

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ПЕРВИЧНЫХ И СИМПТОМАТИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Светлана Витальевна Тарасова¹, Александр Витальевич Амелин²,
Александр Анисимович Скоромец²

¹Самарская областная клиническая больница им. М.И. Калинина (главрач — Г.Н. Гридасов),
²кафедра неврологии и нейрохирургии (зав. — проф. А.А.Скоромец) Санкт-Петербургского государственного
медицинского университета, e-mail: tarsvvit@mail.ru, amelin@spmu.rssi.ru

Реферат

Показано, что первичные диагнозы хронической ежедневной головной боли полностью согласуются с диагностическими критериями Международной классификации головных болей только в 6% случаев. Названы основные причины расхождений первичных и окончательных диагнозов Международной классификации головных болей

Ключевые слова: хроническая ежедневная головная боль — распространенность, диагностика.

От 4 до 6% населения развитых стран жалуются на хронические головные боли [8,9], а в специализированных центрах по лечению цефалгий доля таких больных варьирует от 35 до 85% [11]. Поиск органических причин хронической головной боли зачастую заканчивается безрезультатно, а обнаруженные при обследовании данные порой необоснованно используются для объяснения этиологии и патогенеза боли, умножая число симптоматических цефалгий и отрицательных результатов лечения [5, 9, 10]. Хронический характер боли делает цефалгии одной из наиболее частых причин снижения качества жизни пациентов, длительной нетрудоспособности и дезадаптации в профессиональной деятельности и повседневной жизни [6, 7, 8]. Большинство специалистов основными причинами хронических ежедневных головных болей (ХЕГБ) называют хроническую мигрень, головную боль напряжения и цефалгию, вызванную излишним применением анальгетиков [4, 12]. Отечественные клинико-эпидемиологические исследования хронических головных болей немногочисленны и результаты их противоречивы [1, 3]. Отсутствие понятной органической причины, вольная трактовка найденных при обследо-

вании изменений, недооценка соматического статуса, а также сопутствующие психические расстройства и длительное употребление анальгетиков затрудняют диагностику и выбор правильной тактики лечения пациентов с хронической головной болью.

В связи с этим целью настоящего исследования являлось изучение распространенности первичных и симптоматических форм ХЕГБ и сравнительный анализ диагностических и терапевтических подходов, применяемых неврологами на практике с международными стандартами диагностики и лечения цефалгий.

Исследование выполнено методом детального сбора анамнестических данных и путем анализа медицинской документации больных. Всех пациентов обследовали по общей программе, предполагающей исключение органической природы головной боли, оценку клинической картины цефалгии с помощью специально разработанной диагностической карты, оценивающей различные аспекты анамнеза и клиники, оценку соответствия фенотипа головной боли диагностическим критериям Международной классификации головных болей второго пересмотра (МКГБ-2).

Проведено обследование 1225 человек с эпизодическими и хроническими головными болями. Для решения поставленной цели в исследование были включены 597 (49%) пациентов с цефалгией, продолжавшейся более 15 дней ежемесячно, соответствовавшей диагностическим критериям МКГБ-2 для хронической ежедневной головной боли — ХЕГБ (рис.1). Мужчин было 143 (24%), женщин — 454

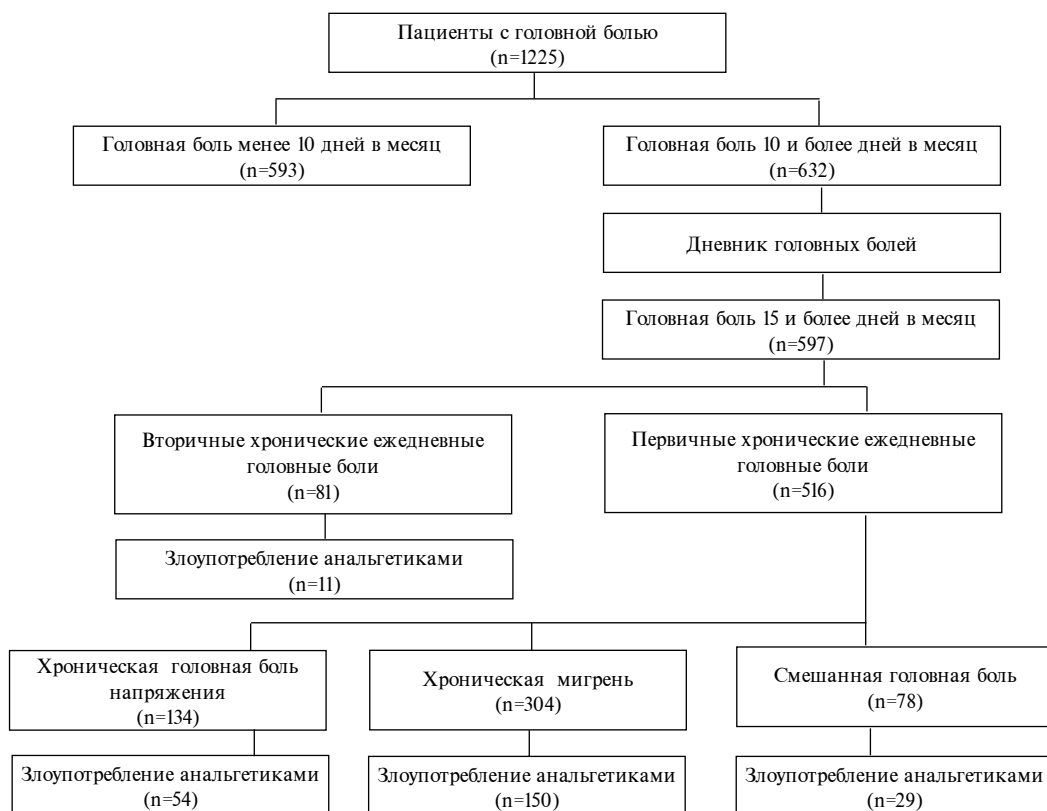


Рис. 1. Дизайн исследования.

(76%) в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст — 40 ± 16 года). Наибольшее число больных составляли женщины в возрасте 31–40 лет. Давность заболевания колебалась от 5 до 45 лет. Длительность существования ХЕГБ, частота, интенсивность, продолжительность приступа головной боли представлены в табл. 1.

Для исключения органической природы ХЕГБ больных тщательно обследовали: производились МРТ головного мозга, МР ангиография, рентгенография шейного отдела позвоночника, краниовертебральной области, УЗДГ брахиоцефальных сосудов, ЭЭГ, нейроортопедические методики. В крови определяли уровень эстрогена, прогестерона, пролактина, гормонов щитовидной железы, кортизола, глюкозы, АСТ, АЛТ, СОЭ, С-РБ, содержание фибриногена, антинуклеарного фактора. Исследовали состояние глазного дна. Люмбальную пункцию с анализом цереброспинальной жидкости и измерением ликворного давления производили с согласия больного для

подтверждения или исключения диагноза церебрального васкулита, хронической инфекции ЦНС, внутричерепной гипертензии. Для выявления сопутствующих психозомоциональных расстройств применяли госпитальную шкалу тревоги и депрессии (ГШТД) [2].

Добровольное и анонимное анкетирование 300 неврологов Самары и Санкт-Петербурга по вопросам диагностики и лечения ХЕГБ проводилось по специально разработанной нами оригинальной анкете, содержащей 35 вопросов с вариантами ответов.

Результаты анкетирования неврологов и изученная медицинская документация пациентов показали, что в 70% случаев основными причинами хронических цефалгий врачи считают церебральный арахноидит и гипертензионно-гидроцефальный синдром различной этиологии, энцефалопатию посттравматического генеза, дегенеративные заболевания шейного отдела позвоночника и дисцир-

Таблица 1

Характеристика головной боли и сопутствующих нарушений у пациентов, принимавших участие в исследовании

Признаки	Число больных, абс./%
Давность ХЕГБ	
3–6 месяцев	101/17
6–12 месяцев	66/11
1–2 года	84/14
3–5 лет	113/19
5 лет	233/39
Частота головной боли	
4–5 дней в неделю	322/54
6–7 дней в неделю	275/46
Продолжительность головной боли в течение дня	
4–6 часов	96/16
6–8 часов	173/29
8–12 часов	191/32
24 часа	137/23
Средняя интенсивность головной боли (шкала от 0 до 4 баллов)	
1	17/3
2	221/37
3	287/48
4	72/12
Степень нарушения повседневной активности (шкала MIDAS), баллы	
менее 6	0
6–10	0
11–20	281/47
21 и более	316/53
Число пациентов с симптомами депрессии	346/58
Число пациентов с симптомами тревоги	567/95
Индекс качества жизни, баллы	40,9±12,5
Злоупотребление анальгетиками (n)	334/56

куляторную энцефалопатию (табл. 2). Причинно-следственная связь между выявленными при обследовании этих пациентов изменениями и головной болью была доказана нами лишь у 14% больных. Оценка результатов инструментального и лабораторного обследований, детальный сбор анамнеза с выяснением всех обстоятельств развития головной боли, её хронификации, оценкой клинического паттерна цефалгии в соответствии с диагностическими критериями МКГБ и МКБ-10 существенно изменили установленные ранее первичные диагнозы

ХЕГБ. У 86% больных диагностированы первичные формы ХЕГБ в виде хронической мигрени (51%), хронической головной боли напряжения (22%) и смешанной цефалгии (13%). Вторичные симптоматические цефалгии были представлены головной болью в составе посттравматического синдрома (8%), цереброваскулярных заболеваний (3%), вертеброгенной патологии (2%), заболеваний ЛОР-органов, глаз, нижнечелюстного сустава (1%). Показано, что диагнозы хронической ежедневной головной боли, установленные неврологами Самары и Санкт-Петербурга, только в 6% случаев согласуются с диагностическими критериями цефалгий МКГБ и МКБ-10 (критерий Каппа Коена=0,06; $p=0,002$).

Нами выявлена низкая осведомленность врачей в генезе головной боли, вызванной излишним употреблением обезболивающих препаратов (абзусная цефалгия), и стратегии её лечения. Ни в одном первичном диагнозе ХЕГБ не было указаний на злоупотребление анальгетиками и не назначалось соответствующее лечение. Применение диагностических критериев МКГБ и МКБ-10 позволило выявить абзусный фактор у 46% больных и установить диагноз абзусной цефалгии у 39% пациентов. Практически каждый опрошенный невролог сообщил, что знает о широкой распространенности депрессии у больных с хронической головной болью. Однако указания на сопутствующие аффективные расстройства в первичных диагнозах встречались только в 18% случаев, и лишь 5% больных лечили антидепрессантами. Обследование пациентов с помощью диагностических шкал аффективных расстройств выявило симптомы тревоги у 95% больных, а депрессии — у 58%.

Математический анализ показал, что стабильная артериальная гипертензия (ОШ=0,65; 95%ДИ=0,30-1,40), дислипидемия (ОШ=0,92; 95%ДИ=0,46-1,81), атеросклероз сосудов шеи и головного мозга (ОШ=1,07; 95%ДИ=0,53-2,17), кистозные изменения конвекситальных субарахноидальных пространств мозга (ОШ=0,931; 95%ДИ=0,577-1,503) и заместительная

Таблица 2

Структура диагнозов хронических головных болей (абс./%)

Диагнозы	Диагноз при первичном обращении (n = 597)	Диагноз согласно МКГБ и МКБ-10 (n=597)
Вторичные цефалгии (симптоматические)		
ХЕГБ вследствие ЧМТ	210/35	50/8
ХЕГБ вследствие сосудистых заболеваний мозга	122/20	20/3
ХЕГБ вследствие дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника (цервикогенные головные боли)	77/13	11/2
Другие	10/2	6/1
Всего	419/70	81/14
Первичные цефалгии		
Мигрень	121/20	304/51
Головная боль напряжения (ГБН)	57/10	134/22
Смешанная (мигрень +ГБН)	0	78/13
Всего	178/30	516/86

смешанная гидроцефалия (ОШ=1,43; 95%ДИ=0,80-2,57) не могут считаться доказанными причинами формирования ХЕГБ, так как встречаются с одинаковой частотой у пациентов как с головной болью, так и без неё.

Анализируя причины расхождений первичных и окончательных диагнозов у больных с хронической головной болью, мы пришли к заключению, что их несколько: 1) отсутствие убедительных доказательств, что найденные при обследовании больных патологические изменения являются причиной головной боли; 2) вольная трактовка природы найденных при обследовании нарушений; 3) недостаточная осведомленность врачей в диагностических критериях головных болей МКГБ и МКБ-10 и отсутствие должного опыта работы с ними; 4) неадекватный сбор анамнеза и редкое использование диагностических тестов для выявления сопутствующих тревожных и депрессивных расстройств.

Показано, что ошибочная диагностика гипертензионно-гидроцефального синдрома, кистозно-слипчивого арахноидита, спондилогенной краниалгии, дисциркуляторной энцефалопатии, васкулита ведет к необоснованному длительному назначению обезболивающих препаратов (НПВП, ненаркотические анальгетики),

диуретиков (ацетазоламид), ноотропов (пирацетам), препаратов, улучшающих метаболизм мозга (актовегин, церебролизин и др.), церебральных вазодилататоров (винпоцетин, циннаризин и др.). Крайне редко врачи диагностируют у больных хроническую мигрень, хроническую головную боль напряжения, абзусную головную боль и сопутствующие аффективные расстройства и соответственно адекватно их лечат. Лишь у одной трети пациентов с синдромом хронической цефалгии применялись препараты, рекомендуемые международными стандартами лечения ХЕГБ. Такая практика приводит к тому, что 88% пациентов оценили проводившееся ранее лечение хронической цефалгии недостаточно эффективным.

Диагноз головной боли, вызванной избыточным применением анальгетиков, до первичного обращения в специализированный центр лечения боли не был установлен врачами ни в одном случае. Применение критериев МОГБ-2 и МКБ-10 позволило поставить такой диагноз у 39% больных. Симптомы депрессии были выявлены у 58% больных с ХЕГБ, а в первичной медицинской документации диагноз депрессии сформулирован лишь в 18% случаев. Лечение антидепрессантами проводилось у 5% больных с депрессией.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о высокой частоте встречаемости больных с ХЕГБ в практике неврологов и об имеющихся у врачей проблемах при диагностике и лечении пациентов с различными формами цефалгий. Необходимо дальнейшее повышение уровня подготовки врачей различных специальностей по вопросам диагностики и терапии ХЕГБ с развитием медицинских центров, специализирующихся на исследовании этой проблемы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скоромец А.А. Мигрень. Патогенез, клиника, и лечение. — СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2001. — 200 с.
2. Белова А.Н., Буйлова Т.В., Булюбаи И.Д. и др. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации /Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Шепетовой. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.
3. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. — М.: Медицина, 1997.
4. Табеева Г.Р., Вейн А.М. Хроническая ежедневная головная боль // Consil. medic. — 1999. — Т.1, № 2. — С. 66-72.
5. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль: Справочное руководство для врачей. — М.: Р-ВРАЧ, 2000. — 150 с.
6. Colas R., Munoz P., Temprano R. et al. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and

impact on quality of life // Neurology. — 2004. — Vol. 62. — P. 1338-1342.

7. D'Amico D., Usai S., Grazzi L. et al. Quality of life and disability in primary chronic daily headache // Neurol. Sci. — 2003. — Vol. 24, Suppl 2. — P. S97-S100.

8. Dodick DW. Chronic daily headache // N. Engl. J. Med. — 2006. — Vol. 354, N 8. — P. 884.

9. Lanteri-Minet M., Auray J.P., El Hasnaoui A. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population of France // Pain. — 2003. — Vol. 102. — P. 143-149.

10. Peatfield R., Dodick D.W. Fast facts-Headaches. — 2 ed. — Oxford: Health Press, 2003. — P. 75.

11. Silberstein S.D. Chronic daily headache // JAOA. — 2005. — Vol. 105, N 4 (suppl.). — P. 23.

12. Welch K.M., Goadsby P.J. Chronic daily headache: nosology and patho-physiology // Curr. Opin. Neurol. — 2002. — Vol. 15. — P. 287-295.

Поступила 29.05.08.

PREVALENCE AND REVELATION OF PRIMARY AND SYMPTOMATIC FORMS OF CHRONIC DAILY HEADACHE

S.V. Tarasova, A.V. Amelin, A.A. Skoromets

Summary

1225 patients with episodic and chronic headaches were under observation in specialized centers for diagnosis and treatment of pain in Samara and St. Petersburg. Cephalgia relevant to criteria of International Classification of Headaches for chronic daily headache was revealed in 49% of the cases. It was found that the primary diagnoses of chronic daily headache fully consistent with the criteria of International Classification of Headaches only in 6% of cases. The main reasons for discrepancy between primary and final diagnoses were identified.