

**Может ли лекарство от боли вызывать головную боль? Современная медицина даёт на этот, казалось бы, странный вопрос утвердительный ответ. О том, почему это происходит, идёт речь в интервью с профессором кафедры нервных болезней факультета послевузовского профессионального образования врачей Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главным врачом клиники лечения головной боли и вегетативных расстройств им. А.М.Вейна Еленой ФИЛАТОВОЙ.**

– Возникает это в случае злоупотребления анальгетиками. Головные боли, вызванные избыточным применением лекарственных препаратов, принято называть абзусными головными болями (АГБ). Термин этот заимствован из английского языка, в котором слово abuse и означает «злоупотребление». Многие люди привыкли, когда начинает беспокоить головная боль, принимать по своему усмотрению, не обращаясь к врачу, широко известные препараты. При длительном и частом приёме лекарственных средств развивается стойкая и упорная головная боль. АГБ является болезнью современного общества, где существует огромное количество безрецептурных анальгетических препаратов. Доступность этих медикаментов приводит к самолечению, а абзусная головная боль становится международной проблемой. АГБ – это третья по частоте среди всех видов головной боли, после головной боли напряжения и мигрени. Процент пациентов с такой болью в специализированных клиниках доходит до 70. Например, в нашей клинике пациенты с АГБ составляют 50% и являются наиболее сложным контингентом.

**– Какие лекарственные средства чаще всего вызывают АГБ?**

– АГБ может вызвать любой анальгетик при злоупотреблении им. В нашей стране такими препаратами являются комбинированные анальгетики, в состав которых для усиления фармакологического действия добавлен кофеин, кодеин или барбитураты. В августе прошлого года вышел закон, согласно которому эти лекарственные средства стали учётными, рецептурными. Возможно, это позволит изменить ситуацию со злоупотреблением анальгетиками, правда, только законом эту проблему решить нельзя. Нужны и другие меры, в том числе просветительские и профилактические.

**– Какие факторы риска оказывают влияние на появление АГБ?**

– Исследование анамнеза пациентов с абзусной болью показывает, что в группу риска входят те из них, которые в молодости страдали периодическими приступами мигрени, впоследствии трансформировавшимися в ежедневные головные боли. Именно на пациентов с мигренью в анамнезе приходится 2/3 абзусных болей. Женщины чаще подвержены АГБ. Кроме того, АГБ ассоциирована с коморбидными состояниями: психическими расстройствами

развития болезни различны. Считается, что систематическое использование анальгетиков, ежедневно или каждый второй день, в течение 3 и более месяцев может привести к АГБ. Как это происходит? Вначале анальгетики принимаются при самых разных признаках головной боли или даже с целью её предупреждения. Затем приём лекарственных средств становится хроническим. При этом обезболивающий эффект постепенно снижается и приходится или увеличивать дозу препарата, или принимать дополнительные

лекарства. Возникает порочный круг, тот самый, что характерен для лекарственной зависимости.

**– Существует мнение, что прогрессирующая головная боль провоцирует приём высоких доз лекарственных препаратов, а не наоборот...**

– Поскольку это – порочный круг, то разобраться, что первично, крайне сложно. Единственный способ – прекратить приём анальгетиков, и если головная боль, пройдя период усиления, через некоторое время из хронической станет эпизодической, а состояние

– Для ответа на этот вопрос можно выделить два основных признака. Первый – головная боль учащается и становится хронической. А второй – приём анальгетиков становится ежедневным или почти ежедневным.

**– Какой должна быть лечебная тактика?**

– Основная концепция терапии АГБ – отмена абзусных анальгетиков одновременно с проведением профилактического лечения и разъяснительной психотерапевтической беседой. Как только процесс отмены завершается, пациент нуждается

## Взгляд

# Боль от обезболивающих

## Как справиться с характерной болезнью современного общества

тревожного, тревожно-фобического или тревожно-депрессивного характера, инсомнией, миофасциальным болевым синдромом. Отрицательные последствия может вызвать и частый профилактический приём анальгетиков.

**– Каков механизм развития АГБ?**

– Это самый сложный и наименее изученный вопрос. Патогенез зависимости от лекарственных препаратов может иметь как биологический, так и психологический компонент. Считается, что наибольшую роль играет психическая предрасположенность: высокая личностная тревожность пациентов, их подверженность стрессам, неверные стратегии преодоления стресса, формирование болевого поведения с детских лет. Ряд специалистов выделяют генетические факторы предрасположенности к АГБ: у пациентов, страдающих АГБ, в семьях зачастую имеются другие виды зависимостей, например, алкогольная или наркотическая. В качестве нейробиологических факторов обсуждается влияние анальгетика на состояние болевых периферических рецепторов – сенсибилизация тригеминоvascularной системы и нейронов ядра тройничного нерва, снижение активности антиноцицептивных (противоболевых) систем организма, гипералгезия на фоне приёма лекарственных препаратов.

**– Насколько быстро развивается АГБ?**

– У каждого человека сроки



лекарства. Следствием такого злоупотребления является изменение характера изначальной головной боли, переход её в хроническую форму с поддержанием и усилением лекарственными средствами.

**– Можно ли считать АГБ побочным действием лекарственных препаратов или между этими понятиями есть принципиальные отличия?**

– Отличия есть, и весьма существенные. АГБ представляет собой лекарственную зависимость, когда со временем снижается эффективность препаратов и требуется увеличение дозы. В ответ на отмену препарата происходит усиление симптома (головной боли), что увеличивает частоту приёма

пациента улучшится, то тогда можно с уверенностью сказать, что это была истинная АГБ. Но если отмена абзусного препарата не приведёт к улучшению, значит, его систематический приём был следствием, а не причиной головной боли.

**– Всегда ли приём обезболивающих средств приводит к развитию лекарственной головной боли?**

– Конечно, нет. Применение обезболивающих лекарств по причинам, не связанным с головной болью, например, по поводу артрита, никогда не приводит к развитию АГБ.

**– Можем ли мы сами обнаружить у себя развитие лекарственной головной боли?**

ся во всестороннем исследовании головной боли, чтобы избежать повторных случаев привыкания. Наиболее эффективным методом лечения наряду с полной отменой анальгетиков является назначение антидепрессантной терапии. Полная резкая отмена абзусного анальгетика, как правило, вызывает усиление болевого синдрома, и с целью уменьшения его выраженности рекомендуют назначать альтернативные анальгетические лекарственные средства, которые не использовались больными ранее, но с частотой не более двух раз в неделю. Однако это может осложнить ситуацию, в частности, став причиной нарушений со стороны ЖКТ и углубления эмоциональных расстройств пациента. В качестве альтернативных способов лечения можно использовать лекарственные препараты из группы селективных ингибиторов нейрональных калиевых каналов (SNEPCO), оказывающие антагонистическое действие на NMDA-рецепторы.

Головная боль многолика, и препаратов, способных бороться с ней, предостаточно, необходимо чётко знать причину головной боли и ни в коем случае не действовать наугад, по своему усмотрению. В противном случае простая и, казалось бы, вполне безопасная таблетка может стать источником нового заболевания.

Беседу вела  
Лана АСРИЯНЦ.

Москва.

## Дежурный по номеру

**Впервые в истории самого северного медицинского вуза ректором была избрана женщина. По итогам голосования победила доктор медицинских наук, профессор, президент региональной ассоциации стоматологов Любовь ГОРБАТОВА. Как дежурный по номеру «МГ» она сказала следующее:**

– Участие в редактировании печатного издания для меня дело не новое, так как я являюсь председателем редколлегии вузовской газеты «Медик Севера». «Медицинскую газету» читаю давно и с большим интересом, и этот номер не стал исключением. СГМУ на протяжении многих лет успешно сотрудничает с «МГ», и в последнее время это дало возможность осветить работу нашего вуза, готовящего специалистов для всего Европейского Севера страны.

В этом номере особенно тронула рубрика «Память». Статья «Лазаретный город» Брянск напомнила мне историю Архангельска времён Первой мировой, ведь тогда его тоже можно было

# Созвучные темы



назвать «лазаретным» – в тот период город превратился в большой госпиталь. Поэтому в 30-е годы прошлого века люди, стоявшие у истоков высшего медицинского образования на Севере, уже имели колоссальный практический опыт, полученный во время войны. Первым студентам тогда ещё института невероятно повезло с наставниками.

Именно этим людям, нашим учителям, тем, кто формирует личность врача, стоит уделять больше внимания на страницах «МГ». Нужно передавать как знания и практические навыки, так и отношение к профессии, умение любить и сострадать. Такие публикации прежде всего смогут повысить статус преподавателя вуза.

Важно, что «МГ» публикуем материалы о преданных медицине клиницистах, которые были не только врачами, но и наставниками для новых поколений врачей.

В СГМУ мы также придерживаемся таких традиций, более 80% профессорско-преподавательского состава работают в практическом здравоохранении. Все больницы города являются клиническими базами вуза.

Наше географическое расположение ставит перед регионом непростые задачи. Освоение Арктики потребует качественно нового медицинского сопровождения. Система подготовки кадров для Архангельской, Мурманской, Вологодской областей, Ненецкого автономного округа, республик Коми и Карелия позволяет сформировать Северо-Европейский научно-образовательный инновационный медицинский кластер.

Работа вуза в течение всей своей истории направлена на

решение демографических проблем, изучение особенностей течения заболеваний в высоких широтах, влияние изменений климата на здоровье северян. Существует много актуальных и ещё не решённых вопросов.

Многие годы мы реализуем международные программы и проекты, прежде всего со странами Баренц-региона, это помогает готовить специалистов, владеющих современными технологиями по эпидемиологии, профилактике, реабилитации.

Современные условия экономики диктуют нам задачи, связанные с развитием государственно-частного партнёрства, для привлечения инвестиций и внедрения научных разработок в практику. В этом будущем медицинских вузов страны. Тогда проблема неконкурентоспособности отечественной системы здравоохранения, про которую говорит Тимофей Нижегородцев в статье «Кто в группе риска?», будет решена. И наши с вами соотечественники выберут российскую клинику.

Архангельск.