

УДК:61

**НОВАЯ ЕЖЕДНЕВНАЯ ИЗНАЧАЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ:
ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ
(случай из практики)**

Л.Р. АХМАДЕЕВА*, А.А. НАБИЕВА*, И.Д. ЯЛАЕВА**

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, ул. Ленина, 3, Уфа, 450077, Россия

**Поликлиника №1 ГБУЗ РБГБ №1,
ул. Гоголя, 10, Октябрьский, респ. Башкортостан, 140060, Россия

Аннотация. Приведено описание относительно новой формы первичной цефалгий – новой ежедневной изначально персистирующей головной боли, описание клинического случая пациента с этой нозологической формой и обсуждение. Новая ежедневная изначально персистирующая головная боль может иметь два исхода. В первом случае головная боль может после нескольких недель самопроизвольно завершиться без лечения, во втором случае (рефрактерный тип течения) даже интенсивное лечение может оказаться бесполезным, и боль надолго сохраняет хронический характер. На сегодня в мире нет метода лечения данного типа головной боли с доказанной эффективностью. В связи с этим в мировой практике в последние годы появился ряд сообщений об эффективности использования относительно новой медицинской технологии – блокады периферических нервов, в том числе с применением инъекций ботулинического нейротоксинового типа А («Ботокс») по протоколу *PREEMP*, эффективность которого доказана в лечении хронической мигрени. В связи с этим нами пациенту предложены инъекции 195 единиц препарата «Ботокс» с контролем эффективности и ведением пациентом дневника головной боли. Вторым вариантом можно будет считать комбинацию доксициклина 100 мг и монтелукаста 10 мг дважды в день в течение 3 месяцев в связи с тем, что этот вариант лечения показал свою эффективность в нескольких случаях, описанных в современной литературе.

Ключевые слова: новая ежедневная изначально персистирующая головная боль, новые медицинские технологии, ботулинотерапия, цефалгии.

**NEW DAILY PERSISTENT HEADACHE: OPPORTUNITIES TO USE NEW MEDICAL
TECHNOLOGIES (clinical case)**

L.R. AKHMADEEVA*, A.A. NABIEVA*, I.D. YALAEVA**

*Bashkir State Medical University, Lenina 3, Ufa, 450077, Russia

**Polyclinic №1 sbhi RBGB No. 1, Gogol str., 10, Oktyabr'skiy, Bashkortostan, 140060, Russia

Abstract. The article provides a description of a relatively new form of primary cephalgia, a new daily, initially persistent headache, as well as a description of the clinical case of a patient with this nosological form and discussion. A new daily initially persistent headache can have two outcomes. In the first case, the headache may end spontaneously after several weeks without treatment, in the second case (refractory type of flow), even intensive treatment may be useless, and the pain permanently remains chronic. For today in the world there is no method of treatment of this type of a headache with the proved efficiency.

There is a number of reports in the world practice in recent years about the effectiveness of the use of a relatively new medical technology - blockade of peripheral nerves, including injections of botulinum neurotoxin type A (Botox) using the *PREMP* protocol. Its effectiveness is proven in the treatment of chronic migraine. In this regard, the authors offered the patient injections of 195 units of the Botox drug with control of the effectiveness and management of the diary of the headache. The second option would be a combination of doxycycline 100 mg and montelukast 10 mg twice daily for 3 months. This treatment option has shown its effectiveness in several cases, described in the modern literature.

Key words: new daily persistent headache (NDPH), new medical technologies, botulinum therapy, cephalgia.

Актуальность. Головные боли (цефалгии) являются причиной значительного социально-экономического ущерба для общества и входят в десятку самых частых причин нетрудоспособности [8]. В настоящее время в развитых странах мира головная боль рассматривается как серьезная проблема, требующая внимания медицинской общественности и государства. Отражением возрастающего интереса к проблеме головных болей в мире стало создание и активная на протяжении более 15 лет деятельность

таких организаций как Международное общество головной боли, Европейская федерация головной боли, Всемирная кампания по уменьшению бремени головной боли, а также общественных организаций, представляющие интересы пациентов с цефалгиями (Мировой альянс головной боли и др.). В 2007 г. в нашей стране создано *Российское общество по изучению головной боли* (РОИГБ), основной задачей которого является объединение специалистов в различных регионах нашей страны, интересующихся проблемой головной боли, координация образовательной, лечебной и исследовательской работы в этой области.

Во многих работах, включая наши предыдущие исследования [2, 3, 4], показано выраженное снижение качества жизни у пациентов с головными болями, особенно с хроническими их формами, что делает данную проблему не только медицинской, но и социальной.

Согласно Международной классификации расстройств, *сопровождающихся головной болью, третьего пересмотра* (МКГБ-3 бета, 2013) и одобренных РОИГБ [11], среди первичных цефалгий стали выделять как самостоятельную диагностическую единицу *новую ежедневную изначально персистирующую головную боль* (НЕИПГБ), которая ранее оставалась в рамках хронической головной боли напряжения.

Диагностические критерии НЕИПГБ:

- А. Головная боль продолжительностью более 3 месяцев, отвечающая критериям В и D;
- В. Головная боль возникает ежедневно, с самого начала протекает без ремиссий или хронизация происходит не позднее 3-х дней от начала боли;
- С. Присутствие по меньшей мере двух из следующих характеристик боли:
 - 1. двусторонняя локализация;
 - 2. давящий/сжимающий (непульсирующий) характер;
 - 3. легкая или умеренная интенсивность;
 - 4. не усиливается от обычной физической нагрузки (например, ходьба, подъем по лестнице);
- Д. Оба симптома из нижеперечисленных:
 - 1. не более чем один из следующих симптомов: фотофобия, фонофобия или легкая тошнота;
 - 2. отсутствие умеренной или сильной тошноты и рвоты;
- Е. Нет связи с другими причинами (нарушениями).

Диагностические критерии гипнической головной боли (МКГБ-2, 2004) [11]:

- А. Тупая головная боль, отвечающая критериям Б-Д;
- Б. Боль развивается только во время сна и пробуждает пациента;
- В. Как минимум две из следующих характеристик:
 - 1. возникает >15 раз в месяц;
 - 2. продолжается в течение ≥ 15 минут после пробуждения;
 - 3. впервые возникает после 50 лет.
- Г. Не сопровождается вегетативными симптомами; может отмечаться один из следующих симптомов: тошнота, фото- или фонофобия;
- Д. Не связана с другими причинами (нарушениями).

НЕИПГБ является редкой формой цефалгии и может с самого начала протекать без ремиссий или очень быстро (в течение максимум 3 дней) приобрести непрерывный характер [15, 16]. Такое начало боли хорошо запоминается, обычно пациенты четко его описывают. Способность пациента точно вспомнить, как началась боль, её изначально хронический характер - важнейший критерий диагностики этой формы цефалгии. Считается, что если пациент затрудняется в характеристике начального периода боли, следует установить диагноз «хроническая головная боль напряжения». В отличие от НЕИПГБ, возникающей у лиц, не жаловавшихся до этого на цефалгию, при хронической головной боли напряжения есть указание в анамнезе на типичные приступы эпизодической головной боли напряжения.

В случаях, когда не удается найти причинно-следственной связи, такую боль сравнивают с внезапно начавшейся хронической головной болью напряжения, т.к. клинические проявления этих цефалгий весьма сходны [12]. Различия заключаются в том, что «истинная хроническая головная боль напряжения» является результатом трансформации эпизодической головной боли напряжения и наблюдается у больных в течение длительного времени. Для НЕИПГБ характерно внезапное начало. Порой пациенты могут назвать не только день, но и час когда возникла головная боль. В большинстве случаев она развивается в течение 3 суток, и сразу становится ежедневной, а её интенсивность имеет тенденцию меняться в течение дня.

Как правило, в анамнезе у этих пациентов нет мигрени, головной боли напряжения или иных регулярных головных болей, поэтому её называют «новой». В отличие от хронических мигреней [1] и хронических головных болей напряжения [6], НЕИПГБ развивается у лиц более молодого возраста [9]. Для пациентов с этой формой хронической ежедневной головной болью также свойственно злоупотребление лекарственными препаратами с последующим развитием абзусной головной боли. Обследование больных с НЕИПГБ не проясняет ситуацию с её происхождением, поэтому в классификации головных болей она относится к первичным формам хронических цефалгий [11].

Симптомы НЕИПГБ могут напоминать и некоторые вторичные формы цефалгий, такие как головная боль при понижении ликворного давления, посттравматическая цефалгия и головная боль, вызванная инфекционными поражениями (в частности, вирусными инфекциями). Для исключения таких форм цефалгий необходимы дополнительные исследования [13].

Пациентов с НЕИПГБ часто ошибочно диагностируют как страдающих хронической мигренью и хронической головной болью напряжения.

Описание клинического примера: Пациент Р., 56 лет, старший советник юстиции, предъявляет жалобы на ежедневную головную боль различной интенсивности и локализации, нарушение сна, снижение памяти, ощущение тревоги, снижение работоспособности, сниженный фон настроения.

Анамнез: с ноября 2003 года беспокоят постоянные ежедневные головные боли сжимающего, сдавливающего характера, особенно высокой интенсивности по утрам (до 8-9 баллов по *визуальной аналоговой шкале* (ВАШ)), диффузную, двустороннюю, усиливающуюся от умственных перегрузок, стрессов, значительной физической нагрузки, сопровождающуюся изредка тошнотой, головокружением, а также фоно- и осмофобией при достаточно выраженном раздражителе. Редко провоцирующими факторами, приводящими к усилению головной боли, были резкие запахи (клей, краски, лак), перемена погоды, нарушение сна. Баня, умеренный приём алкоголя, сон и положение лёжа могут уменьшать интенсивность головной боли. Пациент периодически отмечает появление тревожности. Причина головной боли для пациента не ясна. Для купирования головных болей пациент принимал пенталгин, спазмалгон, цитрамон без эффекта. В последние 2 года принимал на пике головной боли комплексные препараты, содержащие кодеин и фенobarбитал, однако интенсивность болей снижалась незначительно. Эпизоды тревоги, беспокойства и другие неприятные ощущения возникли в последний год. За последние 2 года отмечает снижение памяти, нарушение сна в виде трудностей засыпания и периодическое чувство внутреннего беспокойства, выраженное снижение качества жизни.

В течение 8 лет наблюдается в поликлинике по месту жительства с диагнозом «гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, риск 3». Получает антигипертензивную терапию, однако препараты и дозы часто меняются врачами из-за возникновения «гипертонических кризов». В настоящее время принимает утром престариум 5 мг, расном – утром и вечером по 7,5 мг., детралекс 500 мг. Регулярно принимает кардиомагнил по 75 мг в день. Периодически проходит амбулаторное или стационарное лечение нейрометаболическими и вазоактивными препаратами курсами по 2 месяца, 1-2 раза в год. Улучшения не отмечает.

Пациенту выставлялись различные диагнозы – «полисегментарный остеохондроз», «энцефалопатия сочетанного генеза», «цефалгия на фоне гипертонической болезни», «дисциркуляторная энцефалопатия», «хроническая головная боль напряжения».

При тщательном объективном осмотре очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Отмечаются напряженность и болезненность мышц плечевого пояса, грудного отдела. При нейропсихологическом исследовании: когнитивные функции не изменены, выявлен высокий уровень тревоги, катастрофизация боли.

Липидный спектр крови в норме. Данным МРТ головного мозга с сосудистым исследованием: вариант развития виллизиева круга в виде гипоплазии правой позвоночной артерии, полной задней трифуркации обеих внутренних сонных артерий. Магнитно-резонансной ангиографии – признаки варианта развития венозных структур. МР-картина ликворной арахноидальной кисты задней черепной ямки (вариант развития). При ультразвуковом дуплексном сканировании ветвей дуги аорты выявлены умеренная деформация и гипоплазия правой позвоночной артерии. Имеется магнитно-резонансная картина полисинусита.

Для дифференциальной диагностики с «гипнической головной болью» [5] пациенту проведено полисомнографическое исследование на аппарате «Нейрон-Спектр-4/ВП», при котором, по заключению сомнолога, латентность ко сну была в пределах нормы – 10 мин (при норме <15 мин). Индекс эффективности сна умеренно снижен – 87.7% (при норме >90%). Длительность 1 стадии сна резко увеличена (46.4% при норме до 10%), длительность медленноволнового сна несколько снижена (13.3% при норме 15-23%), длительность REM-сна значительно снижена (7.5% при норме 20-25%). Структура сна умеренно нарушена за счет увеличения частоты микроактиваций (индекс 23.3 в час при норме <10) как связанных, так и не связанных с нарушениями дыхания. Вариабельность стадий сна значительно увеличена. За время наблюдения (7 часов 27 мин 33 сек) зарегистрировано 22 эпизода гипапное обструктивного генеза. Индекс апное+гипапное – 2.52 в час. Около 10% времени исследования регистрировался храп. Нарушения дыхания сопровождались эпизодами легких десатураций. Зарегистрировано 22 эпизода десатураций более 3%. Минимальное значение сатурации составило 93%. Средние показатели насыщения крови кислородом в течение ночи 98%. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм. Конечная часть желудочкового комплекса без существенной динамики. Средняя ЧСС за время наблюдения составила 64 удара в минуту.

Учитывая диагностические критерии гипнической головной боли, приведенные ниже, мы исключили данный вариант и пациенту выставлен диагноз: НЕИПГБ и назначен Топирамат в дозе 25 мг в су-

тки с последующим увеличением дозы до 100 мг в день для купирования интенсивной головной боли – суматриптан.

У пациента на предложенное нами лечение появился ряд побочных нежелательных явлений, из-за которых нарушилась его трудоспособность и возможность вождения автомобиля.

Заключение. Многие пациенты с НЕИПГБ имеют ошибочный диагноз, вероятно, в связи с недостаточной информированностью врачей о критериях диагностики согласно международной классификации головных болей, существованием ошибочных представлений пациентов об этой форме головной боли, дисфункциональным поведением пациента, связанном с длительными головными болями и назначением неэффективных методов лечения.

НЕИПГБ может иметь два исхода. В первом случае головная боль может после нескольких недель самопроизвольно завершиться без лечения, во втором случае (рефрактерный тип течения) даже интенсивное лечение может оказаться бесполезным и боль надолго сохраняет хронический характер

На сегодня в мире нет метода лечения данной головной боли с доказанной эффективностью [7]. В связи с этим в мировой практике в последние годы появился ряд сообщений об эффективности использования относительно новой медицинской технологии – блокады периферических нервов [10], в том числе с применением инъекций ботулинического нейротропина типа А («Ботокс») [17] по протоколу *PREEMP*, эффективность которого доказана в лечении хронической мигрени. В связи с этим нами пациенту предложены инъекции 195 единиц препарата «Ботокс» с контролем эффективности и ведением пациентом дневника головной боли. Вторым вариантом можно будет считать комбинацию доксициклина 100 мг и монтелукаста 10 мг дважды в день в течение 3 месяцев в связи с тем, что этот вариант лечения показал свою эффективность в нескольких случаях, описанных в современной литературе [14].

Мы признательны профессору Артеменко А.Р. (г. Москва) за плодотворную дискуссию по описанному в статье пациенту, профессору Осиповой В.В. (г. Москва) за постоянную информационную поддержку и руководству Башкирского государственного медицинского университета и Клиники БГМУ за возможность работы в данном направлении

Литература

1. Артеменко А.Р., Куренков А.Л. Хроническая мигрень. М.: АБВ-пресс, 2012. С. 488.
2. Ахмадеева Л.Р., Магжанов Р.В., Закирова Э.Н., Абдрашитов Т.М., Самигуллина Г.Д. Качество жизни пациентов с первичными цефалгиями, инсультами и миотонической дистрофией // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова С.С. 2008. Т. 108, № 11. С. 72–75.
3. Ахмадеева Л.Р., Закирова Э.Н., Сетченкова Н.М., Магжанов Р.В. Оценка качества жизни при наиболее частых формах первичных цефалгий и дорсалгий // Российский журнал боли. 2008. № 1(18). С. 20–24.
4. Воеводин В.А., Закирова Э.Н., Ахмадеева Л.Р., Кутлубаев М.А. Качество жизни больных с различными головными болями // Успехи современного естествознания. 2004. № 12. С. 39–41.
5. Максюкова Е.В., Осипова В.В., Табеева Г.Р. Гипническая головная боль: обзор литературы, описание случая, новые подходы к терапии // Российский журнал боли 2011. №1. С. 26–31.
6. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: Практическое руководство. М., 2007.
7. Стайнер Т.Дж. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: Практическое руководство для врачей / Пер. с англ. Азимовой Ю.Э., Осиповой В.В. М., 2010.
8. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. М.: Р-Врач, 2000. 150 с.
9. Halker R.B., Hastriter E.V., Dodick D.W. Chronic daily headache: an evidence-based and systematic approach to a challenging problem // Neurology. 2011. № 76. P. 37–43.
10. Hascalovici J.R., Robbins M.S. Peripheral Nerve Blocks for the Treatment of Headache in Older Adults: A Retrospective Study // Headache. 2017. №57(1). P. 80–86.
11. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) // Cephalgia. 2013. №33(9). P. 629–808.
12. Liou B., Sahai-Srivastava S. Chronic daily headache // PPM. 2008. №8(4).
13. Nappi G., Perrotta A., Rossi P. Chronic daily headache. Expert. Rev // Neurother. 2008. №8(3). P. 361–384.
14. Nierenburg H., Newman L.C. Update on New Daily Persistent Headache // Curr Treat Options Neurol. 2016. №18(6). P. 25.
15. Tepper D. New Daily Persistent Headache // Headache. 2016. №56(7). P. 1249–1250.
16. Tiagi A. New daily persistent headache // Ann Indian Acad Neurol. 2012. № 15(Suppl 1). P. 62–65.
17. Trucco M., Ruiz L. A case of new daily persistent headache treated with botulinum toxin type // A. J Headache Pain. 2015. №16(Suppl 1). P. 119.

18. URL: [http://paininfo.ru/practitioner/classification/headache/part_i/others/1021.html].

References

1. Artemenko AR, Kurenkov AL. Khronicheskaya migren' [Chronic migraine.]. Moscow: ABV-press; 2012. Russian.
2. Akhmadeeva LR, Magzhanov RV, Zakirova EN, Abdrashitov TM, Samigullina GD. Kachestvo zhizni patsientov s pervichnymi tsefalgiyami, insultami i miotonicheskoy distrofiyey [Quality of life of patients with primary cephalalgias, strokes and myotonic dystrophy]. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. Korsakova S.C. 2008;108(11):72-5. Russian.
3. Akhmadeeva LR, Zakirova EN, Setchenkova NM, Magzhanov RV. Otsenka kachestva zhizni pri naibolee chastykh formakh pervichnykh tsefalgiy i dorsalgii [Evaluation of quality of life in the most common forms of primary cephalgia and dorsalgia]. Rossiyskiy zhurnal boli. 2008;1(18):20-4. Russian.
4. Voevodin VA, Zakirova EN, Akhmadeeva LR, Kutlubaev MA. Kachestvo zhizni bol'nykh s razlichnymi golovnymi bolyami [Quality of life in patients with different headaches]. Uspekhi sovremennoego estestvoznaniya. 2004;12:39-41. Russian.
5. Maksyukova EV, Osipova VV, Tabeeva GR. Gipnicheskaya golovnaya bol': obzor literatury, opisaniye sluchaya, novye podkhody k terapii [Gipsoteca headache: a literature review, case description, new approaches to treatment]. Rossiyskiy zhurnal boli 2011;1:26-31. Russian.
6. Osipova VV, Tabeeva GR. Pervichnye golovnye boli: Prakticheskoe rukovodstvo [Primary headaches: a Practical guide]. Moscow; 2007. Russian.
7. Stayner TDzh. Evropeyskie printsipy vedeniya patsientov s naibolee rasprostranennymi formami golovnoy boli v obshchey praktike: Prakticheskoe rukovodstvo dlya vrachey [European principles of management of patients with the most common forms of headache in General practice: a Practical guide for physicians]. Per. s angl. Azimovoy YE, Osipovoy VV. Moscow; 2010. Russian.
8. Yakhno NN, Parfenov VA, Alekseev VV. Golovnaya bol' [Headache.]. Moscow: R-Vrach; 2000. Russian.
9. Halker RB, Hastriter EV, Dodick DW. Chronic daily headache: an evidence-based and systematic approach to a challenging problem. Neurology. 2011;76:37-43.
10. Hascalovici JR, Robbins MS. Peripheral Nerve Blocks for the Treatment of Headache in Older Adults: A Retrospective Study. Headache. 2017;57(1):80-6.
11. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013;33(9):629-808.
12. Liou B, Sahai-Srivastava S. Chronic daily headache. PPM. 2008;8(4).
13. Nappi G, Perrotta A, Rossi P. Chronic daily headache. Expert. Rev. Neurother. 2008;8(3):361-84.
14. Nierenburg H, Newman LC. Update on New Daily Persistent Headache. Curr Treat Options Neurol. 2016;18(6):25.
15. Tepper D. New Daily Persistent Headache. Headache. 2016;56(7):1249-50.
16. Tiagi A. New daily persistent headache. Ann Indian Acad Neurol. 2012;15(1):62-5.
17. Trucco M, Ruiz L. A case of new daily persistent headache treated with botulinum toxin type. A. J Headache Pain. 2015;16(1):119.
18. Available from: [http://paininfo.ru/practitioner/classification/headache/part_i/others/1021.html].

Библиографическая ссылка:

Ахмадеева Л.Р., Набиева А.А., Ялаева И.Д. Новая ежедневная изначально персистирующая головная боль: возможность использования новых медицинских технологий (случай из практики) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2017. №4. Публикация 6-4. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2017-4/6-4.pdf> (дата обращения: 19.12.2017).