Первая школа Европейской федерации головной боли в Украине

Европейская федерация головной боли (European Headache Federation, EHF) была основана в 1992 году. Одной из важнейших задач EHF является повышение информированности врачей и пациентов о проблеме головной боли и улучшение качества жизни граждан Европы, страдающих головной болью. Для достижения этой цели EHF проводит образовательные семинары среди молодых неврологов, врачей общей практики и других медицинских специалистов, принимающих участие в лечении головной боли. Федерация активно сотрудничает с национальными обществами головной боли, делая особый акцент на обществах стран Восточной Европы. Первая школа EHF в Украине проходила 7-8 мая 2011 года в г. Киеве. Ее посетили 40 врачей из разных регионов Украины: неврологи, клинические фармакологи, врачи общей практики. Предложенный курс состоял из 17 видеолекций ведущих европейских неврологов, которые занимаются проблемой головной боли.

Председательствовали на обучающем курсе профессор Фабио Антоначи (University Centre for Adaptive Disorders and Head pain UCADH, Павия, Италия, президент EHF (2008-2010) и руководитель научно-консультативных и диагностических центров «Головная боль» в г. Киеве и г. Днепропетровске, кандидат медицинских наук Т.Н. Майкова.

В лекции «Классификация головной боли» Х.М. Лоинез (Университетская клиника Университета Валенсии, Испания) акцентировал внимание на значении классификации для понимания друг друга врачами разных стран, проведения статистических исследований, изучения этиологии и подходов к лечению головной боли. Первая Международная классификация головной боли (ICH-I, 1988) послужила толчком к активному научному изучению головной боли. В настоящее время мы пользуемся Международной классификацией второго пересмотра (ICHD-II, 2004), основные разделы которой следующие:

– первичные головные боли, к которым относятся мигрень, головная боль напряжения (ГБН), кластерная головная боль и другие тригеминальные вегетативные невралгии, а также редкие виды первичной головной боли;

– вторичные головные боли, которые имеют конкретные причины, то есть вторичны по отношению к другим заболеваниям, и должны исчезать после их успешного лечения.

Лекция Р. Дженсен (Датский центр головной боли, Университет Копенгагена) была посвящена эпидемиологии и расходам на лечение головной боли. Согласно данным EHF на каждую тысячу пациентов неврологического профиля приходится 90 взрослых и 10 детей с купируемой мигренью, 30 взрослых и 4 ребенка с хронической мигренью (в том числе злоупотребляющих медикаментами), 600 взрослых и 75 детей с некупируемой головной болью разной этиологии. Только половина пациентов с мигренью обращается к врачам.

Следует отметить, что при подготовке врачей в медицинских университетах не уделяется должного внимания диагностике и лечению головной боли, несмотря на то что хронической головной болью страдают 3% населения планеты; кроме того, головная боль обусловливает около 20% случаев временной нетрудоспособности. Затраты на лечение мигрени и ГБН занимают третье место среди всех заболеваний.

В следующей лекции Р. Дженсен представила основные факторы риска хронизации мигрени:

– злоупотребление скоропомощными препаратами, такими как эрготамин, кофеин, кодеин, триптаны и простые аналгетики (а также их комбинации);

– чрезмерное потребление кофеина с традиционными напитками;

– стрессовые жизненные ситуации, нарушения сна;

– ожирение и другие эндокринные расстройства;

– депрессия.

Вопрос сочетания мигрени и депрессии Р. Дженсен рассмотрела более подробно. 46-57% пациентов с головной болью страдают депрессией. При мигрени риск развития депрессивного расстройства увеличивается в 2-4 раза по сравнению с лицами без мигрени, а при хронической мигрени риск депрессии в 2 раза выше, чем при эпизодической. В недавно проведенных исследованиях Heckman и Holroyd показали, что эффективность профилактического лечения мигрени у пациентов с тревогой и/или депрессией выше, чем у больных с головной болью без сопутствующих аффективных расстройств. В то же время согласно результатам исследования FRAMIG купирование мигренозных приступов менее эффективно при сочетании головной боли с тревогой и/или депрессией.

Большой интерес вызвала лекция Х.М. Лоинеза, посвященная лечению мигрени. Терапия мигрени подразделяется на купирование приступа и профилактическое лечение. Для купирования приступа применяют НПВП, триптаны, противорвотные средства и их комбинации. В случаях, когда пациент переносит три и более приступа в месяц, при длительных и рефрактерных приступах, приступах, сопровождающихся тревогой, а также при мигрени с базальной аурой или мигралепсии (даже при низкой частоте) обязательно назначение профилактического лечения. Тем не менее в США из 53% пациентов, отвечающих критериям для назначения профилактической терапии, только 5% ее получают. Причины – низкая эффективность (40%) и побочные явления (10-25%). Начинать следует с назначения бета-блокаторов, флунаризина, при неэффективности этих средств – переходить на топирамат, а при неэффективности последнего – на вальпроаты. При мигрени с аурой не рекомендуется использовать бета-блокаторы, предпочтение следует отдавать ламотриджину. При необходимости профилактическое лечение может длиться около года.

Лекция Р. Дженсен «Классификация и клиническая картина ГБН» содержала следующие основные положения:

– ГБН – это наименее изученный тип первичной головной боли, но наиболее часто встречающийся;

– ГБН в отличие от мигрени двусторонняя, носит давящесжимающий характер, слабо-средней интенсивности, не усиливается при физической нагрузке, не имеет сопутствующих симптомов;

– эпизодическая ГБН не считается заболеванием, и только хроническая форма (более 15 дней боли в месяц) представляет угрозу;

– распространенность ГБН растет, большинство пациентов страдают одновременно и мигренью, и ГБН.

Л. Бендтсен (Датский центр головной боли, Университет Копенгагена) представила комплексный подход к лечению ГБН:

– нефармакологическое лечение, включающее техники релаксации и когнитивно-поведенческую терапию;

– коррекция образа жизни;

– фармакотерапия с применением трициклических антидепрессантов (амитриптилин в дозе 75 мг/сут).

Л. Бендтсен отметила неэффективность физиотерапевтических и мануальных манипуляций на спине и затылке для лечения ГБН.

Лекция профессора Ф. Антоначи была посвящена кластерной головной боли. Этот вид тригеминальных вегетативных невралгий имеет специфические особенности:

– односторонняя непереносимая головная боль в области орбиты с вегетативными симптомами (инъекция конъюнктивы, слезотечение, птоз и миоз, отек слизистой оболочки носа и ринорея);

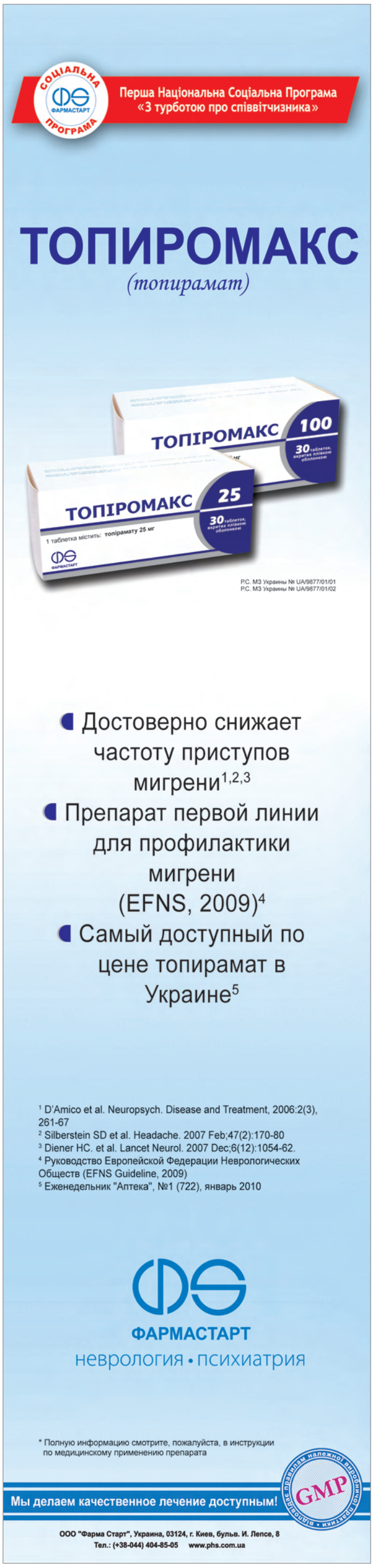
– длительность от 15 мин до 2 ч;

– 1-8 приступов в день;

– длительность обострений от недели до года с периодами ремиссии, при этом цикличность обострений – важная особенность этого вида головной боли.

Дифференциальный диагноз с мигренью, невралгией тройничного нерва, пароксизмальной гемикранией очень важен для выбора правильного лечения, которое включает применение суматриптана и кислородотерапии.

Р. Дженсен представила интересные данные об организации помощи пациентам с головной болью в Европе. Она состоит из трех этапов. 90% пациентов получают помощь в поликлиниках и у врачей общей практики. Второй уровень – это многопрофильные клиники, в которых работают врачи общей практики со специализацией «головная боль» (в Великобритании) или неврологи (в других странах). К ним направляют больных с симптоматическими цефалгиями и головными болями со сложной коморбидностью, которые требуют всестороннего обследования. Третий уровень – это специализированные центры головной боли, специалисты которых имеют дело с более трудными диагнозами (рефрактерные, труднодиагностируемые, связанные со злоупотреблением медикаментами головные боли). В таких учреждениях проводится обучение врачей и пациентов, клинические испытания препаратов, проводятся школы головной боли.

В Украине первый научно-консультативный и диагностический центр «Головная боль» начал работу в 1993 году в г. Днепропетровске по инициативе выдающегося невролога Виктории Николаевны Миртовской. Второй центр был открыт в г. Киеве в 2007 г. Специалисты, работающие в этих центрах, ведут ежедневный прием пациентов, а также внедряют в нашей стране международные стандарты диагностики и лечения головной боли, повышая уровень знаний украинских врачей в этой междисциплинарной области медицины.

Подготовил ***Дмитрий Молчанов***