

КП. 58.145

Библиотека
ПРАКТИЧЕСКОГО
ВРАЧА

Э. М. Визен

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

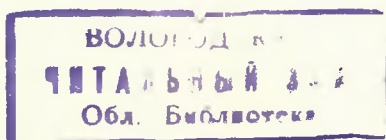
медгиз — 1950

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Проф. Э. М. ВИЗЕН

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

58145



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1950 — МОСКВА

ПРЕДИСЛОВИЕ

Со времени издания в 1927 г. (в серии «Библиотека практического врача») работы С. С. Вермея «Головная боль», если не считать журнальных статей, на тему о головной боли в советской медицинской печати не было опубликовано ни одной книги, хотя необходимость в ней велика. В настоящее время книга С. С. Вермея уже значительно устарела, особенно в связи с работами наших отечественных ученых (И. П. Павлов, М. И. Аствацатуров, Л. А. Орбели, А. М. Гринштейн, Н. И. Гращенков, А. И. Гейманович, И. И. Русецкий и др.) о проблеме боли вообще, где патогенез этого клинического симптома получает уже значительно более широкое толкование, чем это имело место в односторонней интерпретации С. С. Вермея.

Книга проф. Э. М. Визена, предназначенная для практических врачей, должна помочь им ориентироваться в вопросах патогенеза, диагностики и терапии разнообразных вариантов головной боли в соответствии с современным состоянием учения о боли вообще и о головных болях в особенности.

НЕКОТОРЫЕ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Головная боль является одним из наиболее частых симптомов при заболеваниях нервной системы, внутренних органов, а также при токсикозах и инфекциях. Различные описания головной боли в жалобах больных объясняются разнообразием причин и механизмов, вызывающих этот патологический симптом, индивидуальными особенностями больных, их чувствительностью, болезненно измененным состоянием сознания и т. д.

Ощущение боли является сигналом к защите организма от вредных воздействий, но в то же время длительная боль причиняет вред организму. Школы Л. А. Орбели, М. М. Губергрица и В. Кеннона экспериментально установили наличие биохимических изменений в крови и ликворе под влиянием болевых раздражений. Если вначале боль действует возбуждающим образом, то длительно продолжающаяся боль влечет за собой уже чрезвычайное истощение и подавленность нервной системы, на что обратил внимание еще Дарвин.

По мнению Л. А. Орбели (1946), болевую чувствительность следует рассматривать как самостоятельный вид чувствительности с особыми периферическими рецепторами и проводниками и центральным представительством ее в коре головного мозга.

Для проведения различных видов кожной чувствительности, в том числе, как указывает Л. А. Орбели, и для болевых, в нервной системе имеются отдельные афферентные центростремительные пути; они проводят сигналы раздражения с периферии в кору головного мозга, чувствительные, афферентные системы, которого находятся между собой во взаимодействии. В результате этого взаимодействия волны импульсов могут или суммироваться, или же подавлять и взаимно тормозить друг друга. Так, рядом исследований установлено, что тактильные, темпе-

ратурные, вибрационные и другие раздражения, сопутствующие боли, могут оказать на нее тормозящее действие (Л. А. Орбели, М. И. Аствацатуров). Школой Л. А. Орбели установлено также обоюдостороннее взаимодействие между симпатическими отделами нервной системы и рецепторами. Симпатический нерв оказывает на рецепторы приспособляющее адаптационное влияние; одновременно имеются также данные, устанавливающие наличие изменений функционального состояния и симпатических отделов нервной системы под влиянием болевых раздражений.

Современное понятие проблемы боли связано с понятием о реперкуссии, которую М. И. Аствацатуров и А. Тома определяют как отражение раздражений из менее возбудимой области в более возбудимую. Разновидностью реперкуссии является, например, синестезалгия, т. е. восприятие боли в одной области после раздражения другой области, иннервируемой другим нервом. По справедливому замечанию М. Б. Кроля, феномены реперкуссии с исключительной убедительностью иллюстрируют функциональное единство всей нервной системы.

Боль, подобно другим ощущениям, нельзя изучать изолированно, независимо от общего состояния организма. Так, например, известно, что при общем возбуждении, гнев, эйфории порог болевого ощущения повышается, что влечет за собой субъективное уменьшение остроты боли; при общей депрессии, физическом утомлении порог болевых ощущений снижается и тем самым повышается чувствительность к болевым раздражениям. Порог болевой чувствительности у различных лиц неодинаков и непостоянен и может значительно колебаться даже у одного и того же лица.

Головные боли, за исключением болей, возникающих вследствие нарушения целостности кожных покровов головы, должны быть отнесены к категории глубинных болей, т. е. таких, которые возникают также и при поражении внутренних органов, брюшины, плевры, мозговых оболочек, сосудов.

Как свидетельствуют клинические наблюдения, глубинная боль локализуется больными весьма неточно и носит диффузный, разлитой характер. Наряду с этим, она вызывает ряд рефлекторных реакций: защитное напряжение соответствующих скелетных и гладких мышц,

изменение ритмов сердечной и дыхательной деятельности, иногда рвоту и т. д. Таким образом, восприятие глубинной боли вызывает соответствующие реакции.

Для понимания сложных механизмов головной боли следует остановиться на иннервации твердой и мягкой оболочек мозга, их сосудов и сосудистых сплетений желудочков.

Твердая мозговая оболочка снабжена значительным количеством нервных волокон тройничного нерва, а также IX, X, XI и XII пары черепномозговых нервов. От первой ветви тройничного нерва (п. *ophthalmicus*) берет начало возвратный нерв (п. *resurgens Arnoldi*), идущий к мозжечковому намету. От носовой ветви п. *ophthalmici* отходят также нервные волокна к лобным отделам твердой оболочки. От второй и третьей ветви тройничного нерва берут начало оболочечные нервы (п. *meningei*), сопровождающие разветвления средней оболочечной артерии (а. *meningea media*). В твердой мозговой оболочке следует различать две категории нервов: сосудодвигательные нервы и собственные нервы твердой мозговой оболочки (п. *durae propriae*). Собственные нервы твердой мозговой оболочки более всего развиты в средней черепной ямке и на выпуклости мозга. Более крупные нервные стволы содержат мякотные волокна, из которых потом образуется тонкая сеть безмякотных волокон. Многие нервы, идущие в сосудистых стенках твердой мозговой оболочки, оказываются не вазомоторами, а собственными нервами (п. *durae propriae*) и заканчиваются в соединительной ткани твердой мозговой оболочки. Окончания собственных нервов под микроскопом выглядят различно: то в виде конечных тонких кустиков или клубовидных формаций, то в виде лежащих под эндотелием кнопкообразных набуханий.

По Л. И. Смирнову, часть нервных волокон твердой оболочки является вазомоторами, часть выполняет чувствительную функцию, а некоторые служат для регулирования циркуляции ликвора. Регулирование это может осуществляться за счет раздражений, развивающихся вследствие напряжения твердой оболочки при увеличении количества мозговой жидкости или путем химического воздействия — при нарушении нормального химического состава ликвора.

Таким образом, речь идет о сложном иннервационном аппарате, выполняющем вазомоторные и чувствительные

функции. Наряду с этим, допустимо предположить наличие ряда рефлекторных механизмов, регулирующих ликворный баланс при растяжении твердой мозговой оболочки избыточным количеством ликвора. Возможно также наличие хеморецепторов, воспринимающих качественные изменения состава ликвора.

По данным П. Е. Снесарева, Л. И. Смирнова и др., в мягкой мозговой оболочке заложено много нервных волокон, частью связанных с ее сосудами, частью заканчивающихся в самой соединительной ткани. Основными нервными волокнами мягкой мозговой оболочки являются волокна из симпатических сплетений внутренней сонной и позвоночной артерий, вступающих в полость черепа для васкуляризации мозга.

В иннервации мягкой мозговой оболочки участвуют также волокна большинства черепномозговых нервов (от III до XII пары).

Весьма сложен вазомоторный аппарат сосудов мягкой мозговой оболочки, содержащий ряд нервных сплетений, заложенных в разных слоях сосудистой стенки. В тонких нервных сплетениях сосудов заложены маленькие униполярные ганглиозные клетки. Расположенные вдоль одних артерий мягкой мозговой оболочки нервные волокна объединяются с нервными волокнами других артерий.

Эти данные свидетельствуют о том, что все артерии мягкой мозговой оболочки имеют один общий нервный аппарат и, благодаря взаимным нервным связям, могут функционировать как единая система. Другой, не менее важной особенностью иннервационного аппарата артерий мягкой мозговой оболочки является обилие разнообразно и сложно построенных нервных окончаний, повидимому, чувствительной природы (Л. И. Смирнов). Нервные knobкообразные окончания обнаруживаются и в капиллярах мягкой мозговой оболочки.

Собственные нервы (nn. propriae) мягкой мозговой оболочки, по Штеру, расположены в ее ткани независимо от сосудов в виде большого количества нервных пучков. Волокна одних пучков входят в состав других пучков, расположенных по соседству, и образуют широкопетлистое сплетение, охватывающее всю мягкую оболочку головного мозга. В мягкой мозговой оболочке основания мозга число и калибр этих волокон значительно больше, чем на выпуклости мозга.

Окончания собственных нервов мягкой мозговой оболочки рассматриваются как маленькие концевые бляшки, как мейсснеровские тельца и подобные им образования и как концевые нервные сплетения.

Такое разнообразие чувствительных окончаний не оставляет сомнений в том, что сложный по своей морфологической структуре иннервационный аппарат мягкой мозговой оболочки соответствует ее сложным и разнообразным функциям, имеющим отношение не только к расширению или сужению сосудов (вазомоторике), но и к восприятию всех изменений, которые могут иметь место при патологических процессах в ткани мягкой мозговой оболочки и в субарахноидальном пространстве. Наряду с этим, не подлежит сомнению, что сложная «многоэтажная» структура внутрисосудистых нервных сплетений, содержащих ганглиозные клетки и свободные нервные окончания, не только регулирует вазомоторику, но служит и для проведения чувствительных импульсов.

А. М. Ляховецкий (школа Б. И. Лаврентьева), изучая иннервацию мягкой мозговой оболочки, пришел к выводу, что мягкая мозговая оболочка, благодаря наличию большого количества сложных аппаратов в ее соединительно-тканной волокнистости, является чувствительным нервным рецептором. Этот вывод, полностью подтверждается не только данными морфологии, но и клиническими наблюдениями.

Наконец, принимая во внимание большое значение расстройств ликворного баланса в патогенезе части случаев головной боли, следует иметь в виду, что сосудистые сплетения желудочков, сецернирующие ликвор, обладают также сложным нервным аппаратом. Как и в мягкой оболочке, здесь имеются нервы сосудов и собственные нервы. Сосудистые нервы имеют те же морфологические особенности, что и в мягкой мозговой оболочке, но в артериях сосудистых сплетений чаще встречаются маленькие ганглиозные клетки. В соединительнотканной основе сплетений находятся тонкие пучки волокон собственных нервов (*nn. propriae*), берущих начало из *taenia*, прилегающей к *tela chorioidea*. Количество *nn. propriae* сосудистых сплетений по сравнению с мягкой оболочкой значительно больше.

Особый интерес для выяснения механизмов патогенеза головной боли разной природы представляют данные

о чувствительности различных покровных элементов черепной коробки и ее содержимого. Этому вопросу касаются в своих работах наши отечественные ученые, в частности, акад. Н. Н. Бурденко и его школа, проф. М. Н. Нейдинг, проф. И. С. Бабчин и В. Л. Лесницкая и некоторые иностранные авторы (Пенфилд, Уольф).

Среди покровных тканей черепа наиболее чувствительны к боли артерии. Из внутричерепных тканей наиболее чувствительными являются венозные синусы, твердая мозговая оболочка и ее артерии, артерии основания мозга (позвоночные и образующаяся после их слияния основная артерия, внутренняя сонная артерия, переходящая в среднюю мозговую артерию), тройничный, языкоглоточный и блуждающий нервы, а также три первых шейных нерва.

Раздражение внутричерепных покровных тканей на уровне верхней поверхности мозжечкового намета вызывает боль в различных областях черепа, передающуюся по тройничному нерву. Позади этой болевой зоны находится задняя болевая зона, из которой боль передается по языкоглоточному, блуждающему и первым трем шейным нервам.

В настоящее время следует считать установленным, что внутричерепные заболевания, приводящие к повышению внутричерепного давления, могут вызвать сразу несколько болевых механизмов, как, например, сдавление, натяжение и смещение тканей, их воспаление и т. д. Если раньше мозговые оболочки считались зоной, воздействие на которую при внутричерепных процессах преимущественно приводит к ощущению головной боли, то в настоящее время при анализе механизмов головных болей на первый план выступают внутричерепные сосудистые образования. Во время оперативных вмешательств, например, установлено, что головные боли могут возникнуть вследствие натяжения вен, идущих от поверхности к венозным синусам, а также в результате смещения самих синусов. Патологический процесс, вызывающий натяжение средних оболочечных артерий или крупных артерий основания мозга и их ветвей, также вызывает головную боль. Причиной головной боли может служить растяжение и расширение внутричерепных артерий и непосредственное давление (например, опухоли) на черепные и шейные нервы. Даже при процессах, обуславливающих

повышение внутричерепного давления, основным механизмом боли является не столько изменение давления, сколько смещение или натяжение чувствительных внутричерепных тканей.

Изучая соотношения между топографией ощущений головной боли и локализацией патологического процесса внутри черепа, А. М. Гринштейн установил наличие определенных типов распространения болевых ощущений. Так, в одних случаях болевые ощущения воспринимаются во всей области, которая соответствует локализации процесса в черепной коробке, в других случаях — в правой или левой половине ее, а в третьих — в каком-либо одном участке черепа. Болевые ощущения, воспринимаемые в какой-либо ограниченной зоне черепной коробки, как показали клинические наблюдения А. М. Гринштейна, связаны с наличием следующих трех болезненных зон: глазничной (или орбитальной), лобно-теменно-височной (или центральной) и затылочной. Это подразделение не является произвольным, а основано на анатомических соотношениях. Боли в орбитальной области А. М. Гринштейн наблюдал преимущественно при поражении основания средней черепной ямки. Причиной их возникновения он считает раздражение нервных волокон, заложенных в адвентиции внутренней сонной артерии и ее ветви — глазной артерии.

Описанный акад. Н. Н. Бурденко и В. В. Крамером, а затем М. Ю. Рапопортом болевой синдром мозжечкового намета сопровождается головными болями в орбитальной области, что объясняется передачей раздражения иннервирующим намет возвратным нервом Арнольда в первую ветвь тройничного нерва, от которой нерв Арнольда берет свое начало. В таких случаях, помимо головной боли, неизменно наблюдаются и другие симптомы раздражения первой ветви тройничного нерва: слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, повышение роговичного рефлекса.

Эти теоретические данные имеют и практическое значение, так как они указывают на роль сосудистых и собственно нервных элементов в происхождении разнообразных клинических вариантов головной боли.

Аналогичную по зонам локализацию головных болей при гипертонии А. М. Гринштейн объясняет дистонией соответствующих сосудов, вследствие которой возникает

раздражение заложенных в адвентиции и мышечной оболочке окончаний чувствительных нервов. Но если болевые ощущения, проводимые нервными приборами сосудов твердой оболочки, локализуются больным правильно, аналогично тому как это имеет место при раздражении париетальных участков брюшины или плевры, то болевые ощущения, проходящие по сосудам подпаутинного пространства (позвоночные, основная и внутренние сонные артерии), подобно тому как это наблюдается при раздражении внутренних органов, проицируются уже в другие участки. Головная боль у гипертоника может быть обусловлена раздражением чувствительных окончаний внутричерепных вен и венозных синусов, а также состоянием внутричерепного давления, которое часто не совпадает с артериальным. Этого нельзя сказать о венозном давлении, непосредственно влияющем на давление ликвора. Головная боль на почве интоксикации эндогенного или экзогенного характера обычно ощущается во всей голове. То же наблюдается и при повышенном венозном давлении. Но при патологических нарушениях в отдельных артериальных системах боль соответствует топографии последних. Локальный характер имеют и те головные боли, которые вызываются заболеванием отдельных венозных синусов и мозговых вен.

Изучая роль каротидного синуса при болях висцерального характера, особенно в области головы, А. И. Гейманович пришел к выводу, что каротидный синус является своеобразным распределителем боли в области головы, передающим раздражение в физиологически не равнозначные области, и что вызываемые раздражением феномены в этих различных областях могут быть разнообразны. Раздражение каротидного синуса может не только вызывать механизм развития боли, но также усиливать и существовавшие до этого боли в различных участках головы.

Исследование иннервации твердой мозговой оболочки В. Л. Лесницкой (кафедра В. Н. Шевкуненко) показало, что количество источников ее нервного снабжения во всех случаях неодинаково. В одних случаях в иннервации твердой мозговой оболочки участвуют тройничный, блуждающий и подъязычный нервы, а в других — тройничный, блоковый, языкоглоточный, блуждающий, добавочный (*n. accessorius*) и подъязычный нервы. Топография и ко-

личество нервных волокон, отходящих к твердой мозговой оболочке, не всегда постоянны и одинаковы.

Анатомическим данным соответствуют и клинические исследования, согласно которым твердая мозговая оболочка неодинаково чувствительна не только в разных отделах, но в одних и тех же участках. Эта различная чувствительность твердой мозговой оболочки обусловлена не только неодинаковой ее иннервацией, но и различным порогом болевой чувствительности у разных лиц, а также разными стадиями одного и того же патологического процесса, в который вовлекается твердая мозговая оболочка.

Резюмируя этот краткий обзор наиболее убедительных данных современного учения о патогенезе головной боли разной природы, следует отметить, что прежние взгляды на головную боль как на результат «раздражения оболочек» или «спазма сосудов» являются слишком односторонними.

Учение о возникновении, распространении и общей природе боли должно быть положено в основу исследования сущности головных болей самого различного происхождения. Понимание их патогенеза возможно только при учете наличия функционирующих сложных чувствительных аппаратов, заложенных в оболочках, венозных синусах, артериях и венах внутричерепного пространства.

Нельзя также игнорировать и роль каротидного синуса как регулятора степени кровенаполнения полости черепа и как своеобразного «распределителя боли» в области головы.

В зависимости от основной причины, вызывающей в каждом конкретном случае головную боль, возникают новые механизмы, вовлекающие в процесс в большей или меньшей степени те или другие чувствительные аппараты внутричерепной полости.

О ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ РАЗНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

В целях систематического и последовательного описания клинической картины отдельных форм головной боли эти формы необходимо классифицировать. Классификация по признаку локализации основного патологического процесса, вызывающего головную боль, представляется нам слишком упрощенной. Так, например, можно было бы говорить о двух обширных категориях головной боли:

о головных болях, связанных с локализацией основного патологического процесса как внутри черепной полости, так и вне ее. Но подобная классификация явилась бы неприемлемой потому, что вряд ли в каждом случае можно говорить о точной, определенной и ограниченной локализации патологического процесса. Поэтому целесообразна классификация не только по признакам локализации, но одновременно и по характеру основного патологического процесса как более удобная для подробного семиологического изучения отдельных вариантов головной боли.

Такая классификация позволяет подразделить все головные боли на следующие группы: 1) головные боли при инфекциях, интоксикациях и болезнях внутренних органов; 2) мигрень; 3) головные боли при патологических процессах, локализующихся вблизи от внутримозговой полости; 4) головные боли при заболеваниях головного мозга и его оболочек; 5) головные боли при функциональных заболеваниях нервной системы и психозах.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ПРИ ИНФЕКЦИЯХ, ИНТОКСИКАЦИЯХ И БОЛЕЗНЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Не подлежит сомнению, что головная боль при острых и хронических инфекциях возникает в связи с образованием в организме токсикоинфекционных продуктов, воздействующих через хеморецепторы сосудистых стенок на тонус церебральных сосудов и на секрецию ликвора. Всякий токсикоинфекционный процесс прежде всего влияет на вегетативные аппараты нервной системы, вызывая также сосудистую церебральную дистонию. Некоторые авторы утверждают, что головная боль при лихорадке связана с расширением сосудов, чем, по их мнению, и объясняется пульсирующий характер боли, ощущаемой больным.

При острых инфекциях, например, при гриппе, тифе, пневмонии, головная боль нередко является одним из первых симптомов, наряду с повышением температуры и другими начальными признаками этих заболеваний.

Особого внимания заслуживают головные боли, возникающие исподволь, а затем постепенно усиливающиеся и принимающие стойкий характер. Эти боли вначале нередко являются либо единственным, либо основным субъективным симптомом различных заболеваний, как; напри-

мер, хронических инфекций, интоксикаций или заболеваний внутренних органов. В таких случаях необходимо самое тщательное и всестороннее исследование, ибо головная боль может оказаться проявлением серьезного патологического процесса. Повторные исследования мочи, крови (общий анализ и реакция Вассермана), кровяного давления и глазного дна могут в таких случаях дать весьма ценные результаты, направляющие диагностическое мышление лечащего врача по правильному пути.

Головная боль свидетельствует о наличии временных или длительных нарушений внутричерепного кровообращения и циркуляции ликвора, вызванных тем или иным патологическим процессом, разнообразным по характеру и локализации. Задача лечащего врача заключается в том, чтобы в каждом отдельном случае заболевания возможно раньше оценить диагностическую значимость головной боли и выявить ее причину. Раннее распознавание этой причины в большинстве случаев позволяет ее устранить путем назначения рациональной терапии. Лечение уже развившегося патологического процесса связано со значительными трудностями.

Следует помнить о затяжных, длительных головных болях, являющихся одним из клинических выражений хронической инфекции.

Мы имеем в виду случаи орального сепсиса, связанные с наличием кариозных зубов, а также затяжные гонзиллиты, нередко сопровождающиеся нестойкой субфебрильной температурой.

У страдающих латентной формой малярии иногда наблюдаются приступы головной боли, возникающие периодически как клинический эквивалент пароксизмов.

Упорные ночные головные боли давно отмечены при сифилитических периоститах. Поэтому в случаях упорной ночной головной боли целесообразно исследовать кровь и ликвор на реакцию Вассермана, а также произвести перкуссию и пальпацию черепной коробки.

Среди этиологических факторов головной боли токсикоинфекционного происхождения следует также иметь в виду глистные инвазии, особенно частые в детском возрасте. Головные боли в подобных случаях носят относительно длительный характер и часто возникают в определенное время суток. В таких случаях надо исследовать кал на яйца глистов.

Головные боли токсического происхождения могут быть связаны с хроническими запорами или постоянно недостаточной эвакуацией кишечника. Из аутоинтоксикаций головную боль вызывает диабет и подагра.

Ряд экзогенных интоксикаций подчас протекает при отсутствии резко выраженных симптомов или при интоксикациях с едва выраженной, «контурно» очерченной симптоматикой, выражаясь до известного времени только в головной боли, подчас даже не интенсивной. Поэтому при отрицательных результатах исследования нервной системы и внутренних органов, т. е. при отсутствии заболеваний, которыми можно было бы объяснить головную боль, следует предположить наличие причин общего характера, к которым прежде всего относятся экзогенные интоксикации. Каждый опытный врач может привести примеры опрометчивых диагнозов «мигрени», не поддававшейся лечебному воздействию до тех пор, пока путем всестороннего исследования не вскрывалась подлинная причина головной боли.

Из экзогенных интоксикаций, часто вызывающих нередко интенсивную головную боль, следует отметить отравление свинцом, ртутью, алкоголем, никотином, опиатами, белладонной, угарным газом и окисью углерода. Вот почему должны быть учтены условия труда, быта, а также степень потребления никотина и алкоголя.

Из наиболее частых причин головной боли, связанных с заболеваниями внутренних органов, следует помнить о болезнях почек. Поэтому при каждой жалобе на головную боль необходимы тщательные и повторные исследования мочи и измерение кровяного давления.

Больные со сморщенной почкой нередко жалуются только на головную боль. Следует учесть, что при этом заболевании количество белка в моче бывает столь незначительным, что даже не обнаруживается обычной пробой на кипячение, а только пробой с сульфосалициловой кислотой или реакцией с ферроцианкалием. Наличие у такого больного артериальной гипертензии помогает врачу поставить правильный диагноз.

Особенно часта и упорна головная боль при отечно-гипертонической форме нефрита. Такие больные нередко жалуются и на одышку. Вполне допустимо, что патогенез этой головной боли связан с функциональным изменением капилляров мозга. Для этой категории больных харак-

терны отеки и бледность лица, повышение кровяного давления, обычные для острого нефрита изменения со стороны мочи и т. д. Необходимо указать также на головные боли, которые нередко сопровождаются тошнотой и рвотой, как на предвестники припадка эclamптической уремии. Немалое практическое значение имеют головные боли, этиологически и патогенетически связанные с расстройствами кровообращения на почве недостаточности сердечной деятельности, эмфиземы легких, опухоли средостения. Эти боли носят давящий, тупой характер, ощущаются преимущественно в затылочной области и связываются с венозной гиперемией, которая может возникнуть, например, если слишком тесен воротник и при длительном кашле.

Далее следует иметь в виду головную боль при гипертонии. Нередко она носит пароксизмальный характер, сопровождаясь головокружением и шумом в ушах. Локализация боли бывает то разлитой, то соответствует руслу того или иного кровеносного сосуда.

Гипертонические головные боли связываются иногда с напряжением в ветви наружной сонной артерии, так как они после понижения внутричерепного давления не ослабевают. В подобных случаях сдавление пальцами височной, лобной и других ветвей наружной сонной артерии уменьшает боль, а перевязка средней оболочечной и особенно височной артерии нередко успокаивает боль на несколько месяцев. Очень часто параллелизма или зависимости между возникновением головной боли у гипертоника и высотой кровяного давления не отмечается.

Головные боли при гипертонической болезни часто сопровождаются головокружением и неприятными ощущениями в области сердца. При гипертонии может развиваться склероз мозговых сосудов; в таких случаях нередко наблюдаются ангиоспазмы, вызывающие приступы головокружения и даже потерю сознания, а также временные расстройства функции мозга (афазии, гемипарезы).

Артериосклероз сосудов мозга и его оболочек, приводя к расстройству кровообращения, также вызывает головную боль и головокружение. Диагноз артериосклеротической головной боли подтверждается наличием признаков артериосклероза при отсутствии заболевания почек.

Головные боли вследствие так называемой активной гиперемии могут наблюдаться не только при артериаль-

ной гипертонии. Они наблюдаются и при длительном умственном переутомлении, а также после приема возбуждающих средств (кофеин и др.).

Нередки головные боли при болезнях крови. В части случаев они, наряду с головокружением, являются основной жалобой больных анемией, сопровождаясь ощущением утомления, мелькания в глазах, шумом в ушах. При полицитемиях (эритремиях) описаны головные боли тягостного характера, наступающие пароксизмами. Возможно, что они связаны с повышением кровяного давления. Эти головные боли сопровождаются головокружениями, приливами крови к голове, общей слабостью и кровотечением (носовым, желудочным). Для таких больных характерна багрово-синюшная окраска кожи лица и вишнево-красный цвет слизистых оболочек.

М. В. Черноруцкий отмечает, что анемические головные боли наблюдаются при значительных степенях малокровия любого происхождения; тупые, давящего характера боли, локализующиеся обычно в небольшом участке головы, часто усиливаются в стоячем положении больного и стихают в лежачем. Для этих болей характерна склонность к головокружениям, сонливости и обморокам.

При анемиях разнообразного происхождения (злокачественной, гемолитической, постгеморрагической и вторичных формах, а также при хлорозе) в жалобах больных преобладают указания на головокружения, сочетающиеся с головной болью, общей слабостью. Реже наблюдаются нейроанемические синдромы полиневрального, псевдотабетического типа (при злокачественной анемии).

Описаны также головные боли эндокринного происхождения. Мы имеем в виду головные боли, нередко возникающие перед появлением регул, а также подчас особенно интенсивные и тягостные головные боли в климактерическом периоде, сопровождающиеся приливами крови к голове, пульсацией и небольшой артериальной гипертонией.

Не подлежит сомнению, что патогенетический механизм этих эндокринных головных болей связан с нарушениями эндокринно-вегетативной регуляции моторики сосудов («ангиодистонии» В. А. Гиляровского).

Вегетативные аппараты нервной системы объединяют отдельные органы и тем самым устанавливают их взаи-

мосвязь и функциональное единство. Поэтому рефлекторный механизм головных болей, описанных при заболеваниях женской половой сферы (Снегирев) и желудка (Хорошко), вызванных вторичным нарушением иннервации церебральных сосудов, является допустимым.

Лечение головных болей при острых и хронических инфекциях

Ослабление или устранение головной боли при острых инфекциях, сопровождающихся повышением температуры, достигается назначением отвлекающих средств. В таких случаях применяются горчичники на заднюю поверхность шеи, между лопатками, икры. Вместо горчичников могут быть использованы скипидарные примочки в течение 10—15—20 минут, до появления заметной гиперемии кожи. При этом следует иметь в виду, что более длительное применение этих примочек может вызвать ожоги и пузыри. Иногда облегчает боль применение холода на голову (пузырь со льдом или примочки из ледяной воды на лоб). При назначении некоторых сосудорасширяющих средств, снижающих температуру, например, аспирина, пирамидона, фенацетина, и болеутоляющих следует помнить, что эти средства могут помешать скорой и правильной постановке диагноза. Назначение этих средств нецелесообразно при заболеваниях, в течение которых можно ожидать каких-либо осложнений, ибо болеутоляющее действие лекарства может замаскировать клиническое проявление симптомов наступающего осложнения (например, кишечное кровотечение при брюшном тифе и др.).

При крупозной пневмонии головные боли иногда бывают весьма интенсивными и нередко сопровождаются симптомами раздражения оболочек или вторичного серозного их воспаления, поэтому в таких случаях показана люмбальная пункция, после которой головная боль значительно ослабевает. Исследование ликвора обычно обнаруживает при этом небольшое увеличение числа лимфоцитов.

Головные боли при сифилисе поддаются воздействию специфической терапии; они ослабевают также после приема аспирина или пирамидона с кофеином. Хорошие результаты при головных болях малярийной природы дает лечение хинином.

Лечение головных болей при интоксикациях

Головные боли при острых интоксикациях, вызванных угарным газом или окисью углерода, устраняются путем переноса пострадавшего на свежий воздух, вдыхания кислорода, кровопусканий, приема внутрь или подкожных инъекций кофеина. При интоксикациях, обусловленных алкалоидами, требуется назначение соответствующих противоядий. Хронические головные боли при систематической интоксикации свинцом, ртутью, алкоголем и никотином проходят только в том случае, если из организма совершенно устраняются вызвавшие их яды. Однако и после их устранения необходимо проведение оздоровительных мероприятий для окончательной ликвидации причин головных болей и для общего укрепления организма. В таких случаях показаны гидротатические процедуры и легкие физкультурные упражнения, назначаемые в строгом соответствии с возрастом, состоянием сердечно-сосудистой системы и других органов больного.

Лечение головной боли при глистных инвазиях сводится к приему соответствующих глистогонных средств, а при привычных запорах — к соответствующему пищевому и общегигиеническому режиму.

Головные боли при диабете и подагре могут быть устранены рациональным лечением тех расстройств обмена, которые их вызывают.

Лечение головных болей при болезнях внутренних органов

Борьба с головной болью при отечно-гипертонической форме нефрита сводится к строгому постельному режиму, голодной диете (лишение также и питья), согреванию тела больного для уменьшения спазма сосудов. Упорные головные боли и рвота нередко являются предвестником эклампсии. Поэтому целесообразно массивное кровопускание (500—600 см³) путем венепункции или венесекции. Весьма эффективна в таких случаях люмбальная пункция, снижающая внутричерепное давление. Она проводится таким образом, чтобы давление ликвора к концу пункции соответствовало норме, т. е. чтобы ликвор выделялся со скоростью 60—70 капель в минуту.

Целесообразны также внутримышечные инъекции 25% раствора сульфата магнезии. Тареев рекомендует

внутривенные вливания 10% раствора $MgSO_4$ в количестве 7—10 см³.

Упорная тупая головная боль, ощущаемая при некоторых болезнях сердца и эмфиземе легких, возникает вследствие расстройства циркуляции крови в сосудах головного мозга; в таких случаях головная боль нередко сопровождается ощущением тяжести в голове, бессонницей, головокружением. Постельный режим, слегка приподнятое положение головы, сердечные средства, назначаемые в соответствии с характером заболевания сердца и степенью выраженности декомпенсации, как, например, горицвет, наперстянка, строфант, а также диуретин с люминалом, приводят вначале к ослаблению, а затем и к исчезновению головных болей.

В начальных стадиях сердечной-сосудистой недостаточности показано курортное лечение (в Кисловодске), осторожно проводимая под врачебным наблюдением лечебная физкультура, назначение бромидов в сочетании с горицветом или валерианой. В начальных стадиях гипертонии головные боли постепенно проходят после назначения соответствующего гигиенического режима труда и быта, временного постельного режима или санаторного лечения. В этих случаях уместно также назначение папаверина, люминала и диуретина.

Rp. Luminali 0,02
Papaverini 0,04
Diuretini 0,4
M. f. p. D. t. d.
S. По 1 порошку 2—3 раза в день

Показана одновременная диатермия шейных узлов и каротидного синуса. При тягостных головных болях и головокружении рекомендуются кровопускания (300—400 см³), пиявки (5—6 штук на носцеvidный отросток). Показаны также горчичники или скипидарные примочки на заднюю поверхность шеи, область между лопатками и икры.

При общем артериосклерозе головные боли нередко сопровождаются головокружением и расстройствами памяти; они ослабевают, а иногда и устраняются в результате приема препаратов иода в небольшой концентрации. При склонности к иодизму целесообразно применение саиодина по 0,5 на прием. В таких случаях запрещается потребление алкоголя и табака.

Лечение головных болей при болезнях крови

То обстоятельство, что головные боли чаще наблюдаются при гипертонической форме эритремии, диктует соответствующую терапию. В таких случаях показаны кровопускания (по 300—400 см³), повторяемые два раза в неделю. Рекомендуются также подкожные вдувания (300—500 см³) кислорода (оксигенотерапия), проводимые через день в течение месяца, и рентгенотерапия трубчатых костей.

Наряду с этим, необходим соответствующий режим питания, чередование труда и отдыха. Показана молочно-растительная пища. Алкоголь и табак запрещаются.

Лечение головной боли, головокружения и других нервных симптомов, сопровождающих болезни крови, должно быть рациональным, т. е. соответствовать характеру основного заболевания.

Лечение головных болей в климактерическом периоде

Головные боли, возникающие во время климакса и нередко сопровождающиеся приливами крови к голове и парестезиями, часто устраняются применением оварина. Показана также д'арсонвализация, франклинизация, гальванический воротник по Щербаку и теплые водяные процедуры — ванны температуры 36° в течение 10 минут с последующими обливаниями температуры 34—35° или циркулярным душем той же температуры в течение 1—2 минут. Эти процедуры должны быть строго индивидуализированы в соответствии с общим состоянием организма, сердечно-сосудистой системы и кровяным давлением.

МИГРЕНЬ

Этиологию мигрени правильно трактовать как своеобразную разновидность вазомоторной дисфункции. Хотя аллергическая теория провокации припадков этого заболевания представляется в некоторых случаях правдоподобной, однако аллергический фактор далеко не всегда является основным. Так, например, нередко пароксизмы мигрени наступают в результате умственного переутомления, длительного пребывания в плохо вентилируемом помещении, при сильном чувстве голода, после волнений. Совпадение в части случаев первых мигренозных при-

падков с началом менструаций, их прекращение иногда в связи с наступлением климактерия дают основание полагать, что эндокринные сдвиги также могут играть роль фактора, способствующего наступлению припадков или прекращению их.

Основным этиологическим фактором мигрени является вазомоторная недостаточность, обнаруживающаяся при воздействии неблагоприятных факторов внешней среды. Наш опыт не дает достаточных оснований категорически утверждать, что мигрень является наследственным заболеванием (мнение довольно распространенное); правильнее сказать, что в части случаев наблюдается семейное предрасположение к мигрени, которое под воздействием неблагоприятных условий среды может перейти в оформившееся заболевание. Известны, однако, случаи ошибочного диагноза мигрени, основанного только на том, что в семье больного были лица, страдавшие мигренью. Следует помнить, что в семье больного, страдающего мигренью, может оказаться лицо, у которого головные боли возникли вследствие тяжелого поражения мозга, ничего общего с мигренью не имеющего.

Утверждение, будто мигрень представляет собой «почти безвредное заболевание», следует признать ошибочным. Мигрень не ведет к психическим изменениям личности больного, но она нарушает трудоспособность и неминуемо воздействует в той или иной мере на психику, держа больного под угрозой развития припадков и тем самым вызывая тревожно-мнительную настороженность. Наряду с этим, не подлежит сомнению, что каждый припадок мигрени как бы подготавливает путь для следующего.

Зрительные, речевые расстройства, возникающие иногда перед приступом мигрени, вызываются спазмом соответствующих мозговых сосудов.



Что касается развития механизма, вызывающего боль при мигрени, то этот вопрос окончательно еще не разрешен. Как известно, концепции старых авторов о сущности мигрени и ее патогенеза сводились к пароксизмальному симпатикотоническому спазму сосудов мозга (Дюбуа-Реймон, Шарко). Мебиус считал мигрень заболеванием головного мозга, родственным эпилепсии. Флатау трактовал мигрень как синдром невро-токсического диатеза, при котором эндокринные железы играют первостепенную роль. По А. Е. Щербаку, при мигрени имеет место раздражение вазомоторов, исходящее из верхнего симпатического узла.

Несмотря на наличие чувствительных нервных окончаний в сосудистых стенках, вряд ли можно считать, что боль вызывается только спазмом церебральных сосудов. Поскольку приступ мигрени нередко сопровождается замедлением пульса, рвотой, зевотой, то возможен вывод, что мигренозная головная боль связана также с повышением внутричерепного давления.

Можно полагать, что не только сосудистый спазм, но и одновременное раздражение симпатических волокон, иннервирующих сосудистые сплетения, приводят к повышенной секреции ликвора и в связи с этим к повышению внутричерепного давления.

Понятие о патогенезе мигрени как об ангионеврозе, вызывающем спазм сосудов и гиперсекрецию ликвора, находится в соответствии с повседневными клиническими наблюдениями и благоприятными результатами хирургических вмешательств на шейном симпатическом нерве.

При наиболее частой спастической форме мигрени наблюдается побледнение лица, расширение зрачков, поверхностная височная артерия тверда наощупь, сжата.

Гораздо реже приходится наблюдать вазопаралитическую форму мигрени, при которой в противоположность спастической форме на стороне головной боли краснеет лицо, заметно пульсирует и расширяется поверхностная

височная артерия, суживается зрачок. В этих случаях возможна трансудация плазмы крови через стенки расширенных мелких сосудов, вызывающая повышение внутричерепного давления. Признаком, объединяющим обе формы мигрени, является пароксизмальность сосудистых явлений дистонии. Наличие предвестников перед развертыванием болевого синдрома для мигрени типично, но непостоянно. Иногда аура столь кратковременна, что больной не обращает на нее внимания, особенно во время первых приступов.

Заболевание начинается чаще в период возмужалости (12—18 лет), реже в детские годы и крайне редко в старшем возрасте.

Г. И. Маркелов, анализируя литературные данные и свои наблюдения, считает мигрень вегетативным кризом. Под вегетативным сосудистым кризом следует понимать пароксизмально наступающие приступы регионарных спазмов сосудов. Клиническая картина этих кризов находится в соответствии с функциональными особенностями органов, в которых кризы разворачиваются. К вегетативно-сосудистым кризам относятся также грудная жаба, приступы болей в желудке и кишечнике при спазмах сосудов брюшной полости, эпилептиформные припадки и т. д.

Для течения мигренозного приступа характерны вегетативные симптомы. Иногда уже в стадии предвестников наблюдаются такие вегетативные феномены, как зевота, сонливость, общее снижение или повышение биотонуса. Во время припадка характерно, как упоминалось выше, побледнение или покраснение лица, расширение или сужение зрачка с одной стороны, часто замедление пульса, а иногда повышенная саливация, частичный или общий гипергидроз. Припадок прекращается после рвоты, после поноса, чаще после сна.

Усиление боли при шуме или ярком свете объясняется реперкуссией, ибо здесь имеет место как бы отражение в возбудимую «наболевшую» область из менее возбудимых областей (М. И. Аствацатуров, А. Тома).

Ввиду того что мигрени в некоторых случаях, наряду с пароксизмальностью, свойственна также аура и временные выпадения в двигательной сфере (афазии, парезы, параличи), издавна наблюдается тенденция к проведению аналогии между мигренью и эпилепсией (Говерс, Мебиус,

Колье и др.). Поводом к таким сопоставлениям является ряд фактов. Так, например, изредка при мигрени оказывается эффективным применение противоэпилептических средств; это можно объяснить тем, что в основе припадков как ангиоспастической мигрени, так и некоторых форм эпилепсии лежит спазм сосудов. Описаны также отдельные случаи мигрени, в которых наблюдался переход приступов ее в эпилептиформные припадки.

Оставляя в стороне значение пароксизмальности и спазма сосудов в развитии этих заболеваний как свойственных ряду патологических состояний, следует признать, что основные признаки мигрени и эпилепсии различны. Так, например, при мигрени на первый план выступает затяжной болевой феномен без расстройств сознания, в то время как для подавляющего большинства случаев эпилепсии характерно изменение сознания разнообразного характера, а также гиперкинезы. Зарегистрированы очень редкие случаи, в которых припадки представлялись как бы сочетанием проявлений мигрени и эпилепсии.

Предположение Колье, что мигрень может трактоваться как затяжная форма местной эпилепсии, сочетающейся с вызывающим головную боль набуханием мозга, нам представляется неубедительным. Заслуживает внимания концепция Е. К. Сеппа и Говерса о том, что в основе обоих заболеваний могут лежать различные факторы, в частности, особенности и расстройства (дисক্রазии) обмена, что подтверждается исследованиями Е. К. Сеппа и его школы. Г. И. Маркелов полагает, что мигрень родственна диэнцефалической эпилепсии (Иценко, Лермит), при которой наблюдаются пароксизмального характера вегетативные феномены без выраженных расстройств сознания.

При диагностировании мигрени необходимо в первую очередь исключить заболевания, одним из симптомов которых является головная боль.

Дифференциальный диагноз мигрени основывается на припадочном характере головной боли, т. е. отсутствии ее в промежутках между припадками мигрени. Наличие у кого-либо из близких родных больного аналогичных припадков головной боли делает диагноз мигрени вероятным, но не подтверждает его окончательно. Появление стойкой длительной головной боли, носящей не пароксизмальный, а более постоянный характер, всегда заставляет заподозрить симптоматический ее характер, как

это бывает при заболевании почек, гипертонии, расстройствах мозгового кровообращения, опухолях или сифилисе мозга и т. д. Поэтому в таких случаях необходимо тщательное клиническое и лабораторное исследование не только нервной системы (также глазного дна), но и внутренних органов.

Лечение мигрени

Трактовка патогенетической сущности мигрени как церебрального ангионевроза, проявляющегося своеобразными пароксизмами ангиоспастического или ангиопаралитического типа, определяет соответствующие лечебные мероприятия.

Больному, страдающему приступами мигрени, следует рекомендовать молочно-растительную пищу, т. е. диету, лишенную экстрактивных веществ, которые содержатся в мясе, грибах, икре и т. д. Запрещается табак и алкоголь; не рекомендуется кофе и крепкий чай. Важно следить за ежедневным опорожнением кишечника. Ночной сон должен быть достаточным, в противном случае необходимо рекомендовать спать после обеда час или два.

Больным, страдающим мигренью, рекомендуется возможно более продолжительное пребывание на свежем воздухе. Ежедневный досуг должен быть использован для прогулок пешком. Лицам, занимающимся умственным трудом, показан легкий физический труд, предпочтительно на свежем воздухе.

Сообразуясь с общим состоянием организма и сердечно-сосудистой системы, следует рекомендовать физкультурные упражнения, общий массаж, гидропатические процедуры. Наиболее целесообразно назначение водяных ванн температуры 36° в течение 10 минут с последующим струевым душем на ноги температуры $40-42^{\circ}$ в течение 2 минут. При невозможности пользоваться водолечением в лечебном учреждении рекомендуются теплые ножные ванны перед сном.

Из многочисленных салициловых и других препаратов, обычно рекомендуемых при мигренях, наилучший эффект во время припадка (правда, не во всех случаях) дает пирамидон (0,3) с кофеином (0,1). Целесообразно также назначение люминала в малых дозах (3 раза в день по 0,03—0,04) в течение продолжительного времени, при-

мерно 4—6 месяцев. При этом не следует прерывать прием люминала сразу: надо постепенно уменьшать его дозировку к концу курса лечения. Целесообразно также применение малых доз хинина (по 0,05) на протяжении 3—4 месяцев.

Во время припадка наиболее эффективным средством является горячая ножная ванна (40—42°) в течение 10—15 минут (противопоказана во время регул). Хорошее действие оказывают также компрессы на голову — горячие или холодные, в зависимости от формы мигрени.

При ангиоспастической форме мигрени, встречающейся чаще, рекомендуется во время приступа крепкий кофе или чай.

Во время припадка необходим абсолютный покой, чтобы больной мог уснуть. В тяжелых случаях показана люмбальная пункция.

Профилактика мигрени должна основываться на широких оздоровительных мероприятиях. В этом отношении особенно важно рациональное воспитание и закаливание организма еще в детском возрасте, физкультура, спорт, физические упражнения, возможно более длительное пребывание на свежем воздухе и т. д.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ, ЛОКАЛИЗУЮЩИХСЯ ВБЛИЗИ ОТ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ПОЛОСТИ

Головные боли бывают связаны с заболеваниями слухового аппарата, богатая иннервация которого обуславливает наличие многочисленных рефлекторных связей (тройничный, лицевой, языкоглоточный и блуждающий нервы). При заболеваниях уха нередки поражения сосцевидного отростка, выражающиеся в сильных болях в соответствующей области как спонтанных, так и при пальпации ее. Близость барабанной полости к внутренней поверхности черепа объясняет возможность перехода воспалительных процессов на мозговые оболочки. Поэтому при головной боли каждое, хотя бы и незначительное на первый взгляд, указание в анамнезе на возможное заболевание слухового аппарата требует тщательной проверки. В подобных случаях необходимо произвести также термометрию, исследование крови (лейкоцитоз и РОЭ), ликвора (цитоз, увеличение количества белка) и глазного дна. Результаты перечисленных

исследований, наряду со специальными невропатологическими данными, помогают уточнить диагноз вторичного серозного или гнойного отогенного менингита, а возможно и абсцесса или тромбоза синуса и, таким образом, решают вопрос о происхождении головной боли.

Немалое значение в возникновении некоторых головных болей имеют воспалительные процессы в лобных, решетчатых и верхнечелюстных пазухах. Поэтому тщательный опрос больного, устанавливающий наличие предшествующей гриппозной инфекции, выделений из носа, а также болезненности при давлении в соответствующих участках лицевого черепа, должен быть дополнен специальным ринологическим исследованием и рентгенографией лобных пазух и гайморовых полостей. При головных болях в случаях поражения придаточных полостей носа следует обращать внимание на преимущественную локализацию боли в участке пораженной лобной или гайморовой полости, которая при давлении на них нередко усиливается. Из этих полостей боли нередко иррадируют в другие участки головы.

При зубной боли интенсивные болевые ощущения, распространяющиеся по второй или третьей ветви V нерва, охватывают и всю соответствующую половину головы. Иногда очень интенсивная и длительная зубная боль иррадирует в глазное яблоко, височную и затылочную область соответствующей стороны, рефлекторно вызывая защитную фиксацию всей головы.

Между механизмами головной боли разного происхождения и органом зрения существует самая тесная связь. Оптико-вегетативная система (Маркелов) играет здесь, по видимому, не последнюю роль. Чем объяснить, что при длительных головных болях в связи с повышением внутричерепного давления наступающий нередко амвроз совпадает со значительным ослаблением, а иногда даже исчезновением головной боли? Почему резкая головная боль нередко сопровождается светобоязнью? Не подлежит сомнению, что аппараты светоощущения рефлекторно связаны со сложными вазомоторными аппаратами внутричерепной полости.

Головные боли могут возникнуть при расстройствах рефракции и аккомодации. Если больной указывает, что головная боль появляется при напряжении зрения, например, после долгого чтения, надо тщательно исследовать

больного, чтобы выяснить нет ли спазма аккомодации, вызывающего головную боль. Аномалии рефракции у школьников часто провоцируют головную боль. При возникновении головной боли во время работы, требующей большого напряжения зрения, также необходимо проверить, нет ли слабости конвергенции. Иногда головную боль вызывает пользование неправильно подобранными очками.

Оставляя пока в стороне вопрос о значении картины глазного дна для диагностики заболеваний, сопровождающихся головной болью, упомянем здесь о глаукоме. Острый приступ этого заболевания сопровождается жестокой головной болью и снижением зрения, так как при глаукоме наблюдается значительное повышение внутриглазного давления. Наблюдается также и цефалгия вследствие воспаления радужной оболочки (ирит).

Нередки жалобы на головную боль при невралгиях и невритах затылочных и тройничного нервов. Возникающая иногда после гриппа или при малярии затылочная невралгия сопровождается резкой болезненностью при давлении на выходное отверстие малого или большого затылочного нерва и приводит к защитной неподвижности головы. Следует помнить также о симптоматической, вторичной форме затылочных болей. Так, например, кариозные процессы в верхних шейных позвонках, опухоли или воспалительные изменения в задней черепной ямке могут сопровождаться болью, локализуемой больным в затылке. Поэтому атипичность, длительность и упорство таких болей должны заставить врача искать одну из упомянутых причин вторичной невралгии.

Невралгия тройничного нерва отличается пароксизмами, во время которых больной испытывает жестокую острую боль пульсирующего характера. Чрезвычайная интенсивность болевых ощущений приводит к значительной их иррадиации на всю соответствующую половину головы, поэтому нередко больной лишен возможности точно указать место ощущаемой боли. Место выхода соответствующей ветви тройничного нерва во время интервалов между пароксизмами болезненно, но выраженных расстройств чувствительности соответствующих участков кожной поверхности лица отметить не удастся. Во время пароксизма дергающей боли лицо больного искажается гримасой.

Наблюдаемые после гриппозной инфекции невралгии тройничного нерва, преимущественно первой, реже второй ветви, нередко протекают по типу невритов, так как одновременно с резкой болезненностью при давлении на место выхода нерва удается отметить и выраженное расстройство чувствительности в соответствующем участке кожи лица.

Послегриппозные невралгии не дают пароксизмальных болей и излечиваются при назначении салицилатов и местных тепловых процедур.

Описанный старыми авторами миозит лобных и затылочных мышц, сопровождающийся болезненностью при давлении на соответствующую мускулатуру, мы в своей практике встречали относительно редко. Чаще нам приходилось наблюдать периоститы наружной поверхности черепной коробки.

На сифилитическую этиологию этого заболевания указывал либо анамнез, либо положительные результаты реакции Вассермана; диагноз подтверждали успешные результаты противосифилитической терапии.

Лечение головных болей при заболеваниях уха

Рациональная терапия головной боли, связанной с наличием патологического очага вблизи от внутричерепной полости, сводится прежде всего к мерам по ликвидации этого очага

При отитах, особенно сопровождающихся повышением температуры, показан прежде всего постельный режим и холод на голову. При острых отитах до перфорации барабанной перепонки целесообразно введение 5% раствора карболовой кислоты в глицерине в слуховой проход, а при наличии соответствующих показаний — парацентез барабанной перепонки, после которого боль проходит. Внутрь назначается стрептоцид. Появление головной боли при наличии гнойного отита должно заставить предположить проникновение инфекции во внутричерепное пространство с последующим образованием вторичного серозного или гнойного менингита или отогенного абсцесса мозга.

В таких случаях показано срочное оперативное вмешательство для ликвидации гнойного очага и одновременное назначение стрептоцида в больших дозах.

При отогенных первичных (после травмы) и вторичных мастоидитах жестокая головная боль локализуется позади уха. В таких случаях показан лед на голову (область сосцевидного отростка) в течение дня. Внутрь рекомендуется стрептоцид (по 0,5 каждые 4 часа). При отсутствии улучшения показана операция.

Лечение головных болей при заболеваниях придаточных полостей носа

При остром насморке головные боли иногда достигают значительной интенсивности. В таких случаях целесообразно назначение тепла к ногам, потогонных средств (чай из сухой малины, салицилаты).

Резкая головная боль при острых гайморитах, нередко сопровождающаяся повышением температуры и иррадиацией в верхнюю челюсть и зубы соответствующей стороны, купируется при назначении постельного режима, согревающих компрессов, стрептоцида внутрь (чередующего с аспирином), внутримышечных инъекций пенициллина. Целесообразна также УВЧ терапия или диатермия на область гайморовой полости. При неэффективности консервативной терапии целесообразна пункция полости и операция.

Головная боль при воспалении лобной пазухи (фронтите), ощущаемая над соответствующей бровью и во лбу, требует тех же мероприятий.

Консервативная терапия при упорных головных болях на почве воспаления решетчатых клеток (этмоидит) сводится также к назначению стрептоцида или пенициллина. В крайнем случае показана операция.

Следует помнить, что головная боль при заболевании клиновидной пазухи (сфеноидит), нередко ощущаемая в области затылка, сопровождается осложнением этого заболевания — тромбоз кавернозного синуса, характеризующийся экзофтальмом, отеком век, застойным соском дна глаза и высокой температурой с большими колебаниями. Лечение воспаления клиновидной пазухи приводит вначале к значительному ослаблению головной боли, а затем к устранению ее. В таких случаях показан курс лечения стрептоцидом или пенициллином, внутривенные вливания 40% раствора уротропина. При отсутствии улучшения производится операция.

Лечение головных болей при заболеваниях глаз

Ввиду того что головная боль при заболевании глаз обычно сопровождается расстройством зрения, необходимо специальное исследование, которое выявляет основное заболевание, вызывающее головную боль (аномалии рефракции и аккомодации).

При острой форме глаукомы, когда боль нередко сопровождается рвотой, общим недомоганием, падением зрения и расширением зрачка, рекомендуется ограничить прием жидкости, избегать употребления чая, кофе и спиртных напитков. Внутрь назначаются иодистые препараты и диуретин; в глаз несколько раз в день вкапывают 1% раствор пилокарпина. При неудовлетворительных результатах консервативного лечения показана иридэктомия.

Лечение головных болей при невралгии тройничного нерва

В свежих, острых случаях невралгии тройничного нерва следует рекомендовать потогонные и болеутоляющие средства (аспирин, фенацетин, пирамидон), а также электропроцедуры на соответствующую часть лица. При этих процедурах необходимо защищать повязкой глаза. Целесообразна также стабильная гальванизация в течение 10—15 минут: анод на соответствующую точку выхода пораженной ветви; катод — на затылок; ток до 3 мА. Помимо того, рекомендуется ионофорез с салициловым натрием или новокаином. Можно также проводить ионизацию с раствором аконитина (2 мг на 100 г дистиллированной воды) через маску Бергонье.

В упорных случаях с частыми рецидивами приходится прибегать к алкоголизации нерва, дающей благоприятный эффект на несколько месяцев. После анестезии новокаином (которой должна предшествовать предоперационная обработка) соответствующего участка кожи в выходное отверстие пораженной ветви вводится игла шприца, содержащего 80% раствор спирта. Попадание иглы в отверстие вызывает острую боль вследствие укола нерва. Вслед за этим производится инъекция 1 см³ алкоголя. Появление кратковременной жгучей боли в области соответствующей нервной ветви, вслед за которой сейчас же наступает анестезия этого участка, свидетельствует о том, что алкоголизация нерва проведена правильно.

Е. К. Сепп в тех случаях, когда алкоголизация соответствующей ветви тройничного нерва почему-либо невозможна, рекомендует вибрационный массаж. Вибратор ставится на скуловую дугу; начинают с малых амплитуд при максимальной частоте тока. Массаж производится ежедневно в течение 5 минут, всего 15—20 сеансов. По Сеппу, при невралгии тройничного нерва хорошие результаты дает также рентгенотерапия.

Лечение головных болей при затылочных невралгиях

Простудные и послегриппозные невралгии затылочных нервов обычно вначале ослабевают, а затем совершенно исчезают под влиянием салицилатов и местных тепловых процедур (согревающие компрессы, парафиновые аппликации, соллюкс). Показана также ионизация с аконитином или аспирином. При упорных болях необходима тщательная проверка неврологического состояния и обследование верхних шейных позвонков (рентгенография, РОЭ, симптом нагрузки), так как заболевания задней черепной ямки и кариес верхних шейных позвонков могут вызвать вторичную, симптоматическую затылочную невралгию.

Головные боли в области затылка при кариозных процессах верхних шейных позвонков требуют иммобилизации шейной части позвоночника и соответствующего общеукрепляющего лечения. Лечение головной боли, связанной с процессом в задней черепной ямке, определяется характером этого процесса (киста, опухоль и т. д., см. ниже).

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЕГО ОБОЛОЧЕК

Сюда относятся заболевания воспалительного характера: энцефалиты, менингиты, арахниты, абсцессы и сифилитические процессы.

С точки зрения диагностики особого внимания заслуживает возникновение головной боли в ранней стадии церебрального или оболочечного процесса, когда другие признаки заболевания нервной системы еще отсутствуют. Нарастание интенсивности этой боли, наряду с ухудшением общего состояния больного, подтверждают в таких случаях начало серьезного заболевания мозга или его оболочек.

Энцефалиты

Первичные энцефалиты (летаргический, клещевой и японский) в начальном периоде сопровождаются головной болью, интенсивность которой, впрочем, не всегда может быть точно установлена вследствие измененного сознания больного. Повидимому, интенсивность головной боли при той или иной форме энцефалита зависит от ряда факторов, среди которых наиболее существенными следует считать степень участия в воспалительном процессе мозговых оболочек и воспалительного набухания мозгового вещества, а следовательно, повышения внутричерепного давления.

При летаргическом энцефалите головная боль является одним из симптомов начального периода, хотя жалобы на головную боль в таких случаях непостоянны, вследствие сонливости больного. Вместе с тем наблюдаются спорадические атипичные случаи этой формы энцефалита, когда начальный период проходит незаметно; больной отмечает затем только, что в течение 1—2 недель он болел «гриппом», сопровождавшимся сильной головной болью.

Очень частой и интенсивной бывает головная боль в начальном периоде клещевого энцефалита, что объясняется выраженностью оболочечного синдрома, подтверждаемого исследованием ликвора, и быстрым распространением токсикоинфекционного агента по всему организму. При японском энцефалите больные иногда жалуются на интенсивную головную боль в кратковременной продромальной его стадии.

При вторичных энцефалитах и наиболее частом из них — послегриппозном или остром геморрагическом — головная боль является одним из постоянных симптомов и нередко сопровождается рвотой, психомоторным возбуждением, судорогами. Несколько реже приходится встречаться с жалобами на головные боли в острой стадии геморрагического полиоэнцефалита, когда первые жалобы больных на головную боль быстро сменяются расстройством сознания и бредовыми явлениями.

Лечение головных болей при энцефалитах

Значительное ослабление головной боли, а в дальнейшем и полное исчезновение ее в острой стадии летаргиче-

ского энцефалита достигается строгим постельным режимом, назначением холода на голову, пиявок на сосцевидные отростки, люмбальной пункцией. Показано также внутривенное введение 40% раствора уротропина (5 см³) ежедневно.

В первые дни заболевания целесообразно повторное внутримышечное введение сыворотки реконвалесцентов (по 60—80 см³). Можно сочетать лечение уротропином с внутривенными вливаниями 10% раствора иодистого натрия в течение 3—4 недель. При симптомах раздражения почек от этих вливаний следует воздержаться.

Рекомендуются также отвлекающие средства в виде горчичников на затылок или область между лопатками, слегка раздражающая клизма (после очистительной) с примесью небольшого количества мыла и поваренной соли. Хорошее действие оказывают внутривенные вливания 40% раствора глюкозы (по 40—60 см³).

Жестокая головная боль, нередко сопровождающаяся рвотой, головокружением и значительным повышением температуры, внезапно возникающая в острой стадии клещевого весенне-летнего энцефалита, ослабляется в результате повторных люмбальных пункций, снижающих внутричерепное давление. Показан холод на голову, пиявки на сосцевидные отростки, горчичники на крестец, клизма. Особенно целесообразно в первые дни заболевания эндолюмбальное введение сыворотки реконвалесцентов.

При головной боли, возникающей как один из продромальных симптомов японского энцефалита и часто сопровождающейся нарушением сознания, психомоторным возбуждением и появлением менингеальных симптомов, значительный эффект дают повторные люмбальные пункции, холод на голову, кровопускание (200—300 см³), пиявки и отвлекающие средства. Рекомендуются также внутривенные вливания 40% раствора глюкозы (по 50—60 см³).

При остром геморрагическом энцефалите, для которого характерно бурное, почти апоплектиформное начало, в продромальной стадии нередко отмечаются жалобы на сильную головную боль и головокружение. Наступающее в дальнейшем значительное повышение температуры с ознобом сопровождается расстройством сознания той или иной степени (оглушенность, сонливость, кома). Поэтому при первых жалобах на головную боль, головокружение и общее недомогание необходимо уложить больного в по-

стель, назначить отвлекающие средства. С появлением менингеальных симптомов показана люмбальная пункция.

Менингиты

Жестокая головная боль является характерным и основным симптомом разнообразных форм менингитов. Она резко выражена при остро протекающих формах. Механизм головной боли при острых менингитах связан с воспалительной инфильтрацией оболочек, повышением секреции ликвора и набуханием поверхностного слоя мозга, приводящим к значительному повышению внутричерепного давления. Речь идет, таким образом, о комбинации разных механизмов, на что мы указывали в свое время, описывая механизм головной боли при остром серозном менингите¹.

Теперь, когда в связи с обнадеживающими результатами лечения стрептомицином можно надеяться, что ранняя диагностика туберкулезного менингита будет способствовать успешной его терапии, особенно важно учесть диагностическое значение головной боли в ранней стадии этого грозного заболевания в детском возрасте. Следует помнить, что в таких случаях нарастающая головная боль неизменно сопровождается некоторыми, вначале едва заметными, переменами в поведении ребенка, в его психике. Сюда относятся раздражительность, плаксивость, общая вялость, подавленное настроение. Обращает на себя внимание также отсутствие аппетита. Жалобы на головную боль в этом возрасте обязывают врача к тщательному собиранию анамнеза в целях выяснения наследственно-семейного предрасположения к туберкулезу, наличия предшествовавшего бронхаденита, плеврита или признаков туберкулезной интоксикации.

У взрослых и детей старшего возраста в продромальной стадии туберкулезного менингита головная боль обычно бывает выражена нерезко, но постепенно интенсивность ее нарастает, что совпадает с разворачиванием других симптомов менингеального синдрома. Головная боль носит разлитой характер, нарастание ее неизменно сопровождается помрачением сознания, повидимому, в

¹ Э. М. Визен, Острый серозный менингит, стр. 78—79, Удмуртгосиздат, 1938.

связи с отеком и постепенным вовлечением в воспалительный процесс поверхностных слоев коры головного мозга.

При остром серозном менингите, при котором оболочечный синдром разворачивается быстро, также быстро возникает и головная боль. Уже на первых этапах заболевания головная боль достигает значительной интенсивности, нередко сопровождаясь повторной рвотой. При этой форме менингита головная боль вызывается прежде всего быстрым повышением внутричерепного давления вследствие скопления значительных количеств ликвора в желудочках и подпаутинном пространстве. Поэтому люмбальная пункция при первичном и вторичном серозном менингите неизменно дает терапевтический эффект, приводя к значительному ослаблению головной боли и всех других симптомов менингита.

Наибольшей интенсивности достигает головная боль при менингококковом менингите. Здесь она возникает с особенной быстротой, сопровождаясь ознобом, рвотой, повышением температуры. Это острое бурное начало заболевания совпадает с проникновением менингококков через гемато-энцефалический барьер.

При вторичных гнойных менингитах, т. е. отогенных и метастатических, головная боль уже с самого начала заболевания быстро достигает значительной интенсивности.

Иногда после цереброспинального менингита, вследствие слипчивого воспаления в зоне отверстий Мажанди и Люшка, сквозь которые ликвор из желудочков проникает в подпаутинное пространство, внезапно разворачивается синдром окклюзионной гидроцефалии. Он выражается внезапным приступом жестокой головной боли, фиксацией головы, синюшной окраской кожи лица, замедлением пульса. Эти явления могут наблюдаться от нескольких минут до одного часа. В таких случаях нередко наступает летальный исход. Реже причиной окклюзионной гидроцефалии является опухоль, нарушающая свободную циркуляцию ликвора в коммуникационной системе желудочков мозга.

Абсцессы мозга

Для клинической картины отогенного или метастатического абсцесса характерно возникновение в начале заболевания интенсивной головной боли, сопровождающейся резким ухудшением общего состояния больного. Отме-

чается подавленность, грязновато-бледный цвет лица, протрация, анорексия, аномалии пульса (чаще брадикардия). В таких случаях имеет место токсикоинфекционный процесс в веществе мозга, комбинирующийся с синдромом повышенного внутричерепного давления. Об этом свидетельствует лейкоцитоз крови, ускорение РОЭ, наличие воспалительных и застойных явлений на дне глаза.

Для диагностики латентно протекающих инкапсулированных абсцессов при упорной головной боли особенно важно изучение анамнеза. Перенесенный в прошлом гнойный отит дает основание заподозрить отогенный абсцесс мозга. Наличие в анамнезе фурункула, панариция или флегмоны позволяет предположить метастатический абсцесс мозга. Для подтверждения диагноза необходимы дальнейшие исследования: пульса, глазного дна, крови (РОЭ, лейкоцитоз) и т. д.

Арахниты

Ограниченный серозный арахнит, возникающий преимущественно в связи с перенесенной инфекцией (реже травмой), сопровождается головной болью, интенсивность которой обычно зависит от количества жидкости, скопляющейся в кисте, и от локализации последней. Особенно резкую головную боль вызывают арахниты задней черепной ямки, которые в силу анатомо-топографических соотношений субтенториального (поднаметного) пространства могут симулировать клиническую картину опухоли задней черепной ямки (застойный сосок на дне глаза, мозжечковые и стволовые симптомы).

Сифилитические головные боли при внутричерепной локализации патологического процесса чаще всего сопровождаются ранними и поздними специфическими менингитами. При ранней форме сифилитического менингита головная боль появляется в течение 1—2 дней и может достигнуть значительной интенсивности. Увеличение количества лимфоцитов в извлеченном прозрачном ликворе и нередко положительная реакция Вассермана в ликворе и крови подтверждают диагноз. Медленнее развиваются, но более длительны и упорны головные боли в позднем периоде сифилиса, вызванные гуммоными процессами в оболочках мозга.

Причиной головных болей при сифилисе могут быть также хронические затяжные периоститы на внутренней

поверхности черепа. Боли эти особенно интенсивны по ночам (*dolores osteosopi*).

При перкуссии черепа обращает на себя внимание местная болезненность, чаще в области лобно-теменных отделов.

Лечение головных болей при менингитах, отогенных и метастатических абсцессах, при арахнитах и сифилитических периоститах

Как упоминалось выше, наибольшей интенсивности достигает головная боль при разнообразных формах остро протекающих менингитов. Изучение анамнеза больного и исследования ликвора уточняют диагноз и тем самым дают возможность назначить правильное лечение в каждом отдельном случае. Так, например, при отсутствии в анамнезе указаний на возможность наличия гнойного очага, присутствие в опалесцирующем или мутном ликворе менингококков, расположенных внутри нейтрофилов, указывает на эпидемическую цереброспинальную форму менингита. В таких случаях необходимо немедленно приступить к лечению сульфидином по установленной схеме: в течение первых двух суток дают по 1,0 сульфидина каждые 4 часа; в течение третьих и четвертых суток — по 1,0 каждые 6 часов; в течение пятых и шестых суток — по 0,5 каждые 6 часов. В дальнейшем дают по 0,5 сульфидина каждые 6 часов, пока температура не снизится до нормальной, и в течение 3 суток после снижения температуры. Детям в соответствии с возрастом эту дозировку снижают. При бессознательном состоянии больного, когда глотание невозможно, рекомендуется вводить раствор сульфидина подкожно, внутривенно или эндолюмбально:

Rp. Sulfidini 0,75
Natrii carbonici 1,0
Aq. destill. 100,0
MDS. Подкожно 60,0 этого раствора, внутривенно 30,0, эндолюмбально 15,0

Диагноз отогенного менингита требует немедленного оперативного вмешательства для ликвидации исходного гнойного очага. В этих случаях показано лечение стрептоцидом или пенициллином.

Головная боль при всех менингитах вызывается воспалительным процессом оболочек мозга и значительным по-

вышением внутричерепного давления (гиперсекреция ликвора, затруднение оттока его и гиперемия воспаленных оболочек), поэтому, наряду с каузальной терапией, необходимо применять все меры для уменьшения боли и общей гиперестезии, улучшения общего состояния больного путем назначения симптоматических средств. Холод на голову, отвлекающие средства (горчичники, клизмы) и повторные люмбальные пункции значительно снижают интенсивность головной боли и улучшают общее состояние больного. Как уже упоминалось, обнадеживающие результаты лечения туберкулезного менингита стрептомицином дают основание считать и это заболевание излечимым, несмотря на то, что оно относилось ранее к категории заболеваний, заканчивающихся смертельным исходом.

При головных болях в случаях туберкулезного менингита назначаются повторные люмбальные пункции, отвлекающие средства (горчичники, скипидарные примочки) на затылок и между лопатками, холод на голову.

Мы уже указывали на диагностическое значение даже и неинтенсивной головной боли в тех случаях, когда в организме имеется или был раньше гнойный очаг (отит, флегмона, абсцесс легких и т. д.). Наличие повышенного лейкоцитоза в крови, ускорение РОЭ, брадикардия, застойные или воспалительные изменения на дне глаза и данные невропатологического исследования нередко позволяют диагностировать абсцесс мозга. В таких случаях паллиативные средства неуместны. Необходимо оперативное вмешательство, перед которым для уточнения локализации гнойника иногда предпринимается пункция мозга.

Колеблющиеся в своей интенсивности головные боли и сопровождающие их объективные невропатологические симптомы при инфекционных церебральных арахнитах поддаются воздействию дегидратационной терапии — внутривенных вливаний — 40% раствора глюкозы, гипертонических растворов сернокислой магнезии (20 см³ 15% раствора) или поваренной соли. При упорных головных болях и наличии грозных симптомов расстройства функций, например, при ретробульбарных невритах с оптохиазмальной локализацией, часто приходится прибегать к оперативному вмешательству.

Головные боли при сифилитических менингитах и периоститах черепной коробки хорошо поддаются системати-

ческой специфической терапии. Назначение соответствующих средств (йод, биохинол, ртуть, сальварсан, пенициллин) в каждом конкретном случае зависит от состояния внутренних органов больного, его общего состояния и характера процесса (ранняя, поздняя форма и т. д.).

Головные боли при травмах мозга

Жестокая головная боль и нередко головокружение являются первыми жалобами больного, как только он приходит в сознание после удара, вызвавшего сотрясение мозга. Ощущения эти обуславливаются остро развивающейся дисфункцией вегетативных и, в частности, вазомоторных аппаратов сосудов головного мозга и сосудистых сплетений, а также реактивными явлениями, связанными с отеком мозга вследствие его ушиба о внутреннюю поверхность черепа. Вазомоторная дисфункция во всех периодах травматической болезни, включая и резидуальный, является наиболее постоянным патогенетическим фактором. Поэтому жалобы на головную боль после интенсивной коммоции часто предъявляются не только в течение первых дней после травмы, но и в случаях так называемых травматических энцефалопатий, т. е. отдаленных болезненных состояний, которые могут наблюдаться после тяжелых сотрясений мозга в течение продолжительного времени. Эти головные боли обостряются под влиянием алкоголя, случайной инфекции, эмоциональных сдвигов, пребывания в душном помещении и т. д.

Клинические картины коммоций и контузий, развившиеся вследствие травм головного мозга, полученных в условиях современных боев, часто комбинируются. В таких случаях у пострадавших по возвращении сознания, наряду с головной болью, головокружением и выраженными вегетативными аномалиями, наблюдаются симптомы выпадения со стороны нервной системы (расстройства речи, зрения, параличи и т. д.).

Посттравматические кровоизлияния из средней оболочечной артерии (после кажущегося асимптомным начального периода травмы) вызывают постепенно нарастающую головную боль. Эта боль сопровождается урежением пульса, нарастающей оглушенностью, доходящей до потери сознания. Наступает сдавление мозга. Обычно в таких случаях на стороне кровоизлияния наблюдается расширение зрачка.

Иногда травма черепа не приводит к потере сознания, а влечет за собой длительную головную боль. В таких случаях для решения вопроса о наличии трещины черепа необходима рентгенография. Обнаруживаемые при этом трещины основания черепа, сопровождающиеся вначале кровотечением или ликворреей из носа или уха, кровотечением изо рта, могут даже по истечении некоторого времени давать упорные головные боли вследствие развития экстра- или интрадуральной гематомы. В таких случаях нередко асимметрии со стороны черепномозговых нервов.

Головная боль является одним из основных симптомов не только последствий закрытой травмы черепа и его содержимого, но также тех грозных осложнений, которые часто возникают после проникающих ранений. Сюда относятся вторичные менингиты, менинго-энцефалиты и абсцессы различной локализации. Первым их клиническим выражением служит жестокая головная боль.

Вторичные гнойные травматические менингиты и менинго-энцефалиты характеризуются появлением на 3—5-й день после ранения жестокой головной боли и быстрым развитием менингеального синдрома. Диагноз подтверждает получение при поясничном проколе мутного ликвора.

При травматическом энцефалите, наряду с головной болью, появляются гнездные симптомы (расстройства речи, судороги, параличи) и повышается температура.

Ранние абсцессы мозга после проникающих ранений черепа также сопровождаются головной болью, интенсивность которой нередко зависит от локализации и величины абсцесса. Попутно с усилением головной боли обращает на себя внимание значительное ухудшение общего состояния раненого, а также постепенно нарастающая брадикардия, повышение лейкоцитоза крови до 12 000—16 000 и более, ускорение РОЭ, застойные или воспалительные изменения на дне глаза и гнездные симптомы поражения мозгового вещества. Расположение ранних абсцессов на месте внедрения костных осколков близко к выпуклости мозга нередко приводит к прорыву скоплений гноя в подпаутинное пространство и развитию гнойного менингита. В таких случаях усиливающаяся головная боль сопровождается оглушением, а затем потерей сознания и быстрым развертыванием других признаков синдрома гнойного менингита.

Поздние травматические абсцессы могут наблюдаться по истечении нескольких месяцев или даже лет после проникающего огнестрельного ранения черепа.

Временно латентное течение таких поздних травматических абсцессов мозга нередко завершается развитием тяжелого общего состояния, на фоне которого головная боль является основным субъективным симптомом.

Исключением иногда являются абсцессы лобной локализации, когда жалобы на головную боль как бы отступают на второй план в связи с общей оглушенностью и подавленностью или эйфорией больного, его дурашливостью и благодушным настроением (А. С. Шмарьян), как это имеет место в случаях развития лобно-базального синдрома.

Прорыв абсцесса в один из желудочков приводит к острому венитрикулиту (Н. И. Пирогов, А. Г. Молотков, М. Ю. Рапопорт, X. И. Гаркави). Среди кажущегося полного благополучия у раненного в голову, иногда при отсутствии даже какого-либо предположения об абсцессе внезапно появляется жесточайшая головная боль, нередко сопровождающаяся рвотой, двигательным возбуждением, побледнением или покраснением покрытого потом лица, учащением пульса и дыхания, подъемом температуры. Затем появляются судороги, кома, стерторозное дыхание и в течение первых суток наступает смерть. Таким образом, в случаях перфорации латентно протекавшего абсцесса в желудочек первым клиническим симптомом является внезапная жесточайшая головная боль. Ее возникновение, по мнению X. И. Гаркави, связано с раздражением сосудистых сплетений желудочков содержимым прорвавшегося абсцесса.

Травматические арахниты кистозного характера чаще локализуются на выпуклой поверхности мозга. В течение длительного времени они могут сопровождаться упорной, часто обостряющейся головной болью, интенсивность которой колеблется в зависимости от размеров кисты, ее локализации и степени скопления в полости ликвора. Упорство головной боли в случаях некоторых арахнитов, иногда застойные явления со стороны глазного дна и другие объективные симптомы мозгового заболевания (в зависимости от локализации процесса) могут затруднять дифференцирование этого заболевания от опухоли мозга.

Лечение головных болей при травмах мозга

Головные боли после сотрясения и контузии мозга обычно связаны с его отеком и нередко наступающей повышенной секрецией ликвора, поэтому в таких случаях показан длительный строгий постельный режим, внутривенные вливания 15% раствора сернокислой магнезии (15—25 см³), 40% раствора глюкозы (50—60 см³). В тяжелых случаях целесообразна люмбальная пункция, при которой извлекается небольшое количество ликвора (до 10 см³). При упорных послеконмоционных головных болях целесообразна также рентгенотерапия головы в целях понижения секреции и повышения всасываемости ликвора (Е. К. Сепп). Рекомендуются 4 сеанса по 80—100 г; место облучения — височно-теменная область попеременно с каждой стороны.

Ввиду того, что медленно нарастающая головная боль, сопровождающаяся постепенным урежением пульса и расширением зрачка на стороне травмы, наблюдается при травматическом сдавлении мозга вследствие кровоизлияния из средней оболочечной артерии, то в таких случаях необходимо неотложное оперативное вмешательство для перевязки кровоточащего сосуда и удаления гематомы. До операции показан холод на соответствующую половину головы, приподнятое положение ее, абсолютный покой, горячие влажные горчичные укутывания голеней и стоп.

Мы уже упоминали о диагностическом значении головных болей, появляющихся или резко усиливающихся через несколько дней после проникающих ранений черепа, так как они свидетельствуют о грозном осложнении, развивающемся вследствие проникновения гнойной инфекции в оболочки мозга или мозговое вещество.

Ослаблению жестоких головных болей при травматическом менингите и менинго-энцефалите способствует применение холода на голову, повторные люмбальные пункции, внутривенные вливания 40% глюкозы (50—60 см³), возможно раннее назначение сульфамидных препаратов (сульфидин, сульфазол, белый стрептоцид), применяемых по установленной схеме (первые два дня 6 раз по 1,0, следующие два дня 4 раза по 1,0, следующие два дня 4 раза по 0,5; прием в такой дозировке продолжается, пока температура не снизится до нормальной, и в течение 3 дней после установления нормальной температуры).

Пенициллин вводят по 10 000—50 000 единиц внутримышечно 6 раз в сутки, всего за курс лечения 4—5 млн. единиц. Если больной находится в бессознательном состоянии и не может глотать, целесообразно внутривенное и эндолюмбальное введение раствора сульфидина. Внутривенно следует вводить до 30 см³, эндолюмбально — 10—15 см³ 3 раза в сутки.

После открытых и закрытых ранений при наличии арахнита для лечения головной боли приступообразного характера, интенсивность которой иногда колеблется, показаны иодистые препараты внутрь и ионофорез с иодом, иногда способствующие ослаблению этих болей. Часто улучшение наступает после пневмоэнцефалографии. В тяжелых случаях показано оперативное вмешательство.

При упорных тупых длительных головных болях после переломов и трещин основания черепа с образованием субдуральной гематомы показан строгий постельный режим и холод на голову, а затем внутривенные вливания 40% раствора глюкозы. В дальнейшем целесообразен прием внутрь иодистых препаратов и трансцеребральный ионофорез с иодом.

Головные боли при сосудистых заболеваниях головного мозга

Головные боли, связанные с внутричерепной локализацией патологических процессов сосудистого характера, наиболее часты при разнообразных расстройствах мозгового кровообращения. Иногда эти головные боли принимают стойкий характер с склонностью к обострениям. Это наблюдается прежде всего в случаях диффузного склероза мозговых сосудов с преимущественной локализацией в коре головного мозга. Головная боль при этом заболевании нередко сопровождается ощущением тяжести в голове, иногда головокружением. Попутно наблюдаются симптомы, указывающие на недостаточное кровоснабжение коры: ослабление памяти, снижение работоспособности, бессонница, раздражительность, подавленное настроение, быстрая утомляемость и т. д. В таких случаях головная боль является одним из компонентов псевдо-неврастенического синдрома, к диагностической оценке которого необходимо подходить с надлежащей осторожностью, учитывая преклонный возраст больного.

Головные боли во время прединсультных состояний и после инсультов чаще всего приходится наблюдать при гипертонии и у больных с тромбозом мозговых сосудов. Иногда отмечается временное ослабление головной боли после гипертонического инсульта. После наступившего тромбоза головные боли наблюдаются не реже, чем до инсульта.

Оболочечное субарахноидальное кровоизлияние сопровождается ощущением удара в голову и жестокой головной болью. Нередко вслед за внезапной потерей сознания, длящейся не менее суток, быстро разворачивается оболочечный синдром, сопровождающийся сильнейшей головной болью вследствие раздражения мягких оболочек излившейся кровью и повышения внутричерепного давления. Полученный при поясничном проколе кровавый ликвор подтверждает диагноз.

Головные боли, связанные с люмбальной пункцией, обычно развиваются на 2—3-й день после вмешательства. Нередко они достигают значительной интенсивности и сопровождаются симптомами раздражения оболочек (боль между лопатками и в затылочной области, рвота и т. д.).

Жестокой головной болью сопровождаются тромбозы венозных синусов, иногда сочетающиеся с картиной, напоминающей менингеальный синдром. Нарастающая головная боль часто сопровождается отеком подкожной клетчатки лица или волосистой части головы. При тромбозах поперечного синуса отмечается припухание в области сосцевидного отростка. Тромбоз продольного синуса нередко сопровождается отечностью теменных отделов, на лбу, над бровями.

Головная боль при аневризме мозговых артерий является важным субъективным симптомом. Обострение боли сопровождается иногда рвотой. Наряду с головной болью, больные неизменно жалуются на ощущение ритмично пульсирующего аневризматического шума, который нередко удается аускультировать на поверхности черепа.

Головная боль, ощущаемая в области темени и усиливающаяся при колебаниях кровяного давления (например, при кашле, чихании, нагибании, сотрясении), обычно связана с недостаточностью мозговой жидкости после инфекции и при старческом артериосклерозе.

Лечение головных болей при сосудистых заболеваниях мозга

При головной боли на почве диффузного склероза мозга, сопровождающейся ощущением тяжести в голове, ослаблением памяти, раздражительностью, снижением работоспособности, бессонницей и нередко подавленным настроением, показаны иодистые препараты в течение длительного времени (иодистый натрий или сайодин), диуретин с люминалом. В таких случаях целесообразна молочно-растительная пища, ограниченный рабочий день, пребывание на свежем воздухе. Алкоголь и табак запрещаются. При обострении боли показаны горчичники или скипидарные примочки на заднюю поверхность шеи и между лопатками.

При головной боли у гипертоников в прединсультных состояниях, нередко сочетающейся с головокружением и тяжестью в голове, вследствие регионарных спазмов мозговых сосудов, показан постельный режим, пиявки за уши, кровопускание (30—40 см³), прием внутрь папаверина, люминала, диуретина (см. стр. 21) два-три раза в день.

Целесообразны также внутримышечные инъекции сернокислой магнезии или внутривенные вливания 40% раствора глюкозы (по 40—60 см³).

Rp. Sol. Magnesiaе sulfurici 25% 30,0
DS. По 3 см³ через день

При головной боли, иногда наблюдаемой после тромботического инсульта, наряду со строгим постельным режимом, показаны препараты иода и горицвета, невысокое положение головы в кровати.

В случаях резкой головной боли, появляющейся после потери сознания и потому вызывающей подозрение на оболочечное кровоизлияние, особенно при наличии других симптомов оболочечного синдрома и кровавого ликвора, необходим строгий постельный режим и холод на голову. От повторной люмбальной пункции следует воздержаться. Показаны также пиявки за уши, горчичники на область задней поверхности шеи, между лопатками и на икры.

Головная боль тупого, иногда пульсирующего характера при больших одиночных аневризмах мозговых сосу-

дов устраняется операцией. При недоступности аневризмы для хирургического вмешательства применяется паллиативная терапия болеутоляющего характера.

Следует помнить, что жестокая головная боль, сопровождающаяся ригидностью затылка, потрясающими ознобами, интермиттирующей лихорадкой, быстро наступающим коматозным состоянием, характерна для тромбоза синуса твердой мозговой оболочки. В таких случаях показана операция, пенициллино- и сульфамидотерапия, холод на голову, отвлекающие средства.

При головной боли в темени, связанной с недостаточностью мозговой жидкости после инфекций и при старческом артериосклерозе, целесообразны инъекции пилокарпина (не более 0,01 на прием), повышающего ликворную секрецию.

Головные боли при опухолях мозга

Головная боль при опухолях головного мозга и его оболочек является основным среди симптомов, вызванных повышением внутричерепного давления. Тем не менее быстрота развития головной боли и ее постоянство в начале заболевания зависят до известной степени от локализации и структуры опухоли. Чем интенсивнее рост опухоли, тем большее затруднение венозного и ликворного оттока она вызывает, тем раньше возникает головная боль и тем она постояннее.

Объясняя патогенез головной боли при опухолях мозга повышением внутричерепного давления, обтурационной гидроцефалией, некоторые авторы указывают на дополнительный фактор — набухание мозгового вещества. Возможно, что головная боль и нередко появляющаяся при ее усилении рвота носят рефлекторный характер вследствие раздражения многочисленных разветвлений тройничного и блуждающего нервов в мозговых оболочках (М. Б. Кроль). Значительная стойкость головной боли при выраженной картине опухоли дает, однако, основание полагать, что не только рефлекторный механизм играет здесь ведущую роль. Опухоли, располагающиеся в задней черепной ямке под наметом, вызывают наиболее раннюю, жестокую и стойкую головную боль, irradiирующую нередко в шею и за ухо. Повидимому, при такой локализации опухоли механизм головной боли объясняется не

только застоем венозной крови, но и раздражением оконченной наметного нерва (n. tentorii). Изучением патологии этого нерва занималась школа акад. Н. Н. Бурденко. Понятно, что глубоко расположенные внутри полушарий мозга опухоли не столь быстро вызывают головную боль (обычно разлитого характера). Для менингиом характерно усиление головной боли на месте перкуссии черепа.

По мере роста опухоли, независимо от ее локализации, головная боль становится все более стойкой и интенсивной. Кашель, чихание, физическое напряжение, иногда дефекация вызывают усиление боли. Нередко она обостряется по утрам и сопровождается рвотой.

Головная боль при опухолях мозга носит давящий характер; обычно она менее интенсивна, чем при мигрени или при менингите. При опухоли мозга головная боль нередко сопровождается некоторой фиксацией головы, особенно выраженной при локализации опухоли в задней черепной ямке, под наметом.

Усиление головной боли по утрам, повидимому, следует объяснять увеличением застоя в течение ночи или уменьшением в это время адаптации к боли.

Анатомические и клинические исследования И. С. Бабчина и В. Л. Лесницкой показывают, что головная боль при опухолях мозга может быть обусловлена: 1) прямым раздражением нервов твердой мозговой оболочки, черепномозговых нервов и верхних шейных корешков; 2) раздражением венозных синусов и сосудов твердой мозговой оболочки; 3) повышением внутричерепного давления — синдром, который может включать и перечисленные механизмы головной боли.

Топико-диагностическое значение головной боли при опухолях головного мозга ограничено ввиду возможного несовпадения локализации опухоли с местом проекции боли. Но упорная головная боль всегда заставляет подозревать серьезное заболевание головного мозга и потому требует всестороннего исследования больного невропатологом и терапевтом.

При опухоли мозга, сопровождающейся головной болью, а также нередко головокружением, рвотой, замедлением пульса, застойными явлениями на дне глаза и нарастающей грозной невропатологической симптоматикой, необходимо удаление опухоли оперативным путем во всех

случаях, когда это только возможно. При опухолях гипофиза целесообразна попытка рентгенотерапии.

При невозможности радикальной операции удаления опухоли показана декомпрессивная трепанация, ослабляющая головную боль и значительно замедляющая наступление слепоты. До трепанации показаны люмбальные пункции, которые следует проводить осторожно, особенно при подозрении на локализацию опухоли в задней черепной ямке. В таких случаях во время пункции следует поднять ножной конец кровати и выпускать ликвор возможно медленнее.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПСИХОЗАХ

Одним из наиболее частых симптомов при неврастении являются жалобы на головную боль, нередко сочетающуюся с головокружением, а иногда и с бессонницей.

Неврастеник описывает головную боль как давление в голове, ощущение тяжести на поверхности мозга или сильного давления внутри черепа. Иногда головная боль по описанию больных не очень интенсивна, но все же они жалуются на неопределенного характера тягостные ощущения в черепной коробке или «в мозгу», «мешающие думать». Понятно, что при тревожно-мнительном гипохондрическом настроении у некоторых неврастеников эти головные боли могут быть источником ряда ложных представлений о серьезном органическом заболевании мозга или его оболочек. Следует отметить, что жалобы на головную боль, ее интенсивность нередко зависят от настроения больного и степени отвлечения его внимания от испытываемых им болезненных ощущений.

При постановке диагноза головной боли в случаях неврастении необходимо помнить, что головная боль и ряд других ощущений, свойственных неврастеникам, могут наблюдаться в начальной стадии некоторых тяжелых органических заболеваний нервной системы и внутренних органов, например, при рассеянном склерозе, прогрессивном параличе, диффузном склерозе сосудов мозга, туберкулезной интоксикации, болезнях крови и др. В таких случаях принято говорить о симптоматической, или вторичной, неврастении. Тщательное исследование нервной системы, внутренних органов, крови (общий анализ и реакция Вассермана), глазного дна и кровяного давления

обеспечивают в сомнительных случаях правильный диагноз.

Нередки жалобы на головную боль у лиц, склонных к истерическим реакциям. В таких случаях больные жалуются на повышенную чувствительность и болезненность кожной поверхности волосистой части головы. Иногда больные испытывают буравящую боль в голове, возникающую как бы от вколачивания гвоздя или ввинчивания винта (*clavus hystericus*). Эта боль локализуется большим на ограниченном участке теменной или височной области. Нередко также ощущение стягивания головы металлическим обручем («истерическая каска»). Иногда больные жалуются на головную боль преимущественно в области затылка, irradiирующую то в область задней поверхности шеи, то вверх к теменно-височным отделам головы.

Подобно другим симптомам истерии, головная боль зависит от психических воздействий. Нередко она возникает после той или иной неудачи или как реакция на возникшую неблагоприятную ситуацию. Характерно возникновение такой головной боли, подобно другим симптомам истерии, на почве внушения или самовнушения. Наряду с этим, у больных истерией отмечается повышенная эмоциональность и желание обратить на себя внимание окружающих.

Лечение головных болей при функциональных заболеваниях нервной системы и психозах

При лечении головной боли в случаях неврастения и истерии особенно большое значение имеет правильная тактика врача и доверие к нему больного, столь необходимое для психотерапии. Внимательное соби́рание анамнеза и тщательное исследование больного дают врачу право сделать вывод, что жалобы на головную боль не связаны с органическим заболеванием нервной системы и других органов. Разъяснив больному в доступной форме сущность его заболевания и тем самым успокоив его, следует назначить терапию в соответствии с основным заболеванием. При неврастении показан общеукрепляющий режим, пребывание на свежем воздухе, правильное чередование умственного и легкого физического труда. Иногда этих мероприятий достаточно для устранения го-

ловной боли. В более упорных случаях рекомендуются гидропатические процедуры (ванны с последующим циркулярным душем), назначаемые в соответствии с возрастом, общим состоянием больного и его сердечно-сосудистой системой.

При истерии лечение головных болей должно проводиться прежде всего путем внушения, убеждения больного в том, что головные боли у него не связаны с каким-либо серьезным заболеванием и могут быть ликвидированы при лечении. Наряду с этим, целесообразно назначение электропроцедур — франклинизация головы, д'арсонвализация, поперечная (битемпоральная) или продольная (фронтотокципитальная) гальванизация головы (сила тока не больше 1—3 мА).

Систематическое назначение при неврастении порошков мнительным больным нередко подкрепляет их ошибочное представление о неизлечимости заболевания и влечет за собой привыкание к ним, что всегда следует иметь в виду.

Головные боли при психозах требуют самого тщательного анализа и соответствующей терапии в зависимости от вызывающих их причин.

При маниакально-депрессивном психозе и шизофрении, когда головная боль нередко сопровождается бессонницей, целесообразно назначение люминала или медаминала. При удовлетворительном состоянии сердечно-сосудистой системы полезны теплые водяные ванны (34—36°) по 1/2—1 часу утром и вечером за час до еды. Целесообразно назначение углекислых ванн, благоприятно действующих на общий тонус организма. Из электропроцедур показана франклинизация, д'арсонвализация, облучения кварцем. Лечение головных болей при органических психозах должно проводиться в соответствии с вызывающими их причинами (сифилис, артериосклероз).

*
* *

В заключение следует еще раз напомнить, что рациональное лечение головной боли должно основываться прежде всего на правильной диагностике основного заболевания. В некоторых случаях выяснить основное заболевание, одним из симптомов которого является головная боль, задача не легкая. Правильное решение этой задачи достигается всесторонним обследованием больного.

Прежде всего необходимо тщательное соби­рание анамнеза. Следует установить длительность жалоб на головную боль, ее характер, преимущественную локализацию, совпадение начала болей или болевого пароксизма с тем или иным обстоятельством. Особенно важно определить, наступает ли боль в виде приступов или ощущается постоянно. При постоянных болях следует выяснить, наблюдаются ли обострения, носят ли они спонтанный характер или чем-то провоцируются.

При отрицательных результатах обследования внутренних органов и нервной системы больного необходимо произвести ряд дополнительных, специальных и лабораторных исследований, которые часто могут помочь установить причины головной боли. Сюда относится анализ мочи, кала (на яйца глистов), общий анализ крови, включая РОЭ, исследование крови и ликвора на реакцию Вассермана, измерение кровяного давления, исследование глазного дна, рентгенография черепа. В ряде случаев показано исследование ушей, горла, носа и его придаточных полостей, а также всестороннее офтальмологическое исследование при подозрении на глаукому, аномалии рефракции и аккомодации. Исследование глазного дна может обнаружить изменения, характерные для гипертонии, заболевания почек (альбуминурический ретинит); воспалительные и застойные процессы соска зрительного нерва часто совпадают с началом тяжелых заболеваний головного мозга (опухоль, абсцессы, кровоизлияния и т. д.). В соответствующих случаях показана регулярная термометрия и посев крови, рентгенография грудной клетки.

Особенно осторожно следует объяснять головную боль функциональными заболеваниями нервной системы. Такой диагноз возможен только при отрицательных результатах упомянутых исследований и успешности психотерапии и общеукрепляющего режима.

Не менее ответственна постановка диагноза мигрени. Получив отрицательные данные при исследовании нервной системы и внутренних органов, необходимо установить строго пароксизмальный характер головной боли, стереотипность характерных особенностей начала и окончания припадка.

Таким образом, рациональное лечение головной боли заключается в лечении основного страдания, симптомом

которого в каждом отдельном случае она является. Поэтому успешное лечение инфекций, интоксикаций, болезней внутренних органов, заболеваний, связанных с локализацией патологического процесса вне черепной полости и внутри ее, а также функциональных заболеваний нервной системы устраняет головную боль.

Наряду с лечением основного заболевания, необходимо принимать все меры для устранения головной боли, учитывая в каждом случае те возможные патологические механизмы, которые лежат в ее основе. Здесь сложность задачи врача заключается в том, чтобы, борясь с головной болью, как одним из клинических проявлений патологического процесса, не забывать о необходимости лечения основного заболевания, всемерно способствовать его устранению или ослаблению в соответствии с современным уровнем наших знаний.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОПРОВОЖДАЕМЫХ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ, СООТВЕТСТВЕННО ГРУППОВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ АВТОРА

А. Инфекции, интоксикации, болезни внутренних органов

1. Острые и хронические инфекции.

Грипп, тифы, пневмония, малярия, сифилис, оральная сепсис и другие острые и хронические инфекции.

II. Острые хронические интоксикации (экзогенные и эндогенные).

Угарный газ, окись углерода, опиаты, белладонна, острое отравление алкоголем. Глистные инвазии, привычные запоры, диабет, подагра, отравление свинцом, ртутью, хроническое отравление алкоголем, никотином.

III. Болезни внутренних органов.

Заболевание почек (отечно-гипертоническая форма нефрита, состояния перед экламптической уремией). Некоторые болезни сердца, эмфизема легких, опухоли средостения. Гипертоническая болезнь. Болезни крови.

Б. Мигрень

В. Патологические процессы, локализирующиеся вблизи от внутричерепной полости

I. Воспаление среднего и внутреннего уха.

II. Воспаление придаточных полостей носа: лобной и верхнечелюстной, клиновидной.

III. Пульпит, гангрена.

IV. Заболевания глаз (расстройства рефракции и аккомодации, слабость конвергенции, глаукома).

V. Невралгии и невриты тройничного и затылочных нервов.

VI. Кариозные процессы верхних шейных позвонков.

Г. Заболевания мозга и его оболочек

1. Инфекционные заболевания.

1. Первичные и вторичные энцефалиты.

2. Первичные и вторичные менингиты.

3. Абсцессы мозга отогенные и метастатические.

4. Арахниты.

II. Травматические заболевания.

1. Травматические заболевания мозга: коммоции, контузии, сдавления мозга, экстра- и интрадуральные гематомы.

2. Осложнения после проникающих ранений оболочек мозга: диффузные менинго-энцефалиты, травматические гнойные менингиты, ранние и поздние травматические абсцессы.

3. Перфоративные венитрикулиты.

4. Трещины и переломы черепа.

III. Сосудистые заболевания.

1. Диффузный склероз мозговых сосудов.

2. Прединсультные (при гипертонии) и послеинсультные (при тромбозе) состояния.

3. Оболочечные кровоизлияния.

4. Аневризмы мозговых артерий.

5. Тромбоз синусов.

6. Осложнения после люмбальной пункции.

IV. Опухоли мозга и оболочек.

Д. Функциональные заболевания нервной системы и психозы

1. Неврастения и истерия.

2. Психозы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Из симптоматических средств, применяемых при головной боли, помимо аспирина, фенацетина, пирамидона и антифибрина (в комбинации с кофеином и без него), могут быть рекомендованы следующие патентованные средства:

1. Аскофен

Аспирин	0,2
Фенацетин	0,2
Кофеин	0,04

2. Асфен

Аспирин	0,25
Фенацетин	0,15

3. Веридон

Пирамидон	0,3
Веронал	0,1

4. Пирамеин

Кофеин	0,03
Пирамидон	0,3

5. Пираминаль

Пирамидон	0,25
Люминал	0,02
Кофеин	0,03

6. Цитрамон

Аспирин	0,24
Фенацетин	0,18
Кофеин	0,03
Какао в порошке	0,03
Лимонная кислота	0,02
Ванилин	0,01
Сахар	0,5

7. Мигрофен

Фенацетин	0,1
Антифебрин	0,2
Кофеин лимонно-кислый	0,03
Сахар ванильный	0,2

ЛИТЕРАТУРА

РУССКАЯ

- Андреева З. А., Изменения болевой чувствительности. Монография, изд. Академии медицинских наук СССР, 1949.
- Аствацатуров М. И., Учебник нервных болезней, Л., 1939.
- Бабчин И. С., Лесницкая В. Л., Патогенез головных болей. Научная деятельность Института им В. М. Бехтерева за 1946 г., Л., 1947.
- Быков К. М., О сигнальных системах организма, Советский врач, 1946, 18, 1.
- Он же, Кора головного мозга, Медгиз, 1944.
- Бермель С. С., Головные боли, Госиздат, 1927.
- Визен Э. М., Острый серозный менингит, Удмуртгосиздат, 1938.
- Он же, Клиника и диагностика церебральных абсцессов, Невропатология и психиатрия, 1943, 4.
- Воробьев В. М., Атлас анатомии, т. V, 1948.
- Гаркави Х. И., Вентрикулиты после черепно-мозговых ранений, Огиз, 1948.
- Гельштейн Э. М., Зеленин В. Ф., Учебник частной патологии и терапии, 1942.
- Гейманович А. И., О болях висцерального круга, Архив биологических наук, 1937, 1—2.
- Гиллярковский В. А., Психиатрия, Клинические лекции, Медгиз, 1942.
- Гращенко Н. И., Клинико-неврологическая и физиологическая характеристика травмы мозга. Сборник «Нервные и психические заболевания военного времени», под ред. А. С. Шмарьяна, 1948.
- Он же, Ранние и поздние осложнения при открытых ранениях черепа, Невропатология и психиатрия, 1943, 4.
- Гринштейн Д. М., О головной боли при поражении головного мозга. Вопросы нейрохирургии, 1947, 1.
- Он же, Церебральные синдромы гипертонической болезни, Клиническая медицина, 1945, 10—11.
- Гуревич М. О. и Серейский М. Я., Учебник психиатрии, Медгиз, 1946.
- Гуревич М. О., Сотрясение мозга и воздушная травма. Сборник «Нервные и психические заболевания военного времени», под ред. А. С. Шмарьяна, 1948.
- Иценко Н. М., К патогенезу мигрени, Труды Ивановского медицинского института за 1930—1935 гг.
- Кроль М. Б., О роли симпатической нервной системы в реперкуссионных явлениях, Архив биологических наук, 1937, 1—2.

- Ляховецкий А. М., К вопросу об иннервации мягкой мозговой оболочки у человека. Сборник «Морфология чувствительной иннервации внутренних органов», изд. Академии медицинских наук СССР, 1947.
- Маркелов Г. И., Заболевания вегетативной нервной системы, Медгиз, 1939.
- Нейдинг М. Н. и Зильберберг Я. В., О чувствительности твердой мозговой оболочки, Современная психоневрология, 1927.
- Орбели Л. А., Современное состояние учения о боли, Военно-морской сборник, 1946, III.
- Павлов И. П., Лекции о работе больших полушарий головного мозга, Огиз, 1937.
- Павлов И. П., Двадцатилетний опыт изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. Изд. Академии медицинских наук СССР, 1949.
- Рапопорт М. Ю., Очерки неврологии черепно-мозговых ранений, М., 1947.
- Ратнер Я. А., К патогенезу и терапии кефалалгии, Невропатология и психиатрия, 1937, 2.
- Русецкий И. И., Боль, ее формы и патогенез, Татгосиздат, Казань, 1946.
- Сепп Е. К., Цукер М. Б., Шмидт Е. В., Учебник нервных болезней, Медгиз, 1947.
- Смирнов Л. И., Морфология нервной системы, Госмедиздат УССР, 1935.
- Футер Д. С., Невропатология, Медгиз, 1941.
- Цукер М. Б., Основы невропатологии детского возраста, Медгиз, 1947.
- Черноручский М. В., Диагностика внутренних болезней, Медгиз, 1939.
- Шмарьян А. С., Ушибы мозга. Сборник «Нервные и психические заболевания военного времени», под ред. А. С. Шмарьяна, 1948.

ИНОСТРАННАЯ

- Perves-Stewart J., The diagnosis of nervous diseases, 8-th. ed., London.
- Wolff H., Headache mechanisms, Mc Gill, Med. Journ., 1946, 15, 2.
- Ценфилд У., К вопросу о механизме внутричерепных болей, Советская хирургия, 1936, 10.
-

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Некоторые анатомо-физиологические данные	5
О головных болях разного происхождения	13
Головные боли при инфекциях, интоксикациях и болез- нях внутренних органов	14
Мигрень	22
Головные боли при патологических процессах, локали- зующихся вблизи от внутричерепной полости	28
Головные боли при заболеваниях головного мозга и его оболочек	34
Головные боли при функциональных заболеваниях нервной системы и психозах	51
Приложение 1	56
Приложение 2	57
Литература	58

Редактор **М. А. КУДРЯВЦЕВ**
Технич. редактор **А. Ф. Аксенов**
Корректор **О. В. Соколова**

Т00431. Подписано к печати 7/II 1950 г. МБ—57. Печ. л. 3,75.
Уч.-изд. л. 3,12. Знаков в 1 п. л. 36 000. Тираж 20 000 экз. Формат
бумаги 82×108/32. Зак. 22. Цена 1 р. 90 к.

Типография Государственного издательства медицинской литературы,
Москва, Ногатинское шоссе, д. 1

1 р. 90 к.