

DOI: 10.26693/jmbs07.06.076

УДК 616.857-07-08-071

Дельва І. І.

НУМУЛЯРНИЙ ГОЛОВНИЙ БІЛЬ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ, ОБГОВОРЕННЯ)

Полтавський державний медичний університет,
Полтава, Україна

Мета. Показати важливість використання діагностичних критеріїв головного болю в неврологічній практиці на прикладі описання клінічного випадку нумулярного головного болю.

Методи. Пацієнтка Г., 53 роки, скаржилась на постійний, тупий, локальний біль в правій тім'яній ділянці помірної інтенсивності. Головний біль виник непомітно 5-6 місяців тому, початок захворювання ні з чим не пов'язувала. Вегетативні тригемінальні прояви, нудоту, фото- та фонофобії пацієнтка заперечувала. Прийом знеболюючих препаратів супроводжувався тимчасовим незначним зменшенням інтенсивності головного болю. При огляді вказувала на локальний біль в правій тім'яній ділянці діаметром до 3 см, округлої форми, чітко пальцем окреслювала межі болю. Неврологічний статус – без відхилень, окрім гіпералгезії в ділянці болю. Шкірні покриви та волосся в ділянці болю візуально не змінені, при доторкуванні до шкіри в цьому місці відмічала дискомфорт. Загальний та біохімічний аналізи крові, глюкоза крові, загальний аналіз сечі – в межах референтних значень; магнітна резонансна томографія головного мозку – без особливостей; магнітна резонансна томографія шийного відділу хребта – явища остеохондрозу, протрузії міжхребцевих дисків С5-С6, С6-С7. Пацієнтці рекомендовано дообстеження: комп'ютерна томографія голови (кістки черепа без змін), консультація дерматолога (без патології). При аналізі отриманих даних зроблено заключення, що стан пацієнтки, згідно критеріїв міжнародної класифікації головного болю 3-го перегляду, відповідає діагнозу «нумулярний головний біль». Призначено габапентин по 300 мг на добу, з наступним збільшенням дози препарату по 300 мг через кожні 3 дні до добової дози 1200 мг або до появи істотного зменшення (зникнення) головного болю при меншій дозі препарату.

Результати. Через 1 тиждень прийому габапентину пацієнтка повідомила, що при добовій дозі габапентину 600 мг відмічалось значне зменшення інтенсивності головного болю, а при добовій дозі препарату 900 мг – головний біль зник. Рекомендовано продовжувати прийом габапентину в дозі 900 мг на добу протягом наступних 3-х місяців. Через 3 місяця пацієнтка повідомила про відсутність головного болю протягом усього періоду прийому габапентину. Рекомендовано знижувати добову

дозу габапентину по 300 мг через кожні 5 днів до появи головного болю або до відміни препарату при відсутності головного болю. Через 1 місяць пацієнтка по телефону повідомила про відсутність головного болю після відміни габапентину до теперішнього часу.

Висновки. Неврологам необхідно знати та активно використовувати в своїй практичній діяльності міжнародні діагностичні критерії нумулярного головного болю, що є основою його своєчасного адекватного менеджменту цього захворювання.

Ключові слова: нумулярний головний біль, діагностичні критерії, етіопатогенез, лікування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота є фрагментом НДР кафедри нервових хвороб Полтавського державного медичного університету: «Оптимізація діагностики, прогнозування та профілактики нейропсихологічних розладів при органічних захворюваннях нервової системи», № державної реєстрації: 0120U104165.

Вступ. На сьогодні головний біль (ГБ) за показниками розповсюдженості та негативних впливів на показники якості життя пацієнтів є однією з найактуальніших медико-соціальних проблем [1].

Серед різних типів ГБ біля 95% випадків припадає на первинний ГБ [2]. Поряд з добре відомими захворюваннями (мігрень, ГБ напруги, автономні тригемінальні цефалгії), ціла низка нозологічних одиниць первинного ГБ залишається маловідомою широкому загалу неврологів, що веде до призначення різноманітних неінформативних обстежень, встановлення неправильних діагнозів та призначення неефективних методів лікування. До маловідомих типів первинного ГБ відносять і нумулярний ГБ (НГБ).

Мета дослідження. Показати важливість використання діагностичних критеріїв рідкісних типів первинного ГБ в неврологічній практиці на прикладі описання клінічного випадку НГБ.

Об'єкт і методи дослідження. Скарги, анамнез хвороби, анамнез життя, результати об'єктивного і неврологічного обстеження, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження у пацієнтки з НГБ.

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів

проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964-2013 рр.), ICH GCP (1996 р.), Директиви ЄС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Пацієнтка приймала участь у проведеному дослідженні повністю за власним бажанням, що підтверджується особистим підписанням відповідної інформованої згоди.

Результати дослідження. Пацієнтка Г., 53 роки, направлена неврологом поліклініки 4ї міської клінічної лікарні, м. Полтава, для уточнення діагнозу та корекції лікування на кафедрі неврозних хвороб Полтавського державного медичного університету.

Скарги на постійний локальний біль в правій тім'яній ділянці тупого, ниючого характеру, помірної інтенсивності (3-4 бали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ)). ГБ періодично (1-2 рази на тиждень) без видимих провокаторів посилюється до 7-8 балів за ВАШ. Посилення ГБ переважно трапляється в другій половині дня і триває 3-4 години.

ГБ виник непомітно 5-6 місяців тому, початок захворювання пацієнтка ні з чим не пов'язує. За час хвороби відмічала 2-3 періоди зниження інтенсивності ГБ до 2-3 балів за ВАШ, які виникали спонтанно та тривали 7-10 діб.

Вегетативні тригемінальні прояви (сльозотеча, птоз, почервоніння ока та шкіри обличчя, набряк обличчя, закладеність носа), нудоту, фото- та фонофобії пацієнтка заперечує.

Прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) – ібупрофену, диклофенаку, мелоксикаму та комбінованих анальгетиків супроводжується незначним зменшенням інтенсивності ГБ протягом 2-3 годин.

Протягом 2-х років страждає на гіпертонічну хворобу, приймає еналапріл по 10 мг двічі на день. Черепно-мозкові травми та будь-які інші захворювання нервової системи заперечує. Була 1 вагітність та 1 пологи. Працює вчителькою у школі.

Пацієнтка неодноразово зверталася зі скаргами на ГБ до сімейного лікаря та невролога. Неврологом поліклініки був встановлений діагноз: «ГБ напруги. Цервікогенний ГБ». За призначеннями невролога, амбулаторно пройшла курс лікування НПЗП, міорелаксантами, вітамінами групи В, діадинамотерапією на комірцеву зону – без будь-якого ефекту.

Пацієнтка нормального харчування (індекс маси тіла 25,2 кг/м²); артеріальний тиск 110/65 мм. рт.ст.; пульс – 68 на хвилину, ритмічний. При огляді вказує на локальний біль в правій тім'яній ділянці діаметром до 3 см, округлої форми, чітко пальцем

окреслює межі болю. Неврологічний статус – без відхилень, окрім гіпералгезії в ділянці болю. Шкірні покриви та волосся в ділянці болю візуально не змінені, при доторкуванні до шкіри в цьому місці відмічає дискомфорт.

З медичної документації: загальний та біохімічний аналізи крові, глюкоза крові, загальний аналіз сечі – в межах референтних значень; магнітна резонансна томографія головного мозку – без особливостей; магнітна резонансна томографія шийного відділу хребта – явища остеохондрозу, протрузії міжхребцевих дисків С5-С6, С6-С7.

Пацієнтці рекомендовано дообстеження: комп'ютерна томографія голови (для виключення патології кісток черепа) – без патології, консультація дерматолога (для виключення уражень шкірних покривів волосистої частини голови) – без патології.

При аналізі отриманих даних зроблено заключення, що стан пацієнтки, згідно критеріїв міжнародної класифікації ГБ 3-го перегляду, відповідає діагнозу «НГБ».

А. Постійний або транзиторний ГБ, що відповідає критерію В.

В. Біль присутній виключно в ділянці скальпу та має всі 4 нижченаведені характеристики:

1. Чітко обмежений.
2. Постійного розміру та форми.
3. Округлої або епілептичної форми.
4. 1-6 см в діаметрі.

С. Не може бути пояснений іншим діагнозом МКГБ 3-го перегляду [3].

Пацієнтці роз'яснено необхідність ведення щоденника ГБ та ознайомлено з правилами його заповнення. Призначено габапентин по 300 мг на добу, з наступним збільшенням дози препарату по 300 мг через кожні 3 дні до добової дози 1200 мг або до появи істотного зменшення (зникнення) ГБ при меншій дозі препарату.

Через 1 тиждень прийому габапентину пацієнтка надіслала фото заповненого щоденника ГБ. За даними щоденника ГБ, при добовій дозі габапентину 600 мг відмічалася зменшення інтенсивності ГБ до 1-2 балів за ВАШ, а при добовій дозі препарату 900 мг – ГБ зник. Телефонно рекомендовано продовжувати прийом габапентину в дозі 900 мг на добу протягом наступних 3-х місяців. Через 3 місяця під час візиту пацієнтка повідомила про відсутність ГБ протягом усього періоду прийому габапентину, самостійно припинила ведення щоденника ГБ. Рекомендовано знижувати добову дозу габапентину по 300 мг через кожні 5 днів до появи ГБ або до відміни препарату при відсутності ГБ. Через 1 місяць пацієнтка телефоном повідомила про відсутність дотепер ГБ після відміни габапентину.

Обговорення результатів дослідження.

НГБ вважається одним з рідкісних типів первинного ГБ, але справжні показники його розповсюдженості до сьогодні невідомі. За даними реєстру одного центру, захворюваність на НГБ становить 6,4 випадки на 100 тисяч населення [4, 5].

НГБ вперше описаний Pageja JA зі співавт. на основі 13 випадків чітко окресленого болю волохистої частини голови, що дало підставу назвати цей біль нумулярним (латинською мовою – монетоподібним) – розмір та форма болючої ділянки нагадує монету [6].

Найбільш повно характеристики НГБ надані в огляді більш ніж 250 випадків НГБ [7]. НГБ переважно зустрічається у жінок (співвідношення статей – 1,8:1). Середній вік дебюту захворювання становить 45,4 роки (від 4 до 82 років). Середній час від дебюту захворювання до встановлення діагнозу НГБ складає 4,4 роки (від 1 місяця до 50 років). 46,7% пацієнтів з НГБ мають в анамнезі ГБ: мігрень, ГБ напруги, абузусний ГБ тощо [7].

Основний симптом НГБ – біль в чітко окресленій ділянці волохистої частини голови, що не змінює з часом свою форму та розміри. Болюча ділянка може бути або круглою (80,2%), або еліпсоподібної (19,8%) форми, розміри її становлять від 2 до 6 см в діаметрі (в середньому – 3,5 см). В більшості випадків біль є одностороннім: справа (53,4%) - переважно, зліва (38,7%) або по середині голови (7,9%). НГБ локалізується в тім'яній (55,7%), потиличній (19,6%), скроневій (13,0%), лобній (11,7%) ділянках [7].

Найчастіше пацієнти описують біль як стискаючий, гострий, колючий, помірно інтенсивності (в середньому, 5 балів за ВАШ). В 34,3% спостерігається ремітуючий, а в 65,7% – хронічний тип перебігу НГБ. В більшості випадків ремітуючий тип перебігу з часом трансформується в хронічний. У 59,1% пацієнтів відмічаються періоди посилення НГБ – від секунд до декількох днів [7].

У 49,7% пацієнтів в ділянці болю наявні порушення чутливості (гіперестезія, гіпералгезія, гіпестезія, алодинія, парестезія) [7].

Для НГБ не типова нудота, блювота, фотофобія, вегетативні прояви [7], хоча спостерігаються випадки двобічної слюзотечі, ринореї, фонофобії під час посилення болю [5].

Описані випадки біфокального та мультифокального НГБ, коли окремі локації болю виникають одночасно або через певний проміжок часу [8, 9, 10].

В літературі наводяться спостереження вегетативних та трофічних змін в ділянці болю: локальне підвищення температури, зміни кольору шкіри, випадіння волосся [8, 11].

Хоча НГБ розглядається як первинний ГБ, описані клінічні випадки симптоматичного НГБ при ураженні скальпу (при фузиформній аневризмі поверхневої скроневій артерії) [12], ураженні кісток черепа (при фіброзній дисплазії) [13], при хворобі Паджета [14], при наявності локальних внутрішньочерепних утворень (менінгіом, арахноїдальних кист) [15], після укусу комах [11], після резекції аденоми гіпофізу [13].

Дотепер етіологія та патогенез НГБ залишаються не з'ясованими. На користь теорії про те, що НГБ є проявом нейропатії термінальних гілок шкірних нервів скальпу свідчить округла або еліпсоподібна форма ділянки болю з чітко окресленими краями, певні характеристики болю (поверхневий, пекучий, з періодами посилення), наявність локальних чутливих порушень (гіперестезія, алодинія, гіпестезія, дизестезія) [16]. А виключне розташування НГБ на волосистій частині голови може бути опосередкованим свідченням про ураження нервових закінчень, що інервують волоссяні цибулини [17].

На користь центральних механізмів НГБ свідчить те, що він часто посилюється при маневрі Вальсальви, сексуальній активності, менструаціях [18, 19], відсутність ефекту від невральних блокад в переважній більшості випадків, ділянки болю не вписуються в зону інервації одного нерву, ефективність препаратів центральної дії [7].

Загалом, НГБ є діагнозом виключення. Обстеження пацієнтів з підозрою на НГБ, окрім неврологічного огляду, повинно включати ретельний огляд та пальпацію скальпу, перикраніальних м'язів та артерій голови [5].

Лабораторні обстеження включають в себе загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові з печінковими та нирковими пробами, тиреоїдну панель, ревматоїдні проби. Для виключення структурних уражень головного мозку проводиться магнітна резонансна томографія голови, а для виключення структурних уражень кісток черепа – комп'ютерна томографія голови [5].

До сьогодні не існує методів лікування НГБ з доведеною ефективністю. Більш ніж 60% пацієнтів з НГБ позитивно реагують на НПЗП [5].

У випадках постійного болю та відсутності ефекту від НПЗП, показана превентивна терапія [16]. Препаратом вибору при превентивному лікуванні НГБ вважається габапентин, що титрується до отримання ефекту в діапазоні доз 600-1200 мг на добу [20]. Габапентин досліджувався більш, ніж в 60 роботах та виявив щонайменше частковий ефект у 60% пацієнтів [7]. Трициклічні антидепресанти (амітриптилін, нортриптилін) досліджувалися більш ніж в 40 роботах та показали ефект у 45% пацієнтів [7]. Ботуліновий токсин типу А використовувався у 24 випадках та виявив що-

найменше частковий ефект у 92% пацієнтів [21]. Є окремі клінічні повідомлення про ефективність, карбамазепіну [22], циклобензаприну [19], бета-блокєрів [23], топіромату [24].

Дотепер відсутні проспективні дослідження особливостей перебігу НГБ в часі. Однак є повідомлення, що НГБ має доброякісний перебіг та спонтанно розршується у 38,7% випадків [16].

Висновки. Неврологам необхідно знати та активно використовувати в своїй практичній діяльності міжнародні діагностичні критерії НГБ, що є основою своєчасного адекватного менеджменту цього захворювання.

Перспективи подальших досліджень. Виявлення та аналіз клінічних випадків інших рідкісних типів первинного ГБ.

References

1. Stovner LJ, Colette A. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2010;11:289-99. PMID: 20473702. PMCID: PMC2917556. doi: 10.1007/s10194-010-0217-0
2. Dodick DW. Diagnosing secondary and primary headache disorders. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2021 Jun 1;27(3):572-85. PMID: 34048392. doi: 10.1212/CON.0000000000000980
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211. PMID: 29368949. doi: 10.1177/0333102417738202
4. Pareja JA, Pareja J, Barriga FJ, Barón M, Dobato JL, Pardo J. Nummular headache: a prospective series of 14 new cases. *Headache*. 2004;44:611-4. PMID: 15186307. doi: 10.1111/j.1526-4610.2004.446011.x
5. Grosberg BM, Solomon S, Lipton RB. Nummular headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2007;11:310-2. PMID: 17686396. doi: 10.1007/s11916-007-0209-1
6. Pareja JA, Caminero AB, Serra J, Barriga FJ, Barón M, Dobato JL, et al. Numular headache: a coin-shaped cephalgia. *Neurology*. 2002;58(11):1678-1679. PMID: 12058099. doi: 10.1212/WNL.58.11.1678
7. Schwartz DP, Robbins MS, Grosberg BM. Nummular headache update. *Curr Pain Headache Rep*. 2013 Jun;17(6):1-6. PMID: 23616207. doi: 10.1007/s11916-013-0340-0
8. Porta-Etessam J, Lapeña T, Cuadrado ML, Guerrero A, Parejo B. Multifocal nummular headache with trophic changes. *Headache*. 2010;50:1612-3. PMID: 21198563. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01773.x
9. Rocha-Filho PA. Nummular headache: two simultaneous areas of pain in the same patient. *Cephalalgia*. 2011;31:874. PMID: 21296806. doi: 10.1177/0333102411398156
10. Guerrero AL, Cuadrado ML, García-García ME, Cortijo E, Herrero-Velázquez S, Rodríguez O. Bifocal nummular headache: a series of 6 new cases. *Headache*. 2011;51:1161-6. PMID: 21675970. doi: 10.1111/j.1526-4610.2011.01940.x
11. Pareja JA, Cuadrado ML, Fernández-de-las Peñas C, Nieto C, Sols M, Pinedo F. Nummular headache with trophic changes inside the painful area. *Cephalalgia*. 2008;28:186-90. PMID: 18201251. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.01515.x
12. Garcia-Pastor A, Guillem-Mesado A, Salinero-Paniagua J, GimenezRoldan S. Fusiform aneurysm of the scalp: an unusual cause of focal headache in Marfan syndrome. *Headache*. 2002;42:908-10. PMID: 12390619. doi: 10.1046/j.1526-4610.2002.02212.x
13. Alvaro LC, García JM, Areitio E. Nummular headache: a series with symptomatic and primary cases. *Cephalalgia*. 2009;29:379-83. PMID: 19220316. doi: 10.1111/j.1468-2982.2008.01722.x
14. Friedman P, Sklaver N, Klawans Jr HL. Neurologic manifestations of Paget's disease of the skull. *Dis Nerv Syst*. 1971;32:809-17.
15. Guillem A, Barriga FJ, Giménez-Roldán S. Nummular headache secondary to an intracranial mass lesion. *Cephalalgia*. 2007;27:943-4. PMID: 17661868. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.01328.x
16. Pareja JA, Montojo T, Alvarez M. Nummular headache update. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2012;12:118-24. PMID: 22203526. doi: 10.1007/s11910-011-0247-2
17. Martins IP, Abreu L. Nummular headache: Clinical features and treatment response in 24 new cases. *Cephalalgia Rep*. 2018 Oct 4;1:2515816318802771. doi: 10.1177/2515816318802771
18. Guillem A. Nummular headache precipitated by coughing and sexual activity. *Cephalalgia*. 2009;29 Suppl 1:161.
19. Robbins MS, Grosberg BM. Menstrual-related nummular headache. *Cephalalgia*. 2010;30:507-8. PMID: 19614682. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.01947.x
20. Cuadrado ML, López-Ruiz P, Guerrero ÁL. Nummular headache: an update and future prospects nummular headache: an update and future prospects. *Expert Rev Neurother*. 2017;18:9-19. PMID: 29103335. doi: 10.1080/14737175.2018.1401925
21. Dusitanond P, Young W. Botulinum toxin type A's efficacy in nummular headache. *Headache*. 2008;48:1379. PMID: 19006552. doi: 10.1111/j.1526-4610.2008.01245.x
22. Man YH, Yu TM, Li LS, Yao G, Mao XJ, Wu J. A new variant nummular headache: large diameter accompanied with bitrigeminal hyperalgesia and successful treatment with carbamazepine. *Turk Neurosurg*. 2012;22:506-9.

23. Jiang L, Li M, Liu Q, Liu C, Zhou J. Nummular headache: 2 cases with good beta blocker responses and a narrative review. *Headache*. 2019;59(4):593-602. PMID: 30869172. doi: 10.1111/head.13503
24. Ruscheweyh R, Buchheister A, Gregor N, Jung A, Evers S. Nummular headache: six new cases and lancinating pain attacks as possible manifestation. *Cephalalgia*. 2010;30:249-53. PMID: 19438911. doi: 10.1111/j.1468-2982.2009.01893.x

UDC 616.857-07-08-071

Nummular Headache (Clinical Observation, Discussion)

Delva I. I.

Abstract. *The purpose of the study was to show the importance of using international diagnostic criteria of headache in neurological practice through description of clinical case of nummular headache.*

Materials and methods. *Complaints, medical history, life history, results of objective and neurological examination, data of laboratory and instrumental research methods in a patient with nummular headache.*

Results and discussion. *Patient G., 53 years old, complained of constant, dull, local, moderate pain in the right parietal area. The headache appeared gradually 5–6 months ago, without any evident triggers. Patient denied autonomic trigeminal signs, nausea, photo- and phonophobia. Painkillers intake was accompanied by a temporary slight decrease of headache intensity. At examination patient pointed to local pain area in the right parietal region that had diameter about 3 cm, rounded shape and clear borders. Neurological status – without abnormalities, except for hyperalgesia in the pain area. The skin and hair in the pain area were not changed, touching the skin in this place caused unpleasant feeling. General and biochemical blood tests, blood glucose, general urine analysis were within reference values; magnetic resonance imaging of the brain was without abnormalities; magnetic resonance imaging of the cervical spine showed osteochondrosis, protrusion of intervertebral discs C5-C6, C6-C7. Additional examination was recommended to the patient: computer tomography of the head (skull bones were unchanged), consultation of a dermatologist (no pathology was found). Finally, it was concluded that patient's condition, according to the international classification of headache disorders of the 3rd revision, corresponds to the diagnosis of "nummular headache". Gabapentin was prescribed 300 mg per day, followed by increasing of the drug dose by 300 mg every 3 days to a daily dose of 1200 mg or until a significant reduction (disappearance) of headache occurred at the lower gabapentin doses. After 1 week of gabapentin taking, patient reported significant decrease in headache intensity at a daily dose of 600 mg with subsequent headache disappearance at a daily dose of 900 mg. It was recommended to continue gabapentin taking at a dose of 900 mg per day for the next 3 months. After 3 months, the patient reported no headache during the entire period of gabapentin usage. It was recommended to reduce the daily dose of gabapentin by 300 mg every 5 days until the headache recurs or until total discontinuation of drug intake. 1 month later the patient reported no headache since stopping gabapentin intake.*

Conclusion. *Neurologists need to know and actively use in their practice the international diagnostic criteria of nummular headache, that is the basis of adequate management of this rare primary headache.*

Keywords: nummular headache, diagnostic criteria, etiopathogenesis, treatment.

ORCID and contributionship:

Iryna I. Delva: 0000-0002-2795-4897 ^{A-F}

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis,
C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article,
E – Critical review, F – Final approval of the article.

CORRESPONDING AUTHOR

Iryna I. Delva

Poltava State Medical University,
Department of Neurological Diseases
23, Shevchenka Str., Poltava 36011, Ukraine
tel: +380977108584, e-mail: iryna.delva@gmail.com

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 27.10.2022 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування