

УДК 616.8

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕФАЛГИЙ У БЕРЕМЕННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ**Стариков А.С.<sup>1,3</sup>, Пенина Г.О.<sup>1,2</sup>, Валужене Е.И.<sup>1</sup><sup>1</sup>Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина;<sup>2</sup>Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов;<sup>3</sup>Государственное учреждение Республики Коми «Кардиологический диспансер»**CLINICAL CHARACTERISTICS OF CEPHALGIA IN PREGNANT WOMEN IN THE KOMI REPUBLIC**Starikov A. S.<sup>1,3</sup>, Penina G. O.<sup>1,2</sup>, Valuzene E. I.<sup>1</sup><sup>1</sup>Syktyvkar State University named after Pitirim Sorokin;<sup>2</sup>Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical Experts;<sup>3</sup>State institution of the Komi Republic "Cardiology clinic"**Аннотация**

Произведен анализ случаев обращения беременных с жалобами на головную боль в соответствии с критериями Международной классификации головной боли. Выявлено преобладание головной боли напряжения и мигрени у беременных в структуре цефалгий. Описаны характеристики мигрени у беременных в Республике Коми.

**Ключевые слова:** международная классификация головной боли, мигрень, головная боль напряжения, беременные

**Abstract**

The analysis of cases of pregnant women with complaints of headache in accordance with the criteria of the International classification of headache. Identified the prevalence of tension-type headache and migraine in pregnant women in the structure of cephalgia. Describes the characteristics of migraine in pregnant women in the Komi Republic.

**Keywords:** international classification of headache, migraine, tension-type headache, pregnant.

Головная боль - одна из наиболее частых жалоб, с которой сталкиваются неврологи и врачи общей практики. Всё многообразие головных болей можно разделить на первичные (когда не удаётся выявить органическую причину боли и клинические признаки головной боли являются «ядром» болезни) и вторичные (обусловленные органическими поражениями головного мозга или других органов и систем. Первичные формы головной боли составляют 95-98% всех форм цефалгий, со вторичными врачам приходится сталкиваться весьма редко (не более 3% всех случаев цефалгий) [4]. Такое разделение цефалгий отражено в последнем (3-м) издании Международной классификации головных болей (МКГБ-3 бета. 2013)[5]. Беременные представляют

особую группу пациенток, к которой предъясняется повышенный интерес. В нашей стране, в отличие от стран Европы, исследования цефалгий у беременных к настоящему времени немногочисленны, поэтому исследовательская работа в этом направлении представляется перспективной.

Произведен анализ всех случаев обращения к неврологу консультативно – диагностической поликлиники ГУ РК «Кардиологический диспансер» беременных с цефалгиями за 2014-2016 гг. Диагноз цефалгии ставился на основании критериев международной классификации головной боли 3 пересмотра (МКГБ-3 бета; 2013). Критериями включения в исследование было предъявление пациенткой жалоб на головную боль в течение не менее 4 дней за последний месяц.

У всех пациенток активно выявлялось отсутствие т.н. «красных флагов головной боли» (симптомов, указывающих на вторичный, потенциально – опасный характер заболевания), к которым относятся [2, 3]:

1. Возникновение новых головных болей или головных болей, отличающихся от обычных

2. Значительное усиление привычных головных болей

3. Появление прогрессивно и постоянно усиливающихся головных болей

4. Возникновение головных болей при физическом усилии, кашле, чихании, сексуальной активности

5. Сочетание головных болей со следующими неврологическими нарушениями (спутанностью или расстройствами сознания, нарушениями памяти, атаксией и нарушениями координации, парезами и параличами, асимметрией зрачков, сухожильных рефлексов, менингеальными симптомами, зрительными расстройствами, постоянным звоном в ушах, потерей вкуса или обоняния)

6. Наличие других патологических симптомов (лихорадки, артериальной гипертензии, потери веса, длительного кашля, лимфоаденопатии, насморка или затруднённого носового дыхания и др.)

7. Головная боль у пациента с ВИЧ или с употреблением наркотических веществ в анамнезе.

В связи с беременностью, пациенткам не проводились методики нейровизуализации. Несмотря на то, что пациентки проходили дообследование в условиях поликлиники кардиодиспансера, консультировались ЛОР-врачом и окулистом, а также имели ряд обследований, проведенных до беременности в условиях Диагностического центра и в медицинских учреждениях по месту жительства, эти данные оценивались лишь при подозрении на вторичный характер цефалгии.

Считаем необходимым напомнить также, что при первичных головных болях большинство традиционно назначаемых методов исследования (ЭЭГ, РЭГ, рентгенография черепа, методы нейровизуализации - КТ и МРТ) оказываются неинформативными, т.е. не выявляют никакой патологии. При ультразвуковой, транскраниальной доплерографии и дуплексном сканировании сосудов головного мозга у многих пациентов выявляются неспецифические изменения: признаки нарушения венозного оттока, снижение скорости кровотока в бассейнах некоторых артерий, вертеброгенное

влияние на кровоток в позвоночных артериях. На рентгенограммах шейного отдела позвоночника нередко обнаруживаются дистрофические и структурные изменения. Данные методы исследования в большинстве своём, не входят в международные стандарты диагностики головной боли, выявленные при обследовании неспецифические изменения зачастую трактуются как причина головной боли, что является предпосылкой к постановке диагноза вторичной цефалгии и назначению малоэффективного лечения [1, 2, 3].

В то же время, крайне важным в постановке диагноза цефалгии, помимо описательных характеристик боли, является физикальное обследование, включающее помимо рутинного неврологического осмотра пальпаторное обследование и элементы мышечного мануального тестирования:

– Осмотр и пальпация головы с целью определения признаков травмы, мышечно-сухожильных уплотнений и пульсации височной артерии

– Исследование полости рта, языка и нёба

– Исследование височно-нижнечелюстных суставов на симметричность и объём движений, прикус, пощёлкивание.

– Пальпация шейных лимфоузлов, щитовидной железы, прослушивание сонных артерий

– Исследование движений в шее, менингеальных симптомов

– Исследование возможных триггерных точек в субокципитальной области и грудино-ключично-сосцевидной мышце,

– Исследование позных нарушений, осанки, скелетных асимметрий, возможных триггерных точек в плечах и спине

За 2014-2016 гг. выявлено 169 пациенток, направленных на прием с жалобами на головную боль, при этом в 2014 году – 52 пациентки, в 2015 году – 68 пациенток и в 2016 – 49 пациенток. Территориально пациентки распределялись следующим образом: жителями северных районов Республики являлись 13,6 % пациенток, центральных – 33,7 % пациенток, южных – 52,7 % пациенток. Такое распределение в целом соответствует распределению населения по территории региона. Социальное распределение шло следующим образом: у пациенток северных районов были представлены в основном умственным трудом, работой с бумагами и компьютером (82,6 %), среди жителей южных районов в процентном отношении увеличивается доля пациенток с

физическим трудом (33,6 %), преимущественно связанным с лесозаготовкой и сельским хозяйством, число пациенток с «сидячей» работой составило 66,3 %. Значительную долю среди жительниц южных районов - работниц офисов составляют представительницы г.Сыктывкара.

Возрастная структура пациенток определялась спецификой данного контингента: среди пациенток - молодые женщины в возрасте от 19 до 42 лет (медиана – 25 лет). У 40,2 % беременных данная беременность была первой, у 45,6 % пациентов - второй, у 8,3 % - третьей, у 5,9 % - 4 и более.

Анамнестически представляет интерес то, что 71 пациентка (42,0 %) ранее обращалась к неврологам с жалобами на головную боль. Среди поставленных диагнозов у пациенток фигурировали «Вегето-сосудистая дистония с цефалгическим синдромом», «ВСД с мигренозно-подобными пароксизмами», «Шейный остеохондроз», «Цервикогенная цефалгия», у двух пациенток старше 39 лет фигурировал диагноз «Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения с цефалгией». Лишь у 4 пациенток диагноз формулировался с учетом требований МКГБ - 3.

При анализе жалоб пациенток в соответствии с критериями МКГБ-3 выявляется совершенно иная картина. У 17,8% пациенток цефалгический синдром соответствовал критериям мигрени без ауры, у 8,9% - классической мигрени (мигрени с аурой), у 52,7% пациенток – головной боли напряженного типа, у 13,6 % выявлялось сочетание мигрени и головной боли напряжения. Оставшиеся случаи соответствовали хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ) и вероятным тригеминальным вегетативным цефалгиям. У 4 пациенток была выявлена ХЕГБ, при этом у одной пациентки она соответствовала хронической мигрени без ауры (вне беременности у данной пациентки присутствовал лекарственный абзус связаный с НПВС и метамизол-содержащими анальгетиками), у трех – хронической головной боли напряжения с дисфункцией перикраниальной мускулатуры.

Диагноз вторичной цефалгии по итогам беседы и осмотра был поставлен лишь 5 пациенткам: 1 пациентка имела вторичную цефалгию в рамках хронического рецидивирующего фронтита, у 3 пациенток соответствовал вторичной цефалгии на фоне быстрого повышения АД (критерием для постановки этого типа является возникновение

головной боли при повышении АД более чем на 25% от исходного с быстрым регрессом по мере нормализации АД, при этом болевой синдром не должна соответствовать критериям других цефалгий). У 1 пациентки цефалгия была расценена как одонтогенная, связанная с «зубом мудрости», что при катamnестическом наблюдении было подтверждено регрессом цефалгии после его экстракции.

Пациентки с мигренью имеют ряд своих особенностей. Из представленных выше результатов видно, что доля мигрени составляет 40,3 %, что значительно выше всех данных о распространенности мигрени в популяции (10-16%). Это может быть объяснено тем, что мигрень, в отличие от большинства цефалгий имеет ярко выраженные симптомы в виде интенсивной (до 8-10 баллов по ВАШ) боли, тошноты, рвоты; ауру в виде эпизодов неврологического дефицита. Такие симптомы значительно чаще заставляют беременную обращаться за медицинской помощью, а врача - особенно акцентировать внимание на жалобах. К сожалению, обратной стороной такого внимания является то, что симптоматическое повышение артериального давления, а также тошнота и рвота, наблюдаемые во время приступа зачастую служат основанием для постановки диагноза артериальной гипертензии и гипертонической энцефалопатии, а периодически наблюдающиеся у пациенток симптомы ауры могут расцениваться терапевтами и неврологами как эпизоды преходящего нарушения мозгового кровообращения, что может повлечь за собой изменение тактики ведения беременности у пациентки.

Общее число пациенток с мигренью (включая сочетание головной боли напряжения и мигрени) составило 68. И них 72,1 % - мигрень без ауры, 27,9 % - классическая мигрень. Из вариантов ауры у 78,9 % выявлялась зрительная аура, преимущественно с позитивной симптоматикой в виде радужных пятен и фортификационного спектра дугообразной формы, реже – в виде мерцательной скотомы и преходящей гемианопсии. У 1 пациентки наблюдалась сенсорная аура в виде марша парестезий, начавшегося с руки и распространявшегося на лицо и ногу. У 3 пациенток наблюдалась смешанная аура (у двух - сочетание зрительной и сенсорной ауры, у одной - зрительной и афатической ауры).

Число приступов у пациенток варьировалось от 0,5 до 4 приступов в месяц (медиана – 1,4 приступа в месяц). Пациентки в 1 триместре беременности имели значимо большее ( $p < 0,05$ ) число приступов (медиана – 2,6 приступа в месяц), по сравнению с пациентками во 2 и 3 триместрах беременности (медиана – 0,9 и 0,7 приступов в месяц).

Вне беременности среди триггеров мигрени пациентки могли вспомнить пищевые триггеры (пропуск приема пищи, употребление алкоголя и продуктов, содержащих большое количество тирамина) – 51,5 %, месячные – 17,6 %, стресс или отдых после стресса – 17,6 %, избыточный или недостаточный сон – 13,2 %. Во время беременности распределение частот несколько изменяется – пациентки чаще отмечают в роли триггеров стрессовые ситуации (38,2 %), изменения режима сна (19,1%). Пищевые триггеры у беременных пациенток располагаются на 3 месте – 10,3 %.

Средняя интенсивность головной боли у пациенток составила  $6,3 \pm 1,1$  балла по

шкале ВАШ, при этом интенсивность головной боли у беременных в 1 триместре составила  $7,9 \pm 1,3$  балла, во втором триместре –  $6,9 \pm 1,2$  балла, в 3 триместре –  $6,5 \pm 0,9$  (различия значимы;  $p < 0,05$ ).

Выводы: Проведенное исследование показывает преобладание первичных цефалгий у данного контингента пациенток. Выявляемая значительно большая, чем в популяции, частота мигрени может быть объяснена как яркими характеристиками заболевания, так и спецификой работы учреждения, куда направляются пациентки с повышением артериального давления. Мигрень у беременных имеет свои особенности и отличается от мигрени у пациенток общей популяции, при этом характеристики часто меняются в зависимости от триместра беременности даже у одной пациентки. Дальнейшая исследовательская работа в этом направлении представляется нам интересной.

#### Список литературы

1. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике: Практическое рук-во для врачей / Т.Дж. Стайнер и др.; Пер. с англ. Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; Науч. ред. В.В. Осипова, Т.Г. Вознесенская, Г.Р. Табеева. — М.: ООО «ОГГИ. Рекламная продукция», 2010. — 56 с.
2. Осипова В.В. Табеева Г.Р. Первичные головные боли. Диагностика, клиника, лечение. Практическое руководство – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. — 336 с.
3. Табеева Г.Р. Головная боль: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 288 с.
4. Тарасова С.В., Амелин А.В., Скоромец А.А. Распространенность и выявляемость первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. Казанский мед. Журнал, 2008, №4, т.89, стр. 427-431.
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) // Cephalalgia. – 2013. – 33(9). – P. 629 – 808.

Поступила в редакцию 17.05.2017

#### Сведения об авторах:

Пенина Галина Олеговна – ФГБОУ ДПО СПБИУВЭК, e-mail: penkina.ru@rambler.ru