

ВТОРИЧНЫЕ ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

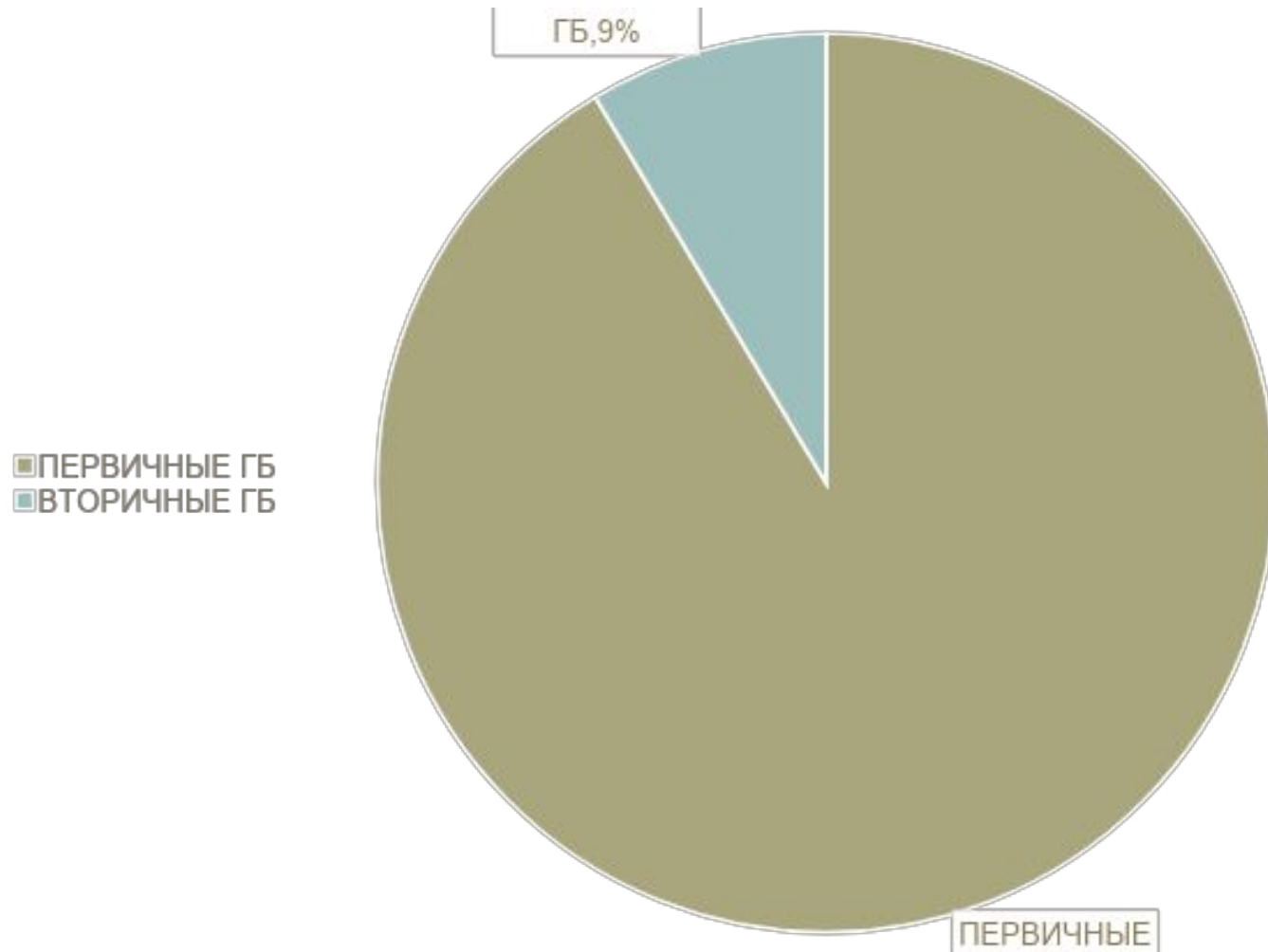
Подготовила студентка 4 курса ЛФ
Шапошникова А.А.

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



Первичных ГБ – 91%
из них:
ГБН 66%
Мигрень 14%

Вторичных – 9%
из них:
Лекарственно-
индуцированная 6%

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 – SNORPPP!

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

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

O – острое, внезапное начало, начало после 50 лет

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

P – поза: боль усиливается стоя/лежа

P – 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;

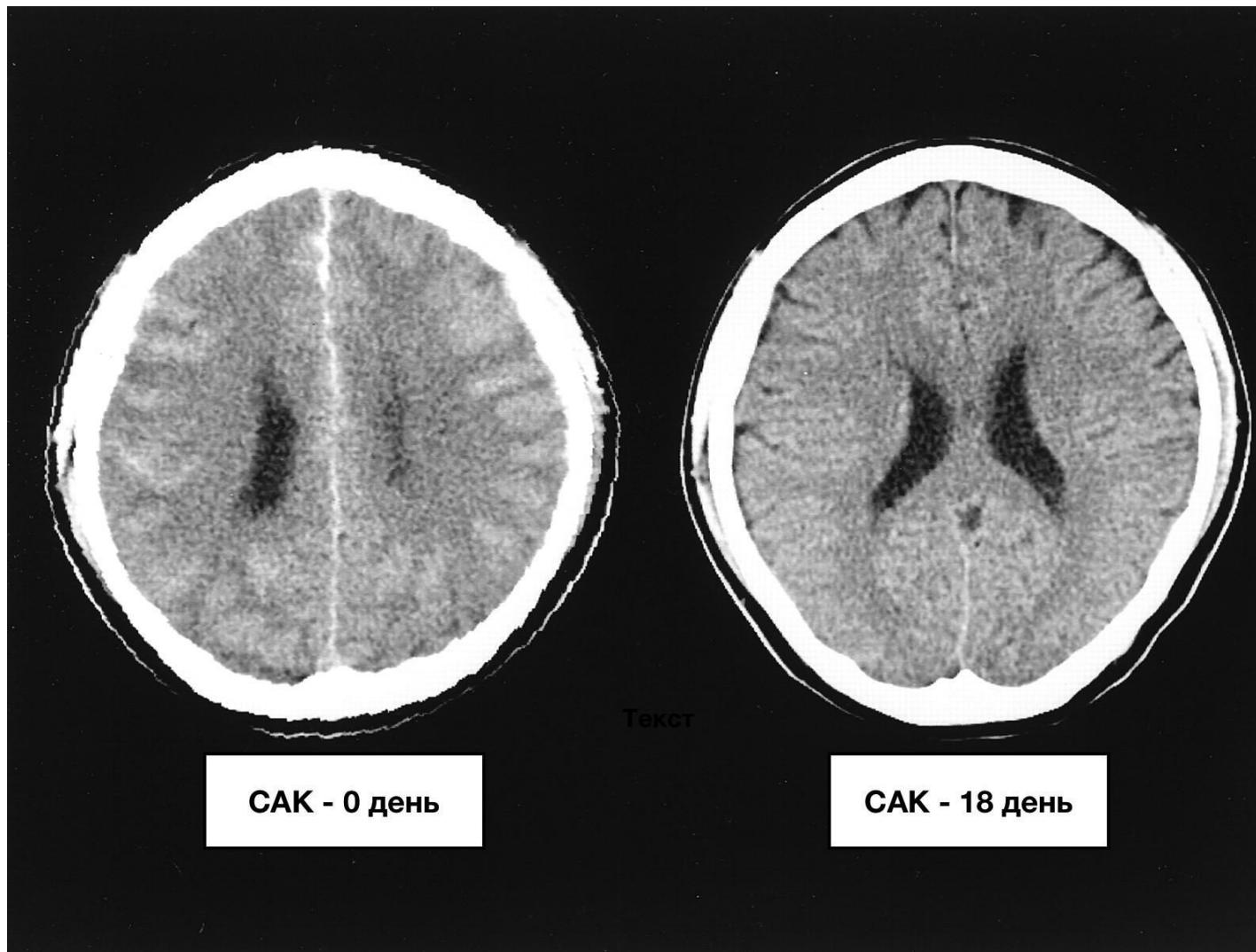
Боль в затылке и шее, напряжение мышц шеи;

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

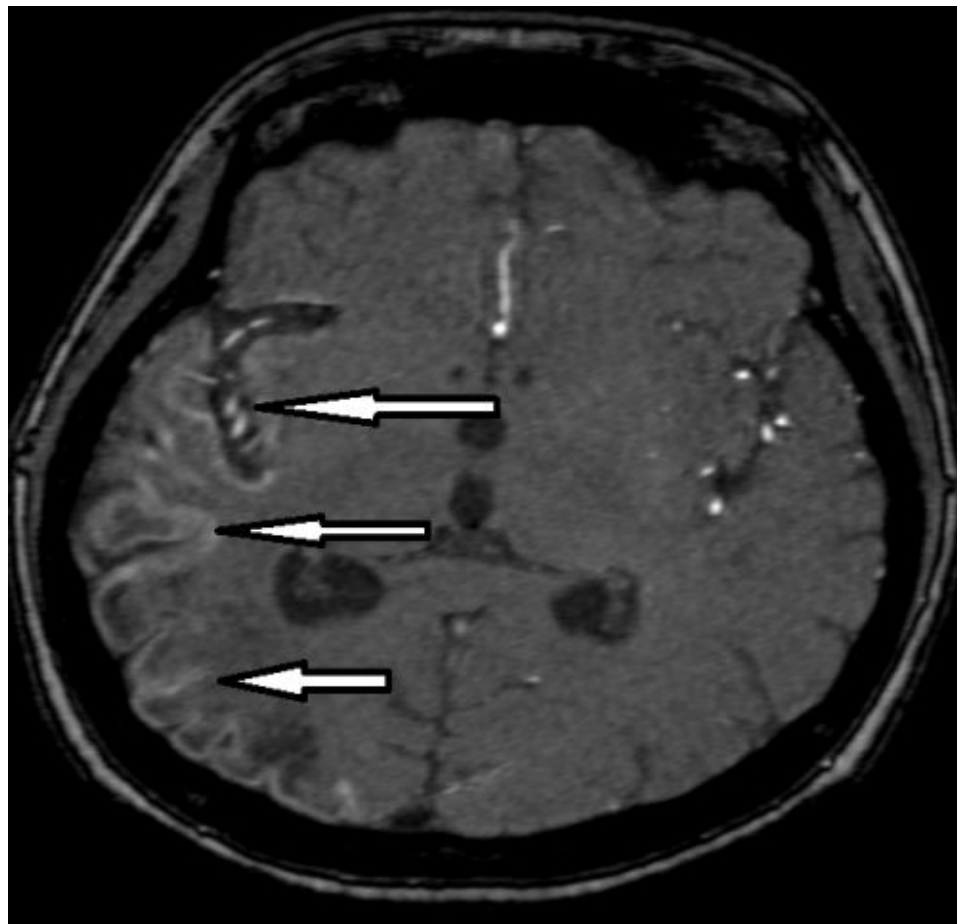
Сопровождается развитием менингеальных симптомов, болью в спине.

Обследования: КТ без контраста или МРТ, люмбальная пункция.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ



ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ С СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ



ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, СВЯЗАННАЯ ДИСЕКЦИЕЙ 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;

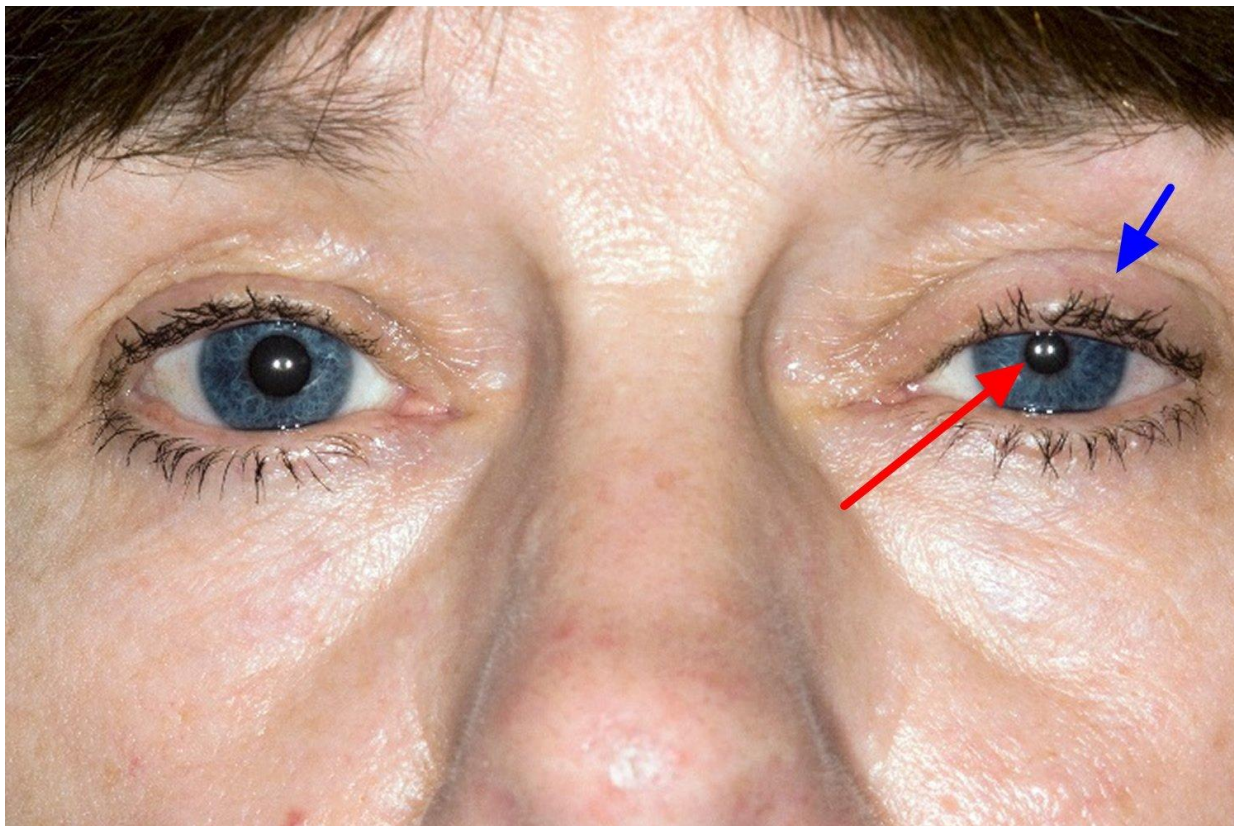
У 80% пациентов – ипсилатеральные боли в лице и шее;

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, МРТ, МР-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 С ТРОМБОЗОМ 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, геморрагии 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 переменным началом;

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

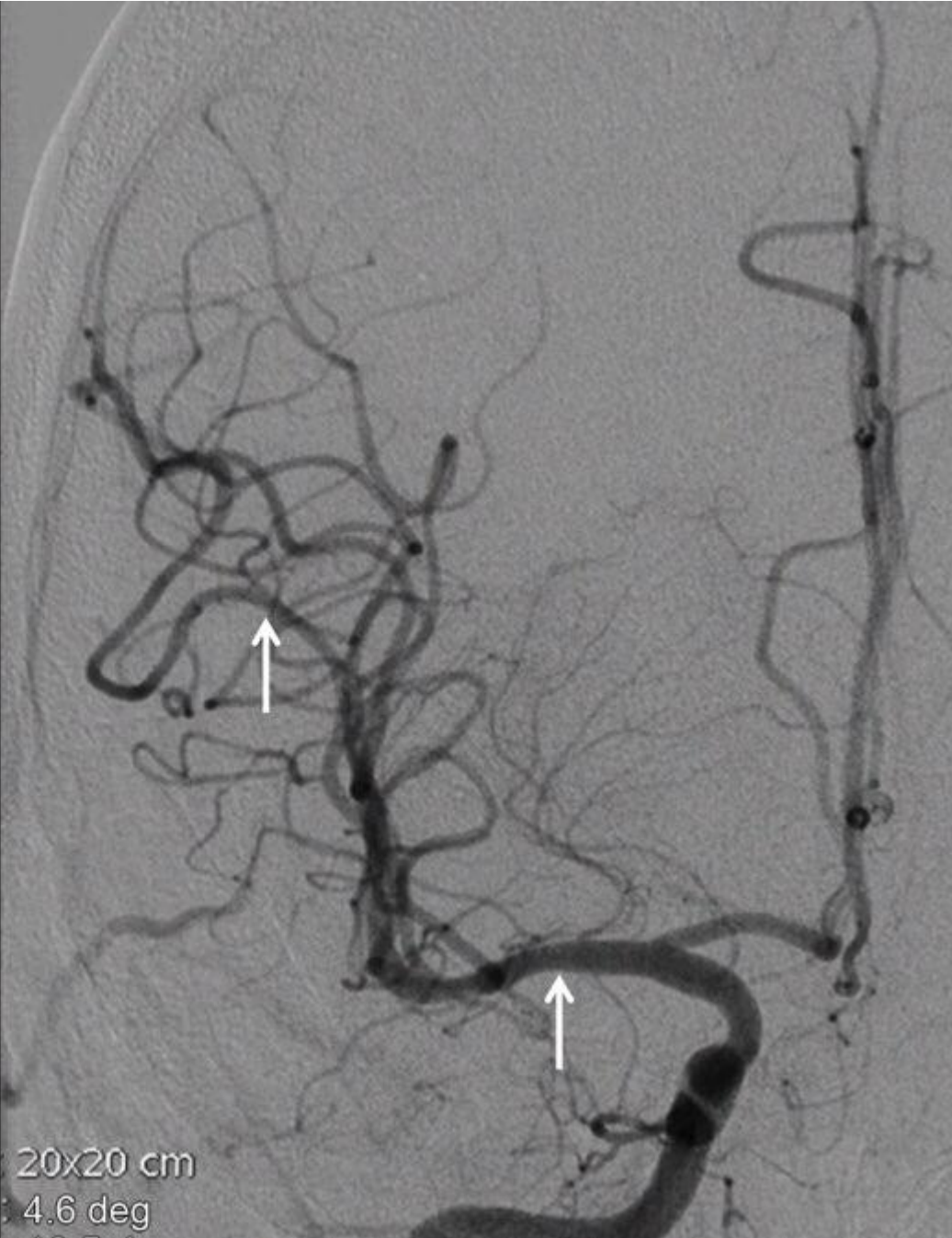
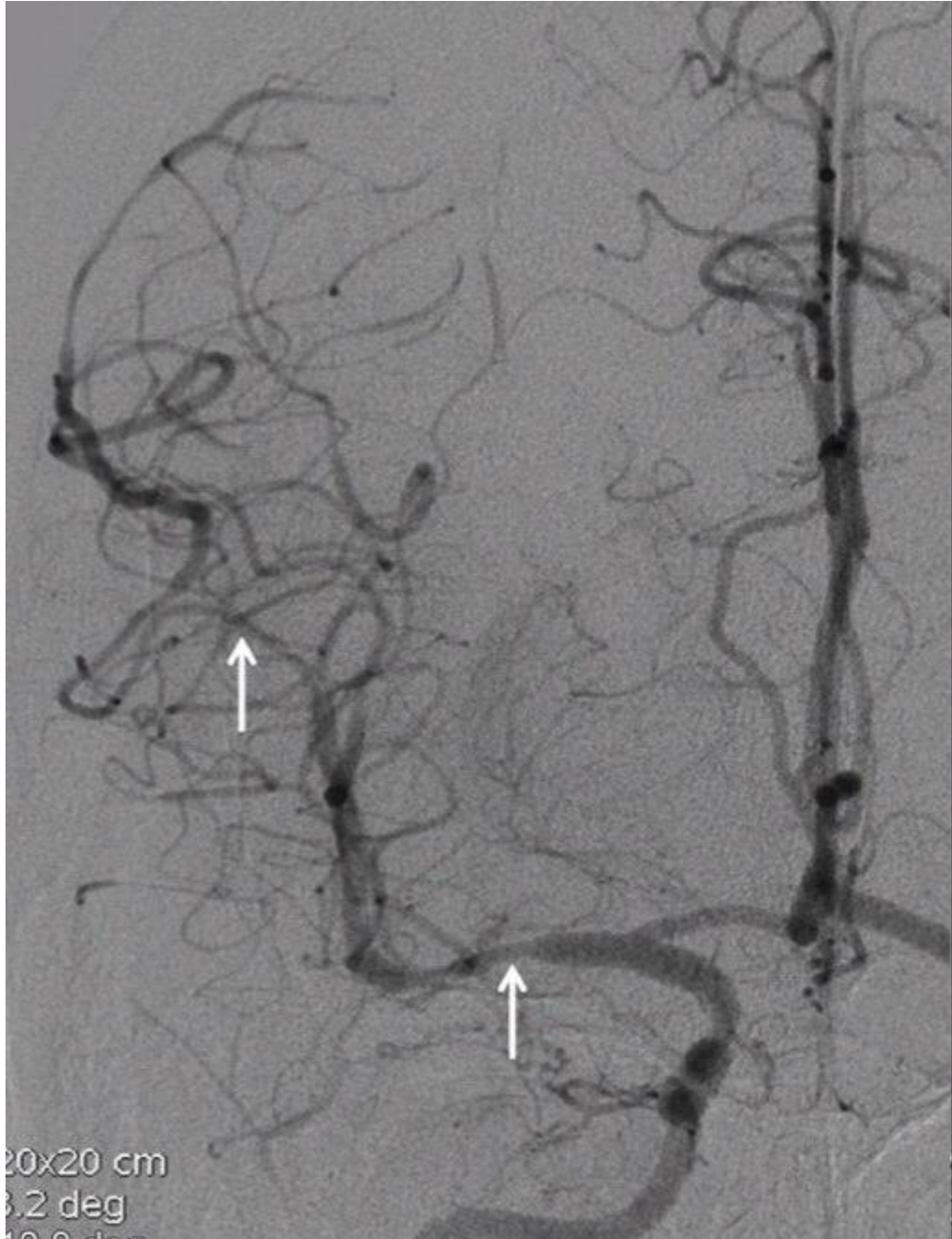
Этиология: избыточное применение бромкриптина. Проходит без лечения через 1-2 мес.; феохромоцитома, беременность/постродовой период, диссекция, дайвинг, аневризма;

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

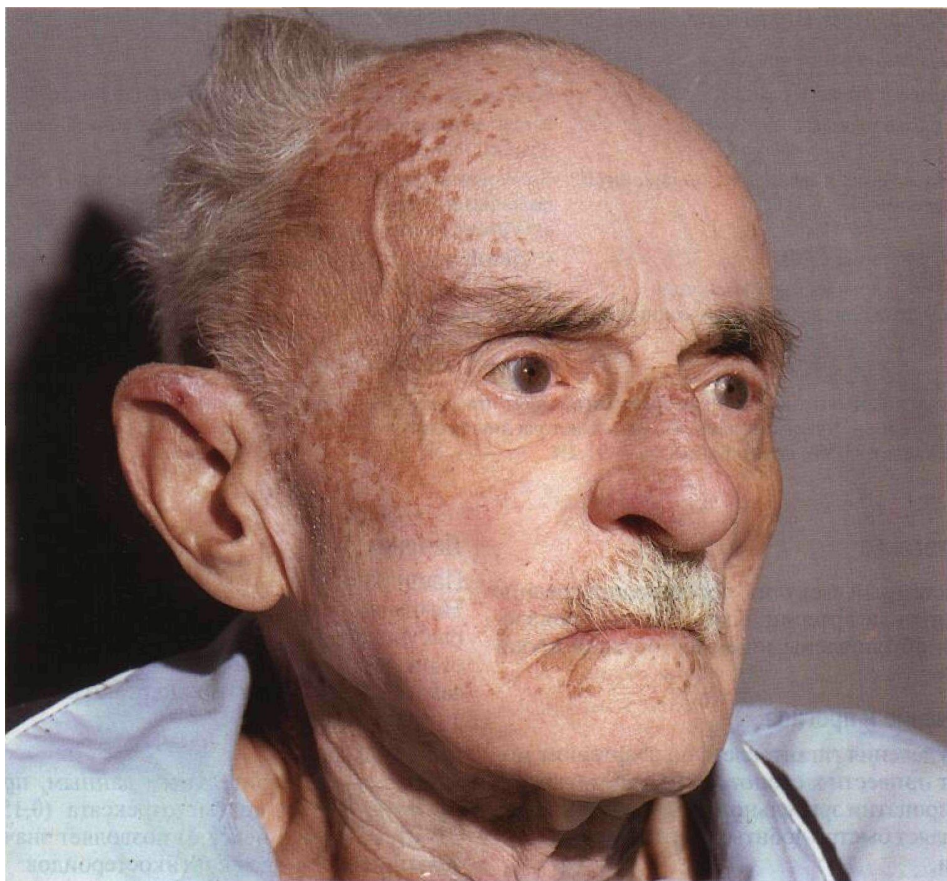
* симультаногнозия - неспособность воспринимать поле зрения целиком

* оптическая атаксия – неспособность скоординировать движения руки таким образом, чтобы прикоснуться к объекту на основании зрительной информации

* окуломоторная апраксия – неспособность фиксировать взгляд на одном объекте



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.

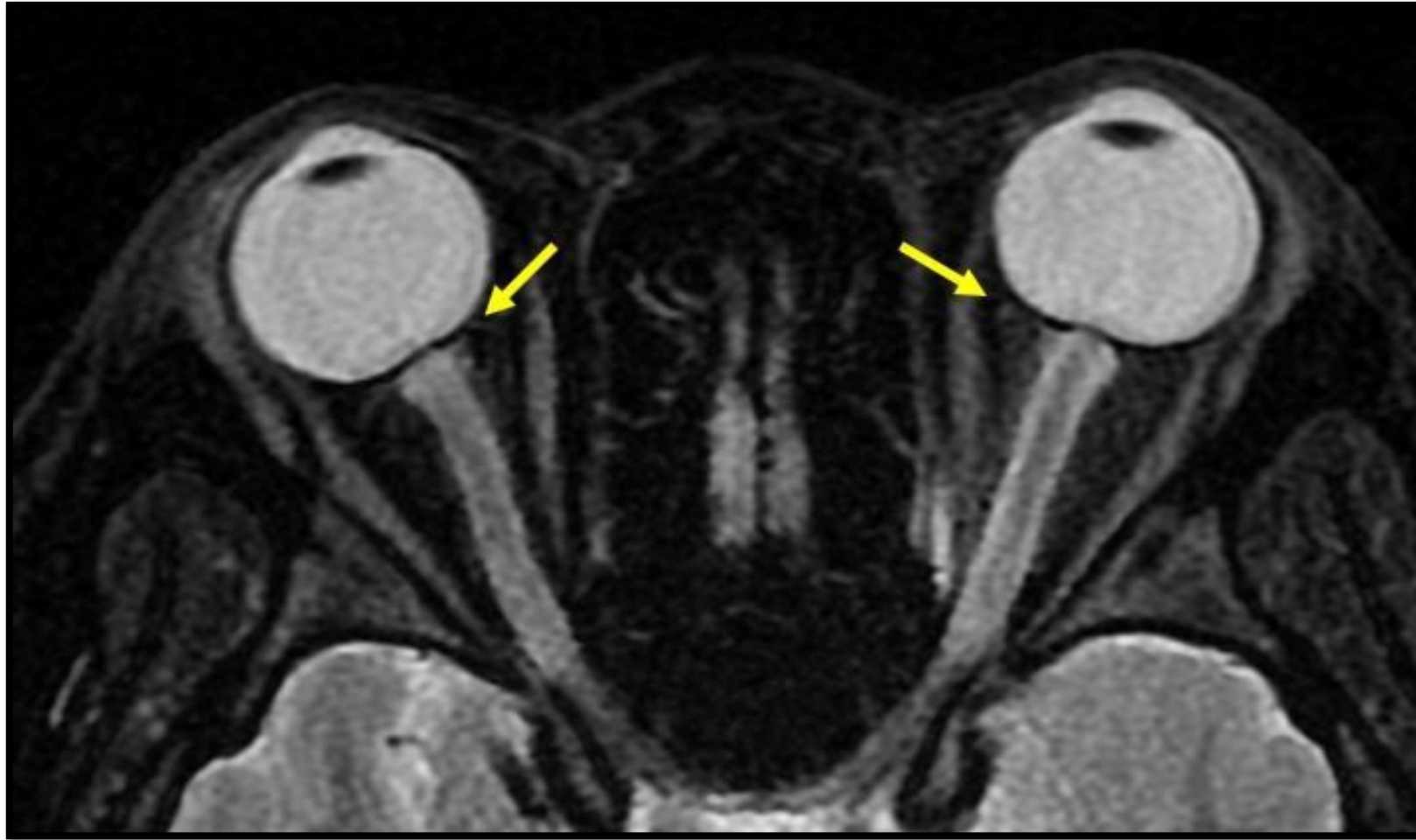
Критерии ГБ, связанной с ИВГ:

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

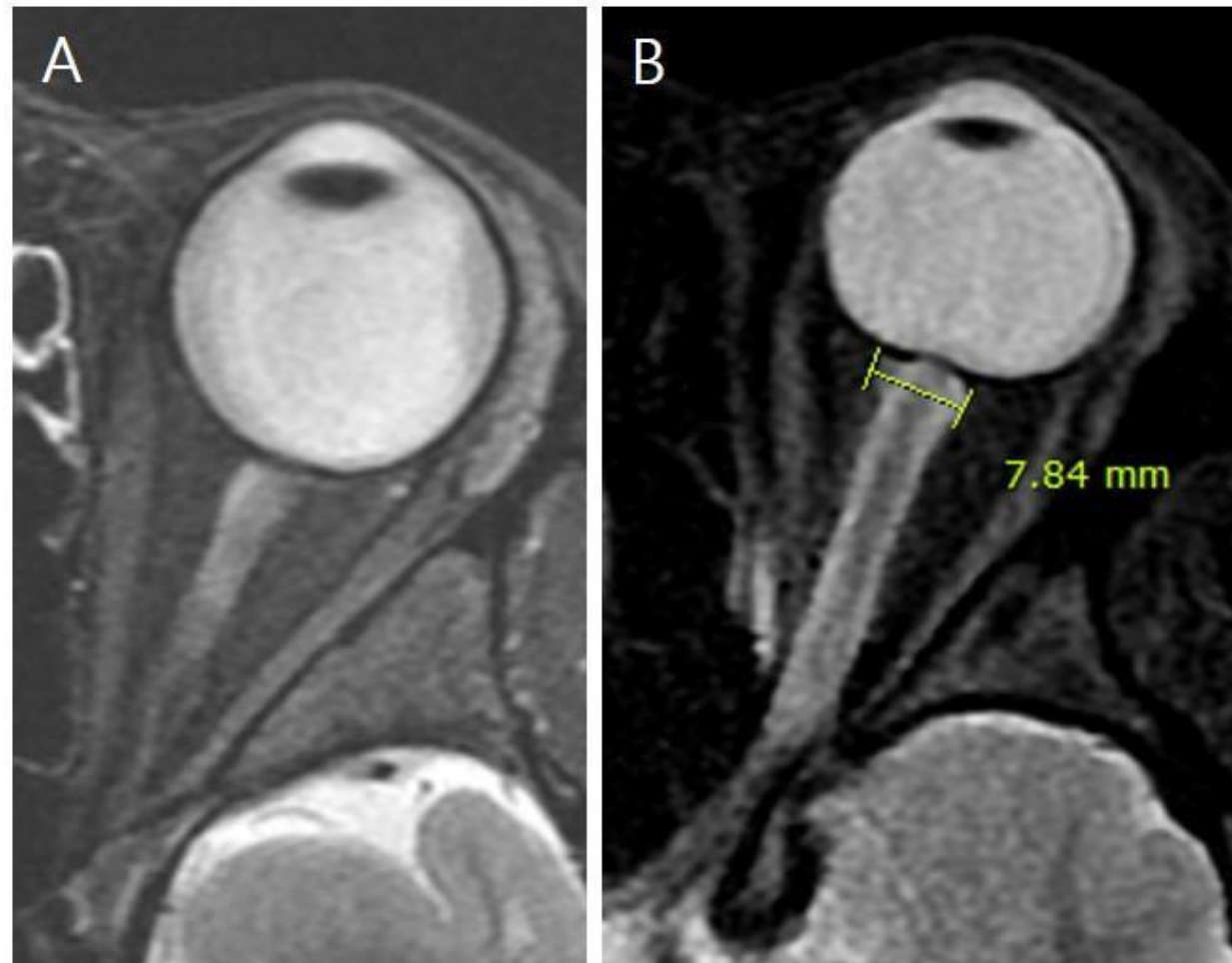
1. уплощение заднего полюса склеры (80%);
2. пустое турецкое седло (70%);
3. растяжение оболочки зрительного нерва (70%);
4. двусторонний стеноз поперечных синусов;
5. контрастное усиление преламинарных отделов зрительных нервов (50%);
6. значительное расширение субарахноидальных пространств нервов (45%);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

МР-ПРИЗНАКИ ВЧГ



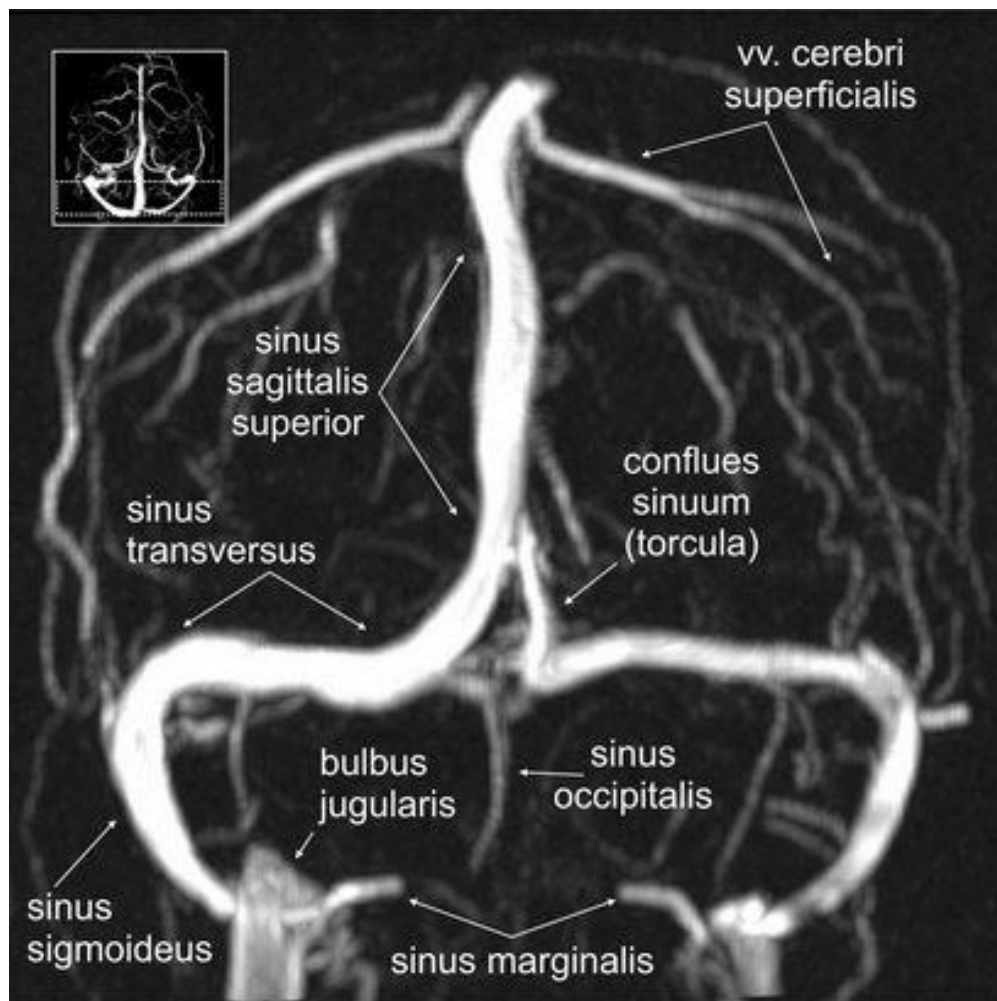
УПЛОЩЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА – Т₂ С
ЖИРОПОДАВЛЕНИЕМ

МР-ПРИЗНАКИ ВЧГ



РАСТЯЖЕНИЕ ОБОЛОЧКИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА T₂ 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

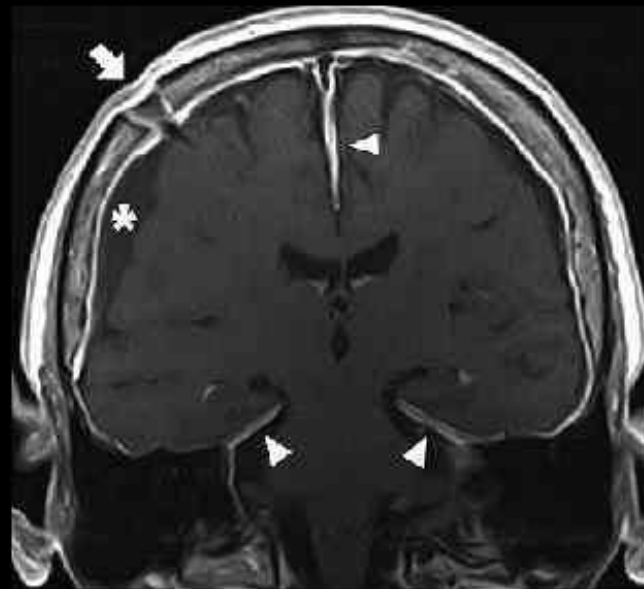
1. Ортостатическая головная боль (15% случаев громоподобная);
2. Изменения слуха (эхо, приглушенный звук, звон в ушах);
3. Боль и скованность в шее, между лопаток;
4. Тошнота/рвота;
5. Двоение, нечеткость зрения;
6. Фоно/фотофобия.

МРТ-ПРИЗНАКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

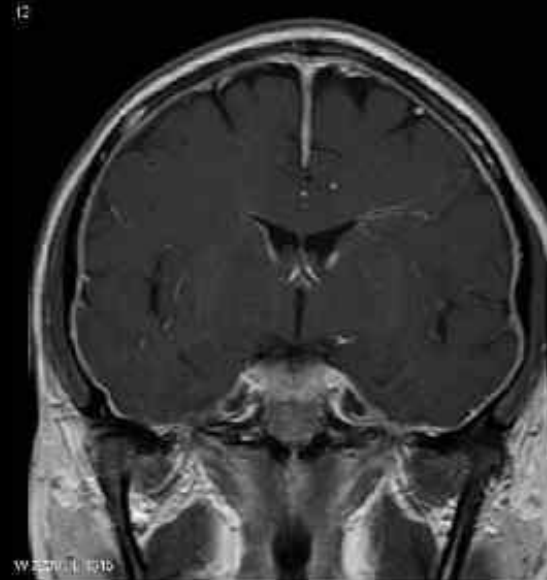
1. Накопление контраста оболочками (не проникает в борозды, не лептоменингеальное, а пахименингеальное);
2. Растяжение синусов;
3. Субдуральные скопления жидкости (гиперинтенсивные, симметричные), гематомы;
4. Провисание головного мозга (уплощение цистерны, провисание миндалин в БЗО);
5. Признаки венозного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

МРТ-ПРИЗНАКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПОТЕНЗИИ

Пахименингеальное контрастное усиление

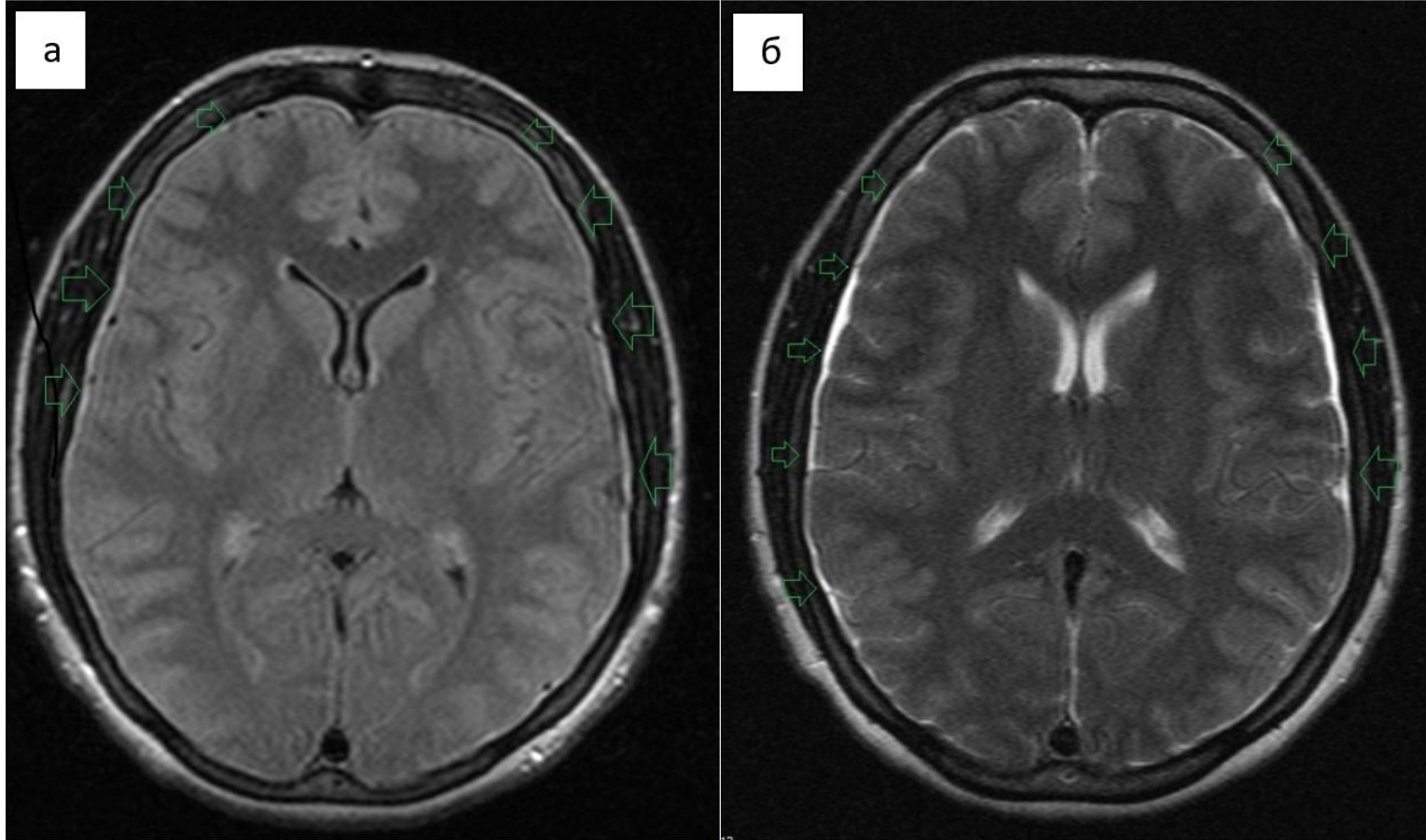


Постоперационные изменения



Внутричерепная гипотензия

МРТ-ПРИЗНАКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПОТЕНЗИИ



МРТ акс.сканы:

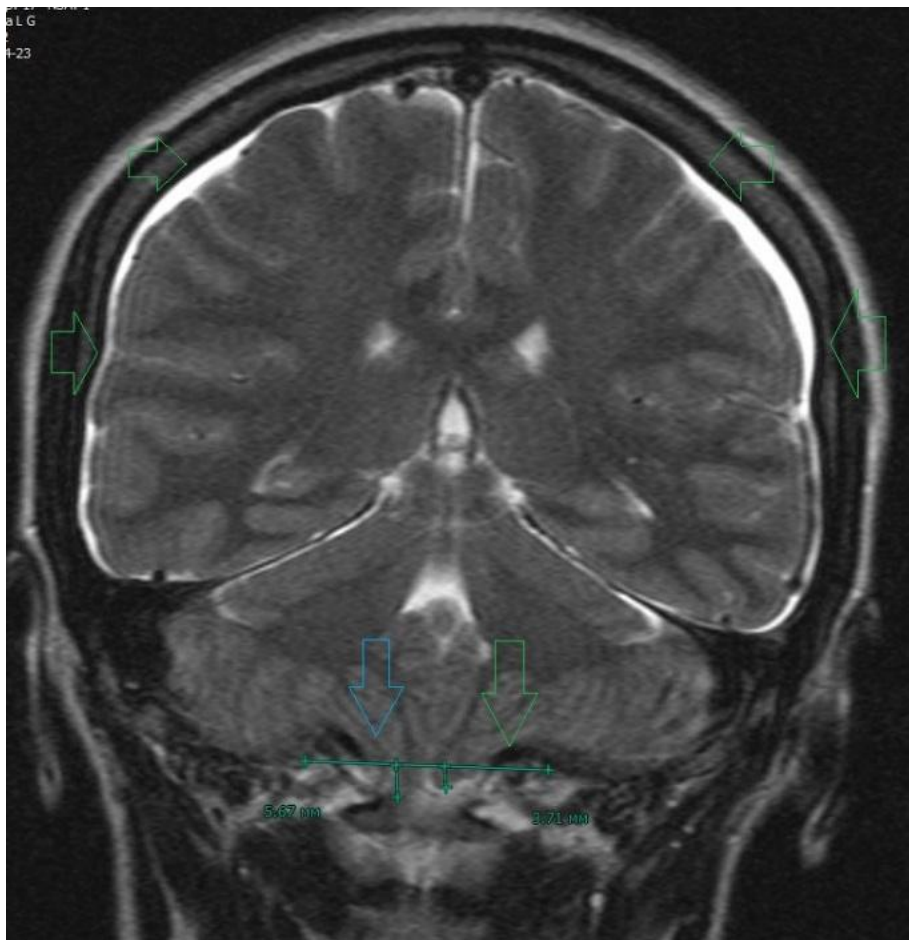
а) T2-Flair

б) T2-ВИ

в аксиальных проекциях,
внутричерепная
гипотензия.

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

МРТ-ПРИЗНАКИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ГИПОТЕНЗИИ



T2-ВИ в корональной проекции, внутричерепная гипотензия.

Миндалины мозжечка расположены ниже уровня большого затылочного отверстия.

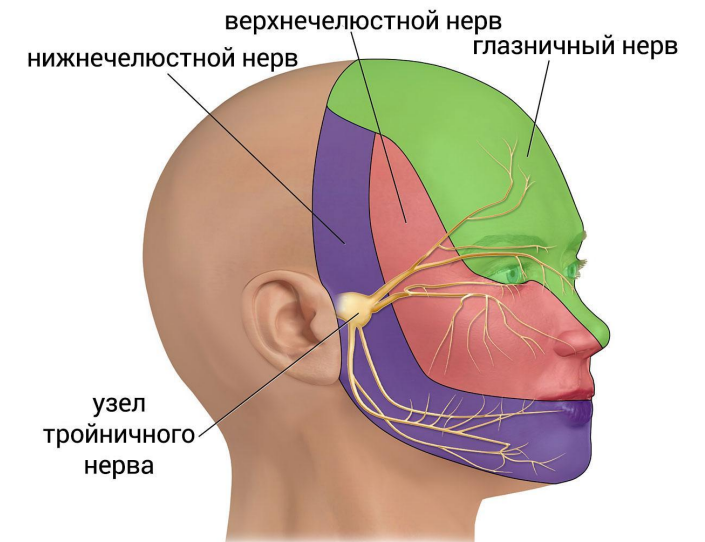
В лобно-теменных областях с обеих сторон определяется субдуральный выпот.

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:

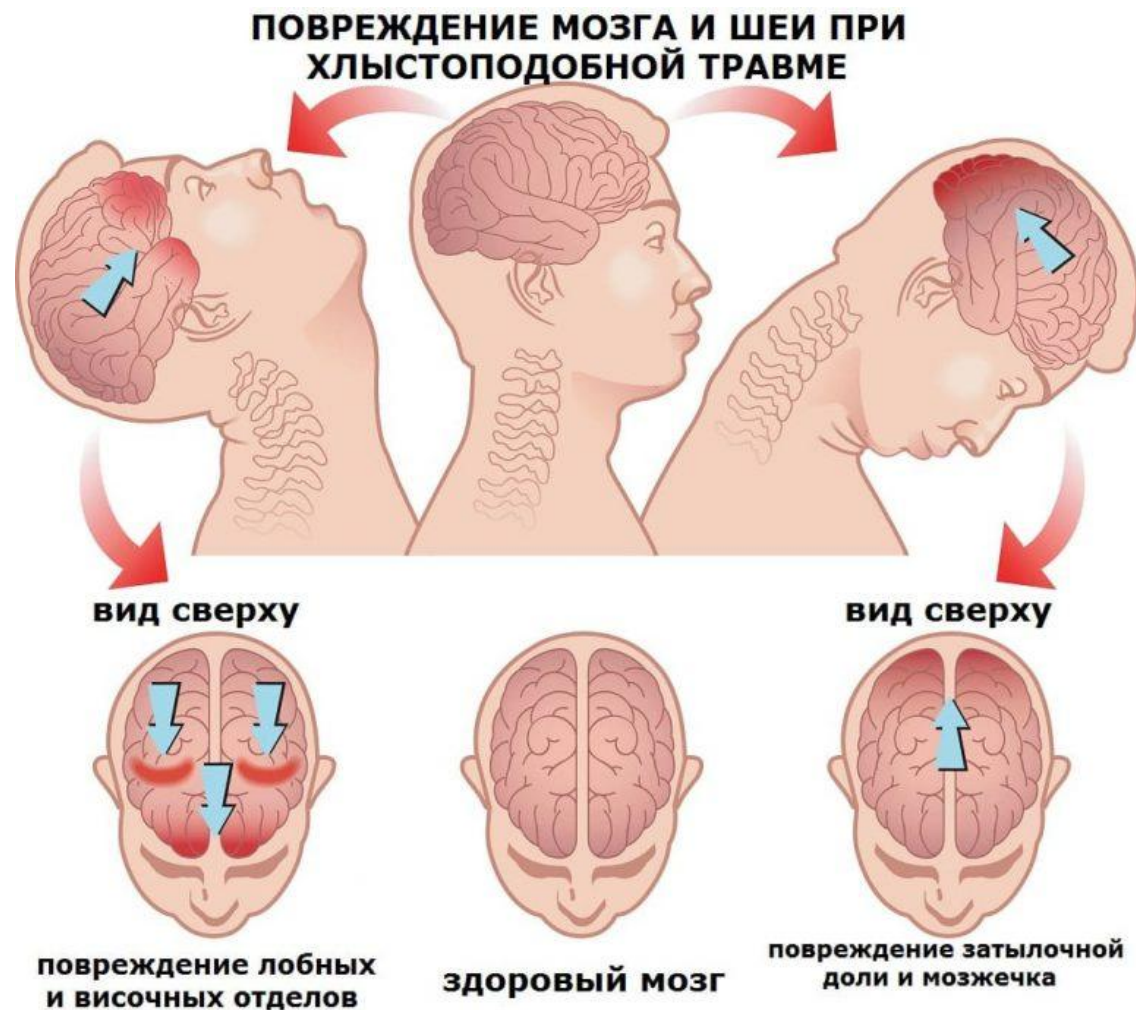
1. Односторонняя боль, которая начинается в затылке и постепенно распространяется в лобно-глазнично-височную область;
2. Боль провоцируется движениями в шее, антифизиологическими позами или давлением на шейно-затылочную область;
3. Транзиторный эффект анестезирующих блокад большого затылочного нерва или С2-корешка;
4. Умеренная, неппульсирующая 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 издание.» Г.Р. Табеева
2. <http://24radiology.ru/golova-i-sheya/shkala-otsenki-hant-hess-hunt-hess/>
3. <https://cyberleninka.ru/article/n/sluchay-spontannoy-disseksii-koronarnoy-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!