

НЕВРОЛОГИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Учебное пособие

Под редакцией
В.Л.Голубева, А.М.Вейна

*Рекомендовано федеральным государственным автономным учреждением
«Федеральный институт развития образования» (ФГАУ «ФИРО»)
в качестве учебного пособия для использования в учебном процессе
образовательных учреждений, реализующих программы высшего образования
по специальности 31.5.01 Лечебное дело*

Второе издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2020

УДК 616.8
ББК 56.12я7
Н40

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Регистрационный номер рецензии №349 от 01 ноября 2016 г. ФГАУ «ФИРО».

Неврология для врачей общей практики / под ред. проф. В.Л.Голубева, проф. А.М.Вейна. – Москва : МЕДпресс-информ, 2020. – 432 с. : ил. ISBN 978-5-00030-805-9

Книга посвящена наиболее часто встречающимся синдромам в практике врача общего профиля, на прием к которому приходят не только больные с соматическими заболеваниями, но и пациенты с болевыми, вегетативными, когнитивными, диссомническими и другими расстройствами, требующими неврологической компетенции. Книга помогает врачу любой специальности вовремя распознать и назначить правильное обследование и лечение этой пограничной категории больных.

Книга предназначена прежде всего для врачей общей практики, интернистов, эндокринологов, гинекологов, кардиологов, а также неврологов, психиатров и других специалистов, занимающихся лечебно-диагностической работой.

УДК 616.8
ББК 56.12я7

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	7
Введение	10
1. Основы неврологического осмотра	12
Оценка уровня сознания и высших мозговых функций	12
Исследование функции черепных нервов	15
Оценка двигательной системы	20
Оценка рефлекторной сферы	21
Оценка чувствительности	25
Оценка координаторных функций	26
Оценка вегетативной сферы	26
Оценка походки	27
2. Головные боли	29
Классификация головной боли	30
Общие принципы диагностики и ведения пациентов с головной болью	31
Вторичные (симптоматические) головные боли	33
Первичные головные боли	44
3. Головокружение	61
Патофизиология вестибулярных расстройств	62
Типы головокружения	63
Основные заболевания, проявляющиеся головокружением	65
Диагностика головокружения	72
Лечение головокружения	75
4. Ишемический инсульт	78
Актуальность проблемы	78
Определение и виды инсультов	78
Патофизиология ишемического повреждения мозга	82
Осложнения инсульта	83
Лечение в остром периоде ишемического инсульта	84
Вторичная профилактика ишемического инсульта	89
Транзиторные ишемические атаки	91
Факторы риска и первичная профилактика ишемического инсульта	92
Заключение	98
5. Хроническая ишемия мозга	99

6. Кардиалгии	111
Кардиалгии в структуре психовегетативного синдрома (психогенные кардиалгии)	112
Кардиалгии вертеброгенного и миофасциального происхождения ..	118
7. Абдоминалгии	120
Абдоминалгии психогенной природы (соматоформные болевые расстройства)	121
Абдоминалгии при функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта	122
Абдоминалгии при психических заболеваниях	129
Абдоминалгии при эпилепсии	130
Абдоминалгии при тетании	130
Абдоминалгии при периодической болезни	131
Абдоминалгии при порфирии	131
Абдоминалгии вертеброгенной и мышечной природы	131
Абдоминалгии при органических заболеваниях головного и спинного мозга	132
8. Боль в спине	133
Эпидемиология	133
Рекомендации по диагностике	133
Рекомендации по лечению боли в спине	138
9. Лицевые боли	145
Алгоритм диагностики	145
Острые орофациальные боли	147
Хронические орофациальные боли	148
Поражение жевательных мышц	152
Постгерпетическая невралгия	154
Невралгия языкоглоточного нерва	156
10. Синдром вегетативной дистонии	157
Принципы функционирования вегетативной нервной системы ...	157
Структура расстройств вегетативной нервной системы	159
11. Гипервентиляционный синдром	177
Клинические проявления гипервентиляционного синдрома	178
Исследования и пробы	185
Дифференциальная диагностика	187
Лечение гипервентиляционного синдрома	189
12. Современный подход к диагностике и терапии тревожных расстройств	191
Представленность тревожных расстройств в общемедицинской сети	193
Этиопатогенез тревожных расстройств	195
Диагностическая рубрификация тревожных расстройств	196
Клиническая характеристика тревожных расстройств	197

Характеристика основных вариантов тревожных расстройств	198
Особенности и трудности диагностики в общемедицинской практике	201
Коморбидность и соотношение тревожных расстройств с соматической патологией	203
Лечение тревожных расстройств	205
13. Депрессия в общемедицинской практике	213
Патогенез	216
Систематизация	218
Клиническая картина	218
Диагностика	231
Алгоритм ведения	240
Лечение	241
14. Расстройства сна	254
Инсомнии	254
Расстройства дыхания во сне	264
Гиперсомнии	267
Расстройства суточного цикла «сон–бодрствование»	270
Парасомнии	272
Расстройства движений во сне	277
15. Паранеопластические неврологические синдромы	284
Эпидемиология	284
Патофизиология	284
История и иммунология	287
Клиническая картина	290
Лечение	295
Прогноз	295
16. Периферическая вегетативная недостаточность	296
Клиническая картина периферической вегетативной недостаточности	297
Методы диагностики периферической вегетативной недостаточности	300
Прогноз	302
Лечение периферической вегетативной недостаточности	302
17. Деменция	305
18. Нейрогенный мочевой пузырь	314
Иннервация мочевого пузыря	317
Классификация нарушений	319
Клинические проявления нейрогенного мочевого пузыря	322
Диагностика нейрогенного мочевого пузыря	325
Принципы терапии нейрогенного мочевого пузыря	327

19. Фибромиалгия	337
История	337
Клиническая картина и диагностика	338
Новые критерии диагностики фибромиалгии	340
Этиология и патогенез	343
Лечение	346
Заключение	352
20. Синдром хронической усталости (интолерантности к нагрузке) ...	353
Терминология	353
Диагностические критерии	355
Эпидемиология	357
Клиническая картина	357
Диагностика	359
Этиология и патогенез	360
Лечение	363
Прогноз	364
21. Неврологические осложнения сахарного диабета	366
Распространенность и диагностика сахарного диабета	366
Патогенез неврологических осложнений	367
Наиболее распространенные формы поражения нервной системы при сахарном диабете	368
22. Черепно-мозговая травма и посткоммоционный синдром	377
Оценка тяжести черепно-мозговой травмы	378
Клинические проявления посткоммоционного синдрома	378
Прогноз посткоммоционного синдрома	381
Лечение посткоммоционного синдрома	382
23. Синдром эмоционального выгорания	383
Лечение и профилактика синдрома эмоционального выгорания ...	388
24. Первый эпилептический припадок во взрослом возрасте:	
принципы ведения пациента	391
Эпилептический припадок – основные понятия	391
Фокальные припадки	393
Генерализованные припадки	398
Дифференциальный диагноз с неэпилептическими пароксизмами .	401
Понятие эпилепсии. Этиология эпилептических припадков	402
Диагностика причины эпилептического припадка	404
Оценка риска развития повторного припадка и рекомендации по назначению специфической терапии	408
Необходимая информация для пациента	410
Приложение	412
Литература	416

ВВЕДЕНИЕ

Достаточно одного беглого взгляда на историю мировой неврологии последних двух десятилетий, чтобы заметить существенный прогресс в ее развитии. На глазах одного поколения неврологов изменились возможности диагностики и терапии многих заболеваний нервной системы, как и сама практика неврологической врачебной деятельности.

Повсеместная тенденция к специализации становится весьма ощутимой во всех разделах медицины, и в неврологии в том числе. Выделение внутри этой клинической дисциплины таких специальностей, как, например, вегетология, эпилептология, нейроангиология, паркинсонология, нейроофтальмология, алгология, сомнология, неврозонология и др. стало повседневной реальностью и уже ни у кого не вызывает удивления. Современный практик-невролог должен не просто успевать отслеживать нарастающий поток информации во всех разделах клинической неврологии, которая уже не существует изолированно от других нейронаук, а является их связующим звеном, но и по-настоящему профессионально владеть ей. Круг нейронаук, обогащающий клиническую неврологию, на сегодняшний день включает нейрофизиологию, нейрохимию, нейроморфологию, нейрохирургию, невровизуализацию, нейропсихологию, нейрогенетику, нейроэндокринологию, нейролингвистику, нейрореабилитацию, нейрокомпьютинг и др. Такая логика развития неврологии и смежных наук о мозге носит объективный характер и обусловлена самой природой мозга человека как предмета научного исследования. Сложность этого предмета настолько велика, что современная наука не находит ей аналогов. Не удивительно, что проблема болезней мозга начинает занимать одно из приоритетных мест не только в науках о мозге, но и в современном общественном сознании. Прошедшая в конце 1990-х годов «Декада мозга» является ярким тому подтверждением.

В такой ситуации неизбежно зарождается другая уравнивающая тенденция в науке о мозге – тенденция к развитию междисциплинарной парадигмы, стремление к изучению пограничных форм патологии, находящихся на стыке соматических и неврологических расстройств. Эта область соматоневрологии, психоневрологии, психосоматики и психофизиологии долгое время находилась – в силу объективных причин – на периферии основных интересов терапевтов и неврологов и сегодня нуждается в более интенсивном изучении. Соматоневрологическая проблематика занимает среди прочих нейронаук как бы краевую позицию, положение *ad marginem*, она менее освоена терапевтами, и этим определяется ее актуальность.

15 лет назад сотрудниками нашей кафедры под руководством профессора А.М.Вейна была подготовлена и опубликована монография «Невро-

логия для врачей общей практики», ставшая первой книгой по данной проблеме в России и за рубежом. В то время книга была принята с большим интересом не только терапевтами, но и врачами-неврологами. Сегодня интерес к этой проблематике по многим причинам многократно возрос. Перестройка современного практического здравоохранения, свидетелями которой мы все являемся, напрямую стимулирует интерес терапевтов к пограничным неврологическим проблемам. А мощный информационный всплеск в смежных нейронауках ведет к существенному прогрессу в клинической неврологии. Накопленная новая информация нуждается в обобщении и внедрении в лечебно-диагностическую практику.

В этом справочнике мы постарались собрать самые новые и необходимые врачу сведения о наиболее часто встречающихся неврологических и соматоневрологических заболеваниях и сделать их доступными для врача-терапевта. При этом книга может представлять интерес и для невролога.

Известно, что неврология как наука родилась, отделившись от внутренних болезней. Сегодня же тенденция состоит в том, что вновь возрождается необходимость их взаимного сближения. Это время «собирать камни, а не разбрасывать их» и снова укреплять мост между этими когда-то едиными науками – терапией и неврологией. Начало данному процессу уже положено, и он будет развиваться дальше. Хочется надеяться, что издание предлагаемого коллективного труда оживит интерес терапевтов к вопросам неврологии и послужит еще одним стимулом к совершенствованию нашей врачебной деятельности.

Профессор В.Л.Голубев

1. ОСНОВЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОСМОТРА

В.Б.Коржавина

Пациенты с неврологическими заболеваниями могут приходить на прием к врачу любой специальности. Иногда тяжелое соматическое заболевание может начинаться с неврологической симптоматики. Например, стойкий болевой синдром в позвоночнике может быть вызван туберкулезным спондилитом, или подостро развивающиеся глазодвигательные нарушения – дебютировать в рамках дистиреоидной офтальмопатии. Кроме того, полисистемные вегетативные нарушения в рамках психовегетативного синдрома (ПВС) могут быть следствием кардиальной патологии.

Поэтому главной задачей врача во время неврологического осмотра является правильная интерпретация того или иного неврологического симптома, имеющегося у пациента, а также понимание того, соотносятся ли эти симптомы с имеющимися жалобами, клинической картиной и данными анамнеза заболевания.

Так когда же начинается неврологический осмотр пациента? Наверное, он начинается прямо с входа пациента в кабинет врача. Уже сама походка может многое рассказать о человеке. Внешний вид, опрятность одежды, формулировка жалоб, речь (эмоциональное окрашивание и интонации), жесты и мимика способствуют формированию неврологического портрета данного пациента.

Неврологический осмотр состоит из нескольких блоков:

1. Оценка уровня сознания и высших мозговых функций (память, внимание, речь, праксис, гнозис).
2. Оценка менингеальных симптомов.
3. Исследование функции черепных нервов (ЧН).
4. Оценка двигательной системы.
5. Оценка рефлекторной сферы.
6. Оценка чувствительности.
7. Оценка координаторных функций.
8. Оценка вегетативной сферы.
9. Оценка походки.

План-схема неврологического осмотра представлена в Приложении.

Оценка уровня сознания и высших мозговых функций

Оценка уровня сознания – первый этап неврологического осмотра. Сознание считается ясным, когда больной контактен, понимает вопросы и адек-

ватно отвечает на них, полностью ориентирован в собственной личности (правильно называет имя, возраст, свой семейный и социальный статус), в окружающей ситуации (знает, где сейчас находится), в месте (правильно называет город, лечебное учреждение) и во времени (называет год, месяц, число, день недели, время суток).

К состояниям нарушения сознания относят оглушение, сопор и кому. В состоянии оглушения отмечается повышение порога восприятия внешних стимулов, снижение уровня бодрствования, замедленность психических процессов. *Сопор* – глубокое угнетение сознания, при котором больной не реагирует на словесные обращения, неподвижен; при этом реакции зрачков на свет, корнеальные, а также глубокие рефлексы сохранены. Иногда при помощи сильных раздражителей (например, похлопывание по щекам) врачу удается на непродолжительное время установить контакт с пациентом. В состоянии комы угасают как условные, так и безусловные рефлексы (за исключением дыхания и сердечной деятельности).

В неврологической практике также встречаются синдромы помрачения сознания (делириозный, аментивный или онейроидный), при которых наблюдается затруднение восприятия окружающего и отсутствие адекватных реакций на внешние стимулы; нарушение ориентировки в месте и времени; нарушения мышления; нарушение памяти на период помрачения сознания.

Оценка состояния функций высшей нервной деятельности начинается с исследования речи, праксиса (возможности выполнять последовательные целенаправленные движения) и гнозиса (способности узнавать предметы по чувственным восприятиям).

При разговоре с пациентом оценивается то, как он понимает обращенную к нему речь (сенсорная часть речи) и воспроизводит ее (моторная часть речи).

Афазия – расстройство грамматической и лексической структуры речи или нарушение ее понимания. Анатомическая основа и клинические признаки афазий представлены в таблице 1.1.

Таблица 1.1. Типы афазий

Тип	Характеристика	Сопутствующие проявления	Локализация поражения
Моторная афазия Брока	Низкая речевая активность, аграмматизм. Понимание речи сохранено	Гемипарез	Лобная доля
Сенсорная афазия Вернике	Нарушено понимание речи, сохранена речевая активность, «словесная окрошка»	Ограничение полей зрения	Задние отделы височной доли
Проводниковая (кондуктивная)	Невозможность повторения, понимание и речевая продукция сохранены		Аркуатный пучок

Итак, при моторной афазии нарушается как устная, так и письменная речь, но ее понимание относительно сохранно. При сенсорной афазии страдает как восприятие, так и собственная речевая активность пациента.

Важно уметь отличать моторную афазию от дизартрии, которая характерна для двусторонних поражений кортико-нуклеарных трактов или ядер ЧН бульбарной группы. При дизартрии больные говорят все, но произносят слова плохо, нечетко, особенно трудны для артикуляции звуки «р», «л», а также шипящие. Построение предложений и словарный запас не страдают.

Агнозия – нарушение процесса распознавания и понимания предназначения предметов или стимулов при сохранности сознания и функции органов чувств.

Выделяют *зрительную* агнозию – когда больные не могут назвать изображенный предмет или не узнают знакомых и собственное лицо в зеркале; *слуховую* агнозию – когда нарушается способность узнавать звуки (амузия, агнозия на знакомые голоса); *тактильную* агнозию – когда нарушается способность узнавания предмета на ощупь (астереогноз).

Апраксия – нарушение целенаправленных действий при отсутствии элементарных моторных расстройств, нарушений чувствительности и при понимании поставленной задачи.

Идеаторная апраксия обусловливается утратой замысла плана сложных действий, при этом нарушается последовательность отдельных движений. Больные не могут показать, как зажечь сигарету, ответить на вопрос, но способны повторить действие.

Конструктивная апраксия – трудно конструировать целое из частей (например, собрать домик из спичек).

Моторная апраксия – не способны повторить действие (например, выполнение пробы кулак-ребро-ладонь).

При *лобной апраксии* происходит полный распад навыков сложных движений.

Важной частью неврологического осмотра является **оценка менингеальных знаков**. Оценивают ригидность шейных мышц по наличию сопротивления при пассивном сгибании головы. Судят о наличии или

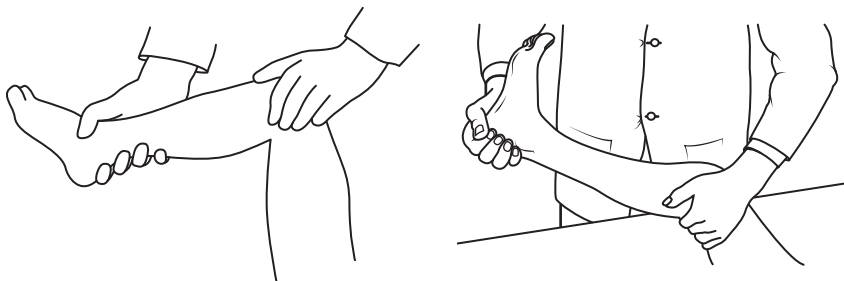


Рис. 1.1. Симптом Кернига.

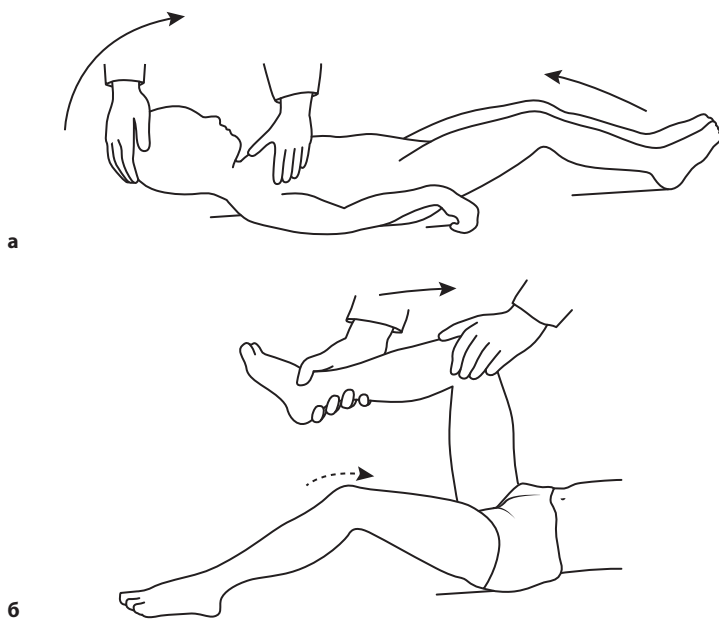


Рис. 1.2. Симптом Брудзинского.

отсутствии симптома Кернига (невозможность полностью разогнуть ногу в коленном суставе, предварительно согнутую под прямым углом; рис. 1.1). Исследуют также симптомы Брудзинского – верхний (пассивное сгибание шеи приводит к сгибанию ноги в тазобедренном и коленном суставах; рис. 1.2, а) и нижний (сгибание одной ноги в тазобедренном и коленном суставах приводит к рефлекторному сгибанию второй ноги; рис. 1.2, б). Эти симптомы определяются при раздражении мозговых оболочек и могут быть вызваны, например, менингитом или субарахноидальным кровоизлиянием (САК).

Исследование функции черепных нервов

I пара черепных нервов – обонятельный нерв (*nervus olfactorius*)

Для проверки обоняния пациенту предлагают распознать запах известных ароматов – ванили, кофе, цветов. Следует избегать остро пахнущих веществ, табака и алкоголя, которые могут раздражать окончания тройничного нерва. Обращают внимание на одностороннее снижение обоняния (гипосмию), которое может быть проявлением патологического процесса в передней черепной ямке, например при менингиоме. Возможно

и проявление гиперосмии в виде обонятельных галлюцинаций, например как предвестника эпилептического приступа из-за раздражения височных отделов мозга.

II пара черепных нервов – зрительный нерв (nervus opticus)

Для проверки функции зрительного нерва пациента желательно направлять к офтальмологу, особенно для оценки остроты зрения, четкой локализации имеющихся выпадений поля зрения. Важно оценить состояние глазного дна – диска зрительного нерва и сосудов сетчатки.

Исследование полей зрения позволяет оценить сохранность зрительных путей, начиная от зрительных нервов и заканчивая зрительной корой. Оно проводится следующим образом.

Врач сидит напротив больного. Пациент закрывает один глаз ладонью, а другим глазом смотрит на переносицу врача. Молоточек или пальцы передвигают по периметру из-за головы обследуемого к центру его поля зрения и просят больного отметить момент появления молоточка или пальцев. Исследование проводят поочередно во всех четырех квадрантах полей зрения.

Монокулярные дефекты полей зрения обычно бывают вызваны патологией глазного яблока, сетчатки или зрительного нерва на стороне поражения.

Бинокулярные дефекты полей зрения (гемианопсия) могут быть гетеронимными – битемпоральными (у обоих глаз выпадают височные поля зрения) и биназальными (выпадение носовых половин) – либо гомонимными (у каждого глаза выпадают одноименные поля зрения – левые либо правые). Гетеронимные дефекты полей зрения возникают при поражениях в области перекреста зрительных волокон (например, при опухоли гипофиза). Гомонимные дефекты полей зрения развиваются при поражении зрительного тракта, зрительной лучистости или зрительной коры, т.е. при поражении зрительного пути выше хиазмы (эти дефекты возникают в полях зрения, противоположных очагу поражения).

III пара черепных нервов – глазодвигательный нерв (nervus oculomotorius), IV пара черепных нервов – блоковый нерв (nervus trochlearis), VI пара черепных нервов – отводящий нерв (nervus abducens)

Оценка функции III, IV и VI пар ЧН проводится единым блоком. Оцениваются:

1. Ширина глазных щелей, страбизм (косоглазие), двоение. Оценивая ширину глазных щелей и выступание глазных яблок, можно обнаружить экзофтальм – смещение вперед глазного яблока из орбиты и из-под века. Причинами одностороннего экзофтальма могут быть опухоль или псев-

2. ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Е.Г.Филатова

Головная боль (ГБ), или цефалгия, – одна из наиболее частых жалоб, с которой больные обращаются к врачу. 85% населения периодически испытывают ГБ, примерно 40% отмечают снижение социальной и трудовой активности и требуют квалифицированного лечения. ГБ входит в десятку самых частых причин нетрудоспособности.

ГБ – мультидисциплинарная медицинская проблема, так как она может быть следствием различных процессов, локализующихся в области головы, проявлением соматических или психогенных заболеваний. Определение причины ГБ – порой очень сложная задача, от решения которой зависит успех лечения. Бытует выражение: «Человек, страдающий головной болью, – медицинский сирота». Он проходит путь от терапевта к офтальмологу, оториноларингологу, неврологу, стоматологу, ортопеду, хиропрактику. Ему назначают массу обследований и анализов, выписывают множество лекарств, а в конце концов он остается один на один со своей ГБ.

Только у 5–6% больных причинами ГБ являются тяжелые органические заболевания: опухоли, ЧМТ, инфекции, сосудистые заболевания и др. Несмотря на то что вторичные (симптоматические) ГБ встречаются редко, всегда следует включать их в круг дифференциальной диагностики, так как обусловившие их заболевания могут быть опасны для жизни и требуют своевременной патогенетической терапии. В остальных случаях пациенты страдают от доброкачественных первичных ГБ, среди которых наиболее часто встречаются головная боль напряжения (ГБН), мигрень, пучковая (кластерная) головная боль (ПГБ).

Первичная ГБ протекает относительно благоприятно, но может существенно снижать качество жизни пациента, не влияя, однако, на ее продолжительность и не приводя к необратимой инвалидности. Наибольшее влияние на трудоспособность и качество жизни пациентов оказывают хронические формы: хроническая ГБН и хроническая мигрень, особенно когда они осложняются злоупотреблением анальгетиками и возникает лекарственно-индуцированная, или абузусная, головная боль (АГБ).

С жалобами на ГБ пациенты прежде всего обращаются к врачу общей практики, и перед ним стоит несколько важных задач:

1. Распознавание вторичной ГБ, являющейся признаком серьезного заболевания, и при необходимости направление пациента за получением специализированной помощи.

2. Диагностика и лечение четырех типов цефалгий, которые наиболее часто встречаются и определяют основную часть социально-экономического ущерба (мигрень, ГБН, ПГБ, АГБ).

3. Направление пациентов с другими, более редкими или атипичными формами ГБ, к неврологу или специалисту по ГБ (цефалгологу).

Классификация головной боли

В диагностике ГБ не существует каких-либо определенных диагностических тестов или специальных методов обследования. Основной метод диагностики – клинический, основанный на анализе жалоб и анамнезе. Врач определяет соответствие типа цефалгии клиническим критериям Международной классификации головной боли (МКГБ).

В основу МКГБ были положены результаты клинических наблюдений, генетических, эпидемиологических и патофизиологических исследований, изучения эффективности лекарственных препаратов, а также данные, полученные с помощью нейровизуализации и других методов. Годы использования МКГБ показали, что она позволила улучшить диагностику ГБ, дала возможность врачам разных стран одинаково трактовать различные формы ГБ и совершенствовать подходы к их лечению.

МКГБ-III бета, последняя версия которой опубликована в 2013 г., выделяет 220 видов ГБ. Все типы цефалгий подразделяются на первичные (когда не удается выявить никакой органической причины), вторичные (обусловленные органическими поражениями головного мозга или других органов и систем), а также краниальные невралгии и лицевые боли. Оглавление МКГБ-III бета выглядит следующим образом.

Часть I. Первичные ГБ:

1. Мигрень.
2. ГБН.
3. Кластерная ГБ и другие тригеминальные вегетативные цефалгии.
4. Другие первичные ГБ.

Часть II. Вторичные ГБ:

5. ГБ, связанные с травмой головы и/или шеи.
6. ГБ, связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника.
7. ГБ, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями.
8. ГБ, связанные с различными веществами или их отменой.
9. ГБ, связанные с инфекциями.
10. ГБ, связанные с нарушениями гомеостаза.
11. Головные и лицевые боли, связанные с патологией черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица.
12. ГБ, связанные с психическими заболеваниями.

Часть III. Болевые краниальные нейропатии, другие лицевые и головные боли:

13. Болевые краниальные нейропатии и другие лицевые боли.
14. Другие ГБ.

Общие принципы диагностики и ведения пациентов с головной болью

В правильной диагностике ГБ основную роль играет подробный опрос больного: анализ его жалоб, тщательный сбор анамнеза. Наиболее частая причина ошибок в диагностике – проведение инструментальных исследований в ущерб тщательному сбору анамнеза и физикальному исследованию. Следует также помнить, что у пациента может быть одновременно несколько типов ГБ. Для каждого типа ГБ жалобы и анамнез собирают отдельно. В таблице 2.1 представлены 15 основных вопросов, которые необходимо задать пациенту для определения соответствия его ГБ одному из типов, представленных в МКГБ.

Интенсивность ГБ определяют по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Она представляет собой 10-сантиметровый отрезок, на котором пациент самостоятельно отмечает интенсивность цефалгии: от 0 (отсутствие боли) до 10 баллов (максимальная выраженность).

При использовании пациентом обезболивающих симптоматических средств важно выяснить наименования, частоту приема и суточные дозы

Таблица 2.1. Вопросы, которые необходимо задать пациенту для определения типа ГБ

Вопросы, связанные со временем	1. Как давно началась ГБ? 2. Как часто возникает ГБ и какое имеет распределение по времени (эпизодическая, ежедневная и/или постоянная)? 3. Какова продолжительность ГБ? 4. Что заставило обратиться к врачу именно сейчас?
Вопросы о характере ГБ	5. Интенсивность ГБ 6. Характер и качество 7. Локализация и распространение 8. Сопутствующие симптомы
Вопросы о причине ГБ	9. Предрасполагающие и/или провоцирующие факторы 10. Факторы, усиливающие или уменьшающие ГБ 11. Похожие ГБ у родственников
Вопросы о влиянии ГБ на активность пациента	12. Что пациент может делать во время ГБ? 13. Насколько затруднена/ограничена повседневная активность пациента в связи с ГБ?
Вопросы о лечении ГБ	14. Какие медикаменты пациент использовал в прошлом и применяет в настоящее время? 15. Каков эффект от лечения?

препаратов. Эти сведения являются решающими в диагностике лекарственно-индуцированной (абузусной) ГБ.

Важно выяснить, имеются ли у пациента сопутствующие заболевания, а также определить наличие конфликтных и психотравмирующих ситуаций дома и на работе, страха, тревоги, опасения повторения приступов ГБ или страха при мыслях о причинах ГБ.

Анализ жалоб и анамнеза может выявить у пациента с ГБ **настораживающие симптомы** – «сигналы опасности». К таким симптомам относятся (Bigal M.E., Lipton R.B., 2006):

- ГБ, впервые возникшая после 50 лет, или ГБ, изменившая свое течение;
- «громоподобная» ГБ (нарастающая до 10 баллов по ВАШ за 1–2 с);
- строго односторонняя ГБ;
- прогрессивно усиливающаяся ГБ без ремиссий;
- внезапно возникшая, необычная для пациента ГБ;
- атипичная мигренозная аура (с необычными зрительными, сенсорными или двигательными нарушениями и/или продолжительностью более 1 ч);
- изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность сознания, потеря памяти) или психические нарушения;
- очаговые неврологические знаки, симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность шеи, артралгии, миалгии);
- признаки внутричерепной гипертензии (усиление ГБ при кашле, натуживании, физическом напряжении);
- отек диска зрительного нерва;
- ВИЧ-инфекция, онкологическое, эндокринное и другое системное заболевание или травма головы в анамнезе;
- дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде;
- неэффективность адекватного лечения.

При наличии хотя бы одного из перечисленных симптомов необходимо проводить тщательные общесоматическое, неврологическое, лабораторное и инструментальное обследования с целью выявления серьезных заболеваний, которые могут быть причиной цефалгии (вторичные, симптоматические цефалгии). У пациентов с первичными ГБ не выявляется патология при клиническом исследовании; обнаружение фокальных или общемозговых неврологических симптомов становится показанием для дальнейшего исследования.

Дополнительные методы исследования, такие как нейровизуализация, показаны, если по данным анамнеза и осмотра предполагается вторичный характер ГБ. Нередко, несмотря на типичную клиническую картину первичной ГБ и отсутствие «сигналов опасности», пациент настаивает на проведении дополнительного обследования. В такой ситуации с целью снятия дистресса и убеждения пациента в отсутствии серьезного заболевания ЦНС возможно назначение исследования за счет средств пациента.

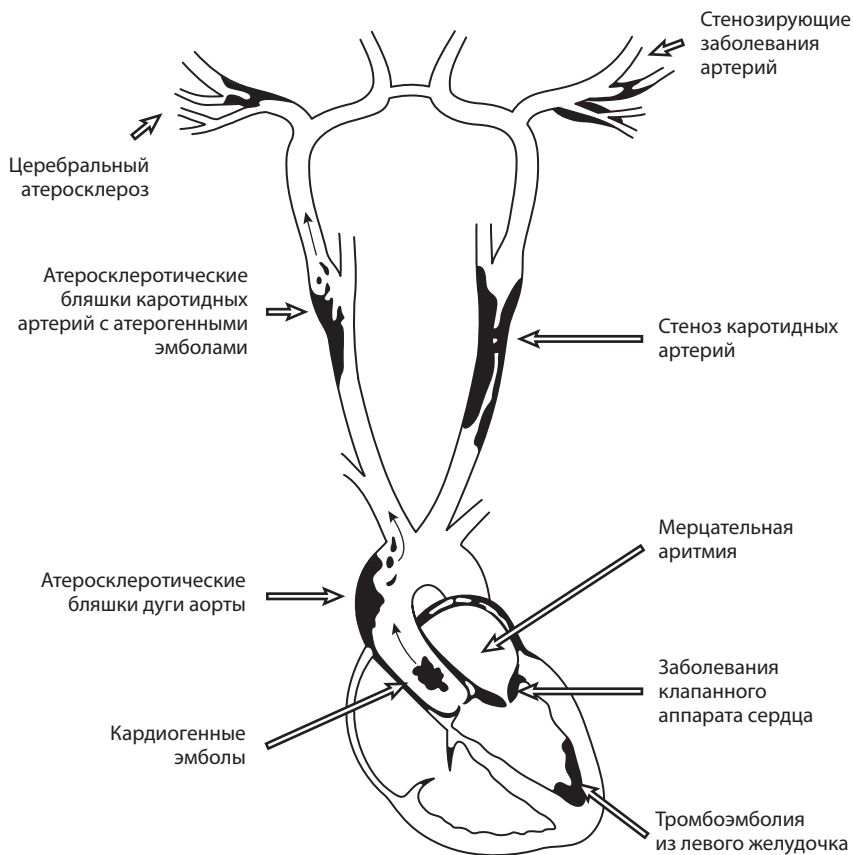


Рис. 4.3. Состояния, наиболее часто вызывающие развитие ишемического инсульта.

рассеянных скоплений ишемизированных нейронов. Процессы дегенерации мозговых клеток могут длиться от нескольких часов до нескольких дней в зависимости от типа клеток и функциональной нагрузки данного участка мозга. Считается, что для большинства отделов мозга этот период составляет 3–4,5 ч («терапевтическое окно»). Наименее стойкими к гипоксии считаются клетки гиппокампа.

Осложнения инсульта

Наиболее тяжело мозговой инсульт протекает при развитии выраженного отека головного мозга, острой обструктивной гидроцефалии или вторичного кровоизлияния в ишемизированную ткань. Как следствие этих процессов развивается повышение внутричерепного давления с дислокацией мозга



Рис. 12.1. Зависимость эффективности функционирования от уровня тревоги (кривая Yerkes–Dodson).

необходимо разрабатывать программы по их предотвращению. Такие программы должны включать диагностику на ранних этапах и своевременное начало специализированной комплексной терапии и реабилитации, поддержание высокой комплаентности ввиду длительности терапии, гибкость психофармакотерапии, ее динамичность в соответствии с синдромокинезом.

Представленность тревожных расстройств в общемедицинской сети

Больные с тревожными расстройствами обращаются к врачам общей практики, профильным специалистам и за неотложной помощью даже при отсутствии у них других психических и соматических заболеваний. Более чем у 20% пациентов, приходящих на врачебные консультации, наблюдаются клинически значимые симптомы тревоги. Взрослые с симптомами тревоги в 6 раз чаще посещают кардиолога, в 2,5 раза – ревматолога, в 2 раза – невропатолога, уролога и оториноларинголога, в 1,5 раза – гастроэнтеролога и в 1,5 раза чаще обращаются за помощью в стационар. Специалистам хорошо известно, что тревожное расстройство лежит в основе «классического» перечня соматических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, нейродермит, тиреотоксикоз, язвенный колит, бронхиальная астма, ревматоидный артрит. Согласно современным представлениям, роль тревожных расстройств в развитии этих заболеваний настолько велика, что их называют классическими психосоматозами.



Рис. 12.2. Полипрагмазия соматических симптомов у пациента с хронически повышенной тревогой.

В связи с трудностями дифференциальной диагностики соматических симптомов как проявления тревожных расстройств и как симптомов соматического заболевания такие больные нередко получают терапию, направленную на коррекцию физиологических функций и симптомов, т.е. имеет место полипрагмазия (Старостина Е.Г., 2004) (рис. 12.2). Однако, поскольку психопатологическая симптоматика, как правило, остается невыявленной, эта терапия оказывается недостаточно эффективной. Такие больные, по понятным причинам, редко обращаются за психиатрической помощью. В результате пациенты с тревожными расстройствами и субсиндромальной тревогой пополняют ряды больных, которые, с одной стороны, правомерно недовольны результатами лечения, а с другой, – рассматриваются врачами соматических специальностей как «проблемные».

Вместе с тем на сегодняшний день не вызывает сомнения, что тревога принимает участие в патогенезе многих соматических расстройств (гипертонической болезни, стенокардии, инфаркта миокарда, цереброваскулярных нарушений, онкологических заболеваний, бронхиальной астмы и др.) и существенно осложняет их течение и прогноз (Успенский Ю.П., Балужева Е.В., 2009).

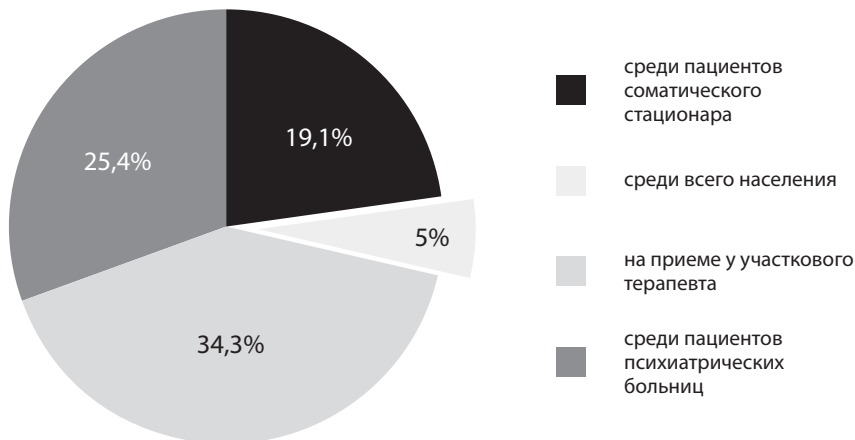


Рис. 13.1. Распространенность депрессий (%) (Дробизев М.Ю., 2003).

заболеваниям. Депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка. Прежде всего, это значительное снижение качества жизни пациента, ухудшение течения любых органических, неврологических и соматических заболеваний, замедление выздоровления и восстановления неврологических функций, хронификация депрессивного состояния.

Затяжное депрессивное состояние либо частые депрессивные эпизоды, разделенные неполными (тимопатическими) ремиссиями с сохраняющейся гипотимией, несмотря на сравнительно неглубокий уровень психопатологических проявлений, повышают риск самоубийств, нередко совершаемых в период депрессии. Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности пациента, поскольку может привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, распаду семьи и, наконец, к полной инвалидизации.

Депрессия, даже если пациент перенес ее в прошлом, является не менее значимым (по сравнению с показателями тяжести патологии внутренних органов) предиктором смертности больных, госпитализированных в стационары общего типа по поводу соматического заболевания (Cavanaugh S. et al., 2001). Наибольший риск смертельного исхода соматического заболевания установлен при коморбидной ему депрессии с преобладанием ангедонии, чувством безнадежности, бессонницей, идеями самоуничижения (Furlanetto L.M. et al., 2000). Депрессии влияют на трудоспособность и длительность пребывания больных в соматическом стационаре. По данным G.Harold и соавт. (1999), длительность пребывания в стационаре общего типа пациентов старшего возраста с соматическими заболеваниями при сочетании телесного недуга с депрессией и частота обращений в поликлиники значительно выше, чем у больных с той же соматической патологией, но без признаков аффективных расстройств.

ПРИЛОЖЕНИЕ

План-схема неврологического осмотра

Жалобы и анамнез заболевания	
Главная задача – уловить связь между жалобами, анамнезом и находками в неврологическом статусе	
Аллергоанамнез	Не отягощен/пищевая аллергия/лекарственная аллергия на...
Общий осмотр	
Общее состояние	Удовлетворительное/средней тяжести/тяжелое/крайне тяжелое
Сознание	Ясное/оглушение/сопор/кома
Температура тела	t ...
Видимые слизистые оболочки	Чистые/инъецированы
Кожные покровы	Чистые/характеристика высыпаний:
Периферические лимфатические узлы	Не пальпируются/пальпируются/консистенция/болезненность
ЧСС	ЧСС – ... уд/мин. Бради/тахикардия Аритмия – ...
АД	.../... мм рт.ст.
Телосложение	а-, нормо-, гиперстеник/истощение/ожирение
Опорно-двигательный аппарат	Движения в шейном, грудном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника не ограничены/ограничены Физиологические изгибы в норме Мышечно-тонические синдромы...
Физиологические отправления	Не нарушены/императивные позывы/недержание
Высшая нервная деятельность	
Когнитивные функции	Соответствуют возрасту и образованию Умеренные когнитивные расстройства/деменция
Память	Кратковременная/долговременная/непосредственная – не нарушена/нарушена
Речь	Не нарушена/дизартрия/моторная афазия/сенсорная афазия

ЛИТЕРАТУРА

- Аведисова А.С.* Тревожные расстройства / В кн: Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение». – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.
- Акжиганов Р.Г.* Возрастные, клинические и терапевтические аспекты тревоги в общей медицинской практике // Лечащий врач. – 2009. – №1–2.
- Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. – М., 2000. – 496 с.
- Алексеева Н.С.* Головокружения ишемического генеза: характеристика вестибулярных нарушений и возможности лечения бетагистином // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – Т. 3, №1. – С. 4–8.
- Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К.* Расстройства мочеиспускания. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
- Амелин А.В., Игнатов Ю.Д., Скородец А.А., Соколов А.Ю.* Мигрень (патогенез, клиника, лечение). – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 265 с.
- Артеменко А.Р., Куренков А.Л.* Дисфункция краниоцервикальных мышц при хронической мигрени // Нервно-мышечные болезни. – 2011. – №1 – С. 51 – 55.
- Артеменко А.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г. и др.* Первичные головные боли хронического течения (диагностика, клиника, терапия). Методические рекомендации №26. Правительство Москвы, департамент здравоохранения г. Москвы. – 2014. – 28 с.
- Балязин В.А., Балязина Е.В.* Пути уменьшения осложнений и рецидивов после микровазкулярной декомпрессии у больных с тригеминальной невралгией // Вопр. нейрохир. – 2003. – №2 – С.6–10.
- Белялов Ф.И.* Психические расстройства в практике терапевта. – М.: МЕДпресс-информ, 2005.
- Белялов Ф.И.* Психические расстройства в практике терапевта. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2012.
- Боль: Практическое руководство для врачей / Под ред. Н.Н.Яхно, М.Л.Кукушкина.* – М.: Издательство РАМН, 2011. – 512 с.
- Будик А.М., Корабельникова Е.А.* Тревога как клиничко-психофизиологический феномен // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – №4. – С. 73–75.
- Будылина С.М., Дегтярева В.П.* Физиология челюстно-лицевой области. – М.: Медицина, 2001. – С. 87–156.
- Василевская О.В.* Особенности клиники и диагностики болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Неврол. вестн. – 1994. – №1–2. – С. 69–70.
- Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. В.Л.Голубева.* – М.: МИА, 2010. – 640 с.
- Вегетативные расстройства / Под ред. В.Л.Голубева.* – М., 2010.
- Вейн А.М.* Болевые синдромы в неврологической практике. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – С. 43–56.
- Вейн А.М.* Вегетативные расстройства. – М.: МИА, 2000. – С. 89–112.
- Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М.* Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). – М.: МИА, 2002. – 160 с.