

Головная боль при патологии гипоталамо-гипофизарной области

Жестикова М.Г.¹, Шмидт И.Р.¹, Шахворост Н.П.²

Headache and hypothalamic syndrome

Zhestikova M.G., Schmidt I.R., Shakhvorost N.P.

¹ Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

² МЛПУ «Городская клиническая больница № 1», г. Новокузнецк

© Жестикова М.Г., Шмидт И.Р., Шахворост Н.П.

Проведен сравнительный анализ особенностей головной боли у пациентов с аденомами гипофиза (АГ) и гипоталамическим синдромом (ГТС) сложного генеза. Обследовано 611 больных (472 женщины и 139 мужчин), из них 311 с АГ и 300 с ГТС. Анализ головных болей у пациентов с АГ и ГТС показал, что они имеют ряд одинаковых и ряд различающихся характеристик. Для оценки головной боли анализировались качественно-количественные и пространственно-временные характеристики и провоцирующие факторы. Двусторонней головная боль в группе с АГ была в 2,5 раза чаще, чем при ГТС. Разным было соотношение частоты лево- и правосторонней локализации: 1,6 : 1,0 у больных ГТС и 1,0 : 1,1 — при АГ.

We have carried out a comparative analysis of peculiarities of headache at patients with adenoma of hypophis and hypothalamic syndrome of complicated genesis. 611 sick people were checked up (472 females and 139 males): 311 with adenomas of hypophis and 300 with hypothalamic syndrome. Methods of investigation: for appreciation of headache we analyzed qualitative and spatial — temporary descriptions and provoking factors. Double-sided headache at patients with adenomas of hypophis was in 2,5 more often than at patients with hypothalamic syndrome. Correlation of frequency of left- and right- side localization was also different: 1,6 : 1 — at sick people with hypothalamic syndrome and 1 : 1,1 — with adenomas of hypophis.

Введение

Одной из наиболее частых жалоб, предъявляемых пациентами с самыми разными заболеваниями, считается головная боль (ГБ), что делает ее мультидисциплинарной проблемой [2, 3, 6, 10, 13, 14]. При этом она является ведущей или единственной жалобой более чем при 45 заболеваниях, в связи с чем представляется важным определение особенностей ГБ при том или ином заболевании [1, 3, 9, 12]. Головная боль у пациентов с аденомами гипофиза и гипоталамической области — одна из наиболее частых и нередко наиболее ранних жалоб, приводящих пациента к врачу. Однако особенности ГБ при разных формах патологии гипоталамо-гипофизарной области, которые могли бы способствовать ранней дифференциальной диагностике, специально не изучались.

Цель настоящего исследования — сравнительный анализ особенностей головной боли у пациентов с аденомами гипофиза и гипоталамическим синдромом сложного генеза.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели было обследовано 611 больных (472 женщины и 139 мужчин), наблюдавшихся в эндокринологическом отделении МЛПУ «Городская клиническая больница № 1» г. Новокузнецка за период с 1995 по 2005 г. У 311 из обследованных пациентов были диагностированы аденомы гипофиза (АГ), у 300 — гипоталамический синдром (ГТС) сложного генеза (сочетание конституционального, травматического, сосудистого, воспалительного факторов). В обеих группах преобладали женщины. Эта разница была особенно выражена в группе больных АГ. Так, среди больных ГТС было (33,3 ± 2,71)% мужчин и (66,7 ± 2,71)%

женщин (соотношение 1 : 2). Среди больных АГ мужчин было ($12,5 \pm 1,84$)%, женщин ($87,5 \pm 1,84$)% (соотношение 1 : 7). Возраст пациентов от 15 до 74 лет.

Для диагностики заболевания использованы следующие методы: клинический неврологический, эндокринологический, нейроофтальмологический, клинико-лабораторный, радиологический, нейропсихологический, нейрофизиологический.

Жалобы на ГБ предъявляли все 611 больных, что и побудило провести сравнительный анализ основных характеристик ГБ у пациентов с аденомами гипофиза и гипоталамическим синдромом. При сборе молестиио-анамнестических данных основное внимание уделялось описанию боли, которое складывалось из качественно-количественных и пространственно-временных характеристик, а также из оценки взаимосвязи болевых ощущений с провоцирующими факторами [3, 5, 11].

Для выявления качественных аспектов болевых синдромов применялась сокращенная форма болевого опросника Мак-Гилла [4, 7, 11]. Использовались 19 описательных слов (дескрипторов) трех классов (сенсорные, аффективные и смешанные), по одному из каждого подкласса. Пациенту предлагалось выбрать одно или несколько слов, описывающих его болевые ощущения. Оценивалось количество выбранных дескрипторов, а также их принадлежность к тому или иному описательному классу. Также отмечались качественные особенности болевой чувствительности в виде парестезий в области болевых ощущений.

Количественная оценка боли проводилась с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Оценка интенсивности боли производилась по 10-балльной системе в соответствии с длиной отрезка (см) от его начала до отметки [3, 4, 7, 8].

Обработка материалов осуществлялась на компьютере Intel Pentium-166 с использованием пакета сертифицированных компьютерных программ Biostat 4.03, предназначенного для статистической обработки результатов медицинских и биологических исследований.

Результаты и обсуждение

Головные боли, равно как и само заболевание, дебютировали в широких возрастных пределах (от пубертата до 60–69 лет) и сохранялись в течение многих лет.

Анализ полученных данных показывает, что в подростковом периоде значительно чаще дебютировали проявления ГТС ($p < 0,05$), в следующие два десятилетия ГБ при обоих заболеваниях дебютировали с одинаковой частотой ($p > 0,05$). В период 40–59 лет чаще возникают первые ГБ у пациентов с АГ, а в седьмом десятилетии ГБ у пациентов обеих групп дебютируют реже, чем в предшествующие годы. Дебют обычно был постепенным с нарастанием.

Течение ГБ у подавляющего большинства больных ($(89,0 \pm 1,26)$ %) из обеих групп было хроническим и хронически рецидивирующим.

При анализе локализации ГБ оказалось, что у половины пациентов из обеих сравниваемых групп она была диффузной ($(50,5 \pm 2,8)$ % при АГ и $(51,0 \pm 2,9)$ % при ГТС, $p > 0,05$). Одинаково часто локализовалась в затылочной области (соответственно у $(10,3 \pm 1,7)$ и $(10,3 \pm 1,7)$ %, $p > 0,05$), в затылочно-височно-лобной области (соответственно у $(21,9 \pm 2,3)$ и $(16,0 \pm 2,1)$ %, $p > 0,05$). ГБ из затылочно-височной области irradiровала в лобную область, в глазные яблоки.

У $(19,9 \pm 1,6)$ % больных во всей выборке без значимых различий при АГ и ГТС головная боль была локальной, переходящей в диффузную ($p > 0,05$). Двусторонняя локализация боли отмечена у $(15,7 \pm 2,1)$ % в группе с ГТС и в 2,5 раза чаще при аденомах гипофиза ($(40,2 \pm 2,8)$ %). У половины обследованных с ГТС ($(52,0 \pm 2,9)$ %) ГБ была левосторонней и у трети пациентов ($(32,3 \pm 2,7)$ %) правосторонней. Распределение в зависимости от латерализации ГБ у пациентов с АГ было иным, чем у больных с ГТС. Соотношение лево- и правосторонней ГБ составляло 1 : 1,1. Статистически значимой разница в сравниваемых группах была для частоты двусторонней и левосторонней головной боли ($p < 0,05$).

Проанализирована вербальная характеристика ГБ и частота использования отдельных дескрипторов у больных с аденомами гипофиза и гипоталамическими синдромами. Наряду с дескрипторами, приведенными в опроснике, пациенты использовали такие сравнения, как «головная боль, сжимающая обручем», «как набитая ватой голова», «как чугунная».

В обеих группах с разной частотой использовались практически все дескрипторы, за исключением обозначений «режущая» и «наказывающая». Обследованные с аденомами гипофиза чаще всего обозначали ГБ как выматывающую (100,0%), давящую ($92,3 \pm 1,53$), мучительную ($86,2 \pm 1,97$), ноющую ($83,9 \pm 2,07$), пульсирующую ($74,3 \pm 2,48$). Пациенты с гипоталамическим синдромом обычно использовали дескрипторы «мучительная» (100,0%), «выматывающая» ($99,3 \pm 0,57$), «ноющая» ($89,0 \pm 3,26$). Такие дескрипторы, как «пульсирующая», «давящая», «дергающая», «жгучая», «раскалывающая», «устрашающая», «пронизывающая», «тянущая», использовались с разной частотой, но статистически значимо чаще больными с АГ ($p < 0,05$). В свою очередь, дескрипторы «тошнотворная» и «мучительная» значимо чаще использовались в группе с ГТС.

В процессе анализа факторов, способствующих развитию ГБ и влияющих на их полиморфизм, оказалось, что определенные различия в характеристиках боли имели место в зависимости от пола пациента. Так, мужчины с АГ статистически значимо чаще, чем женщины ($p < 0,05$), использовали дескрипторы «жгучая» и «тянущая». Женщины статистически значимо чаще, чем мужчины, называли головную боль «раскалывающей» и «тошнотворной». Остальные дескрипторы использовались мужчинами и женщинами с одинаковой частотой ($p > 0,05$).

Пациенты с аденомами гипофиза для описания ГБ использовали большее число дескрипторов, чем при гипоталамическом синдроме. Так, три и более дескрипторов использовали ($69,1 \pm 2,6$)% больных с АГ и лишь ($38,7 \pm 2,8$)% с ГТС ($p < 0,05$). Гендерных различий при этом не выявлено.

По интенсивности боль характеризовалась как сильная, с каждым годом усиливалась, не поддавалась терапии. На высоте головной боли появлялась тошнота, слабость, зрительные нарушения. Пациенты постоянно принимали анальгетики. При исследовании по ВАШ оказалось, что средняя интенсивность боли у обследованных из всей выборки равнялась 6,95; в группе ГТС — 7,15 и АГ — 6,76 балла. При распределении пациентов с АГ и ГТС в зависимости от интенсивности боли по ВАШ большинство указывали значения 7–9.

При сравнении выраженности ГБ по ВАШ у больных с разными формами аденом оказалось, что более выраженные боли имелись у пациентов с пролактиномами (среднее значение 6,5 балла) и соматропиномами (среднее значение 6,1 балла), тогда как у больных с гормонально неактивными аденомами средняя выраженность равнялась 4,3 балла, наименьшей была интенсивность ГБ при болезни Иценко–Кушинга (3 балла).

При анализе факторов, провоцирующих дебют или обострение ГБ, у ($86,7 \pm 1,36$)% пациентов в обеих группах без значимой разницы ($p > 0,05$) имело место сочетание нескольких факторов. Среди них — изменения погоды ($28,8 \pm 1,83$)%; физическая нагрузка ($16,7 \pm 1,52$)%; эмоциональная нагрузка ($11,6 \pm 1,26$)%; переохлаждение ($13,4 \pm 1,36$)%.

У ($29,9 \pm 1,85$)% больных провоцирующий фактор установить не удалось.

Анализ патогенетических вариантов ГБ у пациентов с патологией гипоталамо-гипофизарной области показал, что у большинства в обеих группах ($80,3 \pm 2,3$)% с ГТС и ($82,3 \pm 2,2$)% — с АГ, $p > 0,05$ ГБ имела сложный генез. Чаще других она была следствием ликвородинамических нарушений, значимо чаще у больных с АГ, чем с ГТС (соответственно $70,4 \pm 2,59$) и $56,7 \pm 2,85$ %, $p < 0,05$). Иррадиационная ГБ имела место у ($21,7 \pm 2,39$)% пациентов с ГТС и у ($25,4 \pm 2,45$)% с АГ, $p > 0,05$. У ($17,7 \pm 2,21$)% пациентов с ГТС в генезе ГБ отмечен сосудистый компонент, который в 4,6 раза реже встречался при АГ ($3,8 \pm 1,1$)%, $p < 0,05$. Лишь в единич-

ных случаях отмечалось участие мышечного напряжения в развитии ($(2,13 \pm 0,56)\%$).

Заключение

Таким образом, анализ головной боли у пациентов с аденомами гипофиза и гипоталамическим синдромом показал, что они имеют ряд одинаковых и ряд различающихся характеристик. Головная боль дебютировала в обеих группах в широких возрастных пределах, но в подростковом периоде чаще впервые появлялась в группе с ГТС, а в пятом-шестом десятилетии — с АГ. Течение ГБ у подавляющего большинства пациентов из обеих групп было хроническим и хронически рецидивирующим.

Распределение ГБ по локализации было одинаковым в обеих группах, однако двусторонняя головная боль в группе с АГ наблюдалась в 2,5 раза чаще, чем с ГТС. Разным было соотношение частоты лево- и правосторонней локализации: 1,6 : 1 при ГТС и 1 : 1,1 — при АГ.

Больные с аденомами гипофиза чаще всего обозначали ГБ как выматывающую, давящую, мучительную, ноющую, пульсирующую. Пациенты с гипоталамическим синдромом обычно использовали дескрипторы «мучительная», «выматывающая», «ноющая». Обследованные с аденомами гипофиза для описания ГБ использовали три и более дескрипторов в 2 раза чаще, чем при гипоталамическом синдроме. Головная боль в обеих группах была интенсивной (7–9 баллов по ВАШ).

Обычным было сочетание нескольких факторов, провоцирующих дебют или усиление головной боли, в их числе такие факторы, как изменения погоды, физическая; эмоциональная нагрузка; переохлаждение.

Литература

1. *Алексеев В.В., Кисель С.А., Яхно Н.Н. и др.* Цервикогенная головная боль: клиническая характеристика, критерии диагноза // *Боль*. 2004. № 2. С. 20–27.
2. *Болевые синдромы в неврологической практике* / Под ред. А.М. Вейна. М.: МЕДпресс-информ, 2001. 368 с.
3. *Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Каримов Т.К.* Головная боль (классификация, клиника, диагностика, лечение). М., 1994. 286 с.
4. *Джеймисон Р.* Клиническое измерение боли // *Послеоперационная боль: Руководство*. Пер. с англ. / Под ред. Ф. Майкла Ферранте, Тимоти Р. ВейдБонкора. М.: Медицина, 1998. С. 117–131.
5. *Дуринян А.Р., Арефьев В.В., Василенко А.М.* Разработка опросника для регистрации болевых ощущений и методов их количественной оценки // *Анестезиология и реаниматология*. 1983. № 5. С. 3–5.
6. *Кукушкин М.Л., Решетняк В.К.* Механизмы патологической боли // *Боль и ее лечение*. 1999. № 11. С. 2–6.
7. *Куршев В.А.* К методологической оценке хронической боли // *Боль и ее лечение*. 1997. № 6. С. 6–8.
8. *Лившиц Н.Я., Нинель В.Г., Кереселидзе Ш.Г., Бубашвили А.И.* Количественная оценка интенсивности боли и ее значение в противоболевых мероприятиях // *Тезисы науч.-практич. конф. «Клинические и теоретические аспекты боли»*. М.: Изд-во РУДН, 2001. С. 33–34.
9. *Шмидт И.Р.* Вертеброгенный синдром позвоночной артерии. Новосибирск: Издатель, 2001. 299 с.
10. *Шток В.Н.* Головная боль. М.: Медицина, 1987. 304 с.
11. *Шухов В.С.* Боль: механизмы формирования, исследование в клинике. Обзорная информация. М.: Союзмединформ, 1990. 64 с.
12. *Berger A., Dukes E.M., Oster G.* Clinical Characteristics and Economic Costs of Patients with Painful Neuropathic Disorders // *J. Pain*. 2004. V. 5. № 3. P. 143–149.
13. *Heuck H.* Headache and facial pain. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1981.
14. *The International Classification of Headache Disorders*. 2-nd Ed. // *Headache*. 2004. V. 24. № 1.