ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России СНК Кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ

ВТОРИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

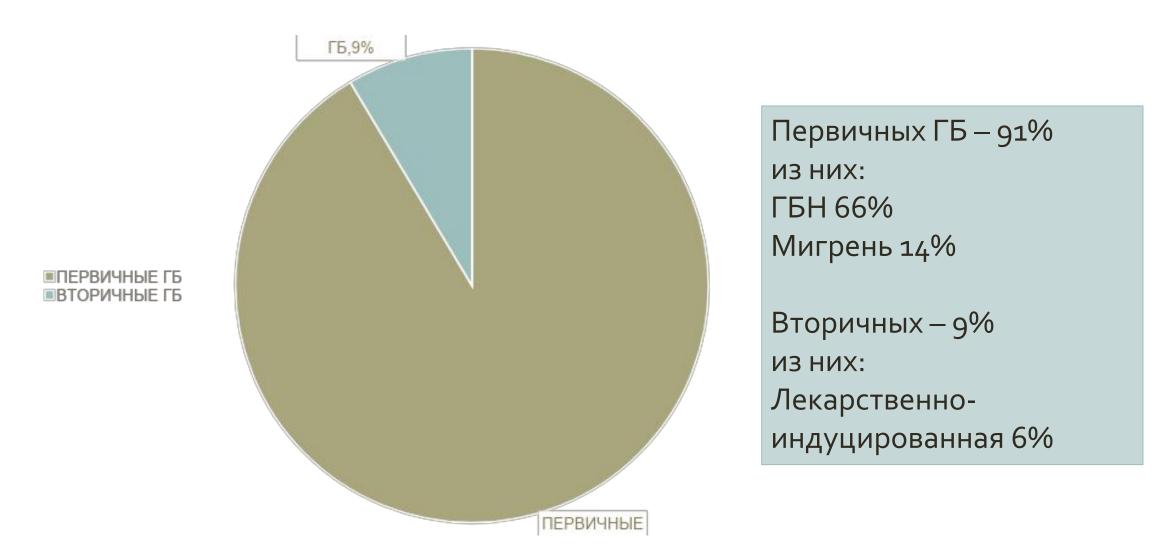
Подготовила студентка 4 курса ЛФ Шапошникова А.А.

Кураторы: к.м.н., доцент Чуканова А.С., аспирант 2-го года, врач-невролог Радионова Д.М.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВТОРИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

- 1. Наличие симптомов основного заболевания;
- **2.** Данные лабораторных и инструментальных обследований, подтверждающие наличие основного заболевания;
- **3.** Головная боль должна быть связана с началом или обострением основного заболевания;
- 4. Головная боль исчезает при лечении основного заболевания.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ВГБ В ОБЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ



ЭТИОЛОГИЯ ВТОРИЧНЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

- **1.** Травмы головы и/или шеи;
- 2. Заболевания с поражениями сосудов головного мозга и шеи;
- 3. Несосудистые внутричерепные поражения;
- 4. Различные вещества или их отмена;
- **5.** Инфекции;
- 6. Нарушения гемостаза;
- **7.** Нарушения структур черепа и лица;
- 8. Психические заболевания.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ – SNOPPP!

S – системные симптомы: лихорадка, онкология, иммуносупрессия, беременность

N – неврологические симптомы: отек ДЗН, патология ЧМН, двигательные нарушения

О – острое, внезапное начало, начало после 50 лет

Р – предшествующее начало: прогрессирование ежедневной боли, новый тип боли, неэффективность стандартной терапии

Р – поза: боль усиливается стоя/лежа

Р – провокаторы: боль усиливается при кашле/чихании

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

САК в 80% - результат разрыва мешотчатой аневризмы;

Боль развивается внезапно, мгновенно – громоподобно начало;

Пациенты описывают её, как: «непереносимая», «взрывчатая», «по типу разлива кипятка»;

Интенсивная до 8 дней;

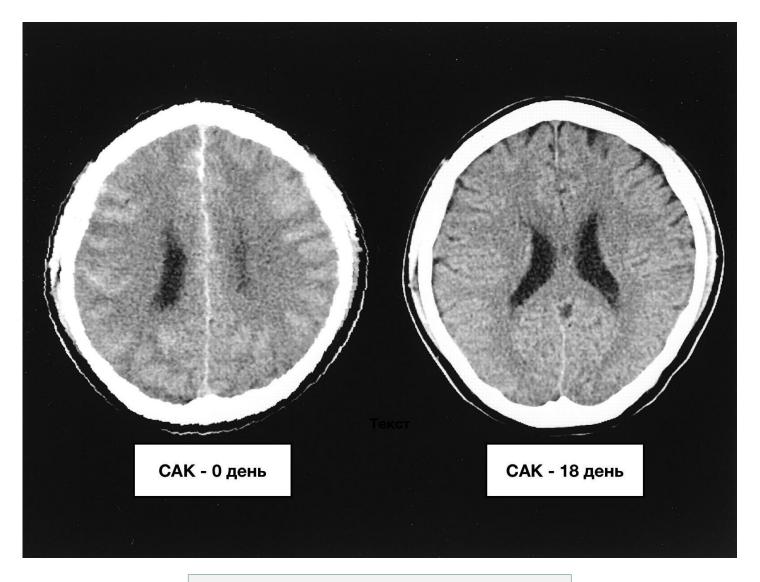
Боль в затылке и шее, напряжение мышц шеи;

Нарушение сознания, рвота, фоно- и фотофобия, кровоизлияния в сетчатку;

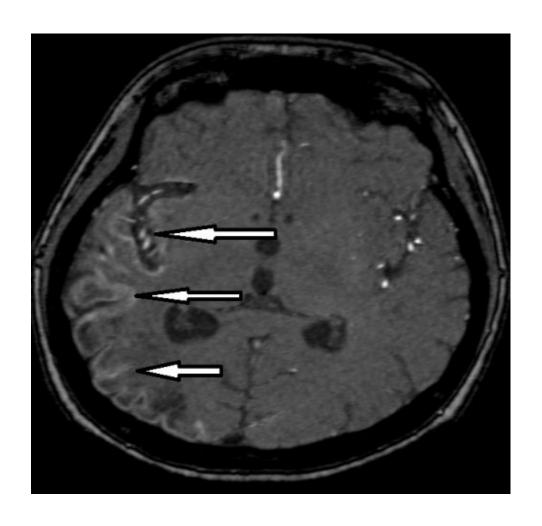
Сопровождается развитием менингеальных симптомов, болью в спине.

Обследования: КТ без контраста или МРТ, люмбальная пункция.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ



ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ



https://vrachimrt.ru/articles/3668

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ ДИССЕКЦИЕЙ КАРОТИДНЫХ ИЛИ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Встречается в 55-100% случаев, в 33-86% - первый симптом заболевания;

Боль одностороннего характера, интенсивная и продолжительная (до 4 сут.);

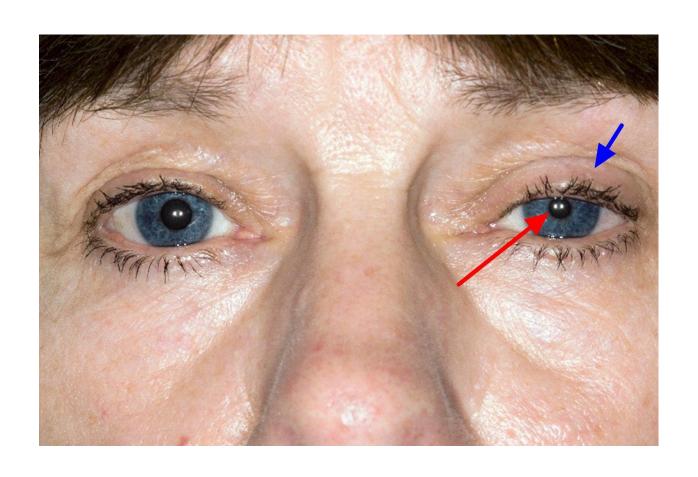
Сопутствуют очаговые неврологические знаки, обусловленные локальной церебральной или ретинальной ишемией;

Внезапно появившийся и сопровождающийся локальной болью синдром Горнера и шум в ушах;

У 80% пациентов – ипсилатеральные боли в лице и шее; У 60% пациентов – локальные симптомы церебральной ишемии (до и после); 50% пациентов – боли в заднелатеральной части шеи, боль билатеральна у 1/3.

Диагностика: дуплексное сканирование, MPT, MP-ангиография и рутинная ангиография.

СИНДРОМ ГОРНЕРА



- 1. Односторонний миоз
- 2. Односторонний птоз
- 3.* Односторонний ангидроз лица

ЭТИОЛОГИЯ ДИССЕКЦИЙ КАРОТИДНЫХ ИЛИ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

- **1. Нарушение гормонального фона** (конец беременности, ранний послеродовой период, пременопаузальный период);
- **2. Атеросклероз коронарных сосудов** (сильная деформация стенки под липидной бляшкой);
- 3. Механические повреждения (спорт, антифизиологичные позы);
- **4. Физический и эмоциональный стресс** (выброс КА);
- 5. Ятрогенные вмешательства.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ СТРОМБОЗОМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ВЕН

Встречается в 80-90% случаев;

Диффузная ГБ высокой интенсивности, с прогрессирующим характером и признаками внутричерепной гипертензии;

При остром венозном тромбозе в 75% случаев поражаются множественные вены и синусы, у 70% - это верхний сагиттальный синус;

Тромботическая обструкция верхнего сагиттального синуса -> подъём внутричерепного давления (за счёт повышения внутривенозного) -> ГБ и отёк зрительного нерва. Распространение тромба в поверхностные кортикальные вены -> отёк ГМ, инфаркт, геморраргии и эпилептические припадки.

Возможно САК!

Диагностика: МРТ в сочетании с МР-ангиографией или КТ в сочетании с компьютерной ангиографией.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЗА

- 1. СД 2 типа, ожирение;
- 2. Женщины, принимающие гормональные контрацептивы;
- 3. Артериальная гипертензия;
- 4. ХСН и хроническая дыхательная недостаточность;
- 5. Онкология (L-аспарагиназа, тамоксифен), химиотерапия;
- 6. Воспалительные процессы: менингиты, синуситы, мастоидиты;
- **7.** Патологии системы крови: тромбофилия, анемии, гемоглобинурия, миелопролиферативные заболевания;
- 8. Хирургические вмешательства.

ГБ, СВЯЗАННАЯ С СИНДРОМОМ ОБРАТИМОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВАЗОКОНСТРИКЦИИ

Громоподобная головная боль или диффузная, с вариабельным началом;

Возможны: ишемический инсульт с остаточными нарушениями, синдром Балинта (симультаногнозия, оптическая атаксия, окуломоторная апраксия)***;

Этиология: избыточное применение бромокриптина. Проходит без лечения через 1-2 мес.; феохромоцитома, беременность/постродовой период, диссекция, дайвинг, аневризма;

MP-ангиография и КТ-ангиография: патологические очаги в виде сужения и расширения мозговых артерий, картина «связки сосисок» или «жемчужных бус».

^{* &}lt;u>симултанагнозия</u> - неспособность воспринимать поле зрения целиком

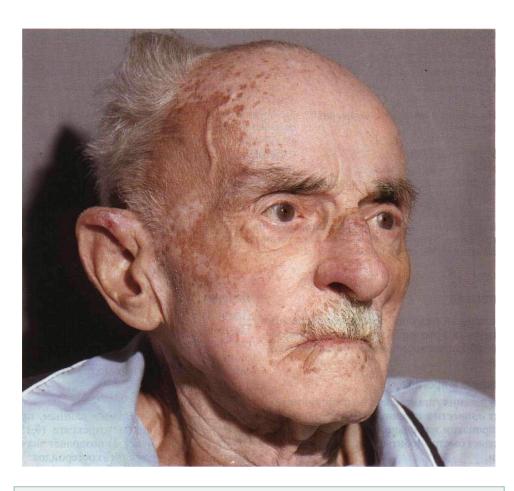
^{* &}lt;u>оптическая атаксия</u> — неспособность скоординировать движения руки таким образом, чтобы прикоснуться к объекту на основании зрительной информации

^{*} окуломоторная апраксия – неспособность фиксировать взгляд на одном объекте



https://twitter.com/vmargar/status/1154640932236681221/photo/1

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ С ВИСОЧНЫМ АРТЕРИИТОМ



ВИСОЧНЫЙ АРТЕРИИТ/БОЛЕЗНЬ ХОРТОНА

ГБ встречается более чем у половины больных артериитами.

Наиболее часто – у пожилых людей.

Клиника:

- 1. Головная боль;
- 2. Мышечное напряжение;
- 3. Боль при жевании;
- **4.** Нарушение зрения (вплоть до слепоты;
- **5.** Лихорадка (до 38гр.);
- 6. Полимиалгия;
- 7. Депрессия, раздражительность;
- **8.** Церебральные ишемические эпизоды, деменция.

ГБ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНО Й ГИПЕРТЕНЗИИ

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ

- 1. 12-20 случаев на
 100.000 населения
- 2. Метаболическое заболевание
- 3. В основном у женщин с повышенной массой тела

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ

- 1. Внутричерепные объемные образования
- 2. Кровоизлияния, отёк ГМ, венозный застой крови, ув. ликвора
- 3. Очаговые симптомы!!!

КЛИНИКА ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- **1.** Головная боль 75-94%;
- **2.** Преходящие зрительные нарушения 68-72%;
- 3. Пульсирующий тиннитус 52-60%;
- **4.** Боль в спине 53%;
- **5.** Головокружение 52%;
- **6.** Боль в шее 42%;
- 7. Паралич 6 пары ЧМН.

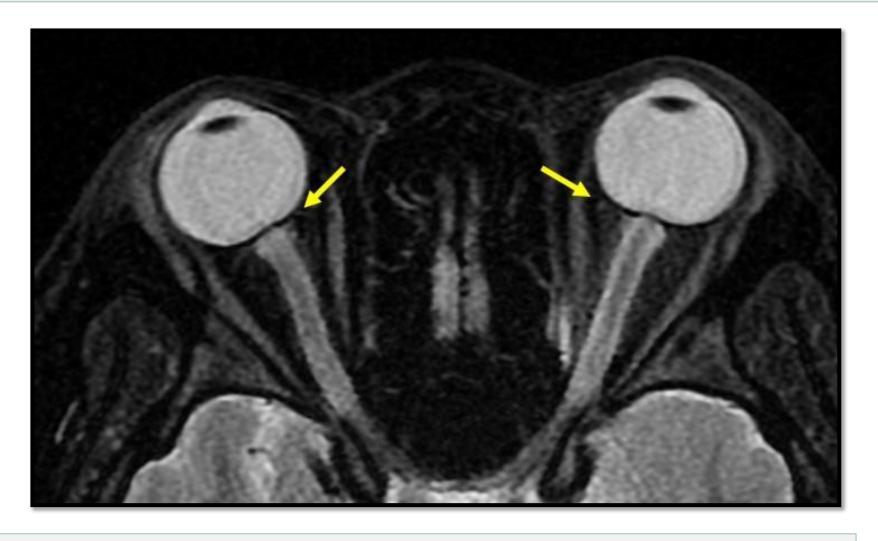
Критерии ГБ, связанной с ИВГ:

- 1. Новая ГБ/ухудшение ГБ;
- 2. Давление ликвора >250 мм вод.ст.;
- **3.** Как минимум 1:
 - ГБ привела к диагностике ИВГ
- Пульсирующий тиннитус/отек ДЗН
- **4.** Не подходит другой тип ГБ.

МР-ПРИЗНАКИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ВЧГ

- 1. уплощение заднего полюса склеры (80%);
- 2. пустое турецкое седло (70%);
- 3. растяжение оболочки зрительного нерва (70%);
- 4. двусторонний стеноз поперечных синусов;
- 5. контрастное усиление преламинарных отделов зрительных нервов (50%);
- 6. значительное расширение субарахноидальных пространств нервов (45%);
- 7. вертикальная извитость зрительных нервов (40%).

МР-ПРИЗНАКИ ВЧГ



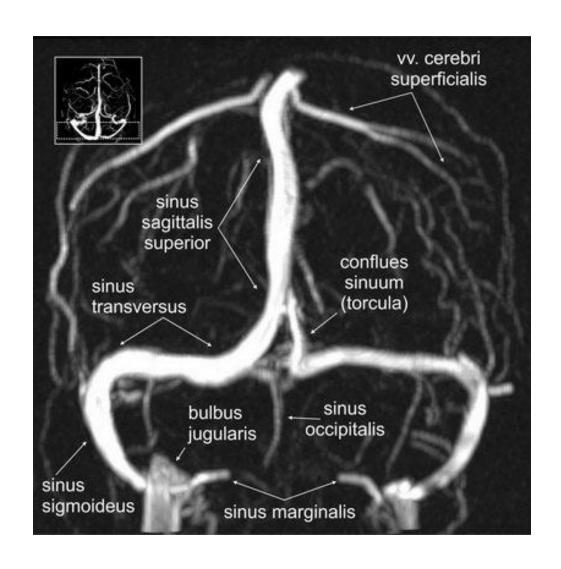
УПЛОЩЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА – Т2 С ЖИРОПОДАВЛЕНИЕМ

МР-ПРИЗНАКИ ВЧГ



РАСТЯЖЕНИЕ ОБОЛОЧКИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВАТ2 АКСИАЛ, 70%

МР-ПРИЗНАКИ ВЧГ



СТЕНОЗ ПОПЕРЕЧНЫХ СИНУСОВ ДВУСТОРОННИЙ (МР-ВЕНОГРАФИЯ)

НА СНИМКЕ НОРМА – СХЕМА СИНУСОВ

ГБ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ВНУТРИЧЕРЕПНО Й ГИПОТЕНЗИИ

1. СПОНТАННАЯ

- Провокаторы кашель, чихание, небольшая травма;
- Дивертикул корешковой манжеты;
- 16-38% пациентов имеют заболевания соединительной ткани (синдром Марфана, Элерса-Данлоса, АД поликистоз почек, изолированная гипермобильность суставов).

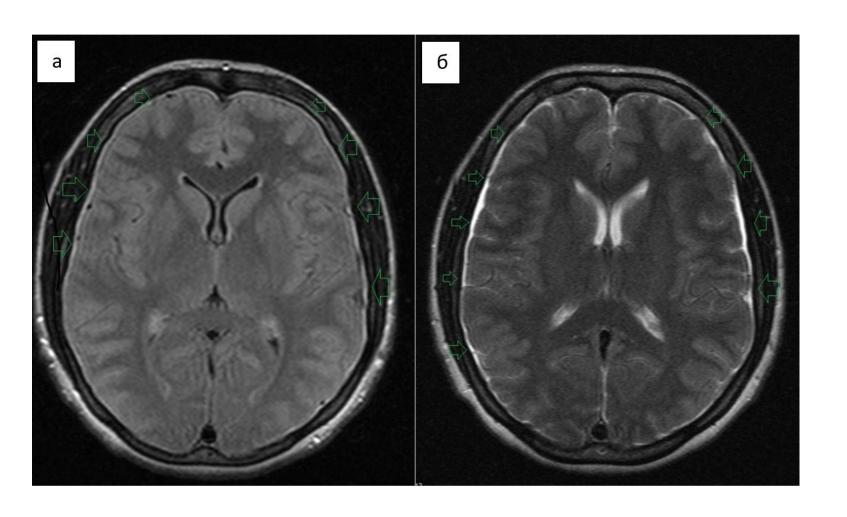
- 2. ПОСТПУНКЦИОННАЯ
- 3. ЛИКВОРНАЯ ФИСТУЛА
- 4. ЛИКВОРНЫЕ ШУНТЫ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

- 1. Ортостатическая головная боль (15% случаев громоподобная);
- 2. Изменения слуха (эхо, приглушенный звук, звон в ушах);
- 3. Боль и скованность в шее, между лопаток;
- 4. Тошнота/рвота;
- **5.** Двоение, нечеткость зрения;
- 6. Фоно/фотофобия.

- **1.** Накопление контраста оболочками (не проникает в борозды, не лептоменингеальное, а пахименингеальное);
- 2. Растяжение синусов;
- **3.** Субдуральные скопления жидкости (гиперинтенсивные, симметричные), гематомы;
- **4.** Провисание головного мозга (уплощение цистерны, провисание миндалин в БЗО);
- **5.** Признаки венозного растяжения: округление поперечного сечения венозных синусов на сагиттальной проекции.





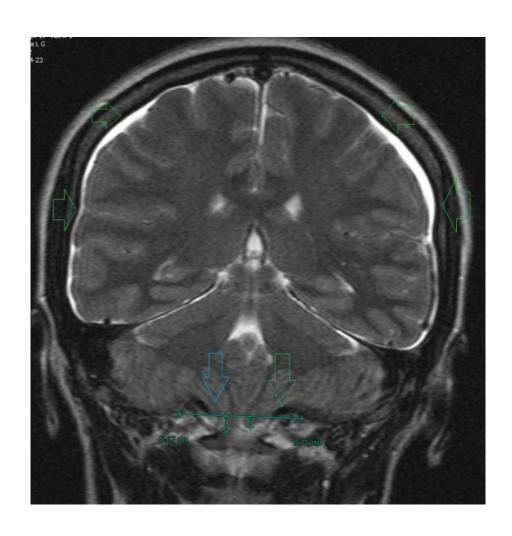
МРТ акс.сканы:

- a) T2-Flair
- б) Т2-ВИ

в аксиальных проекциях, внутричерепная гипотензия.

В лобно-теменных областях с обеих сторон определяется субдуральный выпот, вероятно с геморрагическим компонентом.

https://vrachimrt.ru/article/3940



Т2-ВИ в корональной проекции, внутричерепная гипотензия.

Миндалины мозжечка расположены ниже уровня большого затылочного отверстия.

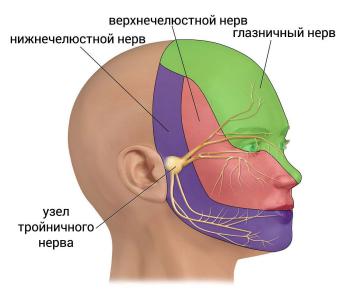
В лобно-теменных областях с обеих сторон определяется субдуральный выпот.

ЦЕРВИКОГЕННЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ (ЦГБ)

Определение: это боль, ощущаемая в области головы, источником которой являются структуры шеи.

Боль ощущается в области иннервации первой ветви тройничного, происходит из нервных структур первых трёх шейных сегментов.

Конвергенция тригеминальных и цервикальных афферентов на уровне тригемино-цервикального комплекса ствола мозга.



КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЦГБ:

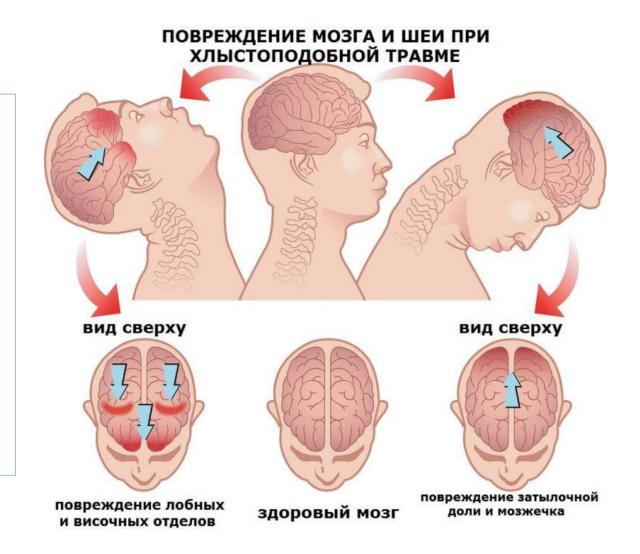
- **1.** Односторонняя боль, которая начинается в затылке и постепенно распространяется в лобно-глазнично-височную область;
- **2.** Боль провоцируется движениями в шее, антифизиологическими позами или давлением на шейно-затылочную область;
- **3.** Транзиторный эффект анестезирующих блокад большого затылочного нерва или C2-корешка;
- 4. Умеренная, непульсирующая боль;
- 5. Наличие в анамнезе травмы шеи или головы;
- 6. Уменьшение объема движений в шейном отделе;
- **7.** Возникновение в некоторых случаях таких симптомов, как тошнота, рвота, фоно- и фотофобия, отек или покраснение вокруг глаза, мерцание зрения на стороне боли и трудности глотания.

ВГБ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ (ПТГБ)

Головная боль - одно из частых проявлений травмы головы, шеи или головного мозга.

Часто сопровождается посттравматическим синдромом.

Потенциально играет роль в патогенезе злоупотребление анальгетическими препаратами!



ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

- **1.** Наличие хлыстовой травмы головы в анамнезе.
- **2.** Сведения о развитии головной боли в пределах 7 дней после одного из следующих событий:
- травмы головы;
- возвращение сознания после травмы головы;
- прекращение приема лекарств, снижающих чувствительность и способность ощущать головную боль после травмы головы.
- 3. Головная боль разрешается в пределах 3 мес. после травмы головы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Книга «Головная боль. Руководство для врачей. 2-е здание.» Г.Р. Табеева
- http://24radiology.ru/golova-i-sheya/shkala-otsenki-hant-hess-hunt-hess/
- https://cyberleninka.ru/article/n/sluchay-spontannoy-dissektsii-koronarno y-arterii-obzor-literatury-i-opisanie-sluchaya
- 4. МКГБ-3
- 5. Неврология и Нейрохирургия Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, Г.С. Бурд
- 6. https://radiographia.info/article/idiopaticheskaya-vnutricherepnaya-gipertenziya
- 7. https://vrachimrt.ru/article/3940
- 8. https://vrachimrt.ru/articles/3668

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!