

В.В.ОСИПОВА, к.м.н., отдел неврологии и клинической нейрофизиологии НИЦ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова,
Российское общество по изучению головной боли, Москва

ДИАГНОСТИКА ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Наряду с международными стандартами диагностики в статье приводится план расспроса и обследования пациентов с жалобой на головную боль, показания к назначению дополнительных исследований, причины ошибок диагностики и терапии наиболее распространенных форм цефалгии.

Ключевые слова: диагностика головной боли, лечение головной боли, амбулаторная практика

Головная боль (ГБ), или цефалгия, — одна из наиболее частых жалоб на приеме врача общей практики (ВОП). Диагностика и терапия ГБ нередко представляют большие трудности, особенно на этапе первичной медицинской помощи.

Основным инструментом диагностики любых цефалгических синдромов как для неврологов, так и для ВОП является Международная классификация расстройств, сопровождающихся ГБ, второго пересмотра (МКГБ-2), которая содержит не только

диагностические критерии всех известных цефалгических синдромов, но и основные принципы диагностики первичных и вторичных цефалгий [8]. С полной русскоязычной версией классификации и другими материалами по проблеме ГБ можно ознакомиться на сайте Российского общества по изучению головной боли (РОИГБ) www.headache-society.ru.

В соответствии с МКГБ-2 и по данным многочисленных эпидемиологических исследований, проведенных в большинстве стран мира, наибольшее распространение в популяции имеют первичные (доброкачественные) формы ГБ, когда не удается выявить органическую причину боли (*табл. 1*) [1, 2,

Таблица 1. Оглавление Международной классификации ГБ (2-е издание, 2004)

Часть I. Первичные ГБ

1. Мигрень.
2. Головная боль напряжения (ГБН).
3. Пучковая (кластерная) ГБ и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии (ТВЦ).
4. Другие первичные ГБ (кашлевая, связанная с физическим напряжением, сексуальной нагрузкой, и др.)

Часть II. Вторичные ГБ

1. ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи.
2. ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника.
3. ГБ, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями.
4. ГБ, связанные с различными веществами или их отменой.
5. ГБ, связанные с инфекциями.
6. ГБ, связанные с нарушением гомеостаза.
7. Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица.
8. ГБ, связанные с психическими заболеваниями

Часть III. Краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли и другие ГБ

1. Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли.
2. Другие ГБ, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли

7, 13]. Частота вторичных (симптоматических) форм, обусловленных органическими поражениями головного мозга или других структур, расположенных в области головы и шеи, а также системными заболеваниями, составляет лишь 2–5%.

Наибольшее распространение в популяции, а значит, и в практике терапевта имеют следующие формы ГБ [6, 10, 12]:

1. Мигрень (с аурой и без ауры).
2. Эпизодическая ГБН.
3. Хроническая ГБН.

4. Другие хронические ежедневные или почти ежедневные ГБ, в т.ч. хроническая мигрень и медикаментозно-индуцированная (абузусная) головная боль (МИГБ), обусловленная избыточным приемом обезболивающих препаратов¹.

¹ Необходимо отметить, что, хотя МИГБ относится к вторичным цефалгиям (раздел 8 МКГБ-2), она развивается у пациентов, которые исходно имели первичные формы – мигрень и ГБН при злоупотреблении ими обезболивающих препаратов (более 15 доз в месяц). Наибольшую угрозу для возникновения абузусной ГБ представляют широко представленные в аптеках комбинированные анальгетики, содержащие кодеин и барбитураты.

■ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ГБ

Анализ жалоб и анамнеза заболевания.

Диагностика первичных форм ГБ является целиком клинической [1, 3, 11]. Приоритетными методами диагностики являются сбор жалоб, анамнеза, общий и неврологический осмотр пациента, а также «фармакологическое» интервью, направленное на получение сведений о предшествующей терапии, ее эффективности и количестве принимаемых обезболивающих препаратов. В *таблице 2* приведен план расспроса пациента с жалобой на ГБ [6].

Ниже перечисленыстораживающие симптомы или «сигналы опасности», которые могут быть выявлены в ходе расспроса и осмотра пациента (*табл. 3*) [6, 11].

Объективный осмотр. Как правило, во время общего и неврологического осмотра пациентов с первичными ГБ и МИГБ никакой патологии не выявляется. Яркие симптомы можно увидеть у пациентов с кластерной головной болью во время

Таблица 2. Вопросы, которые необходимо задать пациенту при сборе жалоб и анамнеза

Сколько типов ГБ у вас имеется? (Один пациент может иметь несколько типов ГБ, а следовательно, несколько диагнозов. Для каждого типа ГБ жалобы и анамнез собираются отдельно)

Вопросы, связанные со временем	■ Что заставило вас обратиться к врачу именно сейчас? ■ Как давно началась ваша ГБ? ■ Как часто возникает ГБ и какое она имеет распределение по времени (эпизодическая или ежедневная и/или постоянная)? ■ Какова продолжительность ГБ?
Вопросы о характере ГБ	■ Какова интенсивность ГБ (можно использовать 10-бальную визуальную аналоговую шкалу боли — ВАШ)? ■ Характер и качество ГБ? ■ Локализация и распространение ГБ? ■ Сопутствующие симптомы?
Вопросы о причине ГБ	■ Предрасполагающие и/или провоцирующие факторы? ■ Факторы, усиливающие и/или уменьшающие ГБ? ■ Наследственный анамнез по похожему ГБ?
Вопросы о лечении ГБ	■ Что пациент делает во время ГБ? ■ Насколько сильно ограничена или затруднена повседневная активность (функции) пациента в связи с ГБ? ■ Какие медикаментозные средства пациент использовал в прошлом и в настоящее время, путь введения и каков эффект от лечения?
Состояние здоровья в межприступном периоде	■ Самочувствие нормальное или сохраняются какие-либо симптомы? Полностью нормальное или есть резидуальные или стойко сохраняющиеся симптомы? ■ Опасения, тревога, страх повторения приступов или страх при мысли о причинах ГБ?

Таблица 3. «Сигналы опасности» при ГБ

- Громоподобная ГБ (интенсивная ГБ с «взрывоподобным» или внезапным началом) характерна для субарахноидального кровоизлияния.
- ГБ с атипичной аурой (длительность > 1 часа или с двигательной слабостью) характерна для транзиторной ишемической атаки (ТИА) или инсульта.
- Аура без ГБ при отсутствии указаний на мигрень с аурой в анамнезе может быть симптомом ТИА или инсульта.
- Аура, впервые возникшая у пациентки, принимающей комбинированные оральные контрацептивы, может указывать на риск возникновения инсульта.
- Впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет может быть проявлением височного артериита или внутричерепной опухоли; внутричерепную опухоль также следует заподозрить при возникновении ГБ у детей в препубертатном периоде.
- Нарастающая ГБ, усиливающаяся в течение нескольких недель и более, может быть вызвана внутричерепным объемным образованием.
- ГБ, усиливающиеся при изменении позы или нагрузках, повышающих внутричерепное давление (кашель, чиханье, натуживание), могут быть проявлением внутричерепной опухоли.
- Вновь возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе.
- Внезапное возникновение новой, необычной для пациента ГБ.
- Наличие изменений в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения.
- Присутствие фокальных неврологических знаков или симптомов системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии)

приступа (психомоторное возбуждение, слезотечение, покраснение конъюнктивы, птоз на стороне ГБ, ринорея и др.). Нередко при осмотре больного с мигренью можно отметить признаки вегетативной дисфункции: ладонный гипергидроз, изменение окраски пальцев кистей (синдром Рейно), признаки повышенной нервно-мышечной возбудимости (симптом Хвостека). При пальпации у пациентов с мигренью и ГБН часто обнаруживается болезненность и напряжение перикраниальных мышц, что является отражением мышечнотонического синдрома и основным источником боли при ГБН.

Роль дополнительных исследований. Дополнительные исследования, включая инструментальные, лабораторные (электроэнцефалография, рентген черепа, ультразвуковое исследование вне- и внутричерепных артерий, методы нейровизуализации и др.), и консультации специалистов в большинстве случаев не являются информативными и не имеют диагностической ценности при первичных формах ГБ и МИГБ [3, 6]. Изменения, которые могут выявляться при этих обследованиях, как правило, носят неспецифический характер и не могут служить основанием для диагноза. Примерами таких изменений могут служить признаки дисциркуляторной энцефалопатии при нейровизуализационных исследованиях, атеросклеротиче-

ские изменения при дуплексном сканировании сонных и позвоночных артерий, дистрофические изменения при рентгенографии шейного отдела позвоночника, ангиопатия сетчатки при осмотре офтальмолога и т.п. Дополнительные и лабораторные исследования следует проводить пациентам с жалобой на ГБ только при наличии показаний (табл. 4) [3, 9].

Проблема ошибочной диагностики ГБ. Нередко пациентам с первичными формами ГБ (М и ГБН)

Таблица 4. Показания для дополнительных исследований при первичных ГБ (РОИГБ, 2010)

1. Сомнения в вероятном клиническом диагнозе первичной формы ГБ (нетипичные жалобы или течение ГБ, выполнение менее 2 диагностических критериев мигрени или ГБН).
2. Наличие сигналов опасности (табл. 2).
3. Подозрение на симптоматический характер цефалгии = выполняются диагностические критерии вторичной ГБ:
 - ГБ непосредственно связана с началом или обострением основного заболевания;
 - наличие клинических симптомов основного заболевания;
 - данные лабораторных и инструментальных обследований подтверждают наличие основного заболевания;
 - ГБ исчезает во время ремиссии или при успешном лечении основного заболевания.
4. Требование пациента или его родственников

выставляются ошибочные «органические» диагнозы. Наиболее частыми «причинами» хронических ГБ, по мнению многих ВОП, являются перенесенная травма головы, артериальная гипертензия, повышение внутричерепного давления и дисциркуляторная энцефалопатия. К сожалению, в этом нередко убеждены и сами пациенты. Основаниями для таких ошибочных диагностических клише являются два обстоятельства: первое — убежденность врачей в том, что жалоба на ГБ свидетельствует о наличии органического поражения головного мозга, второе — избыточное назначение дополнительных исследований и неправильная трактовка полученных результатов. В действительности большинство пациентов с жалобами на ежедневные или почти ежедневные ГБ имеют хроническую форму ГБН нередко на фоне лекарственного злоупотребления. Наиболее распространенные ошибочные диагнозы приведены в *таблице 5* [1, 9].

Ниже приводим примеры правильных диагнозов в соответствии с МКГБ-2 (*табл. 6*). Вначале следует указать форму ГБ, затем возможные коморбидные или сопутствующие нарушения.

Ошибки терапии ГБ. Установление ложных «органических» диагнозов является основанием для назначения терапевтами ошибочной терапии с использованием сосудистых и ноотропных препаратов, которые не обладают специфическим патогенетическим действием при первичных ГБ [3, 7, 12]. В то же время недостаточно используются такие патогенетические средства для профилактики мигрени, как β -блокаторы (метопролол, пропранолол), блокаторы кальциевых каналов (нимодипин, верапамил), антидепрессанты (амитриптилин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и др.), антиконвульсанты (топирамат, вальпроевая кислота), нестероидные противовоспалительные препараты, Вазобрал [2, 4, 5]. Препаратами выбора для терапии тяжелых хронических форм мигрени, ГБН и МИГБ являются антидепрессанты, антиконвульсанты, причем продолжительность курса комбинированной терапии должна составлять не менее 4–6 месяцев (нередко до 12 месяцев); возможно применение кратких курсов кортикостероидов. Недостаточно широко

применяются и специфические препараты для купирования приступов мигрени — триптаны и эрготаминсодержащие средства, многие пациенты до сих пор занимаются самолечением, постепенно наращивая число обезболивающих и приближая себя к лекарственному злоупотреблению.

Важным фактором, снижающим качество диагностики и лечения цефалгических синдромов в нашей стране, является использование в амбулаторных учреждениях несовершенных медико-экономических стандартов оказания помощи пациентам с ГБ. Так, в действующих стандартах в перечень обязательных работ и услуг для пациентов с мигренью входят не только лабораторные методы (анализы крови и мочи), но и электроэнцефалография и рентгенография черепа в 3 проекциях [9]. Очевидно, что перечисленные методы не являются информативными в диагностике первичных форм ГБ. Также очевидно, что времени, отведенного стандартами на осмотр одного пациента (10–12 минут), недостаточно для осуществления качественного клинического

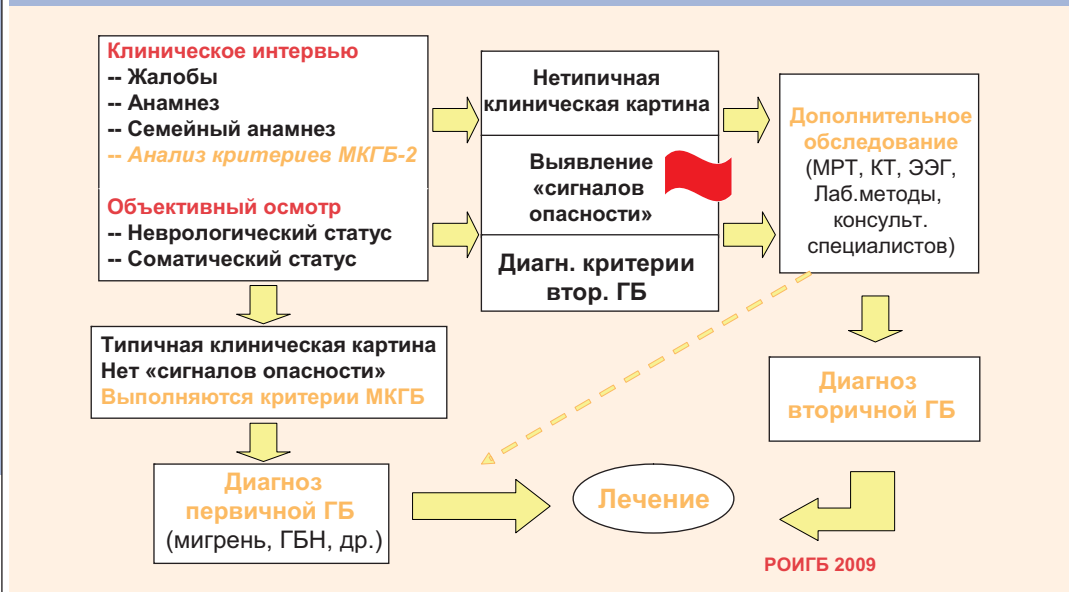
Таблица 5. Наиболее частые ошибочные диагнозы, выставляемые пациентам с жалобой на частые ГБ

- Гипертензионно-гидроцефальный синдром.
- Остеохондроз шейного отдела позвоночника.
- Вертебробазилярная недостаточность.
- Вегетативно-сосудистая дистония.
- Дисциркуляторная/атеросклеротическая/гипертоническая энцефалопатия.
- Последствия черепно-мозговой травмы/посттравматический арахноидит

Таблица 6. Примеры диагнозов цефалгических синдромов (в соответствии с МКГБ-2, 2004)

1. Мигрень без ауры. Синдром вегетативной дистонии с нейрогенными обмороками.
2. Хроническая мигрень с лекарственным злоупотреблением (триптаны). Диссомния. Тревожно-депрессивный синдром. Панические атаки.
3. Хроническая ГБ напряжения с дисфункцией перикраниальных мышц. Лекарственное злоупотребление (комбинированные анальгетики). Дисциркуляторная энцефалопатия

Рисунок 1. ГБ: диагностический алгоритм



интервью, осмотра и выписки лечебных назначений для пациента.

Ниже приведен краткий алгоритм диагностики первичных форм ГБ для практического врача (рис. 1). При типичной клинической картине (мигрень, ГБН, пучковая ГБ) нет необходимости в направлении пациента на дополнительные исследования: после расспроса и осмотра пациента врач должен сразу назначить лечение. При наличии показаний следует провести пациенту дополнительные обследования с целью исключения вторичной природы цефалгии.

Таким образом, основными причинами трудностей диагностики, понимания природы и лечения ГБ неврологами и терапевтами являются:

1. Недостаточная осведомленность о критериях и принципах диагностики первичных и вторичных форм ГБ, представленных в Международной классификации головных болей, и отсутствие опыта работы с ними.

2. Недостаточная информированность о преобладании в популяции первичных форм ГБ (среди которых основное место принадлежит мигрени и ГБН) и убежденность врачей в «орга-

нической» природе ГБ и использование ложных диагнозов.

3. Избыточное необоснованное конкретными показаниями назначение дополнительных обследований, которые не имеют диагностической ценности при цефалгиях с последующим ошибочным выводом о причинно-следственной связи между обнаруженными неспецифическими изменениями и ГБ.

4. Выбор ошибочных лечебных стратегий: вместо патогенетически обоснованных средств для профилактики и купирования ГБ широко назначаются препараты неспецифического действия.

Перечисленные ошибки способствуют утяжелению течения ГБ, увеличению лекарственного злоупотребления, ухудшению качества жизни пациентов и в конечном итоге хроническому течению ГБ и утрате доверия пациента к врачу.



Полный список литературы вы можете запросить в редакции.