

Лебедева Е.Р.<sup>1,3</sup>, Цыпушкина Т.С.<sup>1,3</sup>, Гурарий Н.М.<sup>2</sup>, Топоркова М.Г.<sup>2</sup>, Олесен Е.<sup>4</sup>

## Мигренозный инсульт (2 наблюдения)

1 Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург; 2 Медицинское объединение «Новая больница», Екатеринбург; 3 Международный центр лечения головных болей «Европа-Азия», г. Екатеринбург; 4 Университет Копенгагена, г. Копенгаген, Дания

Lebedeva E.R., Tsypushkina T.S., Gurary N.M., Toporkova M.G., Olesen J.

### Migrainous stroke (two cases)

#### Резюме

Мигренозные инсульты являются достаточно редкой патологией. В отечественной литературе не было описано ни одного случая до настоящего времени. В зарубежной литературе имеются единичные описания мигренозных инсультов. Мы наблюдали двух пациентов (женщину в возрасте 53 лет и мужчину в возрасте 54 лет) с мигренозным инсультом, критерии которого соответствуют новой Международной классификации головных болей версии 3 бета (2013 год). В обоих случаях мигренозный инсульт возник на фоне приступа мигрени с аурой, очаговые симптомы соответствовали ауре, сохранялись >60 минут и на МРТ был обнаружен острый инфаркт в зоне, соответствующей ауре: в левой лобной доли у одного пациента и в бассейне средней мозговой артерии справа у другого. Очаговые симптомы на момент осмотра проявлялись моторной и амнестической афазией у первого больного, а у второго больного выявлена правосторонняя гемианопсия, гемигипестезия слева, акцент рефлексов на левых конечностях, левосторонний гемипарез со снижением силы в левой руке и ноге до 4 баллов, нарушение речи по типу дизартрии. Указанные симптомы сохранялись в течение трех дней в первом случае и в течение четырех дней во втором случае. Оба пациента страдали гипертонической болезнью, имели начальные проявления атеросклероза по данным дуплексного исследования сосудов шеи. Первая пациентка принимала оральные контрацептивы в течение четырех лет, имела повышенный холестерин, повышенный индекс массы тела, второй пациент курил более 20 лет. Других факторов риска не выявлено. Период наблюдения за больными составил 3 года, за это время повторных эпизодов острых нарушений мозгового кровообращения не отмечено.

**Ключевые слова:** мигренозный инсульт, мигрень и инсульт, мигрень с аурой, головные боли

#### Summary

The incidence of migrainous stroke is quite low. Only several cases of migrainous infarctions were described in foreign literature and no any case in Russian publications. We describe 2 cases of migrainous infarction fully meeting the diagnostic criteria of the International Classification of Headache 3 beta version. We observed a women 53 years old and a man 54 years old with migrainous infarction. In both cases stroke developed during attack of migraine with aura, focal symptoms were like in aura symptoms and aura symptoms persists for >60 minutes, MRI revealed acute infarct in the frontal area on the left side in the first case and acute infarct in the territory of right middle cerebral artery in the second case. The stroke manifested as motor and amnesic aphasia in the first patient and the second patient had homonymous hemianopia on the right side, left side hemiparesis and hemihypoesthesia, dizartria. These symptoms were permanent during 3 days in the first patients and during 4 days in the second patients and disappeared after that. Both patients had the following risk factors: hypertonic diseases and beginning signs of atherosclerosis. The first patient used oral contraceptives during 4 days, had increased level of cholesterol, body mass index >25. The second patient smoked during more than 20 years. The follow-up period was 3 years. Nobody from these patients had recurrent stroke or TIA.

**Key words:** migrainous stroke, migraine and stroke, migraine with aura, headache

#### Введение

Мигренозные инсульты являются достаточно редкой патологией [1-6]. В отечественной литературе не было описано ни одного случая до настоящего времени. В зарубежной литературе имеются единичные описания мигренозных инсультов. Мы наблюдали двух пациентов с мигренозным инсультом, их

критерии соответствуют критериям Международной классификации головных болей версии 3 бета, раздел “Осложнения мигрени” 1.4.3 Описание мигренозного инсульта [7]:

Один или более симптомов мигрени с аурой связаны с очагом ишемии в соответствующей зоне головного мозга, подтвержденной данными нейровизуализации.

Диагностические критерии:

А. Мигренозная атака соответствует критериям В и С

В. Возникает у пациента с мигренью с аурой и типичным предыдущим приступом за исключением того, что один или более симптомов ауры продолжаются >60 минут

С. Нейровизуализация показала наличие ишемического инфаркта в соответствующей зоне головного мозга

Д. Не соответствует в большей степени другому диагнозу.

## Случай 1

Пациентка И., 53 года, 12 ноября 2013 года поступила в приемный покой Городской клинической больницы №33 с жалобами на затруднение произношения и подбора слов. Заболела 12 ноября 2013 вечером, около 21:30, когда появились зрительные нарушения в виде выпадения поля зрения справа, которые постепенно нарастали и продолжались около 7-10 минут. После этого возникла легкая слабость правой верхней конечности, которая сохранялась до 10 минут. В дальнейшем присоединились речевые нарушения (по типу моторной и амнестической афазии). Через несколько минут после появления речевых нарушений отметила одностороннюю боль в левой половине головы, пульсирующего характера, умеренной интенсивности, усиливающуюся при обычной физической нагрузке, ходьбе по комнате, сопровождающуюся тошнотой, однократной рвотой, фотофобией и фонофобией. Был подъем артериального давления (АД) до 160/100 мм.рт.ст. Для купирования боли использовала суматриптан 100 мг однократно, головная боль уменьшилась, но через несколько часов появилась вновь. В условиях стационара использовался нестероидный противовоспалительный препарат (кеторол), антигипертензивные средства (лозап) без эффекта.

При осмотре в неврологическом статусе менингеальных симптомов не выявлено. Сознание ясное. Нарушений со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено, зрительных нарушений нет. Выявлены элементы моторной, амнестической афазии, акцент рефлексов на правой верхней конечности. Чувствительных расстройств не было. Двигательных нарушений нет, сила мышц в правых и левых конечностях 5,0 баллов. Координаторные пробы выполняла удовлетворительно, в позе Ромберга устойчива. Патологические знаки отсутствовали. АД 160/100 мм.рт.ст.

Из анамнеза заболевания выяснено, что головные боли беспокоят с 23 лет с частотой 2 раза в месяц, с 45 лет отметила учащение приступов до 1-2 раз в неделю. Головная боль бывает как односторонней, так и двусторонней. Двусторонняя боль возникает с частотой до 3-х раз в месяц, имеет слабую или умеренную интенсивность, давящий характер, не усиливается при обычной физической нагрузке, не сопровождается тошнотой, рвотой, фотофобией, фонофобией, продолжительность боли до 4 часов. Для купирования этой головной боли использует анальгетики до 2 раз в месяц.

Односторонняя боль беспокоит до 4-5 раз в месяц, имеет умеренную и сильную интенсивность, усиливается при физической нагрузке, пульсирующего характера, сопровождается тошнотой, иногда рвотой, фотофобией, фонофобией, продолжительность этой боли от суток до трех дней. С 45 лет головной перед развитием этой головной боли возникает очаговая неврологическая симптоматика (аура) частотой 1-2 раза в месяц в виде выпадения правого поля зрения и/или появления мерцающих зигзагов в правом поле зрения, постепенно нарастающих в течение 3-5 минут, длительностью 5-10 минут. Редко (2 раза в год) перед развитием головной боли после появления описанных выше зрительных нарушений возникает слабость правой руки (длительностью до 5-10 минут) и кратковременные речевые нарушения по типу моторной афазии. Через несколько минут после прекращения очаговых симптомов появляется односторонняя мигренозная головная боль. Для купирования приступов этой боли использует суматриптан 100 мг с хорошим эффектом. Эпизоды кратковременной слабости в руке и речевые нарушения не всегда сопровождались последующим развитием головной боли. По поводу головных болей к врачам не обращалась, обследований головного мозга и сосудов ранее не проводила, для купирования приступов использовала суматриптан 100 мг, профилактического лечения мигрени не получала.

Из анамнеза жизни выяснено, что пациентка в течение 10 страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры подъема АД до 180/90 мм рт ст, при подъеме давления принимает эналаприл 5 мг, регулярно гипотензивные препараты не использует. Вредные привычки отрицает. Использовала оральные контрацептивы в течение четырех лет. Имеет повышенный вес, индекс массы тела 27,7. Мать страдает мигренью без ауры.

На МРТ головного мозга 13 ноября 2013 года выявлен острый инфаркт левой лобной доли. Постинфарктные изменения в лобно-теменных и затылочных долях справа. По данным дуплексного исследования сосудов шеи выявлено неравномерное утолщение комплекса интима-медиа в общих сонных. В области бифуркации общей сонной артерии слева по задней стенке определяется атеросклеротическая бляшка с редукцией просвета на 21% по ESCT. В биохимическом анализе крови выявлено повышение холестерина и сахара: общий холестерин 5,97, ЛПНП 3,08, ЛПВП 2,58, триглицериды 0,68, сахар 7,8. В общем анализе крови патологии не выявлено, тромбоциты 228. С-реактивный протеин 0,64. Пациентка осмотрена кардиологом, диагноз Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4. ХСН 0.

Диагноз: Мигренозный инсульт (от 12 ноября 2013 года). Острый инфаркт левой лобной доли (МРТ от 13 ноября 2013 года). Мигрень с аурой. Мигрень без ауры. Частые эпизодические головные боли напряжения. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4. Гиперхолестеринемия. Нарушенная толерантность к глюкозе?

Пациентке был рекомендован прием кардиомагнила 300 мг в сутки в первые 2 дня с последующим переходом на постоянный прием кардиомагнила 75 мг на ночь,

постоянный прием торвакарда в дозе 20 мг, постоянный прием ангиаканда в дозе 32 мг, амитриптилин 25 мг с последующим повышением дозы до 50-75 мг в течение 6-12 месяцев. При наблюдении за пациенткой головная боль и сопровождающие симптомы продолжались 3 суток. 15 ноября 2013 года нарушения речи исчезли, головные боли не беспокоили. В неврологическом статусе сохранились элементы моторной афазии. 23.11.2013 пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии.

После выписки ей рекомендован прием церебро про 1т 2 раза в день в течение 2-х месяцев. Для купирования головных болей напряжения рекомендован нурофен 400 мг, для купирования мигрени релпакс 1 таб. Рекомендован постоянный прием кардиомагнила 75 мг, торвакарда 20 мг, конкора 5 мг.

Через 2 года после инсульта пациентка отмечает уменьшение частоты приступов мигрени до 2-3 раз в месяц. Мигренозной головной боли редко (1-2 раза в год) предшествует зрительная аура, а также бывают эпизоды кратковременной слабости и онемения правой руки в течение 10 минут без последующего развития головной боли. 10.10.2015 пациентка обратилась в центр лечения головных болей Европа-Азия, ей был рекомендован прием топирамата 50 мг утром и 50 мг вечером в течение 12 месяцев, постоянный прием клопидогреля 75 мг, ангиаканда 24 мг утром и торвакарда 20 мг. Диагноз, который был поставлен в центре лечения головных болей: Мигрень с аурой. Аура без головной боли. Мигрень без ауры. Последствия мигренозного инсульта (от 12 ноября 2013 года). Гипертоническая болезнь III ст., 3ст., риск 4.

## Случай 2

Пациент Ч, мужчина, 54 лет 20.11.12 поступил с жалобами на онемение левой половины туловища, слабость в левых конечностях, невнятную речь, нарушение зрения в виде выпадения поля зрения справа.

Заболел 20 ноября 2012 года утром, около 10:00, когда возникло нарушение зрения в виде постепенно увеличивающегося пятна, «тумана» в правой половине поля зрения. Через несколько минут после начала зрительных нарушений постепенно возникло онемение левой половины тела, распространяющееся в течение 5-10 минут с кончиков пальцев левой руки на всю руку и до лица, возникло онемение левой половины языка, после этого возникло нарушение речи по типу дизартрии и затем слабость в левых конечностях. Одновременно с вышеописанными симптомами возникла головная боль в правой височной области, сильной интенсивности, сжимающего характера, усиливающаяся при обычной физической нагрузке, сопровождающаяся тошнотой. Продолжительность головной боли была 48 часов. Подобная головная боль, но без очаговых симптомов беспокоила также 18 ноября 2012 года в течение 2-х дней, продолжительностью до 3-х часов. Для купирования боли ничего не использовал.

При осмотре в неврологическом статусе менингеальных симптомов не выявлено. Сознание ясное. Со стороны черепно-мозговых нервов обнаружена право-

сторонняя гемианопсия. Выявлена гемигипестезия слева, акцент рефлексов на левых конечностях, левосторонний гемипарез со снижением силы в левой руке и ноге до 4 баллов. Нарушение речи по типу дизартрии. Координационные пробы выполнял удовлетворительно, в позе Ромберга пошатывание. Патологические знаки отсутствовали.

Из анамнеза заболевания выяснено, что головные боли беспокоят с 10 лет, с частотой 1 раз в месяц, односторонние, локализуются в половине головы справа или слева, давящего характера, по интенсивности сильные, усиливаются при обычной физической нагрузке, сопровождаются тошнотой, длительность приступа от нескольких часов до 3-х суток. Боль провоцируется стрессом. Для купирования боли принимает анальгетики. Несколько раз в год одновременно с головной болью появляются неврологические симптомы в виде нарушения зрения (увеличивающееся пятно, «туман» в правой и/или левой половине поля зрения). Через несколько минут после начала зрительных нарушений появляется онемение левой половины тела, распространяющееся в течение 5-10 минут с кончиков пальцев и до лица, нарушение речи. Продолжительность симптомов до 50 минут, продолжительность головной боли от 1 до 3 суток.

Из анамнеза жизни выяснено, что в течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры повышения артериального давления до 190/100 мм.рт.ст. Курит более 20 сигарет в день, стаж курения более 20 лет, употребляет слабоалкогольные напитки от 1 до 5 литров в неделю более 20 лет. Вес нормальный, индекс массы тела менее 25. Известно, что отец перенес инсульт.

На МРТ головного мозга 23 ноября 2012 выявлен острый ишемический инфаркт в бассейне средней мозговой артерии справа. По данным дуплексного исследования сосудов шеи выявлено утолщение комплекса интима-медиа до 1,0 мм в левой общей сонной артерии и до 1,2 в правой общей сонной артерии. В биохимическом анализе крови отклонений не выявлено: общий холестерин 3,7 ммоль/л, ЛПНП 2,0 ммоль/л, ЛПВП 1,2 ммоль/л, триглицериды 0,56, сахар 5,8, СРБ <6. В общем анализе крови патологических изменений не выявлено, тромбоциты 229. Пациент осмотрен кардиологом, заключение: Гипертоническая болезнь III ст, 3 ст, риск 4. ХСН 0.

Диагноз: Мигренозный инсульт (от 20 ноября 2012 года). Острый ишемический инфаркт в бассейне средней мозговой артерии справа (МРТ от 23 ноября 2012 года). Мигрень с аурой. Гипертоническая болезнь III ст., 3ст., риск 4. Семейный анамнез инсультов.

Пациенту был рекомендован прием кардиомагнила 300 мг в сутки в первые 2 дня с последующим переходом на постоянный прием кардиомагнила 75 мг на ночь, постоянный прием торвакарда в дозе 20 мг, постоянный прием ангиаканда в дозе 24 мг.

При наблюдении за пациентом головная боль и сопровождающие симптомы продолжались 4 дня. 24 ноября 2012 года нарушения речи и зрительные нарушения исчезли, восстановилась сила в левых конечностях, го-

ловные боли не беспокоили. В неврологическом статусе сохранялась гемипарестезия. 01.12.2012 пациент был выписан в удовлетворительном состоянии.

После выписки пациенту рекомендован прием це-репро по 1т 2 раза в день в течение 2-х месяцев. Для купирования мигрени релпакс 1 таб . Рекомендован постоянный прием кардиомагнила 75 мг, торвакарда 20 мг, ангиаканда 24 мг. В дальнейшем пациент на консультацию не обращался.

## Заключение

Мигренозный инсульт относится к заболеваниям, природа которых окончательно неизвестна. Предполагается, что механизмом развития инсульта является гемодинамический фактор и выраженное снижение кровотока на фоне спазма мозговых сосудов в результате длительно существующей корковой депрессии при длительной ауре. Он отличается от обычно инсульта постепенным нарастанием очаговых симптомов, а не внезапным развитием очаговой симптоматики. Это связано с механизмом развития ауры, когда все очаговые симптомы появляются постепенно и постепенно сменяют друг друга. По данным литературы, такие инсульты наиболее часто развиваются в возрасте от 45 до 60 лет и имеют благоприятный прогноз [1-5]. Описан всего один случай летального исхода при мигренозном инсульте на фоне выраженного диффузного спазма мозговых сосудов [6]. Классические факторы риска у таких пациентов чаще всего отсутствуют [4], хотя по данным двух наших наблюдений, оба пациента страдали артериальной гипертензией и не использовали регулярно препараты для снижения АД, а также имели начальные

проявления атеросклероза. Женщина, перенесшая мигренозный инсульт, использовала оральные контрацептивы, которые, как показано в других исследованиях, повышают риск развития инсульта у пациентов с мигренью с аурой. Мужчина, перенесший инсульт, курил в течение 20 лет. Все это, на фоне имеющейся эндотелиальной дисфункции у больных с мигренью с аурой, могло повышать риск развития инсульта.

В повседневной клинической практике необходимо знать такой редкий вид инсульта и уделять пристальное внимание профилактике инсульта у лиц с мигренью с аурой, которые имеют повышенный риск развития инсульта. ■

*Лебедева Елена Разумовна, доктор медицинских наук, доцент кафедры СМП, врач невролог высшей категории, руководитель Международного центра лечения головных болей Европа-Азия, г. Екатеринбург; Цыпушкина Татьяна Сергеевна, аспирант кафедры СМП, врач невролог Международного центра лечения головных болей Европа-Азия, г. Екатеринбург; Гурарий Наталья Михайловна, аспирант кафедры СМП, врач невролог высшей категории Медицинского объединения Новая больница, г. Екатеринбург; Топоркова Марина Георгиевна, кандидат медицинских наук, врач невролог высшей категории заведующая I неврологическим отделением Медицинского объединения Новая больница, г. Екатеринбург; Олесен Ес, доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии Университета Копенгагена, Копенгаген, Автор, ответственный за переписку - Лебедева Елена Разумовна, г. Екатеринбург, 6120 144, ул. Фурманова 67. Адрес электронной почты: cosmos@k66.ru*

## Литература:

1. Arboix AI, González-Peris S, Grivé E, et al. Cortical laminar necrosis related to migrainous cerebral infarction. *World J Clin Cases.* 2013; 1(8):256-9.
2. Floery DI, Vosko MR, Fellner FA, et al. Acute-onset migrainous aura mimicking acute stroke: MR perfusion imaging features. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2012 Sep;33(8):1546-52.
3. Wolf ME, Szabo K, Griebel M, et al. Clinical and MRI characteristics of acute migrainous infarction. *Neurology* 2011; 76(22):1911-7.
4. Lawell K., Artto V., et.al. Migrainous infarction: a Nordic multicenter study. *European Journal of Neurology* 2011; 18: 1220-1226.
5. Eikermann-Haerter K. Spreading depolarization may link migraine and stroke. *Headache.* 2014;54(7):1146-57.
6. Marshall N, Maclaurin WA, Koulouris G. MRA captures vasospasm in fatal migrainous infarction. *Headache.* 2007;47(2):280-3.
7. *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version).* Cephalalgia 2013; 33:629-808.