

Практическое занятие «Головные и лицевые боли»

Цель изучения:

Уметь обследовать больных с головной и лицевой болью, проводить дифференциальный диагноз при головной и лицевой боли, диагностировать мигрень, пучковую головную боль напряжения, назначить лечение, диагностировать невралгию тройничного нерва, назначить лечение, диагностировать лицевые миофасциальные синдромы, синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, назначить лечение.

Знать:

Этиологию, патогенез и классификацию головной и лицевой боли, этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение невралгии тройничного нерва, классификацию, патогенез, клинические формы,

Течение, диагноз, лечение приступа и профилактику мигрени, патогенез.

Клинику, лечение и профилактику, пучковой головной боли, головной

Боли напряжения, патогенез, клинику и лечение лицевых миофасциальных синдромов, дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Головная боль (цефалгия) - одна из наиболее частых жалоб пациентов в медицинской практике. Она может быть ведущим, а иногда единственным симптомом почти 50 заболеваний. Головная боль возникает вследствие возбуждения болевых рецепторов, которые локализуются в твердой мозговой оболочке, артериях основания мозга и внечерепных артериях, покрывающих череп тканей (кожа, мышцы, сухожилия, апоневроз, слизистые оболочки), а также заинтересованность тройничного, языкоглоточного и блуждающего нервов, двух верхних шейных спинномозговых корешков.

Выделяют первичную головную боль, когда и связанные с ней симптомы составляют ядро клинической картины, и вторичную когда она представляет симптом другого заболевания.

Первичная головная боль (мигрень, головная боль напряжения, пучковая головная боль). Вторичная головная боль может быть проявлением травмы, опухоли инфекционных заболеваний и др.

При опросе больного, страдающего головной болью студент должен тщательно собрать анамнез: необходимо выяснить темп развития головной боли, характер головной боли (пульсирующий, давящий)

Клиническое течение, провоцирующие факторы.

Головная боль острая в сочетании с менингеальным синдромом указывает на инфекционный процесс, при наличии лихорадки, а без нее о субарахноидальном кровоизлиянии.

Головная боль может быть острой и хронической. К острой головной боли относят: мигрень, кластерная головная боль, субарахноидальное кровоизлияние и др.

Хроническая головная боль-слайд:

Головные боли напряжения, гидроцефалия, хронические отиты и др.

Клинические особенности мигрени.

Мигрень с аурой и мигрень без ауры

Мигрень с типичной аурой

Мигрень с длительной аурой

Мигренозная аура без головной боли

Классическая форма мигрени

Ретинальная мигрень

Базиллярная мигрень.

Осложнения мигрени

Мигренозный статус

Мигренозный инсульт.

Клинические особенности мигрени: сильные головные боли пульсирующего характера, чаще односторонние или двусторонние, Сопровождаются фоно и фотофобией, тошнотой, рвотой, физический труд ухудшает состояние больного.

Симптомы ауры отмечаются в 20% мигренозных приступов. Характерные симптомы мигрени с аурой: фотопсия, мерцающие зигзагообразные линии, выпадение полей зрения или другие фокальные неврологические симптомы.

Мигренозный статус характеризуется серией тяжелых, следующих друг за другом приступов мигрени. Это состояние сопровождается многократной рвотой, резкой слабостью.

Мигренозный инфаркт мозга. Мигренозные атаки иногда сопровождаются инсультом. Диагноз основывается на выявлении связи между мигренозной атакой и появлением стойких неврологических симптомов. Диагноз подтверждается визуализацией.

Лечение приступа мигрени: ненаркотические анальгетики (ацетилсалициловая (кислота, парацетомол, цитромон, седалгин), нестероидные противовоспалительные средства : напросен, диклофенак, противорвотные препараты-церукал,мотилиум, производные эрготамина- эрготамина гидроартрат,кафергот, дигидроэрготамин. Триптаны-агонисты 5-НТ серотониновых рецепторов: суматриптан (имигран) наратриптан (нарамиг), золмитриптан(зомиг)

Профилактика приступа мигрени-бета-блокаторы, антидероэссанты, блокаторы кальциевых каналов, антиконвульсанты, вазоактивные препараты, нестероидные противовоспалительные.

Головные боли напряжения.

Выделяют эпизодические ГБН менее 15 дней в месяц и хронические более 15 днй в месяц. И первые, и вторые могут сочетаться с вовлечением перикраниальных мышц. Боль характеризуется отсутствием четкой локализации, диффузным, сжимающим характером по типу «каска» или « шлема» и иногда сопровождается болезненностью и повышением тонуса перикраниальных мышц, что выявляется при ЭМГ-исследовании. Прием алкоголя, физическая работа не влияет на характер головной боли. Характерна фотофобия и фонофобия. Характерны тревожно-депрессивные состояния. Лечение лекарственное: терапия-ненаркотические анальгетики, антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, миорелаксанты.

Немедикаментозное лечение: массаж, физиотерапия, аутогенная тренировка

Цервикогенные головные боли- характерны для людей зрелого возраста и поначалу возникает после ночного сна или после длительного лежания, позже может стать постоянной, но в утренние часы выражена сильнее. ЦГБ связаны с дисфункцией в суставах связках мышцах и сухожилиях верхних шейных сегментов позвоночника. Боль локализуется в верхнее-шейном отделе и затылочной области, при усилении она принимает вид приступа, распространяется на теменно-височно-лобные отделы, где и проявляется с максимальной силой. Боль обычно односторонняя или асимметрично выраженная. В момент приступа может быть тошнота, рвота, на высоте приступа возможна сильная пульсирующая боль. Выявляется ограниченная подвижность в шейном отделе позвоночника, напряжении отдельных мышц. Нередко имеет место тревога и депрессия, при длительном течении возможно сочетание ЦГБ с ГБН.

Пучковая головная боль

Атака головной боли характеризуется быстрым началом и быстрым достижением пика интенсивности головной боли, которая продолжается 30-40 минут. Боль почти всегда односторонняя и носит сверлящий или жгущий характер, трудно терпимый характер. Число атак в день от 1 до 3. Наиболее частая локализация боли: орбитальная, ретро-

орбитальная. пара-орбитальная и височная область. Боль настолько сильная, что пациент во время приступа не может лежать, он предпочитает сидеть, надавливая рукой на больное место. Пытаясь найти позу, облегчающую боль. Атака сопровождается слезотечением, инъекцией конъюнктивы, заложенностью носа или ринореей. Выделяют эпизодические и хронические пучковые головные боли. При эпизодической пучковой головной боли пучковый период продолжается от 7 дней до года, а период ремиссии – более 14 дней. При хронических пучковых головных болях кластерный период протекает более года или наблюдаются короткие ремиссии. Лечение-купирование приступа – ингаляция кислорода, суматриптан, дигидроэрготамин. Профилактика-карбонат лития преднизалон, антагонисты ионов кальция.

Абузусная головная боль

Диагностические критерии абузусной головной боли: наличие первичной головной боли в анамнезе(мигрень), ГБН, ежедневная или почти ежедневная головная боль, ежедневное применение анальгетиков, резкое ухудшение состояния в случае прекращения лечения. Длительное улучшение после отмены анальгетических препаратов. В типичных случаях головная боль сохраняется весь день, боль от слабой до умеренной. Боль обычно присутствует в момент пробуждения.

Лицевые боли

Классификация лицевых болей:

1. сосудистые-хроническая пароксизмальная гемикрания, кластерные головные боли, височный артериит
2. нейрогенные: невралгия тройничного нерва, невралгия языкоглоточного нерва, ганглионит гассерова узла
3. миогенные: болевая миофасциальная дисфункция
4. симптоматические: заболевание глаз, заболевание ЛОР органов. Заболевания зубов и челюстей, заболевание височно-нижнечелюстного сустава
5. психогенные лицевые боли

Хроническая пароксизмальная гемикрания

Головная боль длится в среднем 1-3 минуты. Среднее число атак-14. Выраженная или мучительная боль, локализованная в области глаза, лба или макушки. Боль может иррадиировать в ухо, шею и плечо. Ринорея с одноименной стороны, носовые выделения, умеренный птоз, отек века, инъекция конъюнктивы и слезотечение. Преимущественно страдают женщины среднего возраста. Отсутствует пучковость (кластер). При выраженных атаках отмечается тошнота, рвота. Атаки могут провоцироваться механическими движениями головы. 100% ответ на индометацин.

Невралгия тройничного нерва

Характеризуется приступами сильнейшей боли в области той или ветви тройничного нерва (чаще 2-й или 3-й) тройничного нерва. Боль возникает внезапно, сразу проявляясь максимальной интенсивностью. Боль напоминает внезапный удар электрическим током. Приступы боли стереотипны и имеют продолжительность от нескольких секунд до 2-х минут. Боль обладает труднопереносимой интенсивностью и провоцируется приемом пищи, разговором, дотрагиванием до так называемых курковых зон (умывание, чистка зубов). Больной «замирает» во время приступа боли. Замечено, что приступ невралгии сопровождается спазмом мышц лица. Приступы сопровождаются вегетативными нарушениями- заложенностью носа, слезотечением, гиперемией лица. Лечение: карбамазепин от 400 до 1200мг в сутки, применяют клоназепам, вальпроат натрия, антидепрессанты. Применяют также оперативное лечение, применяются операции как на периферических ветвях тройничного нерва, так и на внутричерепных структурах. Обнаружена возможность сдавления корешка тройничного нерва в

задней черепной ямке аномально расположенным сосудом либо аневризмой-применяют микроваскулярную декомпрессию.

Невралгия языкоглоточного нерва встречается редко и также характеризуется невралгическими пароксизмальными болями, имеющие локализацию в области корня языка, глотки, небных миндалин, реже на боковой поверхности шеи, за углом нижней челюсти. Также характерным являются курковые зоны, которые локализуются в зоне иннервации боли. Приступы провоцируются разговором, приемом пищи, глотанием, зеванием.

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава - синдром Костена, развивается при неправильном прикусе и связанным с ним неравномерным напряжением крыловидных, жевательной и височной мышц. Синдром Костена проявляется односторонними ноющими болями в околоушной области, особенно спереди от уха, усиливающимися при жевании. Открывание рта ограничено. В жевательной мышце имеются триггерные точки с характерными отраженными болями. Рентгенография не обнаруживает изменений в суставе.

Мигенные (миофасциальный болевой синдром). Миофасциальный болевой синдром в мышцах шеи и плечевого пояса может проявляться отраженными болями в той или иной зоне лица. Боль в височной области характерна для миофасциальных синдромов с триггерными точками в трапецевидной, жевательной и височных мышцах. Боль в лобной области-при миофасциальном синдроме в жевательной и полуостистой мышцах головы. Боль в области глаза и брови-жевательная, височная, ременная и жевательная мышцы. Боль в области уха и височно-нижнечелюстного сустава-латеральная и медиальная крыловидная мышца, а также жевательная, височная, ременная и жевательная мышцы.

Демонстрация больного с головными и лицевыми болями.
Решение и обсуждение ситуационных задач.