

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГОЛОВНОГО БОЛЮ У ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Савицька І. Б.

ВСТУП

У офісних працівників у результаті ненормованого робочого дня, впливу несприятливих факторів екології офісу (шум, пил, магнітне випромінювання), стресових факторів, гіподинамії, нерегулярного або неякісного харчування, вимушеного положення голови і шиї розвивається «офісний синдром». Офісний синдром включає¹:

1. М'язово-скелетні болі в спині, шиї, верхніх кінцівках.
2. Головний біль.
3. Тунельний синдром верхньої кінцівки.
4. Серцево-судинні захворювання (атеросклероз, гіпертонічна хвороба, аритмія).
5. Синдром «сухого ока».
6. Захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрит, виразка шлунка і 12-палої кишки, хронічний коліт).
7. Захворювання дихальної системи: бронхіальна астма, бронхіт, пневмонія, простудні захворювання.
8. Геморой і тріщини прямої кишки, хронічні запальні захворювання органів малого тазу (хронічний простатит у чоловіків, хронічний ендометрит, сальпінгофорит у жінок).
9. Ожиріння.
10. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок, тромбофлебіт.

Один із найбільш частих клінічних симптомів – головний біль м'язової напруги (далі – ГБН). Поширеність ГБН протягом життя в загальній популяції, за даними різних досліджень, варіює від 30 до 78%, що значно перевищує поширеність мігрені (8-20%)². За даними наших попередніх досліджень частота ГБН може становити до 44%³.

¹ Данилов А.Б., Курганова Ю.М. Офисный синдром. Медицина неотложных состояний. 2012. № 7-8 (46-47). С. 167–173.

² Осипова В.В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия. Вестник семейной медицины. № 2. 2010. С. 26–30.

³ Савицкая И.Б. Неврологические аспекты «офисного синдрома»: обзор литературы и собственные наблюдения. Conceptual options for development of medical science and education: Collective monograph. Riga. 2020. С. 491–513. DOI: 10.30525/978-9934-588-44-0/24.

Також чималу роль займають витрати на лікування мігрені і головного болю м'язової напруги в осіб молодого працездатного населення. Наприклад, за даними М. Linde і співавторів⁴ загальнорічні витрати на людину серед дорослих у віці 18-65 років складають 1222 євро на мігрень, 303 євро на головний біль м'язової напруги, 253 євро на інші види головного болю.

Серед первинного головного болю також спостерігаються чималі витрати по днях непрацездатності та зниженню якості життя, особливо при головному болі м'язової напруги і мігрені⁵. Таким чином, головний біль серед молодого працездатного населення – поширене, обтяжливе і дороге явище. Зниження економічних витрат від головного болю може бути шляхом поліпшення своєчасної діагностики та адекватної терапії.

У попередніх публікаціях ми вже розглядали аспекти діагностики і лікування «офісного синдрому», проте залишаються не досить вивченими питання діагностики головного болю в офісних працівників.

1. Дефініція головного болю м'язової напруги (ГБН, tension – type headache).

Особливості ГБН в офісних працівників

Згідно третього видання Міжнародної класифікації головного болю⁶ до головного болю м'язової напруги відноситься епізодичний (нечастий і частий) і хронічний головний біль напруги.

Епізодичний нечастий ГБН – біль, при якому 10 нападів із частотою більше 1 дня в місяць і не менше 12 днів у році відповідає наведеним нижче критеріям. Тривалість – від 30 хвилин до 7 днів. Наявність як мінімум двох із наступних ознак головного болю:

- 1) головний біль, який давить або має стискаючий характер;
- 2) легка або помірна інтенсивність, яка не перешкоджає повсякденній активності;
- 3) двостороння локалізація;
- 4) біль не посилюється при підйомі по сходах або іншому схожому по інтенсивності фізичному навантаженні.

⁴ Linde M., Gustavsson A., Stovner L.J. [et al.] The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *European Journal of Neurology*. 2012. № 19. P. 703–711. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x.

⁵ 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. № 21. P. 758–765. DOI: 10.1111/ene.12380.

⁶ Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalgia*. 2018., Vol. 38. P. 1–211. DOI: 10.1177/0333102417738202.

При епізодичному нечастому ГБН спостерігається відсутність звуко-, світлобоязні, нудоти і блювоти; відсутність вказівок на вторинний характер болю.

Хронічний ГБН – біль, який турбує більше 15 днів у місяць і понад 180 днів у році, триває від кількох годин до кількох днів або є інтермітуючим; присутні не більше одного із перерахованих вище симптомів (звуко-, світлобоязнь, але не нудота чи блювота).

Концепція головного болю напруги у деяких випадках включає хворобливу напругу перікраніальних м'язів. До перікраніальних м'язів відносяться *m. pterogoideus medialis* та *lateralis*, *m. masseter*, *m. temporalis*, *m. frontalis*, а також м'язи підпотиличного простору. За нашими спостереженнями, залучення перікраніальних м'язів спостерігається у 47 офісних працівників із ненормованим робочим днем, наявністю тривожної і депресивної симптоматики. Залучення перікраніальних м'язів можна пояснити рефлекторною напругою м'язів при статичних тривалих позних установах голови і шиї, а також підвищенням збудливості нейрорефлекторного апарату офісного працівника при емоційній, стресовій напрузі.

Особливості головного болю м'язової напруги при роботі за комп'ютером були проаналізовані в низці досліджень, у тому числі V. Prodanovskoju-Stojchevskoju та співавторами⁷. Дослідники провели опитування 800 офісних працівників, які працюють за комп'ютером, та показали, що у 48% випадків спостерігався біль у потиличній частині голови та шиї. Найбільше постраждали працівники, які підтримують статичну поставу голови та шиї, працюючи протягом дня, зігнувши голову перед комп'ютером.

Найбільша кількість респондентів були відповідальними працівниками та ніколи не затримували виконання роботи, часто працювали з високим темпом роботи й відчували емоційний стрес. Крім того, респонденти висловлювали незадоволення від участі керівника та колективу у робочому процесі і вважали, що їхня робота «витягує з них енергію» та негативно впливає на особисте життя. Це співпадає з нашими спостереженнями про те, що у відповідальних офісних працівників, які фанатично ставляться до роботи, та у працівників із ненормованим робочим днем найчастіше (у 44% випадків) розвивається головний біль м'язової напруги та м'язово-скелетний біль.

⁷ Prodanovska-Stojchevska V., Jovanovic J., Jovanovska T. Body posture in relation with musculoskeletal symptoms amongst computer operators. *British Journal of Medicine and Medical Research*. 2015. Vol. 7(3). P. 2013–210. ISSN: 2231-0614.

За нашими дослідженнями, особливістю ГБН в офісних працівників є переважання епізодичного нечастого ГБН і хронічного ГБН. З епізодичним нечастим ГБН офісний працівник звертається рідко, найчастіше він самостійно приймає протизапальні засоби, знеболювальні, звертається до масажиста, остеопата. Приводом для звернення за медичною допомогою часто є приєднання інших симптомів (запаморочення, м'язово-скелетний біль, симптоми астенизації, підвищення цифр АТ, симптоми вегетативної дисфункції). На огляді у невролога виявляються синдром хребтової артерії, вегетативна дисфункція у комбінації із коморбідними станами.

Найбільш частими коморбідними патологіями серед офісних працівників є атеросклероз, ожиріння, артеріальна гіпертензія, порушення ритму і провідності, які мають високі серцево-судинні ризики.

Різноманітність коморбідної патології залежить від віку та ненормованості робочого графіка. Серед пацієнтів вікової категорії 31-40 років із ненормованим робочим графіком найбільш поширена патологія – ожиріння, артеріальна гіпертензія, а у віковій категорії 41-50 років також із ненормованим робочим графіком, крім ожиріння та артеріальної гіпертензії, – часті простудні захворювання, хронічні запальні захворювання органів малого тазу. У віковій категорії 51-60 років найбільш частою патологією є захворювання шлунково-кишкового тракту, прямої кишки, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба, ожиріння. Аналіз цих коморбідних станів є украй важливим для офісних працівників з точки зору своєчасної діагностики та вибору адекватного комплексного лікування.

Також до особливостей ГБН в офісних працівників відноситься перехід ГБН у мігрень (як це продемонстровано у клінічному спостереженні № 2), лікарсько-індукований головний біль. В умовах пандемії COVID-19 не слід забувати про вторинний головний біль у структурі постковідного синдрому⁸.

2. Диференціальна діагностика ГБН

Серед працівників офісів важливо провести своєчасну диференціальну діагностику між головним болем м'язової напруги та іншими різновидами головного болю. Для цього в клінічній роботі використовуємо такий *алгоритм опитування та обстеження офісного працівника з головним болем*:

1. Тривалість і частота головного болю (Коли болить голова? Як часто болить голова?).

⁸ Savytska I. Headache in office workers after coronavirus infection. Eur. J. Techn. and Nat. Scien. 2020. № 5-6. P. 10–13. DOI: 10.29013/EJTNS-20-5.6-10-13.

2. Характеристика головного болю:

- Де болить голова?
- Куди віддає (В інші ділянки голови? В шию? Чи давить на очі? Чи віддає у щелепу?)?
- Головний біль постійний чи нападаподібний?
- Наскільки він інтенсивний? Інтенсивність головного болю найбільш ефективно оцінювати за візуально-аналоговою шкалою (далі – ВАШ)⁹.

3. Якщо є напади головного болю:

- Як починається?
- У який час доби?
- Що Ви робите під час нападу?
- Чи є передвісники?
- Чи є супутні симптоми (нудота, блювання, нечіткість зору, судоми, втрата свідомості)?
- Що провокує напад?
- Що посилює чи зменшує головний біль?

Для класифікації нападу використовуємо зазначений нижче алгоритм (Схема 1). Також при опитуванні офісного робітника з головним болем важливо проаналізувати раніше виконані обстеження та проведене лікування.

Крім ретельного анамнезу, об'єктивного і неврологічного обстеження, необхідно уважно вивчити наведені нижче області:

- огляд, пальпація і перкусія черепа, які проводяться з метою виявлення черепно-мозкової травми, можливих новоутворень;
- оцінка стану вух, барабаних перетинок і сосковидних відростків – можуть бути виявлені ознаки отиту і мастоїдиту;
- обстеження скронево-нижньощелепного суглоба – при його дисфункції може спостерігатися «кляцання» при відкриванні та/або закритті рота;
- пальпація залозистих і лімфатичних тканин;
- огляд зубів і ротоглотки – може виявити не лише зубну патологію, але і патологію верхньощелепної синусит (здебільшого болюча перкусія зубів верхньої щелепи);
- оцінка стану носа і навколоносових пазух шляхом пальпації і перкусії;

⁹ Aicher B., Peil H., Peil B., Diener H.C. Pain measurement: Visual Analogue Scale (VAS) and Verbal Rating Scale (VRS) in clinical trials with OTC analgesics in headache. Cephalgia. 2012 Feb. Vol. 32(3). P. 185–197.

– обстеження очей – офтальмоскопія повинна бути обов’язковим складником огляду пацієнта із головним болем і може виявити застійні диски зорових нервів;

– обстеження зовнішніх черепних судин при підозрі на гігантоклітинний і скроневий артеріїт. При цій патології поверхнева скронева артерія може бути болючою при пальпації, пульсуючою і вузлуватою. У хворих із мігренню натиснення на поверхневу скроневу артерію може тимчасово посилити головний біль;

– пальпація черепа, м’язів шиї і визначення її рухливості;

– низька лінія росту волосся може бути ознакою наявності цервікокраніального переходу (аномалія Арнольда-Кіарі).

Бажано включити до програми обстеження офісного працівника УЗДГ обстеження судин шиї із функціональними пробами та УЗДГ судин головного мозку.

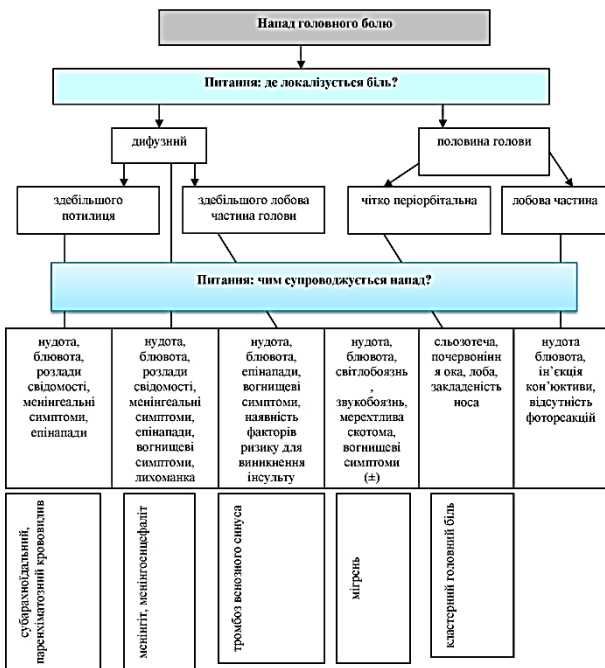


Рис. 1. Алгоритм діагностики нападу головного болю у офісного працівника

Таким чином, на первинній ланці діагностики головного болю важливо розрізнити підтипи первинного головного болю (ГБН, мігрень, кластерний головний біль) між собою та проводити диференційну діагностику із вторинним головним болем. При цьому важливо пам'ятати про насторожуючі симптоми вторинного головного болю, так названі «червоні прапорці» діагностики головного болю, які дуже важливо розпізнати при первинному огляді хворого.

«Червоні прапорці» діагностики головного болю:¹⁰

- вперше виниклий або нетиповий для цього пацієнта головний біль чи поява нових симптомів наявного головного болю;
- громоподібний головний біль (інтенсивний головний біль із «вибухоподібним» або раптовим початком), який характерний для субарахноїдального крововиливу;
- головний біль із атипичною аурою (тривалістю більше години) або із моторною слабкістю (характерний для інсульту);
- аура без головного болю (без вказівок в анамнезі на мігрень із аурою), що може бути симптомом ТІА або інсульту;
- аура, вперше виникла у пацієнтки, яка приймає комбіновані оральні контрацептиви, може вказувати на ризик розвитку інсульту;
- вперше виниклий головний біль у пацієнта старше 50 років або у дитини в підлітковому віці може бути виявом скроневого артеріїту або внутрішньочерепної пухлини;
- наростаючий головний біль, який підсилюється протягом кількох тижнів і більше, може бути викликаний внутрішньочерепним об'ємним утворенням;
- головний біль, який підсилюються при зміні пози або навантаженнях, що підвищують внутрішньочерепний тиск (кашель, чхання), може бути виявом пухлини головного мозку;
- вперше виниклий головний біль у пацієнта із онкологічним захворюванням, ВІЛ-інфекцією або імунodefіцитом в анамнезі;
- лихоманка у поєднанні із головним болем, не пов'язаним з іншими причинами, може бути ознакою менінгіту;
- вогнищеві неврологічні симптоми, які поєднуються із головним болем.

Незважаючи на здебільшого молодий і середній вік пацієнтів, які виконують професійні обов'язки в умовах офісу, необхідно ретельно

¹⁰ Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Т.Дж. Стайнер и соавт. Практическое руководство для врачей; перевод с английского Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; научная редакция В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табеевой. Москва : ООО «ОГГИ.РП», 2010. 56 с. ISBN 978-5-9901141-5-9.

проводити диференційну діагностику між первинним і вторинним головним болем.

Вторинний головний біль може бути пов'язаний із:

- травмою голови або шиї;
- судинними ураженнями черепа і шийного відділу хребта;
- несудинними внутрішньочерепними ураженнями;
- вживанням деяких речовин чи їх відміною;
- інфекціями;
- порушенням гомеостазу;
- порушенням структур черепа, шиї, очей, вух, носа, пазух, зубів, ротової порожнини чи інших структур черепа і обличчя;
- психічними захворюваннями.

Діагностика первинного і вторинного головного болю має вирішальне значення для вибору специфічної терапії, яка спрямована на запобігання розвитку приступу, зменшення його інтенсивності, частоти його виникнення. При вторинних болях голови насамперед необхідне лікування основного захворювання, яке є причиною головного болю. На практиці біля 10% головного болю відноситься до вторинного характеру¹¹.

Також не менше значення для успішного лікування головного болю має знання механізму виникнення головного болю: ліквородинамічний, судинний, м'язово-тонічний, невралгічний і психогенний механізми. В одного і того ж пацієнта може бути комбінація кількох механізмів виникнення головного болю.

Судинний механізм можна запідозрити у пацієнта із неконтрольованою гіпертензією нерідко пульсуючого характеру у потилиці чи скронях, яка може бути спровокованою фізичним навантаженням та/або емоційним стресом. Цей механізм виникнення головного болю здебільшого пов'язаний із вазоспазмом або вазодилатацією мозкових артерій.

М'язово-тонічний механізм болю має стискаючий характер у скронях чи потилиці. Головний біль спричиняється напруженням м'язів скальпа, шиї і жувальної мускулатури та/або емоційним стресом та зменшується після відпочинку.

У разі розпираючого головного болю із нудотою, блюванням, інколи запамороченнями можна запідозрити ліквородинамічний механізм виникнення головного болю. Цей біль здебільшого розвивається на фоні підйому внутрішньочерепного тиску та

¹¹ Ravishankar K. WHICH Headache to Investigate, WHEN and HOW? Headache : The Journal of Head and Face Pain, 2016. Vol. 56. P. 1685–1697. DOI: 10.1111/head.12998.

посилюється при кашлі, чханні, фізичному напруженні і у горизонтальному положенні тіла. Характерним є симптом Манна (болючість під час рухів і натискання на очні яблука).

Стріляючий біль на обличчі нерідко пов'язаний із невралгією трійчастого нерва. Він виявляється у вигляді стереотипних нападів, які тривають кілька секунд або хвилин. Часто провокується подразненням тригерних зон (навколо рота) або певними процедурами (ковтання, розмова, гоління, чищення зубів, прийом їжі).

Психогенний механізм спостерігається при депресії та істерії. Цей механізм можна запідозрити у разі, якщо не співпадає об'єктивна (за даними додаткових методів дослідження) та суб'єктивна картина головного болю (оцінка за ВАШ 8-10 балів). Локалізація головного болю не співпадає із зонами неавральної або корінцевої іннервації.

3. Клінічні випадки

Наведені нижче клінічні випадки більш наглядно демонструють клініко-діагностичні аспекти головного болю в офісних працівників і комбінацію механізмів виникнення головного болю.

Клінічний випадок № 1

Хворий К., 42 роки, працівник ІТ-сфери, звернувся до лікаря-невролога амбулаторно зі скаргами на стискаючий біль у потилиці, шум і відчуття закладеності у вухах, відчуття тиску на очі, загальну слабкість.

Оцінка головного болю за ВАШ – 5-6 балів.

Із анамнезу захворювання відомо, що він захворів поступово 7 років тому, коли з'явився помірний стискаючий біль у потилиці, до якого через 6 місяців приєдналися періодичний шум у вухах, загальна слабкість. Пацієнт не лікувався. Для покращення самопочуття він підвищив дозу вживаної кави із 1 чашки до 3-4 чашок більш міцної кави на день. Два роки тому на фоні психо-емоційного стресу (зміна керівництва на роботі; збільшення тривалості робочого дня із 8 годин до 12-14 годин щоденно, крім неділі; переїзд у більш віддалений від місяця проживання офіс із концепцією open space) у хворого посилювався стискаючий біль у потилиці, став постійним шум у вухах, до якого приєдналося відчуття закладеності у вухах, відчуття тиску на очі. Самостійно він пройшов курс масажу та займався самолікуванням – приймав біфрен по 1 таблетці двічі на добу, імет по 1 таблетці двічі на добу, після чого відчував незначне покращення. У зв'язку зі збереженням зазначених вище скарг звернувся на амбулаторний прийом до лікаря-невролога.

Із анамнезу життя відомо, що пацієнта періодично непокоїть м'язово-скелетний біль у попереку, раз на 1-2 роки він проходить курс масажу. Періодично тренується у спортзалі, останні 2 роки не займався спортом. Сімейний анамнез не обтяжений. Туберкульоз, хворобу Боткіна, цукровий діабет заперечує. Не курить, не вживає алкоголь. Кофеман.

Status presents objectives communes. Стан задовільний. Температура тіла 36,6 °С. Шкіра чиста, бліда, вільна від висипань. Над легеньми везикулярне дихання, хрипів немає. Тони серця звучні, ритмічні. АТ 140/90 мм рт.ст., ЧСС 79 ударів на хвилину. Живіт м'який, безболісний. Печінка у краю реберної дуги. Стілець зі схильністю до запорів. Сечовипускання вільне, безболісне. Периферичних набряків немає.

Status neurologicus. Свідомість ясна. Менінгеальні знаки негативні. Очні щілини D = S. Зіниці D = S. Фотореакції середньої жвавості D = S. Корнеальні рефлекси D = S. Ністагму, диплопії немає. Позитивний симптом Мана. Обличчя симетричне. Язик по середній лінії, без девіації. Глоткові рефлекси збережені. М'язовий тонус і сила збережені. Лівобічна гемігіпестезія. Сухожильні рефлекси із рук, ніг жваві справа. Черевні рефлекси D = S, середньої жвавості. Патологічні рефлекси із рук і ніг негативні. Координаторні проби з інтенцією та дисметрією справа. Напряга паравертебральних м'язів шийного відділу хребта, S>D. Шийний кіфоз, сколіоз у грудному відділі хребта.

Додаткові методи дослідження: клінічні аналізи крові, сечі, біохімії крові, коагулограми – без особливостей. У ліпідограмі: загальний холестерин – 5,2 ммоль/л; тригліцериди – 1,2 ммоль/л; ЛНЩ – 3,54 ммоль/л; ЛВЩ – 1,23 ммоль/л; ЛДНЩ – 0,87; коефіцієнт атерогенності – 2,6.

На МРТ головного мозку – розширення субарахноїдальних просторів у конвексітальних відділах лобних часток головного мозку. Офтальмоскопія дозволила ідентифікувати набряк диску зорового нерва.

Доплерографічне дослідження судин головного мозку і ший: ознаки стенозуючого (25-30%) ураження артерій каротидного басейну (здебільшого атеросклеротичного генезу). Ознаки гіпертонічної атеросклеротичної ангіопатії із формуванням структурної перебудови комплексу інтима-медіа сонних артерій, дилатацією просвіту внутрішньої яремної вени. Помірне порушення ходу хребетних артерій між поперечними відростками шийних хребців з ознаками екстравазального впливу.

Рентгенографічне дослідження шийного відділу хребта – ознаки остеохондрозу шийного відділу хребта, нестабільність у C5-C6.

Таким чином, на першій ланці діагностики у хворого був запідозрений головний біль м'язової напруги. У зв'язку з артеріальною гіпертензією та підозрою на судинний і лікворо-динамічний механізм розвитку болю пацієнту виконані зазначені вище додаткові методи дослідження. Було з'ясовано, що у цього офісного працівника має місце стеноз брахіоцефальних артерій необструктивного характеру із лікворно-гіпертензійним синдромом і правобічною сенсо-пірамідною недостатністю. Цервікокраніалгія, м'язово-тонічний варіант на фоні нестабільної форми остеохондрозу шийного відділу хребта. Гіпертонічна хвороба II ст. Синдром головного болю є поєднанням судинного, лікворо-динамічного, м'язово-тонічного механізмів виникнення головного болю. Це розуміння дуже важливе для призначення комплексної терапії та реабілітації із включенням гіпотензивної, гіполіпідемічної терапії, протинабрякової терапії та препаратів, які покращують мікроциркуляцію, кінезіотерапії.

Клінічний випадок № 2

Хвора Д., 38 років, спеціаліст Call-центру, звернулася на прийом до лікаря-невролога зі скаргами на виражений пульсуючий біль у тім'яно-скроневій області правої половини голови, нудоту, спалахи світу у лівих полях зору, болючий дискомфорт у шиї, загальну слабкість. Оцінка головного болю за ВАШ – 9 балів.

Із анамнезу захворювання відомо, що хворіє протягом 11 років, коли вперше з'явився помірний стискаючий біль у потилиці та шиї (оцінка по ВАШ – 3-4 бали), який найбільш часто виникав після роботи; у вихідні дні – без скарг. Пацієнтка раз на 2-3 роки зверталася до невролога, проходила курс медикаментозного лікування та ЛФК. Два роки тому на фоні психоемоційного стресу (розлучення, зміна місця проживання, роботи; збільшення тривалості робочого дня із 8 годин до 10 годин щоденно, крім неділі) у хворі посилювався стискаючий біль у потилиці, шиї, виникли порушення менструального циклу. Консультувана гінекологом, який після дообстеження призначив негормональні засоби лікування порушень менструального циклу на 6 місяців і рекомендував дієту, відмову від куріння. Пацієнтка не змогла відмовитися від куріння та зазначає, що при збільшенні кількості викурених цигарок (при емоційному стресі на роботі, при тривалості робочого дня до 10 годин) збільшилася інтенсивність болю у потилиці та шиї (оцінка по ВАШ – 5-6 балів).

Погіршення стану два тижні тому, коли на фоні психоемоційного стресу на роботі виник виражений пульсуючий біль у тім'яно-скроневій області правої половини голови, нудота, відчуття спалахів світу у лівих полях зору. Викликана бригада ШМД, яка виміряла нормальний АТ, нормальну ЕКГ та запідозрила мігрень

і рекомендувала звернутися до лікаря-невролога у плановому порядку. Увечері напад відновився, самотійно приймала знеболюючі препарати. Протягом цих двох тижнів пацієнтка займалася самолікуванням, приймала препарати магнію із незначним покращенням. У зв'язку зі збереженням зазначених вище скарг звернулася на амбулаторний прийом до лікаря-невролога.

Із анамнезу життя відомо, що пацієнта не має хронічних захворювань. Періодично відвідує тренування з пілатесу, останній рік украй нерегулярно. Сімейний анамнез не обтяжений. Туберкульоз, хворобу Боткіна, цукровий діабет заперечує. Курить 5-7 цигарок на день; не вживає алкоголь.

Status presents objectives communes. Стан задовільний. Температура тіла 36,6 °С. Шкіра чиста, бліда, вільна від висипань. Над легенями жорстке дихання, хрипів немає. Тони серця звучні, ритмічні. АТ 110/70 мм рт.ст., ЧСС 62 удари на хвилину. Живіт м'який, безболісний. Печінка у краю реберної дуги. Стілець, діурез у нормі. Периферичних набряків немає.

Status neurologicus. Свідомість ясна. Менінгеальні знаки негативні. Очні щілини D = S. Зіниці D = S. Фотореакції середньої жвавості D = S. Корнеальні рефлекси D = S. Ністагму, диплопії немає. Гомонімна лівобічна геміанопсія. Обличчя симетричне. Язик по середній лінії, без девіації. Мова збережена. Глоткові рефлекси збережені. М'язовий тонус і м'язова сила збережені. Лівобічна гемігіпестезія. Сухожильні рефлекси із рук, ніг жваві зліва. Черевні рефлекси D = S, середньої жвавості. Патологічні рефлекси із рук і ніг негативні. Координаторні проби з інтенцією та дисметрією зліва. Напруга паравертебральних м'язів шийного відділу хребта з обох боків. Шийний кіфоз, сколіоз у грудному відділі хребта, гіперлордоз у поперековому відділі хребта.

Додаткові методи дослідження: клінічні аналізи крові, сечі, біохімії крові, коагулограма – без особливостей. На МРТ головного мозку – розширення субарахноїдальних просторів у конвексیتالних відділах лобних, скроневих і потиличних часток головного мозку.

Офтальмоскопія дозволила ідентифікувати ангіопатію судин очного дна.

Доплерографічне дослідження судин головного мозку і ший: ознаки вираженого вазоспазму задньої мозкової та середньої мозкової артерій, більше справа. Дилатація просвіту внутрішньої яремної вени. Помірне порушення ходу хребетних артерій між поперечними відростками шийних хребців з ознаками екстравазального впливу.

Рентгенографічне дослідження шийного відділу хребта – ознаки остеохондрозу шийного відділу хребта, нестабільність у С3-С4, С4-С5, С5-С6.

Таким чином, у офісної працівниці із перевищенням тривалості робочого дня 11 років існував головний біль м'язової напруги, до якого під впливом психоемоційного стресу, дисгормональних порушень, шкідливих звичок (куріння) додався вазоспастичний, судинний механізми та розвинулася мігрень із зоровою аурую («класична форма» мігрени). Цей стан при несвоєчасній діагностиці та лікуванні може бути небезпечним у плані розвитку мігренозного інсульту, тому що мігренозні напади мають складний генез і зумовлюються порушенням регіонального церебрального кровотоку із переважним залученням до патологічного процесу певної зони того чи іншого судинного басейну. Це розуміння дуже важливе для призначення комплексної терапії з обов'язковим позначенням протинабрякової терапії, триптанів і препаратів, які покращують мікроциркуляцію, кінезіотерапії.

Людям, які страждають на мігрень і працюють у сучасному офісі, необхідно особливо ретельно контролювати тригери або провокатори мігрени. Стресові ситуації, порушення режиму сну, пропуск прийому їжі, штучне освітлення відносяться до провокаторів мігренозних нападів, а контроль цих факторів – до одного зі шляхів профілактичної терапії¹².

ВИСНОВКИ

Сучасний погляд на сутність клініко-неврологічних виявів офісного синдрому дозволяє виділити найбільш поширену патологію – головний біль. Серед працівників офісів у 44% випадків превалює хронічний головний біль м'язової напруги у поєднанні із м'язово-скелетним болем.

Особливістю головного болю в офісних робітників є поєднання із коморбідною патологією, особливо при ненормованому графіку роботи, коли може виникнути ще й атеросклероз, ожиріння, гіпертонічна хвороба. Аналіз цих коморбідних станів є украй важливим для офісних працівників з точки зору своєчасної діагностики та вибору адекватного комплексного лікування.

При офісному синдромі нерідко спостерігається перехід головного болю м'язової напруги у мігрень, зустрічається лікарсько-індукований головний біль. Для адекватної діагностики головного болю важливо дотримуватися запропонованого алгоритму опитування та обстеження офісного працівника. При діагностиці головного болю варто пам'ятати про «червоні прапорці» або насторожуючі симптоми. Людям, які

¹² Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Фармакотерапия головной боли напряжения. Фарматека. 2011. № 19. С. 50–54.

страждають на мігрень і працюють у сучасному офісі, необхідно особливо ретельно контролювати тригери або провокатори мігрені.

Успішне ведення офісного пацієнта із головним болем залежить і від рішення організаційних питань, а саме оптимізації офісного середовища, виконання гімнастики у перервах між роботою, адекватного питного режиму, регулярного харчування.

АНОТАЦІЯ

Серед працівників офісу 44% страждають від головного болю напруги. Автор знайшов відповідь на питання щодо особливостей головного болю при офісному синдромі.

У роботі детально описана диференціальна діагностика первинного і вторинного головного болю в офісного працівника. Автор обґрунтовує необхідність використання у роботі практичного алгоритму опитування та обстеження. Усе це дозволить своєчасно діагностувати підтип головного болю та призначати адекватну своєчасну терапію.

На прикладі хворих продемонстровані основні механізми виникнення головного болю (судинний, м'язово-тонічний, ліквородинамічний, невралгічний, психогенний), що важливо для лікування офісних працівників, призначення їм адекватної своєчасної терапії.

У роботі наочно продемонстровано практичне застосування алгоритму діагностики головного болю у офісних працівників на прикладі розбору двох клінічних випадків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Данилов А.Б., Курганова Ю.М. Офисный синдром. Медицина неотложных состояний. 2012. № 7-8 (46-47). С. 167–173.
2. Осипова В.В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия. Вестник семейной медицины. № 2. 2010. С. 26–30.
3. Савицкая И.Б. Неврологические аспекты «офисного синдрома»: обзор литературы и собственные наблюдения. Conceptual options for development of medical science and education : collective monograph. Riga. 2020. С. 491–513. DOI: 10.30525/978-9934-588-44-0/24.
4. Linde M., Gustavsson A., Stovner L.J. [et al.] The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. European Journal of Neurology. 2012. № 19. P. 703–711. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x.
5. 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. № 21. P. 758–765. DOI: 10.1111/ene.12380.

6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (HIS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalgia. 2018., Vol. 38. P. 1–211. DOI: 10.1177/0333102417738202.

7. Prodanovska-Stojchevska V., Jovanovic J., Jovanovska T. Body posture in relation with musculoskeletal symptoms amongst computer operators. British Journal of Medicine and Medical Research. 2015. Vol. 7(3). P. 2013–210. ISSN: 2231-0614.

8. Savytska I. Headache in office workers after coronavirus infection. Eur. J. Techn. and Nat. Scien. 2020. № 5-6. P. 10–13. DOI: 10.29013/EJTNS-20-5.6-10-13.

9. Aicher B., Peil H., Peil B., Diener H.C. Pain measurement: Visual Analogue Scale (VAS) and Verbal Rating Scale (VRS) in clinical trials with OTC analgesics in headache. Cephalgia. 2012 Feb. Vol. 32(3). P. 185–197.

10. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Т.Дж. Стайнер и соавт. Практическое руководство для врачей; перевод с английского Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; научная редакция В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табеевой. Москва : ООО «ОГГИ.ПП», 2010. 56 с. ISBN: 978-5-9901141-5-9.

11. Ravishankar K. WHICH Headache to Investigate, WHEN and HOW? Headache : The Journal of Head and Face Pain, 2016. Vol. 56. P. 1685–1697. DOI: 10.1111/head.12998.

12. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Фармакотерапия головной боли напряжения. Фарматека. 2011. № 19. С. 50–54.

Information about the author:

Savytska I. B.,

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Neurology,
Psychiatry, Narcology and Medical Psychology
V. N. Karazin Kharkiv National University
4, Svobody sq., Kharkiv, 61022, Ukraine