

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ**З.Д. Мамедова, Т.Г. Фатеева, В.А. Парфенов**

*Кафедра нервных болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Повышение артериального давления (АД) не всегда объясняет головные боли у пациентов с артериальной гипертензией. Цель исследования — изучение головных болей у пациентов с артериальной гипертензией и гипертоническим кризом. Обследовано 30 амбулаторных пациентов (12 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 40 до 79 лет (средний возраст — $64,3 \pm 15,1$ года) с артериальной гипертензией и гипертоническими кризами с головной болью. У большинства (93%) пациентов головные боли отмечались не только в период гипертонического криза, но и при обычных значениях АД. Девять (30%) пациентов страдали мигренью без ауры, 9 (30%) пациентов — эпизодической головной болью напряжения (ГБН) с частыми приступами, 6 (20%) пациентов — хронической ГБН, 2 (7%) пациента — эпизодической ГБН. На фоне комбинации антигипертензивной терапии и средств, направленных на профилактику первичных головных болей, отмечено как существенное снижение АД, числа гипертонических кризов, так и частоты головной боли. Появление головной боли в период высокого АД может быть не только следствием повышения АД, но и представлять приступ первичной головной боли, который сопровождается дополнительным повышением АД (псевдогипертонический криз).

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гипертонический криз, головные боли

Blood pressure (BP) increase does not explain headache appearance in patients with arterial hypertension. The main purpose of the research is the investigation of headache in patients with arterial hypertension and hypertensive crisis. We examined 30 patients in out-patient department (12 men and 18 women) at age from 40 to 79 years old (mean age $64,3 \pm 15,1$) with arterial hypertension and hypertension crisis associated with headache. In the majority cases (93%) the patients suffered from headache not only during hypertensive crisis but also during periods with normal blood pressure. Nine patients (30%) suffered from migraine without aura, 9 patients (30%) suffered from episodic tension headache with frequent attacks, 6 patients (20%) suffered from chronic tension headache and 2 patients (7%) — from episodic tension headache. Combination of antihypertensive therapy with drugs for primarily headache prevention significantly decreased not only blood pressure but also the frequency of headache attacks. Headache occurrence during episodes of high blood pressure can be not only the result of BP elevation but also the attack of primarily headache with additional BP increase (pseudohypertensive crisis).

Key words: arterial hypertension, hypertensive crisis, headache

Жалобы на головную боль предъявляют многие пациенты с артериальной гипертензией, при этом большинство из них связывают головные боли с повышением артериального давления (АД) [1—3]. Однако выделяются только следующие ситуации, при которых головная боль связывается с артериальной гипертензией [4, 5]: 1) острый подъем АД вследствие различных причин, если диастолическое АД повысится более чем на 25% от исходного значения; 2) выраженная артериальная гипертензия, когда диастолическое АД составляет 120 мм рт. ст. и выше; 3) острая гипертоническая энцефалопатия; 4) подъем АД в период эклампсии.

В настоящее время не вызывает сомнения, что мягкая (I степень) артериальная гипертензия не вызывает

возникновения головной боли [3]. Вероятно, что головная боль не характерна и для больных с умеренной (II степени) артериальной гипертензией [3, 6]. В одном из исследований не отмечено увеличения частоты головной боли даже у больных с выраженной (III степенью) артериальной гипертензией [6].

Важно отметить, что многих пациентов с артериальной гипертензией не беспокоит головная боль даже при длительном течении заболевания [1, 2]. Отсутствие связи головной боли с повышением АД можно подтвердить при проведении суточного мониторинга АД и ведении дневника, в котором больной отмечает появление (или усиление) головной боли. Сопоставления между головной болью и колебаниями АД у больных с мягкой и умеренной (I и II степени) артериальной гипертензией не показывает наличие какой-либо взаимосвязи [2, 7].

Патогенез появления головных болей в период значительного повышения АД, гипертонического криза не совсем ясен. Возможно, головные боли вызваны срывом ауторегуляции мозгового кровообращения, повышением внутричерепного давления и затруднением венозного оттока из черепа вследствие повышения АД [3]. При этом, например, раздражение рецепторов твердой мозговой оболочки, вызванное внутричерепной гипертензией, может привести к появлению головной боли [3].

*Россия, 119021, Москва, ул. Россолимо, 11
Russia, 119021, Moscow, Rossolimo str., 11
Сведения об авторах:

Мамедова Зульфия Джамаловна — аспирант каф. нервных болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Фатеева Татьяна Геннадьевна — ассистент каф. нервных болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Парфенов Владимир Анатольевич — д-р мед. наук, проф., зав. каф. нервных болезней лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, e-mail: vladimirparfenov@mail.ru

Роль повышения АД часто переоценивается в генезе головной боли и других неврологических симптомов у пациентов с артериальной гипертензией. Головная боль многими врачами расценивается как первый и наиболее частый симптом артериальной гипертензии. Это мнение основывается как на частой регистрации подъема АД при появлении головной боли, так и на нормализации АД при ее исчезновении у больных с артериальной гипертензией. Однако даже у больных со значительным повышением АД, расцениваемым как гипертонический криз, головная боль не всегда может быть следствием высокого АД [8, 9].

Цель исследования — обследование пациентов с гипертоническим кризом, выяснение наличия у них головных болей, установление их причины и совершенствование тактики ведения этих пациентов в амбулаторных условиях.

Пациенты и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 30 амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией (12 мужчин и 18 женщин) в возрасте от 40 до 79 лет (средний возраст составил $64,3 \pm 15,08$ года). У всех пациентов диагностировано значительное повышение АД (систолическое АД — 200 мм рт.ст. и выше, диастолическое АД — 120 мм рт.ст. и выше), которое сопровождалось головной болью и расценено как гипертонический криз. У 10 (33,3%) пациентов ранее в течение месяца регистрировались гипертонические кризы. Ранее 6 пациентов перенесли ишемический инсульт (в сроки от 6 мес до 2 лет), 2 пациента — инфаркт миокарда. Фибрилляцию предсердий имели 3 пациента (2 мужчины и 1 женщина). У 9 пациентов (6 мужчин и 3 женщин) были выявлены атеросклеротические умеренные (до половины диаметра) стенозы сонных и позвоночных артерий.

У всех пациентов проводили сбор анамнеза с анализом имевшихся ранее головных болей. Выполнялись соматическое и неврологическое обследования, компьютерная и(или) магнитно-резонансная томография головного мозга, дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий, ЭКГ и суточный мониторинг АД. Интенсивность головной боли оценивалась по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). С помощью шкалы Спилбергера оценивали ситуационную и личностную тревожность. Наличие когнитивных нарушений определялось по данным краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС). Исследование нервно-психического статуса проводили через 1—2 дня после гипертонического криза и через 30 дней.

Все пациенты наблюдались терапевтом и неврологом по месту жительства. Проводилась антигипертензивная терапия, направленная на нормализацию АД. В качестве антигипертензивных средств наиболее часто использовались нолипрел, престариум, эналаприл и беталок. Пациентам была объяснена необходимость регулярного приема антигипертензивных препаратов под контролем АД, вне зависимости от наличия головной боли.

Пациенты, перенесшие ишемический инсульт или инфаркт миокарда, получали антитромбоцитарные средства, наиболее часто — тромбоАСС и кардиомагнил. Всем пациентам проводилась рациональная психотерапия. Для профилактики повторных приступов головной боли использовались антидепрессанты (амитриптилин, прозак, паксил), анксиолитики (атакакс) и(или) миорелаксанты (мидокалм, сирдалуд).

При статистических расчетах использовали критерий Стьюдента (t-критерий) и критерий Манна—Уитни, статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты

До гипертонического криза антигипертензивную терапию регулярно принимали только 12 (40%) пациентов, остальные пациенты принимали антигипертензивные средства преимущественно в период плохого самочувствия, наличия головной боли. Для уменьшения головной боли пациенты использовали антигипертензивные средства, ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). В течение последнего месяца (до гипертонического криза) 11 пациентов принимали большое число ненаркотических анальгетиков и НПВС. У этих пациентов головные боли могли быть связаны с избыточным приемом лекарственных средств.

У большинства (28 из 30) пациентов (93% случаев) головные боли отмечались не только в период гипертонического криза, но и при обычных значениях АД. Индивидуальный анализ клинических особенностей боли показал, что головные боли вне криза по своим проявлениям соответствовали головной боли в период гипертонического криза, но вне криза имели менее высокую интенсивность. Средняя интенсивность головной боли вне гипертонического криза составила $4,36 \pm 2,15$ балла, в период гипертонического криза — $7,2 \pm 1,91$ балла по ВАШ ($p < 0,01$).

Анализ головной боли вне криза показал, что 9 (30%) пациентов страдали мигренью без ауры, 9 (30%) пациентов — эпизодической головной болью напряжения (ГБН) с частыми приступами, 6 (20%) пациентов — хронической ГБН, 2 (7%) пациента — эпизодической ГБН с редкими приступами. Трое пациентов с мигренью без ауры страдали и эпизодическими ГБН. Ни у одного из пациентов ранее не была диагностирована первичная головная боль, все пациенты связывали свою боль с артериальной гипертензией, колебаниями АД.

В течение месяца до гипертонического криза головные боли беспокоили пациентов в среднем $15,3 \pm 10,31$ дней.

По данным КШОПС, у 16 (53%) пациентов не выявлено когнитивных нарушений, у 12 (40%) пациентов обнаружены умеренные когнитивные нарушения, у 2 (7%) пациентов — деменция легкой степени выраженности. Среди 6 больных, перенесших инсульт, у 2 больных установлена деменция легкой степени, у 4 больных — умеренные когнитивные на-

Клинические характеристики пациентов с артериальной гипертензией, страдающих гипертоническими кризами с головной болью, после криза и через месяц лечения ($M \pm \delta$)

Клинические характеристики	До начала наблюдения	Через месяц лечения	<i>p</i>
Систолическое АД, мм рт. ст.	169 ± 22,41	132 ± 24,16	< 0,01
Диастолическое АД, мм рт.ст.	96 ± 11,34	85 ± 9,47	< 0,01
Пациенты с повторными гипертоническими кризами (в течение месяца)	10 (33,3%)	4 (13,3%)	< 0,05
Число дней с головными болями в течение месяца	15,3 ± 10,31 (до гипертонического криза)	3,6 ± 2,81	< 0,01
Средняя интенсивность головной боли по ВАШ, баллы	4,36 ± 2,15 (до гипертонического криза)	3,16 ± 2,29	< 0,05
Личностная тревожность, баллы	44,22 ± 9,78	38,92 ± 7,88	< 0,05
Реактивная тревожность, баллы	42,07 ± 10,59	38,11 ± 8,73	< 0,05
Средний балл по краткой шкале оценки психического статуса	27,9 ± 2,50	28,2 ± 2,17	> 0,05

рушения. Среди пациентов, не имевших в анамнезе нарушений мозгового кровообращения, в 8 случаях были выявлены умеренные когнитивные нарушения.

По шкале Спилбергера среднее значение реактивной тревожности составило $42,07 \pm 10,59$ балла, среднее значение личностной тревожности — $44,22 \pm 9,78$ балла. Индивидуальный анализ выявил у 14 (52%) пациентов умеренный уровень тревожности, у 10 (37%) пациентов — высокий уровень тревожности.

Через месяц отмечено улучшение многих клинических показателей, что отражено в табл. 1.

Как видно из данных, представленных в таблице, на фоне регулярной антигипертензивной терапии отмечено существенно снижение АД, при этом более чем у половины (68,7%) пациентов достигнута стабильная нормализация АД (снижение АД ниже 140/90 мм рт. ст.). Существенно снизилось число повторных гипертонических кризов. Уменьшилось среднее число дней с наличием головной боли в течение месяца. Отмечена тенденция к снижению уровня личностной и реактивной тревожности, однако не установлено существенного улучшения когнитивных функций по данным КШОПС.

Обсуждение

Результаты проведенного исследования показали, что у большинства (87%) пациентов с артериальной гипертензией, страдающих гипертоническими кризами с головной болью, имеются первичные головные боли — мигрень и ГБН. Головная боль, возникавшая у пациентов в период гипертонического криза, напоминала первичные головные боли, но имела более высокую интенсивность. Головная боль в период гипертонического криза должна расцениваться как симптоматическая согласно имеющимся рекомендациям [4, 5]. Однако нельзя исключить, что появление головной боли в период гипертонического криза может быть не только следствием повышения АД, но и представлять приступ первичной головной боли, который сопровождается дополнительным повышением АД. В таких случаях состояние правильно расценивать как «псевдогипертонический» криз [9]. В неотлож-

ной кардиологии «псевдогипертонические» кризы встречаются сравнительно часто, при этом наиболее часто отмечается сочетание артериальной гипертензии с первичной головной болью [9].

Результаты наших исследований показывают, что многие пациенты связывают головную боль с подъемом АД и считают ее надежным ориентиром для приема гипотензивных препаратов без сопутствующего контроля АД [1, 2, 8]. У многих пациентов с артериальной гипертензией головная боль (ГБН, мигрень) вызывается эмоциональными расстройствами (повышенная тревожность, депрессия). Эмоциональные расстройства могут привести как к повышению АД, так и к появлению головной боли [10]. Поскольку многие пациенты с артериальной гипертензией знают о своем заболевании, они (а нередко и врачи) придают зачастую особое значение головной боли, считая ее надежным показателем повышения АД. Измерение АД в период эмоционального расстройства, появление головной боли при более высоких, чем обычно, значениях АД нередко убеждает больных в том, что причина их плохого самочувствия, головной боли не что иное, как артериальная гипертензия [10, 11].

Наличие первичной головной боли у пациента с артериальной гипертензией указывает на необходимость использования лекарственных средств, направленных на профилактику повторных приступов головной боли. Результаты проведенного исследования показали эффективность комбинированной терапии, включающей использование наряду с антигипертензивной терапией средств, направленных на профилактику первичных головных болей (психотерапия, антидепрессанты, анксиолитики, миорелаксанты).

Обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов с артериальной гипертензией, страдающих гипертоническими кризами с головной болью, отмечаются высокие показатели тревожности. Роль психогенного фактора в появлении головной боли у пациентов с артериальной гипертензией установлена сравнительно давно [12]. 60 лет назад было отмечено, что среди пациентов с артериальной гипертензией, которые не были осведомлены о своем

заболевании, головные боли регистрируются значительно реже (в 17% случаев), чем у пациентов, знающих о своем диагнозе (в 71% случаев) [12]. При ведении пациентов с артериальной гипертензией, страдающих головными болями и повышенной тревожностью, может быть эффективно включение в комбинированную терапию анксиолитиков, проведение психотерапии. У пациентов, злоупотребляющих приемом анальгетиков, большое значение имеет разъяснение необходимости их отмены, приема антидепрессантов для снятия лекарственно индуцированной головной боли.

К сожалению, значительная часть пациентов с артериальной гипертензией считают, что головная боль отражает повышение у них АД, и нередко ориентируются на ее наличие при приеме гипотензивных средств. Диагностика и эффективное лечение первичных головных болей у больных с артериальной гипертензией способствуют улучшению самочувствия пациентов, их приверженности регулярной антигипертензивной терапии, которая снижает риск развития инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Наличие артериальной гипертензии может способствовать хроническому течению первичной головной боли [13—16]. Напротив, эффективное лечение артериальной гипертензии с постепенной нормализацией АД может оказать положительное влияние и на течение первичных головных болей [13—16]. При этом важно отметить, что многие лекарственные средства, используемые для снижения АД (бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента), применяются для профилактики приступов мигрени [16].

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у многих пациентов с артериальной гипертензией, страдающих гипертоническими кризами с головной болью, имеются первичные головные боли — мигрень и ГБН. Во многих случаях головная боль при гипертоническом кризе представляет собой приступ первичной головной боли, развитие которой провоцирует повышение АД. При лечении пациентов с артериальной гипертензией и первичными головными болями требуется лечение не только артериальной гипертензии, но первичной головной боли и часто сочетанных тревожных расстройств, что позволяет улучшить состояние пациента, уменьшить частоту

и интенсивность приступов головной боли, поддерживать АД на оптимальном уровне, предупреждать развитие гипертонического криза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. М.: Ремедиум; 2000.
2. Парфенов В.А., Рыжак А.А. Неврологические аспекты оптимизации антигипертензивной терапии. Неврол. журн. 2003; 2: 26—9.
3. Cortelli P., Grimaldi D., Guaraldi P., Pierangeli G. Headache and hypertension. *Neurol. Sci.* 2004; Suppl. 3: S132—4.
4. Spierings E.L. Acute and chronic hypertensive headache and hypertensive encephalopathy. *Cephalalgia.* 2002; 22: 313—6.
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalalgia.* 2004; 24 (Suppl. 1): 9—160.
6. Fuchs F.D., Gus M., Moreira L.B. et al. Headache is not more frequent among patients with moderate to severe hypertension. *J. Hum. Hypertens.* 2003; 17: 787—9.
7. Kruszewski P., Bieniaszewski L., Neubauer J., Krupa-Wojciechowska B. Headache in patients with mild to moderate hypertension is generally not associated with simultaneous blood pressure elevation. *J. Hypertens.* 2000; 18: 437—44.
8. Парфенов В.А., Замерград М.В. Что скрывается за диагнозом гипертонический церебральный криз. Неврол. журн. 1998; 5: 29—33.
9. Sobrinho S., Correia L.C.L., Cruz C. Occurrence rate and clinical predictors of hypertensive pseudocrisis in emergency room care. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007; 88: 514—9.
10. Brondolo E., Rosen R.C., Kostis J.B. et al. Relationship of physical symptoms and mood to perceived and actual blood pressure in hypertensive men: A repeated-measures design. *Psychosom. Med.* 1999; 61: 311—8.
11. Pietrini U., De Luca M., De Santis G. Hypertension in headache patients? A clinical study. *Acta Neurol. Scand.* 2005; 112: 259—64.
12. Stewart I.M.G. Headache and hypertension. *Lancet.* 1953; 2: 1261—6.
13. Barbanti P., Aurilia C., Egeo G., Fofi L. Hypertension as a risk factor for migraine chronification. *Neurol. Sci.* 2010; Suppl. 1: S41—3.
14. Sacco S., Ricci S., Carolei A. Tension-type headache and systemic medical disorders. *Curr. Pain Headache Rep.* 2011; 15: 438—43.
15. Парфенов В.А., Алексеев В.В., Шварева И.С., Рыжак А.А. Головная боль у больных артериальной гипертензией. Клиническая геронтология. 2001; 5—6: 3—9.
16. Яхно Н.Н., Табеева Г.Р. Мигрень. М.; 2011.