

УДК 616.857

ПЕРВИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Салпагарова Ф.Б., Мехтиева Э.Т.

Научный руководитель: Долгова И.Н. доцент, д.м.н.

Ставропольский государственный медицинский университет

Ставрополь, e-mail: freddy1957.mercury1957@mail.ru

Головные боли – одна из наиболее частых жалоб пациентов в неврологической практике, головная боль может быть единственным симптомом почти 50 различных заболеваний. Наиболее часто встречаемыми являются первичные цефалгии, для которых органические поражения не характерны, они составляют 95-97% от всех цефалгий. При подготовке данной статьи был проведен анализ современной литературы, а также зарубежных и отечественных клинических рекомендаций на тему первичные головные боли. Описаны наиболее часто встречаемые формы первичных головных болей: 1. Мигрень; 2. Головная боль напряжения; 3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии; 4. Другие первичные головные боли. Для каждой из форм первичных головных болей в данной статье описаны клиническая картина, диагностические критерии постановки диагноза и лечение. Диагностические критерии основываются на клинических признаках, так как дополнительные методы исследования в данном случае малоинформативны.

Ключевые слова: головная боль, первичные головные боли.

PRIMARY HEADACHES

Salpagarova F.B., Mekhtieva E.T.

Research advisor: Dolgova I.N., ass. prof., M.D. Sci.

Stavropol state medical University, Stavropol, e-mail: freddy1957.mercury1957@mail.ru

Headaches are one of the most frequent complaints of patients in neurological practice, headache may be the only symptom of nearly 50 different diseases. The most common are primary cephalges, for which organic lesions are not characteristic, they are 95-97% from all the cephalges. In preparing this article, an analysis of contemporary literature was conducted, as well as foreign and domestic clinical recommendations on the topic of primary headaches. Described the most common forms of primary headaches: 1. Migraine; 2 Tension of tension; 3. Beam (cluster) headache and other trigeminal autonomic cephalalgia; 4. Other primary headaches for each of the forms of primary headaches in this article describes the clinical picture, diagnostic criteria for diagnosis and treatment. Diagnostic criteria are based on clinical signs, since additional methods The research in this case is not very informative.

Keywords: headaches, primary headaches.

Актуальность

Головные боли – одна из наиболее часто предъявляемых жалоб в практике врача невролога. По данным Европейской Федерации Головной Боли цефалгии входят в десятку самых частых причин нетрудоспособности, что определяет социальный и экономический ущерб. В нашей стране существует Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ), задачами которого является повышение качества имеющихся знаний и объединение специалистов различных областей медицины и науки. Международное Общество Головной Боли выделяет около 160 видов цефалгий. Более актуальными для научного изучения являются первичные головные боли, так как они составляют львиную долю от всех цефалгий- 95-97%[5,7].

Классификация

К первичным головным болям относят наиболее часто встречаемые формы, в соот-

ветствии с классификацией, разработанной Классификационным комитетом Международного общества головной боли, опубликованной в 2004 году и одобренной ВОЗ. 1. Мигрень; 2. ГБ напряжения; 3. Пучковая (кластерная) ГБ и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии; 4. Другие первичные ГБ [6].

Патогенетическая классификация

1. Сосудистая головная боль характеризуется спазмом и дилатацией артерий, недостаточностью тонуса вен, реологическими нарушениями с замедлением кровотока.

2. Головная боль мышечного напряжения – связана с активацией передачи импульса в нервно-мышечном синапсе, возникающим мышечным напряжением по сегментарному механизму.

3. Ликвородинамическая головная боль – является следствием повышения или понижения внутричерепного давления, дислокации интракраниальных структур на фоне изменений внутричерепного давления.

4. Невралгическая головная боль это раздражение нерва эндоневральным или экстраневральным патологическим процессом, в антиноцептивной системе образуются очаги патологической активности.

5. Смешанная головная боль – совокупность действия сосудистого, мышечного, ликвородинамического, невралгического механизмов и психалгии.

6. Психалгия характеризуется отсутствием сосудистого, мышечного, ликвородинамического, невралгического механизмов; это дисфункция центральной антиноцептивной системы связанная с нарушением обмена моноаминов и эндогенных опиатов в ЦНС.

7. Мигрень – первичная эпизодическая форма головной боли, проявляющаяся односторонними приступообразными головными болями разной интенсивности, а также различным сочетанием неврологических, желудочно-кишечных и вегетативных проявлений. В списке заболеваний, в наибольшей степени нарушающих социальную адаптацию, мигрень находится на 19 месте согласно ВОЗ. Боль при мигрени давящего и пульсирующего характера, обычно захватывает половину головы. Типичная локализация в области лба и виска, вокруг глаза; иногда может начинаться в затылочной области и распространяться впереди в область лба. Длительность болевого приступа у взрослых может варьировать от 3-4 часов до 3 дней. Атаки частотой 2-4 в месяц являются наиболее типичными. Для приступов мигрени характерны провоцирующие факторы: эмоциональный стресс, голод, менструация, недосыпание или избыточный сон, изменение погоды, некоторые пищевые продукты и прием алкоголя [1,5].

В зависимости от наличия перед приступом мигренозной ауры мигрень делят на мигрень без ауры и мигрень с аурой.

Мигрень без ауры характеризуется регулярными приступами головной боли, длящимися от 4 до 72 часов. Односторонняя интенсивная боль пульсирующего характера. Фотофобия и фонофобия, тошнота или рвота часто сопровождают болевой приступ.

Мигрень с аурой. Аура – предшествующий головной боли очаговый неврологический симптом. Аурой может быть помутнение зрения, зрительные, обонятельные, вкусовые, слуховые или тактильные галлюцинации, головокружение, оцепенение, проблемы с концентрацией и речью. Наиболее типична зрительная аура, проявляющаяся различными зрительными феноменами: фо-

топсиями, мушками, односторонним выпадением поля зрения, мерцающей скотомой или зигзагообразной светящейся линией.

Диагностические критерии для мигрени без ауры: Проявляющиеся симптомы, нельзя связать с каким либо заболеванием. Регистрация более пяти интенсивных приступов. Патологическая пульсация, совпадающая с пульсом сонной артерии. Продолжительность боли более четырех часов. Присутствие тошноты, сопровождающейся рвотой; Односторонняя головная боль; *Диагностические критерии для мигрени с аурой:* Должно быть зарегистрировано минимально 2 случая ауры. Симптомы, соответствующие ауре сразу исчезают после окончания приступа. Симптомы не связаны с другим заболеванием. Приступы головной боли начинаются с аурой или в течение 60 минут после нее. Продолжительность симптомов от 5 до 60 минут[5].

Лечение. В момент приступа мигрени: неспецифические анальгетики и антипиретики (парацетамол, ацетилсалициловая кислота) НПВС (ибупрофен, диклофенак); комбинированные анальгетики; препараты спорыньи (неселективные агонисты 5HT1-рецепторов – дигидроэрготамин, кофетамин); агонисты серотонина (селективные агонисты 5HT1-рецепторов – элетриптан, золмитриптан, наратриптан, суматриптан);

В межприступный период: антиконвульсанты (топирамат, вальпроевая кислота); антидепрессанты (амитриптилин); блокаторы b-адренорецепторов (метопролол, пропранолол); блокаторы кальциевых каналов (верапамил)[1].

Головная боль напряжения (ГБН) – наиболее часто встречаемая форма первичной головной боли. По данным различных исследований ГБН составляет в общей популяции от 30 до 78%. Этиология ГБН не связана с поражением головного мозга, ранее считалось, что в основе ГБН лежат различные психогенные расстройства, ее называли «стрессовой цефалгией». Однако проведенные научные исследования подтвердили нейробиологическую природу ГБН. Из всех первичных головных болей ГБН является наиболее опасной в плане социально-экономических последствий.

Классификация. В соответствии с МКГБ-2 ГБН подразделяют на эпизодическую (ЭГБН), возникающую не более 15 дней в течение 1 месяца (или 180 дней в течение года) и хроническую формы (ХГБН) – более 15 дней в месяц (или более 180 дней в течение года), ЭГБН также делится на частую и не-

частую. Кроме того, ЭГБН и ХГБН подразделяются на подтипы «с напряжением» и «без напряжения перикраниальных мышц»[6].

Клиническая характеристика. Головная боль симметричная, сдавливающая, умеренной интенсивности, двусторонняя, непароксизмальная, монотонная, не сопровождается тошнотой и рвотой, может сопровождаться фото- и фонофобией. Связь с физической нагрузкой отсутствует. Также возможны болевые ощущения и напряжение в области затылка и шеи. При ЭГБН преобладают тревожные состояния, при ХГБН – депрессия. Чаше ГБН возникает у пациентов, деятельность которых связана с эмоциональным напряжением и гиподинамией. Диагноз первичных форм ГБ основывается на данных жалоб, анамнеза и клинического осмотра[2,7].

Критерии диагностики ГБН (МКГБ-2, 2004):

- ГБ длительностью от 30 минут до 7 дней;
- Как минимум два из следующих признаков:

1. двусторонняя локализация
2. давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер
3. интенсивность умеренная – боль не усиливается при обычной физической активности

- Оба из следующих признаков: 1. отсутствует тошнота или рвота 2. только один из симптомов: фото- или фонофобия;

- ГБ не имеет связи с другими расстройствами[4,5,7].

Лечение ГБ напряжения. Основные принципы:

- лечение и профилактика: депрессии, тревоги;
- лечение и профилактика мышечного напряжения (перикраниальных мышц);

Немедикаментозными средствами: регулярные физические упражнения и лечебная физкультура, физиотерапия, иглорефлексотерапия, психотерапия.

Медикаментозными средствами:

- нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен, парацетамол, кетопрофен);
- миорелаксанты (применяются при сочетании головной боли с напряжением перикраниальных мышц);
- антидепрессанты (при депрессивных расстройствах, подбирается индивидуально один из препаратов, курс лечения 3–6 мес, начало эффекта через 2 нед);
- анксиолитики (при тревожных расстройствах, индивидуально подбирается один препарат, курс лечения 1–3 мес).

Кластерная (пучковая) головная боль (ПГБ) Встречаемость ПГБ в популяции невысока – 0.1-0.4%; Для ПГБ характерно 3 периода: период атаки – единичный приступ боли, кластерный период – множественные, повторные, болевые приступы, возникающие в течение определенного промежутка времени и период ремиссии – головные боли отсутствуют. Длительность приступа от 15 мин до 2 ч., характерна очень интенсивная, острая боль. Один из приступов обязательно возникает ночью в одно и то же время. На протяжении от 2 нед. до 3 мес. развиваются 6-8 приступов в сутки. Во время болевого «пучка» ГБ всегда возникает с одной и той же стороны[4,3,7].

Клиническая характеристика: приступы возникают часто в одно и то же время, строго на одной стороне, боль жгучая, пульсирующая, начинается с орбитальной области, невыносимая боль побуждает пациентов биться головой об стену или пол, с целью избавиться от приступа. Также характерно покраснение глаз и слезотечение на стороне ГБ, «красная мигрень» покраснение гомолатеральной половины лица. Диагностические критерии кластерной головной боли: 1) Сильная боль в глазничной, надглазничной или височной области, на одной стороне, которая может продолжаться продолжительностью от 15 до 180 мин. 2) Наличие одного из следующих симптомов на стороне ГБ: покраснение глаза, слезотечение, заложенность носа, ринорея, потливость лба и лица, миоз, птоз, отек века, ажитация. 3) Частота приступов варьируется от одного раза в два дня до восьми раз в сутки.

Лечение кластерной ГБ: 1. Нестероидные противовоспалительные; 2. Триптаны (элетриптан, сумотриптан); 3. Глюкокортикоиды (применяются при лечении затяжного приступа кластерной ГБ или хронической формы); 4. Местные анестетики (закапывание в нос р-ра лидокаина); 5. хирургическое лечение[1,3].

Другие первичные головные боли

Этот раздел включает клинически гетерогенные типы цефалгий, которые могут возникать у здоровых людей при воздействии различных внешних факторов, в ответ на раздражение периферических нервов или расширение сосудов при приеме вазодилататоров, быть проявлением некоторых органических заболеваний головного мозга или возникать без видимых причин. Классификация. Первичная колющая головная боль. Первичная кашлевая головная боль.

Первичная головная боль при физическом напряжении. Первичная головная боль, связанная с сексуальной активностью. Гипническая головная боль. Первичная громкоподобная головная боль. Гемикрания континуа. Новая ежедневно (изначально) персистирующая головная боль (НЕРПБ). Из всех выше перечисленных видов других головных болей чаще встречается первичная колющая головная боль, ее также называют болью по типу «укола льдинкой» или синдромом «колющих ударов». Характерными симптомами являются возникающие внезапно, четко локализованные болезненные проколы в области головы, не связанные с органическими поражениями головного мозга. ПКГБ обычно встречается у пациентов с мигренью, головной болью напряжения и кластерной головной болью с частотой 2-35%. Жалобы пациенты предъявляют на короткую однократную или многократную атаку боли. Она возникает на маленьком ограниченном участке преимущественно в зоне иннервации первой ветви тройничного нерва. От одной атаки в день до ста атак в год может варьировать частота болей. Атаки могут быть индуцированы действием холода. У пациентов с низкой частотой атак ПКГБ не требует лечения. НПВС назначается пациентам с высокой частотой атак и выраженным влиянием на качество жизни [2, 5, 7].

Заключение

В каждом отдельном случае, при постановке диагноза первичная головная

боль, следует опираться на анамнез, жалобы, данные физикального обследования, так же полезным является ведение дневника головной боли пациентом. Дополнительные методы исследования используются при подозрении на наличие органических нарушений. Лечение требует в каждом конкретном случае индивидуального подхода.

Список литературы

1. Бублий А., Шафорост А., Долгова И.Н., Карпов С.М. Эффективность лечения мигрени препаратами группы триптанов //Международный научно-исследовательский журнал. 2013. № 10-5(17). С. 35-36.
2. Гаджиев А.М., Амирчупанов М.Д., Гандылян К.С., Карпов С.М., Ивлева А.Д., Вышлова И.А., Долгова И.Н., Карпов С.М. Челюстно-лицевая травма. Фактор болевых нарушений // Российский журнал боли. 2017. № 1(52). С. 17-18.
3. Долгова И.Н. Неврологические расстройства у больных с артериальной гипертензией в молодом возрасте. // Международный научно-исследовательский журнал. 2013. № 4-3(11). – С. 48-49.
4. Долгова И.Н., Минаева О.А., Карпов С.М., Вышлова И.А., Шевченко П.П. Ранние неврологические осложнения у больных с идиопатической артериальной гипотензией // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 12-3. С. 453-455.
5. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике / Т.Дж.Стайнер и соавт.: Практическое руководство для врачей; перевод с английского Ю.Э.Азимовой, В.В.Осиповой; научная редакция В.В.Осиповой, Т.Г.Вознесенской, Г.Р.Табеевой 2010. – 56 с
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia 2004;24 (Suppl 1):1-160.
7. MacGregor E. A., Steiner T. J., Davies P. T. et al. Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster and Medication-Overuse Headache. — British Association for the Study of Headache, 2010.