Реклама: идентификатор «Kra23iAUZ»

ПАЦИЕНТ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Мужчина, 53 года. IT-специалист

Подготовил Рожков Дмитрий Олегович, врач-невролог, главный врач университетской клинической больницы № 3 Сеченовского университета, г. Москва

ПЕРВЫЙ ПРИЕМ:

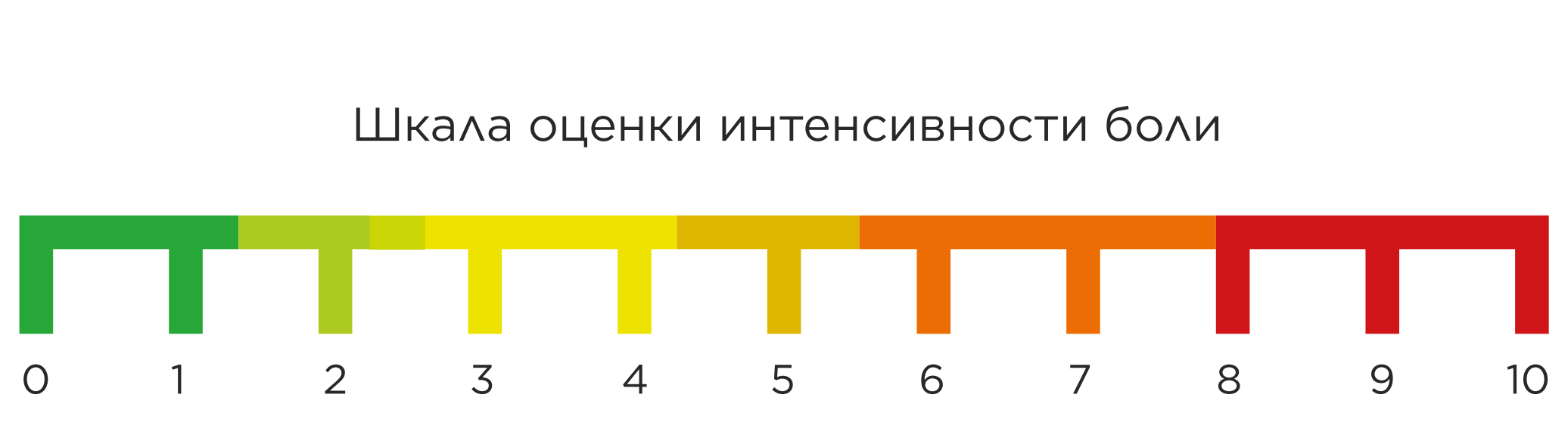
ЖАЛОБЫ:
на ежедневную головную боль, более выраженную в правой темено-затылочной области.

АНАМНЕЗ:
Головная боль беспокоит в течение 7 лет. Консультирован. Обследован (R-графия шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, МРТ головного мозга, УЗДГ БЦА — без специфических изменений). Состояние расценено как проявления остеохондроза, микроангиопатии. Назначены курсы метаболической терапии, эффекта от которых пациент в последнее время не отмечает. Около месяца назад, во время прохождения очередного курса инфузионной терапии, отметил, что боль стала более выраженной в правой теменно-затылочной области, это и послужило поводом к обращению. Выполнена МРТ головного мозга, выявлен единичный очаг, он был трактован как перенесенный инсульт, с которым связали головную боль.

NB!
Диагноз нозологической формы головной боли в первую очередь клинический, его определяют характеристики болевого синдрома. Чем подробнее мы расспросим пациента, тем правильнее будет наш диагноз.

ДЛЯ ЭТОГО ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО ЗАДАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:

01. ИНТЕНСИВНОСТЬ ГОЛОВНОЙ БОЛИ (ВАШ, ЦРШ).



02. КАКОВ ХАРАКТЕР ГОЛОВНОЙ БОЛИ?
Следует предложить пациенту варианты: давящая, сжимающая, ноющая, пульсирующая, жгучая и т. д. Помните, что у пациента может быть несколько (!) форм головной боли.

03. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ:
односторонняя (справа/слева), двусторонняя, локализованная в одном участке головы/лица. Пациент может показать рукой.

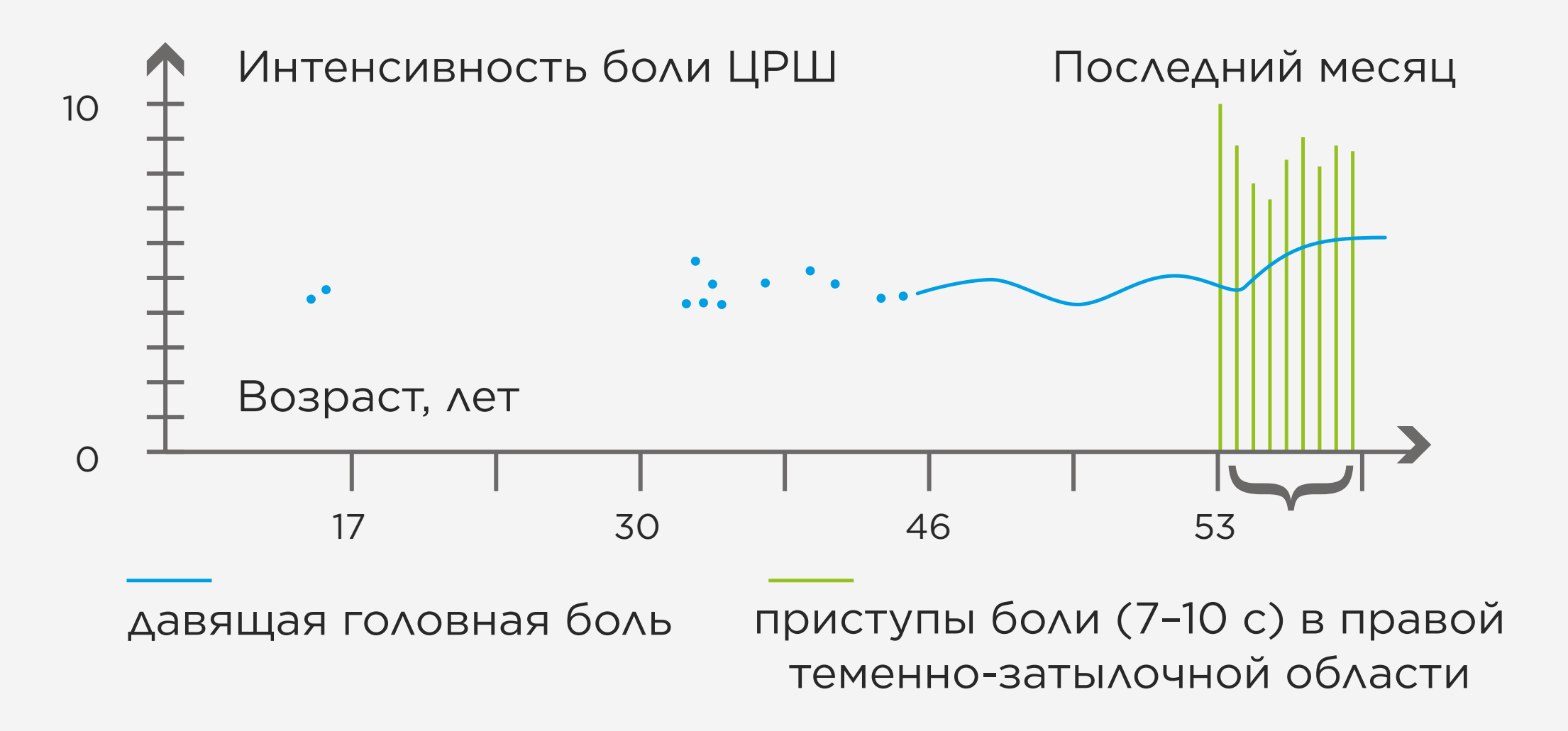
04. СОПРОВОЖДАЕТСЯ ЛИ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ
тошнотой/рвотой/фото-/фонофобией? Не возникают ли какие-либо иные симптомы?

05. КАК ЧАСТО БОЛИТ ГОЛОВА В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО МЕСЯЦА?
2–3 раза в неделю? Чаще? Реже? В неделю больше дней с головной болью или без? Если пациент говорит о ежедневной боли — спросите, бывают ли дни без боли.

06. ЧТО ОБЛЕГЧАЕТ ВАШУ БОЛЬ?
А что вызывает боль, провоцирует ухудшение?

07. КАКИЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ?
Как часто? Потребляете ли вы больше пачки обезболивающих препаратов в месяц?

08. КОГДА ВПЕРВЫЕ ВЫ СТАЛИ ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА БОЛЬ?
Как характер и частота менялись в течение всего этого времени? Какие факторы в повседневной жизни влияют на боль? Как именно?



КОММЕНТАРИЙ:

Мы видим у пациента 2 вида головной боли:

1. Давящего характера по типу «каски» (синий цвет);

2. Интенсивную боль простреливающего характера в теменно-затылочной области (зеленый цвет).

Важно заметить, что это новый по характеру эпизод боли, поэтому МРТ головного мозга назначена по показаниям, но интерпретирована неверно. На картах DWI следов очага не замечено, следовательно, никакого ОНМК не было, значит, и связывать с этим очагом возникновение головной боли мы не можем.

НО! Поиск провоцирующего момента нужно продолжить. При детальном опросе выяснилось, что пациент уснул во время капельницы, спал в неудобной позе и на следующий день отметил возникновение вышеописанной боли справа.

В СЛУЧАЯХ ОДНОСТОРОННЕЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ТЕМЕННОЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДИМ СЛЕДУЮЩУЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ:

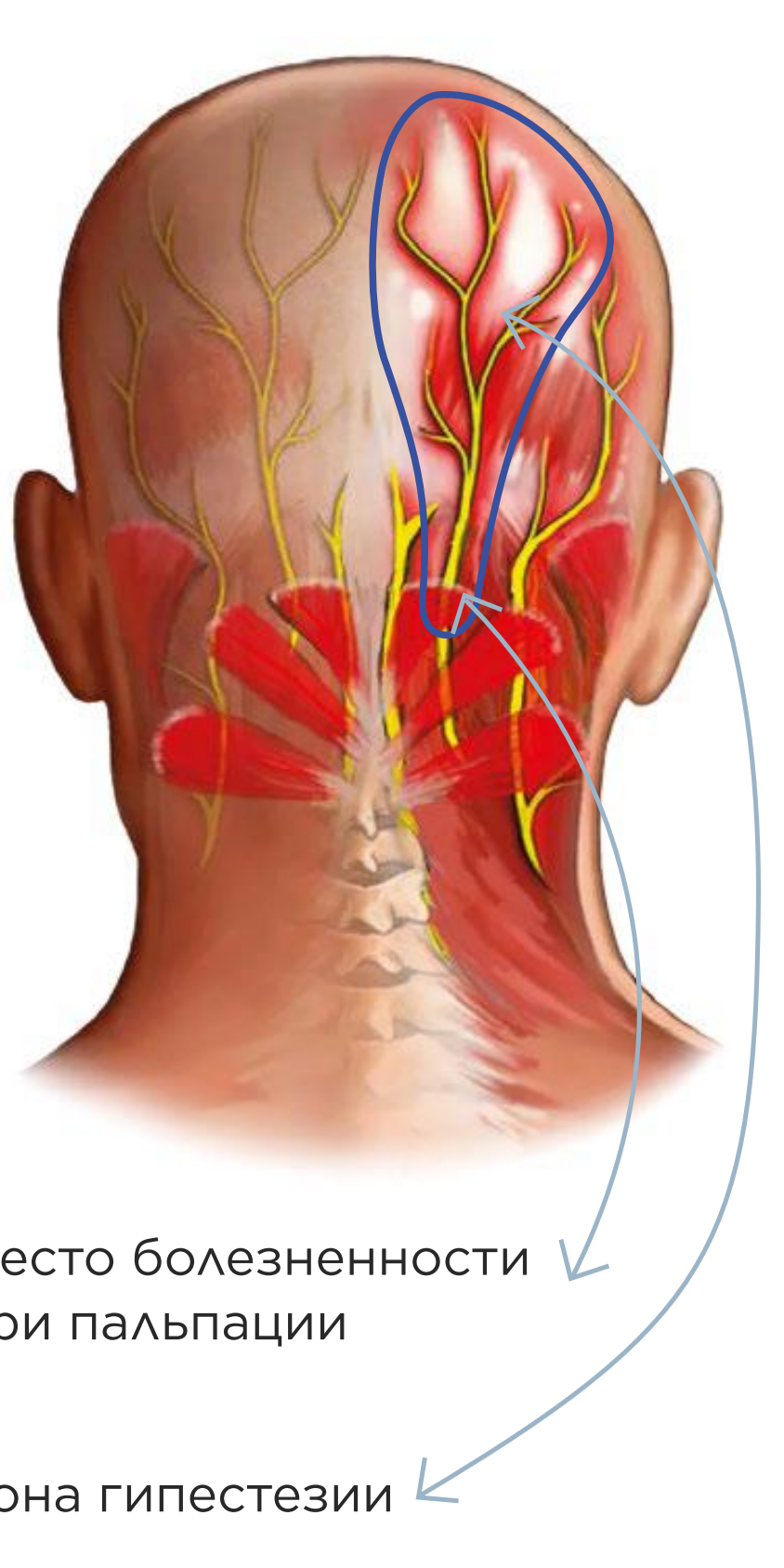
Критерии	Мигрень	Цервикогенная головная боль	Невралгия затылочного нерва
Продолжительность боли	4-72 часа	Любая	От нескольких сек. до нескольких мин.
Характер	Пульсирующий	Чаще давящий, ломящий	Стреляющий/колющий
Интенсивность	Умеренная/высокая	Умеренная	Умеренная, высокая
Ухудшение	При физ. активности, заставляет избегать активности	1. Головная боль развивается в тесной временной связи с началом проблей в шейном отделе; 2. Головная боль значительно уменьшается/разрешается одновременно улучшением/разрешением проблем в шейном отделе	Триггерные точки в точке выхода большого затылочного нерва или в зоне иннервации C2
Сопровождается	Тошнота/рвота Фотофонофобия	Очень редко тошнотой и/или рвотой	
Важные факторы		Клинические, лабораторные/нейровизуализационные признаки нарушения/повреждения в области шейного отдела позвоночника или мягких тканей шеи, способные вызвать головную боль	Боль в зоне(-ах) иннервации большого, малого и/или третьего затылочных нервов. Иногда с сопутствующим снижением чувтвительности или дизестензией в пораженной области, обычно сопровождается болезненностью по ходу вовлеченного нерва(-ов)
Важные критерии		1. Дмижения в шее ограничены, а головная боль усиливается из-за резких движений. 2. Боль прекращается после диагностической блокады структур шеи или нервных образований	Боль временно уменьшается под действием местной анестезии пораженного нерва(-ов)

ВТОРЫМ ВАЖНЫМ НАВЫКОМ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ ПАЛЬПАЦИЮ И ПРОВЕДЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ НА ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА.

НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКИЙ СТАТУС

Движения в шейном отделе позвоночника безболезненны, пальпация проекции фасеточных структур вызывает легкую боль на уровне 1–2 баллов по ЦРШ, а вот при пальпации места выхода большого затылочного нерва (БЗМ) выявляется резкая болезненность, при исследовании чувствительности в зоне иннервации данного нерва выявлена аллодиния.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, МЫ МОЖЕМ СФОРМУЛИРОВАТЬ СЛЕДУЮЩИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:
Невралгия большого затылочного нерва. Хроническая головная боль напряжения.



РЕКОМЕДОВАНО:
1. Образовательная беседа.
2. Мягкая лечебная гимнастика.
3. Габапентин 300 мг 1 таблетка 3 р/день (титровать дозировку следует постепенно).
4. Мильгамма® 2,0 мл в/м № 10.
5. Р-р Лидокаина 1,0 мл + р-р Дексаметазона 1,0 мл, введение в проекцию выхода большого затылочного нерва под УЗ-контролем.
6. Ведение дневника головной боли.

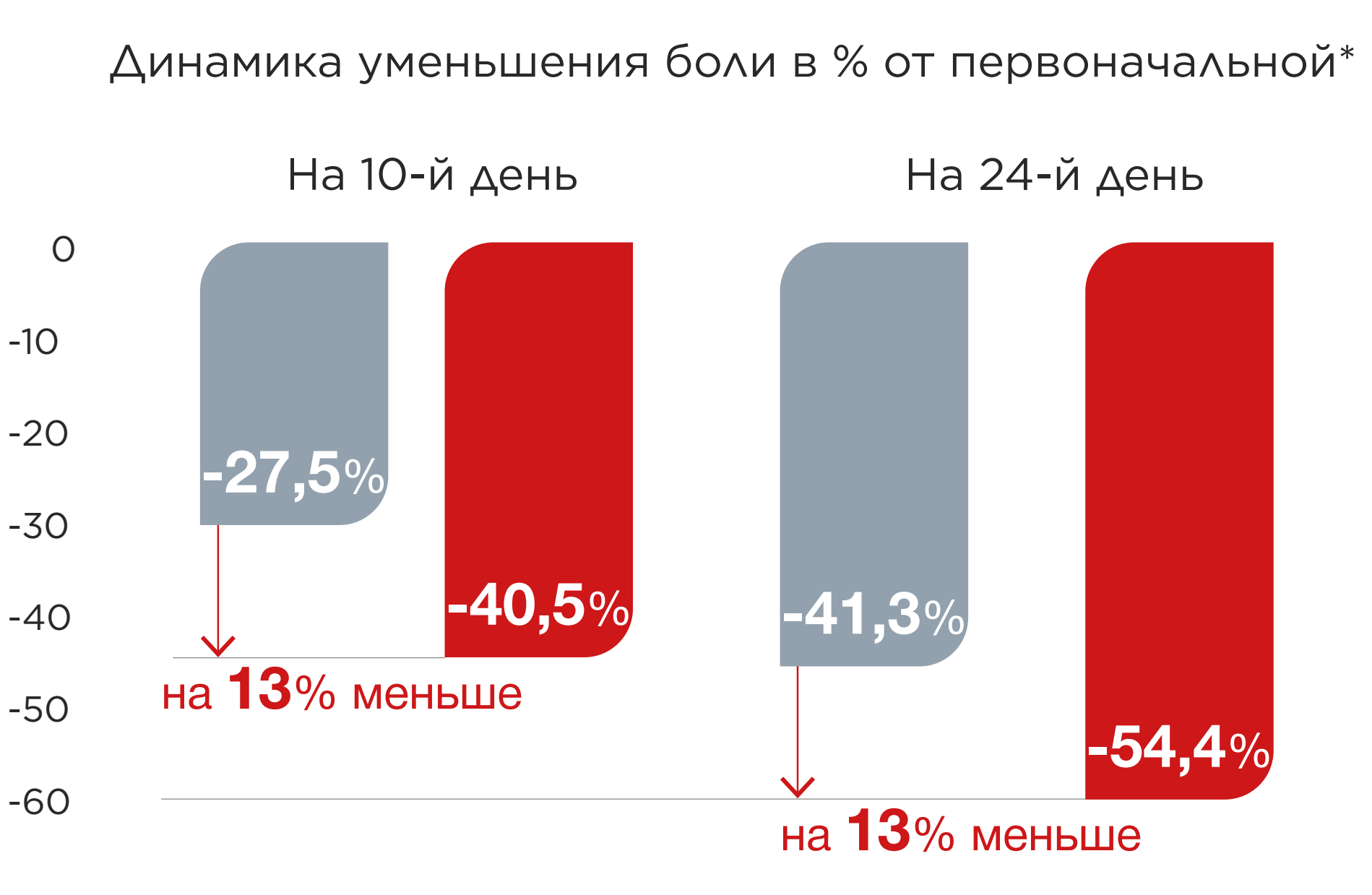
СПУСТЯ 5 ДНЕЙ ПОСЛЕ ЛОКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ Р-РА ЛИДОКАИНА И Р-РА ДЕКСАМЕТАЗОНА В ПРОЕКЦИЮ ВЫХОДА БЗМ
Боль в правой половине головы не беспокоит. Уменьшилась интенсивность головной боли напряжения. В зоне иннервации БЗМ гипестезия.

РЕКОМЕДОВАНО:
1. Ведение дневника головной боли.
2. Пациент продолжает мягкую лечебную гимнастику.
3. Габапентин 300 мг 2 р/день. Препарат сыграл роль и в лечении головной боли напряжения, поэтому снижение дозировки происходит постепенно (следим за состоянием по дневнику).
4. Мильгамма® 2,0 мл в/м № 5. Важно закончить курс в/м введения. Дальше переводим на прием Мильгамма ® композитум: 1 таблетка 2 р/день на 2 месяца. Препарат оказывает и противоболевое действие на оба типа головной боли, и нейротропное.

МРТ — магнитно-резонансная томография
УЗДГ БЦА — ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий
ВАШ — визуально-аналоговая шкала
ЦРШ — цифровая рейтинговая шкала
DWI — Диффузно-взвешенное изображение
ОНМК — острое нарушение мозгового кровоснабжения
БЗМ — большой затылочный нерв

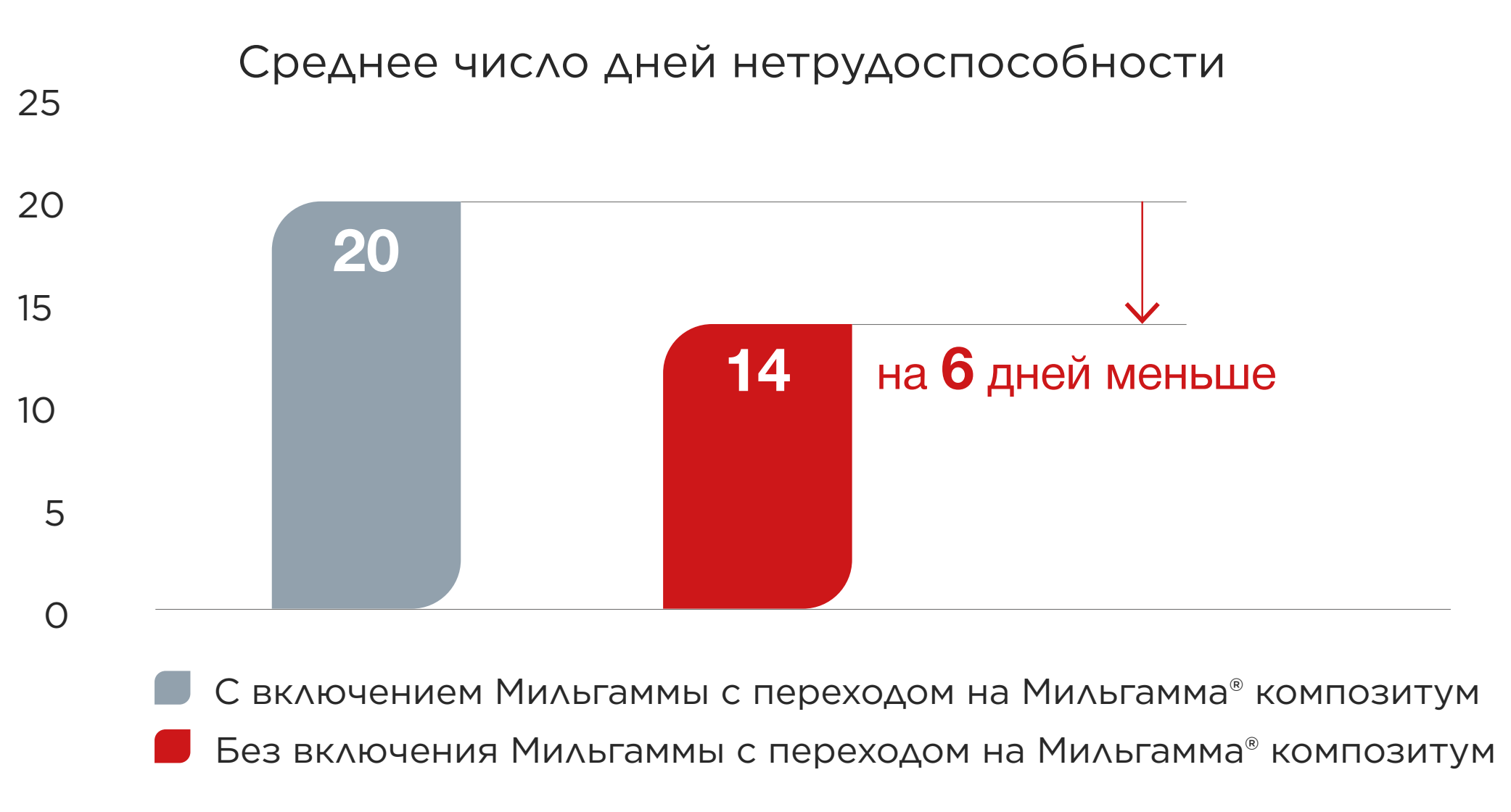
ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ МИЛЬГАММЫ И МИЛЬГАММЫ КОМПОЗИТУМ В СХЕМУ ТЕРАПИИ К 10-МУ ДНЮ ЛЕЧЕНИЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ БЫЛА НА 13% МЕНЬШЕ, ЧЕМ БЕЗ ВКЛЮЧЕНИЯ[1]

Динамика уменьшения боли в % от первоначальной*



ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ МИЛЬГАММЫ И МИЛЬГАММЫ КОМПОЗИТУМ В СХЕМУ ТЕРАПИИ РАДИКУЛОПАТИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ НАСТУПАЛО ПОЧТИ В 1,5 РАЗА БЫСТРЕЕ[1]

Среднее число дней нетрудоспособности



1. Литовченко Т. А. Витаминотерапия в комплексном консервативном лечении туннельных мононевропатий // Международный невропатический журнал. 2011. № 4 (42).

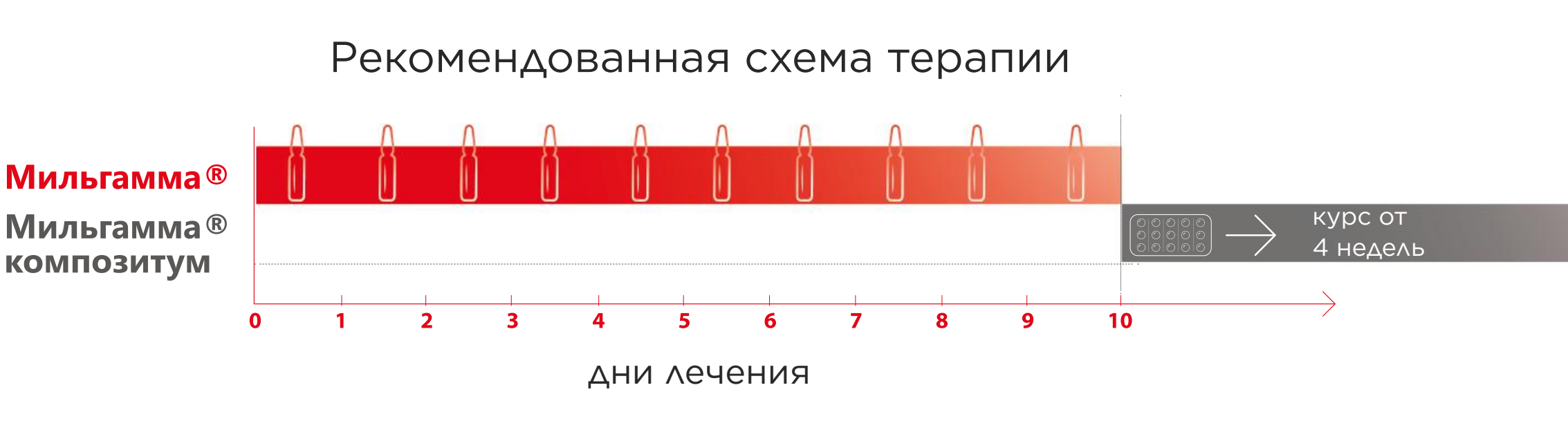
МИЛЬГАММА® — ДОСТУПНЫЙ ПРЕПАРАТ ОРИГИНАЛЬНОГО КАЧЕСТВА* ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛИ В НЕВРОЛОГИИ[1, 2, 3, 4]

При включении высокодозного комплекса витаминов группы В в схему терапии мононевропатии:
- интенсивность невропатической боли на 16% меньше;
- качественные показатели боли на 8% меньше, чем в группе стандартной терапии.

В НАЗНАЧЕНИЯХ № 1 НЕВРОЛОГОВ[5]

- Значимо снижает боль с первого дня[6]
- Снижает курсовую потребность в НПВП в 2 раза[7]
- В 2 раза больше пациентов полностью избавились от боли[6], чем при монотерапии НПВП
- Лидокаин делает инъекцию в 2 раза более комфортной[8]
- Увеличивает эффективность терапии до 97%[9]
- Для восстановления нужно время курс от 4 недель[10]

Рекомендованная схема терапии



---

1. По данным IQVIA 10'2022, Мильгамма® инъекции продавалась более чем в 85% аптек России (simple DI). **2.** Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения Мильгамма® РУ № П N012551/02. **3.** Баринов А.Н. и соавт. // РМЖ. Неврология. 2016, 24. **4.** Левин О.С., Мосейкин И.А. // Международный неврологический журнал. 2011; 5(43): 40-46. **5.** № 1 у неврологов среди витаминов группы В в инъекциях. Данные Prindex Comcon, 1-й квартал 2021. **6.** В рамках комбинированной терапии. Данилов А. Б. Применение витаминов группы В при болях в спине: новые анальгетики? // РМЖ. 2008; спецвыпуск «Болевой синдром»: 35. **7.** Calderon-Ospina C., Nava-Mesa M., Arbelaez Ariza C. Effect of combined diclofenac and B vitamins (thiamine, pyridoxine, and cyanocobalamin) for low back pain management: systematic review and meta-analysis. Pain Med. 2020 Apr, 21(4):766-781. **8.** Hayward C.J. et al. Investigation of Bioequivalence and Tolerability of Intramuscular Ceftrtiaxone injections by Using 1% Lidocaine, Buffered Lidocaine, and Sterile Water Diluents. Antimicrob Agents Chemother. 1996 Feb; 40(2):485-487. **9.** Суммарное количество пациентов с «хорошим» и «умеренным» эффектом после 4 недель нейротропной терапии Мильгамма® композитум // РМЖ; 2016; 26: 1650-1656. **10.** Более 90% неврологов назначают препарат курсом от 4 недель. Баринов А.Н., Махинов К.А., Комарова О.А. Предварительные результаты открытого многоцентрового всероссийского наблюдения МИНЕРВА (Мильгамма® при заболеваниях нервной системы и альгических синдромах) // РМЖ; 2016; 26: 1650-1656. ***** Оригинальное качество «Верваг Фарма» Мильгамма® РУ № П N012551/02 . Мильгамма® композитум РУ № П N012551/01

Сайт: milgamma-compositum.ru

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Дистрибьютор в РФ и организация, принимающая претензии потребителей: ООО «Верваг Фарма» 121170, РФ, Москва, ул. Поклонная, д. 3 корп. 4. +7 (495) 382–85–56
www.woerwagpharma.ru

К ДРУГИМ СЛУЧАЯМ