

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский
государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Реферат

на тему «Другие первичные головные
боли»

Автор реферата:

Ординатор 1 года обучения

113 группы

кафедры нервных болезней с курсом ПО

Пидюков П.С.

Красноярск 2021

Оглавление

Введение.....	3
Первичная колющая головная боль.....	3
Первичная кашлевая головная боль.....	4
Первичная головная боль при физическом напряжении.....	4
Первичная ГБ, связанная с сексуальной активностью.....	5
Гипническая ГБ.....	5
Первичная громоподобная головная боль.....	6
Гемикрания континуа (hemicrania continua).....	7
Новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль.....	7
Список литературы.....	9

Введение

В этом реферате кратко описаны клинически гетерогенные типы цефалгий, которые могут возникать у здоровых людей при воздействии различных внешних факторов, в ответ на раздражение периферических нервов или расширение сосудов при приеме вазодилататоров, быть проявлением некоторых органических заболеваний головного мозга или возникать без видимых причин. Патогенез их остается до конца не изученным, а лечебные подходы пока не обоснованы контролируруемыми клиническими исследованиями. В большинстве случаев перечисленные формы являются первичными (доброкачественными); в то же время симптомы некоторых из них могут напоминать клинические проявления вторичных цефалгий, поэтому при первом обращении пациенты с этими формами головной боли должны быть тщательно обследованы. Приоритетная роль принадлежит методам нейровизуализации.

Первичная колющая головная боль

Синонимы: боль по типу «укола льдинкой» («ice-pick headache»), синдром «колющих ударов» («jabs and jolts syndrome»), периодическая офтальмодиния.

Описание: Преходящие четко локализованные болезненные проколы в области головы, возникающие внезапно при отсутствии органической патологии экстра- и интракраниальных структур или черепных нервов.

Диагностические критерии:

А. Боль, возникающая как ощущение одного укола (прокола) или серии уколов в области головы и отвечающая критериям В-Д

В. Боль локализуется исключительно или преимущественно в зоне иннервации первой ветви тройничного нерва (в области глаза, виска или темни)

С. Колющая боль длится в течение нескольких секунд и повторяется в течение дня с нерегулярной частотой от одного укола до нескольких серий уколов

Д. Боль не сопровождается сопутствующими симптомами

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями)

В единственном опубликованном описательном исследовании пациентов с первичной колющей ГБ 80% «уколов» имели продолжительность 3 секунды или менее. В редких случаях у пациентов на протяжении нескольких дней отмечались множественные повторные колющие боли; описан единственный эпизод статуса первичной колющей ГБ, который продолжался в течение 1 недели. Уколы могут перемещаться из одной области головы в другую в пределах одной половины головы или переходить на другую сторону. Если колющие боли возникают строго в одной области головы, необходимо исключить структурные повреждения этой области и в зоне иннервации соответствующего нерва. Колющие боли наиболее часто возникают у пациентов с мигренью (около 40%) или ПГБ

(около 30%), причём, как правило, в областях головы, где обычно локализуется мигренозная или кластерная ГБ. Лечение. В нескольких неконтролируемых исследованиях отмечен положительный эффект индометацина; другие исследования не подтвердили его эффективность при этой форме ГБ.

Первичная кашлевая головная боль

Синонимы: доброкачественная кашлевая ГБ, ГБ феномена Вальсальвы. Описание: ГБ, провоцирующаяся кашлем или напряжением (натуживанием) при отсутствии внутричерепной патологии.

Диагностические критерии:

A. Головная боль, отвечающая критериям B и C

B. Внезапное начало, продолжительность боли от 1 секунды до 30 минут

C. Боль возникает только в связи с кашлем, напряжением (натуживанием) или при пробе Вальсальвы

D. Не связана с другими причинами (нарушениями)

Первичная кашлевая ГБ обычно бывает двусторонней и чаще возникает у лиц старше 40 лет. Индометацин, как правило, оказывает положительный эффект, однако отмечено несколько случаев ответа на индометацин и при симптоматических кашлевых ГБ.

В 40% случаев кашлевая ГБ является симптоматической (вторичной), причём у большинства пациентов отмечается мальформация Арнольда-Киари I типа. Другие случаи симптоматической кашлевой боли могут быть обусловлены вертебробазилярными нарушениями или внутричерепной аневризмой. Большое значение для дифференциальной диагностики симптоматических кашлевых ГБ от первичной кашлевой ГБ имеют нейровизуализационные методы исследования.

Первичная головная боль при физическом напряжении

Описание: головная боль, провоцирующаяся любым физическим напряжением. Отмечены такие подтипы как, например, головная боль грузчиков.

Диагностические критерии:

A. Пульсирующая головная боль, отвечающая критериям B и C

B. Продолжительность боли от 5 минут до 48 часов

C. Боль возникает только во время или после физического напряжения

D. Не связана с другими причинами (нарушениями)

Первичная ГБ при физическом напряжении нередко возникает в жаркую погоду или на высоте. Описаны случаи купирования этой боли после приёма внутрь эрготамина тартрата. В большинстве случаев также эффективен индометацин. При первом появлении ГБ, связанной с

физическим напряжением, необходимо исключить субарахноидальное кровоизлияние или расслоение артерий.

Первичная ГБ, связанная с сексуальной активностью

Синонимы: коитальная головная боль.

Описание: ГБ, провоцирующаяся сексуальной активностью, при отсутствии внутричерепного нарушения; обычно начинается как тупая двусторонняя боль, которая нарастает вместе с сексуальным возбуждением и достигает максимума во время оргазма.

Различают 2 формы коитальной ГБ: преоргазмическую – тупая боль в голове или шее, сочетающаяся с чувством напряжения шейных и/или жевательных мышц; возникает во время сексуальной активности и нарастает вместе с сексуальным возбуждением и оргазмическую – внезапная интенсивная («взрывоподобная») ГБ, возникающая во время оргазма.

Данные о продолжительности ГБ, связанной с сексуальной активностью, неоднородны; считается, что её продолжительность может варьировать от 1 минуты до 3 часов. Описано возникновение постуральной ГБ после полового акта. В этом случае ГБ напоминает боль при низком давлении ликвора и должна расцениваться как ГБ, связанная со спонтанным (идопатическим) понижением ликворного давления. Примерно в 50% случаев описано сочетание первичной ГБ, связанной с сексуальной активностью, первичной ГБ при физическом напряжении и мигрени. При первом появлении оргазмической боли необходимо исключить субарахноидальное кровоизлияние или расслоение артерий.

Лечение. В большинстве случаев из-за кратковременного характера лечение не проводится. Если ГБ, связанная с сексуальной активностью, продолжается более 3 часов, необходимо обследовать пациента для уточнения характера боли.

Гипническая ГБ

Синонимы: «будильниковая» ГБ.

Описание: приступы тупой ГБ, которая всегда пробуждает пациента от сна.

Диагностические критерии:

- А. Тупая головная боль, отвечающая критериям В-D
- В. Боль развивается только во время сна и пробуждает пациента
- С. Как минимум две из следующих характеристик:
 1. возникает >15 раз в месяц
 2. продолжается в течение ≥ 15 минут после пробуждения
 3. впервые возникает после 50 лет
- Д. Не сопровождается вегетативными симптомами; может отмечаться один из следующих симптомов: тошнота, фото- или фонофобия
- Е. Не связана с другими причинами (нарушениями)

Боль при гипнической цефалгии чаще двусторонняя, обычно легкой или умеренной интенсивности; сильная боль отмечается у 20% пациентов. Приступы продолжаются в течение 15-180 минут, иногда несколько дольше. При первом появлении гипнической ГБ необходимо исключить внутричерепную патологию, а также проводить дифференциальную диагностику с тригеминальными вегетативными цефалгиями. Лечение: У нескольких пациентов эффективным было применение кофеина и лития.

Первичная громоподобная головная боль

Описание: интенсивная остро возникшая ГБ, напоминающая боль при разрыве аневризмы.

Диагностические критерии:

А. Интенсивная ГБ, отвечающая критериям В и С

В. Обе из следующих характеристик

1. внезапное начало с достижением максимальной интенсивности меньше чем через 1 минуту

2. продолжительность боли от 1 часа до 10 дней

С. Не повторяется регулярно в течение последующих недель или месяцев

Д. Не связана с другими причинами (нарушениями)

До сих пор недостаточно доказательств того, что громоподобная ГБ представляет собой первичное нарушение. Диагноз первичной громоподобной ГБ может быть установлен при соблюдении всех диагностических критериев и при нормальных результатах нейровизуализационных исследований и люмбальной пункции. Поэтому тщательное обследование, направленное на исключение других причин боли, является абсолютно обязательным. Громоподобная ГБ часто сочетается с внутричерепными сосудистыми нарушениями, в частности, с субарахноидальным кровоизлиянием. В связи с этим дополнительное обследование должно быть направлено, прежде всего, на исключение субарахноидального кровоизлияния, а также таких нарушений, как церебральный венозный тромбоз, неразорвавшаяся сосудистая мальформация (чаще аневризма), расслоение артерий (интра- и экстракраниальных), ангиит ЦНС, обратимая доброкачественная ангиопатия ЦНС и апоплексия гипофиза. Среди других органических причин громоподобной ГБ – коллоидная киста третьего желудочка, понижение ликворного давления и острые синуситы (в частности при баротравматических повреждениях). Симптомами громоподобной ГБ могут также проявляться и другие первичные формы: первичная кашлевая ГБ, первичная ГБ при физическом напряжении и первичная ГБ, связанная с сексуальной активностью. Кодировка 4.6. Первичная громоподобная ГБ может быть использована только после того, как будут исключены все органические причины боли. Лечение: есть свидетельства эффективности габапентина при первичной форме громоподобной ГБ.

Гемикрания континуа (hemicrania continua)

Описание: персистирующая строго односторонняя ГБ, облегчающаяся при приёме индометацина

Диагностические критерии:

A. ГБ продолжительностью >3 месяцев, отвечающая критериям B-D

B. Все из перечисленных характеристик:

1. односторонняя боль без смены стороны
2. ежедневная продолжительная боль без светлых промежутков
3. умеренная интенсивность с эпизодами усиления боли

C. Во время обострения (усиления) боли на стороне её возникает как минимум один из следующих вегетативных симптомов:

1. инъекирование конъюнктивы и/или слезотечение
2. заложенность носа и/или ринорея
3. птоз и/или миоз

D. Эффективность терапевтических доз индометацина

E. Не связана с другими причинами (нарушениями)

Гемикрания континуа как правило протекает без ремиссий, однако описаны редкие случаи с ремитирующим течением. Дифференциальный диагноз приходится проводить с ХГБН, ХМ и хронической формой ПГБ. Отличительным признаком является эффективность индометацина. Лечение. Назначение индометацина в большинстве случаев оказывает благоприятный эффект.

Новая ежедневная (изначально) персистирующая головная боль

Описание: ежедневная ГБ, с самого начала протекающая без ремиссий (хронизация происходит не позднее 3-х дней от начала боли). Боль, как правило, двусторонняя, давящего или сжимающего характера, легкой или умеренной интенсивности; может отмечаться фотофобия, фонофобия или легкая тошнота.

Диагностические критерии:

A. ГБ продолжительностью >3 месяцев, отвечающая критериям B и D

B. ГБ возникает ежедневно, с самого начала протекает без ремиссий или хронизация происходит не позднее 3-х дней от начала боли

C. По меньшей мере две из следующих характеристик боли:

1. двусторонняя локализация
2. давящий/сжимающий (непульсирующий) характер
3. легкая или умеренная интенсивность
4. не усиливается от обычной физической нагрузки (например, ходьба, подъём по лестнице)

D. Оба симптома из нижеперечисленных:

1. не более чем один из следующих симптомов: фотофобия, фонофобия или легкая тошнота

2. отсутствие умеренной или сильной тошноты и рвоты

Е. Не связана с другими причинами (нарушениями) НЕПГБ может с самого начала протекать без ремиссий, или очень быстро (в течение < 3 дней) приобрести непрерывный характер. Такое начало боли хорошо запоминается и обычно чётко описывается пациентами. Способность пациента точно вспомнить начало своей боли, её изначально хронический характер – важнейший фактор диагностики НЕПГБ. Если пациент затрудняется в характеристике начального периода боли, следует установить диагноз хроническая ГБН. В отличие от НЕПГБ, которая возникает у лиц, не имевших до этого жалоб на ГБ, при ХГБН имеется указание в анамнезе на типичные приступы эпизодической ГБН.

Симптомы НЕПГБ могут напоминать и некоторые вторичные формы ГБ, такие как ГБ при понижении ликворного давления, посттравматическая ГБ и ГБ, вызванная инфекционными поражениями (в частности, вирусными инфекциями). Для исключения таких вторичных форм необходимы дополнительные исследования.

Лечение. НЕПГБ может иметь два исхода. В первом случае ГБ может после нескольких недель самопроизвольно завершиться без лечения, во втором случае (рефрактерный тип течения) даже интенсивное лечение (традиционное для ХГБН и ХМ) может оказаться бесполезным и боль надолго сохраняет хронический характер.

Список литературы

1. Алексеев В.В. Хронические головные боли. Клиника, диагностика, патогенез.// Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М.-2006.- 41с.
2. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, А.Б.Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 368с.
3. Тарасова С.В., Амелин А.В., Скоромец А.А. Распространенность и выявляемость первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. Казанский мед. Журнал, 2008, №4, т.89, стр. 427-431
4. Осипова, В. В.Первичные головные боли : практическое руководство / В. В. Осипова, Г. Р. Табеева. М. : ПАГРИ-Принт, 2007. 60 с.