

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ В ОБЛАСТИ ШЕИ

Федаш-Кирсанов А. А., Кучеева И. С., Свистун В. Ю.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика (Украина)

Актуальность. Несмотря на то, что головная боль является одной из наиболее частых жалоб больных, встречающихся в повседневной медицинской практике, этому симптому не придается должного диагностического значения. Основными трудностями изучения головной боли являются необходимость длительного собирания анамнеза, невозможность подробного расспроса больного, иногда из-за сильной головной боли, ступорозность типичной головной боли при сочетании ее с другими болевыми феноменами, нередко вторичного рефлекторного происхождения (мышечные спазмы, вазомоторные расстройства и др.). Эффективное лечение головной боли возможно только при условии назначения мероприятий, устраняющих причину возникновения головных болей или воздействующих на механизм ее развития.

Результаты и их обсуждение. Головные боли при шейном спондилоартрите характеризуются высокой интенсивностью и упорством, которые обостряются при длительном напряжении шейной мускулатуры, после переохлаждения организма, при изменениях давления. Боли начинаются с задней поверхности шеи, затем распространяются на затылочную, теменную и височные области. На высоте развития головных болей у некоторых больных наблюдается усиленная пульсация височных артерий, что приводит иногда к неправильному заключению о сосудистом происхождении таких болей. При пальпации шеи и головы отмечается ригидность шейно-затылочной мускулатуры, болезненность шейных паравертебральных, затылочных и височных точек. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника обнаруживаются шиловидные изменения суставных поверхностей позвонков, а у некоторых больных даже образование между позвонками костных мостиков.

Головные боли при шейном туберкулезном спондилите сопровождаются болями преимущественно в затылочной области, которые уменьшаются в горизонтальном положении больного, усиливаются от применения тепловых процедур, сопровождаются субфебрильной температурой, изменениями крови. Окончательный диагноз может быть поставлен на основании рентгенографии шейного отдела позвоночника, где обнаруживается компрессия тела пораженного позвонка и сужение межпозвоночной щели.

Причиной упорных головных болей могут быть иногда шейные добавочные ребра. Раздражая близлежащие шейные чувствительные нервные корешки и нервы, такое добавочное ребро может иногда оказаться причиной интенсивных, упорных головных болей, сходных по характеру и локализации с головными болями при шейном спондилоартрите.

Головные боли, связанные с заболеванием позвоночного нерва («задний шейный симпатический синдром», или синдром шейной мигрени, описанный Барре в 1925 г.). Позвоночный нерв берет начало из звездчатого узла и входит в состав сосудистого сплетения позвоночной артерии и ее ветвей. От позвоночного нерва отходят ветви к твердой мозговой оболочке задней черепной ямки и спинного мозга, надкостнице шейных позвонков, межпозвоночным хрящам. Синдром позвоночного нерва заключается в развитии сильных приступообразных болей в затылочной области, болей в глазах, в области лица, сопровождающихся вазомоторными расстройствами, головокружением (без нарушения функции лабиринта), шумом в голове, неприятными ощущениями в области глотки, изменением тембра голоса. Такой синдром иногда развивается внезапно после резких движений головой или поворотов шеи. При рентгенологическом исследовании шейного отдела позвоночника обнаруживаются явления деформирующего спондилеза, развитию которого часто предшествуют инфекционные заболевания или травма.

Головные боли, связанные с невритами и невралгиями. Невриты на начальном этапе своего развития начинаются с невралгии (болевого нарушения), к которым только в дальнейшем присоединяются признаки выпадения, а преобладание болевых нарушений в первом периоде многих органических заболеваний нервной системы представляет закономерное явление (опухоль нервного ствола или спинного мозга, метастазы в тела позвонков, гипертоническая болезнь, базальный или спинальный арахноидит). Доказано, что нервные стволы, подобно центральным отделам нервной системы, при их поражении первично не всегда проявляют себя признаками «выпадения». Сначала возникают болевые симптомы и только в последующем к этому присоединяются признаки органического поражения. Болевые признаки зависят от структурных нарушений и составляют единое целое в сложной картине комплекса клинических признаков. Боли в нервных стволах могут сохраняться на всем протяжении развития невритов. Отсутствие явных органических или

структурных признаков выпадения со стороны нервных стволов в начальной фазе неврита говорит о том, что невралгия является предварительной фазой, сигнализирующей о развитии тяжёлого заболевания. Первичные невралгии имеют общие основы происхождения и общий генез с первичными невритами, а вторичные (симптоматические) невралгии всегда сигнализируют о приближении фазы выпадения, развития неврита. На протяжении развития невралгии надо учитывать первичную и вторичную природу, а диагноз невралгии требует всегда большой осторожности и неослабного внимания. При невралгии доказаны факты различия реакции нервных стволов на патогенные воздействия при структурной и функциональной индивидуальности нервных стволов. Именно эти данные определяют преобладание болевых явлений в клиническом комплексе признаков разнородных заболеваний. Первичные невралгии могут развиваться остро и внезапно и часто резко обрываются. В основе их обычно лежат легкие формы неврита, возникающие чаще всего при воспалительно-инфекционных или интоксикационных заболеваниях. Эффективность лечения зависит только от методов диагностики для выявления факторов риска и причин развития головной боли.

Методы обследования пациентов с головной болью: обращает на себя внимание на положение головы, подвижность мимической мускулатуры, ширину зрачков, окраску кожи на лице; перкуторное и пальпаторное исследование; наличие или отсутствие болевых феноменов, провоцируемых различными воздействиями на чувствительный нервный аппарат (определения ригидности затылка, симптомов Кернига, Брудзинского); рефлекторно возникающие сокращения черепной и шейной мускулатуры (во время приступа мигрени на стороне головной боли сжатие век, расширение ноздри, поднятие носогубной складки, сокращение грудино-ключично-сосцевидной мышцы с поворачиванием лица кверху и в сторону, противоположную боли, иногда поднятие плеча на стороне боли); при исследовании кожной болевой чувствительности у некоторых больных с жалобами на головные боли удается обнаружить на голове зону болевой гиперестезии или гипестезии, режестезии. На глазном дне у больных, страдающих головными болями при артериальной гипертензии, обнаруживается сужение артерий и расширение вен. У больных с повышенным внутричерепным давлением на глазном дне глаз отмечаются застойные явления. На рентгенограммах черепа у больных с упорными головными болями сосудистого происхождения можно наблюдать чрезмерную выраженность артериальных борозд твердой мозговой оболочки. При повышении внутричерепного давления отмечаются изменения структуры черепных костей; они становятся порозными, наблюдается вторичное, гипертензионно-гидроцефальное расширение турецкого седла. У больных с хроническими воспалительными внутричерепными процессами, сопровождающимися головными болями, на снимках черепа иногда обнаруживается массивное расширение диплоэтических сосудов и обызвествления в арахноидальной оболочке. При исследовании спинномозговой жидкости надо обращать внимание не только на ее состав, но и на давление, хотя повышение внутричерепного давления и не является основным причинным фактором развития головной боли.

Принципы лечения головной боли. Основным направлением лечения любого заболевания является целенаправленный патогенетический подход, который подразумевает четкое представление о механизме развития заболевания и точное фармакологическое воздействие на его основные звенья, позволяющее остановить прогрессирование патологического процесса. Принимая во внимание общность патогенетических механизмов развития боли и воспаления, в лечении болевого синдрома при хронических заболеваниях позвоночника используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС). Они сочетают в себе анальгетическое, противовоспалительное и жаропонижающее действие, что обеспечивают эффективное воздействие на основные симптомы при данной патологии. В 2013 году было проведено исследование (Pharmacokinetic-Pharmacodynamic Model of Newly Developed Dexibuprofen Sustained Release Formulations), в котором показано, что дексипрофен эффективнее влияет на боль в более низкой дозе, чем ибупрофен. Это может свести к минимуму уровень побочных эффектов и, в конечном итоге, улучшить соблюдение больных режима и терапевтического лечения боли, а быстрота наступления эффекта и низкий спектр побочных явлений особо выделяет указанный препарат среди других НПВС.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЙОДОДЕФІТУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Олексійчук Н. В., Періг Ю. С., Титова Т. А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Актуальність. Для України проблема йододефіциту актуальна, тому що в країні, на сьогодні, майже 1,5 млн хворих на зоб та іншу тиреоїдну патологію, серед них 500 тис. дітей. Йододефіцит