Семейный доктор

Константин Крулев

О ЧЕМ ГОВОРЯТ СИМПТОМЫ

ПИТЕР

Константин Крулев
О чем говорят симптомы: справочник для всей семьи

«Текст предоставлен правообладателем»
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=181593
О чем говорят симптомы: справочник для всей семьи: Питер; Спб.; 2009
ISBN 978-5-49807-234-0

Аннотация

Перед вами книга, которая должна быть в каждом доме, у любого человека, заботящегося о своем здоровье и здоровье своих близких. Здесь нет лишних сведений – только информация, которая понятна абсолютно всем и жизненно необходима: – о чем предупреждает боль; – как проявляются различные заболевания; – что означает тот или иной симптом; – когда нужно немедленно вызывать врача; – какие анализы и обследования необходимы; – что нужно взять в больницу; – как оказать первую помощь; – какие препараты обязательно должны быть в вашей аптечке. Автор книги – Константин Александрович Крулев – практикующий врач, кардиолог, долгое время работавший на «скорой». Его огромный практический опыт и высочайший профессионализм положены в основу этой книги.

Содержание

Предисловие 4
Глава 1 6
Головная боль напряжения 7
Мигрень 9
Головная боль при гипертонической болезни 15
Головная боль при инсультах 18
Головная боль при менингите 21
Глава 2 27
Конец ознакомительного фрагмента. 38

Константин Крулев
О чем говорят симптомы: справочник для всей семьи

Предисловие

Уважаемые читатели!

Эта книга содержит сведения о наиболее распространенных заболеваниях из тех, с которыми вам приходится сталкиваться в жизни.

С некоторыми из них, например мелкими травмами, простудой, вы можете справиться самостоятельно, другие требуют консультации врача или даже срочного вызова «скорой помощи». Но в любом случае знания, полученные благодаря этой книге, позволят вам действовать оптимальным образом и избежать ошибок, цена которых может быть очень высока.

В медицине существует так называемое «правило золотого часа». В первый час развития острого заболевания или травмы правильно оказанная помощь приносит наибольшую пользу. Иногда спасти жизнь и предотвратить осложнения можно только в течение первого часа (или даже первых нескольких минут заболевания). Врача в этот момент может не оказаться рядом, а это значит, что помощь будете оказы-

вать именно вы.

Содержание книги не ограничивается рекомендациями по оказанию первой помощи. Я постарался описать методы, с помощью которых вы сможете распознать симптомы различных заболеваний, методы их диагностики и лечения, причем в каждой главе привел наиболее характерные примеры из своей практики, иллюстрирующие течение той болезни, о которой идет речь.

Давно известно, что если бы все силы и средства, которые сейчас направляются на проведение новых исследований, направить на ознакомление врачей с результатами уже имеющихся исследований, польза от этого была бы гораздо большей. Я думаю, что аналогичное утверждение справедливо и для пациентов – если донести до населения хотя бы небольшую часть знаний, которыми обладают врачи, оказывать медицинскую помощь было бы значительно легче. Надеюсь, что книга поможет вам разобраться в симптомах и методах лечения болезней, что облегчит совместную с врачом работу по возвращению вам и вашим близким здоровья.

Я буду рад узнать мнение читателей об этой книге и пожелания по ее улучшению для следующих изданий.

Пишите на e-mail serdze@yandex.ru или на почтовый адрес: 198262, Санкт-Петербург, а/я 12, Крулеву Константину Александровичу.

Глава 1
Головная боль

Головная боль знакома практически каждому человеку. Это одна из наиболее частых жалоб в медицинской практике.

Обычно мы относимся к этому симптому спокойно – достаточно принять обезболивающую таблетку, и все проходит. Действительно, в подавляющем большинстве случаев головная боль не угрожает жизни и здоровью.

Головная боль напряжения

Наиболее частой формой головной боли является так называемая головная боль напряжения. Думаю, мало кто из читателей слышал такой термин. Тем не менее на долю этого диагноза приходится более 70 % случаев головной боли. Она обычно бывает тупой монотонной, сдавливающей. Интенсивность ее умеренная.

Иногда больные жалуются на ощущение сжатия головы в виде шлема или каски. Боль развивается постепенно, равномерно в обеих половинах головы, иногда сопровождается тошнотой, снижением аппетита и болезненностью мышц головы и шеи.

Механизм развития головной боли напряжения не совсем ясен, но известны факторы, провоцирующие ее возникновение. Это тревога, переутомление, недостаток отдыха и сна, сколиоз позвоночника, последствия травм. Считается, что повышенное напряжение мышц головы и шеи играет главную роль в развитии этого заболевания, отсюда оно и получило свое название. Продолжительность болевого приступа варьирует от 30 минут до недели, обычно не превышая 3–4 часов.

Приступы головной боли напряжения, как правило, легко купируются анальгетиками – аспирином, парацетамолом, анальгином. Эти лекарства в терапевтической дозе можно

употреблять самостоятельно, без назначения врача, особенно если головная боль носит привычный характер. Помните только, что препараты этой группы плохо сочетаются друг с другом – увеличивается риск возникновения побочных эффектов. Если вы приняли, например, таблетку парацетамола и эффект оказался недостаточным, нежелательно добавлять аспирин или анальгин. Примите еще одну таблетку парацетамола, это не принесет вреда.

Мигрень

Второй по распространенности формой головной боли является известная человечеству с древнейших времен мигрень. На ее долю приходится около 15 % всех случаев. Она проявляет себя не столь безобидно. Приступы мигрени могут служить причиной утраты трудоспособности на несколько дней. Подсчитано, что если приступы возникают два раза в месяц (наиболее распространенная периодичность), то человек теряет два года творчески активной жизни.

Мигрень имеет несколько характерных признаков, позволяющих отличить ее от любых других форм головной боли. Основное клиническое проявление болезни – интенсивная приступообразная боль в одной половине головы, носящая пульсирующий характер, часто сопровождающаяся тошнотой или рвотой, усиливающаяся при эмоциональной, физической или умственной нагрузке. Часто боль усиливается от громких звуков или яркого света. Приступу может предшествовать так называемая аура, обычно проявляющаяся в виде зрительных расстройств – выпадения участка поля зрения (кратковременная частичная слепота) либо появления сверкающих зигзагов, точек, шаров, молниеподобных вспышек. Реже аура проявляет себя онемением половины лица, языка или нарушением речи. В конце ауры возникает головная боль, нарастающая в течение 30–90 минут. Общая продол-

жительность приступа мигрени обычно составляет около 6 часов, варьируя от 4 до 72 часов. Нередко после приступа больные чувствуют сонливость, что неудивительно – во время приступа поспать не удается, боль настолько сильна, что может даже разбудить спящего человека.

Классический пример описания мигрени есть в книге М. Булгакова «Мастер и Маргарита». Автор – кстати, опытный врач – красочно описывает нестерпимые головные боли Понтия Пилата:

«Более всего на свете прокуратор ненавидел запах розового масла, и все теперь предвещало нехороший день, так как запах этот начал преследовать прокуратора с рассвета. Прокуратору казалось, что розовый запах источают кипарисы и пальмы в саду, что к запаху кожи и конвоя примешивается проклятая розовая струя». Как видим, аура у Понтия Пилата проявлялась обонятельным расстройством – ему чудился аромат розового масла. Затем следует описание самого болевого приступа:

«Да, нет сомнений! Это она, опять она, непобедимая, ужасная болезнь гемикрания, при которой болит полголовы. От нее нет средств, нет никакого спасения. Попробую не двигать головой…»

Причины заболевания изучены пока не полностью. Известно, что две трети больных, страдающих мигренью, имели родственников с тем же недугом. Фактором, провоцирующим развитие приступа, могут быть определенные ви-

ды пищи, алкоголь, внезапная перемена погоды, физическое напряжение, яркий мерцающий свет, недостаток или избыток сна, низкое содержание сахара крови (после голодания или больших нагрузок), эмоциональные расстройства, нарушения менструального цикла. Обычно «опытные» больные, страдающие мигренью не один год, знают свои индивидуальные особенности и умеют избегать провоцирующих факторов.

В лечении болевого приступа в последние десятилетия наметились существенные изменения. Если раньше применялись препараты, влияющие на сосудистый тонус или просто обезболивающие, то с середины 90-х годов разработаны лекарства, способные снимать боль, влияя на серотониновые рецепторы, то есть воздействуя на более глубоком уровне. Но начнем по порядку.

Препараты обезболивающего действия иногда позволяют добиться неплохого эффекта. Прием анальгина, аспирина, парацетамола или препаратов, содержащих кофеин (аскофен, цитрамон, каффетин), нередко снимает приступ, особенно если он не затянулся слишком надолго. Иногда применяются более сильные препараты – индометацин, диклофенак. Они существуют также в виде ректальных свечей.

Такая лекарственная форма уменьшает риск возникновения побочных явлений, связанных с раздражающим действием на слизистую оболочку желудка.

Для уменьшения тошноты и предотвращения рвоты мож-

но принять таблетки церукал или торекан. Эти же препараты существуют в виде ампул для внутримышечного введения. Такой способ предпочтителен при часто возникающей рвоте, когда таблетки просто не успевают всосаться.

Нередко обезболивающего эффекта можно добиться с помощью специфических антимигренозных препаратов на основе спорыньи – эрготамина, дигидроэрготамина в каплях или аэрозоля «Диги-дергот» – лекарственной формы для введения в полость носа.

Существует препарат Вазобрал, представляющий собой комбинацию дигидроэргокриптина и кофеина.

Это одно из наиболее часто назначаемых лекарств от мигрени, но, к сожалению, эффективность его невысока. Следует четко соблюдать инструкцию по употреблению препаратов спорыньи и не допускать их передозировки! Помните, что эти препараты противопоказаны при стенокардии и ишемической болезни сердца!

И наконец, последняя группа. В настоящее время самыми эффективными средствами для лечения мигрени являются препараты под общим названием «ингибиторысеротониновыхрецепторов». Международное название препаратов этой группы всегда заканчивается на – триптан. К ним относятся суматриптан (имигран, амигренин), золмитриптан (зомиг) и наратриптан (нарамиг).

В России широко распространен только суматриптан. Опыт его применения показывает, что в случае классиче-

ской мигрени он достаточно эффективен. Нередко одна таблетка 50 мг или 1 доза спрея полностью прекращают болевой приступ, причем он одинаково эффективен на любой стадии приступа. Повторный прием этого препарата возможен только в том случае, если боль уменьшилась, но не прошла полностью, либо если после периода полного благополучия боль возобновилась. Если он не подействовал совершенно, то вторую дозу принимать бесполезно. Максимальная суточная доза этого препарата: 300 мг в таблетках или 2 дозы спрея по 20 мг в полость носа.

Мне приходилось видеть больных, которые никогда не получали эффекта от препаратов спорыньи или обычных обезболивающих, но испытали на себе «волшебное» действие суматриптана. Если вы страдаете мигренью, попробуйте этот препарат, естественно, после консультации с врачом. Его действие может превзойти все ожидания.

Необходимо сказать несколько слов о профилактике приступов мигрени. Коснемся только немедикаментозной профилактики, так как плановое назначение препаратов применяется редко и осуществляется только врачом.

Прежде всего, надо правильно организовать режим труда и отдыха, особенно обеспечить достаточный, но не избыточный сон. Практика показывает, что больные, последовавшие этому совету, всегда чувствуют улучшение состояния и отмечают урежение возникновения приступов. Необходимо обратить внимание на предотвращение стрессов и кон-

фликтных ситуаций. Безусловно, легче озвучить этот совет, чем последовать ему, но вы хотя бы должны знать, что стрессы являются пусковым моментом для болевого приступа.

Может быть, эта информация позволит вам более спокойно отнестись к сложным жизненным ситуациям. Прием гормональных противозачаточных средств иногда провоцирует возникновение приступов мигрени или учащает имевшиеся ранее. Иногда, правда, бывает наоборот – эти препараты могут снизить частоту и интенсивность приступов. Понаблюдайте за собой и примите решение на основе наблюдений. Некоторые больные отмечают, что иногда напитки и еда провоцируют возникновение приступа.

К типичным продуктам, могущим вызывать мигрень, относят какао, шоколад, сыр, молоко, орехи, яйца, помидоры, сельдерей, цитрусовые, алкоголь, особенно красное вино и пиво.

Такое простое мероприятие, как ношение солнцезащитных очков, иногда предотвращает приступы мигрени, особенно в летнее время.

Головная боль при гипертонической болезни

Нередко приходится слышать от пациентов: «Опять у меня голова болит. Наверное, давление подскочило». Большинство пациентов искренне верит, что об уровне артериального давления (АД) можно судить по интенсивности головной боли. Это очень распространенное заблуждение. Попытаемся внести ясность в этот вопрос.

Начнем с того, что в большинстве случаев повышение АД, острое или хроническое, протекает бессимптомно. Да, гипертония может иногда являться причиной головной боли, но только в следующих случаях.

1. Если диастолическое (нижнее) давление **резко** повысилось более, чем на 25 % от исходного значения. Например, с 70 до 100 ммрт. ст. В таких случаях головная боль обычно проходит сразу после нормализации АД, особенно если понизить его удалось быстро.

2. Если уровень диастолического давления составляет 120 мм рт. ст. и более. Обычно в таких случаях головная боль появляется утром после сна, сопровождается тошнотой и отечностью лица, локализуется в затылочной области и носит давящий характер.

3. При повышении диастолического давления до 130–150 мм рт. ст. развивается так называемая гипертоническая эн-

цефалопатия. Она также вызывает головную боль. Это угрожающее жизни состояние встречается, к счастью, довольно редко.

При мягкой и умеренной артериальной гипертензии головная боль обычно вызвана не повышением АД, а другими заболеваниями, чаще всего, головной болью напряжения.

Такие причины, как эмоциональная нагрузка, тяжелая физическая работа, употребление алкоголя, изменение погоды, могут привести к возникновению головной боли напряжения, а она, в свою очередь, – вызвать повышение АД. Таким образом, повышение АД обычно является не причиной, а следствием головной боли.

Надо помнить, что головная боль не отражает уровня АД, поэтому необходим его регулярный контроль даже при хорошем самочувствии.

Артериальная гипертензия, в отличие от головной боли напряжения и мигрени, повышает риск развития инфаркта, инсульта и других тяжелых сосудистых заболеваний.

Ошибочны утверждения больных вроде такого: «Я себя плохо чувствую, потому что давление поднялось до 130/80. Это не мое давление, мне лучше, когда 110/70».

Такие незначительные колебания давления в пределах нормы (напомним, что нормальными считаются цифры АД до 140/80) не могут быть «замечены» организмом, и ухудшение самочувствия в этом случае обычно вызвано другой причиной.

И еще один совет для людей, страдающих мигренью и гипертонической болезнью. Не забудьте рассказать об этом своему лечащему врачу. Сочетание этих болезней часто является показанием для назначения препарата из группы бета-блокаторов.

Их прием позволяет понизить АД и одновременно уменьшить частоту приступов мигрени.

Головная боль при инсультах

Как и при гипертонической болезни, головная боль при инсультах может быть не только следствием сосудистого заболевания головного мозга. Довольно часто у больных развивается головная боль напряжения из-за стрессовой ситуации, вызванной развитием тяжелого заболевания и экстренной госпитализацией.

Для ишемического инсульта (острой закупорки одного из сосудов головного мозга) головная боль нехарактерна. При геморрагическом инсульте (кровоизлиянии в мозг), напротив, головная боль беспокоит практически всех больных, находящихся в сознании. Одной из разновидностей геморрагического инсульта является субарахноидальное кровоизлияние. О нем необходим подробный разговор.

Субарахноидальное кровоизлияние сосудистого (нетравматического) происхождения обычно является следствием разрыва аневризмы внутричерепного сосуда.

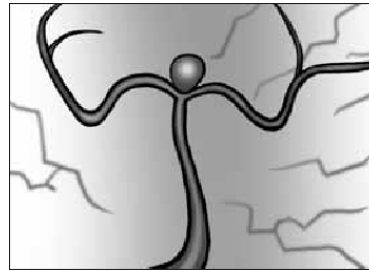
Аневризмы – это врожденные аномалии развития, представляющие собой мешкообразные расширения сосудов. Они встречаются у 1 % населения, то есть довольно часто. До момента разрыва они себя никак не проявляют, и человек чувствует себя полностью здоровым. Никакие стандартные обследования не могут выявить у него наличие таких аномалий. Но однажды под влиянием каких-либо неблагопри-

ятных факторов (например, повышение АД, эмоциональная или физическая нагрузка) происходит разрыв аневризмы. Случиться это может в любом возрасте.

Главным симптомом, позволяющим распознать это заболевание, является внезапно развившаяся головная боль. Подчеркнем, что расположение ее может быть разным. Болеть может вся голова или отдельный ее участок, интенсивность может быть слабой или сильной (это бывает намного чаще), но внезапность присутствует всегда. Больные описывают момент возникновения боли «как будто сзади молотком ударили по голове» или «как будто в темной комнате включили свет». Ни одно другое заболевание не проявляет себя так внезапно.

Однажды в составе бригады неотложной помощи я приехал к 35-летнему мужчине. Он рассказал мне, что уже четвертый день у него болит голова. Боль не очень сильная, не мешает ходить, спать, есть и даже работать за компьютером, но долго не проходит, поэтому и решил обратиться к врачу. Осмотр пациента не выявил никаких настораживающих симптомов, артериальное давление было нормальным. Когда я спросил о моменте начала заболевания, он вспомнил, что заболел внезапно. Головные боли бывали и раньше, но никогда не было столь внезапного их появления. Руководствуясь лишь одним этим обстоятельством, я принял решение о госпитализации в нейрохирургический стационар. Спустя месяц я позвонил родственникам больного, что-

бы узнать дальнейшую его судьбу. Они рассказали мне, что через 3 дня после госпитализации больной скончался от повторного субарахноидального кровоизлияния. Диагноз подтвержден результатами патологоанатомического вскрытия.



Аневризма

Далеко не всегда субарахноидальные кровоизлияния заканчиваются столь фатально. В большинстве случаев больных удается спасти. В настоящее время широко применяется методика клипирования аневризм (наложение зажима на поврежденную артерию), что позволяет продлить жизнь на многие годы.

Головная боль при менингите

Головная боль при инфекционных заболеваниях присутствует практически всегда. Она является следствием интоксикации – появлением в организме токсических веществ, связанных с инфекционным процессом. Любая инфекция – грипп и другие ОРВИ, пневмония, гайморит, даже кишечные инфекции – вызывает более или менее выраженную головную боль. В большинстве случаев на нее не обращают особого внимания. Но существует болезнь, при которой интенсивная головная боль является главным симптомом. Это инфекционный менингит. Он обычно развивается при менингококковой инфекции.

Менингит, как правило, развивается внезапно. Внезапность не столь ярко выражена, как при суб-арахноидальном кровоизлиянии, но все же больные хорошо помнят день и даже час начала болезни. Пациенты ощущают **подъем температуры, головную боль и рвоту.** Эти симптомы при менингите присутствуют практически всегда. Температура повышается до 40 и более градусов и плохо поддается действию жаропонижающих препаратов. Рвота никогда не приносит облегчения. Ее важной особенностью является **отсутствие предшествующей тошноты.** Этот симптом уникален и не встречается ни при каком другом заболевании.

При кишечных инфекциях, гипертоническом кризе, че-

репно-мозговой травме и других заболеваниях рвота возникает после более или менее долго продолжающейся тошноты. При менингите же она может возникнуть буквально на полуслове, совершенно неожиданно для больного. И все же самым специфичным симптомом менингита является головная боль. Это наиболее сильная головная боль, которую может испытать человек. Все больные, пережившие менингит, рассказывают, что никогда ничего подобного им испытывать не приходилось. «Как будто в голове горит костер, и туда все время подкидывают дрова», – описывал эту боль мне один из моих пациентов, переживший менингит.

К счастью, в своей практике мне не пришлось часто сталкиваться с этим заболеванием. Но все же несколько раз я диагностировал менингит. Однажды глубокой ночью я приехал к 23-летнему пациенту, вызвавшему неотложную помощь в связи с головной болью. Вместо приветствия он встретил меня словами: «Страшно болит голова!» Одного взгляда на пациента было достаточно, чтобы понять, что он серьезно болен. Лицо было красным и выражало глубокое страдание. Температура тела была 40,5 градуса. Когда я начал измерять артериальное давление, внезапно произошла рвота, причем больной едва успел отвернуться. За время осмотра она повторялась еще два раза, причем оба раза больной не мог заметить ее приближение. Осмотрвыявил резко положительные менингеальные симптомы. Сыпи на теле не было. Больной рассказал, что в течение 2 дней

была повышена температура тела до 37,5, но он не обращал на это внимания, принимал жаропонижающие и продолжал работать. Ночью он проснулся от ощущения жара и головной боли, которая быстро нарастала от умеренной до невыносимой. Сначала он хотел дождаться утра, чтобы вызвать участкового врача, но потом понял, что терпеть такую боль невозможно, и вызвал неотложную помощь.

После введения препаратов из «менингококковой укладки» (лазикс, преднизолон, пенициллин) самочувствие больного улучшилось, но не очень значительно. Он был госпитализирован в инфекционную больницу имени Боткина. Позвонив туда через несколько дней, я узнал, что диагноз менингита подтвержден анализами крови и, главным образом, результатами люмбальной пункции (взятия спинномозговой жидкости на анализ), которая выявила наличие гноя и другие характерные для менингита изменения. На фоне лечения состояние пациента улучшилось. Дальнейшая его судьба мне неизвестна.

Ситуация, когда больной за 2–3 дня до развития менингита ощущает подъем температуры, встречается довольно часто. Это связано с тем, что менинго-кокковая инфекция иногда протекает, маскируясь под обычную простуду. В большинстве случаев больные выздоравливают, даже не подозревая, что могли заболеть гораздо более тяжело. Но иногда у ослабленных пациентов такая «простуда» внезапно переходит в менингит.

О методах лечения, думаю, разговор излишен. Лечение таких больных осуществляется только в инфекционных больницах, причем даже там помочь удается далеко не всем. Смертность при этом заболевании остается очень высокой. «Менинго-кокковая укладка», которой оснащаются бригады скорой и неотложной помощи, нужна для того, чтобы иметь возможность как можно быстрее начать введение антибиотиков таким пациентам. Промедление даже в один час (а обычно примерно столько времени требуется для доставки больных в стационар в условиях Санкт-Петербурга) считается неприемлемым. Поэтому необходимо помнить, что при подозрении на менингит необходимо в возможно ранние сроки вызвать бригаду скорой или неотложной помощи. Задержка может стоить жизни.

РЕЗЮМЕ

Головная боль напряжения – наиболее часто встречающаяся ее форма (более 70 % случаев). Это тупая, монотонная, сдавливающая, умеренно интенсивная боль. Развивается равномерно в обеих половинах головы. Ее причиной является напряжение мышц головы и шеи. Лечение – анальгетики (анальгин, аспирин, парацетамол). Прогноз хороший.

Мигрень – разновидность головной боли, для которой характерны односторонность, пульсирующий характер, усиление от физической, эмоциональной нагрузки, громких световых или звуковых раздражителей. Иногда присутствует

мигренозная аура – зрительные расстройства или онемение частей тела непосредственно перед приступом. Лечится анальгетиками, препаратами спорыньи и препаратами из группы триптанов. Наиболее распространенным в России является суматриптан – амигренин, имигран. Для борьбы с тошнотой и рвотой применяются церукал и торекан в таблетках или ампулах.

Головная боль при гипертонической болезни возникает редко и связана обычно с резким повышением диастолического (нижнего) давления. Отсутствие головной боли не является признаком нормального давления. Снижать давление необходимо, даже если самочувствие хорошее. При сочетании гипертонической болезни и мигрени препараты из группы бета-блокаторов наиболее предпочтительны.

Головная боль характерна для геморрагических и нехарактерна для ишемических инсультов. При субарахноидальном кровоизлиянии (разновидность геморрагического инсульта, связанная с врожденной аномалией сосудов) наиболее важным симптомом является внезапно возникшая головная боль.

Отличительным симптомом головной боли при инфекционном менингите является ее чрезвычайно сильная выраженность. Сильнее, чем при менингите, голова болеть не может! Боль всегда сопровождается высокой температурой, лихорадкой и рвотой без предшествующей тошноты, не приносящей облегчения. Появление таких симптомов – повод для

срочной госпитализации в инфекционный стационар. Прогноз зависит от того, насколько рано оказана помощь.

Глава 2
Головокружение

Прежде чем начать разговор о головокружении, необходимо определить, что же это такое. Под этим термином врачи и пациенты нередко понимают разные вещи, что создает трудности в постановке диагноза. Головокружение – это иллюзия собственного движения или движения окружающих предметов, чаще в виде вращения. Оно бывает физиологическое и патологическое. Физиологическое головокружение знакомо любому читателю. Оно возникает при непривычных движениях головы, движении на качающемся судне, качании на качелях, а у особо чувствительных даже при взгляде на вращающиеся предметы. Восприимчивость к таким воздействиям у всех людей разная.

Знаменитый летчик Валерий Чкалов обладал феноменальной устойчивостью к воздействиям, вызывающим головокружение. По воспоминаниям его близких, он мог встать посреди комнаты, подняв голову лицом вверх, повернуться 12 раз вокруг своей оси, затем опустить голову и спокойно выйти в дверь.

Не пытайтесь это повторить! Обычно первая часть этого упражнения дается легко. Но после 12 поворотов человек опускает голову и падает, как неодушевленный пред-

мет, – так сильно расстраивается система равновесия. Головокружение будет сохраняться еще долго.

Патологическое головокружение – это болезненное состояние, возникающее при поражении отделов головного мозга, ответственных за равновесие, или, реже, в случае заболевания лабиринта головного мозга.

В этой главе мы не будем касаться редких причин возникновения патологического головокружения. Разберем только одно, но зато самое распространенное заболевание, которое обусловлено разными факторами, объединенными в понятие **вертебро-базилярная недостаточность.**

Наш головной мозг снабжается кровью из 4 артерий – 2 сонных артерий и 2 позвоночных. Позвоночные артерии проходят в костном канале, образованном шейными позвонками, и доставляют кровь к задним отделам мозга, где находится мозжечок и ствол – структуры, ответственные за равновесие. Атеросклероз этих сосудов, к счастью, встречаются относительно редко, но остеохондроз может нарушать кровоток по позвоночным артериям практически у любого взрослого человека. Вторая причина, которая встречается реже, но не настолько, чтобы этим пренебречь, – аномалии развития, и прежде всего, это аномалия Киммерле (окостенение связки, в результате чего нарушается нормальный кровоток на выходе из костного канала). Эти причины приводят к спазму, а затем, по мере прогрессирования патологического процесса, к сдавлению позвоночных артерий, что

вызывает характерную симптоматику.

Итак, главные симптомы вертебро-базилярной недостаточности – это **головокружение, сопровождающееся тошнотой и рвотой.** Ощущения напоминают те, которые возникают при укачивании. Как правило, утром, после длительного сна, особенно в неподвижном положении, внезапно возникает приступ головокружения. Больным кажется, что предметы вращаются вокруг них, любое движение ухудшает самочувствие. Относительное облегчение наступает только в условиях полной неподвижности с закрытыми глазами. При попытке встать на ноги состояние ухудшается, вплоть до падения. Головокружение сопровождается тошнотой, слюнотечением, рвотой, приносящей кратковременное облегчение. Нередко больных беспокоит шум в ушах разных тональностей – от писка до рева. Приступ длится от нескольких минут до нескольких суток, чаще продолжительность его невелика.

Одна из моих пациенток впервые ощутила симптомы вертебро-базилярной недостаточности в Египте, куда она приехала в отпуск.

Она купалась в море, голова в это время находилась в запрокинутом положении. Вскоре возник сильнейший приступ головокружения, сопровождавшийся тошнотой, рвотой. Артериальное давление повысилось до 180/100, хотя ранее гипертонической болезнью пациентка не страдала. Больная была госпитализирована в местную больницу, откуда выписана вечером того же дня в удовлетворительном

состоянии.

Позже, при обследовании в Санкт-Петербурге, выявлены признаки остеохондроза шейного отдела с выраженным нарушением кровотока по позвоночным артериям. На фоне лечения состояние пациентки остается удовлетворительным, давление больше не повышалось, несмотря на то что средства для его снижения не были назначены – в условиях нормализовавшегося кровотока показаний для их назначения нет, давление и так нормальное.

Не всегда приступы протекают столь тяжело. В большинстве случаев головокружение беспокоит не так сильно, не сопровождается тошнотой и рвотой, и пациенты могут к нему даже привыкнуть и воспринимать как что-то неприятное, но неизбежное. Так может продолжаться годы и даже десятилетия. К такому постоянному головокружению могут присоединяться приступы затуманивания зрения, нарушения речи и глотания, что служит более грозным симптомом и может быть предвестником инсульта. Наиболее достоверным предвестником инсульта являются так называемые дроп-атаки – внезапные падения пациентов, не сопровождающиеся потерей сознания и появлением симптомов-предвестников.

Один из моих пациентов поступил в отделение реанимации в крайне тяжелом состоянии с симптомами стволового инсульта (наиболее тяжелого проявления вертебро-базилярной недостаточности). Родственники рассказали, что в течение недели до поступления он дважды падал без ка-

ких-либо видимых причин. Например, за день до инсульта он возвращался домой из магазина, нажал на кнопку звонка в квартиру, после чего упал. Когда открыли дверь, он уже поднимался на ноги. Причину падения назвать затруднился – «просто упал, и все».

Диагностика вертебро-базилярной недостаточности осуществляется неврологом. В большинстве случаев жалобы пациентов настолько характерны, что диагноз удается поставить после беседы с ними. При осмотре выявляется нарушение подвижности в шейном отделе позвоночника, неровность осанки и искривление шейного отдела позвоночника.

Часто выявляется существенное различие в цифрах артериального давления при измерении его на разных руках. Это связано с тем, что при сужении позвоночной артерии с одной из сторон кровь с большей силой устремляется в подключичную, а затем и плечевую артерию с той же стороны.

Это легко понять, если представить себе следующую картину: река разделяется на два рукава (в нашем случае река – кровеносный сосуд, который разделяется на позвоночную артерию, несущую кровь в головной мозг, и подключичную, снабжающую кровью руку). При частичном перекрытии одного из них скорость, а значит, и давление потока, будет больше в том, который остался неперекрытым. Кстати, из-за этого же у больных с сужением позвоночной артерии может возникать повышение артериального давления. Недостаток кровотока в позвоночной артерии организм пытается

компенсировать системным повышением давления. Отсюда вывод: снижая давление, но не улучшая нарушенный кровоток, мы не приносим пользу. При гипертонических кризах на фоне вертебро-базилярной недостаточности надо вводить средства, улучшающие местный кровоток, разговор об этом будет впереди.

Инструментальные методы диагностики – это допплерография сосудов шеи и головы, рентгеновское исследование шейного отдела в двух проекциях (иногда это помогает выявить аномалию Киммерле – у этой патологии очень характерные рентгенологические признаки!), а в сложных случаях – магнитно-резонансная томография с сосудистой программой, которая позволяет увидеть пораженные сосуды. Лечение вертебро-базилярной недостаточности делится на экстренное и плановое. При возникновении острого приступа головокружения обычно вводятся препараты, улучшающие мозговой кровоток: эуфиллин, кавинтон, а также препараты, способствующие уменьшению тошноты и рвоты. Для этой цели используются как противорвотные – торекан, церукал, так и успокаивающие препараты – реланиум, феназепам и другие. Самопомощь при приступе головокружения, если у вас была диагностирована вертебро-базилярная недостаточность, включает в себя следующие пункты.

1. Успокоиться, сесть или лечь. Стараться меньше двигаться – это облегчит состояние.

2. Принять под язык одну таблетку циннаризина или ка-

винтона.

3. Выпить 40 капель корвалола или валокордина. При упорной рвоте примите одну таблетку феназепама под язык. Эти препараты уменьшают тошноту и рвоту.

4. Измерьте артериальное давление на обеих руках. В случае его серьезного повышения примите под язык коринфар или нормодипин. Эти препараты относительно безопасно снижают давление при остром приступе головокружения.

Естественно, при возникновении головокружения впервые или при сохранении его, несмотря на принятые меры, необходим вызов «скорой помощи».

Схема лечения, которая здесь приведена, является условной (возможны внесения индивидуальных изменений) и может использоваться, только если диагноз известен, а приступы бывали и ранее. В крайнем случае можно пользоваться этой схемой, если вызов врача по какой-то причине невозможен.

Один из моих пациентов, страдающий вертебро-базилярной недостаточностью, постоянно носит с собой циннаризин. Необходимости в приеме других препаратов нет. Он работает артистом, и до того, как он начал использовать в экстренных случаях циннаризин, у него были мысли о выходе на пенсию – несколько раз он не мог выходить на сцену из-за головокружения. В течение последних четырех лет этой проблемы не существует – даже если приступ возникает на работе, его удается быстро снять приемом одного препа-

рата.

Плановое лечение вертебро-базилярной недостаточности включает в себя препараты, улучшающие мозговой кровоток. Для этого назначают кавинтон, циннаризин, трентал – препараты, расширяющие мелкие сосуды. Дополнением к ним могут служить метаболические препараты – ноотропил, препараты гингко билоба, предуктал. Иногда эффективно курсовое введение церебролизина, инстенона, глиатиллина и других препаратов. Может помочь гомеопатический препарат вертигохель. Из профилактических мер рекомендуется использовать ортопедические подушки, препятствующие неправильному положению головы во время сна, ограничение ношения тяжестей (нередко ухудшения состояния возникают после ношения тяжелых сумок, особенно в одной руке!). Назначаются комплексы лечебной физкультуры, которые эффективны только при их регулярном применении.

Примерный комплекс упражнений

Надавите лбом на ладонь и напрягите мышцы шеи. Упражнение выполните 3 раза по 7 секунд. Затем на ладонь надавите затылком также 3 раза по 7 секунд. Напрягая мышцы шеи, надавите левым виском на левую ладонь (3 раза по 7 секунд), а затем правым виском надавите на правую ладонь (3 раза по 7 секунд).

Голову слегка запрокиньте назад. Преодолевая сопротивление напряженных мышц шеи, прижмите подбородок к

яремной ямке. Выполните упражнение не менее 5 раз. Голову и плечи держите прямо. Медленно поверните голову максимально вправо (5 раз). Столько же раз выполните движение влево. Подбородок опустите к шее. Поверните голову сначала 5 раз вправо, а затем 5 раз влево. Голову запрокиньте назад. Постарайтесь коснуться правым ухом правого плеча (5 раз). Выполните это же движение, стараясь левым ухом коснуться левого плеча (5 раз). Этот комплекс упражнений необходимо обсудить с лечащим врачом. При ухудшении состояния на фоне начала их выполнения (а такое случается не так редко) необходимо пересмотреть комплекс упражнений, но совсем отказываться от них нельзя.

Отдельного разговора заслуживает воротник Шанца. Это приспособление, которое используется в различных целях. С помощью жесткой разновидности этого воротника фиксируется шейный отдел позвоночника в случае получения различных травм. Эластичный воротник Шанца служит для разгрузки мышечно-связочного аппарата шеи за счет легкого вытяжения.

Это наиболее безопасный и простой путь лечения шейного остеохондроза, к тому же довольно эффективный при правильном его применении. Наибольшей популярностью пользуется эластичная модель этого устройства, которая представляет собой полосу пенополиуретана, обернутую хлопчатобумажной тканью и снабженную липучками для укрепления на шее. Значительно более дорогой, но более

удобной разновидностью является надувная модель. Обычно ношение этого воротника начинается с 4–5 сеансов в день по 5 минут. При хорошей переносимости продолжительность постепенно увеличивают до 3–4 часов в день. В этом воротнике ни в коем случае нельзя спать! Крайне нежелательно продолжительное ношение этого приспособления в первые дни использования, даже если короткие процедуры вы переносите хорошо. Это может привести к ухудшению состоянияикнеобоснованному отказу от столь действенного метода лечения. Многолетний опыт применения эластичного воротника Шанца дает мне возможность сказать, что он очень хорошо помогает в случаях шейного остеохондроза, позволяя уменьшить боли в шейном отделе позвоночника, головокружение и другие симптомы, но только в тех случаях, когда пациенты упорно и ежедневно повторяют сеансы его использования.

Одно-двукратные эпизоды ношения воротника могут помочь снять боль, но о каком-то продолжительном эффекте может идти речь при использовании его не менее чем полгода.

Завершая разговор о вертебро-базилярной недостаточности, хочу напомнить, что симптомы этого заболевания в той или иной степени встречается у многих людей, и если вам поставлен такой диагноз, пугаться не следует. Правильное лечение острых приступов и меры по их профилактике в межприступный период, которые описаны в этой главе, позво-

лят вам приспособиться к этому состоянию, чтобы оно не доставляло больших неприятностей. Помните, что это заболевание имеет волнообразное течение, и за тяжелым периодом обязательно последует улучшение.

РЕЗЮМЕ

Вертебро-базилярная недостаточность – заболевание, являющееся следствием остеохондроза шейного отдела позвоночника или аномалий развития.

Симптомы вертебро-базилярной недостаточности – головокружение, которое может сопровождаться тошнотой, рвотой, шумом в ушах, ощущением укачивания.

Предвестниками инсульта при этом заболевании являются затуманивание зрения, нарушения речи и глотания, внезапные падения без потери сознания. Это поводы для срочного обращения к врачу.

Лечение острого приступа головокружения и тошноты – циннаризин; корвалол или феназепам, снижение давления в случае его повышения.

Плановое лечения вертебро-базилярной недостаточности помимо лекарственных средств включает лечебную физкультуру и ношение воротника Шанца. Эффективность этих методов высока только при регулярном их применении.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.