

УДК: 616.831-053.36: 612.613.1

А.С. Стариков<sup>1,3</sup>, Г.О. Пенина<sup>1,2</sup>, Е.И. Валужене<sup>1</sup>

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕФАЛГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНЫХ ТЕРРИТОРИЙ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ)

Сыктывкарский государственный университет им. Питирима Сорокина, Сыктывкар, Республика Коми<sup>1</sup>, Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов, Санкт-Петербург<sup>2</sup>, Кардиологический диспансер, Сыктывкар, Республика Коми<sup>3</sup>, Российская Федерация

**Резюме.** Обследовано 68 пациентов — жителей Республики Коми с цефалгическими синдромами и цереброваскулярной патологией начальной стадии. Показана распространенность первичных цефалгических синдромов в этой группе. Показано отсутствие связи между цефалгиями и неспецифическими изменениями при цереброваскулярной патологии.

**Ключевые слова:** головная боль, головная боль напряжения, мигрень, хроническая головная боль, цереброваскулярная патология.

**Актуальность проблемы.** Основной диагностики цефалгических синдромов у пациентов во всем мире является Международная классификация головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3 бета), разработанная Международным обществом головной боли в 2013 г., и пришедшая на смену МКГБ — 2 пересмотра (2003). МКГБ-3 бета содержит не только диагностические критерии всех известных цефалгических синдромов, но и основные принципы диагностики первичных и вторичных цефалгий [3, 10, 11]. В нашей стране многие неврологи, терапевты и врачи общей практики до сих пор испытывают трудности в диагностике и трактовке цефалгических синдромов. По-прежнему широко распространено использование старых диагностических клише, которые не отражают современные представления о природе головной боли [1, 7]. По ряду исследований, до 70 % врачей были убеждены в том, что основными причинами хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ), особенно, у немолодых людей, являются не первичные формы цефалгий, а органические заболевания головного мозга [7].

**Цель работы** — дать клиническую характеристику хронических цефалгий у пациентов с легкими формами цереброваскулярной патологии у жителей Республики Коми.

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 68 человек, предъявлявших жалобы на головную боль не менее чем 15 дней в месяц на протяжении последних трех месяцев из числа обратившихся на консультативный прием невролога консульта-

тивно-диагностической поликлиники ГУ РК «Кардиологический диспансер» с диагнозом «Дисциркуляторная энцефалопатия I степени» или «Хроническая ишемия мозга I степени» в первом полугодии 2013 г. Диагноз цереброваскулярной патологии выставлялся неврологами г. Сыктывкара или районных центров не более, чем за 3 года до момента осмотра. Среди пациентов — 10 человек (14,7 %) являлись жителями северных районов (преимущественно жители Воркуты и Усинска), 18 человек (26,5 %) — жителями центральных районов республики (с преобладанием жителей Ухты) и 40 человек (58,8 %) — жителями южных районов (с преобладанием жителей Сыктывкара, Сыктывдинского и Прилузского районов). Гендерное соотношение составило 3:1 с преобладанием женщин. Средний возраст обследованных составил  $48,4 \pm 4,1$  лет.

Всем пациентам проводилась компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга в условиях кардиодиспансера при обращении, или дообследовании в условиях республиканской больницы или диагностического центра, но не ранее года до момента осмотра.

Пациентам с жалобами на головную боль в нашей стране традиционно назначается набор исследований, включающих рентгенографию черепа, шейного отдела позвоночника, ЭЭГ, РЭГ, УЗДС интра- и экстракраниальных сосудов, рекомендуются консультации специалистов (окулиста и др.). Неспецифические изменения, обнаруженные при этих исследованиях, трактуются как непосредственная причина головной боли и являются основанием для диагноза вторичной головной боли, результатом чего нередко становится выбор неправильного, а следовательно, и малоэффективного лечения. Необходимо отметить, что эти методы исследования, в т.ч. и методики нейровизуализации, не являются обязательными при первичных головных болях и не входят в международные стандарты диагностики головной боли [2, 4].

**Результаты и обсуждение.** Все осмотренные предъявляли жалобы на головные боли различной интенсивности, локализации и периодичности. Чаще всего пациенты описывали свою головную боль как давящую (57,4 %), пульсирующую (26,5 %), ноющую (17,0 %), колющую (8,82 %). 19,1 % пациентов отмечали, что характер боли отличается в различные периоды болезни. Среди провоцирующих факторов, вызывающих возникновение цефалгии, пациенты отмечали психоэмоциональное напряжение (42,65 %), нарушение режима дня и невысыпание (25,0 %), прием алкогольных напитков (30,89 %), длительные поездки (14,7 %). 17,6 % пациенток отмечали связь возникновения головной боли с месячным циклом.

Среди сопутствующей патологии у всех пациентов присутствовала артериальная гипертензия I (86,8 %) или II стадии, 2 или 3 степени.

Неврологический осмотр чаще не выявлял сколь либо значимой патологии в неврологическом статусе. В единичных случаях отмечались изменения в виде рассеянной микросимптоматики: анизорефлексия, слабость конвергенции, асимметрия носогубных складок, легкая постральная неустойчивость. Непосредственное физикальное обследование выявляло тоническое напряжение и болезненность перикраниальной мускулатуры и мышц шеи: височных мышц (32,25 %), брюшек затылочно-лобной мышцы (23,5 %), верхних пучков трапецевидных мышц (20,6 %), грудинно-ключично-сосцевидной мышцы (16,2 %), жевательной мышцы (7,35 %), ременной мышцы шеи (7,35 %). У 26,5 % пациентов выявлялись признаки миофасциального синдрома с формированием триггерных точек в височных, трапецевидных или грудинно-ключично-сосцевидных мышцах.

Дальнейшая оценка цефалгических синдромов в соответствии с диагностическими критериями МКГБ-3 бета существенно изменили трактовку причин хронической головной боли у пациентов. В 47,1 % случаях (32 пациента) головная боль соответствовала критериям хронической головной боли напряжения (давящая, сжимающая боль, легкой или умеренной интенсивности, двусторонней локализации, с минимальным усилением от повседневной деятельности, не сопровождающиеся тошнотой и рвотой, не сопровождающиеся сочетанием фонофобии с фотофобией). У 18 пациентов этой группы отмечалась болевая дисфункция перикраниальной мускулатуры, вплоть до формирования миофасциального синдрома. 90,2 % с головной болью напряжения отмечали ухудшение своего состояния во второй половине

дня и при эмоциональной нагрузке. Средний уровень боли, указываемый пациентами при использовании «Визуальной аналоговой шкалы боли» (ВАШ боли) составил  $5,6 \pm 1,3$  баллов. У пациентов этой группы отмечались высокие показатели тревоги и депрессии при оценке по «Госпитальной шкале тревоги и депрессии» (HADS): средний показатель общей тревоги составил  $13,1 \pm 2,1$  баллов (клинически значимый, высокий уровень тревоги), средний уровень показателя депрессии составил  $11,1 \pm 1,4$  баллов (клинически значимый, высокий уровень депрессии). При этом 5 пациентов сами указывали на четкую связь между психотравмирующими ситуациями (смерть родственника, расставание с близким человеком, увольнение с работы) и возникновением головной боли.

У 18 пациентов (26,5 % случаев) боль соответствовала критериям хронической мигрени с частыми пароксизмами (длительность боли от 3 до 72 часов, пульсирующий характер боли, односторонняя локализация боли, средняя или сильная интенсивность, препятствующая деятельности; усиление головной боли при обычной физической нагрузке или ходьбе; фото- и фонофобия во время приступа). 94,4 % этой группы составляли женщины, у 4 из них головная боль соответствовала критериям мигрени со зрительной аурой. Пациенты этой группы отмечали у себя длительный анамнез периодической головной боли, часто с дебютом в период пубертата или беременности. 50 % пациентов с мигренью отмечали в числе триггерных факторов нарушение режима дня и депривацию сна, психотравмирующие ситуации, прием алкогольных напитков. Частота приступов у пациенток варьировала от 2-х в неделю до 1 в месяц. Уровень боли, указываемый пациентами, составил  $8,1 \pm 0,6$  баллов по ВАШ боли. Средний показатель тревоги по HADS составил  $10,1 \pm 2,0$  баллов (субклиническая тревога), средний уровень показателя депрессии —  $8,9 \pm 1,4$  баллов (субклинический уровень депрессии). Следует заметить, что ранее диагноз «Мигрень с аурой» или «Мигрень без ауры» у этих пациенток в медицинской документации не фигурировал, несмотря на неоднократные обращения к специалистам, иногда на протяжении 25 лет.

У 10 пациентов (14,7 %) диагностировалось сочетание хронической мигрени без ауры с хронической головной болью напряжения. В большинстве случаев при выяснении анамнеза пациентами описывался дебют мигрени, которая на фоне неэффективного или неадекватного лечения, а также злоупотребления анальгетиками с годами транс-

формировалась, утрачивала специфические мигренозные (пульсирующий, односторонний, сопровождающийся фото- и фонофобией) паттерн и интенсивность боли и приобретала неспецифические черты головной боли напряжения и хронической ежедневной головной боли. Уровень боли по ВАШ составил  $6,6 \pm 1,1$  баллов (что меньше, чем у пациентов с мигренью, но выше, чем у пациентов с головной болью напряжения). Уровень тревоги по HADS составил  $10,1 \pm 1,8$  баллов (клинически значимый, высокий уровень), показатель депрессии —  $9,0 \pm 0,75$  баллов (субклинический уровень).

Среди остальных пациентов, в 4 случаях был поставлен диагноз хронической абзусной головной боли, возникшей как результат злоупотребления анальгетиками (преимущественно — метамизол-содержащими) при хронической головной боли, ранее, по описанию соответствовавших хронической мигрени без ауры. В 2-х случаях цефалгия носила вторичный характер и носила характер отраженной головной боли при хронической патологии придаточных пазух носа. У одного пациента была выявлена патология височно-нижнечелюстного сустава (по типу Costen's syndrome), возникающая после утраты нескольких зубов, нарушения равномерного движения нижней челюсти и возникновения болевой дисфункции в нем. Среди 68 пациентов не было ни одного, цефалгический синдром у которого соответствовал бы критериям головной боли, связанной с артериальной гипертензией и цереброваскулярной патологией.

Полученные результаты коррелируют с результатами нескольких, появившихся в течение последние 10 лет, отечественных и зарубежных исследований. В них также подтверждается факт значительной распространенности первичных цефалгических синдромов, в т.ч. и среди пациентов возрастной популяции и говорится о необоснованной гипердиагностике вторичных цефалгий.

В основе ошибочной диагностики вторичных головных болей лежит переоценка роли цереброваскулярных заболеваний (церебральный атеросклероз, последствия перенесенного ОНМК), артериальной гипертензии, а также остеохондроза позвоночника в происхождении цефалгий и, напротив, недооценка распространенности первичных форм головной боли [1, 5, 8]. Часто основанием для постановки диагноза цереброваскулярной патологии служит возраст сочетание артериальной гипертензии и головной боли, а своеобразным «подтверждением» — возраст пациента или обнаруженные неспецифические изменения по результатам УЗДС брахиоцефальных сосудов. В качестве других

причин ошибочной диагностики головных болей авторами называются: недостаточные знания диагностических критериев МКГБ-3 и недостаток опыта их использования, неосведомленность врачей об особенностях течения головной боли и путях ее трансформации у пациентов, а также невнимание к наиболее частым факторам хронизации головной боли (злоупотребление обезболивающими препаратами, эмоциональные нарушения) и неумение их выявлять [4, 6, 7].

**Заключение.** Проведенное исследование показало, что первичные формы головной боли составляют основную часть у пациентов с цефалгиями. Хроническая головная боль напряжения и хроническая мигрень, а также их сочетание, преобладают у пациентов этой группы. Выявляемые случаи вторичных цефалгии у обследованных пациентов не выявили синдромов, по критериям МКГБ-3 соответствующих головной боли при цереброваскулярной патологии и связаны со злоупотреблением анальгетиками и внецеребральной патологией.

*A.S. Starikov, G.O. Penina, E.I. Valuzene*

#### **CLINICAL FEATURES OF CHRONIC CEPHALGIC SYNDROME AT CEREBROVASCULAR PATHOLOGY IN RESIDENTS OF THE NORTHERN TERRITORIES (EXAMPLE OF KOMI REPUBLIC)**

**Summary.** *The study involved 68 patients — residents of the Komi Republic with cephalgic syndromes and cerebrovascular pathology at initial stage. It is shown that the prevalence of primary cephalgic syndromes in this group, the absence of association between cephalalgia and nonspecific changes in cerebrovascular pathology.*

**Keywords:** *headache, tension headache, migraine, chronic headache, cerebrovascular pathology.*

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Головная боль у больных артериальной гипертонией / В.А. Парфенов [и др.] // Клиническая геронтология. — 2001. — № 5-6. — С. 3 - 9.
2. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: Практическое рук-во для врачей / Т.Дж. Стайнер и др.; Пер. с англ. Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; Науч. ред. В.В. Осипова, Т.Г. Вознесенская, Г.Р. Табеева. — М.: ООО «ОГГИ. Рекламная продукция», 2010. — 56 с.
3. Международная классификация головных болей — 2-е изд. (полная русскоязычная версия). — М., 2006. — 380 с.
4. Осипова В.В. Табеева Г.Р. Первичные головные боли. Диагностика, клиника, лечение. Практическое руководство — М.: Медицинское информационное агентство, 2014. — 336 с.
5. Парфенов В.А. Что скрывается за диагнозом гипертонический церебральный криз? / В.А. Парфенов, М.В. Замерград // Неврологический журнал. — 1998. — № 5. — С. 29 - 33.
6. Табеева Г.Р. Головная боль: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 288 с.
7. Тарасова С.В., Амелин А.В., Скоромец А.А. Распространенность и выявляемость первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной

- боли // Казанский мед. Журнал. – 2008. – №4, Т.89. – С. 427 - 431.
8. Шварева И.С. Головные боли при гипертонической болезни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001. – 24 с.
9. Badran R.H.Al. Hypertension and headache / R.H.Al. Badran, R.J. Weir, J.B. McGuiness // Scott. Med. J. – 1970. – Vol. 15. – P. 48-51.
10. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd ed. // Cephalalgia. – 2004. – Vol. 24 (Suppl. 1). – Vol. 1. – P. 232.
11. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) // Cephalalgia. – 2013. – 33(9). –P. 629 - 808.
12. Headache in the elderly: a clinical study / C. Lisotto // J. Headache Pain. – 2004. – Vol. 5. – P. 36 - 41.