

А.А. Якупова, М.Ф. Исмаилов, Р.А. Якупов

ЛЕЧЕНИЕ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Казанский государственный медицинский университет,
Казанская государственная медицинская академия

Среди многообразия различных типов головных болей ведущее место (более 80%) принадлежит головной боли напряжения (ГБН), частота которой в популяции составляет от 32 до 64%. Лечение ГБН представляет собой достаточно сложную задачу. Это обусловлено прежде всего необходимостью тщательного учета всех механизмов развития патологического процесса при различных вариантах ГБН, а также дополнительных факторов (цервикогенный, миофасциальный, психоалгический и др.), ведущих к возникновению болевого синдрома.

ГБН представляет собой клинический симптомокомплекс, определяемый своеобразной картиной болевого синдрома — боль непароксизмальная, монотонная, симметричная, умеренная, сдавливающая. Она наиболее часто сопутствует состоянию физического и умственного утомления, психоэмоционального напряжения. Как правило, эта форма головной боли наблюдается у лиц, деятельность которых сопряжена с длительной концентрацией внимания, эмоциональным напряжением в сочетании с недостаточной двигательной активностью на работе и в быту. Она не связана с физической нагрузкой и может сопровождаться напряжением перикраниальной мускулатуры. Женщины страдают ГБН в 3-4 раза чаще мужчин.

Современная международная классификация головной боли рассматривает ГБН как нозологическую форму и наряду с мигренью и кластерной головной болью относит ее к так называемым первичным головным болям.

Классификационные и диагностические критерии ГБН

2.1. Эпизодические головные боли напряжения.

А. По меньшей мере 10 предыдущих случаев головной боли соответствуют критериям пунктов В—D, перечисленным ниже. Количество дней с такими болями — меньше 180 дней в год.

В. Длительность одного эпизода головной боли — от 30 минут до 7 дней.

С. Наличие по меньшей мере двух из следующих характеристик боли:

- 1) давящая, сжимающая, неп пульсирующая;
- 2) слабая или умеренная интенсивность;
- 3) двусторонняя локализация;
- 4) не усиливается при подъеме по лестнице или другой подобной физической нагрузке.

D. Учитываются два следующих обстоятельства:

- 1) нет тошноты или рвоты (может быть анорексия — отсутствие аппетита)
- 2) нет фото- и фонофобии или только одна из них.

2.1.1. Эпизодические головные боли напряжения, сочетающиеся с дисфункцией перикраниальной мускулатуры.

А. Отвечает критериям 2.1.

В. Присутствует по меньшей мере одна из следующих характеристик:

- 1) болезненность перикраниальной мускулатуры, определяемая пальпацией или алгезиметром (прибор для определения порога болевой чувствительности);
- 2) при ЭМГ-исследовании — повышенная активность перикраниальной мускулатуры в покое или во время физиологической нагрузки.

2.1.2. Эпизодические головные боли напряжения, не сочетающиеся с дисфункцией перикраниальной мускулатуры.

А. Соответствует критериям 2.1.

В. Болезненность перикраниальной мускулатуры не определяется. При ЭМГ-исследовании перикраниальной мускулатуры — нормальный уровень активности.

2.2. Хронические головные боли напряжения.

А. Частота головных болей в месяц — 15 дней и больше (180 дней в году и больше) как минимум в течение 6 месяцев.

В. Наличие по меньшей мере 2 из следующих характеристик боли:

- 1) давящая, сжимающая;
- 2) слабая или умеренная;

3) двусторонняя локализация;

4) не усиливается при подъеме на лестницу или другой подобной физической нагрузке.

С. Учитываются два следующих обстоятельства:

1) отсутствие рвоты;

2) не более чем одно из следующих — тошнота, фото- или фонофобия.

2.2.1. Хронические головные боли напряжения, сочетающиеся с дисфункцией перикраниальной мускулатуры.

А. Соответствует критериям 2.2.

В. Присутствует по меньшей мере одна из следующих характеристик:

1) болезненность перикраниальной мускулатуры, определяемая пальпацией или алгезиметром;

2) при ЭМГ-исследовании — повышенная активность перикраниальной мускулатуры в покое или во время физиологической нагрузки.

2.2.2. Хронические головные боли напряжения, не сочетающиеся с дисфункцией перикраниальной мускулатуры.

А. Соответствует критериям 2.2.

В. Болезненность перикраниальной мускулатуры не определяется. При ЭМГ-исследовании — нормальный уровень активности.

2.3. Головные боли напряжения, не соответствующие вышеперечисленным критериям.

А. Соответствует всем критериям определенного типа головной боли напряжения, кроме одного (или более).

В. Не соответствует критериям мигрени без ауры.

Принципиальным положением существующей классификации является подразделение ГБН на *эпизодическую* и *хроническую* формы. Важным для диагностики эпизодической ГБН является определение четкой периодичности болевого синдрома, когда эпизоды головной боли разделены светлыми промежутками большей или меньшей длительности. В практическом аспекте целесообразно выделять как минимум два варианта эпизодической ГБН — *вариант с короткими и редкими эпизодами* (от 2 до 5 эпизодов головной боли в месяц со средней продолжительностью по 4-6 часов, но не более 24 часов) и *вариант с частыми и длительными эпизодами* (более 5-7 эпизодов в месяц продолжительностью более 24 часов).

Эпизодическая ГБН с редкими и короткими эпизодами. Пациенты с подобной головной болью редко самостоятельно обращаются к врачу и поэтому их учет обычно возможен только во время профилактических осмотров или массовых анкетных исследований. Возникновение головной боли обычно связано с очевидным переутомлением на работе или учебе, ответственным выступлением или встречей, недостатком сна, длительной поездкой на транспорте. Приступ боли развивается постепенно, нарастая на протяжении нескольких часов, во второй половине дня ближе к вечеру. Характер головной боли типичен для ГБН. В качестве особенности можно отметить локализацию преимущественно в лобных или лобно-височных областях. Интенсивность болевых ощущений слабая или умеренная. Головные боли не беспокоят во сне и отсутствуют в момент пробуждения утром. Они обычно не сопровождаются тошнотой, рвотой, фотофобией, фонофобией, не изменяются в зависимости от положения головы, не зависят от физической нагрузки. Анамнез таких больных в целом не имеет каких-либо особенностей. Длительность заболевания составляет в среднем 3—7 лет. Клиническое неврологическое исследование не выявляет патологии. При пальпации могут определяться болезненные точки в проекции краниальных мышц. Экстракраниальная мускулатура чаще всего интактна. Исследование психоэмоционального статуса обычно не обнаруживает значимых изменений. Течение данного варианта эпизодической ГБН является стабильным, без очевидного прогрессирования, прогноз благоприятный. Злоупотребления приемом лекарственных средств не наблюдается.

Эпизодическая ГБН с частыми и продолжительными эпизодами. Возникновение головной боли обычно связывается с более или менее длительными эмоциональными переживаниями на работе, в семье и т.п. Приступ боли развивается постепенно, во второй половине дня, нарастая на протяжении нескольких часов. Характер головной боли типичен для ГБН. Локализация болевых ощущений чаще диффузная. Интенсивность болевых ощущений умеренная. Головные боли не беспокоят во сне и в момент пробуждения утром. Они обычно не сопровождаются тошнотой, рвотой, но на высоте болевых ощущений может иметь место фото- или фонофобия. В анамнезе у таких больных обычно присутствуют перенесенные и сопутствующие

заболевания, сопровождающиеся болевыми синдромами различных локализаций (прежде всего вертеброгенные и миофасциальные). Возможны указания на наследственную отягощенность заболеваниями с синдромом хронической боли, в том числе головной. Длительность заболевания на момент обследования составляет в среднем 7—15 лет.

Клиническое неврологическое исследование не выявляет органической патологии. При пальпации обнаруживаются болезненные точки в проекции перикраниальной и экстракраниальной мускулатуры. Достаточно характерны локальные мышечные гипертонусы в мышцах шеи, стимуляция которых может вызывать отраженные болевые ощущения в лобную, лобно-височную и затылочную области. Указанные гипертонусы часто настолько клинически актуальны, что преимущественно определяют картину болевого синдрома в момент приступа (спонтанная боль в области гипертонуса и отраженная головная боль, раздражение активного триггерного пункта воспроизводит типичную боль во время приступа или усиливает ее).

В психоэмоциональном статусе обращает на себя внимание преобладание тревоги, также характерны те или иные личностные акцентуации. Наиболее часто страдают данным вариантом ГБН тревожно-мнительные личности, основными чертами которых являются неуверенность в своих мыслях, действиях, поступках, склонность к сомнениям, нерешительность в выборе линии поведения. Тревожно-мнительные личности легко декомпенсируются с развитием тревожных и депрессивных реакций при изменении привычных условий существования, необходимости выполнения ответственной работы и участия в публичной деятельности.

Течение данного варианта эпизодической ГБН примерно у половины больных можно определить как неуклонно прогрессирующее с постепенным увеличением частоты и тяжести обострений. Прогноз при отсутствии адекватного лечения неблагоприятный из-за возможности развития хронической ГБН. У части больных имеет место злоупотребление приемом лекарственных препаратов.

Хроническая ГБН является практически постоянной, хотя и варьирующей по интенсивности. Она беспокоит ежедневно или почти каждый день, в повседневных условиях, без явных факторов внешнего воздействия (стресс,

устомление и т.п.). Головная боль характеризуется наличием разнообразных по характеру болевых ощущений с преобладанием двусторонних, давящих, сжимающих болей, умеренной и даже высокой интенсивности, обычно без сопутствующей рвоты, но с возможной тошнотой, фотофобией или фонофобией. В анамнезе у больных с хронической ГБН отмечаются хронические болевые синдромы других локализаций (боли в шее, спине, артралгии, кардиалгии и т.п.), характерны указания на наследственную отягощенность. Длительность заболевания составляет 10—15 лет и более.

Клиническое неврологическое исследование обычно обнаруживает симметричное оживление сухожильных и периостальных рефлексов, признаки дисфункции надсегментарных отделов вегетативной нервной системы. Нейроортопедическое обследование выявляет у большинства больных патологию шейного отдела позвоночника: ограничение движений, болезненность позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), функциональные блокады ПДС, особенно в области краниовертебрального перехода и др. При пальпации практически у всех больных определяются миофасциальные триггерные пункты в проекции перикраниальной и экстракраниальной мускулатуры. Характерна высокая частота перманентных вегетативных и гипервентиляционных нарушений. В психоэмоциональном статусе практически облигатно выявляется легкая или умеренная депрессия. Весьма характерны разнообразные личностные акцентуации, выраженность которых существенно влияет на прогноз успешности терапии. Течение хронической ГБН стабильное или прогрессирующее. Значительная часть больных злоупотребляет приемом лекарственных препаратов.

Результаты исследований последнего десятилетия трансформировали патогенетическую концепцию ГБН. Если по классическим представлениям ее развитие объяснялось исключительно патологической импульсацией из тонически напряженных мышц скальпа и шеи в ответ на психоэмоциональный стресс, то основная роль, согласно современным взглядам, принадлежит врожденной или приобретенной дисфункции антиноцицептивной системы. Установлено, что для больных с ГБН характерна недостаточность нисходящего тормозного контроля со стороны супрасегментарных структур

(околоводопроводного серого вещества, ядер шва среднего и продолговатого мозга, ядер ретикулярной формации и т.п.) на сегментарные и релейные интернейроны, ответственные за проведение ноцицептивных сенсорных потоков с периферии.

Недостаточность тормозных систем на различных уровнях ЦНС может служить основой для формирования генераторов патологически усиленного возбуждения с участием нейронов ноцицептивной системы. Возникновение устойчивых агрегатов гиперактивных ноцицептивных нейронов может вести к развитию болевого синдрома без актуальных источников периферической афферентации или под влиянием слабой болевой или даже подпороговой импульсации из различных периферических источников, в частности от напряженных перикраниальных мышц, экстра- и интракраниальных сосудов и др. Именно это, как нам кажется, обуславливает диффузный и монотонный характер болевых ощущений при ГБН. Если же на периферии появляется актуальный очаг ноцицептивной афферентации (например, миофасциальный триггерный пункт), то вследствие асимметрии сенсорного входа болевые ощущения закономерно латерализуются.

Недостаточность моноаминергических механизмов, особенно серотонинергических, является общей основой для формирования как хронических алгических проявлений, так и депрессии, сопутствующей хронической боли. Указанное подтверждается эффективностью антидепрессантов в терапии хронической боли.

В целом развитие ГБН можно представить следующим образом:

- конституционально обусловленная или приобретенная недостаточность антиноцицептивной системы в условиях психоэмоционального напряжения, умственного переутомления приводит к снижению эффективного контроля боли на всех уровнях обработки ноцицептивной афферентации;
- неинтенсивные потоки периферической импульсации от напряженных перикраниальных и экстракраниальных мышц и (или) других тканей головы и сосудов в условиях облегчения сенсорного входа интерпретируются ЦНС как ноцицептивные и субъективно воспринимаются индивидуумом как диффузные болевые ощущения;

- при глобальной недостаточности тормозного контроля происходит формирование агрегатов гиперактивных нейронов с самоподдерживающейся активностью в структурах ЦНС, обеспечивающих проведение, модуляцию и анализ ноцицептивной информации, что приводит к хронизации боли, а также к ее отрыву от источников ноцицептивной импульсации с периферии;

- биосоциальная дезадаптация под влиянием личностных, эмоциональных и поведенческих особенностей индивидуума усугубляет хронический болевой синдром.

Удельная роль и даже участие различных механизмов головной ГБН при различных ее клинических вариантах представляется неодинаковой. Так, эпизодическая ГБН с редкими и короткими эпизодами, развивающаяся как проявление утомления и перенапряжения в условиях интенсивной деятельности и сопровождающаяся незначительными сдвигами реактивности нервной системы, может быть преимущественно обусловлена преходящей дисфункцией систем антиноцицептивного контроля (возможно вследствие временного истощения нейромедиаторных систем), ведущей к снижению болевых порогов и, как следствие, к повышению ноцицептивного влияния со стороны как напряженных перикраниальных мышц, так и других источников афферентации.

Эпизодическая ГБН с частыми и длительными эпизодами, беспокоящая в условиях обычной деятельности на фоне психоэмоциональных расстройств и личностных акцентуаций, сопровождающаяся, как правило, повышением биоэлектрической активности перикраниальных мышц и умеренным ростом рефлекторной возбудимости имеет, по-видимому, в своей основе конституциональные или приобретенные особенности функционирования антиноцицептивной системы, что приводит к дезадаптации под влиянием повседневных факторов. Это вариант головной боли может являться начальной фазой развития хронической ГБН.

В своем развитии и течении хроническая ГБН обычно мало зависит от периферического фактора. В ее реализации преимущественную роль играют дисфункция антиноцицептивной системы и генераторные механизмы патологической боли. Особо следует подчеркнуть, что поскольку у больных, страдающих ГБН, имеет место дисфункция антиноцицептивной системы, то это

облегчает возникновение у них головных болей по смешанному механизму с участием сосудистых, первичногенных, миофасциальных и других факторов.

Лечение ГБН на современном этапе осуществляется преимущественно методами фармакотерапии, причем это обусловлено не столько высокой лечебной эффективностью и безопасностью последней, сколько устаревшим стереотипом и привычкой практических врачей и пациентов к лекарственной терапии, а также агрессивной рекламой производителей лекарственных препаратов. По-прежнему широко при ГБН используются **нестероидные противовоспалительные средства** (аспирин, парацетамол, анальгин, напроксен и др.), центральное анальгетическое действие которых обусловлено вмешательством в синтез простагландинов в мембранах нейрональных синапсов, участвующих в передаче ноцицептивных импульсов. Обычно применение анальгетиков купирует ГБН, однако обезболивающий эффект нестероидных противовоспалительных средств является симптоматическим и вскоре после отмены лекарства головные боли возобновляются.

Ацетилсалициловую кислоту назначают по 250—500 мг 2 раза в день, *напроксен* — по 250 мг по одной таблетке 2 раза в день. Общая продолжительность приема — не более 10—15 дней в месяц. Нестероидные противовоспалительные средства (особенно ацетилсалициловая кислота, индометацин, ибупрофен) вызывают известные побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта; кроме того, длительное и бесконтрольное применение обезболивающих средств может приводить к привыканию и трансформации ГБН в *абзусную форму* головной боли, т.е. лекарственно-зависимую головную боль. Так, прием аспирина в дозе 45—50 г в месяц (3-4 таблетки в день) с большой вероятностью вызывает развитие лекарственно-зависимой головной боли. При наличии у больного лекарственно-зависимой головной боли необходимо отменить анальгетики и назначить терапию антидепрессантами. По нашим данным, при абзусной головной боли хороший лечебный эффект достигается использованием методов рефлексотерапии.

Транквилизаторы рекомендуются главным образом при выраженных тревожных нарушениях, что в основном характерно для эпизодической ГБН.

В большинстве случаев они не оказывают прямого обезболивающего действия. Их эффект связан в основном с уменьшением тревоги, страха, мышечного напряжения, психовегетативных компонентов болевого синдрома. При эпизодической ГБН курс лечения транквилизаторами проводят в течение 4 недель. *Мепрабамат* назначают в дозе 0,8—1,6 мг/сут, *элиниум* — от 30 до 100 мг/сут, *тазепам* — от 30 до 50 мг/сут, *феназепам* — от 3 до 5 мг/сут, *амизил* — от 6 до 12 мг/сут., *клоназепам* по 1 мг 2 раза в сутки, *альпразолам* — по 0,25 мг 3-4 раза в сутки, *грандаксин* — по 50 мг 2 раза в сутки. Дозы наращивают постепенно в течение первой недели лечения. Для профилактики синдрома отмены завершение курса лечения проводят также путем постепенного снижения дозы препарата. При длительном лечении (более одного месяца) может развиться психическая и физическая зависимость к препарату.

Центральные миорелаксанты (баклофен, сирдалуд, мидокалм) рекомендуются при ГБН с выраженными мышечно-тоническими нарушениями. Наряду с миорелаксирующим они оказывают стимулирующее действие на ГАМК-систему спинного мозга. Продолжительность курса лечения составляет около одного месяца. *Баклофен* назначают по 0,01 утром и вечером. При применении этого препарата снижаются психические и двигательные реакции, поэтому такие виды деятельности, как вождение автомобиля, в период лечения не рекомендуются. *Сирдалуд* назначают по 2 мг утром и вечером (до 8 мг/сут). Помимо миорелаксирующего действия он оказывает отчетливый обезболивающий эффект. *Мидокалм* применяют по 450—600 мг/сут. Он сочетает миорелаксирующий эффект с антивазоспастическим действием и улучшает регионарную гемодинамику.

Для лечения хронической ГБН препаратами выбора являются **антидепрессанты**. Их применение обусловлено недостаточностью серотониновых систем мозга при хронической боли, что сочетается с развитием депрессивных нарушений. Механизм противоболевого действия антидепрессантов включает редукцию депрессии, потенцирование действия как экзогенных, так и эндогенных анальгезирующих веществ, стимуляцию антиноцицептивных нисходящих моноаминергических систем мозга, включая серотонинергические. Продолжительность терапии антидепрессантами определяется

индивидуально. При хорошей переносимости она должна составлять не менее 1-1,5 месяца при адекватных суточных дозах. Эффект обычно наступает в течение первой недели терапии, т.е. быстрее, чем при депрессиях, и усиливается при продолжении лечения. Вслед за уменьшением боли на 2—3-й неделе лечения проявляется и отчетливое психотропное действие. Во избежание рецидива боли отмену терапии производят постепенно.

В клинической практике широко применяется трициклический антидепрессант *амитриптилин*. Его терапевтическая доза при ГБН составляет 75—100 мг/сут. Дозу следует увеличивать постепенно, чтобы избежать излишней седатации. Две трети дозы рекомендуется давать на ночь. Антидепрессанты первого поколения (*амитриптилин*, *кломипрамин*, *мапротилин* и др.) отличаются неселективностью нейрорхимического действия, влиянием на множество нейротрансмиттерных систем, которые не только принимают участие в реализации терапевтического эффекта, но и формируют множество побочных реакций вследствие воздействия на холинергические и гистаминные системы, α - и β -адренорецепторы. Клинически это может проявляться сухостью во рту, слабостью, сонливостью, синусовой тахикардией, замедлением внутрисердечной проводимости, повышением внутриглазного давления, увеличением массы тела и т.п. Указанное ограничивает применение данных препаратов у больных с заболеваниями сердца, глаукомой, аденомой предстательной железы и др.

Лучшую переносимость имеет четырехциклический антидепрессант *леривон*. Препарат не обладает кардиотоксическим и холинолитическим действием. Его терапевтическая доза при ГБН составляет 30 мг/сут. Препарат обладает пролонгированным действием и поэтому может назначаться однократно перед сном. Необходимо медленное наращивание дозы в течение первой недели, начиная с 7,5 мг или 15 мг в день.

В последнее время для лечения ГБН все шире применяются антидепрессанты второго поколения — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Препараты этого класса действуют только на серотонинергические рецепторы, их антидепрессивное действие не уступает трициклическим антидепрессантам, но при этом они лишены ряда побочных эффектов. Начальная доза, как правило, совпадает с терапевтической и препараты назначаются один раз в сутки. К данной

группе препаратов относят *флуоксетин* (*фрамакс*, *прозак*), *сертралин*, *пароксетин* (*паксил*), *ципрамил*. *Флуоксетин* применяют по 20 мг утром, в случае необходимости можно назначить вторую дозу днем. Болевые проявления снимаются или уменьшаются на 2-3-й неделе, а максимально выраженный клинический эффект отмечается спустя 4—6 недель. *Пароксетин* (*паксил*) рекомендуют применять по следующей схеме: 10 мг утром после еды в течение четырех дней с последующим приемом по 20 мг утром в течение минимум 28 дней. Побочные эффекты селективных ингибиторов обратного захвата серотонина проявляются агитацией, акатизией, тревогой, инсомнией (чрезмерная стимуляция 5-HT₂-рецепторов), тошнотой, неприятными ощущениями в желудке, диареей, головной болью (чрезмерная стимуляция 5-HT₃-рецепторов).

При наличии у больных ГБН выраженных тревожно-фобических нарушений рекомендуется назначение антидепрессантов с седативным и противотревожным действием (*амитриптилина*, *леривона*, *флувоксамина*). При преобладании депрессивных расстройств и астенических проявлений предпочтительны *мелипрамин*, *флуоксетин*, *аурорикс* и др.

В целом применение антидепрессантов является эффективным средством лечения больных с хронической ГБН, однако их использование ограничивается частым развитием побочных эффектов. Неконтролируемый прием весьма сильнодействующих психотропных препаратов может быть даже более опасным для здоровья пациентов, чем сама хроническая головная боль.

Следует отметить, что фактором, ограничивающим применение любых современных фармакологических средств, является также высокая стоимость большинства лекарственных препаратов, что с учетом длительных сроков лечения делает полноценную фармакотерапию ГБН малодоступной для многих пациентов. В последние годы при лечении ГБН все большее внимание обращается на использование нелекарственных методов. Это обусловлено недостаточной эффективностью фармакотерапии, наличием индивидуальной непереносимости и аллергических реакций, возникновением привыкания, развитием лекарственно-зависимой головной боли. Для лечения ГБН применяют психотерапию, биологическую обратную связь (БОС),

физиотерапию, массаж, постизометрическую релаксацию и рефлексотерапию. Особое внимание в указанном ряду хотелось бы обратить на три последних метода.

Массаж является одним из наиболее простых, но вместе с тем эффективных методов лечения ГБН, особенно ее эпизодического варианта. Воздействие производят на лобную область, волосистую часть головы и шейно-воротниковую область. Поза больного — сидя или лежа. Массажист сидит или стоит позади пациента. Последовательно циклически применяют два приема — поглаживание и растирание. Прием поглаживания предполагает поверхностное воздействие, когда рука массирующего скользит по коже, не сдвигая ее в складки. Поглаживание в лобной области производят выпрямленными и сомкнутыми в одной плоскости пальцами по горизонтальным линиям в направлении от срединной линии к периферии. На волосистой части головы применяют граблеобразное поглаживание, которое проводится расставленными пальцами одной или обеих кистей по продольным параллельным линиям. Прием растирания (за счет образования кожной складки в виде валика перед рукой массирующего) обеспечивает сдвигание и растяжение тканей. Растирание в лобной области производят по тем же линиям, что и поглаживание. Волосистую часть головы растирают подушечками II-IV пальцев кисти, которые выпрямлены и находятся под углом примерно 30° к массируемой поверхности. Прием предполагает круговые движение с постепенным перемещением по продольным линиям от передней границы роста волос до задней. Непременным условием проведения поглаживания и, особенно, растирания является безболезненность данных приемов.

Массаж шейно-воротниковой зоны выполняют по общепринятой методике с применением приемов поглаживания и растирания. При наличии в мышцах шеи актуальных миофасциальных нарушений показано обязательное воздействие на локальные гипертонусы с использованием специальных приемов. Общая продолжительность сеанса — от 5 до 20 минут. Курс лечения включает 7—15 процедур. Больные или их родственники могут быть обучены наиболее простым приемам массажа, для того чтобы применять их в домашних условиях для купирования головной боли.

Для снижения тонического напряжения мышц с успехом применяется один из методов

мануальной терапии — **постизометрическая релаксация** (ПИР). Сущность метода ПИР состоит в сочетании кратковременного изометрического напряжения мышцы минимальной интенсивности с последующим ее пассивным растяжением. В результате циклического выполнения указанных действий мышца расслабляется, купируется ее болезненность.

При ГБН воздействуют в основном на мышцы скальпа (лобное и затылочное брюшко надчерепной мышцы) и шеи (прямые и косые мышцы головы, грудино-ключично-сосцевидную мышцу и др.). Выбор мышц определяется данными клинической и инструментальной диагностики, свидетельствующими о тоническом напряжении соответствующей группы мускулатуры и о наличии болезненных мышечных уплотнений.

При проведении ПИР лобного брюшка больной находится в положении сидя спиной к врачу. В исходной позиции левая ладонь врача располагается на уровне передней границы роста волос или чуть ниже нее, а правая накладывается на уровне надбровных дуг. Больному предлагают закрыть глаза, смещают кисти в противоположных направлениях до появления легкого натяжения мышцы. Изометрическая работа производится путем поднятия бровей против этого усилия (4-5 с). В паузе осуществляется дальнейшее смещение кистей. Прием повторяют от 3 до 5 раз.

При проведении ПИР затылочного брюшка больной находится в положении сидя лицом к врачу. В исходной позиции левая ладонь врача располагается на уровне нижней границы роста волос, а правая накладывается на уровне верхнего края наружного затылочного выступа. Больному предлагают закрыть глаза, смещают кисти в противоположных направлениях до появления легкого натяжения мышцы. Изометрическая работа затылочного брюшка производится поднятием бровей (4-5 с). В паузе осуществляется дальнейшее смещение кистей. Прием повторяют от 3 до 5 раз.

При упорном течении болевого синдрома целесообразно обучение больных и их родственников приемам ПИР для самостоятельного проведения многократных процедур в течение дня.

Рефлексотерапия вследствие наличия актуального психотропного, противоболевого, миорелаксирующего и репаративного действия является одним из наиболее адекватных методов лечения ГБН. При эпизодической ГБН

целесообразно применение так называемых современных принципов (локально-сегментарный подход) подбора акупунктурного рецепта, основанных на использовании общих, специфических, сегментарных и местных точек. Использование локально-сегментарного подхода при эпизодическом варианте ГБН обусловлено актуальной ролью фактора мышечного напряжения и связанного с ним потока периферической ноцицептивной афферентации в механизмах развития хронической боли. Поэтому патогенетически оправданным является воздействие на местные и сегментарные точки, во-первых, для контроля ноцицептивной афферентации, во-вторых, для снижения возбудимости моторных сегментарных центров, реализующих синдром мышечного напряжения. Кроме того, производится воздействие на местные точки в проекции дополнительных очагов патологической импульсации. Наиболее часто в этой роли выступают миофасциальные триггерные пункты в перикраниальной и экстракраниальной мускулатуре, а также пораженные ПДС шейного отдела позвоночника. При эпизодической ГБН необходима также стимуляция корпоральных и аурикулярных точек общего и психотропного действия, направленная на нормализацию функционального состояния супрасегментарных структур ЦНС.

Рефлексотерапия хронической ГБН требует направленного воздействия на коррекцию преимущественно центральных механизмов развития боли, что предполагает стимуляцию прежде всего дистальных корпоральных точек общего и психотропного действия, а также аурикулярных точек. При хронической ГБН достаточно эффективно использование традиционных подходов к подбору акупунктурных рецептов, в частности по алгоритму «трехуровневого воздействия», предложенного Д.М. Табеевой (1980). При наиболее тяжелом течении хронической ГБН с выраженной депрессией, традиционной акупунктуре следует предпочесть эмпирические схемы рефлексотерапии, направленные на купирование депрессивных нарушений.

При лечении больных с ГБН принципиально важен адекватный подбор силы раздражающего воздействия. При эпизодической ГБН с актуальными тоническими проявлениями со стороны перикраниальной и экстракраниальной мускулатуры предпочтительно использовать среднюю силу стимуляции, а при хронической ГБН с актуальными депрессивными расстройствами — слабое раздражение точек акупунктуры.

Существует широкий спектр методов рефлексотерапии — точечный массаж, многоигольчатая

стимуляция, микроиглотерапия, иглоукалывание, краниопунктура и лазерная рефлексотерапия.

Собственный опыт позволяет рекомендовать ступенчатый подход к проведению терапии ГБН. Лечение целесообразно начинать с легко переносимых и безопасных методов и только при их неэффективности назначать лекарственную терапию. Важным условием успешности терапии является организация оптимального режима труда и отдыха больного.

При эпизодической ГБН с редкими и короткими эпизодами курсовое лечение, как правило, не показано. Для купирования болевого синдрома рекомендуются массаж скальпа, постизометрическая релаксация, точечный массаж, однократный или непродолжительный прием анальгетиков. В случае очевидной стереотипности эпизодов головной боли по времени и условиям возникновения (например, экзаменационная сессия, отчетный период и т.п.) возможно профилактическое лечение с применением методов рефлексотерапии. При эпизодической ГБН с частыми и длительными эпизодами назначают курсовое лечение с использованием немедикаментозных методов (прежде всего рефлексотерапии), при неэффективности которых прибегают к лекарственной терапии.

При хронической ГБН, как правило, необходимо комплексное лечение на основе фармакотерапии и нелекарственных методов (рефлексотерапии, психотерапии, ПИР, БОС и др.). Это позволяет потенцировать терапевтические эффекты, а также снизить риск развития побочных реакций лекарственной терапии ввиду применения меньших доз фармакологических препаратов.

Для профилактики рецидивов ГБН, ее прогрессирования с течением времени чрезвычайно важны организация здорового образа жизни больного, рациональные занятия физической культурой, мероприятия, направленные на предотвращение умственного переутомления, стрессовых и конфликтных ситуаций в быту и на работе, а также оптимизация рабочего места и режима труда для лиц «сидячих» профессий. Если нельзя устранить негативные психоэмоциональные воздействия, то показаны различные виды психотерапии. Эффективно применение аутотренинга, позволяющего снимать психоэмоциональное напряжение и релаксировать мышечную систему. Наш опыт свидетельствует о значительной результативности рефлексопрофилактики ГБН.

Поступила 22.11.03.

