УДК 617.7:616.831-009.7

Офтальмологічні прояви тригемінальних вегетативних цефалгій. Аналіз клінічних випадків

В. В. Білошицький, д-р мед. наук; **В. А. Васюта,** д-р мед. наук; **М. В. Білошицька**

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України»;
Київ (Україна)

E-mail: vasyuta.v@ukr.net

Найбільш розповсюдженою групою цефалгій, які мають офтальмологічну симптоматику, є тригемінальні вегетативні цефалгії. Вони поділяються на кластерний (пучковий) головний біль, пароксизмальну гемікранію, короткочасні однобічні невралгічні головні болі і гемікранію континуа. Діагностичними критеріями є наявності хоча б одного з вегетативних симптомів на стороні болю (ін'єкція кон'юнктиви/сльозотеча, набряк повіки, закладеність носа/ринорея, пітливість лоба/обличчя, гіперемія лоба/обличчя, закладеність вуха, міоз і/або птоз). Можливі симптоми симпатичного блоку (птоз, міоз, синдром Горнера). Спільною рисою даних цефалгій є також наявність болю орбітальної та ретроорбітальної локалізації. Наведені клінічні випадки тригемінальних вегетативних цефалгій звертають увагу на труднощі діагностики, особливості офтальмологічної симптоматики та лікування цих захворювань. Нерідко першим є звернення таких пацієнтів до офтальмологів. Увага до вегетативних симптомів під час опитування пацієнта, разом з детальним з'ясуванням характеристик головного болю, полегшує встановлення діагнозу й початок адекватного лікування.

Ключові слова:
цефалгія, діагностичні критерії, вегетативні симптоми, офтальмалгія

Вступ. Офтальмологічні порушення часто супроводжують головні болі різної етіології. Знайомство з основними нейроофтальмологічними феноменами при різних видах цефалгій та адекватна оцінка їх значимості допомагають як у постановці діагнозу, так і у виборі адекватної тактики ведення даної категорії хворих.

Найбільш розповсюдженою групою цефалгій, які мають офтальмологічну симптоматику, є тригемінальні вегетативні цефалгії, вони поділяються на кластерний (пучковий) головний біль, пароксизмальну гемікранію, короткочасні однобічні невралгічні головні болі (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks) і гемікранію континуа (Hemicrania Continua). Серед короткочасних однобічних невралгічних цефалгій розрізняють короткочасний однобічний невралгічний головний біль з ін'єкцією кон'юнктиви і сльозотечою (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing, SUNCT) та короткочасний однобічний невралгічний головний біль з краніальними вегетативними симптомами (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms, SUNA). Усі тригемінальні вегетативні цефалгії характеризуються інтенсивним, строго однобічним головним болем ретроорбітальної чи періорбітальної локалізації. Діагностичні критерії тригемінальних вегетативних цефалгій вимагають наявності хоча б одного з вегетативних симптомів на стороні болю (ін'єкція кон'юнктиви/сльозотеча, набряк повіки, закладеність носа/ринорея, пітливість лоба/обличчя, гіперемія лоба/обличчя, закладеність вуха, міоз і/або птоз). Відрізняються зазначені нозології в основному тривалістю й частотою нападів болю, деякими іншими клінічними рисами, і головне – реакцією на різні лікувальні засоби, що обумовлює різні патогенетичні механізми їх розвитку й підходи до лікування (табл.1) [1].

У роботі лікаря з пацієнтами, що мають тригемінальні вегетативні цефалгії, можна спостерігати дві проблеми. З одного боку наявність офтальмологічної симптоматики, пов'язаної з головним болем, може підштовхнути діагностичний пошук у належному напрямку. Проте на практиці, через значну виразність болю пацієнти не повідомляють про вегетативні і, зокрема, очні симптоми, а лікарі, що їх консультують, не задають відповідних питань. У результаті, правильний діагноз не ставиться, а пацієнт не отримує лікування, рекомендованого сучасними настановами та протоколами. З іншого боку, зважаючи на інтенсивний біль у ділянці ока (офтальмалгії), пацієнти можуть звертатися до офтальмолога, роблячи акцент саме на цьому. Проте обстеження в період між нападами не виявляє патології органа зору. У цьому випадку пацієнт так само не отримує діагнозу і потрібної допомоги.

Мета. Вивчити офтальмологічні прояви тригемінальних вегетативних цефалгій.

Методи дослідження

Приведені клінічні випадки пацієнтів з різними типами тригемінальних вегетативних цефалгій. Всім пацієнтам проводилося стандартне офтальмологічне

© Білошицький В. В., Васюта В.А., Білошицька М.В. 2021

Таблиця 1. Особливості клінічної характеристики різних типів тригемінальних вегетативних цефалгій

Тип головного болю	Кластерний	Пароксизмальна гемікранія	SUNCT	Hemicrania continua
Вік	30-40	20-30	>60	20-30
Чоловіки : Жінки	3 : 1	1 : 2	1 : 2	1 : 3
Локалізація	Орбітально / Темпорально	Орбітально / Темпорально	Періорбітально	Орбітально / Темпорально
Тривалість болю	15-180 хв	2-3 хв	5 с – 4 хв	хв-дні
Частота нападів	Через день - 8 разів / день	1-40 разів/день	3-200 разів/день	Варіабельно
Чутливість до лікування індометацином	+/-	++	-	++

обстеження, яка включало візометрію, периметрію, біомікроскопію, офтальмоскопію, а також поглиблене клініко-інструментальне обстеження з застосування МРТ та МСКТ головного мозку та шийного відділу хребта, ультразвукової доплерографії судин головного мозку та шиї, використовувалася шкала оцінки болю VAS.

Результати

Наведені нижче клінічні випадки тригемінальних вегетативних цефалгій звертають увагу на труднощі діагностики й особливості лікування цих захворювань, а також на особливості офтальмологічної симптоматики при них.

Кластерний (пучковий) головний біль (Cluster headache).

П.3.1. Міжнародної класифікації головного болю в третій редакції (International classification of headache disorders, 3d edition or ICHD-3) подає таку характеристику кластерного головного болю: напади сильного, строго однобічного болю, який локалізується в орбітальній, супраорбітальній, скроневій ділянці або в будь-якій комбінації цих ділянок, тривалістю 15–180 хвилин, і виникає від одного разу на два дні (через день) до восьми разів на день. Біль пов'язаний з іпсилатеральною ін'єкцією кон'юнктиви, сльозотечею, закладеністю носа, ринореєю, пітливістю лоба та обличчя, міозом, птозом та / або набряком повік та / або з неспокійністю чи збудженням (ажитацією) [4].

Діагностичні критерії:

A. Як мінімум 5 нападів, що відповідають критеріям B-D

B. Сильний або дуже сильний однобічний орбітальний, супраорбітальний та / або скроневий біль тривалістю 15–180 хвилин (за відсутності лікування)

C. Будь-яке або обидва з наступного:

1. Принаймні один з наступних симптомів або ознак, іпсилатеральний до болю:

a. ін'єкція кон'юнктиви та / або сльозотеча;

b. закладення носа та / або ринорея;

c. набряк повіки;

d. потіння лоба та обличчя;

e. міоз та / або птоз.

2. Відчуття неспокою або збудження (ажитація).

D. Відбуваються з частотою від одного разу на два дні (через день) до восьми разів на день.

E. Не пояснюються краще іншими діагнозами ICHD-3.

Розрізняють епізодичний і хронічний кластерний головний біль. При епізодичному (на нього страждають 85% пацієнтів) періоди болю (кластери) тривають від 7 днів до 1 місяця і розділяються ремісіями тривалістю 1 місяць і довше. При хронічний формі напади відзначаються більше року без ремісій або з ремісіями тривалістю менше 1 місяця. Кластерний головний біль є доволі рідкісною патологією, його поширеність складає близько 1‰.

Класифікація не охоплює деякі характерні риси кластерного головного болю. Це зокрема циркадність нападів (можливість їхнього розвитку в один час доби, іноді з періодичністю будильника – alarm clock periodicity), як і настання кластерів в одну пору року. Більшість пацієнтів з кластерним головним болем – це чоловіки, які палять чи палили в минулому. Прийом алкоголю може значно посилювати тяжкість нападів. Часом біль є таким сильним, що його, як і біль при тригемінальній невралгії, називають суїцидальним [3, 6, 7].

Клінічне спостереження №1. Чоловік 28 років звернувся до групи лікування хронічного болю Інституту нейрохірургії зі скаргами на напади надзвичайно сильного болю в ділянці правого ока і ретроорбітально. Напади тривають близько 1,5-2 годин і виникають завжди близько 4 години ранку. Іноді буває другий напад близько 19-20 годин вечора, меншої інтенсивності і тривалістю близько 1 години. Біль нестерпний (VAS 10), свердлячого характеру, не пульсуючий, не супроводжується нудотою. Раніше періоди цефалгії виникали 3 і 1 рік тому в осінньо-зимовий період. Тривали вони 1,5 місяця і 1 місяць відповідно. Нинішнє загострення розпочалось за тиждень до консультації.

Неодноразово звертався до офтальмологів. Патології ока виявлено не було. Останнього разу лікарем висловлено припущення шукати неврологічну причину болю.

При докладному розпитуванні підтверджує, що напади болю супроводжуються почервонінням правого ока, сльозотечею з нього, набряком та гіперемією повік справа, закладанням правої половини носа, ринореєю. Відзначає також значну фотофобію при нападі цефалгії.

При огляді – соматично і неврологічно здоровий. Палить з 15 років. Пацієнт представив результати МРТ головного мозку та шийного відділу хребта та ультразвукової доплерографії (УЗДГ) судин голови й шиї. Інтракраніальних патологічних змін не має. Виявлено легкі дегенеративні зміни хребта. УЗДГ у межах вікової норми. Офтальмологічний огляд : VIS OD/OS -1,0. ВГД 15/16, поле зору не змінено. Кон'юнктива блідо-рожева, заломлюючі середовища прозорі, на очному дні змін не виявлено.

Діагноз: Епізодичний кластерний головний біль, п. 3.1 ICHD-3. Пацієнтові були рекомендовані доведені засоби лікування нападів цієї цефалгії: прийом золмітриптану в формі спрею інтраназально по 5 мг з наступною стероїдною блокадою великих потиличних нервів. Після блокади настала ремісія захворювання.

Пароксизмальна гемікранія (Paroxysmal hemicrania).

Відповідно до п.3.2 ICHD-3 діагностичними критеріями пароксизмальної гемікранії є такі:

A. Як мінімум 20 нападів, що відповідають критеріям B-E.

B. Напади інтенсивного одностороннього болю орбітальної, супраорбитальної або скроневої локалізації, тривалістю 2-30 хвилин.

C. Принаймні один з наступних симптомів або ознак, іпсилатеральний до болю:

- ін'єкція кон'юнктиви та / або сльозотеча;
- закладення носа та / або ринорея;
- набряк повік;
- потіння лоба та обличчя;
- міоз та / або птоз.

D. Напади мають частоту більше п'яти на день протягом більше половини часу.

E. Напади повністю попереджаються терапевтичними дозами індометацину.

F. Не пояснюються краще іншими діагнозами ICHD-3 [2, 4, 10].

Клінічне спостереження № 2. Пацієнтка, 41 рік, медсестра. Хворіє з початку літа 2015 року. Скарги на напади сильного головного болю (від VAS 6 до VAS 9-10) «зростаючого, свердлячого» характеру, який починається від верхньої частини задньої поверхні шиї зліва, поширюється на нижню щелепу, верхню щелепу, око, вухо і половину носа зліва. Біль супроводжується набряком повік зліва, почервонінням лівого ока, сльозотечою з нього, закладанням лівої половини носа і ринореєю, птозом лівої верхньої повіки; вночі під час нападу пітніє ліва половина обличчя. Частота нападів від 5 до 13 на добу, тривалість на початку захворювання складала 15-20 хвилин, зараз – до 25-30 хвилин. Місцево: болючість при пальпації точок проекції великого і малого потиличних нервів зліва. Зверталась до офтальмологів, які в період між нападами не знайшли патології очей. Офтальмологічний огляд: VIS OD=0,7/1,0 з -0,75 d sph, OS= 0,6/1,0 з -0,75 d sph. Заломлюючі середовища прозорі. На очному дні диски зорових нервів блідо-рожеві, межі чіткі, калібр судин не змінено. ДS: Міопія слабкого ступеня обох очей.

Неврологічний діагноз: Хронічна пароксизмальна гемікранія, п. 3.2 ICHD-3.

Рекомендований постійний прийом індометацину. Одержує його по 25 мг двічі на добу – в найменшій дозі, що полегшує болі, при мінімальній виразності побічних ефектів препарату з боку шлунково-кишкового тракту.

Короткочасні односторонні невралґоподібні головні болі (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks).

Відповідно до ICHD-3 існує два різновиди короткочасних односторонніх невралґоподібних головних болів: короткочасні односторонні невралґоподібні головні болі з ін'єкцією кон'юнктиви і сльозотечою (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing, SUNCT) і короткочасні односторонні невралґоподібні головні болі з краніальними (черепними) вегетативними симптомами (Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms, SUNA) [4, 5, 9].

Спільними діагностичними критеріями SUNCT і SUNA є такі:

A. Як мінімум 20 нападів, що відповідають критеріям B-D.

B. Помірний або інтенсивний однобічний головний біль орбітальної, супраорбітальної, скроневої локалізації та/або іншій ділянці тригемінальної іннервації, тривалістю 1-600 секунд, які відбуваються як одиничні удари (stabs), серії ударів або мають пилкоподібний патерн (sawtooth pattern).

C. Принаймні один з наступних краніальних вегетативних симптомів або ознак, однобічних до болю:

1) ін'єкція кон'юнктиви та / або сльозотеча;
2) закладення носа та / або ринорея;
3) набряк повік;
4) потіння лоба та обличчя;
5) почервоніння лоба та обличчя;
6) відчуття закладення вуха;
7) міоз та / або птоз.

D. Напади мають частоту принаймні раз на день, у кількості більше п'яти на день, протягом більше половини часу в активному періоді хвороби.

E. Не пояснюються краще іншими діагнозами ICHD-3.

У свою чергу діагностичними критеріями SUNCT є:

A. Напади, що відповідають критеріям короткочасного одностороннього невралґоподібного головного болю.

В. Наявність одночасно ін'єкції кон'юнктиви та сльозотечі [12].

Клінічне спостереження №3. Пацієнт 31 року, звернувся зі скаргами на короткотривалі напади інтенсивного болю в лобовій ділянці справа, над зовнішнім краєм правої брови. Біль нагадує удари електричним струмом. Найбільша частота нападів – до 50-300 на день (відрізнялась у різні періоди захворювання). Приблизно половина з них триває 5-6 секунд, решта – 1-2 секунди. Довші напади є інтенсивними (VAS 8), коротші – легшими (VAS 1-2). Підчас довших і інтенсивніших нападів біль досягає піку протягом 2-3 секунд, по завершенні нападу різко обривається. Біль супроводжується сльозотечою з правого ока, при частих нападах (інтервал близько 10 секунд) – почервонінням кон’юнктиви правого ока.

Напади цефалгії можуть провокуватися різкими рухами, наприклад, при переході з горизонтального в вертикальне положення, нахилами вперед або при подразненні шкіри в ділянці спинки носа праворуч. Після серії нападів може бути латентний період тривалістю 5-10 хвилин, коли рухи і нахили не провокують біль.

Нейровізуальні дослідження (МСКТ з внутрішньовенним контрастуванням і ангіографією судин головного мозку, МРТ головного мозку з внутрішньовенним контрастуванням) виявили в пацієнта венозну ангіому правих відділів мосту і правої середньої ніжки мозочка, описану як «аномальна венозна судина довжиною 22 мм, діаметром до 2,6 мм». Судинні нейрохірурги не виявили зв’язку скарг пацієнта і судинної аномалії. Офтальмологічний висновок: орган зору без патології.

Діагноз: Короткочасний односторонній невралґоподібний головний біль з ін'єкцією кон'юнктиви і сльозотечою, п. 3.3.1 ICHD-3.

Ефективними засобами є антиконвульсанти: ламотриджин, топірамат, габапентин. У випадках, рефрактерних до описаного лікування, використовували нейростимуляцію потиличних нервів або електростимуляцію глибинних структур головного мозку (ділянки заднього нижнього гіпоталамусу іпсілатерально).

Гемікранія континуа (Hemicrania continua).

Гемікранія континуа – це рідкісний первинний головний біль із групи тригемінальних вегетативних цефалгій. Його діагностичними критеріями відповідно до ICHD-3 є: постійний, строго однобічний головний біль; тривалість понад 3 місяці з періодичними посиленнями помірної й значної інтенсивності; хоча б один з вегетативних симптомів на стороні болю (ін'єкція кон'юнктиви та / або сльозотеча, набряк повіки, закладеність носа та / або ринорея, пітливість лоба - обличчя, гіперемія лоб - обличчя, закладеність вуха, міоз і / або птоз) або відчуття неспокою чи ажітація; абсолютна відповідь на терапевтичні дози індометацину. Часто пацієнти мають відчуття стороннього тіла в оці, свербіж, фотофобію. Іноді пацієнти повідомляють, що не можуть носити контактну лінзу на хворому оці. Для досягнення лікувального ефекту можуть бути потрібні високі дозування індометацину – від 300 до 500 мг на добу [8, 11].

ICHD-3 виділяє ремітуючий та неремітуючий підтипи захворювання. Для ремітуючого характерні ремісії (повна відсутність головного болю) тривалістю ≥1 дня. Ознакою неремітуючого підтипу є відсутність таких ремісій упродовж року.

Клінічне спостереження №4. Чоловік, 56 років. Скарги на біль у правій половині обличчя й голови, що турбує впродовж останніх 4 місяців. Біль постійний, характеризується періодичними посиленнями до ступеня нестерпного (VAS 10). Посилення болю починається з правої половини спинки носа, далі біль поширюється на перенісся, праву надбрівну ділянку, лобову й скроневі ділянки. Тривалість посилень болю точно зазначити не може, оскільки «приглушує» біль прийомом нестероїдних протизапальних засобів , таких як німесулід, кеторолак. На фоні посилення головного болю відзначає набряк повік і верхньої частини обличчя праворуч, неповне закриття правого ока (скоріше, за рахунок набряку, а не птозу), почервоніння склери й сльозотечу праворуч.

При огляді: виразний набряк м’яких тканин у правій періорбітальній ділянці і верхній частині щоки праворуч. Болючість при пальпації в правій потиличній ділянці – 1-1,5 см праворуч і 1,5 см вниз від зовнішнього потиличного підвищення. Неврологічний статус – без особливостей. МРТ головного мозку- змін не виявлено. Офтальмологічний огляд: VIS OD/OS=1,0 Невеликий набряк верхньої повіки правого ока, птоз I ступеня, кон’юнктива блідо-рожева, рогівка прозора. Незначний міоз, фотореакція збережена. На очному дні диски зорових нервів блідо-рожеві, межі чіткі, калібр судин не змінений, в макулярній ділянці без змін.

Попередній діагноз: Гемікранія континуа (п.3.4 за ICHD-3).

Пацієнтові призначили індометацин і виконали блокаду потиличних нервів праворуч. Позитивний ефект від лікування.

Обговорення

Всі пацієнти з різними типами тригемінальних вегетативних цефалгій мали офтальмологічні прояви, які потребували ретельної диференціальної діагностики. За даними літератури, ін’єкцію кон’юнктиви, сльозотечу, набряк повіки та птоз необхідно розцінювати як вегетативні симптоми [4, 5, 9]. В таких випадках необхідний ретельний збір анамнезу, визначення основних скарг пацієнта та офтальмологічний огляд. При відсутності змін з боку зорового аналізатора пацієнти направляються до невролога для виключення різних типів цефалгій.

Таким чином, тригемінальні вегетативні цефалгії – це гетерогенна група захворювань, спільною рисою яких є орбітальна та ретроорбітальна локалізація болю та наявність очних вегетативних симптомів, обумовлених як парасимпатичною активацією (ін’єкція судин

кон'юнктиви, сльозотеча), так і симпатичним блоком (птоз, міоз, синдром Горнера). Нерідкими є звернення таких пацієнтів до офтальмологів. Увага до вегетативних симптомів під час опитування пацієнта, разом з детальним з'ясуванням характеристик головного болю, полегшує встановлення діагнозу й початок адекватного лікування.

Доцільним є впровадження в Україні досвіду розвинутих країн зі створенням спеціалізованих кабінетів чи центрів головного болю. Робота таких служб передбачає мультидисциплінарний підхід, зокрема за участю неврологів, нейрохірургів, офтальмологів.

Література

1. **Dafer M.R., Walter M. J.** Headache and the eye //Current Opinion in ophthalmology. – 2009. – Vol. 20. – P. 520-524.
2. **Goadsby P.J., Cittadini E., Cohen A.S.** Trigeminal autonomic cephalalgias: paroxysmal hemicrania, SUNCT/SUNA, and hemicrania continua // Semin. Neurol. – 2010. – Vol.30(2). – P.186-191.
3. **Hoffmann J., May A.** Diagnosis, pathophysiology, and management of cluster headache // Lancet Neurol. – 2018. – Vol. 17(1). – P.75-83.
4. International Classification of Headache Disorders. 2nd edition // Cephalalgia. – 2004. – Vol.24 (Suppl). – P.9-160.
5. **Lambru G., Matharu M.S.** SUNCT, SUNA and trigeminal neuralgia: different disorders or variants of the same disorder? // Curr Opin Neurol. – 2014. – Vol. 27(3). – P.325-331.
6. **Ljubisavljevic S., Zidverc Trajkovic J.** Cluster headache: pathophysiology, diagnosis and treatment // J Neurol. – 2019. – Vol. 266(5). – P.1059-1066.
7. **Matharu M., Goadsby P.** Cluster headache-update on a common neurological problem // Pract Neurol. – 2001. – №1. – P.42–49.
8. **Pareja J.A., Antonaci F., Vincent M.** The hemicrania continua diagnosis // Cephalalgia. – 2001. – Vol.21(10). – P.940-946.
9. **Pomeroy J.L., Nahas S.J**. SUNCT/SUNA: A Review // Curr Pain Headache Rep. – 2015. – Vol.19(8). – P.38.
10. **Prakash S., Patell R.** Paroxysmal hemicrania: an update // Curr Pain Headache Rep. – 2014. – Vol.18(4). – P. 407.
11. **Vincent M.B.** Hemicrania continua. Unquestionably a trigeminal autonomic cephalalgia // Headache. – 2013. – Vol. 53(5). – P.863-868.
12. **Williams M.H., Broadley S.A.,** SUNCT and SUNA: clinical features and medical treatment //J. Clin. Neurosci. – 2008. – №15. – P. 526-534.

Автори засвідчують про відсутність конфлікту інтересів, які б могли вплинути на їх думку стосовно предмету чи матеріалів, описаних та обговорених в даному рукопису.

Поступила 10.12.2020

Офтальмологические проявления тригеминальных вегетативных цефалгий. Анализ клинических случаев

Белошицкий В.В., Васюта В.А., Белошицкая М.В.

ГУ «Институт Нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины»; Киев (Украина)

Наиболее распространенной группой цефалгий, которые имеют офтальмологическую симптоматику, являются тригеминальные вегетативные цефалгии. Они разделяются на кластерную (пучковую) головную боль, пароксизмальную гемикранию, кратковременные односторонние невралгические головные боли и гемикранию континуа. Диагностическими критериями являются наличие хотя бы одного из вегетативных симптомов на стороне боли (инъекция конъюнктивы/слезотечение, отек век, заложенность носа /ринорея, потливость лба/лица, гиперемия лба/лица, заложенность уха, миоз и/или птоз). Возможны симптомы симпатического блока (птоз, миоз, симптом Горнера). Общей чертой данных цефалгий является также наличие болей орбитальной и ретроорбитальной локализации. Приведенные клинические случаи тригеминальных вегетативных цефалгий обращают внимание на трудности диагностики, особенности офтальмологической симптоматики и лечения этих заболеваний. Нередко первым является обращение таких пациентов к офтальмологу. Внимание к вегетативным симптомам во время опроса пациента вместе с детальным выяснением характеристик головной боли, облегчает установление диагноза и начало адекватного лечения.

Ключевые слова: *цефалгия, диагностические критерии, вегетативные симптомы, офтальмалгия*