

На основании имеющихся жалоб, особенностей анамнеза, отсутствии объективной неврологической симптоматики и изменений по результатам дополнительных методов исследования, объясняющих развитие боли, согласно клиническим критериям МКГБ-3, бета версия (2013) пациентке был выставлен диагноз ПИЛБ и назначена комбинированная терапия (антидепрессантом, антиконвульсантом, нейролептиком, когнитивно-поведенческая психотерапия). Уже через месяц комплексной терапии наблюдалось уменьшение выраженности болей в лице до 4 баллов по ВАШ, отсутствие ощущения онемения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Махинов К.А., Баринев А.Н., Жестикова М.Г. и др. Лицевая боль. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015; 7: 79–88.

Заключение. Приведенный клинический случай демонстрирует важность информированности врачей, в частности неврологов, о современных клинических критериях ПИЛБ, а также значимость использования в практике МКГБ-3 бета, что позволит значительно сократить диагностический поиск у пациентов с данной нозологией и исключить неоправданные лечебные мероприятия. Кроме того, своевременная постановка диагноза и назначение адекватной терапии позволит минимизировать эмоционально-аффективные нарушения у пациентов, негативное влияние которых на клиническую картину и патогенез данной патологии не вызывает сомнений.

2. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33(9): 629–808.

3. Evans R.W. Persistent idiopathic facial pain. Headache. 2006; 46: 1298–1300.

*Чечет Е.А.,
Парфенов В.А.*

*Кафедра нервных болезней
и нейрохирургии ФГБОУ ВО
Первый Московский
государственный медицинский
университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России,
Москва, Россия*

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ И БОЛЬЮ В ШЕЕ

Цель исследования – изучение клинических особенностей боли в шее (цервикалгии) при мигрени, выявление сочетанных заболеваний и факторов, определяющих эффективность комплексной терапии пациентов с мигренью и цервикалгией.

Материал и методы. В исследование включено 80 пациентов (68 женщин и 12 мужчин) с мигренью и болью в шее в возрасте от 20 до 72 лет (средний возраст – 42,8 лет). Диагноз мигрени устанавливался в соответствии с критериями Международной классификации головных болей 3-го пересмотра [1]. Всем пациентам проводились соматическое, неврологическое и невро-ортопедическое обследования. При наличии показаний выполнялась рентгенография, магнитно-резонансная томография или компьютерная томография. Применялся опросник NDI (индекс ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее) [2]. Для психологической оценки использовались шкала депрессии Бека, госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина. В лечении пациентов применялся мультидисциплинарный подход,

который включал оптимизацию фармакотерапии (антидепрессанты, НПВП, миорелаксанты), когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), лечебную гимнастику [3–5]. При наличии лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ) проводилась одномоментная отмена препаратов, вызвавших ЛИГБ, и детоксикационная терапия [6]. В рамках КПТ выяснялись представления пациентов о своем заболевании – о причинах, прогнозе, необходимом лечении [7]. Пациенты обследовались при поступлении в клинику, после курса терапии и далее через 3 месяца.

Результаты. Хронической мигренью страдало 66 (82,5%) пациентов, частой эпизодической мигренью – 14 (17,5%). У 53 (66,25%) пациентов диагноз мигрени был поставлен впервые. 58 (72,5%) пациентов отвечали критериям ЛИГБ. Длительность цервикалгии составила от 5 месяцев до 35 лет. В начале приступа головной боли интенсивность сопутствующей хронической боли в шее увеличивалась у 45 пациентов (56,25%); 7 пациентов (8,75%) испытали боль в шее только во время мигренозной атаки. У 71 (88,75%) пациента отмечался

ноцицептивный характер болевого синдрома в области шеи. По опроснику ограничения жизнедеятельности из-за боли в шее 34 (42,5%) и 12 (15%) пациентов имели умеренную и тяжелую степень инвалидизации соответственно. 9 пациентов имели сопутствующие заболевания, такие как цервикогенная головная боль (6,25%), фибромиалгия (2,5%) и сиригомиелия (1,25%) соответственно. Ошибочные представления о причинах головной боли и методах ее лечения встречались у 69 (86,25%) пациентов. Значительная часть (46%) пациентов предполагали в качестве основной причины боли в шее «грыжу или повреждение диска» и «защемление нерва». У 25 (31,25%) пациентов имелись хронические неспецифические боли в спине, у 47 (58,75%) – инсомния, нарушения поддержания сна. Через 3 месяца от начала терапии уменьшение количества дней головной боли в месяце более чем на 50% отмечалось у 37 (46,25%) пациентов, более чем на 25% – у 8 (47,5%). Отсутствие эффекта встречалось у пациентов с лекарственно-индуцированной головной болью, выраженным ожирением, низкой приверженностью к терапии, тревожно-депрессивными расстройствами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international Classification of Headache. Disorders, 3rd Edition (ICHD-3 beta). Cephalalgia 2013; 33(9): 629–808.
2. Carvalho G.F., Chaves T.C., Gonçalves M.C. Comparison between neck pain disability and cervical range of motion in patients with episodic and chronic migraine: a cross-sectional study. J Manipulative Physiol Ther. 2014 Oct 2; DOI: 10.1016/j.jmpt.2014.09.002.
3. Tsakitzidis G., Remmen R., Dankaerts W., et al. Non-specific neck pain and evidence-based practice. European Scientific Journal 2013 Jan; 9(3): 1857–7881.

Выводы. В большинстве случаев боль в шее при мигрени является коморбидным заболеванием и представляет собой неспецифическую скелетно-мышечную боль. В случае хронической цервикалгии у пациентов во время мигренозного приступа часто возникает её усиление. У части пациентов боль в шее рассматривалась как отраженная боль. Цервикалгия – один из факторов неэффективности лечения мигрени, предиктор инвалидизации, не зависящий от частоты и тяжести мигрени. Выявлена взаимосвязь между снижением качества жизни пациентов с мигренью, интенсивностью и длительностью цервикалгии. Результаты исследования показывают относительно высокую эффективность мультидисциплинарного подхода, включающего оптимизацию лекарственной терапии, лечебную гимнастику и КПТ. Основными факторами, определяющими неэффективность комплексной терапии, служат ЛИГБ, соматические и неврологические заболевания, высокий уровень эмоциональных расстройств, наличие хронических болей в шее, низкая приверженность к терапии. Лечение цервикалгии способно улучшить купирование и профилактику приступов мигрени.

4. Kay T.M., Gross A., Goldsmith C.H. Exercises for mechanical neck disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 Aug15; (8): CD004250. DOI: 10.1002/14651858.CD004250.pub4.
5. Gunreben-Stempfle B., Griessinger N., Lang E., et al. Effectiveness of an intensive multidisciplinary headache. Headache. 2009; 49(7): 990–1000.
6. Evers S., Jensen R. Treatment of medication overuse headache – guideline of the EFNS headache panel. Eur J Neurol. 2011; 18: 1115–1121.
7. Мелкумова К.А. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010; (1): 9–13.