



Якубова Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Головная боль напряжения: классификация, диагностические критерии, принципы лечения

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 18.01.2024

Принята: 18.03.2024

Контакты: yankovliuda@yandex.ru

Резюме

Головная боль напряжения (ГБН) встречается с частотой от 30% до 78% в течение жизни в общей популяции. Целью данной публикации было ознакомить врачей с актуальной классификацией, диагностическими критериями и принципами лечения ГБН. В статье представлена актуальная классификация ГБН, разработанная Международным обществом головной боли (2018 г.). Подробно описаны диагностические критерии, представлены диагностический поиск, факторы хронизации ГБН. Приведены основные принципы лечения ГБН.

Ключевые слова: головная боль напряжения, классификация ГБН, диагностические критерии ГБН, принципы лечения ГБН

Yakubova L.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Tension-Type Headache: Classification, Diagnostic Criteria, and Principles of Treatment

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 18.01.2024

Accepted: 18.03.2024

Contacts: yankovliuda@yandex.ru

Abstract

Tension-type headache (TTH) occurs in a lifetime incidence of 30% to 78% in the general population. The purpose of this publication was to familiarize physicians with the current TTH classification, diagnostic criteria and principles of treatment. The article presents the current TTH classification established by the International Headache Society (2018). Detailed diagnostic criteria are described; diagnostic search and TTH chronicity factors are presented. Basic principles of TTH treatment are given.

Keywords: tension-type headache, classification of tension-type headache, diagnostic criteria for tension-type headache, principles of tension-type headache treatment



■ ВВЕДЕНИЕ

С синдромом головной боли к врачу общей практики пациенты обращаются ежедневно, и, по данным отдельных исследований, в 35% случаев это синдром головной боли напряжения (ГБН), в 30% это мигрень, в 12% – сочетание обоих патологических состояний [1]. На протяжении года с синдромом головной боли обращаются к врачу от 1/2 до 3/4 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет. ГБН относится к преобладающим формам головной боли среди населения, а ее распространенность в течение жизни в общей популяции варьирует от 30% до 78%, по данным различных исследований, при этом зачастую пациенты занимаются самолечением без какой-либо диагностики [2]. Информация о реальном влиянии головной боли на качество жизни пациентов оценивается только в 18% стран в мире. Головная боль включена в систему ежегодных отчетов национального здравоохранения только в 12% стран в мире, а анализ затрат, связанных с головными болями (снижение работоспособности, снижение прибыли, прямые затраты на лекарства и др.), проводится только в 7% стран мира [1].

В 2018 г. в первом выпуске журнала *Cephalalgia* была опубликована классификация головной боли (МКГБ-3), разработанная Международным обществом головной боли, основанная на ряде исследований и актуальная в настоящее время [3].

Целью данной публикации было ознакомить врачей с актуальной классификацией, диагностическими критериями и принципами лечения ГБН.

ГБН является одной из форм первичной головной боли, которая включает: мигрень, имеющую множество форм; пучковую (кластерную) головную боль и другие тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии (хроническую пароксизмальную гемикранию, продолжительную гемикранию, кратковременную одностороннюю невралгическую головную боль с конъюнктивальной инъекцией и слезотечением), а также другие первичные головные боли.

Клинически начинаться ГБН может как в затылочной, так и в лобной областях с двух сторон, а затем распространяется на всю голову. В большинстве случаев интенсивность ГБН варьирует от невыраженной до умеренной, характер этой боли часто описывается как «сжатие в тисках». В отличие от мигрени ГБН не сопровождается тошнотой и рвотой, а также не усиливается при физической активности, воздействии интенсивных раздражителей (свет, звук, запах). Приступы головной боли могут длиться от 30 минут до нескольких дней. ГБН редко являются причиной пробуждения пациентов. В типичных случаях она начинается спустя несколько часов после пробуждения и усиливается в течение дня.

К провоцирующим факторам ГБН относятся нарушения сна, хронический стресс, тревога и другие неврозы, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, длительное напряжение глаз, хронические сокращения мышц скальпа, жевательных мышц и мышц шейно-воротниковой области (статические позы). Изначально развитие ГБН расценивали как преимущественно психогенное расстройство, однако результаты нескольких исследований обосновали нейробиологическую природу ГБН. Патофизиологию развития ГБН объясняют следствием активации болевых рецепторов в структурах, окружающих головной мозг, череп, лицо, придаточные пазухи носа или зубы. Классификация ГБН представлена в таблице [2].

Классификация головной боли напряжения
Classification of tension-type headache

1. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения	1.1. Нечастая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц. 1.2. Нечастая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
2. Частая эпизодическая ГБН	2.1. Частая эпизодическая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц. 2.2. Частая эпизодическая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
3. Хроническая ГБН	3.1. Хроническая ГБН, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц. 3.2. Хроническая ГБН, не сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц
4. Возможная ГБН	4.1. Возможная нечастая эпизодическая ГБН. 4.2. Возможная частая эпизодическая ГБН. 4.3. Возможная хроническая ГБН

1. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения

Обычно это двусторонняя головная боль, давящего или сжимающего характера, легкой или умеренной интенсивности, продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток. Боль не усиливается при обычной физической нагрузке и не сопровождается тошнотой, однако могут отмечаться фотофобия или фонофобия. Диагностические критерии:

- A. По меньшей мере 10 эпизодов головной боли, возникающих с частотой не более 1 дня в месяц (не более 12 дней в году) и отвечающих критериям B–D.
- B. Продолжительность головной боли от 30 минут до 7 дней.
- C. Головная боль имеет как минимум две следующие характеристики:
 - двусторонняя локализация;
 - давящий или сжимающий (непульсирующий) характер;
 - интенсивность от легкой до умеренной;
 - не усиливается от обычной физической нагрузки, такой как ходьба или подъем по лестнице.
- D. Оба следующих симптома:
 - отсутствие тошноты или рвоты;
 - только фотофобия или только фонофобия.
- E. Не соответствует другому диагнозу МКГБ-3.

- 1.1. Нечастая эпизодическая головная боль напряжения, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц, отвечает диагностическим критериям нечастой эпизодической ГБН (1), при этом имеет повышенную чувствительность (болезненность) перикраниальных мышц при пальпации.

При диагнозе 1.2. при пальпации не выявляется повышенная чувствительность (болезненность) перикраниальных мышц.

2. Частая эпизодическая головная боль напряжения

Эпизоды головной боли частые, обычно двусторонней, давящего или сжимающего характера, легкой или умеренной интенсивности, продолжительностью



от нескольких минут до нескольких суток. Боль не усиливается при обычной физической нагрузке и не сопровождается тошнотой, однако может отмечаться фотофобия или фонофобия. Диагностические критерии:

- A. По меньшей мере 10 эпизодов головной боли, возникающих в среднем с частотой от 1 до 14 дней в месяц на протяжении более 3 месяцев (более 12 и менее 180 дней в год) и отвечающих критериям B–D.
- B. Продолжительность головной боли от 30 минут до 7 дней.
- C. Головная боль имеет как минимум две следующие характеристики:
 - двусторонняя локализация;
 - давящий или сжимающий (непульсирующий) характер;
 - интенсивность от легкой до умеренной;
 - не усиливается от обычной физической нагрузки, такой как ходьба или подъем по лестнице.
- D. Оба следующих симптома:
 - отсутствие тошноты или рвоты;
 - только фотофобия или только фонофобия.
- E. Не соответствует другому диагнозу МКГБ-3.

3. Хроническая головная боль напряжения

Расстройство, развивающееся из частой эпизодической ГБН, с ежедневными или очень частыми эпизодами головной боли, обычно двусторонней, давящего или сжимающего характера, легкой или умеренной интенсивности, продолжительностью от нескольких часов до нескольких суток или постоянная. Боль не усиливается при обычной физической нагрузке, но может сопровождаться легкой тошнотой, фотофобией или фонофобией. Диагностические критерии:

- A. Головная боль, возникающая не менее 15 дней в месяц на протяжении в среднем более 3 месяцев (более 180 дней в году) и отвечающая критериям B–D.
- B. Головная боль продолжается от нескольких часов до нескольких суток или имеет постоянный характер.
- C. Головная боль имеет как минимум две следующие характеристики:
 - двусторонняя локализация;
 - давящий или сжимающий (непульсирующий) характер;
 - интенсивность от легкой до умеренной;
 - не усиливается от обычной физической нагрузки, такой как ходьба или подъем по лестнице.
- D. Оба симптома из нижеперечисленных:
 - не более одного из следующих симптомов: фотофобия, фонофобия, легкая тошнота;
 - головная боль не сопровождается ни умеренной или сильной тошнотой, ни рвотой.
- E. Не соответствует другому диагнозу МКГБ-3.

К основным факторам хронизации ГБН относят следующие [4]:

- 1) психогенный фактор (хронический стресс, депрессия, тревога, болевое поведение, снижение болевого порога);
- 2) абзусный фактор (злоупотребление обезболивающими препаратами);
- 3) мышечный фактор (позиционное статическое напряжение при длительном вынужденном положении шеи и головы, гиподинамия, хроническое мышечное напряжение).

4. Возможная головная боль напряжения

Головная боль, напоминающая ГБН, лишенная одной характеристики, необходимой для удовлетворения критериев определенного типа или подтипа ГБН, описанного выше, и при этом не отвечающая критериям другого вида головной боли.

При постановке диагноза ГБН следует опираться на клиническую симптоматику и отсутствие патологии, приводящей к вторичной головной боли, что требует физического обследования, в том числе подробной оценки неврологического статуса. Дебют головной боли в возрасте старше 50 лет следует считать вторичной патологией, пока не доказано обратное.

При опросе выявляются факторы, которые могут усугубить головную боль или, наоборот, уменьшить ее выраженность (например, положение головы, время суток, сон, свет, звуки, физическая активность, запахи, жевание). В случае если пациент ранее обращался к врачу с головной болью, необходимо уточнить предшествующий диагноз, а также выяснить, изменился ли характер головной боли. При повторяющихся головных болях нужно обратить внимание на следующее: возраст манифестации, частоту эпизодов, временной паттерн (в т. ч. в зависимости от фазы менструального цикла), ответ на лечение. Анамнез головной боли включает в себя вопросы о характеристиках головной боли: расположение; продолжительность лечения; степень тяжести; начало (внезапное, постепенное); характер боли (например, пульсирующая, постоянная, периодическая, давящая). При уточнении семейного анамнеза необходимо обратить внимание на эпизоды головных болей у родственников, поскольку часто мигрень может быть не диагностирована у членов семьи.

При осмотре по системам необходимо искать симптомы, которые предполагают причину головной боли, такие как:

- рвота: мигрень или повышенное внутричерепное давление;
- лихорадка: инфекция (например, энцефалит, менингит, синусит);
- покраснение конъюнктивы и/или зрительные нарушения (нечеткость зрения): острая закрытоугольная глаукома;
- дефекты поля зрения, двоение или нечеткость зрения: глазная мигрень, объемное образование головного мозга или идиопатическая внутричерепная гипертензия;
- слезотечение и покраснение лица: кластерная головная боль;
- ринорея: синусит;
- пульсирующий звон в ушах: идиопатическая внутричерепная гипертензия;
- предшествующая приступу аура: мигрень;
- очаговая неврологическая симптоматика: энцефалит, менингит, внутримозговое кровоизлияние, субдуральная гематома, опухоль или другое объемное образование головного мозга;
- судорожный синдром: энцефалит, опухоль или другое объемное образование головного мозга;
- потеря сознания в момент начала головной боли: субарахноидальное кровоизлияние;
- миалгии и/или нарушения зрения (у пациентов старше 50 лет): гигантоклеточный артериит.

Перенесенные заболевания оцениваются на предмет факторов риска развития головной боли, включая прием лекарственных препаратов или определенных веществ (в частности, кофеина), отмену приема кофеина, воздействие токсинов,



недавнее проведение люмбальной пункции, прием иммуносупрессантов или внутривенное использование различных препаратов (риск инфицирования), артериальную гипертонию (риск кровоизлияния в мозг), злокачественные новообразования (вероятность метастатического поражения головного мозга), деменцию, травматическое поражение, коагулопатию или прием антикоагулянтов либо употребление алкоголя (риск возникновения субдуральной гематомы).

Для оценки выраженности ГБ врачу общей практики следует использовать визуальную аналоговую шкалу (по 10- или 100-балльной шкале-линейке длиной 10 см), которая является базовой и наиболее используемой, она лежит в основе шкал и опросников для неспецифической и специфической оценки ГБ в целом и ГБН в частности [5]. Для дифференциальной диагностики, прежде всего с мигренью, следует использовать специальные опросники (комплексный болевой опросник, опросник Освестри, Мак-Гилловский опросник, Leeds Dependence Questionnaire – Лидский опросник зависимости от анальгетиков, Индекс HIT-6 – влияние ГБ на повседневную активность, индекс HALT – оценка времени, потерянного из-за ГБ), позволяющие оценить интенсивность боли и степень функциональных ограничений, вызванных болевым синдромом [4].

■ ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Измеряют все основные жизненные показатели, включая температуру. Важно оценить поведение пациента (например, двигательное беспокойство, более спокойное поведение в темной комнате). Проводится общий осмотр с акцентом на голову и шею и полный неврологический осмотр. Область скальпа осматривается на предмет наличия отечности или болезненности. Пальпируются как ипсилатеральная височная артерия, так и оба височно-нижнечелюстных сустава с целью выявления болезненности и крепитации во время открывания и закрывания пациентом рта. Глаза и периорбитальные области оценивают на предмет слезотечения, покраснения и инъекции сосудов конъюнктивы. Исследуют размер и реакцию зрачков на свет, движения глазных яблок и поля зрения. Глазное дно исследуют с целью оценки спонтанной венозной пульсации сетчатки и отека соска зрительного нерва. В случае если пациент предъявляет жалобы на нарушения зрения, измеряется острота зрения. При наличии покраснения конъюнктивы передняя камера глаза и радужная оболочка оцениваются с помощью щелевой лампы; также измеряется внутриглазное давление. Для исключения гнойного поражения осматривают область ноздрей. Ротоглотка исследуется на предмет наличия отечности, также исключают болезненность зубов при перкуссии. Шею пациента сгибают для исключения напряжения или болезненности, которые свидетельствуют о менингизме. Остистые отростки шейных позвонков пальпируют для выявления болезненности.

Диагноз ГБН ставится исключительно клинически, однако в отдельных ситуациях целесообразно провести нейровизуализацию [2], предпочтительней магнитно-резонансную томографию (МРТ), но можно использовать и компьютерную томографию при недоступности МРТ-исследования.

■ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГБН

К немедикаментозным средствам лечения ГБН следует отнести: регулярные физические упражнения и лечебную физкультуру, психотерапию, массаж скальпа и шейно-воротниковой области, мануальную терапию, постизометрическую релаксацию,

физиотерапию, иглорефлексотерапию и другие методы, направленные на расслабление мышц скальпа, шейно-воротниковой зоны и повышение порога болевой чувствительности.

В лечении (купировании приступа) слабой и умеренной интенсивности ГБ (не более 7 баллов по визуальной аналоговой шкале) используют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и простые анальгетики, которые можно применять не более 10 дней в месяц, после еды, при необходимости с гастропротектором. При назначении НПВС пациенту с нечастой эпизодической ГБН, частой эпизодической или возможной ГБН следует предпочесть быстродействующие формы анальгетика, к которым относится ацеклофенак в саше в виде порошка для приготовления суспензии. Порошок ацеклофенака растворяют в 40–60 мл воды, и после перорального приема он быстро и полностью абсорбируется из желудочно-кишечного тракта в неизмененном виде. Пиковые концентрации в плазме достигаются через 1,08 (0,5–2,00) часа после приема внутрь. Биодоступность порошка приближается к 100% (в среднем 97,7%) [6]. Ацеклофенак – производное фенилуксусной кислоты, принадлежащее к группе НПВП, с выраженными противовоспалительными и анальгетическими свойствами [7, 8]. Он является мощным ингибитором циклооксигеназы (ЦОГ), ключевого фермента синтеза простагландинов. В патогенезе формирования болевого синдрома имеет место нарушение регуляции синтеза или деградации одного из наиболее распространенных простагландинов – PGE₂, который действует на периферические сенсорные нейроны и центральные участки спинного и головного мозга, вызывая боль [9]. Кроме того, ацеклофенак действует на другие медиаторы воспаления, такие как интерлейкин-1 β и фактор некроза опухоли α (TNF- α), также он препятствует экспрессии и функции молекул клеточной адгезии. Результатом этих действий является возникновение обезболивающего и противовоспалительного эффекта [8, 10, 11].

При выборе НПВС для назначения пациентам с хронической ГБН следует руководствоваться общими принципами лечения хронических болевых синдромов и учитывать побочные эффекты и нежелательные явления препаратов, прежде всего со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы. Эффективность и переносимость ацеклофенака оценивалась в сравнительных исследованиях с разными анальгетиками и НПВС. Результаты метаанализа 13 рандомизированных двойных слепых исследований у пациентов с ревматическими заболеваниями показали, что при длительном приеме ацеклофенака (3–6 месяцев) побочные реакции развивались в 1,38 раза реже, чем при использовании других НПВС [12].

Учитывая провоцирующие факторы, патофизиологию развития ГБН, принципы терапии должны включать не только купирование приступа головной боли, но и предотвращение лекарственного злоупотребления, а также лечение и профилактику эмоционально-личностных нарушений: депрессии, тревоги, фобий, соматоформных расстройств и др.; лечение и профилактику мышечного напряжения и спазма.

При сочетании ГБН с напряжением мышц скальпа, жевательных или шейно-воротниковых мышц к терапии следует добавлять миорелаксанты. При верифицированных депрессивных расстройствах индивидуально подбирается один из антидепрессантов. В таком случае курс терапии должен составлять от 3 до 6 месяцев, а начало эффекта следует ожидать не ранее чем через 2 недели. При верифицированных



тревожных расстройствах индивидуально подбираются анксиолитики, курс лечения которыми составляет от 1 до 3 месяцев.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Stovner L., Hagen K., Jensen R. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalgia*. 2007;27(3):193–210. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x.
2. Sergeev A. Tension headache: current neuroscience data and treatment options. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2022;6(10):563–570. doi: 10.32364/2587-6821-2022-6-10-563-570. (in Russian)
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalgia*. 2018;38(1):1–211. doi: 10.1177/0333102417738202.
4. Kandyba D. Clinical Recommendations For The Diagnosis, Treatment And Prevention Of Headaches In The Practice Of A Family Doctor. *Zhurnal Rossiiskii semeinyi vrach*. 2015;19(2):4–17. (in Russian)
5. Moskaleva P., Shnaider N., Petrova M. Scales and questionnaires for diagnosing tension headaches. *Rossiiskii zhurnal boli*. 2020;18(4):8–18. doi: 10.17116/pain2020180418. (in Russian)
6. Almirall Ltd. PRESERVEX® (aceclofenac) 100 mg film-coated tablets. UK summary of prescribing characteristics. 2018. Available at: <https://www.medicines.org.uk/emc/product/6578/smpc> (accessed January 10 2024).
7. Dooley M., Spencer C.M., Dunn C.J. Aceclofenac: a reappraisal of its use in the management of pain and rheumatic disease. *Drugs*. 2001;61(9):1351–1378. doi: 10.2165/00003495-200161090-00012
8. Iolascon G., Giménez S., Mogyórosi D. A Review of Aceclofenac: Analgesic and Anti-Inflammatory Effects on Musculoskeletal Disorders. *Journal of Pain Research*. 2021;14:3651–3663. doi: 10.2147/JPR.S326101
9. Ricciotti E., FitzGerald G.A. Prostaglandins and inflammation. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2011;31(5):986–1000. doi: 10.1161/ATVBAHA.110.207449
10. Honorato J., Caballero R., Giorgiani G. Dose-analgesic response study and aceclofenac plasma levels in humans. *Current Therapeutic Research*. 1990;47(4):605–611.
11. Hunter J.A. The clinical efficacy of aceclofenac in other painful conditions. *Rev Contemp Pharmacother*. 1997;8:173–181.
12. Peris F., Bird H., Semi U. Treatment compliance and safety of aceclofenac versus standard NSAIDs in patients with common arthritic disorders: a meta-analysis. *Eur J Rheumatol Inflamm*. 1996;16:37–45.