БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ГЛАУКОМЕ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОТ БОЛЕЙ ЛОБНО-ОРБИТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ДРУГОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Ермолаев А.П.

ГУ НИИ глазных болезней РАМН, Москва

УДК: 617.7-007.681-06:616-079.4

Резюме

В статье рассмотрены особенности болевого синдрома, который может наблюдаться при глаукоме. Разобраны вопросы дифференциальной диагностики односторонних болей с лобно-орбитальной локализацией.

Ключевые слова. Болевой синдром лобно-орбитальной локализации, дифференциальная диагностика.

PAIN SYNDROME IN GLAUCOMA. DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF METOPICO-ORBITAL PAIN FROM OTHER PAIN TYPES

Yermolaiev A.P.

The article reviews peculiarities of pain syndrome characteristic of glaucoma. It also features issues of differential diagnostics of unilateral pain types of metopico-orbital localization.

Keywords: Pain syndrome of metopico-orbital localization, differential diagnostics.

Повышенное внутриглазное давление (ВГД) при глаукоме в ряде случаев сопровождается развитием сильного болевого синдрома с иррадиацией боли в окружающие глаз ткани. По этой причине врачи, сталкиваясь с жалобами на боли в лобно-орбитальной области, в числе своих первых диагностических действий нередко стремятся обследовать больного на наличие глаукомы.

Среди пациентов, направленных к нам с подобной диагностической задачей, неоднократно причиной боли был острый приступ закрытоугольной глаукомы или болевой синдром при глаукоме в терминальной стадии заболевания. Этим пациентам, по показаниям, было произведено медикаментозное или хирургическое лечение, в частности, для купирования болевого синдрома при терминальной стадии глаукомы произведено более 600 операций для сохранения глаза как органа. Однако необходимо отметить, что среди пациентов, направленных для консультации по поводу болевого синдрома в лобно-орбитальной области, глаукома явилась причиной боли менее чем в 1/3 случаев, в остальных ситуациях происхождение болей было другого генеза.

Высокое ВГД может проявляться ощущениями от неясного дискомфорта в глазном яблоке до сильнейшей ломоты, иррадиирующей с одноименной стороны в лоб, надбровье, темя, сосцевидный отросток. Иногда сильные боли могут проходить по типу гемикрании, охватывая всю одноименную половину головы. Тем не менее, в значительной части случаев повышенное ВГД может вовсе не давать никакой субъективной симптоматики [7], что нередко является причиной позднего обращения к врачу. Например, кратковременное повышение ВГД до 60 мм рт.ст. при эндовитреальном введении лекарственных препаратов в глазное яблоко [4], не дает у пациентов каких-либо болевых ощущений.

Неправильное определение происхождения болей может стать причиной неадекватного лечения и даже

показанием к необоснованному хирургическому вмешательству. С другой стороны, отсутствие настороженности по отношению к глаукоме, может привести к тому, что пациент с острым приступом глаукомы не будет своевременно направлен для получения квалифицированной офтальмологической помощи.

Несмотря на высокую болевую чувствительность глаза, обусловленную необходимостью его сохранения от внешних опасностей, компетентными за возникновение боли являются лишь две структуры глазного яблока: роговица и отростки цилиарного тела. Малейшее касание роговицы с нормальной чувствительностью провоцирует болевой сигнал и мгновенный моторный ответ организма, направленный на избегание опасности. Однако уже в зоне лимба сенсорная чувствительность резко падает, и аккуратное удаление соринки с конъюнктивы может быть произведено без анестезии.

За реакцию на компрессионные воздействия отвечают болевые рецепторы, локализованные в отростках цилиарного тела. Даже умеренное надавливание на зону проекции цилиарного тела, может быть столь болезненным, что во многих руководствах по самообороне имеются рекомендации, в качестве крайней меры защиты давить на глазные яблоки противника.

Приступая к рассмотрению вопросов о дифференциальной диагностике состояний, имитирующих болевой синдром при глаукоме, в первую очередь необходимо разобрать ситуацию с самой глаукомой и другими глазными заболеваниями.

При остром приступе закрытоугольной глаукомы могут быть жалобы от ощущения тяжести и дискомфорта в пораженном глазном яблоке, доходящие до сильных ломящих болей, которые могут иррадиировать в окружающие ткани с одноименной стороны. Могут быть жалобы на снижение зрения, туман и радужные круги перед глазами. ВГД повышается до 40–60 мм рт.ст., глазное яблоко

при пальпации будет плотным, как камень, но что важно – его пальпация, как правило, безболезненная. Сосуды конъюнктивы застойные. Зрачок может быть расширен. Заболевание имеет быстрое начало, в анамнезе возможно наличие гипертонического криза, а так же предшествующее длительное пребывание в темноте или нахождение вниз лицом, прием препаратов, способных расширять зрачок. Необходимо отметить, что закрытоугольная форма глаукомы более характерна для лиц монголоидной расы [8], в то время как среди европеоидного населения доминирующей является открытоугольная форма, для которой болевой синдром не характерен.

Болящая форма глаукомы может возникнуть в терминальной стадии заболевания. Боль чаще возникает при вторичных глаукомах, имеет тяжелый, ломящий, распирающий характер, начинается и проходит очень медленно. Локализация и иррадиация такие же, как при остром приступе закрытоугольной глаукомы. Боль мало реагирует на прием ненаркотических анальгетиков, временно может быть купирована только гипотензивной терапией, в которой наиболее эффективны препараты ингибиторов карбоангидразы общего и местного действия. Для стойкого устранения болевого синдрома и сохранения глаза как косметического органа необходимо проведение хирургического или лазерного лечения [3, 4, 9]. Нередко производится удаление глазного яблока.

Боль при роговичном синдроме будет острой, царапающей или колющей и сопровождается светобоязнью и блефароспазмом. Роговичный синдром возникает при эрозиях эпителия роговицы, при буллезной форме дистрофии роговицы или при некоторых кератитах. Причиной острой боли является оголение и раздражение нервных окончаний, в избытке представленных на поверхности роговицы. Высокое ВГД может усиливать боль роговичного генеза при буллезной кератопатии, когда под воздействием гидростатического напора со стороны внутриглазной жидкости, эпителий роговицы отекает с образованием субэпителиальных пузырей (булл), которые при разрыве обнажают доступ к болевым рецепторам. При успешном снижении ВГД, на фоне уменьшения роговичного отека, роговичный компонент боли может ослабнуть, или полностью исчезнуть. Дифференциальная диагностика роговичного синдрома, даже при невозможности провести биомикроскопию, весьма проста – инстиляция местного анестетика может полностью временно устранить боль.

Иридоциклит характеризуется резкими болями в глазном яблоке и лобно-орбитальной области. Боли могут усиливаться по ночам, пальпация глазного яблока резко болезненная, при этом, как правило, пальпаторно глаз мягкий, зрачок узкий.

Склерит и эписклерит – начало постепенное, характеризуется острой локальной болью с резким усилением при пальпации глазного яблока. ВГД в норме. При осмотре визуализируется локализованная зона ирритации склеры и эписклеры.

Флегмона орбиты обычно имеет острое начало. Боль локализуется в области пораженной орбиты и в веках. Может быть умеренный экзофтальм. Глазное яблоко почти неподвижное. При движении глаза и при его пальпации боль резко усиливается. Общее состояние тяжелое, высокая температура, слабость, головная боль. Веки и конъюнктура гиперемированы и отечны.

Миозит глазодвигательных мышц – острая боль в глазу без иррадиации, усиливается при движении глаза в сторону пораженной мышцы.

Из неглазных заболеваний, с которыми пациенты наиболее часто приходят к окулисту, необходимо в первую очередь упомянуть синдром Баре-Льеу (шейная мигрень, задний шейный симпатический синдром), симптоматика которого чаще обусловлена шейным остеохондрозом. При синдроме Баре-Льеу может наблюдаться субъективное ощущение выпирания глазного яблока, потемнение в глазах, светобоязнь, слезотечение, ощущение тумана перед глазами, утомляемость зрения. Боли в глазах чаще колющего и жгучего характера, но боль может быть и тупая, с иррадиацией в лобно-орбитальную область, мигренеподобные состояния. Возможны преходящие головокружения, звон или шум в ушах. Несмотря на обилие субъективных симптомов привязанных к глазу, объективная офтальмологическая симптоматика, как правило, отсутствует.

Для **невралгии верхней ветви тройничного нерва** характерны короткие приступы сильной боли в зоне глазного яблока и надбровья, мягких тканей лица на одной половине головы. Нарастая, боль становится нестерпимой. Приступ боли может иметь отчетливое начало и конец и начинаться с предвестника в форме зуда или жжения кожи лица или «ползания мурашек». Пальпация в точке выхода верхней ветви тройничного нерва резко болезненная. Из-за яркости неврологической картины, вопрос о дифференциальной диагностике с патологией глаза обычно возникает только при стертых формах заболевания. Объективная офтальмологическая симптоматика отсутствует.

Синдром крылонебного узла (синдром Сладера) характеризуется приступами острой односторонней боли в глазном яблоке и в лобно-орбитальной области. Из офтальмологической симптоматики может присутствовать гиперемия конъюнктивы, одностороннее слезотечение, светобоязнь, иногда отек верхнего века. Пальпация глазного яблока безболезненна. ВГД нормальное. Боли могут сопровождаться выраженными вегетативными симптомами, покраснением и отеком половины лица, слезотечением, наличием отделяемого из половины носа.

Невралгия носо-ресничного нерва (синдром Чарлина) сопровождается яркой офтальмологической симптоматикой с болью в пораженном глазном яблоке. Сильные боли в области медиального угла глаза с иррадиацией в спинку носа, одностороннее отделяемое из носа. Глазное яблоко при пальпации болезненно, может присутствовать слезотечение и светобоязнь. ВГД в норме.

Кластерные головные боли характеризуются приступообразными болями в орбите, длительностью до полутора часов. Чаще возникают ночью, в одно и то же время. Боль может иррадиировать в темя, челюсть, нос, подбородок или зубы. Возможна инъекция сосудов конъюнктивы на стороне боли, покраснение лица, ринорея. Глазное яблоко при пальпации безболезненно, ВГД в норме. Страдают в основном мужчины 20–30 лет.

Височный артериит (болезнь Хортона) встречается почти исключительно у пожилых людей, чаще у женщин. Появляются постоянные односторонние боли давящего характера в области виска, которые усиливаются при напряжении жевательных мышц, движений челюстями, при кашле. Может присутствовать нарушение зрения, обусловленное вовлечением в процесс сосудов. Заболевание начинается остро или подостро, нередко после респираторной инфекции. Отмечается гиперестезия кожи, болезненность в волосистой части головы темени и виска на одноименной стороне. Может быть обнаружено видимое и определяемое пальпаторно расширение височной артерии, усиление ее пульсации, болезненность при пальпации. Возможна субфебрильная температура и лейкоцитоз.

Мигрень – чаще одностороннее состояние, проявляющееся приступами интенсивной головной боли пульсирующего характера в лобно-орбитально-височной области. Светобоязнь, слезотечение, на стороне боли сосуды конъюнктивы инъектированы. В течение приступа головная боль может распространиться на половину, реже на всю голову. Пульсирующая боль может сменяться ощущением распирания, сдавливания, фонофобией, тошнотой, рвотой, сонливостью. При мигрени могут быть расстройства зрения, в большинстве случаев проявляющиеся мерцающей скотомой (сверкающие зигзаги, точки, шары, огненные фигуры, молнии), чаще выступающей в роли ауры-предвестника приступа.

Заключение

Несомненно, что для точной дифференциальной диагностики гипертензионного болевого синдрома при глаукоме от имитирующих состояний, желательна проведение тщательного офтальмологического исследования. Однако в качестве основного предварительного диагностического критерия при определении причин болевого синдрома в лобно-орбитальной области и его связи с глаукомой, может быть рассмотрено состояние внутриглазного давления. При отсутствии возможности тонометрии, ВГД может быть приблизительно определено пальпаторно, с использованием в качестве контроля для сравнения пальпаторных ощущений от парного глаза. Глаз с глаукомой, способной спровоцировать болевой синдром, при пальпации будет ощутимо тверже парного, и, что важно, несмотря на общий болевой фон, пальпация будет, как правило, безболезненной. Однако необходимо помнить, что окончательное решение о постановке диагноза может быть принято только на основании совокупной симптоматики.

Литература

1. Батманов Ю.Е. Фильтрующая склерциклолитрактомия в лечении неоваскулярной глаукомы / Ю.Е. Батманов, А.И. Мовшович, А.П. Нестеров, А.А. Серов // Вестн. офтальм. – 1985. – Т.101, №3. – С. 6–9.
2. Бурд Г.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни / Г.С. Бурд, Е.И. Гусев, А.С. Никифоров – М.: Медицина, 1999. – 800 с.
3. Ермолаев, А.П. Способ лечения глаукомы: Патент на изобретение РФ. – №23-59646 / А.П. Ермолаев. – 2009.
4. Ермолаев А.П. Влияние эндовитреального введения дополнительного объема жидкости на ВГД. // А.П. Ермолаев, В.К. Сургуч, Б.С. Першин // Глаукома: теории, тенденции, технологии. Сборник ст. VI научн. международной конференции. НРТ клуб Россия. – Москва: МО РФ, ФГУ 2-ий ЦВГК им. Мандрыка и ГВМУ МО РФ, 2008. – С. 230–233.
5. Кассиль Г. – Наука о боли / Г.Кассиль. – М.: Наука, 1975. – 400 с.
6. Коровенков Р.И. Справочник по офтальмологической семиологии: Эпонимы / Р.И. Коровенков – СПб.: Химиздат, 1999. – 480 с.
7. Нестеров, А.П. – Глаукома / А.П. Нестеров. – М.: Медицина, 1995. – 256 с.
8. Aung T. Anterior Chamber Depth and the Risk of Primary Angle Closure in 2 East Asian Populations / T.Aung, W.P.Nolan, D. Machin [et al.] // Arch. Ophthalmol. – 200. – N 5; 123: 527–532.
9. Mistlberger A. Diode laser transscleral cyclophotocoagulation for refractory glaucoma // J. Glaucoma. – 2001. – P. 288–293.

Контактная информация

Ермолаев Алексей Павлович
ГУ НИИ глазных болезней РАМН, Москва
Тел.: 8 (916) 673-99-83
e-mail: ermolaeff127@yandex.ru