

ПЕРВИННА ЛІМФОМА ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ КЛІНІЦИСТА

В. І. Пономарьов¹, О. Ю. Меркулова¹,
В. А. Флоріян², В. М. Івасенко³

¹Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

²Харківська медична академія післядипломної освіти

³Медична служба Південної залізниці, Харків

Первинна лімфома центральної нервової системи є однією з рідкісних пухлин нервової системи. Мозкова лімфома злоякісне захворювання з особливими клінічними та біологічними рисами, агресивним перебігом і незадовільним результатом. Рання діагностика та адекватне лікування можуть поліпшити результат і прогноз пацієнтів.

Ключові слова: первинна лімфома ЦНС, екстранодальна лімфома, гематоенцефалічний бар'єр, іммунокомпromетоване та іммунокомпетентне населення, вірус іммунодефіциту людини/синдром набутого іммунодефіциту (ВІЛ/СНІД).

ПЕРВИЧНАЯ ЛИМФОМА ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЦИСТА

В. И. Пономарёв¹, О. Ю. Меркулова¹,
В. А. Флорикян², В. Н. Ивасенко³

¹Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

²Харьковская медицинская академия последипломного образования

³Медицинская служба Южной железной дороги, Харьков

Первичная лимфома центральной нервной системы является одной из редких опухолей нервной системы. Мозговая лимфома — злокачественное заболевание с особыми клиническими и биологическими чертами, агрессивным течением и неудовлетворительным исходом. Ранняя диагностика и адекватное лечение могут улучшить исход и прогноз пациентов.

Ключевые слова: первичная лимфома ЦНС, экстранодальная лимфома, гематоэнцефалический барьер, иммунокомпromетированное и иммунокомпетентное население, вирус иммунодефицита человека/синдром приобретенного иммунодефицита (ВИЧ/СПИД).

УДК 616.831-009.7:616.743



ЦЕРВИКОГЕННЫЙ ФАКТОР В ГЕНЕЗЕ ТРИГЕМИНАЛЬНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ ЦЕФАЛГИЙ

А. А. Ярошевский

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Аннотация. Статья посвящена современным представлениям о тригеминальных вегетативных цефалгиях, а также обсуждению роли вертеброгенно-миофасциального шейного фактора в развитии головной боли. Представлено собственное клиническое наблюдение пациента с SUNCT-синдромом. Позитивная динамика болевого синдрома при воздействии на миофасциальную дисфункцию шейной группы мышц у пациентов с тригеминальными вегетативными цефалгиями подтверждает необходимость вертебро-неврологического исследования и лечения миофасциальной дисфункции при ее выявлении у больных с клиническими проявлениями тригеминальных вегетативных цефалгий.

Ключевые слова: тригеминальные вегетативные цефалгии, SUNCT-синдром, миофасциальная дисфункция шейной локализации.

Головная боль на сегодняшний день представляет медико-социальную проблему, учитывая распространенность цефалгий, экономические потери в связи с нетрудоспособностью и влияние головной боли на качество жизни пациентов [1–4]. Согласно Международной классификации головных болей второго пересмотра (International Classification Headaches second edition, ICHD-II) головная боль может являться как синдромом множества неврологических и соматических заболеваний, так и представлять собой нозоло-

гические формы в виде мигрени, головной боли напряжения и тригеминальных вегетативных цефалгий [5].

В группу тригеминально-вегетативных головных болей на сегодняшний день объединяются пароксизмальные головные боли с выраженными вегетативными проявлениями, то есть тригеминальные вегетативные цефалгии (ТВЦ) сочетают в себе как черты головной боли, так и типичные черты краниальных парасимпатических невралгий. Экспериментальные и функциональные нейровизуализационные исследования показали,

что тригеминальные вегетативные цефалгии сопровождаются активацией тригемино-парасимпатического рефлекса с клиническими признаками вторичной симпатической дисфункции [4, 6, 7].

Общими признаками тригеминальных вегетативных цефалгий являются наличие четко очерченных более или менее кратковременных приступов строго односторонней интенсивной головной боли, локализующейся, как правило, в орбитальной, супраорбитальной и/или височной области; наличие односторонних вегетативных симптомов на стороне боли: инъекция конъюнктивы, слезотечение, заложенность носа, ринорея, выступание капель пота на половине лица, миоз, легкое опущение и отек века), которые как раз и связаны с рефлекторной активацией парасимпатических структур (за счет тригемино-парасимпатического рефлекса) и вторичной симпатической дисфункцией.

В Международной классификации головных болей второго пересмотра тригеминальные вегетативные невралгии относятся к первичным головным болям и входят в третью рубрику, включающую кластерную головную боль, пароксизмальную гемикранию, кратковременную одностороннюю головную боль с инъекцией конъюнктивы и слезотечением (КОНКС, SUNCT-синдром), а также *возможные* тригеминальные вегетативные цефалгии [5].

В данной статье хотелось бы остановиться на достаточно редком варианте тригеминальных вегетативных цефалгий — кратковременных односторонних невралгических головных болях с инъекцией конъюнктивы и слезотечением (КОНКС, или SUNCT-синдром). Термин SUNCT — аббревиатура международного англоязычного обозначения одной из кратковременных форм головной боли (Short-lasting, Unilateral, Neuralgiform headache with Conjunctival injection and Tearing — кратковременная односторонняя, невралгического типа головная боль с покраснением конъюнктивы глаза и слезотечением), которая была впервые описана норвежским исследователем O. Sjaastad в 1978 г. и в последние годы более детально изучена [7–9].

Согласно классификации SUNCT-синдром характеризуется кратковременными приступами односторонней боли, с продолжительностью значительно меньшей, чем при других формах ТВЦ. Приступы пароксизмальной головной боли сопровождаются выраженным слезотечением и покраснением глаза на стороне боли. Для постановки диагноза SUNCT-синдрома как первичной

головной боли необходимо наличие как минимум 20 приступов, отвечающих следующим критериям:

- приступы односторонней пульсирующей боли орбитальной, супраорбитальной или височной локализации продолжительностью 5–240 секунд;
- боль сопровождается ипсилатеральным инъектированием конъюнктивы и слезотечением;
- приступы возникают с частотой от 3 до 200 раз в сутки;
- приступы не должны быть связаны с другими причинами (нарушениями).

SUNCT-синдром — один из наиболее редких вариантов кратковременных форм головной боли из группы тригеминально-вегетативных цефалгий. При выявлении симптомов, схожих с SUNCT-синдромом перед врачом стоит важная задача определения его первичности или вторичности. Имеются описания вторичного синдрома SUNCT на фоне артериовенозной мальформации мостомозжечкового угла, гемангиомы ствола мозга, трансформации тригеминальной невралгии, при поражениях, локализующихся в задней черепной ямке или вовлекающих гипофиз [10–12].

Для синдрома SUNCT характерна резистентность к медикаментозной терапии и блокадам с местными анестетиками (над- и подглазничного нерва, слезного, большого затылочного, звездчатого ганглия, полости рта или носа), в отдельных случаях наблюдался некоторый положительный эффект карбамазепина, кортикостероидов, нестероидных противовоспалительных средств [4, 9].

Любому практическому неврологу известны большие трудности в лечении пациентов, имеющих клинические проявления тригеминальных вегетативных цефалгий. Поэтому нам хотелось бы обратить внимание на возможность воздействия на шейный фактор при лечении подобных головных болей.

По нашему мнению, цервикальный фактор (вертеброгенно-миофасциальный) может как сочетаться с ТВЦ, так и играть определенную роль в патогенезе тригеминальных вегетативных цефалгий. В своей практической деятельности мы столкнулись с явным цервикогенным фактором в генезе тригеминальной вегетативной цефалгии, а именно SUNCT-синдрома.

В связи с этим хотелось бы представить клиническое наблюдение пациента с SUNCT-синдромом, представляющего с нашей точки зрения, интерес относительно участия мышц шеи в происхождении тригеминальной вегетативной невралгии.

Пациент К., 45 лет, программист, с типичными клиническими проявлениями SUNCT-синдрома (жалобы на кратковременные приступы правосторонней головной боли со слезотечением и покраснением глаза на стороне боли). Боли периодически обостряются после длительного изометрического перенапряжения (сидение за компьютером, за рулем), резкого поворота шеи, изменения барометрического давления и психоэмоционального перенапряжения. Страдает в течение 25 лет. В анамнезе: в юности травма шеи вследствие автомобильной катастрофы. В неврологическом статусе: гипестезия болевой и температурной чувствительности, тактильная, температурная и дистантная аллодиния в зоне иннервации тройничного нерва справа, более выраженные в зонах I и II ветвей. При вертебро-неврологическом и мануальном обследовании — ограничение открывания рта, движений нижней челюсти, движений в шейном отделе позвоночника, особенно ротации, форсирование которых провоцировало приступ; а также мышечно-тонический синдром верхней порции трапециевидной, ременной, большой задней прямой и полуостистой мышц с двух сторон с выраженным миофасциальным синдромом правой нижней косой мышцы, пальпация которой вызывала типичный для пациента болевой синдром и конъюнктивальную инъекцию (рис. 1).

Рентгенография шейного отдела позвоночника: выпрямление шейного лордоза, ротация позвонков по оси, остеохондроз С3–С7. Нестабильность сегмента С2–С3, сужения дисков С5–С6. На основании совокупности результатов обследования и лечения больному был установлен диагноз: хроническая правосторонняя прозопалгия (SUNCT-синдром); хроническая цервикокраниалгия с мышечно-тоническим синдромом мышц шеи и миофасциальным синдромом правой нижней косой мышцы в стадии обострения.

После получения результатов МРТ, свидетельствующих об отсутствии органического поражения головного мозга и поражения тройничного нерва, была выполнена блокада правой нижней косой мышцы 1,5 мл 2,0 % раствора лидокаина, после которой приступ боли прекратился. Пациенту была разработана лечебная программа, направленная на коррекцию пострурального мышечного дисбаланса на фоне патобиомеханических нарушений опорно-двигательного аппарата, а также ликвидацию миофасциальных триггерных точек, и включающая в себя устранение функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов; устране-

ние мышечно-дистонических, миодистрофических и миофасциальных нарушений техниками постизометрической релаксации, миофасциального расслабления и мышечно-энергетическими техниками (мягкие техники (soft tissue technique); ишемическую компрессию триггерных пунктов, акупресуру, техники напряжения и противонапряжения, (strain and counterstrain), релиз (release)-эффект; устранение дисфункций основания черепа техниками краниальной мануальной терапии. В течение последующего месяца с пациентом проводился разработанный комплекс восстановительного лечения с биомеханической коррекцией позвоночника, мягкими техниками мануальной терапии, иглорефлексотерапии и лечебной физкультуры. В последующем отмечался полный регресс спонтанного болевого синдрома и аллодинии и стойкий клинический эффект в течение двух лет наблюдения. При этом пациент выполняет индивидуально подобранный комплекс лечебной физкультуры и каждые три-четыре месяца подвергается осмотру и при необходимости вертебро-неврологической коррекции.



Рис. 1 Визуальная диагностика биомеханических нарушений пациента К.

Подобное наблюдение описывается В. В. Алексеевым, И. А. Строковым, А. Н. Бариновым, Е. В. Подчуфаровой [13], где дано описание клинического случая синдрома SUNCT, который сочетается с цервикогенной головной болью и миофасциальной дисфункцией мышц шеи. Авторы обсуждают взаимоотношения тригеминально-вегетативных нарушений и цервикогенного фактора в форме афферентации с мышц шеи и, возможно, с суставов шейного отдела позвоночника, конвергирующих на тригеминальную систему ствола мозга. Последняя, в свою очередь, имеет морфологическую общность с сен-

сорной системой задних рогов трех верхних сегментов шейного отдела спинного мозга, иногда обозначаемых как тригемино-цервикальная система. Авторы делают вывод о том, что «цервикогенный фактор несомненно присутствует в клинической картине описанного случая, но вероятно является вторичным или комплементарным. Первоначально возникая в качестве рефлекторного ответа на сенсорное воздействие в виде мышечного сокращения сегментарного комплекса (шейно-затылочная и жевательная мускулатура), при длительной экспозиции он становится вторичным источником боли вследствие активации мышечных ноцицепторов».

С нашей точки зрения роль шейного фактора в генезе тригеминальных вегетативных цефалгий можно представить следующим образом: с одной стороны, имеющаяся МФД со сформированными триггерными пунктами запускает сосудистые, рефлекторно-мышечные и невралгические механизмы с развитием головной боли тригеминально-вегетативного типа [2, 14]; с другой, имеющаяся ТВЦ вызывает сегментарное мышечное сокращение шеи и плечевого пояса как рефлекторный ответ на сенсорное воздействие, что приводит к развитию вторичной МФД с формированием триггера и образованием порочного круга головной боли.

Позитивная динамика болевого синдрома при воздействии на миофасциальную дисфункцию шейной группы мышц у пациентов с ТВЦ дает основание высказать предположение о туннельном характере вегетативно-тригеминальных невралгий, в частности SUNCT-синдрома.

Окончательный ответ, является ли миофасциальная дисфункция в данном наблюдении первичной или вплетающейся в патогенез тригеминальной вегетативной цефалгии вследствие возникновения вторичной миофасциальной дисфункции как реакции на головную боль, будет дан, очевидно, после дальнейших наблюдений за пациентами с ТВЦ и получения убедительной доказательной базы. Но факт необходимости вертебро-неврологического исследования и воздействия на миофасциальную дисфункцию при ее выявлении у больных с клиническими проявлениями цефалгий указанного типа является однозначным.

Таким образом, в патогенезе тригеминальных вегетативных цефалгий, в частности SUNCT-синдрома, определенную роль играет вертеброгенно-миофасциальный фактор шейной локализации, что необходимо учитывать в диагностике и лечении пациентов с головной болью.

Литература

1. Мищенко Т. С. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний [Текст] / Т. С. Мищенко, В. Н. Мищенко // Справочник врача «Невролог». – 2010. – С. 65–74.
2. Шток В. Н. Головная боль [Текст] / В. Н. Шток. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 472 с.
3. Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorder, Cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society [Text] // Cephalalgia. – 1988. – Vol. 8. – Suppl. 7. – P. 1–96.
4. Pareja J. A. SUNCT syndrome: trials of drugs and anesthetic blockades [Text] / J. A. Pareja, P. Kruszewsky, O. Sjaastad // Headache. – 1995. – Vol. 35, № 3. – P. 138–142.
5. Международная классификация головной боли [Текст] / пер. В. В. Осиповой, Т. Г. Вознесенской. – 2-е изд. – 2004. – 219 с.
6. Antonaci F. Neurophysiological Studies in Chronic Paroxysmal Hemicrania and Hemicrania Continua [Text] / F. Antonaci, G. Sandrini, A. Danilov, T. Sand // Headache. – 1994. – Vol. 34, №6. – P. 479–483.
7. Pareja J. A. SUNCT syndrome in the female [Text] / J. A. Pareja, O. Sjaastad // Headache. – 1994. – Vol. 34, № 4. – P. 217–220.
8. Bouhasira D. «SUNCT» syndrome. A case of transformation from trigeminal neuralgia? [Text] / D. Bouhasira, N. Attal, M. Estuve, M. Chauvin // Cephalalgia. – 1994. – Vol. 14, № 2. – P. 168–170.
9. Merskey H. SUNCT Syndrome (Shortlasting, Unilateral Neuralgiform Pain with Conjunctival Injection and Tearing) [Text] / H. Merskey, N. Bogduk // Classification of chronic pain, IASP Press, Seattle. – 1994. – P. 66–67.
10. De Benedittis G. «SUNCT» syndrome associated with cavernous angioma of the brain stem [Text] / G. De Benedittis // Cephalalgia. 1996. – Vol. 16, № 6 – P. 503–506.
11. Morales F. Vascular malformation of the cerebellopontine angle associated with SUNCT syndrome [Text] / F. Morales, E. Mostacero, J. Marta, S. Sanches // Cephalalgia, 1994. – Vol. 14, № 4. – P. 301–302.
12. Pareja J. A. SUNCT syndrome: duration, frequency, and temporal distribution of attacks [Text] / J. A. Pareja, J. M. Shen, P. Kruszewsky // Headache. – 1996. – Vol. 36, № 3. – P. 161–165.
13. Алексеев В. В. Хроническая ежедневная головная боль: сочетание атипичного синдрома SUNCT, цервикогенной головной боли и ГБН [Текст] / В. В. Алексеев, Е. В. Подчуфарова, О. А. Черненко // Неврол. журнал. – 2001. – № 6. – С. 31–37.
14. Морозова О. Г. Миофасциальная дисфункция и нарушение биомеханики позвоночника в генезе головной боли и головокружения [Текст] / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 4 (50). – С. 33–38.

ЦЕРВІКОГЕННИЙ ФАКТОР В ГЕНЕЗІ ТРИГЕМІНАЛЬНИХ ВЕГЕТАТИВНИХ ЦЕФАЛГІЙ

О. А. Ярошевський

Харківська медична академія післядипломної освіти

Стаття присвячена сучасним уявленням про тригемінальні вегетативні цефалгії, а також обговоренню ролі вертеброгенно-міофасціально-го шийного фактора в розвитку та клінічному прояві головного болю. Представлено власне клінічне дослідження пацієнта, який страждав на SUNCT-синдром. Позитивна динаміка больового синдрому при впливі на міофасціальну дисфункцію шийної групи м'язів у пацієнтів із тригемінальними вегетативними цефалгіями підтверджує необхідність вертебро-неврологічного дослідження та лікування міофасціальної дисфункції у випадку її виявлення у хворих, які мають клінічні прояви тригемінальних вегетативних цефалгій.

Ключові слова: тригемінальні вегетативні цефалгії, SUNCT-синдром, міофасціальна дисфункція шийної локалізації.

CERVICOGENIC FACTOR IN GENESIS OF TRIGEMINAL VEGETATIVE CEPHALALGIAS

O. A. Yaroshevskiy

Kharkov medical academy of postgraduate education

The article is devoted to the modern ideas about trigeminal vegetative cephalalgias, and also the role of vertebro- muscular factor of neck comes into question in development of headache. The own clinical supervision of patient with SUNCT- a syndrome is presented. Positive dynamics of pain syndrome at affecting muscular disfunction of neck group of muscles for patients with trigeminal proves the necessity of vertebral-neurological research and treatment of disfunction of vegetative cephalalgias at as exposure for patients with the clinical displays of trigeminal vegetative cephalalgias.

Key words: trigeminal vegetative cephalalgias, SUNCT-syndrome, muscular disfunction of neck localization.