



Латышева В.Я., Олизарович М.В.
Бомельский государственный медицинский университет,
Бомельская областная клиническая больница

Основные этиологические факторы головной боли

ISSN 16.831-009.7

Поступила в редакцию 09.11.2010 г.

Резюме

На основании наблюдения и лечения головной боли у лиц с неврологическими, нейрохирургическими и соматическими заболеваниями предложен дифференциально-диагностический перечень основных причин ее развития.

Ключевые слова: головная боль, объемные образования головного мозга, черепно-мозговая травма, дифференциальный диагноз.

Как известно, головная боль – частый симптом при неврологических, соматических и нейрохирургических заболеваниях и травмах головного мозга [4]. Общепринятого определения боли нет. Она является своеобразным психофизиологическим состоянием человека, возникающим в результате воздействия сверхсильных раздражителей, вызывающих в организме изменения на органическом или функциональном уровне. Длительная головная боль часто приводит к изменениям в характере и поведении человека [5].

О типе болевых ощущений можно судить только по жалобам пациента. Симптом является субъективным восприятием больным своего состояния, называемого головной болью. Возможные эквиваленты: шум, тяжесть в голове (больные могут называть ее «туманом»), головокружение. Изредка встречается врожденное отсутствие чувства боли (аналгия). При кратковременных или длительных нарушениях психики (некоторые формы шизофрении, обширное поражение лобных долей мозга, алкогольное опьянение) возможно резкое изменение болевой чувствительности и даже безболевого течение тяжелых заболеваний (опухоль головного мозга, черепно-мозговая травма – ЧМТ).

Современная классификация головной боли принята Международным обществом по головной боли. Она включает в себя 13 ее основных типов:

- 1) мигрень;
- 2) головная боль напряжения;
- 3) кластерная головная боль и хроническая пароксизмальная гемикрания;

Боль – это реальное субъективное ощущение, обусловленное наносимым раздражением или патологическими изменениями в тканях организма

- 4) различные формы головной боли, не связанные со структурным поражением;
- 5) головная боль, связанная с травмой головы;
- 6) головная боль, связанная с сосудистыми расстройствами;
- 7) головная боль, связанная с несосудистыми внутричерепными расстройствами;
- 8) головная боль, связанная с приемом или отменой химических веществ;
- 9) головная боль, связанная с инфекцией;
- 10) головная боль, связанная с метаболическими нарушениями;
- 11) головная боль, связанная с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носа, пазух, рта, зубов и других структур лица и черепа;
- 12) краниальные невралгии, невропатии и отраженные боли;
- 13) неклассифицируемая головная боль.

Первые 4 типа – это первичные головные боли, являющиеся самостоятельными заболеваниями, последующие 7 – вторичные симптоматические головные боли.

Первичная головная боль возникает обычно в юношеском, реже в детском возрасте.

При появлении головной боли у пациентов старше 50 лет необходимо исключить ее вторичный характер.

Вторичная головная боль – состояние, при котором головная боль является проявлением основного патологического процесса, требующего как экстренной однократной, так и долгосрочной помощи. Этот вид боли часто связан с нейрохирургической патологией [2, 3].

Головная боль развивается в результате заболеваний, которые вовлекают структуры головы и шеи, обладающие болевой чувствительностью. Это мозговые оболочки, кровеносные сосуды и мышцы.

■ ЦЕЛЬ

Цель исследования – создание банка данных по этиологии головной боли.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на многолетнем анализе причин головной боли различной этиологии у пациентов университетской клиники Учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» на базе Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ и Гомельской областной клинической больницы.

На основании анализа более 200 случаев головной боли у пациентов с различными неврологическими, нейрохирургическими и соматическими заболеваниями предложен перечень причин ее появления.

При оценке головной боли учитывали следующие факторы: выраженность боли, время ее развития, длительность первичной головной боли, ее локализацию, характер боли, наличие светобоязни, тошноты, рвоты. Значимость данных факторов в диагностике заболеваний и травм варьирует.

Выраженность боли является важным показателем, и пациенты, которые жалуются на «самую сильную головную боль в своей жизни», требуют срочного и полного обследования. На первом месте в таких случаях при дифференциальном диагнозе должно стоять субарахноидальное кровоизлияние, затем менингит, мозговой инсульт и реже

Выделены 5 патогенетических механизмов развития головной боли: сосудистый, мышечный, ликвородинамический, невралгический, смешанный [4]. По временному параметру выделяют острую и хроническую головную боль (более 3 месяцев) [1].



кровоизлияние в опухоль. Возможен синдром Брунса при цистицерке в III или IV желудочке.

Время развития головной боли является наиболее отличительным признаком. Острый приступ головной боли предполагает внезапное повышение внутричерепного давления, что имеет место при субарахноидальном кровоизлиянии и не зависит от времени суток. Опухоли, абсцессы, подострые или хронические субдуральные гематомы, мигрень обычно развиваются постепенно, в течение нескольких дней или месяцев. Головная боль при гигантоклеточном артериите, как правило, протекает подостро или хронически, независимо от времени.

Локализация головной боли и ее иррадиация не являются специфичными, однако процессы в задней черепной ямке протекают более тяжело с клиникой брунсовских пароксизмов.

Характер головной боли также не является отличительной чертой различных заболеваний головного мозга. Головная боль при мигрени может быть пульсирующей или в виде толчков, она часто бывает давящей, сжимающей, иногда острой, колющей или тупой, чаще она встречается у женщин, носит односторонний характер и купируется в течение 2–3 суток.

Симптомы, сопутствующие головной боли, могут явиться важным фактором в определении этиологии заболевания.

Тошнота и рвота указывают на повышение внутричерепного давления или повреждение задней черепной ямки, что встречается часто при нейровегетативном симптомокомплексе Брунса (плавающем цистицерке в III или IV желудочке, опухоли IV желудочка), поражении червя мозжечка.

Фотофобии могут быть связаны с мигренью или с менингеальным поражением (воспалением или раздражением), таким как субарахноидальное кровоизлияние или менингит.

Ригидность мышц шеи типична для раздражения мозговых оболочек (менингеальный синдром).

Очаговые неврологические симптомы (афазия, зрительные симптомы, головокружение, атаксия, гемипарезы или чувствительные расстройства) могут возникать внезапно в сочетании с головной болью у пациентов с инсультом, эпилептическим припадком, субдуральной гематомой и мигренью. Головная боль при преходящем нарушении мозгового кровообращения (транзиторная ишемическая атака, гипертонический криз) обычно длится до 24 ч. Очаговая симптоматика при более длительной ишемии, кровоизлиянии и гематоме, как правило, стойкая.

При лихорадке, повышенном потоотделении, ознобе следует заподозрить наличие инфекции, а в случае головной боли, ригидности мышц шеи и нарушения сознания в первую очередь в дифференциальном диагнозе необходимо исключить менингит или менингоэнцефалит.

В связи с большим разнообразием причин развития головных болей представляем разработанный нами дифференциально-диагностический перечень патологических состояний, при которых головная боль может быть ведущим симптомом.

Головная боль, возникающая остро

Нейрохирургические причины:

- ЧМТ (легкой, средней и тяжелой степени, травматическое субарахноидальное кровоизлияние);

Длительность первичных головных болей различна, хотя обычно они продолжаются от нескольких часов до нескольких дней. Головные боли, которые длятся дольше, несмотря на проводимое лечение, должны вызвать подозрение на опухоль, при наличии в анамнезе ЧМТ – на суб- или эпидуральную гематому.

- опухоли головного мозга с кровоизлиянием или блокадой ликворных путей;
 - спонтанное нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние при разрыве аневризмы либо артериовенозной мальформации (АВМ) сосудов головного мозга;
 - острые гидроцефальные кризы;
 - приступы Брунса (при цистицеркозе, опухоли желудочковой системы головного мозга, с преимущественной локализацией в III или IV желудочке);
 - абсцесс головного мозга;
 - нетравматические внутримозговые гематомы, в т.ч. при тромбоцитопенической пурпуре, гемофилии;
 - арахноидальные врожденные кисты (при остром нарушении ликвороциркуляции с повышением внутричерепного давления);
 - спонтанная подпапонеуротическая гематома при тромбоцитопении;
 - боль, связанная с люмбальной пункцией (развитие ликворной гипотензии или менингизма).
- Неврологические причины (при манифестации или обострении заболевания):
- менингиты, менингоэнцефалиты, энцефалиты;
 - синдром Барре-Льеу (задний шейный симпатический синдром, цервикокраниалгия) при шейном остеохондрозе;
 - мигрень;
 - кластерная головная боль;
 - инфаркт головного мозга (головная боль, как правило, появляется при большой зоне поражения с повышением внутричерепного давления);
 - острый церебральный арахноидит;
 - симпаталгии области головы, лица и шеи:
 - цилиарная невралгия (боли в области глаза);
 - крылонебная невралгия Слудера (боли в области верхней челюсти);
 - невралгия ветвей тройничного нерва;
 - затылочная невралгия (поражение большого или малого затылочного нерва);
 - синдром Рейхерта (при поражении барабанного сплетения);
 - периодическая мигренозная невралгия Гарриса;
 - гистаминовая цефалгия (синдром Хортона);
 - синдром каротидного сифона (Толосы-Ханта);
 - височный артериит гигантоклеточный (синдром Хортона-Магата-Брауна);
 - синдром Рамзая-Ханта;
 - кашлевая головная боль;
 - головная боль мышечного напряжения при неврозах и психозах.
- Терапевтические причины:
- острые соматические инфекции с высокой температурой тела;
 - криз при артериальной гипертензии;
 - эндокринные заболевания (криз при феохромоцитоме);
 - ангиодистония при ревматических заболеваниях (при ревматизме, системной красной волчанке, узелковом периартериите);



- облитерирующий тромбангиит (при обострении и манифестации).
ЛОП-патология:
- синуситы – фронтит, реже гайморит, этмоидит;
- острый отит, обострение хронического отита.
- Глазная патология:
- иридоциклит;
- глаукома;
- ретробульбарный неврит.

Хроническая головная боль

Нейрохирургические причины:

- хроническая внутричерепная гематома;
- последствия ЧМТ (гидроцефалия, синдром трепанационного отверстия);
- опухоли головного мозга, в т.ч. аденома гипофиза;
- гидроцефалия (окклюзионная и неокклюзионная);
- туберкулома;
- некоторые неразорвавшиеся аневризмы, АВМ (некоторые из них могут имитировать мигренозные приступы);
- эхинококковые кисты;
- арахноидальные врожденные кисты;
- сифилитическая гумма;
- цистицеркоз головного мозга;
- заболевания костей черепа (болезнь Педжета, метастазы в кости черепа (чаще при раке легких, молочной железы, простаты)), поражение при миеломной болезни (множественной миеломе).

Неврологические заболевания:

- рефлекторные, корешковые синдромы, синдром заднего шейного симпатического узла при шейном остеохондрозе;
 - мигрень;
 - головные боли напряжения (при неврозах, метеотропные);
 - хронические арахноидиты;
 - симпаталгии области головы;
 - вегетососудистая дистония;
 - кластерная головная боль;
 - периодическая мигренозная невралгия Гарриса;
 - гистаминовая цефалгия (синдром Хортона);
 - хроническая пароксизмальная гемикрания;
 - синдром каротидного сифона (Толосы-Ханта);
 - височный артериит гигантоклеточный (синдром Хортона-Магата-Брауна);
 - нейросифилис (гипертрофический пахименингит, гумма);
 - доброкачественная внутричерепная гипертензия.
- Терапевтические:
- хронические интоксикации (уремия, производственные);
 - артериальная гипертензия;
 - артериальная гипотония;
 - эндокринные заболевания;
 - ангиодистония при ревматических заболеваниях (ревматизм, системная красная волчанка, узелковый периартериит);
 - облитерирующий тромбангиит.

К хронической относится боль, беспокоящая пациента более 3 месяцев. Могут быть «светлые» променютки, когда больной чувствует себя вполне удовлетворительно, после чего головная боль возобновляется.

При опросе и обследовании пациентов, страдающих хроническими головными болями, необходимо уточнить возможное появление новых вариантов боли, о чем сам больной может не сообщить.

Необходимо четко знать характер головных болей при таких опасных заболеваниях, как спонтанное субарахноидальное кровоизлияние, криз Брунса, окклюзионная гидроцефалия, эпилепсия, субдуральная внутримозговая гематома, и обязательно включать их в дифференциально-диагностический перечень уже при первом обращении больного к врачу на амбулаторном этапе.

ЛОР-патология:

- фронтит, реже гайморит, этмоидит;
- хронический отит.

При изучении анамнеза обследованных пациентов были установлены характерные ошибки, допускаемые при диагностике нейрохирургической патологии с головными болями:

- переоценка роли головной боли при таких частых сопутствующих заболеваниях, как артериальная гипертензия и остеохондроз шейного отдела позвоночника;
- недостаточно активный опрос с целью уточнения характера головных болей (особенно важно его изменение за последнее время);
- переоценка на первом этапе болезни общего удовлетворительного состояния больного;
- недооценка нарастающего и стойкого характера головных болей;
- неполный сбор анамнеза, в частности после перенесенной ЧМТ, в т.ч. легкой;
- игнорирование повторного обращения к врачу по поводу головных болей, особенно лиц молодого возраста.

В связи с вышеизложенным были обоснованы и разработаны рекомендации для более достоверной диагностики заболеваний, протекающих с головными болями.

Головная боль, появившаяся впервые, особенно у лиц молодого возраста, требует тщательного обследования. Акцент необходимо делать на диагностику опасных для жизни заболеваний (опухоль, гематома, нетравматическое кровоизлияние, окклюзионная гидроцефалия).

Заключение об аггравации или симуляции головной боли необходимо делать только после проведения магнитно-резонансной томографии или рентгеновской компьютерной томографии головного мозга.

В условиях первичного звена оказания медицинской помощи необходимо тщательного сбора жалоб и анамнеза минимальными обследованиями при головной боли следует признать краниографию в 2 проекциях (прямой и боковой) и осмотр глазного дна.

Все случаи впервые возникшей головной боли, сопровождающиеся даже минимальной неврологической симптоматикой, требуют проведения нейровизуализации в ближайшее время.

Схема диагностики головных болей

При первой встрече с пациентом, обратившимся по поводу головной боли, следует применить следующий алгоритм опроса. Важно узнать:

- о (об) наличии травмы головы в анамнезе (хроническая гематома);
- предшествующей инфекции или гриппе (арахноидит, менингит);
- ЛОР-патологии в анамнезе (фронтит, отит);
- наличии судорог или приступов потери сознания (опухоль, паразитарные заболевания);
- острой, «кинжальной» боли, являющейся характерной картиной спонтанного субарахноидального кровоизлияния (необходимо дифференцировать в первые часы от менингита);
- возможных приступов Брунса (гидроцефальный криз).

Также необходимо подробное описание картины мигренозных пароксизмов, а у женщин следует определить связь боли с менструальным циклом либо климаксом.



При работе с пациентами до 30 лет менее вероятными будут такие заболевания, как инсульт и артериальная гипертензия.

При работе со старшей (более 50 лет) возрастной группой необходимо уделять внимание возможной артериальной гипертензии и цервикраниалгии при шейном остеохондрозе. Практически не встречаются как впервые возникшие такие заболевания, как мигрень и артериальная гипотония, которые чаще имеют пролонгированное течение.

У молодых женщин часто встречаются головные боли вследствие артериальной гипотонии и напряжения мышц, покрывающих череп, после психотравм, при невротических и тревожных состояниях.

■ Выводы

1. Головные боли являются типичным и частым симптомом не только при неврологической, нейрохирургической, но и соматической патологии.
2. Качественный сбор жалоб и анамнеза заболевания или травмы позволяют исключить патологию, угрожающую здоровью больного или приводящую к летальному исходу.
3. Использование дифференциально-диагностического перечня позволяет наиболее полно учесть все возможные причины развития головной боли у пациента и провести патогенетически обоснованное дифференцированное лечение.

Resume

Latyisheva V.Y., Olizarovich M.V.
Gomel state medical university,
Gomel regional clinical hospital

The basic etiological factors of headache

On base of results of treating headache in patient with neurologic, neurosurgery and inner organs diseases we propose differential diagnostic list of its origin.

Key words: headache, volume formations of a brain, craniocerebral trauma, the differential diagnosis.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Артеменко А.Р. Хронические ежедневные головные боли: хроническая мигрень / А.Р. Артеменко // Болевые синдромы в области головы, лица и полости рта: материалы конф. – Смоленск, 2010. – С. 35–45.
2. Лебедев В.В. Руководство по неотложной нейрохирургии / В.В. Лебедев, Л.Д. Быковников. – М: Медицина, 1987. – 336 с.
3. Цементис С.А. Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии / С.А. Цементис; под ред. Е.И. Гусева. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 368 с.
4. Шток В.Н. Головная боль / В.Н. Шток. – М: Медицина, 1987. – 304 с.
5. Samuels M.A. Manual of Neurologic Therapeutics / M.A Samuels. – Little, Brown and Company, 1995. – 451 p.