

Головные боли у больных с интракраниальными аневризмами в догеморрагический период

Лебедева Е.Р.¹, Сакович В.П.²

¹МО "Новая больница"

²Уральская государственная медицинская академия

Резюме. Головные боли являются частым симптомом у больных с артериальными аневризмами сосудов головного мозга. Однако большинство авторов описывают их лишь в момент разрыва аневризмы или непосредственно перед разрывом и не характеризуют боли, беспокоящие пациентов в течение многих лет до обнаружения аневризмы. Задачей нашего исследования было выделить типичные клинические характеристики головных болей у пациентов с аневризмами до возникновения кровоизлияния. Мы ретроспективно обследовали 199 пациентов с аневризмами сосудов головного мозга (средний возраст - 43,2 года) и 193 пациента контрольной группы (средний возраст - 38,4 года). Информация о головных болях была получена в процессе интервью. Головные боли диагностированы согласно критериям международной классификации головных болей. Частота головных болей у больных с аневризмами составила 60,8%, в контроле - 24,8% ($p < 0.0001$). Женщины страдали головными болями значительно чаще, чем мужчины ($p < 0.0001$). Длительность головных болей до диагностики аневризмы составила в большинстве случаев более 10 лет (52,1%). Преобладающим типом головных болей были мигрени (70,2%). Наличие мигрени в сочетании с семейным анамнезом аневризм и кровоизлияний, служит одним из аргументов в пользу проведения скринингового исследования сосудов головного мозга (КТ- или МР-ангиографии) с целью раннего обнаружения аневризмы до ее разрыва.

Ключевые слова: интракраниальные аневризмы, кровоизлияния, головные боли, мигрени, скрининговая диагностика

Головные боли являются частым симптомом у больных с интракраниальными аневризмами (ИА) сосудов головного мозга. В международной классификации болезней есть рубрика G44.811 - головная боль, связанная с мешотчатыми аневризмами [13], но характеристики таких болей у больных с неразорвавшимися аневризмами не дается. Большинство авторов описывают их лишь в момент разрыва аневризмы или непосредственно перед разрывом и не характеризуют боли, беспокоящие пациентов в течение многих лет до обнаружения аневризмы. Поскольку аневризмы, как правило, ничем не проявляют себя до разрыва,

головные боли могут служить единственным симптомом, который должен настораживать врача о возможном наличии ИА. Но головные боли очень распространены в общей практике, а аневризмы редки. Поэтому задачей нашего исследования было выделить типичные клинические характеристики головных болей у пациентов с ИА в догеморрагический период.

Материалы и методы

Мы ретроспективно обследовали 199 пациентов с аневризмами сосудов головного мозга в возрасте от 14 до 73 лет, средний возраст - 43,2 года, среди них 103 женщины и 96 мужчин. Большинство пациентов (177 человек) перенесли субарахноидальные кровоизлияния и 22 имели неразорвавшиеся аневризмы. Наличие аневризм было подтверждено церебральной ангиографией.

В качестве контрольной группы обследовано 193 пациента (108 - мужчины и 85 - женщины) в возрасте от 18 до 59 лет (средний возраст - 38,4 года). Эти пациенты не имели в

Лебедева Елена Разумовна - канд. мед. наук, врач высшей категории, сосудистый невролог МО "Новая Больница";

Сакович Владимир Петрович - докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой нервных болезней и нейрохирургии Уральской Государственной Медицинской Академии, Заслуженный врач России

Таблица 1. Характеристика 199 больных с интракраниальными аневризмами при наличии и отсутствии анамнеза головных болей и 193 пациентов контрольной группы

Характеристика	Больные с ИА с головными болями	Больные с ИА без головных болей	Контрольная группа
Число больных	121	78	193
МЗжчины	42	54	108
Женщины	79	24	85
Возрастной диапазон	14 - 73	15 - 63	18-59
Средний возраст	43±9	42±8	38±4

анамнезе инсультов, кровоизлияний, наследственных заболеваний и серьезной соматической патологии.

Информация о пациентах и их головных болях была получена в процессе интервью. Мы использовали специально разработанную анкету, которая включала данные анамнеза заболевания и жизни больных, результаты их обследований и детальную характеристику головных болей до разрыва аневризм. Головные боли были диагностированы согласно критериям международной классификации головных болей [5, 13].

Статистический анализ

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью стандартных пакетов SAS Institute Inc., Cary, NC, USA и Stat. Soft. Inc., Tulsa, USA.

Связь между количественными показателями оценивалась с помощью линейного коэффициента корреляции (r), достоверность которого определялась с помощью Z-преобразования с последующим вычислением Т-критерия. Для качественных показателей вычислялась частота встречаемости в виде процента. Связь между качественными показателями оценивалась с помощью отношения шансов (ОШ) с вычислением максимального и минимального значений при 95% доверительном интервале (95% ДИ).

Результаты

Головные боли в догеморрагический период имели 121 из 199 больных с аневризмами (60,8%), среди них - 79 - женщины и 42 - мужчины. Из 121 больного с ИА и головными болями, более половины пациентов (63 человека - 52%) страдали головными болями более 10 лет до диагностики аневризм, 26 человек (21,5%) страдали головными болями в течение

6-10 лет, 22 человека (18,1%) имели головные боли от 2 до 5 лет. У 10 человек (8,3%) длительность головных болей была от полугода до одного года до обнаружения аневризм. Частота головных болей была у большинства больных (69 пациентов - 57%) 3-5 раз в месяц, редкие головные боли (2-5 раз в год) имели 33 пациента (27,3%), частыми головными болями (3-5 раз в неделю) страдали всего 17 больных (14%), у двух больных головные боли были ежедневными.

Большинство пациентов характеризовали свои головные боли как сочетание различных по характеру, локализации и интенсивности головных болей. Наиболее часто головные боли локализовались в лобной и височных областях головы (47,1%) и имели давящий и пульсирующий характер (47,9%). Интенсивность головных болей была чаще всего умеренной, реже сильной. Продолжительность головных болей была в большинстве случаев несколько часов (1-5 часов) - у 78 больных (64,5%), реже головные боли продолжались 3-15 минут - у 21 больного (17,3%), у 13 человек (10,7%) головные боли продолжались 1-2 дня. Девять из 121 больного не могли точно охарактеризовать головные боли и их продолжительность.

Головные боли наиболее часто сопровождалась повышением артериального давления (42,9%), тошнотой (33,1%), рвотой (21,5%), фотофобией (19,0%), фонофобией (14,0%) и ограничением физической активности (31,4%). Из провоцирующих факторов более половины больных (52,1%) отмечали связь головных болей с переутомлением, многие больные (36,4%) связывали их с недосыпанием. Треть больных называли в качестве провоцирующих факторов душные помещения (30,6%), перегревание: баня, сауна, пребывание на солнце (26,4%), стресс (30,6%), изменение погоды (28,3%), некоторые

больные отмечали в качестве провоцирующего фактора запахи (16,5%). Большинство больных 85 человек (70,2%) использовали для купирования головных болей нестероидные противовоспалительные препараты и их комбинации (цитрамон, анальгин, баралгин, пенталгин, аскофен). Некоторые больные (26 человек - 21,5%) принимали гипотензивные препараты в момент головных болей, 24 пациента (19,8%) не использовали ничего, а троем больным (2,5%) помогал сон.

Согласно критериям международной классификации головные боли у больных с ИА в догеморрагический период распределились следующим образом: мигрень без ауры - 68,6%, мигрень с аурой - 1,6%, хронические головные боли напряжения - 9,9%, головные боли, связанные с АГ - 14,9%, хронические посттравматические головные боли - 1,6%, головные боли, связанные с повышенным внутричерепным давлением - 1,6%, кластерные головные боли - 1,6%.

Частота головных болей в контроле была 24,8%, что значительно ниже, чем у больных с ИА ($p < 0.001$, ОШ=2,4, 95% ДИ=1,8-3,2) и соответствует их частоте в общей популяции [2]. В отличие от больных с ИА, головные боли у пациентов контрольной группы были достаточно редкими: обычно 2-5 раз в год. Они, как правило, имели диффузную локализацию, давящий характер и умеренную интенсивность. Они не сопровождалась тошнотой, фотофобией и фонофобией и ограничением физической активности. Головные боли чаще всего провоцировались стрессом. Большинство пациентов не использовали никакие лекарства для купирования головных болей, поскольку они продолжались не более 1-2 часов. Головные боли у пациентов контрольной группы в 70,8% случаев относились к головным болям напряжения и лишь в 8,3% - к мигрени.

Обсуждение

В современной литературе имеются лишь единичные наблюдения о пациентах с головными болями и аневризмами до их разрыва. В отечественной литературе представлено лишь одно исследование головных болей до разрыва аневризм, проведенное в 1974 году Б.Х. Белимготовым [3]. Автор показал, что у 69,1% больных с аневризмами в догеморрагический период имели место головные боли диффузного или локального характера, часто с тошнотой, рвотой, светобоязнью, иногда сопровождающиеся повышением температуры, онемением и преходящей слабостью в конечностях, преходящим птозом и диплопией. У некоторых больных головные боли существовали с детства.

По описываемым признакам такие головные боли можно отнести к мигрени.

Lansino G. и соавторы докладывают о фронтально-орбитальных головных болях у больных с аневризмами, локализующимися в месте отхождения задней соединительной артерии от внутренней сонной артерии как симптом предшествующий их разрыву. Объяснением этому факту служат данные аутопсийных исследований, показывающих, что глазодвигательный нерв содержит также чувствительные волокна, отходящие от тройничного нерва и входящие в глазодвигательный нерв на уровне латеральной стенки кавернозного синуса. Компрессия глазодвигательного нерва аневризмой приводит к раздражению его чувствительных волокон и вызывает орбитальную боль [6].

Многие авторы объясняют возникновение сильных головных болей за несколько недель или месяцев до разрыва аневризмы частичным разрывом стенки аневризмы и небольшим просачиванием крови. Хотя цереброспинальная жидкость не содержит кровь, такие головные боли могут сопровождаться диффузным ангиоспазмом [4, 8, 15]. Встречаемость интенсивных головных болей до разрыва аневризмы составляет 30-60% [4].

Интересное исследование по выявлению головных болей, предшествующих субарахноидальному кровоизлиянию проведено в Нидерландах [14]. Авторы обследовали 30 пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием (САК), 20 - с ишемическим инсультом и 100 лиц контрольной группы. Предшествующие эпизоды необычно сильных головных болей были выявлены у 13 из 30 больных (43%) с САК в интервале от 1 недели до двух месяцев до возникновения кровоизлияния. Подобные боли выявлены лишь у одного пациента с ишемическим инсультом (5%) и ни у кого в контроле. У большинства больных такие боли были односторонними и локализовались в затылочной области головы, у половины пациентов иррадиировали в шею, их продолжительность была чаще всего несколько дней. Не было выявлено связи между стороной аневризмы и локализацией головных болей.

Анализируя данные нашего исследования и сопоставляя с данными литературы, необходимо отметить, что встречаемость головных болей у больных с аневризмами в догеморрагический период приблизительно соответствует их частоте в других исследованиях [4, 12]. Это подтверждает тот факт, что головные боли могут быть обусловлены наличием аневризмы и предшествовать их разрыву. Учитывая частую встречаемость

мигренью у больных с аневризмами, можно предположить, что именно мигрени должны настораживать врача о возможном наличии аневризмы. Но с другой стороны, мигрени являются одними из самых распространенных головных болей в общей популяции [1, 2]. Какие же признаки позволяют врачу с большей вероятностью предполагать о существовании аневризмы? Хотя исследования по выявлению факторов риска у больных с аневризмами и мигренями мы еще не проводили, считаем, что таким отличительным диагностическим признаком может служить семейный анамнез инсультов, кровоизлияний и аневризм. Результаты многочисленных исследований по выявлению аневризм у ближайших родственников показали, что именно родные братья и сестры, родители и дети имеют наибольший риск развития аневризм [9, 10, 11]. Проведенное нами изучение родословных у 194 больных с аневризмами и у 193 лиц контрольной группы также показало, что встречаемость кровоизлияний у ближайших родственников больных с аневризмами в 3,7 раз выше, чем у лиц контрольной группы (ОШ=4,0, 95% ДИ=1,8-9,1, $p=0.004$), а встречаемость головных болей у них в 2,8 раз

выше, чем в контроле (ОШ=3,2, 95% ДИ=2,3-4,3, $p<0,001$), что указывает на наследственную предрасположенность к этим заболеваниям [7].

Необходимо обратить внимание на существование половых различий в частоте головных болей: женщины имели головные боли до разрыва аневризм в 1,8 раз чаще, чем мужчины (65,3% и 34,7% соответственно, $p<0,001$, ОШ=0,53, 95% ДИ= 0,4-0,7). Очевидно, это подтверждает общую тенденцию преобладания мигреней среди лиц женского пола. Головные боли также преобладали у женщин, а не у мужчин среди исследуемых нами родственников первой степени родства больных с аневризмами (33,2% и 15,5% соответственно, ОШ=2,7, 95% ДИ=1,9-3,7, $p<0,001$) [7].

Таким образом, головные боли и, прежде всего мигрени, являются характерным проявлением интракраниальных аневризм в догеморрагический период. Наличие мигреней в сочетании с семейным анамнезом аневризм и кровоизлияний, служит одним из аргументов в пользу проведения скринингового исследования сосудов головного мозга (КТ- или МР-ангиографии) с целью раннего обнаружения аневризмы до ее разрыва.

Литература

1. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. М.: Медпресс; 1999.
2. Вейн А.М. Головная боль. Журнал неврологии и психиатрии 1997; 3: 5-11.
3. Белимгтов Б.Х. К ранней диагностике аневризм сосудов головного мозга. Сборник научных работ Ленинградского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова "Диагностика и хирургическое лечение сосудистых заболеваний головного мозга", Ленинград; 1974. 109-111.
4. Kay J.W., Raskin N.H. Thunderclap headache: symptom of unruptured cerebral aneurysm. Lancet 1986 Nov 29; 2 (8518): 1247-8.
5. Kiamond S. Diagnosing and Managing Headaches. 3rd ed. Chicago, Illinois; 2001.
6. Lanzino G., Andreoli A., Tognetti F., Limoni P., Calbucci F., Bortolami R., Lucchi M.L., Callegari E., Testa C. Orbital pain and unruptured carotid-posterior communicating artery aneurysms: the role of sensory fibers of the third cranial nerve. Acta Neurochir (Wien) 1993; 120 (1-2): 7-11.
7. Lebedeva E.R., Sakovich V.P., Kolotvinov V.S., Gerasimov M.V. Vascular pathology in 1011 first degree relatives of patients with intracranial aneurysms and in 812 first degree relatives of controls. Journal of Neurology 2005; 252 (suppl2): 11.
8. Kstergaard J.R. Headache as a warning symptom of impending aneurysmal subarachnoid haemorrhage. Cephalgia 1991 Feb; 11(1): 53-5.
9. Raaymakers T.W., Rinkel G.J., Ramos L.M. Initial and follow-up screening for aneurysms in families with familial subarachnoid hemorrhage. Neurology 1998 Oct; 51(4): 1125-30.
10. Rinkel G.J. Intracranial aneurysm screening: indications and advice for practice. Lancet Neurol 2005 Feb; 4(2): 122-8.
11. Ronkainen A., Miettinen H., Karkola K., Papinaho S., Vanninen R., Puranen M., Hernesniemi J. Risk of harboring an unruptured intracranial aneurysm. Stroke 1998 Feb; 29(2): 359-62.
12. Stroinska-Kusiowa B., Filipczak K. Symptoms preceding rupture of subarachnoid aneurysms: an analysis. Neurol Neurochir Pol 1978 May-Jun; 12 (3): 213-8.
13. The international classification of headache disorders, 2nd ed. Cephalgia 2004; 24 (suppl1): 1-151.
14. Verweij R.K., Wijdicks E.F., van Gijn J. Warning headache in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. A case-control study. Arch Neurol 1988 Sep; 45(9): 1019-20.
15. Witham T.F., Kaufmann A.M. Unruptured cerebral aneurysm producing a thunderclap headache. Am J Emerg Med 2000 Jan; 18(1): 88-90.