

И.С. Бекало, С.И. Бекало, Одесский государственный медицинский университет, Николаевская городская больница № 4

# Головная боль напряжения: болезнь или симптом?

«Для любой отрасли медицины важно иметь общепринятую и используемую во всем мире классификацию. Это, в частности, верно для головной боли (ГБ) как молодой и развивающейся отрасли, потому что так много предубеждений имеется против связанных с ГБ расстройств» [1] – эта дословная цитата из предисловия к последнему изданию Международной классификации головной боли привлекает внимание к проблемам ГБ, актуальным на постсоветском пространстве. Так, в одном из последних номеров журнала «Российские аптеки» приводится следующий факт: «По данным различных исследователей, более половины пациентов, страдающих ГБ, не обращаются за медицинской помощью, а при первом визите к врачу верный диагноз устанавливается только у 25% больных с мигренью и у 1% страдающих ГБ напряжения» [2]. А в Кыргызстане врачи первичной и вторичной помощи вообще недостаточно осведомлены о существовании такого расстройства, как головная боль напряжения (ГБН), его диагностических критериях и методах терапии. При цефалгиях киргизские врачи чаще всего диагностируют остеохондроз (дегенеративно-дистрофическое поражение шейного отдела позвоночника), сосудистые (немигренозные) головные боли, диагноз мигрени ставится довольно редко, а ГБН не используется как диагноз вообще [3].

Существуют ли соответствующие показатели по Украине, неизвестно. Отечественные авторы приводят статистику, касающуюся общей популяции (возможно, мировой), согласно которой распространенность ГБН составляет 40-80% [4]. По количеству дней нетрудоспособности и степени снижения трудоспособности потери от ГБН в 12 раз выше, чем от заболеваний двигательной системы [5]. Вероятно, это тоже данные зарубежной статистики, поскольку в публикации О.Г. Морозовой [5] ГБН позиционируется как мало распознаваемая врачами патология. Согласно другим материалам гиподиагностика ГБН в Украине прежде всего связана с недостаточной осведомленностью врачей о симптомах заболевания, поэтому многие неврологи до сих пор при подобной боли ошибочно диагностируют вегетососудистую дистонию, арахноидит, остаточные явления нейроинфекции или черепно-мозговую травму, а также объясняют ее наличием шейного остеохондроза [6]. Вероятно, этот перечень могут пополнить такие «расплывчатые» категории, как «вазопатия», «энцефалопатия», которые не соответствуют современной классификации головной боли. За этим могут следовать рекомендации, не опирающиеся на принципы доказательной медицины и не способствующие эффективному лечению цефалгий. Еще одним следствием гиподиагностики ГБН, занимающей в мире одну из лидирующих позиций по влиянию на трудоспособность, могут быть проблемы с врачебно-трудовой экспертизой. Ведь в случае неправильной диагностики неврологи и соответствующие комиссии принимают неадекватные экспертные решения. Хотя вряд ли в ближайшей перспективе в нашей стране можно ожидать появления сколько-нибудь значительного количества заключений о нетрудоспособности с неврологическим диагнозом ГБН. Неврологическим, потому что ГБН является самостоятельной нозологией, которая соответствует рубрике G44.2 МКБ-10.

Исходя из вышесказанного, можно спрогнозировать следующее: либо в стремлении соответствовать мировым стандартам неврологов ряда стран, в том числе и нашей, ждет некое прозрение в отношении ГБН и «взрыв» диагностики этого заболевания, либо в процессе совершенствования классификации головной боли есть вероятность утраты ГБН своей нозологической сути. Нам кажется принципиально важным то, что если необходимость нацеленности врача на диагностику таких первичных головных болей, как мигрень или кластерная цефалгия, и последующее адекватное лечение (например, abortивная терапия триптанами) и соответствующее решение экспертных вопросов не вызывает сомнений, то в отношении первичности ГБН сомнения возникают. Более того, они заложены на самом высоком уровне – в Международном обществе по изучению головной боли (IHS), руководство и эксперты которого инициировали создание соответствующей классификации и продолжают ее совершенствовать. Примечательно, что в последнем

издании классификации комментарии к рубрике ГБН начинаются вопросительным заголовком: «Первичная или вторичная головная боль или то и другое?». Существенная неоднородность наблюдается и среди ранее используемых терминов, характеризующих подобный тип головной боли: «головная боль мышечного напряжения», «психомиогенная головная боль», «стрессовая головная боль», «ординарная головная боль», «эссенциальная головная боль», «идиопатическая головная боль» и «психогенная головная боль» [1]. Одни определения были призваны подчеркнуть первичность такой головной боли, другие акцентировали внимание на ее патогенетическом миогенном компоненте, третьи указывали на ее психогенную этиологию.

История ГБН началась с исследований Н. Wolf, который в 1963 г. описал ее как головную боль мышечного напряжения [7]. Однако в последующем наличие мышечного напряжения было признано необязательным. После этого «открытая» Н. Wolf болезнь, казалось бы, утратила свою нозологическую идентификацию, но нынешняя классификация предусмотрела для каждого вида ГБН (частой, нечастой и хронической) деление на два варианта: с перикраниальным напряжением или без него. При этом в одном из двух вышеуказанных вариантов возникает некий терминологический парадокс: головная боль напряжения без мышечного напряжения. Какое же напряжение в этом случае имеется в виду? По мнению многих авторов, психическое. Ситуация с ГБН во втором издании классификации является уникальной по отношению к другим видам головной боли, где нет противоречий по минимум двум осям: первичность-вторичность, наличие-отсутствие основного патогенетического механизма. Необычно и то, что широко распространенное и имеющее высокое социально-экономическое значение заболевание остается наименее изученным, а точные механизмы ГБН по-прежнему неизвестны [1].

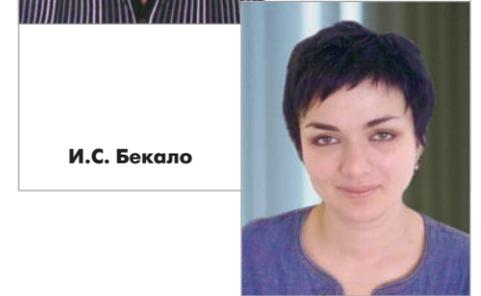
Все это наводит на мысль о том, что все вкладываемое в понятие ГБН невозможно вместить в рамки одного заболевания, эта боль напоминает некий собирательный образ. Если допустить такую возможность, то симптомом каких болезней является ГБН? Может быть, она действительно проявление уже упомянутых вегетососудистой дистонии, арахноидита, остаточных явлений нейроинфекции, шейного остеохондроза, вазопатий или энцефалопатий? Однако большинства из этих названий нет в Международной классификации болезней, а те, что есть, являются причиной других, классифицированных как вторичные головных болей. В то же время существует достаточно много подтверждений связи ГБН и психических заболеваний, начиная с вышеуказанных исторических терминов. Кроме того, в качестве преморбидных особенностей и коморбидных нарушений при ГБН часто называют высокий уровень тревожности, депрессии, хронические стрессовые ситуации, гипервентиляционный синдром,

панические атаки, нарушение эмоциональной сферы, астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические расстройства [4, 5, 7]. Логично предположить причинно-следственные отношения этих состояний с ГБН. Тем более что во введении ко второму изданию классификации IHS акцентируется внимание на необходимости установления более сильных причинных связей между головной болью и вызывающими ее заболеваниями и о замене применяемого в первом издании при характеристике вторичных головных болей недостаточно точного термина «связанные с другим расстройством» на «определяемые им». Наконец, в классификацию введена новая 12 глава, озаглавленная «Головная боль, определяемая психиатрическим расстройством», которая пока довольно небольшая, поскольку исследователей, освещающих эту проблему, очень мало и авторы классификации надеются на увеличение числа работ, посвященных связи психиатрических расстройств и головной боли. Возможно, итогом этих работ и будет перемещение ГБН в эту главу. Нам кажется очень логичным мнение, согласно которому «отношение к головной боли напряжения как к проблеме больше неврологической блокирует рассмотрение возможных психологических и психопатологических механизмов возникновения ГБН и является своеобразным тупиком, поскольку указываемая в большинстве исследований коморбидность с аффективными расстройствами не учитывается классификационно и, соответственно, недостаточно учитывается при назначении основной терапии. Подход к терапии в большинстве случаев остается симптоматическим. Назначение в последние годы препаратов из группы антидепрессантов и транквилизаторов значительно улучшило эффективность проводимой терапии у пациентов с ГБН» [3].

Если у 40-80% населения мира неврологи диагностируют и лечат ГБН независимо от того, правильно это или нет, то кто занимается аналогичной проблемой, но не имеющей (пока) этого названия у нас? Ведь не может же украинская популяция настолько существенно отличаться от мировой, чтобы не иметь общих проблем со здоровьем вне зависимости от их названия? Сколько украинцев с аналогичной ГБН головной болью получают неврологическую или психиатрическую помощь и с какими диагнозами? Если они реально, как и за границей, нетрудоспособны, кто проводит соответствующую экспертизу и по поводу каких состояний? Являются ли широко представленные в наших врачебных заключениях «арахноидиты», «остаточные явления нейроинфекции», «вазопатии», «энцефалопатии», «вегетососудистая дистония», в ряде случаев «остеохондроз» реально существующими заболеваниями, надо ли их переименовывать в ГБН (как тогда быть с другими, кроме цефалгических, симптомами?) или считать масками соматизированной депрессии? Каким в нашей стране является соотношение истинных и диагностированных психических расстройств, которые могут



С.И. Бекало



И.С. Бекало

быть источниками ГБН? Может быть, для ответа на эти вопросы нужно лишь правильно применять МКБ-10? Но ведь декларируемая ею, а также Международной классификацией головной боли первичность ГБН довольно сомнительна.

Возможно, все вышесказанное относится к области схоластики и не стоит привлекать такое внимание к классификационным проблемам головной боли, тем более что никто особенно не декларирует проблем с ее лечением в рамках существующих названий, а значит, зачем подвергать их сомнению? Но тогда придется признать бесполезной продолжающуюся работу IHS по созданию и совершенствованию соответствующей классификации и многолетний труд Всемирной организации здравоохранения и Совета международных организаций медицинских наук по подготовке Международной номенклатуры болезней, главная цель которой – дать каждой нозологии единое рекомендованное название. Основными критериями выбора терминологии являются специфичность (относительно только одной болезни), однозначность, простота, чтобы определение по возможности указывало на суть или причину патологии [3]. Может быть, стоит подождать? Возможно, когда-нибудь ГБН будет перемещена в 12 главу классификации, что будет способствовать освобождению от этой проблемы неврологов и озадачит его психиатров? Это, возможно, произойдет в развитых странах, где неврологи, может быть, и передадут реально статистически учтенных страдающих ГБН 40-80% населения своим коллегам для лечения более свойственными им психотропными препаратами. А у нас, где ими не занимались ни те, ни другие, поскольку ГБН почти не диагностировали? Или занимались, но под другими диагнозами? Может быть, есть смысл все оставить по-прежнему? А может лучше все-таки в ожидании решения проблемы ГБН, если эта проблема действительно существует, внимательнее отнестись к диагностике мигрени и кластерной цефалгии, гиподиагностика которых также имеет место, и к более широкому назначению как раз свойственных неврологам триптанов?

## Литература

- www.ihs-classification.org/en/
- Головная боль и ее фармакотерапия// Российские аптеки. – № 4, 2010 г.
- Ю.П. Колесова. Головная боль напряжения как форма соматизации аффективных расстройств. [Электронный ресурс]: Диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.18 www.newdissertation.com/page/order/id/14722.html
- Сучасна діагностика і лікування в неврології та психіатрії. За редакцією д.м.н., професора Т.С. Мішенко та д.м.н., професора В.С. Підкоритова. – Доктор-Медіа. – Київ. – 2008 р.
- О.Г. Морозова. Головная боль напряжения в современной неврологии: факты и комментарии// Здоров'я України, № 15-16 2007 г. – с. 30.
- Алгоритм ответственных рекомендаций в аптеке// Аптека. – № 643 (22). – 2008 г.
- Исмагилов М.Ф., Якупов Р.А., Якупова А.А. Головная боль напряжения// Казань: Медицина. – 2001 г.
- Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд// Український інститут громадського здоров'я, переклад з англ., 1998 р.