

## Головная боль и ее зависимость от различных факторов у пациентов с височной эпилепсией в межприступный период

Курус О.С.<sup>1</sup>, Надеждина М.В.<sup>2</sup>, Осинцева Е.В.<sup>3</sup>, Скульская Н.И.<sup>4</sup>

## Headaches and its dependence from different factors in patients with temporal epilepsy at interictal period

Kurus O.S., Nadezhdina M.V., Osintseva Ye.V., Skulskaya N.I.

<sup>1</sup> ООО «УГМК-Холдинг», г. Верхняя Пышма

<sup>2</sup> Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

<sup>3</sup> Областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

<sup>4</sup> Областная клиническая больница № 1, г. Екатеринбург

© Курус О.С., Надеждина М.В., Осинцева Е.В., Скульская Н.И.

Обследовано 56 пациентов с височной эпилепсией (ВЭ) в возрасте ( $30,5 \pm 10,0$ ) года при длительности заболевания ( $17,5 \pm 10,7$ ) года. Обследование включало сбор анамнеза, изучение соматического и неврологического статуса, ультразвуковое исследование мозговых сосудов, магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга. Выявлена головная боль (ГБ) у 80,4% больных ВЭ и изучена ее зависимость от различных факторов. При ВЭ с ГБ отмечено отсутствие гендерных отличий, зависимости от типа ВЭ, частоты припадков и продолжительности заболевания, однако наблюдалисьотяженный неврологический и акушерский анамнез, наличие ГБ у родственников, изменения по данным МРТ головного мозга, патология вертебрально-базиллярного бассейна, снижение и асимметрия индекса сосудистого сопротивления. Это вносит коррективы в алгоритм обследования и лечения больных ВЭ.

**Ключевые слова:** височная эпилепсия, головная боль, мозговая гемодинамика, МРТ головного мозга.

56 patients with temporal epilepsy (TE) at the age of ( $30.5 \pm 10.0$ ) years under the duration of the disease — ( $17.5 \pm 10.7$ ) years are examined. The examination included the anamnesis, somatic and neurological statuses, ultrasonic medical examination of brain vessels, the magneto-resonance tomography (MRI) of brain. Headaches (HA) among 80.4% patients with TE is revealed and its dependence from different factors is studied. The absence of gender differences, the dependence from the type TE, frequency of attacks and the duration of the disease among patients TE with HA are noticed, however the burdened neurological and obstetrical anamnesis, the presence HA among relatives, changes on data MRI of the brain, pathology of vertebral-basilar basin, the reduction and asymmetry of the index of the vessel resistance are observed. This amends the algorithm of the examination and treatment of patients with temporal epilepsy.

**Key words:** temporal epilepsy, headaches, cerebral hemodynamic, MRI of the brain.

УДК 616.857-02:616.853-031.7:616.831.313

### Введение

Головная боль (ГБ) является симптомом многих заболеваний. Распространенность ГБ среди больных эпилепсией составляет 59% [10]. В последнее время появились публикации, касающиеся изучения характера ГБ у пациентов с эпилепсией, но они затрагивают преимущественно вопросы коморбидности мигрени и эпилепсии [7, 13, 14] или «головной боли, связанной с эпилептическим припадком» [8, 10]. Вместе с тем отсутствуют литературные данные, свидетельствующие о влиянии различных факторов на ГБ при разных формах эпилепсии.

Цель работы — изучить особенность головной боли у пациентов с височной эпилепсией (ВЭ) в межприступный период и ее зависимость от различных факторов и показателей гемодинамики.

### Материал и методы

Обследовано 56 пациентов (27 мужчин и 29 женщин; средний возраст ( $30,5 \pm 10,0$ ) года, средняя длительность заболевания ( $17,5 \pm 10,7$ ) года) с установленным диагнозом «височная эпилепсия» без признаков сопутствующей патологии. Была разработана формализованная амбулаторная карта. Единый алго-

ритм обследования включал сбор анамнеза, изучение динамики заболевания, неврологического и соматического статуса и дополнительные методы исследования: электроэнцефалографию (ЭЭГ), транскраниальную ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга. Оценивались показатели линейной скорости кровотока (ЛСК): максимальная систолическая, конечная диастолическая скорость, а также показатели циркуляторного сопротивления (индекс Пурсело RI) и коэффициент сторонней асимметрии значений средней ЛСК.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием параметрических (*t*-критерий Стьюдента) и непараметрических (*T*-критерий Уайта) критериев. Обследование проводилось в межприступном периоде, который составлял более 99% времени у большинства больных [9].

## Результаты и обсуждение

Основные жалобы, предъявляемые пациентами: головные боли диффузного характера — 45 (80,4%) случалось, несистемное головокружение — 20 (35,7%), нарушение ночного сна — 16 (28,5%), невротические расстройства — 11 (19,6%), вегетативные расстройства в виде тахикардии, потливости, колебаний артериального давления — 4 (7%), проявления по типу кардиалгий, абдоминалгий, дорсалгий, артралгий без объективных изменений в соответствующих зонах — 12 (21,4%). Выделено две группы больных височной эпилепсией, сопоставимые по полу, возрасту, клиническим проявлениям заболевания: I группа (45 пациентов) с жалобами на головную боль и II группа (11 человек) без ГБ.

Головная боль, будучи ведущей жалобой у пациентов с ВЭ в межприступный период, имела место практически в равном соотношении у женщин (53,3%) и мужчин (46,7%). Показатель наличия ГБ у больных ВЭ оказался выше, чем аналогичный показатель в общей популяции пациентов с эпилепсией [3, 10].

Согласно анамнезу, у 20 (44,4%) из 45 больных I группы имели место ГБ у близких родственников (отца, матери, бабушки и др.), тогда как у пациентов II группы — только у 3 (27,2%) из 11. У пациентов I группы в анамнезе преобладали ( $p < 0,05$ ) черепно-мозговые травмы (ЧМТ), отягощенный акушерский анамнез, фебрильные судороги, наблюдались изменения в неврологическом статусе ( $p < 0,05$ ), возможно, обусловленные перенесенными травмами и отягощен-

ным акушерским анамнезом. Пациенты с ВЭ, не предъявлявшие жалоб на головную боль, наличие закрытых травм черепа (ЗТЧ) отрицали. При исследовании неврологического статуса выявлялась рассеянная неврологическая симптоматика, также преобладающая в I группе больных ВЭ (табл. 1).

Таблица 1

Наличие неблагоприятных факторов в анамнезе у пациентов с височной эпилепсией

Неблагоприятный фактор	Группа			
	I		II	
	Абс.	%	Абс.	%
Наличие головных болей у родственников	20	44,4*	3	27,3
Наличие ЧМТ	12	26,6*	—	—
Отягощенный акушерский анамнез	20	44,4*	3	27,3
Фебрильные судороги	7	15,5*	—	—
Отягощенный анамнез по эпилепсии	6	13,3	1	9,1
Изменения в неврологическом статусе	31	68,8*	4	36,4
<i>Нейровизуализационные изменения по МРТ головного мозга</i>				
Атрофия больших полушарий головного мозга	16	35,5*	1	9,1
Очаговое поражение ишемического характера	6	13,3*	—	—
Очаговое поражение неспецифического характера	1	2,2	1	9,1*
Объемное образование	1	2,2	—	—
Посттравматические изменения	3	6,7*	—	—
Пороки развития головного мозга	3	6,7*	—	—
Пороки развития церебральных сосудов	5	11,1*	—	—
Мезиальный височный склероз	12	26,7	3	27,3
Вентрикуломегалия	6	13,3	—	—
Воспаление в придаточных пазухах	5	11,1	—	—
Кортикальная дисплазия	1	2,2	1	9,1*
Без изменений	2	4,4	5	45,5*

\* Уровень статистической значимости различий показателей у пациентов сравниваемых групп.

Неблагоприятный наследственный фактор по эпилепсии отмечен в обеих группах (в I группе 13,3% и во II группе 9,1%), что в целом соответствует данным литературы о наследственной отягощенности эпилепсии [1, 4]. Судорожные припадки в анамнезе отмечены у родителей 4 больных ВЭ, в 1 случае четко прослеживался их посттравматический генез. В 3 случаях отмечены различные судорожные пароксизмы у близких родственников пациентов. У 7 (15,5%) обследованных I группы в раннем детском возрасте, задолго до начала регулярных эпилептических пароксизмов, наблюдались судорожные состояния на фоне гипертермии — в трех случаях они были связаны с заболеваниями органов дыхания, в одном — возникли на

фоне вакцинации, в трех — расценивались как аффективно-респираторные пароксизмы.

При проведении МРТ головного мозга выявлены наиболее значимые структурные изменения у пациентов I группы (табл. 1). Вместе с тем во II группе преобладала кортикальная дисплазия, а мезиальный склероз был представлен в обеих группах в равных процентных соотношениях. Полученные данные позволяют обосновать генез ВЭ.

Анализировалась зависимость ГБ от частоты приступов. У больных I и II групп редкие (2—4 раза в год) эпилептические припадки наблюдались у 17 (37,8%) и 3 (27,2%); припадки средней частоты (4—12 раз в год) — у 6 (13,3%) и 3 (27,2%); частые (более 4 раз в месяц) приступы — у 22 (48,9%) и 5 (45,4%) больных соответственно. Четкой зависимости между частотой приступов и появлением ГБ в межприступный период не установлено, напротив, в I группе преобладали больные с редкими эпилептическими припадками, а во второй — с припадками средней частоты ( $p < 0,05$ ).

Многими авторами выделяются два самостоятельных подтипа височной эпилепсии: медиотемпоральная (палеокортикальная) и латеральная (неокортикальная) [6, 11, 12]. Были проанализированы клинические проявления этих двух вариантов ВЭ и их удельный вес в обеих группах. Установлено преобладание ( $p < 0,05$ ) амигдалогиппокампадной эпилепсии в обеих группах (62,2 и 72,7%) по сравнению с удельным весом латеральной эпилепсии (табл. 2). Вместе с тем прослеживалась четкая возрастная зависимость с преобладанием амигдалогиппокампадной ВЭ у больных II группы до 35 лет ( $p < 0,05$ ) и, напротив, у больных I группы после 35 лет ( $p < 0,05$ ). В целом установлено достоверное превалирование больных I группы в старшей возрастной группе, что, по-видимому, объясняется грузом возрастной патологии, влияющей на проявление головной боли. Таким образом, наличие ГБ определяется не столько клинической формой ВЭ, сколько возрастным фактором.

В зависимости от продолжительности болезни пациенты I и II групп распределены следующим образом: от 2 до 10 лет — 25 (55,6%) и 5 (45,4%); от 10 до 20 лет — 11 (24,4%) и 3 (27,3%); более 20 лет — 8 (20,0%) и 3 (27,3%) человека соответственно. Иными словами, четкой зависимости между наличием ГБ в межприступный период и ее отсутствием от продолжительности заболевания не обнаружено.

У пациентов обеих групп был изучен характер изменений церебрального кровотока. Ранее при сравнении результатов УЗДГ больных височной эпилепсией и контрольной группы была установлена патология в вертебрально-базилярном бассейне у 51,7% больных ВЭ при наличии аналогичных изменений только у 28,2% испытуемых контрольной группы, изменения в каротидном бассейне не были столь убедительны [2]. При сравнении пациентов с ВЭ патология в вертебрально-базилярном бассейне имела место у 19 (41,3%) I и у 2 (18,2%) больных II группы.

Проведен анализ величины сосудистого сопротивления по индексу резистивности Пурсело RI как наиболее устойчивому, независимому от абсолютных значений кровотока показателю. Среди пациентов I и II групп повышенный RI наблюдался в 18 (33,3%) и 4 (36,4); неизмененный RI — в 3 (6,6%) и 5 (45,5%); пониженный RI — в 11 (24,5%) и 1 (9,1%); асимметричный RI — в 13 (35,6%) и 1 (9,1%) наблюдениях соответственно. Таким образом, установлено четкое преобладание больных I группы с пониженным и асимметричным RI ( $p < 0,05$ ), а больных II группы — с неизмененным RI. Выявленные данные свидетельствуют о нарушении адаптивных механизмов ауторегуляции у больных I группы, указывая на дисфункцию надсегментарных вегетативных центров. Вместе с тем существенное влияние на церебральную гемодинамику оказывает височная локализация очага, способствующая дезорганизации глубинных структур, принимающих непосредственное участие в регуляции мозгового кровообращения.

Таблица 2

Распределение больных обеих групп в зависимости от клинической характеристики приступов и возраста

Вид приступа	Возраст, лет												Всего			
	16—25				26—35				36—45				I группа		II группа	
	I группа		II группа		I группа		II группа		I группа		II группа		I группа		II группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Амигдалогиппокампадный	9	20,0 <sup>▼</sup>	4	36,4 <sup>•</sup>	8	17,8 <sup>▼</sup>	4	36,4 <sup>•</sup>	11	24,4 <sup>•</sup>	—	—	28	62,2 <sup>▼</sup>	8	72,7 <sup>▼</sup>
Латеральный	4	8,9 <sup>•</sup>	—	—	5	11,1	1	9,0	8	17,8 <sup>•</sup>	2	18,2 <sup>▼</sup>	17	37,8	3	27,3
Итого	13	28,9	4	36,4	13	28,9	5	45,4 <sup>•</sup>	19	42,2 <sup>•</sup>	2	18,2	45	100	11	100

- Уровень статистической значимости различий показателей между группами в каждой возрастной группе.
- ▼ Уровень статистической значимости различий показателей по типам ВЭ в одной группе.
- Уровень статистической значимости различий показателей по возрасту.

Для пациентов с повышенным и неизменным RI были характерны жалобы на редкую ГБ (1—2 раза в неделю) лобно-височной локализации, купирующуюся приемом анальгетиков. Отмечались тревожность, метеозависимость, диссомнические расстройства. У пациентов с пониженным RI наблюдались частые головные боли (от 10 до 16 раз в месяц) без четкой локализации, периодически сопровождающиеся рвотой. Пациенты предъявляли жалобы на повышенную утомляемость, ухудшение памяти. Прием анальгетиков был малоэффективен. Пациенты с асимметричным RI предъявляли жалобы на ГБ распирающего или пульсирующего характера в теменно-затылочной области, головокружение, тошноту. Отмечались кардиалгии. Полученные данные согласуются с проведенными исследованиями, свидетельствующими о нарушении вегетативного тонуса у больных с парциальными висцеро вегетативными припадками [5].

## Выводы

1. Головная боль является одним из наиболее частых (80,4%) симптомов в межприступном периоде у больных височной эпилепсией, не имеет гендерных отличий, не зависит от типа (амигдалогиппокампалярная или латеральная) височной эпилепсии, частоты эпилептических припадков и продолжительности заболевания.

2. У пациентов с ВЭ с головной болью наблюдается отягощенный неврологический (ЗТЧ, фебрильные припадки, неврологическая симптоматика) и акушерский (родовая травма) анамнез, возрастной фактор, наследственная отягощенность по наличию ГБ у ближайших родственников, различные органические изменения по данным МРТ головного мозга.

3. У больных ВЭ с ГБ (41,3%) отмечалась различная патология в вертебрально-базиллярном бассейне, выявлены снижение и асимметрия индекса сосудистого сопротивления, свидетельствующие о нарушении адаптивных возможностей регуляции мозгового кровотока. Полученные результаты позволяют учитывать

этот факт в генезе развития височной эпилепсии и вносить коррективы в алгоритм обследования и комплексное лечение заболевания.

## Литература

1. Карлов В.А., Маджидов Н.М., Бова Е.В. Джексоновский припадок. Ташкент, 1988. 123 с.
2. Курус О.С., Надеждина М.В., Резниченко Р.В., Осинцева Е.В. Состояние артерий головного мозга по данным ультразвукового доплерографического исследования у больных височной эпилепсией // Современные технологии функциональной диагностики: сб. науч. трудов. Екатеринбург, 2009. С. 75—76.
3. Лекомцев В.Т. Ранняя диагностика травматической эпилепсии // Журн. невропатологии и психиатрии. 1989. Т. 89, № 6. С. 43—46.
4. Шамансуров Ш.Ш., Рафикова З.Б. Малая эпилепсия у детей. Ташкент, 1988. 125 с.
5. Шпрах В.В., Синьков А.В., Синькова Г.М. Цереброгенные нарушения ритма и проводимости сердца у больных эпилепсией // Журн. неврологии и психиатрии. 2000. № 9. С. 16—20.
6. Andermann F. Temporal pole and mesiotemporal epilepsy: introductory remarks // *Epileptic Dis.* 2002. V. 4, suppl 1. P. 7—8.
7. Andermann F., Zifkin B. The benign occipital epilepsies of childhood: an overview of the idiopathic syndromes and of the relationship to migraine // *Epilepsia.* 1998. V. 39, № 4. P. 19—21.
8. Bernasconi A., Andermann F., Bernasconi N. et al. Laterlizing value of periauricular headache: a study of 100 patients with partial epilepsy // *Neurology.* 2001. V. 56. P. 130—132.
9. Devinsky O. Therapy for neurobehavioral disorders in epilepsy // *Epilepsia.* 2004. V. 45, № 2. P. 34—40.
10. Forderreuther S., Henkel A., Noachtar S. et al. Headache associated with epileptic seizures: epidemiology and clinical characteristics // *Headache.* 2002. V. 42. P. 649—655.
11. Kahane P., Chabardes S., Minotti et al. The role of temporal pole in the genesis of temporal lobe seizures // *Epileptic Dis.* 2002. V. 4, № 1. P. 51—58.
12. Kotagal P. Automotor seizures. *Epileptic seizures. Pathophysiology and clinical semiology* / eds. H.O. Luders, S. Noachtar. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000. P. 449—457.
13. Haut S.R., Bigal M.E., Lipton R.B. Chronic disorders with episodic manifestations: focus on epilepsy and migraine // *Lancet Neurol.* 2006. V. 5, № 2. P. 148—157.
14. Ottman R., Lipton R.B. Co morbidity of migraine and epilepsy // *Neurology.* 1994. V. 44. P. 2105—2110.

Поступила в редакцию 06.04.2010 г.

Утверждена к печати 13.05.2010 г.

## Сведения об авторах

О.С. Курус — соискатель кафедры нервных болезней и нейрохирургии УГМА, врач-невролог ООО «УГМК-Холдинг» (г. Верхняя Пышма).

М.В. Надеждина — д-р мед. наук, профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии УГМА (г. Екатеринбург).

**Экспериментальные и клинические исследования**

**Е.В. Осинцева** — зав. отделением функциональной диагностики областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн (г. Екатеринбург).

**Н.И. Скульская** — соискатель кафедры нервных болезней и нейрохирургии УГМА, врач-невролог поликлиники областной клинической больницы № 1 (г. Екатеринбург).

**Для корреспонденции**

**Надеждина Маргарита Викторовна**, тел.: 8-912-249-0141, e-mail: k-13117@planet-a.ru