



DOI: 10.31636/pmjuat.2.13

Випадок епізодичної пароксизмальної гемікранії. Особливості диференційної діагностики

Білошицький В. В.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України, Київ, Україна

Чоловік, 28 років, звернувся на консультацію зі скаргами на напади інтенсивного нестерпного (VAS 10) головного болю, які турбують з 19-річного віку. Зі слів пацієнта, тривалість нападів болю – 15–30 хвилин, частота протягом доби – 2–3 вдень і 4 вночі, в тому числі 2 напади виникають в один і той самий час – о 2-й годині ночі та о 7–8-й годині ранку. Останній напад піднімає пацієнта від сну. Серії нападів можуть виникати до 2 разів на рік, найчастіше в кінці весни або в кінці осені. Тривалість серії нападів може становити від 2–3 днів до 3 місяців, проміжки між серіями нападів (ремісії) можуть становити від 5 місяців до 2–3 років.

Під час попередніх серій біль турбував у правій скроневій ділянці, правому оці, ділянці правої вилиці та верхньої щелепи справа. Під час нападів відзначає почервоніння ока, слезотечу, відчуття закладання правої половини носа. Остання серія нападів почалася за 2 тижні до консультації, при цьому болі змістилися в ділянку лівої скроні й лівого ока (біль поміняв сторону – це буде прокоментовано окремо).

Під час нападів збуджений (ажитація). Не палить зараз і не палив у минулому. Прийом алкоголю може посилити больові відчуття.

Пацієнт повідомив, що в минулому через нестерпність болю була спроба самогубства.

Неврологічно: без особливостей. На представлених МРТ головного мозку відзначається вогнище лікворної щільності розмірами $0,9 \times 1,9 \times 1,8$ см у правій скронево-лобовій ділянці конвексально (розміри без

динаміки), нерівномірно розширені конвексальні підпаутинні простори, одиничне вогнище гліозу в правій лобовій ділянці.

Клінічна картина, на наш погляд, передбачала необхідність диференційної діагностики між епізодичним кластерним головним болем і епізодичною пароксизмальною гемікранією. Більше схилилися почати з рекомендацій щодо abortивного й превентивного лікування кластерного головного болю, враховуючи більшу частоту патології і наявність багатьох характерних клінічних ознак. Пояснюючи пацієнту можливість блокади потиличних нервів, яка, відповідно до даних досліджень, може значно полегшити стан при обох цефалгіях (при кластерному головному болю в 58 % випадків), почали пальпацію точок проекції потиличних нервів (необхідна частина обстеження при цефалгіях). Відзначено різку больючість (jump sign) у проекції великого потиличного нерва зліва, пальпація спровокувала напад нестерпного болю в ділянці ока й скроні зліва з почервонінням склери тривалістю до 2 хвилин, у подальшому протягом 10–15 хвилин ще два подібних напади. Враховуючи те, що короткі напади характерні для пароксизмальної гемікранії, пацієнтові рекомендований негайний прийом індометацину в дозі 50 мг, у подальшому – по 25 мг 3 рази на добу. Через 1–1,5 години після прийому індометацину нападів немає, пацієнт спокійний. Детальне розпитування хворого виявило, що серед попередніх кластерів болю, які загалом відповідали описаним характеристикам, було дві серії численних про-



тягом доби (не зміг назвати точну кількість) коротких нападів (тривалістю близько 2 хвилин) особливо нестерпного болю. Одна з цих серій трапилась під час призову до армії, завершилася спробою суїциду, госпіталізацією до військового госпіталю і згодом – до психіатричного стаціонару на 3 місяці. Наступний кластер тривав 1 тиждень і завершився госпіталізацією до реанімації з введенням у медикаментозний сон.

Зустріч наступного дня показала, що на фоні прийому індометацину напади припинилися, ніч провів спокійно. Рекомендовано продовжувати прийом індометацину в дозі 25 мг 3 рази на добу протягом кількох тижнів з подальшою консультацією. Діагноз: Епізодична пароксизмальна гемікранія (п. 3.2.1 ICHD-3).

Критерії діагностики пароксизмальної гемікранії відповідно до Міжнародної класифікації головного болю ICHD-3:

А. Як мінімум 20 нападів, що відповідають критеріям В–Е.

В. Напади інтенсивного одностороннього болю орбітальної, супраорбітальної або скроневої локалізації, тривалістю 2–30 хвилин.

С. 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;
- почервоніння лоба та обличчя;
- відчуття закладення вуха;
- міоз та/або птоз.

Д. Атаки мають частоту більше п'яти на день протягом більше половини часу.

Е. Напади повністю попереджаються терапевтичними дозами індометацину.

Ф. Не пояснюються краще іншими діагнозами ICHD-3.

