

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ. ОСНОВЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ



Головная боль (ГБ) – самая распространенная жалоба на приеме у врачей различных специальностей. Тщательный опрос пациента, подробный сбор анамнеза и выявление сопутствующей патологии позволят врачу сориентироваться в многообразии видов ГБ и подобрать соответствующее лечение.

Дифференциально-диагностические критерии мигрени и ГБ напряжения

Признак	Мигрень	ГБ напряжения
Локализация	Односторонняя, в ряде случаев – двусторонняя	Двусторонняя, преимущественно в лобной и затылочной области
Характер	Пульсирующий	Ноющий по типу «шлема», «каска», «обруча»
Возраст начала болезни, лет	10–40	20–40
Встречаемость	65–70% женщин	88% у женщин
Возникновение атак	Интермиттирующее течение с различной частотой (обычно 1–8 раз в месяц)	При хронической форме – практически ежедневно
Число атак	1–8 в месяц	До 180 в год
Продолжительность боли	4–48 ч	От нескольких часов до 12 мес
Продром	Наблюдается в 25–30% случаев	Отсутствует
Тошнота, рвота	Часто	Редко
Фото-/фонофобия	Часто	Редко
Слезотечение	Нечасто	Нечасто
Птоз	Редко	Отсутствует
Полиурия	Нередко	Отсутствует
Мышечно-тонический синдром (в мышцах шеи и головы)	Редко	Характерен
Эмоционально-личностные нарушения	Редко	Часто – депрессивное или тревожное состояние
Семейный характер	Часто	Редко

Дифференциальная диагностика ГБ

Симптомы	Цервикогенная ГБ	Хроническая пароксизмальная гемикрания	Hemicrania continua	Кластерная ГБ	Мигрень без ауры	ГБ напряжения
Односторонняя ГБ без смены сторон	+	+	+	+	Односторонняя ГБ со сменой сторон	-
Преимущественно у женщин	+	+	+	-	+	-
Топография боли	Начинается с шеи, распространяется в глазнично-лобно-височную область	Глазнично-лобно-височная область	Глазнично-лобно-височная область	Глазнично-лобно-височная область	Глазнично-лобно-височная область	«Опоясывающая» голову
Временные характеристики	Эпизоды различной продолжительности или флюктуирующая длительная боль	Множественные и относительно короткие атаки	Фоновая боль с периодическими обострениями (флюктуирующая длительная боль)	Приступы боли организованы в кластеры (пучки)	Приступы различны по продолжительности, обычно от 4 до 72 ч	Длительные приступы с тенденцией к хронификации
Характеристика боли	Средняя/сильная, немучительная	Сильная, острая, мучительная	Средняя/сильная, немучительная	Пульсирующая, мучительная	Пульсирующая	Тупая, давящая
Уменьшение подвижности в шейном отделе	+	-	-	-	-	-
Механическая провокация приступа	(Длительная провокация: приступ развивается в течение 1 ч и более)	(Быстрая провокация: приступ развивается в течение нескольких минут)	-	-	-	-
Боль в области надплечья/руки	+	±	-	-	-	-
Травма шеи	±	-	-	-	-	-
Эффект блокады анестетиком	+	-	-	-	-	-
Фото-, фонофобия, вегетативные симптомы (включая тошноту, рвоту)	Немного и только умеренно выраженные	+ (также локальные)	+ (также локальные, выраженные умеренно)	+ (также локальные)	+	Немного и только умеренно выраженные

Дифференциально-диагностические признаки при ГБ и диагностические методы исследования

Признаки	Дифференциальная диагностика	Возможные диагностические методы
ГБ сочетается с лихорадкой, и/или ригидностью затылочных мышц, или сыпью	Менингит, энцефалит, болезнь Лайма, системная инфекция, коллагенозы	Методы нейровизуализации (КТ, МРТ), спинномозговая пункция, анализы крови
Новая ГБ у больного с ВИЧ или злокачественной опухолью	Менингит (хронический или карциноматоз мозговых оболочек), абсцесс мозга (включая токсоплазмоз), метастазы опухоли в головной мозг	Методы нейровизуализации (КТ, МРТ), спинномозговая пункция
Неврологические симптомы, нехарактерные для типичной ауры	Объемное образование головного мозга (опухоль, кровоизлияние), артериовенозная мальформация, аутоиммунные заболевания (коллагенозы, антифосфолипидный синдром), внутричерепная гипертензия	Методы нейровизуализации (КТ, МРТ), специфические для коллагенозов анализы крови, анализ на антифосфолипидные антитела
Сильная ГБ с внезапным началом	Субарахноидальное кровоизлияние, кровоизлияние в опухоль мозга или разрыв артериовенозной мальформации, апоплексия гипофиза, объемное образование головного мозга (задней черепной ямки)	Методы нейровизуализации (КТ, МРТ), спинномозговая пункция
ГБ, развившаяся у пациента старше 50 лет	Височный артериит (гигантоклеточный артериит), объемное образование головного мозга (опухоль, кровоизлияние, абсцесс, аневризма)	Методы нейровизуализации (КТ, МРТ), СОЭ
Увеличение частоты или тяжести приступов ГБ	Опухоль мозга, субдуральная гематома, избыточное применение препаратов от ГБ (абузусная ГБ)	Методы нейровизуализации (КТ, МРТ), анамнез, определение концентрации препаратов в крови

Примечание. КТ – компьютерная томография, МРТ – магнитно-резонансная томография.

Литература

1. Москвичев В.Г., Петрова Ю.Г., Мамина Р.М. Новые возможности в лечении головной боли в общемедицинской практике. Лечащий врач. 2015; 9.
2. Барулин А.Е., Курушина О.В., Друшлякова А.А. Цервикогенная головная боль и особенности биомеханики позвоночника. РМЖ. 2016; 24: 1606–12.
3. Морозова О.Г. Симпозиум 58 «Мигрень: современные представления о диагностике и терапии». Новости медицины и фармации. Неврология. 2012; 405.