

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ПРИ МИГРЕНИ

¹Садоха К.А., ²Тарасевич М.И.

¹ *Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», г.Минск, Республика Беларусь*

² *УЗ «2-я клиническая больница г. Минска», Республика Беларусь*

Актуальность. Головная боль (ГБ) – одна из самых распространенных жалоб в клинической практике. Своевременная диагностика заболевания с ГБ особенно важна вследствие возможности применения наиболее эффективных, порой и специфических для отдельных форм головной боли (цефалгии) способов лечения. Среди всех разновидностей цефалгий именно мигренозная приводит к более выраженному снижению качества жизни по сравнению с остальными формами ГБ. При этом высокая распространенность мигрени среди пациентов с инсультом в молодом возрасте, а также нейроваскулярная природа заболевания привели к гипотезе, рассматривающей мигрень как серьезный фактор риска инфаркта мозга. Диагностические ошибки врачей, связанные с недостаточной их информированностью и субъективной трактовкой состояния пациентов, также определяют актуальность данной работы и ее практическую значимость. За последнее десятилетие представления о мигрени претерпели существенные изменения, что связано с бурным ростом научных исследований в области генетики, патогенеза и лечения этого заболевания, а также с появлением новых более информативных методов нейровизуализации.

Цель. Разработать комплекс мероприятий для своевременной диагностики мигрени, оценки риска неблагоприятного ее течения с применением ДТ МРТ (диффузионной тензорной магнитно-резонансной томографии) и трактографии для выявления структурных изменений в области головного мозга, оценки степени их выраженности у пациентов с мигренью без ауры (МБА) и с аурой (МА), определение предикторов тяжелого течения и осложнений заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 77 пациентов с мигренью (с МБА – 51, с МА – 26). Использовали следующий набор диагностических методик и шкал: 1) визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для определения интенсивности головной боли (в процентах); 2) опросник MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire) и КБО («Комплексный болевой опросник») для определения степени тяжести течения мигрени и дезадаптации (снижения качества жизни) пациентов; 3) тест Спилбергера (в модификации Ханина) для оценки уровня тревоги; 4) шкала депрессии Бека; 5) магнитно-резонансный томограф с программным обеспечением для трактографии на сканерах 1,5 Тл.

Результаты. Врачу-неврологу предлагается комплекс диагностических действий в поэтапной последовательности для выявления и подтверждения

диагноза «мигрень», конкретной формы заболевания (мигрени без ауры или с аурой), определения предикторов неблагоприятного течения и прогноза.

Первый этап действий врача-невролога при обращении пациентов с ГБ:

А. Клинико-диагностический метод: клиническое интервью (жалобы и анамнез, неврологический осмотр). При осмотре, врач-невролог уточняет характер ГБ, ее интенсивность, влияние повседневной нагрузки (ходьбы), пароксизмальность, наличие фаз приступа, предвестников, зрительных, речевых, сенсорных, других нарушений перед ГБ, продолжительность, стереотипность атак, время суток возникновения, лекарственные средства, используемые до осмотра, их частота применения и эффективность, количество атак в анамнезе, провоцирующие факторы. Особенности цефалгии пациент должен отражать в специальном дневнике. Надо выяснить, не страдали ли родители или другие ближайшие родственники такой же головной болью, особенно по материнской линии.

Б. Анализ симптомов и их соответствия диагностическим критериям мигрени.

В. Далее определяют степень тяжести приступа и тяжесть течения мигрени. Для определения тяжести течения мигрени, оценки степени дезадаптации используют опросник MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire) и КБО («Комплексный болевой опросник»). Опросник MIDAS касается ГБ за последние 3 месяца, определяет влияние мигрени на повседневную активность, работу или учебу, активный отдых, участие в семейных и общественных мероприятиях, ведении домашнего хозяйства. 20 вопросов КБО составляют 5 шкал, позволяющих оценить влияние ГБ на различные сферы жизни пациентов.

2-й этап. Определение эмоциональных нарушений при частых атаках и показаний к профилактической терапии для предупреждения трансформации мигрени в хроническую форму (оценка уровней личностной и реактивной тревоги с помощью теста Спилбергера и депрессии с помощью шкалы Бека.

3-й этап. При наличии «сигналов опасности (тревоги)» проводится тщательное обследование пациентов в целях исключения вторичной ГБ.

4-й этап. При частых, тяжелых и продолжительных приступах мигрени, выраженной боли выполняется диффузионная тензорная магнитно-резонансная томография на аппарате МРТ 1.5 Тл. Вычисляют скалярные индексы – фракционную анизотропию (ФА) и среднюю диффузионную способность (СДС). Снижение уровня ФА и повышение коэффициента СДС отражает структурные поломки в области мозга. Показатель средней диффузионной способности отражает изменение размера и целостности клеток, фракционная анизотропия – целостность трактов. Проводится построение отдельных проводящих путей и как завершающий этап – выстраивается весь объем трактов белого вещества головного мозга.

5-й этап. Оценка риска неблагоприятного течения мигрени на основании анализа результатов клинико-диагностического метода и ДТ МРТ при мигрени.

При диффузионной тензорной магнитно-резонансной томографии выявлены структурные изменения головного мозга у 77 обследованных пациентов с мигренью. В результате исследований установлено:

I. Пациенты с МА являются достоверно более молодыми, имеют более ранний дебют заболевания и более тяжелые приступы. Приступы МА характеризуются большей частотой сопутствующих рвоты, фото- и фонофобии, перiorбитальной локализацией боли и наследственным анамнезом в большинстве случаев, т.е. являются более типичными. При МА в межприступном периоде чаще обнаруживаются вегетативные симптомы.

II. При ДТ МРТ у пациентов с аурой отмечается снижение ФА до 0,512 и увеличение СДС до 0,914 в области зрительной лучистости и гиппокамповых связей ($p < 0,05$), что подтверждает важную роль этих структур в реализации ауры и приступа. На стороне визуальных нарушений при наличии зрительной ауры количество линий трактов в данных структурах уменьшается, снижен показатель ФА ($r = 0,33$, $p = 0,01$) и увеличен СДС ($r = 0,26$, $p = 0,047$).

III. Пациенты с МБА имеют снижение значений ФА для передних и задних отделов мозга менее 0,560-0,565 (показателей контрольной группы). Значения СДС в этой группе увеличены по сравнению с контролем (более 0,85) только в заднем квадранте полушария и на болевой стороне ($p > 0,05$). При визуальной оценке трактов у пациентов с МБА выявлено их обеднение в затылочных долях с 2-х сторон и отсутствие задней комиссуры.

IV. У 5 пациентов с МА и зрительной аурой, при сочетании нескольких симптомов ауры, с частыми и продолжительными (48 часов и более) атаками, с интенсивностью болевой фазы 90-100% в разгар атаки по ВАШ, с анамнезом заболевания более 20 лет и инфарктом мозга (истинным мигренозным инсультом) в вертебрально-базиллярной системе артерий отмечается резкое снижение ФА до 0,50 и увеличение СДС до 0,92 (по сравнению с контрольной группой) в области затылочной доли, зрительной лучистости, таламуса, гиппокампа и гиппокамповых связей (в зоне сосудистого очага).

V. Выявляется корреляционная связь между результатами тестов по шкале Бека и Спилбергера, снижением значений ФА ($r = 0,11$, $p < 0,05$), повышением СДС ($r = -0,2$, $p < 0,01$), учащением приступов и хронизацией мигрени. Тесты Бека и Спилбергера выявили у этих пациентов высокую степень депрессии ($20,2 \pm 7,5$ – МБА, $18,5 \pm 9,5$ – МА), высокую личностную ($50,9 \pm 11,2$ – МБА; $52,9 \pm 7,6$ – МА) и высокую/умеренную реактивную тревожность ($34,2 \pm 12,4$ – МБА, $38 \pm 14,6$ – МА).

Из характеристик ДТ МРТ для выявления структурных повреждений при мигрени более специфичным оказалось значение ФА, для определения прогноза течения заболевания – СДС и «обеднение» картины трактов.

Регионы измененного белого вещества с патологическими показателями ФА и СДС при мигрени соответствуют зонам измененных трактов лимбической системы, зонам внутри- и межполушарных связей, объединяющих лобные, височные, теменные и затылочные доли.

Выводы. I. Мигрень характеризуется разнообразными изменениями проводников белого вещества, способствующими разобщению отдельных регионов головного мозга, нарушению связей между кортикальными и субкортикальными отделами мозга, изменению передачи информации, что возможно объясняет отсутствие ауры при мигрени.

II. Результаты исследования позволяют выделить предикторы тяжелого течения мигрени и мигренозного инсульта: 1) мигрень с аурой, особенно при двигательном дефиците в качестве ауры, а также при сочетании нескольких симптомов ауры; 2) частые приступы (не менее одного в месяц) длительностью 48 часов и более, мигренозные статусы, вызывающие дезадаптацию пациентов; 3) интенсивность болевой фазы приступов – 90-100% по ВАШ; 4) длительность заболевания – 15-20 лет и более; 5) обеднение трактографической картины в обеих затылочных долях, в области зрительной лучистости, таламуса и лимбической системы, прежде всего, в гиппокампе и зоне гиппокамповых связей, отсутствие задней комиссуры при ДТ МРТ с трактографией; 6) значительное снижение показателей ФА до 0,52-0,512 и менее, повышение СДС до 0,914-0,92 и более в вышеперечисленных областях, особенно на стороне ГБ.

Внесены предложения, направленные на улучшение эффективности диагностики и прогнозирования осложнений мигрени. Не только наступающая положительная клиническая динамика (уменьшение интенсивности болевой фазы и частоты приступов), но и нормализация значений ФА и СДС, маркеров степени повреждения нейронов, определяет эффект лечения, объективизирует динамику течения мигрени в ответ на терапию, контролирует результат и адекватность лечения. Раннее выявление критического снижения показателя ФА и повышения значения СДС, структурных изменений (обеднения трактов) в соответствующих зонах, участвующих в реализации приступа, и своевременная эффективная терапия будут способствовать сокращению, болевых мигренозных дней в месяц, предупреждению мигренозного инсульта и хронизации мигрени, улучшению качества жизни пациентов, возвращению их к труду, уменьшению экономических потерь.