

# РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ



К неврологу обратился **больной И. 46 лет.**

**Жалобы** на боли в левой половине головы в теменной области на участке размером 6×8 мм (с монету):

- ⊙ возникают при эмоциональном и психическом напряжении или без причины, всегда в одном и том же месте;
- ⊙ 8 баллов по визуальной аналоговой шкале;
- ⊙ ноющего характера (как после удара) или в виде прострела;
- ⊙ возникают в любое время суток, чаще ближе к вечеру;
- ⊙ редко бывает онемение левой половины головы при приступе;
- ⊙ длительность боли – от нескольких минут до нескольких недель, однако наиболее часто приступы кратковременные, длятся несколько минут, до 5–7 приступов ежедневно.

**Результаты инструментальных исследований:** МРТ головного мозга – без патологии.

**При объективном осмотре:** общее состояние удовлетворительное. ЧДД 15 в минуту. ЧСС 75 в минуту. АД 130/90 мм рт. ст.

## Неврологический статус:

- ⊙ Сознание ясное.
- ⊙ Ориентация во времени, пространстве сохранена.
- ⊙ Равномерно не доводит глазные яблоки на 2 мм в стороны с обеих сторон.
- ⊙ Повышен уровень тревоги по шкале Спилбергера–Ханина.
- ⊙ Зрачки D=S. Нистагм установочный влево, при пробе де Клейна – появляется нистагм 1-й степени в обе стороны.
- ⊙ Чувствительность в зоне иннервации тройничного нерва с обеих сторон сохранена.
- ⊙ Точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненные.
- ⊙ Лицо симметричное.
- ⊙ Язык по средней линии. Дисфония, дизартрия отсутствуют.
- ⊙ Сухожильные рефлексы D=S. Патологических рефлексов нет.
- ⊙ Атрофии мышц нет. Тонус мышц конечностей в норме. Сила мышц в конечностях – 5 баллов.
- ⊙ Чувствительных расстройств нет.
- ⊙ Пальценосовую, пяточно-коленную пробы выполняет точно.
- ⊙ В позе Ромберга устойчив.
- ⊙ Функция тазовых органов не нарушена.
- ⊙ Менингеальных симптомов нет.
- ⊙ Стато-вертебральный синдром в шейном отделе позвоночника: умеренное напряжение мышц шеи, движения не ограничены.

**Возможный диагноз** – монетоподобная головная боль.

Это весьма редкий вид первичной цефалгии, патогенез которой в настоящее время неизвестен, в связи с чем возможна только клиническая диагностика данного заболевания.

Специфической терапии не существует, однако прослеживается связь с тревожными расстройствами, что делает перспективным лечение последних. При необходимости может быть эффективной консультация психотерапевта.

Материал подготовлен по статье: Бельская Г.Н., Степанова С.Б., Сергиенко Д.А. и др. Редкий вариант первичной головной боли: случай из практики Российский журнал боли. 2016; 2 (50): 23–4.