

Методические материалы для СТУДЕНТОВ
по ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
по дисциплине:

Неврология, нейрохирургия.

основная профессиональная образовательная программа высшего
образования

- программа специалитета

КОД Наименование ОП: 31.05.01 Лечебное дело



Клиника нервных болезней
им. А.Я. Кожевникова



СЕЧЕНОВСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
НАУК О ЖИЗНИ

Лекарственно-индуцированная головная боль

Головачева Вероника Александровна

*к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии лечебного
факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова*



Головная боль



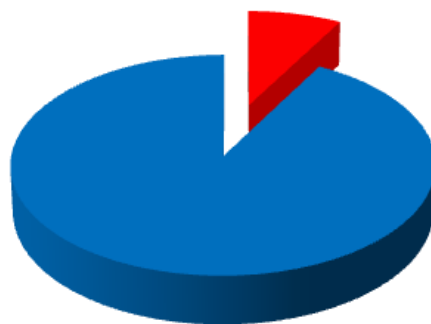
- Самостоятельное заболевание **при первичной форме головной боли**

- Симптом какого-либо основного заболевания **при вторичной форме головной боли**

Соотношение первичных и вторичных головных болей

В общей популяции

8%

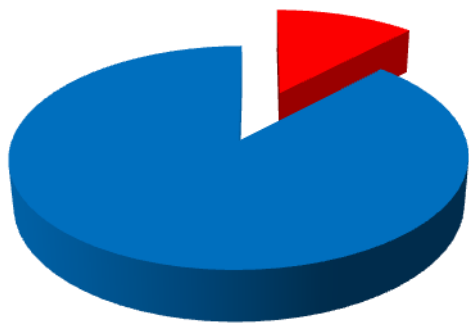


■ вторичные

■ первичные

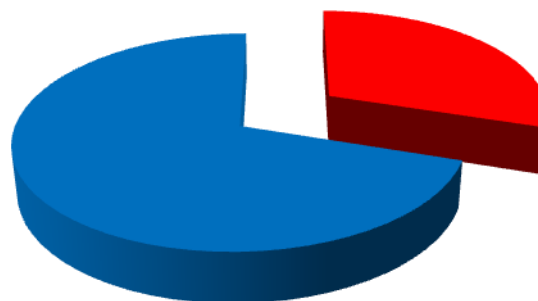
В амбулаторной практике

12%



В практике неотложной помощи

30%



Самые распространенные виды головной боли среди населения (среди всех возрастных групп)

- Головная боль напряжения
- Мигрень
- Лекарственно-индуцированная головная боль (абузусная головная боль, medication-overused headache)

Избыточный прием обезболивающих препаратов

- Избыточный прием обезболивающих препаратов - один из ведущих факторов хронизации первичных форм головной боли
- Факт избыточного приема обезболивающих препаратов устанавливается при употреблении пациентом 10 и более дней в месяц триптанов, эрготамина или комбинированных анальгетиков в месяц или 15 и более дней в месяц простых анальгетиков в месяц, а в случае приема обезболивающих препаратов различных классов – 10 и более дней в месяц суммарно
- При регулярном избыточном приеме обезболивающих препаратов на протяжении 3 месяцев и более развивается лекарственно-индуцированная головная боль

Распространенность лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ)

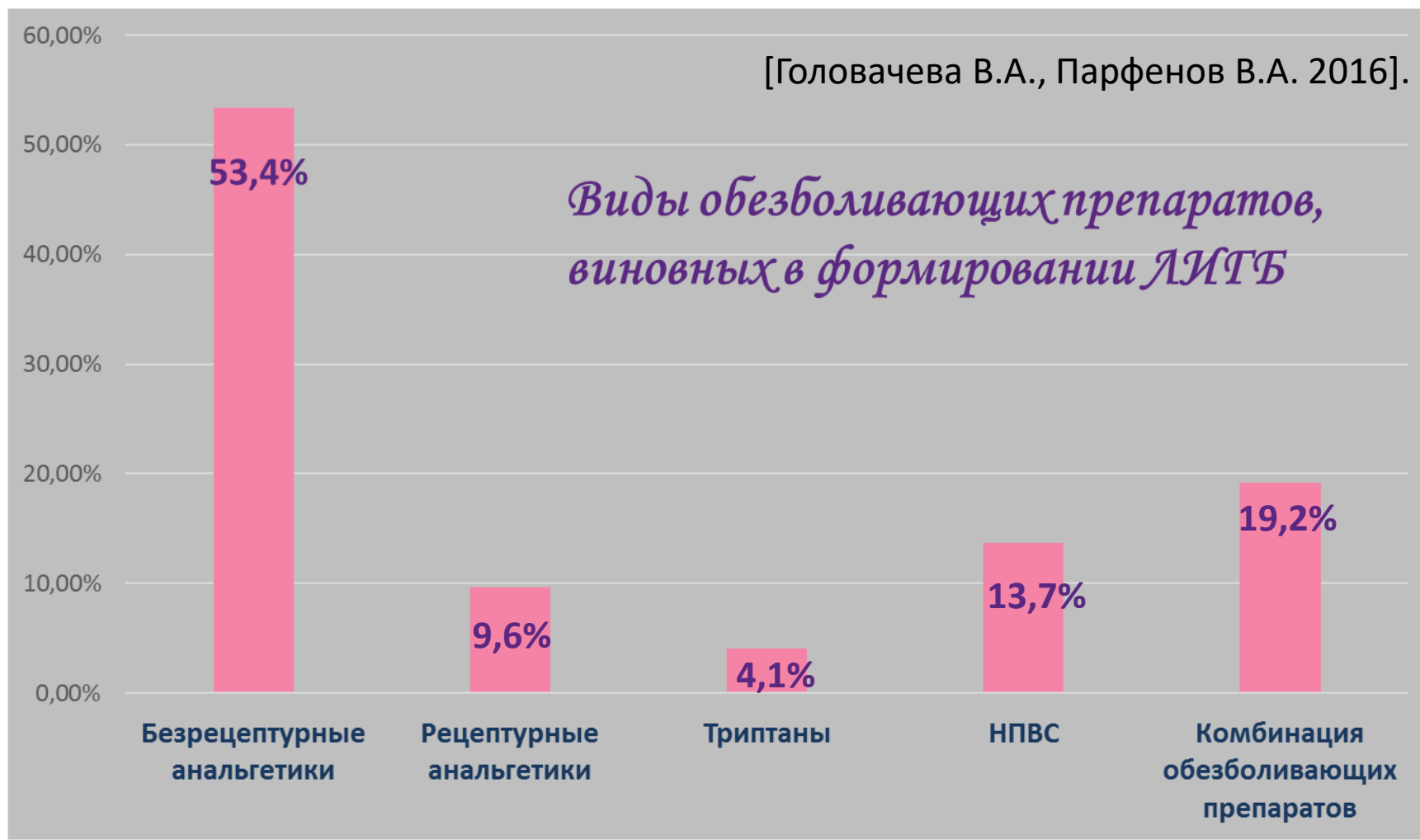
- ЛИГБ диагностируется у 30-50% пациентов, обращающихся в европейские и американские клиники головной боли [Evers S. с соавт., 2011].
- Авторы отечественного исследования, проводимого в Санкт-Петербурге и Самаре, диагностировали ЛИГБ у 39% пациентов с ХЕГБ [Амелин А.В. с соавт., 2011].
- По данным крупного российского исследования, проведенного по инициативе Всемирной кампании по борьбе с головными болями (The Global Campaign against Headache), 68,1% пациентов с головной болью принимают избыточное количество обезболивающих препаратов [Ayzenberg I. с соавт., 2014].
- По результатам клинических исследований, проводимых на кафедре нервных болезней и нейрохирургии Сеченовского Университета, ЛИГБ отмечается у 81% пациентов с первичными формами ХЕГБ [Головачева В.А., Парфенов В.А. 2016].

Обезболивающие препараты, которые приводят к развитию лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ)

- Избыточный прием любых обезболивающих препаратов может привести к ЛИГБ
- Долевое соотношение фармакологических групп препаратов, вовлеченных в формирование ЛИГБ, различается между странами [Radat F. с соавт., 2014].
- Избыточный прием триптанов – редкая причина ЛИГБ [Сергеев А.В., Мещерина М.И., Табеева Г.Р., 2011] в России и одна из самых частых причин развития ЛИГБ в странах Западной Европы [Meskunas C.A. с соавт., 2006].
- По данным французского исследования в 34,5% случаев ЛИГБ была связана с избыточным приемом триптанов и их сочетанием с анальгетиками, и только в 3,1% случаев – с избыточным приемом комбинированных анальгетиков [Radat F. с соавт., 2014].
- Избыточный прием барбитурат-содержащих комбинированных анальгетиков - одна из актуальных проблем в США [Tfelt-Hansen P.C. с соавт., 2008].
- В России наблюдается высокая распространенность ЛИГБ, связанной с избыточным приемом комбинированных анальгетиков (88%) [Сергеев А.В., Мещерина М.И., Табеева Г.Р., 2011]. В России в единичных случаях ЛИГБ связана с триптанами (6%), эрготаминами (3%) и НПВС (3%), а избыточный прием нескольких видов обезболивающих препаратов отмечается у 31% пациентов.

Результаты клинического исследования, проводимого на кафедре нервных болезней и нейрохирургии Сеченовского Университета

✓ ЛИГБ диагностирована у 73 (81,1%) пациента с хронической головной болью, обращающихся в Клинику нервных болезней им. А.Я. Кожевникова



У каких пациентов может развиваться лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ)?



- ЛИГБ возникает у пациентов, которые страдают какой-либо головной болью (чаще первичной) и регулярно принимают избыточное количество обезболивающих препаратов [Evers S. с соавт., 2010].
- У пациентов с болевыми синдромами другой локализации (боль в спине, артралгии при ревматоидном артрите и другое) и без жалоб на головную боль избыточный прием обезболивающих препаратов не приводит к развитию ЛИГБ [Lance F. с соавт., 1988; Zwart J.A. с соавт., 2004].

Факторы риска лекарственно-индуцированной головной боли

- зрелый возраст,
- женский пол,
- низкий социально-экономический статус,
- низкий уровень образования,
- частые приступы головной боли,
- ожирение,
- употребление большого количества кофеина или резкое прекращение приема кофеина,
- нарушения сна,
- стрессовые события,
- депрессия,
- тревожное расстройство и другие эмоционально-аффективные расстройства



Патогенез лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ)

- Показано, что с течением времени и увеличением частоты головной боли, частым приемом обезболивающих препаратов у пациентов формируется дисфункция ноцицептивных систем мозга: сенситизация периферических и активация «немых» ноцицепторов тригемино-васкулярной системы, гиперчувствительность нейронов ядра тройничного нерва, а также недостаточность нисходящих ингибиторных (антиноцицептивных) путей.
- Нейрохимическими коррелятами сенситизации является повышение уровня глутамата, субстанции P, кальцитонин-генродственного пептида (CGRP), нейрокинина A, нейротрофического фактора роста. Эти нейрохимические изменения лежат в основе процессов нейротоксичности и апоптоза.
- По данным функциональной МРТ у пациентов с ЛИГБ отмечается снижение метаболизма в ряде областей мозга: инселе, таламусе, передней цингулярной борозде, теменной доле, орбитофронтальной коре.
- В качестве одного из ведущих механизмов формирования ЛИГБ обсуждается феномен гипералгезии, возникающий на фоне длительного приема обезболивающих препаратов, например опиатов. Подавление ингибиторных противоболевых механизмов («ингибирование ингибирования»), прямые возбуждающие эффекты, приводящие к повышению корковой возбудимости и облегчающие «запуск» корковой распространяющейся депрессии, а также активация «молчащих» ноцицепторов обсуждаются в качестве возможных механизмов опиоидной гипералгезии. Важная роль принадлежит также активации NMDA-рецепторов и повышению уровня глутамата. Доказано, что частый прием опиоидов и барбитуратов повышает риск прогрессирования мигрени (даже при кратковременных курсах лечения); потенциал триптанов и НПВС как факторов прогрессирования не столь велик.

Клиническая картина лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ)

- ЛИГБ не имеет собственной четкой клинической картины
- Обычно ЛИГБ проявляется тем, что изначальная головная боль (чаще всего мигрень или головная боль напряжения) учащается и меняет свою клиническую картину.
- Если пациент изначально страдает мигренью, то наряду с интенсивными приступами мигрени появляются менее интенсивные приступы, головные боли становятся практически ежедневными, приобретают клинические черты головной боли напряжения
- Если пациент изначально страдает головной болью напряжения, то регулярное злоупотребление обезболивающими препаратами приводит к тому, что приступы головной боли становятся более интенсивными, практически ежедневными и приобретают клинические черты мигрени (высокая интенсивность боли, выраженная тошнота и/или фото- или фонофобия).

Диагностика лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ)

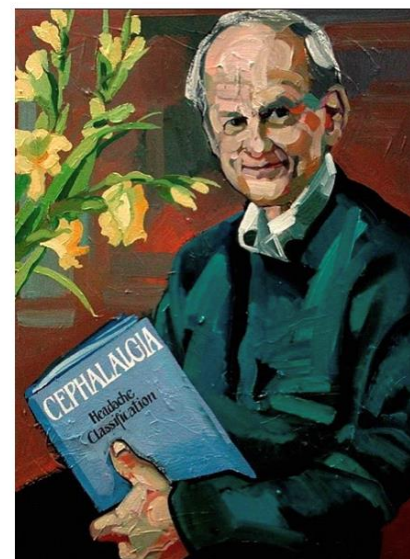
Диагноз ЛИГБ основывается на тщательном сборе жалоб, анамнеза и диагностических критериях Международной классификации головных болей третьего пересмотра (МКГБ-3).



ichd-3.org



The International Classification of Headache Disorders 3rd edition



On behalf of the Classification Committee of The International Headache Society I am proud to present the **third edition of the International Classification of Headache Disorders**

(ICHD-3). This follows the publication of **ICHD-3 beta** in 2013. The idea behind the beta version was to promote more field testing before presentation of the final ICHD-3, and this has worked well. There have been excellent field-testing studies published, in

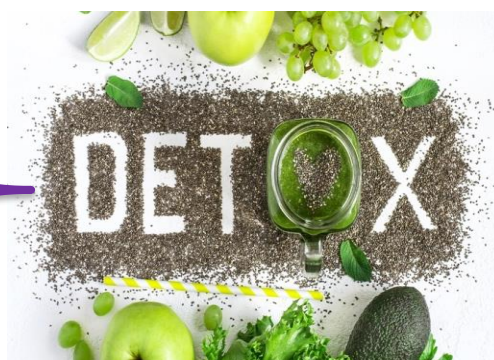
**Диагностические
критерии
Лекарственно-
индуцированной
головной боли по
Международной
классификации
головных болей 3-
го пересмотра
[Headache
Classification
Subcommittee of
the International
Headache Society,
2013]**

Лекарственно-индуцированная головная боль
--

- | |
|--|
| <p>A. Головная боль, которая присутствует 15 дней и более в месяц у пациента с ранее существовавшей головной болью.</p> <p>B. Регулярное, на протяжении 3 месяцев и более злоупотребление одним или несколькими препаратами для купирования острого приступа и/или симптоматического лечения головной боли.</p> <p>C. Не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3.</p> |
|--|

Лечение лекарственно-индуцированной головной боли

- **Образовательная беседа с пациентом о причинах заболевания**
- **Одномоментная или постепенная отмена обезболивающих препаратов, вовлеченных в формирование абзуса**
- **Достаточное потребление жидкости**
- Дезинтоксикационная терапия глюкокортикостероидами (в течение 10 дней) - преднизолон (в таблетках) или дексаметазон (в/в) (в тяжелых случаях абзусной головной боли)
- Терапия исходной формы головной боли
- Топирамат



Прогноз лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ)

- Течение ЛИГБ неоднозначно. Даже после успешно проведенной терапии риск рецидива ЛИГБ через 1 год составляет около 30% (по данным различных исследований показатель варьирует от 14% до 41%) [Ghiotto N. с соавт., 2009; Katsarava Z. с соавт., 2002].
- Данные большинства исследований демонстрируют, что если рецидив ЛИГБ возникает, то он, как правило, развивается в первые несколько месяцев после лечения.



СЕЧЕНОВСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
НАУК О ЖИЗНИ

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Общие вопросы неврологии боли

БОЛЬ – неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с имеющимся или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ – боль, продолжающаяся более трех месяцев или сверх нормального периода заживления

Международная ассоциация по изучению боли (IASP)

НОЦИЦЕПТИВНАЯ

НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ

ПСИХОГЕННАЯ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ?

Распространенность болевых синдромов

- **Головные боли в популяции:**
 - ✓ мигрень 12-18% [Stewart W.F., 1996, Russel M.B., 1995]
 - ✓ головные боли напряжения 38% [Brian S.S., 1998]
- **Боли в шее и в спине в популяции:**
 - ✓ в Европе 37 % [Schmidt С. И др., 2007]
 - ✓ в России 42-56% [Шмидт И.Р., 1992; Киселев Д.С. и др., 2002; Павленко С.С. и др., 2002]
 - ✓ боли в суставах до 35% [Галушко Е. А., Эрдес Ш.Ф., 2009]
- **Фибромиалгия 3-4%**
- **Тазовые боли 4-8%**
- **Онкологические боли 70% больных**
- **На неврологическом приеме – 46% пациентов [С.С.Павленко, 2002]**

Боль – «молчаливая эпидемия»

Российская статистика

70 миллионов
Когда либо имели
боль в спине

12 миллионов
мигрень

10 миллионов
Хр. болезни
суставов

6 миллионов
НеБ

Оказание медицинской помощи

~50%
Испытывают боль
более года

~30%
самолечение

80%
К терапевтам

70%
Другие специалисты

10 ведущих медицинских причин, приводящих к увеличению количества лет, прожитых с нарушением здоровья во всем мире (1990-2013 гг.)

№	Заболевание	Среднее количество лет, прожитых с нарушенным здоровьем (YLD X1000), 1990 г.	Порядковый номер, 1990 г., 95% ДИ	Среднее количество лет, прожитых с нарушенным здоровьем (YLD X1000), 2013 г.	Порядковый номер, 2013 г., 95% ДИ	Медиана изменения YLD по сравнению с 1990 г., %
1.	Боль в нижней части спины	46 068	1.3 (1–2)	72 318	1.0 (1–1)	57 (53–61)
2.	Большое депрессивное расстройство	33 711	2.8 (1–4)	51 784	2.1 (2–4)	53 (49–59)
3.	Железодефицитная анемия	40 079	2.0 (1–3)	36 663	3.6 (2–6)	-9% (-10 – -7)
4.	Боль в шейном отделе позвоночника	22 294	4.7 (4–6)	34 348	4.3 (3–6)	54 (49–60)
5.	Нарушение слуха	21 633	5.1 (3–7)	32 580	5.3 (3–9)	51 (45–55)
6.	Мигрень	19 805	5.8 (4–8)	28 898	6.6 (3–10)	46 (41–50)
7.	Сахарный диабет	12 533	9.5 (8–11)	29 518	6.7 (5–9)	136 (127–144)
8.	ХОБЛ	15 151	7.9 (6–10)	26 131	7.8 (4–10)	72 (67–79)
9.	Тревожные расстройства	17 180	6.9 (4–9)	24 356	8.5 (5–10)	42 (36–47)
10.	Другие скелетно-мышечные заболевания	12 672	9.5 (7–12)	22 644	9.2 (7–10)	79 (75–83)

10 ведущих медицинских причин, приводящих к увеличению количества лет, прожитых с нарушением здоровья в России (1990-2013 гг.)

№	Заболевание	Число случаев, 1990 г., тыс.	Число случаев, 2013 г., тыс.
1.	БНЧС	17,286,4 (16,309—18,324,4)	19,451,5 (18,347—20,506,3)
2.	БДР	6,467,3 (4,175,6—8,976,7)	6,713,7 (3,989,9—9,411,2)
3.	НС	28,639,4 (25,375—31,535,8)	31,807,9 (28,154,0—34,977)
4.	Мигрень	24,815,4 (22,610,3—27,178)	25,387,8 (23,780—27,265,9)
5.	БШ	7,140,4 (5,863,3—8,318,4)	8,303,8 (6,910,0—9,503,0)
6.	АГБ	2,756,3 (1,840,4—3,695,4)	4,593,3 (3,096,4—6,069,3)
7.	СМЗ	4,668,8 (3,665,6—5,672,4)	7,742,1 (6,211,1—9,366,8)
8.	СД	5,811,0 (4,684,9—7,089,3)	8,082,0 (6,496,7—9,687,6)
9.	ОА	8,195,9 (7,834,5—8,518,2)	10,275,3 (9,912,4—10,647,2)
10.	АЛКО	4,834,3 (4,498,3—5,194,4)	5,230,1 (4,901,8—5,602,6)

Распространенность хронической боли

От хронической боли страдает каждый пятый взрослый житель Европы (19% или 75 миллионов человек) [Breivik H., 2006]

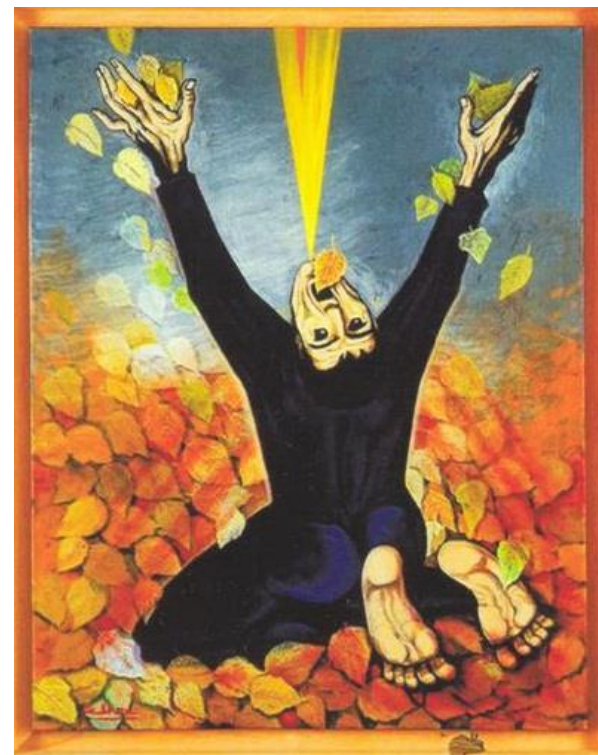
- США – 24%
- Великобритания – 46%
- Швеция – 54%
- Европа – 19%
- Австралия – 19%
- Япония – 13%
- **Россия – от 25% до 56%**

Хроническая боль увеличивает риск смерти независимо от социо-демографических факторов.



Декларация Европейской Федерации боли EFIC (2001 г.)

*“Боль является серьезной проблемой здравоохранения в Европе. Если острая боль может рассматриваться как симптом заболевания или травмы, то **хроническая или рецидивирующая боль** собственно является **болезнью**”.*



Декларация Международной ассоциации по изучению боли (2010 г.)

Доступ граждан к лечению боли является фундаментальным правом человека

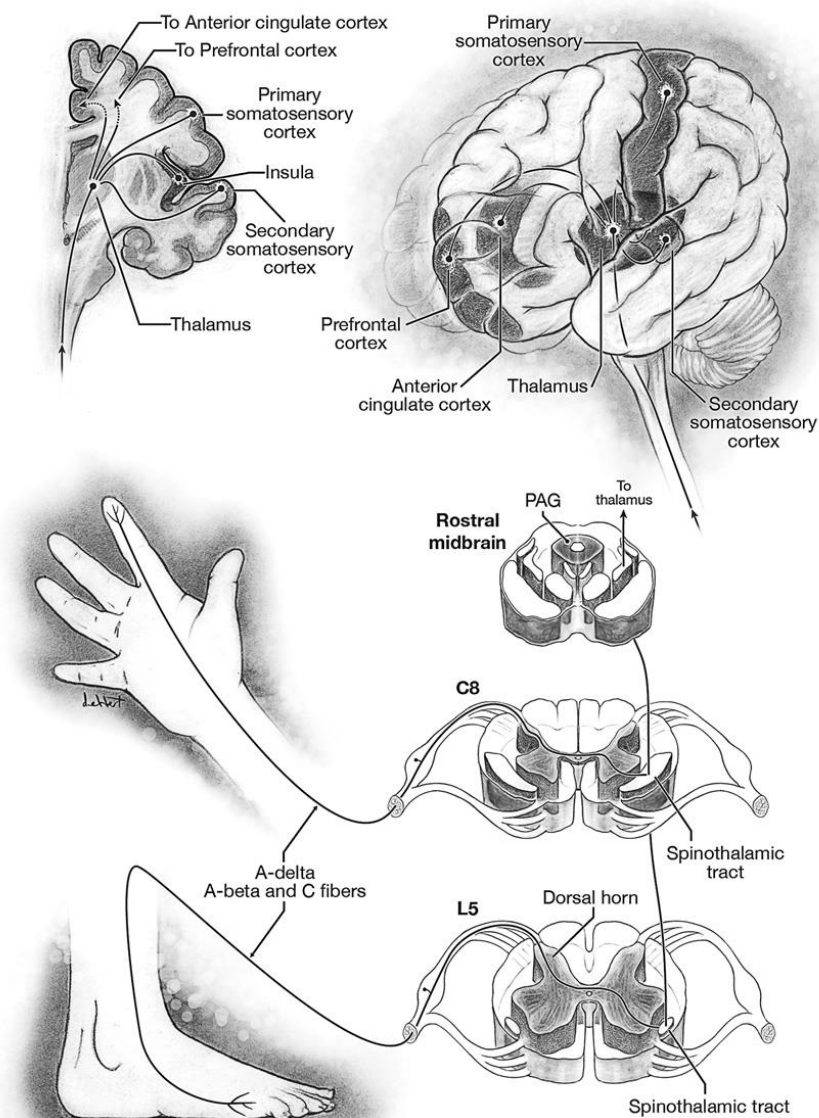
Для обеспечения этого права мы признаем следующие обязательства:

1. Обязательства правительств и всех органов здравоохранения, ..., для принятия законов, политики и системы, которые будут способствовать, ..., доступу людей к адекватной противоболевой помощи. **Непринятие подобных законов, политики и систем оказания помощи противоречит этике и нарушает права людей**, которые в результате подобного бездействия продолжают испытывать страдания.

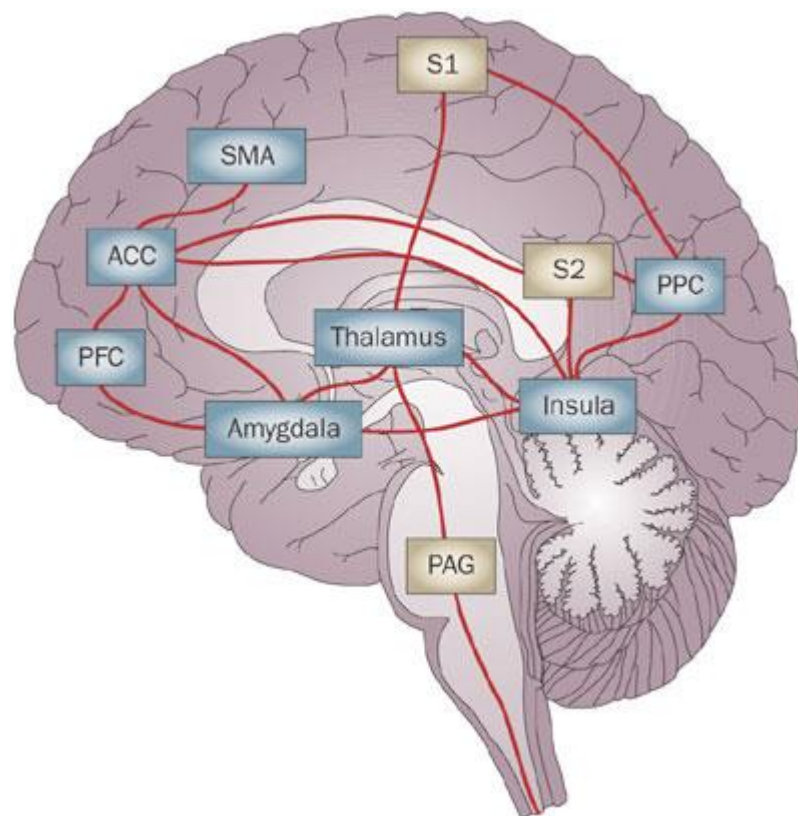
Резолюция Европарламента о позиции и обязательствах Евросоюза по профилактике и контролю за неинфекционными заболеваниями (2011 г.)

Парламент Евросоюза признает, что **хроническая боль** является распространенным симптомом большинства неинфекционных заболеваний и рассматривается как проблема, требующая решения

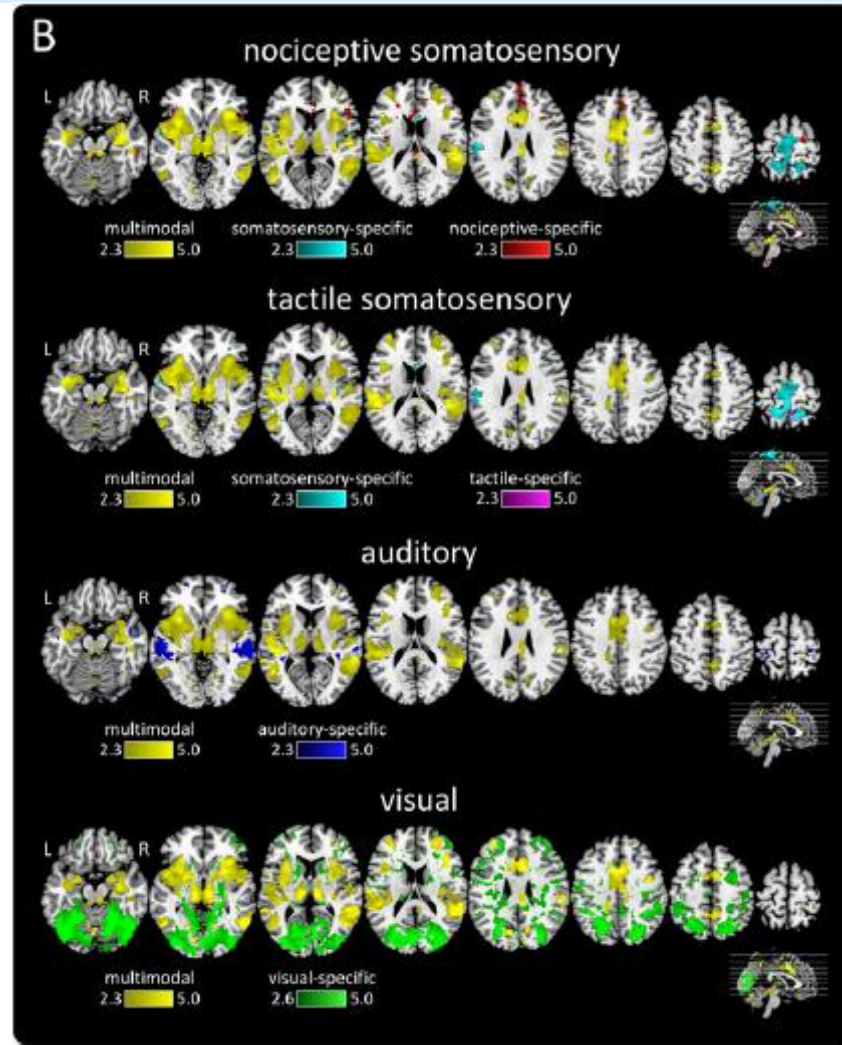
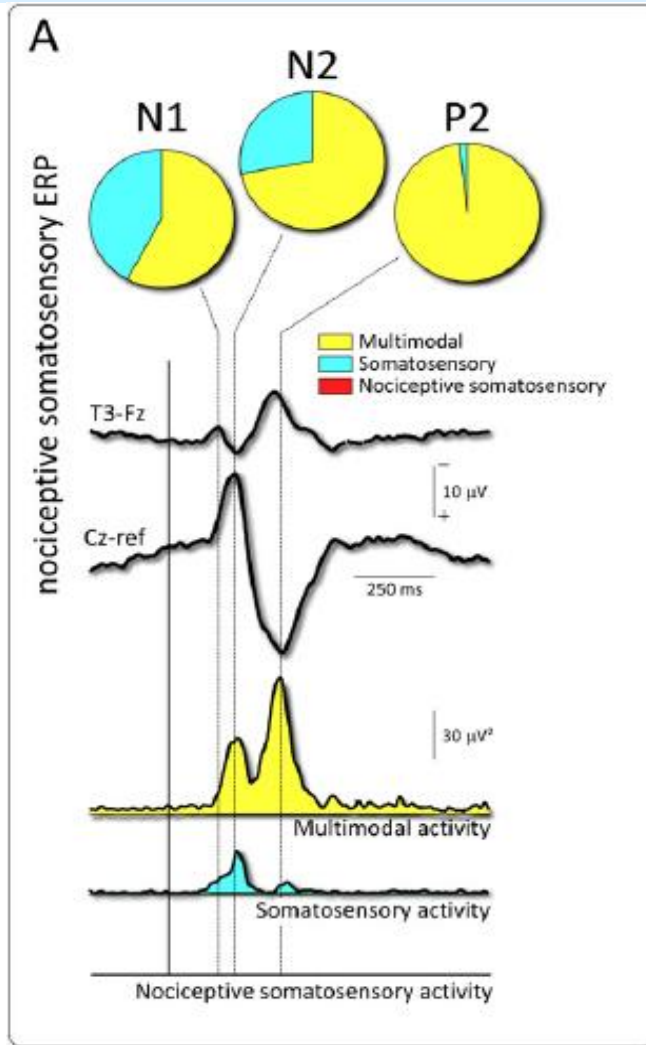
Структуры нервной системы, принимающие участие в передаче и обработке ноцицептивной информации



Copyright © 2008, University of Washington. All rights reserved.

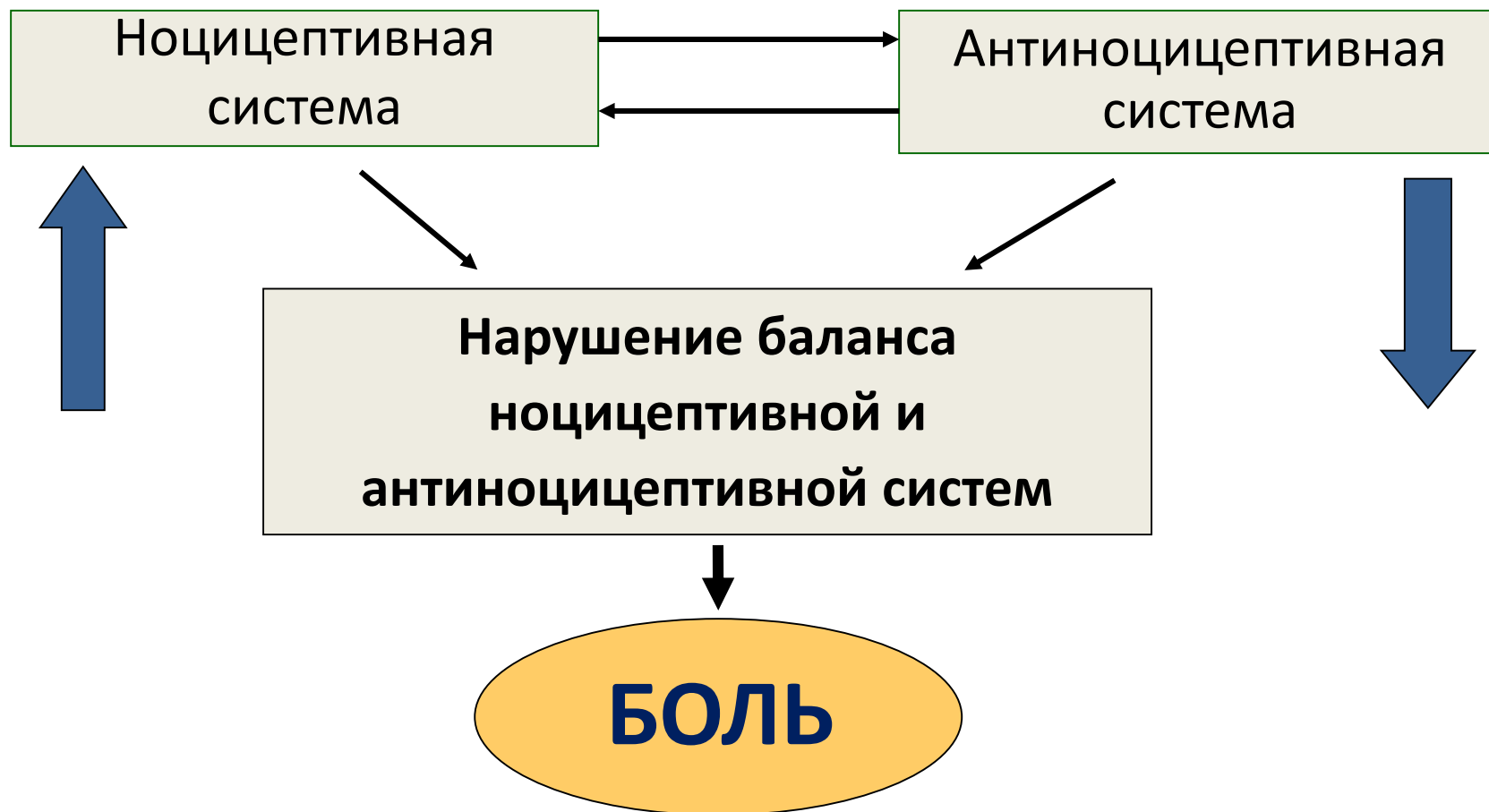


Мультимодальная активация “болевого матрикса”

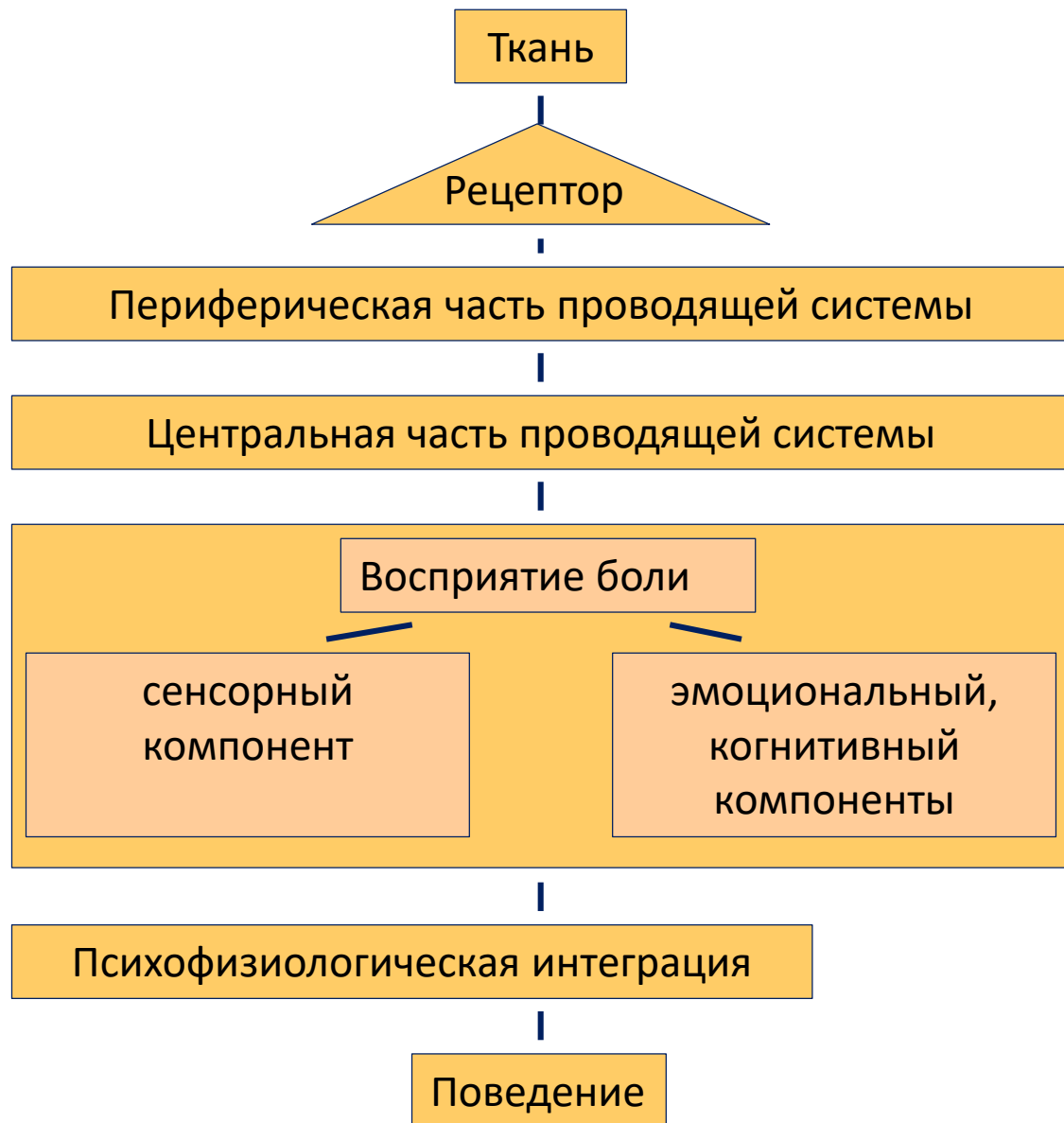
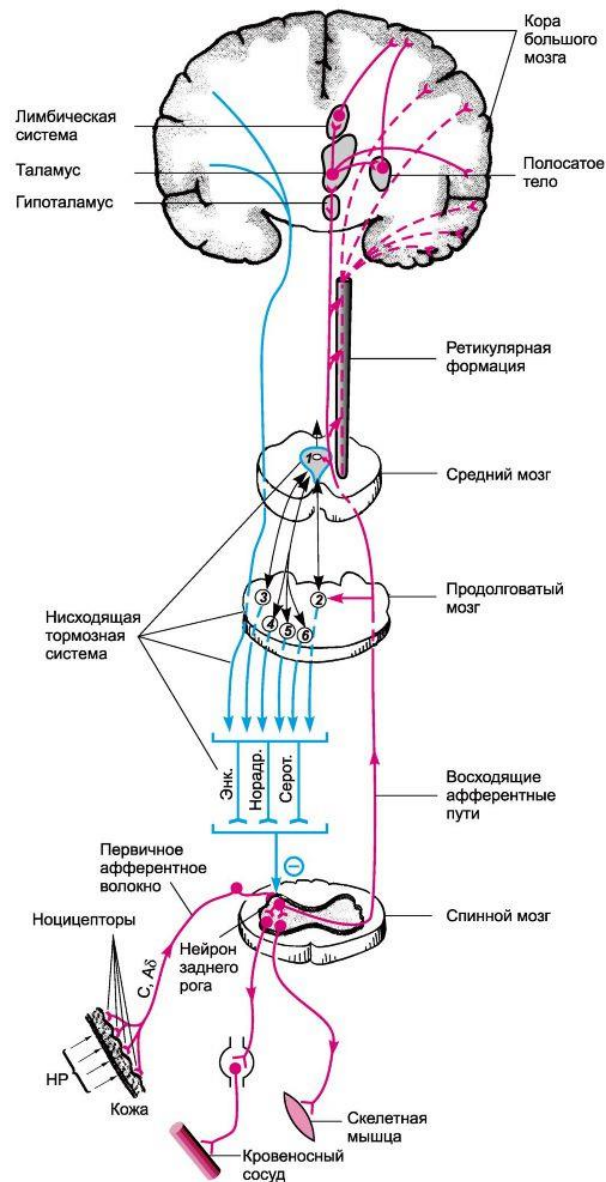


Подавляющее большинство ноцицептивных вызванных потенциалов могут быть объяснены мультимодальной и специфической соматосенсорной активацией структур ЦНС, а не специфической ноцицептивной активностью [Mouraux A., Iannetti G., 2009]

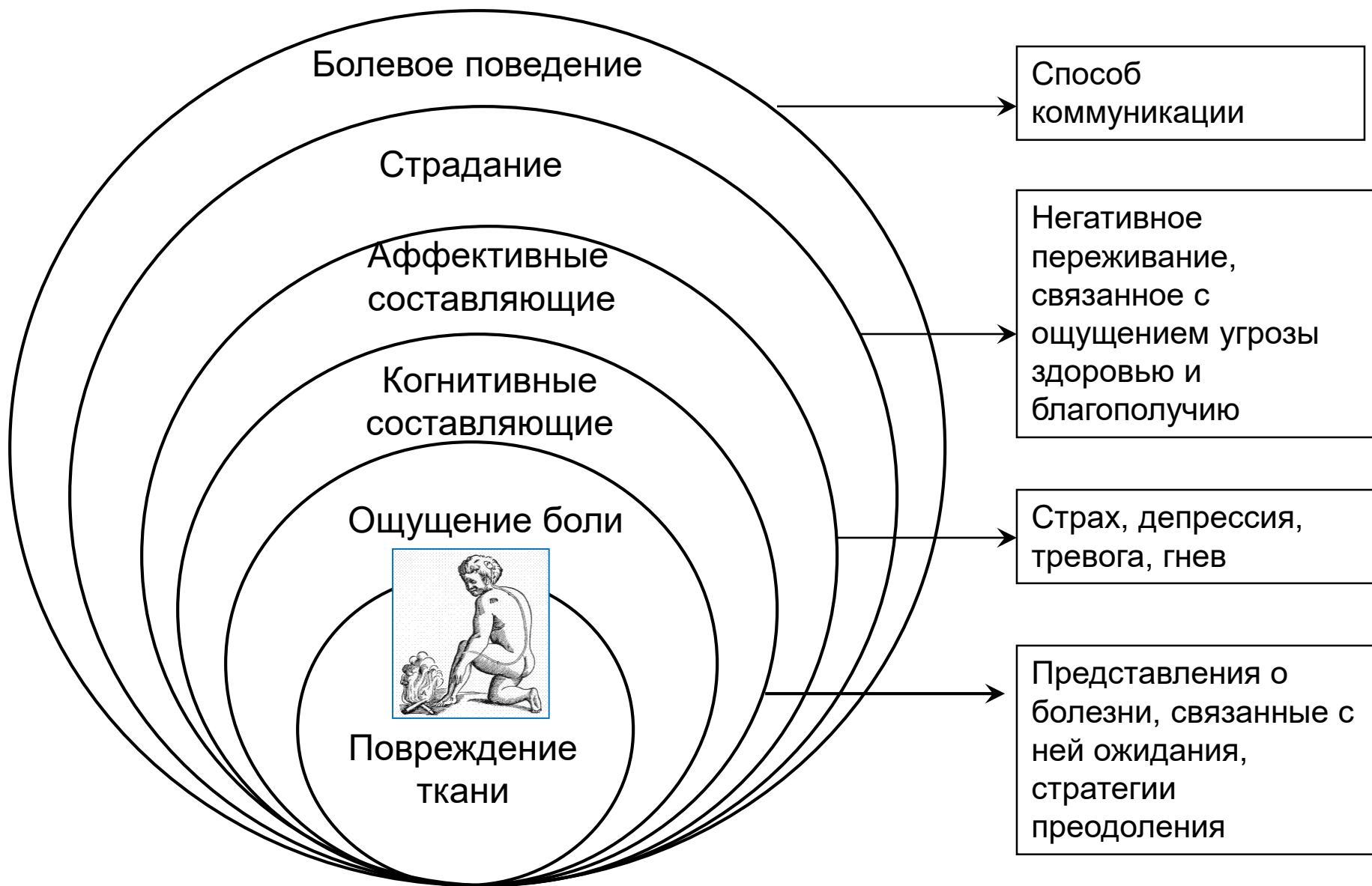
Формирование боли



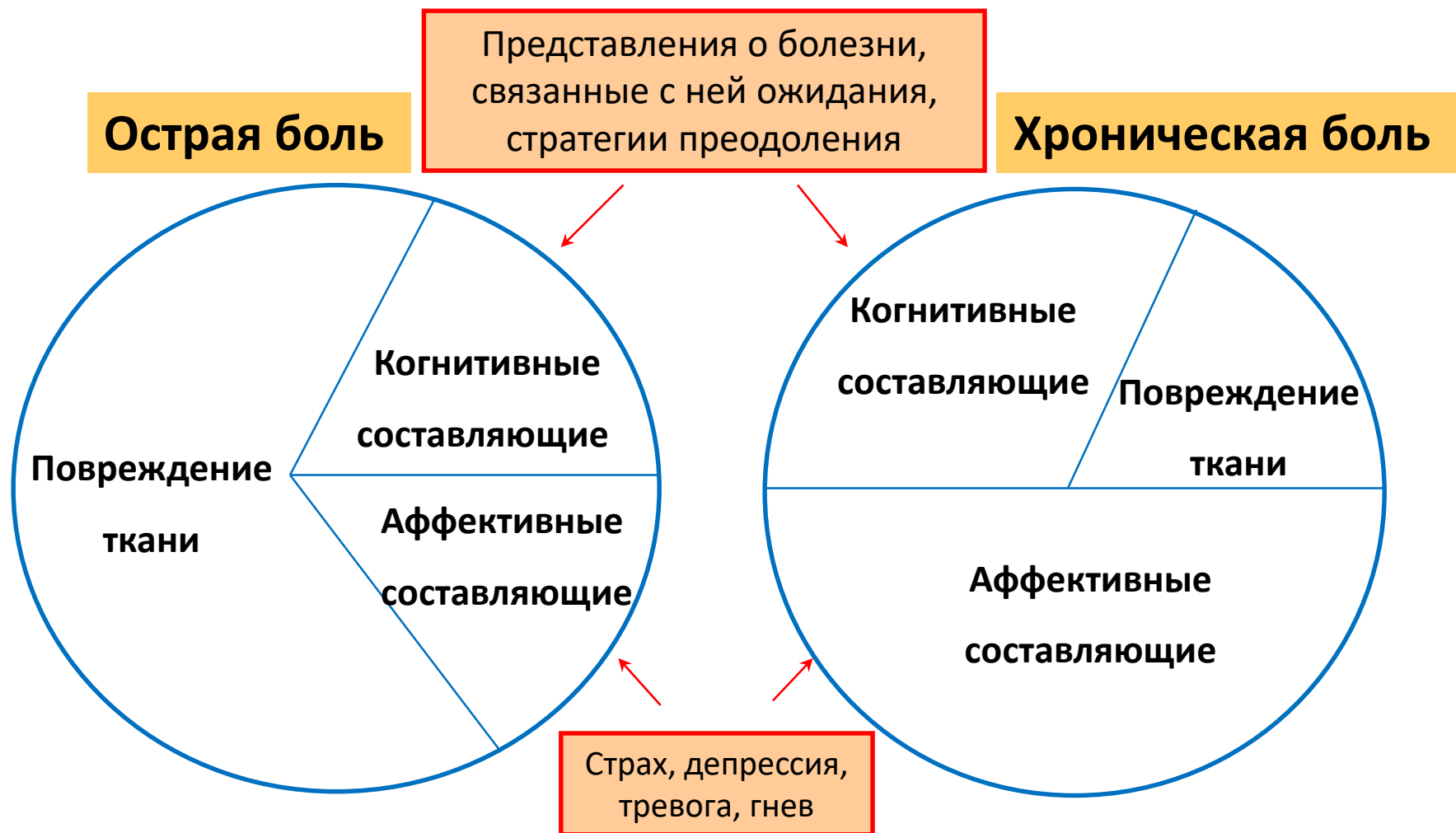
Патопсихофизиология боли



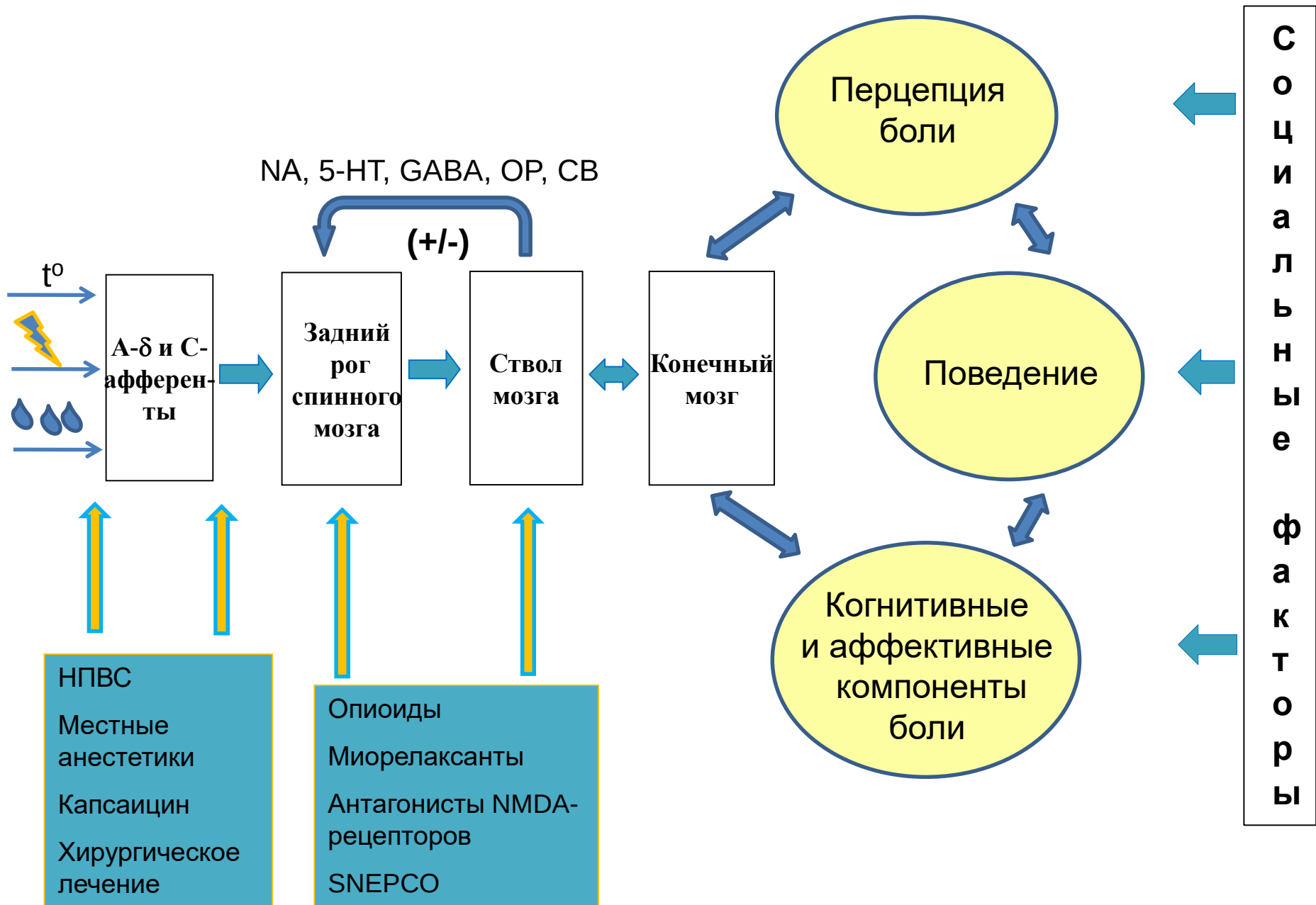
Основные составляющие хронической боли



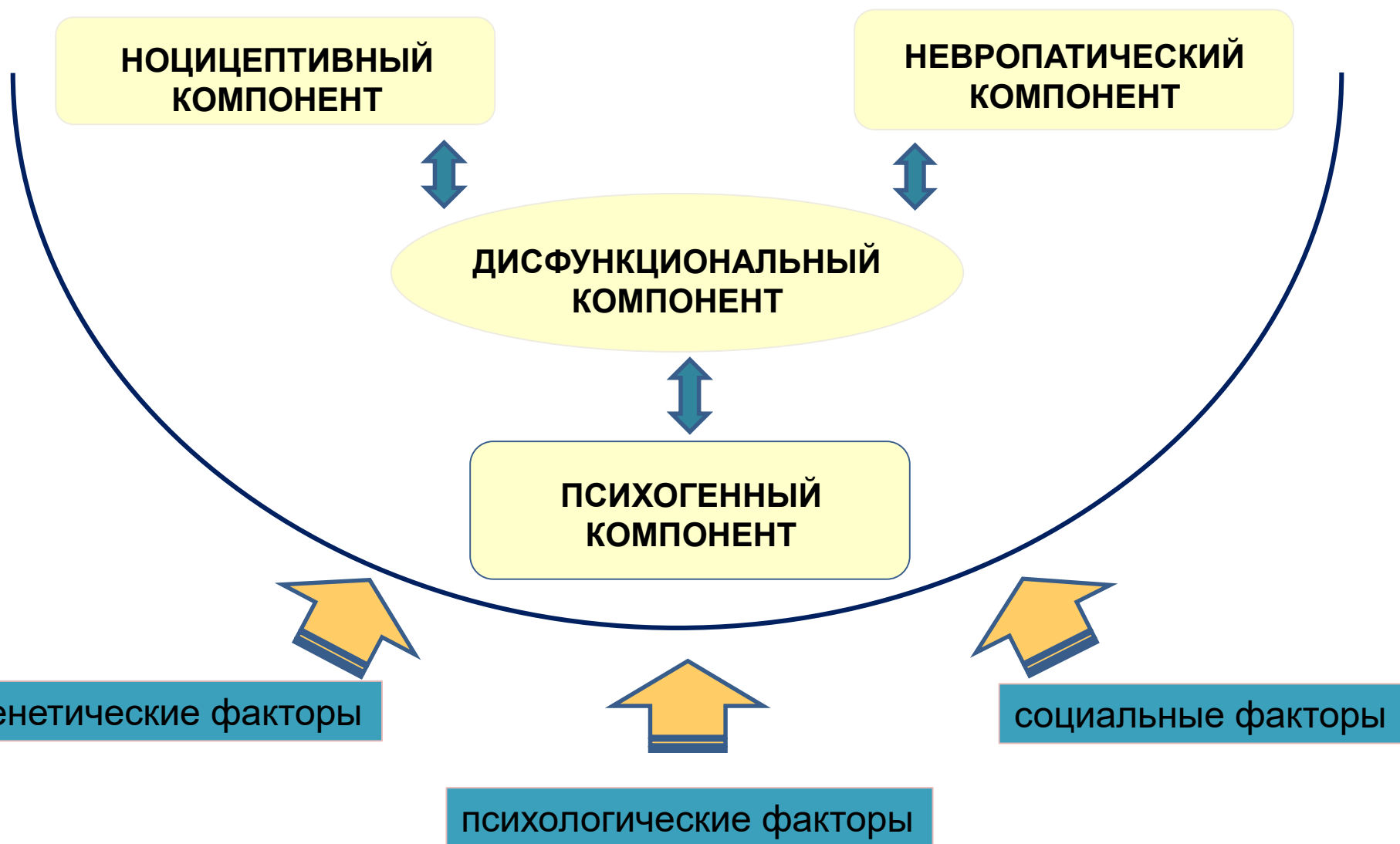
Удельный вес структурных и психологических нарушений при острой и хронической скелетно-мышечной боли



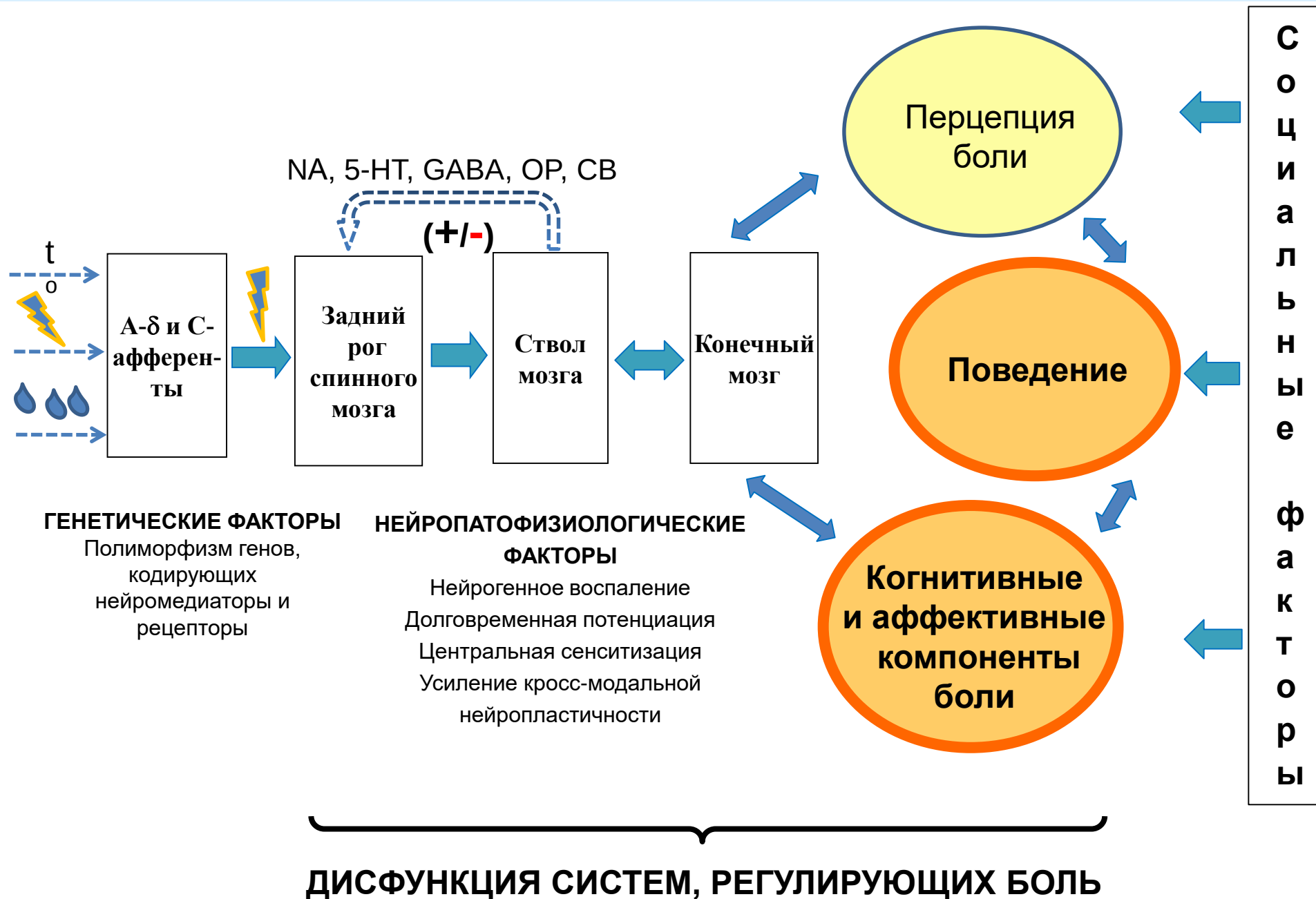
Патофизиология острой боли. Методы лечения.



Патофизиологическая структура хронической боли



Патофизиология хронической боли



Основы современного профессионального подхода к лечению боли

- Знание патофизиологии и психофизиологии боли
- Систематизированное обследование пациента
- Дифференцированное индивидуализированное лечение

Современная концепция лечения хронической боли

- Уменьшение боли и восстановления физической активности пациента
- Изменение убеждений больного по отношению к болезни и ее лечению
- Сохранение пациентом максимально возможного активного состояния и выполнения повседневной деятельности
- Пациент должен принять часть ответственности на себя за исход лечения

Лечение хронической боли



Мультидисциплинарный подход – “золотой стандарт” в лечении хронической боли

Мультидисциплинарные программы лечения включают физические, психологические, социальные и профессиональные аспекты воздействия

Амбулаторный Мультидисциплинарный Центр боли с коечным фондом – часть ВУЗа или научно-исследовательского комплекса, выполняет высокотехнологические лечебные, научные и образовательные задачи

Примерный штат:

- Специалист по Медицине боли (невролог, реабилитолог)
- Анестезиолог
- Клинический психолог, психиатр
- Физиотерапевт, эрготерапевт
- Медицинская сестра
- Специалисты, привлекаемые для консультации

Первичные головные боли

Сергеев А.В.

Клиника нервных болезней им. А.Я. Кожевникова

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

International Headache Society

Российское общество по изучению боли



Наиболее распространенные неврологические заболевания у взрослых в мире

GBD 2015 in The Lancet Neurology

Диагноз	Число случаев (с 1990 по 2015)
ГБН	около 1 500 млн
Мигрень	около 1 000 млн
ЛИГБ	Около 60 млн
Б-нь Альцгеймера и др. виды деменции	Около 46 млн.

Наиболее частые формы ГБ у взрослых

Первичные

1. Головная боль напряжения
2. Мигрень
3. Кластерная ГБ и другие ТВЦ

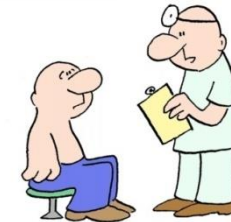
Вторичные

1. Лекарственно-индуцированная ГБ (ЛИГБ, абзусная ГБ)
2. ГБ, связанная с травмой головы и шеи
3. -- с похмельем
4. -- с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава
5. -- с миофасциальным синдромом мышц головы и шеи
6. -- с повышением или понижением ликворного давления
7. Цервикогенная ГБ
8. Тригеминальная невралгия

Что необходимо для правильной диагностики ГБ (№1 - мигрень, ГБН)?

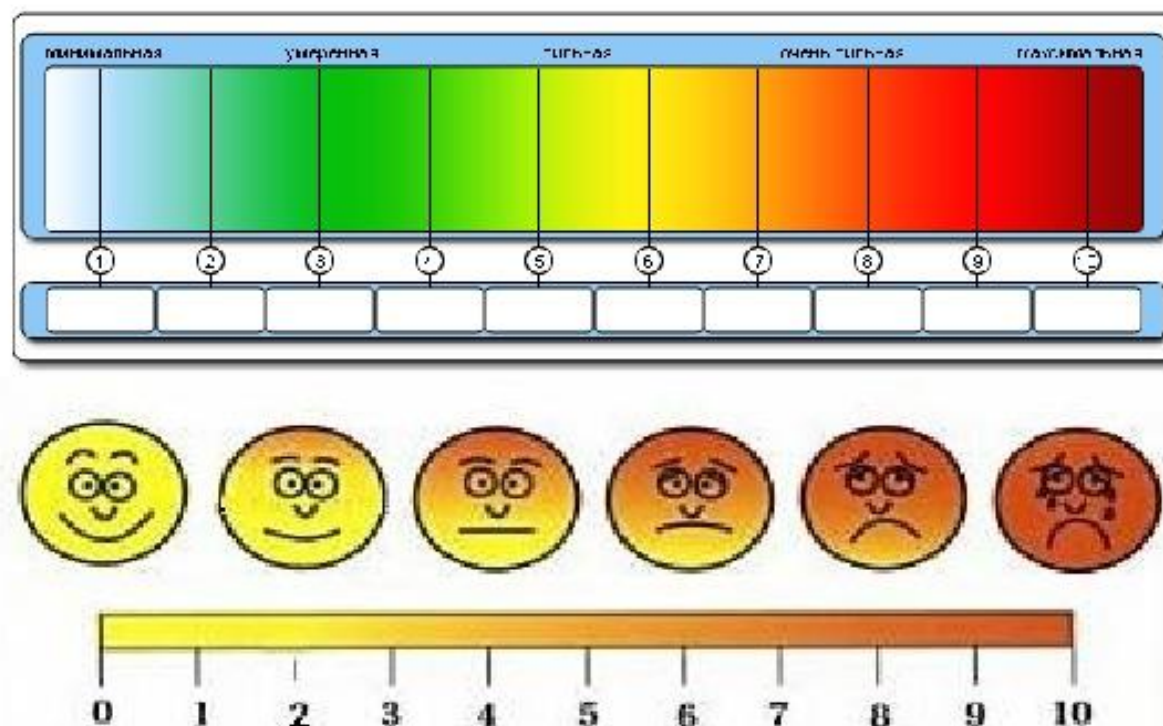
- Знать диагностические критерии классификации (МКГБ)
- Диагностика клиническая:
опрос (типичные жалобы) и нормальный неврологический статус

«Задай пациенту правильные вопросы,
и ты узнаешь диагноз»



- Доп. исследования не информативны и показаны только при подозрении на вторичную ГБ (могут выявляться неспецифические изменения при доп. исследованиях)
- Правильная формулировка диагноза

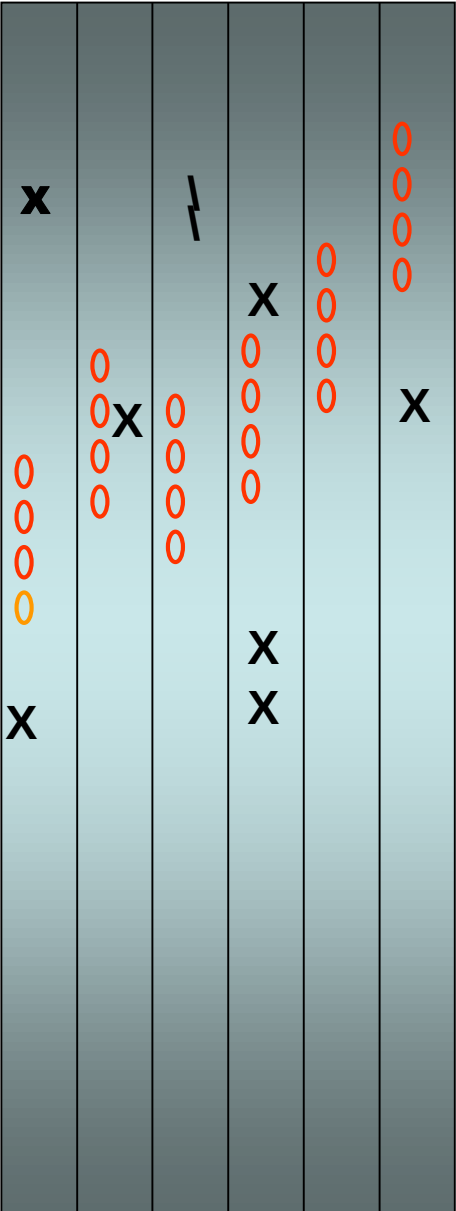
Визуально-аналоговая шкала боли



Дневник ГБ для выявления менструальной мигрени

С разрешения Табеевой Г.Р., 2010

янв фев март апр май июнь



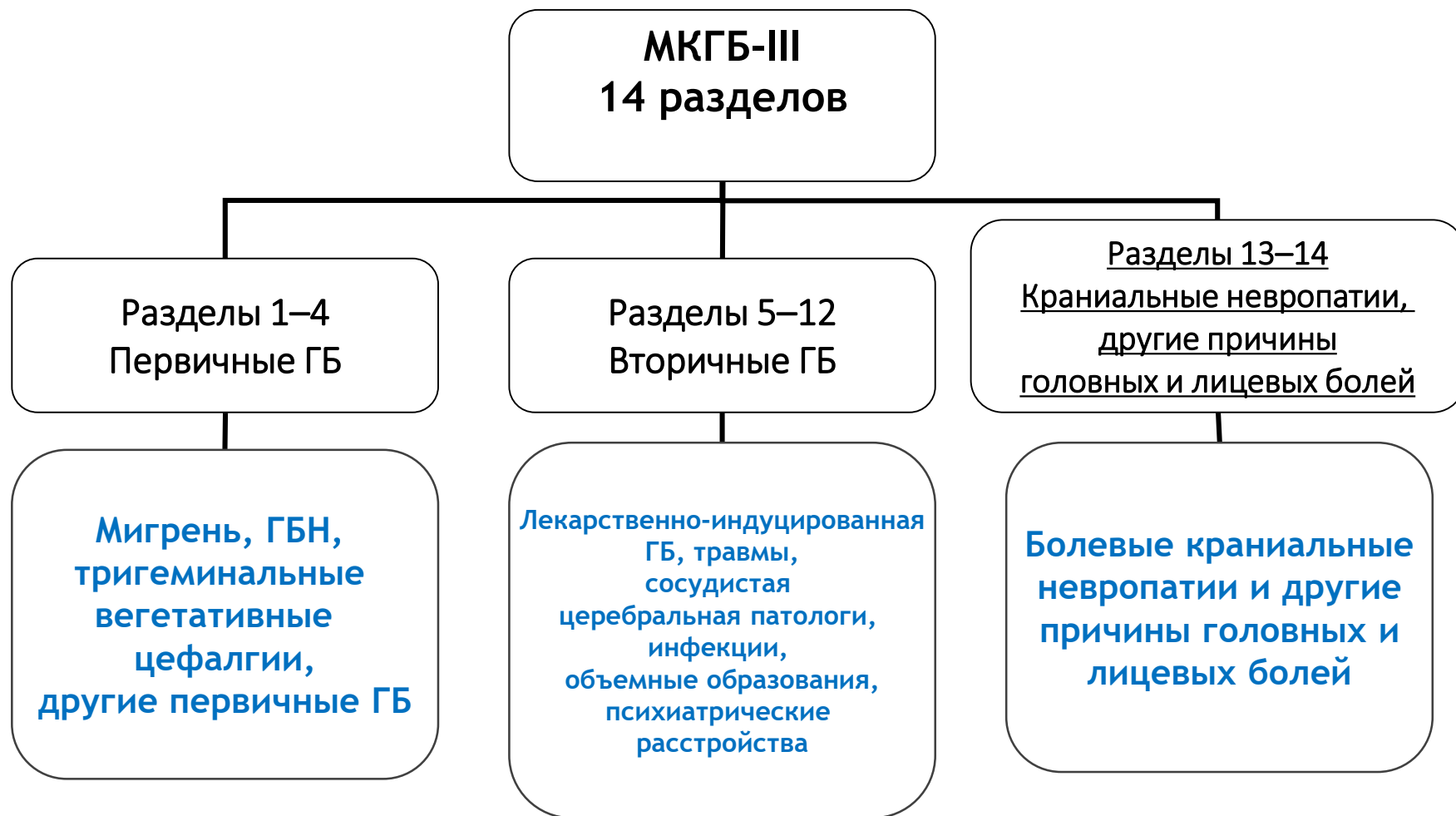
январь февраль март апрель май июнь



X – мигрень
0 – дни менструации

Менструальная мигрень

Международная классификация головных болей III пересмотра (2018)



Диагностика головных болей



Красные флаги - правило SNOOP₄

- **S**ystemic symptoms (fever, weight loss) or **S**ystemic disease (malignancy)
- **N**eurologic symptoms or signs (cognition, visual, focal)
- **O**nset sudden (acute or thunderclap headache)
- **O**nset after age 50 years
- **P**revious headache history (new or different)
- **P**ersistent (daily) and/or **P**rogressive
- **P**recipitation by valsalva (cough, bend)
- **P**ostural
- **H**eadache (single or particular headache)



- **С**истемные проявления / заболевания
- **Н**еврологические нарушения
- **О**строе / внезапное начало
- Дебют п**О**сле 50 лет
- **П**редшествующая ГБ (новая или отличающаяся)
- **П**ерсистирующая или прогрессирующая ГБ
- **П**ровокация / усиление пробой Вальсальвы
- **П**остуральная ГБ

Правила диагностики

Острая повторяющаяся ГБ:

мигрень, затылочная эпилепсия, ОЦВС

Острая диффузная:

инфекционная, системная патология, САК

Острая локализованная:

синуситы, травма, офтальмологическая патология

Хроническая, прогрессирующая:

объемное образование, сосудистая патология, ИВГ

Хроническая, без прогрессирования:

депрессия, ГБН, тревога

Правила диагностики

Диагностика:

- Клиническая картина
- Анамнез заболевания / жизни
- Анализ соматического и неврологического статуса
- Коморбидные нарушения
- Особенности личности и болевого поведения

При отсутствии красных флагов - нет показаний для нейровизуализации и обследования

Доп. исследования при ГБ: примеры неверной трактовки

УЗДГ, РЭГ

- Снижение ЛСК, затруднение венозного оттока

МРТ, КТ

- Расширение субарахноидал. пространств
- Единичные очаги в белом веществе

R-графия ШОП

- Дегенеративные изменения

- Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП)

- Гидроцефальный синдром
- ДЭП

- Остеохондроз ШОП с цефалгическим с-мом или цервикогенная ГБ

-- Неспецифический характер
-- Не указывают на причину ГБ
-- Не могут быть основанием
для диагноза!

Основные коморбидные мигрени заболевания

Психические:

- **Депрессия**
- **Тревога**
- Паническое расстройство
- Биполярные расстройства
- ГТР
- Суицидальные мысли и попытки

Кардиоваскулярные:

- Инсульт
- Артериальная гипертензия
- Проплапс митрального клапана
- Открытое овальное окно
- Синдром Рейно
- ИБС, гиперлипидемия

Неврологические:

- Эпилепсия
- Позиционное вертиго
- Эссенциальный тремор
- Вестибулопатия
- **Диссомния**

Желудочно-кишечные

- Дискинезия желчного пузыря
- Язвенная болезнь
- Непереносимость глютена
- Целиакия

Другие:

- Аллергия
- Астма, хр. бронхит
- Ожирение
- Др. болевые синдромы (ФМ)
- Храп / сонные апное
- **Лек. абюзус**
- Гипофункция щитов. железы
- Алкогольная зависимость
- **Дисфункция ВНС**
- Эндометриоз
- Бруксизм
- Розовые угри

Современный консенсус по лечению мигрени

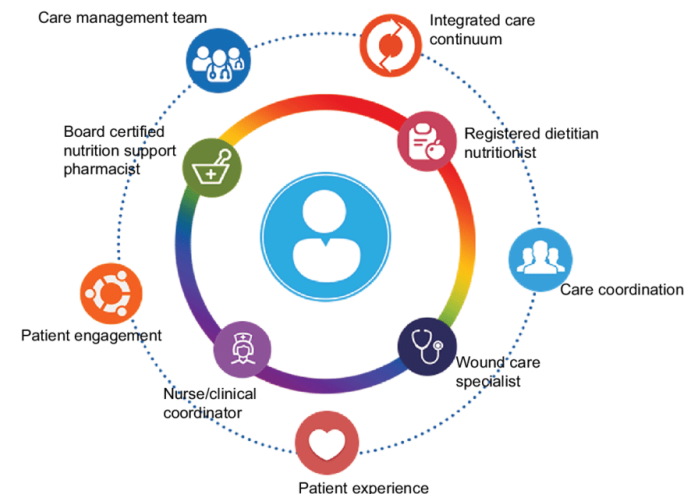
Пациент ориентированный подход

Received: 16 March 2021 | Accepted: 9 May 2021
DOI: 10.1111/head.14153

AHS CONSENSUS STATEMENT

The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice

Jessica Ailani MD¹ | Rebecca C. Burch MD² | Matthew S. Robbins MD³ | on behalf of the Board of Directors of the American Headache Society⁴



- Разработка и обсуждение плана терапии
- Нелекарственная терапия
- Лечение приступа
- Профилактическое лечение

Основные принципы нелекарственной профилактики

- Нормализация сна
- Регулярная оздоровительная спортивная нагрузка (предпочтение аэробной нагрузке)
- Регулярный режим питания (избегать пропуска приема пищи, полноценный завтрак)
- Ограничение приема кофеина
- Выявление и элиминация триггеров
- Поведенческая терапия, психотерапевтическая коррекция
- Когнитивно-поведенческая терапия

Терапия приступа

- Стратифицированный подход
- прием препарата в первые 20-30 минут
- использование адекватных доз
- возможность / доступность приема препарата
- лечение ассоциированных симптомов
- не более 3 раз в неделю (профилактика абзусной головной боли)
- избегать приема per os

Индивидуальный подбор препарата

Неспецифическая терапия приступа

Препарат	Доза	Уровень эффективности
Ацетилсалициловая кислота (АСК)	1000 мг	A
Парацетамол	1000 мг	A
Ибупрофен	200-800 мг	A
Напроксен	500-1000 мг	A
Диклофенак	50-100 мг	A
АСК + Парацетамол + Кофеин	250 мг+250 мг+50 мг	A
Кетопрофен	100 мг	B
Кеторолак (парентерально)	30-60 мг	B
Целекоксиб жидкость для прима внутрь*	120 мг	A

Предпочтение быстродействующим формам

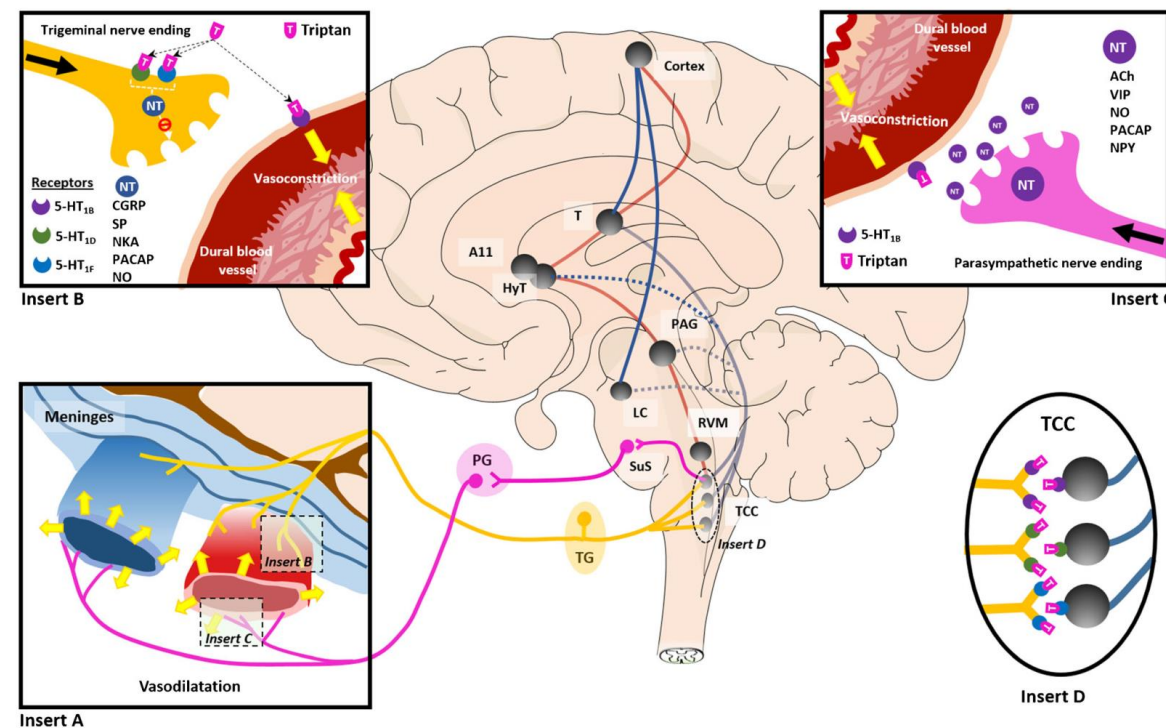
Marmura MJ et al. The Acute Treatment of Migraine in Adults: The American Headache Society Evidence Assessment of Migraine Pharmacotherapies Headache 2009

Ailani J, et al. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. Headache. 2021;00:1–19

Специфическая терапия приступа мигрени

4 периода **специфической** терапии приступа мигрени

- Эрготамин (дигидроэрготамин)
- Триптаны
- Дитаны (лазмидитан*)
- Джепанты (римегепант*, уброгепант*)



Специфическая терапия приступа

Препарат	Доза	Уровень эффективности
Суматриптан	50-100 мг	A
Элетриптан	40 мг	A
Золмитриптан	2,5 - 5 мг	A
Ризатриптан*	5-10 мг	A
Эрготамина тартрат 1 мг + кофеин 100 мг	таблетки	B / C
Дигидроэрготамин 1-2 мг ДГЭ / кофеин 1 мг / 100 мг	(спрей, в/в, ингалятор, таблетки)	A / B
Римегепант*	75 мг таблетки растворимые во рту	A
Уброгепант*	100 мг	A

~300-500 мл ВОДЫ (изотоник, мин. вода негазированная)

Профилактическая терапия мигрени

Пациент ориентированный подход

- **Высокая частота** приступов (3 и более в месяц)
- Продолжительные **тяжелые приступы** (2 и более дней/ статусы)
- Неэффективность острой терапии
- Тяжелые симптомы ауры
- Хроническая мигрень и лекарственный абюзус
- Редкие наследственные формы мигрени (СГМ, СМ)
- Коморбидные нарушения в межприступном периоде

Осипова В.В. 2008

European principles of management of common headache disorders in primary care. 2007.

Ailani J, et al. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. Headache. 2021;00:1–19

Лекарственная профилактика мигрени

Группа ЛС

Дозировки

Неспецифическая терапия

НПВП (курс)

Короткий ежедневный прием
триптанов 3-5 дней

В-блокаторы

Ингибиторы АПФ

Антагонисты AT2

Блокаторы Са каналов

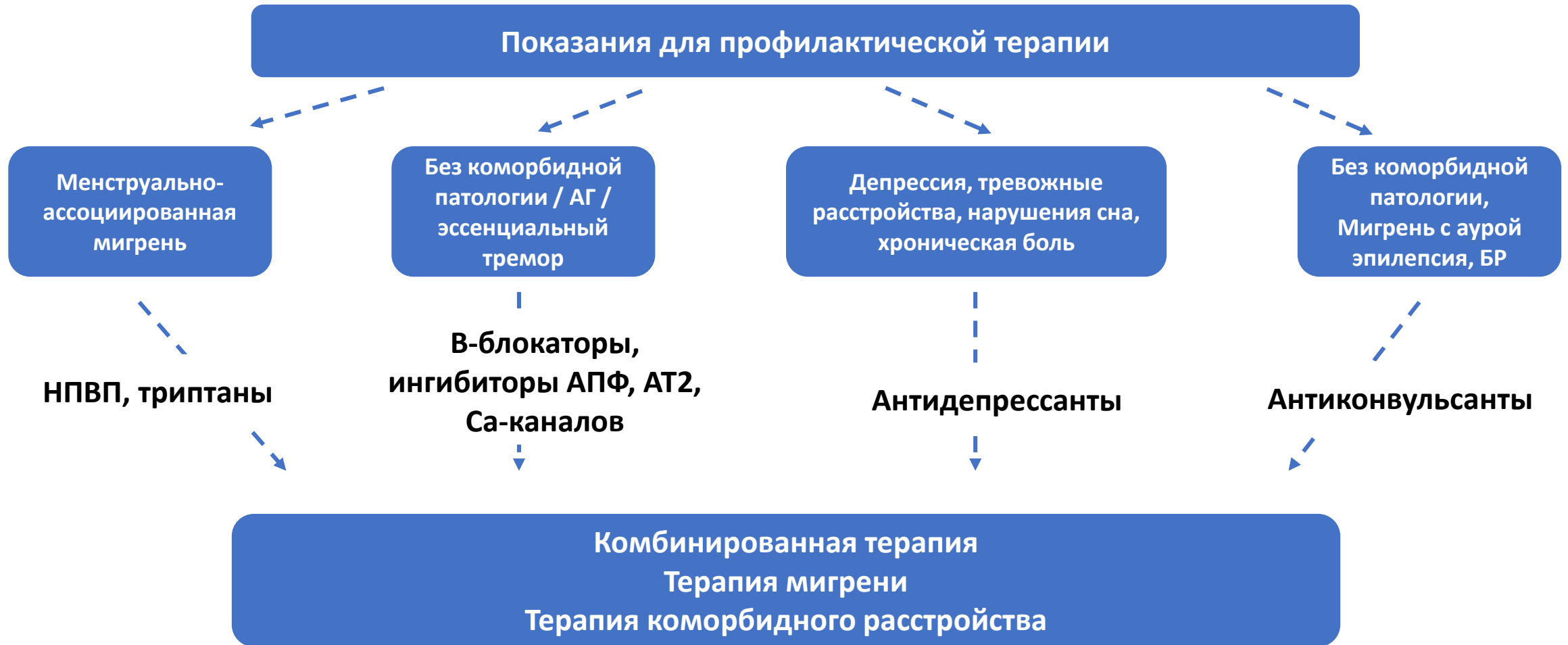
- Напроксен 250-500 мг 2 р/день 4 недели
- Ацетилсалициловая к-та 300 мг /сутки
- При менструально-ассоциированной мигрени
- Метопролол 25-100 мг 2 р/день
- Пропранолол 40-120 мг 2 р/день
- Лизиноприл 10-20 мг/сутки
- Кандесартан 8-16 мг/сутки
- Верапамил 120-360 мг/сутки
- Флунаризин 5-10 мг /сутки

Группа ЛС

Дозировки

Антидепрессанты	• Венлафаксин 75-150 мг/сутки • Амитриптилин 50 – 150 мг / сутки
Антиконвульсанты	• Топирамат 50-150 мг/сутки • Вальпроаты 300-600 мг 2 р/день • Ламотриджин 50-150 мг / сутки
Ботулинический токсин типа А (хроническая мигрень)	• Bot-A 155-195ЕД / 3 мес.
Неинвазивная НС	• tSNS/ TMS / n. vagus
Патогенетическая терапия	
Моноклональные АТ CGRP Антагонисты CGRP (Atogepant)*	• Фреманезумаб 225 / месяц, 675 / 3 месяца • Эренумаб 70-140 мг / месяц • Галканезумаб* 120-240 мг / месяц • Эптинезумаб* 100 мг в/в

Алгоритм ведения пациентов с мигренью «Коморбидный» подход



Правила использования фармакотерапии при мигрени

- **Начало терапии с минимальных дозировок**, постепенное повышение дозы до получения клинического улучшения, индивидуальный подбор препарата до минимально эффективных дозировок.
- Соблюдение длительности терапии, как правило, **не менее 12 месяцев**.
- При наличии ЛИГБ, отмена препарата злоупотребления, **общее ограничение приема анальгетиков**
- Для оценки терапии и динамического наблюдения использование дневников головной боли
- **Постепенная отмена терапии.**

Профилактическая терапия ГБН

Рекомендации Европейской Федерации Неврологических Обществ (EFNS)

Рекомендации	Препараты первого выбора
Препараты первого выбора	• Амитриптилин 30-75 мг/сутки
Препараты второго выбора	• Миртазапин 30 мг/сутки • Венлафаксин 150 мг/сутки
Препараты третьего выбора	• Кломипрамин 75-150 мг/сутки • Мапротилин 75 мг/сутки • Миансерин 30-60 мг/сутки
Препараты резерва	• Топирамат 100 мг/сутки • Тебантин 1600-2400 мг/сутки • Тизанидин 4-12 мг/сутки

Правила использования антидепрессантов

- Начало терапии с минимальных дозировок, постепенное повышение дозы до получения клинического улучшения, индивидуальный подбор препарата до минимально эффективных дозировок. (например, amitriptilin начальная дозировка 10-12,5 мг вечером перед сном, плавное увеличение на 10-12,5 мг каждые 2-3 недели до появления значимого клинического улучшения)
- Соблюдение длительности терапии, как правило, не менее 6 месяцев. Следует помнить, что терапевтическое улучшение может наступить только после 4-6 недель прием препарата и нарастать в течение 3х месяцев.
- При наличии ЛИГБ, полная отмена препарата злоупотребления, общее ограничение приема анальгетиков, в противном случае профилактическая терапия неэффективна
- Для оценки терапии и динамического наблюдения обязательное использование дневников головной боли
- Постепенная отмена терапии.

БОЛЬ В СПИНЕ



ДОЦЕНТ

ВАХНИНА НАТАЛЬЯ ВАСИЛЬЕВНА

**Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Первого МГМУ
им.И.М.Сеченова**

Боль в спине: эпидемиологические данные

- Занимает **первое место в мире** по снижению качества жизни среди всех медицинских причин
- Приводит к потере **4 миллионов** рабочих дней в год
- Входит в **5** ведущих причин госпитализации
- Занимает **второе место** после ОРВИ среди причин для вызова врача
- **84%** взрослых людей в какой-либо момент жизни испытывали боль в спине
- Наибольшая распространенность наблюдается в возрасте **60–65 лет**
- У **30%** пациентов через **1** год после возникновения обострения сохраняется клинически значимая симптоматика
- У **11%** мужчин и **16%** женщин наблюдается хроническая боль в спине.

Walker BF. J Spinal Disord 2000; 13(3):205-17; Hoy D et al. Best Pract Res Clin Rheumatol 2010; 24(6):769-813; Bassols A et al. Gac Sanit 2003; 17(2):97-107; Hart LG et al. Spine (Phila PA 1976) 1995; 20(1):11-9; GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016; 356:1545-602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6 pmid:27733282.; Parson S, Ingram M, Clarke-Cornwell AM, Symmons DPM. A Heavy Burden The occurrence and impact of musculoskeletal conditions in the United Kingdom today. Arthritis Research UK Epidemiology Unit, 2011, www.escholar.manchester.ac.uk/uk-ac-man-scw:123774; Bridges S. Chronic pain. In: Craig R, Mindell J, eds. Health Survey for England 2011 Health, social care and lifestyles. 356. Health and Social Care Information Centre, 2012:1-33, <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB09300/HSE2011-Ch9-Chronic-Pain.pdf>.

Основные типы боли в спине

- Скелетно-мышечные (неспецифические, доброкачественные) вследствие повреждения мышц, фасеточных и крестцово-подвздошных суставов, связок костей, межпозвонковых дисков) боли в спине – **90 %**
- Компрессионная радикулопатия (повреждение спинномозгового корешка) – **6%**
- Специфические (опухолевое, инфекционное, травматическое, воспалительное поражение позвоночника, спинного мозга, его оболочек и корешков, заболевания внутренних органов) боли в спине – **4%**

Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Chou R, QaseemA, Snow V et al. Ann Internal Med

Диагностика боли

- **Жалобы и анамнез** (локализация, иррадиация, давность, характер боли, сопутствующие симптомы)
- **Физикальное обследование** (внешний осмотр, пальпация, оценка подвижности в суставах, исследование чувствительности, рефлексов)
- **Оценка интенсивности боли** (ВАШ)
- **Оценка психологического состояния** (шкалы тревоги и депрессии)
HADS – Госпитальная шкала тревоги и депрессии
- **Дополнительные методы обследования - по показаниям** (рентген, КТ, МРТ, ЭНМГ, анализы крови и мочи, УЗИ внутренних органов и т.п.)
- **Консультация специалистов – по показаниям** (психиатра, хирурга, гинеколога и др.)

Цель обследования пациента с острой болью – исключение ее специфической причины (выявление «красных флажков»)

- Возраст 50 лет и более или менее 20 лет
- Недавняя травма
- Независимость интенсивности боли от положения тела и движений, усиление боли ночью
- Отсутствие эффекта от консервативной терапии в течение 4-6 недель
- Очаговые неврологические нарушения, выходящие за рамки типичной радикулопатии – признаки поражения спинного мозга
- Злокачественное новообразование в анамнезе
- Прием кортикостероидов в анамнезе
- Лихорадка, снижение массы тела

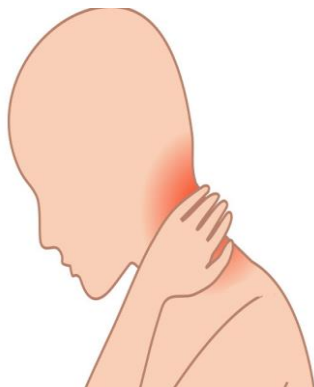
Неспецифические (скелетно-мышечные боли)

вследствие повреждения мышц, фасеточных и крестцово-подвздошных суставов, связок костей, межпозвонковых дисков

- Развитие после чрезмерных физических или статических нагрузок, переохлаждения
- Ограничение движений в определенном отделе позвоночника, болезненность при движении, уменьшение боли в покое
- Отсутствие «красных флагов», очаговых неврологических нарушений
- Регресс симптомов в большинстве случаев в течение 3-4 недель



Классификация скелетно-мышечной (неспецифической) боли



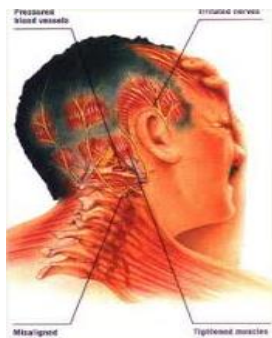
Цервикалгия



Цервикобрахиалгия



Люмбалгия



Цервикокраниалгия



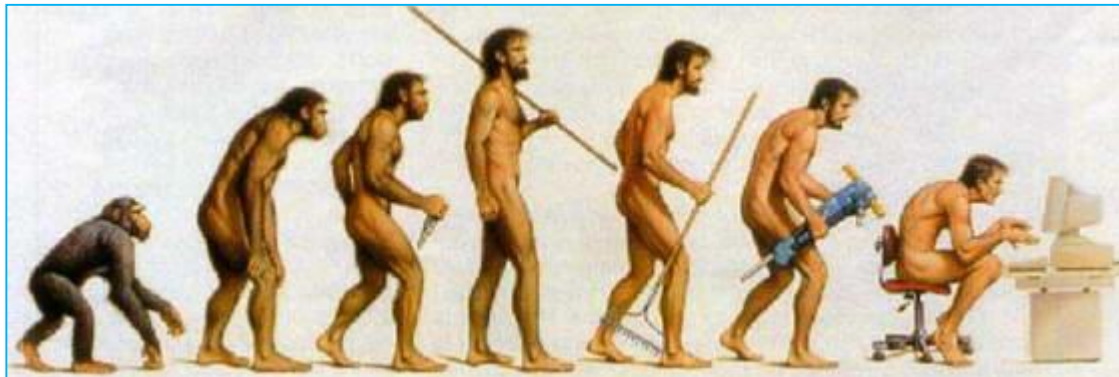
Люмбоишиалгия



Торакалгия

Факторы риска неспецифической скелетно-мышечной боли

- Неловкие “неподготовленные” движения
- Чрезмерные физические и статические нагрузки — повторная микротравматизация
- позное перенапряжение (антифизиологическая поза)
- Переохлаждение
- Эмоциональный стресс



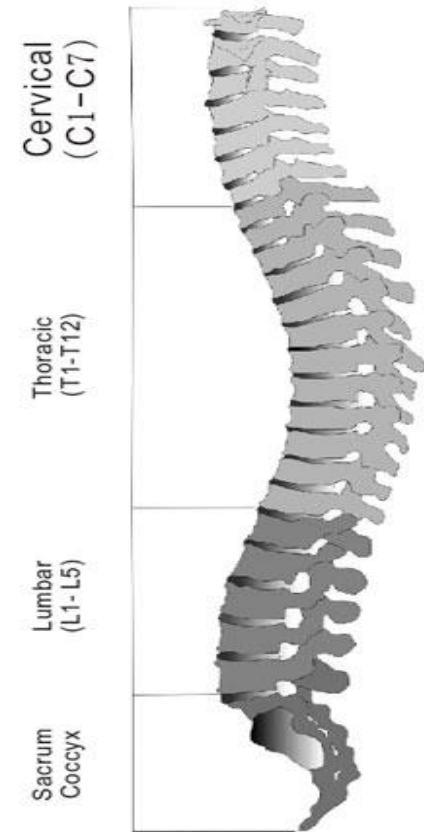
Боль в спине - классификация

- Острая – до 6 недель
- Подострая – 6-12 недель
- Хроническая – более 12 недель

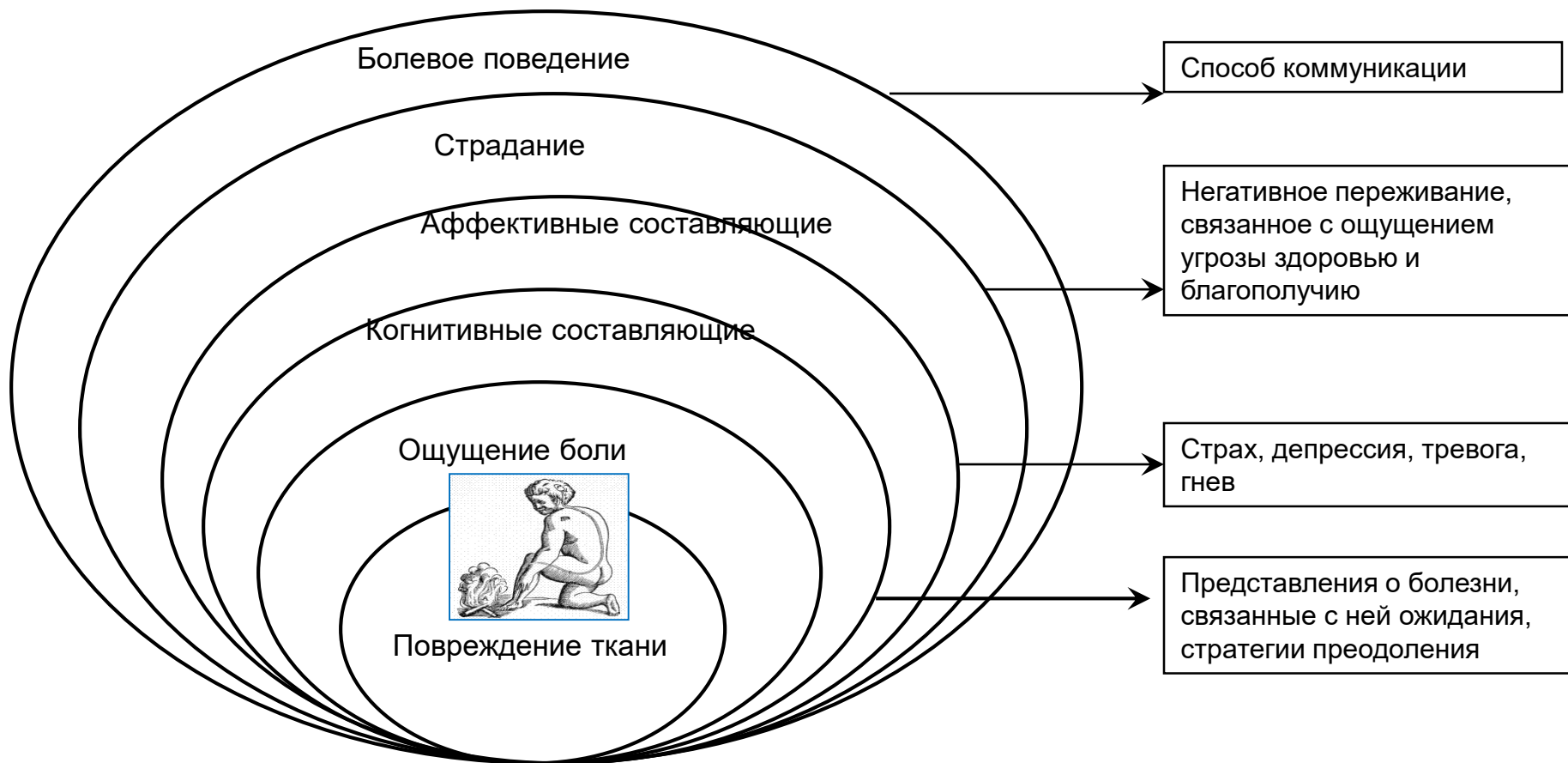
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ – это боль, продолжающаяся более трех месяцев или сверх нормального периода заживления

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ - это не симптом какого либо заболевания, а *самостоятельная болезнь*, требующая особого внимания и адекватного лечения

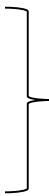
Международная ассоциация по изучению боли (IASP)



Основные составляющие хронической боли



Обследование пациента с болью в спине

- **История развития боли, ранее перенесенные болезни, сочетанные симптомы:** время и обстоятельства возникновения боли, характер боли (ноющие, простреливающие, жгучие), иррадиация боли (локальная, в ягодицу, голень, стопу), связь боли с движением, наличие утренней скованности, наличие онемения, парестезий, слабости в ногах, сопутствующие заболевания
 - **Физикальный осмотр**
 - **Нейроортопедическое обследование**
 - **Рентгенография позвоночника**
 - **КТ или МРТ позвоночника**
 - **Общий и биохимический анализ крови**
- 
- По показаниям**

Нейроортопедическое обследование



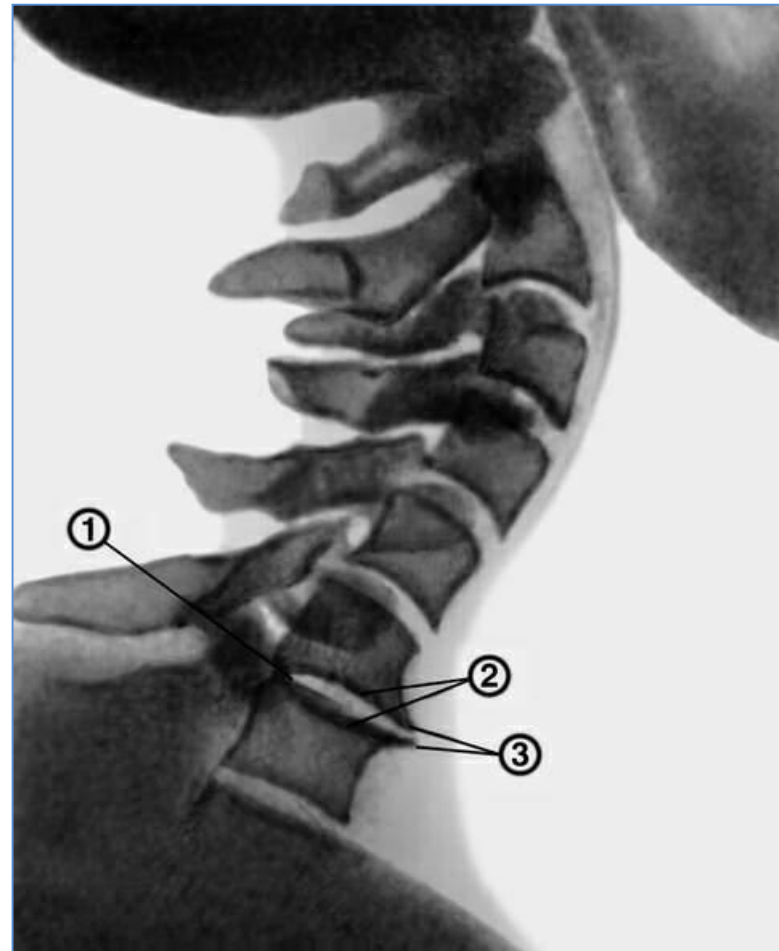
Цель – определить основной источник боли для последующего дифференцированного лечения методом мануальной терапии, блокад, ФТЛ, при необходимости нейрохирургического вмешательства.

Включает:

- оценку конфигурации позвоночника
- исследование подвижности в пораженных сегментах
- состояние мышц и связок
- проведение функциональных проб с целью воспроизведения типичного болевого паттерна
- оценку мышечной силы, рефлексов, чувствительности, симптомов натяжения

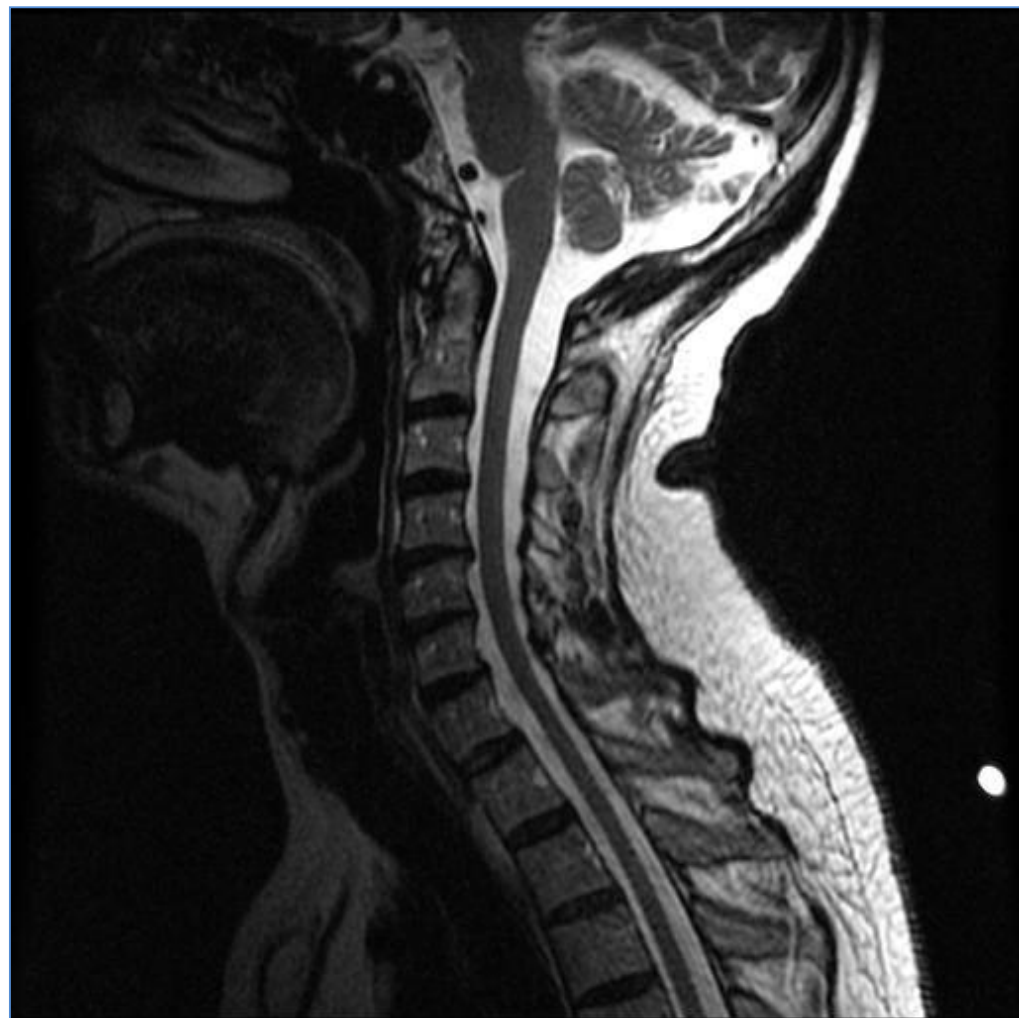
Рентгенография позвоночника

Дегенеративные изменения позвоночника обнаруживаются у большинства людей среднего и пожилого возраста



МРТ позвоночника

Грыжа межпозвонкового диска обнаруживается у большинства (до 76%) обследованных без болей в спине



Лечение острой и подострой неспецифической боли в спине (до 12 недель)

- Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) (диклофенак, кетопрофен, нимесулид, мелоксикам и др.)
- Миорелаксанты (мидокалм, сирдалуд, баклофен)
- Медикаментозные блокады
- Мануальная терапия
- ЛФК
- Массаж

Лечение хронической (более 12 недель) скелетно-мышечной (неспецифической) боли

- Нелекарственные методы лечения (психотерапия, постизометрическая релаксация, мануальная терапия, массаж, ЛФК, метод БОС, физиотерапия, иглорефлексотерапия)
- Антидепрессанты: трициклические (амитриптилин, нортриптилин, имипрамин), ИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин, милнаципрам)
- НПВС, миорелаксанты, хондропротекторы
- Медикаментозные блокады (0,5-2% р-р лидокаина, новокаина + ГКС)
- Радиочастотная денервация фасеточных суставов, КПС (по показаниям)

Профилактика боли в спине

