

МИГРЕНЬ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Черномазова Е. А., Абитова Г.К., Усенова Н.Ш.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье указаны клинические и параклинические особенности простой и ассоциированной мигрени. Наряду с этим рассмотрена актуальность изучения данного заболевания, которая основана на мультидисциплинарном подходе к диагностике и лечению данной проблемы.

Ключевые слова: простая форма мигрени, мигрень с аурой, гипоплазия церебральных артерий, аплазия брахиоцефального ствола, течение мигрени, прогноз, хирургическое лечение.

ЗАМАНБАП ШАРТТАГЫ МИГРЕНЬ ООРУСУНУН АБАЛЫ

Черномазова Е. А., Абитова Г.К., Усенова Н.Ш.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: бул макалада жөнөкөй жана ассоциацияланган мигрендин клиникалык жана параклиникалык өзгөрүүлөрү берилген. Бул оорунун мультидисциплинардык мааниси жана актуалдуулугу чагылдырылган.

Негизги сөздөр: жөнөкөй мигрень, мигрень аура менен, церебралдык артериялардын гипоплазиясы, прогноз, хирургиялык дарылоо, мигрендин жүрүшү.

MIGRAINE IN MODERN CONDITIONS

Chernomazova E. A., Abitova G.K., Usenova N. Sh.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In this article it is given clinical and paraclinical features simple and associated migraine. Along with this, the study examined the relevance of this disease, which is based on a multidisciplinary approach to diagnosis and treatment of this problem.

Keywords: simple form of migraine, migraine with aura, hypoplasia of the cerebral arteries, brachiocephalic trunk aplasia, prognosis for migraine, surgical treatment.

Головные боли — одна из наиболее частых жалоб, с которой больные обращаются к врачу. Проблема головной боли является мультидисциплинарной медицинской проблемой, ибо головная боль может быть не только симптомом патологических процессов, локализующихся в области головы, но и ведущим проявлением многих врожденных, соматических и психогенных заболеваний [1]. Эпидемиологические данные VII Международного конгресса по головной боли (Торонто, 1995) показали, что более 70% населения развитых стран Европы и Америки жалуются на острые или хронические головные боли. В мире 86—90% населения периодически испытывают головные боли. При этом головная боль может быть ведущей, а иногда и единственной жалобой более, чем при 45 различных заболеваниях: неврозах, депрессивных состояниях, как невротической, так и эндогенной природы,

гипертонической болезни, артериальной гипотензии различного генеза, почечной и эндокринной патологии, органических заболеваниях нервной системы врожденного генеза, лор-патологии, глазных болезней [7]. Такая распространенность головных болей, а также сложность диагностики приводят к снижению социальной и трудовой активности, производительности труда индивидуума, следовательно, и к значительным экономическим потерям. В Великобритании (1989) ежегодный экономический ущерб вследствие временной потери трудоспособности у лиц, страдающих головной болью, составляет более 950 миллионов фунтов стерлингов в год [5]. Проблема головной боли имеет не только медико-биологическое, но и социально-экономическое значение. Самостоятельными патологическими формами головных болей являются: мигрень, кластерная головная боль и головная боль напряжения.

С этих форм и начинается современная международная классификация, поскольку они наиболее распространены, поражают лиц молодого трудоспособного возраста, а потому находятся в сфере пристального внимания врачей.

Мигренью страдает от 3—10 до 30—38% населения земного шара. Практически все люди, по данным мировой статистики, частотой 75—80% перенесли хотя бы один раз в жизни приступ мигрени. Чаще болеют женщины, соотношение женщин и мужчин составляет 3:2 или 4:2, преимущественно в возрасте 18—30 лет [6]. Мигрень чаще наблюдается среди городского населения, образ жизни которого характеризуется определенной гипокинезией. Кроме возраста и пола значительную роль в возникновении мигрени играют и наследственные факторы. Так, у родственников больных мигрень встречается значительно чаще, чем в популяции. Если приступы мигрени были у обоих родителей, риск заболевания потомков достигает 60—90% [5].

Мигрень — периодические повторяющиеся приступы интенсивной головной боли пульсирующего характера, чаще односторонней, локализующейся преимущественно в глазнично-лобно-височной области, сопровождающейся в большинстве случаев тошнотой, иногда рвотой, плохой переносимостью яркого света и громких звуков, сонливостью, вялостью после завершения приступа. В современной международной классификации 1988 г. мигрень представлена следующими формами [2]:

1. Мигрень без ауры.
2. Мигрень с аурой.

В зависимости от сосудистого бассейна, включенного в патологический процесс, выделяют офтальмическую, ретинальную, базилярную и другие формы мигрени. Различают также афатическую, мозжечковую, вестибулярную, паническую формы мигрени, в ауре которых присутствуют соответствующие симптомы, однако эти формы встречаются достаточно редко. В классификации представлены также детские периодические синдромы, которые могут быть предшественниками или сочетаться с мигренью, например: доброкачественные пароксизмальные головокружения у детей, как эквивалент мигрени, при наличии мигренозного анамнеза, альтернирующие гемиплегии. Далее выделяют осложнения мигрени: а) мигренозный

статус; б) мигренозный инсульт. Оставлена также графа для описания новых видов мигренозных расстройств.

Преимущественная сторона локализации боли имеет ряд клинических особенностей, для «правосторонних» характерна большая интенсивность болевых ощущений в приступе, а также наличие вегетативных изменений, «левосторонние» приступы мигрени возникают обычно в ночное время суток, более продолжительны, чаще сопровождаются рвотой и отеками на лице [3].

Клинические особенности приступов мигрени с аурой имеют сложный генез и обусловлены изменением активации корковых нейронов, сочетающейся с нарушением регионарного церебрального кровотока с преимущественным вовлечением в патологический процесс определенной зоны того или иного сосудистого бассейна. Редкой формой является базилярная мигрень, возникающая, как правило, в пубертатном периоде у девочек и проявляющаяся преходящими симптомами дисциркуляции в бассейне базилярной артерии. Вспышка яркого света с последующим двусторонним расстройством зрения вплоть до слепоты, шум в ушах, головокружение, атаксия, а иногда даже дизартрия - являются основными симптомами данной формы мигрени. Возможны кратковременные парестезии в руках, реже — в ногах, сопровождающийся появлением резчайшего приступа пульсирующей головной боли с локализацией в затылочной области, рвотой и кратковременной до 30% случаев потерей сознания, что обусловлено распространением ишемического процесса на область ретикулярной формации ствола мозга [4].

Цель исследования: изучение этиологических факторов и клинической картины классической, ассоциированной мигрени.

Задачи исследования:

1. Определить частоту различных форм мигрени.
2. Исследовать параклинические данные при классической и осложненной мигрени.

Материалы и методы исследования:

Обследовано 22 пациента, среди которых лица женского пола составили 18 человек (81,8%), мужского 4 (18,2%) соответственно. Средний возраст больных для женщин составил

28,8±2,4 года, у мужчин 32,5±7,7лет.

Исследование и лечение больным проводились в клинике неврологии Национального госпиталя МЗ КР. Диагноз мигрени базировался на критериях, согласно международной классификации мигрени от 1988 года. Параклиническое верифицирование включало в себя: Электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ), осмотр окулиста с описанием глазного дна, дуплексное сканирование сосудов шеи, магнитно - резонансная томография (МРТ) сосудов головного мозга и шейного отдела позвоночника.

Результаты исследования.

Простая форма мигрени наблюдалась у 13 больных (59%), характеризовалась пульсирующим, давящим характером боли. По нашим наблюдениям, в 87 % случаев, боль локализовалась в одной половине головы, а затем отмечался переход и на другую сторону у 13% больных. Правосторонние и левосторонние головные боли, распределились следующим образом в 92% и 8 % случаях соответственно. У большинства пациентов приступы развивались днем, с сопутствующими вегетативными изменениями, такие как тахикардия, перебои в сердце, гипервентиляционные проявления, локальный или диффузный гипергидроз. По результатам наших данных, средняя длительность пароксизмальной гемикраниалгии без ауры, составила от 1 -24 часов, а частота приступов варьировала от 2 до 4 в месяц.

Мигрень с аурой, мы наблюдали в 13,5% случаев. Офтальмическая аура встречалась у 2 пациенток (9%), проявлялась в виде гомонимных зрительных нарушений, с молниеподобными или мерцающими вспышками, в 1 случае (4,5%), мы наблюдали редкий вариант тяжелой базилярной или синкопальной мигрени, развившейся на фоне аплазии брахиоцефального ствола. Клиническая картина ее характеризовалась синкопами, приступами головокружения, сопровождающиеся шумом в ушах и нарушением координации.

Дополнительное инструментальное исследование у всех пациентов с простой формой мигрени, выявило характерные дистонические изменения на РЭГ - в виде повышения тонуса сосудов мелкого и среднего калибра, нарушение венозного оттока в каротидном или вертебробазилярном бассейнах. Глазное дно отличалось сужением артерий

и полнокровным расширением вен. А ЭЭГ картина соответствовала корково-подкорковому дисбалансу, со снижением функционального состояния коры головного мозга. Другие нейровизуализационные диагностические алгоритмы патологических изменений не выявили.

Ассоциированная мигрень, чаще всего, сочеталась с аномалиями развития сосудов головного мозга, такие как гипоплазия или аплазия позвоночных, задних соединительных артерий, брахиоцефального ствола.

У 6 больных (27,5%), мигрень развилась на фоне вертебральной патологии шейной локализации: подвывих атланта-аксиального сочленения, дискогенный цервикальный радикулит в сочетании с корешковым, рефлекторно-болевым и мышечно-тоническим синдромами.

Выводы:

1. Простая мигрень, является частой, компенсированной формой мигрени, с отсутствием морфологических изменений со стороны церебральных сосудов, врожденного характера.

2. Ассоциированная мигрень, характеризуется более тяжелым течением, сочетается с аномалией развития церебральных артерий. Требуется иной тактики ведения, с привлечением - ангио и нейрохирургов, в свете риска развития мигренозного инсульта у лиц молодого, трудоспособного возраста.

Литература:

1. Вейн А. М. Головная боль//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1996. - № 3. — С. 5—8.
2. Колосова О.А., Осипова В.В. Классификация головной боли//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.— 1996. - №3. - С. 8-12.
3. Лунева Т.В., Колосова О.А. Клинико-психологические особенности латерализованных форм мигрени//Журнал неврологии и психиатрии — 1996. — №3. — С. 8—12.
4. Осипова В.В. Лечение суматриптаном мигрени и кластерной головной боли//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1996. - №3. - С. 100-104.
5. Яковлев Н.А., Вейн А.М., Колосова О.А. и др. Мигрень. — М., 1995. - 180 с.
6. Bean J.N. Migraine, clinical, therapeutic conceptual and research aspects. —L, 1987.—180 p.
7. Headache 1995. Proceedings of the 7th International Headache Congress. Toronto, Canada. Sept. 16 —20, 1995// Cephalalgia. - 1995. - Vol.15. - Suppl. 14.