

УДК: 616.8

# Пациенты с цефалгиями: дифференциальный подход в соответствии с Международной классификацией головных болей

(Перевод раздела Clinical Neurology, 4th Edition (2014))

Авторы: T. J. Fowler, John W. Scadding, Nick Losseff, J. W. Scadding)

## ■ Федаш-Кирсанов А.А.

клинический ординатор кафедры неврологии и рефлексотерапии  
Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

### Резюме

Одним из важнейших моментов в опросе неврологического пациента является постановка правильных вопросов с последующим сложным анализом полученных данных. Известно, что в отдельных случаях в диагнозе учитывается анамнез заболевания. Международная классификация головной боли способствует лучшему пониманию значимости данного симптома, - одного из самых распространённых жалоб, предъявляемых пациентом на этапе первичной медицинской помощи. В соответствии с международной Классификацией, данный обзор показывает некоторые отличительные особенности разных типов головных болей.

Симптомы, предъявляемые пациентами, в значительной мере определяют направление, в котором будет проводиться клинический осмотр, а время возникновения и темпы развития этих симптомов указывают на патологию, которая их вызывает. Сочетание симптомов помогает установить топический диагноз. И в самом деле «где проблема?» - первый вопрос, которым следует задаться неврологу. Следующий вопрос - «в чём же проблема?».

Головная боль является одним из наиболее распространённых симптомов, встречающихся на этапе оказания первичной медицинской помощи, и, безусловно, является наиболее распространённой жалобой пациентов, посещающих невролога. Считается, что каждый пятый в популяции, страдает от головной боли - достаточно интенсивной, чтобы обратиться к врачу. Большинство таких пациентов не будут иметь каких-либо отклонений при физикаль-

ном осмотре, и диагноз будет полностью вытекать из анамнеза.

### Симптомы, которые помогут в постановке неврологического диагноза

Стандартный набор - десять рутинных вопросов невролога:

1. Заметили ли Вы изменения в настроении, памяти или способности сосредотачиваться?
2. Вы когда-нибудь теряли сознание, случались ли у Вас припадки?
3. Головные боли Ваша единственная жалоба?
4. Изменились ли Ваши: обоняние, вкус, зрение, слух?
5. Не возникало ли у Вас затруднений речи, затруднений при жевании, глотании?
6. Возникало ли у Вас ощущение онемения, покалывания или жжения в районе лица, в конечностях или на туловище?
7. Вы когда-нибудь ощущали слабость, скованность, тяжесть в руках или ногах?
8. Есть ли у Вас затруднения в выполнении привычных действий руками (писать, печатать, одеваться)?
9. Испытываете ли Вы трудности во время ходьбы или неустойчивость?
10. Контролируете ли Вы свой мочевой пузырь, кишечник?

Одним из важнейших моментов является оценка продолжительности головных болей.

### Острая внезапная головная боль

Внезапное возникновение интенсивной головной боли, которая развилась за несколько минут или часов, часто требует неотложной медицинской

помощи, так как это может быть причиной кровоизлияния или инфекции.. Большинство пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием (САК) вследствие разрыва аневризмы или сосудистой мальформации испытывают головную боль с внезапным «взрывным» началом, которая быстро распространяется на область шеи («Похоже на удар молотком по голове»).

Некоторые пациенты с САК теряют сознание, а у некоторых могут развиваться очаговые неврологические симптомы. Пациенты с внутримозговым кровоизлиянием часто жалуются на головную боль и рвоту, а затем могут сразу потерять сознание. Обычно, внутричерепное давление (ВЧД) у них повышенное. Также может наблюдаться стойкий неврологический дефицит из-за повреждения вещества головного мозга.

Если есть подозрения на САК, следует срочно провести компьютерную томографию (КТ) (рис. 1). У большинства пациентов будет визуализироваться кровь - в случае когда КТ проводилась в первые 48 часов. Вероятность постановки правильного диагноза зависит от профессионализма врача-рентгенолога. Если на снимке отклонений не выявлено, нужно исследовать цереброспинальную жидкость для подтверждения диагноза у той части пациентов (около 5%), у которых кровь не визуализируется на КТ.



Рис.1. КТ головного мозга пациента с острой сильной головной болью вследствие САК. Видна кровь в области сильвиевой борозды, умеренное расширение желудочков.

### Подострая головная боль

К головным болям, имевшим место на протяжении нескольких недель или месяцев, у человека,

не страдающего головными болями, всегда следует относиться серьезно, так как это может быть началом другой хронической патологии - головной боли напряжения или мигрени.

У пожилых пациентов, или у всех, кто старше 50 лет, всегда следует исключать гигантоклеточный артериит.

У таких пациентов, как правило, наблюдается общее недомогание, депрессия, потеря веса и трудно локализуемые боли. Основным симптомом у них является постоянная головная боль, часто пульсирующего или жгучего характера с повышенной чувствительностью кожи волосистой части головы, что проявляется при причёсывании. Черепные артерии (в частности поверхностная височная артерия) могут быть заметно увеличены, извиты и чувствительны к прикосновению. Может наблюдаться покраснение кожи над ними. Пациенты с ГКА рискуют потерять зрение из-за продолжительной гипоксии зрительных нервов. Заподозрить диагноз можно при повышенной СОЭ, повышенном уровне С-реактивного белка. СОЭ обычно достигает 40 мм/час; показана биопсия височной артерии. Пациенту с подозрением на ГКА срочно назначается курс стероидов перед биопсией.

**Головная боль на фоне повышенного внутричерепного давления (ВЧД)** в независимости от причины (опухоль, субдуральная гематома, обструктивная гидроцефалия, болевой синдром) удерживается на протяжении нескольких недель или месяцев. Часто пациенты от этой боли просыпаются, боль усиливается при кашле, при натуживании во время акта дефекации (стоит отметить, что головная боль при мигрени также усиливается под действием этих факторов). Боль может сопровождаться рвотой. При осмотре может быть выявлен отёк ДЗН, очаговая неврологическая симптоматика, однако их может и не быть. Иногда у пациентов с обструктивной гидроцефалией головные боли могут быть интермиттирующими - с периодическими простерлами.

У подавляющего большинства пациентов с головными болями, которые возникают исключительно при приступах кашля, во время оргазма (посткоитальные головные боли) - опухоли не выявляются.

**Упорные головные боли после лёгких ЧМТ (сотрясение головного мозга)** - посттравматическая боль - очень распространенная жалоба, которая часто сопровождается другими симптомами: постуральным головокружением, нарушением памяти и концентрации, утомляемостью и депрессией. Эта симптоматика, общая для посттравматических состояний, хорошо известна в медицинской практике, когда встаёт вопрос о компенсации нанесённого ущерба. Однако подобные жалобы часто предъявляют и пациенты, перенесшие травму головы, в случае, когда речь о компенсации не идёт. Лёгкая ЧМТ

может сопровождаться ухудшением некоторых когнитивных функций, вестибулярными нарушениями. Однако, симптоматика, которая удерживается очень долго, может быть связана с психологическими процессами, и не коррелировать со степенью тяжести полученной травмы.

Постановка диагноза и ведение пациентов с впервые выявленной острой интенсивной головной болью значительно отличается от ведения пациентов с хроническими периодическими головными болями, которые имели место уже много лет. Однако, сами пациенты, напротив, склонны считать, что «раз так долго болит, значит, это плохо».

Ксантохромия ликвора формируется через 12 часов после кровоизлияния и наблюдается в течении ещё около 10 дней. Пациенты, у которых САК произошло вследствие разрыва внутричерепной аневризмы (наиболее частая причина), находится в группе риска повторного кровоизлияния в последующие 2 недели, а повторное кровоизлияние может быть смертельным. Хирургическое лечение аневризмы в ранние сроки или эндоваскулярная окклюзия могут предотвратить рецидив кровотечения.

Пациентов, у которых САК подтверждён на КТ или при спинномозговой пункции (СМП), следует срочно доставить в нейрохирургический центр для дальнейшего лечения. КТ-ангиография подтверждает 96% аневризм, если диаметр их более 3 мм.

Самое распространённое состояние из тех, которые можно дифференцировать с САК - это приступ мигрени. Клиника приступа мигрени, как правило, разворачивается в течение нескольких минут или часов, но иногда может проявиться внезапно - «доброкачественный громopodobный удар». У некоторых пациентов наблюдается светобоязнь и даже некоторая ригидность затылочных мышц, как проявление менингизма, при тяжелом приступе мигрени, но по результатам СМП и КТ головного мозга не будет выявлена кровь, и другие отклонения.

Для головной боли при менингите и энцефалите нехарактерно такое «драматичное» начало, - клиника развивается в течение нескольких часов. У таких пациентов наблюдается лихорадка, спутанность сознания, ригидность затылочных мышц.

У некоторых пожилых пациентов, как и молодых, ригидность затылочных мышц может быть не выражена. В случае с энцефалитом, ригидность затылочных мышц не так заметна, но спутанность, коматозные состояния и эпилептические припадки характерны. Всем пациентам с подозрением на менингит или энцефалит проводится спинномозговая пункция, в отсутствие противопоказаний, чтобы подтвердить диагноз и установить причину. Системные инфекции также могут привести к острой головной боли - например, грипп, орнитоз, паротит.

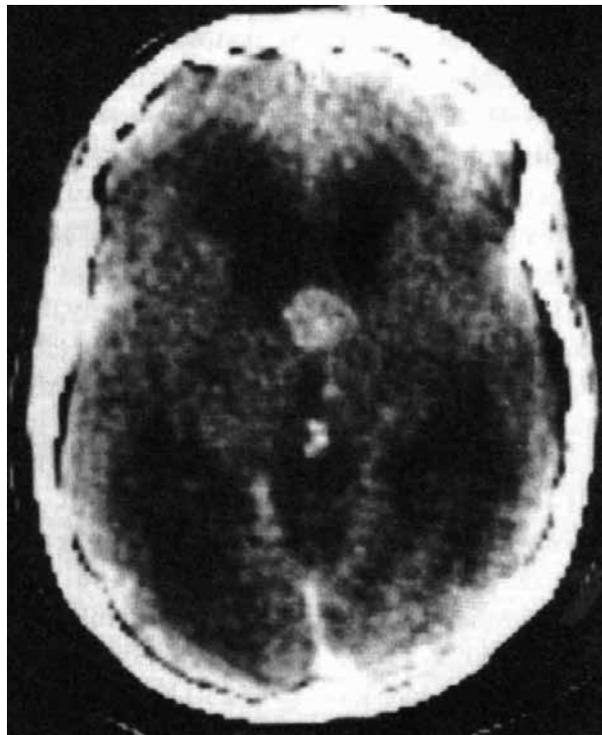


Рис.2 Этот пациент испытал внезапную головную боль. Её вызвала коллоидная киста, которую видно на снимке в районе III желудочка, - из-за неё развилась интермиттирующая обструктивная гидроцефалия.

## Хроническая головная боль

Наиболее распространёнными причинами хронической головной боли являются мигрень и головная боль напряжения. Головная боль, которая возникает 15 и более раз в месяц описывается как хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ). В исследованиях общей популяции ХЕГБ наблюдается у 4-5%.

Мигрень является очень распространённым явлением; примерно 20 % населения, вероятно, испытывают один или более эпизодов мигрени за свою жизнь. Мигрень - это периодические эпизоды головной боли, которые сменяются полным благополучием. Мигрень с аурой (классическая мигрень) легко узнаваема по характерным симптомам-предвестникам, возникающим за полчаса или более до начала головной боли. Наиболее распространённой являются зрительная - в виде вспышек света или зигзагов, в связи с раздражением коры затылочной области. Другие предвестники - это гемисенсорные нарушения, дисфазия и диплопия с дизартрией и атаксией. Предвестники могут проходить и без возникновения приступа головной боли. Головная боль, как правило, интенсивная, пульсирующая, может охватывать половину головы, но может быть и более распространённой. Во время приступа больной испытывает недомогание, тошноту, светобоязнь и сонливость. Часто мигрень сопровождается рвотой, после чего может наступать облегчение и больной может уснуть. Такие головные боли обычно длятся несколько часов (4-72). Вскоре после того, как

головная боль проходит, пациент возвращается в нормальное русло. Частота приступов мигрени варьирует от 1 до 5 раз в месяц. Тогда как проявления мигрени преходящи, хронические боли, сливающихся в упорную непрерывную боль, называются ГБ напряжения. Эти больные жалуются на постоянные колющие или давящие ощущения, которые они часто сравнивают с обручем вокруг головы, различной степени интенсивности. Некоторые пациенты утверждают, что боль у них не прекращается никогда, что она мешает им спать, мешает их повседневной деятельности, в то время как у других носит эпизодический характер. Боль может усугубиться на фоне тревоги, усталости и шума. Она может распространяться на затылок и дальше вниз в шею. Несомненно, есть общие черты между мигренью и головной болью напряжения, но так как это два разных клинических диагноза, мигрень для одного невролога будет «головной болью напряжения» для другого. И тот и другой тип могут быть спровоцированы чрезмерным употреблением медикаментов.

Существует связь ГБ с тревогой и депрессией: около трети пациентов с депрессией жалуются на головные боли, поэтому важно принять во внимание, что депрессия может быть основным заболеванием.

### Редкие причины головной боли

ГБ могут возникать у пациентов со злокачественной АГ и с повышенным АД на фоне феохромоцитомы. Острый синусит может вызвать лицевые и головные боли; боль может усиливаться в положении лёжа, при кашле или чихании. Заболевания глаз, такие как глаукома или воспаление радужной оболочки, вызывают интенсивные локальные боли, часто с повышенной чувствительностью глазных орбит, иногда головные боли. Эти симптомы, как правило, сопровождаются ухудшением остроты зрения и часто покраснением самого глаза. Диплопия, боль в глазу могут возникать при наружной офтальмоплегии, поражении кавернозного синуса или гипофиза.

### Лицевые боли

Как и в случае с головной болью, больные, которые жалуются на боли в лице, часто не показывают никаких неврологических симптомов, поэтому очень важен анамнез заболевания. Анализируя жалобы на лицевые боли, стоит вспомнить структуры, которые могут быть вовлечены в патологический процесс: глаза, носовые пазухи, зубы, челюсть; также это могут быть отражённые боли при вовлечении тройничного нерва. В последнем случае может наблюдаться изменение чувствительности.

Другие расстройства с минимальными отклонениями в объективном статусе или вообще без них это: невралгия тройничного или языкоглоточного

нервов, кластерная головная боль (мигреноподобная невралгия) и другие вегетативные тригеминальные цефалгии. Верификация лицевой боли (постгерпетической невралгии) развившейся после опоясывающего лишая, совершенно очевидна, учитывая предшествовавшую сыпь.

Невралгия тройничного нерва является частой причиной прерывистой интенсивной лицевой боли, обычно у пожилых пациентов. Боль односторонняя и, как правило, проявляется в средней и нижней зонах иннервации V пары. Имеет две отличительные черты: очень короткие, единичные, болевые приступы, описываемые как «нож, протыкающий щеку или нижнюю челюсть»; они вызываются внешними факторами. К триггерам относятся: прикосновение, жевание, умывание, чистка зубов, разговор, бритьё, ветер в лицо. Пароксизмы интенсивной боли длятся от нескольких секунд до нескольких минут и часто «простреливают» от точки возникновения далее в щеку, в боковую часть носа, или переходят на противоположенную часть лица. Симптоматика преходящая - с периодическими обострениями, продолжительностью в несколько дней или недель, с длительными периодами ремиссии. Ремиссии могут становиться со временем короче.

Невралгия языкоглоточного нерва аналогична невралгии тройничного нерва, но в зоне иннервации IX пары. Приступы боли по задней стенке глотки и в языке, или в глубине уха и усиливаются при глотании. У некоторых пациентов боль в районе глазницы и головные боли могут сопровождаться вазомоторными/вегетативными симптомами. Это слезотечение, покраснение глаз, заложенность носа или ринорея, отек век, птоз, миоз и потливость.

Кластерные головные боли (мигреноподобная невралгия) описывается, как односторонняя интенсивная, острая или ноющая боль в области глазной орбиты, которая длится 45-90 минут (до 3 часов). Эти приступы развиваются как днём, так и во время сна, и также сопровождаются вегетативными проявлениями. Приступы провоцируются алкоголем и физической нагрузкой. Чаще встречается у мужчин и характеризуется состоянием беспокойства и двигательным возбуждением, в отличие от мигрени, при которой больной старается лежать и не двигаться, становится очень чувствителен ко всем раздражителям.

Пароксизмальная гемикрания имеет некоторое сходство с мигреноподобной невралгией с повторяющимися кратковременными (10-20 минут) приступами режущей боли в одной стороне лица, происходящими от одного до 30 раз в день. Чувствительна к индометацину.

Кратковременные односторонние невралгии (приступы головной боли с конъюнктивальной инъекцией и слезотечением, (англ. SUNCT - Short-

lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing)) являются еще одной редкой формой тригеминальной вегетативной невралгии. Характеризуется интенсивной колющей болью в одном глазу, как правило, длительностью около минуты. Боль может быть вызвана прикосновением и варьируют по частоте. Если вы не уверены, кластерная ли это боль или невралгия тройничного нерва, возможно, вы имеете дело с SUNCT.

Есть также группа пациентов, которые жалуются на постоянную боль в лице, и не показывают никаких отклонений при объективном осмотре. Описание болей не попадает ни под один из известных синдромов - чаще это глубокая колющая боль, захватывающая глаз, нос, щеку, висок или нижнюю челюсть. Это, как правило, односторонняя иногда двусторонняя, часто распространенная боль, которая иногда описывается больными как - «разрывающая», тянущая. Это может быть атипичная лицевая боль.

**The symptoms that patients describe are largely responsible for the direction of the clinical examination and it is the tempo of the onset and progression of these symptoms that points to the type of pathology causing them. The combination of symptoms and signs leads to the anatomical diagnosis. Indeed 'where is the problem?' is the first and independent question a neurologist must ask, the second distinct question being 'what is the problem?'.**

Headache is one of the most common symptoms encountered in primary care, and certainly is the most common complaint of patients attending the neurologist. It is estimated that one in five of the general population may suffer from headache of sufficient severity to consult a doctor at some time. The majority of these patients will have no abnormal physical signs on examination, and diagnosis depends entirely on the history.

### Symptoms to aid neurological diagnosis

**A suitable range of ten routine neurological questions is:**

1. Have you noticed any change in your mood, memory or powers of concentration?
2. Have you ever lost consciousness or had a fit or seizure?
3. Do you suffer unduly from headaches?
4. Have you noticed any change in your senses: (i) smell; (ii) taste; (iii) sight; (iv) hearing?
5. Do you have any difficulty in talking, chewing or swallowing?
6. Have you ever experienced any numbness, tightness, pins and needles, tingling or burning sensation in the face, limbs or trunk?
7. Have you noticed any weakness, stiffness, heaviness or dragging of arms or legs?

8. Do you have any difficulty in using your hands for skilled tasks, such as writing, typing or dressing?
9. Do you have any unsteadiness or difficulty in walking?
10. Do you ever have any difficulty controlling your bladder or bowels?

One of the most important distinctions is for how long the patient has suffered headache.

### Acute sudden headache

The sudden onset of severe headache over a matter of minutes or hours often poses a medical emergency, as this may be the presenting symptom of intracranial haemorrhage or infection. Most patients with subarachnoid haemorrhage (SAH) from an aneurysm or vascular malformation present with a sudden dramatic and explosive onset of devastating headache which rapidly becomes generalized and is accompanied by neck stiffness; 'It was as if I had been hit on the head with a hammer'.

Some patients with SAH lose consciousness and some may develop focal neurological signs. Patients with primary intracerebral haemorrhage often complain of headache and vomiting and then may rapidly lose consciousness. Commonly they are hypertensive. They may also show a dense neurological deficit due to brain destruction, and often do not have a stiff neck.

If SAH is suspected, immediate CT brain scan should be undertaken (Figure 1) and this will detect blood in the vast majority of patients scanned within the first 48 hours. The sensitivity is closely related to the skill of the radiologist. If the scan is normal, then the cerebrospinal fluid (CSF) should be examined to confirm the diagnosis in the small number of patients (approximately 5 per cent) where blood has not been shown on the scan.

*CT brain scan of a patient presenting with an acute severe headache following a subarachnoid haemorrhage. There is blood in the sylvian fissure and slight enlargement of the ventricles*

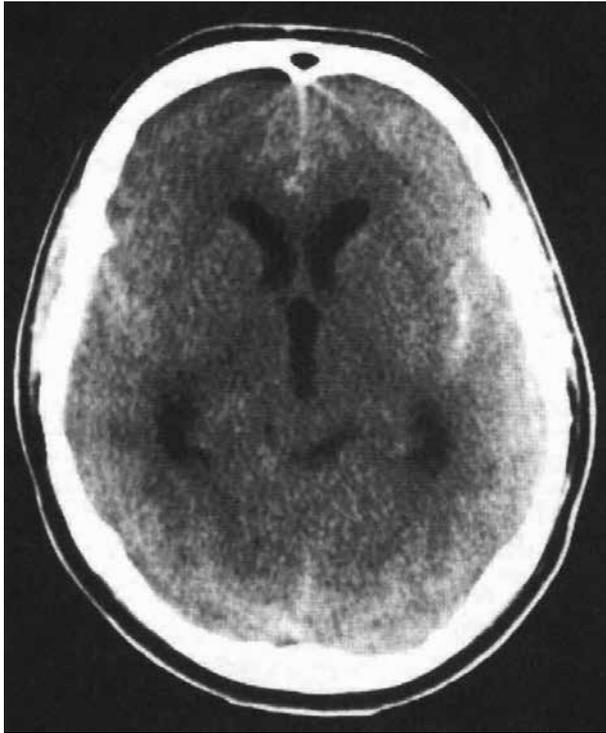
### Subacute headache

Headache that has been present for a few weeks or months in an individual not previously a headache sufferer must always be taken seriously, though such headaches usually turn out to be the onset of more chronic problem such as tension-type headache or migraine.

In the elderly patient, or in anyone aged over 50 years, cranial or giant cell arteritis (GCA) must always be considered.

Such patients are usually systemically unwell with symptoms of malaise, depression, weight loss and generalized aches and pains. Their main symptom, however, is persistent headache, often throbbing or burning, often with tenderness of the scalp, as when brushing the hair.

The cranial arteries, particularly the superficial temporal arteries, may be visibly enlarged, tortuous and tender to touch. There may be reddening of the overlying skin.



Patients with GCA are at risk of losing vision due to serial ischemic damage to the optic nerves. Suspicion of the diagnosis should lead to an urgent erythrocyte sedimentation rate (ESR) or C-reactive protein (CRP). These will be raised, the ESR usually above 40 mm/hour, and a biopsy of a temporal artery should follow. Patients thought clinically to have GCA should be urgently started on steroids prior to biopsy.

**The headache of raised intracranial pressure (ICP)** of whatever cause, be it tumour, subdural haematoma or obstructive hydrocephalus, characteristically has been present for a matter of some weeks or months. Frequently it may awaken the patient from sleep and is often intermittent. It is made worse by coughing, bending or straining at stool, all of which increase ICP, although it is noteworthy that patients with migraine and sometimes other types of headache also report mild exacerbation with these factors. It may be accompanied by vomiting. There may be papilloedema and focal neurological signs on examination but these may also be absent. Occasionally, patients with an intermittent obstructive hydrocephalus may have episodes of acute crescendo headache.

The vast majority of patients with isolated cough headache, or isolated headache at orgasm (sex or orgasmic headache) do not have brain tumours.

**Persistent headache after minor concussive head injuries (post-traumatic headache)** is a very common complaint and is often accompanied by other symptoms such as postural dizziness, impaired memory and concentration, fatigue and depression. These com-

mon post-traumatic symptoms are well recognized in the law courts as one of the common sources of claims for compensation for injury. However, similar symptoms frequently develop in stable individuals after a head injury where there is no compensation claim. It has now been shown that minor head injuries may be followed by impairment of some cognitive functions and vestibular disturbances. However, very prolonged symptoms may be linked with psychological processes, as the poor prognostic factors for recovery appear independent of the injury severity and relate more to psychosocial factors.

The diagnosis and management of someone with an acute onset of their first severe headache, 'first and worst', is entirely different from that of someone who has suffered from chronic daily headache for a matter of years, though patients often interpret this differently saying that because it has been going on a long time 'it must be due to something bad'.

Xanthochromia of the spun supernatant of the CSF is present for about ten days after a bleed but takes 12 hours to form. Patients who have bled from an intracranial aneurysm, which is the most common cause of SAH, are at serious risk of a second bleed in the ensuing 2 weeks, which may be fatal. Early surgical clipping or endovascular occlusion of the aneurysm can prevent rebleeding.

Those in whom SAH is confirmed by CT scanning or lumbar puncture should be referred urgently to a local neurosurgical center for further treatment. CT angiography will now detect some 96 per cent of aneurysms >3 mm in diameter.

The most common condition which may be confused with SAH is the acute onset of migraine. Migraine usually builds up over minutes or hours, but on occasion may start suddenly, so-called 'benign thunderclap' headache. Some patients may have photophobia and even some neck stiffness as part of a severe migraine, but examination of the CSF and a CT brain scan will reveal no blood or other abnormality.

The headache of meningitis and encephalitis does not start with such a dramatic onset, but builds up over a matter of hours. Such patients also are likely to have fever, confusion and, in the case of meningitis, severe neck stiffness.

In some elderly patients, the very young or the very sick, meningitis may be present without neck stiffness. In the case of encephalitis, neck stiffness is less conspicuous, but confusion, early coma and seizures are characteristic. Any patient suspected of meningitis or encephalitis requires lumbar puncture if not contraindicated to establish the diagnosis and the cause. Systemic infections may cause acute headache, e.g. 'flu, psittacosis, mumps.

## Chronic headache

The most common causes of chronic headache are migraine and tension-type headache. A headache that occurs on 15 or more days a month is described as a chronic daily headache (CDH). In population-based studies, some 4-5 per cent have primary CDH.

Migraine is very common; approximately 20 per cent of the population are likely to suffer one or more migrainous episodes in their life. It is a periodic disorder with episodes of headache separated by periods in which the subject is entirely well. Migraine with aura (classical migraine) is easily recognized by the characteristic warning symptoms in the half hour or so prior to the onset of the headache. The most common are visual, in the form of flashing lights or zig-zags due to a spreading depression in the occipital cortex. Other warning symptoms are hemisensory disturbances, alarming dysphasia and diplopia with dysarthria and ataxia. These warning symptoms can occur without a subsequent headache. The headache is usually severe, throbbing and may be hemicranial or more generalized. During the headache, the patient feels ill, nauseated and anorexic, photophobic and drowsy. Frequently they vomit; following which the headache may subside and the patient sleeps. Such headaches usually last several hours (4-72). Once the headache disappears the patient soon returns to normal. The frequency of migraine attacks is variable (from <1 to >5/month).

Although migraine is commonly intermittent, patients may develop chronic symptoms which merge into the persistent, continuous so-called tension-type headache. These patients complain of a constant aching or pressure sensation, often like a band around the head, and varying in severity. Some patients claim they are never free from pain and that it interferes with sleep and their daily activities, although in others it is episodic. The pain may worsen with anxiety, noise and when tired. It may spread into the back of the head and down into the neck. There is undoubtedly an overlap between migraine (transformed migraine) and tension-type headaches but as these are clinical diagnoses, one neurologist's transformed migraine may be another's 'tension headache'. Both may be aggravated by medication overuse. There is a link with anxiety and depression: about one-third of depressed patients complain of headache so it is important to be aware of a primary depressive illness.

A group of patients describe the sudden onset of headache on a specific day which then persists: this may be 'new daily persistent headache'. Some of these are secondary to a defined cause, e.g. head trauma, raised intracranial pressure, meningitis. The headache of spontaneous low intracranial pressure may also have a specific onset time.

## Uncommon causes of headache

Headache may arise in patients with accelerated hypertension, and with rises in blood pressure linked

to a pheochromocytoma. Acute sinusitis may cause facial and head pain and this may be increased lying flat, bending, coughing or sneezing. Eye disease, such as glaucoma or iritis, causes intense local pain often with tenderness in the eye and some headache. These symptoms are usually accompanied by a change in visual acuity and often reddening of the eye itself. Double vision, eye pain and headache may arise from an oculomotor palsy, a cavernous sinus lesion or pituitary disturbances.

## Pain in the face

As with headache, patients complaining of pain in the face frequently show no neurological signs so the history is all important. With a complaint of pain in the face it is worth recalling the local structures that may be involved: eyes, sinuses, teeth, jaw and referred pain from involvement of the trigeminal nerve. In the latter, there may be signs of altered sensation in the trigeminal territory.

Other disorders with minimal or no abnormal physical signs or minimal signs include trigeminal and glossopharyngeal neuralgia, cluster headache (migrainous neuralgia) and other trigeminal autonomic cephalgias, and atypical facial pain. Facial pain (a post-herpetic neuralgia) following a herpes zoster infection in the fifth nerve territory is self-evident from the skin eruption preceding it.

**Trigeminal neuralgia (tic douloureux)** is a common cause of intermittent severe pain in the face, usually in older patients. The pain is unilateral and usually arises in the second and third divisions of the fifth nerve. It has two absolute characteristics: the individual spasms of pain are extremely brief, like a knife jabbing into the cheek or jaw; and these spasms are triggered. The triggers include touch, eating, washing the face, cleaning the teeth, talking, shaving, a cold wind. The paroxysms of intense pain last a few seconds to minutes and often shoot from a site of onset in the cheek, side of the nose or gums to another part of the face. The illness is intermittent with bouts lasting days or weeks followed by long periods of freedom. These may tend to shorten.

**Glossopharyngeal neuralgia** is analogous to trigeminal neuralgia but in the territory of the ninth nerve. The severe paroxysms of pain are felt at the back of the throat and tongue, or deep in the ear and are triggered by swallowing.

In some patients orbital pain and headache may be associated with obvious vasomotor/autonomic symptoms. These include tearing, eye redness, nasal stuffiness or rhinorrhoea, eyelid swelling, ptosis, miosis and excess sweating.

**Cluster headache (migrainous neuralgia)** describes a unilateral headache with intense stabbing or boring eye pain most often in the orbit and temple most commonly lasting 45-90 minutes (15-180). These bouts of intense pain recur both in sleep and in the day

over days or weeks. There are accompanying autonomic symptoms. The bouts may be triggered by alcohol and exercise. The condition is more common in men and is characterized by restlessness and pacing as opposed to migraine where the sufferer lies still with sensory dislike.

**Paroxysmal hemicrania** has some resemblance to migrainous neuralgia with repeated short-lived (10-20 minutes) attacks of knife-like pain in one side of the face occurring from one to 30 times a day. It responds specifically to indometacin.

**Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT)** are a further rare form of trigeminal autonomic neuralgia. Here, intense stabbing pain in and around one eye lasting 5-250 seconds (usually about 1 minute) is described. The pains may be triggered by touch and vary in frequency. If you are not sure whether it is cluster headache or trigeminal neuralgia you are dealing with, it may be SUNCT.

There is also a group of patients who complain of a constant pain in the face who show no abnormal physical signs. The description of the pain does not fit into any well recognized category and often is said to be a deep aching involving the eye, nose, cheek, temple or jaw. It is usually unilateral but is sometimes bilateral, often widespread and at times may be described as being much more severe - tearing, ripping, pulling. This may be atypical facial pain.

#### Литература

1. Fowler T.J. Clinical Neurology / Fowler T.J., Scadding J. W., Losseff N. // Taylor & Francis Ltd. - 2011. - P. 1-744.
2. Bhidayasiri R. Neurological Differential Diagnosis - a Prioritized Approach / Bhidayasiri R, Waters MF, Giza CC // Oxford: Blackwell Publishing. - 2005. - P.1-71.
3. Bradley WG. Neurology in Clinical Practice / Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J // 5th edn. Boston: Butterworth-Heinemann. - 2007. - P.1-493.
4. Brazis PW. Localisation in Clinical Neurology / Brazis PW, Masdeu JG, Biller J // Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. - 2007. - P.1-657.
5. Bronstein AM. Dizziness - A Practical Approach to Diagnosis and Management / Bronstein AM, Lempert T // Cambridge: Cambridge University Press. - 2007. - P. 1-215.
6. Marshall RS. On Call Neurology / Marshall RS, Mayer SA // The Spine Journal. - 2002. - № 2(3). - P.233-234.
7. Pendlebury ST. Transient Ischaemic Attack and Stroke / Pendlebury ST, Giles MF, Rothwell PM // The Medical Journal of Australia. - 2000. - № 172(8). - P.394-400.
8. Ropper AH. Adams and Victor's Principles of Neurology, 9th edn. / Ropper AH, Samuels MA // New York: McGraw- Hill Medical. - 2009. - P.1-1561.
9. Silberstein SD. Wolff's Headache and Other Head Pain, 8th edn. / Silberstein SD, Lipton RB, Dodick D. W. // New York: Oxford University Press. - 2008. - P. 29-45.

10. Табеева Г.Р. Головная боль / Табеева Г.Р. // Руководство для врачей. - Москва. ГЕОТАР-медиа. - 2014. - 217 с.

**Diagnostic approach and differential diagnosis in patients with headaches in accordance with International Classification of Headache Disorders (Translation Section «Clinical Neurology», 4th Edition (2014), T.J. Fowler, John W. Scadding, Nick Losseff, J.W.Scadding)**

#### ■ Fiedash-Kirsanov A.

Department of Neurology and Reflexology,  
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

#### Summary

One of the most important distinctions of neurology patient's interview is asking pertinent questions and complex analysis of the information received. It is known that in some cases diagnosis depends wholly on the history, clarifying questions helps us in diagnostics. International classification of headache disorders enables better understanding of headache, which is one of the most common complaints encountered in primary care, and doubtless is the most common symptom of patients attending the neurologist. Referring to the Classification the review is trying to discover some of the distinctive features of the different types of headaches.

**Пацієнти з цефалгіями: диференційний підхід відповідно до Міжнародної класифікації головних болів (Переклад розділу «Clinical Neurology», 4th Edition (2014)**

**Автори: Т.Т. Фовлер, Джон В. Саддинг, Нік Лоссефф, Д.В. Саддинг)**

#### ■ Федаш-Кірсанов О.О.,

клінічний ординатор кафедри неврології і рефлексотерапії  
Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

#### Резюме

Одним з найважливіших моментів в опитуванні неврологічного пацієнта є постановка питань з подальшим складним аналізом отриманих даних. Відомо, що в окремих випадках діагноз цілком будується на даних анамнезу захворювання: уточнюючі питання сприяють його формулюванню. Міжнародна класифікація головного болю допомагає краще розуміти значеність даного симптому, - однієї з найпоширеніших скарг, що пред'являється на етапі первинної медичної допомоги, найбільш часто зустрічається серед пацієнтів лікаря-невролога. Відповідно до Класифікації, даний огляд виявляє деякі відмінні особливості різних типів головного болю.