

ГІПНІЧНИЙ ГОЛОВНИЙ БІЛЬ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ, ОБГОВОРЕННЯ) Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

mdelwa@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою Української медичної стоматологічної академії: «Оптимізація діагностики, прогнозування та профілактики нейропсихологічних розладів при органічних захворюваннях нервової системи», № державної реєстрації 0120U104165.

Вступ. Головний біль (ГБ) є значущою медичною, соціальною та економічною проблемою для сучасного суспільства. За даними епідеміологічних досліджень в Європі більше половини дорослої популяції відмічали хоча б один напад ГБ протягом останнього року [1]. На сьогодні приділяється значна увага вивченню патофізіологічних та клінічних особливостей розповсюджених типів первинного ГБ, зокрема мігрені [2, 3]. При цьому поряд з добре відомими різновидами первинного ГБ існують також його рідкісні типи. Саме вони викликають утруднення в лікувально-діагностичному процесі, що тягне за собою призначення різноманітних неінформативних обстежень та вибір неефективних методів лікування. Одним з таких рідкісних типів первинного ГБ є гіпнічний головний біль (ГГБ).

Мета роботи. Продемонструвати важливість знання діагностичних критеріїв рідкісних типів ГБ через описання клінічного випадку ГГБ.

Об'єкт і методи дослідження. Вивчалися скарги, анамнез, результати об'єктивного і неврологічного обстеження, дані додаткових методів дослідження у пацієнта з нападами головного болю, що виникали виключно під час нічного сну.

Результати дослідження. Пацієнтка М., 56 років, направлена неврологом поліклініки в навчально-діагностичний лікувальний Центр для хворих на первинний ГБ при кафедрі нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою Української медичної стоматологічної академії для уточнення діагнозу та корекції лікування.

Пацієнтка скаржиться на нічні напади інтенсивного ГБ (7 балів за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ)), що має тупий, дифузний характер із переважною локалізацією в лобно-скроневій ділянці. ГБ виникає тільки під час сну, в другій половині (між 3 та 5 годинами ранку) та будить пацієнтку. ГБ триває 1-1,5 години і поступово зникає протягом наступних 30-40 хвилин. Приймання різноманітних нестероїдних протизапальних препаратів та комбінованих анальгетиків не зменшує ГБ. Доторк лобом до холодного віконного скла приносить деяке зменшення болю. Під час ГБ відсутні слезотеча, птоз, почервоніння ока та шкіри обличчя, набряклість обличчя, закладеність носа, нудота, фото- та фонофобія. Зі слів пацієнтки спостерігається від 15 до 20 нападів нічного ГБ протягом кожного місяця (проте щоденник ГБ ніколи

не вела). Нічний ГБ турбує протягом двох років, початок захворювання ні з чим не пов'язує. Пацієнтка відмічає, що ГБ завжди виникає після перевтоми або навіть незначного прийому алкоголю (бокал вина) напередодні. Внаслідок такого взаємозв'язку пацієнтка взагалі припинила вживати будь-які алкогольні напої. Просинання внаслідок ГБ спричиняє подальше безсоння. Під час денного сну жодного разу ГБ не виникав. Зі слів пацієнтки та її чоловіка, вона не хропить. Працює продавцем в супермаркеті, нічних змін не має. Пацієнтка неодноразово зверталася зі скаргами на ГБ до сімейного лікаря та невролога. Неврологом поліклініки був встановлений діагноз: «Дисциркуляторна енцефалопатія II ступеня з цефалгічним синдромом. Остеохондроз шийного відділу хребта з цервікокраніалгією». Згідно з призначеннями невролога та сімейного лікаря неодноразово приймала курсове лікування ноотропними, метаболічними, а також седативними препаратами, хондропротекторами, вітамінами групи В – жодного разу без будь-якого ефекту.

При огляді: пацієнтка нормального харчування (індекс маси тіла 24,7 кг/м²); артеріальний тиск 125/80 мм.рт.ст.; пульс – 74 на хвилину, ритмічний; неврологічний статус – без відхилень.

З медичної документації: загальний та біохімічний аналізи крові, глікований гемоглобін були в межах референтних значень; магнітна резонансна томографія головного мозку – без особливостей. Пацієнтка була проконсультована офтальмологом (ангіопатія сітківки обох очей), оториноларингологом (патології не виявлено).

Згідно критеріїв міжнародної класифікації ГБ 3-го перегляду стан пацієнтки відповідає одному з типів первинного ГБ: «Гіпнічний головний біль» (напади ГБ виникають не рідше 10 разів в місяць на протязі трьох місяців поспіль тільки під час сну та приводять до просинання, тривають від 15 хвилин до 4 годин, не супроводжуються вегетативними розладами та неспокоєм, при умові виключення вторинного ГБ).

Пацієнтці рекомендовано дообстеження – добове моніторування артеріального тиску (для виключення вторинного характеру ГБ внаслідок нічної артеріальної гіпертензії). Роз'яснено важливість ведення щоденника ГБ та ознайомлено з правилами його заповнення. Призначено індометацин 50 мг всередину за 30 хвилин до сну та омепразол 20 мг всередину до сніданку. Рекомендовано випивати чашку міцної кави відразу після просинання через ГБ. Було призначено надати результати добового моніторування артеріального тиску та дані щоденника ГБ через 1 тиждень. Пацієнтка он-лайн надіслала результати свого добового моніторування артеріального тиску (нічної артеріальної гіпертензії не зафіксовано) та заповнений щоденник ГБ. Згідно щоденника нічний ГБ виник на другу ніч від початку прийому ін-

дометацину, але інтенсивність ГБ була нижчою, ніж зазвичай (3 бали за ВАШ), а вживання чашки міцної кави (2 чайні ложки розчинної кави) супроводжувалося повним зникненням ГБ вже через 10 хвилин. Наступний напад ГБ (3-4 бали за ВАШ) трапився на п'яту ніч від початку прийому індометацину, вживання кави відразу припинило ГБ. Пацієнтці було рекомендовано збільшити дозу індометацину до 100 мг та надати результати щоденника ГБ через наступні 7 днів. Через тиждень пацієнтка по телефону повідомила про повне зникнення ГБ, внаслідок чого рекомендовано зменшити дозу індометацину до 75 мг та повідомити про свій стан через 7 днів. Через наступний тиждень пацієнтка повідомила про відсутність ГБ, як наслідок рекомендовано зменшити дозу індометацину до 50 мг та в черговий раз повідомити про свій стан через 7 днів. Протягом наступних трьох місяців пацієнтка не телефонувала, за допомогою не зверталася, що можна розцінювати як відсутність ГБ.

Обговорення результатів дослідження. ГГБ є одним з рідкісних типів первинного ГБ. За даними спеціалізованих центрів частота ГГБ серед усіх проконсультованих пацієнтів складає від 0,07% до 0,1% [4, 5, 6]. Однак існують обґрунтовані припущення, що розповсюдженість ГГБ є недооціненою внаслідок незвернення за медичною допомогою частини пацієнтів, у яких ГБ має незначну інтенсивність [7]. Загалом, натепер в світовій літературі описано біля 350 випадків ГГБ [8].

ГГБ виникає після 50 років, частіше у жінок (у співвідношенні 1:2) [9], що розвивається виключно під час сну, внаслідок чого пацієнт просинається. Як правило, ГГБ є дифузним, але може бути однобічним і навіть змінювати свою локалізацію при повторних нападах [9]. ГГБ триває в переважній більшості випадків не більше трьох годин, за характером є тупим або пульсуючим [9, 10]. Підйом з ліжка та помірна активність (прийом їжі, читання, перегляд телепередач, ходьба по кімнаті) приносять деяке зменшення ГБ [9, 10]. У переважній кількості пацієнтів прийом міцної кави супроводжується негайним значно вираженим зниженням інтенсивності ГБ або його зникненням [10].

Дотепер немає чіткого розуміння етіопатогенезу ГГБ. Він має циркадіанну ритмічність, так як чітко пов'язаним зі сном, на основі чого висунута гіпотеза про участь гіпоталамусу в розвитку ГГБ [11]. Задній гіпоталамус приймає участь в регуляції сну та в регуляції активності ноцицептивних систем стовбуру мозку [12, 13]. За даними магнітної резонансної томографії головного мозку із застосуванням воксель базованої морфометрії, у пацієнтів з ГГБ виявлено зниження щільності сірої речовини в задньому гіпоталамусі [14].

За даними німецьких авторів від початку ГГБ до постановки правильного діагнозу проходить, в се-

редньому, 6 років [10]. Насамперед ГГБ необхідно диференціювати з іншими типами ГБ, які виникають переважно під час сну: з кластерним ГБ, з ГБ при нічній артеріальній гіпертензії та з ГБ при обструктивному сонному апное. Крім того, для виключення синдрому внутрішньочерепної гіпертензії усім пацієнтам з ГГБ необхідно проводити нейровізуалізаційне обстеження.

Кластерний ГБ часто має циркадіанну ритмічність, коли атаки ГБ виникають в один і той же час добу (часто вночі). Однак кластерний ГБ, як правило, виникає в більш молодому віці, переважно уражає чоловіків (співвідношення чоловіків до жінок – 7 до 1) [15]. На відміну від ГГБ, кластерний ГБ є набагато інтенсивнішим, виключно однобічним, з певними іпсилатеральними вегетативними проявами (ін'єкція кон'юнктиви, сльозотеча, міоз, птоз, набряк повік, ринорея, закладеність носа, пітливість обличчя).

ГБ при обструктивного сонному апное не є причиною просинання пацієнта, виникає кожного ранку після звичайного просинання. Для осіб з обструктивним сонним апное характерне хропіння, періоди зупинки дихання уві сні на 10 секунд та довше. Поряд з ГБ характерні і інші наслідки порушення дихання під час сну: підвищена денна сонливість, порушення концентрації, зниження пам'яті, швидка виснажливість, втома.

Для ГГБ характерний варіабельний перебіг: в більшості випадків, до призначення адекватного лікування, фіксується безперервний перебіг, однак описані випадки самостійного розршення ГГБ або періоди ремісії [16].

Внаслідок малої розповсюдженості ГГБ до теперішнього часу не було проведено жодного рандомізованого клінічного дослідження, присвяченого лікуванню ГГБ. На підставі нечисельних спостережень була показана ефективність перорального прийому перед нічним сном препаратів літію, кофеїну, індометацину (25-150 мг), мелатоніну (3-5 мг) в профілактиці ГГБ [7, 8, 9, 10, 16]. Однак, препарати літію мають чисельні побічні ефекти, особливо з боку центральної нервової системи. Крім того, досить часто пацієнти відмовляються приймати кофеїн перед сном через порушення процесів засинання [7]. З метою негайного припинення ГГБ рекомендують кофеїн у вигляді чашки міцної кави.

Висновки. Неврологам необхідно знати та активно використовувати в своїй практичній діяльності міжнародні діагностичні критерії рідкісних типів первинного ГБ загалом та ГГБ зокрема, що забезпечить раннє призначення адекватного лікування.

Перспективи подальших досліджень. Виявлення та подальший аналіз клінічних випадків з іншими рідкісними типами первинного ГБ.

Література

1. Stovner LJ, Colette A. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2010;11:289-99.
2. Nikiforova OS, Delva MY. Neurophysiological features of the nociceptive trigeminal pathway in abdominally obese migraineurs. *Wiadomości Lekarskie*. 2020; LXXIII(4):674-678.
3. Nikiforova, OS, Delva MY. Migraine prodromal features in abdominally obese patients. *World of medicine and biology*. 2019;3(69):128-133.
4. Dodick DW, Mosek AC, Campbell JK. The hypnic ("alarm clock") headache syndrome. *Cephalalgia*. 1998;18(3):152-6.
5. Evers S, Rahmann A, Schwaag S, Lüdemann P, Husstedt IW. Hypnic headache—the first German cases including polysomnography. *Cephalalgia*. 2003;23(1):20-3.
6. Lisotto C, Mainardi F, Maggioni F, Zanchin G. Episodic hypnic headache? *Cephalalgia*. 2004;24(8):681-5.
7. Diener HC, Obermann M, Holle D. Hypnic headache: clinical course and treatment. *Curr Treat Options Neurol*. 2012;14(1):15-26.

8. Silva-Néto RP, Santos PE, Peres MF. Hypnic headache: A review of 348 cases published from 1988 to 2018. *J Neurol Sci.* 2019;401:103-9.
9. Liang JF, Wang SJ. Hypnic headache: a review of clinical features, therapeutic options and outcomes. *Cephalalgia.* 2014;34(10):795-805.
10. Holle D, Naegel S, Krebs S, Katsarava Z, Diener HC, Gaul C, et al. Clinical characteristics and therapeutic options in hypnic headache. *Cephalalgia.* 2010;30(12):1435-42.
11. Holle D, Naegel S, Obermann M. Pathophysiology of hypnic headache. *Cephalalgia.* 2014;34(10):806-12.
12. Moore RY. Circadian rhythms: basic neurobiology and clinical applications. *Annu Rev Med.* 1997;48:253-66.
13. Montagna P. Hypothalamus, sleep and headaches. *Neurological Science.* 2006;27(2):138-43.
14. Holle D, Naegel S, Krebs S, Gaul C, Gizewski E, Diener HC, et al. Hypothalamic gray matter volume loss in hypnic headache. *Ann Neurol.* 2011;69(3):533-9.
15. Rozen TD, Niknam RM, Shechter AL, Young WB, Silberstein SD. Cluster headache in women: clinical characteristics and comparison with cluster headache in men. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2001;70(5):613-7.
16. Evers S, Goadsby PJ. Hypnic headache: Clinical features, pathophysiology, and treatment. *Neurology.* 2003;60:905-9.

ГІПНІЧНИЙ ГОЛОВНИЙ БІЛЬ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ, ОБГОВОРЕННЯ)

Дельва М. Ю., Дельва І. І.

Резюме. *Мета:* продемонструвати важливість знання лікарями діагностичних критеріїв рідкісних типів первинного головного болю (ГБ) через описання клінічного випадку гіпнічного головного болю (ГГБ). Пацієнтка М., 56 років, направлена неврологом в навчально-діагностичний лікувальний Центр для хворих на первинний ГБ при кафедрі нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою Української медичної стоматологічної академії для уточнення діагнозу та корекції лікування. Пацієнтка скаржиться на нічні напади інтенсивного ГБ, що турбують протягом двох років та виникають 15-20 разів на місяць. Згідно критеріїв міжнародної класифікації ГБ 3-го перегляду стан пацієнтки відповідав одному з типів первинного ГБ: «Гіпнічний головний біль» (напади ГБ виникають не рідше 10 разів в місяць на протязі трьох місяців поспіль тільки під час сну та приводять до просинання, тривають від 15 хвилин до 4 годин, не супроводжуються вегетативними розладами та неспокоєм, при умові виключення вторинного ГБ). Призначено індометацин 100 мг всередину за 30 хвилин до сну та омепразол по 20 мг всередину після сніданку. Рекомендовано випивати чашку міцної кави відразу після просинання від ГБ. Через 1 тиждень пацієнтка по телефону повідомила про повне зникнення ГБ. Протягом двох років захворювання пацієнтка неодноразово зверталася зі скаргами на ГБ до сімейного лікаря та невролога. Був встановлений діагноз: «Дисциркуляторна енцефалопатія II ст. з цефалгічним синдромом. Остеохондроз шийного відділу хребта з цервікокраніалгією». За призначеннями невролога та сімейного лікаря неодноразово приймала курсове лікування ноотропами, метаболічними, седативними препаратами, вітамінами групи В – без жодного ефекту. Таким чином, неврологам та лікарям інших спеціальностей необхідно знати та почати активно використовувати в своїй практичній діяльності міжнародні діагностичні критерії рідкісних типів первинного ГБ загалом та ГГБ зокрема.

Ключові слова: гіпнічний головний біль, діагностичні критерії, лікування.

HYPNIC HEADACHE (CLINICAL OBSERVATION, DISCUSSION)

Delva M. Yu., Delva I. I.

Abstract. To demonstrate the importance of knowledge of diagnostic criteria for rare types of primary headaches through the description of a clinical case of hypnic headache (HH). Patient M., female, 56 years old, was referred by a neurologist to the educational, diagnostic and treatment center for patients with primary headaches at the Department of Neurological Diseases with Neurosurgery and Medical Genetics of Ukrainian Medical Dental Academy. Patient complained of identical nocturnal attacks of intense headaches only during sleep that occur as rule 15-20 times a month. According to the criteria of the international classification of headache disorders 3rd edition the patient had rare type of primary headache "Hypnic headache" (recurrent headache attacks developing only during sleep and causing waking, occurring on ≥ 10 days/month for > 3 months, lasting from 15 minutes up to 4 hours after waking, no cranial autonomic symptoms or restlessness, not better accounted for another diagnosis according to International Classification of Headache Disorders 3rd edition). It had been prescribed indomethacin 100 mg orally 30 minutes before bedtime, omeprazole 20 mg orally after breakfast. Also it was recommended to drink a cup of strong coffee immediately after waking up from headache. After 1 week, the patient reported by telephone that headache attacks stopped. For last two years patient repeatedly sought medical attention, she was examined by family doctor and different neurologists. It was made diagnosis: «Dyscirculatory encephalopathy II stage with cephalgic syndrome», «cervical osteochondrosis with cervicocranialgia». Patient was repeatedly and ineffectively treated with nootropic, metabolic, sedative, analgesic drugs, B vitamins. Thus, neurologists as well as other medical specialists need to know and actively use in their practice international diagnostic criteria for rare types of primary headaches in general and HH in particular.

Key words: hypnic headache, diagnostic criteria, treatment.

Рецензент – проф. Литвиненко Н. В.

Стаття надійшла 18.12.2020 року