

Алгоритм диагностики головных болей

В.В. Осипова

Головная боль (ГБ) – одна из наиболее частых жалоб на приеме у невролога и терапевта – является причиной значительного социально-экономического ущерба для общества и входит в десятку самых частых причин нетрудоспособности в Европе [1–3]. Диагностика цефалгий нередко вызывает значительные затруднения, особенно у врачей общей практики.

Главным инструментом при диагностике любых форм ГБ является **Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной болью** (МКГБ), которая содержит основные принципы диагностики и диагностические критерии всех известных цефалгических синдромов [4]. Третье издание классификации, МКГБ-3-бета, вышло в свет в 2013 г. (полная англоязычная версия размещена на сайте Международного общества головной боли www.ihs-headache.org; предыдущая русскоязычная версия, МКГБ-2, – на сайтах www.headache-society.ru и www.painrussia.ru).

В соответствии с МКГБ-3-бета, головные и лицевые боли подразделяются на **первичные** (не связанные с другими заболеваниями), когда не удается выявить органическую причину боли (часть I, главы 1–4), **вторичные**, или симптоматические, обусловленные органическими повреждениями головного мозга, других структур, расположенных в области головы и шеи, или системными заболеваниями (часть II, главы 5–12), и **болевыи краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли** (часть III, главы 13, 14) (табл. 1).

По данным многочисленных эпидемиологических исследований, наибольшее распространение в популяции имеют *первичные* (доброкачественные) формы ГБ, не связанные с поражением головного мозга, структур головы и шеи или системными заболеваниями [3, 5]. Частота *вторичных* (симптоматических) форм составляет лишь 2–5%. Среди первичных цефалгий наиболее часто встречаются мигрень и ГБ напряжения (ГБН), в том числе хронического течения; среди вторичных цефалгий на 1-м месте по частоте стоит медикаментозно-индуцированная (абузусная) ГБ (МИГБ), связанная с избыточным применением обезболи-

вающих препаратов. При диагностике первичных и вторичных цефалгий требуются различные подходы.

Диагностика первичных форм ГБ

В соответствии с МКГБ-3-бета и Европейскими принципами ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике, *«диагностика первичных форм ГБ является целиком клинической, т.е. основывается на анализе жалоб, анамнеза и данных объективного осмотра пациента и не требует проведения дополнительных исследований»* [2–4].

Наиболее информативным для диагноза является тщательное **клиническое интервью**, которое включает: анализ жалоб, анамнеза, наследственного анамнеза, выявление провокаторов болевых эпизодов и факторов, облегчающих ГБ, оценку степени нарушений качества жизни и работоспособности пациента, связанных с ГБ, анализ состояния в межприступном периоде, сопутствующих/коморбидных нарушений. Опрос также позволяет выявить хроническую форму цефалгии (≥ 15 дней с ГБ в месяц вплоть до ежедневных эпизодов) (табл. 2).

Поскольку у пациента может иметься не один, а несколько типов ГБ (чаще не более двух), каждый из них

Таблица 1. Международная классификация головных болей (3-е изд., бета-версия, 2013). Оглавление

Часть I: Первичные головные боли

1. Мигрень
2. Головная боль напряжения
3. Тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ)
4. Другие первичные головные боли

Часть II: Вторичные головные боли

5. Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи
6. Головные боли, связанные с сосудистыми поражениями головы или шейного отдела позвоночника
7. Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями
8. Головные боли, связанные с различными веществами или их отменой
9. Головные боли, связанные с инфекциями
10. Головные боли, связанные с нарушениями гомеостаза
11. Головные или лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других лицевых или шейных структур
12. Головные боли, связанные с психическими заболеваниями

Часть III: Болевыи краниальные невралгии, другие лицевые и головные боли

13. Болевыи краниальные невралгии и другие лицевые боли
14. Другие головные боли

Вера Валентиновна Осипова – докт. мед. наук, вед. науч. сотр. отдела неврологии и клинической нейрофизиологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, ученый секретарь Российского общества по изучению головной боли.

Таблица 2. План расспроса пациента с жалобой на ГБ

Поскольку у одного пациента может иметься несколько типов ГБ, следует расспросить о каждом из них. Для каждого типа ГБ жалобы и анамнез собираются отдельно

Анамнез и временные характеристики ГБ	<ul style="list-style-type: none"> • Как давно началась ГБ? • Что заставило пациента обратиться к врачу именно сейчас? • Чем различается ГБ в начале заболевания и в последнее время (последние 3–6 мес)? • Наследственный анамнез (похожие ГБ у родственников) • Периоды жизни, когда течение ГБ ухудшалось/улучшалось (например, беременность, прием гормонов, период стресса, изменение цикла “сон–бодрствование”, смена часовых поясов и др.)
Частота и продолжительность ГБ	<ul style="list-style-type: none"> • Как часто возникает ГБ и какое она имеет распределение по времени (эпизодическая, частая, очень частая, ежедневная и/или постоянная)? Число болевых дней в месяц (менее или более 15)? • Как долго длится эпизод ГБ (секунды, минуты, часы, дни, постоянный характер)?
Характер ГБ	<ul style="list-style-type: none"> • Какова интенсивность ГБ? (Можно использовать 10-балльную ВАШ или 4-балльную (1 балл – слабая, 2 балла – умеренная, 3 балла – сильная, 4 балла – чрезвычайно сильная)) • Характер и качество ГБ (пульсирующая, сжимающая (“каска”, “обруч”), распирающая, колющая, “взрывная/громоподобная” и др.) • Локализация (лобно-височная, орбитальная, теменная, шейно-затылочная, лицевая и др.), сторона (односторонняя/диффузная, чередование сторон) и распространение (иррадиация) ГБ • Предвестники ГБ (продром) и состояние после ГБ (постдром) • Сопутствующие симптомы, наличие симптомов, непосредственно предшествующих ГБ (аура)
Причины и провокаторы ГБ	<ul style="list-style-type: none"> • Предрасполагающие и/или провоцирующие факторы • Факторы, усугубляющие и облегчающие ГБ • Периоды жизни, во время которых отмечалось ухудшение или облегчение течения ГБ (пубертат, период стресса, беременность, климакс и т.д.)
Влияние ГБ на качество жизни и работоспособность пациента	<ul style="list-style-type: none"> • Насколько сильно ограничена или затруднена повседневная активность/работоспособность пациента в связи с ГБ? • Поведение и действия пациента во время эпизода ГБ; приемы для уменьшения ГБ
Состояние между приступами ГБ	<ul style="list-style-type: none"> • Каково самочувствие пациента вне болевых эпизодов (нормальное или нарушено, степень нарушения качества жизни, наличие сопутствующих (коморбидных) расстройств, других болевых синдромов и неболевых жалоб) • Эмоциональное состояние (депрессия, тревога, панические эпизоды, страх повторения приступов или возможных серьезных заболеваний)
Фармакологическое интервью (лечение, применяемое в прошлом и в настоящее время для купирования и профилактики ГБ)	<ul style="list-style-type: none"> • Как часто на протяжении последних месяцев пациент принимает обезболивающие препараты (названия и состав препаратов, путь введения, кратность приема и число доз обезболивающих в неделю/месяц, эффект и зависимость от лечения)? • Какие медикаментозные и нелекарственные средства и методы пациент использовал в прошлом для лечения ГБ (курсовое профилактическое лечение, купирование болевых эпизодов, их эффективность)?

Обозначения: ВАШ – визуально-аналоговая шкала боли.

требует отдельного клинического анализа и внесения в диагноз. *Примеры диагнозов:* 1. Мигрень без ауры. Медикаментозно-индуцированная ГБ, связанная с избыточным применением комбинированных анальгетиков. 2. Хроническая ГБН с дисфункцией перикраниальных мышц. Головная боль, связанная с глаукомой.

Большое значение, особенно у пациентов с высокой частотой болевых эпизодов (более 10 в месяц), имеет **фармакологическое интервью**. Оно дает врачу информацию о терапии, которую пациент получал в прошлом, и ее эффективности, лечении сопутствующих заболеваний, а главное – о количестве и степени регулярности приема препаратов для купирования приступов ГБ.

В специализированных центрах ГБ Европы и США обязательным инструментом является **диагностический дневник ГБ** [2, 6]. Дневник ГБ облегчает врачу диагностику цефалгий, так как помогает определить характеристики ГБ (частота, интенсивность, продолжительность), сопутствующие симптомы и провокаторы болевых эпизодов. При

наличии у пациента нескольких типов цефалгий дневник ГБ помогает пациенту научиться отличать один тип ГБ от другого (чаще всего приступы мигрени от эпизодов ГБН). Наконец, дневник позволяет врачу и пациенту объективно оценить количество и кратность принимаемых пациентом обезболивающих препаратов, т.е. заподозрить или выявить лекарственный абзус.

Объективный осмотр при первичных ГБ и МИГБ, как правило, не является информативным, поскольку не выявляет никаких патологических изменений в соматическом и неврологическом статусе. У пациентов с ГБН и мигренью нередко обнаруживаются напряжение и болезненность при пальпации мышц лица, затылка и шеи (мышечно-тонический синдром). 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). Во время приступа мигрени может отмечаться бледность лица, повышение артериаль-

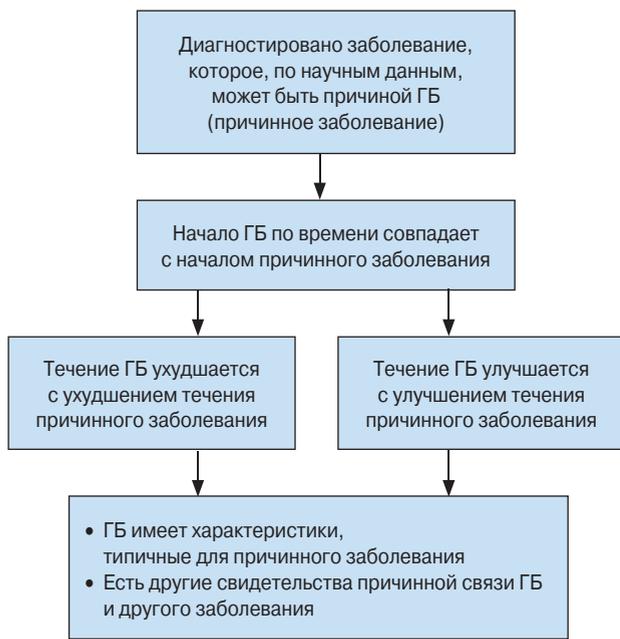


Рис. 1. Диагностические критерии вторичных цефалгий (МКГБ-3-бета).

ного давления, гиперемия конъюнктивы, сонливость. Соответствующие жалобы и симптомы могут наблюдаться при гемиплегической, ретинальной мигрени, при мигрени с гемипарестетической или афатической аурой. Приступ пучковой ГБ сопровождается психомоторным возбуждением и вегетативными проявлениями на лице, такими как слезотечение, покраснение конъюнктивы, отек века, ринорея, нередко синдром Горнера.

Дополнительные методы исследования имеют различную диагностическую ценность при первичных и вторичных формах ГБ. Согласно международным принципам диагностики, “при первичных формах ГБ и МИГБ дополнительные инструментальные, лабораторные исследования и консультации специалистов в большинстве случаев не являются информативными и не имеют диагностической ценности” [1, 4, 5, 7]. Это связано с тем, что у подавляющего большинства пациентов с первичными цефалгиями дополнительные исследования не позволяют выявить специфических изменений. Изменения, которые могут обнаруживаться при этих обследованиях, как правило, имеют неспецифический характер (т.е. могут выявляться и у лиц без жалоб на ГБ), не указывают на причину цефалгии и поэтому не могут считаться признаками той или иной формы ГБ. Примерами таких неспецифических изменений могут быть: незначительное расширение субарахноидального пространства при нейровизуализационных исследованиях, единичные кисты и очаги в белом веществе головного мозга, снижение порога судорожной готовности или дисфункция срединных структур мозга на электроэнцефалограмме, изменение линейной скорости кровотока и нарушение венозного оттока при ультразвуковой доплерографии, реоэнцефалографии

или дуплексном сканировании, дистрофические изменения шейного отдела позвоночника на рентгенограммах или магнитно-резонансных томограммах позвоночника, ангиопатия сетчатки при осмотре офтальмолога и т.п. [5].

Диагностика вторичных форм головной боли

Диагностика вторичных цефалгий также начинается с клинического опроса и обследования. Поскольку у большинства пациентов имеются первичные формы ГБ, именно их следует исходно предполагать у пациента и при удовлетворении диагностическим критериям выставить диагноз мигрени, ГБН и т.д. При выявлении нетипичных клинических проявлений или при невыполнении одного или более диагностических критериев первичной ГБ следует заподозрить ее симптоматический характер, т.е. предположить, что причиной ГБ является другое заболевание (причинное заболевание) [1, 4]. Примеры нетипичного течения некоторых первичных форм ГБ:

- **мигрень:** исключительно односторонний характер ГБ без чередования сторон, полная неэффективность любых триптанов и препаратов эрготамина, продолжительность ауры более 60 мин;
- **ГБН:** интенсивность ГБ более 8 баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), усиление боли при изменении положения головы, рвота во время эпизода ГБ;
- **пучковая (кластерная) ГБ:** отсутствие ночных приступов, интенсивность боли менее 10 баллов по ВАШ, отсутствие психомоторного возбуждения (во время приступа ГБ пациент может находиться в покое).

Обнаружение причинного заболевания – основная задача диагностики вторичных цефалгий. Диагностические критерии вторичных цефалгий, предложенные в МКГБ-3-бета (рис. 1), отражают связь между ГБ и причинным заболеванием [4].

Важную информацию можно получить при объективном осмотре пациента. В табл. 3 приведены “сигналы опасности” –стораживающие патологические симптомы у пациентов с ГБ [1, 2]. Эти симптомы включают любые фокальные изменения в неврологическом статусе, сфере сознания, когнитивные и психические нарушения, признаки системного заболевания и др.

В отличие от первичных форм при подозрении на вторичный характер цефалгии необходимо провести тщательное обследование пациента, направленное на выявление причинного заболевания. В табл. 4 суммированы показания (в соответствии с рекомендациями Российского общества по изучению головной боли (РОИГБ)) для направления пациента с жалобой на ГБ на инструментальные, лабораторные исследования и консультации специалистов [5].

Показаниями для назначения обследований (даже при отсутствии у врача сомнений в диагнозе), в первую очередь нейровизуализационных, нередко являются и “немедицинские” факторы: просьба пациента или его родственников и

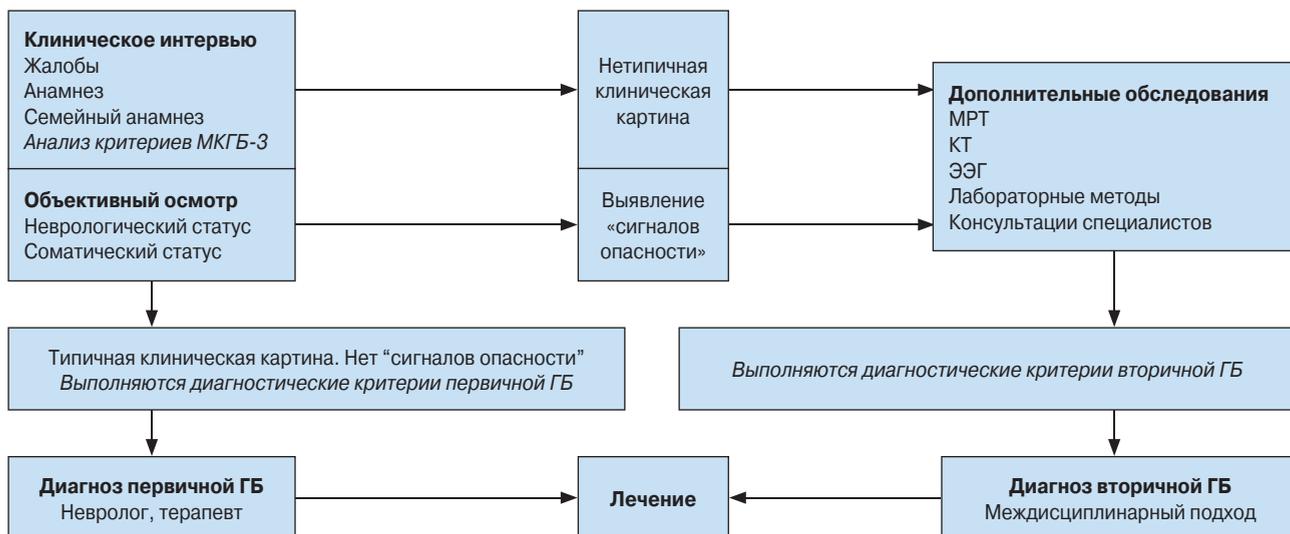


Рис. 2. Диагностический алгоритм ГБ. КТ – компьютерная томография, МРТ – магнитно-резонансная томография, ЭЭГ – электроэнцефалография.

следование принципу “гипердиагностика лучше, чем гиподиагностика”.

При необходимости исключить симптоматический характер цефалгии наиболее информативными являются нейровизуализационные методы. В табл. 5 приведены показания для назначения нейровизуализационных исследований пациентам с жалобой на ГБ [7–9].

В завершение приводим краткий **алгоритм диагностики ГБ** (рис. 2). При типичной клинической картине, отсутствии при объективном осмотре органической патологии и “сигналов опасности” и при соответствии симптомов ГБ диагностическим критериям МКГБ врач может сразу, без направления пациента на дополнительные исследо-

Таблица 3. “Сигналы опасности” и некоторые их возможные причины у пациентов с ГБ

- Громоподобная ГБ (интенсивная ГБ со “взрывоподобным” или внезапным началом, стремительно нарастающая в течение 1 мин), – *субарахноидальное кровоизлияние, синдром обратимого церебрального вазоспазма*
- ГБ с атипичной аурой (длительностью >1 ч или с двигательной слабостью) – *транзиторная ишемическая атака (ТИА) или инсульт*
- Аура без ГБ, без указаний на мигрень с аурой в анамнезе – *ТИА, инсульт, синдром Фишера (мигренозное сопровождение пожилого возраста)*
- Аура, впервые возникшая у пациентки, принимающей комбинированные пероральные контрацептивы, – *риск возникновения инсульта*
- Впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет – *височный артериит или внутричерепная опухоль (внутричерепную опухоль также следует заподозрить при возникновении ГБ у детей в препубертатном периоде)*
- Нарастающая ГБ, усиливающаяся в течение нескольких недель и более, – *внутричерепное объемное образование*
- ГБ, усиливающаяся при изменении позы или при нагрузках, повышающих внутричерепное давление (кашель, чихание, натуживание), – *внутричерепное объемное образование*

Другие “сигналы опасности”

- Впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе
- Внезапное возникновение новой, необычной для пациента ГБ
- Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность или потеря памяти) или психические нарушения
- Фокальные неврологические знаки или симптомы системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии)

Таблица 4. Показания для дополнительных исследований у пациентов с жалобой на ГБ (рекомендации РОИГБ, 2013)

1. Подозрение на симптоматический (вторичный) характер цефалгии:
 - а) выполнение диагностических критериев вторичной ГБ:
 - диагностировано заболевание, которое, по научным данным, может быть причиной ГБ (причинное заболевание)
 - начало ГБ по времени совпадает с началом причинного заболевания
 - течение ГБ ухудшается с ухудшением течения и улучшается с улучшением течения причинного заболевания
 - ГБ имеет характеристики, типичные для причинного заболевания, и есть другие свидетельства причинной связи ГБ и этого заболевания
 - б) сомнения в вероятном клиническом диагнозе первичной формы ГБ (нетипичные жалобы или течение ГБ, невыполнение более одного критерия первичной цефалгии)
 - в) наличие одного или более “сигналов опасности”
2. Требование пациента или его родственников

Таблица 5. Показания для назначения нейровизуализационных методов исследования пациентам с жалобой на ГБ

1. Впервые возникшая ГБ
2. Внезапно возникшая интенсивная ГБ, в том числе "громоподобная"
3. ГБ с прогрессивно нарастающей частотой или интенсивностью
4. ГБ, пробуждающая пациента от сна
5. Изменение привычного болевого профиля (клинических характеристик боли)
6. Строго односторонняя ГБ (без смены стороны)
7. Впервые возникшая ГБ после 50 лет
8. Хроническая ежедневная ГБ
9. ГБ, не отвечающая на лечение
10. ГБ у пациента с эпилептическими припадками
11. Наличие локальных неврологических симптомов или патологических отклонений при физикальном осмотре
12. Немигренозные ГБ, сопровождающиеся аурой с неврологическими знаками
13. Впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием или ВИЧ-инфекцией в анамнезе
14. Немигренозные ГБ, сопровождающиеся лихорадкой, ригидностью затылочных мышц, тошнотой или рвотой
15. ГБ, сочетающиеся с отеком соска зрительного нерва, когнитивными нарушениями или изменениями личности

вания установить диагноз первичной формы ГБ (мигрень, ГБН и др.) и назначить лечение.

При нетипичной клинической картине, наличии "сигналов опасности" и/или при удовлетворении критериям вторичной ГБ следует провести необходимые дополнительные обследования с целью выявления заболевания, послужившего причиной цефалгии. При выявлении соответствующих отклонений и нарушений, подтверждающих

симптоматическую природу ГБ, устанавливается причинное заболевание, диагноз вторичной цефалгии, связанной с ним, и проводится лечение этого заболевания. При необходимости для ведения пациента со вторичной ГБ могут быть привлечены специалисты другого профиля (офтальмолог, оториноларинголог, психиатр, инфекционист, нейрохирург и т.п.). Если после обследований симптоматическая природа цефалгии не подтвердилась, по всей вероятности, несмотря на наличие "сигналов опасности" и/или нетипичное течение, ГБ у пациента имеет первичный характер.

Список литературы

1. Стайнер Т.Дж. и др. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: Практическое руководство для врачей / Пер. с англ. Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой под ред. В.В. Осиповой и др. М., 2010. www.headache-society.ru
2. Осипова В.В., Табеева Г.Р. Первичные головные боли: Практическое руководство. М., 2007. www.headache-society.ru
3. Steiner T.J. // J. Headache Pain. 2005. V. 6. № 5. P. 373.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) // Cephalalgia. 2013. V. 33. № 9. P. 629.
5. Осипова В.В. и др. // Анн. клин. и экспер. неврол. 2013. (В печати.)
6. Osipova V. et al. // Handbook of Headache: Practical Management / Ed. by P. Martelletti, T.J. Steiner. 2011. Pt. 4. P. 197–209.
7. Evans R.W. // Diagnostic Testing in Neurology / Ed. by R.W. Evans. Philadelphia, 1999. P. 1–18.
8. Practice parameter: the utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology // Neurology. 1994. V. 44. № 7. P. 1353.
9. Evans R.W. // Med. Clin. North Am. 2001. V. 85. № 4. P. 865. ●



Продолжается подписка на научно-практический журнал “Нервные болезни”

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 380 руб., на один номер – 190 руб. Подписной индекс 81610.

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ. Редакционную подписку на этот и любой другой журнал издательства “Атмосфера” можно оформить на сайте <http://atm-press.ru> или по телефону: (495) 730-63-51