**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Терапии**

ДОКЛАД

на тему:

**«Головная боль как симптом заболеваний»**

**Пенза**

**2008**

**План**

1. Гипертонический криз
2. Мигрень
3. Затылочная невралгия и шейная мигрень

Литература

**1. Гипертонический криз**

Гипертонический криз – значительное, внезапное повышение АД с нервно-сосудистыми и гуморальными нарушениями. Возникновению гипертонических кризов способствует острое нервно-психическое перенапряжение, чрезмерное употребление алкоголя, резкие изменения погоды, отмена гипотензивных препаратов и др.

Гипертонический криз проявляется головной болью, головокружением, иногда появлением «тумана» перед глазами, тошнотой и рвотой. Характерной особенностью гипертонического криза является и чувство тяжести за грудиной. Гипертонический криз может возникать внезапно на фоне хорошего самочувствия.

При большой вариабельности клинических проявлений гипертонического криза для адекватного оказания неотложной помощи в зависимости от особенностей центральной гемодинамики выделяют гиперкинетический и гипокинетический кризы. При гиперкинетическом кризе повышение АД обусловлено в основном за счет избыточной работы сердца (повышен сердечный индекс).

При гипокинетическом кризе основным механизмом повышения АД является повышенное периферическое сопротивление.

При оказании экстренной помощи врач не имеет возможности в период гипертонического криза определить тип центральной гемодинамики и поэтому классификация кризов основана на клинических проявлениях.

Выделяют гипертонический криз 1 и 2 типов и осложненный.

Гипертонический криз 1 типа (гиперкинетический) развивается быстро, появляются резкая головная боль, головокружение, тошнота, мелькание перед глазами, может возникать рвота. Больные возбуждены, ощущают чувство жара, дрожь во всем теле. На коже шеи, лица, а иногда и груди появляются красные пятна. Кожа на ощупь влажная. Могут возникать усиленное сердцебиение и ощущение тяжести за грудиной. Отмечается тахикардия. АД повышено, преимущественно систолическое (до 200 мм рт. ст. и выше) Пульсовое давление увеличивается.

На ЭКГ на высоте криза может быть снижен сегмент ST и нарушена фаза реполяризации (уплощение зубца Т). В моче иногда отмечаются преходящая незначительная протеинурия, единичные эритроциты. Нередко криз заканчивается обильным мочеиспусканием.

Криз 1 типа развивается чаще у больных гипертонической болезнью I и IIА стадии, продолжается несколько часов.

Гипертонический криз II типа (гипокинетический) чаще развивается у больных гипертонической болезнью IIБ-III стадии при недостаточно эффективном лечении или нарушении режима жизни. Симптомы криза развиваются более медленно, но весьма интенсивно. В течение нескольких часов нарастает головная боль (резчайшая). Появляются тошнота, рвота, вялость, ухудшаются зрение и слух. Пульс напряжен, но не учащен; АД резко повышено, преимущественно диастолическое (до 140–160 мм рт. ст.). На ЭКГ – умеренное уширение комплекса QRS, снижение сегмента ST, двухфазный или отрицательный зубец Т в левых грудных отведениях. В моче, особенно в конце криза, значительное количество белка, цилиндров и эритроцитов.

Осложненный гипертонический криз может протекать по церебральному, коронарному или астматическому варианту. В отличие от неосложненного гипертонического криза при осложненных вариантах криза на фоне высокого АД

Могут развиваться острая коронарная недостаточность (сердечная астма, отек легких), острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких), острое нарушение мозгового кровообращения (гипертоническая энцефалопатия, преходящее нарушение мозгового кровообращения, геморрагический или ишемический инсульт).

Неотложная помощь. При неосложненном гипертоническом кризе 1 типа внутривенно вводят диоазол (6–10 мл 0,5% раствора или 3–5 мл 1% раствора). Противопоказаний для применения препарата практически нет. Однако у значительной части больных гипотензивный эффект сохраняется недолго – через 2–3 и АД вновь повышается, поэтому показано одновременное введение мочегонных препаратов (лазикс, фуросемид). Хороший эффект дает применение бета-блокаторов, особенно когда криз сопровождается тахикардией или экстрасистолией. Для купирования криза обзидан (индерал, пропранолол) вводят внутривенно струйно в дозе 5 мг в 10–15 мл изотонического раствора хлорида натрия. Максимальное действие наступает через 30 мин и сохраняется в течение нескольких часов. В большей степени снижается систолическое давление (бета-блокаторы не применяют при бронхиальной астме, выраженных сердечной недостаточности и брадикардии, при полной поперечной блокаде сердца). При выраженном эмоциональном возбуждении, тахикардии хороший эффект может дать внутривенное (медленное) или внутримышечное введение рауседила в дозе 0,5–1 мг. Гипотензивный эффект при внутривенном введении рауседила наступает через 5–10 мин.

Хороший лечебный эффект при 2 типе гипертонического криза дает клофелин (гемитон, катапрессан). При внутривенном медленном введении 0,05–0,15 мг клофелина в 5–20% растворе глюкозы наступает выраженный гипотензивный эффект. После введения клофелина больной должен соблюдать постельный режим в течение 1–2 часа. В условиях стационара, особенно у больных пожилого возраста, желательно капельное внутривенное введение клофелина в течение 20–30 минут.

Быстрый гипотензивный эффект дает внутривенное струйное введение 20 мл гиперстата (диаксизона). Снижение АД наступает в течение первых 8 мин и удерживается несколько часов. С большой осторожностью следует применять диазоксид у больных с нарушением мозгового и коронарного кровообращения. После введения гиперстата (диазоксида) возможно коллаптоидное состояние, которое купируется внутривенным введением 0,5 мл 1% раствора мезатона.

Эффективно снижает АД при гипертонических кризах прием под язык 0,01 г. коринфара (нифедипина).

Наиболее трудной задачей является оказание экстренной помощи больным с осложненным кризом 2 типа при наличии минимальных признаков нарушения мозгового или коронарного кровообращения. Для купирования такого типа криза при умеренном повышении АД можно использовать нейролептические средства. При медленном внутривенном введении 1–3 мл 0,25% раствора (2,5–7,5 мг) дроперидола в 20 мл 5–20% раствора глюкозы быстро улучшается самочувствие и снижается АД. Благоприятное действие начинает проявляться уже через 2–4 минут и становится более выраженным к 10–15-й минуте.

Однако эффект бывает непродолжительный – до 1 часа. Для усиления гипотензивного действия дроперидола целесообразно назначать диуретики внутрь в сочетании с гопотензивными препаратами.

При гипертоническом кризе со значительным повышением АД и признаками острой левожелудочковой недостаточности целесообразно внутривенное введение ганглиоблокаторов и мочегонных средств. Быстрый эффект наступает при внутривенном капельном введении 1–2 мл 5% раствора пентамина в 100–150 мл 5–20% раствора глюкозы или изотонического раствора хлорида натрия со скоростью 15–30 капель в минуту. Гипотензивный эффект наступает через 10–15 мин и продолжается в течение часа. Следует стремиться сразу, снизить систолическое АД в первые 10–20 минут на 25–30% по сравнению с исходным уровнем. В дальнейшем АД следует измерять каждые 5–10 минут в течение часа при пребывании больного в горизонтальном положении. При невозможности капельного введения пентамин можно вводить внутривенно медленно (в течение 7–10 мин) – 0,5–1 мл 5% раствора в 20 мл 5–20% раствора глюкозы с непрерывным контролем за АД. При струйном введении пентамина, особенно у пожилых людей, может развиться коллаптоидное состояние. В случае его возникновения необходимо внутривенно ввести 0,5 мл 1% раствора мезатона. При общем возбуждении можно сочетать введение ганглиоблокаторов с дроперидолом, который устраняет возбуждение и усиливает гипотензивное действие ганглиоблокаторов.

Гипертонический криз, осложненный острой коронарной недостаточностью купируют, одновременно применяя обезболивающие средства и нитраты. В зависимости от интенсивности боли внутривенно вводят различные средства: анальгетики (2–4 мл 50% раствора анальгина), наркотические препараты (промедол, омнопон по 1–2 мл или морфин по 1 мл с 0,3–0,5 мл 0,1% раствора атропина, разведенные в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия). Методом выбора для купирования гипертонического криза подобного типа является нейролептанальгезия (вводят в вену 1–2 мл 0,005% раствора фентанила и 1–2 мл 0,25% раствора дроперидола в 20 мл 5–40% раствора глюкозы). Эффект наступает через 2–3 мин после введения. Одновременно используют нитраты в виде мазевых аппликаций или сустака, нитронга, нитросорбида.

Госпитализация. Больных с некупирующимся или осложненным гипертоническим кризом, а также больных с неосложненным, но впервые возникшим гипертоническим кризом, после оказания им экстренной врачебной помощи следует госпитализировать в кардиологическое или терапевтическое отделение.

**2. Мигрень**

Характерна приступообразная односторонняя головная боль (гемикрания), сопровождающаяся тошнотой, рвотой и нарушением зрения.

Приступы головной боли и нарушения зрения обусловлены спазмом сосудов мозга и сетчатки. Сосудистые изменения вызываются сложными биохимическими сдвигами в метаболизме серотонина, гистамина и протеолитических ферментов.

Приступ классической (офгпальмической) мигрени начинается с ауры, преходящей «мерцающей» скотомы, вслед за которой возникает головная боль, тошнота, иногда рвота. Боль локализуется в половине головы, противоположной развивающейся скотоме. Наиболее интенсивная головная боль отмечается через 30 минут -1 час. Характерна боль в лобно-орбитальной области, в затылочной либо височно-затылочной области той же стороны.

Определяется напряженность височной артерии.

В 85% случаев заболевания скотома отсутствует (так называемая обыкновенная мигрень), головная боль локализуется в периорбитальной области, распространяясь на лоб, висок и затылочно-шейную области. Наряду с болью отмечаются тошнота, рвота субфебрилитет, сужение глазной щели, инъецирование конъюнктивы, периорбитальные отек. Интенсивность головной боли и ее длительность (до 16–18 часов) значительно превосходят таковые при офтальмической мигрени.

Значительно реже встречается ассоциированная мигрень. При этой форме гемикраническому синдрому сопутствует развитие преходящих или стойких неврологических дефектов в виде гемипарезов (гемиплегическая мигрень) или парезов отдельных наружных мышц глаза (офтальмоплегическая мигрень).

Диагноз. Приступ мигрени следует дифференцировать от острого приступа глаукомы. Боль, обусловленная глаукомой, как и при мигрени, локализуется в области орбиты. Отмечаются расширение и неподвижность зрачка, помутнение роговицы, отек вен, инъецированные конъюнктивы. Снижение зрения не предшествует приступу боли, а завершает его.

Следует помнить, что впервые возникшие приступы даже типичных вариантов мигрени, не говоря уже об осложненных, должны дифференцироваться от тяжелых органических заболеваний мозга.

*Мигренозная невралгия*

Характерны приступы интенсивной боли в височно-орбитальной области, повторяющиеся в виде болевых атак. Приступ односторонней боли в височной или орбитальной области с возможной иррадиацией в челюсть, ухо и шею возникает внезапно без каких-либо продромальных симптомов и внезапно заканчивается. Болевой приступ сопровождается интенсивным слезотечением, ринореей, гиперсаливацией, инъецированностью конъюнктивы. Больные испытывают чувство прилива крови. Иногда головная боль достигает крайней интенсивности, больные мечутся, кричат.

Длительность приступа колеблется от 5–10 минут до 1–2 часов. Болевые пароксизмы могут возникать несколько раз в сутки. Серии болевых приступов продолжаются от нескольких суток до нескольких месяцев. Они перемежаются с длительными периодами полного благополучия.

Неотложная помощь. Больному необходим покой. Внутрь назначают ацетилсалициловую кислоту – 1 г в сутки, при необходимости до 3 г. Более эффективно ее сочетание с кофеином (аскофен). Показаны комбинации индометацина – 0,025 г., амидопирина – 0,5 г, анальгина – 1 г внутрь и (или) 2 мл 50% раствора анальгина, внутримышечно или внутривенно, реопирин – 1 таблетка внутрь и (или) 5 мл внутримышечно, вольтарен – 3 мл. Эффективны пенталгин, седалгин.

Наиболее эффективным действием при мигренозном приступе обладают препараты спорыньи, в частности эрготамина гидротартрат. Препарат назначают внутрь и сублингвально по 1–2 таблетки (1–2 мг), а также внутримышечно или подкожно по 1 мл 0,05 раствора эрготамина, реже эрготамин вводят внутривенно по 0,5 мл. Действие препарата потенцируется одновременным назначением кофеина по 2 мл 20% раствора подкожно либо по 0,2 г внутрь.

Эффективны таблетки кофетамина, содержащие 1 мг эрготамина и 10 мг кофеинбензоата натрия. Препараты, содержащие эрготамин, противопоказаны при органических поражениях сосудов мозга, сердца и конечностей, при тиреотоксикозе, болезнях почек, печени, артериальной гипертонии и беременности. При рвоте вводят седуксен – 2 мл 0,5% раствора внутримышечно, или внутривенно, пипольфен – 1 мл 2,5% раствора внутримышечно, супрастин – 1 мл 2% раствора внутримышечно, димедрол – 1 мл 1% раствора внутримышечно, наряду с вводимыми парентерально анальгетиками благоприятное воздействие оказывают горчичники на заднюю поверхность шеи, смазывание висков ментоловым карандашом, горячие ножные ванны, горячий (иногда холодный) компресс на голову.

**3. Затылочная невралгия и шейная мигрень**

*Затылочная невралгия* – группа болевых синдромов, локализующихся в затылочной части головы и связанных с поражением затылочного нерва. Различают первичную и вторичную затылочную невралгию. Природа первичной невралгии затылочного нерва неясна. Вторичные формы обусловлены дегенеративными изменениями в шейном отделе позвоночника.

Характерны приступы односторонней боли в шейной области, иррадиирующей в затылок. Боль усиливается при кашле, чиханье, при поворотах головы. При установлении диатеза необходимо помнить о возможности деструктивных процессов в верхних шейных позвонках (туберкулезный кариес) в молодом возрасте в мeтacтaзax рака в позвоночник у лиц пожилого возраста.

*Мигрень шейная*

В основе заболевания лежит раздражение симпатического сплетения позвоночной артерии, вызываемое унковертебральным артрозом.

Характерны приступы боли в одной половине головы, иррадиирующей из затылочных в передние отделы вплоть до лобноорби тыльной области. Болевой синдром сопровождается вегетососудистыми нарушениями, головокружением, нарушением слуха, тошнотой, парестезиями в глотке. Нередки общеневротические симптомы. Именно богатство вегетативных и невротических симптомов отличает шейную мигрень от затылочной невралгии.

Неотложная помощь. Ацетилсалициловая кислота – 1 г, амидопирин – 0,5 г, анальгин – 0,5–1 г. внутрь и (или) 1 мл 50% раствора внутримышечно или внутривенно. Реопирин по 1 таблетке внутрь и (или) 5 мл внутримышечно, индометацин – 0,025 г., ибупрофен – 0,2–0,4 г, баралгин – 1 таблетка внутрь и (или) 5 мл внутримышечно. Возможна комбинация анальгетиков.

Горчичники на заднюю шейную область. Обезболивающие растирания.

При шейной мигрени наряду с вышеуказанными средствами назначают внутрь ганглиоблокирующие препараты (пахикарпин – 0,1 г, ганглерон – 0,04 г.) и нейролептики (аминазин – 0,05–0,1 г, тизерцин – 0,025 г. и др.), спазмолитики.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год