

Головная боль напряжения: диагностика и терапия

В.В.Осипова

Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии

ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова»

Опубликовано: В.В.Осипова. Головная боль напряжения: диагностика и терапия / Вестник семейной медицины, №2, 2010, стр. 26-30.

Головная боль напряжения (ГБН) – самая частая форма головной боли, с которой пациенты обращаются к неврологам и врачам общей практики (2,7,12). Несмотря на то, что ГБН относится к первичным (доброкачественным) формам цефалгий и не связана с поражением головного мозга, она в значительной степени нарушает работоспособность и качество жизни пациентов. По сравнению с другими формами первичной головной боли ГБН приводит к самым значительным социально-экономическим последствиям (10,13). Раньше ГБН рассматривалась как преимущественно психогенное расстройство, ее называли болью «мышечного напряжения» или «стрессовой цефалгией». Однако результаты исследований подтвердили нейробиологическую природу ГБН ((8,9). Распространенность ГБН в течение жизни (life prevalence) в общей популяции по данным различных исследований варьирует от 30 до 78%, что значительно превышает распространенность мигрени (8-20%).

Классификация ГБН. В соответствии с Международной классификацией головных болей второго пересмотра (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 - на частую и нечастую (Таблица 1) (4,6,11).

В Дании 59% популяции имеют ЭГБН один раз в месяц или реже, 3% страдают ХГБН с частотой более 15 дней в месяц. Результаты первого в России крупного популяционного исследования, проведенного у взрослого населения г. Ростова-на-Дону и включавшего 2753 респондента, показали, что распространенность ГБН в популяции составила 66% (3). Наиболее часто врачу приходится иметь дело с двумя разновидностями: частой ЭГБН и ХГБН. Основное отличие ЭГБН от ХГБН состоит в количестве дней с головной болью в месяц; остальные клинические проявления обеих форм схожи. Кроме того, обе формы подразделяются (в зависимости от наличия или отсутствия мышечной дисфункции) на подтипы «с напряжением» и «без напряжения перикраниальных мышц».

Таблица 1

2. Головная боль напряжения (МКГБ-2, 2004)

2.1. Нечастая эпизодическая ГБН

2.1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением (болезненностью) перикраниальных мышц

2.1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.2. Частая эпизодическая ГБН

2.2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.3. Хроническая ГБН

2.3.1. Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.3.2. Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц

2.4. Возможная ГБН

2.4.1. Возможная нечастая эпизодическая ГБН

2.4.2. Возможная частая эпизодическая ГБН

2.4.3. Возможная хроническая ГБН

Критерии диагностики и клиническая характеристика ГБН

Критерии диагностики в соответствии с МКГБ-2 и дополнительные признаки ГБН представлены на Рис. 1 и 2 (4).

Рис. 1

**Критерии диагностики ГБН
(МКГБ-2, 2004)**

- **ГБ длительностью от 30 минут до 7 дней**
- **Как минимум два из следующих признаков:**
 - двухсторонняя локализация
 - давящий/сжимающий/ не пульсирующий характер
 - легкая или умеренная интенсивность
 - боль не усиливается при обычной физической активности (ходьба, подъем по лестнице)
- **Оба из следующих признаков:**
 - отсутствует тошнота или рвота (может появляться анорексия)
 - только один из симптомов: фото- или фонофобия
- **ГБ не связана с другими расстройствами**

Рис. 2

Дополнительные диагностические признаки ГБН

- Рисунок боли по типу «обруча» или «каска»
- Слабая или умеренная интенсивность (до 6 баллов по ВАШ)
- Усиление боли на фоне эмоциональных переживаний
- Облегчение боли при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления

Клиническая характеристика. Головная боль, обычно двусторонняя, имеет сжимающий или давящий неп пульсирующий характер, часто по типу «обруча» или «каска», многие пациенты описывают боль, как «опоясывающую вокруг висков». Боль может появляться вскоре после пробуждения, и присутствует на протяжении всего дня, то, усиливаясь, то ослабевая. Нередко приступ ГБН начинается во второй половине дня после напряженной работы или стресса.

В отличие от мигрени, для которой характерна очень сильная пульсирующая боль в одной половине головы и такие симптомы, как тошнота, рвота, непереносимость дневного света, звуков, запахов, головная боль при ГБН имеет легкую или умеренную интенсивность, обычно не сопровождается тошнотой и рвотой, но может снижаться аппетит; иногда боли может сопутствовать умеренно выраженная чувствительность к свету или звукам. У некоторых пациентов головная боль может быть больше выражена с одной стороны, но чаще является двусторонней, диффузной. В Таблице 2 представлены клинические отличия ГБН от мигрени.

Большинство пациентов во время эпизода ГБН сохраняют способность работать и выполнять свои обычные обязанности, в отличие от больных мигренью, у которых во время приступа наблюдается существенное нарушение работоспособности и общего состояния. Исключение составляет хроническая форма ГБН, при которой несильные, но

практически ежедневные тупые головные боли изматывают пациентов, существенно снижая их работоспособность и качество жизни в целом.

Характерными признаками ГБН можно считать возникновение или усиление боли на фоне эмоциональных переживаний, тревоги, стресса и ее облегчение при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления (отдых, приятное, интересное времяпрепровождение) (Рис. 2). Иногда даже переключение внимания (например, приятная встреча, телефонный разговор, просмотр кинофильма) может ослабить боль.

Таблица 2 Сравнительная клиническая характеристика ГБН и мигрени

Клиническая характеристика	Мигрень	ГБН
Сторона боли	Односторонняя боль (половина головы), чередование сторон	Двусторонняя, диффузная
Характер боли	Пульсирующий	Сжимающий, опоясывающий, по типу «обруча» или «каска»
Локализация боли	Висок, область глаза, лоб, темя	Вокруг висков, темя, затылок
Интенсивность боли	Сильная, невыносимая (более 8 баллов по ВАШ)*	Слабая или умеренная (3-5 баллов по ВАШ)*
Сопутствующие симптомы	Тошнота и/или рвота, фоно-, и фотофобия	Редко тошнота, возможно присутствие либо фото-, либо фонофобии
Связь с физической нагрузкой	Обычная физическая нагрузка (подъем по лестнице) усиливает боль	Нет связи
Провоцирующие факторы	Стресс, перемена погоды, избыточный или недостаточный сон, менструация, алкоголь, голод, духота	Стресс, вынужденная неудобная поза, вызывающая напряжение мышц головы или шеи
Наследственность	Положительная у 60% пациентов	Нет

* ВАШ – визуальная аналоговая шкала боли (10 баллов)

Наряду с ГБ, большинство пациентов с ГБН жалуются на преходящие или постоянные болевые ощущения или чувство напряжения и дискомфорта в области затылка, задней поверхности шеи и надплечий (синдром «вешалки для пальто»). Поэтому важной частью осмотра пациента с ГБН является исследование перикраниальных мышц, тем более что других неврологических проявлений у этих пациентов, как правило, не обнаруживается. Было показано, что из трех диагностических приемов – обычная пальпация, ЭМГ с поверхностными электродами и альгометрия – только пальпаторный метод является наиболее чувствительным при выявлении ДПМ у больных ГНБ и мигренью (1,12).

Поэтому в МКГБ-2 для дифференциальной диагностики подтипов ГБН с напряжением и без напряжения мышц предлагается только метод пальпации*.

* ДПМ легко выявляется при пальпации мелкими вращательными движениями вторым и третьим пальцами, а также при надавливании в области лобных, височных, жевательных, крылонебных, грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц. Чтобы получить общий балл болезненности для каждого пациента, необходимо суммировать баллы локальной болезненности, полученные при пальпации каждой отдельной мышцы и рассчитанные с помощью вербальной шкалы от 0 до 3 баллов.

Жалобы на болезненность и напряжение мышц шеи и затылка, являющиеся клиническим отражением ДПМ, нарастают по мере увеличения интенсивности и частоты эпизодов ГБ, а также по мере увеличения силы боли во время самого эпизода. Показано, что в патогенезе хронического мышечно-тонического болевого синдрома лежит механизм «порочного круга», когда возникшее напряжение мышцы приводит к перевозбуждению спинальных нейронов, позным нарушениям и еще большему усилению боли. Наличие ДПМ необходимо учитывать при выборе стратегии лечения; кроме того, при беседе с пациентом необходимо разъяснить ему механизм мышечного напряжения и его значение для течения заболевания. При наличии повышенной чувствительности (болезненности) перикраниальных мышц при пальпации следует поставить диагноз «ЭГБН (ХГБН) с напряжением перикраниальных мышц».

Кроме того, у пациентов с ГБН почти всегда присутствуют жалобы на повышенную тревожность, сниженный фон настроения, плохое качество ночного сна, тоску, апатию, или наоборот агрессивность и раздражительность. Эти проявления - следствие тревожных и депрессивных расстройств, степень которых у пациентов с ГБН варьирует от легкой до тяжелой. Выраженная депрессия наиболее часто обнаруживается у пациентов с ХГБН; она поддерживает мышечное напряжение и болевой синдром, приводя к серьезной дезадаптации этих пациентов.

Провоцирующие факторы. Важнейшим провокатором приступа ГБН является эмоциональный стресс (острый при ЭГБН и хронический при ХГБН). При отвлечении внимания или положительных эмоциях боль может ослабевать или полностью исчезать, затем возвращается вновь. Второй провокатор боли при ГБН - т.н. «мышечный фактор»: позное напряжение (длительное вынужденное положение шеи и головы во время работы за столом, за рулем автомобиля) и др. Необходимо подчеркнуть, что эмоциональный стресс сам по себе является фактором, вызывающим и поддерживающим ДПМ.

Роль дополнительных обследований. При типичной клинической картине проведение дополнительных обследований не показано и неинформативно (10,12). У пациентов с ГБН, так же как и у больных мигренью, при дополнительных исследованиях (КТ, МРТ,

ЭЭГ, УЗДР, РЭГ, рентгенография черепа и др.) могут обнаруживаться неспецифические изменения (например, признаки дисциркуляторной энцефалопатии при нейровизуализационных исследованиях, атеросклеротические изменения и нарушения венозного оттока при УЗДГ, РЭГ или ДССГ, дистрофические изменения на рентгенографии шейного отдела позвоночника). Следует подчеркнуть, что эти изменения, нередко ошибочно расцениваются врачами как причина ГБН и являются основанием для таких неверных диагнозов, как: дисциркуляторная/гипертоническая энцефалопатия, остеохондроз позвоночника, вегето-сосудистая дистония, гипертензионно-гидроцефальный синдром, вертебро-базилярная недостаточность и др. Таким образом, инструментальные методы и консультации специалистов показаны только при нетипичном течении ГБН или выявлении «сигналов опасности», то есть при подозрении на симптоматический (вторичный) характер головной боли.

Клинические разновидности ГБН. При нечастой ЭГБН пациенты редко обращаются к врачу; как правило, специалисту приходится сталкиваться с частой ЭГБН и ХГБН. ХГБН - расстройство, происходящее из эпизодической ГБН и проявляющееся очень частыми или ежедневными эпизодами ГБ продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток. Так же как и хроническая мигрень, *хроническая ГБН* представляет собой одну из форм *хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ)*, которая отличается наиболее тяжелым течением, всегда сопряжена с выраженной дезадаптацией пациентов, а, следовательно, со значительными индивидуальными и социально-экономическими потерями (1.8).

При ХГБН головная боль возникает не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (не менее 180 дней в год). При тяжелом течении пациенты могут совсем не иметь безболевого промежутков и испытывают ГБ постоянно изо дня в день. Важным диагностическим признаком ХГБН является предшествующая история ЭГБН (так же, как для установления диагноза хронической мигрени необходимо наличие в анамнезе типичных эпизодических мигренозных атак).

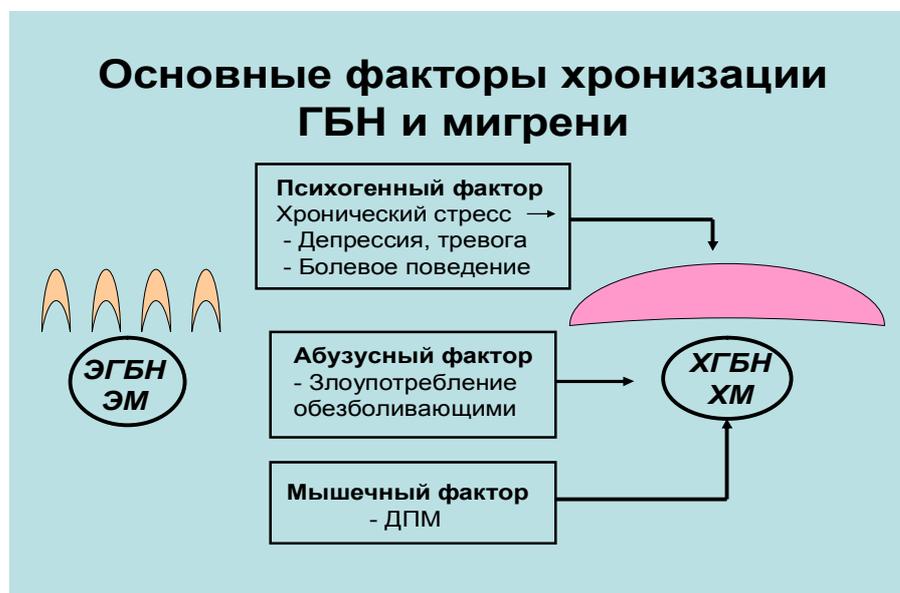
Сочетание мигрени и ГБН. У некоторых пациентов отмечается сочетание эпизодической М и ЭГБН. Как правило, это пациенты с типичным анамнезом М, у которых со временем появляются приступы ЭГБН. Учитывая явные различия этих двух форм ГБ, пациенты, как правило, отличают приступы М от приступов ЭГБН.

Факторы хронизации ГБ. Важную роль в формировании хронического паттерна боли, (т.е. в трансформации эпизодических ГБ в хронические), как при ГБН, так и при М, играют т.н. факторы хронизации (Рис. 3).

Среди психических факторов, предрасполагающих к хронизации боли, на первом месте стоит депрессия. Частым механизмом формирования хронического стресса и депрессии является накопление травмирующих жизненных событий, когда больной оказывается перед лицом неразрешимых для себя проблем. Показано также, что особые характеристики личности и выбор пациентом несовершенных поведенческих стратегий преодоления боли также играют важную роль в трансформации эпизодической ГБ в хроническую и ее персистировании.

Вторым важнейшим фактором хронизации является лекарственный абюзус, т.е. избыточное применение симптоматических обезболивающих препаратов. В Европе более 70% пациентов с ХЕГБ злоупотребляют анальгетиками, производными эрготамина, а также комбинированными препаратами, в состав которых входят анальгетики, седативные, кофеин- и кодеин- содержащие компоненты. Показано, что у пациентов с большим потреблением анальгетиков формирование хронического типа боли протекает в 2 раза быстрее и что лекарственный абюзус существенно затрудняет лечение пациентов с ХЕГБ. Поэтому для развития эффекта профилактической терапии важнейшим условием является отмена препарата, вызвавшего абюзус.

Рис. 3



Мышечный фактор, о котором говорилось выше, также способствует формированию хронического течения цефалгических синдромов. Обязательные для пациентов с хроническими формами ГБ эмоциональный стресс и психические нарушения (депрессия и тревога), в свою очередь, поддерживают мышечное напряжение, приводя к персистированию боли.

Патогенез. Хотя изначально ГБН рассматривалась как преимущественно психогенное расстройство, исследования, проведенные в последние годы, подтвердили ее нейробиологическую природу. Предполагают, что в происхождении ГБН принимают участие как периферические, так и центральные ноцицептивные механизмы, основные из которых представлены на Рис. 4.

Рис. 4



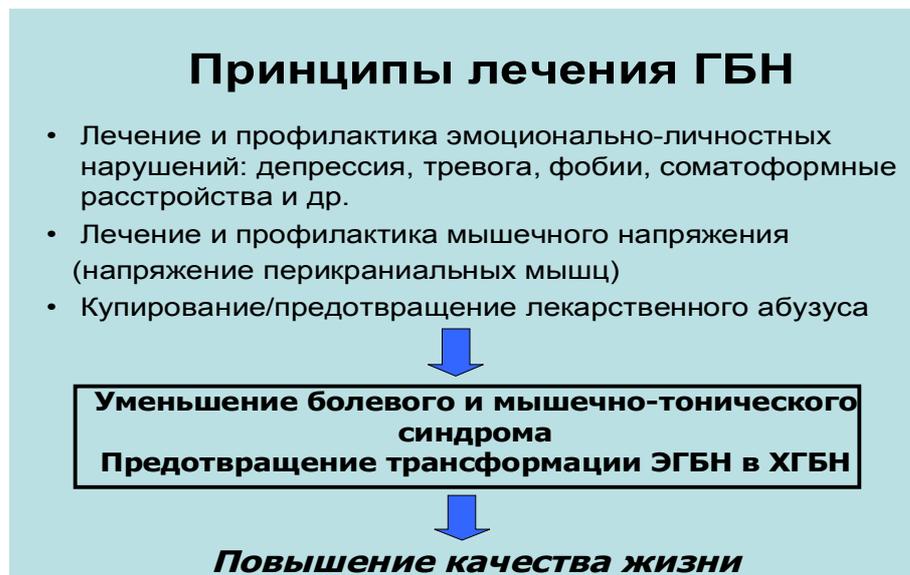
Лечение ГБН

Для купирования приступов ГБН можно рекомендовать анальгетики, в том числе комбинированные (спазмолгон, солпадеин, седалгин-нео, пенталгин, спазмовералгин и др.) и препараты из группы НПВС. Высокоэффективными средствами для купирования приступов ГБН являются препараты, на основе ибупрофена. Один из них – МИГ, содержащий 400 мг ибупрофена, обладает быстродействующим анальгетическим эффектом и большей безопасностью за счет более быстрого распада в желудке по сравнению с другими НПВС.

Хорошим эффектом также обладают: диклофенак (Вольтарен, в том числе быстродействующая форма Вольтарен-рапид в виде саше), а также препараты на основе парацетамола, кетопрофена и кеторолака. Необходимо подчеркнуть, что в связи с риском развития лекарственно-индуцированной (абузусной) головной боли прием НПВС не должен превышать 10 раз в месяц. Это особенно важно у пациентов с частотой приступов ГБН >10 в месяц.

Основные принципы профилактического лечения ГБН представлены на Рис. 5. Только комплексный подход, направленный на нормализацию эмоционального состояния пациента (лечение депрессии), устранение ДПМ (уменьшение мышечного напряжения) и, при необходимости, лекарственного злоупотребления позволяет облегчить течение ГБН и предотвратить хронизацию ГБ.

Рис. 5



Группы препаратов, используемые для лечения ГБН (в основном частой ЭГБН и ХГБН) перечислены на Рис. 6. Наиболее эффективными являются антидепрессанты, миорелаксанты и препараты из группы НПВС (последние следует назначать с осторожностью из-за риска лекарственного злоупотребления).

Рис. 6

Профилактическое лечение ГБН

1. Фармакотерапия

- Антидепрессанты (амитриптилин, СИОЗС, СИОЗСН)
- НПВС (ибупрофен, диклофенак, кетопрофен)
- Миорелаксанты (сирдалуд, мидокалм)
- Антikonвульсанты (топирамат, вальпроат, габапентин)
- При сочетании ГБН с мигренью: препараты для профилактического лечения мигрени (бета-блокаторы, БКК, антikonвульсанты, АД)

2. Немедикаментозные методы

3. Контроль количества принимаемых обезболивающих препаратов!

Миорелаксанты особенно показаны пациентам с выраженной болезненностью и напряжением перикраниальных мышц. Хорошей эффективностью обладает тизанидин (Сирдалуд), который не только значительно уменьшает мышечное напряжение, но обладает прямым противоболевым действием.

Для лечения тяжелых случаев хронической ГБН в последнее время, наряду с амитриптилином и СИОЗС применяют антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (дулоксетин, венлафаксин), а также антikonвульсанты (топирамат, габапентин, вальпроат). При сочетании М и ГБН следует применять традиционные средства для профилактики М: бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, антikonвульсанты. В ряде исследований показана эффективность ботулинического токсина при ГБН, сочетающейся с напряжением перикраниальных мышц. Необходимо подчеркнуть, что продолжительность терапии ГБН должна составлять от 3 до 6 месяцев (в среднем 4 месяца). При преждевременном прекращении лечения возникает риск рецидива ГБН.

У многих пациентов, особенно при наличии выраженной депрессии, стойкого психологического конфликта и мышечного напряжения хорошим эффектом обладают немедикаментозные методы: психотерапия, психологическая релаксация, биологическая обратная связь, постизометрическая мышечная релаксация, массаж воротниковой зоны, фитнес, водные процедуры и др. Важнейшей частью лечения является разъяснение пациенту природы ГБН, в том числе роли эмоциональных факторов и перенапряжения

перикраниальных мышц, поэтому необходимым компонентом терапии является обучение методикам психологической и мышечной релаксации.

Библиография

1. В.В.Осипова. Первичные головные боли. В кн: Неврология: национальное руководство / по ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, В.И.Скворцовой, А.Б.Гехт. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1040 с. – 700-731.
2. Карлов В.А., Яхно Н.Н. Мигрень, пучковая головная боль, головная боль напряжения // Болезни нервной системы / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. — Т.2. — М.: Медицина, 1995.— С. 325–337.
3. Куцемелов И.Б. Клинико-эпидемиологический анализ первичных головных болей взрослого городского населения. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М.2005, 25 с.
4. Международная классификация головных болей. — 2-е изд. Полная русскоязычная версия. — Международное общество головной боли, 2003. — 380 с.
5. Осипова В.В. Головная боль напряжения. В кн: Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, А.Б.Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С.83-96.
6. Осипова В.В. Головная боль напряжения: Практическое руководство для врачей. – М.: «ОГГИ. Рекламная продукция», 2009. – 44 с.
7. Первичные головные боли. Практическое руководство. / В.В.Осипова, Г.Р.Табеева. – М.:, ООО «ПАГРИ-Принт», 2007. – 60с.
8. Штрибель Х.В. Терапия хронической боли: Практическое руководство: Пер. с нем. / Под ред. Н.А. Осиповой, А.Б. Данилова, В.В. Осиповой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 304 с.
9. Яхно Н.Н., Парфёнов В.А., Алексеев В.В. Головная боль. — М.: Ремедиум, 2000. — 150 с.
10. European principles of management of common headache disorders in primary care, TJ Steiner, K Paemeliere, R Jensen, D Valade, L Savi, MJA Lainez, H-D Diener, P martelletti and EGM Couturier (on behalf of the European Headache Federation and Lifting The Burden: The Global Campaign to Reduce the Burden of Headache Worldwide, J Headache Pain 2007; 8 (supplement 1).
11. Headache Classification Committee of the International Headache Society: The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Cephalalgia 2004;24 (Suppl 1):1-160.
12. Olesen J, Tfelt-Hensen P, Welch KMA (eds). The headaches, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002.
13. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in clinical practice, 2nd ed. London: Martin Dunitz, 2002.