

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНГИОДИСПЛАЗИЯХ

Халимова Х.М., Рахматуллаева Г.К., Рашидова Н.С., Парпиева Ю.Р.

BOSH MIYA QON-TOMIRLARI TUGMA ANGIODISPLAZIYALARIDAGI BOSH OGRIQLARINING KLINIK NEUROLOGIK VA DIAGNOSTIK ASPEKTLARI.

Xalimova X.M., Raxmatullaeva G.K., Rashidova N.S., Parpieva Yu.R.

CLINICAL NEUROLOGICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF HEADACHES WITH CONGENITAL PRECEREBRAL ANGIODYSPLASIA

Khalimova Kh.M., Rakhmatullaeva G.K., Rashidova N.S., Parpieva Yu.R.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: boshlang'ich serebral angiодисплазияда bosh og'riqlarining klinik, nevrologik va diagnostik aspektlarini o'rganish. **Material va usullar:** angiодисплазияsiz 43 ta (14,5%) migren bilan og'riq bosh og'rig'i bo'lgan 213 bemor kuzatildi, ularning 179 nafari migren (100%), angiодисплазия bilan migren - 136 (45,9%), - 26 (8,8%), klasterli bosh og'rig'i - 8 (2,7%). **Natija:** tug'ma serebral angiодисплазияsi bo'lganlarda 76% hollarda, miya tomirlarining tug'ma anomalisi bo'lmaganlarda esa - 24% gacha rivojlanishi mumkin. Shu bilan birga konjenital pre-serebral angiодисплазияsi bo'lgan bemorlar 62,5% migrenni tez-tez rivojlantiradilar, ammo bu holda ularning oddiy shakli 88,4% ni tashkil qiladi. **Xulosa:** tug'ma prekervral angiодисплазия migrenning rivojlanishiga olib keladi, ko'pincha migren bilan og'riqlar, ular bemorlarning kundalik faoliyati va tibbiy yordamga muhtojligi bilan yuqori intensivlikdagi bosh og'rig'iga ega.

Kalit so'zlar: migren, miyani oldingi angiодисплазия, kuchlanish bosh og'rig'i, klasterli bosh og'rig'i.

Objective: To study the clinical, neurological and diagnostic aspects of headaches in congenital pre-cerebral angiодисплазия. **Materials and Methods:** There were 213 patients with headaches under our supervision. The core of the studied cohort was migraine patients, which amounted to 179 (100%) cases, among them migraine with angiодисплазия (MSA) was 136 (45.9%), followed by patients with migraine without angiодисплазия (IBA) - 43 (14.5%), tension headache (HDN) - 26 (8.8%), cluster headache (KGB) - 8 (2.7%) patients. The study used clinical neurological, neuropsychological, neuroimaging and statistical methods. **Results:** Migraine can develop in people with congenital pre-cerebral angiодисплазия in 76% of cases, and in people without congenital abnormalities of cerebral vessels - 24%. At the same time, patients with congenital pre-cerebral angiодисплазияs most often develop migraine with aura in 62.5% of cases, whereas without it its simple form is 88.4%. Indicators of the scale of YOUR, MIDAS and HALT index were the highest in the group of patients with combined angiодисплазияs, amounting to 9.02 ± 0.09 ; 20.9 ± 0.2 and 21.1 ± 0.2 points, the lowest with isolated hypo/aplasias and pathological PA deformations 6.5 ± 0.04 ; 15.5 ± 0.1 ; 16.5 ± 0.1 and 6.6 ± 0.04 ; 15.5 ± 0.1 ; 16.5 ± 0.1 , respectively. **Conclusions:** Congenital precerebral angiодисплазия can lead to the development of migraine, most often migraine with aura, while they have a high intensity headache, with a decrease in the daily activity of patients and the need for medical care.

Key words: migraine, pre-cerebral angiодисплазия, tension headache, cluster headache.

Головная боль (ГБ) – это симптом, сопровождающий различные заболевания, с различными причинными факторами, являющийся мультидисциплинарной проблемой. Её регулярно испытывают почти 90% женщин и 70% мужчин, а для 20% из них она становится серьезной проблемой [1-3]. При этом в опубликованных отчетах ВОЗ указано, что в Соединённом Королевстве Великобритании и Северной Ирландии из-за одной только мигрени ежегодно теряется около 25 млн рабочих или учебных дней, а 50% пациентов с ГБ занимаются самолечением [4,8]. В этой связи важно проанализировать особенности клинико-неврологического течения цефалгических синдромов при врожденных аномалиях сосудов головного мозга.

Цель исследования

Изучение клинико-неврологических и диагностических аспектов головных болей при врожденных прецеребральных ангиодисплазиях.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 213 пациентов с головными болями. Ядром исследован-

ной когорты было 179 пациентов с мигренью, в том числе с мигренью с ангиодисплазиями (МСА) – 136 (45,9%), с мигренью без ангиодисплазий (МБА) – 43 (14,5%), с головной болью напряжения (ГБН) – 26 (8,8%), с кластерной головной болью (КГБ) – 8 (2,7%). В исследовании использовались клинико-неврологические, нейропсихологические, нейровизуализационные и статистические методы.

Результаты

Анализ мигрени с и без ангиодисплазий выявил следующие её особенности: среди больных МБА встречалась преимущественно простая форма мигрени – у 38 (88,4%), тогда как при ангиодисплазиях таких было лишь 51 (37,5%). Мигрень с аурой в группе с ангиодисплазиями встречалась у 85 (62,5%). Причем, у 49 (57,6%) из них имела место офтальмическая (глазная) форма, у 18 (21,2%) – базилярная, офтальмоплегическая и ретикулярная формы встречались соответственно у 7 (8,2%) и 4 (4,7%) больных. При сочетании гипо- или аплазии с кинкингом сосудов головного мозга наблюдалась мигрень, по

клинике напоминающая спорадическую гемиплегическую мигрень. Мигрень с аурой при МБА встречалась лишь у 5 (11,6%) больных, при этом у 4 имела место офтальмическая, а у 1 базилярная мигрень. Таким образом, при МСА преобладает мигрень с аурой, тогда при МБА встречается простая ее форма.

Изучение встречаемости различных форм мигрени в зависимости от возраста показало, что у 2 больных до 16 лет МСА была представлена простой формой, еще у 2 (20%) – офтальмической, у 3 (30%) – базилярной. При МБА простая форма отмечалась у 2 (20%) обследованных, а базилярная – только у 1 (10%) больного. В возрасте 16-24 лет при МСА у 10 (28,6%) больных наблюдалась простая форма, у 11 (31,4%) – глазная ее форма, – 3 (8,6%) – офтальмоплегическая, соответственно у 2 (5,7%) и 2 (5,7%) – базилярная и ретинальная, у 1 (2,9%) 2 (5,7%) – по типу спорадической гемиплегической формы. При этом у 4 (11,4%) пациентов с МБА встречалась простая форма, у 2 (5,7%) – глазная. В возрасте 25-44 лет глазная форма встречалась у 33 (27,5%), простая форма – у 30 (25%), базилярная – у 11 (9,2%), ретинальная – у 5 (4,2%), офтальмоплегическая – у 4 (3,3%), спорадически гемиплегическая формы – у 3 (2,5%). У больных этого возраста при МБА простая форма мигрени диагностирована у 32 (26,6%) обследованных, глазная форма – только у 2 (1,7%).

Следует отметить, что у больных в возрасте 45-59 лет МБА не встречалась, тогда как имела место МСА. В этом возрасте ее составными частями были простая форма – 9 (64,3%), глазная форма – у 3 (21,4%), базилярная – у 2 (14,3%). При этом наиболее частой причиной мигрени в общей популяции были гипо-, аплазии задних соединительных артерий и передних соединительных артерий, а также трифуркации. По мнению некоторых авторов [5-7], наиболее опасными являются трифуркации внутренней сонной артерии (ВСА), так как они влияют на распределение крови в мозге и впоследствии могут привести к развитию аневризм как в переднем, так и в заднем отделах виллизиева круга.

Среди наших пациентов трифуркация ВСА диагностирована у 20 (5,4%), при этом задние трифуркации встречались чаще – у 16 (4,3%), чем передние – у 4 (1,1%). Задние трифуркации ВСА у 7 (43,8%) больных проявлялись простой мигренью, а у 9 (56,2%) классической. Передняя трифуркация выявлена у 1 (25%) больной простой мигренью и у 3 (75%) – базилярной. Таким образом, у больных МСА в основном встречается мигрень с аурой, имеет место редкая базилярная форма, а также отмечается развитие мигрени по типу спорадической гемиплегической формы, которые непосредственно связаны наличием прецеребральных ангиодисплазий.

В результате активного опроса больных с головными болями выявлены провоцирующие факторы. При МСА провоцирующими факторами были курение – у 27 (19,8%), перемена погоды – у 26 (19,1%), голод – у 22 (16,2%), употребление продуктов, богатых тирамином. Причем 15 (11%) больных выпивали по 4-5 чашек кофе, а 15 (11%) больных голов-

ную боль связывали с ненормированным рабочим днем, то есть работой в ночную смену или круглосуточной работой с последующим выходным днем. Еще 13 (9,5%) пациентов причиной головной боли назвали загруженный рабочий график, без перемены, при этом 5 (3,7%) больных связывали головные боли со стрессом, 13 (9,5%) активно реагировали на сильные запахи. 10 (23,2%) больные МБА цефалгию связывали больше с сильными запахами, 6 (14%) – с курением, по 5 (11,6%) – с переменной погоды, менструальным циклом и употреблением кофе, а также шоколада. В результате недосыпания головные боли появлялись у 4 (9,3%) пациентов, загруженного рабочего графика – у 2 (4,6%), стресса и голода – по 3 (7%).

Анализ провоцирующих факторов у больных с ГБН показал, что у 17 (65,4%) имелась связь со стрессом, у 9 (34,6%) – с загруженным рабочим днем. При КГБ 5 (62,5%) больных головные боли ни с чем связать не смогли, при этом 3 (37,5%) пациентов указали как причинный фактор употребление алкоголя.

На следующем этапе нашей работы мы анализировали возраст, в котором началась собственно головная боль, её длительность, выраженная в часах в пределах одного приступа, а также частоту головных болей в месяц и дней в месяц в зависимости от типа головной боли. У больных МСА цефалгия началась в детском возрасте, в среднем в $7,5 \pm 0,19$ года, у пациентов с МБА – с $20,9 \pm 0,4$ года, причем у пациентов с ГБН – в молодом, наиболее трудоспособном возрасте $37,7 \pm 0,3$ года, а подверженными КГБ были в основном мужчины $28,8 \pm 1,6$ года.

Продолжительность головной боли во время приступа у больных с МСА в среднем составила $14,3 \pm 0,07$ ч, с МБА – $9,4 \pm 0,1$ ч, с БН – $6,03 \pm 0,06$ ч, с КГБ – $1,8 \pm 1,6$ ч. Длительность головных болей в месяц у больных МСА составляла $79,2 \pm 0,08$ ч, МБА – $51,7 \pm 0,09$ ч, ГБН – $144,8 \pm 2,1$ ч, КГБ – $38,6 \pm 0,7$ ч. Пациенты с МСА в течение месяца испытывали головные боли в среднем $8,4 \pm 1,3$ дня, с МБА – $5,5 \pm 0,07$, с ГБН – $14,2 \pm 0,1$, с КГБ – $4,8 \pm 0,1$ дня.

Данные об интенсивности головной боли, рассчитанной по визуальной аналоговой шкале, и качестве жизни пациентов, оцененном по шкале МИДАС, и также сведения о днях, потерянных по причине головной боли, согласно индексу HALT приведены в таблице.

Таблица
Оценка интенсивности головной боли и качества жизни больных

Шкала	МСА	МБА
ВАШ	$8,3 \pm 0,085$	$5,4 \pm 0,20$
МИДАС	$20,7 \pm 0,19$	$10,4 \pm 0,16$
Индекс HALT	$18,7 \pm 0,14$	$16,1 \pm 0,14$

Интенсивность головных болей по шкале ВАШ у больных МСА составила $8,3 \pm 0,085$, несколько менее интенсивные боли испытывали пациенты с МБА – $5,4 \pm 0,20$, самые сильные цефалгии наблюдались у мужчин с КГБ – $9,8 \pm 0,09$, а низкие показатели имели пациенты с ГБН – $4,4 \pm 0,07$. Оценка повседневной активности по шкале МИДАС выявила у пациентов

с МСА сильные головные боли, которые сильно нарушали повседневную активность – $20,7 \pm 0,19$, тогда как у больных с МБА отмечалось значительное нарушение повседневной активности, связанные с головной болью, с суммой баллов $10,4 \pm 0,16$. Средний балл по индексу HALT у больных с МСА составил $18,7 \pm 0,14$, что соответствовало IV, самому высокому уровню, что означает высокую потребность в медицинской помощи, тогда как у пациентов с МБА – $16,1 \pm 0,14$ балла, что соответствует III уровню, эти больные также нуждаются в лечении. Следует отметить, что чем выше баллы у больных по шкале МИДАС, тем выше и баллы индекса HALT. Это означает, что у этих больных имеется выраженное нарушение качества жизни, требующее врачебной помощи.

Выводы

1. Врожденные прецеребральные ангиодисплазии могут привести к развитию мигрени, наиболее часто мигрени с аурой.

2. Мигрень у пациентов с врожденными прецеребральными ангиодисплазиями протекает с головной болью высокой интенсивности с выраженным снижением повседневной активности и потребностью во врачебной помощи.

Литература

1. Абдукадирова Д.Т., Абдукадыров У.Т., Ташкенов Э.М. Современные подходы к проблеме головной боли // Неврология. – 2015. – №4. – С. 44-46.
2. Гафуров Б.Г. Мигрень: Метод. рекомендации. – Ташкент, 2009. – 6 с.
3. Гафуров Б.Г. Современные представления о патогенезе и лечении мигрени // Человек и лекарство. – 2013. – №2. – С. 55.
4. Ибадуллаев З.Р. Асаб касалликлари. – Тошкент, 2014. – 863 б.
5. Трушель Н.А. Варианты строения виллизиева круга у людей с расстройствами мозгового кровообращения и умерших от других причин // Вестн ВГМУ. – 2014. – Т. 13, №2. – С. 45-49.
6. Шмидт Е.В., Лунев Д.К., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга. – М., 1976. – 282 с.
7. Alnaes M.S. et al. Computation of Hemodynamics in the

Circle of Willis // Stroke. – 2007. – Vol. 38, №9. – P. 2500-2505.

8. Kukkiara B., Wolf R.L., Nagae L. et al. Migraine with aura is associated with the incomplete circle of Willis: the results of a prospective observational study // PLoS ONE. – 2013. – Vol. 8, №7. – P. 1805-1811.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ ПРИ ВРОЖДЕННЫМ ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АНГИОДИСПЛАЗИЯМ

Халимова Х.М., Рахматуллаева Г.К., Рашидова Н.С., Парпиева Ю.Р.

Цель: изучение клинико-неврологических и диагностических аспектов головных болей при врожденных прецеребральных ангиодисплазиях.

Материал и методы: под наблюдением находилось 213 пациентов с головными болями, из них с мигренью – 179 (100%), с мигренью с ангиодисплазиями – 136 (45,9%), с мигренью без ангиодисплазий – 43 (14,5%), с головной болью напряжения – 26 (8,8%), с кластерной головной болью – 8 (2,7%). **Результаты:** мигрень может развиваться у людей с врожденными прецеребральными ангиодисплазиями (76%), так и у людей без врожденных патологий сосудов головного мозга (24%). При этом у пациентов с врожденными прецеребральными ангиодисплазиями наиболее часто развивается мигрень с аурой (62,5%), тогда как без неё – простая её форма (88,4%). **Выводы:** врожденные прецеребральные ангиодисплазии могут привести к развитию мигрени, наиболее часто мигрени с аурой, при этом у больных наблюдается головная боль высокой интенсивности, со снижением повседневной активности и потребностью во врачебной помощи.

Ключевые слова: мигрень, прецеребральные ангиодисплазии, головная боль напряжения, кластерная головная боль.

