

УЛЬЯНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ ЭКОЛОГИИ И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ

ТЕМА: СИНДРОМ «ГОЛОВНАЯ БОЛЬ»

По МДК 08.01 «Диагностика и лечение при
синдромной патологии» для специальности
31.02.01 Лечебное дело.

Разработано преподавателем: Самышиной Е.А.

Рассмотрено на заседании ПЦК Терапии

Протокол № 3 от 26.10 2017 г.

Председатель ПЦК Сам Самышина Е.А.

Утверждено на заседании Методического совета

Протокол № 4 от 29.11 2017 г.

Председатель метод. совета Шевчук М.Т. Ш

Ульяновск 2017 г.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно классическому научному определению, боль является неприятным, гнетущим, даже нестерпимым ощущением, которое возникает вследствие сильных раздражений нервной системы. Это одна из защитных реакций организма. Часто боль является первым признаком болезни или сигналом опасности, которая угрожает организму. Среди болевого ощущения различной локализации далеко не последнее место занимает головная боль – ощущение боли в области мозговой или лицевой части головы, возникающее при различных патологических состояниях организма. Так или иначе, с головными болями знакома большая часть населения планеты. Подобные жалобы нередко являются причиной обращения за медицинской помощью. Цефалгия является основным проявлением более пятидесяти заболеваний. По статистике, ее испытывают почти 90 % человечества, а каждый пятый отмечает на ее фоне снижение трудоспособности. Существует также повышенный риск развития депрессии у пациентов с сильными головными болями.

В структуре болевых синдромов головные боли занимают третье место после болей в спине и суставных болей. Широкая распространенность и разнообразие головных болей послужило основанием для многочисленных исследований, направленных на изучение распространенности, этиологии, патогенеза, характера головной боли, методов диагностики и терапевтического подхода. Вышесказанное привело к тому, что во многих медицинских учреждениях созданы и успешно функционируют специализированные центры головной боли. основополагающими в разрешении этой проблемы стали, предложенные в 1988 году классификационным комитетом Международного Общества Головной Боли (МОГБ), диагностические критерии для всех видов головных болей, первое издание Международной Классификации Головных Болей (МКГБ). Впоследствии МКГБ была пересмотрена и несколько изменена в 2003 г. В

настоящее время МКГБ переведена на многие иностранные языки, в том числе на русский. Согласно МКГБ II различают: первичные головные боли (мигрень, головные боли напряжения, тригемино-вегетативные цефалгии, другие виды первичных головных болей) и вторичные головные боли. В случае первичных головных болей головная боль и связанные с ней симптомы составляют ядро клинической картины и объединяются в самостоятельную нозологическую форму. При вторичных головных болях головная боль является лишь одним из многих симптомов другого основного заболевания, выступающих на первый план клинической картины заболевания, вследствие различных очевидных или маскированных патологических процессов. Из группы первичных головных болей наиболее известным и представляющим большие трудности в лечении заболеванием, является мигрень. Согласно эпидемиологическим исследованиям распространенность мигрени составляя 10-15%, головных болей напряжения 30-80%. Популяционные исследования показали, что почти каждый третий европейский житель страдает ГБН, при этом у 20-30 % головная боль наблюдается больше одного раза в месяц. Это заболевание доставляет массу неудобств и порой от него никак не избавиться. Поражает оно представителей всех возрастных категорий. Принятие таблеток зачастую не решает проблему. Правильная диагностика и лечение головной боли имеет особое значение. Внезапная, особенно впервые возникшая, головная боль требует неотложного обследования и лечения, так как может являться симптомом угрожающего жизни заболевания.

СОДЕРЖАНИЕ

Содержание	Стр.
Введение	2
Организационно-методический блок	5
Блок учебной информации	8
Блок контроля	30
Заключение	44
Литература	45
Приложения	46

ОРГАНИЗАЦИОННО – МЕТОДИЧЕСКИЙ БЛОК

Тема: Синдром «Головная боль»

Цели занятия:

Обучающая:

1. Контроль качества усвоения знаний.
2. Формировать у студентов умения и навыки работы с учебным материалом и методическими пособиями.
3. Осуществлять внутрипредметные и межпредметные связи.

Развивающая:

1. Развивать навыки творческой деятельности, мышления, активности и самостоятельности студентов.
2. Развивать навыки коллективного труда.

Воспитательная:

1. Прививать любовь и уважение к своей профессии.
2. Формировать у студентов навыки этики и деонтологии, необходимые для общения с пациентами.

Студент должен знать:

1. Определение синдрома «Головная боль».
2. Причины развития синдрома «Головная боль».
3. Основные клинические проявления синдрома «Головная боль».
4. Тактику фельдшера при данном синдроме.
5. Нормальные цифры артериального давления.
6. Лечение синдрома «Головная боль».
7. Технику измерения АД.
8. Технику определения ригидности затылочных мышц, проведения симптомов Кернига, Брудзинского, Лессажа

Студент должен уметь:

1. Определить механизм развития синдрома «Головная боль».
3. Провести дифференциальный диагноз синдрома «Головная боль».
4. Выбрать правильную тактику ведения пациента при синдроме «Головная боль».
5. Оказать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе при инсульте, арахноидальном кровотечении, черепно-мозговой травме.
6. Провести контроль эффективности проводимых мероприятий.
7. Осуществить контроль состояния пациента.
8. Определить показания к госпитализации и провести транспортировку пациента в стационар.
9. Провести измерение АД.
10. Провести и интерпретировать симптомы Кернига, Брудзинского, Лессажа, определить ригидность затылочных мышц

11. Заполнить медицинскую документацию.

Студент должен освоить профессиональные компетенции:

ПК 3.1. Проводить диагностику.

ПК 3.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 3.3. Выполнять лечебные вмешательства по оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе.

ПК 3.4. Проводить контроль эффективности проводимых мероприятий.

ПК 3.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 3.6. Определять показания к госпитализации и проводить транспортировку пациента в стационар.

ПК 3.7. Оформлять медицинскую документацию.

Тип урока:

Доклиническая практика.

Место проведения:

Учебный кабинет.

Продолжительность занятия:

Шесть часов.

Обеспеченность занятия:

1. Лекции.
2. Учебные разработки для студентов.
3. Тесты.
4. Графический диктант.
6. Ситуационные задачи.
5. Алгоритмы неотложной помощи.
6. Алгоритмы манипуляций.
7. Тонометры и фонендоскопы.

Внутрипредметные связи:

Темы: Синдром «Артериальная гипертензия».

Межпредметные связи:

1. Анатомия и физиология человека.
2. Патологическая анатомия и патологическая физиология.
3. Основы патологии.
4. Пропедевтика клинических дисциплин.
5. Лечение пациентов терапевтического профиля.
6. Лечение пациентов с нервными и психическими заболеваниями.
7. Функциональная диагностика.

8. Фармакология.
9. Клиническая фармакология.
10. Психология. Темы: «Общение с пациентом», «Психология пациента».

Содержание занятия:

1. Организационный момент (проверка присутствующих, формы одежды, заполнение журнала).
2. Мотивация занятия (озвучивание темы и целей занятия, актуальность темы).
3. Актуализация опорных знаний (повторение пройденного материала необходимого для изучения данной темы).
4. Входной контроль знаний (фронтальный опрос).
5. Закрепление знаний (работа с тестами, решение ситуационных задач, заполнения таблиц, отработка практических манипуляций).
6. Заключительный контроль знаний (графический диктант).
7. Подведение итогов.
8. Задание на дом.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК

Головные боли – это любые боли и чувство дискомфорта, локализованные в области головы. Они являются одной из самых частых жалоб, могут являться синдромом различных заболеваний или быть идиопатическими, то есть первичными.

Патофизиологические причины головной боли

Причины головной боли многообразны. Она может быть обусловлена патологическим процессом в головном мозге, его оболочках, сосудах головы, костях черепа, его мягких покровах, а также разнообразными заболеваниями, возникающими в других органах и системах, но раздражающих экстра и интракраниальные болевые рецепторы.

Это раздражение может быть:

1. Механическим (воздействие патологического очага с натяжением, смещением, сдавлением, расширением внутричерепных структур).
2. Термическим (повышение температуры всего тела или прямое переохлаждение или перегревание головы);
3. Химическим (воздействие экзогенных или эндогенных химических веществ, например при уремии, пищевых отравлениях, алкогольной интоксикации и т.п.).

Воспринимающие раздражения нервные окончания распределены в голове неравномерно. Известно, что костные образования головы, само вещество мозга и мягкая мозговая оболочка не имеют болевых рецепторов. Зато большое количество чувствительных экстракраниальных рецепторов имеется в мягких тканях головы (коже, мышцах, надкостнице, апоневрозе черепа), стенках поверхностных артерий головы. Основной интракраниальной чувствительной структурой является твердая мозговая оболочка, а также образованные ею зоны вокруг крупных артериальных стволов. Сами крупные кровеносные сосуды, также являются обширной болевой рецепторной зоной (виллизиев круг у основания черепа, крупные менингеальные артерии и т.д.). Нервные волокна, несущие болевые импульсы к коре головного мозга входят в состав тройничного и, в меньшей степени, языкоглоточного и блуждающего нервов и их ветвей.

Считается, что увеличение объема мозга может вызвать головную боль. Это наблюдается при энцефалите, энцефаломиелите, абсцессе мозга, злокачественных и доброкачественных опухолях, кровоизлиянии в мозг (при кровотечении в результате травмы, разрыва аневризмы).

Локальный или генерализованный отек мозга, и сопровождающая его головная боль может возникать при гломерулонефрите, нефротическом синдроме и других гипопропротеинемиях.

Головная боль может возникнуть в результате растяжения или расширения внутричерепных или внечерепных артерий, смещения или вытяжения

крупных внутричерепных вен, сжатия или воспаления черепных (V, IX пары) или спинномозговых нервов, а также при раздражении болевых рецепторов кожи и мышц головы.

Полиморфизм этиологии и патогенеза головной боли обуславливает ее клиническое многообразие. Она может быть локальной, охватывать половину головы (гемикрания) и быть диффузной. В одних случаях боль развивается остро, приступообразно, в других носит периодический, длительный или постоянный характер. Нередко головная боль связана с метеорологическими факторами, или, например, усиливается в определенное время года, при резком изменении атмосферного давления, при росте влажности воздуха и т.п. У женщин существенное влияние на характер головной боли оказывают гормональные циклы, которые вызывают изменения болевого порога. Разнообразна и личностная окраска головной боли, имеющей одну и ту же причину. У одних голова просто «побаливает», у других она «раскалывается»; у одних боль быстро проходит после короткой беседы с врачом, у других даже анальгетики не могут снять боль. Причем, описываемая пациентом интенсивность головной боли, не всегда адекватна тяжести заболевания.

Головные боли, обусловленные поражением сосудов

1. Мигрень

Страдают 12% населения. Мигрень чаще встречается у молодых женщин и провоцируется самыми разнообразными раздражителями: волнение, запахи, спешка, физическое напряжение, усиленная умственная работа, алкоголь, духота и др.

Патогенез

Имеется генетическая предрасположенность с расстройствами тонуса сосудов мозга (вначале в ауре вазоконстрикция, затем вазодилатация), может быть локальная ишемия мозга. Имеются нарушения обмена эстрогенов, серотонина и других гормонов.

Мигрень бывает с аурой – предвестниками (в 20% случаев) и без ауры.

Клиника

1 фаза – (продромальный период) длится 20-24 часа. Характерно:

- усиление или притупление восприятия;
- раздражительность или стремление уединиться;
- зевота;
- жажда или желание пищи (особенно сладкого);

2 фаза (аура) длится 2-6 минут. Характерно:

- расстройство зрения;
- онемение рук, ног слабость в конечностях;

3 фаза (головной боли) длится от 12 до 72 часов. Характерно:

- интенсивная головная боль в одной половине головы;



- пульсирующая боль;
- резкое увеличение боли при любом движении;
- фотофобия (светобоязнь);
- фонофобия (боязнь громких звуков);
- головокружение, тошнота, рвота;
- анорексия;
- повышение чувствительности к запахам.

4 фаза (постдромальный период) длится около 24 часов. Характерно:

- упадок сил;
- психическая астенизация;
- миалгии;

Частота приступов 1-3 раза в месяц, могут предшествовать или совпадать с менструациями. Если у пациента головная боль возникает ежедневно, то это не является мигренью.

Лечение:

1. Агонисты 5 HT₁ рецепторов – «триптаны» - устраняет вазодилатацию сосудов твердой мозговой оболочки. Этот класс препаратов применяется только для купирования приступов мигрени. Они не эффективны при других формах головных болей. В России используются суматриптан (имигран, сумамигрен), золмитриптан (зомиг), элетриптан (релпакс).
2. Препараты дигидроэрготамина (кофетамин, вазобрал).
3. Ненаркотические анальгетики.

Если приступы редкие — то лечение ограничивается купированием каждого эпизода.

Если частота приступов более 2 раз в месяц, то делают профилактику приступов.

Профилактика приступов

1. Диета с ограничением продуктов, содержащих тирамин (шоколад, кофе, красное вино).
2. Психотерапия.
3. Массаж, ИРТ, ЛФК, бальнеотерапия.
4. β -адреноблокаторы (небольшие дозы).
5. Антагонисты кальция (верапамил, нифедипин, дилтиазем).
6. Дезагреганты.
7. Антагонисты серотонина (вазобрал).
8. Ноотропы.
9. Вазоактивные препараты (вазобрал, инстенон и др.).

2. Пучковая (кластерная) головная боль

Наиболее тяжелая форма головной боли. Может иметь экстремальную интенсивность. Сопровождается прогрессирующей эмоциональной и физической декомпенсацией. Частота 0,5% мужчин и 0,1% женщин. Начинается обычно в возрасте около 20 лет.

Патогенез

Нарушение регулирующих влияний гипоталамуса, проявляющиеся в острой дистрофии интракавернозной части внутренней сонной артерии

Клиника

- течение пароксизмальное;
- длительность приступа 15-90 минут;
- локализуется боль позади или вокруг глаз



- иррадирует в висок, челюсти, нос, зубы;
- характер боли — сверлящий;
- сопутствующие симптомы: (см. рис. 2) слезотечение, заложенность носа на той же стороне где и боль;
- симптом Горнера (см. Рис. 1) — птоз, миоз, энофтальм;



Рис. 1. Симптом Горнера.

- никогда нет ауры, визуальных или сенсорных расстройств;
- больной беспокоен, мечется;
- учащается часто весной и осенью;
- может быть спровоцирована приемом алкоголя, замерзанием, перегреванием, стрессом;



До начала кластерной атаки



Вегетативные проявления кластерной атаки

- Гиперемия глаза и слезливость
- Отечность века
- Сужение зрачка
- Потливость кожи
- Заложенность носа

Рис. 2. Вегетативные проявления пучковой головной боли

Лечение

1. Для купирования приступов — эрготамин.
2. Для профилактики приступов: препараты лития, глюкокортикостероиды, антагонисты кальция, антисеротониновые препараты (метилсергит).

3. Артериальная гипотония

Головная боль возникает на фоне пониженного АД, нередко сопровождается головокружением, общей слабостью, шумом в ушах или голове, ослаблением пульса. Головная боль уменьшается в положении лежа, и усиливается в положении стоя. Отмечается бледность кожных покровов, склонность к обморокам, нарушение терморегуляции, гипергидроз, положительный эффект от препаратов, повышающих АД.

Лечение

1. Коррекция образа жизни (рациональное питание, здоровый сон, чередование рабочего дня с отдыхом, исключение вредных привычек, умеренные физические нагрузки, закаливание, прогулки на свежем воздухе, контрастный душ).
2. Ноотропы (аминалон, кавинтон, пикамилон, танакан, церебролизин).
3. Фитотерапия (лимонник, имбирь, радиола розовая, элеутерококк).

4. Атеросклероз головного мозга

Атеросклероз головного мозга обусловлен отложением в стенке артерий головного мозга холестерина. Вследствие чего, артерии сужаются, и развивается гипоксия головного мозга (см. рис. 3). Головная боль стойкая, мало интенсивная, часто ощущается как тяжесть в голове и сопровождается головокружением, снижением памяти, работоспособности, нарушением сна, нарушением психики и поведения больных. Иногда определяются дизартрия, симптом орального автоматизма, изменения глазного дна.

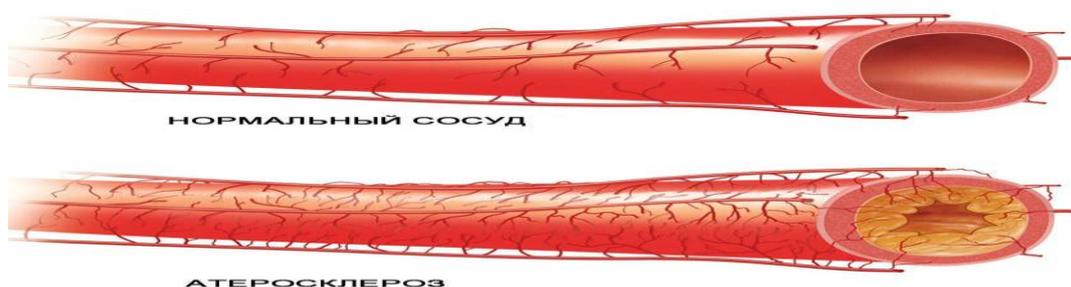


Рис. 3. Изменения артериальных сосудов при атеросклерозе

Лечение

1. Статины (розувастатин, аторвастатин)
2. Сосудистые препараты (кавинтон, пикамилон)

5. Гипертоническая болезнь

Головные боли чаще носят диффузный распирающий характер.

Сопровождаются повышенным АД, изменением глазного дна, гипертрофией левого желудочка. Уменьшаются при приеме гипотензивных препаратов.

Лечение

1. Диета с ограничением соли и жидкости.
2. Двигательная активность
3. Исключит вредные привычки.
4. Гипотензивные препараты (ингибиторы АПФ, сартаны, антагонисты кальция, диуретики, β -блокаторы).

6. Церебральный сосудистый криз (гипертонический криз)

Чаще развивается при гипертонической болезни. Характеризуется сильными головными болями, головокружением, потемнением в глазах, тошнотой, рвотой, дрожью в теле, высоким АД. Иногда бывает дезориентация, судороги, парестезии, парезы и параличи.

Неотложная помощь (см. таб. 1)

Обеспечить положение с возвышенным головным концом.

Приложить холод к голове на 10-15 минут.

Таблица 1. Неотложная помощь при гипертонических кризах

Объём помощи	Механизм действия
Неосложнённый гипертонический криз	
Нифедипин 10 мг под язык	Антагонист кальция. Снижает АД.
Каптоприл 50 мг под язык	Ингибитор АПФ. Снижает АД.
Моксонидин 0.4 мг под язык	Селективный агонист имдазолиловых рецепторов. Снижает симпатическую активность и ОПСС. Снижает АД.
Клонидин 0.1 мг под язык	Не селективный агонист имдазолиловых рецепторов. Снижает симпатическую активность и ОПСС. Снижает АД.
Осложнённый гипертонический криз	
Урапидил 50 мг в/в	α -адреноблокатор. Блокирует α -адренорецепторы сосудов и сердца. Расширяет артерии. Снижает АД.
Эсмолол 10 мг в/в	β -адреноблокатор. Блокирует β -адренорецепторы сосудов и сердца. Расширяет артерии. Снижает АД.
Магния сульфат 2500 мг в/в медленно	Растворы электролитов. Снижает АД. Уменьшает отёк мозга. Противосудорожное действие.
Фуросемид (лазикс) 1% 4 мл (40 мг) в/в	Диуретик. Увеличивает диурез и снижает АД.
Кислород 120 л	Медицинские газы. Антигипоксическое действие.

7. Височный артериит (Болезнь Хортона)

Височный артериит — это хронический воспалительный процесс средних и больших артерий. Страдают глазные, височные сосуды и артерии позвоночника. Существенно реже затрагиваются артерии шеи, верхней области туловища и рук. Одним из тяжелейших осложнений заболевания является полная слепота. Потеря зрения вызывается нарушением кровообращения, в итоге страдает оптический нерв. Еще одно серьезное последствие височного артериита — кровоизлияние в мозг.

Заболевание характеризуется следующими клиническими признаками:

- У больного происходит истончение кожных покровов на волосистой части головы.
- Происходит ограничение, а иногда и полное нарушение, двигательных способностей нижней челюсти. Больной жалуется на болезненность при жевании или даже разговоре.
- На начальном этапе у человека возникает болевой синдром в мышцах. Особенно страдают плечи. При этом боль резко усиливается в утренние часы или после физических напряжений.
- Недуг может вызвать лихорадочное состояние у больного.
- Появляются симптомы астении.
- Наблюдается быстрая потеря массы тела.
- Заболевание сопровождается головной болью, повышением температуры тела, ознобом.
- Височная артерия уплотнена, извита (см. рис. 4), болезненна при пальпации, а кожа над ней воспалена.

Для постановки правильного диагноза проводится биохимический и общий анализ крови. В анализе крови отмечается повышение СОЭ и СРБ.

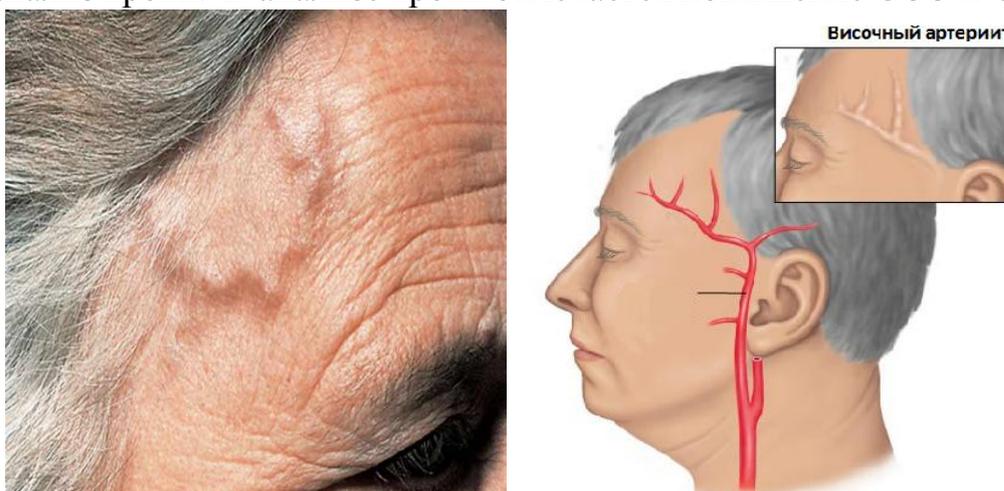


Рис. 4. Височная артерия при височном артериите

Лечение

1. Глюкокортикостероиды.
2. Цитостатики

Головные боли, обусловленные напряжением мышц головы и шеи

1. Головные боли напряжения

Это наиболее частая головная боль, связанная с физической усталостью, стрессами.

Составляет 90% всех причин головных болей. 75% больных — женщины.

Клиника:

1. Боли постоянные, двусторонние, неинтенсивные, не пульсирующие, в виде тяжести в области лба и затылка.



2. Усиливаются боли при длительной фиксации головы при чтении, письме, работе за компьютером. После смены положения, гимнастики боли уменьшаются.

3. Характерно ощущение несуществующего головного убора или ощущение сдавления обруча вокруг головы.

4. Длительность от 30 минут до 7 дней. Если появляются меньше 15 раз в месяц, то это называется эпизодической головной болью, если больше 15 приступов в месяц, то это хронические головные боли.

5. Имеется повышение тонуса мышц головы и лица.

Лечение

1. Психотерапия.

2. Аутогенная тренировка.

3. ИРТ.

4. ЛФК.

5. Миорелаксанты (мидокалм, сирдалут).

6. Атипичные бензодиазепины (клоназепам).

7. Антидепрессанты (элениум, реланиум).

2. Задний шейный симпатический синдром

Приступы головных болей обусловлены раздражением шейного отдела симпатического ствола вследствие остеохондроза, спондилоартроза или других изменений позвоночника (см. рис. 5).

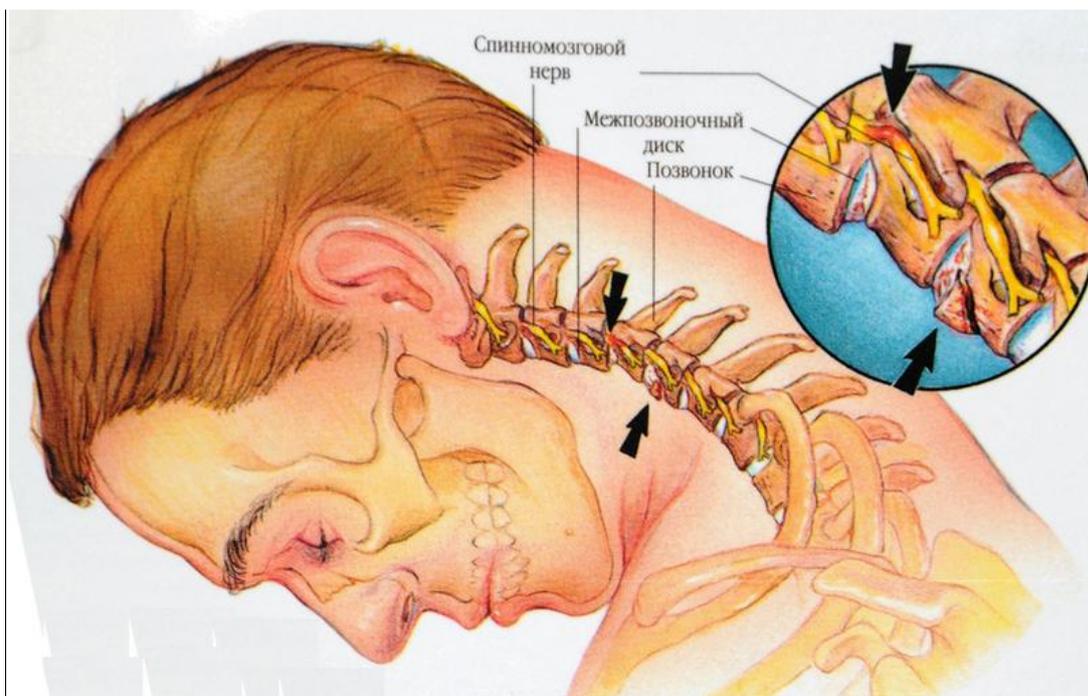


Рис. 5. Поражение спинномозговых нервов при остеохондрозе

Головная боль начинается в области затылка и распространяется на темя, виски.

Во время приступа отмечается шум в ушах, нечеткость зрения, болезненность кожи головы. Возможны головокружения, парестезии в руках. Подвижность шейного отдела позвоночника болезненна и ограничена. Это синдром развивается в возрасте старше 50 лет.

Лечение

1. Лечение остеохондроза позвоночника.
2. Сосудистые средства.
3. Антидепрессанты.
4. Физиотерапия.
5. Массаж, ЛФК.

Головные боли при органических поражениях мозга и оболочек (ликвородинамические боли)

Ликвородинамическая головная боль возникает в результате повышения или понижения внутричерепного давления из-за увеличенной продукции или замедленной резорбции ликвора. Наблюдаются чаще всего при менингите, энцефалите, гидроцефалии, опухолях, стенозирующих ликворные протоки, избыточной инсоляции (солнечный удар), эпидуральной и субдуральной гематоме (закрытая черепно-мозговая травма), внутричерепной гипертензии любого генеза.

1. Менингит

Характерна сильная головная боль, высокая температура тела, тошнота и рвота, не приносящая облегчения, гиперестезия к тактильным, звуковым и световым раздражителям. Резко выражены оболочечные (менингеальные) симптомы – ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, Брудзинского (см. рис. 6). Симптом Брудзинского:

При пассивном приведении головы к груди в положении пациента лёжа на спине ноги сгибаются в коленных и тазобедренных суставах.

Симптом Кернига:

Невозможность пассивного разгибания ноги, предварительно согнутой под прямым углом в тазобедренном и коленном суставах.



Рис. Рис. 6. Техника проведения менингеальных симптомов.

Характерны изменения ликвора: повышение содержания клеточных элементов при относительно незначительном повышении белка. Для менингококкового менингита характерна геморрагическая сыпь звёздчатого характера (см. рис. 7).



Рис. 7. Сыпь при менингокоцемии

Особенности проявления менингеальных признаков у детей. Симптомы развития менингита у детей имеют некоторые отличия от взрослых. Так, в дополнение к основным менингеальным признакам, у малышей до 3-х лет при развитии инфекции может появляться: обильное срыгивание, выпячивание родничка у грудничков; характерный «мозговой» крик ребенка, отличающийся монотонностью; расширение зрачков при наклоне головы малыша вперед; симптом Лессажа (см. рис. 9), при котором малыш подтягивает под себя ножки и запрокидывает рефлекторно голову в момент, когда его берут под мышки. Наиболее типичным для менингита у детей является менингеальный симптомокомплекс (см. рис. 8): ребенок лежит на

боку, с запрокинутой головой, руками, согнутыми в локтях и ногами, согнутыми в тазобедренных суставах («поза взведенного курка», поза «легавой собаки»).

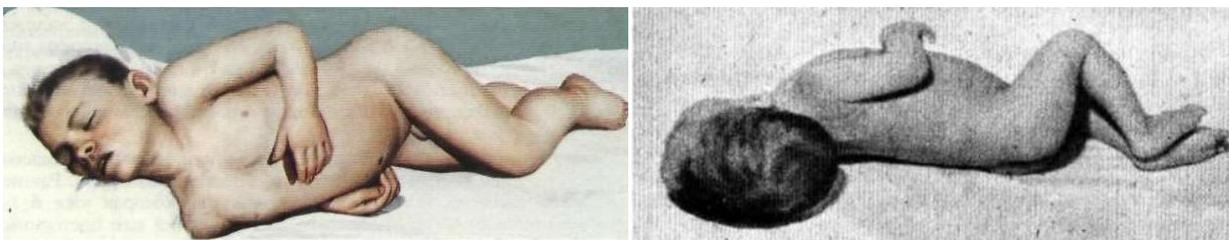


Рис. 8. Поза «взведенного курка», поза «легавой собаки».



Рис. 9. Симптом Лессажа (подвешивания)

1. Здоровый ребёнок
2. Больной ребёнок

Лечение:

1. Антибиотики
2. Диуретики
3. Анальгетики
4. Ноотропы

2. Менингоэнцефалит

Клиника такая же, как при менингите плюс симптомы поражения головного мозга в виде

- гемипарезов или гемиплегий
- расстройств речи
- потери чувствительности.

Лечение:

1. Антибиотики
2. Диуретики
3. Анальгетики
4. Ноотропы

3. Внутричерепная гипертензия

Может быть обусловлена опухолью головного мозга, нарушением ликвородинамики, травмой головного мозга. Боли усиливаются ночью и по утрам, сопровождаются тошнотой, рвотой, изменениями на глазном дне в виде отека соска зрительного нерва, кровоизлияний по ходу сосудов глазного дна. Боли уменьшаются после приема мочегонных средств. На рентгенограмме находят истончение костей черепа, усиление пальцевых вдавлений, углубление сосудистых борозд. Для опухоли мозга характерно сочетание внутричерепной гипертензии и очаговых симптомов (см. рис.10).



Рис. 10. Симптомы опухоли головного мозга

Лечение:

1. Хирургическое.
2. Химиотерапия.

4. Субарахноидальное кровоизлияние

Возникает в результате разрыва артерий, расположенных в субарахноидальном пространстве. В подавляющем большинстве случаев разрыв происходит в области аневризм, являющийся врожденным дефектом формирования артериальной системы мозга.

Клиника

1. Прдромальных симптомов нет. Кровоизлияние часто происходит во время физической нагрузки.
2. Возникает резкая головная боль, иногда иррадирует в шею и спину.
3. Тошнота, рвота, тахикардия, субфебрильная температура, двигательное возбуждение. В тяжелых случаях угнетение сознания.

4. Ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского.
5. Люмбальная пункция обнаруживает в спинномозговой жидкости кровь.

Лечение:

1. Коррекция дыхательных нарушений.

У пациентов с угнетением сознания и обездвиженностью наиболее распространенной причиной развития гипоксических состояний является обтурация верхних дыхательных путей корнем языка, поэтому в таких случаях необходимо выполнение тройного приема на дыхательных путях (запрокидывание головы, выдвигание нижней челюсти вперед, открывание рта) или альтернативой этому приему может служить введение носо- или ротоглоточного воздуховодов и искусственная вентиляция легких. Необходимо проведение оксигенотерапии с начальной скоростью подачи 100% кислорода – 2-4 л/мин.

2. Коррекция АД.

Быстрое снижение АД при инсульте недопустимо! Постепенное снижение АД при ишемическом или недифференцированном инсульте допустимо только при цифрах, превышающих 200/110 мм рт. ст. При подозрении на геморрагический характер ОНМК, АД необходимо снижать при цифрах более 170/100 мм рт. ст. Целевой уровень медикаментозной гипотензии — до цифр, превышающих обычное АД на 15—20 мм рт. ст. Следует избегать любого резкого падения артериального давления, в связи с чем недопустимо применение нифедипина, а в/в болюсное введение гипотензивных препаратов должно быть ограничено. Предпочтение следует отдавать гипотензивным препаратам из группы ингибиторов АПФ – капотен, эналаприл. Также необходимо ограничивать применение эуфиллина и других сосудорасширяющих препаратов из-за развития эффекта обкрадывания. При необходимости повышения АД необходима адекватная (но не чрезмерная!) волевическая нагрузка, иногда в сочетании с инотропными препаратами (дофамин в начальной дозе 5 мкг/ кг/мин). Применение с этой целью глюкокортикоидных гормонов (преднизолон, дексаметазон) не является оправданным.

3. Водно-электролитный обмен.

Основным инфузионным раствором следует считать 0,9% р-р хлорида натрия. Могут быть использованы и препараты на основе гидроксиэтилкрахмала (6% или 10% р-ры), изотонические солевые (электролитнобалансированные) растворы – квинтасоль, мафусоль; с ноотропным эффектом – реамбирин. Неоправданно повторное применение глюкозосодержащих растворов. Единственным показанием для введения растворов глюкозы является гипогликемия.

4. Отек мозга и повышение внутричерепного давления (ВЧД).

Все пациенты с угнетением сознания должны находиться в постели с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи!). У этой категории больных должны быть исключены (минимизированы) риски развития

приступов любых судорог, кашля, рвоты, двигательного возбуждения и боли. Введение любых гипоосмолярных растворов противопоказано! При появлении и/или нарастании признаков нарушения сознания вследствие развития первичного или вторичного поражения ствола головного мозга показано введение осмотических препаратов. Вводят маннитол в дозе 0,5— 1,0 г/кг каждые 6 часов внутривенно. Введение лазикса, по окончании введения маннитола, не оправдано, так как усиливает диурез, в результате чего снижается ОЦК, что, в свою очередь, может привести к снижению АД и нарастанию ишемии мозга. Введение противоотечных препаратов не должно быть профилактическим или плановым. Назначение этих препаратов всегда подразумевает ухудшение состояния больного и требует постоянного наблюдения за состоянием пациента. Параллельно с назначением противоотечных препаратов необходимо отменить (или уменьшить дозы) гипотензивных препаратов (особенно это касается препаратов, вводимых в\в).

5. Купирование судорожного синдрома.

Для купирования генерализованных судорожных припадков и фокальных судорожных пароксизмов (подергивания в отдельных группах мышц без потери сознания) используют диазепам 10 мг в/в медленно, при неэффективности повторно (10 мг в/в) через 3-4 мин. Необходимо помнить, что максимальная суточная доза диазепама составляет 80 мг).

6. Нейропротективная терапия.

Данное направление терапии может являться одним из наиболее перспективных, так как раннее использование нейропротекторов и антиоксидантов, возможно уже на догоспитальном этапе, до выяснения характера нарушения мозгового кровообращения. В настоящее время могут быть рекомендованы к применению уже на ДГЭ: сернокислая магнезия, глицин, семакс, мексидол (мексифин), цитофлавин, кортексин или церебролизин. В качестве нейропротектора, сернокислая магнезия должна вводиться в/в медленно (10 мл 25% р-ра в разведении на 100 мл 0,9% раствора хлорида натрия) в течение 30 минут. Глицин (для пациентов, находящихся в сознании) применяется сублингвально или трансбуккально по 1 г (или 10 таблеток по 100 мг) в таблетках или в виде порошка после измельчения таблетки. Семакс при ОНМК применяется 1% раствор по 3 капли в каждый носовой ход. Церебролизин — в/в струйно медленно 10 мл в растворе натрия хлорида 0,9% — 10 мл, или 10—60 мл в растворе натрия хлорида 0,9% — 200 мл в/в капельно в течение 60— 90 минут. Допустимо в/м введение не более 5 мл. Кортексин – по 10 мг внутримышечно. Цитофлавин – по 10 – 20 мл в/в капельно в 100-200 мл 0,9% хлорида натрия или 5% глюкозы в течение часа. Мексидол по 0,2-0,8 г или Мексифин по 500 – 750 мг вводятся в/в струйно в течение 5—7 мин или капельно в 10 – 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида.

Часто встречающиеся ошибки терапии инсульта на догоспитальном этапе:

- Применение хлористого кальция, викасола, аминокaproновой кислоты или аскорбиновой кислоты для остановки кровотечения при подозрении на

геморрагический инсульт (данные препараты начинают действовать через несколько суток, при ОНМК не исследовались).

- Применение гипотензивных препаратов, которые резко снижают артериальное давление (например, нифедипин).
- Назначение ацетилсалициловой кислоты и других антиагрегантов (курантил, пентоксифиллин) в первые часы развития инсульта может быть противопоказано, потому что на ДГЭ часто невозможно исключить мозговые кровоизлияния.
- Применение фуросемида для лечения отека мозга не показано из-за возможного резкого снижения АД и усугубления ишемии головного мозга, а также из-за развития гемоконцентрации.
- Активное применение на ДГЭ ряда ноотропов в остром периоде инсульта (пираретам, ноотропил, инстенон, пикамилон и др.). Они стимулируют и истощают головной мозг, находящийся в условиях ишемического повреждения.

Головные боли, обусловленные поражением черепных нервов и вегетативных ганглиев

1. Невралгия тройничного нерва



Рис. 11. Зоны иннервации тройничного нерва

Типичная невралгия тройничного нерва имеет характеристику:

1. Боли носят пароксизмальный характер, возникают внезапно, чрезвычайно интенсивны. Больные сравнивают их с прохождением электрического тока. Во время приступа больной «замирает», боясь малейшим движением усилить боль. Длительность пароксизма несколько секунд (до минуты). У ряда больных приступы следуют один за другим, поэтому больного складывается впечатление о том, что они длятся бесконечно долго - это так называемый алгический статус.
2. Боль имеет определенную иррадиацию. Локализация болей зависит от пораженной ветви (см. рис. 11):

- при невралгии I ветви тройничного нерва боли локализуются в области лба.
- при невралгии II ветви тройничного нерва боли локализуются в области щеки, верхней губы и верхней челюсти.
- при невралгии III ветви тройничного нерва боли локализуются в области подбородка, нижней губы и нижней челюсти.

3. Наличие курковых (триггерных) зон, т.е. мест, прикосновение к которым вызывает пароксизм болей. Курковыми зонами могут служить определенные участки слизистой десен, мягкого, твердого неба, кожи губ и др. Боясь дотронуться до этих мест, больные избегают разговора, перестают бриться, чистить зубы, умываться.

4. Вегетативный компонент невралгии. Любой болевой пароксизм больных невралгией сопровождается вегетативной реакцией. Ею может быть слезотечение, покраснение или побледнение лица; локальное потоотделение ринорея, слюнотечение. У некоторых больных на стороне боли наблюдается расширение зрачка, усиление пульсации ветвей наружной сонной артерии. При тяжелой длительно существующей невралгии во время болевого пароксизма могут возникнуть боли в области сердца, регистрируется подъем артериального давления, могут наблюдаться приступы астматоидного состояния, ознобоподобный тремор, ощущение прилива к голове. У некоторых больных имеет место выпадение ресниц, бровей, локальные отеки на лице. Вегетативно-трофические нарушения при невралгии ветвей тройничного нерва объясняются связями ветвей тройничного нерва с вегетативной системой лица, а также вовлечением в процесс вышележащих вегетативных структур при раздражении вегетативных образований на периферии.

5. Болевые гиперкинезы (болевой тик). При типичной невралгии тройничного нерва наблюдаются произвольные подергивания мышц лица. Они могут предшествовать приступу или сопровождать его. По своей характеристике гиперкинезы различны: могут присутствовать клонические сокращения мелких мышц лица в виде ритмичных подергиваний в мышцах подбородка или круговой мышце глаза, реже всей половины лица. Иногда возникают длительные тонические сокращения (блефароспазм, тризм жевательной мускулатуры). Гиперкинезы в лице объясняются распространением возбуждения на двигательное ядро тройничного и лицевого нервов через ретикулярную формацию ствола. Имеется также непосредственная связь тройничного нерва с лицевым через корешковые волокна в стволовой части мозга.

6. При типичной невралгии помогают противосудорожные препараты.

При опросе больных особенно важно установить, носят ли боли стреляющий характер или они давящие, распирающие; возникают внезапно и длятся секунды или постепенно нарастают, и на фоне этого нарастания возникает болевой пароксизм. Сколько времени они длятся (секунды, часы, сутки и т.д.), где локализуются первоначально и куда иррадиируют, чем сопровождаются и чем провоцируются. К каким приемам больной прибегает, чтобы уменьшить

боль, какие лекарственные препараты приносят облегчение. Какова динамика болевого синдрома (ранее приступы были редкими, в настоящее время участились до столько-то раз в сутки). Какие новые симптомы присоединились к боли (например, онемение).

Осмотр больного имеет большое значение, особенно в период болевого пароксизма. Обращается внимание на поведение больного, наличие гримасы боли, гиперкинезов в лице, на вегетативную реакцию. Пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва – точки Балле (см. рис. 12). Точка выхода первой ветви тройничного нерва пальпируется в супраорбитальной вырезке. Для этого обследующий проводит большим пальцем по надбровной дуге и палец как бы натывается на вырезку, которая соответствует месту выхода лобного нерва (n. frontalis). II ветвь тройничного нерва пальпируется в средней точке собачьей ямки (fossa canina). Она соответствует месту выхода нижнеглазничного нерва. III ветвь - в средней точке подбородочной ямки, соответствует месту выхода подбородочного нерва (n. mentalis) из нижнечелюстного канала на поверхность черепа. Все три точки располагаются приблизительно на одной линии. В перечисленных точках определяется наличие болевых ощущений и степень болезненности.



Рис. 12. Точки выхода ветвей тройничного нерва. Пальпация курковых точек.

Таким образом, опорными пунктами для диагностики типичной невралгии тройничного нерва являются: пароксизмальный, кратковременный характер боли, иррадиация боли, вегетативная окраска пароксизма, гиперкинезы, наличие курковых зон, положительный эффект противосудорожных препаратов. При длительно существующей типичной невралгии боль с зон иннервации одной ветви переходит на другую. У ряда больных развивается так называемая двусторонняя типичная невралгия тройничного нерва, когда в процесс вовлекается и здоровая сторона. Для типичной двусторонней невралгии тройничного нерва характерны следующие

признаки: боли на здоровой половине лица появляются как аккомпанемент болевого пароксизма на «больной». На здоровой половине появляются курковые зоны и с этих зон можно спровоцировать приступ на «больной» стороне (или наоборот). Очень характерна симметричность расположения курковых зон и идентичность алгических рисунков на обеих половинах лица. Выше мы описали общие признаки невралгии тройничного нерва. Они характерны для поражения любой из его ветвей. Диагноз же невралгии той или иной ветви тройничного нерва устанавливается на основании первичной локализации боли, зон ее иррадиации, данных объективного осмотра.

2. Невралгия затылочного нерва

Причины:

- Длительный, хронический мышечный спазм, который развивается в условиях недостаточной двигательной активности, например, при длительной вынужденной позе. Этот фактор риска является решающим у офисных работников, студентов, и всех, у кого преобладает сидячий образ жизни;
- Проблемы в межпозвонковых дисках: последствия грыж, протрузий, нестабильности шейного отдела позвоночника;
- Травмы и их последствия: переломы дужек и тел шейных позвонков, отрывы мышц. Чаще всего механизм травматического повреждения – автодорожная авария;
- Переохлаждение шеи. Чаще встречается во время поездки на автомобиле с открытой форточкой. Это может произойти даже в летнюю, теплую и солнечную погоду.

Боль возникает резко и внезапно, она провоцируется вращением головы, прикосновением. Чаще всего боль носит стреляющий характер, подобный удару молнии или электрического тока. Боль локализуется в шее, затылке, пространстве в области сосцевидных отростков височных костей (за ушами). Иногда боль способна «отражаться», и появляться в области лба, глазных орбит.

Провоцируются боли раздражением триггерных точек, которые локализованы в области шеи и макушки. Так, приступы могут возникать при расчесывании, мытье головы, приеме контрастного душа, ношении теплой шапки.

Провокацию могут вызывать стрижка в парикмахерской, работа в наклон (например, при прополке грядки), и даже при поднятии высокого воротника. Как правило, присутствует односторонняя локализация невралгических болей, но бывает и двустороннее поражение, только значительно реже.

Боли характеризуются внезапным началом, так и резким, внезапным их прекращением. Положение головы иногда вынужденное. Чувствительность кожи головы в области затылка часто повышена. Ярким признаком болезни является наличие триггерных пусковых точек. При надавливании на них вызывается острая боль (см. рис. 13). От крупного нерва, проходящего в затылке, проводится условная линия, которая соединяет сосцевидный отросток и затылочный бугор. Она делится на три части. Расположение точки находится между средней и внутренней третью. Для малого нерва в затылке в

области прикрепления грудинной мышцы к сосцевидному отростку, по ее краю сзади (точка Керера).



Рис. 13. Болевые точки при невралгии затылочного нерва

Лечение невралгий

1. Противозепилептические средства (карбамазепин, финлепсин, суксилеп, депакин).
2. Антидепрессанты (амитриптилин, флуокситин, аурорикс).
3. Вазоактивные препараты.
4. НПВП.
5. Физиотерапия.
6. Блокада. Это один из самых действенных терапевтических методов невралгии, что доказано многочисленными исследованиями. Суть блокады заключается в инъекционном введении обезболивающего средства (как правило, это лидокаин) в место выхода воспаленной ветви нерва. Врачи нередко используют блокаду дипросаном, однако преимущественно ее применяют в случае суставных болей. Сначала прощупываются триггерные точки, определяются поврежденные ветви нерва. После чего в это место вводят раствор, делая 2 укола: внутрикожный и до кости.

Синусит

Синусит – это воспаление придаточных пазух носа.

При фронтите (воспаление лобных пазух) боли беспокоят в области лба. При гайморите (воспаление гайморовых пазух) боли беспокоят в области верхней челюсти (см. рис. 14).

Боли усиливаются при наклоне головы, беге и сопровождаются насморком, заложенностью носа, гнусавостью, нарушением обоняния, повышением температуры тела. На рентгенограммах и томограммах находят затемнение в области придаточных пазух носа (см. рис. 15-17).



Рис. 14. Расположение придаточных пазух носа, клинические признаки синусита.

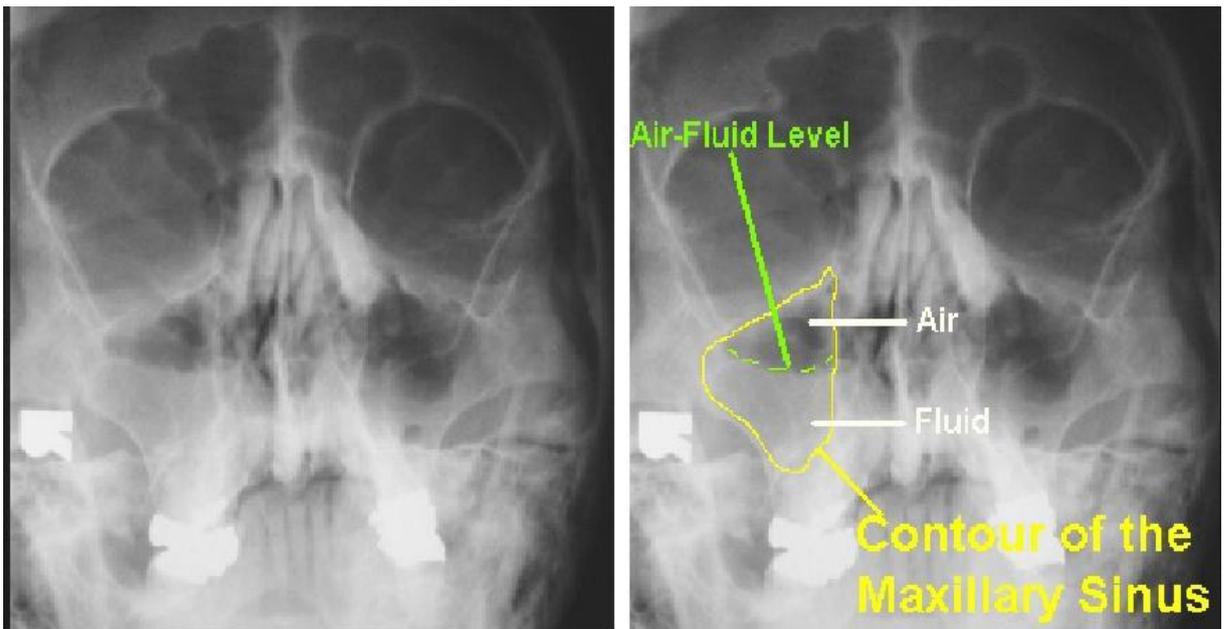


Рис. 15. Рентгенограмма при гайморите

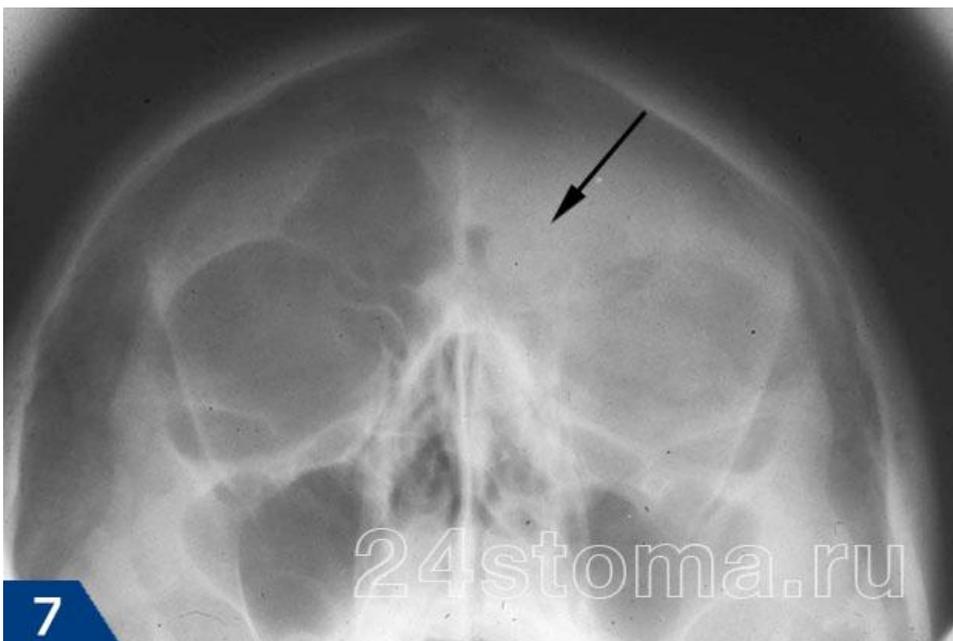


Рис. 16. Рентгенограмма при фронтите



Рис. 17. Компьютерная томография при фронтите

Лечение:

1. Антибиотики (спирамицин, биопарокс, цефазолин).
2. Сосудосуживающие (противотёчные) капли в нос, лучше – на основе оксиметазолина (африн).
3. Секретолитические препараты (флуимуцил, флюидтек, синупрет).

Диагностический алгоритм и лабораторно-инструментальное обследование при головной боли

1. Главная идея диагностического алгоритма при обследовании пациента с головной болью заключается в первоочередном выявлении тех причин её возникновения, которые представляют серьезную угрозу для жизни и требуют немедленного лечения. В первую очередь, это черепно-мозговые травмы, внутричерепные кровоизлияния, инфекции, гипертонические кризы и опухоли головного мозга.
 2. Признаками черепно-мозговой травмы являются ссадины, подкожные гематомы, участки локальной болезненности при надавливании и перкуссии черепа, припухлости, кровяные или прозрачные выделения из наружного слухового прохода и носа. Необходимо выявить парезы, параличи, онемение, нарушение координации движений и симптомы раздражения менингеальных оболочек (ригидность затылочных мышц, симптом Брудзинского, симптом Кернига, свето- и звукобоязнь). У каждого больного должны быть измерены артериальное давление и температура тела.
- Среди инструментальных методов обследования ведущее значение имеют рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография и ангиография, обеспечивающие получение максимально точной информации о состоянии головного мозга и его сосудов.

Ситуации, требующие экстренной диагностики и лечения

1. Внезапно изменились характер и частота приступов хронической головной боли или они стали значительно интенсивнее; По оценке больного, это самая сильная головная боль, которую он когда-либо испытывал в жизни (характерна для субарахноидального кровоизлияния).
2. Головная боль сочетается с внезапным развитием очаговой неврологической симптоматики или угнетением сознания.
3. Головная боль развивается через несколько суток или недель после травмы головы.

БЛОК КОНТРОЛЯ

Ответьте на тесты

1. Для мигрени характерно:
 - а. Пульсирующий характер боли;
 - б. Сжимающий характер боли;
 - в. Стреляющий характер боли;
 - г. Распирающий характер боли.

2. Для головной боли, вследствие опухоли головного мозга характерно:
 - а. Усиление в утренние часы, в горизонтальном положении, при кашле, чихании, натуживании;
 - б. Усиление днем, в вертикальном положении, при физической нагрузке;
 - в. Усиление в вечером, после психоэмоционального напряжения;
 - г. Ослабление при низко опущенной голове.

3. Приступ головной боли напряжения может быть спровоцирован:
 - а. Физической нагрузкой;
 - б. Некоторыми продуктами питания;
 - в. Стрессом, умственным напряжением;
 - г. Длительной тонической нагрузкой на мышцы надплечий, шейный отдел позвоночника.

4. При каких болезнях головная боль сопровождается выраженной свето- и звукобоязнью?
 - а. Мигрень;
 - б. Менингиты;
 - в. Невралгия тройничного нерва;
 - г. Глаукома.

5. Лихорадка может сопровождать головную боль при:
 - а. Менингите;
 - б. Субарахноидальном кровоизлиянии;
 - в. Головной боли напряжения;
 - г. Энцефалите.

6. Приступообразная рецидивирующая головная боль характерна для:
 - а. Опухоли мозга;
 - б. Мигрени;
 - в. Невралгии тройничного нерва;
 - г. Абсцесс мозга.

7. Тупая, сжимающая, стягивающая «как обруч», «каска» головная боль характерна для:
- Тромбоза внутричерепных венозных синусов;
 - Головной боли напряжения;
 - Менингита;
 - Внутричерепного кровоизлияния.
8. Какие факторы могут провоцировать приступ мигрени:
- Стресс;
 - Месячные у женщин;
 - Прием большого количества жидкости;
 - Пища, богатая тирамином (сыр, шоколад, цитрусовые, орехи).
9. Усилению головной боли при мигрени способствуют:
- Рутинная физическая нагрузка;
 - Яркий свет, громкий звук;
 - Неправильное положение в постели;
 - Горизонтальное положение.
10. Для подтверждения опухолевой природы головной боли наиболее информативны:
- Компьютерная рентгеновская томография мозга;
 - Магнитно-резонансная томография головного мозга;
 - Рентгенограмма костей черепа;
 - Люмбальная пункция.
11. Головные боли при мигрени эффективнее всего можно купировать препаратами:
- Ибупрофен;
 - Суматриптан, Золмитриптан;
 - Эрготамин;
 - Папаверин.
12. При острой головной боли, сопровождающейся тошнотой, рвотой, лекарственные препараты целесообразно принимать:
- Внутрь;
 - Интраназально;
 - Ректально;
 - Внутримышечно.
13. Какие из перечисленных препаратов наиболее эффективны при головной боли, обусловленной внутричерепной гипертензией:
- Дексаметазон;
 - Аспирин;

- в. Ноотропил;
- г. Манитол.

14. Для подтверждения инфекционной природы (энцефалит, менингит) головной боли наиболее информативны:

- а. Компьютерная рентгеновская томография мозга;
- б. Магнитно-резонансная томография головного мозга;
- в. Рентгенограмма костей черепа;
- г. Люмбальная пункция.

15. Для купирования головной боли напряжения можно использовать:

- а. Парацетамол;
- б. Лазикс;
- в. Папаверин;
- г. Ибупрофен.

16. Какие немедикаментозные методы могут быть использованы для купирования мигрени и головной боли напряжения:

- а. Горячие ножные ванны;
- б. Массаж волосистой части головы и области надплечий;
- в. Мануальная терапия;
- г. Прохладный душ.

17. Наиболее сильные головные боли характерны для:

- а. Субарахноидального кровоизлияния;
- б. Мигрени;
- в. Опухоли;
- г. Менингита.

18. Сильная головная боль, развивающаяся внезапно, «как гром среди ясного неба», характерна для:

- а. Опухоли;
- б. Менингита;
- в. Головной боли напряжения;
- г. Субарахноидального кровоизлияния.

19. Какие из признаков могут свидетельствовать о потенциально опасной причине головной боли:

- а. Нарастающие расстройства сознания, слабость или онемение конечностей;
- б. Появление или значительное усиление головной боли через несколько часов после перенесенной черепно-мозговой травмы;
- в. Лихорадка;
- г. Потливость.

20. Причиной хронической головной боли может быть:

а. Дисфункция нижнечелюстного сустава;

б. Хронический гайморит, отит;

в. Глаукома;

г. Шейный остеохондроз.

Заполните таблицу № 1.

	Опухоль головного мозга	Инсульт	Невралгия черепных нервов
Характер боли			
Локализация			
Интенсивность			
Длительность			
Течение			
Сопутствующие симптомы			
Условия возникновения			
Возраст			
Пол			
Наследственность			
Поведение человека			

Заполните таблицу № 2.

	Мигрень	Головная боль напряжения	Головная боль при повышенном АД	Головная боль при пониженном АД
Характер боли				
Локализация				
Интенсивность				
Длительность				
Течение				
Сопутствующие симптомы				
Условия возникновения				
Возраст				
Пол				
Наследственность				
Поведение человека				

Решите задачи

ЗАДАЧА № 1

Фельдшера вызвали на дом к больному. Он жалуется на головную боль, рвоту, не приносящую облегчения. Болен второй день.

Объективно: Температура 39°. Состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 100 в минуту, тоны ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Положительный симптом Кернига, ригидность затылочных мышц.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите все синдромы. Назовите ведущий синдром.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА № 2

Фельдшера вызвали на дом к больному. Со слов родственников больного беспокоит головная боль, рвота, повышение температуры тела до 40°, периодические судорожные припадки. Болен третий день.

Объективно: Состояние тяжелое. Заторможен. Речь нарушена. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 100 в минуту, тоны ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Нистагм. Положительный симптом Брудзинского, ригидность затылочных мышц. Гемиплегия справа.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите все синдромы. Назовите ведущий синдром.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА № 3

К фельдшеру обратилась женщина 35 лет с жалобами на головную боль в области лба справа, повышение температуры тела до 37,7°, заложенность носа.

Больна четвертый день. Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 90 в минуту, тоны ритмичные. АД 120/80 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Гиперемия зева. Заложенность носа. Гнойные выделения из носа. Болезненность при пальпации в лобной области справа.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите все синдромы. Назовите ведущий синдром.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА № 4

Женщина 30 лет жалуется на периодические приступы головной боли в одной половине головы, сопровождающиеся повышенной чувствительностью к свету и шуму. Приступы возникают 1-2 раза в месяц после волнения и умственного напряжения. Больна несколько лет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 70 в минуту, тоны ритмичные. АД 120/89 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный.

Менингеальные симптомы отрицательны. Патологических симптомов нет.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите все синдромы. Назовите ведущий синдром.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА № 5

Фельдшера вызвали на дом к больному. Он жалуется на мучительную сверлящую головную боль в левой половине головы, в области глаза.

Накануне употреблял алкоголь.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Гиперемия левого глаза и левой половины лица. Слизистые выделения из левой половины носа. Слезотечение. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 80 в минуту, тоны ритмичные. АД 130/80 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Менингеальные симптомы отрицательны.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите все синдромы. Назовите ведущий синдром.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА № 6

Фельдшера вызвали на дом к больному 55 лет. Он жалуется на приступообразную головную боль, шум в ушах, нечеткость зрения. Такие приступы были и раньше. Обычно боль начинается в области затылка, а затем распространяется на темя и виски.

Объективно: Сознание ясное. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное. ЧСС 70 в минуту, тоны ритмичные. Болезненность кожи головы. Болезненность остистых отростков в шейном отделе позвоночника.

Движения в шейном отделе позвоночника ограничены, болезненны.

Менингеальные симптомы отрицательны. Патологических симптомов нет.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите все синдромы. Назовите ведущий синдром.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА № 7.

У больной 55 лет после стресса возникла головная боль, покраснело лицо, возникли боли в области сердца.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Гиперемия лица. ЧДД 18 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 96 в мин. Тоны сердца громкие ритмичные, акцент II тона на аорте. АД 180/100 мм рт.ст.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите все синдромы. Назовите ведущий синдром.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА № 8.

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,4° С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхания, при пальпация голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите все синдромы. Назовите ведущий синдром.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЗАДАЧА № 9.

Вы фельдшер ФАПа. К вам обращается мужчина 40 лет с жалобами на головную боль, отеки на лице, ногах, пояснице, тупые боли в поясничной

области, уменьшения количества выделяемой мочи. Заболел неделю назад, после переохлаждения.

Объективно: Лицо бледное, отечное. Пульс - 80 в минуту, слегка напряжен. АД 160/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Задания.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите все синдромы. Назовите ведущий синдром.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

Эталоны ответов на тесты

1 – а, г;

2 – а;

3 – в, г;

4 – а, б;

5 – а, г;

6 – б, в;

7 – б;

8 – а, б, г;

9 – а, б;

10 – а, б;

11 – а, б, в;

12 – б, в, г;

13 – а, г;

14 – а, б, г;

15 – а, г;

16 – а, б, в;

17 – а, б, г;

18 – г;

19 – а, б, в;

20 – а, б, г.

Эталон заполнения таблицы № 1.

	Опухоль головного мозга	Инсульт	Невралгия черепных нервов
Характер боли	Ноющая, распирающая	Внезапная, острая, распирающая	Дёргающая, стреляющая
Локализация	Различная	В одной половине головы	В одной половине головы
Интенсивность	Очень сильная	Сильная	Очень сильная
Длительность	Длительная	Длительная	От нескольких секунд до нескольких минут
Течение	Постепенно нарастающая	Нарастающая	Приступообразная
Сопутствующие симптомы	Рвота, нарушение зрения, памяти, сознания, психики, движения, судороги	Рвота, нарушение памяти, сознания, психики, движения, судороги	Слёзотечение, слюноотечение
Условия возникновения		Физическое или психоэмоциональное напряжение	Прикосновение к чувствительным местам, умывание, разговор, расчёсывание, бритьё
Возраст	Средний и пожилой	Пожилой	Пожилой
Пол	Различный	Различный	Различный
Наследственность	Нет	Есть	Нет
Поведение человека	Разное	Разное	Стремление к покою

Эталон заполнения таблицы № 2.

	Мигрень	Головная боль напряжения	Головная боль при повышенном АД	Головная боль при пониженном АД
Характер боли	Пульсирующая	Стягивающая (каска, обруч)	Постоянная, тупая, давящая, иногда пульсирующая	Давящая
Локализация	Односторонняя , лобно- глазнично- височная область	Двусторонняя, распространённая	Затылочная область	Теменная область
Интенсивность	Выраженная,	Лёгкая, умеренная,	Средняя	Средняя

	усиливается при физической нагрузке и ходьбе	уменьшается при физической нагрузке		
Длительность	От 4 до 72 час	От 30 мин до 7 дней	До снижения уровня АД	Длительная
Течение	4 фазы: продромальный период, аура, головная боль, постдромальный период	Постоянно усиливается	Постоянная	Постоянная
Сопутствующие симптомы	Боязнь яркого света, резких звуков, тошнота, рвота	Боязнь яркого света, резких звуков	Повышение АД, тошнота, головокружение, шум в ушах, «мушки перед глазами»	Головокружение, шум в ушах, слабость, сонливость
Условия возникновения	Стресс, менструации, нарушение сна, физические нагрузки, алкоголь, изменение погоды	Длительное мышечное напряжение, стресс, изменение погоды, нарушение сна, менструации, алкоголь	Стресс, физические нагрузки	Усиление боли в положении стоя
Возраст	Молодой	Молодой и средний	Средний и пожилой	Молодой
Пол	Чаще женщины	Чаще женщины		Чаще женщины
Наследственность	Высокая вероятность заболеть при мигрени у родителей	Вероятность заболеть при заболевании у родителей	Высокая вероятность заболеть при ГБ у родителей	
Поведение человека	Стремление к покою, уединению, темноте	Разное	Стремление к покою, уединению	Стремление лечь

Ответы на задачи

ЗАДАЧА № 1

1. Менингит.

На основании жалоб на головную боль, рвоту, не приносящую облегчения.

На основании анамнеза: заболел остро.

На основании объективных данных: Температура 39°. Положительный симптом Кернига, ригидность затылочных мышц.

2. Синдром «Головная боль», синдром «Лихорадка», синдром «Аритмия».

3. Тактика фельдшера: Госпитализировать в инфекционное отделение.

Принципы лечения: антибиотики, диуретики, глюкокортикостероиды.

4. Дифференциальный диагноз с ОРВИ, энцефалитом.

ЗАДАЧА № 2

1. Энцефалит.

На основании жалоб на головную боль, рвоту, не приносящую облегчения, периодические судорожные припадки.

На основании анамнеза: заболел остро.

На основании объективных данных: Заторможен. Речь нарушена.

Температура 40°. Нистагм. Положительный симптом Кернига, ригидность затылочных мышц. Гемиплегия справа.

2. Синдром «Головная боль», синдром «Лихорадка», синдром «Аритмия».

3. Тактика фельдшера: Госпитализировать в инфекционное отделение.

Принципы лечения: антибиотики, диуретики, глюкокортикостероиды.

4. Дифференциальный диагноз с ОРВИ, менингитом.

ЗАДАЧА № 3

1. Фронтит.

На основании жалоб на головную боль в области лба справа, повышение температуры тела до 37,7°, заложенность носа.

На основании анамнеза: заболела остро.

На основании объективных данных: Заложенность носа. Гнойные выделения из носа. Болезненность при пальпации в лобной области справа.

Субфебрильная температура.

2. Синдром «Головная боль», синдром «Лихорадка».

3. Тактика фельдшера: Госпитализировать в ЛОР-отделение.

Принципы лечения: антибиотики, сосудосуживающие капли в нос, дренирование лобной пазухи.

4. Дифференциальный диагноз с ОРВИ, менингитом.

ЗАДАЧА № 4

1. Мигрень.

На основании жалоб на периодические приступы головной боли в одной половине головы, сопровождающиеся повышенной чувствительностью к свету и шуму.

На основании анамнеза: Болеет несколько лет. Приступы возникают 1-2 раза в месяц после волнения и умственного напряжения.

На основании объективных данных: Отсутствие нарушения сознания, нормальное АД, отрицательные менингеальные симптомы.

2. Синдром «Головная боль».

3. Тактика фельдшера: Оставить дома. Назначить лечение.

Принципы лечения: агонисты 5-HT₁ рецепторов, «триптаны»: суматриптан (Имигран, Сумамигрен), золмитриптан (Зомиг), элетриптан (Релпакс).

4. Дифференциальный диагноз с кластерными головными болями.

ЗАДАЧА № 5

1. Кластерная (пучковая) головная боль.

На основании жалоб на мучительную сверлящую головную боль в левой половине головы, в области глаза.

На основании анамнеза: Накануне употреблял алкоголь.

На основании объективных данных: Гиперемия левого глаза и левой половины лица. Слизистые выделения из левой половины носа. Слезотечение.

2. Синдром «Головная боль».

3. Тактика фельдшера: Оставить дома. Назначить лечение.

Принципы лечения: Для купирования приступов — эрготамин. Для профилактики приступов: препараты лития, глюкокортикостероиды, антагонисты кальция, антисеротониновые препараты (метилсергит).

4. Дифференциальный диагноз с мигренью.

ЗАДАЧА № 6

1. Задний шейный симпатический синдром.

На основании жалоб на приступообразную головную боль, шум в ушах, нечеткость зрения.

На основании анамнеза: Болен давно. Приступы болей повторяются.

На основании объективных данных Болезненность кожи головы.

Болезненность остистых отростков в шейном отделе позвоночника. Движения в шейном отделе позвоночника ограничены, болезненны.

2. Синдром «Головная боль».

3. Тактика фельдшера: Оставить дома. Назначить лечение.

Принципы лечения: Лечение остеохондроза позвоночника, сосудистые средства, антидепрессанты, физиотерапия, массаж, ЛФК.

4. Дифференциальный диагноз с невралгией затылочного нерва.

ЗАДАЧА № 7.

1. Гипертонический криз.

На основании жалоб на головную боль, боли в области сердца.

На основании анамнеза: Накануне был стресс.

На основании объективных данных: Гиперемия лица. Акцент II тона на аорте. АД 180/100 мм рт.ст.

2. Синдром «Головная боль», синдром «Артериальная гипертензия»

3. Тактика фельдшера: Оказать неотложную помощь, при эффективности - оставить дома и назначить лечение, при неэффективности госпитализировать в терапевтическое отделение.

Принципы лечения: постельный режим, диета № 10 с ограничением соли и жидкости, гипотензивные препараты.

4. Дифференциальный диагноз с мигренью.

ЗАДАЧА № 8.

1. Долевая пневмония.

На основании жалоб на высокую температуру, резкую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при дыхании, одышку, кашель с мокротой.

На основании анамнеза: Заболевание началось остро, после переохлаждения.

Больна 2-день.

На основании объективных данных: температура 39,4° С. Цианоз губ. ЧДД - 28 в мин. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхания, здесь же голосовое дрожание усилено, перкуторный звук тупой, дыхание жёсткое, определяется крепитация и шум трения плевры..

2. Синдром «Головная боль», синдром «Острая дыхательная недостаточность», синдром «Аритмия», синдром «Боль в груди».

3. Тактика фельдшера: Госпитализировать в пульмонологическое отделение.

Принципы лечения: Режим постельный. Стол № 15. Антибиотики, отхаркивающие, дезинтоксикационные, жаропонижающие.

4. Дифференциальный диагноз с экссудативным плевритом.

ЗАДАЧА № 9.

1. Острый гломерулонефрит.

На основании жалоб на головную боль, отеки на лице, ногах, пояснице, тупые боли в поясничной области, уменьшения количества выделяемой мочи.

На основании анамнеза: Заболел неделю назад, после переохлаждения.

На основании объективных данных: Отёки на лице, артериальная гипертензия, симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

2. Синдром «Головная боль», синдром «Артериальная гипертензия», синдром «Отёки».

3. Тактика фельдшера: Госпитализировать в нефрологическое отделение.

Принципы лечения: Режим постельный. Диета № 7, с ограничением соли, жидкости, белка. Гипотензивные, диуретики, дезагреганты, глюкокортикостероиды, цитостатики.

4. Дифференциальный диагноз с пиелонефритом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Головная боль является распространенной жалобой больных разного профиля. Уточнение, особенно на раннем этапе заболевания, её локализации, характера, времени возникновения, степени тяжести, сопутствующих проявлений, провоцирующих или снимающих головную боль факторов является основой первичной, синдромной диагностики и выбора направления обследования больного.

Помимо тщательного изучения жалоб и анамнеза необходимо комплексное обследование: офтальмологическое (исследование глазного дна, внутриглазного давления, полей зрения), неврологическое (выявление органических неврологических симптомов), рентгенологическое (краниография, рентгенография шейного отдела позвоночника, КТ, МРТ), общесоматическое (измерение АД в динамике, анализ крови, мочи, биохимия и т.д.), при необходимости дополнительные методы исследования (эхоэнцефалография, ультразвуковая доплерография, реоэнцефалография, исследование цереброспинальной жидкости). И только знание всех этих особенностей позволит назначить адекватную фармакотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амелин А.В. Лечащий врач. Мигрень и головокружение.
2. Амелин А.В., Тарасова С.В. Патопфизиология хронических ежедневных головных болей.
3. Амелин А.В., Тарасова С.В. Стратегия лечения хронических ежедневных головных болей.
4. Амелин А.В., Тарасова С.В. Эпидемиология и клиническая характеристика хронических цефалгий.
5. Амелин А.В., Тарасова С.В., Соколов А.Ю., Тумелевич Б.Ч., Мятлева М.И., Ендальцева С.М., Туманова Г.Н. Кафедра неврологии и нейрохирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Центр лечения боли Самарской областной клинической больницы. Сравнительная эффективность топирамата, вальпроата, габапентина и карбамазепина при лечении хронической ежедневной головной боли.
6. Амелин А.В., Скоромец А.А., Соколов А.Ю., Тарасова С.В., Тумелевич Б.Ч. Русский Медицинский Журнал. Сравнительная эффективность Фезама и Циннаризина у пациентов с мигренью
7. *Consilium medicum*. Профилактическое лечение мигрени
Амелин А.В., Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
8. Алексеев В.В., Подчуфарова Е.В., Черненко О.А. Хроническая ежедневная головная боль: сочетание атипичного синдрома SUNCT, цервикогенной головной боли и головной боли напряжения у пациентки, перенесший herpes zoster ophthalmicus. Неврол журн 2012; 6: 31-37.
9. Голубев В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы. М: Эйдос Медиа 2012.
10. Гречко В.Е., Добровицкая А.М. Особая форма головной боли с невралгоподобными проявлениями (SUNCT-синдром). Журн неврол и психиат 2012; 100: 12: 28-31.
11. Тревелл Д.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли (в 2 томах). М: Медицина 2014.
12. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. (ред.). Болезни нервной системы (в двух томах). М: Медицина 2013.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Дифференциальная диагностика при синдроме «Головная боль»

Где болит	Типы головной боли и их характеристика	
Боль двухсторонняя (болят обе половины головы)	Обычная головная боль, или, как ее называют медики, головная боль напряжения. Чаще всего она умеренная, сдавливает голову как обруч или шлем.	
Боль с одной стороны головы (болит половина головы - гемикрания)	Мигрень	Острая пульсирующая боль, чаще с одной стороны. Обычно с тошнотой, рвотой, боязнью света.
	Кластерная головная боль	Обычно болят висок и зона вокруг глаза, боль острая и изматывающая, всегда с одной стороны. Часто бывают покраснение глаза и слезотечение. Приступ продолжается от 15 мин. до 3 часов. Приступы идут сериями (медики называют их кластерами) от нескольких недель до нескольких месяцев.
Боль в затылке	Чувство тяжести или сжимающая боль при гипертоническом кризе или просто когда повышено артериальное давление.	
Боль, которая может быть в любом месте (темя, затылок, виски и т.д.)	Рикошетная боль, вызванная отменой обезболивающих препаратов. Обычно умеренная боль.	
Боль в висках	Боль, связанная с воспалением височной артерии (может быть с одной стороны). Сильная жгучая или ноющая боль.	
Боль по всей голове или с одной стороны	Кровоизлияние (боль внезапная и очень сильная). Обычно может быть нарушено сознание.	

	Мигрень	Головная боль напряжения	Кластерная боль	Рикошетная (абзусная) головная боль	Височный артериит	Субарахноидальное кровоизлияние
Локализация						
	Обычно односторонняя	Двусторонняя	Только односторонняя	Различная	Височная с одной стороны или затылочная	Генерализованная или с одной стороны
Характер боли	Пульсирующая	Давящая (обруч на голове)	Острая, изматывающая	Соответствует типу начальной ГБ	Жгучая или ноющая	Внезапное начало, боль постоянная
Тяжесть	Среднетяжелая или тяжелая	Легкая или среднетяжелая	Мучительная	Различная	Тяжелая	Тяжелая
Причина	Нейросудистые изменения	Неизвестна	Сосудистые изменения	Отмена длительного приема анальгетиков	Неизвестна	Внутричерепное кровоизлияние
Длительность	4-72 часа	30 мин - 7 дней	30-90 мин	Персистирующая	Персистирующая	Различная
Начало	Постепенное	Постепенное	Быстрое	Постепенное	Внезапное	Внезапное
Время	В любое время	В любое время	В одни и те же часы, преимущественно ночью	После отмены анальгетиков	Постоянно, либо прерывисто	В любое время
Продрома или аура	В 20 %	Нет	Нет	Нет	Нет	Иногда
Сопутствующие симптомы	Фотофобия, фонофобия, осмофобия, тошнота, рвота, потеря аппетита, усиление боли при движениях	Фотофобия, фонофобия, нет усиления боли при физической нагрузке	Слезотечение, заложенность носа на стороне боли, давление в глазнице	Головная боль с раннего утра, недомогание, тошнота, раздражительность, тревожность, депрессия	Уплотнение и болезненность артерий, вызванные кожные потенциалы II,* ухудшение зрения, ишемическая боль жевательных мышц полимиалгия	Сонливость или коматозное состояние, ригидность шейных мышц, светобоязнь, фокальный неврологический дефицит, у 25 % - положительные симптомы Керинга и Бабинского (двусторонний)
Начало заболевания (возраст)	10-30 лет	Любой	Взрослые	Любой	Старше 50	Обычно 25-50
Пол	Преимущественно женщины	Преимущественно женщины	Преимущественно мужчины	Одинаково	Одинаково	Одинаково
Наследственность	Часто	Имеет значение	Нет	Нет	Редко	Редко
Поведение больного	Стремление к покою, уединению	Различное	Появление головы, осторожность в движениях	Возврат к приему анальгетиков	Без изменений	Вялость, сонливость, или коматозное состояние
Триггеры	Свет, усталость, недостаток сна, гипогликемия, стресс, алкоголь, менструации, оргазм, физическая активность, пищевые и лекарственные факторы, аллергия	Стресс	Алкоголь, курение, стресс	Прекращение приема анальгетиков		Разрыв аневризмы / артериовенозной мальформации, травма головы

<p>ВНЧС</p> <p>боли в области уха, шеи сзади, тяжесть в голове</p> 	<p>СИНУСИТ</p> <p>боли в области скуловых костей и во лбу, напряжение и распирающие</p> 	<p>КЛАСТЕРНЫЕ</p> <p>боли вокруг одного глаза, резкие, стреляющие</p> 	<p>НАПРЯЖЕНИЯ</p> <p>сдавливающие всю голову боли, лекарства мало эффективны</p> 	<p>МИГРЕНЬ</p> <p>боль, отек и видимое покраснение характерны для мигрени</p> 	<p>ШЕЙНЫЕ</p> <p>боли чаще в задней зоне шеи, затылка, в теменной области</p> 
---	--	--	--	--	--

Тест на выявление мигрени

Это внезапная сильная головная боль, которая у Вас возникла не впервые?

да

Головная боль не связана с высокой температурой, повышением артериального давления, травмой головы или приемом других лекарственных препаратов?

да

Головная боль нарушает повседневную активность, работу или учебу как минимум на 1 день?

да

Головная боль сопровождается тошнотой и/или рвотой, непереносимостью света и/или звука?

да

Головная боль распространяется на одну сторону головы и носит преимущественно пульсирующий (сочетается с биением сердца) характер?

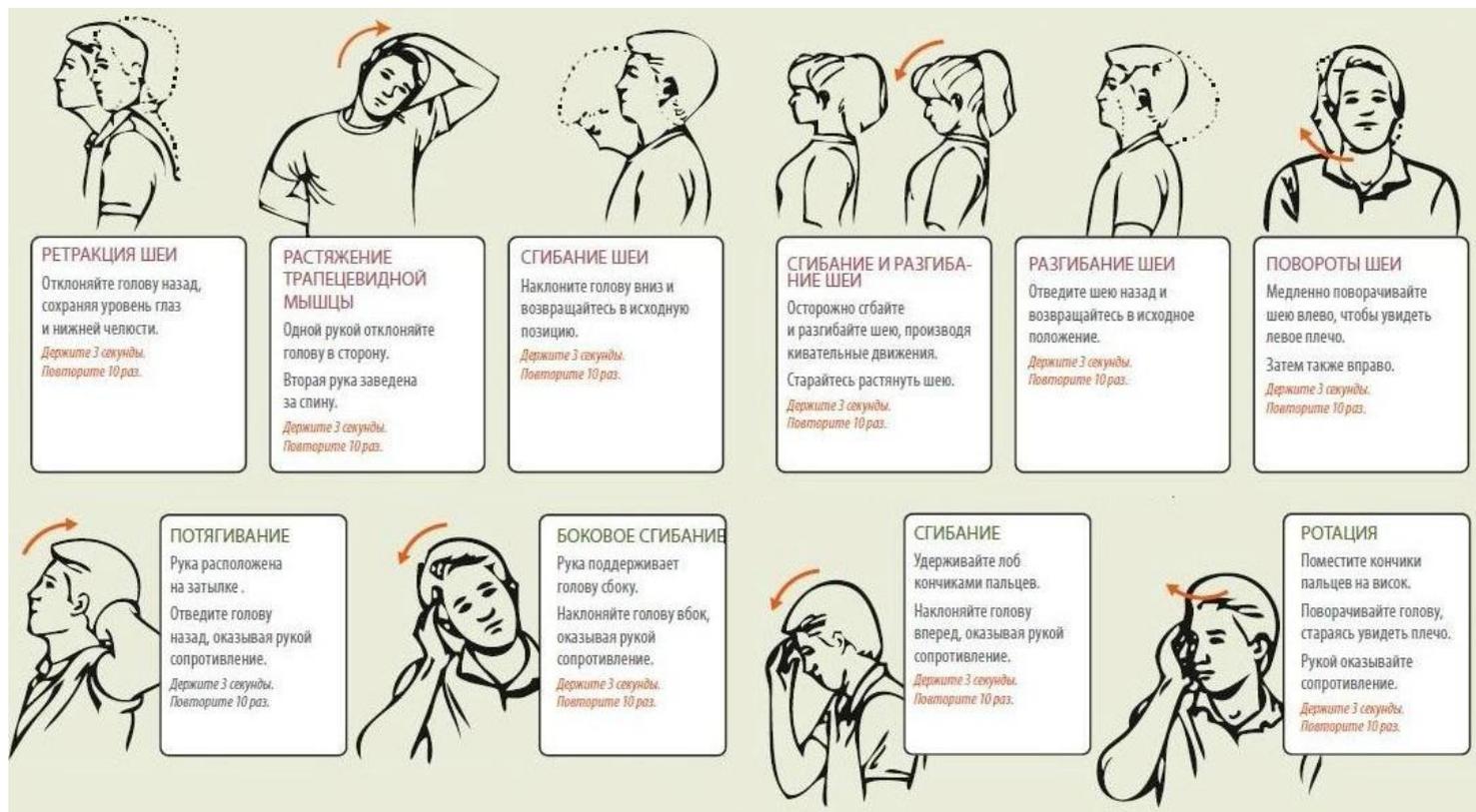
да

У Вас – мигрень

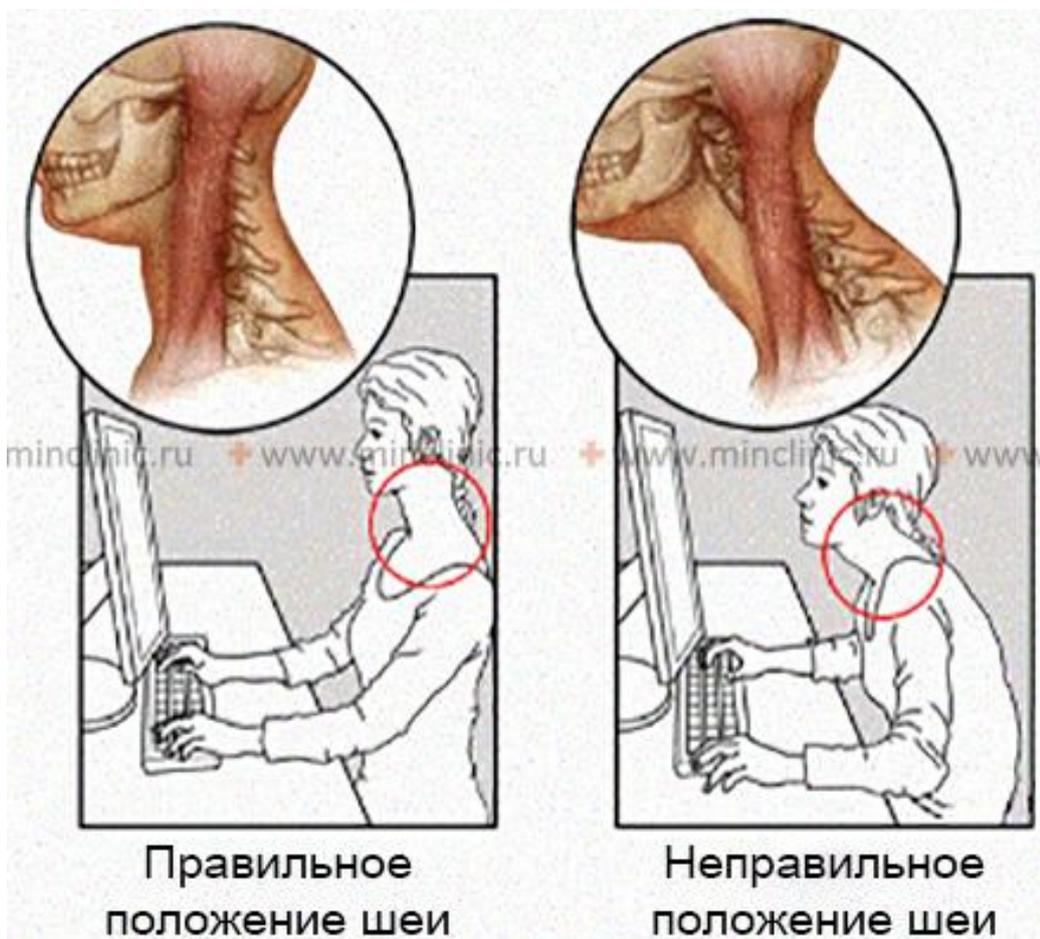
Шкала переносимости боли

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Описание степени боли с помощью слов	боль отсутствует		лёгкая боль		умеренная боль		умеренная боль		сильная боль		невыносимая боль
Шкала лиц Вонга-Бэкера											
Шкала переносимости боли	боль отсутствует		боль можно игнорировать		мешает деятельности		мешает концентрироваться		мешает основным потребностям		необходим постельный режим

Гимнастика для лечения и профилактики головных болей напряжения и головных болей, обусловленных изменениями позвоночника



Правильное положение при работе на компьютере



Клинические симптомы менингита у детей и взрослых

Младенцы			Дети и взрослые		
					
Лихорадка (возможно холодные руки и ноги)	Отказ от еды или рвота	Стоны, плач или хныканье высокой тональности	Кривошея	Головная боль	Лихорадка
					
Неприязнь или капризничанье	Вытягивание шеи с выгибанием спины	Пустое выражение лица	Рвота	Чувствительность к свету	Сонливость или спутанность сознания
					
Ребенок трудно будится, вялый	Бледное, покрытое пятнами лицо	"Болтающиеся", трудные или резкие движения	Боли в суставах	Холодный пот, дрожь	

Симптомы могут появляться в любом порядке и присутствовать не все.