

УДК: 616.857.2

## **МИГРЕНЬ И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ – СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД, ПОТЕНЦИАЛ НЕВРОЛОГА (ОБЗОР)**

**Гулова М.А.**

*Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан*

**Актуальность.** Можно утверждать, что население всего мира хотя бы 1 раз в жизни чувствовал приступы головных болей, при чем мигренозные головные боли составляют  $\frac{1}{4}$  части населения в популяции (по данным мировой статистик до 85%). Известно около 200 причин цефалгии различной этиологии. Это может быть повышение или понижение артериального давления, инфекционно-аллергические заболевания, патология церебральных и мелких сосудов, заболевания позвоночника, системные заболевания, опухоли мозга, соматогенные заболевания, интоксикация. Имеются состояния, когда мигрень сочетается с различными смежными патологиями

По данным исследователей риск гипертонии у женщин с мигренью, особенно с мигренью без ауры последние 10 лет повышается, при этом риск артериальной гипертензии возрастает на 9% при простой мигрени, тогда как у женщин, с мигренью с аурой этот риск повышается на 21%.

Имеется большая связь между легкой и умеренной гипертонией и головной болью. Тяжелая устойчивая гипертензия, злокачественная гипертензия и пароксизмальная гипертензия (внезапный подъем) имеют взаимосвязь с сильной головной болью. Транзиторная гипертензия может возникнуть во время приступа мигрени или кластерной головной боли. Гипертония может увеличить частоту и тяжесть мигрени у лиц страдающих с мигренью и может трансформировать эпизодическую мигрень в хроническую ежедневную головную боль. У этих пациентов важно сопутствующее лечение артериальной гипертензии.

Также мигрень является распространенным, инвалидизирующим, первичным расстройством головной боли с системным поражением сосудов, вегетативной дисфункцией и широким спектром ишемических сосудистых расстройств. Лица с мигренью, особенно мигренью с аурой, имеют большой риск к сосудистой энцефалопатии, ишемических, и геморрагических форм инсульта, ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, стенокардии и сосудистая смертность, а также имеет неблагоприятный профиль сердечнососудистого риска, включая гипертонию. Было обнаружено, что гипертония, курение и использование оральных контрацептивов повышают риск ишемического инсульта, сердечнососудистые заболевания у молодых женщин с мигренью.

Мигрень является одним из наиболее распространенных подтипов головной боли и в наибольшей степени влияет на качество и на образ жизни населения и имеет несколько патофизиологических механизмов, которые еще не были должным образом выяснены. Взаимосвязь между мигренью и системной артериальной гипертензией обусловлена общими факторами риска, такими как семейный анамнез, тревога и депрессия, стресс, различные психические и физические травмы. Кроме того, нейропсихологические сопутствующие заболевания и нарушения сна являются факторами, которые неразрывно связаны с мигренью и гипертензией.

Гипертензия является глобальной проблемой здравоохранения из-за ее высокой распространенности и связи с увеличением заболеваемости и смертности от сердечнососудистых заболеваний. Риск сердечнососудистых заболеваний удваивается, при повышении артериального давления (АД) на 20/10 мм рт. ст. Хотя любое существенное снижение АД резко снижает риск развития сердечнососудистых заболеваний, сегодняшнее время распространенная артериальная гипертензия остается в основном неконтролируемой проблемой общественного здравоохранения. Мигрень долгое время считалась расстройством, не имеющим долгосрочных последствий для мозга. Десятилетия исследований предоставили доказательства того, что мигрень связана с возможностью перехода в хроническую форму, а у некоторых пациентов, к прогрессирующему расстройству, ведущему к значительным гуманистическим и социальным последствиям. Мигрень считается хронической в соответствии с финским справочником по текущему лечению, если в течение месяца наблюдается 15 или более дней головной боли и если критерии мигренозной головной боли соблюдаются в течение 8 дней в месяц. Мигрень входит в число наиболее инвалидизирующих заболеваний по степени инвалидности, которую она вызывает.

Повышение артериального давления (АД) и головная боль с давних времен связаны между собой в медицине. При артериальной гипертензии головная боль является основной проблемой, которая часто встречается в отделении неотложной помощи. Считается, что головная боль может быть симптомом, приписываемым артериальной гипертензии, только в том случае, если показатели АД очень высоки или быстро повышаются. Многие исследования подтверждают, что лица с мигренью имеют большой риск развития гипертензии. Артериальная гипертензия была определена как один из наиболее важных факторов хронической трансформации эпизодической мигрени и увеличивает цереброваскулярный и сердечнососудистый риск у пациентов с мигренью. Мигрень и артериальная гипертензия могут иметь общие механизмы, такие как эндотелиальная дисфункция, дефицит автономной сердечнососудистой регуляции и вовлечение ренин-ангиотензиновой системы. Профилактические эффекты мигрени были описаны несколькими антигипертензивными

средствами, традиционно бета-блокаторами, а в последнее время ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента и блокаторами рецепторов ангиотензина II.

Сущность сопутствующей патологии между мигренью и гипертонией является давним вопросом. В 1913 году в своих исследованиях Джейнвей впервые предположила связь между головной болью и гипертонией. Опрос населения в целом не выявил какой-либо связи между значениями артериального давления (АД) и головной болью. Вайс обнаружил, что генерализация головной боли составила 25% у 6672 пациентов с артериальной гипертонией, и сообщил, что головная боль не была связана с уровнем АД, но ретинопатия была связана с более высокой распространенностью головной боли. В 1992 Крэг-Расмуссен и Олесен наблюдали, что у 11% испытуемых из общей популяции была гипертония без какой-либо разницы между гипертониками и негипертензивными по частоте головной боли. У женщин, страдающих мигренью, наблюдалось значительно повышенное диастолическое АД. По словам Мэтью, наличие гипертонии может привести к более сильной головной боли и может быть возможным фактором риска хронической мигрени. Таким образом считал что, сопутствующее лечение артериальной гипертонии важно у этих пациентов, для предотвращения осложнений мигрени. Некоторые данные доказывают о том, что мигрень, особенно с аурой и частотой более 12 приступов в год, увеличивает риск цереброваскулярные заболевания, в особенности инсульта у молодых женщин. С этой точки зрения профилактика хронической мигрени может также предотвратить возникновение инсульта.

Рассмотрим две болезни, мигрень и артериальную гипертонию. Исследования эпидемиологов показали, что мигрень является более распространенным заболеванием, частота встречаемости которой является в течение 1 года от 10% до 12% и пожизненная встречаемость от 15% до 20%. Генерализация мигрени составляет 14,9% в Соединенных Штатах и от 8,4% до 12,7% в Азии. Лица с мигренью, примерно от 25% до 38%, нуждаются в медицинской помощи и устранение головных болей. Однако многие пациенты испытывают побочные эффекты, такие как тошнота, иногда сопровождающаяся рвотой, нарушение сна, депрессивные состояния.

Страдание мигренью не знает географических границ; оно не благоприятствует ни столетию, ни эпохе. С самых ранних письменных источников древней Сумарии мигрень была признана как серьезная болезнь, которая влияет на трудоспособность. В Вавилоне "болезнь головы" поражала людей подобно "вспышке молнии", заставляя страдающего мигренью "сиять, как небесная звезда, так что он не мог обрести покой и должен был бежать по ночам, чтобы найти хоть что-то, которая помогает облегчить состояние". Ранние медицинские труды из Египта и Греции продолжали поиски для объяснения причины, и найти средства от головной боли. В первом веке нашей эры Аретей

из Каппадокия представлял первые описания мигрени как отдельная болезнь, которую он назвал гетерокранией и описал ее как поражающую "одну сторону головы, точно до средней линии, с потемнением перед глазами, обильным потоотделением, тошнотой, рвотой желчью, коллапсом, светобоязнью и звукобоязнью". Столетие спустя Гален ввел термин гемикрания, который является корнем слова мигрень, что означает "полголовы". Томас Уиллис, знаменитый английский анатом, в своем учебнике по нейрофизиологии и клинической неврологии, включил термин "первый современный трактат о мигрени". В своем писанине Liveing использовал все преобладающие теории и клинические наблюдения мигрени. Он признал, что существует бесконечное множество разновидностей мигрени, и мигрень занимает свое собственное место в области "смежных и метаморфические расстройства". Основываясь на работах этих ранних врачей, исследователи головной боли двадцатого века продолжали свои поиски средства против мигрени.

На сегодняшний день мигрень является чрезвычайно распространенное расстройство, характеризующееся повторением головных болей и характеризующиеся разнообразными неврологическими расстройствами. Таким образом, с нозологической точки зрения это хроническое заболевание (мигрень рассматривается как "болезнь"), чередующееся с острыми признаками и симптомами (мигрень рассматривается как "приступ"). Широкая гетерогенность мигрени объясняет наблюдение о том, что большая популяция страдающих мигренью включает пациентов, живущих почти нормальной жизнью, и пациентов, жалующихся на серьезную инвалидность, то есть сталкивающихся с социальными, аффективными и профессиональными ограничениями.

В то время как генетические детерминанты, безусловно, лежат в основе некоторых (и, вероятно, всех) клинических форм, вклад биологических факторов критически влияет на клиническое проявление мигрени. Недавние открытия в области нейрогенетики глубоко изменили наш подход к мигрени, подчеркнув пределы современной диагностической и нозографической системы. С учетом современных диагностических критериев Международного общества головной боли (IHS) [4], позволяющих лучше фенотипически охарактеризовать пациентов, важность роли генетики в механизмах мигрени возрастает. Однако в большинстве случаев мигрень протекает как многофакторный наследственный характер. Следовательно, различные гены или локусы могут взаимодействовать с факторами, присущими индивиду (например, гормональная среда) и/или с экзогенными факторами (например, психосоциальные стрессоры, связанные с семьей или рабочей средой, геоклиматические изменения, питание), вызывая различные клинические формы заболевания.

Другим важным аспектом гетерогенности мигрени, в непосредственной близости от области генетических детерминант, является значительная связь

между мигренью и другими неврологическими заболеваниями (такими как эпилепсия, нарушения мозгового кровообращения и инсульт, митохондриальные заболевания), сердечно-сосудистыми расстройствами (артериальная гипертензия, пролапс митрального клапана) и, в частности, психическими заболеваниями (тревога, аффективные расстройства). и расстройства личности). Эта неслучайная ассоциация двух или более заболеваний, называемая коморбидностью, может быть результатом различных мутаций в одном и том же гене (аллельное заболевание) или мутаций в генах, расположенных в соседних сегментах одной и той же хромосомы.

Еще одним аспектом гетерогенности мигрени, чрезвычайно важным для клинических исследований, является то, что фенотипическое проявление сопутствующей патологии может изменяться с течением времени. Это выясняется при простом наблюдении естественной истории мигрени в течение жизни разных людей. Фенотипические проявления остаются неизменными на протяжении многих лет у некоторых пациентов, в то время как у других клиническая картина усложняется и может включать артериальную гипертензию (как таковую фактор риска нарушений мозгового кровообращения) и/или тревогу и нарушения настроения. С другой стороны, наличие гипертонии и психических расстройств часто способствует изменениям в характере мигрени, что приводит к формам ежедневной головной боли, которые в настоящее время называются хронической мигренью.

Таким образом, представляется, что клинико-описательный подход к пациенту, требуемый современными диагностическими критериями, позволяет лишь частично понять мигрень, природа которой, безусловно, представляется более сложной и неоднородной, чем считалось ранее.

Мигрень - это семейное, эпизодическое и сложное нарушение сенсорной обработки, которое ассоциируется с целым рядом симптомов, отличительной чертой которых является головная боль.

Приступ мигрени может длиться 4-72 часа и состоит из 4 перекрывающихся фаз.4

а) Предвестниковая фаза: безболезненные симптомы, появляющиеся за несколько часов или дней до начала головной боли. Эти симптомы могут включать зевоту, изменения настроения, трудности с концентрацией внимания, ригидность шеи, усталость, жажду и повышенную частоту мочеиспускания.

б) Аура: примерно третья часть пациентов с мигренью, особенно женщин, страдают этим преходящим фокальным неврологическим симптомом до или во время некоторых головных болей, который называется аурой. Зрительная аура является наиболее распространенным: черные пятна и сверкающие точки перед глазами, помутнение зрения, «туман» и «вспышки молнии» в глазах. (90%), за ней следуют сенсорная: мурашки по телу, покалывания и/или онемения (гипестезии) в кончиках пальцев одной руки с распространением этого явления

на всю руку, половину головы и шеи, а в некоторых случаях и на всю половину тела (30-54%) и языковая аура (31%).<sup>6</sup> Моторная аура, аура ствола мозга и аура сетчатки являются нетипичными и поэтому встречаются гораздо реже.

в) Головная боль: Эта фаза вызвана активацией сенсорных путей тройничного нерва, что вызывает пульсирующую боль при мигрени. Интенсивность головной боли постепенно возрастает или является взрывной в начале и нарушает повседневную деятельность. Головная боль обычно усиливается при движении головы. Обычно это сопровождается тошнотой и рвотой с отвращением к прикосновениям (аллодиния), свету (фотофобия), звуку (фонофобия) и запаху (осмофобия).

4) Постдром: наиболее частыми симптомами в этой фазе являются усталость, сонливость, трудности с концентрацией внимания и повышенная чувствительность к шуму. Чем больше интенсивность боли, тем более интенсивными и продолжительными будут эти симптомы. Эта фаза в просторечии известна среди пациентов как “похмелье при мигрени”.

Мигрень можно разделить в зависимости от того, есть аура или нет, и в зависимости от частоты головных болей.

Мигрень со зрительной аурой включает в себя визуальные эффекты, которые обычно предшествуют головной боли и длятся не менее 5 минут. Визуальная аура обычно представляет собой расширяющееся слепящее пятно или визуальные сцинтилляции (мерцающие объекты в поле зрения). Затуманенного зрения недостаточно для диагностики ауры. Другие особенности ауры включают обратимые симптомы речевых и языковых трудностей, таких как проблемы с поиском слов и даже афазия (неспособность выражать слова или понимать слова), сенсорные явления, такие как покалывание в конечностях, распространяющееся на лицо, двигательные эффекты, такие как слабость и проблемы со стволом мозга, такие как неустойчивость и признательные признаки дисфункции черепно-мозговых нервов. Эти симптомы ауры обычно длятся 5-60 минут. Они могут предшествовать головной боли или начинаться во время нее, а также могут протекать без головной боли.

Чтобы диагностировать мигрень, у пациента должно было быть не менее 5 приступов, связанных с признаками мигрени, описанными ниже. У взрослых: нелеченные приступы обычно длятся 4 или более часов. Мигрень требует только двух из следующих четырех признаков головной боли: одностороннего распространения (односторонний), пульсирующего качества (пульсирующий), умеренной или сильной боли (более 5 из 10) и обострения при физической активности (например, при наклоне). Кроме того, для диагностики мигрени требуется только одно из следующих признаков: тошнота или рвота; или чувствительность к свету и шуму.

Количество дней головной боли определяет, страдает ли пациент эпизодической мигренью (14 или менее дней головной боли в месяц) или хронической мигренью (более 15 дней головной боли в месяц). Лучший способ определить фактическое количество дней головной боли - вычесть это из количества дней, полностью свободных от головной боли в месяце, также называемых кристально чистыми днями. Если головная боль присутствует более половины дней в месяце, а признаки мигрени наблюдаются по крайней мере 8 дней в месяц, это состояние называется хронической мигренью.

Если головная боль присутствует менее 15 дней в месяце, это называется эпизодической мигренью.

Эта “хронизация мигрени” (ранее называвшаяся трансформацией) была концептуализирована в терминах переходной модели, которая часто используется для описания мигрени как динамического заболевания, которое может прогрессировать в обоих направлениях. В этой связи важно определить факторы риска и защитные факторы.

Артериальная гипертензия имеет высокую распространенность и является основным фактором риска развития сердечнососудистых, соматических, мозговых заболеваний. Это основной фактор заболеваемости и смертности во всем мире и, следовательно, создает огромное социально-экономическое бремя. Несмотря на значительный прогресс в восприятии, диагностике и лечении артериальной гипертензии, контроль артериального давления недостаточно у половины пациентов с артериальной гипертензией (<140/90 мм рт. ст.). Диагностика артериальной гипертензии у большинства пациентов начинается с обычного измерения артериального давления. Для достижения правильного целевого артериального давления доступно множество эффективных антигипертензивных препаратов. Европейские и идентичные немецкие национальные рекомендации 2013 года рекомендуют для большинства пациентов целевое артериальное давление <140/90 мм рт. ст. Недавнее исследование SPRINT показало, что некоторым пациентам может быть полезно еще более низкое кровяное давление. В этой статье СМЕ обобщаются последние достижения в лечении артериальной гипертензии и даются советы для повседневной практики, основанные на этих целях.

Артериальной гипертензией страдает около трети населения Германии, причем распространенность увеличивается с возрастом до 60%. Во всем мире более четверти населения считается страдающим гипертензией, в результате чего в общей сложности более миллиарда человек. Не только из-за такой высокой распространенности, но и из-за многочисленных сердечнососудистых, почечных, глазных и когнитивных осложнений артериальная гипертензия вносит основной вклад в глобальное бремя болезней и является причиной до 10 миллионов смертей во всем мире. Вопреки огромному значению артериальной гипертензии, являющейся результатом такой высокой распространенности и

огромного воздействия на здоровье во всем мире, осведомленность о заболевании среди пострадавших людей низкая. Менее чем каждый второй пациент знает о состоянии своего заболевания, и менее 40% пациентов в Европе демонстрируют адекватный контроль артериального давления с целевым показателем лечения < 140/90 мм рт. ст., несмотря на антигипертензивное лечение. Этот обзор артериальной гипертензии, ее этиологии, диагностических инструментов и терапевтических вариантов направлен на улучшение понимания артериальной гипертензии и облегчение диагностического и терапевтического подхода, что в конечном итоге приведет к лучшему и более успешному ведению пациентов с артериальной гипертензией. (Hengel FE, Sommer C, Wenzel U.)