

Головная боль

как междисциплинарная проблема

Головная боль – одна из наиболее частых жалоб, с которой пациенты обращаются к врачам различных специальностей. Она может быть не только симптомом патологических процессов, локализующихся в челюстно-лицевой области, но и ведущим проявлением многих других заболеваний, поэтому ее лечение требует мультидисциплинарного подхода. Так, головная боль является единственным или главным симптомом по меньшей мере при 45 нозологиях, поэтому понимание ее патофизиологических механизмов и возможностей их коррекции необходимо медицинским специалистам любого профиля.

Актуальность проблемы

Головная боль является одним из наиболее часто встречающихся патологических состояний человека, что обуславливает актуальность проблемы ее лечения для современной медицины. Так, более 70% населения развитых стран страдает острой или хронической головной болью различной частоты и интенсивности, а 20-30% людей отмечают снижение по этой причине социальной и трудовой активности. По некоторым данным, около 93% мужчин и 99% женщин в течение своей жизни хотя бы один раз испытали головную боль, причем у 25-40% людей она имеет рецидивирующий или стойкий характер.

Не удивительно, что головная боль является одной из наиболее частых причин обращаемости к врачам не только в неврологической, но и в общемедицинской и амбулаторной практике. Так, около 1% неотложных состояний связаны с данной проблемой. По распространенности болевых синдромов она занимает третье место после болей в спине и суставных болей.

Наконец, головная боль представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему, поскольку приводит к ухудшению качества жизни и большим экономическим потерям. По уровню материальных затрат на лечение головная боль среди неврологических заболеваний уступает лишь деменции и нарушению мозгового кровообращения. Кроме того, совокупный расчет количества дней нетрудоспособности и степени снижения качества выполняемой работы показал, что потери по причине головной боли ориентировочно в 2-5 раз выше, чем от эпилепсии, и в 12 раз выше, чем от заболеваний опорно-двигательной системы.

В типовой структуре головных болей преобладает эпизодическая головная боль напряжения (70%) и мигрень (16%). Около 2/3 пациентов во время мигренозной атаки испытывают сильную и очень сильную боль, которая сопровождается значительным нарушением трудоспособности.

История вопроса

Головная боль – проблема, издавна известная человечеству. Самое раннее описание мигрени встречается в шумерской поэме, написанной около 3000 лет до н. э. В медицинских трактатах Месопотамии описана головная боль, ассоциированная со зрительными нарушениями: «голова покоряется боли, охватившей висок, и глаза затуманивает боль, зрение слабеет». Из этого следует, что мигрень была хорошо известна уже в древнем мире.

В некоторых рукописях древних египтян упоминаются такие симптомы мигрени, как тошнота и потеря аппетита. Полагалось, что головная боль вызвана злыми духами. Об избавлении от головной боли просили у богинь Изис

и Нефтис. Впервые сочетание односторонней головной боли, рвоты и общей слабости было описано у куртизанки при дворе египетского фараона 3500 лет назад как «болезнь половины головы». В греческой же мифологии упоминается, что Зевс страдал головной болью до тех пор, пока из его головы не родилась Афина.

Сам термин «головная боль» (κεφαλαλγία, цефалгия) известен со времен Гиппократов (5 век до н. э.). В упоминаниях о головной боли в Кодексе Гиппократов имеются данные о ее этиологии, включающей климатические условия, стресс и либидо. В трактатах Гиппократов можно найти классическое описание мигрени: «...Он видел перед собой какое-то сияние. Яркий свет обычно появлялся перед правым глазом. Когда свет исчезал, возникала сильнейшая боль в правом виске, которая охватывала всю голову и шею... рвота же несколько облегчала боль».

Великие врачеватели I века н. э. Гален и Аретеус, а также римский ученый Цельс детально описывали различные типы головной боли. Выделялись острые головные боли, представляющие серьезную угрозу, особенно если сопровождались ознобом, лихорадкой и слабостью, а также хронические, которые могли сопровождать человека всю его жизнь. Цельс впервые отметил, что мигрень – это неизлечимое заболевание, не угрожающее жизни и обусловленное провоцирующими факторами, а боль при ней может быть как локальной, так и генерализованной.

Аретей (Аретеус) выделял три типа головной боли: цефалгию (cephalgia – редко возникающая умеренная боль, продолжительностью в несколько дней, вполне соответствующая современным представлениям об эпизодической головной боли напряжения), цефалею (cephalaea – более продолжительная и интенсивная головная боль – хроническая головная боль напряжения) и гетерокранию (heterocrania – односторонняя боль с потемнением перед глазами, тошнотой, рвотой, фото- и осмофобией, т. е. мигрень).

Гален описывал различные причины головных болей, такие как холод, испарения, диспепсия, употребление вина и травма. Он применял термин «цефалея» для хронической головной боли и описывал ее как персистирующую боль или состояние, проявляющееся приступами, во время которых пациент не переносит свет и звуки.

Головные боли занимают значительную главу в работах великих врачевателей Византии (324-1453 гг. н. э.), наибольшие города которой – Константинополь и Александрия – на протяжении более чем тысячелетия были ведущими центрами развития медицины. Так, Орибазий (4 век н. э.) – личный врач императора Юлиана Отступника – в книге Synagogaе Medicae, в главе «О головных болях

и болях вообще» выделяет острую и хроническую головную боль и использует термин «цефалея» для неизлечимой хронической головной боли. Он также выделяет мигрень как головную боль, поражающую половину головы. Ученый особенно подробно останавливается на лечении головных болей с помощью притирок, содержащих много компонентов и имеющих в основе розовое масло, а также уделяет большое внимание соблюдению режима – спокойствию, хорошему сну и правильной диете, включающей фруктовые соки и настои ромашки. При мигрени Орибазий также советует в начале приступа массировать виски кончиками пальцев.

Александру Тралесскому (525-605 гг. н. э.) принадлежит наиболее детальное описание различных типов головных болей на протяжении Византийского периода. Он отмечал, что во многих случаях головная боль является лишь симптомом и может иметь множество причин. При попытке описать ее патофизиологические механизмы ученый упоминает такие факторы, как «жара и холод, нарушение баланса жизненных соков между головой и телом, дилатация и обструкция, поражения печени, когда накапливающиеся испарения циркулируют по телу и поступают в голову». Александр описывает головную боль от жары, характеризующуюся лихорадкой и покраснением глаз; головную боль от холода, когда лицо холодное и бледное; головные боли при болезнях желудка, лихорадке, употреблении вина. Термин «цефалея» использовался им для описания хронической боли, провоцирующими факторами которой являются алкоголь, резкие запахи и яркий свет.

Авиценна (980-1037 гг. н. э.) отмечал, что головная боль может быть лобной, затылочной или генерализованной. По его определению, если она привычно возникает только с одной стороны, то называется гемикрания и может провоцироваться сильными запахами.

В конце XVII века Моллендорф, а позднее Эйленбург пытались сформулировать сосудистые теории мигрени. Примерно тогда же Е. Дарвин – дед Чарльза Дарвина – предположил, что в основе ее приступа лежит вазодилатация, и для облегчения боли предлагал помещать больного мигренью в центрифугу, чтобы вызвать «отток крови от головы к ногам». Ливинг (1873) в монографии, посвященной мигрени, впервые выдвигает гипотезу о том, что в основе патологического состояния лежат нарушения вегетативной нервной системы («нервные бури»), и вводит понятие «нервной» теории мигрени. Развернутое клиническое описание данного заболевания содержится в «Курсе нервных болезней» профессора А.Я. Кожевникова (1910). В главе, посвященной мигрени, не только указывается на наследственный характер заболевания, но и

обсуждаются возможные механизмы отдельных клинических проявлений и подчеркивается их сосудистая природа.

Наряду с изучением причин возникновения головной боли активно развивались способы ее лечения. В XIII веке в качестве наружных обезболивающих средств широко использовалась смесь опиума и уксуса, который, как считали, усиливал прохождение опиума через кожу. В XV веке для купирования особенно тяжелых и упорных приступов мигрени некоторые врачи рекомендовали трепанацию черепа. В труде, вышедшем в 1888 г., посвященном заболеваниям нервной системы, в разделе о головной боли Говерс рекомендовал использовать для купирования приступов спиртовой раствор 1% нитроглицерина, позднее получивший название «микстура Говерса». А.Я. Кожевников для купирования атак мигрени предлагал хинин, фенацетин, соли кофеина и аспирин.

Новым этапом в лечении мигрени стало использование эрготамин и его производных. В 1831 г. немецкий фармацевт Уиггерс изучил действие экстракта спорыньи у животных и показал, что у кур, питающихся пораженной грибом пшеницей, появляются побледнение гребешка, атаксия, рвота, судороги, а через несколько дней наступает смерть. После более детального изучения физиологических свойств спорыньи сразу в нескольких странах появились сообщения о возможном использовании ее производных в качестве кровоостанавливающего средства в акушерской практике, а также при мигрени. Первый очищенный алкалоид спорыньи – эрготамин – был выделен Штоллем в 1918 г. и сначала использовался исключительно в акушерской и гинекологической практике до тех пор, пока в 1925 г. американский ученый Ротлин впервые не применил подкожную инъекцию эрготамин тартрата для успешного купирования тяжелого приступа мигрени. В 1938 г. было выявлено, что механизм действия эрготамин при мигрени заключается в его способности вызывать вазоконстрикцию, и данный факт использовали для доказательства сосудистой теории мигрени. Уже позднее, в 1943 г., был синтезирован дигидроэрготамин, успешно применяющийся для лечения мигренозных приступов до сих пор.

Классификация и систематизация головной боли

В настоящее время используется классификация головной боли, краниальных невралгий и лицевой боли, предложенная группой международных экспертов (Headache Classification Committee of the International Headache Society) в 1988 г. и претерпевшая незначительные изменения в 2003 г. (The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition, ICHD-II, Международная классификация головной боли, 2-е издание, МКГБ-II):

1. Мигрень.
2. Головная боль напряжения.
3. Кластерная (пучковая) головная боль и другие цефалгии с признаками вегетативных и тригеминальных расстройств.
4. Другие формы первичной головной боли.

5. Головная боль вследствие травмы головы и/или шеи.

6. Головная боль при заболеваниях, вызванных поражением сосудов головного мозга и магистральных артерий шеи.

7. Головная боль вследствие внутричерепных несосудистых заболеваний.

8. Головная боль вследствие приема некоторых веществ или их отмены.

9. Головная боль вследствие внеочередных инфекций.

10. Головная боль вследствие метаболических нарушений.

11. Головная или лицевая боль вследствие патологии черепа, шеи, глаз, ушей, носа, придаточных пазух, зубов, заболеваний слизистой оболочки полости рта, других лицевых или черепных структур.

12. Головная боль при психических расстройствах.

13. Краниальные невралгии и центральная лицевая боль.

14. Другие головные боли, краниальные невралгии, центральная или первичная головная боль.

Согласно этой классификации все виды головных болей подразделяются на первичные и вторичные. В первом случае головная боль является самостоятельным заболеванием, во втором — представляет собой симптом какого-либо другого патологического состояния. Диагноз первичных головных болей всегда подразумевает обязательное исключение их возможного симптоматического генеза. К ним относятся мигрень, головная боль напряжения, пучковая головная боль и головная боль, не связанная со структурными повреждениями. Симптоматические головные боли составляют всего около 10%, однако необходимо помнить, что некоторые из них могут сигнализировать об опасных для жизни состояниях, требующих неотложной терапии.

По мнению российского невролога В.Н. Штока, головная боль представляет собой симптом, и поэтому все попытки классифицировать ее с нозологической позиции лишены оснований. В то же время оправданно выделение отдельных патогенетических типов головной боли, поскольку это позволит применять дифференцированный патогенетический подход в ее лечении. С научно-практической точки зрения можно выделить следующие патогенетические типы головной боли: сосудистый, мышечного напряжения, ликвородинамический, невралгический, инфекционно-токсический и психалгический, более детальное описание которых представлено ниже.

Патофизиологические механизмы головной боли и их клинические признаки
Сосудистый тип головной боли

Этот тип головной боли связан с различными вариантами сосудистой дистонии. Так, артериодилататорный, или артериогипотонический, вариант сосудистого типа головной боли вызывается снижением тонуса краниocereбральных артерий, что приводит к их избыточному растяжению. Головная боль при этом имеет пульсирующий характер. Крайняя степень артериальной гипотонии — паретическая артериальная дилатация, которая сопровождается нарушением проницаемости и плазматическим пропитыванием артериальной стенки, периваскулярным отеком. В этих условиях пульсирующая боль сменяется тупой и приобретает распирающий характер.

Артериоспастический вариант сосудистого типа головной боли наблюдается при повышении артериального тонуса, что вызывает ишемическую дисциркуляцию и ишемическую гипоксию. Головная боль при этом носит тупой характер

и воспринимается как ощущение сдавления; может сопровождаться тошнотой, головокружением, потемнением в глазах или появлением «черных мушек».

Венозный вариант сосудистого типа головной боли обусловлен избыточным кровенаполнением венозных сосудов и затруднением венозного оттока. Больные испытывают тяжесть в голове и ощущение распирания. Венозный отток более эффективно осуществляется в вертикальном положении, поэтому головная боль венозной недостаточности возникает или усиливается в положении лежа, при работе с низко опущенной головой, при натуживании или кашле. При венозной недостаточности характерной является утренняя головная боль. Недостаточность тонуса вен и венозного оттока подтверждается расширением вен глазного дна, цианозом слизистых носа и ротоглотки, пастозностью лица.

Сосудистый тип головной боли наблюдается при мигрени, регионарной краниocereбральной форме вегетососудистой дистонии, при артериальной гипертензии разного генеза, в том числе и на фоне церебрального атеросклероза, при системных васкулитах.

Головная боль мышечного напряжения

В этом случае головная боль появляется при напряжении мышц мягких покровов головы и может носить как локальный (лобная, теменная, шейно-затылочная область), так и генерализованный характер. Головная боль мышечного напряжения может возникать при действии центральных или системных факторов, усиливающих передачу в нервно-мышечном синапсе (при стрессе, тиреотоксикозе, соматических заболеваниях (гипертоническая болезнь), после травмы головы), а также в ответ на патологическую болезненную импульсацию при местных процессах (при заболевании глаз, ушей, придаточных полостей носа, при остеохондрозе шейного отдела позвоночника). Она сопровождается ощущением головокружения; больным неприятно причесывать волосы, носить головной убор; они плохо переносят громкие звуки, яркое освещение; ухудшается память и работоспособность пациентов. Головная боль мышечного напряжения объективизируется повышением потенциалов электрической активности мышц мягких покровов головы на электромиограмме.

Ликвородинамический тип головной боли

Данный тип головной боли возникает при внутричерепной гипер- или гипотонии. При повышении внутричерепного давления головная боль носит распирающий характер, усиливается при натуживании, кашле, чихании, зависит от положения тела и головы. Нарушения ликворциркуляции с повышением внутричерепного давления вызывают объемные процессы, ограничивающие внутричерепное пространство (опухоль, паразитарные и арахноидальные кисты, абсцесс мозга, отек мозга в результате травмы, воспаления или нарушения мозгового кровообращения), которые часто сопровождаются появлением очаговых и менингеальных неврологических симптомов, нарушением сознания.

Снижение внутричерепного давления наступает в результате уменьшения продукции ликвора сосудистыми сплетениями желудочков и сопровождается тупой генерализованной малоинтенсивной, но длительной головной болью. В этом случае спинномозговая жидкость не выполняет функцию «ликворной подушки», в результате чего при движениях головы

возникает боль, усиливающаяся в вертикальном положении. Снижение продукции ликвора может наблюдаться у лиц с гипотоническим типом вегетососудистой дистонии, после черепно-мозговой травмы или воспалительных процессов.

Невралгическая головная боль

Этот тип боли относится к прозопалгии и характеризуется пароксизмальностью. Боль обычно имеет острый, пронизывающий, стреляющий характер. Отличительным признаком прозопалгий является наличие триггерных зон, раздражение которых провоцирует приступ, а также иррадиация боли в соседние или отдаленные участки. Предполагается, что причиной лицевых болей является очаг патологической активности в центральных структурах ноцицепции, относящихся к системе тройничного нерва и его центральных проекций.

Инфекционно-токсическая головная боль

Инфекционно-токсический процесс может изменять функцию центральной ноцицептивной и антиноцицептивной систем, снижать порог болевой чувствительности, а также выполнять роль аллогенных субстанций, непосредственно раздражающих болевые рецепторы. Примером такого инфекционно-токсического воздействия с генерализованными и местными проявлениями может служить заболевание гриппом, который сопровождается распространенными артралгиями и миалгиями, общим недомоганием, головной болью, фото- и фонофобией.

Галлюцинаторная головная боль, или психалгия

Происхождение галлюцинаторной головной боли связывают с нейромедиаторным дисбалансом, приводящим к возникновению очага патологического возбуждения в системе центральной ноцицепции. Поскольку этот очаг формируется в системе структур центрального психоэмоционального восприятия боли, к этому типу применяют определение «психалгия». Ее развитие многие авторы связывают со скрытой депрессией. Важной особенностью психалгии является отсутствие конкретных физических характеристик в описании болевой головной боли. Как правило, при обследовании с помощью инструментальных методов у таких пациентов никакой патологии не обнаруживают.

Головная боль смешанного генеза

Чаше всего в развитии головной боли принимают участие несколько патофизиологических механизмов. Так, при мигрени можно наблюдать комбинацию сосудистого и мышечного типов ее генеза. Сочетание разных механизмов головной боли наблюдают также при тяжелых церебральных заболеваниях: инсульте, черепно-мозговой травме, менингоэнцефалите.

Общие принципы терапии головной боли в зависимости от патогенетического варианта

При сосудистых типах головной боли назначаются вазоактивные препараты с вазоконстрикторным или вазодилатационным действием (в зависимости от преобладания того или иного сосудистого компонента). Так, приступы мигрени купируются эрготамином или суматриптаном, а головная боль с артериальным спазмом — ингибиторами фосфодиэстеразы (папаверином, дротаверином), активаторами аденилатциклазы (винпоцетином),

α-адреноблокаторами (пирроксаном, дибазолом, нифедипином), антагонистами кальция (нифедипином, нимодипином). При вегетососудистой дистонии и венозной недостаточности наиболее эффективны препараты ксантинового ряда (эуфиллин, пентоксифиллин, ксантинола никотинат). Однако не стоит забывать, что чаще всего сосудистая головная боль обусловлена комбинированным вариантом артериовенозной краниocereбральной дистонии. В таких случаях необходимо выделить ключевое звено патогенеза и назначить адекватную терапию соответствующими вазоактивными средствами.

Патогенетическое лечение головной боли мышечного напряжения центрального генеза включает назначение транквилизаторов и антидепрессантов. При сегментарно-рефлекторном генезе боли эффективными могут быть методы местного воздействия: лидокаиновые блокады, физиотерапия, иглорефлексотерапия. Наличие патологических процессов, провоцирующих болезненную импульсацию (заболевания глаз, придаточных полостей носа, ушей), требует лечения соответствующих заболеваний.

При ликвородинамическом типе головной боли фармакотерапевтической коррекции поддается только вариант внутричерепной гипертензии. В таких случаях назначают дегидратирующие средства, а именно осмотические диуретики (мочевину, маннитол, сорбитол), салуретики (фуросемид, этакриновую кислоту), тиазидные и тиазидоподобные диуретики (гидрохлортиазид, хлорталидон, клопамид), калийсберегающие диуретики (триамтерен, амилорид, спиронолактон). Вариант внутричерепной гипотензии представляется более сложным для лечения, поскольку средств, способных увеличить продукцию ликвора, не существует. В таких случаях применяют косвенные подходы: рекомендуют постельный режим, увеличивающий кровенаполнение головного мозга, обильное питье, повышенное содержание поваренной соли в пище, общеукрепляющие средства и витаминотерапию.

Невралгическая головная боль центрального генеза наиболее эффективно купируется противоэпилептическими средствами, например карбамазепином. При сдавлении чувствительного нерва по механизму туннельного синдрома, помимо них, применяют местное воздействие (лидокаиновые блокады, физиотерапию, иглорефлексотерапию). Для лечения галлюцинаторных головных болей используют антидепрессанты, транквилизаторы или нейролептики. Кроме этого, в таких случаях рекомендована консультация психиатра, поскольку чаще всего основным заболеванием является скрытая депрессия. Головная боль смешанного генеза требует комплексной симптоматической и патогенетической терапии, главным в которой выступает лечение основного заболевания.

В данной статье мы коснулись лишь общих вопросов классификации, патогенеза и лечения головных болей, не углубляясь в конкретные ее типы. В дальнейших публикациях будут более детально рассмотрены такие распространенные и актуальные на сегодняшний день виды головной боли, как мигрень, головная боль напряжения и кластерная (пучковая) головная боль.

Подготовил **Дмитрий Демьяненко**

