных болей напряжения, где имеется сосудистый компонент. Благодаря структурному сходству с серотонином, индометацин оказывает агонистическое действие на 5HT₁-рецепторы. Эффективен также бруфен.

Возможность сочетания мигрени с головными болями напряжения требует сочетания указанных направлений с антимигренозными средствами.

В этом плане особенно эффективным является препарат дифметре, который учитывает все основные патогенетические звенья цефалгического синдрома: 1) индометацин (центральный анальгетический эффект, уменьшение нейrogenного воспаления, структурный аналог серотонина); 2) кофеин (центральный анальгетик, веногоник, суживает сосуды); 3) прохлорперазин (центральный анальгетический эффект, противотошнотное и противорвотное действие).

Хроническая ежедневная головная боль чаще всего является смешанной по своим меха-

низмам. Поэтому препарат дифметре наиболее адекватен для ее лечения.

Таким образом, так называемое понятие «головные боли напряжения» является в определенной степени условным, так как может иметь разные причины и механизмы, среди которых значение депрессивного, костно-мышечного и сосудистого факторов является ведущим. Важно, чтобы терапевтическое воздействие на эти разные механизмы было по-настоящему дифференцированным. Это является залогом эффективного лечения данной частой формы головных болей, особенно когда они приобретают хронический характер.

Список использованной литературы

1. International headache society. The International Classification of headache disorders, 2nd edn. Cephalgia. — 2004. — V. 24 (suppl). — P. 115-16.
2. Bogduk N., Govind J. Цервикогенная головная боль: оценка доказательных данных в отношении клинической диагностики, инвазивных исследований и лечения // Lancet Neurol. — 2009. — V. 8. — P. 959-68.
3. Трэвелл и Симонс. Миофасциальные боли и дисфункции: Руководство по миофасциальным триггерным точкам. В 2 томах. Т. 2 // Симонс Д.Г., Трэвелл Д.Г., Симонс Л.С.: Пер с англ., 2-е изд., переработанное и дополненное. — М.: Медицина, 2005. — 656 с.
4. Голубев В.Л. Болевые синдромы в неврологической практике. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 356 с.

Надійшла до редакції 30.06.2016 р.

DIFFERENTIATED THERAPEUTIC DIRECTIONS IN THE STRUCTURE OF TENSION HEADACHE

E. Dubenko

Abstract

Tension headache has different mechanisms of appearance. Often, this type of headache combines with other forms of headaches. Therefore, therapeutic directions have differentiated consider a different effect on these mechanisms.

Keywords: tension headache, mechanisms, therapeutic directions.