

ID: 2015-03-23-R-5257

Обзор

Лукина Е.В., Лукина О.А.

**Гетерогенность мигрени (клинический семейный случай)***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Ключевые слова:** мигрень

Одной из самых часто встречаемых жалоб в неврологической и общей медицинской практике является головная боль. Около половины населения планеты предъявляют жалобы на головные боли различного характера и тяжести. 2/3 населения предъявляли подобные жалобы хотя бы раз в жизни (Hardt J. et al, 2008, Маркус Д.А., 2010). Головная боль оказывает свое негативное влияние и на самого пациента, и на его окружение, ухудшая качество жизни. Даже те немногочисленные люди, никогда не испытывающие головную боль, не понаслышке знают, что это такое.

Основными диагностическими методами цефалгии являются Международная классификация расстройств, сопровождающихся головной болью, 3-его пересмотра (разработанная Международным обществом головной боли, 2013), которая содержит основные диагностические критерии известных форм головной боли, и Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли для врачей общей практики (Стайнер Т. Дж. с соавт., 2010).

В соответствии с МКГБ-3 все головные боли подразделяют на первичные и вторичные. Первичные цефалгии встречаются значительно чаще (до 90-95%) вторичных и органическую причину не выявляют. Вторичные формы головных болей возникают на фоне какого-либо органического процесса головного мозга, других структур, расположенных в области головы и шеи, системных заболеваний. Кроме того, в отдельную группу выделяют краниальные невралгии и лицевые боли. (Яхно Н.Н. с соавт., 2011).

Первичные головные боли диагностируются исключительно клинически. Дополнительные методы обследования не являются обязательными, т.к. никаких специфических изменений не выявляют. Однако, необходимость в их проведении, безусловно, велика, т.к. позволяет исключить вторичный характер цефалгии.

Мигрень относится именно к первичным формам страдания. Частота встречаемости мигрени достигает 6% среди мужчин и 18% среди женщин (Rusmussen V.K. et al., 1991). Т.е., фактически каждый четвертый житель планеты страдает мигренью. По распространенности мигрень уступает головным болям напряжения, значительно превосходя их по тяжести состояния и социальной дезадаптации.

В списке ВОЗ среди заболеваний, вызывающих значительную нетрудоспособность, мигрень входит в число первых 20 заболеваний в популяции (занимает 19 место) и 12 место среди женщин (Маркус Д.А., 2010). Несмотря на то, что в последние десятилетия пересмотрены взгляды на этиопатогенетические, клинические, диагностические аспекты мигрени, получены новые данные по лечению этого заболевания, к огромному сожалению, остается много вопросов по этой проблеме. В настоящее время во многих странах мира, в том числе и в России к специалистам обращается лишь треть страдающих данным недугом, так как лечение мигрени не удовлетворяет всех страждущих. Это связано со многими причинами. В том числе, со сложностью постановки диагноза вследствие клинической гетерогенности этого заболевания. Приступы мигрени могут отличаться наличием ауры или ее отсутствием, типом клинических изменений в момент ауры, наличием и характером продромы и постдромы пароксизма, клиническими проявлениями самого приступа, коморбидной симптоматикой. Приступы отличаются длительностью, частотой, тяжестью, триггерными факторами. На характер и тяжесть приступов влияют гендерные факторы, гормональный фон женщины. Все это и обуславливает не только индивидуальность приступов мигрени у каждого конкретного человека, но и особенности различных приступов у одного и того же пациента. И именно от индивидуальных особенностей зависит тактика ведения больного. Поэтому наиболее действенными на сегодняшний день являются стратифицированные подходы к лечению. И в этой ситуации важно понимание того факта, что мигрень – это не просто периодически повторяющиеся приступы головной боли, а хроническое заболевание нервной системы, требующее особого внимания не только со стороны медиков, но и со стороны пациентов и их близкого окружения.

Под нашим наблюдением находилась пациентка О., 68 лет. При осмотре пациентка предъявляла жалобы на периодические выпадения участков полей зрения, вспышки в различных участках полей зрения, что сопровождалось тошнотой, с последующей диффузной головной болью умеренной интенсивности (5-6 баллов по ВАШ). Выше описанные состояния иногда сопровождалось повышением АД до 150/90 мм рт ст, которое нормализовывалось достаточно быстро на фоне приема гипотензивных препаратов. Данные состояния возникали с частотой 3-4 раза в неделю на фоне изменения погодных условий, высокогорья, нарушения сна, стрессовых факторов.

Из анамнеза известно, что подобные жалобы стали беспокоить пациентку с 35-летнего возраста. В то время после зрительных феноменов с частотой 1 раз в 2-3 месяца возникали кратковременные эпизоды дисфазии, которые купировались самостоятельно после отдыха. Пациентка, являясь медицинским работником, связывала их с перенесенными ранее многократными общемозговыми анестезиями. При этом в неврологическом статусе общемозговой и очаговой симптоматики не отмечалось.

На момент осмотра пациентка в сознании, контактна, в месте, времени, собственной личности ориентирована правильно, эмоционально лабильна. Со стороны черепных нервов без особенностей. Двигательных расстройств нет. Глубокие рефлексы живые, симметричные. Патологических стопных знаков нет. Мышечный тонус с тенденцией к диффузному снижению. Чувствительных нарушений нет. Координаторная сфера достоверно не расстроена. Тазовые функции контролирует. Менингеальных знаков нет.

По данным МРТ головного мозга выявляется картина единичных очаговых изменений в веществе головного мозга дистрофического характера, признаки умеренной наружной заместительной гидроцефалии. По данным МРТ артерий головного мозга выявляется картина варианта развития Виллизиева круга, признаки гипоплазии левой позвоночной артерии. По данным дуплексного сканирования сосудов головы и шеи выявляется спазм левой средней мозговой артерии, гемодинамически незначимый стеноз общей сонной, левой внутренней сонной, правой наружной сонной и правой подключичной артерий.

Признаки экстравазального влияния на левую позвоночную артерию малого диаметра, обусловленного остеохондрозом шейного отдела позвоночника, в сегменте V2. Что подтверждается рентгенограммами шейного отдела позвоночника – остеохондроз с не резко выраженными признаками функциональной нестабильности.

При уточнении семейного анамнеза, у дочери пациентки, 42 лет, отмечаются периодические (1 раз в 3-4 месяца) интенсивные (7-8 баллов по ВАШ) головные боли в половине головы, сопровождающиеся тошнотой, фото- и фонофобией. Перед приступом отмечаются зрительные феномены (в виде вспышек, концентрического сужения полей зрения) и элементов дисфазии в течение 20-30 минут. Кроме того, с частотой 1 раз в месяц наблюдаются подобные зрительные и дисфазические эпизоды без последующей интенсивной головной боли. Выше описанные интенсивные головные боли дочь нашей пациентки впервые отметила в возрасте 22 лет во время беременности. В неврологическом статусе очаговой и общемозговой неврологической симптоматики нет. Выявляются умеренно выраженные вегетативные расстройства, периодическая головная боль напряжения. По данным МРТ очаговых изменений в веществе головного мозга не выявлено. По данным дуплексного сканирования сосудов головы и шеи отмечается умеренный спазм правой средней мозговой артерии, признаки экстравазального влияния на правую позвоночную артерию.

У внучки нашей пациентки, 19 лет, также отмечаются интенсивные головные боли в лобно-глазнично-височных областях (7-8 баллов по ВАШ), сопровождающиеся тошнотой, фото- и фонофобией. Выше описанные головные боли беспокоят с 16 лет. Но в детском возрасте отмечался синдром укачивания в автомобиле. Кроме того, у девочки имеются выраженные проявления синдрома вегетативной дисфункции в виде сердцебиения, носовых кровотечений, ортостатических головокружений, липотимий, а также головные боли напряжения. В неврологическом статусе очаговых и общемозговых симптомов нет. По данным МРТ очаговых изменений в веществе головного мозга не выявлено. По данным дуплексного сканирования сосудов головы и шеи выявлены признаки умеренного экстравазального влияния на левую позвоночную артерию в сегменте V2 (в области атланта-окципитального сочленения). Скорости кровотока по всем артериям головы в пределах нормальных значений.

Наша пациентка находится на учете у невролога с диагнозом – хроническая ишемия головного мозга, транзиторные ишемические атаки в анамнезе. У внучки пациентки выставлен диагноз вегетативной дисфункции, пароксизмальное течение. У дочери больной установлен диагноз мигрени с аурой. Проанализировав выше изложенное, мы пришли к заключению.

Диагноз мигрени с аурой, выставленный дочери нашей пациентки, соответствует основным критериям. У нее отмечалось несколько приступов интенсивной локальной головной боли. Причем локализация ее от приступа к приступу менялась. Цефалгия сопровождалась тошнотой, фото-, фонофобией. За 20-30 минут до развития боли выявлялась стереотипная аура. Причем симптомы ауры возникали последовательно, сначала офтальмические, затем дисфазические. По данным параклинических обследований явных симптомов органического поражения головного мозга не выявлено. Пол пациентки, возраст дебюта заболевания соответствует классическим представлениям о мигрени. Наличие дефекта межпредсердной перегородки, выявленного при профилактическом осмотре, является коморбидным в отношении данного заболевания.

У внучки нашей пациентки отмечалось более 5 приступов локальной головной боли с тошнотой, иногда рвотой, фото-, фонофобией. Характерна смена локализации очага боли. Приступ длился от 8 до 12 часов, провоцировался физической и умственной нагрузкой. Интенсивность головной боли при различных приступах неодинакова, от 5-6 до 8 баллов по ВАШ. По данным параклинических исследований явные симптомы органического поражения головного мозга также отсутствуют. Пол и возраст дебюта также соответствует классическим представлениям о мигрени. На основании основных критериев диагностики внучке пациентки можно выставить диагноз мигрени без ауры. Наличие у матери диагноза мигрени с аурой подтверждает наше предположение. Имеющаяся у девочки вегетативная дисфункция не опровергает диагноз, а является коморбидным заболеванием при мигрени. С другой стороны, наличие мигрени по своей сути уже предполагает изначальную неполноценность вегетативной регуляции. Поэтому факторы, нарушающие ее регуляторную способность, вызывают дисбаланс вегетативной иннервации.

Мигрень – это заболевание, не имеющее возраста, половой предрасположенности, склонностей к определенному климату. Она возникает как у детей подросткового возраста, беременных женщин, так и у пожилых людей постклимактерического возраста. В целом по возрастной группе головные боли встречаются реже, но чаще представлены симптоматическими формами и может вызывать диагностические сложности. Характер приступов мигрени в этой группе отличается от классических. С возрастом чувствительность к боли снижается и интенсивность цефалгий уменьшается до так называемой «обезглавленной мигрени», когда мигренозная атака состоит лишь из мигренозной ауры (Bigal ME, Lipton RB., 2008). У нашей пациентки имеется стереотипная офтальмическая аура, после которой отмечается давящая диффузная головная боль, сопровождающаяся тошнотой, фото-, фонофобией. Общее состояние ухудшается при физической и умственной нагрузке, вызывая нарушение адаптации. У женщин существует взаимосвязь между течением мигрени и наступлением менопаузы. У части пациенток мигрень во время менопаузы сохраняет прежнее течение, а у 7% - даже ухудшается. При наличии гинекологической патологии и приема заместительной гормональной терапии течение мигрени также меняется (Sarchielli P., 2006). У нашей пациентки в возрасте 35 лет (возраст дебюта мигрени) была прооперирована миома матки с дальнейшим курсом заместительной терапии.

При диагностике мигрени нам необходимо решить, является ли мигрень первичной (нозологической формой), вторичной или имеет смешанный характер? В случае если симптомы мигрени впервые появляются в тесной связи с другим заболеванием, которое является причиной этих симптомов, мигренеподобные пароксизмы следует определять как вторичные. В этом нам помогли параклинические методы исследования, которые не выявили выраженных органических проявлений поражения головного мозга, которые могли вызвать подобную клинику. Т.к. мигрень с аурой связана с повышенным риском развития ишемического инсульта и сердечно-сосудистых заболеваний, то имеющиеся в анамнезе транзиторные ишемические атаки диагноз мигрени не опровергают. Дополнительным критерием для постановки диагноза у нашей пациентки является наличие семейного анамнеза, причем по женской линии.

Таким образом, под нашим наблюдением оказались три поколения одной семьи, у которых отмечались не только межиндивидуальные, но и внутрииндивидуальные различия течения заболевания. Кроме того, выявляется так называемый феномен антицепации, когда в каждом последующем поколении клинические проявления наследственного заболевания проявляются в более раннем возрасте и более агрессивно. Все это подтверждает гетерогенность приступов мигрени и многоликость ее проявлений.

**Литература**

1. Боль (практическое руководство для врачей) / Под редакцией Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. М.: Издательство РАМН, 2011; 512 с.
2. Маркус Д.А. Головная боль/ Перевод с англ. под редакцией проф. Г.Р. Табеевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 224 с.
3. Стайнер Т. Дж., Пемелера К., Йенсен Р и др. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. Практическое руководство для врачей. М.: ООО «ОГГИ. Рекламная продукция», 2010; 56 с.
4. Bigal ME, Lipton RB. The prognosis of migraine. *Curr Opin Neurol* 2008; 21(3): 301-308.
5. Hardt J., Jacobsen C., Goldberg J., Nickel R., Buchwald D. Prevalence of chronic pain in a representative sample in the United States. *Pain Medicine* 2008; in press.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). International Headache Society, 2013. *Cephalalgia* 2013; 33(9): 629–808.
7. Rasmussen B.K., Jensen R., Schroll M., Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – A prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 1147-1157.
8. Sarchielli P, Mancini ML, Calabresi P. Practical considerations for the treatment of elderly patients with migraine. *Drugs Aging* 2006; 23(6): 461-89.