

Особенности головной боли у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС

Пеннер В.А.¹, Романенко И.В.¹, Пицул Н.Л.², Харченко О.С.³, Романенко В.И.⁴

¹Луганский государственный медицинский университет, ²Луганская областная клиническая больница №2, ³Луганская городская многопрофильная больница №7, ⁴Луганская городская поликлиника №11

Головная боль относится к числу наиболее частых жалоб у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС и может быть как самостоятельным феноменом, так и синдромом различных заболеваний. Наиболее частыми причинами цефалгии у них являются головная боль напряжения и цервикогенная головная боль, сочетание двух и более типов головной боли. Наличие у ликвидаторов коморбидных нарушений, постоянный прием большого количества препаратов значительно снижает качество жизни и требует дальнейшего изучения, разработки, и внедрения специфических методов лечения в зависимости от типа головной боли.

Ключевые слова: головная боль, ликвидаторы, диагностика

Головные боли (ГБ) - одна из наиболее частых жалоб, с которой больные обращаются к врачу [3, 5, 7-9, 20]. Более 70% населения развитых стран Европы и Америки жалуются на острые или хронические ГБ [28, 29]. Однако это не отражает истинного положения вещей. Большинство людей расценивают редкие ГБ умеренной интенсивности как симптом переутомления, купируют их самостоятельно или прибегают к советам окружающих, тем самым ухудшая свое состояние. Бесконтрольно принимают различные анальгетики, что приводит к формированию у них лекарственно индуцированной ГБ (абзусной) [25].

Головная боль делится на первичную и вторичную [6]. Представленность различных типов ГБ в популяции: 8-12% - вторичные, 88-92% - первичные [10, 13]. По данным литературы [5, 21], наиболее часто встречающиеся формы цефалгий – мигрень и головная боль напряжения (ГБН). Удельный вес мигрени по данным ВОЗ – 10-16%, ГБН – 70-80%, остальные формы ГБ – 8-12% [24, 26]. По данным [4, 17, 18] мигрень встречается в 37% случаев, ГБН – 55%, другие формы – 8%. По данным МОЗ Украины представленность мигрени в общей популяции - 0,46%, что скорее всего не соответствует действительности в связи с отсутствием точных эпидемиологических данных. По другим типам ГБ точные данные также отсутствуют.

ГБ относится к числу наиболее частых жалоб у ликвидаторов последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) и может быть как самостоятельным феноменом, так и синдромом различных заболеваний [14, 15]. Воздействие на организм радиационных и нерадиационных (хронический стресс) факторов привело к формирова-

нию у них коморбидности, психоневрологических расстройств, проявляющихся астеническими симптомами, тревожностью, снижением жизненного тонуса, депрессией, обострением хронических заболеваний [11, 16, 19]. Основное внимание врача, как правило, приковано к лечению основного заболевания, а ГБ остается только лишь «головной болью» данного контингента пациентов. Качество жизни пациентов с хронической ГБ сравним с уровнем жизни пациентов с сахарным диабетом, хронической сердечной недостаточностью, перенесенным инфарктом миокарда [27, 30].

Большая распространенность ГБ у УЛПА на ЧАЭС, наличие у них других коморбидных нарушений, постоянный прием большого количества препаратов значительно снижает их качество жизни и требует дальнейшего изучения, разработки и внедрения специфических методов лечения. В современной литературе уделяется много внимания систематизации и классификации ГБ, описаны патогенетические типы цефалгий, однако много вопросов остаются не решенными [4, 12, 22, 23].

Цель нашей работы: изучить особенности головной боли у ЛПА на ЧАЭС.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 160 УЛПА на ЧАЭС (основная группа), в 1986-1989 гг. и 48 переселенцев (из Припяти), которые составили контрольную группу в возрасте от 35 до 74 лет, (средний возраст – 44,5 ± 0,8 лет), мужчин – 170, женщин - 38. Все пациенты предъявляли жалобы на головную боль. При постановке диагноза мы пользовались Международной классификацией головной боли (2004) [31]. Обследование больных проводили по единому диагностическому алгоритму [1]:

1. Клинико-неврологическое обследование.
2. Для определения состояния мышц в соответствии с рекомендациями, данными в Международной классификации головной боли, использовалась пальпация мышц с дальнейшей оценкой выраженности напряжения перикраниальных мышц (лобная, височные, задние шейные, трапецевидные, кивательные) по 3-балльной шкале (0 – нет напряжения; 1 – слабое; 2 – среднее; 3 – выраженное).
3. Ведение дневников ГБ (регистрация частоты, длительности, интенсивности ГБ по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) от 1 до 10 баллов, количество принимаемых анальгетических препаратов).
4. Комплексный болевой опросник (КБО).
5. Анкета выраженности вегетативных нарушений (анкета СВД).
6. Шкала самооценки тревоги и депрессии HADS (по M. Hamilton, 1959).

7. Анкета клинической оценки качества ночного сна.
8. Анкета качества жизни.
9. Лабораторно-инструментальные методы исследования (ЕЕГ, РЭГ, УЗДГ, СКТ шейного отдела позвоночника и др.).

10. Статистическая обработка данных стандартными методами при помощи программы статистического анализа StatPlus (2006). Применялись параметрические и непараметрические методы статистического анализа (Стьюдента, Уилкоксона, Манна–Уитни). При сравнении вариационных рядов учитывались достоверные различия ($p < 0,05$).

Собственные данные. Жалобы на ГБ предъявляли 100 % ЛПА и 72,0 % переселенцев. Подтипы цефалгического синдрома подразделили на семь основных групп (табл. 1). В 63,0 % случаев ЛПА, 44,0 % переселенцев - наблюдали сочетание двух и более типов ГБ.

Тип головной боли	УЛПА M±m(%) n=160	Переселенцы M±m(%) n=48	P
1. Головные боли напряжения: - с напряжением перикраниальных мышц; - без напряжения перикраниальных мышц	94,0±1,5 33,0±0,5 61,0±0,9	52,0±1,1 14,0±0,2 38,0±0,4	P<0,05 P<0,05 P<0,05
2. Мигрень	17,0±0,01	7,0± 0,3	P<0,05
3. Пучковая (кластерная) ГБ	2,8±0,1	2,3±0,01	P<0,05
4. Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой	10,0±0,2	8,0±0,3	P<0,05
5. Головные боли, связанные с поражением сосудов головного мозга и шеи	38,0±0,3	24,2±0,4	P<0,05
6. Цервикогенные ГБ	58,0±1,2	45,0±1,1	P<0,05
7. Сочетание двух и более видов ГБ	63,0± 0,3	44,0±0,2	P<0,05

Таблица 1. Структура цефалгического синдрома у УЛПА на ЧАЭС (%).

ГБН с дисфункцией перикраниальных мышц была выявлена у 33,0% ЛПА, 14,0% переселенцев и характеризовалась редкими кратковременными (от 30 мин) или продолжающимися с утра до вечера (до 7 дней) средней тяжести приступами ГБ, имела двухстороннюю локализацию и тупой, распирающий изнутри, непульсирующий характер, начиналась постепенно, обычно с затылочной области и распространялась по всей голове (больше в области лба), иногда ощущалась, как сдавление головы извне. В редких случаях отмечалась повышенная чувствительность к свету или звуку (только к одному из них), тошнота, рвоты не было. Интенсивность боли по ВАШ - 6,47±0,89 балла, у всех пациентов отмечалось значительное напряжение перикраниальных мышц – 23,4±4,9 балла.

Второй тип ГБН без напряжения перикраниальных мышц был выявлен у 61,0% ЛПА и 38,0% переселенцев с тревожно-депрессивным (27,2% случаев ЛПА, 18,4% - переселенцев), астено-депрессивным (22,2% ЛПА, 12,2%-переселенцев) и астено-невротическим (11,4% ЛПА, 7,5% - переселенцев) синдромами. У 36,8% УЛПА и 24,9% переселенцев жалобы на ГБ имели ипохондрическую окраску. Самооценка тревоги и депрессии HADS составляла: в 11,5 % случаев УЛПА и 6,5% переселенцев - легкий тревожно-депрессивный эпизод, в 15,1% случаев УЛПА и 11,9% переселенцев – умеренный, в 22,8% случаев УЛПА и 19,7% переселенцев – тяжелый.

Заболевание протекало до лечения достаточно тяжело: отмечалось значительное снижение качества жизни (42,75±4,1 балла), были выражены

вегетативные расстройства ($36,69 \pm 1,19$ балла), нарушения сна ($17,9 \pm 1,3$ балла), по данным комплексного болевого опросника, интенсивность боли составляла $3,97 \pm 1,8$.

Мигрень встречалась у 17,0% УЛПА на ЧАЭС и 7,0% переселенцев. Характеризовалась приступообразной ГБ длительностью от 4 до 72 часов, преимущественно односторонней локализации, пульсирующего характера, сопровождалась тошнотой, иногда рвотой, мерцающей скотомой, усиливалась при физической и умственной нагрузке, перемене погоды. Интенсивность ГБ по ВАШ - $7,12 \pm 0,32$ балла, достоверное снижение качества жизни ($40,4 \pm 3,9$ балла), ночного сна ($17,67 \pm 1,2$ балла), выраженные вегетативные расстройства ($42,5 \pm 2,6$ балла). Незначительная степень выраженности депрессии по субъективной (шкала Бека - $13,8 \pm 1,5$ балла) и объективной оценке (шкала Гамильтона - $9,8 \pm 0,9$ балла). Показатели уровня реактивной ($45,6 \pm 2,9$ балла) и личностной тревоги ($51,5 \pm 3,8$ балла) соответствовали выраженной степени.

На РЭГ во время приступа мигрени наблюдалась межполушарная асимметрия кровенаполнения. На стороне ГБ во фронто-мастоидальном отведении в бассейне внутренней сонной артерии отмечали изменения, свидетельствующие о спазме интракраниальных сосудов и снижении тонуса в наружной сонной артерии, снижение кровенаполнения и затруднение венозного оттока. На ЭЭГ в период приступа отмечали генерализованную неспецифическую дизритмию биопотенциалов головного мозга; не совсем четкий дезорганизованный альфа-ритм, чередующийся с частым и бета колебаниями, отдельными невысокими дельта-волнами.

В связи с частыми приступами ГБ данный контингент пациентов начинал злоупотреблять приемом симптоматических противомигренозных средств и анальгетиков, что явилось причиной учащения мигренозной боли более 15 раз в месяц, а также развития смешанной головной боли, характеризующейся как мигренозными чертами, так и клиническими признаками ГБН, также возникающей с частотой более 15 раз в месяц.

Абузусная ГБ (АГБ) встречалась у 10,0% УЛПА на ЧАЭС и 8,0% переселенцев, формировалась постепенно, в среднем в течение 6 месяцев после начала ежедневного приема лекарств, носила хронический характер и резко усиливалась после отмены препарата. Абузус определяли числом дней в месяц, когда принимался препарат: не менее 10 дней в месяц (2-3 дня приема в неделю). У пациентов отмечалось $25,6 \pm 5,5$ приступа ГБ в месяц, в среднем $6,7 \pm 5,2$ приступа в неделю, ин-

тенсивность боли по ВАШ - $6,3 \pm 0,5$ балла, у всех пациентов отмечалось значительное напряжение перикраниальных мышц - $22,4 \pm 6,4$ балла, все пациенты злоупотребляли анальгетическими препаратами: $8,6 \pm 4,5$ таблетки анальгетиков в неделю.

Отмечалось значительное снижение качества жизни ($50,7 \pm 13,3$ балла), были выражены вегетативные расстройства ($30,6 \pm 1,34$ балла), выраженные тревога и депрессия HADS ($16,7 \pm 1,9$ балла), нарушения сна ($18,9 \pm 0,2$ балла).

Кластерная ГБ встречалась в 2,8% случаев УЛПА на ЧАЭС и 2,3% переселенцев. Характеризовалась внезапным возникновением интенсивной кинжальной односторонней боли в области виска и глаза, на стороне цефалгии появлялось покраснение лица, инъекция конъюнктивы, слезотечение, набухание слизистой носа, ринорея, иногда рвота, односторонний синдром Горнера. Приступ продолжался от 30 минут до нескольких часов, частота приступов от 1 до 8 в день, как «по расписанию», чаще ночью. Характеризовалась большой интенсивностью (по ВАШ - $7,5 \pm 0,3$ балла), лишала пациента возможности спать (выраженные нарушения сна - $28,9 \pm 1,2$ балла), принимать пищу, бриться и умываться, отмечалось достоверное снижение качества жизни ($45,7 \pm 2,1$ балла), выраженные вегетативные расстройства ($38,2 \pm 2,4$ балла), самооценка тревоги и депрессии HADS соответствовала умеренно выраженной тревоге и депрессии ($14,2 \pm 1,6$ балла).

Цервикогенная ГБ развивалась на фоне поражения позвоночника, суставов и мышечно-скелетных структур. Встречалась в 58,0% случаев УЛПА на ЧАЭС и 45,0% переселенцев. Пациенты предъявляли жалобы на приступообразную ГБ, начинающуюся в области шеи или затылка с распространением на лобную и височную области, охватывающую одну половину головы. ГБ провоцировалась движениями в шейном отделе позвоночника, длительным вынужденным положением головы (чтение, после сна) и часто сочеталась с болями в руке и плече с той же стороны. Диагностировали костно-мышечную дисфункцию клинически и рентгенологически (рис. 1).

Интенсивность ГБ по ВАШ - $6,1 \pm 1,5$ балла. Пальпаторно выявили уплотнение в задне-шейных, надлопаточных мышечных группах, а также перикраниальной мускулатуры. Болезненность и плотность триггерных точек в области затылка, шейная радикулопатия. Снижение качества жизни ($36,7 \pm 5,3$ балла), выраженные вегетативные расстройства ($30,6 \pm 8,2$ балла), самооценка тревоги и депрессии HADS - $13,55 \pm 3,6$ балла, реактивная тревога - $43,4 \pm 5,5$ балла, личностная тревога - $44,3 \pm 6,2$ балла, что соответствовало умеренно

выраженной тревоге и депрессии, умеренно выраженные нарушения сна ($15,9 \pm 2,6$ балла).

Головная боль, связанная с поражением сосудов головного мозга и шеи возникала у УЛПА на ЧАЭС в 38,0 % случаев и 24,2 % переселенцев с артериальной гипертензией 2 степени. Симптоматика, на фоне которой наблюдалась данная ГБ, проявлялась признаками энцефалопатии II степени.

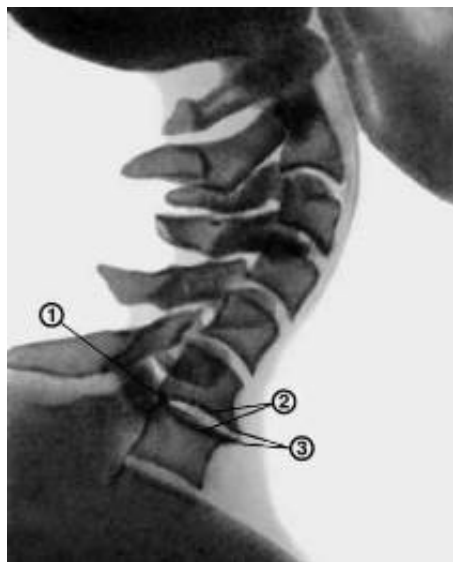


Рис. 1. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника при шейном остеохондрозе (боковая проекция): 1 - сужение межпозвоночного диска между С VI - С VII позвонками; 2 - склероз смежных замыкающих пластинок тел позвонков; 3 - передние краевые остеофиты (мужчина 55 лет, протокол №33).

Решающим для диагностики было изменение артериального давления, исследование неврологического и соматического статуса. Однако наиболее часто ГБ возникала при остром подъеме АД, (более 180/120 мм рт.ст.). Цефалгический синдром имел свои особенности: чередовался от пульсирующего, тупого, ломящего до распирающего, ГБ возникала чаще утром, была диффузной и продолжалась в течение всего дня, достигая различной степени выраженности, т.е. по своим характеристикам не отличалась от ГБН. Интенсивность ГБ по ВАШ - $5,57 \pm 0,82$ балла. Значительное снижение качества жизни ($55,8 \pm 9,5$ балла), выраженные вегетативные расстройства ($35,4 \pm 2,2$ балла), самооценка тревоги и депрессии HADS соответствовала выраженной тревоге и депрессии ($18,5 \pm 4,6$ балла), выраженные нарушения сна ($19,5 \pm 1,2$ балла).

При УЗДГ было выявлено достоверное снижение скорости кровотока (97%), в позвоночных артериях (ПА), задних мозговых артериях (ЗМА) — 86,6 % и средних мозговых артериях (СМА) — 34,3%, повышение индекса пульсации

по всем сосудистым бассейнам с более выраженной дисциркуляцией в вертебробазилярном бассейне, затруднение венозного оттока крови из полости черепа, повышение внутричерепного давления, усиление пульсации мозговых артерий.

Выводы: Головная боль является основной жалобой ЛПА на ЧАЭС. Наиболее частыми причинами ГБ у них являются головная боль напряжения и цервикогенная ГБ. В 63,0 ЛПА и 44,0% переселенцев выявлено сочетание двух и более типов ГБ.

Особенностью диагностики головной боли ЛПА на ЧАЭС прежде всего является подробный анализ данных анамнеза. Каждый пациент с ГБ должен пройти тщательное обследование с применением современных параклинических методов исследования (компьютерная и магнитно-резонансная томография, ультразвуковая доплерография, ЭЭГ, и др.). При исключении серьезных причин ГБ, пациенту необходимо в течение двух-трех недель вести дневник ГБ, который поможет выявить характерные особенности ГБ и сопутствующие симптомы, а также употребление или злоупотребление обезболивающими препаратами.

Данный контингент пациентов вынужден проходить частые курсы лечения и получать достаточно большую медикаментозную нагрузку из-за сопутствующей полиорганной соматической патологии.

Необходима дальнейшее разработка комплекса лечебных мероприятий, сочетающих адекватную медикаментозную и не медикаментозную терапию, в зависимости от выявленного характера головной боли.

Литература:

1. Белова А.Н. Шкалы и опросники в неврологии и нейрохирургии / Белова А.Н. // М.: Медицина. - 2004. - 432 с.
2. Бердичевский М.Я. Венозная дисциркуляторная патология головного мозга / Бердичевский М.Я. // М.: Медицина – 1989. – 224 с.
3. Вейн А.М. Боль и обезболивание / Вейн А.М., Авруцкий М.Я и др. // М.: Медицина. - 1997. – 280 с.
4. Вейн А.М. Головная боль / Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. // Клиническая медицина . – 1998.- № 11 - . 63-65.
5. Вейн А.М. Головная боль (классификация, клиника, диагностика, лечение) / Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Каримов Т.К. // М.: Медицина. – 1994. – 286 с.
6. Вознесенская Т.Г. Вторая редакция международной классификации головной боли (2003) /

- Вознесенская Т.Г. //Неврол. журнал.- 2004.- Т.9, №2. – С. 52-58.
7. Волошин П.В. Головная боль (классификация, диагностика, лечение) / Во-лошин П.В., Мищенко Т.С. // Лікування та діагностика. - 2002. - №4. - С. 13-18.
8. Герман Д.Г. Роль нейрососудистого фактора в патогенезе цервикогенной головной боли / Герман Д.Г., Вашкевич Р.В. // Международный неврологический журнал, Донецк, № 4, Т. 34, 2010.– С. 90-94.
9. Голубев В.Л. Неврологические синдромы. Руководство для врачей / Голубев В.Л., Вейн А.М. // М., “Эйдос Медиа”, 2002 г. – 832 с.
10. Дифференциальная диагностика нервных болезней / Под редакцией Г.А. Акимова, М.М. Одинака / Изд. 3-е, испр. и дополн. – СПб: Гиппократ+, 2004. – С. 20.
11. Зозуля Ю.А. Вплив малих доз іонізуючої радіації на головний мозок: структурні проявлення і діагностика / Зозуля Ю.А., Винницький А.Р. // Актуальні прогностичні порушення психологічного стану здоров'я після ядерної катастрофи в Чорноболі: Тезиси доповідей міжнародної конференції. – К., 1995.- С. 50-51.
12. Кукушкин М.Л. Патологические механизмы болевых синдромов / Кукушкин М.Л. // Боль. – 2003. № 1 (1). - С. 5-12.
13. Куцмелов И.Б. Эпидемиология первичных головных болей / Куцмелов И.Б., Табеева Г.Р. // Боль – 2004. - №4 (5). – С. 25-31.
14. Легеза В.И. Отдаленные последствия у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС / Легеза В.И., Антушевич А.Е., Пикалова Л.В., Жекалов А. Н. // www.medline.ru, том № 9, Профилактическая медицина, 2008 – с. 362-372.
15. Литовченко Т.А. Особенности немедикаментозного патогенетического лечения цефалгического синдрома у ликвидаторов аварии на ЧАЭС в отдаленном периоде / Литовченко Т.А., Завальная Е.П., Тондий О.Л. // Международный неврологический журнал / Головная боль (тематический номер) - N5(27), 2009- с. 28-31.
16. Мироненко Т.В. Изучение характера полиморбидности в отдаленный постчернобыльский период у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения / Мироненко Т.В., Пеннер В.А. // Український медичний альманах, Луганськ, 2010 – том 13 (додаток), № 4 - С. 84-89.
17. Морозова О.Г. Цервикогенная головная боль: современные представления и тактика лечения / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский // Міжнародний неврологічний журнал . - 2009. - N5. - С. 93-103
18. Морозова О.Г. Особенности формирования головной боли при артериальной гипертензии / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский // Міжнародний неврологічний журнал . - 2009. - N 5. - С. 104-110
19. Нягу А.И. Клинико-нейрофизиологические критерии энцефалопатий у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения / Нягу А.И., Логановский К.Н. // Вопросы радиационной психиатрии, Киев, 1993 г. – С. 8-9.
20. Романенко И.В. Хронический болевой синдром и аспекты статистического анализа данной проблемы / Романенко И.В., Гальченко В.Я. с соавт. // Український медичний альманах 2012. – Том.15, № 3 (додаток), - С. 36-41.
21. Табеева Г.Р. Мигрень / Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. // М: ГЭОТАР – Медиа, 2011.- 624 с.
22. Шток В.Н. Головная боль / Шток В.Н. // М.: ООО «Мединформагентство», 2007. - 472 с.
23. Яворская В.А. Как установить природу головной боли: использование последней международной классификации (2004) / Яворская В.А., Фломин Ю.В., с соавт. // Український неврологічний журнал. – 2007.- № 2 (3). – С. 51-61.
24. Berg J. Cost of migraine and other headaches in Europe / Berg J., Stovner L.J. // Eur. J Neurol, 2005, 12 (suppl. 1): 59-62.
25. Diener H.C. Medication – overused headache / Diener H.C., Limmroth V., Katsarava Z. // Chronic Daily Headache. – Hamilton London, 2005: 117-127.
26. Goatsby P.J. Migraine pathophysiology / Goatsby P.J. // Headache 2005; 45: Suppl 1: 14-24
27. Lipton R.B. Headache as a real disease / Lipton R.B., Bigal M.E. // Headache. 2008. V. 48. P. 707—710.
28. Randall Clinch C. Evaluation of acute headaches in adults / Randall Clinch C. // American Family Physician. — 2001. -V.53. -No.4. — P. 685-692.
29. Sjaastad O. Cervicogenic headache: diagnostic criteria / Sjaastad O., Fredriksen T.A., Pfaffenrath V. // Headache 1998, 38: 442–445.
30. Stovner L.J. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide / Stovner L.J., Hagen K., Jensen R. et al. // Cephalalgia. 2007. V. 27. P. 193—210.
31. The International Classification of Headache Disorders 2-nd Edition. Cephalalgia // An International Journal of Headache. 2004. V. 24. № 1. P. 9-160.

Особливості головного болю ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС

Пеннер В.А., Романенко І.В., Піцул Н.Л., Харченко О.С., Романенко В.І.

Головний біль відноситься до числа найбільш частих скарг ліквідаторів наслідків ава-рії на ЧАЕС і може бути як самостійним феноменом, так і синдромом різних захворювань. Найбільш частими причинами цефалгії в них є головний біль напруги й цервікогенний головний біль, сполучення двох і більше типів головного болю. Наявність у ліквідаторів коморбідних порушень, постійний прийом великої кількості препаратів значно знижує якість життя й вимагає подальшого вивчення, розробки й впровадження специфічних методів лікування в залежності від типу головного болю.

Ключові слова: головний біль, ліквідатори, діагностика

Peculiarities of headache in liquidators of consequences of the accident at the Chernobyl nuclear power station

Penner V.A., Romanenko I.V., Pitsul N.L., Harchenko O.S., Romanenko V.I.

The headache concerns to number of the most often complaints from Liquidators of Conse-quences of the Accident at the Chernobyl Nuclear Power Station and can be both an independent phenomenon, and a syndrome of various diseases. The most often reasons of a headache at them are a tension-type and spondylogenic headaches, also a combination of two and more forms. The presence of comorbid symptoms in the liquidators on the background of continuous use of enormous amount of medications are considerably reduce a quality of a life and demands the further studying, development and introduction of specific methods of treatment in dependence from the type of the headache.

Key words: headache, liquidators, diagnostics
