

Щеколова Н.Б.¹, Ладейщиков В.М.¹, Козюков В.Г.¹, Дроздов С.Н.²

Клинические варианты посттравматической головной боли. Особенности диагностики и дифференцированного лечения

1 – федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение высшего образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Пермь; 2 – городская больницы № 3, г. Соликамск

Schekolova N.B., Ladeiskikov V.M., Kozyukov V.G., Drozdov S.N.

Clinical variants of posttraumatic headache. Features of diagnosis and differential treatment

Резюме

Цель. Совершенствование диагностики и дифференцированного лечения хронической посттравматической головной боли у больных, перенесших сотрясение головного мозга. Материалы и методы. Изучено 125 человек с головной болью, перенесших сотрясение головного мозга. Мужчины составили 83 (66,4%) человек, женщины – 42 (33,6%). Средний возраст больных – 43,5 года. По социальному статусу большинство составили рабочие – 58 (46,4%) больных. Доминировала бытовая черепно-мозговая травма – 99 (79,2%) больных. Изучали интенсивность головной боли, психо-эмоциональные особенности больных, вегетативную дисфункцию. Применяли компьютерную томографию черепа и головного мозга, доплерографию и дуплексное сканирование магистральных сосудов головы. Результаты. Выделяли клиничко-лабораторные варианты посттравматической головной боли. При посттравматической головной боли напряжения констатировали ее наименьшую интенсивность, наиболее выраженные тревожно-депрессивные нарушения, умеренную вегетативную дисфункцию и практически отсутствовали сосудистые расстройства. При цервикогенной головной боли ее интенсивность была высокой, доминировали вегетативная дисфункция и сосудистые нарушения на фоне умеренных тревожно-депрессивных расстройств. При невралгической посттравматической головной боли интенсивность, сосудистые расстройства и нарушения эмоциональной сферы были умеренные, доминировала вегетативная дисфункция. Смешанная (недифференцированная) головная боль характеризовалась наиболее выраженной интенсивностью всех вышеизложенных характеристик. Детализация вариантов головной боли способствовала дифференцированному лечению в отдаленном периоде сотрясения головного мозга. В процессе комплексного лечения посттравматической хронической головной боли происходило уменьшение ее выраженности.

Ключевые слова: посттравматическая хроническая головная боль, клиничко-лабораторные варианты, дифференцированное лечение

Summary

Objectives. Improve the diagnostic and treatment methods of chronic post-traumatic headache in patients after brain concussion. Materials and methods. 125 cases of chronic posttraumatic headache have been studied, men – 83 (66.4%), women – 42 (33.6%). The average age of patients – 43.5 years. Most common social status labouring men – 58 (46.4%) patients. Most common type – household head injury was noted in 99 (79.2%) cases. We studied the intensity of headache, psycho-emotional characteristics of patients and autonomic dysfunction as well, using CT scans of the skull and brain, Doppler and duplex scanning of the cerebral great vessels. Results. Clinical and laboratory types of post-traumatic headaches have been noted, each one with own features. Tension-type headache was less intensive, most depressive and averagely vegetative dysfunctioning, almost without any vascular disorders. Tension-type headache stated its lowest intensity, but with prevailing anxiety and depressive disorders, mild autonomic dysfunction and vascular disorders were virtually absent. In patients with cervicogenic headache, its intensity was high, dominated autonomic dysfunction and vascular disorders on the background of moderate anxiety and depressive disorders. Mixed (undifferentiated) headache was the most pronounced intensity of the above characteristics. In the course of complex treatment of posttraumatic chronic headache decreased its severity.

Keywords: chronic posttraumatic headache, clinical and laboratory variants, differentiated treatment.

Введение

Исследования последствий черепно-мозговых травм (ЧМТ), представляющих собой серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему, сохраняют свою актуальность. До 80-90% лиц, перенесших даже легкую ЧМТ, в последующем жалуются на головную боль. Среди больных, обратившихся за медицинской помощью с жалобами на головную боль после травмы головы, обычно преобладают лица трудоспособного возраста. Посттравматическая головная боль достигает 11,8% среди основных диагнозов, выставляемых пациентам с головной болью [1,2].

Большинство исследователей считают, что головная боль после любой черепно-мозговой травмы – следствие сложного взаимодействия органических и психосоциальных факторов [3,4,5,6].

В последние годы появились доказательства, что даже легкая ЧМТ обязательно имеет материальный субстрат [4,5]. Это в первую очередь касается ЧМТ, основным патогенным фактором которых является «ускорение-замедление», когда происходит закручивание подвижных больших полушарий относительно фиксированного ствола мозга, что приводит к повреждению длинных аксонов (диффузно страдает белое вещество). Последствием этого механизма действия является повреждение, характеризующееся разобщением коры от подкорковых структур и ствола мозга. Страдают функции интегративных структур мозга (связи лобных долей с базальными ганглиями и лимбическими структурами). Сама травма в этом случае может выступать не столько как травма мозга, а как психологическая травма. Главную роль в хронизации посттравматической головной боли в этой ситуации играют психосоциальные факторы. Травма лишь привлекает внимание к расстройствам, которые существовали ранее, но оставались незамеченными, а степень дезадаптации больного будет зависеть и от преморбидных личностных особенностей. Посттравматическая головная боль скорее разовьется у лиц, склонных к ипохондрической интерпретации ощущений, дистимическим и конверсионным реакциям [6,7,8].

Наиболее распространенными теориями развития посттравматической головной боли являются сосудистая, вегетативная, нейрогенная и биохимическая [7,8].

Цель исследования - совершенствование диагностики и дифференцированного лечения посттравматической хронической головной боли у больных, перенесших сотрясение головного мозга.

Задачи исследования

1. Изучить клинические варианты посттравматической хронической головной боли в отдаленном периоде сотрясения головного мозга и провести их дифференциальную диагностику.

2. Оценить прогностическое значение психометрических, вегетативных и сосудистых изменений в формировании хронической посттравматической головной боли в отдаленном периоде сотрясения головного мозга.

Материалы и методы

Изучено 125 человек с хронической посттравматической головной болью, перенесших сотрясение головного мозга. Мужчины составили 83(66,4%) человека, женщины – 42(33,6%). Преобладали лица трудоспособного возраста. Средний возраст больных – 43,5 года. По социальному статусу большинство составили рабочие – 58 (46,4%) больных. Доминировала бытовая черепно-мозговая травма – 99 (79,2%) больных. Подробно анализированы жалобы больного, анамнез заболевания, состояние основных систем организма, наличие общемозговых, очаговых неврологических симптомов, психовегетативные нарушения [8]. Детализацию патологии осуществляли с помощью компьютерной томографии (КТ), магниторезонансной томографии (МРТ) головного мозга. Субъективная оценка головной боли проводилась по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ).

Для исследования функционального состояния эмоционально-личностной сферы использовали нейропсихологический тест Ч.Д.Спилбергера – Ю.Л.Ханина (1987). Для определения уровня тревоги – шкалу Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, 1959). Самоопросник «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» применяли как скрининг – тест. Исследование вегетативной нервной системы осуществляли по методике А.М.Вейна и соавторов (1998, 2001, 2003). Оценивали вегетативный тонус, вегетативную реактивность, вегетативное обеспечение форм деятельности [9,10]. Уровень функционирования регуляторных систем и адаптационных возможностей организма определяли методом вариационной кардиоинтервалографии (ВКИГ) по Р.М.Баевскому (1985). Использовали доплерографию и дуплексное сканирование магистральных сосудов головы с помощью ультразвукового сканера (EUB-555) «НІТАСНІ» Медикал-корпорат (ДСМСГ). Кровенаполнение мозга изучали с помощью РЭГ.

Результаты и обсуждение

Выделяли различные варианты посттравматической головной боли у изученных больных с учетом типичных симптомов [8]. При этом клинические особенности классических вариантов головной боли после легкой черепно-мозговой травмы переплеталась и трудно поддавалась детализации (табл.1).

Субъективные характеристики посттравматической головной боли с использованием тестов и шкал требовали объективизации клинко-функциональными методами. Каждый из классических вариантов посттравматической хронической головной боли имел клинические и параклинические особенности, что способствовало оптимизации диагностики, выявлению существенных и вероятных факторов ее формирования.

Особенности посттравматической хронической головной боли напряжения

Все больные с хронической посттравматической головной болью напряжения (ПТГБН) испытывали умеренные по интенсивности, постоянные или эпизодические, перманентные или пароксизмальные головные боли.

Таблица 1. Варианты головных болей в отдаленном периоде сотрясения головного мозга

№	Вариант головной боли	Муж.		Жен.		Всего	
		Чел.	%	Чел.	%	Чел.	%
1.	Головная боль напряжения	31	24,8	27	21,6	58	46,4
2.	Цервикогенная головная боль	19	15,2	7	5,6	26	20,8
3.	Невралгическая головная	18	14,4	6	4,8	24	19,2
4.	Смешанная (недифференцированная)	15	12	2	1,6	17	13,6
5.	Всего	83	66,4	42	33,6	125	100

Обычно боль имела двустороннюю локализацию, сжимающего, давящего характера по типу «каска». Интенсивность головной боли колебалась в течение дня от легкой до умеренной. Головная боль усиливалась вечером, чаще сочеталась с несистемным головокружением, непостоянной тошнотой. У 12 больных отмечалось снижение аппетита, а у 5 больных регистрировали фотофобию, у 3 – фонофобию. Постоянная головная боль напряжения диагностирована у 29 больных. У 25 больных определяли напряжение и болезненность перикраниальных мышц (затылочно-лобных, височно-теменных, полуушных, ременных, верхних и нижних косых, малой и большой задней прямой мышцы головы). Особенно выражено было напряжение и болезненность височных и горизонтальной порции трапециевидных мышц. У 17 больных встречалась частая эпизодическая головная боль напряжения. Эпизоды головной боли возникали с частотой от одного до пятнадцати пароксизмов в течение месяца. Общее количество дней головной боли составляло от двенадцати до ста восьмидесяти в год. Продолжительность пароксизмов головной боли была от 30 минут до семи суток. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц, диагностирована у 12 больных. Провоцирующими факторами чаще служили умственное и эмоциональное напряжение, реже влияние оказывало физическое перенапряжение (ходьба, подъем по лестнице). Оценка интенсивности головной боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) составляла от 3 до 8 баллов. Нейропсихологическое исследование указывало на преобладание у больных тревожно-депрессивных расстройств.

Особенности хронической посттравматической цервикогенной головной боли

Посттравматическая цервикогенная головная боль (ПТЦГБ) у 19 больных развивалась после автодорожной травмы, у 7 больных обстоятельства травмы были криминальные. Головная боль провоцировалась поворотами головы. Сопровождалась признаками выраженной вегетативной дисфункции. Выявляли головокружение. Диагностировали зрительные (фотопсия, снижение остроты зрения) и слуховые (шум, снижение слуха) расстройства. У всех больных пальпаторно определяли напряжение и болезненность грудино-ключично-сосцевидной и нижней косой мышцы головы. Была выражена болезненность паравerteбральных точек в местах выхода С1-С3 спинномозговых корешков. Миофасциальный синдром верхнего шейного комплекса включал мышечные спазмы и наличие триггерных точек трапециевидной и гру-

дино-ключично-сосцевидной мышцы, полуушных и ременных мышц головы и шеи, подзатылочных мышц (большая и малая прямые, верхняя и нижняя косые). При мануальном исследовании выявлялось напряжение и болезненность задней группы мышц шеи. Интенсивность хронической посттравматической цервикогенной головной боли по шкале «ВАШ» колебалась от 4 до 6 баллов. Нейропсихологическое обследование выявляло у больных сочетание умеренных астенических и выраженных тревожных расстройств.

Особенности посттравматических невралгических головных болей

Посттравматические невралгические головные боли (ПТНГБ) у 24 больных соответствовали вариантам классической тригеминальной невралгии и невралгии большого затылочного нерва. Отмечали короткие простреливающие боли в проекции первой ветви тройничного или затылочного нерва, внезапно начинающиеся и внезапно прекращающиеся в течение нескольких минут. Боль провоцировалась прикосновением к триггерам волосистой части головы, разговором и была острой, интенсивной, поверхностной, колющей. Интенсивность головной боли по шкале «ВАШ» колебалась от 6 до 10 баллов. Вегетативная дистония была наиболее выражена по сравнению с другими вариантами головных болей.

Недифференцированный (смешанный) вариант посттравматической хронической головной боли диагностирован у 17 человек. В этой группе выявляли наибольшую интенсивность головной боли и выраженность вегетативной дистонии среди всех изученных больных на фоне доминирующей ситуационной и личностной тревожности. При этом сочетание посттравматической головной боли напряжения с посттравматической цервикогенной головной болью выявляли у 11 больных. Сочетание посттравматической цервикогенной головной боли и посттравматической невралгической головной боли – у 9 больных.

Отмечали дифференциальные особенности вариантов посттравматической хронической головной боли (ПТХГБ). При посттравматической головной боли напряжения статистировали ее наименьшую интенсивность, наиболее выраженные тревожно-депрессивные нарушения, умеренную вегетативную дисфункцию и практически отсутствовали сосудистые расстройства. При цервикогенной головной боли ее интенсивность была высокой, доминировали вегетативная дисфункция и сосудистые нарушения на фоне умеренных тревожно-депрессивных расстройств. При невралгической посттравматической

Таблица 2. Дифференциально-диагностические критерии вариантов ПТХГБ

Параметр клинико-диагностического обследования	ПТГБН n=58	ПТЦГБ n=26	ПТНГБ n=24	Смешанная ПТГБ n=17
Интенсивность головной боли по шкале ВАШ (баллы)	7,2 ± 0,2*	5,5 ± 0,01	8,5 ± 0,03*	8,7 ± 0,01*
Личностная тревожность по тесту Спилбергера-Ханина (баллы)	37,2 ± 2,2	40,2 ± 1,2	44,2 ± 1,2	47,3 ± 1,5
Ситуационная тревожность по тесту Спилбергера-Ханина (баллы)	49,72 ± 1,1*	55,4 ± 2,3	52,7 ± 1,2	59,1 ± 1,5*
Шкала Гамильтона для оценки тревоги (баллы)	16,9 ± 1,2	17,2 ± 0,5	16,1 ± 1,1	16,7 ± 1,3
Шкала Гамильтона для оценки депрессии (баллы)	7,3 ± 0,2*	5,8 ± 1,1	5,6 ± 0,2	6,1 ± 0,8
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (баллы)	9,3 ± 0,2*	8,1 ± 0,5	8,5 ± 0,5	8,7 ± 0,2
Относник «Вегетативная дистония» (баллы)	41,8 ± 0,5*	44,9 ± 0,2*	50,3 ± 0,2*	51,3 ± 0,1*
Комплекс интима-медиа по ДСМСГ (мм)	0,59 ± 0,001	1,12 ± 0,02	1,13 ± 0,002	1,13 ± 0,01
Средний реографический индекс по РЭГ (Ом)	0,08 ± 0,001	0,067 ± 0,01	0,068 ± 0,002	0,071 ± 0,001
Мо по ВКИГ (сек)	0,68 ± 0,05*	0,57 ± 0,03	0,61 ± 0,02	0,66 ± 0,03
АМо по ВКИГ (%)	67,1 ± 0,01*	55,6 ± 0,01	44,5 ± 0,01	45,5 ± 0,01
Вариационный размах по ВКИГ (сек)	0,23 ± 0,01*	0,22 ± 0,01	0,24 ± 0,02	0,11 ± 0,01
Индекс напряжения по ВКИГ (усл.ед)	99,19 ± 5,15*	221,69 ± 8,05*	151,98 ± 6,25*	313,36 ± 10,05*
Индекс вегетативного равновесия по ВКИГ (усл.ед)	291,74 ± 10,06*	252,73 ± 7,05*	185,42 ± 5,05*	413,64 ± 15,03*
Показатель адекватности процессов регуляции по ВКИГ (%)	98,69 ± 2,87*	97,54 ± 2,77*	74,17 ± 1,45	69,94 ± 5,55
Вегетативный показатель ритма по ВКИГ (усл.ед)	6,39 ± 0,11	7,97 ± 0,01	6,83 ± 0,05	13,77 ± 0,1*

*Достоверность показателей между вариантами головной боли
Уровень значимости $p < 0,05$

головной боли интенсивность, сосудистые расстройства и нарушения эмоциональной сферы были умеренные, доминировала вегетативная дисфункция. Смешанная (недифференцированная) головная боль характеризовалась наиболее выраженной интенсивностью всех вышеизложенных характеристик (табл.2).

Оценка вариантов головной боли требовала дифференцированного лечения в отдаленном периоде сотрясения головного мозга. Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение проведено у 51 больного. Комбинированное лечение с включением медикаментозных средств, мануальной и иглорефлексотерапии осуществлено у 60 больных. Только мануальная терапия для лечения хронической посттравматической головной боли применялась у 14 больных. Это были пациенты с посттравматической цервикогенной и посттравматической головной болью напряжения с непереносимостью лекарственных препаратов, при наличии противопоказаний к ним или отсутствии эффекта от лечения.

Для купирования головной боли назначали анальгетики и негормональные противовоспалительные средства

(НПВС), миорелаксанты, антидепрессанты, антиконвульсанты, противотревожные препараты, психостимуляторы. Для всех пациентов соответствующий режим дозирования лекарственных препаратов основывался на индивидуальном ответе на лечение. Оказывали выраженное обезболивающее действие короткие курсы ксефокама рапида (лорноксикама). Определенные надежды возлагали на пептидэргические препараты, антиоксиданты, особенно влияющие на метаболизм и интегративные функции мозга. Эффективным в коррекции когнитивных нарушений явилось сочетание актовегина и цераксона. Одним из важных направлений лечения головной боли являлась коррекция тревожно-депрессивных нарушений. Использовали антидепрессанты и блокаторы кальциевых каналов. Физические факторы купировали и предупреждали приступы боли за счет улучшения регуляции сосудистой системы, особенно церебрального бассейна, снижения возбудимости нервной системы, уровня тревоги, депрессии, сенсibilизации антиноцицептивных систем организма, улучшения процессов адаптации. Дифференцированное физиотерапевтическое лечение проводили с учетом вегетативной дисфункции. При вегетативной дисфункции с

преобладанием гиперсимпатикотонии применяли дарсонвализацию головы и воротниковой области, ультрафиолетовое облучение воротниковой области, импульсные токи по методике электросна, диадинамические токи на область проекции верхнего симпатического узла с каждой стороны и на область проекции поверхностной височной артерии. При смешанной вегетативной дисфункции применяли методы аппаратной физиотерапии [8].

Заключение

Варианты посттравматической головной боли имеют определенные дифференциально-диагностические критерии. В процессе комплексного дифференцированного лечения происходило уменьшение интенсивности посттравматической головной боли. ■

Н.Б. Щеколова – доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ, г. Пермь; **В.М. Ладёйчиков** – доктор медицинских наук, доцент ФГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ, г. Пермь; **В.Г. Козюков** – доктор медицинских наук, доцент ФГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ, г. Пермь; **С.Н. Дроздов** – кандидат медицинских наук, городская больница № 3, г. Соликамск, Автор, ответственный за переписку: **Щеколова Наталья Борисовна**. Адрес: 614068 г. Пермь, ул. Крисанова д.18А, кв.29. Электронный адрес: nb_sh@mail.ru

Литература:

1. Азимова Ю.Э. и др. Диагностика и лечение головных болей в России: результаты анкетного опроса врачей. *Неврологический журнал* 2011; 2:44-49.
2. Деев А.С., Карпиков А.В., Некрасова Е.А. Посттравматические головные боли. *Головная боль* 2004; 8:23-4.
3. McKay T.J. *Chronic Posttraumatic Headache*. *Headache* 2001; 4:559-565.
4. Стародубцев А.А., Стародубцев А.И. Хроническая посттравматическая головная боль. *Практическая неврология и нейрореабилитация* 2008; 4: 25-28.
5. Живолупов С.А., Самарцев И.Н., Коломенцев С.В. Патогенетические механизмы травматической болезни головного мозга и основные направления их коррекции. *Журнал неврологии и психиатрии* 2009; 10: 42- 46.
6. Sullivan M.J., Thibault P., Simmonds M.J. *Pain perceived injustice and the persistence of post-traumatic stress symptoms during the course of rehabilitation for whiplash injuries*. *Pain* 2009; (45): 325-332.
7. Дроздов С.Н., Белокрылов Н.М., Щеколова Н.Б. Патогенетические механизмы формирования посттравматической головной боли. *Пермский медицинский журнал* 2008; 25(4): 31-34.
8. Щеколова Н.Б., Денисов А.С., Дроздов С.Н. Хроническая посттравматическая головная боль. Клинические особенности и принципы лечения. *Уральский медицинский журнал* 2011; 88(10): 127-131.
9. Вейн А.М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 112с.
10. Истратова О.Н., Экзакусто Т.В. Психодиагностика, коллекция лучших тестов. – Ростов-на -Дону, 2006. – 375с.