К проблеме взаимоотношения мигрени и эпилепсии (анализ случая)

В.А. КАРЛОВ*, О.С. ИНОЗЕМЦЕВА

Московский государственный медико-стоматологический университет

To the problem of the interrelation of migraine and epilepsy: a case analysis

V.A. KARLOV, O.S. INOZEMTSEVA

Moscow State Medical and Dentistry University, Moscow

Ключевые слова: *эпилепсия, мигрень, электроэнцефалография.*

Key words: *epilepsy, migraine with aura, MRI brain changes.*

Общей особенностью мигрени и эпилепсии является пароксизмальный характер, определяющий их частую коморбидность в особой форме «мигрень—эпилепсия».

Многие исследователи изучали связь между этими заболеваниями. Более чем сорок лет назад одним из авторов настоящей статьи было выделено 4 варианта связи мигрени и эпилепсии [3]: 1. Заболевание начинается с мигрени и постепенно присоединяются эпилептические припадки, которые начинают доминировать. 2. Мигренозные и эпилептические проявления у одного и того же больного периодически сменяют друг друга. 3. Мигренозные и эпилептические проявления сочетаются в одном приступе. 4. Заболевание начинается с эпилептических проявлений, позже присоединяются мигренозные.

Наиболее детально эту проблему изучал F. Andermann [5], который в 1987 г. выделил 9 отдельных синдромов: 1) эпилептические припадки, индуцируемые классической мигренозной аурой; 2) эпилепсия с припадками, уже больше не триггируемыми мигренозной аурой; 3) эпилепсия вследствие больших церебральных поражений, вызванных мигренью; 4) доброкачественная детская затылочная эпилепсия; 5) спектр затылочных эпилепсий; 6) доброкачественная роландическая эпилепсия; 7) злокачественная мигрень, относящаяся к митохондриальным энцефалопатиям; 8) мигренозные атаки, сопровождающие сложные парциальные припадки; 9) альтернативная гемиплегия детей.

В статье Ю.А. Азимовой и Г.Р. Табеевой [1] приводятся данные о распространенности головной боли среди больных эпилепсией (она составляет 59%), коморбидности эпилепсии и мигрени, а также их общих патофизиологических механизмах. Наиболее часто у пациентов, страдающих эпилепсией, отмечаются мигренозная или «мигренеподобная» головная боль (8—26%). Эпилепсия повышает риск развития мигрени в 2,4 раза, а мигрень повышает риск развития эпилепсии в 4,1 раза. Мигрень встречается чаще у пациентов с парциальными и генерализованными приступами, и особенно при посттравматической эпилепсии. Коморбидность этих заболеваний часто дополняется наличием других типов головной боли. Результаты изучения этого аспекта данной проблемы представлены в специальной работе [4].

Сказанное выше определяет важность для практической деятельности врача-невролога проблемы дифференциальной диагностики рассматриваемых заболеваний. В данной статье она обсуждается на примере одного из наших наблюдений.

Больная *Б.*, 30 лет, обратилась с жалобами на эпизодические приступы головной боли.

Из анамнеза известно, что пациентка родилась от 34-летней матери с высокой степенью близорукости. Со слов пациентки, мать сразу после родов перевели в реанимацию (из-за высокого АД), детали неизвестны. Росла и развивалась нормально. ЧМТ и нейроинфекции отрицает. Головной боли, припадков в семье (в том числе и у старшей сестры) не было. С 17 лет стали беспокоить приступы головной боли с акцентом в области лба или затылка с предшествующей потерей зрения на левый глаз в течение 40 мин до начала головной боли. Частота приступов примерно 1 раз в нед. Провоцируются они ярким светом, недосыпанием, приемом кофе. Облегчают приступ анальгетики, чаще пациентка принимает цитрамон, и последующая рвота. Последний

© В.А. Карлов, О.С. Иноземцева, 2012

e-mail: v_karlov@barnsly.ru

приступ сопровождался преходящим онемением левой стороны тела длительностью около 5 мин.

При осмотре: скрытое левшество по тесту пальцев рук. Гипергидроз ладоней и стоп. Акроцианоз. Очаговой неврологической симптоматики нет. На МРТ визуализируется увеличение размера V желудочка. При МР-ангиографии: замедление венозного оттока из черепа. На ЭЭГ регистрируется умеренная дезорганизация основных ритмов, повышение индекса θ-активности. фотостимуляция частотой 16 и 20 Гц провоцирует комплексы спайк-волна в затылочных отведениях с акцентом справа. Осмотр окулиста: миопия высокой степени слева, дистрофические изменения сетчатки. Поля зрения вне приступа нормальные.

Согласно Международной классификации головной боли, мигрень — пароксизмальное состояние, которое проявляется приступами, как правило, односторонней головной боли, сопровождающейся тошнотой, рвотой, фото- и/или фонофобией. Она чаще встречается у женщин. Существенную роль играет наследственный фактор. Выделяют мигрень без ауры и мигрень с аурой (по старой классификации — ассоциированная мигрень). Типичная аура характеризуется фокальными неврологическими симптомами, имеющими обратимый характер, как правило, предшествующими головной боли. Аура также может сочетаться с головной болью или возникать в ее отсутствие. В зависимости от характера фокальных неврологических симптомов, возникающих во время ауры, выделяют несколько форм: офтальмическая (классическая), ретинальная, офтальмоплегическая, гемипаретическая, афатическая, мозжечковая, вестибулярная, базилярная или синкопальная. В неврологическом статусе у пациентов с мигренью чаще всего патологии не отмечается. Иногда при использовании таких дополнительных методов исследования, как рентгеновская и магнитно-резонансная томография, электроэнцефалография, органические изменения могут не выявляться.

У описанной пациентки имеют место приступы мигрени с аурой, с характерным дебютом заболевания в 17 лет. Головной боли предшествует зрительная аура с негативными симптомами. Последний приступ сопровождался гемисенсорными расстройствами. Особенность данного случая заключается в отсутствии мигрени в семье, наличии органических изменений в головном мозге, связанных с нарушением развития нервной трубки в раннем онтогенезе, т.е. на стадии вентральной индукции в виде формирования полости прозрачной перегородки в V желудочке, в регистрации эпилептиформной активности в затылочном регионе. Последнее объединяет мигрень и эпилепсию. К этому можно добавить, что как мигренозный приступ, так и эпилептиформная активность в ЭЭГ имеют вызванный характер — это дополняет их сходство. В этой связи, надо полагать, неслучайно, что закрепившийся термин «аура» не используется более ни при каких других заболеваниях.

Наиболее часто мигрень с аурой дифференцируют с приступом доброкачественной затылочной эпилепсии (ДЗЭ), в частности формой Гасто. Начало заболевания при форме Гасто — в возрасте от 3 до10 лет, в среднем в 8-летнем возрасте. Для данной формы наиболее типичны простые парциальные сенсорные пароксизмы, сопровождающиеся зрительными расстройствами: преходящие нарушения зрения — 65%, амавроз — 52%, элементарные зрительные галлюцинации (мелькание светящихся предметов, вспышки света) — 50%, сложные, сценоподобные галлюцинации — 14% [6]. Эти проявления могут носить гемианоптический характер, возникая в соименных половинах полей зрения обоих глаз. В то же время амавроз может быть изолированным проявлением эпилептического приступа, что было описано одним из авторов настоящей статьи еще 50 лет назад [2]. Он может возникать также как постиктальное событие. Моторные приступы чаще сложные, с наличием автоматизмов, могут быть вторично-генерализованными. Вегетативные нарушения включают эпигастральные ощущения, тошноту, рвоту, головную боль, головокружение. Продолжительность приступа при ДЗЭ различна: от нескольких минут до нескольких часов. Аура длится не более 5 мин. Головная боль чаще односторонняя, носит постиктальный характер и возникает через 3—15 мин после приступа. Как и при мигрени с аурой, головной боли обычно предшествуют зрительные феномены, при этом приступ может сопровождаться тошнотой, рвотой, фотопсией. Как и для всех идиопатических форм эпилепсии, для данной формы характерно отсутствие изменений в неврологическом статусе и структурных изменений в головном мозге. ЭЭГ характеризуется специфической пик-волновой активностью в затылочных отведениях.

И для мигрени с аурой, и для ДЗЭ характерна наследственная предрасположенность. Отягощенный семейный анамнез по эпилепсии у больных ДЗЭ отмечается, по данным H. Gastaut [6], в 36,6% случаев и по мигрени — в 15,6% (до 18%). При мигрени с аурой риск заболевания у родственников первой степени родства выше, чем в общей популяции, в 4 раза.

Таким образом, в приведенном клиническом наблюдении у пациентки имеются симптомы, которые объединяют эти два заболевания. Это преходящие зрительные расстройства в виде полной потери зрения, головная боль, вегетативные нарушения в виде тошноты, рвоты; изменения ЭЭГ в виде эпилептиформной активности в затылочной области; наличие провоцирующих факторов, таких как недосыпание и яркий свет. При этом также можно от-

метить характерный для мигрени дебют заболевания в 17 лет, женский пол. Имеется четкая связь провокации приступов с приемом кофе. Аура в виде потери зрения на левый глаз, длящаяся в течение 40 мин, последний эпизод с гемисенсорными расстройствами с той же стороны, после чего головная боль и рвота. Облегчает приступ прием анальгетиков. С учетом отягощенного анамнеза и наличия структурных изменений на МРТ можно считать, что у данной пациентки речь идет о симптоматической мигренозной головной боли с аурой.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Азимова Ю.А., Табеева Г.Р.* Мигрень и эпилепсия. Журн Эпилепсия 2009; 1: 21—25.
2. *Карлов В.А.* О некоторых необычных формах проявления эпилепсии у детей. Вопросы охраны материнства и детства 1960; 4: 56—59.
3. *Карлов В.А.* К вопросу о взаимоотношении эпилепсии и мигрени. Невропатология и психиатрия 1963; 9: 1343—1361.
4. *Карлов В.А.* Эпилепсия у детей и взрослых женщин и мужчин. М: Медицина 2010; 471—482.
5. *Andermann F.* In F. Andermann, E. Lugaresi (eds). Migraine and Epilepsy. Boston: Butter woorths 1987; 3—31.
6. *Gastaut H., Roge J., Burean M., Dravet Ch. et. al.* (eds). Epileptic syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence. London, John Libby 1992; 201—218.