



Новая
ежедневная
постоянная
головная

БОЛЬ

**КОМУ БУДЕТ ИНТЕРЕСНО:
@ТЕРАПЕВТ @НЕВРОЛОГ @ПЕДИАТР**

Новая ежедневная постоянная головная боль (НЕПГБ) – специфический тип первичной головной боли, начинающийся внезапно и сохраняющийся без каких-либо периодов ремиссии в течение как минимум 3 месяцев, при этом пациент часто может вспомнить точное время и обстоятельства начала возникновения головной боли.

В мае 2023 года в официальном журнале Международного общества головной боли Cephalalgia были опубликованы систематический обзор и метаанализ литературы по первичной НЕПГБ, включающие эпидемиологию, патофизиологию, клиническое течение, лечение и прогноз. Был проанализирован ряд исследований, в которых приняли участие всего 2155 пациентов с НЕПГБ.

НЕПГБ составляет примерно
18% случаев хронической
ежедневной головной боли
у детей и **4%** у взрослых.

По данным большинства исследований, НЕПГБ примерно в два раза чаще встречается у женщин. У детей отмечается сезонность появления головной боли, чаще в начале осени или в январе. У взрослых такой закономерности не наблюдается. Патофизиология НЕПГБ недостаточно изучена, но в некоторых небольших исследованиях обнаружена возможная связь с вирусными заболеваниями, стрессовыми факторами и гипермобильностью шейных суставов.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НОВОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ПОСТОЯННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Постоянная головная боль, отвечающая критериям В и С.

A

Боль с четким запоминающимся началом продолжается без ремиссий в течение 24 часов.

B

Наблюдается более 3 месяцев.

C

Не соответствует другому диагнозу, представленному в международной классификации головной боли (МКГБ, 3-издание).

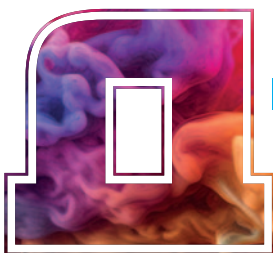
D

НЕПГБ не имеет характерных симптомов и может быть мигреноподобной; похожей на головную боль напряжения или иметь черты обоих.

Мигреноподобные симптомы встречаются у значительной части пациентов с НЕПГБ. Примерно у половины отмечаются тошнота или рвота, светобоязнь, фонофобия, чувствительность к движению и пульсирующий характер боли. Около 27% пациентов имеют одностороннюю локализацию боли.

В соответствии с 3-изданием международной классификации головной боли наличие мигрени или головной боли напряжения в анамнезе не исключает диагноза НЕПГБ. Но при этом не должно быть увеличения частоты приступов до появления НЕПГБ, а также обострения, связанного с чрезмерным употреблением лекарств.

При наличии критериев, характерных для мигрени или головной боли напряжения и НЕПГБ, диагнозом по умолчанию является НЕПГБ. Напротив, при соответствии диагностическим критериям НЕПГБ и гемикрания континуа, основным диагнозом является гемикрания континуа. Злоупотребление обезболивающими лекарственными препаратами может быть причиной лекарственно-индуцированной головной боли. Если начало НЕПГБ не предшествует злоупотреблению лекарственными препаратами, диагноз НЕПГБ не выставляется. Но если НЕПГБ отмечалась ранее, то рекомендуется поставить оба диагноза: «новая ежедневная постоянная головная боль» и «головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов». Другие вторичные головные боли, такие как посттравматическая головная боль, головная боль при повышении или понижении внутричерепного давления, должны быть исключены.



ДИАГНОСТИКА НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯ

Пациентам с НЕПГБ рекомендовано проведение МРТ головного мозга для исключения вторичных причин головной боли.

При НЕПГБ не наблюдается макроскопических изменений головного мозга, что соответствует первичной головной

боли. В одном исследовании 97 пациентов с НЕПГБ у 13% с сердечно-сосудистыми факторами риска отмечались поражения белого вещества на МРТ.

Несколько других исследований были направлены на обнаружение структурных или функциональных изменений на МРТ головного мозга у пациентов с НЕПГБ. При исследовании 23 взрослых с НЕПГБ не было обнаружено каких-либо различий на МРТ по сравнению с контрольной группой без головной боли. Напротив, исследование МРТ головного мозга у 13 подростков с НЕПГБ выявило структурные и функциональные изменения по сравнению с контрольной группой.

У 15 пациентов с НЕПГБ было выявлено снижение показателей мозгового кровотока по сравнению с контрольными группами пациентов с мигренью и без головной боли.





ЛЕЧЕНИЕ

Тем не менее признано, что пациенты с НЭПГБ часто не реагируют на эти методы лечения. Многие эксперты по головной боли считают НЭПГБ наиболее рефрактерной к лечению первичной головной болью.

В настоящее время экспертное мнение рекомендует лечение НЭПГБ в соответствии с фенотипом головной боли, т.е. мигрени и головной боли напряжения при наличии соответствующих симптомов.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

На данный момент не проведено исследований, оценивающих эффективность немедикаментозной терапии при НЭПГБ.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИСТУПОВ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Учитывая непрерывный характер головной боли при НЭПГБ, данные методы лечения используются не для прерывания приступов, а для уменьшения тяжести боли во время обострений. Сообщалось, что триптаны уменьшают тяжесть боли у 32% пациентов и, возможно, более эффективны при мигреноподобной НЭПГБ.

ПРОФИЛАКТИКА

В некоторых исследованиях сообщалось о части пациентов с НЭПГБ, положительно реагирующих на препараты для профилактики мигрени.

Ретроспективный анализ серии случаев показал отсутствие эффективности при приеме амитриптилина или вальпроата натрия при НЭПГБ. В то же время в другой серии случаев продемонстрирован незначительный положительный ответ на прием этих препаратов.

Только 30% пациентов имели умеренный положительный ответ на последовательное назначение миорелаксантов, трициклических антидепрессантов, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и противоспазматических препаратов.

ИНЪЕКЦИОННЫЕ И НЕЙРОМОДУЛИРУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Сообщалось, что блокады большого затылочного нерва эффективны у 33–63% пациентов с НЭПГБ, что аналогично показателям эффективности при лечении мигрени. Исследования эффективности блокады черепных нервов у пациентов с НЭПГБ продемонстрировали неоднозначные результаты – в одних положительный ответ отмечался у 61% пациентов, в то время как в других – только у 10%.

Внутривенное введение дигидроэрготамина изучалось в двух исследованиях. В одном исследовании из 11 пациентов только 2 ощутили эффективность от введения препарата, в другом – из 51 пациента 19 человек отметили положительный эффект.

Внутривенное введение вальпроата натрия изучалось у пяти пациентов, только один из них отметил незначительное уменьшение интенсивности головной боли.

Из 16 пациентов, получавших инъекции онаботулоксина А, уменьшение головной боли через 6 месяцев отметили 8 человек.

В серии из 9 пациентов с НЭПГБ, получавших инвазивную стимуляцию затылочного нерва, только у одного пациента был положительный ответ.

ПРОГНОЗ

Крупные исследования по изучению прогноза НЭПГБ не проводились, но многие эксперты считают, что новая ежедневная постоянная головная боль обычно является стойкой и рефрактерной к лечению.

Другие авторы предположили существование подтипов НЭПГБ: головная боль с самопроизвольным завершением, которая обычно проходит в течение нескольких месяцев без лечения, и рефрактерный подтип, устойчивый к интенсивным схемам лечения.



МОЖНО ЛИ РАССМАТРИВАТЬ НЕПГБ КАК ОТДЕЛЬНУЮ ПАТОЛОГИЮ ИЛИ ОНА ЯВЛЯЕТСЯ СОПУТСТВУЮЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ?

Примерно в 2/3 случаев НЕПГБ имеет фенотип мигрени, а в остальных – фенотип головной боли напряжения.

Сходство фенотипа с мигренью или головной болью напряжения не обязательно означает сходство в патофизиологии. В нескольких исследованиях, сравнивающих фенотип, сопутствующие заболевания или реакцию на лечение НЕПГБ с мигренью и/или головной болью напряжения, были выявлены различия между ними.

У пациентов с НЕПГБ часто встречаются симптомы мигрени, но односторонний характер боли выявлялся только у 27% пациентов, тогда как при мигрени он встречается чаще. Чрезмерное применение лекарственных препаратов является распространенной причиной трансформации эпизодической мигрени в хроническую мигрень, в то время как с НЕПГБ злоупотребление лекарствами не связано. НЕПГБ менее реагирует на инъекционные и нейромодулирующие методы лечения, чем мигрень. Эти различия в фенотипе и ответе на лечение позволяют предположить, что НЕПГБ является синдромом, отличным от мигрени и головной боли напряжения.

Необходимы дальнейшие исследования новой ежедневной постоянной головной боли, ее патофизиологии и эффективные методы лечения, которые должны включать контрольную популяцию с мигренью и/или головной болью напряжения.



Источники:

1. Cheema S, Mehta D, Ray JC, Hutton EJ, Matharu MS. New daily persistent headache: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2023;43(5). doi:10.1177/03331024231168089
2. Международная классификация головной боли (3-е издание, 2018).