

Цереброваскулярные заболевания и головная боль

Профессор Е.В. Екушева

ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва

РЕЗЮМЕ

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) и головная боль (ГБ) — частые причины обращения пациентов за медицинской помощью. ЦВЗ являются одними из наиболее социально значимых в современном мире в связи с широкой распространенностью, высокой частотой смертности и инвалидизации. Среди всех существующих вариантов болевого синдрома ГБ занимает одну из ведущих позиций: около 90% населения хотя бы один раз в жизни испытывали ГБ, и в 25–40% случаев она имеет хронический характер. С жалобами на ГБ пациенты с цереброваскулярной патологией чаще всего обращаются к врачам общей практики, терапевтам первичного амбулаторного звена и неврологам, основная задача которых — установить правильный диагноз и назначить эффективное лечение. Эти коморбидные расстройства находятся в зоне особого внимания врачей разных специальностей. Наиболее эффективной и стратегически значимой тактикой ведения данной категории коморбидных пациентов считается комплексный и мультидисциплинарный подход и терапия препаратами с доказанной эффективностью, безопасностью и широким терапевтическим спектром. В статье представлены клинические сценарии у пациента с жалобами на ГБ и диагнозом хронической ишемии головного мозга, описана тактика ведения данных пациентов.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания, инсульт, хроническая ишемия головного мозга, головная боль, Вазобрал.

Для цитирования: Екушева Е.В. Цереброваскулярные заболевания и головная боль. РМЖ. 2019;9:11–16.

ABSTRACT

Cerebrovascular diseases and cephalalgia

Ye.V. Yekusheva

Federal Scientific Clinical Center of the Federal Medical Biological Academy, Moscow

Cerebrovascular diseases (CVDs) and cephalalgia (CA) are common causes of patients seeking medical care. CVDs are one of the most socially significant problem in the modern world due to the wide prevalence, high mortality and disability incidences. Among all the existing options for pain syndrome, CA takes one of the leading positions: about 90% of the population experienced a headache at least once in a lifetime, and in 25–40% of cases, it was chronic. Commonly, patients with CVDs and complaints of CA visit general practitioners, primary care physicians and neurologists, whose main task is to establish the correct diagnosis and assign an effective treatment. These comorbid disorders are in the area of special attention of different medical specialists. The most effective and strategically significant management tactics of this comorbid patient category is considered to be a comprehensive and multidisciplinary approach, including therapy with drugs with proven efficacy, safety and a wide therapeutic spectrum. The article presents clinical pictures in patients with complaints of CA and chronic cerebrovascular ischaemia diagnosis and describes the management tactics of such patients.

Keywords: cerebrovascular diseases, cerebrovascular accident, chronic cerebrovascular ischaemia, cephalalgia, Vasobral.

For citation: Yekusheva Ye.V. Cerebrovascular diseases and cephalalgia. RMJ. 2019;9:11–16.

ВВЕДЕНИЕ

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной медицины, с которой сталкиваются клиницисты различного профиля в повседневной практике. Это обусловлено широкой распространенностью ЦВЗ и большой социальной значимостью в связи с выраженной инвалидизацией, особенно у лиц старших возрастных групп, имеющих разнообразную коморбидную патологию. В последние годы наблюдаются определенные успехи при лечении пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, что связано с внедрением и совершенствованием программ медицинской помощи в России для этой категории больных [1]. Вместе с тем процент хронических форм сосудистой патологии неуклонно растет, в т. ч. среди лиц более молодого возраста, что обуславливает необходимость более ранней диагностики и адекватного лечения пациентов с начальными проявлениями хронических ЦВЗ,

традиционно обозначаемых как хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ).

Среди всех существующих вариантов болевого синдрома головная боль (ГБ) занимает одну из ведущих позиций: около 90% населения хотя бы один раз в жизни испытывали ГБ, и в 25–40% случаев она носит хронический характер [2]. С жалобами на ГБ пациенты с цереброваскулярной патологией обращаются чаще всего к врачам общей практики, терапевтам первичного амбулаторного звена и неврологам, основная задача которых — установить правильный диагноз и назначить эффективное лечение. Эти коморбидные расстройства находятся в зоне особого внимания врачей разных специальностей.

Головная боль и ХИГМ

Существует несколько клинических сценариев у пациента с жалобами на ГБ и диагнозом ХИГМ. Начальная стадия

хронической прогрессирующей формы цереброваскулярной патологии, обусловленной многоочаговым или диффузным поражением головного мозга, клинически характеризуется разнообразными и неспецифическими жалобами, лидирующими среди которых являются ГБ, головокружение, шум в голове и ушах, рассеянность, снижение работоспособности и утомляемость. Несмотря на то, что пациенты с ХИГМ, особенно на начальных стадиях, обычно акцентируют внимание врача на разнообразных и полиморфных ГБ или несистемном головокружении, именно нарастающее снижение когнитивных, а потом и двигательных функций определяет степень дезадаптации и тяжесть состояния пациентов [3]. Общая слабость, утомляемость и ГБ беспокоят до 75% пациентов с ХИГМ [4], головокружение и нарушения равновесия — до 88%, причем в половине случаев при неврологическом обследовании не обнаруживается какого-либо подтверждения [5].

Гетерогенность и динамичность клинической картины ХИГМ связаны с различными когнитивными и аффективными нарушениями, развивающимися на фоне патологии артерий головного мозга малого диаметра (церебральная микроангиопатия), в первую очередь перетривающих медуллярных артерий больших полушарий и ствола мозга [3], и разнообразных по характеру, степени и расположению патологических изменений паренхимы головного мозга. Сосудистые когнитивные нарушения (КН), наблюдаемые у пациентов с ХИГМ, отличаются нарушением исполнительных функций, программирования и контроля при относительной сохранности памяти. Это проявляется, особенно на ранних стадиях, снижением темпа познавательных процессов, нарушением концентрации внимания, повышенной утомляемостью при выполнении умственной работы и затруднением переключения внимания между различными видами деятельности. Важно заметить, что сосудистые КН на начальных стадиях развития ХИГМ рассматриваются как потенциально обратимые, поэтому ранняя диагностика и адекватная терапия данных нарушений, как и коррекция сосудистых факторов риска (в первую очередь артериальной гипертензии, сахарного диабета и атеросклероза) позволяют существенно повлиять на качество жизни этой категории пациентов.

Частым сценарием в клинической практике является ошибочно установленный диагноз ХИГМ у пациентов с первичной формой ГБ, в частности с мигренью, головной болью напряжения или лекарственно-индуцированной ГБ, диагностика и лечение которых представляют определенные трудности, в первую очередь на уровне первичного звена здравоохранения. Клиническая картина приступа мигрени известна врачам различных специальностей, однако на практике терапевты, врачи общей практики и даже неврологи ошибочно диагностируют у этих больных иную патологию, например, дегенеративно-дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника, венозную дисфункцию и др. [6]. Удивительно, что даже после правильно установленного диагноза «мигрень» врачи не назначают адекватные лекарственные средства с доказанной эффективностью для купирования и профилактики приступов ГБ.

Следует обратить внимание на то, что мигрень является потенциальным фактором риска развития ЦВЗ, в частности транзиторной ишемической атаки, инсульта, ишемической болезни сердца и стенокардии [7].

Это обусловлено общими патогенетическими механизмами, в частности эндотелиальной дисфункцией, протромботическими и прокоагулянтными состояниями (гиперкоагуляцией, агрегацией тромбоцитов), митохондриальной дисфункцией, генетической предрасположенностью, использованием нестероидных противовоспалительных препаратов и другими факторами [7, 8]. В зоне наибольшего церебро- и кардиоваскулярного риска находятся женщины молодого возраста, пациенты, имеющие мигрень с аурой, использующие оральные контрацептивы, курящие [9]. В нескольких метаанализах [10–12] у больных с мигренью с аурой было продемонстрировано увеличение риска возникновения ишемического инсульта, а у пациентов с мигренью без ауры — диссекции внутренней сонной или позвоночной артерий [7]. Для пациентов с мигренью характерны такие коморбидные заболевания, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и другие болезни [13], которые могут в дальнейшем самостоятельно приводить к развитию ЦВЗ или прогрессированию имеющейся ХИГМ. С другой стороны, у больных с мигренью, по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ), в 4–59% случаев наблюдается поражение вещества головного мозга в виде небольших множественных «немых» очагов, гиперинтенсивных в T2-взвешенном и FLAIR режимах, которые расположены перивентрикулярно и в глубинных отделах лобной, теменной доли или лимбической области [7, 14, 15]. Это на фоне существующей коморбидной патологии может предрасполагать к последующей патологии паренхимы головного мозга, микроангиопатии церебральных артерий и развитию ХИГМ. Однако данный вопрос требует дальнейшего изучения.

В последние годы головная боль напряжения рассматривается как фактор риска развития церебральной патологии, в частности КН. Так, в широкомасштабном исследовании на протяжении 6 лет с участием около 14 тыс. больных с установленным диагнозом первичной ГБ и более 50 тыс. респондентов в группе сравнения была продемонстрирована достоверно большая распространенность КН, в т. ч. деменции, у пациентов с головной болью напряжения, особенно в женской популяции и при хронической форме ГБ [16]. Таким образом, при наличии у больных таких первичных вариантов ГБ, как мигрень и головная боль напряжения, необходимо более пристальное внимание к этой категории пациентов, особенно при существовании иных факторов риска развития ЦВЗ.

Другим вариантом является сочетание у пациента симптомокомплекса ХИГМ и одной из первичных форм ГБ, что важно учитывать при диагностическом поиске, выборе дальнейшей лечебной тактики и определении профилактических мероприятий с точки зрения прогрессирования имеющихся нарушений у этих больных.

Значительно реже наблюдаются вторичные ГБ, диагностировать которые не всегда просто, особенно если боль является единственным симптомом потенциально опасного состояния, как это возможно при ряде ЦВЗ [2]. К факторам, негативно влияющим на выявление ургентной патологии, также относятся отсутствие четких характеристик и схожее с первичными ГБ течение болевого синдрома, напоминающее приступ мигрени, кластерной головной боли или головную боль напряжения; локализация боли и положительный ответ на обезболивающие средства. Вторичные ГБ,

Таблица 1. Головные боли, связанные с поражением сосудов головного мозга и шейного отдела позвоночника [17]

6.	Головные боли, связанные с поражением сосудов головного мозга и шейного отдела позвоночника
6.1.	Головные боли, связанные с церебральными ишемическими нарушениями
6.1.1.	Головные боли, связанные с ишемическим инсультом (церебральным инфарктом)
6.1.2.	Головные боли, связанные с транзиторной ишемической атакой
6.2.	Головные боли, связанные с нетравматическим внутричерепным кровоизлиянием
6.3.	Головные боли, связанные с неразорвавшейся сосудистой мальформацией
6.4.	Головные боли, связанные с артериитом
6.5.	Головные боли, связанные с поражением внутренней сонной или позвоночной артерий
6.6.	Головные боли, связанные с поражением вен головного мозга
6.7.	Головные боли, связанные с другими острыми внутричерепными сосудистыми нарушениями
6.8.	Головные боли и/или мигреноподобная аура, связанные с хронической внутричерепной васкулопатией
6.9.	Головные боли, связанные с апоплексией гипофиза

обусловленные различными ЦВЗ, рассмотрены в 6-м разделе Международной классификации головной боли (табл. 1) [17].

Вторичные ГБ могут возникать остро, быстро достигая максимальной интенсивности боли (как «гром среди ясного неба»), например, при субарахноидальном кровоизлиянии (САК), синдроме обратимой церебральной вазоконстрикции (СОЦВ), реже — при диссекции церебральных артерий (табл. 2). Вместе с тем характеристики и течение болевого синдрома могут напоминать клинические проявления мигрени, головной боли напряжения или кластерной головной боли, возникновение клинической картины последней наблюдается при диссекции

внутренней сонной и позвоночной артерий, сосудистых мальформациях или иной патологии церебральных сосудов [2].

Остро начавшаяся, высокоинтенсивная, громкоподобная ГБ, обусловленная САК, в типичных случаях сопровождается нарушением сознания, рвотой, ригидностью мышц шеи и фотофобией. При этом в 15–95% случаев ГБ может предшествовать собственно кровоизлиянию на протяжении дней и даже недель [2]. У 30% пациентов с САК единственным симптомом заболевания может быть ГБ, что приводит нередко к неправильному диагнозу, например, мигрени. Использование обезболивающих в 5% случаев может полностью купировать болевой синдром на 24 ч, а в 10% — на 48 ч [18], что также способствует ошибочной диагностике других заболеваний.

При интенсивных и кратковременных ГБ при СОЦВ обычно наблюдаются рвота, расстройство зрения и нарушение сознания [2]. Эпизоды «громкоподобных» ГБ могут возникать на протяжении 2–4 нед. [19], однако описаны рецидивы интенсивной цефалгии и через 3–4 года [20]. В 75% случаев ГБ является единственным симптомом СОЦВ [2], ассоциированным у 6–39% пациентов с развитием ишемического инсульта [21]. Возникновение на фоне рецидивирующего течения ГБ сопутствующих преходящих очаговых неврологических симптомов, феноменологически напоминающих транзиторную ишемическую атаку или мигренозную ауру, создает дополнительные трудности для диагностики СОЦВ.

Диссекция, или расслоение, внутренней сонной и позвоночной артерий развивается у молодых людей, считающих себя практически здоровыми. Спонтанное возникновение ургентного состояния возможно примерно в 60% случаев, а последующее развитие ишемических инсультов — у 20–25% пациентов молодого возраста [21]. ГБ может быть единственным симптомом данной патологии в 15–20% случаев [22]. К ошибочному диагнозу приводит мигреноподобное, реже — кластероподобное течение ГБ (нередко предшествующее основному цереброваскулярному событию) на протяжении дней, реже месяцев, интенсивность болевого синдрома — менее 5 баллов по визуальной аналоговой шкале, как и возникновение двухсторонней или изолированной интенсивной боли в области шеи [23].

Таблица 2. Особенности головной боли при некоторых цереброваскулярных заболеваниях (с измен. [2])

Особенности ГБ Цереброваскулярные заболевания	Начало			Интенсивность		Локализация		Течение	
	Острое	Подострое	Хроническое	Умеренная	Выраженная	Односторонняя	Двухсторонняя	Длительно текущая	Рецидивирующая
Субарахноидальное кровоизлияние	+				+			+	
Синдром обратимой церебральной вазоконстрикции	+				+				+
Диссекция внутренней сонной и позвоночной артерий	+					+			
Тромбоз венозных синусов	+	+					+	+	
Первичный ангиит ЦНС			+	+			+	+	
Внутричерепные сосудистые мальформации						+	+		

Примечание. ЦНС — центральная нервная система.

Клиническая картина тромбоза венозных синусов достаточно вариабельна, при этом ГБ возникает в 90% случаев, а в 25% является единственным симптомом заболевания; она чаще имеет подострый, нарастающий по интенсивности характер, реже — «громоподобный» [24]. Вместе с тем ГБ при данной патологии может напоминать типичный приступ мигрени, реже — эпизод головной боли напряжения [2]. Локализация, выраженность, характер и течение ГБ могут отличаться, как правило, отсутствует эффект от анальгетической терапии [25]. Высокая распространенность данного заболевания у женщин репродуктивного возраста, вероятно, обусловлена беременностью, послеродовым периодом и применением эстроген-содержащих оральных контрацептивов. Несмотря на то, что летальный исход при тромбозе мозговых вен и венозных синусов возможен до 30% случаев, вовремя начатое на ранних стадиях лечение приводит более чем у 90% больных к благоприятному прогнозу [2, 26].

Клинические проявления редкой формы васкулита — первичного ангиита центральной нервной системы (ПАЦНС) — весьма гетерогенны и зависят от выраженности и локализации поражения церебральных сосудов. В ряде исследований [27, 28] у большинства пациентов с ПАЦНС показано подострое и прогрессирующее развитие диффузного поражения центральной нервной системы (ЦНС), среди которых умеренная ГБ и КН наиболее часто отмечаются в дебюте заболевания (в 50–78% и 50% случаев соответственно), в дальнейшем выраженность этих симптомов прогрессивно нарастает. На поздних стадиях ПАЦНС развивается очаговая неврологическая симптоматика, чаще представленная гемипарезом вследствие инсульта (в 40% случаев). Предположение о наличии у больного ПАЦНС может возникнуть при постепенном прогрессирующем развитии общемозговых проявлений, включающих легкую или умеренную ГБ, имеющую хроническое течение с периодами улучшений, и нарушение когнитивных функций, ассоциированных с присоединившейся позднее очаговой неврологической симптоматикой в сочетании с многоочаговым поражением подкорковых областей и глубоких отделов головного мозга, по данным диффузионно-взвешенного режима МРТ [2]. Вместе с тем точный диагноз может быть установлен только после гистологического исследования биоптата головного мозга [28].

ГБ является распространенным симптомом у пациентов с внутричерепными сосудистыми мальформациями, наиболее часто среди которых встречаются дуральная артериовенозная фистула (10–15%), кавернозная ангиома (10–15%) и артериовенозная мальформация (АВМ) [2]. Разнообразные ГБ могут быть единственным проявлением данной патологии на протяжении многих лет, с другой стороны, возможно случайное обнаружение сосудистой мальформации у пациента при нейровизуализационном исследовании, при отсутствии каких-либо симптомов или жалоб.

Клинические проявления синдрома кавернозного синуса, обусловленного дуральной артериовенозной фистулой, могут имитировать симптомы невралгии тройничного нерва, височного артериита или кластерной головной боли [29]. Причиной развития схожего симптомокомплекса может также быть кавернозная ангиома, описанная у пациентов с длительно существующей фармакорезистентной ГБ [30]. Лишь в 6% случаев

единственным симптомом неразрывавшейся АВМ может быть одно- или двухсторонняя ГБ неспецифического характера, которая отмечается при разрыве врожденной сосудистой патологии до 31% случаев [2]. Описано возникновение хронической мигреноподобной ГБ со зрительной аурой, обусловленной АВМ в теменно-затылочной области [31].

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

Общими принципами ведения этой категории больных являются определение этиопатогенетической причины существующих нарушений, тщательный диагностический поиск с целью выявления первичных или вторичных форм ГБ, лечение имеющихся заболеваний и модификация факторов риска развития ЦВЗ и прогрессирования хронических нарушений мозгового кровообращения. В частности, необходимы контроль уровня глюкозы и артериального давления, адекватная гипотензивная терапия, коррекция метаболических расстройств, прекращение курения, прием статинов и антиагрегантной терапии, регулярная физическая активность.

Выбор дальнейшей лечебной тактики у больных с ХИГМ основан на определении характера и выраженности имеющихся расстройств, уменьшении степени и предупреждении прогрессирования обнаруженных нарушений. Терапия больных с ХИГМ должна быть направлена, по возможности, на патологические механизмы развития заболевания, что в реальной клинической практике не всегда представляется возможным. Наиболее доступным лекарственным методом воздействия является симптоматическая терапия, позволяющая уменьшить выраженность разнообразных нарушений у пациента, особенно на самых ранних стадиях патологического процесса, тем самым существенно повысить качество его жизни.

Начальная стадия ХИГМ нередко возникает у достаточно молодых пациентов трудоспособного возраста, у которых ГБ, головокружение, астенические и вегетативные проявления, как и КН в виде замедления темпа познавательных процессов, снижения концентрации внимания и нарушения исполнительных функций, существенно влияют на профессиональную, а с течением времени — и на бытовую деятельность. В этом случае применение лекарственных средств с мультимодальным механизмом действия, позволяющих эффективно, безопасно и патогенетически обоснованно влиять на существующие нарушения, имеет важное значение для пациентов с ХИГМ.

Одним из таких препаратов является Вазобрал® (ООО «Къези Фармасьютикалс»), представляющий собой комбинацию дигидрированного производного спорыньи α -дигидроэргокриптина и улучшающего его всасывание кофеина. Большая часть универсальных эффектов препарата Вазобрал® обусловлена блокадой α -дигидроэргокриптином α_1 - и α_2 -адренорецепторов гладкомышечных клеток сосудов и стимулирующим влиянием на дофаминовые и серотониновые рецепторы [32]. Согласно экспериментальным данным при использовании препарата Вазобрал® уменьшается агрегация тромбоцитов и эритроцитов, снижается проницаемость сосудистой стенки, улучшаются процессы метаболизма в головном мозге

и повышается устойчивость церебральных тканей к гипоксии [3]. Вторым компонентом — кофеин оказывает прямое стимулирующее действие на ЦНС, главным образом на нейроны коры головного мозга, повышает умственную и физическую работоспособность, уменьшая усталость и сонливость, а также увеличивает биодоступность α -дигидроэргокрипина [32].

В одном из исследований [3] с участием 293 пациентов с начальными стадиями ХИГМ на фоне 3-месячного применения препарата Вазобрал® было показано достоверное уменьшение выраженности КН и субъективных проявлений в виде ГБ, головокружения и других неспецифических симптомов, улучшение качества жизни этих больных. Авторы исследования [3] продемонстрировали целесообразность длительной терапии препаратом Вазобрал®, поскольку позитивная клиническая динамика нарастала на протяжении всех 3 мес. терапии и была более существенной, чем через 1 мес. применения этого лекарственного средства. Кроме того, отмечалась высокая приверженность пациентов терапии препаратом Вазобрал® и его хорошая переносимость у больных с ХИГМ при наличии артериальной гипертензии, на фоне антигипертензивной терапии.

В другом открытом многоцентровом исследовании [33] препарата Вазобрал® у 1341 пациента (средний возраст — 59 лет) с I и II стадиями ХИГМ на протяжении 1 мес. было показано существенное улучшение состояния у подавляющего большинства пациентов — в 82,1% случаев. Это проявлялось в снижении интенсивности и частоты ГБ, улучшении концентрации внимания, памяти и повышении умственной работоспособности. Наилучший эффект наблюдался при назначении высоких доз препарата, при хорошей переносимости лечения, отсутствии зарегистрированных побочных эффектов или нежелательных взаимодействий с иными лекарственными средствами, используемыми больными с ХИГМ [33].

Опрос 1189 пациентов с ЦВЗ, принимающих Вазобрал® как основной препарат или в составе комплексной терапии, с использованием специально разработанной анкеты обнаружил, что наиболее ценными свойствами препарата, по их мнению, были положительное влияние на память, мышление, головокружение и другие симптомы, нарушающие их привычное функционирование (75% больных), а также доступная цена (69%) и практически постоянное наличие препарата в аптечной сети (70%) [34]. Аналогичное тестирование 419 неврологов показало, что 22% опрошенных считают данный препарат наиболее эффективным препаратом среди других медикаментозных средств, особенно при начальных стадиях ХИГМ. К достоинствам лекарственного средства врачи относили хорошую переносимость курсового лечения (18%), широкий спектр показаний и наблюдаемых на практике клинических эффектов (17%) [34].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, своевременная диагностика, эффективное лечение ХИГМ и профилактика дальнейшего прогрессирования заболевания с учетом сосудистых факторов риска имеет для этой категории пациентов стратегически важное значение. При наличии у пациентов с мигренью высокого риска развития ЦВЗ или имеющейся ХИГМ при рассмотрении вопросов терапии необходимо контролировать сосудистые факторы риска, учитывать сопутствующие ко-

ВАЗОБРАЛ

α -дигидроэргокрипин + кофеин

**ВАЗОАКТИВНЫЙ ПРЕПАРАТ
С КОМБИНИРОВАННЫМ
МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**



- 1. Улучшает** память и концентрацию внимания^{1,2,3}
- 2. Уменьшает** выраженность астении и повышает работоспособность^{4,5}
- 3. Снижает** интенсивность и частоту приступов головокружения^{2,3,6}
- 4. Улучшает** качество жизни пациентов с ЦВЗ^{*3,7}



**ВАЗОБРАЛ® –
РАСПУТАЕТ КЛУБОК
СОСУДИСТЫХ
ПРОБЛЕМ**

Chiesi
People and Ideas for innovation in healthcare

ООО «Къези Фармасьютикалс»
г. Москва, 127015, ул. Вятская, д. 27, корп. 13, 3 этаж
info.ru@chiesi.com, www.chiesi.ru

ОЗНАКОМЬТЕСЬ, ПОЖАЛУЙСТА, С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА

1. Le Poncin M, Migeon P, Jamot JC, Lesparre B, Vollant M, Blanchard B, Greyl J, Rapin JR. Evaluation clinique et psychométrique de l'activité du Vasobral dans les troubles cognitifs du vieillissement. Sem Hop Paris. 1988 ; 64 (27) : 1893- 41. 2. Babeau P, Serizet A. Essai thérapeutique randomisé en double insu d'une association de mésylate de dihydroergokryptine et de caféine (Vasobral) en médecine ambulatoire dans les troubles psycho-comportementaux de la sénescence. Sem Hop Paris. 1986; 62 (16) : 1137-42. 3. Левин О.С. и др. Эффективность комбинированного препарата вазобрал при дисциркуляторной энцефалопатии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;114(10): 25-29. 4. А.С. Аведисова и др. Динамика когнитивных функций у больных с эмоционально-лабильными расстройствами сосудистого генеза при лечении Вазобралом. Клиническая фармакология и терапия, ТОМ 13, №2, 2004, стр. 1-4. 5. Марченко И.В. Эффективность препарата Вазобрал у пожилых больных с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения и дисциркуляторной энцефалопатией. Новые лекарства и новости фармакотерапии, №4, 2002. 6. Морозова С.В. Особенности медикаментозной терапии периферических кохлеовестибулярных расстройств в возрастном аспекте //Справочник поликлинического врача. 2007. №5. 7. Камчатнов П.Р. Вазобрал при сосудистых поражениях головного мозга с точки зрения врачей и пациентов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013;113(1):23-25.

* ЦВЗ - цереброваскулярные заболевания

Реклама

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников

морбидные состояния и заболевания, исключить триптаны и эрготы для купирования приступов ГБ, как и прием гормональной заместительной терапии [7, 9]. При существовании у пациента с мигренью артериальной гипертензии целесообразно использовать лекарственные средства из нескольких групп: β -блокаторов, антагонистов рецепторов ангиотензина II и ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, имеющих высокий уровень доказанной эффективности в профилактической терапии мигрени, лечении артериальной гипертензии, что позволит предотвратить дальнейшее развитие и/или прогрессирование цереброваскулярной патологии.

Широкий терапевтический потенциал и приемлемый профиль безопасности позволяют обоснованно использовать препарат Вазобрал® в комплексной терапии пациентов с ХИГМ и ГБ, что будет способствовать снижению интенсивности и частоты возникновения цефалгии [35], головокружения и других сопутствующих вегетативных, астенических и когнитивных проявлений, повышая при этом приверженность больного длительной терапии и существенно улучшая качество его жизни.

Литература

1. Скворцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П. и др. Снижение смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в результате реализации комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации. Профилактическая медицина. 2018;21(1):4–10. [Skvortsova V.I., Shetova I.M., Kakorina E.P. et al. Decrease in mortality from acute cerebrovascular accidents as a result of a set of measures to improve medical care for patients with vascular diseases in the Russian Federation. Preventative medicine. 2018;21(1):4–10 (in Russ.)].
2. Diamanti S., Longoni M., Agostoni E.C. Leading symptoms in cerebrovascular diseases: what about headache? *Neurol Sci.* 2019;40 (Suppl 1):147–152.
3. Левин О.С., Баранцевич Е.Р., Бельская Г.Н. и др. Эффективность комбинированного препарата вазобрал при дисциркулярной энцефалопатии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;10:25–29. [Levin O.S., Barantsevich E.R., Belskaya G.N. and others. The effectiveness of the combined drug vazobral with dyscirculatory encephalopathy. *Journal of Neurology and Psychiatry. named after S.S. Korsakov.* 2014;10:25–29 (in Russ.)].
4. Боголепова А.Н. Современные подходы к терапии хронической ишемии мозга. Неврология и ревматология. 2019;1:7–11. [Bogolepova A.N. Modern approaches to the treatment of chronic cerebral ischemia. *Neurology and rheumatology.* 2019;1:7–11 (in Russ.)].
5. Житкова Ю.В. Клинико-этиологические ассоциации при хронической и ишемии головного мозга. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015;7(4):11–17. [Zhitkova Yu.V. Clinical and etiological associations in chronic and cerebral ischemia. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2015;7(4):11–17 (in Russ.)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Дифференциальная диагностика лицевых болей

К.м.н. Г.Ш. Раянова¹, профессор Л.Р. Ахмадеева²

¹ООО «Клиника неврологии и педиатрии», Уфа

²ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа

РЕЗЮМЕ

Представлены основные виды лицевых болей и принципы их клинической диагностики с учетом патофизиологических особенностей. В соответствии с терминологией Международной ассоциации изучения боли (International Association for the Study of Pain IASP) лицевая, или орофациальная, боль (прозопалгия) — это боль или другие неприятные ощущения, локализованные на передней поверхности головы выше уровня шеи до ушной области наружу и до надбровных дуг сверху. Ввиду сложности морфологического строения лица орофациальная боль имеет разные патофизиологические особенности. Главное в диагностике лицевых болей — тщательный сбор анамнеза. Параклинические методы диагностики не являются основными и в большинстве случаев не выявляют органического поражения мозга. Методы нейровизуализации могут быть рекомендованы для дифференциации специфической причины (опухоль, рассеянный склероз и т. д.), в случае усиления болевого синдрома, изменения характера прозопалгии, а также при отсутствии положительного эффекта терапии. С учетом многочисленных данных о коморбидности прозопалгий с гетерогенной психической патологией для диагностики и лечения лицевых болей следует рекомендовать мультидисциплинарный подход с обязательной консультацией пациента у стоматолога, невролога, нейрохирурга, отоларинголога, офтальмолога, психиатра или психотерапевта.

Ключевые слова: лицевая боль, прозопалгия, орофациальная боль, тригеминальная невралгия, неондонтогенные болевые синдромы.
Для цитирования: Раянова Г.Ш., Ахмадеева Л.Р. Дифференциальная диагностика лицевых болей. РМЖ. 2019;9:16–19.

ABSTRACT

Differential diagnosis of facial pain
G.Sh. Rayanova¹, L.R. Akhmadeeva²

¹Clinic of Neurology and Pediatrics LLC, Ufa

²Bashkir State Medical University, Ufa

The review describes the main types of facial pain and clinical diagnosis principles, taking into account the pathophysiological patterns. According to the terminology of the International Association for the Study of Pain (IASP), facial or orofacial pain (prosoptalgia) is pain or other unpleasant sensations localized on the anterior surface of the head above the cervicus area to the otic area outwards and superciliary