

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 медицинской реабилитации ПО

Реферат.

Головная боль.

Выполнила:

Ординатор кафедры Нервных болезней  
с курсом медицинской реабилитации ПО

Ставер В.К.

Красноярск

## **Содержание:**

1. Введение
2. Механизмы возникновения
3. Классификация
4. Мигрень
5. Сосудистые, или нейроциркуляторные, дистонии.
6. Острая гипертоническая энцефалопатия.
7. Острые нарушения мозгового кровообращения.
8. Артериальная гипертензия.
9. ГБ мышечного напряжения
10. ГБ при неврозах
11. Вертеброгенная ГБ
12. ГБ при изменениях внутричерепного давления
13. ГБ обусловленные травмой
14. Дифференциация локальных головных болей.

## ***Введение.***

Головная боль (ГБ) - одно из наиболее частых болезненных состояний человека, встречающиеся у 25-40% населения. В структуре болевых синдромов ее распространенность занимает третье место после болей в спине и суставных болей.

Итогом многолетних научных и клинических изысканий на пути систематизации ГБ явилось создание Международной классификации, которая состоит из 13 разделов и включает: мигрень; головную боль напряжения; кластерную (или пучковую) ГБ; разнообразные ГБ, не связанные со структурными повреждениями; ГБ, связанные с травмой головы; ГБ, обусловленные сосудистыми расстройствами; ГБ, обусловленные внутричерепными процессами несосудистой природы; ГБ, связанные с употреблением химических веществ или их отменой; ГБ, связанные с внеочередной инфекцией; ГБ, обусловленные метаболическими нарушениями; ГБ или лицевые боли, вызванные патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носа, придаточных пазух, зубов, рта или других структур черепа и лица; краниальные невралгии, болезненность нервных стволов и деафферентационные боли; неклассифицируемые ГБ.

Диагностика ГБ подразделяют :

- на первичную, когда ГБ и связанные с ней симптомы составляют ядро клинической картины и объединяются в самостоятельную нозологическую форму (мигрень, головная боль напряжения, кластерная ГБ),
- и вторичную, когда она становится следствием очевидных или маскированных патологических процессов.

**Механизмы возникновения.** Многие внутричерепные образования головного мозга и его оболочек лишены чувствительной иннервации, поэтому механическое воздействие на них (давление, растяжение, рассечение и др.) не сопровождается ощущением боли. Например, оперативное вмешательство на мозговой ткани, а также на большей части твердой и мягкой мозговых оболочках, костях черепа совершенно безболезненно.

Высокая болевая чувствительность присуща большим венам и венозным синусам, артериям твердой мозговой оболочки, крупным артериям основания мозга, твердой мозговой оболочке в области передней, задней и частично средней черепной ямок, а также мягкой мозговой оболочке вблизи крупных артерий основания мозга, V, IX и X парам черепных нервов и верхним шейным нервам. Чувствительны к боли кожа, фасции, мышцы, надкостница и сосуды головы.

Головная боль возникает при растяжении и смещении венозных синусов, растяжении или сдавлении средней оболочечной артерии и крупных артерий основания мозга, вследствие воспаления структур, обладающих болевой чувствительностью, раздражения черепных нервов, богатых чувствительными волокнами. Продолжительное сокращение затылочных и височных мышц, спастические или паралитические реакции, приводящие к ишемии сосудистой стенки или к переполнению сосудов кровью, высокое или низкое внутричерепное давление способствуют возникновению головной боли. Несмотря на то что перечень причин головной боли весьма разнообразен, основные механизмы ее

возникновения можно свести к воздействию физических, гуморальных и нервно-психических факторов либо к комплексному воздействию этих факторов на человека.

Головная боль возникает, когда под влиянием физических факторов сдавливаются, растягиваются, раздражаются или смещаются структуры головы, обладающие болевой чувствительностью.

Действие гуморальных факторов заключается в нарушениях обмена веществ, поступлении в кровь токсических веществ и лекарственных препаратов, влияющих на чувствительные образования интра- или экстракраниальных структур.

В основе нервно-психических механизмов возникновения головных болей лежат патологические нервные или психические реакции, в большинстве случаев связанные с неадекватной реакцией сосудов, изменениями метаболизма, а нередко и нарушением функций органов и тканей за пределами головы.

**Классификация.** Существуют различные классификации головных болей. Наиболее простой является классификация Даймонда и Медины. Все головные боли они делят на четыре группы: 1) сосудистые; 2) обусловленные напряжением мышц головы и шеи; 3) при органических заболеваниях головного мозга, его оболочек, черепа, кожи, глаз, органов слуха и околоносовых пазух; 4) идиопатические невралгии головы.

### **Головные боли, обусловленные сосудистыми механизмами**

**Мигрень.** — одно из самых распространенных заболеваний, причиняющих мучительные страдания и ограничивающих работоспособность. Она служит одной из наиболее частых причин головной боли.

Клиническая картина мигрени разнообразна. Это хроническая, длящаяся многие годы болезнь, протекающая с периодами предвестников, пароксизмами головных болей и межприступным периодом. Типично развитие с начальной, кульминационной и конечной стадиями.

Наиболее характерен для мигрени приступ локальной боли преимущественно в одной половине головы (гемикрания). Наряду с этим нередко астено-невротические, вегетативно-вазомоторные, гуморально-гормональные и другие расстройства.

*Мигренозный статус* — серия тяжелых следующих друг за другом приступов мигрени. Приступы начинаются медленно или пароксизмально, неуклонно нарастая. Начинаясь локально, головная боль становится диффузной, распирающей. В течение нескольких суток повторяется рвота, состояние тяжелое, иногда наблюдается расстройство сознания, выражены резкая общая слабость и адинамия, бывают очаговые неврологические симптомы.

Нередко у больного мигренью за несколько часов и даже дней до мигренозного пароксизма выявляются предвестники:

зрительные расстройства — затуманивание, нечеткость зрения, появление светящихся и темных точек или пятен, реже видение каких-либо образов или мозаичных картин;

изменения нервно-психического состояния (раздражительность, вспыльчивость, пониженное настроение или эйфория, бессонница, снижение работоспособности и др.);

желудочно-кишечные расстройства (снижение аппетита или его утрата, неприятные ощущения в животе (боли, урчание), жажда и др.).

Основные клинические формы мигрени: простая, офтальмическая, офтальмоплегическая, вестибулярная и ассоциированная

*Простая мигрень* характеризуется приступообразной болью в каком-либо участке головы, чаще в области виска, глазного яблока. Отсюда боль распространяется на одноименную половину головы или на всю голову. Сила боли постепенно нарастает, кожа лица краснеет или бледнеет. Височная артерия на стороне локализации боли напрягается, становится извитой и болезненной на ощупь. Иногда возникают неприятные ощущения в области сердца, зевота, учащенное мочеиспускание. Перед окончанием мигренозного приступа возможны тошнота и рвота, после которой интенсивность головных болей уменьшается. У больного появляется желание уснуть. После сна головная боль уменьшается или прекращается. Однако еще некоторое время остается чувство тяжести в голове, а при резких движениях, кашле и чихании может ощущаться головная боль.

При *офтальмической форме* расстройства зрения являются первыми признаками мигренозного пароксизма. Они бывают разнообразными. Одни больные отмечают «затуманивание зрения», другие — точечные скотомы, третьи — выпадение половины поля зрения типа гемианопсии. Особенно характерна мерцательная скотома — ощущение мерцающей ломанной линии. Крайне редко наступает преходящая слепота. Спустя несколько минут, реже — несколько часов расстройства зрения проходят бесследно.

Обычно на фоне расстройств зрения возникает локальная головная боль в области виска или глазного яблока, которая постепенно распространяется чаще всего на одну половину головы. По мере развития головной боли расстройства зрения исчезают.

*Офтальмоплегическая форма* характеризуется преходящими парезами или параличами глазодвигательных мышц (диплопия, сходящееся или расходящееся косоглазие, ограничение подвижности глазных яблок, птоз и др.).

*Вестибулярной форме* мигрени присущи приступы болей, сочетающиеся с системным головокружением, нистагмом, шаткостью походки. Приступы протекают по типу синдрома Меньера.

*Ассоциированная форма* проявляется преходящими симптомами очагового поражения головного мозга: расстройствами речи (моторной, сенсорной или амнестической афазией), парезами конечностей, расстройствами чувствительности, гемианопсией и другими нарушениями. Обычно приступ начинается с развития этих расстройств, которые длятся несколько минут, реже часов, и лишь затем возникает головная боль. Нередко отмечается рвота. По мере усиления головной боли симптомы очагового поражения головного мозга регрессируют. В межприступном периоде их нет.

*Мигрень с групповыми атаками* наблюдается чаще у мужчин в возрасте 20—30 лет. Характеризуется пароксизмами боли, обычно возникающими по ночам и продолжающимися от нескольких минут до часа, реже — несколько часов. Иногда больные ощущают приступы боли каждые 24 часа в течение нескольких недель и даже месяцев. Затем приступы головной боли прекращаются на полгода или год. Однако приступы пучковой боли могут появляться на протяжении нескольких лет. Характерны внезапные односторонние мучительные, сверлящие, стреляющие, режущие, иногда пульсирующие боли в глазном яблоке, глазнице, щеке, виске, в челюстях, изредка иррадиирующие в ухо, затылок, плечо. При этом отмечают гиперемия глаза или всей половины лица, слезотечение, -повышенное потоотделение, ринорея, реже — слюноотделение. Часто

выявляется синдром Горнера. Точки выхода ветвей тройничного нерва из черепа болезненны при пальпации. Височная артерия расширена, напряжена и усиленно пульсирует.

Нередко боли провоцируются алкогольными напитками, нитроглицерином и гистамином.

*Лечение:* два основных подхода к лечению мигрени: 1) профилактика мигренозного приступа; 2) устранение его симптомов, в первую очередь головной боли.

Чтобы предупредить приступ мигрени, следует выявить провоцирующие его факторы. Это если и не избавит от пароксизмов мигрени, то будет способствовать уменьшению их числа или ослаблению интенсивности головной боли.

Чем раньше оказана неотложная помощь, тем больше шансов на успех. В связи с этим весьма важно знать предвестники мигрени.

Так, если больной становится чрезмерно раздражительным, ему необходимо немедленно дать седативные препараты (таблетки или настойку валерианы, седуксен, элениум, тазепам, беллатаминал), а на ночь — снотворное (фенобарбитал, мединал, эуноктин или др.). Полезен также прием цитрамона, пирафена или аскофена, причем обязательно до появления головной боли. Некоторым больным лучше выпить стакан горячего кофе или крепко заваренного чая и одновременно принять таблетку цитрамона или седальгина, предварительно разжевав ее. Больному следует создать условия покоя и тишины, хорошо проветрить помещение, устранить неприятные запахи. На голову положить грелку или пузырь со льдом, в зависимости от того, что помогает.

При ангиоспастической форме мигрени, признаком которой является бледность кожных покровов лица, надо немедленно дать какой-либо из сосудорасширяющих препаратов (нитроглицерин, валидол, никотиновую кислоту и др.). Одновременно больной должен принять 1—2 таблетки цитрамона или пирафена. Они сокращают продолжительность Мигренозного приступа и делают головную боль менее интенсивной.

Эффективными могут оказаться точечный массаж головы, горчичники на межлопаточную область, согревание головы, горячие ножные ванны.

Когда приступ мигрени уже начался, назначают эрготамин, кофетамин.

Эрготамин противопоказан при беременности, больным артериальной гипертензией, облитерирующим эндартериитом, стенокардией, заболеваниями печени и почек.

Меньшим терапевтическим действием обладает дигидроэрготамин, который назначают при приступе внутрь по 5—20 капель 0,2 % раствора.

При ангиопаралитической форме мигрени, признаком которой является гиперемия кожи лица, назначают внутрь или сублингвально 2—4 мг эрготамина, на голову накладывают пузырь со льдом. Если у больного артериальная гипотония, то положительный результат можно получить после приема эфедрина по 0,025 г, кофеина по 0,1 г.

Купирование мигренозного статуса проводится в неврологическом стационаре. Внутривенно вводят 50—75 мг преднизолона, капельно эрготамин, дегидратирующие средства (лазикс, маннит, глицерин), нейролептики (аминазин, галоперидол), транквилизаторы, антигистаминные, снотворные и противорвотные средства. Вводят эуфиллин с глюкозой в сочетании с дегидратирующими и антигистаминными препаратами. Показано капельное введение натрия гидрокарбоната при повышении уровня лактата.

Если медикаментозное лечение неэффективно, показана новокаиновая блокада полулунного и крылонебного узлов.

**Сосудистые, или нейроциркуляторные, дистонии** являются одной из частых причин головных болей. Они чаще возникают при регионарных краниocereбральных формах НЦД, когда в процесс вовлекаются как внутри-, так и внечерепные сосуды. Существуют три типа НЦД: гипер-, гипо-, нормотензивная, или венозная, дистонии.

При *гипертоническом типе* НЦД боль чаще наблюдается в височной, лобно-височной или височно-теменной области. Она возникает в различное время дня и бывает тупой, ноющей или ломящей и часто сопровождается бледностью лица, головокружением, ощущением дурноты, общей слабостью и недомоганием. У этих больных в основе головной боли лежит повышение тонуса артерий и артериол с увеличением сопротивления кровотоку. Значительное повышение тонуса артерий (ангиоспазм) может сопровождаться явлениями ишемии, уменьшением микроциркуляции, вторичным снижением тонуса венул и вен. Если сосудистый спазм острый, может возникнуть картина сосудистого криза с сопутствующей ему неврологической симптоматикой.

В случаях *гипотонической ангиодистонии* головная боль обуславливается избыточным пульсовым растяжением артерий и носит пульсирующий характер. Она локализуется в височной, височно-теменной или затылочной области и усиливается при воздействии факторов, повышающих артериальное давление (нервно-психическое, физическое напряжение) и снижающих тонус артерий (гипоксия, гиперкапния). Головная боль возникает в любое время дня и иногда сопровождается появлением на коже лица, шеи и верхней половины груди красных пятен.

*Венозная дистония* обычно связана со снижением тонуса внутричерепных вен и переполнением их кровью. В таких случаях больной ощущает тяжесть в области затылка, возникает распирающая изнутри черепа боль, которая подчас иррадирует в лобно-глазничную область. Усилению боли способствуют факторы, затрудняющие венозный отток из полости черепа: горизонтальное положение тела, сгибание головы, повышение внутригрудного давления (натуживание, физическое напряжение). Такая головная боль усиливается ночью и утром.

Головная боль при НЦД может сочетаться с другими разновидностями головной боли (например, с головной болью напряжения).

*Лечение* НЦД часто возникает на фоне неврозов, поэтому прежде всего следует обратить внимание на рациональную психотерапию.

Из медикаментозных средств необходимы транквилизаторы и антидепрессанты.

Если наблюдаются раздражительность, вспыльчивость, можно ограничиться препаратами брома, валерианы, пустырника, а при общей слабости, быстрой утомляемости назначают пантокрин, женьшень, элеутерококк. В случае бессонницы сон необходимо нормализовать снотворными.

При депрессивных состояниях полезен амитриптилин.

В случае симпатикотонии показаны нейролептики: тиоридазин.

Больным со стойкой артериальной гипертензией необходимо рекомендовать прием клофелина внутрь.

Выраженным спазмолитическим действием обладают пирроксан, грандаксин.

Чтобы улучшить микроциркуляцию, дают эуфиллин, трентал или курантил.

### **Острая гипертоническая энцефалопатия.**

*Клиника.* Острая гипертоническая энцефалопатия развивается вследствие затянувшегося гипертонического криза при повышении систолического артериального давления выше 200 мм рт. ст. и бывает при артериальной гипертензии, ренальной гипертензии, эклампсии. В случае быстрого подъема артериального давления нарушается ауторегуляция мозгового кровотока, расширяются церебральные артерии, в которые поступает избыточное количество крови. Страдает гематоэнцефалический барьер: он становится проницаемым для плазмы крови, в межклеточных пространствах накапливается тканевая жидкость, затрудняется венозный отток, повышается давление ликвора, возникает ишемия и отек-набухание мозга.

Резкая диффузная головная боль, чаще в затылочной области, тошнота, рвота, тахикардия, бледность или гиперемия лица, потливость. В тяжелых случаях могут наблюдаться оглушенность, психомоторное возбуждение, сонливость, эпилептиформные приступы, менингеальные симптомы, застойные диски зрительных нервов. На фоне описанной и преобладающей в клинике общемозговой симптоматики встречаются негрубые очаговые неврологические симптомы (гипестезии в разных отделах тела, легкие парезы конечностей)

### **Острые нарушения мозгового кровообращения.**

*Клиника.* Внезапные резчайшие головные боли, подчас напоминающие сильный удар в голову, характерны для субарахноидального кровоизлияния. Больной кричит от боли, хватается за голову. Нередко возникает психомоторное возбуждение. У него четко выражены оболочечные симптомы. Возможна рвота. Пульс напряжен и учащен. В ликворе обнаруживается кровь.

Сильная головная боль характерна и для тромбоза венозных синусов, который нередко сопровождается менингизмом. Нарастающая головная боль иногда сочетается с отеком подкожной клетчатки лица или волосистой части головы. У больных с тромбозом продольного синуса иногда отмечается отечность в области темени, лба, над бровями. При тромбозе поперечного синуса возникает припухлость в области сосцевидного отростка.

Одной из причин периодических, подчас сопровождающихся рвотой, головных болей, бывает аневризма сосудов головного мозга. При этом больные ощущают пульсирующий шум в голове, в некоторых случаях его удается прослушать на поверхности черепа.

Развитие головной боли возможно в случае parenхиматозного кровоизлияния. Головная боль реже наблюдается при ишемии мозга.

*Лечение:* Если головная боль — следствие субарахноидального кровоизлияния, необходимо немедленно уложить больного и принять меры для строгого соблюдения постельного режима. Затем, чтобы уменьшить головную боль, следует назначить болеутоляющие средства: пенталгин, седальгин, промедол. На голову надо положить пузырь со льдом или обложить ее несколькими пузырями на несколько часов, дать больному снотворное (фенобарбитал, эуноктин или др.). При высоком артериальном давлении ввести гипотензивные средства (гемитон, допегит, дибазол, аминазин и др.), ганглиоблокаторы (пентамин, бензогексоний).

В связи с тем что у больных геморрагическим инсультом относительно быстро развивается отек головного мозга, следует применять дегидратирующие препараты: глицерин, лазикс, маниит и др.

При паренхиматозных и субарахноидальных кровоизлияниях необходимо использовать лекарственные средства, способствующие остановке кровотечения: 5 % раствор аминокапроновой кислоты по 100 мл внутривенно капельно 4—6 раз в сутки, 10 мл 10 % раствора кальция глюконата внутривенно.

Больным с признаками внутричерепной гипертензии в результате нарушения венозного оттока также рекомендуются анальгетики, дегидратационные средства.

**Артериальная гипертензия.** При гипертонической болезни различают три разновидности головных болей: утренние; неврастенического типа; обусловленные гипертонической энцефалопатией.

Утренние головные боли обычно начинаются ранним утром, постепенно усиливаясь. У некоторых больных они возникают ночью. Боли ноющие, как бы исходящие «из глубины черепа», часто пульсирующие, усиливающиеся при кашле, чихании и натуживании. Головные боли усиливаются и во время физической работы. Боли бывают как постоянными, так и интермиттирующими, ощущаются во всей голове или в одной ее половине и чем-то напоминают мигренозные.

Головные боли *неврастенического типа* отмечаются преимущественно в затылочной и височной областях и, как правило, связаны с нервно-психическим напряжением.

Головные боли, обусловленные *гипертонической энцефалопатией*, подчас весьма интенсивные, преимущественно общие. Больные нередко ощущают распирающие головы. Возможны ухудшение остроты зрения, изменение сосудов глазного дна. У этих больных повышение артериального давления сопровождается усилением головных болей.

**Лечение** Чтобы устранить головные боли, многим больным необходимо снижать артериальное давление. Однако следует помнить, что далеко не всегда существует параллелизм между уровнем артериального давления и интенсивностью головных болей. Более того, нередко в результате энергичного снижения артериального давления головные боли усиливаются или возникают и самочувствие больного ухудшается. Известно, что у некоторых больных повышенное артериальное давление — не проявление болезни, а необходимая реакция организма для поддержания оптимального кровообращения в жизненно важных органах и тканях. Поэтому при лечении артериальной гипертензии следует учитывать конкретные механизмы ее развития и стадии, а лекарственные препараты и их дозировки подбирать индивидуально.

На самых ранних стадиях заболевания, обусловленных нервно-психическим напряжением, и прежде всего отрицательными эмоциями, рекомендуются седативные средства: натрия бромид.

Благотворно влияет на таких больных хлордиазеноксид (элениум); мепротан (мепробамат); оксазепам; диазепам.

Используют бета-адреноблокаторы: окспренолол (тразикор); анаприлин (обзидан). Полезен резерпин с добавлением небольших доз салуретиков: гипотиазид, клопамид, циклометазид, фуросемид. В случае длительного применения их необходимо употреблять пищу, богатую калием, и назначать препараты калия.

В среднем и пожилом возрасте предпочитают лечение клофелином (гемитон, катапресаном). При лабильной гипертонической болезни суточная доза составляет 0,075 мг в 2 приема. Наилучший результат может быть в тех случаях, когда бета-адреноблокаторы сочетаются с салуретиками и сосудорасширяющими средствами.

## Головные боли мышечного напряжения

*Клиника.* Характерны почти постоянные ощущения тяжести в области затылка и лба, усиливающиеся и порой переходящие в боли, которые возникают при длительной фиксации головы (например, во время чтения или письма), сосредоточенности, утомлении или волнении. Характерно ощущение шапки, надетой на голову. Нередко больные чувствуют нечто постороннее в области лба, темени или затылка, покалывание, ползание мурашек. Боли обычно умеренной выраженности, не пульсирующие. Определяется болезненность мышц лба, висков, затылка и задней поверхности шеи. Нередко эти мышцы уплотнены, местами болезненны. При давлении на мышцы головная боль усиливается, подчас возникают головокружения и шум в голове. Интенсивность боли в некоторых случаях уменьшается при ограничении подвижности шейного отдела позвоночника.

Боли мышечного напряжения чаще всего бывают двусторонними, а локализация их постоянной. Возникновение их принято объяснять сильными и продолжительными сокращениями мышц в связи с эмоциональным напряжением и необходимостью концентрировать внимание. Помимо напряжения мышц, для возникновения головных болей немаловажное значение имеют ухудшение кровотока в мышцах, воздействие на них холода, травмирующих факторов, инфекции.

Различают три разновидности головной боли мышечного напряжения: локальные, генерализованные и смешанные. К *локальным* относят боли, возникающие в результате сокращения какой-либо одной группы мышц головы или шеи.

При *генерализованных головных болях* выявляется болезненность во время сгибания, разгибания и поворотов головы, зажмуривания глаз и сокращения жевательных мышц. В период умственного и физического расслабления они уменьшаются.

Для генерализованных болей типичны сокращения нескольких мышц головы и шеи. Они чаще всего присущи больным невротиками с тревожно-мнительным характером.

*Смешанные головные боли* — сочетание локальных и общих. Обычно на остаточные явления локального мышечного сокращения наслаивается общая мышечная гипертония, нередко вызванная невротическим состоянием больного. Локальные головные боли усиливаются в момент пробуждения вследствие продолжительного неудобного положения головы, при кашле, чихании и на-туживании. Бывают болезненные уплотнения в мышцах задней поверхности шеи. Возникновение этих болей у многих связано с дегенеративными изменениями шейного отдела позвоночника, ограничением его подвижности и ревматической инфекцией.

Головная боль при напряжении мышц бывает как острой, так и хронической. Нередко подобные боли обнаруживаются у родственников больных. Иногда такие боли сочетаются с пароксизмами мигрени.

В связи с тем что в развитии головных болей мышечного напряжения играют роль психотравмирующие факторы, эти больные, особенно с хроническими болями, нередко находятся в состоянии депрессии.

*Оказание помощи.* Если головная боль возникла под воздействием психогенных факторов, а у больного обнаружены признаки депрессии или ипохондрии, помимо болеутоляющих средств, которые обычно недостаточно эффективны, следует назначить антидепрессанты: имизин (мелипрамин) внутрь после еды, начиная с 0,025—0,05 г в день, повышая ежедневно дозу на 0,025 г до 0,15—0,25 г в день; амитриптилин (триптизол)

внутри после еды, начиная с 0,025—0,05 г 1—3 раза в день, постепенно увеличивая суточную дозу на 0,025 г до получения терапевтического эффекта.

Чтобы уменьшить напряжение мышц, внутримышечно вводят 20—30 мл 0,25—0,5 % раствора новокаина. Эффективны и внутривенные инъекции новокаина 20—30 мл 0,5 % раствора в зону локализации боли через каждые 2—3 дня. Курс лечения 3—4 инъекции. Новокаин можно вводить и в болевые точки. Тампоны, смоченные раствором новокаина и вводимые в носовые ходы, облегчают состояние больных.

При слабых головных болях используют ацетилсалициловую кислоту, фенацетин, амидопирин (по 0,3—0,5 г внутрь), при сильных головных болях предпочтение отдают пенталгину и седальгину (по 1 таблетке 2—3 раза в день). Хороший эффект можно получить от приема андаксина и триоксазина в сочетании с дегидроэрготамином в течение 2—3 недель.

Полезны массаж задней поверхности шеи и надплечий, УФО в эритемных дозах (5 облучений через день), тепловые процедуры.

### **Головные боли при неврозах**

*Клиника.* Головная боль — одно из самых частых проявлений невротизации. Хотя она различна у разных больных, наиболее характерны жалобы на тяжесть в голове, даже после сна. Иногда больные ощущают давление на голову, как будто на нее надета шапка или каска.

Головная боль обычно несильная. Однако больной, а особенно больная, уверяют врача, что она «страшная», «ужасная». У некоторых обнаруживается гипералгезия в каком-либо участке головы, болезненно даже легкое прикосновение к волосам.

Жалобы на головную боль и ее интенсивность в значительной мере зависят от настроения больного. Если отвлекать его внимание, боли будут уменьшаться.

Больные истерией нередко описывают головную боль как ощущение «вбитого в голову гвоздя» или «ввинченного шурупа». Она чаще ощущается на ограниченном участке (на темени, виске). Иногда болезненна кожа в области волосистой части головы. У больных неврозами головная боль провоцируется волнениями, неудовлетворенностью чем-либо, утомлением. Она чаще возникает у молодых людей на фоне других невротических проявлений.

*Оказание помощи.* Уменьшают и устраняют головную боль болеутоляющие средства (цитрамон, анальгин, седальгин или др.). Однако больные неврозами нуждаются в длительном и систематическом лечении. Врачу прежде всего необходимо наладить контакт с больным, завоевать его доверие, чтобы успешно проводить психотерапию, которая показана больным неврозами. Необходимо уточнить причину невроза, чтобы устранить или уменьшить ее воздействие.

При повышенной раздражительности назначают транквилизаторы, обладающие тормозным эффектом: мепротан (мепробамат) по 0,2—0,4 г внутрь после еды 2—3 раза в день; хлордиазепоксид (элениум) по 0,005—0,01 г внутрь 1—4 раза в сутки; оксазепам (тазепам) по 0,01 г внутрь 1—4 раза в сутки; амизин по 0,001—0,002 г внутрь после еды 3—5 раз в сутки. Применяют малые нейролептики: тиоридазин (сонапакс) по 0,005—0,01 г 3 раза в сутки; перидиазин (неулептил)-внутри после еды, начиная с 0,005—0,01 г в день,

постепенно увеличивая дозу через каждые 2 дня на 0,01 г (до 0,03—0,05—0,07 г в день) в 2—3 приема.

При астении, подавленности, замедленности, заторможенности применяют транквилизаторы стимулирующего действия: триоксазин по 0,3—0,6 г внутрь 2—3 раза в сутки; мебикар по 0,3—0,6 г внутрь 2—3 раза в день; сибазон (седуксен) по 0,005 г 2—3 раза в сутки; психостимуляторы: сиднофен по 0,005 г 1—2 раза в сутки внутрь в первой половине дня; сиднопарб по 0,005—0,01 г 1—2 раза в сутки внутрь в первой половине дня.

Больным неврастенией, которые жалуются на слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности, полезны настойка китайского лимонника (по 20 капель 3 раза в день натощак или спустя 3—4 часа после приема пищи в течение 3—4 недель), настойка корня женьшеня или пантокрин (по 20—25 капель утром и днем, 3—4 недели), кальция глюконат (по 0,5 г 2—3 раза в день внутрь перед едой).

Если у больного плохой аппетит и понижено питание, ему желательно назначить 4—6 ЕД инсулина подкожно, а внутривенно — 20—40 мл 40 % раствора глюкозы (15—20 таких инъекций окажут благотворное влияние на самочувствие больного).

В случае расстройства сна назначают нитразепам (радедорм) по 0,005—0,01 г внутрь за полчаса до сна.

При невротической депрессии показаны азафен, пиразидол, амитриптилин.

### **Вертеброгенная головная боль**

*Клиника.* При повреждении шейного отдела позвоночника, его связочного аппарата и мышц шеи прежде всего отмечается ограничение подвижности из-за боли. Наиболее частыми причинами этого являются остеохондроз, артроз и деформирующий спондилез. Остеохондроз чаще наблюдается в нижних отделах, а в верхней половине шейного отдела позвоночника преобладают артрозы и периартрозы.

Цервико-краниальные боли могут быть вызваны дегенеративными процессами в межпозвоночных дисках, нестабильностью шейного отдела позвоночника, унковертебральными и другими артрозами, остеофитами, а также протрузиями и пролапсами дисков.

В развитии болевого синдрома важнейшее значение имеют механизмы иррадиации и реперкуссии. Характерно рефлекторное напряжение мышц шеи и затылочной области. Эти боли в большой мере зависят от положения головы в течение дня и во время сна. Они усиливаются при неудобном положении головы и шеи, чихании, ходьбе и кашле.

При неловком движении в области шеи иногда возникают покалывающие боли и даже прострелы, а при попытке изменить положение может ощущаться хруст или треск в области шеи. Движения шеи бывают ограничены.

Нередко цервико-краниальные боли обусловлены деформирующим артрозом атлантоокципитального сустава. В этом случае могут быть постоянные тупые боли и шейные прострелы.

### **Головная боль при изменениях внутричерепного давления**

*Клиника.* Повышение *внутричерепного* давления обуславливает прежде всего появление или усиление существующих головных болей. Первоначально они выражены слабо и непостоянно. Однако в дальнейшем, по мере повышения внутричерепного

давления, сила их нарастает, а светлые промежутки между приступами становятся более короткими. В итоге головные боли стабилизируются. Отмечается усиление их после сна. Возможны приступы сильнейших головных болей. Интенсивность их подчас настолько велика, что больной кричит, хватается руками за голову. Нередко эти приступы непродолжительны и кончаются самопроизвольно. Обычно такие боли указывают на наличие процесса, чаще опухоли, по ходу ликворопроводящих путей (например, в желудочках мозга).

*Внутричерепная гипотензия* характеризуется умеренной головной болью в теменной и затылочной областях. Боль иногда сопровождается тошнотой, рвотой, головокружением. Усиливается при переходе из горизонтального в вертикальное положение.

### **Головные боли, обусловленные травмой**

**Сотрясение головного мозга.** *Клиника.* При сотрясении головного мозга пострадавший жалуется на головную боль, как только приходит в сознание. Лишь в редких случаях он этого не делает. Часто выявляется ретроградная амнезия, которая характерна для тяжелых сотрясений. Головные боли бывают постоянными и периодическими, диффузными и локальными, острыми и тупыми, пульсирующими, колющими или ноющими. Подчас больного беспокоят тяжесть и «ломота» в голове, жжение ее кожи, чаще в месте ушиба. Иногда боль ощущается в глазах, особенно при движении ими.

*Оказание помощи.* Прежде всего необходимо обеспечить постельный режим, длительность которого зависит от состояния больного.

В случае повышения внутричерепного давления назначают дегидратирующие препараты (фуросемид, глицерин), болеутоляющие (анальгин по 0,25—0,5 г 2—3 раза в день внутрь, пенталгин или седальгин по 1 таблетке 2—3 раза в день внутрь или др.).

**Ушиб головного мозга.** *Клиника.* При ушибе головного мозга головная боль является одной из важнейших жалоб. Больные жалуются на ноющие, сжимающие, пульсирующие или колющие боли, обычно постоянные, ощущаемые во всей голове или преимущественно в области ушиба. Боли усиливаются при физическом напряжении, резких движениях, перемене положения тела и уменьшаются в покое. Больные при этом заторможены, угнетены или, наоборот, возбуждены. Часто отмечаются тошнота, несистемное головокружение, рвота, шум в ушах и голове.

*Оказание помощи.* Постельный режим 1,5—2 месяца. При внутричерепной гипертензии назначают дегидратирующие средства: лазикс, маннитол, глицерин и др.

Чтобы уменьшить головные боли, применяют анальгетики: анальгин 50 % раствор 2 мл внутримышечно или внутривенно 1—2 раза в сутки или внутрь 0,5 г 2—3 раза в день, пенталгин или седальгин по 1 таблетке 2—3 раза в день или др. При бессоннице — снотворные, а при наличии судорожных припадков — противосудорожные.

**Сдавление головного мозга.** *Клиника.* В случае сдавления головного мозга внутричерепными гематомами головные боли возникают либо сразу после травмы (субарахноидальные, субдуральные кровоизлияния) и бывают выраженными, либо могут усиливаться постепенно (при эпидуральной гематоме, которая подчас нарастает часами). Иногда головная боль может быть единственным симптомом гематомы. Спустя несколько часов (3—24 ч) головная боль начинает нарастать, охватывает всю голову и становится

очень сильной. Затем к боли присоединяются тошнота, рвота, а нередко и двигательное возбуждение, сменяющееся сонливостью, sopором и даже комой. Одновременно появляются и симптомы очагового поражения головного мозга.

При *субдуральной гематоме* головные боли возникают сразу после травмы. Они бывают диффузными или локальными и имеют тенденцию усиливаться через несколько часов. Наблюдаются тошнота и рвота, а также другие признаки раздражения мозга. Одновременно появляются и прогрессируют симптомы очагового поражения.

Для *хронической субдуральной гематомы* типичны периодические или постоянные, ноющие, сверлящие, пульсирующие головные боли, которые бывают диффузными и локальными. Порой они иррадиируют по нервным волокнам в различные области головы.

*Оказание помощи.* Лечение внутричерепных гематом, как правило, хирургическое. После удаления гематомы проводится дегидратирующая терапия (лазикс, глицерин, маннитол). Чтобы уменьшить головные боли, назначают анальгетические средства (амидопирин, анальгин внутрь или в инъекциях, пенталгин или др.). Широко используются антигистаминные (димедрол, супрастин и др.), антихолинэстеразные (прозерин) и другие симптоматические средства. В ряде случаев используют глюкокортикоидные гормоны.

Следует помнить, что у ряда больных может наблюдаться посттравматическая головная боль, вызванная расстройством ликвороциркуляции, которая может длиться на протяжении многих лет.

**Невралгия тройничного нерва.** *Клиника.* Наиболее характерны приступообразные, длящиеся секунды или минуты боли в области одной или нескольких ветвей тройничного нерва. Подчас этим болям сопутствуют судороги мимической мускулатуры. Частота и интенсивность приступов боли у разных людей неодинаковы. Иногда наблюдаются гиперемия лица, слезотечение, двигательное беспокойство. В межприступном периоде признаков раздражения нерва не имеется. Поражение тройничного узла сопровождается постоянными интенсивными жгучими болями и герпетическими высыпаниями на лице. Боли возникают спонтанно или провоцируются внешними факторами: давлением на точки выхода ветвей тройничного нерва, приемом пищи, прикосновением языка к чувствительной зоне десен или мягкого неба и т. д.

Причиной невралгии являются изменения костных каналов, в которых проходят ветви тройничного нерва, разрастание интерстициальной ткани внутри нервного ствола, сращения твердой мозговой оболочки с костями черепа и др.

*Оказание помощи.* Прежде всего назначают внутрь противосудорожные препараты, обладающие анальгетическим эффектом: финлепсин (начиная с 0,2 г 1—2 раза в день ежедневно, постепенно увеличивая дозу на 0,1 г, доводя ее до 0,6—0,8 г, снижая до 0,1—0,2 г в сутки); дифенин по 1/2—1 таблетке 2—3 раза в день после еды.

Применяются и анальгетики (анальгин по 0,5 г внутрь 3—4 раза в сутки или 50 % раствор по 2 мл внутримышечно или др.), которые нередко сочетают с антигистаминными препаратами (1 % раствор димедрола по 1 мл или 2,5 % раствор пипольфена по 2 мл). Наиболее эффективна новокаиновая блокада или алкоголизация пораженной ветви тройничного нерва. В тяжелых случаях и неэффективности консервативного лечения используют хирургическое лечение.

## ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ЛОКАЛЬНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

*Боли в области лба* чаще всего обусловлены воспалением лобных пазух, невралгией или невритом первой ветви тройничного нерва.

Для *фронтита* типична стойкая боль в области пораженной пазухи, усиливающаяся при кашле, чихании и наклоне головы. Если постукивать по соответствующей половине лба, больной отмечает болезненность. Иногда болезненна при надавливании точка выхода надглазничной ветви тройничного нерва. Выделение слизи из носа усилено.

*Невралгия первой ветви тройничного нерва* характеризуется приступами сильных головных болей в области лба, надбровной дуги, глаза, длящихся несколько секунд или минут. В межприступном периоде самочувствие больного хорошее. Чувствительность в области лба нормальная либо слегка повышена.

*Неврит первой ветви тройничного нерва* проявляется расстройствами чувствительности на одноименной половине лба, болезненностью во время пальпации надглазничной-ветви тройничного нерва, стойкими и постоянными болями.

*Боли в височной области* возникают при мигрени, пароксизмах «пучковой» боли, длительном напряжении височных мышц, при поражении нижнечелюстного сустава, височном артериите (см. Мигрень, Шейная мигрень).

*Артриту височно-нижнечелюстного сустава* свойственны боли в области пораженного сустава и околоушно-жевательной области. Боли постоянные, усиливаются во время еды, разговора по утрам. Больному трудно открыть рот. Обычно боль иррадирует в висок и ухо. Иногда снижается слух на стороне болей. В области пораженного сустава нередко отмечается припухлость, болезненность при пальпации.

*Боли в затылочной области* обусловлены чаще всего дегенеративными изменениями шейного отдела позвоночника (остеохондроз, деформирующий спондилез) и раздражением верхних шейных корешков, симпатических сплетений позвоночных артерий, а также IX и X пар черепных нервов. Они являются одним из основных симптомов невралгии и неврита затылочных нервов.

*Невралгия затылочных нервов* характеризуется постоянными болями, выраженной болезненностью вдоль этих нервов и расстройствами чувствительности в области затылка. Возникает в связи с их раздражением различными патологическими процессами, расположенными по соседству: туберкулезным спондилитом, краниовертебральной аномалией, опухолью позвоночника, опухолью краниовертебральной локализации, воспалением оболочек спинного мозга и др. Проявляется болями в области затылка, которые иногда распространяются на боковые поверхности его. Боли приступообразные спонтанные, провоцирующиеся кашлем, чиханием, вращением головы, с иррадиацией в лопатку, шею, в лицо. В межприступном периоде боли отсутствуют или выражены слабо. Бывает вынужденное положение головы.

*Опухоль задней черепной ямки* сопровождается болями в области затылка. При этом почти всегда обнаруживаются симптомы общего и очагового поражения головного мозга. При опухолях мозжечка появляются нистагм, интен-ционный тремор, скандированная речь, расстраивается походка и координация движений, понижается мышечный тонус.

*Опухоли ствола мозга* также могут сопровождаться болями в области затылка, однако для них характерны альтернирующие параличи — симптомы поражения черепных нервов на стороне локализации опухоли, а на противоположной стороне парезы, параличи конечностей или расстройства чувствительности по проводниковому типу.

Особого внимания заслуживают приступообразные *боли в области затылка*, которые сопровождаются тошнотой, рвотой, вынужденным положением головы. Подчас такая головная боль сочетается с головокружением, упорной рвотой, икотой, нистагмом, иногда с нарушениями сознания и витальных функций (синдром Брунса). Такие приступы характерны для опухолей IV желудочка мозга, в меньшей степени — для опухолей задней черепной ямки, расположенных вне этого желудочка.

Боли в области затылка бывают и при артериальной гипертензии, обусловленной воспалением мозговых оболочек (лептоменингит, пахименингит), наличием паразитарных кист (эхинококк, цистицерк и др.).

Боли в области затылка при артериальной гипертензии характеризуются длительностью и упорством, часто возникают вследствие усталости, волнения, пребывания в душном помещении. Артериальное давление в это время повышено, на глазном дне нередко определяются признаки ангиопатии сетчатки.

#### Список литературы:

Неотложная помощь в невропатологии (Мисюк Н. С., Гурленя А. М.) - 1990 год  
Источник: <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=85326>