



Лекарственно-индуцированная головная



КОМУ БУДЕТ ИНТЕРЕСНО:

@ТЕРАПЕВТ @НЕВРОЛОГ @ПЕДИАТР

Частое применение лекарственных препаратов для купирования головных болей может привести к увеличению частоты и переходу от эпизодических к хроническим головным болям [1].

Лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) – клиническая разновидность вторичной хронической головной боли, развивающаяся у пациентов с первичными цефалгиями при избыточном применении препаратов для купирования головной боли [2].

Распространенность ЛИГБ составляет около 2% у женщин и около 1% у мужчин во всем мире [3]. Точная причина ЛИГБ остается неизвестной.

ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛИГБ ЯВЛЯЮТСЯ:

○ Ранее существовавшая первичная головная боль.

ЛИГБ возникает:

✂ примерно у 2/3 пациентов на фоне мигрени;

✂ примерно у 1/3 пациентов с головной болью напряжения;

✂ редко встречается у пациентов с кластерной головной болью.

○ Женский пол.

○ Другие хронические болевые расстройства, при которых постоянно принимаются обезболивающие препараты.

○ Стресс.

○ Отсутствие физической активности.

○ Ожирение.

○ Курение.

○ Зависимое поведение и другие психические расстройства (депрессия или тревожное расстройство).

○ Наследственность.

ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Диагностика ЛИГБ основывается на данных анамнеза, клинической оценке головной боли и кратности применения обезболивающих лекарственных препаратов. Инструментальные методы исследования для диагностики ЛИГБ не применяются вследствие их неинформативности [2]. У пациентов с хронической головной болью и чрезмерным использованием лекарств без эпизодической головной боли в анамнезе, с наличием очаговой неврологической симптоматики или нейропсихологическими нарушениями, а также началом хронической головной боли в возрасте старше 50 лет необходимо исключить другие причины головной боли с помощью лабораторных и визуализирующих методов диагностики [1].

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ (В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ 3-ГО ПЕРЕСМОТРА - МКГБ-3)

- А** Головная боль, возникающая в течение 15 и более дней в месяц у пациента, исходно страдающего одной из форм головной боли.
- В** Регулярное на протяжении более 3 мес злоупотребление одним или более препаратом для купирования острого и/или симптоматического приступа головной боли (анальгетиков или специфических препаратов для лечения мигрени).
- С** Не соответствует другому диагнозу МКГБ-3.

ИЗЫТОЧНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

- 1** прием неопиоидных анальгетиков (нестероидные противовоспалительные препараты или ацетилсалициловая кислота) ≥ 15 дней в месяц **или**
- 2** прием комбинированных анальгетиков, триптанов, алкалоидов спорыньи или опиоидов ≥ 10 дней в месяц [4].

Характеристики ЛИГБ зависят от основной первичной головной боли, а также от типа лекарственного препарата. Чаще для ЛИГБ характерна диффузная монотонная боль утром или ночью, интенсивность которой нарастает по мере прекращения действия ранее принятого обезболивающего лекарственного препарата [2].

ЛИГБ развивается значительно быстрее при приеме триптанов, опиоидов и комбинированных анальгетиков по сравнению с простыми анальгетиками, что было подтверждено в некоторых исследованиях [1].

Для уточнения характеристик головной боли желательно ведение пациентами дневника головной боли.

Для выявления пациентов, подверженных риску злоупотребления обезболивающими лекарственными препаратами, можно применять опросник по шкале зависимости от тяжести, состоящий из пяти вопросов. Каждый пункт оценивается по 4-балльной шкале (от 0 до 3) и максимальный балл составляет 15 [3].

ЛЕЧЕНИЕ

Поведенческая терапия, состоящая в информировании пациентов о негативной роли избыточного применения обезболивающих лекарственных препаратов с целью ограничения их приема для предотвращения формирования хронической формы головной боли. Рекомендована пациентам, принимающим триптаны или простые анальгетики в качестве монотерапии и не страдающих сопутствующей тяжелой психиатрической патологией.

У пациентов, которые злоупотребляют опиоидами или у которых произошел рецидив после предыдущего лечения, поведенческая терапия обычно неэффективна. Таким пациентам должна быть оказана комплексная амбулаторная или стационарная помощь с дополнительным психологическим консультированием.



Профилактика развития



в зависимости от основного типа головной боли. Рекомендована пациентам, подверженным риску развития ЛИГБ и/или для которых поведенческая терапия недостаточно эффективна.

При мигрени была продемонстрирована эффективность топирамата, онаботулотоксина А и анти-CGRP-моноклональных антител (фреманезумаб, эренумаб).

В небольших исследованиях изучалась эффективность вальпроевой кислоты, прегабалина, иглоукалывания и стимуляции большого затылочного нерва. Полученные результаты не являются окончательными и данные методы лечения не могут быть рекомендованы в качестве профилактики ЛИГБ.

Применение β -адреноблокаторов, флунаризина и amitриптилина, являющихся препаратами первой линии в качестве профилактики эпизодической мигрени, не изучались для профилактики развития ЛИГБ.

Медикаментозная профилактика ЛИГБ должна дополняться немедикаментозной терапией, включающей психологическое консультирование и обучение, методы релаксации, аэробные упражнения, когнитивно-поведенческую терапию. Наиболее эффективными являются комплексные подходы с участием терапевтов, врачей общей практики, неврологов, физиотерапевтов и психологов.

У пациентов, для которых обучение и профилактическая терапия недостаточны, рекомендуется **частичная отмена приема препаратов**, проводимая в амбулаторных или стационарных условиях.

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СУЩЕСТВУЕТ ДВА ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДА К ЛИГБ, РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ:

1 Частичная или полная отмена применения обезболивающих лекарственных препаратов с одновременным началом применения средств для профилактики мигрени.

2 Применение обезболивающих препаратов совместно с лекарственными средствами для профилактики мигрени (топирамат, онаботулотоксин А или моноклональные антитела). При эффективности последних обезболивающие препараты отменяют.

Для лечения ЛИГБ у пациентов с первичной головной болью напряжения нет достаточных данных о подходящей терапии.

В некоторых исследованиях сравнивалась эффективность отмены лекарственных препаратов в амбулаторных и стационарных условиях. В результате не было выявлено каких-либо различий, но при наличии сопутствующих состояний, таких как депрессия, тревожность, злоупотребление психоактивными веществами, предыдущие неудачные попытки отмены препаратов в амбулаторных условиях, рекомендовано проведение отмены в условиях стационара.

У большинства пациентов при резком прекращении обезболивающих препаратов развивается абстинентный синдром с преходящим обострением головной боли, повышенной тревожностью и нарушениями сна. Данные симптомы сохраняются в течение 2-7 дней, в зависимости от типа ранее принимаемых лекарственных препаратов. Наиболее короткий период отмены наблюдался при применении триптанов, а наиболее длительный – при применении алкалоидов спорыньи или опиоидов. В соответствии с мнением экспертов, для лечения синдрома отмены рекомендованы трициклические антидепрессанты, нейролептики, противорвотные средства и кортикостероиды.



ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ

В нескольких исследованиях изучался вопрос профилактики рецидивов ЛИГБ, распространенность которых составляет от 25 до 35%.

Факторами риска развития рецидива являются:



хроническая головная боль напряжения в анамнезе;



чрезмерное употребление триптанов;



сопутствующее психическое заболевание.

Наибольшая вероятность рецидива наблюдается в первый год после отмены препаратов. В этот период необходимо интенсивное наблюдение за пациентами. Последовательное обучение пациентов и дальнейший тщательный мониторинг снижают риск рецидива. Проспективных контролируемых исследований с интенсивным лечением пациентов в течение первого года для устойчивой профилактики рецидивов не проводилось. На вопрос о том, предотвращает ли рецидив профилактическая терапия, начатая одновременно с частичной или полной отменой, также нельзя ответить однозначно. Однако было показано, что сочетание отмены обезболивающих препаратов с интенсивной амбулаторной или стационарной психообразовательной программой лечения с мотивационными элементами является высокоэффективным и экономичным [1].

Источники:

1. Diener HC, Kropp P, Dresler T et al. Management of medication overuse (MO) and medication overuse headache (MOH) S1 guideline. *Neurol Res Pract* 2022; 4 (37). DOI: 10.1186/s42466-022-00200-0
2. Клинические рекомендации «Головная боль напряжения». 2021.
3. Russell MB. Epidemiology and management of medication-overuse headache in the general population. *Neurol Sci* 2019; 40 (Suppl. 1): 23–6 (). DOI: 10.1007/s10072-019-03812-8
4. Международная классификация головной боли. 3-е изд. 2018.

**Скачайте дневник
головной боли
и поделитесь материалом
с пациентами (DD 9/10 2022)**

