

Клинические рекомендации Головная боль напряжения (ГБН) у взрослых

2016 Всероссийское общество неврологов (ВОН) и Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ)

Оглавление

1. Краткая информация
2. Диагностика
3. Лечение
4. Реабилитация
5. Профилактика и диспансерное наблюдение
6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Термины и определения

Абузусная головная боль (ГБ, цефалгия) – лекарственно-индуцированная ГБ.

Головная боль напряжения (ГБН) – первичная ГБ с эпизодами от 30 минут до нескольких суток.

Дисфункция перикраниальных мышц – болезненное напряжение мышц.

Коморбидные нарушения (КН) – наиболее частые нарушения, имеющие общие патогенетические механизмы с заболеванием.

Лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) – вторичная хроническая ГБ у пациентов с первичными цефалгиями (мигренью и ГБН) при избыточном использовании препаратов для купирования ГБ.

Лекарственный абюзус – избыточное применение обезболивающих препаратов для купирования ГБ.

Первичные ГБ – идиопатические цефалгии, не связаны с органической патологией ЦНС и скелетно-мышечного каркаса головы и шеи.

Хронизация ГБ – постепенное учащение приступов/болевого эпизодов.

Хронические ГБ – дальше 3-х месяцев головные боли с частой более 15 дней в месяц.

Цефалгия – головная боль.

Цефалголог - специалист по диагностике и лечению ГБ.

1. Краткая информация

1.1 Определение



Головная боль напряжения (ГБН) проявляется эпизодами боли от 30 минут до нескольких суток.

1.2 Этиология и патогенез

При эпизодической ГБН (ЭГБН) большее значение имеют периферические механизмы, связанные с болезненным напряжением мышц головы и шеи и снижением их кровоснабжения.

При хронической (ХГБН) - преимущественно центральные ноцицептивные механизмы, обусловленные снижением ингибиторной антиноцицептивной активности ствола мозга.

Психические нарушения (депрессия и тревога) способствуют хронизации боли.

Генетические факторы не участвуют в патогенезе.

1.3 Эпидемиология

- Распространенность в течение жизни - 78%
- Распространенность в РФ - около 31% в год (2009-2011)
- Наибольшее распространение – ЭГБН <1 день в месяц
- Раз в месяц ЭГБН - у 24–37%
- Ежедневно ЭГБН - у 10%
- ХГБН более 15 дней в месяц - у 2–3%
- ГБН у женщин и мужчин как 5:4
- Средний возраст начала ГБН 25–30 лет.

1.4 Провоцирующие факторы

- Эмоциональный стресс (острый и хронический)
- Напряжение мышц головы и шеи

1.5 Кодирование по МКБ-10

G44.2 - Головная боль напряженного типа (эпизодическая и хроническая)

G44.4 - Головная боль, вызванная применением лекарственных средств

1.6 Классификация

Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной и лицевой болью 3 пересмотр (МКГБ-3 бета):

Часть I. Первичные головные боли

- Мигрень
- Головная боль напряжения (ГБН)
- Кластерная ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии
- Другие первичные ГБ

Часть II. Вторичные головные боли

(связанные: с травмой головы и/или шеи; с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника; с несосудистыми внутричерепными поражениями; с различными веществами или их отменой; с инфекциями; с нарушениями гомеостаза; с нарушением структур черепа; с психическими заболеваниями)



Часть III. Болевые краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли

ГБН:

- Эпизодическая (ЭГБН) - не более 15 дней в месяц или 180 дней в год
- Хроническая (ХГБН) - более 15 дней в месяц или более 180 дней в года

Классификация ГБН:

- сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц Нечастая ЭГБН/ Частая ЭГБН/ ХГБН/
- не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц Нечастая ЭГБН/ Частая ЭГБН/ ХГБН/

Возможная ГБН: нечастая и частая ЭГБН

Формы лекарственно-индуцированной головной боли:

- связанная с избыточным приемом менее и более 10 дней в месяц дольше 3 месяцев *эрготамина/триптанов/ опиоидов/ комбинированных анальгетиков;*
- связанная с избыточным приемом менее и более 15 дней ежемесячно дольше 3 месяцев *ацетилсалициловой кислоты/ НПВС*

2. Диагностика

Клиническая диагностика

Рекомендуется:

- пальпация перикраниальных мышц для диагностики дисфункции;
- клиническая диагностика возможной ЛИГБ при частых приступах ГБН (более 8-10 дней в месяц)

Обобщенные диагностические критерии ГБН:

А. Продолжительность:

- ГБН - от 30 мин до 7 дней
- Нечастая ЭГБН без напряжения -10 эпизодов не более одного дня в месяц или 12 дней в году
- ХГБН в течение нескольких часов или имеет постоянный характер ≥ 15 дней в месяц более 3 месяцев или ≥ 180 дней в году

В. Как минимум 2 из критериев:

- двухсторонняя локализация;
- давящий/сжимающий/не пульсирующий характер;
- легкая или умеренная интенсивность;

-- боль не усиливается от обычной физической активности.

С. Оба симптома

Для ГБН/ЭГБН:

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

Для ХГБН:

- только фото-, фонофобия или легкая тошнота;
- отсутствие умеренной или сильной тошноты, или рвоты.

2.1 Жалобы и анамнез

Типично для ГБН:

- повторяющиеся эпизоды слабой или умеренной интенсивности двусторонней диффузной сжимающей непальсирующей ГБ по типу «каска» или «обруча» в области лба, висков, темени, возможно, затылка или всей головы;
- боль не усиливается при обычной физической нагрузке;
- не характерны сопровождающие симптомы, но возможна легкая тошнота и снижение аппетита;
- редко - фотофобия и фонофобия, не развиваются одновременно, как при мигрени;
- болевые эпизоды провоцируются психическим напряжением или позой;
- облегчение боли при эмоциональном расслаблении и/или расслаблении перикраниальных мышц.

Наиболее частые коморбидные нарушения при ГБН:

- депрессия,
- тревожные расстройства,
- соматоформные и сенесто-ипохондрические расстройства,
- нарушение ночного сна,
- другие болевые синдромы.

Лекарственный абзус способствует увеличению числа эпизодов боли вплоть до развития ХГБН и рассматривается как один из ведущих факторов хронизации первичных форм ГБ.

Максимален риск ЛИГБ при использовании комбинированных анальгетиков с наркотическими компонентами (кодеин и др.), барбитуратов и кофеина.

Обобщенные диагностические критерии ЛИГБ (МКГБ-3 бета):

- ГБ, возникающая >15 дней в месяц у пациента, исходно имеющего ГБ.
- Регулярное более 3-х месяцев злоупотребление одним или более препаратами для купирования острого приступа и/или симптоматического лечения ГБ.
- ГБ не соответствует в большей степени другому диагнозу из МКГБ-3 бета.

ЛИГБ напоминает ГБН и проявляется незначительной или умеренной интенсивности тупой болью во всей голове давящего или сжимающего характера.

При ЛИГБ, в отличие от ГБН, максимальная интенсивность отмечается в утренние часы или боль будит, вынуждая принять обезболивающее.

Типичны жалобы на усталость, дурноту, снижение работоспособности, трудность концентрации внимания, раздражительность, нарушение сна.

2.2 Физикальное обследование

Исследование неврологического статуса и дополнительные обследования – только для исключения органической патологии.

Возможны при ГБН:

- снижение настроения,
- признаки повышенной тревожности,
- вегетативные нарушения (гипервентиляция, ладонный гипергидроз, признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости – синдром Хвостека I-III степени),
- неспособность к психологической и мышечной релаксации.

2.3 Лабораторная диагностика

Не рекомендуется

2.4 Инструментальная диагностика

Не рекомендуется

Настораживающие симптомы - «сигнал опасности» при ГБ:

- Впервые возникшая после 50 лет или изменившая свое течение;
- «Громоподобная ГБ» - нарастание интенсивности до 10 баллов за 1-2 секунды;
- Строго односторонняя;
- Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий;
- Внезапно возникшая, необычная;
- Атипичная мигренозная аура с необычными нарушениями и/или продолжительностью >1 часа;
- Изменения сознания или психические нарушения;
- Очаговые неврологические знаки и симптомы системного заболевания;
- Признаки внутричерепной гипертензии;
- Отек диска зрительного нерва;
- ВИЧ, ЗНО, эндокринное и др. системное заболевание или травма головы в анамнезе;
- Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде;
- Неэффективность адекватного лечения.

2.5 Иная диагностика

Дневник ГБ для установления количества дней с болью

2.5.2 Дифференциальная диагностика

- Мигрень лёгкого течения,

- ГБ при интракраниальной венозной дисфункции,
- ГБ при изменении ликворного давления,
- Шейный миофасциальный синдром,
- Цервикогенная ГБ.

Диффдиагностика ХГБН с хронической мигренью, при которой возможная «фоновая» ГБН-подобная боль.

Возможно сочетание ГБН с другими типами первичных и вторичных цефалгий: мигренью, цервикогенной ГБ, апноэ во сне или дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

При лекарственном злоупотреблении дифференцировать ХГБН+ЛИГБ и ХМ+ЛИГБ

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

Направлено на нормализацию эмоционального состояния, устранение мышечного напряжения, коррекцию коморбидных психических нарушений, лекарственного злоупотребления.

Три подхода к лечению ГБН:

- поведенческая терапия,
- купирование болевых эпизодов,
- профилактическое лечение

3.1.1 Поведенческая терапия

Модификация образа жизни

Основные положения:

- разъяснить доброкачественную природу ГБН и механизмы ее возникновения с акцентом на отсутствии органических поражений;
- обосновать нецелесообразность дополнительных исследований;
- разъяснить роль провокаторов эпизодов ГБН: эмоционального и мышечного напряжения, коморбидных эмоциональных расстройств;
- настроить на обучение психологической и мышечной релаксации;
- обсудить роль факторов риска хронизации: лекарственного злоупотребления, мышечного напряжения, эмоциональных факторов;
- при злоупотреблении разъяснить необходимость отказа от приема обезболивающих;
- разъяснить цели лечения, механизмы действия профилактических препаратов и пользу немедикаментозных методов.

3.1.2 Купирование болевых эпизодов

Простые анальгетики/НПВП

Препарат выбора - 400 мг **ибупрофена**.

Не рекомендуются для купирования ЭГБН:

- Препараты на основе метамизола натрия (анальгина),
- Триптаны,
- Опиоидные анальгетики,
- Миорелаксанты,
- Комбинированные обезболивающие с кофеином,
- Кодеин,
- Барбитураты.

Препараты для купирования приступа ГБН в начальной дозе в порядке убывания эффекта:

- Ибупрофен 200-800 мг,
- Кетопрофен 25 мг,
- Ацетилсалициловая кислота 500-1000 мг,
- Напроксен 375-500 мг,
- Диклофенак 12,5-100 мг,
- Парацетамол 1000 мг.

НПВП показаны при ЭГБН с частотой приступов не более 2 раз в неделю или не более 8 болевых дней в месяц;

Увеличение частоты использования НПВП снижает эффект и возникает риск ЛИГБ;

Необходимо учитывать побочные эффекты.

3.1.3 Профилактическое лечение

Рекомендуется при ХГБН и частой ЭГБН.

Общие рекомендации:

- разъяснить целесообразность, механизмы действия и возможные побочные эффекты назначаемых препаратов;
- целесообразно медленное увеличение дозы для минимизации нежелательного действия;
- продолжительное использование препарата в адекватно переносимой дозе;
- при отсутствии эффекта отмена средства с использованием другого или комбинации средств;
- при положительном эффекте прекратить профилактическое лечение через 6-12 месяцев.

Оценка эффективности через 1-3 месяца после начала приёма препарата.

Препарат эффективен, если после 3-месячной терапии частота эпизодов ГБН сокращается на 50% от исходной.

Для профилактики ГБН рекомендуются антидепрессанты:

- Амитриптилин 30–75мг,
- Митразапин 30мг,
- Венлафаксин 150мг,
- Кломипрамин 75-150мг,
- Мапротилин 75мг,
- Миансерин 30-60мг.

Антидепрессант усиливает активность антиноцицептивных систем.

Анальгетическое действие антидепрессантов наступает раньше антидепрессивного действия и в меньших дозах.

Препарата первого выбора – **амитриптилин**.

Лечение амитриптилином начинают с 5-10 мг/сут, затем еженедельно дозу титруют на 5-10 мг/сут до наступления клинической эффективности или нежелательных явлений.

Средняя эффективная доза амитриптилина 30-75 мг/сут.

Для улучшения переносимости или при бессоннице большая часть дозы амитриптилина принимается за 1-2 ч до сна.

При отсутствии эффекта после 4 недель приёма амитриптилина в максимальной дозе – отмена.

Препараты второго выбора - **миртазапин** и **венлафаксин**.

Препараты третьего выбора: **кломипрамин**, **мапротилин** и **миансерин**.

При неэффективности или плохой переносимости основных антидепрессантов – переход на СИОЗС в стандартных дозировках.

Антидепрессанты СИОЗС обладают менее выраженными противоболевыми свойствами и хорошо переносятся, но не имеют доказательной базы при ХГБН.

Наиболее целесообразно применение СИОЗС при сочетании ГБН с паническими и/или фобическими расстройствами.

При выборе антидепрессанта следует учитывать характер сопутствующего коморбидного расстройства, отдавая предпочтение более результативному при КР препарату:

- тревожно-фобические нарушения- амитриптилин, миртазапин, миансерин, флувоксамин,
- депрессивные и астенические проявления - флуоксетин,
- сенесто-ипохондрические нарушениях - присоединение нейролептиков (хлорпротиксен, кветиапин, тиоридазин).

Препараты резерва при неэффективности или непереносимости антидепрессантов - **антиконвульсанты**:

- топирамат 100 мг в сутки в два приема,
- габапентин 1600- 2400 мг в сутки

Дополнительно при выраженном напряжении перикраниальных мышц – **миорелаксанты** на 2 месяца:

- тизанидин 6-8 мг/сут
- толперизон 450 мг/сут

Комбинация **антидепрессант + миорелаксант** увеличивает приверженность пациентов к лечению.

Не рекомендуются для профилактики ГБН вазоактивные и ноотропные средства, только для коррекции легких когнитивных нарушений.

Модификация образа жизни, в первую очередь - исключение потенциальных триггеров и факторов хронизации заболевания.

Лечение ЛИГБ:

Общие рекомендации:

- поведенческая терапия;
- отмена препаратов злоупотребления;
- подбор обезболивающего для купирования ГБ на период отмены препарата злоупотребления;
- детоксикация;
- профилактическое лечение ГБН.



Поведенческая терапия ЛИГБ - разъяснение роли злоупотребления в поддержании/учащении ГБ.

При ХГБН + ЛИГБ - полная или частичная отмена препарата(ов) злоупотребления.

Отмена неопиодных - в амбулаторных условиях, отмена опиоидов, анальгетиков с барбитуратами и бензодиазепинами - в (дневном) стационаре.

Отмена неопиодных возможна одновременно, отмена опиоидов, анальгетиков с барбитуратами и бензодиазепинами - постепенно.

Для купирования ГБ подбирается обезболивающее другой фармакологической группы, а при неэффективности препарата злоупотребления - другой препарат той же фармгруппы.

Симптоматических средств для облегчения ГБ отмены:

- 3-4 недели пролонгированные НПВП 500 мг/сут **напроксен** или 200-300 мг/сут **флупиртин**.
- 10-20 мг **метоклопрамида** внутрь, в/м или в свечах для облегчения тошноты/рвоты.

При выраженном абзусе (препарат >15 дней в месяц) - детоксикационная терапия, уменьшающая клинические проявления ЛИГ.

Детоксикация:

1). кортикостероиды 7-10 дней:

4-8 мг дексаметазона на 200 мл физраствора в/в капельно

или

1г/кг веса преднизолон внутрь с постепенным снижением дозы на 5-10мг каждые 3 дня в течение 1-2 недель вплоть до отмены;

2). 7 дней 2,0 мл амитриптилина на 100 мл физраствора в/в капельно;

3). Регидратация:

не менее 2 литров жидкости внутрь,

инфузия 200-400 мл/сут физиологического раствора.

Лечение ГБН+ЛИГБ обезболивающими – суммарно не более 8 дней в месяц, идеально 3–5 дней в месяц.

Профилактика начинается одновременно с отменой «виновного» препарата и детоксикацией.

Профилактика ГБН в сочетании с ЛИГБ: 25–75 мг/сут **амитриптилина** 2-4 месяца, при неэффективности - другие антидепрессанты.

Рекомендуется для лечения ЛИГБ при ГБН бензодиазепины (**клоназепам**) и нейролептики (**хлорпромазин**).

3.2 Иное лечение

Немедикаментозное лечение



Психо-поведенческие методы;

Электромиографическая биологическая обратная связь (ЭМГ-БОС) для обучения психологическому и мышечному расслаблению;

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) для уменьшения эмоционального напряжения;

Релаксационный тренинг;

Физиотерапия и ЛФК для правильной осанки и коррекции позы;

Акупунктура.

Дополнительно в комбинации с нелекарственными методами и фармакотерапией - блокады триггерных точек местными анестетиками (лидокаин, бупивакаин).

Для профилактики не рекомендуется ботулотоксин, эффективность которого доказана только при хронической мигрени.

Рекомендуется консультация цефалголога.

4. Реабилитация

Специальные мероприятия не рекомендуются.

Дополнение к перечисленным нелекарственным методам: общеукрепляющие и водные процедуры, фитнес, массаж воротниковой зоны, мануальная терапия, остеопатия, санаторно-курортное лечение.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Разъяснение пациентам роли провоцирующих факторов и факторов хронизации, необходимости модификации образа жизни.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Не рекомендуется вместо диагноза «ГБН» ставить другие диагнозы, не отражающие истинную природу ГБ:

- дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭП),
- остеохондроз шейного отдела позвоночника (ШОП) с мигренозными пароксизмами,
- вегетосудистая дистония с цефалгическим синдромом,
- гипертензионно-гидроцефальный синдром с цефалгическим синдромом,
- ГБ, связанная с артериальной гипертензией,
- посттравматическая ГБ.

Не рекомендуется выявленные при обследовании неспецифические изменения расценивать как органическое поражение:

- незначительное снижение линейной скорости кровотока на УЗДГ - для «ДЭП» или «ХИМ»,

- незначительное расширение субарахноидальных пространств – для «гидроцефального синдрома с цефалгическим синдромом»,
- признаки дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника – для «остеохондроза ШОП с с цефалгическим синдромом».

Не назначаются для профилактики ГБН сосудистые и ноотропные средства, эффект которых не доказан.

Оценка эффекта проводимой терапии

Профилактика эффективна, если после 3 месяцев лечения частота эпизодов ГБН сокращается от исходной на 50% и более.

Дополнительные критерии эффективности:

- уменьшение использования обезболивающих препаратов;
- уменьшение выраженности коморбидных нарушений;
- повышение работоспособности;
- повышение уровня социальной адаптации;
- повышение качества жизни пациента.