

Головачева В.А., Парфенов В.А., Захаров В.В.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия
119021, Москва, ул. Россолимо, 11

Лечение хронической ежедневной головной боли с использованием дополнительных и альтернативных методов

Хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ) относится к 10 ведущим причинам нетрудоспособности взрослого населения и к 5 наиболее частым причинам нетрудоспособности женщин. Лечение пациентов с ХЕГБ — одна из самых трудных задач в неврологической практике. Трудности ведения пациентов с ХЕГБ связаны с высокой распространенностью коморбидных психических расстройств, злоупотреблением обезболивающими препаратами, наличием болевых синдромов другой локализации и ошибочными представлениями пациентов о своем заболевании. Сочетание лекарственной и нелекарственной терапии — основа современного подхода в лечении пациентов с ХЕГБ. Выделяют стандартную терапию, альтернативную и дополнительную терапию. В статье описаны различные виды современной дополнительной и альтернативной терапии, применяемой в ведущих мировых центрах и клиниках головной боли. Приводится опыт использования церебролизина в качестве дополнительной или альтернативной фармакотерапии ХЕГБ.

Ключевые слова: хроническая ежедневная головная боль; головная боль напряжения; мигрень; лечение; поведенческая терапия.

Контакты: Владимир Владимирович Захаров; zakharovenator@gmail.com

Для ссылки: Головачева ВА, Парфенов ВА, Захаров ВВ. Лечение хронической ежедневной головной боли с использованием дополнительных и альтернативных методов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2015;7(2):35–41.

Treatment for chronic daily headache by using auxiliary and alternative methods

Golovacheva V.A., Parfenov V.A., Zakharov V.V.

*Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, Faculty of Therapeutics, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Moscow 119021*

Chronic daily headache (CDH) is one of the top 10 causes of adult disability and one of the 5 most common causes of female disability. To treat patients with CDH is one of the most difficult tasks in neurological practice. Difficulties in managing patients with CDH are associated with the high prevalence of comorbid mental disorders, analgesic abuse, pain syndromes at another site, and misconceptions of a patient about his/her disease. A combination of drug and non-drug therapies is the mainstay of the current approach to treating patients with CDH. Standard, alternative, and auxiliary therapies are identified. The paper describes different types of current auxiliary and alternative therapy used in the world's leading headache centers and clinics. It describes experience with cerebrolysin used as auxiliary and alternative pharmacotherapies for CDH.

Key words: chronic daily headache; tension headache; migraine; treatment; behavioral therapy.

Contact: Vladimir Vladimirovich Zakharov; zakharovenator@gmail.com

For reference: Golovacheva V.A., Parfenov V.A., Zakharov V.V. Treatment for chronic daily headache by using auxiliary and alternative methods. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2015;7(2):35–41.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2015-2-35-41>

Хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ) представляет собой головную боль различной этиологии, которая возникает не менее 15 дней в месяц на протяжении не менее 3 мес [1]. Распространенность ХЕГБ составляет 4–5% в общей популяции [2]. 40% пациентов, обращающихся в специализированные клиники лечения головной боли, страдают ХЕГБ [3]. ХЕГБ относится к 10 ведущим причинам нетрудоспособности взрослого населения и к 5 самым частым причинам нетрудоспособности женщин [4]. В большинстве случаев ХЕГБ развивается из эпизодических форм первичной головной боли, однако иногда она может быть

ежедневной с самого начала [5]. Самые распространенные формы ХЕГБ — хроническая мигрень и хроническая головная боль напряжения [6]. По данным разных исследований, от 50 до 82% пациентов с ХЕГБ регулярно злоупотребляют обезболивающими препаратами, что приводит к дополнительному развитию лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ) [7].

Лечение ХЕГБ. Лечение ХЕГБ — социально значимая задача, для успешного решения которой требуется применение современных подходов [8]. Доказано, что наибольший эффект отмечается при сочетании лекарственной и неле-

карственной терапии [9]. Выделяют стандартные и альтернативные и дополнительные методы лечения ХЕГБ. К стандартным методам относятся традиционная фармакотерапия и образовательные программы. Альтернативные (дополнительные) методы лечения включают поведенческую и физикальную терапию, а также альтернативную фармакотерапию [7, 8, 10]. Эти методы могут использоваться самостоятельно (альтернативная терапия) или в сочетании со стандартным лечением ХЕГБ (дополнительная терапия).

Стандартная фармакотерапия ХЕГБ. Выбор препарата для лекарственной терапии ХЕГБ определяется типом ХЕГБ, наличием коморбидных психических расстройств, других сопутствующих заболеваний, а также зависит от переносимости и предпочтений пациента [7]. Выделяют профилактическую терапию и лечение приступов головной боли. К профилактической терапии ХЕГБ относятся антидепрессанты (трициклические и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), антиконвульсанты (вальпроат, габапентин, топирамат), бета-адреноблокаторы (при мигрени), тизанидин, ботулотоксин типа А [7]. Для купирования приступов головной боли рекомендуется применение препаратов следующих групп: простые и комбинированные анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, эрготамины (при мигрени), триптаны (при мигрени и кластерной головной боли) [7, 11, 12]. В целях предупреждения развития ЛИГБ не рекомендуется принимать более двух доз любого из указанных выше препаратов в неделю [13]. При наличии ЛИГБ в структуре головной боли показаны отмена обезболивающих препаратов, вовлеченных в ее формирование, и достаточное потребление жидкости. В ряде случаев проводится короткий курс лечения глюкокортикоидами (в таблетках или в форме внутривенных капельных вливаний, длительностью до 10 дней) [13].

Образовательная программа для пациентов с ХЕГБ. Информирование пациента о его заболевании — один из важнейших начальных этапов лечения ХЕГБ [4, 10]. После установления диагноза (чаще всего — хронической мигрени, хронической головной боли напряжения) врачу необходимо рассказать пациенту о причинах головной боли и факторах, которые могут ее провоцировать, о прогнозе и возможностях лекарственных и нелекарственных методов лечения. Правильные представления пациента о причинах головной боли, способах купирования и предупреждения приступов — залог успешной терапии. Рекомендуется разъяснить пациенту, что выявление и избегание факторов, провоцирующих головную боль, играют значимую роль в уменьшении частоты приступов. Важно сформировать у пациента реалистичные ожидания: объяснить, что полностью избавиться от некоторых видов первичной головной боли (например, мигрени) невозможно, а проводимое лечение направлено на уменьшение частоты приступов. Активное участие пациента в процессе лечения, выполнение рекомендаций по изменению образа жизни (например, соблюдение режима сна и питания, повышение физической активности) — основа эффективной терапии ХЕГБ. В рамках образовательной программы проводятся школы для пациентов с головной болью (мигренью, головной болью напряжения), создаются информационные брошюры и специальные интернет-сайты.

Альтернативная и дополнительная терапия ХЕГБ. В последние годы значительно возросла частота применения

альтернативной и дополнительной терапии головной боли [14–16]. Такая терапия включена в междисциплинарные программы лечения мигрени и головной боли напряжения [8]. 81,7% пациентов, которые наблюдаются в специализированных клиниках головной боли, получают какие-либо виды дополнительной или альтернативной терапии [17]. Это связано с тем, что примерно у половины пациентов с ХЕГБ стандартная фармакотерапия недостаточно эффективна, у части пациентов имеются противопоказания для ее назначения и отмечаются стойкие побочные эффекты [17]. По мнению большинства авторов, оптимальным является сочетание стандартной терапии ХЕГБ и иных (дополнительных) методов лечения: именно такой подход позволяет повысить вероятность терапевтического успеха [18–20]. Однако в ряде случаев проводится только альтернативная терапия [16].

Поведенческая терапия. К поведенческим методам лечения относятся когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), биологическая обратная связь (БОС) и метод релаксации [17].

КПТ — метод психотерапии, в котором применяются когнитивные (когнитивная перестройка) и поведенческие (поведенческий эксперимент) техники, нацеленные на решение проблемы [21]. В основе метода КПТ лежит представление о том, что неправильные установки пациента, его нерациональные убеждения и страхи способствуют развитию дисфункционального поведения, которое поддерживает болезнь. Благодаря КПТ пациент обучается адаптивным стратегиям преодоления боли, т. е. поведенческим навыкам, способствующим выздоровлению или значимому улучшению состояния. Терапию обычно проводят невролог, психолог или психиатр в виде индивидуальных или групповых, стационарных или амбулаторных сессий, продолжительностью до 1 ч [22].

БОС — лечебный психологический метод, с помощью которого пациент обучается пониманию и контролю реакций своего тела (напряжения мышц, температуры кожи, потоотделения, биоэлектрической активности мозга или частоты сердечных сокращений) [23]. Терапию проводят с помощью специальных приборов БОС, которые позволяют превратить лечение в увлекательную игру с различными заданиями (в виде зрительных образов), при этом пациент учится управлять реакциями своего организма, набирая очки [24]. Для лечения мигрени в основном применяется температурная и электромиографическая БОС, реже — электроэнцефалографическая [23, 25]. В лечении головной боли напряжения эффективна электромиографическая БОС [12]. Терапия БОС проводится в виде часовых сеансов. Чтобы пациент научился управлять реакциями своего организма, требуется от 5 до 25 сеансов [24]. БОС у пациентов с головной болью обычно проводит невролог или психолог [22].

Метод релаксации — позволяет обучить пациента навыкам психологического и мышечного расслабления, а также снижению выраженности стресс-индуцированной симпатической реакции [23]. Метод релаксации включает прогрессирующую мышечную релаксацию, диафрагмальное дыхание, техники расслабляющей вербализации и визуализации. Релаксация проводится в форме ежедневных сеансов, продолжительностью по 20–30 мин. Регулярные сеансы релаксации используются для профилактики приступов мигрени и головной боли напряжения. В других случаях ре-

Таблица 1. *Рекомендации по назначению поведенческой терапии Ассоциации специалистов по головной боли США [25]*

Поведенческая терапия рекомендуется, если:

- 1) Пациент предпочитает нефармакологические методы лечения
- 2) Отмечается плохая переносимость стандартной фармакотерапии
- 3) Имеются противопоказания к назначению стандартной фармакотерапии
- 4) Эффективность стандартной фармакотерапии недостаточна
- 5) Пациентка беременна, кормит грудью или планирует беременность
- 6) Имеется ЛИГБ, которая ухудшает течение изначальной первичной головной боли и снижает эффективность стандартной фармакотерапии
- 7) Имеется значительный стресс или отсутствуют навыки преодоления стресса

лаксация может купировать или уменьшить выраженность уже развившегося приступа мигрени или головной боли напряжения [23]. Сочетанное применение БОС и метода релаксации повышает эффективность лечения [24].

Многочисленные исследования показали сходную эффективность поведенческой терапии и стандартной фармакотерапии в лечении мигрени и головной боли напряжения [12, 17, 26]. При этом комбинация поведенческой терапии и стандартной фармакотерапии оказывает наибольший эффект и снижает вероятность рецидива ХЕГБ [17].

Ассоциация специалистов по головной боли США разработала рекомендации по назначению поведенческой терапии (табл. 1) [25].

Применение поведенческих методов обеспечивает активное участие пациента в лечебном процессе, что необходимо для достижения успеха [8]. Поведенческая терапия позволяет обучить пациента навыкам преодоления и контроля боли, которые могут использоваться и в дальнейшем, после завершения лечения, для поддержания клинического эффекта и предупреждения рецидива ХЕГБ [8, 26].

Ассоциация специалистов по головной боли США рекомендует применение метода релаксации, комбинацию метода релаксации и температурной БОС, электромиографической БОС и КПТ в качестве профилактической терапии мигрени (уровень рекомендаций А) [25]. Добавление поведенческой терапии к фармакотерапии повышает эффективность лечения мигрени (уровень рекомендаций В) [25].

В соответствии с последними рекомендациями Европейской федерации неврологических сообществ поведенческая терапия показана всем пациентам с головной болью напряжения [12]. К профилактической терапии головной боли напряжения относятся электромиографическая БОС (уровень рекомендаций А), КПТ (уровень рекомендаций С), метод релаксации (уровень рекомендаций С) [12].

Рекомендации по выбору конкретного вида поведенческой терапии в определенных клинических ситуациях не разработаны [25]. Предполагается, что выбор КПТ предпочтителен для пациентов с психологическими, психосоциальными, психоповеденческими проблемами и аффективным дистрессом [12]. БОС и метод релаксации дают лучшие

результаты у пациентов с мышечным напряжением [12]. КПТ, БОС и метод релаксации включены во все междисциплинарные программы лечения хронических и частых эпизодических форм мигрени и головной боли напряжения, а также ЛИГБ [8, 22].

Другие нелекарственные методы терапии*. К таким методам относятся акупунктура, массаж, мануальная терапия и физиотерапия. По данным ряда исследований, акупунктура, мануальная терапия, массаж и физиотерапия эффективны в лечении мигрени и головной боли напряжения [12, 27, 28]. Однако, как полагают, доказательная база эффективности физикальных методов недостаточна [12, 16, 25].

Предполагается, что физикальная терапия может быть наиболее эффективна при сочетании мигрени или головной боли напряжения с неспецифической болью в шее, что часто встречается в клинической практике [29]. Мышечно-тонический болевой синдром шейных мышц – фактор, несомненно способствующий учащению приступов мигрени [30, 31]. В связи с этим в ряде случаев для лечения мигрени рекомендуется комбинация стандартной терапии и лечебной гимнастики, метода релаксации и температурной БОС [29]. По данным метаанализа [32], лечебная гимнастика эффективна также в лечении головной боли напряжения. Лечебная гимнастика включена в большинство междисциплинарных программ лечения первичных форм головной боли [8, 22].

Альтернативная и дополнительная фармакотерапия. Альтернативная и дополнительная фармакотерапия ХЕГБ показана в следующих клинических ситуациях [16]:

- 1) при наличии противопоказаний к стандартной фармакотерапии;
- 2) при развитии стойких побочных эффектов стандартной фармакотерапии;
- 3) при отказе пациента от стандартной фармакотерапии;
- 4) при отсутствии или недостаточном эффекте стандартной фармакотерапии.

В качестве альтернативной (дополнительной) терапии мигрени рассматриваются препараты магния, рибофлафин, коэнзим Q10, белокопытник гибридный и пиретрум девичий [16]. Все указанные препараты оценены в рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях при мигрени, на основании которых препараты белокопытника гибридного и пиретрума девичьего отнесены международным научным сообществом к альтернативной профилактической терапии мигрени [16]. Препарат белокопытника гибридного рекомендуется как средство профилактической терапии мигрени не только у взрослых, но и у детей [33, 34].

Недавно завершено исследование эффективности цебребролизина у пациентов молодого и среднего возраста с хронической головной болью напряжения, сочетающейся с аффективным дистрессом, астеническим синдромом и когнитивными нарушениями [35]. В исследование было включено 70 пациентов с головной болью напряжения в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст 41,8±7,9 года) и 36 практически здоровых людей в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст 40,6±8,3 года). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от формы головной боли напряжения: 36 (51,4%) пациентов страдали частой головной болью напряжения и 34 (48,6%) – хронической головной болью напряжения. Оценка клинико-психологических показате-

* В зарубежной литературе чаще используется название «физикальная терапия».

лей проводилась до и через 1 мес после лечения. До начала терапии у всех пациентов с головной болью отмечались тревожно-депрессивная симптоматика, астения и когнитивные нарушения. 32 пациента с хронической головной болью напряжения получали терапию церебролизином в дозе 5 мл внутримышечно в течение 10 дней.

Через 1 мес после окончания терапии клинический эффект был отмечен у 21 (65,6%) пациента с хронической головной болью напряжения. Он выражался в достоверном уменьшении интенсивности головной боли, выраженности астении, депрессии и утомляемости, улучшении когнитивных функций (табл. 2). Отмечена хорошая переносимость терапии церебролизином.

Эффективность церебролизина у пациентов с хронической головной болью напряжения и сочетанными когнитивными и эмоциональными нарушениями связана с его воздействием на ключевые патофизиологические механизмы развития и поддержания указанных расстройств.

Эмоциональные расстройства — один из важнейших факторов развития головной боли напряжения (см. рисунок) [36]. Эпизодическая головная боль напряжения возникает вследствие преходящих стрессовых ситуаций и эмоциональных переживаний. Церебролизин оказывает положительное влияние на эмоциональную сферу. Так, показана эффективность церебролизина в лечении синдрома эмоционального выгорания [37]. По данным клинических исследований, у большинства пациентов (69,7%) с данным синдромом на фоне использования церебролизина (5 мл внутримышечно в течение 15 дней) уменьшается выраженность показателей астении и депрессии, повышаются повседневная активность и качество жизни.

Второй значимый фактор развития головной боли напряжения — мышечное напряжение. Длительные позные нагрузки, неудобное положение шеи и головы (например, работа за компьютером, за столом, на дачном участке, пребывание в стоматологическом кресле) приводят к формированию мышечно-тонического синдрома перикраниальных мышц. Эмоциональные расстройства и стресс не только вызывают, но и поддерживают напряжение мышц. При участии генетических факторов (предрасположенности к развитию эпизодической и хронической боли из-за нейромедиаторных нарушений), механизмов центральной и периферической сенситизации формируется порочный круг: эмоциональные расстройства, стресс — мышечное напряжение — боль — эмоциональные расстройства, стресс (из-за переживания боли). Когда стрессовая ситуация и эмоциональные переживания продолжаются более 2–3 нед, повышается вероятность учащения и усиления приступов головной боли напряжения с переходом ее в хроническую форму.

Таблица 2. Динамика клинико-психологических показателей у пациентов с хронической головной болью напряжения, леченных церебролизином [35]

Показатель	До лечения	После лечения (30-й день)
ВАШ, баллы:		
интенсивность ГБ	5,4±1,5	3,1±0,9*
утомляемость	8,8±1,6	2,9±1,1
РТ, баллы	47,6±5,1	45,3±6,1
ЛТ, баллы	49,8±6,1	48,2±5,2
HADS, баллы:		
тревога	16,5±4,9	16,3±3,6
депрессия	9,6±3,7	6,5±2,1*
Кратковременная слуховая память:		
объем памяти, количество слов	6,7±0,5	9,1±0,7**
прочность мнемических следов (количество воспроизводимых слов)	5,4±1,2	8,4±1,6**
Кратковременная зрительная память (объем памяти)	6,8±1,1	8,2±0,7*
MFI-20, баллы:		
общая астения	19,2±7,5	5,9±3,7**
физическая астения	18,8±6,2	8,9±2,2**
психическая астения	18,2±5,5	7,9±2,8**
пониженная активность	19,3±5,6	5,1±2,8**
снижение мотивации	13,3±4,1	13,6±3,5

Примечание. ВАШ — визуальная аналоговая шкала; HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии; MFI-20 — шкала субъективной оценки астении; ГБ — головная боль; РТ — реактивная тревожность; ЛТ — личностная тревожность. Достоверность различий представлена по сравнению с показателями до лечения: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

Длительная или неразрешимая стрессовая, психотравмирующая ситуация часто приводит к развитию не только головной боли напряжения, но и депрессивной симптоматики [36, 38]. Депрессия и боль оказывают негативное влияние друг на друга [24]. Депрессия развивается у 67% пациентов, страдающих головной болью напряжения, и у 69,6% пациентов, имеющих сочетание мигрени и головной боли напряжения [39].

В соответствии с современными представлениями, депрессия сопровождается снижением нейрональной пластичности, уменьшением активности нейротрофических факторов, нарушением метаболизма нейротрансмиттеров (серотонина, норадреналина), функциональным, а затем и структурным повреждением нейронов [40, 41]. До 80% па-



Патофизиология головной боли напряжения [36]

циентов с тревожно-депрессивными расстройствами предъявляют жалобы когнитивного характера [42]. В связи с этим целесообразно включение в терапию хронической головной боли напряжения с коморбидными эмоциональными и когнитивными расстройствами препаратов, препятствующих разрушению и гибели нервных клеток и нормализующих метаболические процессы мозга. К таким лекарственным средствам относится церебролизин — пептидный препарат, полученный с помощью стандартизованного ферментативного гидролиза свободных от липидов белков головного мозга свиней [35]. Церебролизин содержит только низкомолекулярные олигопептиды, поэтому хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер при парентеральном введении (внутривенном и внутримышечном). Механизм действия церебролизина подобен действию естественных нейротрофических факторов, которые управляют процессом функциональной перестройки нервной ткани при обучении и репарации (нейрональная пластичность), активизируют синтез нейромедиаторов.

Комбинированная терапия антидепрессантом и церебролизиним имеет ряд преимуществ перед монотерапией антидепрессантами. На это указывают результаты исследования, включившего 60 пациентов с депрессией [43]. У пациентов, получавших комбинированную терапию, по сравнению с пациентами из группы монотерапии отмечалось более быстрое и выраженное улучшение по шкале Гамильтона тревоги и депрессии, а также показателей когнитивных функций (краткая шкала оценки когнитивных функций). В группе комбинированной терапии значительно реже наблюдались побочные эффекты. Сходные результаты были получены и в другом сравнительном исследовании, включившем 68 пациентов с депрессией: наибольшая эффективность отмечена при депрессии и выраженном астеническом синдроме [44].

В соответствии с результатами проведенных исследований, терапия церебролизиним (по схеме 5–10 мл внутримышечно или внутривенно в течение 10–15 дней) может применяться как дополнительная или альтернативная фармакотерапия хронической головной боли напряжения и сочетанных расстройств — астении, эмоционального дистресса, депрессивной симптоматики и когнитивных нарушений.

Приводим историю болезни пациентки с ХЕГБ, которая проходила стационарное и последующее амбулаторное лечение в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Пациентка Л., 43 лет, менеджер, предъявляла жалобы на головную боль, боль в шее, приступы тревоги и ощущения жара, снижение памяти. На момент обращения в клинику не работала.

С подросткового возраста отмечались приступы сильной (8–9 баллов по ВАШ), распирающей головной боли (мигрени), левосторонней лобно-височной локализации, сопровождавшейся тошнотой, фото- и фонофобией. Головная боль усиливалась от обычной физической нагрузки. Продолжительность приступов головной боли — до 1 сут, частота — 1 раз в 1–2 мес. Головная боль провоцировалась голодом, недостатком сна, сильным эмоциональным напряжением, менструацией, купировалась приемом цитрамона, уменьшалась или полностью прекращалась после сна.

6 лет назад возникла стрессовая, психотравмирующая ситуация. В течение последних 5 лет наблюдались приступы тревоги, сопровождавшиеся ощущением сердцебиения, нехватки воздуха, «жара», интенсивным потоотделением, ощущением «внутреннего озноба», повышением артериального давления (АД) до 120/80 мм рт. ст. (при обычном АД — 90/60 мм рт. ст.), тошнотой, позывами на стул, учащенным мочеиспусканием и несистемным головокружением. Указанные приступы тревоги (панические атаки) длились до 15 мин и отмечались после стрессовых ситуаций или на ровном эмоциональном фоне. За последние 1,5 года частота указанных приступов увеличилась до 5–6 в месяц, появились эпизоды давящей двусторонней теменно-затылочной головной боли, умеренной интенсивности (5–6 баллов по ВАШ). Данная головная боль (головная боль напряжения) не усиливалась от обычной физической нагрузки, провоцировалась эмоциональным перенапряжением, купировалась приемом комбинированного анальгетика. Приступы мигрени стали возникать 1–2 раза в месяц.

Год назад у пациентки остро развилось системное головокружение, которое сопровождалось однократной рвотой и шумом в ушах и продолжалось в течение 10 дней, из-за чего она была вынуждена находиться в постели (по нашему заключению, — мигрень-ассоциированное головокружение). В течение 10 дней пребывания дома возникали приступы сильной головной боли (мигрени), типичной для пациентки и описанной ранее. На 10-й день головокружения бригадой скорой медицинской помощи пациентка была госпитализирована в городскую больницу, где состояние было расценено как «вертебробазиллярная недостаточность». По данным магнитно-резонансной терапии (МРТ) головного мозга очагового ишемического поражения (ишемического инсульта) не определялось. Проводилась терапия мексидолом, кавинтоном, витаминами группы В, на фоне которой продолжали возникать приступы мигрени. После выписки из больницы (через 2 нед) головокружение полностью регрессировало, но беспокоило ощущение неустойчивости при ходьбе, усиливавшееся на улице. Постепенно участились приступы головной боли напряжения, которые стали практически ежедневными, мигрени — до 2–3 раз в месяц, появилась тянущая, умеренной интенсивности боль в шее. Панические атаки возникали реже (1–2 раза в месяц). Наблюдалось стойкое снижение настроения и повседневной активности. Пациентка стала реже посещать какие-либо мероприятия и меньше общаться с друзьями. Отмечались снижение памяти, повышенная утомляемость. Пациентка была вынуждена оставить работу, так как не справлялась с прежним объемом. Обращалась в различные медицинские учреждения, где устанавливали диагнозы: «синдром вегетативной дистонии», «вертебробазиллярная недостаточность», «остеохондроз шейного отдела позвоночника». Получала терапию нейрометаболическими и вазоактивными препаратами (мексидолом, глицином, тренталом), физиотерапию, массаж, однако без эффекта. На фоне терапии эглонилом, карбамазепином, миртазапином, пароксетином возникли побочные эффекты, терапия была прекращена. Пациентка была проинформирована врачом, что лечебная гимнастика противопоказана из-за наличия «остеохондроза и межпозвоночных грыж на уровне шейного отдела позвоночника», установленных по данным МРТ. Эффективность обезболивающих препаратов, принимаемых по поводу головной боли, значительно снизилась, а их дозы увеличивались до 20 таблеток в месяц.

Обследована в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова: пациентка нормостенического телосложения, призна-

ки соматических заболеваний отсутствуют. Обнаружены ограничение объема движений в шейном отделе позвоночника, напряженность и болезненность перикраниальных мышц. При нейропсихологическом тестировании — легкие когнитивные (нейродинамические) нарушения в виде снижения кратковременной памяти, внимания, скорости выполнения заданий. Выявлены средние уровни личностной и ситуативной тревожности по шкале Спилберга—Ханина, умеренная степень выраженности депрессивных симптомов по шкале Бека, средний уровень зависимости от обезболивающих препаратов по результатам Лидского опросника зависимости, высокий уровень катастрофизации боли. При МРТ головного мозга не обнаружено признаков очагового поражения, при МРТ шейного отдела позвоночника выявлены протрузии межпозвоночных дисков С_{III–IV}, С_{IV–V}. Пациентка консультирована психиатром, диагностировано тревожно-депрессивное расстройство. Неврологический диагноз: ХЕГБ. Хроническая головная боль напряжения с вовлечением перикраниальных мышц. Эпизодическая мигрень без ауры. ЛИГБ. Цервикалгия. Тревожно-депрессивное расстройство.

Стационарно, а затем амбулаторно была проведена КПП с модулем образовательной программы, в форме 10 индивидуальных сессий. Пациентка посещала занятия по лечебной гимнастике и релаксации, рекомендовано продолжать занятия самостоятельно, ежедневно по 30 мин. Отменены препараты, вовлеченные в формирование ЛИГБ. Назначен amitriptilin 12,5 мг на ночь в течение 3 дней, с дальнейшим повышением дозы до 50 мг/сут. С учетом наличия астении, депрессивной симптоматики, снижения когнитивных функций, предыдущего опыта плохой переносимости лечения психоактивными препаратами за день до начала терапии amitriptилином начата терапия церебролизином по схеме: 10 мл внутривенно в течение 10 дней. Для купирования приступов головной боли напряжения рекомендован ибупрофен, мигрени — препарат из группы триптанов, но не более 2 таблеток в неделю. Рекомендовано ведение дневника головной боли. Amitriptилин пациентка принимала в дозе 50 мг/сут в течение 3 мес.

Через 3 мес лечения частота головной боли уменьшилась до 5 болевых дней в месяц, из них 4 приступа головной боли напряжения были легкой и умеренной интенсивности, при этом

2 приступа купированы методом релаксации и 1 приступ мигрени эффективно купирован триптаном. Боль в шее не беспокоит. При неврологическом осмотре — значимое уменьшение напряжения и отсутствие болезненности при пальпации перикраниальных мышц. Нормальные показатели опросников и шкал, ранее заполнявшихся пациенткой. Улучшилось настроение, отсутствовали жалобы на снижение когнитивных функций. Значимо повысилась повседневная активность. Пациентка смогла вернуться к работе. Продолжает занятия лечебной гимнастикой и релаксацией, посещает занятия по фитнесу.

В описанном клиническом случае диагностика исходного типа первичной головной боли, ЛИГБ и сочетанных расстройств не вызвала затруднений. Тщательный сбор анамнеза, данные осмотра, оценка эмоционального статуса и когнитивных функций, результаты рутинных методов обследования позволили поставить правильный диагноз, провести рациональное комбинированное лечение и помочь пациентке.

Таким образом, на сегодняшний день врач обладает большими возможностями для лечения ХЕГБ. Накоплены знания и опыт эффективного ведения пациентов с ХЕГБ с использованием стандартной, а также дополнительной и альтернативной терапии. Большое значение для длительного поддержания клинического эффекта и предупреждения рецидивов ХЕГБ имеют поведенческие методы. Дополнительная и альтернативная фармакотерапия показана пациентам с ХЕГБ, имеющим противопоказания к стандартной фармакотерапии, ее плохую переносимость или отказывающимся от лечения. К таким препаратам относится церебролизин. Эффективность и хорошая переносимость этого препарата у пациентов с хронической головной болью напряжения и сочетанными расстройствами (астеническими, депрессивными, тревожно-депрессивными и когнитивными) подтверждены результатами клинических исследований и собственными наблюдениями авторов. Сочетание стандартной и дополнительной, альтернативной терапии ХЕГБ — современный и эффективный подход, применяемый во всех ведущих мировых центрах и клиниках лечения головной боли.

ЛИТЕРАТУРА

- Halker RB, Hastriter EV, Dodick DW. Chronic daily headache: an evidence-based and systematic approach to a challenging problem. *Neurology*. 2011 Feb 15;76(7 Suppl 2):S37–43. doi: 10.1212/WNL.0b013e31820d5f32.
- Silberstein S. Chronic daily headache. *J Am Osteopath Assoc*. 2005 Apr;105(4 Suppl 2):23S–29S.
- Pascual J, Colar R, Castillo J. Epidemiology of chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2001 Dec;5(6):529–36.
- Stovner LJ, Hangen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007 Mar;27(3):193–210.
- Nappi G, Perrotta A, Rossi P, Sandrini G. Chronic daily headache. *Expert Rev Neurother*. 2008 Mar;8(3):361–84. doi: 10.1586/14737175.8.3.361.
- Kavuk I, Yavus A, Cetindere U, et al. Epidemiology of chronic daily headache. *Eur J Med Res*. 2003 Jun 30;8(6):236–40.
- Maizels M. The patient with daily headaches. *Am Fam Physician*. 2004 Dec 15;70(12):2299–306.
- Gaul C, Visscher CM, Bhola R, et al. Team players against headache: multidisciplinary treatment of primary headaches and medication overuse headache. *J Headache Pain*. 2011 Oct;12(5):511–9. doi: 10.1007/s10194-011-0364-y. Epub 2011 Jul 21.
- Andrasik F. What does the evidence show? Efficacy of behavioural treatments for recurrent headaches in adults. *Neurol Sci*. 2007 May;28 Suppl 2:S70–7.
- Johnson CJ. Management of chronic daily headache: challenges in clinical practice. *John Hopkins Advanced Studies in Medicine*. Available at: www.jhasim.com/cdh/ASIM_6_9C_pJohnson.pdf
- Evers S, Afra J, Frese A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine — revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2009 Sep;16(9):968–81. doi: 10.1111/j.1468-1331.2009.02748.x.
- Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache — Report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2010 Nov;17(11):1318–25. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03070.x.
- Evers S, Jensen R; European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache — guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol*. 2011 Sep;18(9):1115–21. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03497.x.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: Results of a follow-up national survey. *JAMA*. 1998 Nov 11;280(18):1569–75.
- Häussermann D. Increased confidence in

natural therapies. *Deutsch Arztebl.* 1997;94:1857–8.

16. Sun-Edelstein C, Mauskop A. Alternative headache treatments: nutraceuticals, behavioral and physical treatments. *Headache.* 2011 Mar;51(3):469–83. doi: 10.1111/j.1526-4610.2011.01846.x.

17. Gaul C, Elsmann R, Schmidt T, et al. Use of complementary and alternative medicine in patients suffering from primary headache disorders. *Cephalalgia.* 2009 Oct;29(10):1069–78. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.01841.x. Epub 2009 Apr 2.

18. Gunreben-Stempfle B, Griessinger N, Lang E, et al. Effectiveness of an intensive multidisciplinary headache treatment program. *Headache.* 2009 Jul;49(7):990–1000. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01448.x. Epub 2009 May 15.

19. Grazzi L, Andrasik F, D'Amico D, et al. Behavioral and pharmacologic treatment of transformed migraine with analgesic overuse: Outcome at 3 years. *Headache.* 2002 Jun;42(6):483–90.

20. Zeeberg P, Olesen J, Jensen R. Efficacy of multidisciplinary treatment in a tertiary referral headache centre. *Cephalalgia.* 2005 Dec;25(12):1159–67.

21. Milton J. Psychoanalysis and cognitive behavior therapy – rival paradigms or common ground? *Int J Psychoanal.* 2001 Jun;82 (Pt 3):431–47.

22. Wallasch TM, Kropp P. Multidisciplinary integrated headache care: a prospective 12-month follow-up observational study. *J Headache Pain.* 2012 Oct;13(7):521–9. doi: 10.1007/s10194-012-0469-y. Epub 2012 Jul 12.

23. Holroyd KA, Drew JB. Behavioral approaches to the treatment of migraine. *Semin Neurol.* 2006 Apr;26(2):199–207.

24. Данилов АБ, Данилов АлБ. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. Москва: АММ ПРЕСС; 2012. 568 с. [Danilov AB, Danilov AIB. *Upravlenie bol'yu. Biopsichosotsial'nyi podkhod* [Management of pain. The biopsychosocial approach]. Moscow: AMM PRESS; 2012. 568 p.]

25. Campbell JK, Penzien DB, Wall EM. Evidence-based guidelines for migraine headache: Behavioral and physical treatments. *US Headache Consortium 2000.* Available at: <http://www.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0089.pdf>

26. Silberstein SD. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): Report of

the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2000 Sep 26;55(6):754–62.

27. Табеева ГР, Яхно НН. Мигрень. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2011. 624 с. [Tabeeva GR, Yakhno NN. *Migren'* [Migraine]. Moscow: GEOTAR-Media; 2011. 624 p.]

28. Артеменко АР, Куренков АЛ. Хроническая мигрень. Москва: АБВ-пресс; 2012. 488 с. [Artemenko AR, Kurenkov AL. *Khronicheskaya migren'* [Chronic Migraine]. Moscow: ABV-press; 2012. 488 p.]

29. Biondi D. Physical treatments for headache: A structured review. *Headache.* 2005 Jun;45(6):738–46.

30. Blau JN, MacGregor EA. Migraine and the neck. *Headache.* 1994 Feb;34(2):88–90.

31. Tfelt-Hansen P, Lous I, Olesen J. Prevalence and significance of muscle tenderness during common migraine attacks. *Headache.* 1981 Mar;21(2):49–54.

32. Friction J, Velly A, Ouyang W, Look JO. Does exercise therapy improve headache? A systematic review with meta-analysis. *Curr Pain Headache Rep.* 2009 Dec;13(6):413–9.

33. Pothmann R, Danesch U. Migraine prevention in children and adolescents: Results of an open study with a special butterbur root extract. *Headache.* 2005 Mar;45(3):196–203.

34. Oelkers-Ax R, Leins A, Parzer P, et al. Butterbur root extract and music therapy in the prevention of childhood migraine: An explorative study. *Eur J Pain.* 2008 Apr;12(3):301–13. Epub 2007 Jul 30.

35. Чутко ЛС, Сурушкина СЮ, Рожкова АВ и соавт. Астенические расстройства и когнитивные нарушения у пациентов с головной болью напряжения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013;(5):25–9. [Chutko LS, Surushkina SYu, Rozhkova AV i soavt. Asthenic disorders and cognitive impairment in patients with tension headache. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 2013;(5):25–9. (In Russ.).]

36. Осипова ВВ. Головная боль напряжения: практическое руководство для врачей. Москва: ОГГИ; 2009. 40 с. [Osipova VV. *Golovnaya bol' napryazheniya: prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachei* [Tension headache: a practical manual for doctors]. Moscow: OGGI; 2009. 40 p.]

37. Чутко ЛС, Рожкова АВ, Сидоренко ВА и др. Синдром эмоционального выгорания: качество жизни и фармакотерапия. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ган-

нушкина. 2012;(6):61–64.

38. Nash JM, Theborge RW. Understanding psychological stress, its biological processes, and impact on primary headache. *Headache.* 2006 Oct;46(9):1377–86.

39. Beghi E, Bussone G, D'Amico D, et al. Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. *J Headache Pain.* 2010 Apr;11(2):141–50. doi: 10.1007/s10194-010-0187-2. Epub 2010 Jan 27.

40. Blugeot A, Rivat C, Bouvier E, et al. Vulnerability to depression: from brain neuroplasticity to identification of biomarkers. *J Neurosci.* 2011 Sep 7;31(36):12889–99. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1309-11.2011.

41. Massart R, Mongeau R, Lanfumey L, et al. Beyond the monoaminergic hypothesis: neuroplasticity and epigenetic changes in a transgenic mouse model of depression. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2012 Sep 5;367(1601):2485–94. doi: 10.1098/rstb.2012.0212.

42. Царенко ДМ. Клинико-психопатологические особенности когнитивных нарушений при расстройствах тревожно-депрессивного спектра. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 2012. [Tsarenko DM. *Kliniko-psichopatologicheskie osobennosti kognitivnykh narushenii pri rasstroistvakh trevozhno-depressivnogo spektra.* Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. 2012.]

43. Калын ЯБ, Сафарова ТП, Шешенин ВС и др. Сравнительная эффективность и безопасность антидепрессивной моно- и мультимодальной терапии у пожилых больных депрессией (опыт клинического применения в геронтопсихиатрическом стационаре). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;(6):20–9. [Kalyn YaB, Safarova TP, Sheshenin VS, et al. Comparative efficacy and safety and the safety of antidepressant mono- and multimodal therapy in elderly patients with depression (clinical experience in inpatient gerontopsychiatric). *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 2014;(6):20–9. (In Russ.).]

44. Пантелеева ГП, Артюх ВВ, Крылова ЕС и др. Оптимизации психофармакотерапии эндогенных депрессий с помощью препарата Церебролизин. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина 2012;(1):24–30.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.