

ГОЛОВНИЙ БІЛЬ В ЗАГАЛЬНО-ЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

В статті подано основні сучасні аспекти діагностики і лікування болю голови (БГ), який є важливою як загально-медичною так і соціально-економічною проблемою, що вимагає ґрунтовного комплексного підходу з врахуванням не лише медичних аспектів, але й способу життя і праці хворого та соціальних факторів.

Ключові слова: біль голови, діагностика і лікування БГ, первинний та вторинний БГ, мігрень, ГБН.

В статье представлены основные современные аспекты диагностики и лечения головной боли(ГБ), которые являются важной общемедицинской, социально-экономической проблемой, требующей основательного комплексного подхода с учетом не только медицинских аспектов, но и образа жизни, труда больного и социальных факторов.

Ключевые слова: головная боль, диагностика и лечение ГБ, первичная и вторичная ГБ, мигрень, ГБН.

The article presents the basic modern aspects of diagnosis and treatment of HA, which are an important medical, social and economic problem that requires a thorough comprehensive approach taking into account not only the medical aspects, but also lifestyle and patient labor, social factors.

Key words: headache, diagnosis and treatment of landfill gas, primary and secondary BG, migraine, tension-type headache.

“Хто розуміє що таке біль, той знає медицину”

Вільям Ослер

Біль голови, хоча б один раз у житті, відчуває кожна людина. Він знайомий переважній більшості людей, і близько 15% з них дізналися про нього ще в дитинстві. Серед ста чоловік, тільки п'ять можуть відчувати біль через серйозне захворювання. В інших випадках від болю цілком можна позбутися, або, принаймні, звести неприємні відчуття до мінімуму. Що ж є причиною болю голови? Адже не може голова боліти просто так?

Біль голови – найчастіша скарга хворих в загально-лікарській практиці. Це одна з найактуальніших та найважчих проблем медицини. Особливо важливо це для сімейного лікаря, який стоїть в авангарді. Згідно визначення Міжнародної асоціації з дослідження болю(IASP-Internacional Association for the Study of Pain) біль – це неприємне відчуття і емоційне переживання, пов'язане з потенційним тканинним ушкодженням або описується в термінах такого пошкодження. За даними IASP(2005), більше 20% дорослого населення Європи відчувають хронічний головний біль. При цьому 19% пацієнтів вказують на те, що больовий синдром суттєво порушує їх звичне життя, приводить до зниження та втрати працездатності. Близько 35% пацієнтів відчувають біль щоденно, а у 16% - він настільки сильний, що викликає появу суїцидальних думок. Рівень якості життя у пацієнтів з хронічним болем порівнюють з рівнем життя у пацієнтів з цукровим діабетом, хронічною серцевою недостатністю чи перенесеним інфарктом міокарду. Розрізняють більше 160 видів цефалгій.

За результатами епідеміологічних досліджень на біль голови страждають більш 70% населення світу. Біль голови може бути основною, а іноді єдиною скаргою більше 45 різних захворювань. Болем голови вважаються будь-який біль або відчуття дискомфорту, локалізоване в ділянці голови. (Харріссон Д., 1993).

Згідно класифікації БГ (Міжнародна асоціація болю голови, 1988р.) виділяють самостійні патологічні форми БГ (мігрень, кластерна БГ, БГ м'язового напруження, хронічна пароксизмальна гемікранія) та симптоматичний БГ.

Первинний БГ - це самостійні нозологічні форми, до котрих відносять мігрень, пучковий або кластерний біль голови, хронічний щоденний біль голови і біль голови м'язового напруження.

Вторинний біль голови характеризується наявністю тісного часового зв'язку між початком цефалгії і дебютом захворювання, посиленням клінічних проявів болю при загостренні хвороби і зменшенням його симптомів при одужанні.

Діагностика первинного та вторинного БГ має принципове значення для тактики лікування, попередження больового пароксизму та зменшення його інтенсивності. Діагностика первинного та вторинного болю голови має принципове значення для вибору терапії.

При первинному болю голови терапія направлена на:

- попередження нападів болю;
- зменшення його інтенсивності, частоти виникнення.

При вторинному - необхідне лікування основного захворювання, що є причиною БГ.

Для діагностики БГ, його характеру, окрім загального соматичного та неврологічного обстеження слід широко застосовувати додаткові методи обстеження (КТ, МРТ, обстеження очного дна, УЗДГ, ЕЕГ).

Лікування БГ направлено на досягнення таких основних завдань:

- зменшення симптомів захворювання, тобто інтенсивності БГ;
- зниження ступеню втрати фізичної та розумової працездатності;
- покращення якості життя пацієнта.

Необхідно уникати стандартних підходів до лікування, прагнути до індивідуалізації лікування, враховуючи психологічні особливості пацієнта та його відношення до хвороби. Необхідними умовами ефективності лікування є постійне спостереження, індивідуальний підхід, оцінка результатів лікування з необхідною терапевтичною корекцією.

Найбільш поширений вид болю голови - **біль м'язового напруження**, і його відчувають близько половини населення планети. Біль м'язового напруження носить тупий, постійний характер і переважно локалізується у скроневих ділянках. Деякі пацієнти прирівнюють біль з відчуттям болючого стискання голови обручем.

Причини болю голови м'язового напруження:

- не можна пов'язувати з будь-яким певним психологічним профілем;
- може виникати в результаті напруження перикраніальних м'язів;
- тип болю голови є різновидом мігрені.

Типи болю голови м'язового напруження:

1. Епізодичний:

- було не менше 10 епізодів болю голови
- тривалість епізоду від 30 хвилин до 7 днів
- тиснучий чи здавлюючий характер болю
- легка чи помірна інтенсивність болю
- двобічна локалізація
- відсутність покращення стану при фізичному навантаженні.

2. Хронічний:

- спостерігається 15 і більше днів протягом 1 місяця
- тривалість болю 180 днів у році
- часто обумовлений надлишковим прийомом анальгетиків
- може «нашаруватися» мігренозна характеристика болю.

Лікування болю голови м'язового напруження:

1. При гострому розвитку болю голови виключити вторинну причину.
2. У пацієнтів старшого віку шукати іншу причину при появі або зміні характеру болю голови.
3. **Лікування болю:** знеболюючі препарати, серед них – нестероїдні протизапальні середники (досить хорошою є комбінація амітриптіліну 1-3таб./доба з нестероїдним протизапальним препаратом ібупрофеном(зотек 400 мг)/ доба.
4. тривала профілактична терапія (трициклічні антидепресанти – амітриптілін, венлафаксин). Фітотерапія для профілактики, а також при прогресуванні хвороби. Призначення препаратів з адаптогенною та вегетативностабілізуючою дією(неотенз по 2 кр. 2 рази в день до їди.
5. Рикошетний біль голови (варіант хронічного щоденного болю голови, пов'язаний з надлишковим прийомом анальгетиків), слід призначити антидепресанти, повністю відмінити анальгетики.
6. немедикаментозні методи лікування (фізіотерапія), хоча б для короткочасного впливу на біль.

Кластерний біль голови. Середній вік початку такого виду болю голови припадає на 25-45 років. Назва такого болю обумовлена появою нападів болю голови протягом коротких періодів часу(кластерів). Типовий кластерний період триває 4-8 тижнів. Під час такого періоду напади можуть виникати щоденно, з періодичністю 1-2 рази в день. Інтервали між кластерними періодами можуть становити від 6 місяців до 1 року. Особливістю кластерного болю голови є те, що він виникає тільки у 67%, а у 33% пацієнтів періоди ремісії відсутні, а напади болю повторюються від 1 до 4 разів на місяць.

Клінічні прояви кластерного болю голови:

- раптовий початок без аури
- біль інтенсивний і локалізований навколо ока, або за ним, строго з одного боку
- тривалість нападу – 20-60 хвилин
- під час нападу на стороні болю є відчуття закладеності носа, ринорея(виділення з носа), почервоніння ока
- на стороні болю може виникати синдром Горнера(птоз, міоз).

Обов'язково проводити диференціальний діагноз з невралгією трійчастого нерва, менструальною мігренню, запаленням пазух носа, невралгією Редера.

Лікування кластерного болю голови: для припинення болю голови рекомендовано місцеві анестетики; ерготамін, суматриптан, інгаляції кисню.

Профілактичні середники під час кластерного періоду(блокатори кальцієвих каналів, кортикостероїди, препарати літію, топірамат). Приклад використання кортикостероїдів: преднізолон протягом 3 днів(доза препарату – 60 -40 -20 мг) – на початку кластерного періоду; під час нападів (преднізолон 60мг/доба, згодом знижують дозу до повної відміни протягом 3 тижнів). Антигістамінні середники (ципрогептадин) по 2-3 мг 3 рази в день. Карбонат літію 600-900мг/доба.

Мігрень — це захворювання, зумовлене спадково детермінованою дисфункцією вазомоторної регуляції, що виявляється переважно у вигляді нападів БГ, зазвичай одностороннього (Карлов П., 1996). Подібне, але дещо об'ємніше визначення мігрени дав А.М.Вейн (1996) – пароксизмальний стан, що проявляється нападами інтенсивного БГ

пульсуючого характеру, що періодично повторюється, локалізується лише в одній половині голови, переважно в очноямково-лобово-скроневої ділянці, супроводжується в більшості випадків нудотою, іноді блюванням, непереносимістю яскравого світла, гучних звуків, сонливістю і млявістю після нападу. Саме це і є клінічними особливостями первинного болю голови – мігрені.

Найчастіше мігрень виникає у осіб молодого віку. Близько 75% хворих відмічають початок захворювання у віці 10–25 років. Максимальна кількість випадків, що проявилися клінічно, припадає на період 25–35 років. Надзвичайною рідкістю є поява мігрені після 50 років. Хоча б один раз у житті напад мігрені зустрічався у 25% жінок і 8% чоловіків. Найбільших страждань спричиняє мігрень у віці 35–45 років, надалі кількість та інтенсивність нападів, як правило, зменшуються, і після 50–55 років мігрень у багатьох хворих взагалі зникає.

У типовій клінічній картині мігрені можна виділити чотири фази.

1. Продромальний період. Триває зазвичай від кількох годин до 1–2 днів і характеризується зниженням настрою або ейфорією, психоемоційною лабільністю, розладами сну (сонливість або безсоння).

2. Аура. Безпосередньо перед нападом розвиваються швидкоминучі неврологічні симптоми, з'являються миготливі скотоми, зорові розлади у вигляді виблискуючих зигзагів, крапок, куль, блискавкоподібних спалахів, виникає геміанопсія. Також можлива поява парестезій, нудоти, шуму у вухах, слухових галюцинацій, розладів мови. Усі симптоми аури повністю зворотні, жоден із них не триває більше однієї години, тривалість світлого проміжку між аурою і болем зазвичай менше години.

3. Фаза БГ. Основними симптомами в цей період є БГ і блювання. Біль, зазвичай пульсуючий або постійний, поступово посилюється, але іноді вже спочатку буває досить інтенсивним. Характерна одnobічна його локалізація болю, переважно у ділянках скроні, ока і лоба. Біль посилюється від яскравого світла, гучних звуків, різких запахів. Характерними симптомами для цього періоду є нудота і блювання, які в основному виникають до кінця нападу болю. Хворі прагнуть усамітнитися, лягти в ліжко, накрити голову подушкою чи ковдрою, закрити вуха, здавити або туго перев'язати голову. Тривалість цієї фази — від декількох годин до 1–2 діб.

4. Постдромальний період. Після закінчення нападу у хворих виникає стан стомленості, біль у м'язах. У багатьох хворих з'являється поліурія, деякі пацієнти впадають у стан ейфорії, інші — глибокого сну.

Метою профілактичного лікування є зниження частоти, тяжкості і тривалості нападів, покращення відповіді на терапію гострих приступів, а також зменшення днів непрацездатності. Деякі експерти рекомендують продовжувати профілактичну терапію мігрені мінімум 6-12 місяців, перш ніж зробити перерву в лікуванні, хоча воно може тривати у безперервному режимі й більше 1 року.

Препаратами першої лінії визначені б-блокатори, антидепресанти, триптани: серед бета-блокаторів рекомендують: атенолол 25-100мг/доба, пропранолол 80-160 мг, часто використовують двічі на добу, метопролол 50-100 мг/доба протягом місяця, бісопролол 5-10 мг, спостерігаючи за пацієнтом. Амітриптилін(трициклічний антидепресант), доза 10-150 мг за 1-2 годин перед сном, аспірин(доза не встановлено), суматриптан 100 мг/доба. За останніми рекомендаціями Американської академії неврології з профілактики епізодичної мігрені (AAN, 2012), рівень доказовості А був наданий двом протиепілептичним препаратам – топірамату і вальпроату натрію. Дозування топірамату для профілактики нападів мігрені коливається від 25 до 50 мг/добу, вальпроат натрію 300-1000 мг(побічні впливи – збільшення ваги і сонливість),

Якщо ви схильні до нападів мігрені, виключіть зі свого раціону алкоголь, особливо червоне вино, шоколад, цитрусові, горіхи, копчені продукти, а також напівфабрикати з

додаванням глутамату натрію; тверді сири і яйця теж часто викликають біль голови, тому краще звести ці продукти до мінімуму. Не вживайте більше одного горнятка кави на день.

Отже, діагностика і лікування БГ є важливою загальномедичною, соціально-економічною проблемою, яка вимагає ґрунтовного комплексного підходу з врахуванням не лише медичних аспектів, але й способу життя і праці хворого, соціальних факторів.

Сьогоднішньому пацієнту, в котрого болить голова, поталанило. Є ліки, є спасіння, є вибір.

І ще кілька простих рекомендацій про те, як уникнути болю голови, і що робити, якщо він все-таки вас наздогнав:

- у холодну погоду не виходьте на вулицю з непокритою головою. Одягніть хоча б легку шапочку, тонкий шарф або косинку: навіть такий головний убір допоможе уникнути головного болю або зменшити його.

- якщо у вас метеозалежність, не варто заздалегідь програмувати себе на те, що у вас буде боліти голова. Перестаньте слухати прогнози про магнітні бурі і інші аномалії, і приймати їх на свій рахунок.

- позбавтеся від звички впадати в депресію з приводу і без причин. У оптимістів голова болить набагато рідше.

- намагайтеся дотримуватися режиму дня, і спіть стільки, скільки ви звикли. Порушивши формулу сну, неважливо, в який бік, ви ризикуєте отримати розбитий стан і біль голови.

- відійдіть від комп'ютера і вирушайте на вулицю - у будь-яку погоду! Ідеальний варіант - гуляти з коханим, але якщо він не проявляє ентузіазму, йдіть на прогулянку самі. Перед сном обов'язково провітрюйте кімнату, а якщо можливо, спіть з відкритою кватиркою.

- якщо голова розболілася, то намагайтеся уникати різких рухів і звуків, а також запахів і різкої зміни температур.

- психологічний фактор часто є основною причиною болю(не беріть цілу таблетку, відламайте частину, і покладіть в шклянку з водою. Коли таблетка розчиниться, повільно випийте воду з ліками, уявляючи, що таблетка була цілою).

- жінкам слід пам'ятати, що під час менструації голова може боліти через зміни гормонального фону, і вести себе відповідно. Використовуйте гомеопатичні засоби, наприклад, рослинні фітоестрогени, більше відпочивайте, гуляйте на свіжому повітрі, правильно і повноцінно харчуйтеся. До речі, овочі та фрукти слід їсти завжди, а не тільки влітку. Якщо взимку у вашому регіоні мало свіжих овочів, готуйте собі тушковані і запечені. Консервовані овочі та фрукти користі не принесуть.

- і останнє: не навантажуйте себе відповідальністю, обов'язками і почуттями. Не варто брати на себе більше, ніж ви в змозі встигнути фізично. І не карайте себе за помилки, а дозволяйте собі бути просто людиною, більше розважайтеся і відпочивайте. Більше позитиву! Спілкуйтеся з хорошими людьми! І тоді біль буде для вас рідкісним гостем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. – М., 1999.
2. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Каримов Т.К. Головная боль. — М., 1994.
3. Данилов А. Диагностика и лечение головной боли М., 2011 – с.111.
4. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. — Женева, 1995.
5. Матвієнко Ю .О. Первинні болі голови у практиці загального лікаря. Львів: Медицина світу, 2012. – 90 с.
6. Маркус Д.А. Головная боль. — М.:ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 221с.

7. Амелин А.В. Мигрень. Патогенез, клиника, фармакотерапия: руководство для врачей / А.В. Амелин, Ю.Д. Игнатов, А.А. Скромец, А.Ю. Соколов. – М: МЕДпрессинформ, 2011. – 256 с.
8. Дубенко О.Е., Сотников Д.Д. Профилактическое лечение мигрени: вчера, сегодня, завтра /О.Е. Дубенко, Д.Д. Сотников // Международный неврологический журнал. Тематический выпуск “Головная боль”. – 2009. – С. 24-29
9. Головная боль: алгоритм диагностики и лечения: учебно-методические рекомендации. – Киев, 2013. – 24с.

А.Л. ВАСИЛЬЧУК

ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРВОНОГО ТОНКОМАТЕРІАЛЬНОГО ТІЛА ЛЮДИНИ

Вперше у світі пояснюються особливості червоного тонкоматеріального тіла людини.

Ключові слова: еніоанатомічна норма; гіпотрофія; гіпофункція; гіпертрофія; гіперфункція; специфічні функції.

Впервые в мире объясняются особенности красного тонкоматериального тела человека.

Ключевые слова: эниоанатомическая норма; гипотрофия; гиподугкция; гипертрофия; гиперфункция; специфические функции.

For the first time in the world are the special features of red subtle body

Key words: enioanatomical standard; hypotrophy; hypofunction; hypertrophy; hyperfunction; specific functions

Продовження з випуску 27 (93)

Морфофункціональна норма, гіпотрофія, гіпофункція, гіпертрофія і гіперфункція зовнішньої частини червоного тонкоматеріального тіла впливають на розвиток людини, її тіл, властивостей, особливостей, здібностей, функціональних можливостей, стан здоров'я, характер фізіологічних, психічних, інтелектуальних, ментальних, емоціональних, моральних, етичних, естетичних, ПСІ-феноменальних, духовних, душевних, божественних, антидуховних, антидушевних, анти-божественних та відповідних соціальних проявів.

Еніоанатомічна норма червоного тонкоматеріального тіла

Структурно-функціональна норма червоного тонкоматеріального тіла це такий еніоанатомічний стан, при якому його зовнішня оболонка знаходиться між внутрішньою оболонкою внутрішньої частини червоного тонкоматеріального тіла і зовнішньою оболонкою зовнішньої частини світлосяючого червоного тонкоматеріального тіла з оптимальним функціонуванням при відповідних навантаженнях.

Червоне тонкоматеріальне тіло розвинуте до структурно-функціональної норми (Мал.1) допомагає формувати сильне фізичне тіло, людину з цілеспрямованим гармонійним характером, якому властивий добрий стан здоров'я, ініціатива, динамічність, активність, самостійність, сміливість, незалежність, рішучість, непохитність, витривалість, дисциплінованість, широкі адаптаційні можливості до будь-яких соціальних чи кліматичних умов. Червоне тонкоматеріальне тіло захищає людину від інфрачервоного випромінювання та забезпечує необхідні інформаційно-енергетичні умови для започаткування розвитку в людині властивостей Божої Матері, Ісуса Христа, Духа Святого, Бога, духовного, душевного, божественного розвитку та розвитку яснобачення і психокінетичних здібностей.

Під впливом червоного тонкоматеріального тіла у людини виникає почуття соціального обов'язку, бажання розвивати свою особистість, формувати в собі психічні властивості вождя,