<https://doi.org/10.32863/1682-7392-2019-3-67-155-158>

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Харисов А.М.¹, Сухотерин А.Ф.¹, Скиба Я.Б.²

¹Филиал №3 З ЦВКГ им. А.А. Вишневого, Одинцово

²ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение. Фундаментальный принцип диагностики головной боли – это строгое соответствие конкретно-го типа цефалгии клиническим критериям Международной классификации головных болей (МКГБ), обновленная версия которой была опубликована в январе 2018 г. (3-й пересмотр) [4]. Один из первых диагностических вопросов, который решает врач при обследовании пациента с головной болью: является ли головная боль первичной (когда не удается выявить признаки органической патологии головного мозга) или является вторичной (вследствие органического поражения головного мозга или других органов и систем)? Ответом на данный вопрос является статистика – до 90 % пациентов, обращающихся за помощью, страдают первичными формами головной боли [1]. Такие результаты обуславливают наибольший интерес именно данной группы головных болей в повседневной практике.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ медицинской документации пациентов с первичной головной болью и предложить рекомендации по совершенствованию системы оказания помощи данной группе больных.

Материалы и методы: для анализа были выбраны амбулаторные карты и истории болезни пациентов с первичной головной болью, которые обращались за амбулаторной помощью или проходили стационарное лечение в филиале №3 ФГБУ «З ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России (г. Одинцово) в период с 2015 г. по 2017 г. Анализировался диагноз направления, цель направления на госпитализацию или консультацию к неврологу, окончательный диагноз после стационарного лечения или амбулаторной консультации (нескольких консультаций), а также отдельные клинические характеристики головной боли. Из анализа были исключены пациенты, у которых после проведенной диагностики было выявлено сочетание различных форм первичной и вторичной головной боли (за исключением пациентов с лекарственно индуцированной головной болью) или только вторичная головная боль.

Результаты и их обсуждение. За выбранный период (2015–2017 гг.) за медицинской помощью обратились 96 пациентов, при этом 45 пациентов проходили стационарное лечение в неврологическом отделении, а 51 пациент получал амбулаторную помощь. Наиболее частыми диагнозами направления были «вегетативно-сосудистая дистония с цефалгическим синдромом» и «цервикалгия с цефалгическим синдромом», а также сосудистая головная боль в рамках дисциркуляторной энцефалопатии и вторичная головная боль после перенесенной черепно-мозговой травмы. Наиболее частой причиной направления явилась «уточнение окончательного диагноза» (табл. 1).

Анализируя эти результаты можно предполагать, что в реальной практике сложные клинические случаи врачами поликлиник и рассматриваются как вариант вторичной головной боли. Необходимость дополнительного диагностического поиска (а не в коррекции лечения) оказывается основной потребностью врача поликлинического звена, которая мотивирует его на направление пациента в стационар. Трое пациентов за истекший период поступали с мигренозным статусом, что потребовало проведения неотложного лечения. У 6-ти пациентов жалобы на головную боль были ведущими при направлении их на экспертизу. Стоит отметить, что большая часть сформулированных диагнозов направления не соответствовала номенклатуре МКГБ-3.

Таблица 1.

Диагноз направления в стационар и цель направления на консультацию или госпитализацию пациентов с головной болью.

Диагноз направления в стационар	Количество пациентов, N (%)	Цель направления на консультацию или госпитализацию	Количество пациентов, N (%)
Вегетативно-сосудистая дистония с цефалгическим синдромом	33 (34,5 %)	Коррекция терапии	7 (7,3 %)
Цервикалгия с цефалгическим синдромом	17 (17,7 %)	Уточнение окончательного диагноза	71 (73,4 %)
Последствия перенесенной нейроинфекции с цефалгическим синдромом	8 (8,3 %)	Развитие осложнений на фоне лечения	4 (4,2 %)
Мигрень	9 (9,4 %)	Неэффективность терапии	5 (5,2 %)
Дисциркуляторная энцефалопатия с цефалгическим синдромом	17 (18,7 %)	Экспертиза	6 (6,3 %)
Транзиторная ишемическая атака	1 (1,1 %)		
Последствия перенесенной черепно-мозговой травмы	11 (11,4 %)	По неотложным показаниям	3 (3,1 %)

Таблица 2.

Окончательный диагноз у пациентов, направлявшихся в стационар для консультации невролога или прохождения стационарного обследования и лечения.

Форма головной боли	Количество пациентов, N (%)
Мигрень	37 (38,5 %)
Головная боль напряжения	28 (29,2 %)
Хроническая мигрень	18 (18,7 %)
Лекарственно индуцированная головная боль	21 (21,8 %)
Кластерная головная боль	3 (3,1 %)
Пароксизмальная гемикрания	1 (1,1 %)
Первичная колющая головная боль	1 (1,1 %)
Посткоитальная головная боль	2 (2,1 %)
Первичная громкоподобная головная боль	1 (1,1 %)
Головная боль, ассоциированная с физической нагрузкой	2 (2,1)
Гипническая головная боль	2 (2,1)
Гемикрания континуа	1 (1,1 %)

После проведенного стационарного обследования и лечения (или амбулаторной консультации/консультаций невролога) профиль пациентов с первичной головной болью выглядел следующим образом (табл. 2).

Наиболее часто у пациентов диагностировалась мигрень, что подтверждает клиническую и социальную значимость данной формы головной боли. Мигрень без ауры была наиболее частой формой, при этом средняя частота приступов $4,5 \pm 1,8$ в месяц. Мигрень с аурой наблюдалась значительно реже, и в одном клиническом случае была представлена классическим каскадом – зрительные феномены, развитие сенсорных нарушений и последующим нарушением речи. С учетом наличия семейного анамнеза и типичности ауры диагноз четко соответствовал критериям МКГБ-3 и позволил избежать ложной трактовки данных эпизодов как проявлений острой сосудистой катастрофы. Среди пациентов с мигренью только 15 из них (40,5 %) принимали противорецидивную терапию. Прием ноотропных препаратов, назначавшихся 32 пациентам из этой группы (86,4 %) не расценивался нами как противорецидивное лечение мигрени, так как не соответствует общепризнанным клиническим рекомендациям. Абортивная терапия, которая рекомендовалась пациентам на амбулаторном этапе, была представлена простыми и комбинированными анальгетиками в большинстве случаев. У половины пациентов с диагностированной мигренью ($n=16$; 43,2 %) диагнозом направления была цервикогенная головная боль; на наш взгляд, причиной ложной диагностики была оценка мышечно-тонического синдрома как причины. Действительно, провокатор приступов мигрени в виде скелетно-мышечной боли хорошо известен, часто встречается, рассматривается как один из факторов хронизации головной боли, но, что важно, не является причиной самих приступов мигрени. Стоит добавить, что за анализируемый период нами наблюдался лишь 1 пациент у которого, кроме наличия мигрени, была диагностирована цервикогенная головная боль строго по критериям МКГБ-3.

Одной из клинических особенностей пациентов с эпизодической мигренью было выявление у ряда из них системного головокружения в структуре ряда приступов или в рамках ауры. По мнению ряда авторов, именно головокружение зачастую является причиной обращения в стационар (в том числе по неотложным показаниям), и наши наблюдения подтверждают эту точку зрения – именно головокружение и сопутствующие вегетативные симптомы зачастую переносятся пациентами особенно тяжело и заставляют обращаться за помощью [3]. Выявление головокружения в структуре приступов мигрени позволяет расширить терапевтические возможности по купированию приступов – назначать антиэметики, ветибулолитики, рекомендовать запивание таблеток большим количеством жидкости. В точки зрения классификационных подходов, выделение таких случаев в особую форму «вестибулярная мигрень» возможно, однако на практике сталкивается с определенными трудностями – нет четкого круга симптомов, которые были исчерпывающе описывали симптомы головокружения. Именно поэтому «вестибулярная мигрень» не вошла в основные рубрики МКГБ-3, а указана там в приложении среди форм головных болей, по которым нет согласованной позиции экспертов [4].

Среди пациентов с хронической мигренью ни в одном из случаев диагноз направления не соответствовал окончательному, что может быть связано со «стиранием» типичных дескрипторов мигрени при хронизации боли. Основной причиной направления таких пациентов в стационар была неэффективность терапии и как следствие наличие лекарственного абзуса (16 из 18 пациентов, 88,8 %). На наш взгляд, такие пациенты безусловно требуют стационарного лечения, а проведение курса детокс-терапии может рассматриваться как вариант приоритетного лечения у данной группы больных [5]. По нашему мнению, достоинством стационарного подхода у таких пациентов является возможность не только сгладить симптомы, возникающие при отмене абзусного препарата, но и начать терапию противорецидивную (амитриптиллин, топирамат), которая, как известно, на начальных этапах может сопровождаться побочными эффектами и требовать индивидуальной коррекции дозы.

Головная боль напряжения была диагностирована у 28 пациентов (29,2 %). Несмотря на то что, распространенность ГБН в течение жизни может достигать 78 % [1], распространенность ГБН за год на территории России в реальной практике составляет 30,8 % [2]. Несмотря на наличие типичного клинического паттерна у данных пациентов (двухсторонняя умеренная головная боль преимущественной давящего характера различной длительности), до обращения в стационар клиническая картина у пациентов расценивалась как цефалгия на фоне сосудистых изменений или вторичная головная боль на фоне перенесенной ранее нейроинфекции («арахноидит»). Данный подход реализовывался в выполнении пациенту на амбулаторном этапе большого количества различных дополнительных исследований и назначении данной группе пациентов медикаментозного лечения, лишённого таргетной направленности. Кроме того, на амбулаторном этапе ни у одного пациента не была диагностирована коморбидная тревожно-депрессивная патология. Ретроспективно у 18 пациентов (62,6 %) данной группы было диагностировано тревожно-депрессивное состояние, которое требовало медикаментозной и немедикаментозной коррекции. Такие результаты полностью укладываются в патогенетическую концепцию головной боли напряжения, в которой высокий уровень депрессии и тревожности рассматривается как один из ключевых факторов приводящих к каскаду изменений – включения центральных и периферических механизмов сенситизации, формирования мышечно-тонического синдрома, облегчения болевой трансмиссии и, в итоге, хронизации болевого синдрома.

Пациенты с кластерной головной болью направлялись в госпиталь как правило в период обострения и проходили стационарное лечение – такой подход позволял реализовывать верную тактику лечения – инфузия кислорода, проведение курса терапии кортикостероидами, начало терапии верапамилом. У пациентов, направлявшихся в стационар с последствиями ЧМТ, в анамнезе, как правило, регистрировались легкие травмы (сотрясение головного мозга), которые не имели должной временной связи с развитием события, сочетались с тревожно-депрессивной симптоматикой, при этом дескрипторы головной боли носили черты головной боли напряжения. Некоторые из этих пациентов имели четкую рентную установку на взаимосвязь головной боли и ранее имевшегося эпизода получения травмы головы. За период анализа у целого ряда пациентов были диагностированы относительно редкие формы первичной цефалгии – пароксизмальная гемикарния, гипническая головная боль и другие. С одной стороны диагностика данных форм абсолютно обоснованно требовала исключения реальной органической причины с учетом строгой односторонности приступов. С другой стороны, среди этих форм были заболевания, требовавшие определенных лечебных подходов, в частности назначения индометацина, имеющего в целом очень узкий профиль эффективного применения при лечении головных болей и других неврологических заболеваний.

Обсуждение. Проведенный нами анализ позволяет сделать суждение касательно совершенствования организации специализированной помощи больным с головными болями. Основной идеей дальнейшего совершенствования оказания помощи пациентам с первичной головной болью должна являться функциональная преемственность различных специалистов, подразделений, учреждений и видов медицинской помощи. Позитивная диагностика первичной головной боли должна базироваться исключительно на данных жалоб и анамнеза. Негативный подход, т.е. исключение вторичных и симптоматических головных болей, должен быть основан на выявлении знаков особого внимания – красных флагов. Спектр диагностических исследований должен включать необходимые методики, при этом не должен быть избыточным (наиболее «злоупотребляемые» методики – УЗДГ, ЭЭГ, РЭГ и др.). Подход терапии должен быть сформирован исключительно после определения конкретного вида головной боли и направлен не только на купирование приступов, но и включать противорецидивную терапию. Стационарное лечение безусловно необходимо проводить определенным группам пациентов – пациентам с абוזусной головной болью, пациентам с ежедневной головной болью и тяжелой коморбидностью, резистентным к адекватной терапии и поведенческими нарушениями.

Важной особенностью терапии пациентов с первичной головной болью является мультидисциплинарный подход с коррекцией часто формирующихся у пациентов пассивных форм психологической защиты, грубой дезадаптацией и снижением качества жизни. Образовательная деятельность может являться еще одним звеном системы оказания помощи пациентам с головной болью. Обучающие программы должны включать не только проведение школ головной боли для врачей, но и соответствующих школ для пациентов; целью данных мероприятий должно являться повышение информирования пациентов о биологических основах головных болей, роли стресса и образа жизни на течение заболевания, стимулирование и поощрение активных форм поведения пациента и борьба с любыми формами пассивных стратегий преодоления заболевания. Исследовательская деятельность включающая в себя проведение клинических исследований, анализ данных медицинской статистики и регистров, научные публикации и научное консультирование.

Заключение. Проведенный нами анализ показал, наиболее частым диагнозом направления являлся «вегетативно-сосудистая дистония» (n=33; 34,5 %), а наиболее частой причиной направления пациентов с первичной головной болью в стационар являлось уточнение окончательного диагноза (n=71; 73,4 %). Окончательным диагнозом как правило являлась эпизодическая мигрень и хроническая форма заболевания с частым наличием лекарственного абзуса (n=37; 38,5 %). Совершенствование оказания помощи пациентам с головной болью должно строиться на возможности повышения уровня знаний врачей в области диагностики и лечения головной боли, приверженности использования критериев диагностики в строгом соответствии с современной международной классификацией, реализации мультидисциплинарного лечебного подхода с коррекцией коморбидных нарушений.

Литература

1. Азимова Ю.Э., Сергеев А.В., Осипова В.В. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей // Российский журнал боли. – 2010. – № 3-4. – 12-8.
2. Осипова В.В., Азимова Ю.Э., Табеева Г.Р. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути её решения // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2012. – №2 (6). – 16-22.
3. Самарцев И.Н., Живолупов С.А. Головокружение. Новейшая интерпретация в неврологии / СПб.: Медпресс-информ. – 2019. – 200 с.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition // Cephalalgia. – 2018. – №1 (38). – 1-211.
5. Schnider P., Aull S. Baumgartner C, et al. Long-term outcome of patients with headache and drug abuse after inpatient withdrawal: five-year followup // Cephalalgia. – 1996. – № 16. – 481-485.