



Библиотека
врача-специалиста

Неврология

В.В. Осипова

Первичные головные боли в практике невролога и терапевта



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

Глава 1

Классификация и общие принципы диагностики цефалгий

1.1. КЛАССИФИКАЦИЯ ЦЕФАЛГИЙ

Головная боль (ГБ, цефалгия) — одна из наиболее распространенных жалоб на приеме невролога и врача общей практики (ВОП); ГБ входят в десятку самых частых причин нетрудоспособности в Европе. Все известные цефалгические синдромы объединены в единый диагностический стандарт — *Международную классификацию расстройств, сопровождающихся головной и лицевой болью*; в настоящее время используется 3-я версия (МКГБ-3 бета, 2013). Диагноз (т.е. форма ГБ) должен быть сформулирован строго в соответствии с терминами МКГБ — другая терминология недопустима.

Примечание. С полными версиями классификации МКГБ-2 (2004) и англоязычной — МКГБ-3 бета (2013) можно ознакомиться на сайтах Российского общества по изучению боли (РОИБ) www.painrussia.ru; Российского общества по изучению головной боли (РОИГБ) www.headache-society.ru; Международного общества головной боли www.ihs-headache.org.

В соответствии с МКГБ цефалгии подразделяются на *первичные* (доброкачественные), не связанные с органическим поражением головного мозга, мозговых сосудов, других структур, расположенных в области головы и шеи, или системными заболеваниями, и *вторичные* (симптоматические), когда ГБ является следствием причинного заболевания; выделяют также *болевые краниальные невралгии* и *лицевые боли* (табл. 1.1).

Таблица 1.1. Оглавление Международной классификации головных и лицевых болей (3-е издание, бета-версия, 2013)

Часть I. Первичные ГБ • Мигрень. • Головная боль напряжения (ГБН). • Кластерная ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ). • Другие первичные ГБ (например, связанная с физической, сексуальной нагрузкой, кашлевая ГБ, гипническая, громоподобная и др.)
Часть II. Вторичные ГБ • ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи. • ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника. • ГБ, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями. • ГБ, связанные с различными веществами или их отменой, в том числе лекарственно-индуцированная (абузусная) ГБ, связанная с избыточным применением анальгетиков или триптанов. • ГБ, связанные с инфекциями. • ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза, в том числе ГБ, связанная с артериальной гипертензией. • Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, в том числе цервикогенная, глаз, в том числе связанная с глаукомой, ушей, носовой полости, пазух, в том числе связанная с синуситами, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица, в том числе ГБ, связанная с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. • ГБ, связанные с психическими заболеваниями
Часть III. Болевые краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли • Болевые краниальные невралгии и другие лицевые боли. • Другие ГБ

По данным эпидемиологических исследований, наибольшее распространение в популяции (95% всех случаев ГБ), а также в практике невролога и ВОП имеют *первичные ГБ* — мигрень и ГБН (эпизодическая и хроническая), третьей по частоте является лекарственно-индуцированная (абузусная) ГБ (ЛИГБ) — вторичная ГБ, развивающаяся у пациентов с мигренью и ГБН при длительном избыточном применении обезболивающих средств (Rasmussen B.K., Jensen R. et al., 1991, Steiner T.J., MacGregor E.A. et al., 2007, Ayzenberg I., Katsarava Z. et al., 2012).

Вторичные/симптоматические ГБ встречаются в популяции существенно реже ($\leq 5\%$ всех случаев) и являются следствием *причинного заболевания*, которое и вызывает ГБ (см. табл. 1.1).

Критерии вторичной цефалгии:

- а) наличие тесной временной связи между началом/течением ГБ и началом/течением причинного заболевания;
- б) выявление при осмотре и дополнительных обследованиях признаков этого заболевания;
- в) облегчение/прекращение ГБ при облегчении или излечении причинного заболевания. Диагностика вторичных ГБ направлена на выявление причинного заболевания.

Примеры диагнозов вторичной ГБ: 1. «ГБ, связанная с тяжелой травмой головы». 2. «ГБ, связанная с глаукомой». 3. «Цервикогенная ГБ». 4. «ГБ, связанная с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава». 5. «ГБ, связанная с бактериальным менингитом». 6. «ГБ, связанная с гипертоническим кризом без гипертонической энцефалопатии».

1.2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ЦЕФАЛГИЙ

1. Поскольку пациент может иметь не один, а несколько типов ГБ (сочетание двух и более первичных ГБ, первичная + вторичная), все они должны быть внесены в диагноз.

Примеры диагнозов при наличии нескольких форм ГБ:

1. «Мигрень с аурой. Эпизодическая ГБН с дисфункцией перикраниальных мышц». 2. «Хроническая ГБН с дисфункцией перикраниальных мышц. ЛИГБ, связанная с избыточным приемом комбинированных анальгетиков». 3. «Цервикогенная ГБ. ГБ, связанная с глаукомой». 4. «Хроническая мигрень без ауры. Триптановая ЛИГБ. ГБ, связанная с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава».
2. Диагноз устанавливается в соответствии с той формой ГБ, которая имеется у пациента в настоящий момент или отмечалась в течение последних 3–6 мес.
3. Необходимо определить, какой характер имеет ГБ — *эпизодический* (число дней с ГБ ≥ 15 эпизодов в месяц) или *хронический* (число дней с ГБ ≥ 15 в месяц на протяжении ≥ 3 мес). К хронизации (учащению эпизодов ГБ) мигрени и ГБН чаще всего приводят хронический эмоциональный стресс, психические нарушения (депрессия, тревожные расстройства) и злоупотребление обезболивающими препаратами (лекарственный абзус). Пациенты с тяжелыми хроническими формами ГБ должны наблюдаться цефалгологом (Артеменко А.Р., Куренков А.Л., 2012; Латышева Н.В., Филатова Е.Г., Табеева Г.Р. и др., 2015; Silberstein S.D., Lipton R.B., 2001).

4. После основных форм ГБ в диагноз следует внести значимые коморбидные и сопутствующие неврологические (коморбидные) нарушения, которые должны быть учтены при выборе тактики лечения (Осипова В.В, Табеева Г.Р., 2014).

Примеры диагнозов ГБ + коморбидные нарушения: 1. «Мигрень без ауры. Шейный мышечно-тонический синдром». 2. «Хроническая ГБН. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Хроническая ишемия мозга». 3. «Хроническая мигрень. ЛИГБ (триптановая). Панические атаки. Диссомния».

Распространенные ошибки диагностики и лечения головной боли в России

1. Недостаточная осведомленность неврологов и терапевтов 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 неврологов и ВОП о преобладании в популяции первичных форм ГБ (среди них основное место принадлежит мигрени, ГБН и ЛИГБ) и убежденность врачей в органической природе ГБ.
3. Избыточное назначение неинформативных дополнительных обследований, которые не имеют диагностической ценности при первичных ГБ, с последующим ошибочным выводом о причинно-следственной связи между обнаруженными неспецифическими изменениями и ГБ.

Примечание. Например, незначительное расширение субарахноидальных пространств на магнитно-резонансной томографии (МРТ) у пациента с ГБН — основание для диагноза «гипертензионно-гидроцефальный синдром» вместо диагноза «ГБН», а снижение скорости кровотока в бассейнах некоторых артерий на ультразвуковой доплерографии или единичные гиперинтенсивные очаги в белом веществе головного мозга на МРТ у молодой пациентки с мигренью — для диагноза «дисциркуляторная энцефалопатия» вместо диагноза «мигрень».

4. Неверная трактовка выявленных изменений приводит к установлению ложных диагнозов.

Примечание. К наиболее частым маскам первичных цефалгий можно отнести следующие диагностические клише: гипертензионно-гидроцефальный синдром, остеохондроз шейного отдела позвоночника с цефалгическим синдромом, вегето-сосудистая дистония с цефалгическим синдромом, дисциркуляторная/атеросклеротическая/гипертоническая энцефалопатия, посттравматическая ГБ/посттравматический арахноидит.

5. Ложные диагнозы, в свою очередь, приводят к назначению *неадекватной терапии* (в первую очередь вазоактивных, ноотроп-

ных препаратов), которая не обладает специфическим действием при первичных формах ГБ, вместо специфических средств с доказанной эффективностью (Яхно Н.Н., Парфенов В.А. и др., 2000; Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р., 2012; Осипова В.В., Табеева Г.Р., 2014).

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

Важные положения

- Универсальный международный стандарт диагностики ГБ — **Международная классификация ГБ (МКГБ, 3-я версия, 2013)**. Формулировка диагноза (формы) ГБ должна строго соответствовать терминологии МКГБ.
- ГБ подразделяются на **первичные** и **вторичные** (симптоматические).
- Наибольшее распространение в популяции имеют **первичные ГБ**, не связанные с поражением головного мозга, других структур головы и шеи или системными заболеваниями.
- **Вторичные ГБ**, связанные с причинным заболеванием, в практике ВОП встречаются значительно реже. Самая распространенная форма вторичной ГБ — лекарственно-индуцированная (злоупотребление) ГБ (ЛИГБ).
- Цефалгии также подразделяются на **эпизодические** и **хронические** (≥ 15 дней с ГБ в месяц). Хронические цефалгии (хроническая мигрень и хроническая ГБН) характеризуются тяжелым течением и требуют особой тактики ведения пациента.
- Ведущими **факторами хронизации ГБ** являются эмоциональный стресс, психические нарушения (депрессия, тревожные и личностные расстройства) и лекарственный злоупотребление.

Клиническое интервью и объективный осмотр

Диагностика первичных ГБ является *клинической*, т.е. основывается на анализе жалоб, данных анамнеза и нормальных данных неврологического осмотра. *Основа правильной диагностики первичных ГБ — тщательный расспрос пациента и знание диагностических критериев МКГБ* (табл. 1.2).

Диагностическую ценность имеет *дневник ГБ*, который позволяет:

- 1) отличить приступ мигрени от приступа ГБН и других форм ГБ;
- 2) уточнить характер течения ГБ (ГБ ≤ 15 дней/мес — эпизодическая ГБ; ГБ ≥ 15 дней/мес — ГБ имеет хроническое течение);
- 3) выявить злоупотребление обезболивающими препаратами (лекарственный злоупотребление).

Таблица 1.2. План расспроса пациента с жалобой на головную боль

Вопросы, которые необходимо задать при сборе жалоб и анамнеза
Сколько типов ГБ у Вас имеется? Поскольку один пациент может иметь несколько типов ГБ, для каждого типа жалобы и анамнез собираются отдельно

Окончание табл. 1.2

Связанные с временем	• Как давно началась ГБ? • Причина обращения к врачу именно сейчас. • Как часто возникает ГБ? Число дней с ГБ в месяц? Эпизодическая — редкая (до 2 приступов в месяц), частая (до 10 в месяц) или хроническая (более 15 дней с ГБ в месяц). • Какова продолжительность эпизодов ГБ? (от 4 до 72 ч)
О характере ГБ	• Интенсивность ГБ. • Характер и качество ГБ. • Локализация и распространение ГБ. • Сопутствующие симптомы
О причине ГБ	• Предрасполагающие и/или провоцирующие факторы. • Факторы, усиливающие и/или уменьшающие ГБ. • Наследственный анамнез
Поведение и общее состояние пациента во время приступа ГБ	• Поведение (необходим покой, сонливость или агитация, возбуждение). • Степень нарушения повседневной активности работоспособности
История лечения ГБ	Купирование приступа. • Какие лекарственные препараты пациент использовал раньше и в настоящее время: классы препаратов (простые, комбинированные анальгетики, в том числе с кодеином, эрготаминсодержащие), есть ли опыт применения триптанов. • Эффект от лечения, динамика эффекта с годами. • Число дней с приемом обезболивающих в месяц, общее число доз в месяц. • Профилактическое (курсовое) лечение в прошлом, названия препаратов и их эффективность
Состояние здоровья в межприступном периоде*	• Есть ли сопутствующие нарушения/жалобы вне эпизодов ГБ. • Наличие коморбидных нарушений: тревога, депрессия, панические атаки, нарушение сна, другие болевые синдромы, заболевания желудочно-кишечного тракта и др.

* Большое значение для качества жизни пациентов с мигренью и ГБН имеют коморбидные нарушения в межприступном периоде, которые должны быть выявлены при расспросе пациента и учтены при выборе лечения. Наиболее часто обнаруживаются психические коморбидные нарушения (депрессия, тревожно-фобические, ипохондрические и соматоформные расстройства), лекарственный абзус, другие болевые синдромы (цервикалгия, фибромиалгия), нарушение ночного сна. Психические коморбидные нарушения и абзус являются ведущими факторами учащения (хронизации) мигрени и ГБН (Осипова В.В., Вознесенская Т.Г., 2003; Olesen J., Goadsby P.J. et al., 2006).

Как правило, при первичных ГБ и ЛИГБ органические изменения в соматическом и неврологическом статусе не выявляются; могут обнаруживаться напряжение и болезненность при пальпации мышц лица, затылка и шеи (мышечно-тонический или миофасциальный синдром), гипергидроз, синдром Рейно, признаки гипервентиляции и нейрогенной тетании; у пациентов с кластерной ГБ во время приступа — психомоторное возбуждение и типичные локальные вегетативные симптомы на стороне боли (слезотечение, ринорея и др.).

Параклинические исследования

Инструментальные [МРТ, компьютерная томография (КТ), электроэнцефалография, ультразвуковая доплерография], лабораторные методы исследования и консультации специалистов в большинстве случаев не имеют диагностической ценности при первичных ГБ и ЛИГБ, поскольку не выявляют специфических для этих форм ГБ изменений (Evans R.W., 2001; Mitsikostas D., Ashina M., Craven A. et al., 2016). Дополнительные исследования показаны только при подозрении на симптоматический характер ГБ, т.е. в двух случаях:

- 1) нетипичное течение первичной ГБ (например, одна и та же сторона мигренозной боли (без смены сторон), интенсивность ГБ >7 баллов по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) у пациента с ГБН, отсутствие ночных атак у пациента с кластерной ГБ);
- 2) наличие одного или более сигналов опасности (табл. 1.3).

Таблица 1.3. Перечень настораживающих симптомов (сигналов опасности) у пациентов с головной болью (Lipton R.B., Bigal M.E., 2006)

ГБ, впервые возникшая после 50 лет, или ГБ, изменившая свое течение
Громоподобная ГБ (нарастающая до 10 баллов по ВАШ за 1–2 с)
Строго односторонняя ГБ
Прогрессивно ухудшающаяся ГБ без ремиссий
Внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ
Атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/или продолжительностью >1 ч)
Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения
Очаговые неврологические знаки, симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность шеи, артралгии, миалгии)
Признаки внутричерепной гипертензии (усиление ГБ при кашле, натуживании, физическом напряжении)

Окончание табл. 1.3

Отек диска зрительного нерва
Инфицирование вирусом иммунодефицита человека, онкологическое, эндокринное и другое системное заболевание или травма головы в анамнезе
Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде
Неэффективность адекватного лечения

Кто должен наблюдать пациентов с жалобой на головную боль?

В большинстве стран мира установление диагноза и ведение пациентов с неосложненными формами первичных ГБ (мигрень, ГБН, кластерная ГБ) входят в задачи ВОП, которые прошли специальное обучение в области диагностики и лечения цефалгий. В РФ ведение пациентов с цефалгиями в основном осуществляется неврологами. При затруднении установления причины ГБ и/или выбора тактики лечения пациента следует **перенаправить** к специалисту по головной боли (цефалгологу) в неврологический стационар или специализированный центр боли/головной боли (перечень российских специализированных центров и кабинетов ГБ см. в Приложении 2). Показания для перенаправления к цефалгологу: подозрение на симптоматический характер ГБ; тяжелое хроническое течение ГБ; множественные коморбидные нарушения, в первую очередь психические; лекарственный абюзус; редкие формы ГБ; рефрактерность пациента к проводимой терапии (Steiner T.J., MacGregor E.A. et al., 2007; Артеменко А.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г. и др., 2014). Пациенты с вторичными ГБ требуют совместного наблюдения невролога и специалистов других специальностей (в зависимости от характера причинного заболевания): нейрохирурга, окулиста, психиатра, отоларинголога, вертебролога, стоматолога и др. Для правильного ведения пациентов с ГБ неврологи и ВОП должны пройти специализированное обучение в области диагностики и лечения цефалгий (информацию о специализированном обучении по проблеме ГБ см. в Приложении 3).

При типичной клинической картине и отсутствии сигналов опасности после расспроса, объективного осмотра пациента и при соответствии клинической картины диагностическим критериям первичной ГБ (согласно МКГБ-3 бета) врач должен выставить диагноз «*форма первичной ГБ (мигрень, ГБН, кластерная ГБ и др.) + значимые коморбид-*

ные нарушения» и сразу, без направления пациента на дополнительные исследования, назначить адекватное лечение (рис. 1.1). При подозрении на симптоматический характер цефалгии (нетипичная клиническая картина, невыполнение одного или более диагностических критериев, хотя бы один сигнал опасности) пациента следует направить на соответствующие дополнительные исследования для выявления возможного причинного заболевания. При обнаружении причинного заболевания и выполнении критериев вторичной цефалгии пациент должен быть направлен к соответствующему специалисту для дальнейшего наблюдения и лечения (например, при выявлении закрытоугольной глаукомы — к офтальмологу, при выявлении признаков дисфункции височно-нижнечелюстного сустава — к стоматологу) (Осипова В.В., Табеева Г.Р., 2013).

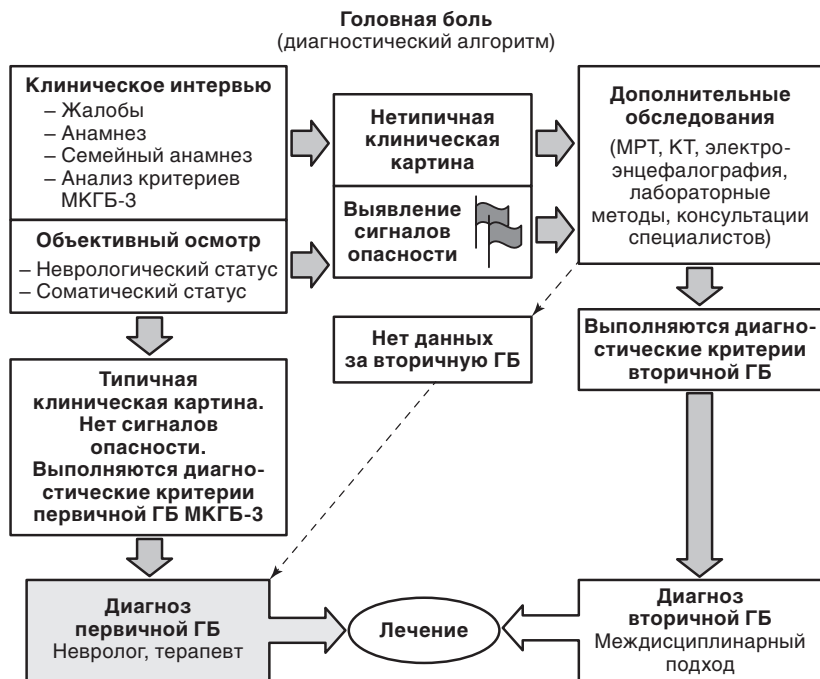


Рис. 1.1. Алгоритм диагностики головной боли

Важные положения

- Диагностика первичных ГБ является клинической, т.е. основывается на анализе жалоб, данных анамнеза и нормальных данных неврологического осмотра.

- Лабораторные и инструментальные исследования показаны только при подозрении на симптоматический характер ГБ (нетипичная клиническая картина и/или выявление сигналов опасности).
- Диагностика и лечение пациентов с неосложненными первичными ГБ (в первую очередь — эпизодические формы мигрени, ГБН и пучковой головной боли (ПГБ)) может осуществляться на этапе первичной помощи как неврологом, так и ВОП.
- Для проведения правильного клинического интервью, установления верного диагноза и назначения адекватного лечения невролог и ВОП должны быть знакомы с МКГБ и пройти специализированное обучение в области диагностики и лечения цефалгий.
- Пациенты с вторичными ГБ требуют совместного наблюдения невролога и других специалистов.
- Пациентов с тяжелым течением первичных ГБ (хронические формы мигрени, ГБН и ПГБ, тяжелый лекарственный абюз, выраженные коморбидные нарушения) следует перенаправить к цефалгологу или в специализированный центр ГБ.
- Недостаточный уровень знаний неврологов и ВОП в области диагностики и лечения ГБ приводит к установлению неправильных диагнозов и назначению неадекватного/неэффективного лечения, что в конечном итоге способствует развитию лекарственного злоупотребления и хронизации головных болей.

Литература

1. Артеменко А.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г. и др. Первичные головные боли хронического течения (диагностика, клиника, терапия): методические рекомендации № 26. Правительство Москвы, Департамент здравоохранения г. Москвы, 2014. 28 с.
2. Боль: практическое руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. М.: Изд-во РАМН, 2011. 512 с.
3. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: практическое руководство 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.: ОГГИ, 2010. 56 с.
4. Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения // Ан. клин. и экспер. неврологии. 2012. Т. 6. № 2. С. 16–21.
5. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия: практическое руководство. М.: Медицинское информационное агентство, 2014. 336 с.
6. Осипова В.В., Вознесенская Т.Г. Коморбидность мигрени: обзор литературы и подходы к изучению // Журн. неврол. и психиатр. 2007. Т. 107. № 3. С. 64–73.
7. Яхно Н.Н., Парфенов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. М.: Ремедиум, 2000. 150 с.
8. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A. et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey // Cephalalgia. 2012. Vol. 32. N 5. P. 373–381. doi: 10.1177/0333102412438977.
9. Evans R.W. Diagnostic testing for headaches // Med. Clin. North Am. 2001. Vol. 85. N 4. P. 865–885. doi: 10.1016/s0025-7125(05)70348-5.

10. Lipton R.B., Bigal M.E. Differential diagnosis of primary headaches. An algorithm based approach // *Migraine and Other Headache Disorders* / Eds R.B. Lipton, M.E. Bigal. New York: Informa Healthcare, 2006. P. 145–154.
11. Mitsikostas D., Ashina M., Craven A. et al. European Headache Federation consensus on technical investigation for primary headache disorders on behalf of EHF committee // *J. Headache Pain*. 2015. Vol. 17. P. 5. doi 10.1186/s10194-016-0596-y.
12. Olesen J., Goadsby P.J., Ramadan N.M., Tfelt-Hansen P. et al. (eds). *The Headaches*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2006. 1210 p.
13. Rasmussen B.K., Jensen R., Schroll M., Olesen J. Epidemiology of headache in a general population — a prevalence study // *J. Clin. Epidemiol.* 1991. Vol. 44. P. 1147–1157. doi: 10.1016/0895-4356(91)90147-2.
14. Steiner T.J., MacGregor E.A., Davies P.T.G. *Guidelines for all Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster and Medication Overuse Headache*. 3rd ed. British Association for the Study of Headache, 2007. P. 1–523.
15. *The International Classification of Headache Disorders*. 3rd ed. (beta version) // *Cephalalgia*. 2013. Vol. 33. N 9. P. 629–808. doi: 10.1177/0333102413485658.