

Д.А. Искра, Н.Г. Гюлов

Хроническая поствазкулярная головная боль при ишемических поражениях головного мозга

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Выполнен сравнительный анализ клинических характеристик поствазкулярной головной боли у пациентов с последствиями ишемических инсультов и с дисциркуляторной энцефалопатией. В ходе исследования проводилась оценка интенсивности цефалгии, уровня сенсорного и эмоционального восприятия боли, выраженности сопутствующей депрессии. Характеристики боли определялись при помощи цифровой рейтинговой шкалы и опросника Мак-Гилла. Выраженность депрессивных расстройств оценивалась на основании результатов исследования по шкале Бека. Определялась корреляционная связь полученных показателей с выраженностью неврологического дефицита по шкале National institut of health stroke scale. Установлено, что интенсивность головной боли при исследуемых нозологических формах сопоставима и соответствует умеренно-выраженной. У пациентов с последствиями ишемических инсультов интенсивность головной боли зависит от степени неврологического дефицита, а синдром цефалгии сопровождается выраженной депрессией. У больных с дисциркуляторной энцефалопатией такой зависимости не определяется, но выявляется более высокий уровень сенсорного и эмоционального восприятия боли. Выявлена зависимость клинических характеристик боли от пола и возраста пациентов с цереброваскулярной патологией. Предложены конкретные рекомендации по лечению синдрома поствазкулярной головной боли с учетом особенностей течения основного заболевания.

Ключевые слова: поствазкулярная головная боль, дисциркуляторная энцефалопатия, последствия острых нарушений мозгового кровообращения, ранговый индекс боли, депрессия, неврологический статус.

Введение. При сосудистой патологии головного мозга цефалгический синдром различной степени выраженности выявляется у значительного (до 65%) числа пациентов. Высокая распространенность головных болей при цереброваскулярных заболеваниях позволяет относить их к числу ведущих факторов, определяющих снижение качества жизни пациентов этой категории [4, 5, 7, 9, 10].

Причины, способствующие возникновению головных болей, многочисленны, однако в большинстве случаев лечение этого синдрома осуществляется в рамках основного заболевания, без выяснения конкретных этиологических факторов и механизмов возникновения цефалгий. Недостаточная эффективность применяемой терапии создает предпосылки для приема большого количества анальгезирующих медикаментозных средств, не всегда приносящих облегчение [1, 2].

Согласно применяемой в настоящее время классификации выделяют 7 типов головных болей, наблюдаемых при сосудистой патологии головного мозга: при ишемических инсультах или транзиторных ишемических атаках; при нетравматических внутричерепных кровоизлияниях; при неразорвавшихся сосудистых мальформациях; при артериитах; при изменениях каротидных или вертебральных артерий; при тромбозах церебральных вен; при других внутричерепных сосудистых процессах. Этиопатогенез этих цефалгий различный, однако, они имеют одну общую черту – связь с другими симптомами основ-

ного заболевания. Болевой синдром возрастает по мере прогрессирования ведущего патологического процесса и уменьшается в течение 3 месяцев после завершения его острой фазы [3, 5, 7, 8].

В то же время в значительном числе случаев не прослеживается такая тесная временная связь между головной болью и другими неврологическими симптомами при их регрессе. Такая форма цефалгии до настоящего времени недостаточно изучена. Она носит название «хроническая головная боль после перенесенного сосудистого заболевания или поствазкулярная головная боль» (ПГБ). Типичные характеристики ПГБ неизвестны, а главными критериями ее диагностики являются: связь с сосудистым заболеванием, которое было успешно вылечено или спонтанно ремитировало, при условии персистирования головной боли более 3 месяцев после успешного лечения или спонтанной ремиссии цереброваскулярной патологии [6].

Полиэтиологичность этой формы цефалгии не исключает, тем не менее, общность механизмов ее патогенеза, изучение которых, безусловно, расширит возможности терапевтической коррекции ПГБ.

Цель исследования. Выявить клинико-патогенетические особенности поствазкулярной головной боли у больных с последствиями ишемических инсультов и с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) для повышения эффективности лечения цефалгического синдрома.

Задачи исследования:

1. Определить интенсивность ПГБ у больных с последствиями ишемических инсультов и с ДЭ.
2. Установить особенности сенсорного и эмоционального восприятия синдрома головной боли, уровень сопутствующей депрессии у пациентов с цереброваскулярной патологией.
3. Оценить значимость влияния степени неврологического дефицита на выраженность цефалгии.

Материалы и методы. Клинические наблюдения осуществлялись на 49 пациентах с ДЭ 1 или 2 стадии (1 группа) и 50 больных с последствиями ишемических инсультов (2 группа), находящихся на стационарном лечении в клинике нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Верификация диагнозов осуществлялась по общепринятым стандартам с использованием клинических, инструментальных и лабораторных методов диагностики. Неврологический статус оценивался по шкале National institut of health stroke scale (NIHSS).

В исследуемые группы отбирались те пациенты, у которых, во-первых, длительность заболевания составляла не менее 1 года, во-вторых, в клинической картине присутствовал цефалгический синдром, в-третьих, головная боль впервые появлялась в тесной связи с сосудистым процессом и не проходила или заметно не облегчалась спустя 3 месяца от его начала.

Характеристики болевого синдрома определялись при помощи цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ) и опросника Мак-Гилла, в котором основные показатели: индекс числа выделенных дескрипторов и ранговый индекс боли (РИБ), оценивались суммарно по всему опроснику и отдельно по каждой из трех его шкал: сенсорной, аффективной и эвалюативной. Это позволяло исследовать не только количественную характеристику головной боли, но и её эмоциональную составляющую. Сопутствующие депрессивные расстройства изучались при помощи шкалы Бека.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что цефалгический синдром наблюдается у больных в возрастном диапазоне от 40 до 88 лет, причем наиболее часто у пожилых (старше 70 лет) пациентов (табл. 1).

Различий в распределении по половому признаку в группах сравнения не определялось: 29 женщин и 21 мужчина в первой, а также 25 женщин и 24 мужчины во второй группе.

Не было обнаружено межгрупповых статистиче-

Таблица 1

Частота встречаемости головных болей у пациентов разных возрастных групп, абс. (%)

Группа	Возраст, лет		
	40–55	56–69	старше 70
1	13 (26,5)	14 (28,6)	22 (44,9)
2	8 (16,0)	20 (40,0)	22 (44,0)

ски значимых различий по интенсивности болевого синдрома (1 группа – 4,9 балла, 2 группа – 4,7 балла). Однако, среди мужчин, как в первой, так и во второй группе определялась наибольшая выраженность боли в более молодом возрасте. У женщин подобная тенденция не определялась (табл. 2).

Таблица 2

Интенсивность головной боли у пациентов разных возрастных групп, балл

Группа	Возраст, лет					
	40–55		56–69		старше 70	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
1	5,8	4,5	4,9	4,4	4,6	5,5
2	4,8	5,0	4,4	4,7	4,4	4,8

При этом в обеих группах прослеживалась отчетливая тенденция к снижению сенсорного и эмоционального восприятия боли у пациентов старшего возраста. В первой группе РИБ в рассматриваемых возрастных подгруппах (от более молодых к старшим) составлял: 21,2; 18,1 и 17,7 баллов. Во второй группе 17,1; 16,4 и 16,5 баллов соответственно. Наиболее отчетливо указанная тенденция определялась у мужчин (табл. 3).

Таблица 3

Ранговый индекс головной боли у обследуемых пациентов, балл

Группа	Возраст, лет					
	40–55		56–69		старше 70	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
1	24,2	19,3	17,9	17,4	14,6	20,2
2	16,0	19,0	15,3	18,4	14,4	17,5

Также обращал на себя внимание достоверно ($p < 0,05$) более высокий уровень сенсорного восприятия боли (величина РИБ) у пациентов с ДЭ: 11,0; 9,8; 9,1 баллов (в исследуемых возрастных подгруппах), по сравнению с больными с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК): 7,4; 7,7; 7,6 баллов соответственно. Следует отметить, что характеристика сенсорного восприятия боли у мужчин и женщин 1 группы в рассматриваемых возрастных диапазонах не различались между собой, в то время как во второй группе этот показатель был достоверно ($p < 0,05$) выше у женщин (8,6; 9,5; 8,3 балла), чем у мужчин (7,0; 7,0; 6,4 балла). Аналогичные различия во второй группе определялись и по аффективной (эмоциональной) составляющей боли: у женщин – 7,6; 7,1; 7,1 баллов; у мужчин – 7,0; 6,3; 5,7 баллов.

Обнаружены статистически значимые ($p < 0,05$) различия по выраженности депрессии в группах сравнения (11,8 баллов в первой и 15,1 балла во второй группе). При этом у пациентов с последствиями

ОНМК отчетливо определялось нарастание уровня депрессии с возрастом: 11,3; 13,0; 18,7 баллов (в возрастных подгруппах от более молодых к старшим). Депрессивные проявления в обеих группах в большей степени были выражены у женщин (табл. 4).

Таблица 4

Уровень депрессии у обследуемых пациентов, балл

Группа	Возраст, лет					
	40–55		56–69		старше 70	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
1	12,8	9,2	9,2	11,0	11,8	15,8
2	9,8	14,0	11,5	14,1	15,2	20,3

Для сравнительного анализа корреляционных связей между оцениваемыми характеристиками боли и выраженностью неврологического дефицита в исследуемых группах все пациенты были разделены на подгруппы в зависимости от выраженности цефалгии (от 1 до 3 баллов по ЦРШ – первая, от 4 до 5 баллов – вторая и более 5 баллов – третья). Установлено статистически значимое ($p < 0,05$) повышение выраженности болевого синдрома при нарастании степени неврологического дефицита во второй группе при отсутствии подобных связей у пациентов с ДЭ (табл. 5, 6).

Выявлено, что сенсорная и аффективная составляющая боли в аналогичных подгруппах групп сравнения не отличались между собой. В то же время уровень депрессии у пациентов с последствиями ОНМК был значимо ($p < 0,05$) выше.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии, как общих черт, так и различий в клиническом симптомокомплексе ПГБ у пациентов исследуемых

Таблица 5

Выраженность неврологического дефицита у пациентов первой группы с различной интенсивностью цефалгии, балл

Подгруппа	ЦРШ	РИБ	ИЧВД	Шкала Бека	NIHSS
1, n=9	2,8	9,8	8,1	9,8	0
2, n=25	4,7	18,2	10,4	11,5	1,5
3 n=15	6,5	23,5	10,8	13,8	0

Таблица 6

Выраженность неврологического дефицита у пациентов второй группы с различной интенсивностью цефалгии, балл

Подгруппа	ЦРШ	РИБ	ИЧВД	Шкала Бека	NIHSS
1, n=8	2,8	11,6	8,1	12,7	6,5
2, n=32	4,7	15,6	10,2	14,2	7,1
3, n=10	6,3	24,7	11,9	19,9	8,1

групп. Наиболее важным отличием синдрома цефалгии у больных с последствиями ОНМК является зависимость интенсивности боли от выраженности неврологического дефицита, то есть от объема структурно-функционального поражения мозга. При ДЭ такая зависимость не определяется, что является основанием для утверждения о различиях в этиопатогенезе ПГБ у больных в группах сравнения.

Это подтверждается и тем, что клинические характеристики более также существенно различаются. В частности при ДЭ значимо выше сенсорное и эмоциональное восприятие болевого феномена. В то же время у пациентов с последствиями ОНМК фиксируется существенно более высокий уровень депрессии. При этом интенсивность цефалгий у большей части обследованных может быть определена как умеренно-выраженная. По-видимому, относительно низкий уровень сенсорного и эмоционального восприятия болевых ощущений у пациентов с последствиями ОНМК компенсируется более высокой оценкой интенсивности головной боли на фоне сопутствующего депрессивного состояния.

Синдром ПГБ у больных в группах сравнения помимо схожей интенсивности цефалгии имеет и другие общие черты. Характеристики ПГБ в обеих группах зависят от возраста и пола пациентов. Этот синдром чаще встречается у пожилых больных. Однако интенсивность болевого феномена, особенно у мужчин с возрастом уменьшается. Уменьшение выраженности головной боли у пожилых пациентов обеих групп, по-видимому, связано со снижением ее сенсорного и эмоционального восприятия. При этом у мужчин указанное снижение имеет большее значение в связи с исходно сравнительно низким по отношению к женщинам уровнем описанных показателей. Высокий уровень сенсорного и эмоционального восприятия боли у женщин обеих групп сочетается с более выраженной по сравнению с мужчинами депрессией. Следует также отметить, что у всех обследуемых определялось нарастание уровня депрессии с возрастом независимо от пола.

Заключение. Установлено, что синдром ПГБ тесно увязан с особенностями патогенеза конкретных нозологических форм цереброваскулярных заболеваний, что следует учитывать при его лечении. В терапии цефалгий у пациентов с ДЭ следует использовать препараты повышающие порог болевого восприятия (центральные анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства). При лечении ПГБ большее значение приобретает применение препаратов группы антидепрессантов. Эти же лекарственные средства предпочтительны для использования у пожилых пациентов с цереброваскулярной патологией.

Литература

- Искра, Д.А. Транскраниальная магнитная стимуляция моторной коры при головных болях напряжения / Д.А. Искра, Д.Н. Фрунза, Т.В. Бодрова // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – № 2. – С. 79–83.

2. Искра, Д.А. Повторная транскраниальная магнитная стимуляция в лечении хронических головных болей напряжения / Д.А. Искра, Д.Н. Фрунза // Вестн. Росс. воен-мед. акад. – 2012. – № 3. – С. 34–38.
3. Arboix, A. Headache in acute cerebrovascular disease: a prospective clinical study in 240 patients / A. Arboix [et al.] // Cephalalgia – 1994. – Vol. 14. – P. 37–40.
4. Ferro, J.M. Headache associated with transient ischemic attacks / J.M. Ferro [et al.] // Headache – 1995a. – Vol. 35. – P. 544–548.
5. Ferro, J.M. A multivariate study of headache associated with ischemic stroke / J.M. Ferro [et al.] // Headache – 1995b. – Vol. 35. – P. 315–319.
6. Headache classification subcommittee of the international headache society (2004). The international classification of headache disorders, 2nd edition // Cephalalgia – 2004. – Vol. 24, Suppl. 1. – P. 1–160.
7. Jorgensen, H.S. Headache in stroke: The Copenhagen stroke study / H.S. Jorgensen [et al.] // Neurology – 1994. – Vol. 44. – P. 1793–1797.
8. Koudstaal, P.J. Headache in transient or permanent cerebral ischemia. Dutch TIA study group / P.J. Koudstaal, J. van Gijn, L.J. Kappelle // Stroke – 1991. – Vol. 22. – P. 754–759.
9. Tentschert, S. Headache at stroke onset in 2196 patients with ischemic stroke or transient ischemic attack / S. Tentschert [et al.] // Stroke – 2005. – Vol. 36. – P. 1–3.
10. Vestergaard, K. Headache in stroke / K. Vestergaard [et al.] // Stroke – 1993. – Vol. 24. – P. 1621–1624.

D.A. Iskra, N.G. Giulov

Chronic post-vascular headache in ischemic brain lesions

Abstract. A comparative analysis of clinical characteristics of post-vascular headache in patients after ischemic stroke, and with ischemic encephalopathy was completed. During the study, the intensity of headache, the level of sensory and emotional perception of pain, and the severity of comorbid depression were performed. The characteristics of pain were determined using the numerical rating scale and McGill pain questionnaire. The severity of depression was assessed on the basis of test results on Beck depression inventory. The correlation between the severity of the resulting figures and neurological deficit, as was measured by the scale National institut of health stroke scale, was determined. It was found out, that the intensity of headaches in the studied nosologic forms was comparable and matched to moderately severe. The intensity of headache in patients after ischemic stroke was dependent on the degree of neurological deficit, and the syndrome of headache was accompanied by severe depression. Such a correlation in patients with ischemic encephalopathy was not determined, but it was revealed a higher level of sensory and emotional perception of pain. It was detected the dependence of the clinical characteristics of pain from sex and age of patients with cerebrovascular disease. It was given recommendations for specific treatment of post-vascular headache on the grounds of the course of the basic disease.

Key words: post-vascular headache, ischemic encephalopathy, post stroke, pain rating index, depression, neurological status.

Контактный телефон: +7-921-935-02-73; e-mail: iskradm@mail.ru.