

АНАЛИЗ ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ПРИЕМА ВРАЧА-НЕВРОЛОГА

Маховская Т.Г.¹, Гарманова А.А.¹, Морозов А.М.², Жуков С.В.², Соболев Е.А.²,
Беляк М.А.², Клещенко А.В.²

¹ФГБУ «Поликлиника 1» УДПРФ, Москва, e-mail: ammorozovv@gmail.com;

²ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, Тверь

Головная боль – одна из самых частых жалоб пациентов в практике врача-невролога. Головная боль входит в десятку самых частых причин снижения работоспособности, что определяет наносимый ею социальный и экономический ущерб. Головная боль напряжения (ГБН) – это неврологическое расстройство, характеризующееся приступами легкой или умеренной боли с небольшим количеством сопутствующих симптомов. Распространенность ГБН у взрослых в течение жизни, по результатам исследований, составляет 46% (диапазон 12–78%). Мигрень приводит к нарушению функциональной активности человека. В популяции 15–18% женщин и 4–6% мужчин трудоспособного возраста страдают мигренью. Для определения частоты встречаемости мигрени и головной боли напряжения была использована статистика обращения людей к врачу-неврологу амбулаторно-поликлинического звена. В данном исследовании приняли участие 2482 человека, из них 75,4% женщин и 24,6% мужчин. Исследование показало, что чаще всего встречается головная боль напряжения и мигрень без ауры у женщин от 26 до 45 лет. Помимо мигрени без ауры и с аурой, была диагностирована другая мигрень, цефалгический синдром и мигренозный статус.

Ключевые слова: мигрень, аура, головная боль напряжения, цефалгия.

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF DIFFERENT NOSOLOGIES IN THE CONDITIONS OF THE AMBULATORY-POLYCLINICAL RECEPTION OF THE DOCTOR-NEUROLOGIST

Makhovskaya T.G.¹, Garmanova A.A.¹, Morozov A.M.², Zhukov S.V.², Sobol E.A.²,
Belyak M.A.², Kleshchenko A.V.²

¹ FGBU Polyclinic 1 UDPRF, Moscow, e-mail: ammorozovv@gmail.com;

² FGBOU VO «Tver State Medical University Ministry of Health of Russia», Tver

Headache is one of the most frequent patient complaints in the practice of a neurologist. Headache is among the top ten most common causes of reduced productivity, which determines the social and economic damage it causes. Tension headache (GBN) is a neurological disorder characterized by attacks of mild to moderate pain with few concomitant symptoms. The lifetime prevalence of GBN in adults, according to studies, is 46% (range 12-78%). Migraine leads to impaired human functional activity. In the population, 15-18% of women and 4-6% of men of working age suffer from migraine. To determine the frequency of migraine and tension headache, statistics were used on people's access to an outpatient neurologist. In this study, 2,482 people participated, of which 75.4% were women and 24.6% were men. The study found that tension headache and migraine without aura are most common in women between 26 and 45 years old. In addition to migraine without aura and with aura, another migraine, cephalgic syndrome and migraine status were diagnosed.

Keywords: migraine, aura, tension headache, cephalgia.

Большое количество заболеваний, сопровождающихся головной болью (ГБ), и многообразие их клинических проявлений отражают актуальность данной проблемы в неврологии. Цефалгия стоит на втором месте после жалобы на боль в пояснице в неврологии. На данный момент ГБ рассматривается как серьезная проблема, требующая внимания медицинской общественности. По данным статистики, головную боль испытывают 85% населения, из которых примерно 40% отмечают снижение функциональной активности и требуют наблюдения и высококвалифицированного лечения [1].

Болевая чувствительность в определенной степени связана с психологическими особенностями человека. Для оценки интенсивности боли и эффективности лечения рекомендуют применять специальные шкалы. В настоящее время существует большое множество оценочных шкал боли [2].

Переносимость болевого синдрома оценивается в ходе процесса терапевтического воздействия. Оценка включает определение выраженности методов лечения и побочных эффектов средств. Чаще оцениваются побочные эффекты по их характеру, выраженности и частоте развития. Оценка выраженности побочных эффектов определяется по шкале от 0 до 3 баллов: 0 баллов – нет побочных эффектов, 1 балл – слабо выраженные, 2 балла – умеренно выраженные, 3 – сильно выраженные [2].

Базальные отделы твердой и мягкой мозговых оболочек, сосуды основания мозга, венозные синусы и черепные нервы, и экстракраниальные структуры могут являться источниками болевых ощущений в области головы [3].

Чаще пациентам с первичными головными болями выставляется диагноз арахноидит, гипертензионно-гидроцефальный синдром, дисциркуляторная энцефалопатия, а также спондилогенная краниалгия [4].

Ссылаясь на критерии третьего пересмотра Международной классификации головных болей от 2018 года, можно выделить несколько видов первичных головных болей: головная боль напряжения, мигрень, тригеминальные вегетативные или автономные цефалгии [5].

На данный момент Международное общество по изучению головных болей отмечает около 160 видов цефалгий, из которых 95–97% случаев составляют первичные головные боли. Особое внимание обращают на головную боль напряжения и мигренозную болезнь [5].

Головная боль напряжения является одним из самых распространенных вариантов головной боли. Данная патология характеризуется значительной вариабельностью течения и клинических проявлений.

Головная боль напряжения – это неврологическое расстройство, отличающееся приступами легкой или умеренной головной боли с небольшим количеством сопутствующих симптомов. Головная боль напряжения является одной из самых часто встречающихся форм головной боли, где ее доля в общей структуре головной боли составляет 54% [6].

Диагноз «головная боль напряжения» наиболее часто ставят пациентам в возрастном интервале от 20 до 30 лет, однако данным видом головной боли могут страдать и люди в возрасте после 50 лет, а также дети дошкольного и школьного возраста. Свыше 90% пациентов с ГБН составляют лица трудоспособного возраста, с преобладанием женщин – до 75%, что указывает на возможный наследственный анамнез головной боли [7].

Наиболее типичной среди рассматриваемых видов ГБ является цефалгия напряжения, поскольку ее частота встречаемости значительно выше остальных форм - ее распространенность в течение жизни варьирует от 30 до 78%. Эпизодическая ГБ диагностируется при частоте приступов от 1 до 15 дней в месяц, что составляет от 12 до 180 дней в год. Хроническая головная боль напряжения выявляется не менее 15 дней в месяц [8].

Согласно 3-й версии Международной классификации головных болей, выделяется 3 основных подтипа головной боли напряжения:

- 1) нечастая ЭГБН – менее 1 дня в месяц;
- 2) частая ЭГБН – от 1 до 14 дней в месяц;
- 3) ХГБН – более 15 дней в месяц [9].

Основными провокаторами развития цефалгии напряжения являются мышечный фактор (повторяющееся позное напряжение мышц) и психические перегрузки – острый или хронический стресс [10].

На данный момент основная причина ГБН неизвестна. Предрасположенность к данному виду цефалгии зависит от генетических факторов. Выделены три основные причины, способствующие возникновению головной боли напряжения: эмоционально-аффективные нарушения, длительное напряжение мышц шеи и надчерепного апоневроза и избыточный или длительный прием анальгезирующих препаратов [11].

В настоящее время существует теория о том, что головная боль напряжения имеет сложный мультимодальный патогенез, в который преимущественно вовлечены центральные ноцицептивные механизмы. Данный диагноз ставится на основании анамнеза и обследования больного. Нередко пациенты самостоятельно лечат острые приступы и обращаются за медицинской помощью, когда приступы становятся частыми или хроническими [12].

Мигрень является распространенным, многофакторным и достаточно инвалидизирующим невровакулярным расстройством, которое становится одной из наиболее частых причин цефалгии.

Мигрень – это идиопатическое заболевание, проявляющееся в виде головной боли средней или значительной интенсивности, часто приступами односторонней головной боли пульсирующего характера, усиливающейся при физической нагрузке и сопровождающейся вегетативными симптомами. На данный момент описано около 60 различных факторов, которые способны спровоцировать приступы мигрени [13].

Мигренозная болезнь является второй по частоте после цефалгии напряжения. Данные статистики демонстрируют, что мигренью страдает 12-14% людей в мире. Этому заболеванию характерны приступы головной боли длительностью от 4 до 72 часов. Распространенность мигрени колеблется у женщин от 11 до 25%, у мужчин - от 4 до 10%. До 10% населения

переносят хотя бы один приступ мигрени в течение жизни. Впервые заболевание проявляется в возрасте от 10 до 20 лет. В 60–70% случаев мигренозная болезнь носит наследственный характер. Статистические данные показывают, что данным заболеванием чаще страдают женщины, чем мужчины. Мигренозные атаки впервые начинаются в периоде пубертата, с достижением менопаузы самостоятельно проходят или снижаются по частоте и интенсивности [14].

Данное заболевание не является возрастным, оно может проявиться у людей в возрасте до 20 лет – что будет являться его характерным признаком. В детстве мигрень чаще регистрируется у мальчиков, чем у девочек. После 50 лет частота мигренозной болезни у женщин значительно снижается [15].

Чаще приступы мигрени возникают после разрешения стрессовых ситуаций. Триггерами мигрени могут являться нарушение ритма сна и бодрствования и пищевые продукты. К причинам, способствующим возникновению данного заболевания, можно отнести препараты, вызывающие расширение сосудов, шум, яркий и мигающий свет [15].

Причинами появления данной патологии могут служить травмы головы, артериальная гипертензия или наследственная предрасположенность. Наследование мигрени не является облигатным, так как наследуются индивидуальные особенности реактивности сосудистой системы на определенные раздражители. При наличии мигренозной болезни у обоих родителей риск заболевания у потомков возрастает и достигает 60-90%, тогда как в контрольной группе - 11%. Если мигренью страдает только мать, то риск заболевания ее детей составляет 72% [16].

В патогенезе мигренозной болезни рассматривается активация тригемино-вазкулярной системы. Значительный вклад в изучение механизма мигрени внесло открытие белка, связанного с геном кальцитонина – кальцитонин ген-родственный пептид. Опытным путем было установлено, что возрастание концентрации данного белка ассоциировано с приступом мигренозной болезни [17].

Механизм появления головной боли при мигрени включает в себя несколько стадий. Первая фаза характеризуется выбросом серотонина в просвет сосудов, сужением артерий и появлением очагов с пониженным уровнем кровотока. Во второй фазе происходит расширение сосудов. Третья фаза характеризуется появлением отека вокруг сосуда [14].

Согласно международной классификации головной боли 3-го пересмотра различают мигрень без ауры, или простую мигрень, и мигрень с аурой (ассоциированная мигрень). При простой мигрени ГБ может возникать при пробуждении, в остальном проявления сходны с таковыми при классической мигрени. Мигрень без ауры характеризуется острой повторяющейся головной болью, которая усиливается при физической активности, чаще в

одной половине головы. Мигренозная аура – это комплекс фокальных невротических симптомов. Аура обычно заканчивается через 15–20 минут, в некоторых случаях ее длительность может достигать 1 часа, после чего нарастает пульсирующая головная боль. К типам ауры относят: обонятельную, слуховую, абдоминальную и двигательную. Некоторые больные при мигренозном приступе ощущают эмоциональную активацию, перетекающую в эйфорию [18].

Под масками мигрени могут скрываться серьезные патологии, такие как гипертоническая болезнь, инсульт, сосудистые опухоли головного мозга, а также воспалительные заболевания головного мозга. Существуют различные формы мигренозной головной боли. Одной из таких форм является «обезглавленная» мигрень. Подобный приступ является abortивной формой, то есть после типичной ауры не возникает приступа собственно головной боли или цефалгия имеет умеренный характер. Важно знать и об абдоминальной мигрени, которая проявляется в следующих симптомах: боль в животе, тошнота и циклическая рвота, периодическая диарея [19].

Цель исследования. Определить частоту встречаемости различных нозологий в условиях амбулаторно-поликлинического приема врача-невролога.

Материалы и методы исследования. В ходе настоящего исследования был проведен анализ данных на основании отчёта об обращениях за медицинской помощью к врачу-неврологу на базе ФГБУ «Поликлиника № 1» УДПРФ за период с 01.02.2016 по 01.02.2021. В исследовании приняло участие 2482 человека, из них 1880 женщин (75,4%) и 602 мужчины (24,6%). Возрастная категория была ранжирована на 4 интервала: первый – от 18 до 25 лет, второй – от 26 до 45 лет, третий – от 46 до 65 лет и четвертый – старше 66 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Возрастная категория пациентов была ранжирована на 4 интервала: от 18 до 25 лет – 127 женщин и 41 мужчина, что составило 6,9% и 6,6% соответственно; от 26 до 45 лет – 913 (48,6%) женщин и 332 мужчины (55,2%); от 46 до 65 лет – 713 женщин и 190 мужчин (37,9% и 31,6% соответственно); старше 66 лет – 127 женщин и 39 мужчин, что составило 6,7% и 6,5% соответственно. Данные результаты демонстрируют, что женщины пристальнее следят за здоровьем и чаще мужчин обращаются к специалисту.

Наиболее частыми причинами посещения врача-невролога являлись: обращение по заболеванию, диспансеризация, профосмотр и стационарное лечение. Чаще люди обращались по заболеванию – 2092 человека, из них 510 мужчин и 1582 женщины. Это составило 24,4% мужчин и 75,6% женщин. Преобладающими диагнозами данной группы являлись мигрень и головная боль. Результаты демонстрируют, что мигренозная болезнь и головная боль чаще всего беспокоят больных, являясь поводом для обращения к врачу-неврологу.

В ходе настоящего исследования было выявлено, что в связи с диспансеризацией к специалисту обратилось 324 человека, что составило 13% от всех исследуемых, из которых 23,4% мужчин и 76,5% женщин (76 и 248 человек соответственно).

Профосмотр проходили 41 человек. Из них 8 мужчин и 33 женщины. В процентном соотношении данные результаты составили 19,5% мужчин и 80,5% женщин. На стационарном лечении находится 25 из 2482 человек, что составляет 1,007%. Из них 32% мужчин и 68% женщин.

В основном диагнозы, поставленные врачом, были выявлены ранее и стабильно наблюдаются у 2307 человек, что составляет 92,9%. Из них 24,1% мужчин и 75,9% женщин. Впервые заболевание было поставлено у 175 исследуемых. В процентном соотношении данный результат составляет 7,1%. В данный процент входят 25,7% мужчин и 74,3% женщин. Данные демонстрируют хронический, а главное, трудно поддающийся лечению характер нозологий.

По данным анализа, диагноз, связанный с головной болью, чаще был поставлен впервые у мужчин и женщин в возрасте от 26 до 45 лет. В диапазон входят 35 мужчин и 78 женщин. Впервые головная боль напряжения выявлена у мужчин от 19 до 25 лет. В данный результат входят 2 человека. Возрастной интервал старше 66 лет состоит из 2 человек. Помимо этого, у пяти женщин старше 66 лет мигрень без ауры и головная боль напряжения были установлены впервые. Головная боль, возникшая после 35 лет, требует тщательного дообследования больного, потому что мигрень и головная боль напряжения обычно развиваются в более молодом возрасте, а развивающиеся в старшей возрастной группе могут быть следствием более серьезной патологии.

В настоящем исследовании было выявлено, что наиболее распространенная нозология - головная боль напряжения. Результаты исследования показали, что ГБН страдали 1732 человека, что в процентном соотношении составило 69,8%. Данный диагноз чаще встречался у женщин (71,1% человек) и мужчин (28,9% человек) в возрасте от 26 до 45 лет. Женщины и мужчины в возрасте от 46 до 65 лет заняли второе место по частоте встречаемости ГБН. Данный интервал составили 75,1% женщин и 24,9% мужчин. Реже всего головная боль напряжения встречалась у лиц в возрасте от 18 до 25 лет.

Мигренозная болезнь заняла второе место по частоте встречаемости после головной боли напряжения. Мигрень без ауры встречалась чаще, чем мигрень с аурой. Данные формы мигренозной болезни составили 21,1% и 8,6% исследуемых соответственно. Большая часть пациентов с диагнозом, поставленным впервые, – женщины в возрасте от 26 до 45 лет. Реже мигрень без ауры встречалась у женщин в возрастных категориях старше 66 лет (19%

человека) и 18-25 лет (16,4% человек). Данные результаты могут говорить о симптомах менструальной мигрени.

Мигрень с аурой встречалась у 9,1% женщин (170 человек из 1880). Анализ отчёта показал, что чаще данное заболевание проявляется у лиц в возрасте от 46 до 65 лет. Это может быть связано с проблемами сердечно-сосудистой системы и патологией сосудов головного мозга.

Ранняя диагностика мигренозной болезни без ауры была отмечена у людей в возрасте от 26 до 65 лет. Впервые заболевание проявляется в основном у женщин в той же возрастной категории. Диагноз «мигрень с аурой» впервые был поставлен больным от 46 до 65 лет. Статистические данные демонстрируют, что заболевание проявляется в средней возрастной категории, что может быть связано с профессиональной деятельностью, погодными условиями или другими триггерными факторами.

У женщин, помимо мигрени с аурой и без ауры, была диагностирована другая мигрень и цефалгический синдром. Диагноз «другая мигрень» выявлен у 5 женщин. Цефалгический синдром встречался достаточно редко и был выявлен у 1 женщины. Мигренозный статус был диагностирован у одной женщины в возрасте 35 лет, причиной посещения которой было обращение по заболеванию.

На основании анализа отчета было выявлено, что у мужчин чаще встречается форма мигрени без ауры – 58 человек, которые в процентном соотношении составили 9,6%. Данный диагноз чаще выявлен в возрастной категории от 26 до 45 лет и диагностирован у 65,5% человек.

Мигрень с аурой у мужчин заняла третье место по встречаемости. Данную патологию составили 7,1% человек из всех исследуемых. Наиболее часто данное заболевание проявилось у мужчин в возрасте от 46 до 65 лет. Такой результат может быть связан с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и влиянием профессиональной деятельности.

Помимо головной боли напряжения и мигрени без ауры и с аурой, у четырех мужчин в возрасте от 25 до 46 лет была выявлена мигрень другого вида. Это говорит о том, что данным пациентам стоит более пристально наблюдаться у невролога и следить за триггерными факторами, вызывающими мигрень.

Выводы. Головная боль – одна из самых частых жалоб пациентов в амбулаторной практике врача-невролога. По данным исследования, многие люди не обращают должного внимания на боли в голове и редко обращаются к врачу. Мигрень и головная боль напряжения стабильно беспокоят большое количество людей, что демонстрирует статистика причин обращения к врачу-неврологу. Диагноз, связанный с головной болью, чаще был выставлен впервые у лиц в возрасте от 26 до 45 лет. Следует отметить, что в настоящее время мигрень

проявляется все чаще и может быть причиной обращения за помощью в группе больных 18-25 лет, снижая работоспособность и ухудшая качество жизни. Анализ отчёта показал, что мигрень без ауры занимает второе место по частоте встречаемости после головной боли напряжения. Мигрень с аурой чаще проявляется у лиц в возрасте от 46 до 65 лет, что может быть связано с проблемами сердечно-сосудистой системы и патологией сосудов головного мозга.

Список литературы

1. Наприенко М.В., Филатова Е.Г., Смекалкина Л.В., Макаров С.А. Головная боль напряжения. Повторение пройденного. *Consilium Medicum*. 2019. Vol. 21 (2). P. 79–85. DOI: 10.26442/20751753.2019.2.190281.
2. Мохов Е.М., Кадыков В.А., Сергеев А.Н., Аскеров Э.М., Любский И.В., Морозов А.М., Радайкина И.М. Оценочные шкалы боли и особенности их применения в медицине (обзор литературы) // *Верхневолжский медицинский журнал*. 2019. Т. 18. № 2. С. 34-37.
3. Кандыба Д.В. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике головной боли в практике семейного врача // *Российский семейный врач*. 2015. Т. 19. № 2. С. 4-17. DOI: 10.17816/RFD201524-17.
4. Амелин А.В., Богданова Ю.Н., Корешкина М.И., Проценко Е.В., Скоромец А.А., Тарасова С.В. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011. № 111 (4). С. 82-84.
5. Vincent M., Wang S. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018. Vol. 38. No. 1. P. 1–211. DOI: 10.1177/033310241348565.
6. Котова О.В., Беляев А.А., Акарачкова Е.С. Головная боль напряжения: клиника, диагностика, лечение. *Consilium Medicum*. 2020. Vol. 22 (9). P. 68–70. DOI: 10.26442/20751753.2020.9.200458.
7. Максимова М.Ю., Хохлова Т.Ю., Пирадов М.А. Головная боль напряженного типа // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2016. Т. 10. № 3. С. 67-74.
8. Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A., Chernysh M., Osipova V., Tabeeva G., Steiner T.J. Headache-attributed burden and its impact on productivity and quality of life in Russia: structured healthcare for headache is urgently needed. *Eur J. Neurol*. 2014. Vol. 21 (5). P. 758–65. DOI: 10.1111/ene.12380.

9. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta version). Cephalalgia. 2013. Vol. 33. P. 629. DOI: 10.1177/0333102413485658.
10. Andrew R. Moore, Sheena Derry, Sebastian Straube, Jocelyn Ireson-Paine, Phillip J. Wiffen. Faster, higher, stronger? Evidence for formulation and efficacy for ibuprofen in acute pain. Pain. 2014. Vol. 155 (1). P. 14–21. DOI: 10.1016/j.pain.2013.08.013.
11. Ким К.С., Бугровецкая Е.А., Бурд С.Г., Диденко А.В., Батлаева О.О., Бугровецкая О.Г. Влияние патофизиомеханических нарушений в опорно-двигательном аппарате на качество жизни у пациентов с головной болью напряжения // Мануальная терапия: научно-практический журнал. 2013. № 3 (48). С. 33–38.
12. Амелин А.В., Богданова Ю.Н., Корешкина М.И., Проценко Е.В., Скоромец А.А., Тарасова С.В. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111 № 4. С. 82–84.
13. Логинов В.Г., Байда А.Г., Ясинская Л.И. Головные боли: учеб.-метод. пособие. Минск: БГМУ, 2017. С. 42.
14. Rachel A. Schroeder, Jan Brandes, Dawn C. Buse, Anne Calhoun, Katharina Eikermann-Haerter, Katie Golden, Rashmi B. Halker Singh, Joanna Kempner, Nasim Maleki. Sex and Gender Differences in Migraine—Evaluating Knowledge Gaps. J. Women’s Heal. 2018. Vol. 27. No. 8. P. 965–973 DOI: 10.1089/jwh.2018.7274.
15. Шагбазян А.Э., Евдокимова Е.М., Табеева Г.Р. Клинический анализ триптанов для купирования приступов мигрени // РМЖ. 2017. № 9. С. 660–663.
16. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАРМедиа, 2018. 688 с.
17. Гинсберг Л. Деривативное электронное издание на основе печатного аналога: Неврология для врачей общей практики / пер. с англ. 2-е изд., доп. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. 368 с.
18. Пирадов М.А. Тактика врача-невролога. Практическое руководство / Под ред. М.А. Пирадова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 208 с.
19. Паис В.Л. Что такое мигрень и как с ней бороться? // Безопасность труда в промышленности. 2013. № 11. С. 88–91.